



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

**VÝROČNÁ SPRÁVA O STAVE DROGOVEJ  
PROBLEMATIKY NA SLOVENSKU  
ZA ROK 2008**

VÝROČNÁ SPRÁVA

BRATISLAVA  
2008

**VÝROČNÁ SPRÁVA  
O STAVE DROGOVEJ PROBLEMATIKY  
NA SLOVENSKU  
ZA ROK 2008**

**VÝROČNÁ SPRÁVA**

**BRATISLAVA  
2009**

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

**Bratislava 2009**

## **VÝROČNÁ SPRÁVA O STAVE DROGOVEJ PROBLEMATIKY NA SLOVENSKU ZA ROK 2008**

2009 Národná správa (údaje za r. 2008) pre EMCDDA  
Národné monitorovacie centrum pre drogy

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

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

Editori: Imrich Šteliar  
Eleonora Kastelová

ISBN 978-80-8106-025-0

Nepredajné



Európske monitorovacie centrum  
pre drogy a drogovú závislosť



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

**2009 Národná správa (údaje za r. 2008) pre EMCDDA**  
**Národné monitorovacie centrum pre drogy**

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

**REITOX**



## PodĎakovanie

Národná správa pre EMCDDA a sieť REITOX bola zostavená na základe informácií a štatistických zdrojov z mnohých inštitúcií a od odborníkov, pôsobiach v oblasti zdravotníctva, školstva, sociálnej práce, orgánov činných v trestnom konaní, súdov a iných oblastí. Informácie sa stanú dôležitou súčasťou Výročnej správy 2010 špecializovanej agentúry EÚ – Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť. Z tohto dôvodu a pre vzájomnú porovnateľnosť údajov z 27 členských štátov EÚ, Nórska a kandidátskych krajín musia mať všetky správy národných monitorovacích centier rovnakú štruktúru. Kvalitu a kvantitu informácií zapracovaných do predpísanej štruktúry EMCDDA každoročne vyhodnocuje.

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

Kapitola 1	Anna Bystrianska Miroslav Jablonický Zuzana Jelenková Eleonora Kastelová	Kapitola 7	Ľubomír Okruhlica
		Kapitola 8	Eva Czuczorová Eleonora Kastelová
Kapitola 2	Eleonora Kastelová Alojz Nociar Oľga Orosová Marianna Pétiová	Kapitola 9	Ladislav Bodor Jozef Čentéš Rastislav Ďurove Eleonóra Kara Andrej Slavkovský
Kapitola 3	Eva Czuczorová Eleonora Kastelová Oľga Orosová Mária Slovíková	Kapitola 10	Andrej Bolf Ivana Bučková Eleonóra Kara
Kapitola 4	Imrich Šteliar	Kapitola 11	Andrej Bolf Ivana Bučková Jozef Čentéš Ondrej Čurilla Eleonóra Kara
Kapitola 5	Ľubomír Okruhlica		
Kapitola 6	Ľubomír Okruhlica Silvia Slezáková Danica Staneková Jozef Šidlo Igor Škodáček	Kapitola 12	Ľubomír Okruhlica Michala Tejová

Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog zbral Výročnú správu o stave drogovej problematiky na Slovensku v roku 2008 na vedomie dňa 29. októbra 2009.

Súhrn	10
<b>ČASŤ A: Vývoj a nové trendy</b>	<b>14</b>
1 Národná politika a jej kontext	15
1.1 Právny rámec	15
1.1.1 Zákony prijaté v roku 2008 a 2009	15
1.2 Inštitucionálny rámec, národné stratégie a politiky	19
1.2.1 Koordinácia a inštitucionálny rámec	19
1.2.2 Národné strategické dokumenty – nová Národná protidrogová stratégia	20
1.3 Implementácia politík a stratégií	21
1.4 Rozpočet a financovanie protidrogovej politiky	22
1.4.1 Verejné výdavky vynaložené na plnenie NPBD	22
1.4.2 Návrh spôsobu financovania protidrogovej politiky na nasledujúce obdobie v súlade so stratégiou EÚ a Národnou protidrogovou stratégiou na obdobie 2009 – 2012	23
– vytvorenie medzirezortného programu Protidrogová politika	24
1.5 Sociálny a kultúrny kontext	24
2 Užívanie drog v populácii	27
2.1 Užívanie drog vo všeobecnej populácii	27
2.2 Užívanie drog medzi školskou populáciou a mládežou	27
2.3 Užívanie drog v špecifických skupinách/prostrediach	33
2.3.1 Prieskumy u študentov vysokých škôl s použitím metódy ESPAD	33
3 Prevencia	46
3.1 Univerzálna prevencia	46
3.1.1 Škola – Intervencie pre žiakov a študentov	46
3.1.2 Univerzálna prevencia v komunite	52
3.1.3 Univerzálna prevencia v rodine	54
3.2 Selektívna prevencia	55
3.2.1 Škola – Intervencie určené žiakom/študentom s problémami v učení, so sociálnymi problémami, záškoláctvo	55
3.2.2 Intervencie pre mladých delikventov, návštevníkov klubov, etnické skupiny, experimentujúcich, rizikové skupiny	57
3.2.3 Selektívna prevencia – rodina	58
3.3 Indikovaná prevencia	60
3.3.1 Intervencie zamerané na žiakov so syndrómom ADHD, poruchami správania	60
4 Problémové užívanie drog	63
4.1 Odhady prevalencie a incidencie problémového užívania drog	63
4.2 Údaje o problémových užívateľoch mimo liečby	66
4.2.1 Charakteristika klientov nízkoprahových programov	66
4.3 Súvisiace údaje a indikátory	67
5 Liečba problémov súvisiacich s užívaním drog, dopyt po liečbe a jej dostupnosť	69
5.1 Stratégia a politika	69
5.2 Systémy liečby	69
5.3 Trendy u klientov v liečbe	70
6 Zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog	73
6.1 Úvod	73
6.2 Infekčné ochorenia súvisiace s užívaním drog	73
6.3 Úmrtia súvisiace s užívaním drog	76
6.4 Zhrnutie	76

7	Opatrenia zamerané na zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog	77
7.1	Prevenčia urgentných prípadov ohrozenia zdravia a s drogami súvisiacich úmrtí	77
7.2	Prevenčia a liečba s drogami súvisiacich infekčných ochorení	79
7.3	Opatrenia a reakcie na iné zdravotné problémy súvisiace s drogami u ich užívateľov	80
8	Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog	81
8.1	Sociálna exklúzia medzi užívateľmi drog	81
8.1.1	Sociálne charakteristiky liečených užívateľov drog	82
8.2	Sociálna reintegrácia – resocializácia	83
8.2.1	Typy a dostupnosť intervencií, prístup k a pokrytie službami; charakteristika klientov týchto služieb	83
8.3	Prieskumy NMCD vo vzťahu k službám resocializácie – sociálnej reintegrácie	88
8.3.1	Sledovanie reintegračných kritérií podľa EMCDDA	90
8.4	Možnosti sociálnej reintegrácie poskytované vo všeobecnosti	93
8.4.1	Vzdelávanie, zvýšenie kvalifikácie a uplatnenie sa na trhu práce	93
8.4.2	Informácie o zabezpečení zamestnania pre cieľovú skupinu drogovu a inak závislých – opatrenia	94
8.4.3	Bývanie	94
8.4.5	Iné opatrenia vo vzťahu k marginalizovaným skupinám	95
9	Drogová kriminalita, prevencia drogovej kriminality a drogy vo väzení	96
9.1	Drogová kriminalita	96
9.1.1	Drogová kriminalita podľa MV SR / PPZ	96
9.1.2	Drogová kriminalita podľa GP SR	100
9.1.3	Drogová kriminalita podľa MS SR	100
9.2	Iné s drogami súvisiace trestné činy/ sekundárna drogová kriminalita	102
9.2.1	Pranie špinavých peňazí	103
9.2.2	Trestná činnosť spáchaná pod vplyvom drog	103
9.3	Prevenčia drogovej kriminality	103
9.3.1	Prevenčia a pomoc užívateľom drog vo väzení	103
9.3.2	Penitenciárna a postpenitenciárna starostlivosť	105
9.4	Drogy vo väzení	105
9.5	Opatrenia vo vzťahu k zdravotným dôsledkom užívania drog	106
9.6	Intervencie v rámci trestnoprávneho systému	107
9.6.1	Alternatívne tresty k trestom odňatia slobody /väzenstvu, uplatňované v SR	107
9.6.2	Iné alternatívne opatrenia v rámci trestnoprávneho systému	108
9.7	Sociálna reintegrácia užívateľov drog po prepustení z väzenia	108
10	Trh s drogami	109
10.1	Ponuka a dostupnosť	109
10.1.1	Vnímaná dostupnosť drog vo všeobecnej populácii	109
10.1.2	Zdroje ponuky drog – ich výroba a obchodovanie	109
10.2	Záchyty drog	111
10.3	Cena a čistota drog	114
10.3.1	Ceny drog	114
10.3.2	Čistota a zloženie drog	114



<b>ČASŤ B Vybrané témy</b>	<b>118</b>
11 Trh s kanabisom	119
11.1 História, obchodovanie a užívanie kanabisu	119
11.1.1 História a pestovanie marihuany	119
11.1.2 Distribúcia a ceny kanabisových produktov	120
11.1.3 Distribúcia a ceny kanabisových produktov	121
11.1.4 Legislatívne opatrenia týkajúce sa marihuany v SR	122
11.2 Záchyty a pôvod kanabisových produktov	123
11.2.1 Pôvod marihuany/hašišu distribuovaného v SR	123
11.2.2 Záchyty marihuany/hašišu	123
11.2.3 Odhalené laboratória na nezákonné pestovanie marihuany	125
11.3 Trestné činy v súvislosti s kanabisom	125
11.3.1 Trestné činy/ stíhaní páchatelia v súvislosti s kanabisom, podľa MV SR (PPZ)	126
11.3.2 Trestné činy súvisiace s kanabisom podľa GP SR a MS SR	128
12 Problémové užívanie amfetamínov a metamfetamínov, s tým súvisiace dôsledky a reakcie	129
12.1 Epidemiológia	129
12.1.1 História užívania (met)amfetamínov	129
12.1.2 Žiadosti o liečbu kvôli problémom s užívaním (met)amfetamínov	130
12.2 Zdravotné a sociálne koreláty chronického užívania (met)amfetamínov	135
12.3 Reakcie na chronické užívanie (met)amfetamínov	135
12.4 Metamfetamíny v kombinácii s opioidmi	136
12.4.1 Príklad dobrej praxe	136
<b>Časť C Prílohy</b>	<b>140</b>
13 Použité zdroje	141
13.1 Bibliografia	141
13.2 Abecedný zoznam dostupných databáz prostredníctvom internetu	146
13.3 Abecedný zoznam internetových adries	146
13.4 Zoznam použitých skratiek	147
13.5 Zoznam tabuliek a grafov v jednotlivých kapitolách	150
<b>Časť D</b>	<b>156</b>
14.1 Zoznam štandardných tabuliek poskytnutých do siete REITOX/ EMCDDA za rok 2008	157
14.2 Zákony uvedené v kapitole 1 Legislatívny rámec	157



## SÚHRN

V poradí tretí Národný program boja proti drogám 2005 – 2008 v roku 2008 skončil. Vláda SR na svojom zasadnutí 1. apríla 2009 uznesením zobrala na vedomie správu o komplexnom vyhodnotení jeho plnenia. Vláda zároveň poverila predsedu vlády predložiť správu do Národnej rady na prerokovanie. Správa bola prerokovaná vo Výbore NR SR pre vzdelanie, mládež, vedu a šport a vo Výbore NR SR pre zdravotníctvo. Súbežne bol výbormi NR SR prerokovaný návrh Národnej protidrogovej stratégie na obdobie 2009 – 2012. Oba materiály boli 18. júna 2009 Národnou radou SR schválené.

Kontrola drog sa v roku 2008 rozšírila podľa zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov o 1-benzylpiperazín (BZP) a o ďalšie látky, tinktúru a extrakt z konopy, čiastočne sa uvoľnilo pestovanie maku siateho. Legislatívne sa uľahčila manipulácia oprávnených osôb (vojenská polícia) s omamnými a psychotropnými látkami a prekurzormi pre účely výučby, výcviku alebo skúšky. Očakáva sa ďalšie doplnenie zákona.

Zákonom č. 87/2009 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, sa rozšírila ochrana nefajčiarov pred účinkami tabakového dymu.

V priebehu roku 2008 sa v monitoringu uplatňovalo všetkých päť kľúčových indikátorov stanovených EMCDDA, a tak ako doteraz sa zbierali údaje z trestnoprávnej oblasti (štatistiky polície, prokuratúry a súdneho systému zamerané na sledovanie trestných činov a páchatel'ov podľa druhu drogy). Trestno-právne štatistiky sú v poslednom období predmetom zvýšenej pozornosti a zvažuje sa aj zavedenie nového indikátora na európskej úrovni.

Najväčší prieskum v rámci indikátora „Užívanie drog v populácii“ bol v roku 2008 orientovaný na vysokoškolskú populáciu vo veku 19 – 24 rokov. Prieskum je založený na medzinárodnej metóde ESPAD a po prvýkrát na tejto vekovej skupine a v špecifickom prostredí bol realizovaný v roku 1999. Získané údaje sa týkajú konzumácie alkoholu, fajčenia a experimentovania s nelegálnymi drogami a umožnili nielen zmapovať aktuálnu situáciu v populácii vysokoškolských študentov vo veku 19 – 24 rokov a porovnať vývojový trend v rozmedzí rokov 1999 – 2008, ale aj prostredníctvom spätného odhadu užívania porovnávať a potvrdiť vývoj v rámci užšieho obdobia piatich rokov. Okrem toho zaradením prídavných skríningových škál aj odhadnúť podiel respondentov s problematickejšou formou užívania drog a odhadnúť relatívne riziko vo vzťahu k užívaniu ďalších drog.

Podľa výsledkov výskumu, celoživotný výskyt užívania marihuany u vysokoškolákov oboch pohlaví podstatne vzrástol. Po vyše ôsmich rokoch je celoživotná prevalencia u študentiek VŠ rovnaká, ako bola u študentov VŠ v roku 1999. Pri porovnaní podľa veku sa taktiež ukázalo, že stály nárast užívania marihuany a aj ostatných drog s vekom je typický pre študentov SŠ, zatiaľ čo u študentov VŠ trend nárastu s pribúdajúcim vekom už je stabilizovaný, hoci na vyššej úrovni užívania.

Užívanie marihuany za posledný rok a za posledný mesiac však nie je častejšie ako u študentov VŠ z roku 1999, ale ani ako u študentov SŠ (ESPAD 2003). Pritom sprievodné problémy, ktoré mapuje CAST, sú u študentov VŠ (2008) relatívne menej časté, aj menej intenzívne, ako sú u stredoškolákov (ESPAD 2007).

Vysokoškoláčky konzumujú viac legálnych i nelegálnych drog ako ich rovesníčky pred vyše ôsmimi rokmi a zároveň o niečo menej ako vysokoškoláci.

Ďalšia analýza údajov podľa veku ukázala nárast konzumácie všetkých druhov drog od 15 do 19 rokov, (ESPAD 2007) najviac pri marihuane. Zdá sa, že neskôr sa celoživotná prevalencia (LTP) marihuany po dvadsiatke ustáľuje na hodnotách okolo 33 % (rok 1999), resp. po vyše ôsmich rokoch okolo 50 % (rok 2008), čo znamená skúsenosť s touto drogou u jednej tretiny všetkých študentov VŠ v roku 1999 a u polovice študentov VŠ v r. 2008.

Ďalej trvá rozdiel medzi pohlaviami vo frekvencii užívania, hoci nárast užívania nelegálnych drog s odstupom vyše ôsmich rokov sa zdá byť strmší u dievčat, a to najmä pri marihuane.

Kým celoživotný výskyt užívania drog u vysokoškolákov vzrástol u obidvoch pohlaví, v 12-mesačnej (LYP) a 30-dňovej prevalencii (LMP) užívanie marihuany aj ostatných drog spolu zväčša neprekročilo jednu štvrtinu (užívanie za minulý rok), resp. jednu desatinu (výskyt užívania za minulých 30 dní) sledovanej populácie.

Konzumácia tabaku a alkoholu sa ukázala byť faktorom, ktorý zvyšuje relatívne riziko kontaktu s nelegálnymi drogami v celom spektre – od marihuany po opiáty, stimulanciá a syntetické drogy.

Pri porovnaní reprezentatívnych vzoriek z populácie študentov VŠ, najmä výsledkov žien, nie je zriedkavé vyrovnávanie sa mladých žien mladým mužom v užívaní drog – tento jav je prítomný pri dvoch hlavných legálnych drogách – tabaku aj alkohole. Na rozdiel od mladých mužov, je výskyt fajčenia aj pravidelné fajčenie u mladých žien po vyše ôsmich rokoch značne vyššie.

Pri alkohole sa zvýšili hodnoty u žien pre premenné: pitie alkoholu vôbec; výskyt opitosti počas celého života a frekvencia nadmerného a hazardného pitia za posledných 30 dní.

Podľa posledného uskutočneného odhadu výskytu problémového užívania drog tou istou metódou ako v rokoch 2005 až 2007 a využívajúcou rovnaké zdroje dát môže byť na Slovensku od 8 200 do 33 500 problémových<sup>1</sup> užívateľov drog – so strednou hodnotou 10 600 problémových užívateľov, čo reprezentuje 2,68 na 1 000 obyvateľov vo vekovej skupine 15 – 64 rokov. Väčšina z nich užívala heroín, ostatní pervitín. Rozsah problému v komunite klientov nízkoprahových služieb (mimovládne organizácie pôsobiace v teréne) a poskytujúcich hlavne sterilné ihly a striekačky podčiarkuje fakt, že takmer všetci klienti sú injekční užívatelia. S ohľadom na predchádzajúce odhady sa javia posledné údaje ako pokles, je to však spôsobené výpadkom programov, najmä v mimobratislavských regiónoch, a následne výpadkom relevantných údajov z týchto programov. Pri podrobnejšej analýze údajov sa trend javí ako stabilizovaný, s možným náznakom zvýšenia.

Medzi liečenými pacientmi tvoria problémoví (v zmysle definície EMCDDA) užívatelia drog dlhodobu podstatnú časť, aj keď ich podiel, ktorý v deväťdesiatych rokoch minulého storočia dosahoval až približne 83 %, postupne klesal, aj tak však je relatívne vysoký, v roku 2008 sa odhaduje na 60 – 75 % zo všetkých liečených.

Za rok 2008 bolo hlásených 2065 pacientov liečených pre problémy s drogami. Celkový počet bol o niečo vyšší (o 3,6 %) ako v roku 2007. K zvýšeniu o 4,8 % prišlo aj v zariadeniach rezortu zdravotníctva.

Pokiaľ ide o štruktúru pacientov liečených v týchto zariadeniach, zvýšil sa priemerný vek v populácii liečených pacientov, najmä liečených ústavne. Mierne sa zvýšil pomer liečených mužov voči liečeným ženám, ktorý v roku 2008 dosiahol hodnotu 4:1. Pokiaľ ide o zastúpenie primárnej drogy ako dôvodu liečby, neprišlo v poradí najčastejších problémov k zásadným zmenám. Vyše jednej tretiny pacientov bola liečená pre problémy s opiátmi, viac ako jedna štvrtina kvôli stimulanciám amfetamínového typu a na treťom mieste so 17 % figuroval ako primárna droga kanabis. Podiel injekčných užívateľov drog medzi liečenými v zdravotníckych zariadeniach po predchádzajúcom miernom poklese v roku 2008 stagnoval.

Systém liečby drogových závislostí je nastavený dobre a medicínska starostlivosť sa poskytuje bezplatne, jej dostupnosť a dosiahnuteľnosť závisí od konkrétnych zmlúv zdravotníckych zariadení s poisťovňami.

Špecializované centrá pre liečbu drogových závislostí poskytovali v roku 2008 aj udržiavaciu (substitučnú) liečbu metadónom a buprenorfinom približne 500 pacientom. Okrem toho niekoľko desiatok pacientov bolo nastavených na udržiavaciu liečbu buprenorfinom v rámci ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Distribúcia a preskripcia Subutexu (buprenorfin) bola v roku 2008 zastavená, prípravok bol nahradený Suboxonom (liek je kombináciou buprenorfinu a antagonistického naloxonu), ktorý má nižší potenciál zneužívania, najmä injekčného.

Zmena v štruktúre pacientov liečených pre problémy s drogami v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach odborníkmi psychiatrami a adiktológmi sa premietla aj do štruktúry klientov v zariadeniach následnej starostlivosti – resocializačných zariadení (RS). Medzi klientmi RS, ktorých primárnym problémom je nelegálna látka bolo v roku 2008 najviac s problémom užívania metamfetamínov, nasledovaných užívateľmi viacerých drog (polyúzus), čo predstavuje zmenu oproti roku 2007, kedy na druhom mieste boli užívatelia opioidov. Týmto sa štruktúra klientov RS odlišuje od štruktúry pacientov v zdravotníckych zariadeniach. Aktuálne pochádza klientela RS skôr z mladšej generácie užívateľov, kde je najpopulárnejší pervitín a marihuana, sú to klienti s krátkou históriou užívania a nižším podielom injekčnej aplikácie drogy.

V porovnaní s rokom 2007 prišlo v roku 2008 k zvýšeniu úmrtí (priamych alebo nepriamych) o 64 %. Pri relatívne malých hodnotách, najmä v dôsledku nízkej pitvanosti (16,8 % v roku 2008) môže byť tento nárast aj prejavom skvalitnenia zberu údajov. Väčšina úmrtí bola spôsobená úmrtím v dôsledku predávkovania/otravy opioidmi alebo polysubstanciami – 25 osôb (20 mužov a 5 žien), 21 umrelo následkom užívania legálnych látok (liekov – benzodiazepínov).

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

Podiel infikovaných vírusom HIV ostáva nízky a neepidemický. To platí aj pre vysoko rizikovú populáciu injekčných užívateľov drog. V roku 2008 však bol zaznamenaný nízky počet testovaných osôb z tejto populácie, pri testovaní boli zistení traja HIV pozitívni užívatelia drog.

V tejto subpopulácii je už tradične vysoký počet prípadov výskytu protilátok hepatitídy typu C, najmä u injekčných užívateľov opioidov. Podľa sentinelovej štúdie v CPLDZ Bratislava dosiahol podiel séropozitívnych nálezov VHC medzi pacientmi 50 %, čo je pokračovanie narastajúceho trendu z rokov 2006 – 2007 a predstavuje najvyšší podiel v histórii sledovania. Rovnako sa podľa tej istej štúdie zvýšilo percento pacientov s výskytom protilátok hepatitídy typu B, hoci v absolútnych číslach počet nie je až taký vysoký. Došlo k zmene politiky zdravotných poisťovní, ktoré v roku 2008 plne hradili pacientom interferónovú liečbu. Oproti minulosti nebolo kontraindikáciou pre túto liečbu, ak pacient neužívajúci ilegálne drogy bol v metadónovom udržiavacom programe.

Napriek tomu, že neexistuje systematické sledovanie psychiatrickej komorbidity, na základe klinickej skúsenosti bol aj v roku 2008 konštatovaný nárast toxických psychóz s klinickými príznakmi paranoje, predovšetkým v súvislosti s užívaním metamfetamínu.

V roku 2008 pokračovali aj dva programy metadónovej substitučnej liečby pre región Bratislavy a Banskej Bystrice a široká distribúcia buprenorfinového substitučného preparátu Suboxon® cez sieť psychiatrických zdravotníckych zariadení. Okrem samotných terapeutických cieľov sledujú substitučné programy znižovanie sociálnych a zdravotných rizík, šírenie informácií a osvetu.

Významnou súčasťou aktivít nízkoprahových organizácií v oblasti harm-reduction sú programy výmeny/distribúcie sterilných injekčných ihliel a striekačiek. V roku 2008 bolo klientom týchto zariadení poskytnutých 223 721 injekčných striekačiek. Striekačky pre klientov v Bratislave poskytuje v rámci svojich programov aj Centrum pre liečbu drogových závislostí, v roku 2008 ich poskytli 30 637 kusov. Spolu s relatívne dobrou dostupnosťou ihliel/strieekačiek vo väčšine lekární toto vytvára dobrý predpoklad pre zamedzenie alebo spomalenie šírenia infekčných chorôb u užívateľov drog.

Nárast drogových trestných činov pokračoval aj v roku 2008, väčšina z nich bola spáchaná v súvislosti s marihuanou, metamfetamínom (pervitín) a heroínom. Udržiava sa trend mierneho rastu stíhaných, obžalovaných a odsúdených páchatel'ov. V roku 2008 bolo za drogové trestné činy odsúdených 8,2 % mladistvých (6,5 % v r. 2007 a 6,9 % v roku 2006).

V záchytoch drog bola síce stále najfrekvencovanejšou marihuana, od roku 2004 však plynule stúpa počet záchytov pervitínu a reprezentuje takmer tretinu všetkých záchytov drog. Pervitín si pozíciu na trhu upevnil v dôsledku silnejších stimulačných účinkov – od roku 2003 sa stredná hodnota koncentrácie účinnej látky zvýšila takmer o päťnásobok – a cenovej dostupnosti. Zvýšil sa počet prípadov záchytov extázy, ako aj množstvo zaistených tabliet.

Podobne ako v iných krajinách sa aj na Slovensku objavil nový fenomén – rastlinné zmesi, ktoré obsahujú nové syntetické kanabinoidy. V cenách drog v pouličnom predaji neprišlo k výrazným zmenám.

Najdostupnejšou drogou na trhu je kanabis. V rámci samotného trhu s marihuanou je najčastejšie konzumovaná rastlinná marihuana; hašiš a kanabisový olej sú zriedkavejšie. Rastlinná marihuana pochádza takmer výhradne z domácej produkcie, zatiaľ čo hašiš sa na územie Slovenska iba dováža. Relatívne jednoduchý spôsob pestovania vo voľnej prírode, dostupnosť kvalitných dovážaných semien, technológií a príslušenstva pre pestovanie indoor, obvykle cez on-line obchody, spôsobil rozvoj domácej výroby. Pokiaľ ide o distribúciu marihuany/kanabisových produktov najčastejšie sa vyskytuje v kombinácii s pervitínom, heroínom, prípadne kokaínom.

Najvyšší podiel kanabisových produktov v záchytoch bol zaznamenaný v roku 2003, keď tvoril dve tretiny a za sledované obdobie siedmich rokov (od r. 2002) neklesol pod polovicu záchytov.

Špecifickým regiónom, pokiaľ ide o drogovú problematiku na Slovensku, ostáva hlavné mesto Bratislava so svojím okolím. Nielen ako metropola, ale tiež pre svoju geografickú polohu v tesnom susedstve troch ďalších štátov, na prirodzených tranzitných trasách. Aj v roku 2008 tu bola podľa odhadov vysoká koncentrácia problémových užívateľov drog (10,6 – 14 na 1000 obyvateľov), predpokladá sa, že je to 2,5 – 3-násobne viac ako v ostatných regiónoch Slovenska. V regióne sú súčasne najdostupnejšie a vysoko rozšírené pomáhajúce služby pre ľudí, ktorí majú problémy s drogami.

Bratislava a Bratislavský samosprávny kraj stoja na čele všetkých sledovaných indikátorov v trestno-právnej oblasti, v roku 2008 však najvýraznejšie stúpala drogová kriminalita (spáchané trestné činy a stíhaní páchatelia) v Trnavskom kraji.





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

## I Národná politika a jej kontext

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

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

V roku 2009 Vláda SR a NR SR prerokovali a prijali komplexné vyhodnotenie poslednej národnej stratégie „Národného programu boja proti drogám“ (NPBD) na obdobie 2005 – 2008 a návrh nového, v poradí štvrtého programového dokumentu o protidrogovej stratégii vlády na obdobie 2009 – 2012. Do rámca systémového riešenia spadá aj vytvorenie predpokladov stabilného a dlhodobého systému finančného zabezpečenia protidrogovej politiky z verejných zdrojov. V apríli 2009 Vláda schválila vytvorenie medzirezortného programu s názvom Protidrogová politika ako súčasť štátneho rozpočtu (Pozri kap. 1.4).

### 1.1 Právny rámec

#### 1.1.1 Zákony prijaté v roku 2008 a 2009

**1. Zákon č. 77/2008 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zák. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov a o doplnení zák. č. 308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii a o zmene zákona č. 195/2000 Z. z. o telekomunikáciách v znení neskorších predpisov.** Zákon upravil podmienky pestovania konopy siatej na vlákno a na semeno, ak pestovateľ je poberateľom priamych platieb podľa príslušných právnych predpisov Európskej únie. Upresnil podmienky pestovania konopy siatej. Bez povolenia možno pestovať odrody konope siatej pestované na vlákno alebo na semeno, ktoré boli schválené na priame platby podľa nariadenia Komisie (ES) č. 796/2004. Príloha č. 1 bola doplnená o 1– benzylpiperazín (BZP), novú syntetickú psychoaktívnu látku, ktorá má na základe rozhodnutia Rady EÚ č. 2008/206/SVV podliehať kontrolným a trestnoprávnym ustanoveniam, ďalej sa doplnila aj o ďalšie látky, ktoré boli zahrnuté pod rastlinou rodu konopa (Cannabis) – tinktúru a extrakt z konopy.

Zákon doplnil dôvody na dočasné pozastavenie činnosti a na zrušenie činnosti. Pre žiadateľov o pestovanie maku siateho boli zmiernené požiadavky na doklady, ktoré sa pripájajú k žiadosti o vydanie povolenia na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami. Zákon ustanovil novú pôsobnosť Pôdohospodárskej platobnej agentúry a Ústrednému kontrolnému a skúšobnému ústavu poľnohospodárskemu na výkon štátnej správy na úseku omamných a psychotropných látok pri dohľade nad zneškodňovaním porastu maku siateho a konopy a makovej slamy a nad pestovaním konopy siatej. Doplnili sa ustanovenia o pokutách. Zákomom sa dopĺňa zákon č.308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii a o zmene zákona č. 195/2000 Z. z. o telekomunikáciách v znení neskorších predpisov tým, že sa ustanovuje kontrola skrytej reklamy psychotropných látok vo vysielaných programoch. Zákon č. 139/1998 Z. z. sa menil aj zákonom č. 393/2008 Z. z., ktorým sa dopĺňa zákon č. 124/1992 Zb. o vojenskej polícii. V zmysle tejto novely určený vojenský policajt je oprávnený držať, skladovať alebo používať nebezpečné látky a zakázané veci, najmä na účely výučby, výcviku alebo skúšky. Týmto látkami a vecami sa rozumejú nielen strelné zbrane, hromadne účinné zbrane, strelivo, ale aj omamné a psychotropné látky a prekursori, jedy.

**2. Zákon č. 583/2008 Z. z. o prevencii kriminality a inej protispoločenskej činnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.** Zámerom zákona je zabezpečovať prevenciu kriminality a inej protispoločenskej činnosti na báze zákonnej povinnosti štátnych orgánov, orgánov územnej samosprávy a iných kompetentných subjektov, a tak dosiahnuť kvalitatívnu zmenu v chápaní a praktickej aplikácii prevencie, keďže sa vyčerпали možnosti založené na princípe dobrovoľnosti zúčastnených subjektov. Cieľom zákona je komplexná úprava organizácie a pôsobnosti orgánov verejnej správy v oblasti prevencie kriminality a inej protispoločenskej činnosti vrátane jej personálneho a finančného zabezpečenia. Zákon upravil aj práva a povinnosti fyzických osôb a právnických osôb v tejto oblasti tak, aby sa prevencia kriminality a inej protispoločenskej činnosti stala celospoločenskou záležitosťou. Zákomom boli upravené aj pravidlá finančného zabezpečenia preventívnych aktivít.



Zákon vymedzil štruktúry orgánov verejnej moci v oblasti prevencie kriminality, ako aj ich pôsobnosť. Ide o štátne orgány, najmä ústredné a miestne orgány štátnej správy, obce a vyššie územné celky (samosprávne kraje). Podľa tohto zákona ministerstvo vnútra prostredníctvom svojho osobitného útvaru spracúva údaje o kriminalite a inej protispoločenskej činnosti so zameraním na problematiku boja proti obchodovaniu s ľuďmi. Na miestnej úrovni sa zverujú relevantné kompetencie obvodným úradom v sídlach krajov, ktoré majú plniť koordinačnú funkciu v oblasti prevencie kriminality v územných obvodoch krajov. Taktiež sa ustanovujú pravidlá na zabezpečenie racionálneho financovania prevencie kriminality z prostriedkov štátneho rozpočtu. Priamou novelou zák. č. 575/2001 – kompetenčného zákona, sa Rada vlády Slovenskej republiky pre prevenciu kriminality zaraďuje medzi stále poradné orgány vlády. Na základe tohto zákona sa vytvorilo pri všetkých obvodných úradoch v sídlach krajov pracovné miesto krajského koordinátora pre boj proti drogám, ktorý koordinuje činnosť iných miestnych orgánov štátnej správy v oblasti drogovej problematiky na území kraja a tieto orgány poskytujú obvodnému úradu v sídle kraja potrebnú súčinnosť.

### **3. Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov** – účinnosť od 1. 9. 2008.

Zákon poskytuje právny rámec pre inštitucionálny výkon výchovy a vzdelávania. V súvislosti s tým sú v zákone okrem iného definované zákonné postupy pre deti s poruchami správania – kam diagnosticky patrí väčšina mladistvých užívateľov drog – a zariadenia, ktorým je starostlivosť o tieto deti uložená. Takisto sú v zákone špecifikované postavenie a kompetencie organizácii rezortu pôsobiacich v oblasti prevencie – sú to centrá pedagogicko– psychologického poradenstva a prevencie a centrá špeciálno– pedagogického poradenstva. V tejto časti zákona sa ustanovuje aj inštitút koordinátora prevencie, ktorý pôsobí na školách.

### **4. Zákon č. 93/2008 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 475/2005 Z. z. o výkone trestu odňatia slobody a o zmene a doplnení niektorých zákonov, a zákon č. 127/2008 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 221/2006 Z. z. o výkone väzby.** Uvedené novely doplnili právny rámec na zníženie rizika prieniku omamných a psychotropných látok do ústavov na výkon trestu odňatia slobody a ústavov na výkon väzby. (pozri aj Správa 2007 kap. 1.1.1, s. 13, Správa 2008 kap. 1.1.1)

**5. Zákon č. 214/2009 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb a o zmene a doplnení niektorých zákonov.** Účelom predloženého návrhu zákona je zefektívnenie legislatívnych opatrení na zisťovanie prítomnosti alkoholu, omamných látok a psychotropných látok v organizme dotknutej osoby v zmysle plnenia strategických úloh EÚ, ako aj úloh NPBD a súčasne sa v zmysle Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom upravuje zriaďovanie a prevádzka protialkoholickéj záchytnej izby s cieľom zabezpečenia verejného poriadku mesta alebo obce. Zákon zakázal požívať alkoholické nápoje alebo iné návykové látky osobám maloletým do 15 rokov a mladistvým do 18 rokov. Tieto osoby sú povinné podrobiť sa orientačnej dychovej skúške alebo orientačnému vyšetreniu testovacím prístrojom na zistenie omamných alebo psychotropných látok. Podľa tohto zákona sa osoby maloleté do 15 rokov nesmú zdržiavať bez dozoru svojich zákonných zástupcov po 21,00 hod. na verejne prístupných miestach, kde sa podávajú alkoholické nápoje. Porušenie zákazu maloletou osobou je sankcionovateľné – obec môže uložiť zákonnému zástupcovi pokutu do výšky 33 €; za porušenie zákazu mladistvým uloží obec mladistvému pokarhanie, v odôvodnených prípadoch môže obec uložiť aj zákaz navštevovať verejne prístupné miesta a miestnosti, v ktorých sa podávajú alkoholické nápoje. Zákonom sa uložila oznamovacia povinnosť požitia alkoholu alebo inej návykovej látky aj maloletým a mladistvým riaditeľom škôl a ostatným pedagogickým zamestnancom, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, príslušníkom obecnej polície, policajného zboru, železničnej polície.

**6. Zákon č. 466/2008 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.** Zákon pri úprave § 63 a nasl. vychádzal z praktických skúseností resocializačných stredísk a výsledkov spoločného slovensko– francúzsko– fínskeho twinningového projektu Úradu vlády Slovenskej republiky, Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky a Asociácie resocializačných stredísk „Zlepšovanie a rozširovanie resocializačnej a rehabilitačnej starostlivosti o osoby závislé od psychoaktívnych látok“ zameraného na zvýšenie kvality odbornej pomoci v resocializačných strediskách. Zákon ponechal podmienku prijatia do resocializačného strediska – odporúčanie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vyšpecifikoval však špecialistu, ktorý má odporúčanie vydať. Z ustanovenia bol vypustený termín „po skončení liečby“ z dôvodu, že klienti často nastupujú na proces resocializácie už po fáze detoxikácie. Novela reagovala aj na skutočnosť, že tento zákon

nemôže upravovať problematiku iného rezortu t. j. podmienky, ktoré majú byť splnené pred vydaním odporúčenia pre nástup do resocializačného strediska. Zákon rozšíril okruh klientov aj o závislých rodičov s dieťaťom v prípadoch, ak má resocializačné stredisko vytvorené podmienky, ako aj o deti, nad ktorými bola nariadená ústavná starostlivosť a potrebujú tento druh odbornej pomoci (výchovné a predbežné opatrenia nariadené súdom). Účelom zmien a doplnkov bola aj úprava prijímania klientov do resocializačných stredísk na základe predbežného opatrenia v prípade, že bol podaný návrh na výchovné opatrenie. V záujme predchádzania zneužívania inštitútu predbežného opatrenia aj v prípadoch keď by mohlo ísť o tzv. dobrovoľný resocializačný pobyt, avšak za úhradu, boli zákonné ustanovenia upravené tak, aby výkon súdneho rozhodnutia – predbežného opatrenia bol hradený len v tom prípade, ak návrh na jeho nariadenie podal orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Zákon ďalej upravuje nevyhnutné náležitosti resocializačného programu resocializačného strediska tak, aby obsahové aj formálne náležitosti programu boli verejne známe klientom aj všetkým zúčastneným subjektom, napríklad VÚC, orgánom sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Zmeny v časti minimálneho rozsahu činnosti sa týkajú najmä zavedenia povinnosti vykonávať psychologickú starostlivosť ako povinné minimum vo všetkých prípadoch. Ako povinná súčasť v prípade maloletých je zavedená aj liečebno– výchovná starostlivosť, v prípade poskytovania odbornej pomoci dieťaťu s neskončenou povinnou školskou dochádzkou aj povinnosť zabezpečiť prípravu na vyučovanie a v prípade výchovných opatrení navyše viesť ustanovenú spisovú dokumentáciu. Zákon upravil povinnosť resocializačných stredísk, dohodnúť a postupovať podľa dohody s ošetroujúcim lekárom v prípade klientov infikovaných HIV alebo AIDS klientov.

**7. Zákon č. 5/2009 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok v znení neskorších predpisov** zohľadnil potrebu úpravy aktuálneho vývoja, ktorý si vyžiadala aj úprava ustanovení, týkajúcich sa ochranného liečenia a zabezpečovania osôb pre potreby rozhodovania o tomto liečení na účel výkonu liečenia v zdravotníckom ústavnom zariadení, a to práve pre prípady, keď inštitút väzby nie je možné použiť, nakoľko ide napríklad o odsúdeného, ktorý už vykonal trest odňatia slobody a má pokračovať v ústavnom liečení, osobu, ktorej je potrebné uložiť ochranné liečenie, aj keď nie je trestnoprávne zodpovedná a potom ju je potrebné do výkonu ústavného liečenia dodať alebo odsúdeného, ktorého je potrebné dodať do výkonu detencie. Úprava sa týka tých rozhodnutí, pri ktorých dĺžka výkonu trestu odňatia slobody v ústave na výkon trestu nepostačí na splnenie účelu ochranného liečenia, vtedy súd môže rozhodnúť o jeho pokračovaní v liečebnom alebo ambulantnom zariadení. Ak sa právoplatne rozhodne o pokračovaní v ambulantnom liečení, vykonáva ďalší postup súd, ktorý liečenie uložil. V súvislosti s týmito zmenami a doplnkami je potrebné poukázať, že ustanovenia o dodaní do výkonu ochranného liečenia, ktoré sa má vykonať v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti sa nemenia; predseda senátu nariadi liečebnému ústavu výkon tohto liečenia v prípade ak je pobyt osoby, ktorej bolo liečenie uložené, na slobode nebezpečný, zariadi bez meškania jej dodanie do liečebného ústavu; ak nejde o takúto osobu, môže jej poskytnúť primeranú lehotu na obstaranie jej záležitostí. Pri rozhodovaní o detencii bolo zosúladiť procesnú úpravu vykonávacieho postupu s úpravou rozhodovania o pokračovaní v ochrannom liečení.

**8. Zákon č. 87/2009 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.** Účelom zákona bolo vo všeobecnosti znížiť ponuku tabakových výrobkov rozšírením okruhu miest, kde bude platiť zákaz predaja tabakových výrobkov; znižovanie dopytu po tabakových výrobkoch cestou obmedzovania zákazu fajčenia na verejných miestach, predovšetkým v zariadeniach spoločného stravovania, v zariadeniach starostlivosti o ľudské telo a ďalších. Zákon zakázal fajčenie v zariadeniach spoločného stravovania okrem tých zariadení, ktoré majú stavebne oddelenú časť pre fajčiarov od časti pre nefajčiarov a časť pre nefajčiarov tvorí plochu minimálne 50 % z plochy zariadenia a je pri vstupe do zariadenia.

**9. Zákon č. 300/2008 z 2. júla 2008 o organizácii a podpore športu** zahrnul vo svojich ustanoveniach opatrenia v boji proti dopingovému športu a postavenie štátnej kontrolnej štruktúry – Antidopingovej agentúry SR.

**10. Zákon č. 405/2008 Z. z., ktorými sa mení a dopĺňa zákon č. 163/2001 Z. z. o chemických látkach a chemických prípravkoch** v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V dôsledku prijatia nariadenia REACH prichádza k výrazným zmenám v obsahu zákona. Nariadenie REACH prenáša zodpovednosť za informácie o chemických látkach a za ich hodnotenie zo štátnych orgánov na priemysel a tým zásadným spôsobom mení pozíciu štátu v oblasti chemických látok. V nadväznosti na prijatie nariadenia REACH sa upravujú kompetencie, práva a povinnosti orgánov štátnej správy v oblasti výroby a uvádzania

chemických látok na trh. Orgány štátnej správy v oblasti dozoru a kontroly sa rozširujú o Úrad verejného zdravotníctva SR, Slovenskú inšpekciu životného prostredia SR, Národný inšpektorát práce, Hlavný banský úrad a obvodné banské úrady a colné orgány. Potreba zaradenia Úradu verejného zdravotníctva SR, Slovenskej inšpekcie životného prostredia SR, Národného inšpektorátu práce, Hlavného banského úradu a colných orgánov vyplýva z nadväznosti na predpis ES (nariadenie (ES) č. 1907/2006) a aj s ohľadom na skutočnosť, že od roku 2001 sa zmenilo postavenie jednotlivých štátnych úradov. U ostatných orgánov verejnej správy prišlo zákonom k drobným doplneniam existujúcich kompetencií v nadväznosti na predpis ES (nariadenie (ES) č. 1907/2006) s výnimkou Centra pre chemické látky a prípravky, Ministerstva hospodárstva Slovenskej republiky a Slovenskej obchodnej inšpekcie, ktorým sa rozširujú kompetencie a budú plniť úlohy vyplývajúce z nariadenia REACH a zabezpečovať kontakt SR s Európskou chemickou agentúrou. Zo zákona č. 163/2001 Z. z. sa celkom vypustili časti týkajúce sa oznámenia chemických látok, karty bezpečnostných údajov, hodnotenia rizika chemických látok nebezpečných pre zdravie a životné prostredie. Väčšina základných pojmov sa v zákone vypúšťa, pretože sú definované v uvedenom nariadení REACH.

Bez zmeny zostali ustanovenia o klasifikácii, balení a označovaní chemických látok a chemických prípravkov, detergentov a o správnej laboratórnej praxi. Neprišlo ani k zmene definícií nebezpečných vlastností chemických látok. Metódy ich stanovenia budú obsiahnuté v následnom nariadení Komisie.

V roku 2008 a 2009 boli podpísané medzinárodné dohody :

Dohoda medzi vládou Slovenskej republiky a vládou Kazašskej republiky o spolupráci v boji proti organizovanej trestnej činnosti, terorizmu, nedovolenému obchodovaniu s omamnými látkami, psychotropnými látkami a prekursorami a iným druhom trestnej činnosti (oznámenie bolo zverejnené v Zbierke zákonov pod č. 222/2008);

Dohoda medzi vládou Slovenskej republiky a vládou Macedónskej republiky o spolupráci a vzájomnej pomoci v colných otázkach (oznámenie bolo zverejnené v Zbierke zákonov pod č. 488/2008);

Dohoda medzi vládou Slovenskej republiky a Radou ministrov Bosny a Hercegoviny o spolupráci v boji proti trestnej činnosti, najmä terorizmu, nedovolenému obchodovaniu s omamnými látkami a organizovanej trestnej činnosti (oznámenie bolo zverejnené v Zbierke zákonov pod č. 178/2009).

### 1.1.2 Návrhy zákonov v legislatívnom procese

**27. októbra 2009 NR SR schválila<sup>2</sup> vládny návrh zákona, ktorý predkladá MZ SR, a ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov.**

Navrhuje sa nový druh zaobchádzania s omamnými látkami, psychotropnými látkami a prípravkami, ktorým je spracovanie konopy, okrem odrôd konopy satej, ktoré môže poľnohospodár pestovať bez povolenia, alebo makovej slamy na iné účely ako je získanie omamnej látky alebo psychotropnej látky. Navrhuje sa definícia výroby omamných látok alebo psychotropných látok, ktorá rozlišuje spracovanie makovej slamy na účely získania koncentráту makovej slamy, na izoláciu alebo syntézu omamných látok alebo psychotropných látok a na výrobu liekov s obsahom omamných látok alebo psychotropných látok. Na základe rozhodnutia Rady 2003/847/SVV o kontrolných opatreniach a trestných sankciách s ohľadom na nové syntetické drogy 2C-1, 2C-T-2, 2C-T-7 a TMA-2 sa navrhujú doplniť do I. skupiny psychotropných látok prílohy č. 1 štyri nové syntetické psychotropné látky. Do II. skupiny omamných látok prílohy č. 1 sa navrhuje doplniť liečivo ketamín, ktoré sa v poslednom čase zneužíva na nezákonné účely.

Zákon umožňuje zaraďovanie omamných látok a psychotropných látok na základe právnych predpisov EÚ a na základe vlastného podnetu orgánov štátnej správy kompetentných pre oblasť legálneho pohybu omamných a psychotropných látok a potláčania nelegálnej výroby a distribúcie omamných a psychotropných látok.

<sup>2</sup> Pozn. editora: schválený 27. októbra 2009 uznesením NR SR č. 1707 – zákon č.468/2009 Z. z. vstúpi do platnosti 1. januára 2010.

## 1.2 Inštitucionálny rámec, národné stratégie a politiky

### 1.2.1 Koordinácia a inštitucionálny rámec

#### 1.2.1.1 Koordinácia na národnej úrovni

Vláda SR ako vrcholný orgán výkonnej moci zabezpečuje prostredníctvom svojho poradného orgánu Výboru ministrov úlohy koncepčného a strategického významu, ktoré sa premietajú do komplexného programového dokumentu<sup>3</sup>, a to stratégie protidrogovej politiky. Obsahom je definovanie priorít a cieľov na obdobie určené vládou a spôsoby ich dosiahnutia v oblasti redukcie dopytu a redukcie ponuky drog.

Koordináciou a metodickým vedením príprav, realizácie, monitoringu a hodnotenia plnenia NPBD od roku 1995 je poverený Generálny sekretariát VMDZKD, organizačne začlenený v Úrade vlády Slovenskej republiky (ďalej len „Generálny sekretariát“), ktorý je výkonným orgánom VMDZKD. Generálny sekretariát, v spolupráci s jednotlivými ministerstvami, a to osobitne s Ministerstvom vnútra SR v rámci tretieho piliera EÚ o bezpečnosti a spravodlivosti EÚ (Justice and Home Affairs – JHA) zabezpečuje prepojenie a koordináciu národnej protidrogovej stratégie v Slovenskej republike a nadväzujúcich akčných plánov s Európskou stratégiou boja proti drogám a jej Akčným plánom.

Okrem zabezpečenia procesu komplexného vyhodnotenia plnenia tretieho Národného programu boja proti drogám v Slovenskej republike na roky 2005 až 2008 a jeho predloženie na rokovanie vlády SR a NR SR, v prvej polovici roku 2009; sa činnosť Generálneho sekretariátu<sup>4</sup> v sledovanom období sústredila na prípravu a spracovanie štvrtého Národného programu boja proti drogám v Slovenskej republike a jeho Akčného plánu na roky 2009 až 2012 v súlade s druhou etapou Európskej stratégie boja proti drogám na roky 2005 až 2012 a novým Akčným plánom boja proti drogám na roky 2009 až 2012.

Monitorovanie drogovej situácie na Slovensku vykonávalo aj v roku 2008 Národné monitorovacie centrum pre drogy (NMCD), začlenené v organizačnej štruktúre Úradu vlády SR ako jedno z oddelení Generálneho sekretariátu. Informácie, ktoré NMCD ako národný kontaktný bod medzinárodnej informačnej siete o drogách (REITOX) získava v rámci svojej pôsobnosti primárne pre potreby monitorovacej agentúry EÚ v Lisabone – Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť – slúžia súčasne aj pre domáce potreby, na monitorovanie plnenia cieľov národnej stratégie.

**1.2.1.1.1** V septembri 2009 bol etablovaný poradný orgán Vlády SR – Rada vlády pre prevenciu kriminality. S vytvorením tejto štruktúry počítal zákon o prevencii kriminality, ktorý má prispieť k vyváženejšiemu vzťahu prevencie a represie v rámci kontroly kriminality a inej protispoločenskej činnosti. Rada bude v rámci svojej činnosti okrem iného prerokúvať analýzy stavu a vývoja kriminality v SR a navrhovať opatrenia na jej kontrolu a elimináciu, ako aj na kontrolu a elimináciu iných, s ňou súvisiacich sociálno– patologických javov. Zároveň bude podporovať vedecký výskum v oblasti prevencie kriminality a predkladať vláde na schválenie návrh stratégie prevencie na obdobie štyroch rokov.

#### 1.2.1.2 Koordinácia na miestnej a regionálnej úrovni

Prijatím zákona<sup>5</sup> o prevencii kriminality a inej protispoločenskej činnosti a o zmene a doplnení zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov sa opätovne vytvorili predpoklady pre rozvoj spolupráce a skvalitnenie koordinácie plnenia zámerov protidrogovej stratégie aj na regionálnej úrovni. Pozície koordinátorov a ich pôsobnosť vo vzťahu k regiónom v oblasti drogovej agendy budú obnovené<sup>6</sup> v roku 2009.

<sup>3</sup> Národný program boja proti drogám bol v poradí tretím komplexným programom.

<sup>4</sup> Súčasťou Generálneho sekretariátu je od mája 2008 Národné monitorovacie centrum pre drogy (NMCD), ktoré je referenčným a kontaktným miestom Medzinárodnej informačnej siete o drogách a drogových závislostiach (REITOX) a partnerom EMCDDA, ďalej oddelenie medzinárodných vzťahov, ktoré koordinuje spoluprácu v rámci a za Slovenskú republiku v globálnych a európskych štruktúrach (UNODC, CND, Horizontálna pracovná skupina pre drogy pri EK a i.).

<sup>5</sup> Vláda Slovenskej republiky uznesením č. 598 zo dňa 10. septembra 2008 a Národná rada uznesením č. 1175 zo dňa 3. 12. 2008.

<sup>6</sup> V roku 2007 vláda SR uznesením č. 165 z 28. februára 2007 schválila zrušenie krajských úradov k 30. septembru 2007, čím zanikla aj pozícia krajského koordinátora.



### 1.2.2 Národné strategické dokumenty

#### 1.2.2.1 Národná protidrogová stratégia

Pod odbornou gesciou Generálneho sekretariátu v priebehu roka 2008 pôsobila „Medzirezortná odborná pracovná skupina pre prípravu Národnej protidrogovej stratégie na obdobie 2009 až 2012“. Členmi boli poverení zástupcovia ministerstiev a Generálnej prokuratúry, VÚC, ZMOS a mimovládnej organizácie. Výsledkom úsilia bolo vypracovanie dvoch zásadných dokumentov – „Komplexné vyhodnotenie plnenia Národného programu boja proti drogám za obdobie 2004 – 2008“ a „Návrh národnej protidrogovej stratégie na obdobie 2009 – 2012“<sup>7</sup>. Uvedené dokumenty boli prerokované a schválené vládou SR uznesením č. 259 z 1. apríla 2009. Národná rada SR prerokovala oba dokumenty v júni 2009 a uznesením č. 1496 zo dňa 18. júna 2009 zobrala na vedomie, čo umožnilo spustiť konkretizáciu stratégie na čiastkové akčné plány zahrnutých rezortov.

Prioritami novej stratégie pod názvom „Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012“ sú:

1. znižovanie dopytu
2. znižovanie ponuky
3. koordinácia a spolupráca
4. medzinárodná spolupráca
5. Informovanosť, výskum a hodnotenie

**1.2.2.2 Národný akčný plán pre problémy s alkoholom (NAPPA) na roky 2006 – 2010** (prvá hodnotiacia správa bola vypracovaná v roku 2008 – viac v kap. 1 správa 2008)

**1.2.2.3 Národný akčný plán na kontrolu tabaku na obdobie rokov 2009 až 2010** vláda SR schválila v roku 2008. **Akčný plán<sup>8</sup> vychádza zo stratégie Národného programu kontroly tabaku** definuje konkrétne úlohy, časové plnenie, zodpovednosť jednotlivých rezortov a finančné krytie.

#### 1.2.2.4 Národný program prevencie HIV/AIDS v Slovenskej republike na roky 2009 – 2012<sup>9</sup>

Vláda SR 16. septembra 2009 prijala Národný program prevencie HIV/AIDS v Slovenskej republike na roky 2009 – 2012, ktorého základným cieľom je obmedzovanie šírenia vírusu HIV a zmierňovať dopady nákazy HIV a AIDS v tých častiach spoločnosti, ktorých sa to najviac dotýka so zámerom docieľiť obrat v šírení pandémie AIDS vo svete. Zohľadňuje odporúčania SZO a UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). Všetky aktivity sú v súlade UNAIDS, založené na princípe ochrany ľudských práv, vedeckých poznatkov zamerané na zapojenie občianskej spoločnosti a mimovládnych organizácií. Aktivity národného programu sú zamerané predovšetkým na testovanie, liečbu a starostlivosť o osoby s HIV/AIDS.

Slovensko patrí zatiaľ medzi krajiny s relatívne nízkym počtom ľudí s HIV/AIDS a infekcia HIV/AIDS tu ešte nenadobudla alarmujúce rozmery, hoci posledných osem rokov sa každý rok vyskytne prípad nákazy HIV (viac v kap. 6). Preto je nevyhnutné pokračovať v účinnej prevencii tohto ochorenia. Mladí ľudia predstavujú kritický článok v zmene dynamiky pandémie HIV/AIDS vo svete, predstavujú významnú časť z novo-diagnostikovaných prípadov HIV. Je potrebné opakovane vykonávať aktivity spojené so vzdelávaním a výchovou mladých ľudí. Keďže HIV má presne definované cesty prenosu, je v súčasnosti prevencia najdôležitejšou súčasťou boja proti šíreniu HIV.

<sup>7</sup> [http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/8942AB4BE2A4B97BC1257584004E3D2E/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/8942AB4BE2A4B97BC1257584004E3D2E/$FILE/Zdroj.html).

<sup>8</sup> Zdroj: [http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/293409DB3A05F559C125747400236B10/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/293409DB3A05F559C125747400236B10/$FILE/Zdroj.html).

<sup>9</sup> Zdroj: <https://lt.justice.gov.sk/Attachment/vlastnymat%20so%20zapracovan%C3%BDmi%20pripomienkami.rtf?insID=1&attID=14407&docID=70705&matID=1749&langID=1&tStamp=20090907134241857> stiahnuté 9. 9. 2009.

### 1.3 Implementácia politík a stratégií

Záverečnou konferenciou sa v decembri 2008 skončila twinningová časť projektu MPSVaR a Úradu vlády, spolufinancovaného z prostriedkov EÚ „**Zlepšovanie a rozširovanie resocializačnej a rehabilitačnej starostlivosti o osoby závislé od psychoaktívnych látok**“ (celkový objem 1 150 0000 €), ktorý sa začal v auguste 2007. Najdôležitejším výstupom bol Manuál štandardov kvality a dobrých skúseností resocializačných zariadení v SR<sup>10</sup>, ktorý bol prerokovaný a prijatý na záverečnej konferencii za účasti príslušných spolupracujúcich inštitúcií. Manuál sa stal základom pre legislatívne zakotvenú zmenu podmienok činnosti resocializačných stredísk (RS) definovaných zákonom č. 305/2005 Z. z. s účinnosťou od 1. januára 2009. Novela zákona<sup>11</sup> priniesla najmä rozšírenie cieľovej skupiny klientov RS, upravili sa podmienky poskytovania odbornej pomoci a minimálneho rozsahu činností vykonávaných RS a taktiež boli rozšírené nevyhnutné náležitosti resocializačného programu a špecifikovaná obsahová stránka individuálneho resocializačného plánu. Zákon zaviedol možnosť výkonu rozhodnutia súdu o predbežnom opatrení a nanovo upravil podmienky poskytnutia finančného príspevku na výkon rozhodnutia súdu v RS.

V rámci twinnigovej časti a s podporou technickej asistencie absolvovalo 20 zamestnancov RS špecializované vzdelávanie zamerané na rôzne aspekty starostlivosti poskytovanej závislým osobám v RS. Každý účastník získal osvedčenie o absolvovaní vzdelávania potvrdené inštitúciami francúzskej strany (Ministerstvom sociálnych vecí, MILDT a ANITEA – národnými odbornými asociáciami), fínskej strany (STAKES) a slovenskej strany (Generálny sekretariát VMDZKD a Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave). Zároveň boli vypracované dva moduly odborného vzdelávania pre pracovníkov resocializačných stredísk a v rámci modulu 1 aj s rozšírením na potreby vzdelávania ďalších odborníkov, ktorých pracovné zameranie vyžaduje odborné skúsenosti aj z oblasti adiktológie.

Prostredníctvom Grantovej schémy bolo v roku 2008 podporených 12 žiadateľov o grant vo výške do 25 000 € (v celkovej výške 286 554,04 €), ktorými sú jednotlivé RS; ukončenie projektov bolo plánované do septembra 2009.

Aktivity projektov sú zamerané na:

1. odborné vzdelávanie alebo psychosociálny výcvik pre pracovníkov RS,
2. výkon supervízie v RS,
3. psycho– sociálny alebo iný špecializovaný výcvik pre klientov RS (vrátane získavania nových pracovných zručností, resp. nových skúseností ako sa uchádzať o prácu a uplatniť sa na trhu práce),
4. zlepšovanie existujúcich resocializačných programov a metód (ako napr. pracovnej terapie, sociálnych intervencií, vypracovávanie individuálnych resocializačných plánov, výchovno– edukačné programy pre maloletých, terapeutická práca s rodinami, terénne terapie s klientmi),
5. rozšírenie spektra terapeutických a iných programov a metód (ako napr. arteterapia, muzikoterapia, canis–terapia, špecializované sociálne poradenstvo prostredníctvom internetu),

ďalej aktivity podporujúce rozvoj spolupráce medzi RS, rozvoj spolupráce so zdravotníckymi zariadeniami alebo sprístupňovanie informácií o resocializačnom procese širšej verejnosti prostredníctvom nových/aktualizovaných webstránok, bulletinov, publikácií a pod. Informácie o projekte a všetky výstupy sú sprístupnené na informačnom portáli [www.infodrogy.sk](http://www.infodrogy.sk).

Rezort MPSVaR plní I. etapu Koncepce poradenských služieb v rezorte práce, rodiny a sociálnych vecí (Správa 2008), t. j. personálne a profesionálne zabezpečenie a vzdelávanie 8 (podľa počtu regiónov) špecializovaných poradcov pre problémy s drogami.

Zavedenie selektívnej intervencie vyplynulo z odporúčaní záverov spoločného nemecko– česko– slovenského projektu (Správa 2006, Správa 2007) a cieľom intervencie je poskytnúť mladým delikventom alebo iným cieľovým skupinám základné informácie o rizikách spojených s užívaním drog a motivovať ich k zodpovednejšiemu postoju k vlastnému životu.

<sup>10</sup> Zdroj: <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=645>.

<sup>11</sup> Zákon č. 466/2008 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Aktuálne SR<sup>12</sup> je jednou zo 17-tich krajín EÚ, ktoré participujú v projekte FreD goes net. financovanom z prostriedkov EÚ z finančného programu Verejné zdravie 2003 – 2008. Projekt spočíva vo včasnom preventívnom zásahu u mladých ľudí, ktorí prvýkrát porušili zákon v súvislosti s drogami. Nakoľko prvé informácie o programe FreD boli prezentované už v rámci twinningového projektu (Správa 2006, Správa 2007), nebolo potrebné začínať úplne od začiatku. Navyše v SR je vytvorená dobrá a dostatočná sieť pedagogicko-psychologických poradní, ktoré môžu byť veľmi nápomocné pri implementácii programu na národnú úroveň. Doteraz bola vykonaná RAR analýza situácie na drogovej scéne a zástupcovia SR sa zúčastnili niekoľkých seminárov organizovaných v rámci projektu. Na národnej úrovni prebieha komunikácia medzi príslušnými rezortmi, ktoré by mohli byť zahrnuté v systéme – školstvo, práce, soc. vecí a rodiny, vnútro, spravodlivosť, prokuratúra. Rezort školstva v spolupráci s GS VMDZKD pripravil informačný materiál o projekte FreD a jeho možnej implementácii v SR, ktorý bol programovaný na jesenné zasadnutie Výboru ministrov 29. októbra 2009. Cieľom je pripraviť legislatívny rámec a inštitucionálne ukotvenie projektu tejto selektívnej prevencie.

### 1.3.1 Evalvácia uplatňovania vybraných drogových paragrafov Trestného zákona<sup>13</sup>

Na realizácii výskumného projektu, ktorého zadávateľom je Nadácia otvorenej spoločnosti (NOS– OSF) sa od r. 2006 podieľali partneri projektu – Katedra sociálnej práce UMB, Katedra psychológie Univerzity Palackého v Olomouci, Fakulta sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského a NMCD<sup>14</sup>. Supervíziu projektu zabezpečoval tím odborníkov z českého Centra adiktologie Psychiatrickej kliniky 1. Lekárskej fakulty a Všeobecnej fakultnej nemocnice UK v Prahe, ktorý sa podieľal na realizácii obdobnej štúdie v ČR (Projekt Analýzy Dopadov) a vedeckú oponentúru zabezpečovali odborníci z Holandska, Poľska a USA.

Výskumný projekt evalvácie uplatňovania vybraných drogových paragrafov Trestného zákona SR bol zameraný na hodnotenie dopadov zavedenia vybraných častí aktuálneho TZ, týkajúcich sa drog – ide teda o paragrafy 171 (prechovávanie pre vlastnú potrebu) a 172 odst. 1 písm. d (prechovávanie alebo sprostredkovanie omamnej a psychotropnej látky alebo prekurzoru, a to v množstve vyššom než je desaťnásobok obvykle jednorazovej dávky), a hodnotenie dosiahnutia / naplnenia cieľov stanovených v Dôvodovej správe k zmene trestného zákona a trestného poriadku, popis problémov vyskytujúcich sa v aplikačnej praxi. NMCD participovalo na jednej zo subštúdií, ktorá je analýzou epidemiologickej situácie a trendov v užívaní drog, ich dostupnosti, vzorov užívania, ako aj trendov v oblasti uplatňovania drogových paragrafov zo štatistických výstupov orgánov činných v trestnom konaní a súdov v období 1999 – 2005 a 2006 – 2008 (Správa 2007, kap. 1.1.2 a 13.2.1). Kvôli výhradám Generálneho sekretariátu k metodológii a interpretácii výsledkov, NMCD prerušilo v r. 2008 svoju spoluprácu na projekte.

K dispozícii je priebežná správa z roku 2008<sup>15</sup>, finálny výstup podľa programovaného termínu ukončenia štúdie v júli 2009 nebol v čase publikovania tejto správy dostupný.

## 1.4 Rozpočet a financovanie protidrogovej politiky

Kap. 11 Verejné výdavky Správy 2007 podrobne analyzovala problémy súvisiace so zisťovaním celkového objemu verejných výdavkov (priamych alebo nepriamych) určených na riešenie drogovej problematiky, a to na základe výstupov a ich porovnávaní z dvoch štúdií vynaložených výdavkov za rok 2004 a v roku 2007 za rok 2006.

### 1.4.1 Verejné výdavky vynaložené na plnenie NPBD

V roku 2008 Generálny sekretariát pre potreby vyhodnotenia plnenia tretieho NPBD v rokoch 2005 – 2008 zisťoval metódou top- down údaje od príslušných rezortov (kapitol štátneho rozpočtu) a zdravotných poisťovní týkajúce sa vynaložených finančných prostriedkov na drogovú problematiku za obdobie od r. 2005 až do I. polroku 2008.

<sup>12</sup> Asociovaná krajina.

<sup>13</sup> Petrjánošová, M., Masaryk, R., Lášticová, B. (Eds.): Kvalitatívny výskum vo verejnom priestore, zborník Bratislava 2008.

<sup>14</sup> Do augusta r. 2008.

<sup>15</sup> Hičárová, T., Staroňová, K., Lovecká, K., Miklíková, S., Kiššová, L.: Súhrnná priebežná správa projektu evalvácie uplatňovania vybraných paragrafov zákona č.300/2005 Z. z. Trestného zákona v SR. Bratislava, marec 2008 [http://www.osf.sk/Components\\_000/Iniciativa/Documents/s\\_LoadDocument.aspx?categoryId=49&documentId=31](http://www.osf.sk/Components_000/Iniciativa/Documents/s_LoadDocument.aspx?categoryId=49&documentId=31).

Údaje v navrhovanej štruktúre pre potreby komplexného hodnotenia stratégie<sup>16</sup> s možnosťou jej doplnenia príslušnou kapitolou štátneho rozpočtu sa v rámci SR zhromažďovali po prvýkrát.

Základné údaje poskytli: Štatistický úrad SR, Protidrogový fond, Úrad vlády SR, Ministerstvo zdravotníctva, Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny, Ministerstvo školstva, Ministerstvo kultúry, Ministerstvo vnútra, Ministerstvo dopravy, pôšt a telekomunikácií, Ministerstvo obrany, Ministerstvo financií, Ministerstvo spravodlivosti, Ministerstvo hospodárstva, Ministerstvo pôdohospodárstva, Ministerstvo zahraničných vecí a Generálna prokuratúra SR. Okrem nich Všeobecná zdravotná poisťovňa a Spoločná zdravotná poisťovňa a súkromné zdravotné poisťovne Dôvera, APOLLO a UNION.

Z poskytnutých údajov vyplynulo, že na základné zabezpečenie plnenia úloh protidrogovej politiky v období 2005 – 2008 (k 30. 6. 2008) bolo z verejných<sup>17</sup> finančných prostriedkov (príslušné kapitoly ŠR, prostriedky z EÚ), spolu s prostriedkami príslušných zdravotných poisťovní vynaložených celkove 53 901 720 € (1 623 843 217 SKK<sup>18</sup>). Zdroje z verejných finančných prostriedkov (bez zdravotných poisťovní) boli vo výške 41 739 459 €, čo predstavuje 77,40 % podiel z príslušných verejných finančných prostriedkov.

Výdavky verejného zdravotného poistenia vynaložené na liečbu diagnóz kategórie MKCH F11-F19, spracované na základe údajov poskytnutých príslušnými zdravotnými poisťovňami pôsobiacimi na slovenskom trhu ku koncu roka 2008, dosiahli za obdobie 42 mesiacov (2005 – 30. 6. 2008) celkový objem 12 162 261,00 €, čo predstavuje 22,60 % podiel z celkových finančných prostriedkov za toto obdobie. Na liečbu diagnóz spojených s drogovými závislosťami v ústavnej starostlivosti uhradili poisťovne 6 402 043 € a za ambulantnú zdravotnú starostlivosť 5 760 218 €. Najviac výdavkov na liečbu drogových závislostí vynakladá Všeobecná zdravotná poisťovňa, ktorá je verejnoprávnu inštitúciou.

Na oblasť znižovania dopytu (liečba, resocializácia, prevencia) bolo zo ŠR za sledované obdobie vynaložené 37,30 % finančných prostriedkov, na oblasť vedy a výskumu 2,40 %, na oblasť znižovania ponuky (implementácia práva, represia) 60,30 % finančných prostriedkov.

Pomer proaktívnych verejných výdavkov voči výdavkom na redukcii ponuky/uplatňovanie práva tak ostal – podobne ako v oboch štúdiách<sup>19</sup> – v neprospech finančného zabezpečenia aktivít na redukcii dopytu (40 % : 60 %).

Aj v prípade tohto zisťovania reálnych verejných výdavkov možno konštatovať, že pre danú oblasť nie je k dispozícii systémový zdroj informácií o poskytovaní verejných finančných prostriedkov v rámci jednotlivých kapitol štátneho rozpočtu. Verejné výdavky SR vynaložené na protidrogovú problematiku prostredníctvom štátneho rozpočtu nie sú dostatočne a účelovo plánované a systematicky vyhodnocované i napriek skutočnosti, že jednotlivé rezorty a ostatné orgány štátnej správy vynakladajú nemalé finančné prostriedky z vlastných rozpočtových kapitol ŠR na protidrogové aktivity. Proces však nie je koordinovaný a plánovaný ako celok.

#### 1.4.2 „Návrh spôsobu financovania protidrogovej politiky na nasledujúce obdobie v súlade so stratégiou EÚ a Národnou protidrogovou stratégiou na obdobie 2009 – 2012“ – vytvorenie medzirezortného programu Protidrogová politika.

Napriek dlhodobej existencii protidrogovej politiky a stratégie spoločnosti a prijatým uzneseniam vlády SR len veľmi málo ministerstiev (kapitol ŠR) plánuje a uplatňuje finančné požiadavky na štátny rozpočet účelovo zamerané na protidrogovú stratégiu a politiku. Uvedený stav negatívne vplyva na kvalifikáciu týchto prostriedkov, ich účelné využívanie a ich kontrolu. V niektorých prípadoch v danom období vytváral priestor pre „duplicitu“ časti požadovaných a vyčlenených výdavkov príslušných rezortov napr. prostredníctvom požiadaviek na neštátny Protidrogový fond. Je preto žiaduca existencia efektívneho, prehľadného a dlhodobo stabilného systému verejného finančného zabezpečenia zámerov a úloh národnej protidrogovej stratégie. Prostredníctvom identifikovateľných verejných výdavkov a príslušných finančných zdrojov sa vytvorí základný finančný rámec protidrogovej politiky a zabezpečí sa jeho efektívne využívanie a kontrola. Požiadavka na vytvorenie samostatného medzirezortného programu s názvom Protidrogová politika je opodstatnená. Vyplyva nielen

<sup>16</sup> [http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/7AB695DCEE4470BBC1257584004E3C5C/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/7AB695DCEE4470BBC1257584004E3C5C/$FILE/Zdroj.html).

<sup>17</sup> Okrem municipiálnych finančných prostriedkov.

<sup>18</sup> Orientačne pri kurze 1 € = 30,126 SKK.

<sup>19</sup> ♦ Fazey, C., 2006: Sociálne a ekonomické náklady užívania drog v SR v roku 2004 (metóda bottom up a top down) pomer redukcie dopytu je 43 % vs 57 % redukcia ponuky.  
♦ Kiššová, L., Lóžiová, D.: Verejné výdavky – vybraná otázka Národnej správy o stave drogovej problematiky v SR, NMCD (2007) Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku v roku 2006 ISBN978-80-88707-97-4 – s. 85 – 88, (metóda top down) pomer 30 % : 70 %.



z požiadavky EÚ na sledovanie vynaložených prostriedkov, ale tiež zo získaných skúseností financovania protidrogových politík v spoločnosti v predchádzajúcom období. Cieľom programu je zrozumiteľná prezentácia úloh protidrogovej politiky pre verejnosť a identifikácia príslušnej oblasti (protidrogová problematika).

Na základe zistených skutočností Generálny sekretariát vypracoval návrh na vytvorenie časovo neohraničeného medzirezortného programu s nadrezortným zámerom v rámci štátneho rozpočtu s názvom „Protidrogová politika“. Materiál s názvom „Návrh spôsobu financovania protidrogovej politiky na nasledujúce obdobie v súlade so stratégiou EÚ a Národnou protidrogovou stratégiou na obdobie 2009 – 2012“ bol po prerokovaní vo Výbore ministrov predložený vláde SR, ktorá materiál prerokovala a uznesením č. 308 z 29. apríla 2009 schválila vytvorenie medzirezortného programu s názvom Protidrogová politika, ako súčasť štátneho rozpočtu. Na plnení medzirezortného programu v rámci štátneho rozpočtu sa od roku 2011 budú zúčastňovať príslušní správcovia kapitol, v ktorých pôsobnosti je participácia na plnení zámerov protidrogovej politiky a stratégie. Je predpoklad, že program pri zabezpečovaní záujmov a potrieb štátu upevní vzájomnú kooperáciu a spoluprácu štátu tiež s orgánmi územnej samosprávy a MVO. Za účelom vypracovania predbežného návrhu vytvorenia tohto programu bola pod gesciou Generálneho sekretariátu vytvorená pracovná skupina.

Gestorom medzirezortného programu Protidrogová politika bude Úrad vlády SR a účastníkmi medzirezortného programu rezorty, ktorých ministri sú členmi Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog (13 členov).

Úrad vlády SR sa bude spolupodieľať na programe vlastným podprogramom. V ňom bude zaradený aj systém dotácií, v rámci ktorého sa budú prerozdeľovať finančné prostriedky žiadateľom na podporu protidrogových aktivít na základe vypracovaných projektov.

Dotačná politika Úradu vlády SR od roku 2009 schvaľuje a prideluje finančné dotácie prostredníctvom Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog. Pre rok 2009 boli na tento účel vyčlenené finančné prostriedky z rozpočtovej kapitoly Úradu vlády vo výške 1 493 726,35 € (45 mil. SKK).

### 1.5 Sociálny a kultúrny kontext

Aktuálna hospodárska kríza sa premietla do celého radu sociálnych dopadov, ktoré napriek intenzite nie je zatiaľ možné reálne vyhodnotiť v kontexte sociálnej patológie – osobitne raste kriminality.

Od roku 2008 sa zvýšila nezamestnanosť<sup>20</sup> (v júli 2009 dosiahla počet 355 862 osôb, čo reprezentovalo podiel 12,07 %, s medziročným nárastom o takmer 60 %). V tomto počte figuruje najväčším podielom veková skupina 20 – 29-ročných, štatistika ÚPSVaR za mesiac jún 2009 hovorí o 99300 osobách. Najviac z nich je v prešovskom a košickom regióne s najvyšším zastúpením aj inak marginalizovaných skupín. Očakáva sa, že miera nezamestnanosti bude ďalej rásť a v septembri navyše pribudli do evidencie absolventi stredných škôl<sup>21</sup>. Tento fakt znamená výrazné zvýšenie počtu zraniteľných mladých ľudí (Správa 2006, kap. 12.1.1). Obavy z vývoja nezamestnanosti vyjadrili aj respondenti reprezentatívneho prieskumu verejnej mienky „Spotrebiteľský barometer“<sup>22</sup>, ktorý sa uskutočnil v júli 2009 a mapoval mienku občanov o hospodárskej situácii na Slovensku, sebareflexiu finančných pomerov domácností a investičné zámery obyvateľstva. Vysoký podiel pesimistických<sup>23</sup> odpovedí vstúpil aj do medzinárodne sledovaného indikátora tzv. indexu spotrebiteľskej dôvery a Slovensko dosiahlo hodnotu – 32 bodov.

Podľa vyjadrenia odborníkov pre médiá<sup>24</sup> je okrem zreteľného nárastu práceneschopnosti vo všeobecnosti – ktorý možno pripísať na úkor krízy, aj nárast požiadaviek na liečbu závislosti na alkohole. V najväčšom bratislavskom Centre pre liečbu drogových závislostí zaregistrovali k 30. 07. 2009 o 30 % viac požiadaviek na liečbu oproti predchádzajúcemu roku.

<sup>20</sup> [www.upsvar.sk](http://www.upsvar.sk), stiahnuté 10. 8. 2009.

<sup>21</sup> Ibid, 10. 8. 2008.

<sup>22</sup> Informácia 12/2009 Štatistický úrad SR.

<sup>23</sup> Pri odhadovanej nezamestnanosti bol zaznamenaný iba 7 % podiel optimistických predpovedí a zvýšenie miery nezamestnanosti v nasledujúcom období očakáva 76 % respondentov (v roku 2008 to bolo iba 16 %). Pri posudzovaní doterajšieho vývoja hospodárskej situácie na Slovensku sa najviac respondentov (82 %) vyjadrilo, že hospodárska situácia sa za posledných 12 mesiacov zhoršila. Pri odhadovanom vývoji ekonomiky Slovenska necelé dve tretiny respondentov (65 %) deklarovali, že hospodárska situácia na Slovensku sa v nasledujúcich 12 mesiacoch zhorší. Podmienky pre sporenie kladne hodnotilo 25 % respondentov. Negatívne stanovisko (teraz nie je vhodný čas na sporenie) prezentovalo 68 % oslovených.

<sup>24</sup> <http://hnonline.sk/slovensko/c1-37933170-hospodarska-kriza-vyhana-alkoholikov-do-liecebni>.

### 1.5.1 Názory na problematiku užívania drog a riešenie situácie

V júni 2008 reprezentatívny sociologický prieskum Ústavu informácií a prognóz školstva<sup>25</sup>, zisťoval o. i. aj výskyt ďalších javov sociálnej patológie<sup>26</sup>. Na základe zistenej štatistickej významnosti medzi skupinou „experimentátorov“, ktorá v tomto prieskume 15 – 26-ročných reprezentovala necelú tretinu (viac v kap. 2 Užívanie drog v populácii) a majoritnou skupinou, kde respondenti nemali žiadne skúsenosti s drogou sa opakovane potvrdili údaje o tom, že mladí ľudia, ktorí majú skúsenosti s drogami pochádzajú častejšie z neúplných rodín a nemajú vytvorené dobré vzťahy so svojimi rodičmi. Majú viac finančných problémov (59,3 %) a až pätina z nich si myslela, že ich životná úroveň je pod hranicou uspokojovania základných životných potrieb. Okrem toho sa viac a úmyselne vyhýbali vyučovaniu (takmer 60 % pri zlúčených odpovediach občas a často), pričom najčastejším dôvodom záškoláctva bol nezáujem o vyučovanie.

V skupine „experimentátorov“ mali viac skúseností so šikanovaním, a to nielen z pozície osôb, ktoré boli šikanované, ale aj pôvodcov šikany voči iným. Sú informovanejší, prejavili o drogovú problematiku väčší záujem, pričom informácie o drogách získali najmä od priateľov (zatiaľ čo opýtaní, ktorí drogové skúsenosti nemajú, vo vyššej miere získali tieto poznatky z rozhlasu a od učiteľov). Medzi najčastejšie dôvody, pre ktoré mladí ľudia siahajú po drogách zaradila pätina všetkých respondentov najmä snahu prispôbiť sa rovesníckej skupine, ďalšími boli zvedavosť, únik z rodinného prostredia a nuda, užívanie drog ako módný trend, ľahká dostupnosť, prípadne konzumáciou vyjadrujú protest voči okolitému svetu alebo majú snahu riešiť svoje školské a osobné problémy. Medzi miesta, kde je možné drogy najľahšie kúpiť alebo zohnať zaradila tretina respondentov diskotéky a koncerty, nasledované zábavnými podnikmi a herňami, internátmi, školami, ďalej verejné priestranstvá, pohostinstvá a reštaurácie, ale aj mládežnícke kluby a ich podujatia.

Heroín, kokaín a LSD boli v tomto prieskume považované za nebezpečné pre zdravie, menšie riziká pre zdravie pripísala desatina respondentov pervitínu, ešte menej cracku, hašišu, prchavým látkam, extáze, marihuane a tabletkám. Viac ako dve tretiny (69,3 %) respondentov, ktorí vyskúšali nelegálne drogy prezentovalo názor, že sa drogovej závislosti neobávajú, pretože majú situáciu pod kontrolou. Od roku 1996 mierne klesol počet mladých ľudí, ktorí zastávali názor, že situáciu majú pod kontrolou a nemôžu byť drogovým závislým a znížil sa aj počet mladých ľudí, ktorým je táto skutočnosť ľahostajná. Zvýšil sa teda počet opýtaných pociťujúcich obavy z drogovej závislosti a stúpol aj počet mladých ľudí, ktorí nikdy o tomto následku užívania drog nerozmýšľali. Od r. 1996 síce klesá počet mladých ľudí, ktorí nemali obavy z prenosu infekčných chorôb, ale 84,7 % podiel tých, ktorí obavy nemali a zastávali názor, že sa ich tento problém netýka je vysoký. Výraznejšie stúpol počet respondentov, ktorým nezáleží na vlastnom zdraví.

Riešenie problémov s drogami sa dlhodobo a aj podľa iných prieskumov<sup>27</sup> vníma v polohe represie, resp. uplatňovania práva, čo sa považuje na Slovensku za najefektívnejší spôsob riešenia, ide teda o opatrenia na strane redukcie ponuky drog (obchodovanie, výroba a šírenie). (Pozri kap. 1.4 Správy 2008)

Na druhej strane prísne opatrenia voči užívateľom drog a legalizácia drog si v ponuke efektívnych riešení minuloročného prieskumu Eurobarometra Mladí ľudia a drogy (Správa 2008, Kap. 1.4) nenašli veľa zástancov. V roku 2008 považovali títo respondenti odstránenie chudoby/nezamestnanosti za najmenej efektívny spôsob (5 %).

V prieskume UIPŠ sa respondenti vyjadrovali k legalizácii<sup>28</sup> drog, resp. k legalizácii „mäkkých“ drog, čo autori prieskumu deklarovali<sup>29</sup> ako vytvorenie zákonnej možnosti prechovávaného, užívania a kontrolovania distribúcie niektorých druhov drog s výnimkou ich výroby a predaja deťom a mladistvým. Výsledky výskumu ukázali, že s takto chápanou legalizáciou na Slovensku nesúhlasí viac než polovica opýtaných a kladne sa vyjadrila iba desatina mladých ľudí. Viac než tretina opýtaných vo veku od 15 do 26 rokov nemala na tento závažný problém vytvorený vlastný názor. V časovom rámci sa od r. 1996 mierne zvýšil počet mladých ľudí, ktorí súhlasili s legalizáciou drog na Slovensku a stúpol počet respondentov, ktorí na túto otázku nedokázali odpovedať.

<sup>25</sup> V roku 2008 sa opakovaný – v intervale 3 rokov – prieskum názorov na užívanie drog a súvisiace problémy ako aj iné sociálno-patologické javy uskutočnil na reprezentatívnej vzorke mládeže vo veku 15 – 26. (N=989)

<sup>26</sup> Pozn. editora: Termín sociálno-patologické javy sa v ostatných členských krajinách EMCDDA nahrádza adekvátnejším pojmom rizikové správanie.

<sup>27</sup> Podľa prieskumov ÚVVM pri ŠÚ SR už od roku 1995 sa na prvých miestach umiestňujú opatrenia typu redukcie ponuky, a to zvýšenie aktivity polície a colnej kontroly a prísne protidrogové zákony, a to aj u porovnateľnej vekovej skupiny 15 – 29-ročných Bratislavčanov (55 %, resp. 47 %). Zdroj: ÚVVM pri ŠÚ SR (2006) Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou.

<sup>28</sup> Dekriminalizácii.

<sup>29</sup> Zábranský, T.: Drogová epidemiológia 1. vydanie, Univerzita Palackého Olomouc 2003, ISBN 80-244-0709-4, str. 16 – 17.

Zároveň sa znížil počet opýtaných vyjadrujúcich k legalizácii drog záporný postoj. Trestný zákon za vyhovujúci označila vyše pätina respondentov, približne rovnaký počet mladých ľudí sa domnieval, že je príliš benevolentný a tresty za výrobu, predaj a distribúciu nelegálnych drog by sa mali sprísniť, čo je v zhode s dlhodobým trendom. Súčasnú platnú legislatívu za príliš prísnu považovalo len 5,5 % oslovených respondentov. Takmer polovica respondentov nevedela odpovedať na otázku hodnotenia súčasnej platnej legislatívy.

Na otázku, či je na Slovensku trestná výroba, predaj a konzumácia nelegálnych drog správne (kladne) odpovedalo 65,8 % opýtaných, avšak 10,1 % respondentov sa domnievalo, že trestný je len ich predaj a nie konzumácia<sup>30</sup>. Platnú legislatívu zameranú na problematiku nelegálnych drog poznali najmä respondenti, ktorí majú dostatok informácií o drogách, a to od učiteľov a z masmédií, pričom nízke právne vedomie mali opýtaní, ktorým vedomosti o drogách sprostredkovali priatelia.

### 1.5.2 Parlamentné a občianske iniciatívy

Obmedzenie prístupu mladistvých k hazardným hrám a zníženie spoločenských rizík bolo cieľom novely zákona o hazardných hrách, ktorý navrhoval znížiť počet automatov prevádzkovaných mimo herní, čím sa podľa nich mal obmedziť hlavne prístup mladistvých k hre, ale tiež spoločenské riziká spojené s hazardnými hrami. Návrh však do ďalšieho legislatívneho procesu neprešiel.

V polohe návrhu a diskusií bol aj úplný zákaz predaja alkoholu a zákaz reklamy alkoholu.

V priebehu roka 2008 a aj v prvej polovici roku 2009 médiá aj verejnosť venovali viac pozornosti legálnym drogám alkoholu a fajčeniu, čo je výsledkom dobrej komunikácie oboch národných programov/resp. akčných plánov týkajúcich sa legálne dostupného alkoholu a tabaku a súvisiacich legislatívnych nástrojov na zabezpečenie potrebných environmentálnych opatrení (zákaz fajčenia v prevádzkach, kde sa podáva strava, zákaz požívať alkohol osobám mladším ako 18 rokov, cenová politika – zvýšenie spotrebnej dane na alkohol a tabak, zdanenie hazardu). Niektoré reklamy na pivo, ktoré je iniciačným nápojom u detí a mladých, a ktoré sa môžu vysielat' časovo neobmedzene (reklamy na alkohol až po 22.00 hod.) vysielané v televízii, resp. propagované na veľkoplošných billboardoch sú sprevádzané upozornením „pite rozumne od 18 rokov“.

<sup>30</sup> Poznámka editora: Samotná konzumácia, užitie nelegálnej drogy nie je trestným činom!!!

## 2 Užívanie drog v populácii

Užívanie drog vo všeobecnej populácii (General Population Survey – GPS) je jedným z piatich kľúčových indikátorov EMCDDA, ktorý sa používa na deskripciu stavu v užívaní legálnych a nelegálnych látok. Rozsah a spôsob užívania rôznych drog vo všeobecnej populácii (obvykle vo veku 15 – 64, prípadne v zraniteľných vekových skupinách a/alebo kohortách), názory a postoje k užívaniu drog v rámci rôznych populačných skupín sa zisťujú prostredníctvom prieskumov využívajúcich štandardné sociologické a psychologické metódy (štandardizovaný dotazník, interview) na reprezentatívnej vzorke populácie. Údaje by sa potom mali využívať na hodnotenie situácie, identifikáciu priorít a plánovanie opatrení, najmä v úrovni univerzálnej a selektívnej prevencie<sup>31</sup>. Prieskumy užívania drog v populácii nepriamo poskytujú informácie aj o dostupnosti nelegálnych drog na trhu, čo potom spolu s informáciami zo zdrojov z oblasti uplatňovania práva poskytuje komplexnejší obraz o čiernom trhu s drogami.

Pre porovnateľnosť údajov v rámci Európy a aj globálne<sup>32</sup>, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogové závislosti (ďalej len EMCDDA) odporúča, aby indikátor GPS obsahoval údaje sformulované v tzv. Európskom modelovom dotazníku (2002). Ten pri každej psychoaktívnej látke (vrátane tabaku a alkoholu) zisťuje tieto základné premenné: Prevalencie<sup>33</sup>, vek prvého kontaktu s drogou, frekvenciu užívania (alebo množstvo konzumovanej drogy). K základnému modulu sa priradujú zostavy otázok zamerané na intenzívnejšie užívanie – skríningové škály pre niektoré drogy a s ich užívaním spojené problémy, eventuálne sa zisťuje čoraz rozšírenejšia polykonzumácia<sup>34</sup>.

V rámci hodnotenia implementácie 5 indikátorov monitoringu drogovej situácie na Slovensku, EMCDDA hodnotilo stav indikátora GPS na základe splnených kritérií pri opakovaných školských prieskumoch (ESPAD, TAD) a prieskumov bývalého<sup>35</sup> ÚVVM pri ŠÚ SR, z ktorých sa generovali a generujú štandardné tabuľky ST 01, ST 02 a ST 30. Z 11 kritérií tieto prieskumy dosiahli počet 6 až 8.

Táto kapitola je založená na údajoch z disponibilných reprezentatívnych prieskumov realizovaných na Slovensku v roku 2008, z toho jeden s použitím medzinárodného dotazníka ESPAD, ktorý je popísaný detailnejšie. Pri rešpektovaní previazanosti je koncipovaná tak, aby doplnila komplex informácií o najrozšírenejšej a najdostupnejšej droge na Slovensku (povinná voliteľná téma Trhy s marihuanou v časti B Vybrané otázky), ako aj niektoré dostupné údaje vo vzťahu k voliteľnej kapitole Užívanie metamfetamínov.

### 2.1 Užívanie drog vo všeobecnej populácii

Plánovaný prieskum v roku 2008 na populácii 15 – 64 sa neuskutočnil a k dispozícii sú výsledky z cyklu v roku 2006 (Správa 2007 kap. 2.1.1.1). Vtedy boli najvyššie prevalence súčasného (užil/a posledný rok, užil/a posledný mesiac) užívania marihuany zistené v skupine 15 – 24-ročnej mládeže (LYP = 20,4 % a LMP = 6 %). V špecifickom prieskume NMCD zameranom len na užívanie marihuany, bolo v tejto vekovej skupine deklarované súčasné užívanie rovnako ako najvyššie; LYP = 13,1 %, LMP = 5,4 %.

### 2.2 Užívanie drog medzi školskou populáciou a mládežou

#### 2.2.1 ESPAD 2007 na Slovensku

Výsledky školského prieskumu o alkohole a iných drogách na Slovensku v roku 2007 (ESPAD 2007) na vzorke 15 až 19 ročných stredoškôľakov uvádzala Správa 2008 (Kap. 2.1.1.1). Užívanie marihuany v úrovni „skúsil niekedy v živote“ boli zistené v rozpätí od 20,1 % (15-roční), po 51,5 % u 19 ročných. Súčasné užívanie (LYP, LMP) rástlo s vekom v podiele od 15,6 % do 32,7 % (LYP u 15 a 19-ročných) a v podiele od 6,6 % do 14,1 % (LMP u 15 a 19-ročných).

<sup>31</sup> Napr. špecifické preventívne intervencie určené pre dievčatá vo veku 15 – 19, prípadne staršie, ktoré dobiehajú chlapcov, pokiaľ ide o fajčenie, konzumáciu alkoholu a niektoré nelegálne drogy.

<sup>32</sup> Štatistické vykazovanie pre UNODC (Úrad pre drogy a kriminalitu OSN).

<sup>33</sup> Výskyt užívania niekedy v živote, LTP (skúsenosť), užívanie v posledných 12 mesiacoch/roku (LYP) a posledných 30 dňoch/mesiaci – súčasné užívanie. Údaje o prevalencii/prevalenciách sa udávajú v %.

<sup>34</sup> Súčasné užitie dvoch alebo viacerých psychoaktívnych látok.

<sup>35</sup> Zrušený 1. mája 2009.

## 2 Užívanie drog v populácii

### 2.2.1.1 Medzinárodné porovnanie

V medzinárodnom porovnávaní údajov v prieskume ESPAD 2007, ktorého výsledky<sup>36</sup> boli verejnosti prezentované v marci 2009, bola zahrnutá vzorka slovenských stredoškolákov, ktorí v roku realizácie prieskumu dosiahli 16 rokov (rok narodenia 1991).

Táto veková kohorta vo vzťahu k 9 vybraným premenným uvedeným v tab. 2 2.1) dosiahla vyššie skóre než bol priemer ostatných participujúcich krajín v šiestich premenných (obr. 2.2.1).

Rozdiel 13 p. b. je v prospech 16-ročných Slovákov pri premennej užitie kanabisu 1x a viackrát v živote.

Tab.2.2.1: Vybrané premenné sledované v rámci medzinárodného školského prieskumu ESPAD 2007.

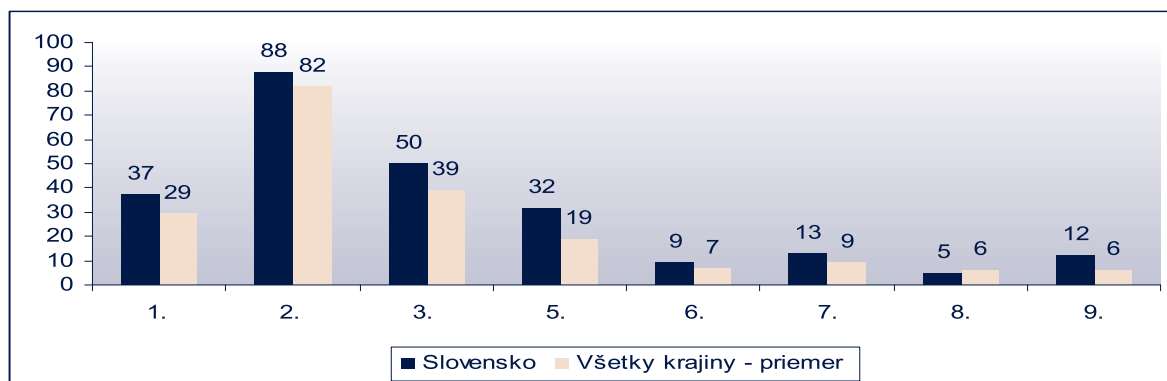
- |    |  |
|----|--|
| 1. | Fajčenie cigariet počas uplynulých 30 dní – LMP  |
| 2. | Pitie alkoholu počas uplynulých 12 mesiacov – LYP  |
| 3. | Opitosť počas uplynulých 12 mesiacov – LYP   |
| 4. | Objem alkoholu (100 % v cl) v posledný deň pitia   |
| 5. | Užitie kanabisu 1 a viackrát v živote (experimentovanie)                                       |
| 6. | Užitie akejkoľvek nelegálnej drogy okrem kanabisu ( <sup>1</sup> )                             |
| 7. | Užitie inhalátov ( <sup>2</sup> )  |
| 8. | Užitie (v živote) utišujúcich prostriedkov alebo sedatív, ktoré sa neviažu na lekársky predpis |
| 9. | Užitie alkoholu s tabletkami ( <sup>3</sup> )  |

(<sup>1</sup>) „Akákoľvek nelegálna droga okrem kanabisu“ znamená extázu, amfetamíny, LSD alebo iné halucinogény, crack, kokaín a heroín.

(<sup>2</sup>) Inhaláty: „...(glej, lepidlá, rozpúšťadlá, atď.) na navodenie nálady“.

(<sup>3</sup>) S formuláciou: „Dostať sa do nálady“; okrem Cypru „cítiť sa inakšie“; a Rumunska: „cítiť sa lepšie“.

Obr. 2.2.1: Porovnanie slovenskej vzorky s priemerom za všetky krajiny, participujúce v ESPAD 2007.



Zdroj údajov: Správa o ESPAD 2007, s. 115.

Pozn.: V grafe nie je uvedená premenná č. 4 uvádzaná v objemových jednotkách (cl) a okrem toho údaj 4,2 cl alkoholu slovenskej vzorky je totožný s priemerom ostatných krajín.

<sup>36</sup> Hibbel Bjorn et al. (2009): The 2007 ESPAD Report, ISBN 978– 91– 7278– 219– 8, s.115, 406.



**2.2.2 Medzinárodný prieskum zdravotného stavu školákov – Health Behaviour in School Children**

Aj údaje z ďalšieho medzinárodného školského prieskumu zdravia boli zverejnené v roku 2008, resp. v roku 2009.

Medzinárodná správa<sup>37</sup> prezentovala kľúčové zistenia o zdraví 11, 13 a 15-ročných školákov v 41 krajinách európejského (WHO) a Severnej Ameriky na základe prieskumu HBSC v r. 2005/2006. Okrem pozitív správa konštatuje problémy tejto populácie s nadváhou, obezitou, životnou spokojnosťou, šikanovaním a zneužívaním psychoaktívnych látok (tabak, alkohol, marihuana). Podľa zverejnených údajov (WHO 2008, s. 139 – 142) 14 % slovenských dievčat vo veku 15 rokov užilo raz alebo viackrát marihuanu, rovnako starí chlapci marihuanu vyskúšali v 23 %. Súčasné užívanie marihuany (posledných 30 dní) uviedlo 2 % dievčat a 7 % chlapcov vo veku 15 rokov.

Dáta o marihuane u 15-ročných v HBSC z roku 2005/2006 sú vcelku porovnateľné s údajmi ESPAD 2007: LTP u 15-ročných dievčat bola 16,8 %, kým u chlapcov 23,5 %; a LMP u dievčat 5,9 %, u chlapcov 7,3 %, stále so zjavným trendom nárastu užívania marihuany s odstupom cca 2 rokov u dievčat, hoci nie už u chlapcov.

Pri analýze rizikových foriem správania vo vzťahu k zdraviu sa sledoval aj vzťah k sociálnej a finančnej situácii rodiny. Vzťah medzi blahobytom rodiny (affluence) sa potvrdil v mnohých krajinách; pre Slovensko platí štatisticky významný vzťah ( $p < 0,05$ ) pre 15-ročných chlapcov, ktorí užili raz alebo viackrát marihuanu (ibid s.135) – pozri aj Kap.1.5.1 Sociálny kontext.

**2.2.2.1 HBSC 2005/2006 na Slovensku**

Nová<sup>38</sup> výskumná a koordinačná skupina, etablovaná pre tento prieskum zverejnila detailné údaje z a o prieskume HBSC na Slovensku v máji 2009 v publikácii: *Sociálne determinanty zdravia školákov HBSC 2005/2006*<sup>39</sup>.

Základné charakteristiky:

N = 3882 respondentov (46,3 % chlapcov) v troch vekových skupinách (11-roční, 13-roční, 15-roční). Prieskum sa uskutočnil v školách, anonymne, účasť bola dobrovoľná. Dotazníky administrovali odborní anketári – pracovníci RÚVZ.

Výsledky a kľúčové zistenia<sup>40</sup> vo vzťahu k rizikovému správaniu – užívanie psychoaktívnych látok.

Väčšina 15-ročných respondentov začala fajčiť vo veku 13 rokov a menej, 52 % dievčat a 60 % chlapcov (oproti 31 % a 13 % HBSC priemeru). Výskyt fajčenia aspoň raz za týždeň stúpal s vekom.

Pravidelné pitie alkoholu aspoň raz za týždeň uviedlo viac chlapcov ako dievčat, 40 % chlapcov a 31 % dievčat uviedlo, že boli po prvýkrát opití vo veku 13 rokov a menej. Tieto výsledky významne prevyšujú priemer krajín participujúcich v HBSC a slovenskí chlapci viac ako o 10 % prevyšovali dievčatá, pričom rozdiel bol štatisticky významný.

Na otázku dotazníka „Aké máš skúsenosti s užívaním marihuany počas uplynulých 12 mesiacov“ uviedlo 21 % chlapcov vo veku 15 rokov a 15 % dievčat v tom istom veku, že užili marihuanu (1 – 2x až 40-krát a viac). Chlapci udávali štatisticky častejšie skúsenosť s užívaním marihuany (OR/CI: 1,60/1,19 – 2,15).

<sup>37</sup> Eds: Currie, C., et al. (2008): Inequalities in young people's health (Rozdiely v zdravotnom stave mladých – správa z medzinárodného prieskumu HBSC) HBSC international report from the 2005/2006 survey 2008, 210 s. ISBN 978-92-890-7195-6.

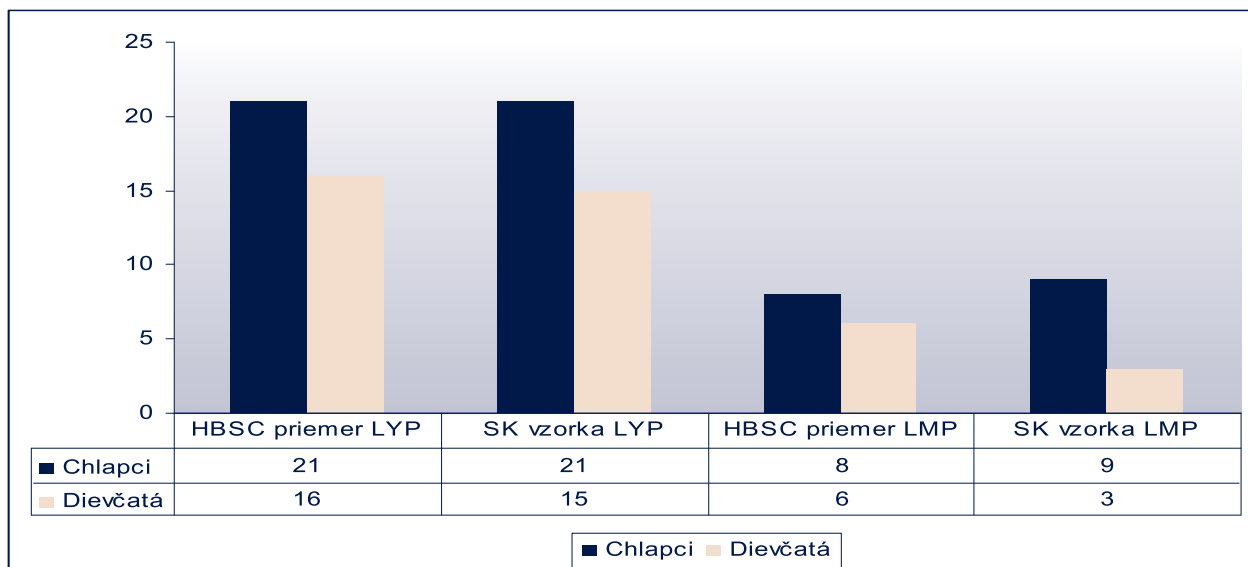
<sup>38</sup> Hamade, J., Janechová, H. (2009): Informácia pre NMCD.

<sup>39</sup> Eds: Madarászová– Gecková, A. a kol.(2009): Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacim správaním 11, 13 a 15 ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2005/2006 v rámci medzinárodného prieskumu Health Behaviour in School Aged Children – ISBN 978-80-89284-29-0, s.53 – 62.

<sup>40</sup> Baška, T., Kolarčík, P.: (Národná správa o zdraví, 2009 s. 60).

## 2 Užívanie drog v populácii

Obr. 2.2.2: Užitie marihuany v poslednom roku a poslednom mesiaci – SR vs. priemer HBSC.



Zdroj údajov: Baška, T., Kolarčík, P., In: Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacim správaním 11, 13 a 15-ročných školákov, 2009 s. 60.

Súčasnú užívanie marihuany sa zisťovalo prostredníctvom otázky: „Máš skúsenosti s užívaním marihuany počas uplynulých 30 dní?“ Respondenti uviedli frekvenciu 1 – 2x až 40x a viac za posledných 30 dní (LMP) v 9 % (chlapci) a 3 % (dievčatá). Užívanie kanabису v tejto frekvencii bolo častejšie u chlapcov, pričom rozdiel bol štatisticky významný (OR/CI: 4,02/2,23 – 7,25).

### 2.2.2.2 Fajčenie marihuany medzi mladými

Cieľom tejto štúdie<sup>41</sup> bolo zistiť rozšírenosti fajčenia, konzumácie alkoholu a fajčenia marihuany vo vzťahu k zdraviu, porovnanie podľa pohlavia a sledovanie rozšírenosti podľa lokality. Školský prieskum bol realizovaný v 81 náhodne vybraných základných školách v troch veľkých mestách na západnom, severnom a východnom Slovensku a niekoľkých menších mestách<sup>42</sup> Košického a Prešovského regiónu.

Základné charakteristiky:

N = 4 581. Vzorka stratifikovaná podľa pohlavia (49,6 % chlapcov, 50,4 % dievčat). Priemerný vek respondentov = 14,3 ± 0,7. Percento odpovedajúcich 93,0 %. Zvyšok sa prieskumu nezúčastnil kvôli chorobe.

Výsledky: 84 % respondentov nikdy nevyskúšalo marihuanu, 16 % áno. Z toho 10 % vyskúšalo marihuanu raz alebo viackrát, 5 % z času na čas fajčí marihuanu a 1 % fajčí pravidelne denne. Výsledky chi – kvadrát testu poukázali na signifikantný vzťah medzi pohlavím a fajčením marihuany  $\chi^2$  (3, n = 3,517) = 59,09, p<0,000, veľkosť efektu podľa Cohena bola malá (H = 0,23). V tab. 2.2.2 sú uvedené podrobnejšie údaje. Štatisticky viac dievčat (88,80 %) ako chlapcov (79,70 %) uviedlo, že marihuanu nikdy nevyskúšali (89 % dievčat – 80 % chlapcov CAI = 0,80 – 0,89). Rozdiely podľa lokalít sa nezistili.

<sup>41</sup> Orosová, O. a kol. (2008): Fajčenie cigariet, konzumácia alkoholu a konzumácia marihuany u adolescentov.

<sup>42</sup> Bratislava (600,000 obyv., Západné Slovensko), Žilina (156,000 obyv., Severné Slovensko) a Košice (240,000 obyv., Východné Slovensko).

Tab. 2.2.2: Fajčenie marihuany – frekvencia a interpohlavné rozdiely.

Vek 14,3 ± 0,7		Nikdy	Skúsil/a som	Fajčím z času na čas, ale nie denne (nepravidelne)	Fajčím denne pravidelne	Spolu
<b>chlapci</b>	n	1365	220	104	23	1712
	% v rámci pohlavia	79,70 %	12,90 %	6,10 %	1,30 %	100,00 %
	% z celku	38,80 %	6,30 %	3,00 %	0,70 %	48,70 %
<b>dievčatá</b>	n	1602	141	57	5	1805
	% v rámci pohlavia	88,80 %	7,80 %	3,20 %	0,30 %	100,00 %
	% z celku	45,60 %	4,00 %	1,60 %	0,10 %	51,30 %
<b>Spolu</b>	n	2967	361	161	28	3517
	% z celku	84,40 %	10,30 %	4,60 %	0,80 %	100,00 %

Zdroj údajov: Orosová, O. a kol. (2008): Fajčenie cigariet, konzumácia alkoholu a konzumácia marihuany u adolescentov.

### 2.2.3 Názory a postoje mladých ľudí ku konzumácii nelegálnych drog na Slovensku – sociálny kontext

V roku 2008 bola problematika nelegálnych drog u mládeže vo veku 15 – 26 rokov skúmaná spoločne s ostatnými sociálno-patologickými javmi ako súčasť výskumnej úlohy „Situčná analýza postavenia mládeže v SR“<sup>43</sup>. Úlohu rieši UIPŠ v trojročných intervaloch od roku 1996. Pozitívom prieskumu tohto typu je možnosť sledovať vývojové trendy v rámci zisťovania rozšírenosti užívania drog v úrovni skúsenosti/experimentovania.

Základné charakteristiky:

N = 989 respondentov, ktorí spĺňali kritériá reprezentatívnosti vzhľadom na základný súbor mladých ľudí žijúcich v SR vo veku od 15 do 26 rokov. Otázky v dotazníku administrovanom anketármi v domácnostiach respondentov, zisťovali okrem názorov a postojov mládeže k drogám, informovanosti a dostupnosti (pozri časť 1.5.1), najmä osobnú skúsenosť mladých ľudí s užívaním nelegálnych drog.

Výsledky:

Skúsenosť s aspoň jedným druhom nelegálnych drog – najčastejšie marihuanou – priznalo 261 (26,4 %) opýtaných, 1,1 % odpovedalo prostredníctvom alternatívy nepoviem a necelé percento (0,8 %) respondentov na tieto otázky nereagovalo vôbec. Skúsenosti s nelegálnymi drogami (bez ohľadu na spôsob užitia drogy) má viac než tretina (36,2 %) mužov a pätina (20,6 %) žien.

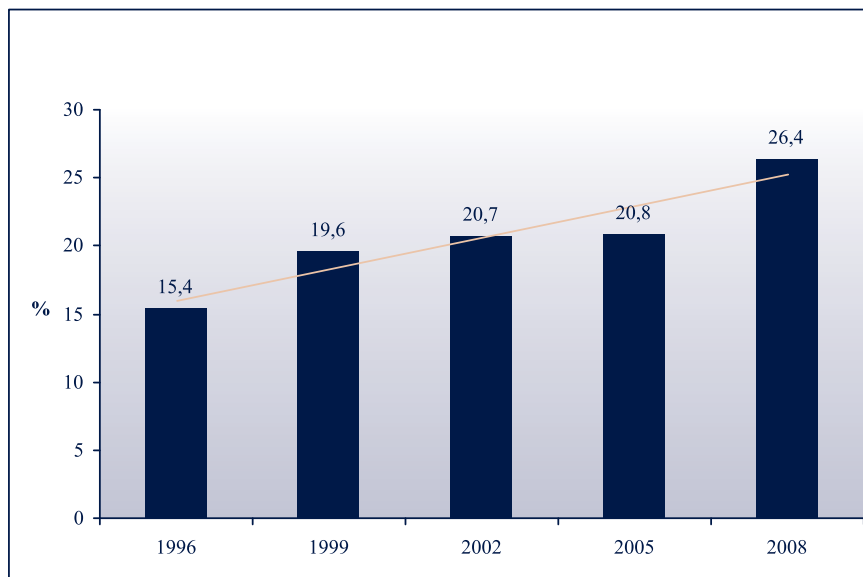
Od roku 1996 počet mladých ľudí vo veku 15 – 26 rokov, ktorí majú skúsenosti s nelegálnymi drogami stúpa (Obr. 2.2.3). Trend v spôsobe konzumácie nelegálnych drog dokumentujú údaje v tab. 2.2.3; dominantnou je forma fajčenia.

<sup>43</sup> Pétiová, M. (2009).



## 2 Užívanie drog v populácii

Obr. 2.2.3: Trend skúsenosti s nelegálnou drogou u 15 – 26-ročnej populácie.



Zdroj údajov: Pétiová, M. (2009).

Tab. 2.2.3: Trendy v spôsobe konzumácie nelegálnych drog.

Spôsob užívania drog	1996	1999	2002	2005	2008
vnútrožilová aplikácia	0,5	0,6	0,6	0,7	0,5
vdychovanie	2,5	3,6	3,8	3,3	5,7
prehĺtanie	1,4	4,4	4,1	4,3	7,2
vdychovanie cez nos	N	N	N	N	1,6
fajčenie	14,0	18,0	20,0	21,1	25,2

Zdroj údajov: Pétiová, M., (2009).

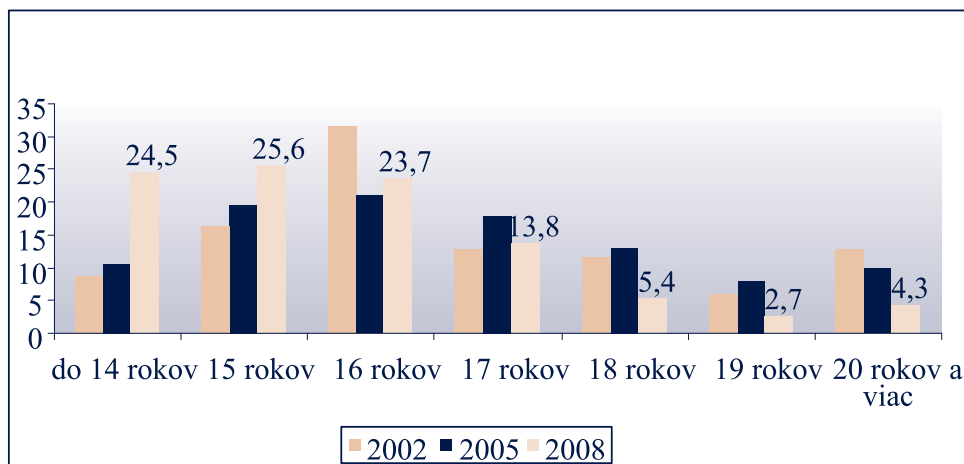
Pozn.: N – nebolo sledované.

Podľa tohto prieskumu sa rozumie pod zisťovaním dostupnosti drog miesto, kde je možné drogy najľahšie kúpiť alebo zohnať a respondenti sem zaradili najmä: diskotéky a koncerty (29,7 %), zábavné podniky a herne (19,2 %), internáty a školy (13,4 %) a verejné priestranstvá (11,2 %). Necelé percento opýtaných (0,6 %) prostredníctvom alternatívy iné uviedlo, že dnes sú drogy pre mladých ľudí dostupné všade. Na túto otázku nevedelo odpovedať 9,8 % mladých ľudí a 1,5 % opýtaných využilo na odpoveď alternatívu nepoviem.

### 2.2.3.1 Vek pri prvom experimentovaní s drogou

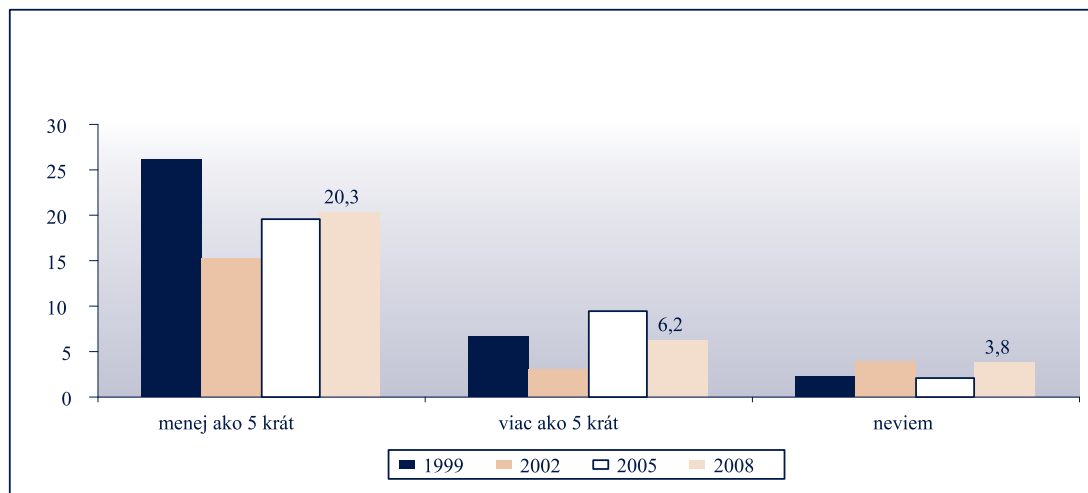
Táto premenná sa v prieskumoch UIPŠ sleduje od roku 2002 a počet tých, ktorí začínajú experimentovať s drogami vo veku okolo 14 rokov a menej sa zvyšuje. Vek prvého kontaktu s drogou sa podľa údajov z tohto prieskumu znížil.

Obr. 2.2.4: Vek prvého kontaktu s nelegálnou drogou v jednotlivých rokoch prieskumu UIPŠ.



Zdroj údajov: Pétiová, M., 2009 UIPŠ.

Obr. 2.2.5: Frekvencia užívania drogy za sledované obdobie.



Zdroj údajov: Pétiová, M., 2009 UIPŠ.

Až 69,7 % opýtaných neužili za posledný mesiac nelegálnu drogu ani raz (N = 989). Za sledované obdobie neužilo žiadnu drogu až 81,3 % žien a 63,5 % mužov. Menej než päťkrát (tzv. víkendové užívanie napr. na diskotékach alebo rôznych večierkoch a pod.) uviedla pätina (20,3 %) mladých ľudí. Určiť frekvenciu konzumácie drog za posledný mesiac nevedelo 3,8 % opýtaných. Oproti roku 1999 stúpol počet respondentov, ktorí za posledný mesiac neužili drogu ani raz, avšak zároveň sa zvýšil aj počet mladých ľudí, ktorí nedokázali určiť frekvenciu užívania drogy za sledované obdobie.

## 2.3 Užívanie drog v špecifických skupinách/prostrediach

### 2.3.1 Prieskumy u študentov vysokých škôl s použitím metódy ESPAD

Študenti vysokých škôl (ďalej len študenti VŠ) predstavovali vždy iba určitý „doplňok“ iných štúdií a prieskumov či rezortnej štatistiky, napr. podľa úrovne vzdelania pri populačných prieskumoch, alebo v hláseniach o liečených drogovo závislých. Vykonávali sa zväčša regionálne prieskumy u študentov jednotlivých typov vysokých škôl, ako sledovanie fajčiarskych návykov u budúcich učiteľov, postoje a poznatky o drogách u medikov a budúcich

## 2 Užívanie drog v populácii

právníkov. V roku 1999 sa vtedajší Focal Point<sup>44</sup> podujal zmapovať tento segment mladej generácie ako celok, hoci záujem o poznanie drogovej situácie v tejto skupine bol minimálny – údajne na prevenciu je v tejto vekovej skupine už neskoro. Študenti VŠ nie sú síce z hľadiska prevencie primárnou cieľovou skupinou, ale v dlhodobom horizonte vmedzerenou skupinou, voči iným skupinám, kde postupne v kontexte vývinovej etapy (Emerging Adulthood) preberajú svoju rolu v prostrediach, (škola, práca a rodina), ktoré sa môžu stať cieľovými v budúcnosti. Podľa Nociara (2000) preventívne programy založené na poznaní reálneho stavu, môžu mať väčší význam (pozri aj kap. 3.2.1), ako by sa mohlo zdať.

V r. 1999 sa prieskum študentov VŠ realizoval a výsledky boli publikované<sup>45</sup>.

Po druhýkrát sa prieskum u študentov VŠ s použitím metódy ESPAD uskutočnil v roku 2008. Získané údaje umožnili:

- zmapovať aktuálnu situáciu v populácii vysokoškolských študentov vo veku 19 – 24 rokov,
- porovnať vývojový trend v rozmedzí rokov (1999 – 2008),
- prostredníctvom spätného odhadu užívania porovnávať vývoj v rámci cyklu 2003 – 2008,
- prostredníctvom použitých prídavných škál (CAGE a ADS) pre užívanie legálnych a nelegálnych drog (CAST) odhadnúť podiel respondentov s problematickejšou formou užívania psychoaktívnych látok a odhadnúť relatívne riziko vo vzťahu k užívaniu ďalších drog.

Detailné výsledky, metaanalýzy a interpretácia v kontexte vývoja fenoménu užívania drog u slovenskej mládeže počas dvoch dekád, založené na údajoch zo školských prieskumov TAD, ESPAD a prieskumov študentov VŠ sú obsahom pripravovanej monografie Alojza Nociara „Prieskumy fajčenia, užívania alkoholu a nelegálnych drog u slovenskej mládeže“.

### Prieskum študentov VŠ v roku 2008

#### Metodológia

Dotazník ESPAD s dodatočnými otázkami na spätný odhad sa súčasne distribuoval prostredníctvom zapojenia rovesníkov a pracovníkov RÚVZ na 42 vysokých školách rôzneho typu. Celkove bolo rozdáných okolo 3600 dotazníkov, poštou (predplatené poštovné) sa vrátilo 53,50 %.

V tab. 2.3.1 sú uvedené údaje celej vzorky (n = 1874) pre LTP (prevalencia „skúsil/ a raz alebo viackrát v živote“). V úrovni experimentovania medzi drogami vysoko dominuje marihuana (50,2 %), nasledovaná extázou (8,2 %) a halucinogény vo forme magických húb (7,5 %). Najmenej rozšírenou drogou je v tejto vzorke tekutá extáza GHB, skúsenosť s ktorou v roku 2008 deklarovalo 0,7 %.

Tab. 2.3.1: Prevalencia užívania jednotlivých drog v skupine 19 – 24-ročných študentov VŠ.

Študenti VŠ, 19 až 24-roční	Muži	Ženy	Spolu	Poradie
1. akákoľvek ilegálna droga (okrem marihuany)	18,6	8	12,2	
2. kanabis (marihuana a hašiš)	61,3	43	50,2	1.
3. opioidy (spolu)				
4. heroín	1,6	0,7	1,1	9.
5. iné opioidy				
6. kokaín (spolu)	4,1	1,6	2,6	7.
7. kokaínový prášok				
8. kokaín pre fajčenie (crack)	2	0,5	1,1	9.
9. amfetamíny	4,2	1,5	2,6	7.
10. extáza	10,7	6,5	8,2	2.

<sup>44</sup> Pozn. editora: Kontaktné referenčné miesto pre monitorovanie situácie s užívaním drog na Slovensku, v tom období kooperujúce hlavne so štruktúrou Rady Európy – Pompidou Group.

<sup>45</sup> Nociar, A. (2000): Alkohol, tabak a drogy u študentov vysokých škôl na Slovensku – 1999. (Ukončenie monitoringu o alkohole, tabaku a drogách u žiakov základných, študentov stredných a vysokých škôl na Slovensku v rokoch 1994 – 1999). Bratislava, vydavateľstvo Asklepios 2000.

11. GHB	1,5	0,3	0,7	10.
12. halucinogény (spolu)				
13. LSD	8	4	5,6	5.
14. iné halucinogény (magické huby)	12,4	4,3	7,5	3.
15. tranquilizéry alebo sedatíva bez predpisu	4,5	5,8	5,3	6.
16. iné lieky				
17. solventy alebo inhalanty kvôli účinkom	8,2	4,7	6,1	4.
18. anabolické steroidy	4,2	0	1,7	8.
19. iné (metamfetamín – pervitín)	8,2	3,9	5,6	5.
Celková veľkosť vzorky (n)	739	1135	1874	

Zdroj údajov: Nociar, A., 2009 ST 30 pre REITOX/EMCDDA.

Pre tri nelegálne látky (marihuana, extáza a rozpúšťadlá/inhalanty) sa okrem skúsenosti s drogou (LTP) zisťovala ročná (LYP) a mesačná (LMP) prevalencia – t. j. užitie látky v rámci tejto doby.

V tabuľke 2.3.2 a, b, c sú uvedené jednotlivé úrovne výskytu užívania marihuany, extázy a rozpúšťadiel/inhalantov podľa pohlavia. N = 1874 (Muži = 739, ženy = 1135). Hodnoty súčasného užívania marihuany u študentov VŠ niekoľkonásobne prevyšujú súčasné užívanie extázy a inhalačných látok.

Tab. 2.3.2: LTP, LYP a LMP marihuany, extázy a inhalantov v %.

Tab. 2.3.2 a

Marihuana	M	Ž	Spolu
LTP	61,3	43	50,2
LYP	33,9	19,4	25,1
LMP	17,6	6	11,5

Tab. 2.3.2 b

Extáza	M	Ž	Spolu
LTP	10,7	6,5	8,2
LYP	6,2	2,2	3,7
LMP	2,1	0,8	1,3

Tab. 2.3.2 c

Rozpúšťadlá a inhalanty	M	Ž	Spolu
LTP	8,2	4,7	6,1
LYP	2,5	1,5	1,9
LMP	1,6	0,4	0,9

Zdroj údajov: Nociar, A., 2009 ST 30 pre REITOX/EMCDDA.

### b) Porovnanie prieskumov VŠ v roku 1999 a 2008

V tab. 2.3.3 sú údaje dokumentujúce rozsah skúseností s psychoaktívnymi látkami v súboroch študentov VŠ v roku 1999 a 2008 a študentmi deklarovaný vek prvého kontaktu s drogou. Veľkosť vzorky v roku 1999 bola 1602 študentov VŠ, v roku 2008 1874 študentov VŠ.

Tab. 2.3.3: Rozsah skúsenosti a vek prvej skúsenosti s alkoholom, tabakom a drogami: – študenti VŠ.

Skúsenosť s legálnymi a nelegálnymi drogami: vysokoškoláci		% respondentov	Vek prvej skúsenosti (modus)
Pitie za posledných 30 dní	VŠ – 1999	85,0	15 rokov
	VŠ – 2008	82,2	15 rokov
Opakovaná opitnosť za 1 rok (3 – 5– krát a viac)	VŠ – 1999	34,0	16 rokov
	VŠ – 2008	31,3	15 rokov ▼
Vypitie 5 a viac pohárov po sebe (2 a viackrát) za 30 dní	VŠ – 1999	23,3	16 rokov
	VŠ – 2008	36,6▲	15 rokov ▼
Pravidelné fajčenie (1 až 5x denne a viac)	VŠ – 1999	20,1	13 rokov
	VŠ – 2008	23,3▲	14 rokov▲

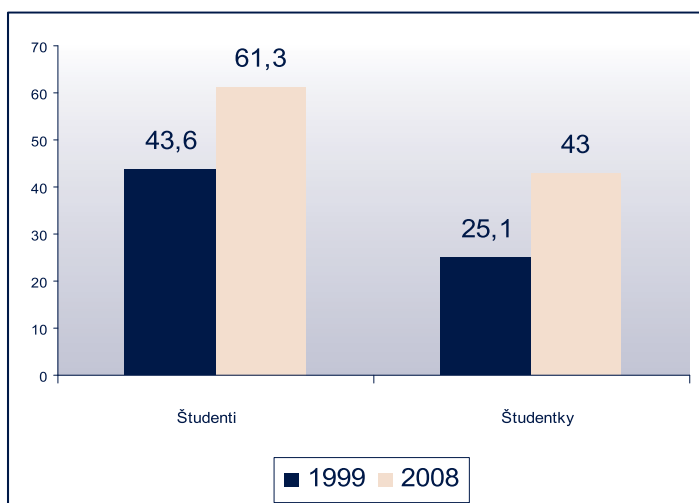
## 2 Užívanie drog v populácii

Marihuana alebo hašiš (1 a viackrát za život)	VŠ – 1999	33,2	16 rokov alebo viac
	VŠ – 2008	50,2▲	16 rokov alebo viac
Amfetamíny a opiáty (1 a viackrát za život)	VŠ – 1999	2,8	16 rokov alebo viac
	VŠ – 2008	3,7▲	16 rokov alebo viac
LSD a halucinogény (1 a viackrát za život)	VŠ – 1999	4,1	16 rokov alebo viac
	VŠ – 2008	5,6▲	–
Extáza (1 a viackrát za život)	VŠ – 1999	1,7	16 rokov alebo viac
	VŠ – 2008	8,2▲	16 rokov alebo viac

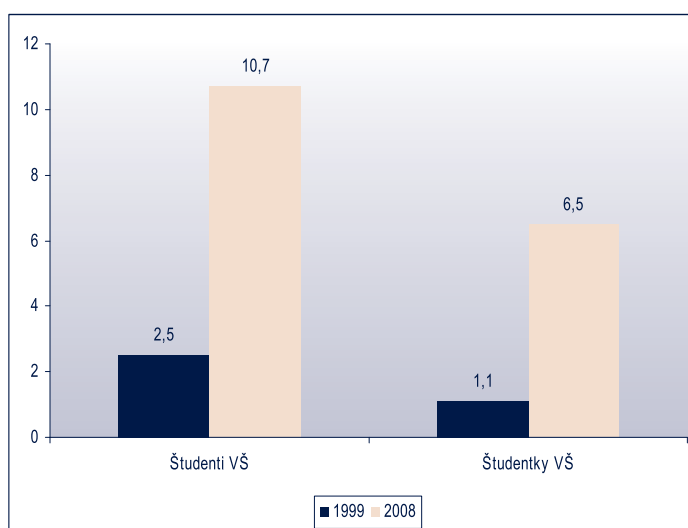
Zdroj údajov: Nociar, A.: Prieskum o drogách u študentov vysokých škôl na Slovensku.  
Záverečná správa, Bratislava VÚDPaP 2008.

Celoživotný výskyt užívania marihuany u vysokoškolákov oboch pohlaví podstatne vzrástol. Po vyše ôsmich rokoch je celoživotná prevalencia u študentiek VŠ rovnaká, ako bola u študentov VŠ v roku 1999.

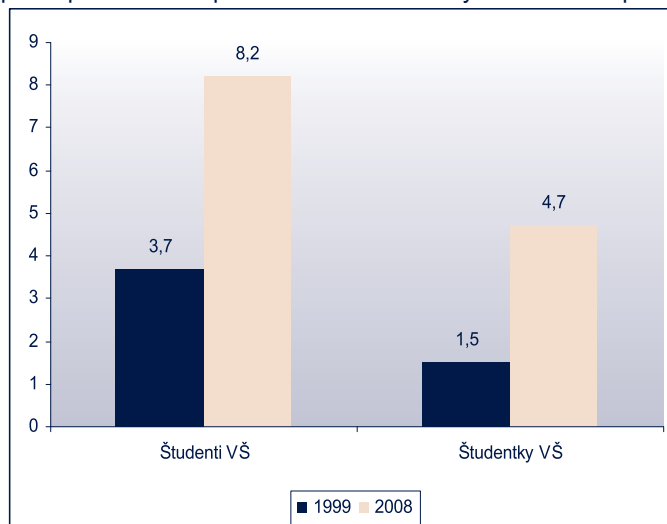
Obr. 2.3.1: Porovnanie podľa pohlavia: Marihuana alebo hašiš 1x a viackrát počas života (LTP).



Obr. 2.3.2: Porovnanie podľa pohlavia: Extáza 1x a viackrát počas života (LTP).



Obr. 2.3.3: Porovnanie podľa pohlavia: Rozpúšťadlá alebo inhalanty 1x a viackrát počas života (LTP).



Zdroj údajov pre tab. 2.3.1 až 2.3.3: Nociar, A.: Prieskum o drogách u študentov vysokých škôl na Slovensku. Záverečná správa, Bratislava VÚDPaP 2008.

### c) Spätňý sebaodhad vysokoškolákov v r. 1999 a 2008

V roku 1999 sa v rámci prieskumu študentov VŠ realizoval zber údajov pre spätňý sebaodhad a následnú porovnávaciu štúdiu. Respondenti vyplňali Dodatok na spätňý sebaodhad (rozdalo sa 500 kusov), s písomnou inštrukciou odpovedať na uvedené otázky tak, ako by boli pravdepodobne na ne odpovedali pred štyrmi rokmi, t. j. v roku 1995, keď boli vo veku 16 – 17 – 18 alebo 19 rokov. V prvom prieskume v roku 1999 bolo takto získaných 336 (67,2 % návratnosť) dodatkov. Údaje sa potom porovnávali s údajmi dvoch výberov zostavených v identickom počte zo súboru SŠ (ESPAD 1995) a zo súboru VŠ (1999). Umožnilo sa tak zistiť:

- odhad vlastného užívania legálnych i nelegálnych drog v rozpätí štyroch rokov;
- rozdiely a prípadné trendy medzi pohlaviami;
- porovnanie podskupiny VŠ s výberom z celého súboru SŠ (ESPAD 1995).

#### Súhrn výsledkov získaných v roku 1999 – porovnanie s ESPAD 1995:

Rozdiely medzi reálnymi výsledkami výberu študentov SŠ z roku 1995 (ESPAD 1995) a spätňým sebaodhadom študentov VŠ v roku 1999 sa líšili iba v minimálnom počte ukazovateľov (celoživotný výskyt opitosti, užitie inhalátov a trankvilizérov).

Vnútorňý vývoj vo výbere študentov VŠ, odhadnutý na základe porovnania ich spätňého sebaodhadu („ako to bolo u nich v roku 1995“) a ich vlastných reálnych výsledkov v roku 1999 svedčil počas týchto 4 rokov pre podstatný a poväčšine štatisticky významný nárast v udávanom celoživotnom výskyte fajčenia, pitia alkoholu, opitosti, pitia alkoholu spolu s tabletami, ale aj užívania nelegálnych drog (marihuany, trankvilizérov, LSD a halucinogénov). Pri ostatných drogách rast užívania nebol významný.

## 2 Užívanie drog v populácii

Tab. 2.3.4: Porovnania výberov z ESPAD95 a 99 (študenti SŠ v 1995 verzus študenti VŠ v 1999: spätný odhad; odhad vnútorného vývoja užívania drog – celoživotné prevalence v %).

Výskyt užitia drogy/ signifikantnosť	Študenti SŠ 1995 verzus Spätný odhad VŠ	Prevalencia Spätný SŠ 1995 – odhad VŠ	Spätný odhad VŠ verzus Študenti VŠ 1999	Prevalencia Spätný odhad VŠ – VŠ 1999
Fajčenie	0,479	60,6 – 57,1	0,000***	57,1 – 71,9
Alkohol	0,250	95,5 – 92,8	0,000***	92,8 – 98,5
Opitosť	0,030*	53,0 – 44,6	0,000***	44,6 – 71,5
Marihuana	0,086	11,1 – 15,5	0,000***	15,5 – 31,5
Inhaláty	0,018	5,7 – 2,1	0,065	2,1 – 3,0
Trankvilizéry	0,011*	6,6 – 2,4	0,005**	2,4 – 8,5
Amfetamíny	0,972	1,2 – 1,2	0,268	1,2 – 2,4
LSD	0,683	1,1 – 1,2	0,005**	1,2 – 5,1
Kokaín	1,000	0,6 – 0,0	0,163	0,0 – 0,6
Heroín	0,861	1,2 – 1,5	0,598	1,5 – 2,1
Extáza	0,307	0,3 – 0,9	0,499	0,9 – 1,5
Alkohol + tablety	0,080	6,0 – 2,8	0,004**	2,8 – 7,8
Anaboliká	0,173	1,8 – 0,3	0,110	0,3 – 1,5

Pozn.: Pri porovnávaní skupín sa použila neparametrická štatistika – Wilcoxonov test pre dva výbery.

\* signifikantné na 0,05; \*\* signifikantné na 0,01; \*\*\* signifikantné na 0,001

### Spätný sebaodhad získaný v r. 2008 – porovnanie s ESPAD 2003

Rovnaké dodatočné otázky boli použité aj v roku 2008, pričom boli zaradené priamo do dotazníka (a z celkového počtu ich bolo zodpovedaných spolu 1 759). Údaje u študentov VŠ sa porovnali s údajmi u SŠ z roku 2003. Pre toto porovnanie sme pokladali výbery stredoškóľakov spred 4 rokov, t. j. z rokov 1995 a 2003 za širšie výbery zo základných súborov 15 – 16 až 18 – 19-ročných stredoškóľakov. Vytvorili sa náhodné výbery so zohľadnením predpokladaného podielu typov škôl. Podľa odhadu skončilo cca 65 % študentov VŠ gymnázium, asi 30 % strednú odbornú školu (SOŠ) a 5 % buď SOU, alebo iný typ školy. Tieto odhady boli potom použité pre výber vzorky z ESPAD 2003 u stredoškóľakov na ich porovnanie so spätným sebaodhadom u vysokoškóľakov.

Tab. 2.3.5: Porovnania výberov z ESPAD03 a 08 (študenti SŠ v 2003 verzus študenti VŠ v 2008: spätný odhad); a odhad vnútorného vývoja užívania drog – celoživotné prevalence v %.

Výskyt užitia drogy/ signifikantnosť	Študenti SŠ 2003 verzus Spätný odhad VŠ	Prevalencia Spätný SŠ 2003 – odhad VŠ	Spätný odhad VŠ verzus Študenti VŠ 2008	Prevalencia Spätný odhad VŠ – VŠ 2008
Fajčenie	0,083	70,1 – 67,2	0,000***	67,2 – 78,4
Alkohol	0,017*	95,4 – 93,6	0,000***	93,6 – 99,0
Opitosť	0,664	72,6 – 72,3	0,000***	72,3 – 84,7
Marihuana	0,141	29,8 – 32,8	0,000***	32,8 – 49,5
Inhaláty	0,033*	5,9 – 4,1	0,035*	4,1 – 5,7
Trankvilizéry	0,000***	4,8 – 2,4	0,000***	2,4 – 5,1
Amfetamíny	0,055	2,8 – 1,8	0,197	1,8 – 2,5
LSD	0,063	2,2 – 3,1	0,001**	3,1 – 5,3
Kokaín	0,782	1,4 – 1,5	0,027*	1,5 – 2,5
„Magické huby“	0,027*	3,4 – 4,8	0,003*	4,8 – 7,2
Heroín	0,450	0,7 – 0,9	0,860	0,9 – 1,0
Extáza	0,341	3,9 – 4,3	0,000***	4,3 – 8,2
Alkohol + tablety	0,193	11,7 – 10,3	0,000***	10,3 – 14,5
Anaboliká	0,052	0,9 – 1,6	0,887	1,6 – 1,7

Pozn.: Pri porovnávaní skupín sa použila neparametrická štatistika – Wilcoxonov test pre dva výbery.

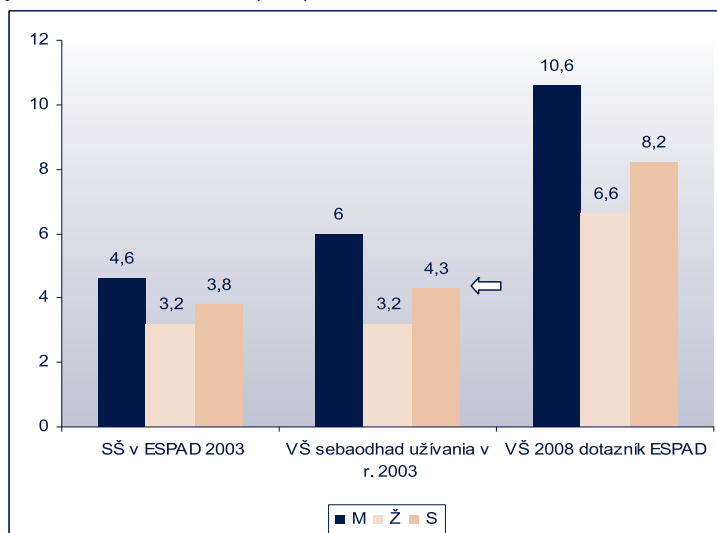
\* signifikantné na 0,05; \*\* signifikantné na 0,01; \*\*\* signifikantné na 0,001

Situácia po vyše ôsmich rokoch bola porovnateľná: kým rozdiely medzi reálnymi výsledkami výberu študentov SŠ z roku 2003 a spätným sebaodhadom študentov VŠ sa štatisticky významne líšia len v minimálnom počte prípadov (4 zo 14 – pri LTP pre alkohol, inhaláty, trankvilizéry a „magické huby“), individuálny vývoj užívania u študentov VŠ, odhadnutý na základe porovnania ich spätného sebaodhadu (ich vnímaný stav v roku 2003) a ich reálnych výsledkov z roku 2008, svedčí pre štatisticky významný rast v udávanom celoživotnom výskyte fajčenia, pitia alkoholu, opitosti a pitia alkoholu s tabletami, ale aj užívania väčšiny ďalších sledovaných drog (marihuana, extáza, trankvilizéry, LSD a halucinogény, inhaláty, „magické huby“). Pri dvoch drogách (amfetamíny a heroín) naznačený rast užívania však už nebol štatisticky významný, podobne ako pri anabolikách. Ilustratívne porovnanie výberov z výsledkov študentov SŠ v ESPAD 2003 (n = 1759), spätného sebaodhadu študentov VŠ (n = 1759) a výsledkov študentov VŠ v roku 2008 (n = 1759) pri skúsenosti s extázou je na grafe 2.3.4.



## 2 Užívanie drog v populácii

Obr. 2.3.4: Užitie extázy 1x a viackrát za život (LTP).



Zdroj údajov: Nociar, A., (2008) Záverečná správa.

### d) Škály problémového užívania legálnych a nelegálnych drog

Odhady problémového pitia u študentov SŠ a VŠ pomocou skríningu CAGE a škály závislosti od alkoholu ADS boli použité súbežne s dotazníkom TAD už v roku 2006 (Správa 2007, kap. 2.2.1 – školský prieskum Tabak – alkohol – drogy), aj s dotazníkom ESPAD v rokoch 2007 (Správa 2008) a 2008. Hlavným dôvodom bolo to, že ESPAD i ďalšie štúdie sa snažia ísť aj mimo čistej epidemiologickej deskripcie a hľadať kauzálne vzťahy a lepšie definovanie získaných dát, a to pomocou psychometrického skríningu a detekcie znakov choroby, alebo použitím krátkych škál na odhad stupňa psychopatologických zmien (alebo ich absencie – ak okrem rizikových sledujeme aj protektívne faktory). Odhady a niektoré súvislosti s užívaním drog sú uvedené v nasledujúcich tabuľkách a grafoch (pozri tab. 2.3.6 a 2.3.7 a obr. 2.3.5 a 2.3.6).

Tab. 2.3.6: Skóre dosiahnuté v štyroch otázkach skríningu CAGE\* v prieskumoch TAD (2006), ESPAD (2007) a prieskume VŠ (2008) – podiel v %.

Skríning CAGE	ŠTUDENTI			ŠTUDENTKY		
Škola/Rok	SŠ 2006	SŠ 2007	VŠ 2008	SŠ 2006	SŠ 2007	VŠ 2008
1	26,7	30,2	28,1	23,4	24,9	21,8
2	16,9	14,4	14,8	11,1	13,5	9,4
3	5,5	5,6	7,1	4,5	5,6	3,3
4	1,4	1,1	3,0	0,6	0,9	1,0

Zdroj údajov: Nociar, A. (2009).

\* Počet bodov 3 až 4 znamená už možnosť značných problémov s alkoholom.

Tab. 2.3.7: Percentá podľa štyroch kvartilov Škály závislosti od alkoholu ADS\* v prieskumoch TAD (2006), ESPAD (2007) a prieskume VŠ (2008).

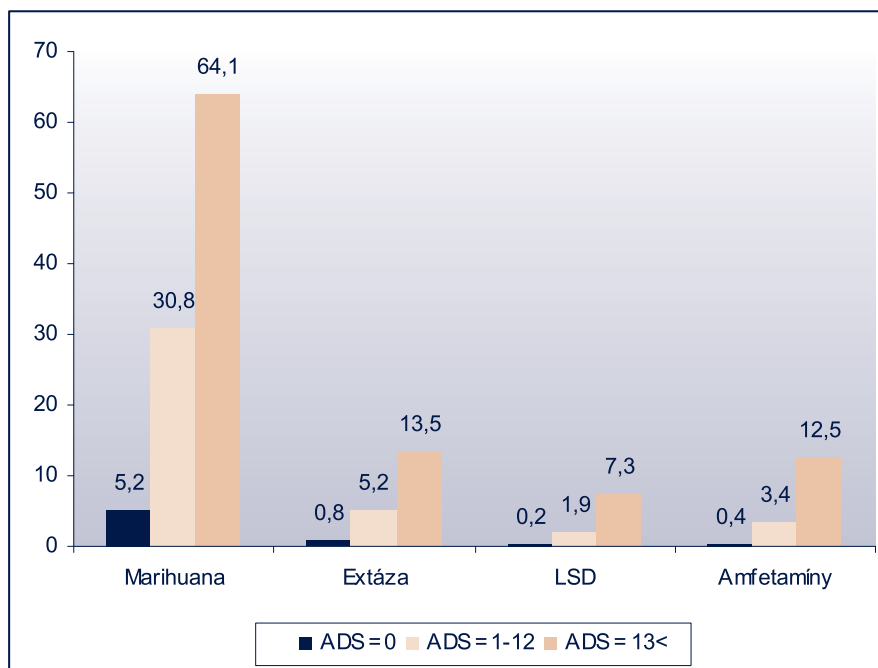
Škála závislosti ADS	ŠTUDENTI			ŠTUDENTKY		
Škola/Rok	SŠ 2006	SŠ 2007	VŠ 2008	SŠ 2006	SŠ 2007	VŠ 2008
Q1: Znamky psychickej závislosti	24,2	26,7	28,5	20,1	21,9	20,1
Q2: Znamky fyzickej závislosti	14,5	12,7	17,5	9,5	9,4	6,8
Q3: Znamky podstatnej závislosti	4,7	3,2	3,7	2,2	2,4	1,0
Q4: Znamky ťažkej závislosti	1,1	0,8	0,4	0,6	0,6	0,5

Zdroj údajov: Nociar, A. (2009).

\*Rozsahy kvartilov podľa noriem sú: Q1 = 1 – 12; Q2 = 13 – 18; Q3 = 19 – 24; Q4 = 25 + bodov hrubého skóre (HS); v rámci prvého kvartilu sa rátalo len percento vyššie od bodu rozhrania pre vyhľadávanie prípadov (tzv. „case finding”), t. j. skóre 8 a viac – až 12 bodov HS.

Uvedené údaje v tab. 2.3.6 a 2.3.7 ukazujú, že v populácii študentov SŠ a VŠ sa vyskytujú nezanedbateľné percentá študentov, u ktorých by sa už mohli začínať problémy s alkoholom, resp. vyskytujú sa u nich už príznaky, ktoré sa zvyknú vyskytovať pri podstatnej až ťažkej závislosti od alkoholu (takých stredoškóľakov je zhruba od 3 – 4 do 6 %; okrem študentov VŠ, ktorých je so skóre 3 až 4 v CAGE cez 10 %). Tieto údaje sú osobitne zaujímavé vo vzťahu k užívaniu nelegálnych drog:

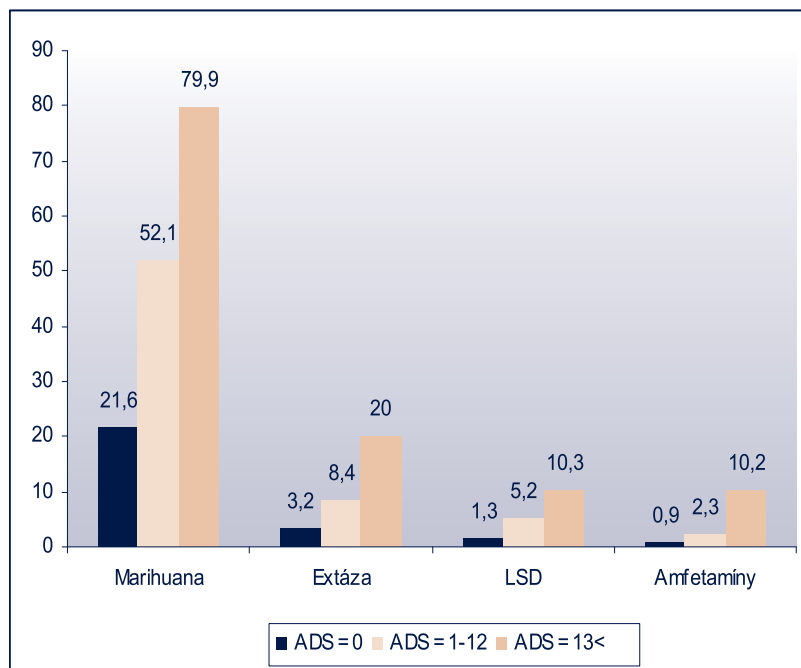
Obr. 2.3.5: Výsledky v ADS a prevalencia marihuany a troch syntetických drog u stredoškóľakov.



Zdroj: Nociar, A., 2008.

## 2 Užívanie drog v populácii

Obr. 2.3.6: Výsledky v ADS a prevalencia marihuany a troch syntetických drog u vysokoškolákov.



Zdroj: Nociar, A., 2008.

### Analýza<sup>46</sup> modulu o marihuane: CAST

Voliteľný modul CAST („Cannabis Abuse Screening Test“) bol zaradený do slovenskej verzie dotazníka ESPAD iba v roku 2007 ako tretia skrínigová škála. Šesť položiek skrínigu CAST sa používa na odhad stupňa problematickejšieho užívania kanabisu počas predchádzajúceho roka u tých respondentov, ktorí uviedli, že v danom období kanabis užívali. Táto skrínigová metóda slúži na odhad psychosociálnych dôsledkov a problémov v dôsledku užívania marihuany.

Výsledky modulu CAST sú uvedené u študentov SŠ (ESPAD 2007) a u študentov VŠ (prieskum s použitím dotazníka ESPAD v roku 2008) bez porovnávania, pretože ide o odlišné populácie, najmä čo do typu školy. Práve prieskumy ESPAD (4 cykly od r. 1995) opakovane potvrdili, že prevalencia stúpa podľa typu školy v poradí od gymnázií – stredné priemyslové školy – k stredným odborným učilištiam (ďalej len GYM, SPŠ, SOU). Nárast podľa typu školy pri marihuane je zrejмый, čo platí aj pre kompozitné indexy (užitie akejkoľvek nelegálnej drogy) alebo prídavné škály ADS, CAGE a CAST, ktoré sa použili v slovenskej verzii ESPAD.

Jeden z predpokladaných dôsledkov tohto odlišného zloženia obidvoch populácií študentov je možná nižšia prevalencia nelegálnych drog u študentov VŠ, ako aj koniec lineárneho nárastu frekvencie ich užívania s pribúdajúcim vekom, ktorý je typický pre stredoškolákov.

CAST u študentov VŠ koreloval na hladine 0,05 % s dvomi položkami škály depresie: „Znížená schopnosť sústredenia sa na niečo“ a „Prežívanie depresívnej nálady“. V ostatných štyroch položkách boli korelácie bezvýznamné. V škále anómie u týchto študentov korelovalo vysoké skóre v CAST významne s kladnou odpoveďou na otázku „Konám v živote podľa vlastných pravidiel“ (hladina 0,01 %) a so zápornou odpoveďou na „Nikto vlastne nevie, čo sa od neho v živote čaká“ a „Nikdy a ničím si v živote nemôžete byť istí“.

<sup>46</sup> Nociar, A. (2009): Analýza modulu o marihuane: CAST a relatívne riziko užívania nelegálnych drog u študentov SŠ a VŠ.

Tab. 2.3.8: Priemery prídavnej škály CAST a kompozitných indexov u stredoškolákov – rok 2007 a u vysokoškolákov – 2008 (údaje sú od tých, ktorí uviedli typ strednej školy).

ESPAD 2007 Typ školy/ Index	CAST	Akakoľvek droga, vrátane marihuany (kompozitný index)	Akakoľvek droga, bez marihuany* (kompozitný index)	ESPAD 2008 Typ školy/ Index	CAST	Akakoľvek droga, vrátane marihuany	Akakoľvek droga, bez marihuany
GYM	1,68	38,1	6,8	GYM	0,96	44,2	6,9
SPŠ	2,14	42,5	12,2*	SPŠ	0,96	52,5	9,3
SOU	2,55	49,0	14,3*	SOU + iné typy	1,27	46,2	10,6

Pozn.: \* Všetky rozdiely boli navzájom štatisticky významné na hladine 0,05 okrem SPŠ a SOU pri kompozitnom indexe „Akakoľvek droga bez marihuany“. V časti ESPAD 2008 sú uvedené priemery prídavných škál a kompozitných indexov u vysokoškolákov: v roku 2008 s podobným trendom \* Údaj o type skončenej strednej školy bol uvedený len viac ako tretinou respondentov; odhady toho, koľko bolo percent jednotlivých typov škôl sú teda len indikatívne.

Pokiaľ ide o problémové užívanie marihuany u vysokoškolákov, ukazuje sa, že napriek jej vyššej celoživotnej prevalencii (nad 50 %) užívanie počas posledného roka a mesiaca nie je častejšie, ako u stredoškolákov. Sprievodné problémy, ktoré mapujú položky CAST, sú menej frekventované, aj menej intenzívne (pozri tab. 2 3.3.2).

Tab. 2.3.9: Skóre v škále CAST u študentov SŠ v roku 2007 a študentov VŠ v roku 2008 (v %\*).

Chlapci: SŠ	Dievčatá: SŠ	Spolu	Σ	Muži: VŠ	Ženy: VŠ	Spolu
19,3	29,1	23,3	0	34,0	50,3	41,0
21,5	22,3	21,2	1	24,5	25,5	24,9
17,4	17,5	17,3	2	25,5	11,4	19,5
13,9	12,9	13,7	3	10,5	7,4	9,2
10,3	8,0	9,3	4	4,5	4,0	4,3
9,3	6,0	7,8	5	0,0	1,3	0,6
8,5	4,1	7,5	6	1,0	0,0	0,6

\*Percentá sa vyrátali z počtov respondentov, ktorí dali odpoveď na položky CAST, t. j. nie z počtu všetkých prípadov vo výberových súboroch.

Zdroj údajov: Nociar, A., (2009) Analýza modulu o marihuane: CAST a relatívne riziko užitia nelegálnych drog u študentov SŠ a VŠ.

## 2 Užívanie drog v populácii

Pri študentoch VŠ je rozsah skúseností s legálnymi i nelegálnymi drogami o niečo vyšší, čo platí pre skúsenosť s alkoholom, marihuanou, LSD a extázou, nie však pre fajčenie a amfetamíny. Okrem limitovanej porovnateľnosti dvoch populácií kvôli rôznemu zastúpeniu typov škôl, je značne pravdepodobné, že v populácii vysokoškolákov nastal posun nahor v miere emocionálnej a osobnostnej zrelosti. Rozpor medzi vyššou celoživotnou prevenciou marihuany a nižšou mierou problémového užívania tejto drogy, odhadnutou škálou CAST, by sa mohol interpretovať aj z pohľadu odlišnosti VŠ populácie, ktorá užíva marihuanu skôr rekreačne, ako s črtami nutkavosti, abúzu a s výskytom psychických a sociálnych problémov.

Pri porovnaní podľa veku sa taktiež ukázalo, že stály nárast užívania marihuany a aj ostatných drog s vekom je typický pre študentov SŠ, zatiaľ čo u študentov VŠ trend nárastu s pribúdajúcim vekom už je stabilizovaný hoci na vyššej úrovni užívania (cca  $\frac{1}{4}$  až  $\frac{1}{2}$  podľa druhu drogy).

Užívanie marihuany za posledný rok (LYP) a mesiac (LTP) však nieje častejšie ako u študentov VŠ z roku 1999, ale ani u študentov SŠ (ESPAD 2003). Pritom sprievodné problémy, ktoré mapuje CAST, sú u študentov VŠ (2008) relatívne menej časté, aj menej intenzívne, ako sú u stredoškolákov (ESPAD 2007).

### Relatívne riziko užitia nelegálnych drog

Relatívne riziko sa ráta ako podiel respondentov, ktorí užívajú alkohol alebo tabak alebo inú drogu, v tomto prípade marihuanu, k počtu (odhadu) tých, ktorí tieto dve legálne drogy, resp. marihuanu vôbec neužívajú. Analýzy sú v tabuľke 2.3.10, kde je odhad relatívneho rizika užitia nelegálnej drogy respondentmi bez skúsenosti a so skúsenosťou s legálnymi drogami. Do výpočtov relatívneho rizika užitia tzv. „tvrdých drog“ sa zaradila aj marihuana, kde sa ukázalo, že jej užitie oproti neužitiu vedie k znásobeniu rizika ich užívania.

Tab. 2.3.10: Skúsenosť s alkoholom a tabakom a relatívne riziko užitia nelegálnych drog: u študentov VŠ.

Má skúsenosť s: alkoholom, tabakom alebo inou drogou	Mari- huana %	Relat. riziko	Amfet. a opiáty %	Relat. riziko	LSD, ha- lucinog. %	Relat. riziko	Extáza %	Relat. riziko
Alkohol za 30 dní: ÁNO NIE Rok 1999	37,4 11,3	3,3	3,0 2,6	1,2	4,6 2,2	2,1	1,9 0,9	2,1
Alkohol za 30 dní: ÁNO NIE Rok 2008	56,5 21,8	2,6	3,9 2,1	1,9	6,3 1,5	4,2	9,2 3,4	2,7
Opitnosť za 1 rok: ÁNO NIE Rok 1999	51,1 11,4	4,5	3,8 1,5	2,5	6,7 1,2	5,6	2,5 0,9	2,8
Opitnosť za 1 rok: ÁNO NIE Rok 2008	64,3 29,1	2,2	5,6 0,6	9,3	8,7 1,1	7,9	11,4 3,1	3,7

5+ dávok po sebe za 30 dní	ÁNO NIE	55,3 20,4	2,7	4,0 2,1	1,9	7,5 2,2	3,4	2,8 1,1	2,5
Rok 1999									
5+ dávok po sebe za 30 dní	ÁNO NIE	66,0 31,7	2,1	5,3 1,3	4,1	8,6 2,0	4,3	11,7 4,1	2,9
Rok 2008									
Pravidelne fajčí:	ÁNO NIE	61,1 18,7	3,3	4,9 1,8	2,7	8,3 2,0	4,2	3,0 1,1	2,7
Rok 1999									
Pravidelne fajčí:	ÁNO NIE	75,1 37,3	2,0	7,1 1,8	3,9	11,4 2,5	4,6	16,4 3,9	4,2
Rok 2008									
Marihuana vôbec:	ÁNO NIE	–	–	6,7 0,9	7,4	11,8 0,4	29,5	4,4 0,4	11,0
Rok 1999									
Marihuana vôbec:	ÁNO NIE	–	–	6,2 0,9	6,9	10,7 0,4	26,8	15,3 1,1	13,9
Rok 2008									

Zdroj: Nociar, A., 2009.

S odstupom vyše ôsmich rokov pri marihuane riziko jej užitia už nevzrastá, ale skôr mierne klesá, čo je štatistický artefakt, ktorý spôsobuje jej veľmi vysoká prevalencia v populácii, tak u užívateľov, ako aj u neužívateľov legálnych drog. Pri nelegálnych drogách riziko ich užitia ešte stále stúpa, keďže ich prevalencia vôbec a ich užitie u neužívateľov legálnych drog je podstatne nižšie.

Vysokoškolačky konzumujú viac legálnych i nelegálnych drog ako ich rovesníčky pred vyše ôsmimi rokmi a zároveň o niečo menej ako vysokoškolační.

Dáta roztriedené podľa veku ukázali nárast konzumácie všetkých druhov drog od 15 do 19 rokov, (ESPAD 2007) najviac pri marihuane. Zdá sa, že s vekom sa celoživotná prevalencia (LTP) marihuany po dvadsiatke ustalať na hodnotách okolo 33 % (rok 1999), resp. po vyše ôsmich rokoch okolo 50 % (rok 2008) čo znamená skúsenosť s touto drogou u jednej tretiny všetkých študentov VŠ v roku 1999 a polovice študentov VŠ v r. 2008.

Ďalej trvá rozdiel medzi pohlaviami vo frekvencii užívania, hoci nárast užívania nelegálnych drog s odstupom vyše ôsmich rokov sa zdá byť strmší u dievčat, a to najmä pri marihuane. Kým celoživotný výskyt užívania drog u vysokoškolačkov vzrastal u oboch pohlaví, v 12-mesačnej (LYP) a 30-dňovej prevalencii (LMP) užívanie marihuany aj ostatných drog spolu zväčša neprekročilo jednu štvrtinu (užívanie za minulý rok), resp. jednu desatinu (výskyt užívania za minulých 30 dní) sledovanej populácie.

Konzumácia tabaku a alkoholu sa ukázala byť faktorom, ktorý zvyšuje relatívne riziko kontaktu s nelegálnymi drogami v celom spektre – od marihuany po opiáty, stimulanciá a syntetické drogy.

Pri porovnaní reprezentatívnych vzoriek z populácie študentov VŠ, najmä výsledky žien, nie je zriedkavé vyrovňovanie sa mladých žien mladým mužom v užívaní drog – tento jav je prítomný pri dvoch hlavných legálnych drogách – tabaku aj alkohole. Na rozdiel od mladých mužov, je výskyt fajčenia i pravidelné fajčenie u mladých žien po vyše ôsmich rokoch značne vyššie, pri alkohole to platí pre premenné: pitie alkoholu vôbec; výskyt opitosti počas celého života a frekvencia nadmerného a hazardného pitia za posledných 30 dní.

## 3 Prevencia

Prevencia s osobitným dôrazom na deti a mládež bola od počiatku etablovania národnej protidrogovej stratégie jedným z jej základných pilierov, s kľúčovou zodpovednosťou rezortu školstva.

Na rôznych úrovniach má charakter opatrení, resp. zásahov (intervencií), smerujúcich k jednotlivým cieľovým skupinám počínajúc od všeobecnej populácie (univerzálna prevencia) cez zraniteľné a ohrozené skupiny (selektívna prevencia) k predisponovanejším jedincom vyžadujúcim formy indikovanej prevencie, a to v prostrediach školy, komunity a rodiny.

Údaje a informácie v tejto časti umožňujú získať prehľad predovšetkým o kvantitatívnych ukazovateľoch a infraštruktúre, a to zo zdrojov inštitucionalizovanej prevencie v rezorte školstva, zdravotníctva a čiastočne rezortu sociálnych vecí a rodiny a vnútra, ktoré dokumentujú dobre nastavené východiská a aj realizované aktivity.

Podľa vyjadrenia odborníkov<sup>47</sup> veľa preventívnych prístupov a programov je však postavených na izolovaných teóriách a stále „akosi chýba ich integrácia a integrovaná teória prevencie“. Úsilie sa triešti do mnohých izolovaných aktivít, pričom takýto integrovaný prístup by mal zasiahnuť rovnako kognitívnu stránku osobnosti, postoje, emócie, správanie, motiváciu, tvorivosť i sebareguláciu. Hodnotenie účinnosti preventívnych zásahov je ojedinelé v bežnej praxi a optimálna úroveň hodnotenia účinnosti preventívnych intervencií prostredníctvom kontrolnej skupiny sa realizuje len na výskumnej báze. Je to dôsledok rôznych priorít a spôsobov hodnotenia, absencie jednotného rámca a štandardov preventívnych programov, efektívnej komunikácie a vzájomnej informovanosti subjektov (vrátane občianskej spoločnosti), ktoré v čoraz väčšom počte poskytujú protidrogové preventívne aktivity a programy. V neposlednom rade je to aj formálna otázka rozdielnej terminológie v informáciách, ktoré boli zapracované do stanovenej štruktúry<sup>48</sup> tejto kapitoly.

### 3.1 Univerzálna prevencia

#### 3.1.1 Škola – Intervencie pre žiakov a študentov

Ciele: Predísť vzniku drogových závislostí, resp. zvýšiť vek prvého kontaktu s drogou prostredníctvom výchovy k zdraviu, podpory a ochrany zdravia (alkohol, tabak, nelegálne drogy, sexuálne zdravie), redukcia výskytu sociálno– patologických javov. Primárna (univerzálna) prevencia zahŕňa vytváranie optimálnych podmienok pre telesný, psychický a sociálny vývin detí a mládeže a konkrétne znamená integráciu prevencie užívania psychoaktívnych látok a vzniku drogových závislostí do výchovno– vzdelávacieho procesu a etablovanie koordinátorov prevencie drogových závislostí a sociálno– patologických javov na škole (Kopányová 2008)<sup>49</sup>.

##### 3.1.1.1 Niektoré programy a projekty v roku 2008

V rámci rozvojového projektu „Zdravie v školách“ sa z posudzovaných 366 projektov vybralo a realizovalo 56 projektov na lokálnej, resp. regionálnej úrovni a 2 celoslovenské projekty, zamerané na prevenciu šikanovania a na prevenciu HIV/AIDS<sup>50</sup>.

Na projektoch tohto typu participujú hlavne zdravotnícki odborníci zapojení cez regionálne úrady verejného zdravotníctva (ďalej len RÚVZ) priamo alebo vzdelávaním pedagógov, prípravou peer aktivistov a edičnou činnosťou (Hamade, J., Janechová, H. 2009).

Projekt „Hrou proti AIDS“ sa realizoval v uplynulom roku prostredníctvom 8 RÚVZ pre vyše 2000 žiakov v lokalitách Bardejov, Bratislava, Dolný Kubín, Nitra, Trebišov, Trenčín, Trnava, Rimavská Sobota. V školách sa uskutočňovali aj ďalšie zdravotno– výchovné aktivity formou prednášok, besied, distribúciou edičných zdravotno– výchovných materiálov a poradenstvom v súvislosti s HIV/AIDS. V Starej Ľubovni okrem prednášok bola v priebehu mesiacov február – marec 2008 realizovaná prieskumná akcia zameraná na overenie vedomostí o HIV/AIDS u žiakov (N = 402) 9. ročníkov vybraných ZŠ na území okresu. Prieskum smeroval k porovnaniu vedomostí žiakov na školách, kde sa vykonávali zdravotno– výchovné intervencie pravidelne, so žiakmi, kde takéto aktivity neboli realizované, resp. sú len ojedinelé. Priemerný počet dosiahnutých bodov bol vyšší u žiakov ZŠ s organizovanými zdravotno– výchovnými aktivitami, súčasne bola zistená vyššia vedomostná úroveň u žiakov v meste ako na vidieku a u dievčat<sup>51</sup> ako u chlapcov. Aj RÚVZ v Trebišove

<sup>47</sup> Prof.PhDr.Miron Zelina, DrSc : Prevencia – vstupujeme do nového roku – roku tvorivosti a inovácií, Prevencia, VII, 4/2008 s. 3.

<sup>48</sup> EMCDDA 2008, Smernice pre Národnú správu 2009.

<sup>49</sup> Kopányová, A. (2008): Terciárna/indikovaná prevencia v školstve, Prevencia, VII. 1/2008 s. 5 – 10.

<sup>50</sup> <http://www.education.gov.sk>, stiahnuté 10. augusta 2009.

<sup>51</sup> Pozri ďalej interpopulárne rozdiely v ochote zúčastňovať sa na programoch zdravotnej výchovy.



realizovalo dotazníkový prieskum pred a po uskutočnených prednáškach o HIV/AIDS. Zvýšenie informovanosti nastalo pri otázkach o spôsobe prenosu HIV/AIDS (od 10 % do 40 %), pričom tieto informácie študenti aj najviac oceňovali – všeobecné znalosti o HIV a používaní kondómu ostali na približne rovnakej úrovni.

**Zdravie mladých ľudí mojimi očami** – Prostredníctvom celonárodnej súťaže esejí pre stredoškolákov vo veku 14– +9 rokov, ktorú vyhlásil Úrad verejného zdravotníctva SR<sup>52</sup> (ďalej len „ÚVZ SR“) pod záštitou hlavného hygienika SR pre šk. r. 2008/09, s podtitulom „Čo mi prekáža v správaní sa mladých v oblasti zdravia, negatívne vplyvy pôsobiace na zdravie, možnosti a prostriedky zlepšenia nepriaznivého stavu“ sa sledovalo zvýšenie vedomia o dôležitosti zdravia a zdravého spôsobu života. Z 218 prác sa takmer polovica týkala témy: Tabak, alkohol a drogy ako nepriatelia zdravia. Nepodarilo sa osloviť chlapcov<sup>53</sup> – ich podiel na celkovom počte prác bol menej ako 20 %. Súťaž súčasne poskytla spätnú väzbu o tom, ako problematika ochrany vlastného zdravia rezonuje vo vedomí stredoškolskej mládeže.

**Štvrtý a posledný ročník projektu Súťaže nefajčiarskych tried**<sup>54</sup> prebiehal na Slovensku od novembra 2008 do apríla 2009. Prihlásilo sa celkovo 3 493 žiakov zo 150 tried na 46 školách (v predchádzajúcom roku to bolo vyše 5000 žiakov a študentov z 252 škôl). Iniciátorom súťaže Smokefree classes na Slovensku bolo Občianske združenie (ďalej len OZ) „STOP FAJČENIU“<sup>55</sup> s podporou Kancelárie SZO na Slovensku a agentúry, koordinujúcej aktivity európskej protifajčiarskej kampane EÚ „HELP! – Za život bez tabaku“. Okrem súťaže samotnej boli dôležité sprievodné aktivity vo forme výtvarnej súťaže o návrh na poštovú známku, nálepky pre nefajčiarsku triedu, literárnej súťaže na tému „Som rád, že som nefajčiar“ a najlepšom školskom časopise s rovnakou ideou. Na webovej stránke OZ [www.stopfajceni.sk](http://www.stopfajceni.sk) mohli návštevníci hlasovať o víťazoch jednotlivých sprievodných aktivít.

#### **Cesta k emocionálnej zrelosti** (program typu MUSTAP<sup>56</sup>)

Pokračoval deviaty ročník celoplošne<sup>57</sup> realizovaného preventívneho programu pre cieľovú skupinu žiakov vo veku 12 – 15 rokov zameraného na získanie a posilňovanie psychologických a sociálnych kompetencií (life skills). Program Cesta je hodnotený v dvojročných<sup>58</sup> intervaloch zo strany pedagógov a zo strany žiakov a každoročne aj kvantitatívne. V šk. roku 2007/08 prišlo opätovne k nárastu kvantitatívnych ukazovateľov; počet zapojených škôl sa zvýšil na 627 oproti 511 v šk. roku 2006/2007, počet tried sa zvýšil na 2 296 a počet zapojených žiakov na 30 893 (vyše 11 % z celkového počtu žiakov vo výchovno–vzdelávacom procese). Zvýšil sa aj počet odborne pripravených pedagógov, a to na počet 1077.

V roku 2008 program Cesta hodnotilo 437 učiteľov – osobitne vyškolených pre realizáciu programu. Najčastejšou aprobáciou týchto pedagógov je etická výchova, občianska náuka a slovenský jazyk, obvykle sú aj triedni učitelia, prevažná väčšina sú ženy. Väčšina z nich realizuje program už piaty rok. Takmer tretina (26,94 %) hodnotila vysoko aktivitu žiakov počas jednotlivých sedení programu. 66,82 % pedagógov uviedlo zmeny v správaní žiakov, zlepšenie ich komunikačných schopností a kreativity. Z návrhov pedagógov na modifikáciu celého programu (29,7 %) alebo len jeho častí (57,2 %) vyplynula potreba začleniť nové témy (napr. riešenie záťažových situácií, vzťahy k autoritám) a podobne ako pred dvoma rokmi aj návrhy zaradiť program Cesta do učebných osnov<sup>59</sup>.

Interviewovaní žiaci – účastníci programu Cesta v školách, kde sa program realizoval (N = 872 – zastúpenie dievčat 55,73 %) hodnotili program ako zaujímavý v 40 %, približne tretinu zaujali len niektoré časti, spôsob práce, témy a aktivity. Na rozdiel od pedagógov, žiaci nemali výhrady, ani nenavrhovali zmeny v programe. Väčšina z nich však absolvovala program po prvýkrát a zrejme preto nepozorovali na seba ani zmeny. (Slovíková, M. 2009)

#### **Vieme, že...** (preventívny program typu MUSTAP)

Ide o kľúčový projekt Prezídia Policajného zboru (ďalej len PPZ), program boja proti násiliu, závislostiam, predsudkom, rasizmu a neproduktívnemu spôsobu života.

<sup>52</sup> [www.uvzs.sk](http://www.uvzs.sk) stiahnuté 20. 8. 2009.

<sup>53</sup> Pozri ďalej interpodhlavné rozdiely v ochote zúčastňovať sa na programoch zdravotnej výchovy.

<sup>54</sup> <http://www.stopfajceni.sk/index.cfm?module=ActiveWeb&page=Articles&CategoryID=253&StartRow=21&MaxRows=10> stiahnuté 10. 7. 2009.

<sup>55</sup> Súťaž nefajčiarskych tried (SFC) bol projekt Európskej komisie, ktorá ho spolufinancovala 11 rokov zo svojich prostriedkov. Na poslednom ročníku SFC 2008/2009 sa už EK finančne nepodieľala. Počas 12 rokov existencie SFC sa do projektu zapojilo 18 krajín. Všetky krajiny okrem SR mali morálnu a finančnú podporu príslušného MŠ alebo MZ.

<sup>56</sup> MUSTAP = Multisession Standardized Printed Programme, štandardizovaný program pozostávajúci z viacerých fáz/cyklov s podporou tlačených materiálov (napr. pracovné zošity pre žiakov, metodika pre lektorov a pod.).

<sup>57</sup> V priebehu deväťročného obdobia realizácie absolvovalo tento program na ZŠ a gymnáziách **340 109 žiakov**.

<sup>58</sup> Správa 2007, časť 3.1.1.2.

<sup>59</sup> Program bol realizovaný v prevažnej miere počas hodín etickej výchovy (46,3 %) a na iných hodinách počas vyučovania (21,6 %). V menej ako tretine prípadov ho absolvovali žiaci aj na triednických hodinách a na besedách mimo vyučovania.

### 3 Prevencia

Od pilotného projektu v rokoch 2002/03 na vzorke 530 respondentov v Nitre dospel (Správa 2007, kap. 3.1.1.2, Správa 2008 časť 3.1.1) do štádia komplexného programu s čoraz vyšším počtom zapojených žiakov vo veku 12 – 17 rokov (7. ročník základnej po II. ročník strednej školy). Metodické vedenie a prípravu lektorov zabezpečovala KPPP v Nitre. Najviac zapojených žiakov v šk. roku 2008/09 bolo v Košickom a Žilinskom regióne.

Tab. 3.1.1: Nárast počtu účastníkov v preventívnom programe „Vieme, že...“ Zdroj: Mária Paulíčková KPPP Nitra pre UIPŠ, 2009.

Šk. rok	2004/5	2005/6	2006/7	2007/8	2008/9
počet škôl	6	34	223	116	156
počet žiakov	268	902	4878	2576	7336

#### Infraštruktúra univerzálnej prevencie

Programy a projekty prevencie pre školskú populáciu sa realizujú priamo alebo v úzkej spolupráci s poradenskými, pedagogickými a psychologickými službami v rezorte školstva, ale aj v rezorte zdravotníctva (ÚVZ SR a jeho regionálne úrady), ktoré preberajú úlohu odborných garantov projektov, spolupracujú na metodickkej príprave vedení a vzdelávaní pedagógov – preventistov a rovesníckych skupín.

V celoslovenskom meradle (Slovíková, M. 2009) realizovali CVPP a PPP v šk. roku 2007/08 spolu 5 312 aktivít, ktorých sa zúčastnilo 114 112 účastníkov. Vzdelávanie preventistov (rovesnícke skupiny) absolvovalo 173 žiakov ZŠ. Menej ako polovica programov bola krátkodobého charakteru do 3 mesiacov. 305 programov malo strednodobý a dlhodobý charakter (do a nad 5 mesiacov doby realizácie).

Tab. 3.1.2: Prehľad preventívnych programov v školskom roku 2007/2008 podľa doby realizácie a cieľovej skupiny.

preventívne programy podľa trvania programu		spolu	typ preventívneho programu					
			pre MŠ	žiakov ZŠ	rovesnícky	pre rizik. skupiny	žiakov SŠ	voľnoč. aktivity
		589	52	276	75	73	89	5
z toho	krátkodobý	274	24	138	19	34	38	4
	strednodobý	118	14	66	13	18	6	0
	dlhodobý	187	14	72	43	21	45	1
Hodnotenie programov		53	3	20	11	17	2	0
(hodnotených bolo 8,90 %)		%	5,77	7,25	14,67	23,29	2,25	0

Zdroj: Slovíková, M., 2009.

Hodnotených bolo necelých 9,0 % preventívnych programov. Z jednotlivých typov najvyššie zastúpenie medzi hodnotenými programami mali programy pre rizikové skupiny (23,29 % z ich celkového počtu).

Súčasťou zdravotnej edukácie, ktorá vo forme prednášok, besied (ale aj iných foriem) smeruje do základných a stredných škôl je veľmi často dotazníková anketa na zistenie úrovne vedomostí pred a po aktivite.

Niklová v roku 2008<sup>60</sup> realizovala empirický výskum s cieľom analýzy stavu prevencie drogových<sup>61</sup> závislostí v ZŠ a SŠ vo všetkých krajoch Slovenska a osobných skúseností žiakov s psychoaktívnymi látkami na vzorke 3279 respondentov z náhodne vybraných 22 ZŠ a 52 SŠ. Najviac respondentov (35,59 %) bolo z Banskobystrického regiónu, za ním nasledoval región Žilinský.

Podľa koordinátorov prevencie najčastejšou formou prevencie sú besedy s odborníkmi (23 %), podľa žiakov tiež (34 %). Štvrtina žiakov označila ako najfrekvencovanejšiu a pritažlivú formu prevencie film, video, DVD. Žiaci najčastejšie uvádzali tieto programy: Škola bez alkoholu, drog a cigariet, Zdravá škola, Policajt môj kamarát, Zdravý životný štýl, Nenič svoje múdre telo, peer programy, Správaj sa normálne, Cesta k emocionálnej zrelosti, Kým nie je príliš neskoro.

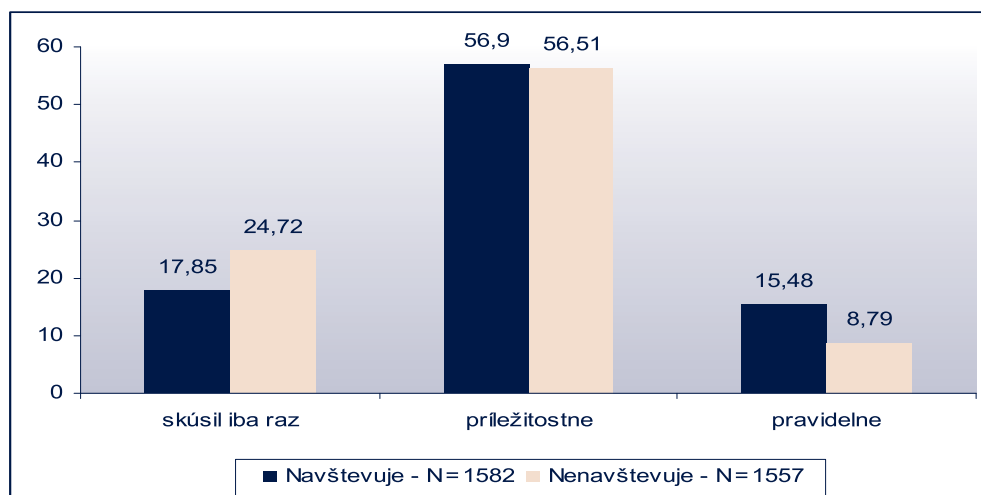
<sup>60</sup> Miriam Niklová Pedagogická fakulta Univerzita Mateja Bela, Banská Bystrica, Prevencia VII., 4/2008 s. 35 – 44 Prevencia drogových závislostí v prostredí základných a stredných škôl.

<sup>61</sup> Ide o všetky psychoaktívne látky – alkohol, tabak, nelegálne drogy.

58,62 % koordinátorov prevencie označilo realizované programy za veľmi efektívne, ostatní ich považujú za málo efektívne alebo neefektívne.

Niklová zisťovala aj závislosť medzi prospechom žiaka vo vzťahu k frekvencii užívania alkoholu, fajčeniu, prípadne nelegálnych drog a účasťou v záujmových krúžkoch (hlavná premenná), kde však nezistila výrazné rozdiely.

Obr. 3.1.1: Frekvencia užívania drog a účasť na záujmovej činnosti.



Zdroj údajov: Niklová, M., 2008.

U žiakov, ktorí nenavštevujú žiadny záujmový krúžok (N = 1557), je štatisticky významná závislosť najvýraznejšia ( $p = 0,000$ ) u prospechovo najhorších – prepadávajúcich, ktorí pravidelne užívajú drogy (17 prípadov z celkového počtu 38 prepadávajúcich/44,73 %), podobne je to však aj v skupine žiakov, ktorí navštevujú nejaký voľno – časový záujmový krúžok a pravidelne užívajú psychoaktívne látky (počet 8 z 23/34, 78 %) v porovnaní s ostatnými prospechovými skupinami. Tieto údaje môžu naznačovať určitú súvislosť medzi nedostatočným prospechom a experimentovaním s psychoaktívnymi látkami, súvislosť s účasťou/neúčasťou na záujmových krúžkoch, ktoré navštevovalo 50,29 % z celkového počtu vyše tisíc žiakov nebola preukázaná.

#### Ochota k účasti na rovesníckom programe

V rámci výskumnej úlohy<sup>62</sup> sa zisťoval vzťah medzi dostupnosťou preventívnych aktivít v ZŠ, ich formou (aktívna účasť vs pasívna) a ochotou adolescentov zúčastniť sa rovesníckych preventívnych programov (Orosová, O. a kol. 2007). Výskum vychádzal z predpokladu, že dobrovoľne motivovaná účasť je dôležitou podmienkou účinnosti programu. Mladý človek môže získať presné a dôveryhodné informácie, ktoré by mohli prispieť k vývoju odstupe voči drogovému správaniu, avšak bez sprievodných cieľov a zručností (life skills) môžu byť tieto schémy nadbytočné.

Ochota zúčastňovať sa rovesníckeho programu sa zisťovala otázkou: „Keby si mal príležitosť zúčastniť sa v preventívnom rovesníckom programe, zúčastnil by si sa?“ Možné odpovede: Áno, nie, neviem. 23 % respondentov vyjadrilo svoju ochotu zúčastniť sa rovesníckeho programu, v rámci pohlavia to bolo 17,7 % chlapcov a 28,1 % dievčat. Medzi chlapcami a dievčatami boli zistené významné štatistické rozdiely (v prospech dievčat,  $\chi^2 2$ ,  $n = 3606$ ) = 78,56,  $p = 0,00$ , hoci podľa Cohenovej veľkosti efektu  $H = 0,21$  je táto veľkosť malá).

<sup>62</sup> APVV č. zmluvy APVV-20-038 205, EÚ Prechodný fond č. zmluvy 200401676403-02-01-0005-11.

### 3 Prevencia

Tab. 3.1.3: Ochota, resp. neochota adolescentov zúčastniť sa rovesníckeho programu – rozdiel medzi pohlaviami.

Pohlavie		Ochota	Neochota	Nie sú rozhodnutí	Celkom
Chlapci	n	312	966	489	1767
	% v rámci pohlavia	17,7 %	54,7 %	27,7 %	100,0 %
	% z celk. počtu	8,7 %	26,8 %	13,6 %	49,0 %
Dievčatá	n	517	761	561	1839
	% v rámci pohlavia	28,1 %	41,4 %	30,5 %	100,0 %
	% z celk. počtu	14,3 %	21,1 %	15,6 %	51,0 %
Celkom	n	829	1727	1050	3606
	% z celk. počtu	23,0 %	47,9 %	29,1 %	100,0 %

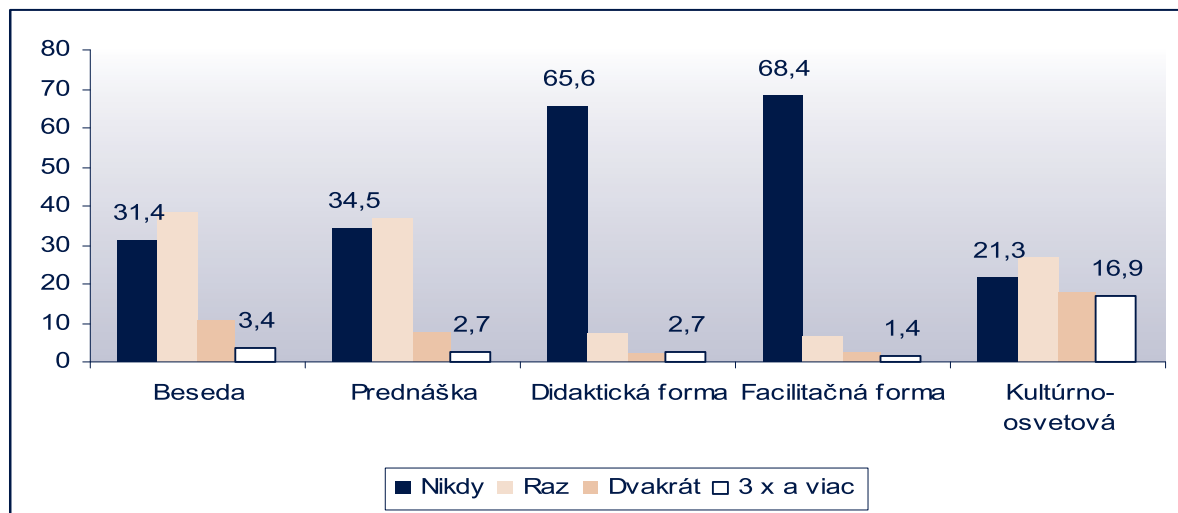
Zdroj údajov: Orosová, O. a kol., 2007.

Dostupnosť preventívnych programov sa zisťovala prostredníctvom otázky „Aký typ preventívnych drogových programov bol dostupný v škole v priebehu posledného roka a ako často?“ Besedy a osobitne výcvikový rovesnícky program (napr. 2 hodiny týždenne), intenzívny výcvikový rovesnícky program (napr. 2 až 4 dni mimo školy) boli považované za didaktickú a facilitačnú formu prevencie. Prednášky, kultúrne, resp. osvetové aktivity za pasívnu formu. Možné odpovede: Nikdy, 1 – 2x, 3 a viac.

2,7 % respondentov uviedlo, že didaktická forma prevencie ako jedna z najefektívnejších foriem prevencie využívajúca stratégiu sociálneho vplyvu, bola na ZŠ realizovaná dlhodobým spôsobom. Facilitačná forma prevencie dlhodobou formou bola ponúknutá iba 1,4 % respondentom. (3x a viac).

38,5 % uviedlo jednorazovú krátku preventívnu aktivitu (diskusiu, besedu); nedostupnosť diskusie uviedlo 31,4 % adolescentov. 37,1 % adolescentov uviedlo krátkodobú aktivitu prednášku a zhruba rovnaký podiel (34,5 % jej nedostupnosť. Najvyšší počet adolescentov 16,9 % uviedlo dlhodobú dostupnosť (3x a viac) kultúrno-osvetových aktivít (Obr. 3.1.2).

Obr. 3.1.2: Dostupnosť preventívnych programov/aktivít v priebehu posledného roka a ich frekvencia.

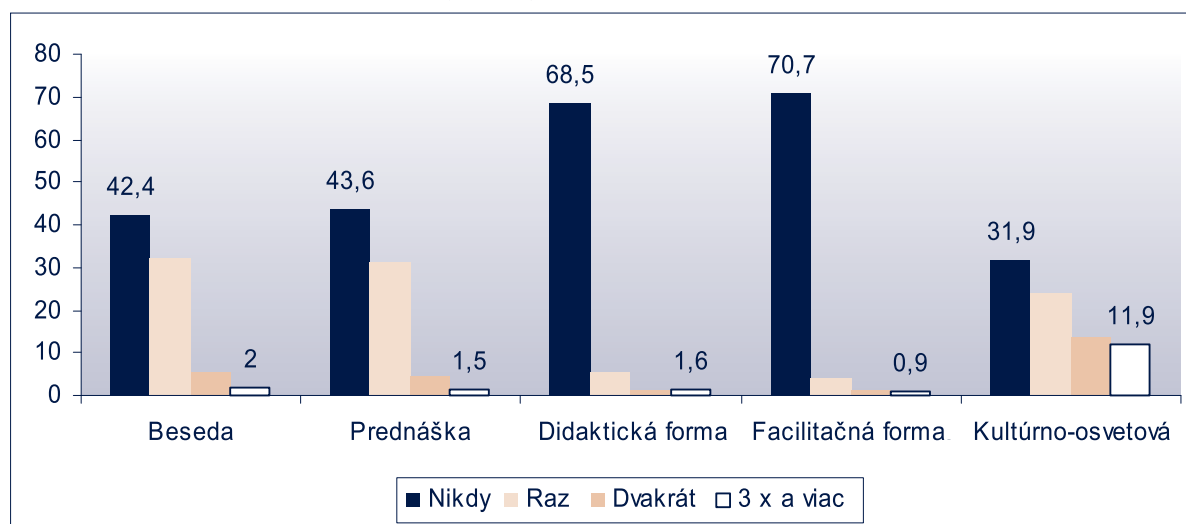


Zdroj údajov: Orosová, O. a kol., 2007.

3. Osobná skúsenosť s typom preventívnych aktivít bol zisťovaný prostredníctvom otázky: „Zúčastnili ste sa niektorej preventívnej aktivity ponúkanej vašou školou počas posledného roka? Ako často?“ Besedy, prednášky, výcvikový rovesnícky program (napr. 2 hodiny týždenne), intenzívny výcvikový rovesnícky program (napr. 2 až 4 dni mimo školy, kultúrne a osvetové aktivity). Možné odpovede: nikdy, 1 – 2x, 3 a viac.

Najvyšší počet študentov (32,1 %) sa zúčastnil raz krátkodobej preventívnej aktivity – diskusie/besedy alebo nemá žiadne skúsenosti (42,4 %). Takmer tretina (31,2 %) sa zúčastnila prednášky, ale oveľa viac (43,6 %) uviedlo, že nemá skúsenosť ani s touto formou. Najvyšší počet študentov (11,9 %) deklarovalo dlhodobější skúsenosť (3x a viac s kultúrno-osvetovými akciami).

Obr. 3.1.3: Osobná skúsenosť s preventívnymi programami DZ.



Zdroj údajov: Orosová, O. a kol. (2007).

Výskumníci zisťovali vzťah medzi dostupnosťou a osobnou skúsenosťou s preventívnymi aktivitami vo vzťahu k ochote participovať na peer programoch<sup>63</sup> na vzorke 1027 adolescentov vo veku  $14,5 \pm 0,7$  (53,5 % dievčat). Ochota, resp. neochota participovať na peer programoch bola premennou závislou. Signifikančná korelácia bola zistená medzi dostupnosťou a ochotou participovať v rovesníckych programoch.

Vyššia úroveň dostupnosti a osobná skúsenosť s interaktívnou formou prevencie (diskusie, besedy) a vzťah s premennou participácie na rovesníckych programoch bol zistený medzi dievčatami ( $p < 0,003$ ,  $p < 0,000$ ).

Vyššia úroveň dostupnosti krátkodobých výcvikových programov (outdoorových) asociovala s ochotou chlapcov zúčastniť sa rovesníckych programov ( $p < 0,001$ ) a u dievčat ( $p < 0,002$ ). Vyššia úroveň dostupnosti kultúrnych aktivít bola spojená s ochotou zúčastniť sa programov podpory zdravia medzi dievčatami, ( $p < 0,005$ ), ale v spojení s osobnou skúsenosťou, asociovali s neochotou dievčat zúčastniť sa v programe ( $p < 0,03$ ,  $p < 0,005$ ).

Ďalšia subštúdia tých istých autorov skúmala **vzťah medzi sebahodnotením a osobnostnými faktormi, ktoré podmieňujú ochotu rozhodnúť sa pre účasť v programoch podpory zdravia**<sup>64</sup> ( $N = 3694$  v priemernom veku 14,3, 48,7 % dievčat). V tomto type programov prejavilo ochotu zúčastniť sa pätina chlapcov a tretina dievčat. U oboch pohlaví hrali rozhodujúcu úlohu osobnostná premenná „schopnosť dohodnúť sa“ a nižšia úroveň negatívneho sebahodnotenia, ktoré boli signifikantne spojené s ochotou zúčastniť sa na programoch podpory zdravia. U dievčat je to vyššia úroveň pozitívneho sebahodnotenia a faktor otvorenosti k skúsenosti, ktoré sú spojené s rozhodnutím zúčastniť sa programu podpory zdravia. Zistené rozdiely medzi pohlaviami podporujú potrebu vyššej koncentrácie na tie faktory, ktoré u dospelujúcich podmieňujú ich ochotu zúčastniť sa na preventívnych programoch. Nie je to teda iba dostupnosť preventívnych programov, ale osobitne dostupnosť dlhodobých programov „aktívneho“ typu, čo vytvára podmienky pre ochranný normatívny vplyv a podporuje pozitívny postoj dospelujúcich voči špecifickej prevencii DZ a programom výchovy ku zdraviu.

<sup>63</sup> Orosová O., Salonna, F., Gajdošová, B., Saková, M. (2007): Dostupnosť aktivít drogovej prevencie v slovenských základných školách a ochota dospelujúcich zúčastniť sa na preventívnych programoch DZ. (Availability of drug prevention activities in Slovak elementary schools and young adolescents' willingness to participate in drug abuse prevention programme), Meeting Individual and Community Needs, 29<sup>th</sup> ISPA Colloquium, 24 – 28 July 2007, Tampere, Finland, 2007, 50 – 50.

<sup>64</sup> Ibid. The effect of self-esteem and personality factors in determining young Slovak adolescents' willingness and decisiveness to participate in health promotion programs.



Závery oboch štúdií hovoria v prospech dlhodobých a na dôkazoch založených programov a hodnotenia preventívnych programov v ZŠ. Je potrebné motivovať mladých adolescentov k účasti na rovesníckych programoch, podporovať a rozvíjať ich schopnosti rozpoznávať protektívne a naopak rizikové formy správania a zvyšovať tento potenciál prostredníctvom rozvoja životných zručností. Je tiež nevyhnutné vytvoriť podmienky pre dostupnosť výchovných programov a príležitosti pre dospelujúcich sa na nich aktívne zúčastňovať.

### 3.1.2 Univerzálna prevencia v komunite

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

Do environmentálnych opatrení (Správa 2008 časť 3.1.2) sa začlenil legislatívne ošetrený zákaz konzumácie alkoholu mladistvými. Mladí ľudia vo veku do 18 rokov (doteraz zákaz predaja a podávania alkoholu) nesmú piť alkohol ani pivo a maloletí do 15 rokov majú aj obmedzený pobyt na verejne prístupných miestach, kde sa alkohol podáva. Po 21.00 sa v takýchto priestoroch budú môcť zdržiavať len v sprievode rodičov či iných zákonných zástupcov. Za porušenie pravidiel môže obec rodiča potrestať pokutou do 33 €. Samosprávy dostali právomoc mladistvých vo veku do 18 rokov pokarhať alebo im zakázať návštevy krčiem či reštaurácií. Školy a zdravotníci majú povinnosť obciam ohlásiť mladých ľudí pod vplyvom alkoholu.

Takmer všetky mestá prostredníctvom všeobecného záväzného nariadenia zaviedli tzv. „suchý“ zákon o zákaze pitia alkoholu na verejnosti, resp. obmedzenia konzumácie alkoholu v určitých konkrétnych hodinách.

Pokračuje 11. ročník kampane „Na veku záleží“ v rámci projektu, ktorý zastrešuje Zväz obchodu a cestovného ruchu SR s podporou Slovenskej obchodnej inšpekcie<sup>65</sup> a jeho primárnym cieľom je znížiť dostupnosť tabakových výrobkov pre maloletých. Okrem toho má vzbudiť celospoločenskú diskusiu o porušovaní zákona obchodníkmi, ktorí bez problémov predávajú tabakové výrobky neplnoletým. Dostupnosť oboch legálnych drog je v SR vysoká.

#### 3.1.2.1 Voľnočasové zariadenia

Štatistické údaje<sup>66</sup> (UIPŠ, 2009) dokumentujú rast počtu školských výchovno–vzdelávacích zariadení, ponúkajúcich možnosti pravidelnej a príležitostnej záujmovej činnosti (Školské strediská záujmovej činnosti a Centrá voľného času). Počet voľnočasových zariadení sa aj v roku 2008 zvýšil o 34 a takýto trend rastu nastúpil od roku 2005.

V roku 2008 na území SR pôsobilo 182 CVČ a 157 ŠSZČ. Najviac ich je v regióne Prešov (79). Najnižší počet voľnočasových zariadení je na území Bratislavského kraja (16). V tab. 3.1.5 sú uvedené najobsadzovanejšie typy krúžkov v strediskách záujmovej činnosti a najmenej početné.

Tab. 3.1.4: Preferované pravidelné záujmovej činnosti.

ŠZZČ – Záujmová pravidelná činnosť v oblasti	Počet krúžkov	Počet registrovaných členov
telovýchovy a športu	4022	67450
kultúry a umenia	2812	38618
rodičia a deti	146	2734

Zdroj: UIPŠ, Blanár, F., Slovíková, M. (2008).

<sup>65</sup> Najnovšie výsledky kontrol SOI v máji 2009 preukázali, že viac ako polovica kontrolovaných predajcov tabakových výrobkov porušila zákon a predala ich neplnoletým osobám.

<sup>66</sup> Blanár, F., Slovíková, M. (2008): Analýza činnosti voľnočasových zariadení za školský rok 2007/2008 a vývojové trendy. UIPŠ Bratislava.

Dlhodobý trend o využívaní oboch štruktúr hlavne deťmi do 15 rokov, resp. mladšími sa nezmenil, ani záujmové preferencie (najvýraznejšie šport a telovýchova). Tieto štatistické údaje dopĺňajú dva prieskumy. Prieskum v Bratislavskom a Trnavskom regióne, pod názvom Voľný čas, jeho aktívne a zmysluplné využívanie ako prevencia sociálno-patologických javov mládeže realizovala Jurkovičová<sup>67</sup> a zmapoval voľný čas mládeže v čase jej štúdia na strednej škole vo veku 15 – 19 rokov, rovnako z pohľadu poskytovateľov (stredné školy, školské strediská záujmovej činnosti, Centrá voľného času a mládežnícke organizácie tretieho sektora), ako aj z pohľadu študentov. Prínosom prieskumu bolo zisťovanie, či sú tieto voľnočasové aktivity zamerané aj na mládež, ktorej správanie vykazuje sociálno-patologické prvky, resp. je vnímaná ako problémová.

### **Takmer dve tretiny žiakov (60,74 %) však nenavštevovalo žiadnu zo štyroch štruktúr/inštitúcií.**

Voľnočasové aktivity ponúkané zo strany SŠ a ŠSZČ študenti vnímajú ako povinnú súčasť vyučovania, k čomu prispieva aj fakt, že krúžky a záujmové útvary na školách vedú učitelia a realizujú sa v rovnakom prostredí ako výučba. Aktivity realizované ŠSZČ a CVČ stredoškooláci nenavštevujú, lebo vo väčšine prípadov nevedia o ich existencii, podobne je to aj s mládežníckymi zariadeniami – príčinou je malá propagácia, ale aj ponuka aktivít, ktorá je pre stredoškoolákov nezaujímavá.

V ponuke pravidelných a príležitostných voľnočasových činností v prostrediach školy a komunity síce dominuje šport ako najatraktívnejšia voľnočasová činnosť vôbec. nasledovaný kultúrou, ale aj ten využíva iba malé percento stredoškoolákov. V rámci vrstovníckych skupín dominuje u stredoškoolákov pasívne trávenie voľného času (v baroch, reštauráciách, na diskotékach a zábavách) a záujmom sa venujú minimálne.

Respondenti – študenti III. ročníkov stredných odborných škôl (SOŠ) a učebných odborov (SOU) hodnotili známami od 1 po 5 kvalitu ponúkaných voľnočasových aktivít. Najlepšie priemerné hodnotenie získali aktivity mládežníckych organizácií (tretí sektor), nasledované Centrami voľného času a voľnočasové aktivity ponúkané školami a ŠSZČ získali priemernú známku 2,2 (Trnavský región) a 2,58 v Bratislavskom regióne.

Prevencii sociálno-patologických javov sa venujú najmä školy, CVČ a mládežnícke organizácie, väčšinou je to prevencia DZ. Práci s problémovou mládežou sa dané inštitúcie a organizácie venujú len okrajovo a zapájajú sa len ako prizvaní partneri, relatívne najviac sú to stredné školy. Ako dôvod, že sa prevencii sociálno-patologických javov nevenujú, uviedli, že tejto problematike sa venujú iné inštitúcie, nedostatok odborníkov pre túto oblasť, nevyhovujúce priestory, resp. zameranie len na deti do 15 rokov.

V záveroch prieskumu Jurkovičová odporúča zaradiť problematiku výchovy k voľnému času do obsahu edukácie, skvalitniť a zvýšiť propagáciu aktivít pre stredoškoolákov, ktoré organizujú CVČ, ŠSZČ a organizácie tretieho sektora a osobitne zatriťvniť ich ponuku pre túto vekovú skupinu a zvlášť učňovskú mládež napr. aj ich aktívnu účasťou v procese plánovania, organizácie a realizácie voľnočasových aktivít. Je potrebné koordinovať aktivity jednotlivých subjektov pre stredoškolskú mládež (problémovú i bezproblémovú) a pripraviť odborníkov na prácu s mládežou (sociálny pracovník, sociálny pedagóg), ktorí sú schopní zvládať riešenia súvisiace aj so sociálnymi problémami rodín žiakov, ako aj prevenciu sociálno-patologických javov mládeže a operatívne zasiahnuť v prípade ich výskytu, pretože táto oblasť nie je v súčasnosti dostatočne pokrytá kvalifikovanými odborníkmi.

V inom prieskume agentúry GfK „Podpora práce s mladými ľuďmi na Slovensku“<sup>68</sup> sa zistilo, že mládež vo veku 14 – 30 rokov ponúkané voľnočasové aktivity v rámci komunity neoslovujú, a to až v 70 %. Najčastejším dôvodom prečo mladí voľnočasové aktivity nenavštevujú je údajný nedostatok času; čas a energiu vkladajú do iných možností. Na druhej strane takmer tri štvrtiny mladých (73,6 %) by malo záujem o šport, cestovanie, vzdelávacie pobyty. Hlavnú prekážku v organizovaní atraktívnych aktivít videli obe interviewované skupiny – mladí ľudia a zástupcovia samospráv v nedostatku financií. Samosprávy aj v nedostatku podpory pri organizovaní práce s mládežou zo strany štátu (GfK, 2009).

Do komunitnej voľnočasovej infraštruktúry patrí aj sieť osvetových stredísk, vybraných knižníc a ďalších kultúrnych inštitúcií z rezortu kultúry, ktoré svojimi parciálnymi činnosťami zastrešujú oblasť sociálnej prevencie. Konceptne sociálnu prevenciu koordinuje Kabinet sociálnej prevencie Národného osvetového centra (rezort kultúry). Najznámejším projektom nešpecifckej prevencie DZ (t. j. konzumácie alkoholu, tabaku a nelegálnych drog) je národná tematická výtvarná súťaž s medzinárodnou spoluprácou a následná putovná výstava (v kultúrno-osvetových centrách) „**Prečo som na svete rád/a**“<sup>69</sup>. Za toto obdobie existencie súťaže bolo zaregistrovaných 16 200 finalistov a viac ako 500 repríz putovnej výstavy v Slovenskej republike a vo svete. V jubilejnom pätnástom ročníku bolo prihlásených 1224 prác a zapojilo sa 249 zariadení. Okrem ZŠ a SŠ aj 21 detských domovov a diagnostických centier a 38 špeciálnych škôl, čo posúva cieľ aktivity – zvyšovanie povedomia a formovanie postoja voči drogám – na úroveň selektívnej prevencie.

<sup>67</sup> PhDr. Anna Jurkovičová, Štátny inštitút odborného vzdelávania, Bratislava.

<sup>68</sup> Autori výskumu: GfK Slovakia, s.r.o. Bratislava

Obdobie zberu dát: Mladí ľudia vo veku 14 – 30 rokov: 7. 5. – 19. 5. 2008. Zástupcovia samospráv: 12. 5. – 16. 5. 2008  
Formou telefonického dopytovania (CATI) sa oslovilo 1000 mladých ľudí vo veku 14 – 30 rokov a 200 zástupcov samospráv v mestách Slovenska.

<sup>69</sup> Tento projekt je včlenený do všetkých troch národných stratégií.



Cieľom projektu **Play True – či pravdivo a neklam sám seba** – bolo informovať mládež o nebezpečenstve doping. Projekt Play True vznikol z iniciatívy OZ Športom proti drogám a podobne ako v predchádzajúcom projekte „Sila osobnosti“ ho podporili známi a úspešní slovenskí športovci. Nosným prvkom tohto prvého národného výchovno–vzdelávacieho projektu je videofilm na DVD, doplnený knihou kondičného trénera. Film informuje mladých ľudí o nebezpečenstve užívania anabolík, ktoré sa presúvajú aj do rekreačného športu a je doplnený autentickými výpoveďami ľudí závislých na anabolických steroidoch. DVD a publikácia (náklad 2000 ks) boli bezplatne rozšírené do škôl ako doplnkové učebné pomôcky a následne aj do CVČ, PPP a do športových klubov.

**Projekt „Zdravé mestá“ a akcie „Dni zdravia“** sú zamerané na zdravý životný štýl a zmenu spoločenských postojov smerom k akceptovaniu situačnej abstinencie a zvýšeniu šance najmä mladých ľudí v spoločnosti nepiť alkohol a k zlepšeniu imidžu nepijúceho. Osvetové aktivity na tému zdravia a prevencie sa v lokalitách s RÚVZ uskutočňujú hlavne pri príležitosti svetového dňa zdravia, medzinárodného dňa proti zneužívaniu drog. Európskeho týždňa boja proti drogám v rôznych formách (diskusia, súťaž, kvízy, výstavy hip-hopový workshop, prednášková činnosť pre pedagógov, preventistov zo škôl, ale aj z radov polície). V komunitnom prostredí je dôležitý vplyv aj lokálnych médií, ktoré prispievajú k vyššej účinnosti pri zvyšovaní vedomia o zodpovednosti za vlastné zdravie. V rámci projektu Materské centrá sa uskutočňovali besedy s mamičkami na témy týkajúce sa zdravej životosprávy detí (závislosť na sladkostiach), negatívnych účinkov alkoholu (Hamade, J., Janechová, H., 2009).

Mestské a obecné (komunitné) polície sa zapájajú do realizácie aktivít na úrovni univerzálnej prevencie. Podľa informácií z najväčšej – Bratislavskej mestskej polície (Pleva, P., 2009) sú preventívne aktivity MsP v hlavnom meste Slovenska zamerané na užívanie, resp. experimentovanie s nelegálnymi drogami, konzumáciu alkoholu<sup>70</sup> v skupinách detí a mládeže. Konkrétna forma je realizovaná prostredníctvom projektu **„Správaj sa normálne“**, ktorý je určený pre deti vo veku 10 – 11 rokov. Tému drog sú venované dve prednášky – Zákerná droga a Na zdravie! Ďakujem, radšej nie! V šk. roku 2008/09 bolo do projektu v Bratislave zapojených 8 príslušníkov realizujúcich prednáškovú činnosť pre 247 žiakov vo veku 10 – 11 rokov z 9 ZŠ v okresoch Bratislava I až V. „Terén“ v skupine stredoškolákov II. ročníka dotazníkovou formou zisťoval pracovník MsP v bratislavskej mestskej časti Petržalka<sup>71</sup> na jednom z tamjších gymnázií. V rámci prednášky venovanej drogovej problematike vyplnilo anonymný dotazník 23 študentov vo veku 16 – 17 rokov. Všetci študenti uviedli, že už boli ponúknutí alkoholom zo strany dospelého človeka, viac ako polovica si vypila aj na školskom výlete, teda priamo v rámci výchovného procesu, podobne na školskom výlete priznal v jednom prípade študent aj fajčenie marihuany. Iba 2 študentom priamo prekáža, že niekto z ich rodiny nadmerne pije alkohol. 21 študentov (90 %) má kamaráta, ktorý užíva marihuanu. Tretina by hlasovala za legalizáciu drog vo všeobecnosti, 14 (60 %) by hlasovalo za legalizáciu marihuany, 13 študentov už marihuanu fajčilo. Štrnásť študentov považuje marihuanu za drogu, osem nie. 8 študentov uviedlo, že si občas cigaretu zapália, 15 nefajčí. Osem študentov už videlo fajčiť svojich pedagógov. Dvaja respondenti už skúsili extázu, jedna študentka už vyskúšala LSD.

### 3.1.3 Univerzálna prevencia v rodine

Podľa dostupných informácií je v praxi stále ojedinelá.

Aj preventívno–výchovné podujatia pre skupiny mládeže a dospelých (predtým organizované Centrami poradenských a psychologických služieb pre jednotlivca, pár a rodinu – rezort práce, sociálnych vecí a rodiny) majú v porovnaní s minulým obdobím klesajúcu tendenciu a sú určené prevažne pre mládež ZŠ a SŠ na tému výchovy k manželstvu a rodičovstvu, prevencie šikanovania, prevencie drogových závislostí a kriminality. V roku 2008 zorganizovali ÚPSVaR<sup>72</sup> 604 takýchto aktivít s účasťou 8792 účastníkov (z toho 7861 mládež a 931 dospelí).

<sup>70</sup> Aktuálne dodržiavanie zákona č. 214/2009 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

<sup>71</sup> Mestská časť hlavného mesta SR Bratislavy – najväčšie sídlisko v strednej Európe s 115 000 obyvateľmi, vybudované v sedemdesiatych rokoch 20. storočia pre potreby ubytovania pracovnej sily z celého Slovenska.

<sup>72</sup> Czuczorová, E. (2009).

### 3.2 Selektívna prevencia

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

Diagnostiku rizikových faktorov u klientov zabezpečuje v rezorte školstva sieť školských zariadení výchovného poradenstva a prevencie, kde patria pod novým označením Centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a Centrá špeciálno-pedagogického poradenstva (do septembra 2008 pod názvom Pedagogicko-psychologické poradne a Centrá výchovnej a psychologické prevencie) v každom okresnom meste vrátane následných kvalifikovaných služieb pre selektívnu a indikovanú intervenciu ambulantného typu.

V štatistických hláseniach sú sledované dôvody príchodu klientov v niekoľkých kategóriách (všetky dôvody majú potenciál byť rizikovými alebo spolupôsobiacimi faktormi pre vznik drogového správania). V celkovom objeme činnosti týchto špeciálnych výchovných zariadení reprezentovali problémy v správaní 7,29 %, osobnostné psychické problémy 4,46 % a sociálno-patologické javy 0,7 %.

V rámci problémov v správaní, kde iniciátorom kontaktov (spolu 6 434) klientov so zariadením bola na prvom mieste škola a potom rodičia, bola identifikovaná takmer pätina detí a mládeže (19,51 %) s psychomotorickou a emočnou instabilitou. Samotné fajčenie, užívanie alkoholu, liekov a užívanie nelegálnych drog, patologické hráčstvo je zaradené do kategórie sociálno-patologických javov. V šk. roku 2007/2008 bol registrovaný pokles na 654<sup>73</sup> prípadov (1 608 prípadov/14 % v šk. r. 2006/07).

Tab. 3.2.1: Sociálno-patologické javy ako dôvod príchodu klientov do PPP a CVPP v šk. roku 2007/2008 (Slovíková, M., 2009).

	drogy	asociálna a antisociálna činnosť	patologické hráčstvo	členstvo v sekte, kulte	iné	počet prípadov
Spolu	50	259	14	2	329	654

##### 3.2.1.1 Výskum protektívnych a rizikových faktorov užívania drog vo vzťahu k účinnosti prevencie u vysokoškolských študentov

V súvislosti s kap. 2.3.1 Prieskumy užívania drog u vysokoškolských študentov sú v tejto časti zaradené odkazy a závery zo štúdií, ktoré sa realizovali v rámci výskumnej úlohy<sup>74</sup> programovanej na obdobie 2006 – 2009 (Správa 2007, kap. 13.2.1). Vo všeobecnosti ide o zistenia v prospech „na mieru šitých intervencií“ s akcentovaním individuálnych, psychologických, intrapersonálnych a sociálnych faktorov, ktoré v rôznej miere ovplyvňujú účinnosť preventívnych intervencií.

3.2.1.1.1 Vybrané sociodemografické faktory a rozdiely v spôsoboch užívania alkoholu u vysokoškolských študentov (Sebena, et al., 2008<sup>75</sup>). Zistenia: Študenti (muži) konzumujú alkohol viac ako dievčatá. Študijný ročník súvisí iba s nízkou úrovňou nadmerného pitia (5 drinkov a viac pri jednej príležitosti) socioekonomický status vyjadrený vzdelaním rodičov nemá vplyv, partnerský vzťah a bývanie u rodičov má ochranný vplyv.

3.2.1.1.2 Depresívne symptómy, sociálna podpora a náboženské presvedčenie vo vzťahu k problémovému pitiu u vysokoškolákov/prvoročiakov v piatich európskych krajinách (Sebena a kol. 2009<sup>76</sup>). Vyššia úroveň depresívnych symptómov bola zistená u študentov v Poľsku, Spojenom kráľovstve a Bulharsku. Náboženské presvedčenie ako ochranný faktor fungoval len v Poľsku.

<sup>73</sup> Celkový počet evidovaných klientov v šk. roku 2007/2008 bol 88 204.

<sup>74</sup> Zmluva č. APVV-20-038 205 a VEGA 1/4518/07.

<sup>75</sup> Sebena, R., Orosova, O., Mikolajczyk, R. T., Salonna, F., Gajdosova, B., (2008): Sociodemografické faktory rizikového pitia v súbore vysokoškolských študentov (Sociodemographic factors of binge and problem drinking in a university student sample, 1<sup>st</sup> European Symposium on Substance Use and Abuse among University Students Epidemiology, determinants and interventions 26 – 27 – 28 November 2008).

<sup>76</sup> Sebena, R., Mikolajczyk, R. T., Ansari, W. E., Orosova, O., Salonna, F. (2009): Depresívne symptómy, sociálna podpora a náboženské presvedčenie vo vzťahu k problémovému pitiu u vysokoškolských študentov (Depressive symptoms, social support and religious faith in relationship with problem drinking among university students. XXIII Annual Conference of the European Health Psychology Society. Health Psychology Review 2009, accepted).

3.2.1.1.3 Osobnosť, hodnoty vo vzťahu k využívaniu zdravotno-výchovných programov medzi vysokoškólákmi. (Orosová, van Dijk, Gajdosová<sup>77</sup>). Štúdia bola zameraná na zistenie vzťahu medzi osobnostnými a hodnotovými premennými, úmyslom využívať/absolvovať zdravotnovýchovné programy a konzumáciou alkoholu (viac ako raz v uplynulom mesiaci) (N = 832, 42,7 % muži, priemerný vek 20,5 rokov). Zistenia: U oboch pohlaví je spojený s konzumáciou alkoholu faktor extroverzie a nižšia úroveň dodržiavania „konvencií“. Len u žien asociovala konzumácia alkoholu s vyššou úrovňou hodnotovej premennej „kreativita“ a nižším skóre v škále lži v Eysenckovom osobnostnom dotazníku. Najsilnejší inverzný vzťah medzi konzumáciou alkoholu a využívaním zdravotno-výchovných programov bol zistený iba u mužov. Zistenia podporili predpoklad rozdielov vo vzťahu niektorých osobnostných vlastností a hodnôt a konzumácie alkoholu medzi pohlaviami, čo by sa malo zohľadňovať pri navrhovaní špecifických „na mieru šitých“ preventívnych intervencií. pre vysokoškólákov.

3.2.1.1.4 Program prevencie užívania drog a AIDS pre vysokoškólskych študentov. Cieľom programu je v prvom pláne prevencia rizikového správania a súčasne rozvoj osobnosti. Tieto ciele sa dosahovali prostredníctvom konštruktivistických metód rozvoja kognitívnych, kognitívno-behaviorálnych a emocionálnych zručností (schopnosti riešenia problému, alternatívne riešenia, pochopenia dôsledkov svojho správania, schopnosť kritického myslenia, analýzy rovesníckych vplyvov a vplyvu médií, vnímania sociálnych noriem, sebahodnotenia a hodnôt). Preventívny program užívania drog a AIDS u vysokoškólskych študentov je prvý modul preventívneho programu DZ, ktorý je akreditovaný MŠ SR<sup>78</sup> a realizuje sa od roku 2000 u poslucháčov Univerzity P. J. Šafárika a Technickej univerzity v Košiciach.

3.2.1.1.5 Preventívny program užívania drog a AIDS u vysokoškólskych študentov a mediátory užívania drog (Salonna a kol., 2008<sup>79</sup>). Signifikantne vyšší nárast bol zistený pri mediátoroch „Angažovanosť“, Schopnosť stanovenia cieľov, Sociálne zručnosti a asistenčné zručnosti „u účastníkov výcviku oproti tým študentom, ktorí sa výcviku nezúčastnili (Tab. 3.2.2).

Tab. 3.2.2: Rozdiely medzi účastníkmi programu a kontrolnou skupinou v zmenách 12 mediátorov počas určitého obdobia (T1 – T2).

	Priemerná hodnota	
Mediátory	Účastník programu	Kontrolná skupina
Vedomie dôsledkov	47,47	42,8
Angažovanosť, zaujatosť **	55,75	38,07
Schopnosť rozhodovania	48,45	42,24
Inkongruencia medzi životným štýlom a užívaním drog	43,42	45,12
Schopnosť stanovenia cieľov*	52,27	40,06
Schopnosť zvládnuť stres	45,38	44,00
Sebahodnotenie	41,39	46,28
Schopnosť vzdorovať/odporovať	41,44	46,25
Sociálne a životné zručnosti*	51,88	40,29
Normatívne presvedčenie	40,52	46,78
Asistenčné zručnosti (schopnosť pomôcť)*	51,95	40,24
Alternatívy k užívaniu látok	45,83	43,74
1 Mann-Whitney U	** signifikantné na úrovni 0,01	* signifikantné na úrovni 0,05

Zdroj údajov: Salonna, a kol., 2008.

<sup>77</sup> Orosova, O., van Dijk, J. P., Gajdosova, B.: Osobnosť, hodnoty a presvedčenie o užitočnosti programov zdravotnej výchovy a konzumácia alkoholu u slovenských vysokoškólákov. (Personality, values, the intention to use a health-related information program and alcohol consumption among Slovak university students. Studia Psychologica, submitted.)

<sup>78</sup> Akreditácia č. 1321/1645/2000/56/1; FILIA, OZ Košice.

<sup>79</sup> Salonna, F., Kalina, O., Orosová, O. (2008): Efektívnosť preventívneho programu DZ u vysokoškólskych študentov podľa mediátorov užívania drog. PSYCHOLOGY & HEALTH, (23), (2008)118 – 118.

<sup>80</sup> Ide o zatiaľ jediný prípad hodnotenia účinnosti preventívneho programu prostredníctvom kontrolnej skupiny.

3.2.1.1.6 Rozvoj sociálnej inteligencie a osobnostný rast vysokoškolákov zaradených v programe prevencie drog a AIDS.<sup>81</sup> Výskum účinnosti preventívnych programov sa nedostatočne koncentruje na faktory, ktoré ovplyvňujú vnímanie užitočnosti (prospešnosti) preventívneho programu (program helpfulness). Štúdia bola zameraná na vzťah sociálnej inteligencie k vnímaniu prospešnosti programu prevencie drog a AIDS. Analyzovalo sa subjektívne hodnotenie prospešnosti programu vo vzťahu ku kognitívnym a behaviorálnym faktorom sociálnej inteligencie a overovala sa hypotéza, či študenti s vyššou úrovňou kognitívnych a behaviorálnych faktorov sociálnej inteligencie sa budú líšiť v hodnotení prospešnosti programu od študentov s nižšou úrovňou sociálnej inteligencie. (Orosová, Salonna, 2006<sup>82</sup>), čo sa v zásade potvrdilo.

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

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie (rezort školstva) ako člen medzinárodnej siete Euronet inicioval a podporoval prostredníctvom OZ V&P účasť Slovenska v pozícii asociovaného partnera na medzinárodnom projekte včasnej intervencie pre deti a mládež, ktorí prišli do styku s drogou (FreD goes net – Správa 2007, kap. 3.2.3). V roku 2010 by sa podľa podmienok projektu mal realizovať program včasnej preventívnej intervencie u detí a mládeže, ktoré už prišli do kontaktu s drogou aj na Slovensku (pozri aj Kap. 9.2). Aktuálne sa zo strany GS VMDZKD iniciujú potrebné kroky pre legislatívne ukotvenie tejto intervencie.

#### Program podpory zdravia znevýhodnených komunít

Bolo ukončené spracovanie výsledkov z Monitoringu životného štýlu a zdravotného stavu obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít. Uvedené výsledky boli spracované do Hodnotiacej správy o výsledkoch 1. etapy Programu podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity za roky 2007 – 2008. 30 komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy (ďalej len „KPZV“), ktorí v rámci 10-tich RÚVZ (Poprad, Prešov, Košice, Bardejov, Spišská Nová Ves, Michalovce, Rimavská Sobota, Rožňava, Banská Bystrica, Stará Ľubovňa) realizovali zdravotno-výchovnú osvetu vo vybraných rómskych osídleniach a lokalitách, v rodinách, na školách, vykonávali asistenciu zdravotníkom, spolupracovali so sociálnymi komunitnými pracovníkmi, zabezpečovali komunikáciu medzi obyvateľmi a zdravotníckymi pracovníkmi.

Poslaním KPZV je šíriť základnú zdravotnú osvetu a informovanosť v komunite a očakávaným výstupom programu je zvýšenie zdravotného uvedomenia so zameraním na osvojenie si návykov zdravého životného štýlu, starostlivosti o zdravie a zvýšenie zodpovednosti za vlastné zdravie. Zdravotná edukácia zahŕňa aj vzdelávanie rómskych obyvateľov – realizujú sa vzdelávacie kurzy pre tých Rómov, ktorí sú spôsobilí stať sa laickými šíriteľmi zdravotnej osvetu vo svojich komunitách v zmysle dodržiavania základných hygienických návykov, poskytovania laickej prvej pomoci a v prevencii ochorení infekčnej a neinfekčnej povahy. Odbor podpory zdravia participoval na projekte „STOPA“ (Systém Tínedžerskej Osvety, Prevencie Alkoholizmu a iných závislostí), ktorý bol zameraný na výcvik peer aktivistov v problematike prevencie závislostí a realizoval sa od júna 2008 v 9 rómskych osadách v okrese Košice – okolie. Závislosť na alkohole, tabaku a prchavých látkach sa v tomto prostredí rýchlo šíri a problém závislosti sa za posledné roky viditeľne prehľbuje. Cieľom projektu bolo zanechať pozitívnu „STOPU“ – šíriť protidrogovú prevenciu na princípe rovesníckeho pôsobenia, teda prostredníctvom zaškolenia a motivovania miestnych mladých ľudí. Odbornú garanciu nad projektom má RÚVZ v Košiciach. Distribuované boli tematicky súvisiace zdravotno-výchovné materiály a bol vykonaný dotazníkový prieskum poznatkovej úrovne frekventantov o DZ. vyplnené dotazníky „Prečo fajčím“, zamerané na vzťah k fajčeniu. Manuál „peer aktivistov“ vyšiel v októbri 2008.

<sup>81</sup> Orosová, O., Gajdosova, B., Salonna, F., Kalina, O., van Dijk, J. P. (2008): Sebahodnotenie a efektívnosť psycho-sociálneho výcviku. (Self-esteem and the efficacy of psycho-social training), Psychology and Health, 22<sup>nd</sup> Annual Conference of the European Health Psychology Society (2008), Vol. 23, suppl. 1, 198.

<sup>82</sup> Orosová, O., Salonna, F. (2006): Sociálna inteligencia a hodnotenie prospešnosti preventívnych programov vysokoškolskými študentmi (Social intelligence and University students' ratings of prevention program helpfulness: 14<sup>th</sup> Annual EUPHA Meeting "Politics and (or) the public's health". Montreux, Switzerland; 16 – 18 November 2006. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 2006; 16 (suppl): 171 – 172.

Tab. 3.2.3: Niektoré aktivity z programu podpory zdravia znevýhodnených komunít.

Kraj	BB	KE	PO	Ostatné	Spolu
Aktivita					
Prieskum monitorovania zdravotného stavu	45	363	1117	15	1540
Edukácia/ zdrav. výchova – základné hygienické návyky, stomatohygiena, prevencia pedikulózy, prevencia drogovej závislosti, problematika fajčenia, vírusovej hepatitídy typu A – „choroby špinavých rúk, rizikové sexuálne správanie, HIV/AIDS	8368	19762	12883	113	41126
Počet návštev – základné školy	38	663	2060	3	2764
Spolupráca s terénnymi sociálnymi pracovníkmi	58	598	399	2	1057
Športové aktivity	12	1250	5		1267
Iné		1536			1536

Zdroj: Hamade, J., Janechová, H., ÚVZ SR (2009).

#### Program sociálnej komunitnej práce v marginalizovaných komunitách

Z Fondu sociálneho rozvoja bolo v roku 2008 finančne podporené vytvorenie 343 pracovných miest pre terénnych sociálnych pracovníkov (ďalej len: „TSP“) a 393 pracovných miest pre asistentov terénnych sociálnych pracovníkov (ďalej len: „ATSP“) u 216 prijímateľov. TSP a ATSP pôsobia v teréne a svoju činnosť zameriavajú predovšetkým na oblasť zamestnanosti, školstva, bývania, sociálnu oblasť, oblasť zdravotnícku a oblasť sociálno-patologických javov. Činnosť TSP je obsahovo úzko spätá so zameraním sociálnej kurately vykonávanej ÚPSVaR.

#### Aj my Rómovia dokážeme veľké veci I. Nesnívaj svoj život, ale ži svoje sny – bez drog

Tento projekt<sup>83</sup> pochádza z dielne OZ Športom proti drogám a má prívlastok prvý národný filmový projekt zameraný na prevenciu vzniku drogových závislostí v rómskych komunitách. Ide o spracovanie troch životných príbehov známych osobností, ktoré pochádzajú z rómskeho etnika; športovca – majstra sveta v kulturistike, speváka rapu a huslistu. Propagácia pozitívnych vzorov cesty k zmysluplnej realizácii je určená najmä mladým Rómom vo veku 11 – 18 rokov, vrátane mladých matiek. Obsah bezplatne distribuovaného DVD (náklad 2000 ks) sa má predkladať v školách, ale aj v komunitách interaktívnou formou, prostredníctvom zdravotných a sociálnych komunitných pracovníkov a pedagógov v školách. Súčasťou projektu je podrobná metodika.

#### 3.2.3 Selektívna prevencia – rodina

Zdravotná edukácia zo strany RÚVZ sa v tejto úrovni sústreďuje na problémy s alkoholom (Národný akčný plán pre problémy s alkoholom, projekt CINDI). Poradensko – konzultačné služby poskytované lokálnymi RÚVZ sú poskytované aj rodinným príslušníkom v následnej kooperácii s odbornými zdravotníkmi, sociálnymi a školskými službami. Najväčší záujem o poradenstvo má veková kategória ľudí vo veku 35 – 44 rokov, ktorá spozorovala problémy u svojich detí. V poslednom období zaznamenali poradne zvýšenú požiadavku na vykonávanie orientačných testov na prítomnosť návykových látok v moči zo strany rodičov maloletých detí (Hamade J., Janechová H., 2009).

V roku 2008 poradensko– psychologické služby v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny zamerané na pomoc rodine, v ktorej sa vyskytla závislosť a motivovanie experimentujúceho užívateľa alebo závislého k liečbe, tvorili

<sup>83</sup> Zdroj: Kuchárová, B., Hažírová, J., Malchárek, J., Metodika využitia DVD 2008.



3 % (153 evidovaných prípadov – v roku 2007 143 prípadov) z celkového objemu, aj keď napr. problematika závislosti na alkohole je často súčasťou inej problematiky; partnerskej, rodinnej, rozvodovej a pod.

Riešenie situácie s poklesom odborníkov pre špecializované služby v rezorte obsahuje „Konceptia rozvoja špecializovaných poradensko-psychologických služieb klientom drogovu a inak závislým a klientom ohrozeným drogovou a inou závislosťou v podmienkach referátov poradensko-psychologických služieb úradov práce, sociálnych vecí a rodiny<sup>84</sup>“ s modelom špecialistov v každom regióne. V roku 2008 sa začala realizovať I. etapa Konceptie. Bol vypracovaný obsah vzdelávania špecializovaných pracovníkov, stanovený objem vzdelávania a pracovných činností pre špecializovaného odborného poradcu pre oblasť drogových a iných závislostí<sup>85</sup>. Na každý referát PPS určeného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny v regiónoch bol prijatý špecializovaný pracovník.

### 3.2.3.1 Pomoc a podpora rodinám s rizikovým dieťaťom, závislým členom

Kľúčovú úlohu zohrávajú činnosti v rámci sociálnej kurately (rezort práce, sociálnych vecí a rodiny), ktoré sú rozsiahle a širokospektrálne. Obsahujú diagnostiku a sledovanie negatívnych vplyvov pôsobiach na dieťa a rodinu a odhalenie ich príčin, poskytnutie alebo sprostredkovanie pomoci dieťaťu, rodičom alebo inej plnoletej osobe pri riešení výchovných a rodinných problémov a v tomto kontexte sem patrí organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch zameraných na pomoc pri riešení problémov detí v rodine, v škole, na pomoc rodinám pri riešení výchovných, sociálnych a iných problémov v rodine a v medziľudských vzťahoch, organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch zameraných na pomoc deťom a plnoletým fyzickým osobám ohrozeným správaním člena rodiny alebo správaním iných osôb a tiež organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch zameraných na plnoleté fyzické osoby, ktoré svojím správaním ohrozujú ostatných členov rodiny.

V roku 2008 sa opatrenia sociálnej kurately vykonávali celkovo pre 26 239 maloletých.

V rámci tohto počtu z dôvodu drogovej závislosti alebo experimentovania s drogami bolo registrovaných 305 maloletých a mladistvých (1,16 %). Je to mierny pokles z 338 evidovaných prípadov v roku 2007. Z toho, vo veku do 14 rokov bolo subjektom sociálnej kurately<sup>86</sup> 53 detí (z toho 23 dievčat). Z počtu 305 detí bolo 5 deťom uložené výchovné opatrenie – liečba v špecializovanej ambulantnej starostlivosti a 24 deťom výchovné opatrenie vo forme nariadeného pobytu v RS pre drogovu závislosť. (Z 21 aktuálne funkčných RS má akreditáciu pre výkon tohto opatrenia 18 RS).

Významnými aktivitami sú aj výchovno-rekreačné, výchovné a sociálne programy, ktoré je možné považovať za formu selektívnej prevencie. Výchovno-rekreačné programy pobytovou formou sú súčasťou sociálnej práce s dieťaťom a jeho rodinou. Ich účelom je najmä odborné pôsobenie na odstránenie alebo zmiernenie poruchy správania, rozvoj sociálnych zručností, získanie potrebných spoločenských a hygienických návykov a zabezpečenie vhodného využitia voľného času dieťaťa. Programy vykonávajú lokálne ÚPSVaR prostredníctvom alebo v spolupráci s neštátnymi subjektmi, akreditovanými na ich výkon a sú financované z tzv. priorit ÚPSVaR, teda zo štátneho rozpočtu. V roku 2008 absolvovalo výchovno rekreačné programy vyše tisíc detí s poruchami správania a 153 detí, ktoré sú v náhradnej rodinnej starostlivosti (Czuczorová, E., 2009).

Výchovné programy a sociálne programy sú jedným z typov výchovných opatrení, o ktorých môže rozhodnúť orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, resp. ÚPSVaR. Sú v prevažnej miere využívané za účelom predchádzania nariadeniu ústavnej starostlivosti alebo ochrannej výchovy nad maloletými deťmi s poruchami správania, najmä v kombinácii so záškoláctvom. Podľa údajov zo štatistického výkazu MPSVR SR 13 – 01, výchovné a sociálne programy sa vykonávali pre 1 888 detí, z toho pre takmer polovicu (48,7 %) detí v rodinnom prostredí. Výkon tohto typu výchovného opatrenia môžu vykonávať akreditované subjekty, ale aj RPPS a pedagogicko-psychologické zariadenia rezortu školstva.

O umiestnení dieťaťa v ústavnej starostlivosti rozhodujú súdy formou predbežných opatrení. V roku 2008 sa predbežné opatrenia týkali drogovej závislosti rodičov a v 3 prípadoch aj umiestnenia dieťaťa do ústavnej

<sup>84</sup> Zámerom koncepcie bolo rozpracovať problematiku predchádzania vzniku závislostí a riešenia situácie v oblasti zneužívania drog a iných látok s dôrazom na rodinu, deti a mladých dospelých (osobitne deti umiestnené v zariadeniach orgánov sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately) na podmienky RPPS.

<sup>85</sup> Oba návrhy pracovných činností boli prehodnotené v rezortnej pracovnej skupine, následne v komisii na hodnotenie pracovných činností MPSVR a od 1. 1. 2009 sú zaradené do Katalógu činností.

<sup>86</sup> Zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele vytvoril priestor na vykonávanie rôznych metód práce v otvorenom prostredí, na vykonávanie výchovných opatrení (napr. nariadenie pobytu maloletému v resocializačnom stredisku pre drogovu závislosť uloženie povinnosti dieťaťu zúčastniť sa liečby v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, uloženie dieťaťu povinnosti zúčastniť sa na výchovnom programe alebo sociálnom programe); možnosť zriaďovať špecializované samostatné skupiny pre drogovu a inak závislé deti v detských domovoch; zavedenie akreditácie a pod.

## 3 Prevencia

starostlivosti, spolu však v roku 2008 ich bolo 99 (z 4357). Z dôvodu vlastnej drogovej závislosti – resp. problémov s drogami boli v ústavnej starostlivosti umiestnené 2 deti – celkom bol v roku 2008 počet detí 12. V tab. 3.2.4 sú údaje o výkone rozhodnutia súdu v RS v porovnaní so všetkými zariadeniami na výkon rozhodnutia súdu (detské domovy, krízové strediská, diagnostické centrá, reedukačné domovy a domovy sociálnych služieb).

Tab. 3.2.4: O výkone rozhodnutia súdu v RS v porovnaní so všetkými zariadeniami na výkon rozhodnutia súdu (detské domovy, krízové strediská, diagnostické centrá, reedukačné domovy a domovy sociálnych služieb).

	Počet detí k 1. 1. 2008	Prijatí	Ukončili	Počet detí k 31. 12. 2008
Zariadenia na VRS (okrem RS)	5577	1515	1556	5484
Resocializačné strediská (RS)	18	27	19	26

Zdroj: štatistický výkaz MPSVR SR 12 – 01.

Zákon umožňuje absolvovať resocializačný program plnoletej fyzickej osobe, ktorá je rodičom dieťaťa, spolu s dieťaťom. Hlavným cieľom takejto možnosti je podporiť zachovanie rodinnej väzby medzi závislým rodičom a jeho dieťaťom a tým zvýšiť pravdepodobnosť bezproblémového priebehu procesu resocializácie a znížiť ďalšiu traumatizáciu dieťaťa z jeho prípadného umiestnenia v inom zariadení na výkon rozhodnutia súdu (napr. detský domov alebo krízové stredisko).

### Krízové strediská

Problémy spojené s užívaním drog sa riešili taktiež v krízových strediskách, vrátane špecializovaných<sup>87</sup>, ktoré v roku 2008 poskytli ambulantnú, pobytovú a kombinovanú starostlivosť celkovo 1241 detským klientom z dôvodov relevantných pre poskytnutie služby. V tomto počte dôvod drogovej a inej závislosti figuroval v 125 prípadoch (106 prípadov z dôvodu drogovej závislosti rodičov a 19 prípadov detí s problémom drogy).

### Poradenstvo cez internet

Okrem špecializovaných zdravotníckych zariadení – Centier pre liečbu drogových závislostí – s ponukou vlastných on-line poradní, je na inej úrovni možnosť kontaktovať odborníkov od októbra 2005 na [www.infodrogy.sk](http://www.infodrogy.sk). Prevažnú časť dotazov adresujú lekárom, psychológovi a právnikovi – rodičia, príbuzní a priatelia tých, čo majú problémy s drogami. Za obdobie necelých štyroch rokov bolo v poradniach zodpovedaných 1563 otázok (stav k 20. 7. 2009), z toho v roku 2008 bolo zodpovedaných 480 otázok, čo predstavuje oproti predošlému roku takmer 14 %-ný nárast záujmu o túto formu poradenstva<sup>88</sup>. So súhlasom záujemcov o radu, sú otázky aj odpovede odborníkov prístupné ostatným návštevníkom [www.infodrogy.sk](http://www.infodrogy.sk).

## 3.3. Indikovaná prevencia

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

Charakteristika špeciálnych výchovných zariadení (ŠVZ) v rezorte školstva je definovaná v zákone NR SR č.245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon). V ich pôsobnosti je poskytovať psychologickú, psychoterapeutickú, výchovno-vzdelávaciu a reedukačnú starostlivosť, neposkytujú liečebnú a resocializačnú starostlivosť.

K dispozícii je aktuálne: 5 diagnostických centier (3 diagnostické centrá pre deti do 15 rokov a 2 pre mládež), 19 reedukačných zariadení, vrátane zariadení pre matky s deťmi, v ktorých v r. 2008 bolo umiestnených spolu 1100 detí. Primárne problémy, ktoré viedli k ich umiestneniu do týchto špeciálnych výchovných zariadení ústavného typu boli sprevádzané aj konzumáciou psychoaktívnych látok (pitie alkoholu, fajčenie, inhalovanie). V zozname schválených projektov Protidrogového fondu za rok 2008 bolo dotovaných 5 preventívnych aktivít/programov pre diagnostické centrá a Reedukačný domov pre mládež so zariadením pre mladé matky v Zlatých Moravciach. Projekty Pút' a Križovatky boli určené pre prevenciu emocionálne a sociálne narušených dievčat<sup>89</sup>.

<sup>87</sup> Napr. špecializované krízové stredisko UNICORNIS (Správa 2006 Kap. 11 Užívanie drog u detí a mládeže (do 15 rokov) a problémy s tým spojené).

<sup>88</sup> Frančík, J., 2009.

<sup>89</sup> [www.protidrogovyfond.sk](http://www.protidrogovyfond.sk) stiahnuté 11. 2. 2009.



K ŠVZ patrí aj 8 liečebno-výchovných sanatórií, ktoré poskytujú priestor pre indikovanú prevenciu jednotlivcom s ADHD, prípadne špeciálnymi vývinovými poruchami učenia.

V údajoch o poskytnutých dotáciách z neštátneho Protidrogového fondu po niekoľko rokov figuroval špecifický pobytový program pre deti s ADHD a ich rodičov (Správy 2006, 2007, 2008), ako jediný známy program tohto typu. Detailnejšiu informáciu o ňom poskytla autorka<sup>90</sup> projektu z PPP v Kežmarku.

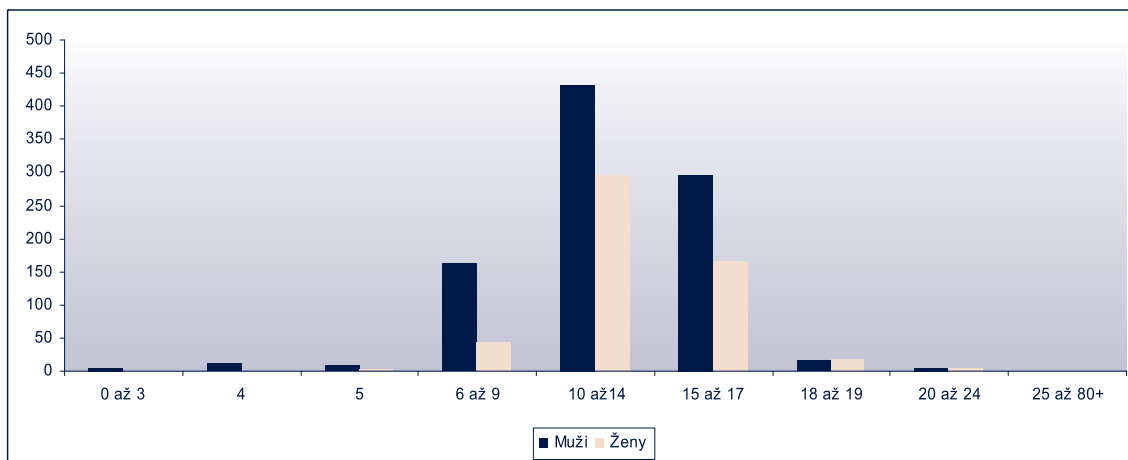
Tábor sa konal každoročne v priebehu štyroch rokov<sup>91</sup> a bol vyvrcholením celoročnej starostlivosti PPP o deti u ktorých boli diagnostikované poruchy ADHD, resp. špeciálne vývinové poruchy učenia. Počas celého roka prebiehala terapia formou pravidelných stretnutí – u detí 1x týždenne, u rodičov v dvojtýždňových intervaloch. S oboma skupinami sa zároveň pracovalo aj individuálne, formou špeciálnej-pedagogickej reedukácie a psychoterapie. Raz za šesť týždňov sa konali spoločné outdoorové aktivity rodičov a detí (turistické výlety, športové podujatia) alebo aktivity v priestoroch poradne (vianočný večierok, diskotéka).

Terapeutický tábor pre deti s ADHD a ich rodičov bol zameraný na zlepšenie sociálnych vzťahov v rodinách a ostatnom sociálnom prostredí. V ostatnom cykle sa ho zúčastnilo 29 detí vo veku 6 – 15 rokov, 15 rodičov a 6 lektorov. V zložení členov tábora boli rodiny, ktoré sa zúčastnili predchádzajúcich táborov, aj nové rodiny, ktoré boli bez problémov prijaté. Klienti boli rozdelení do troch skupín, dve skupiny detí podľa veku a skupina rodičov; skupiny pracovali individuálne a spoločne. Skupinová terapia bola zameraná na prehĺbenie sociálnych zručností, zlepšenie emocionálneho sebayjadrovania a konštruktívne zvládanie emócií, zvyšovanie empatie, riešenie konfliktov, pozitívne prijatie dieťaťa s výchovno-vzdelávacími problémami, vyrovnávanie sa so stresom a úzkosťou, zvyšovanie schopnosti vcítenia sa do prežívania dieťaťa a pod. V záverečnej komunite rodičia aj deti zhodnotili priebeh tábora a pozitívne ocenili možnosť zmysluplne tráviť spolu čas, zdieľať spoločné zážitky a možnosť získania nadhľadu na svoje problémy, nové spôsoby trávenia voľného času a rodičovskú rolu v iných polohách a naopak, rodičia zažili svoje deti v kooperujúcich situáciách s inými. Počas arteterapie a muzikoterapie získali skúsenosť s novými formami práce, metódami uvoľnenia a tvorivosti, ktoré si môžu preniesť a využívať aj v bežnom živote. Spätné väzby boli vysoko pozitívne. Zo strany rodičov bola vyzdvihnutá príležitosť vo vzťahu k vlastnému sebazpoznaniu i lepšiemu poznaniu a porozumeniu vlastných detí, prehĺbili sa intrarodinné i extrarodinné vzťahy, tolerancia a rešpektovanie odlišnosti. Zlepšilo sa prosociálne správanie detí, zvýšilo sa ich sebadovedomie a sociálna zručnosť pri riešení konfliktov a v komunikácii (Havašová V. 2008).

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

Uvedené údaje zo zdravotníckej štatistiky o pediatrických pacientoch hospitalizovaných s diagnózou v skupine MKCH – 10 F90 – F98 Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania, ilustrujú potrebu a rozsah následných intervencií indikovanej prevencie. V roku 2008 bolo hospitalizovaných vo vekovej skupine do 14 rokov 825 pacientov, z nich 632 po prvýkrát (všetkých pacientov do 24 rokov bolo 1 323 s prevahou mužov – 937).

Obr. 3.3.1: Pediatrickí pacienti hospitalizovaní s diagnózou v skupine MKCH – 10 F90 – F98 Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania.



Zdroj: Psychiatrická starostlivosť, 2008 (ZŠ– 4/2009).

<sup>90</sup> PhDr. Viera Havašová (2009): Vyhodnotenie projektu „Terapeutický tábor pre deti s ADHD a ich rodičov, – informácia pre NMCD.

<sup>91</sup> Prvého tábora sa zúčastnili len deti, ktorým bolo diagnostikované ADHD, prípadne špeciálne vývinové poruchy učenia plus 1 rodič. V druhom roku boli v tábore aj „intaktní“ súrodenci. V treťom tábore boli účastníkmi aj deti lektorov, ktorých vzájomná interakcia vytvárala modelové situácie poskytujúce autentické prežívanie účastníkmi tábora v zmysle väčšieho vzájomného priblíženia V štvrtom roku sa v terapeutickom tábore mohli zúčastniť obaja rodičia.

### 3 Prevencia

Pacienti s diagnózou v tejto skupine boli hospitalizovaní na podnet psychiatra a po absolvovaní ústavnej liečby ostávajú naďalej v ambulantnej zdravotníckej starostlivosti.

Podľa Škodáčka (2009)<sup>92</sup> sa v terapii hyperkinetickej poruchy aktivity a pozornosti okrem psychofarmakoterapie detí s ADHD, predovšetkým so stimulanciami, čo znižuje riziko úzu a abúzu psychoaktívnych látok, odporúča kognitívno-behaviorálna psychoterapia a v rámci psychoterapie aj tréning alebo konzultácie pre rodičov a učiteľský management nepredvídateľných situácií. Liečbu treba začať od predškolských zariadení, vytvárať moduly prístupov k deťom s ADHD pre rodičov, opatrovateľov v predškolských zariadeniach, zdravotných sestier a ošetrovateľov, učiteľov a lekárov prvého kontaktu. Čo odlišuje deti s ADHD od iných chronických stavov je počas liečby monitorovanie ich výsledkov v edukačnom systéme a prejavov správania, preto klinici nemôžu pracovať bez spolupráce s rodičmi, učiteľmi a inými profesionálmi.

V prevádzke je navštevovaná webová stránka občianskeho združenia OZ Dis<sup>93</sup>, ktorá poskytuje odborné rady a informácie rodičom detí s ADHD a inými poruchami vývinu.

<sup>92</sup> Škodáček, I. (2009): Komorbidita užívania/zneužívania psychoaktívnych látok u detských a adolescentných pacientov s poruchami správania, vrátane hyperaktívnej poruchy.

<sup>93</sup> <http://www.displus.sk/download/metmat>. – stiahnuté 10. 8. 2009.

## 4 Problémové užívanie drog

Definícia problémového užívania drog, použitá pri odhadoch prevalencie a incidencie v SR a pre zber a analýzu dát do predkladanej správy, je v zhode s operačnou/pragmatickou definíciou EMCDDA ustanovenou pre potreby kľúčového ukazovateľa „Problémové užívanie drog“ (PDU). Za problémové užívanie drog je považované „injekčné alebo dlhodobé/pravidelné užívanie opiátov, kokaínu a/alebo amfetamínov vo vekovej skupine 15 – 64 v danom roku“.<sup>94</sup>

Malú odchýlku v obsahovom naplnení definície na Slovensku predstavujú užívatelia kokaínu. Títo, pokiaľ u nich prevláda užívanie kokaínu ako primárnej drogy, sa dostávajú len minimálne do kontaktu so službami, z ktorých sa získavajú údaje pre odhady. Napríklad v poslednom realizovanom prieskume všeobecnej populácie v roku 2006 netvorili súčasní užívatelia (t. j. takí, ktorí kokaín užíli za posledných 30 dní) ani jedno percento a celoživotná prevalencia užívania (skúsenosť) bola zaznamenaná okolo dvoch percent. Aj u pacientov vstupujúcich do liečby tvoria užívatelia kokaínu len veľmi malú časť (pozri kap. 5). Vo výkazoch nízkoprahových zariadení nebol zaznamenaný ani jeden prípad klienta, ktorý by mal kokaín uvedený ako primárnu drogu.

V časti populácie problémových užívateľov sa napriek tomu užívanie kokaínu môže vyskytnúť, spravidla však ide o sekundárnu drogu, popri primárne užívaných amfetamínových stimulanciách alebo popri opiátoch. Užívanie opiátov je reprezentované predovšetkým užívaním heroínu, zo stimulancií je to najčastejšie užívanie pervitínu.

Podľa posledného odhadu z roku 2008 sa populácia problémových užívateľov v SR v zmysle uvedenej definície odhaduje medzi 8 200 až 33 500, so stredným odhadom 10 500, čo predstavuje približne 2,68 v prepočte na 1 000 obyvateľov danej vekovej skupiny<sup>95</sup>. Väčšiu časť z nich, zodpovedajúcu približne polovici odhadovanej populácie problémových užívateľov drog, predstavujú užívatelia opiátov, predovšetkým heroínu, ostatní užívajú primárne pervitín alebo kombináciu uvedených drog.

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

Z regionálneho hľadiska sa v dôsledku zníženia pokrytia nízkoprahovými programami v regiónoch mimo hlavného mesta zmenil podiel odhadovanej prevalencie v Bratislave v porovnaní s ostatným územím Slovenska (až približne 37 %). Situácia v samotnej Bratislave sa oproti predošlému roku výraznejšie nezmenila.

Na základe analýzy zdrojových údajov a ďalších ukazovateľov, aj napriek rozdielom oproti predchádzajúcim odhadom prevalencie problémového užívania uskutočňovanými rovnakou metódou<sup>96</sup> možno konštatovať stav bez výraznejších zmien.

### 4.1 Odhady prevalencie a incidencie problémového užívania drog

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

Odhad prevalencie problémového užívania drog za rok 2008 bol realizovaný multiplikačnou metódou z údajov o klientoch nízkoprahových služieb – mimovládnych organizácií poskytujúcich služby v oblasti harm– reduction. Tento odhad nadväzuje metodologicky na odhady z rokov 2005 až 2007, kde bola použitá rovnaká metóda i rovnaké zdroje dát<sup>97</sup>. Základom multiplikátora vo všetkých po sebe idúcich odhadoch bol podiel problémových užívateľov drog, ktorí boli v kontakte s nízkoprahovými službami v roku 2005 („in-treatment rate“, ITR).

Výsledky odhadov sú prehľadne uvedené nižšie (Tab. 4.1.1).

<sup>94</sup> EMCDDA (2004): Kľúčový epidemiologický indikátor – prevalencia PDU (Key epidemiological indicator: Prevalence of problem drug use. EMCDDA recommended draft technical tools and guidelines. Lisabon, EMCDDA, 2004).

<sup>95</sup> Šteliar, I. (2009): Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia, 2009, nepublikované.

<sup>96</sup> NMCD (2007): Odhad problémových užívateľov drog za rok 2006, Národné monitorovacie centrum pre drogy, 2007, nepublikované.

<sup>97</sup> Mravčík, V., Kiššová, L. (2007): Prevalenčný odhad problémových užívateľov drog na Slovensku, Alkoholizmus a drogové závislosti, 41, 5 (2006), s. 259 – 272.

## 4 Problémové užívanie drog

Tab. 4.1.1: Odhad problémových užívateľov drog v SR vo vekovej skupine 15 – 64 rokov za roky 2005 až 2008.

	Rok	Odhad PDU – stred	Dolná hranica	Horná hranica	Stred rel./1000
Celkom v SR mimo BA	2005	14 800	10 300	28 100	4,18
	2006	14 700	10 100	29 300	4,29
	2007	13 900	9 300	30 300	4,03
	2008	6 700	4 800	29 100	1,86
Celkom v SR	2005	18 300	13 500	32 200	4,76
	2006	18 400	13 400	33 500	4,89
	2007	17 900	12 800	34 800	4,71
	2008	10 600	8 200	33 500	2,68

Zdroj: Kiššová, L., Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia 2006, Monitorovacia štúdia 2007, nepublikované; Šteliar, I.: Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia, 2009, nepublikované.

Hodnoty za posledný rok naznačujú prudký pokles problémového užívania, zrejme však neodrážajú skutočnosť. V súvislosti so zmenami drogovej scény na Slovensku síce v poslednom období dochádzalo k poklesu užívania opiátových drog, predovšetkým heroínu pri následnom vzostupe užívania stimulancií amfetamínového typu a ďalšom šírení užívania marihuany, spolu s poklesom injekčného užívania. Tento proces však prebieha dlhodobo počas niekoľkých rokov<sup>98</sup> a neboli zaznamenané žiadne signály takéhoto prudkého poklesu „skokom“ problémového užívania drog.

Vysvetlenie by teda mohlo spočívať skôr jednak v použitej metodológii a jednak čiastočne – čo súvisí s prvou príčinou – s možnými zmenami súvisiacimi so získavaním údajov.

Zdrojom týchto údajov sú nízkoprahové služby, ktoré na Slovensku poskytujú predovšetkým mimovládne neziskové organizácie. V Bratislave pôsobia dve z nich, ktoré sú však rozsahom najväčšie – v roku 2007 pokrývali až 76 % počtu klientov v programoch nízkoprahových služieb a len 24 % klientov navštívilo programy v ostatných mestách na Slovensku. V roku 2008 bol pomer klientov v bratislavských programoch voči mimobratislavským ešte vyšší, až 88 %. Takáto situácia vznikla zákonitým vývojom, kedy epidémia užívania nezákonných drog prepukla naplno najmä v hlavnom meste a až následne sa šírila do ďalších oblastí, čo vytváralo tlak na dostupnosť aj nízkoprahových programov v najviac postihnutej oblasti. Na druhej strane takéto nerovnomerné geografické pokrytie službami sa odráža aj pri pokusoch o určenie nepriamych vzťahov medzi situáciou v drogovej oblasti a počtom klientov služieb, ako je to v prípade prevalenčných odhadov multiplikátorovou metódou. Uvedené diskrepancie v geografickom pokrytí boli tiež diskutované v publikovanom príspevku o prevalencii problémového užívania v odbornej tlači. Aj pri pomerne presnom stanovení vzťahu medzi problémovým užívaním a počtom klientov v nízkoprahových programoch je diskutabilné zovšeobecnenie takto získaných údajov na celú oblasť Slovenska, hoci sa zdá, že séria odhadov z predchádzajúceho obdobia bola konzistentná s inými zisteniami a tiež v medzročných trendoch.

Situácia sa však v roku 2008 oproti predchádzajúcemu roku zmenila. Kým v roku 2007 poskytlo prostredníctvom výkazov údaje o svojich klientoch sedem organizácií zo štrnástich programov, o rok neskôr to už bolo len päť organizácií z deviatich programov, z toho dve organizácie boli bratislavské. Zdrojom údajov pre odhady za zvyšok Slovenska ostali tri organizácie, pričom v niektorých z nich došlo k dramatickému poklesu vykazovaného počtu klientov. Napríklad z oblasti východného Slovenska boli v roku 2007 hlásené údaje o 578 klientoch, o rok neskôr to boli už len 68 klientov. Zvyšné mimovládne organizácie ukončili svoju činnosť.

Celkový pokles hlásených počtov klientov z regiónov mimo Bratislavy prekročil 60 % počtu z roku 2007. Vzhľadom na nástup užívania metamfetamínu na Slovensku a pokles užívania heroínu v tom období sa dá predpokladať stále sa znižujúci podiel užívateľov prichádzajúcich do kontaktu so službami (a súčasne klesajúca

<sup>98</sup> Napr. údaje indikátora dopytu po liečbe.

miera in-treatment rate), čo môže byť jedným z dôvodov ich zanikania. V odhade za rok 2008 sa zrejme prudké zníženie hodnoty benchmarku pri násobení hodnotami v intenciách relevantnej populácie (produktívneho veku) v danej oblasti prejavilo znížením odhadu, čo sa mohlo skombinovať s nadhodnotením hodnoty multiplikátora (1/ITR) oproti v už nižšej reálnej hodnote.

Odhad za celé územie SR je kompozitne zložený z odhadovanej prevalencie za Bratislavu a z odhadovanej prevalencie za zvyšok územia SR bez Bratislavy. V dôsledku vyššie uvedených problémov v roku 2008 došlo k výraznému podhodnoteniu práve druhej zložky odhadu (odhadovaná prevalencia v Bratislave, kde v inštitúciách poskytujúcich zdrojové údaje nedošlo k výraznejším zmenám, zachováva konzistenciu s predchádzajúcimi obdobiami) a k následnému dopadu na celkový odhad za SR.

Práve územie Bratislavy môže slúžiť ako referenčné pre posúdenie trendu vzhľadom na to, že tu sa spomínaná redukcia programov, resp. ich klientov neuskutočnila. S prihliadnutím na ustálené hodnoty odhadov za posledné obdobie a porovnanie údajov z ďalších indikátorov sa možno domnievať, že situácia na ostatnom území Slovenska je obdobná, viac-menej ustálená, a to aj pokiaľ ide o zmeny v štruktúre klientov podľa primárnej problémovej drogy. Pri analýze údajov z jednotlivých organizácií je zjavné, že nedošlo k výraznejším zmenám – v Bratislave medzi klientmi nízkoprahových programov len mierne narástol počet užívateľov opiátov aj pervitínu. V obidvoch bratislavských organizáciách došlo k výraznejšiemu poklesu hlásenia polyužívateľov, čo však vzhľadom na súčasné spôsoby užívania u tejto skupiny užívateľov nemusí mať nevyhnutne epidemiologickú interpretáciu. Naopak, v ostatných oblastiach Slovenska sa v rovnakej miere výskyt klientov užívajúcich naraz viacero drog zvýšil, taktiež bol hlásený zvýšený počet klientov užívajúcich primárne opioidy, najmä na východe Slovenska. Hoci pri spomínaných znížených počtoch klientov hlásených z organizácií v týchto oblastiach v roku 2008 nemožno toto považovať za reprezentatívny nárast v celej populácii, na základe údajov z ostatných oblastí a indikátorov sa ukazuje, že za posledné roky dochádza k miernemu nárastu užívania opioidov. V roku 2008 sa na Slovensku opäť vyskytli okrem heroínu aj prípady zneužívania ilegálne získaného buprenorfinu.

Keďže odhady podskupín problémových užívateľov podľa primárnej drogy sa odvíjajú od celkovej odhadovanej populácie, dochádza k projekcii popísanej odchýlky aj tu (Tab. 4.1.2).

Tab. 4.1.2: Odhad jednotlivých podskupín užívateľov drog patriacich do definície PDU.

Rok	užívatelia opiátov			užívatelia pervitínu			injekční užívatelia		
	Stred	Interval	Rel.	Stred	Interval	Rel.	Stred	Interval	Rel.
2005	10 200	7 500 – 18 000	2,7	8 100	6 000 – 14 200	2,1	18 000	13 300 – 31 600	4,66
2006	10 100	7 400 – 18 400	2,6	8 200	6 000 – 15 000	2,1	18 374	13 400 – 33 400	4,74
2007	9 800	7 000 – 19 000	2,5	8 000	5 700 – 15 700	2,1	17 900	12 800 – 34 800	4,71
2008	4 900	4 000 – 9 800	1,3	3 300	2 500 – 9 900	0,8	6 800	5 700 – 12 000	1,75

Zdroj: Kiššová, L.: Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia, 2008. Šteliar, I.: Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia, 2009, nepublikované.

Ako je uvedené vyššie, v jednotlivých nízkoprahových programoch nedochádza k reálnemu výraznému poklesu klientov s primárnou opiátovou drogou – naopak, bol zaznamenaný mierny medziročný nárast. V jednotlivých programoch nebol pozorovaný ani výrazný prepád počtov klientov s primárne užívaným pervitínom. Proporčne ostávajú podiely podskupín približne na úrovni z predchádzajúceho roka – mierne vyšší je podiel odhadovanej zložky užívateľov opiátov, ktorí tvoria 48,5 % zo všetkých klientov užívajúcich drogy (v roku 2007 to bolo 42,6 %) a podiel polyužívateľov poklesol na 13,1 % oproti 19,3 % v roku 2007.

V skupine injekčných užívateľov takisto nedochádza podľa údajov z jednotlivých programov k výraznému zníženiu počtu – proporčne bol zaznamenaný mierny nárast, najmä v programoch na východe Slovenska, čo však súčasne s poklesom absolútnych počtov klientov v nich až o vyše 80 % (z 374 na 68) výrazne znižuje význam tejto zmeny pre celkové hodnotenie, pretože je to dôsledok výpadku iných programov v regióne, ktoré sa s injekčnými užívateľmi zaoberali v menšej miere. Celkovo sa podiel injekčných užívateľov drog zo všetkých klientov užívajúcich drogy pohybuje v programoch blízko 100 %, ako vyplýva aj z ich zamerania.

## 4 Problémové užívanie drog

### 4.2 Údaje o problémových užívateľoch mimo liečby

#### 4.2.1 Charakteristika klientov nízkoprahových programov

Najdôležitejším zdrojom údajov o problémových užívateľoch liečby, o ktoré sa opiera aj prevalenčný odhad, sú nízkoprahové programy harm-reduction ponúkané užívateľom drog. Túto činnosť na Slovensku vykonávajú takmer výlučne mimovládne organizácie. Sú to najčastejšie terénne programy s aktívnym vyhľadávaním klientov v ich prostredí alebo stacionárne programy poskytujúce zas klientom určitú istotu a pravidelnosť kontaktného miesta. Práca v týchto programoch je náročná a málo lukratívna, preto je často postavená na entuziazme dobrovoľníckych terénnych pracovníkov.

Ako bolo uvedené vyššie, v roku 2008 ukončilo svoju činnosť viacero programov v mimobratislavských regiónoch, u niektorých došlo k výraznému zníženiu počtu klientov.

Na zber údajov slúži osobitný dotazník týkajúci sa štruktúry klientov v programoch a poskytovaných služieb. Vzhľadom na charakter terénnej práce aj na princípy poskytovania služieb harm-reduction je snahou zachovanie čo najväčšej anonymity klientov, v dôsledku čoho nie je možné zistiť prípadné duplicity výskytu klientov vo viacerých programoch.

Celkovo popisuje štruktúru klientov nízkoprahových programov Tab. 4.2.1.

Tab. 4.2: Štruktúra klientov v nízkoprahových programoch harm-reduction.

	2005	2006	2007	2008	Podiel v roku 2008
Klienti	3979	3 957	4023	3542	–
z toho počet užívateľov	3773	3722	3812	3234	100,0
z toho injekční	3576	3560	3658	3184	98,5
Heroín	1430	1452	1341	1489	46,0
Kokaín	0	7	6	0	0,0
Pentazocín (Fortral)	247	162	107	27	0,8
Pervitín	1418	1403	1314	1146	35,4
kombinácia heroín, pervitín	436*	437*	722	474	14,7
Subutex	109	109	102	50	1,5
Prchavé látky	5	5	22	0	0,0
Extáza	10	10	0	0	0,0
Kanabionidy	6	6	0	2	0,1
Ostatné (napr. alkohol a pod.)	112	131	198	2	0,1

Zdroj: Výkaz nízkoprahových programov za rok 2008, NMCD 2009a.

\* odhad

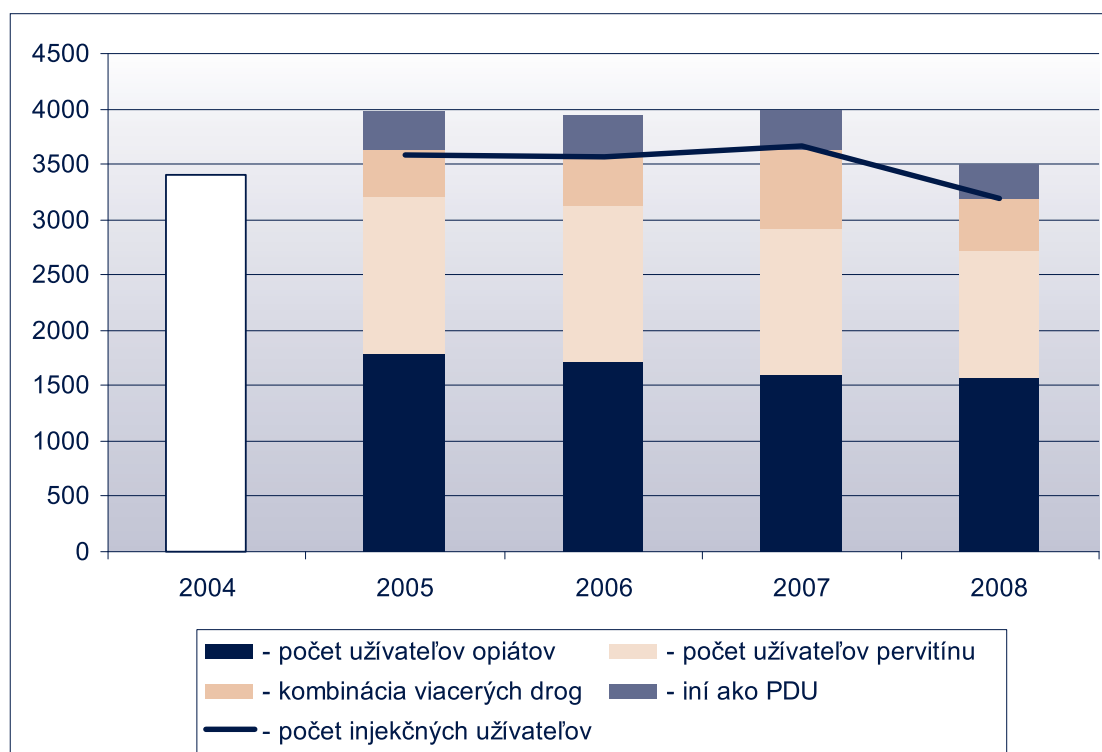
U klientov nízkoprahových služieb je príznačný – ako dôsledok zvýšeného výskytu rizikového správania – vysoký podiel tých, ktorí užívajú opioidy ako primárnu drogu. V roku 2008 táto skupina tvorila až 48,5 % zo všetkých užívateľov navštevujúcich programy.

Oproti predchádzajúcim rokom – aj vinou výpadku programov / redukcie klientov – je v roku 2008 oproti predchádzajúcim nižší počet užívateľov ostatných opioidov (iných než heroínu).

Štruktúru klientov nízkoprahových programov znázorňuje obr. 4.2.1.



Obr. 4.2.1: Počty a štruktúra klientov klasifikovaných ako problémoví užívatelia drog podľa výkazov nízkoprahových programov na Slovensku, 2004 – 2008.



Priemerný vek klientov nízkoprahových zariadení sa v roku 2008 pohyboval v rozpätí od 25,5 do 33 rokov. Takýto relatívne vysoký vek by mohol nasvedčovať tomu, že veľkú časť klientov tvoria chronickí, dlhodobí užívatelia drog.

Prevalu majú klienti mužského pohlavia, ktorí sa do programov dostávali oproti ženám v pomere približne 2:1.

Významnou súčasťou aktivít nízkoprahových organizácií v oblasti harm-reduction sú programy výmeny/distribúcie sterilných injekčných ihl a striekačiek. V roku 2008 bolo klientom týchto zariadení poskytnutých 223 721 injekčných striekačiek. Striekačky pre klientov v Bratislave poskytuje v rámci svojich programov aj Centrum pre liečbu drogových závislostí, v roku 2008 ich poskytli 30 637 kusov. Spolu s relatívne dobrou dostupnosťou ihl/strieačiek vo väčšine lekární toto vytvára dobrý predpoklad pre zamedzenie šírenia infekčných chorôb u užívateľov drog.

### 4.3 Súvisiace údaje a indikátory

Hoci klienti nízkoprahových zariadení sú špecifickou subpopuláciou užívateľov a určitá skupina nezamýšľa podstúpiť liečbu kvôli problémovému užívaniu, predsa len existuje významné prepojenie medzi touto skupinou užívateľov a užívateľmi v liečbe.

Počet tých, ktorí boli na Slovensku v roku 2009 liečení v zdravotníckych zariadeniach v súvislosti s užívaním drog, bol 2056, oproti poslednému roku teda narástol o 3,6 %. Toto zvýšenie oproti predošlému roku nebolo spôsobené len nárastom počtu liečených v zariadeniach rezortu spravodlivosti (vo väzniciach), ale aj v zdravotníckych zariadeniach rezortu zdravotníctva, kde dokonca medziročný nárast dosiahol 4,8 %. Známkou nárastu problémov s užívaním drog môže byť tiež nárast prvoliečených, medziročne o 8,7 %. K miernemu nárastu prvoliečených došlo v roku 2008 oproti predchádzajúcemu roku u užívateľov opioidov a (met)amfetamínových stimulancií.

Určiť skupinu problémových užívateľov medzi pacientmi je metodologicky zrejme správnejšie spomedzi všetkých liečených, a to v rezorte zdravotníctva. Vo väzenských zdravotníckych zariadeniach totiž platia určité špecifiká, ktoré by mohli vyvolať bias pri analýze údajov z liečby (napr. zrejma preselekcia podľa pohlavia a tiež veku, odlišné motívy a okolnosti žiadosti nástupu na liečbu a pod.). Pokiaľ ide o prvoliečených, táto skupina síce



## 4 Problémové užívanie drog

presnejšie vypovedá o aktuálnych trendoch užívania, ale nie je tu zahrnutá skupina chronických užívateľov, ktorá je významná práve pri drogách najviac poškodzujúcich zdravie a (preto) taktiež z pohľadu problémového užívania.

Vzhľadom na ochranu údajov boli pre účely správy dostupné len agregované údaje o liečbe, z ktorých nebola možná selekcia problémových užívateľov v liečbe podľa kritérií definície, ich podiel sa dá len odhadovať. Kombináciou kritérií na základe užíwanej drogy, jej injekčného užívania, aj aktuálneho injekčného užívania akejkoľvek drogy je možné odhadnúť podiel problémových užívateľov v liečbe v roku 2008 na cca 60 – 75 % zo všetkých pacientov liečených v zdravotníckych zariadeniach rezortu zdravotníctva, čo je konzistentný trend s hodnotami v minulých rokoch.

V nízkoprahových zariadeniach sa neobjavujú pacienti ktorí majú problémy s užívaním kanabisu, alebo so závislosťou od kanabisu, preto sú v proporčnom rozdelení pacientov a klientov nízkoprahových zariadení podľa užíwanej látky rozdiely. Ale možno si všimnúť, že podobne aj u liečených majú najvýraznejšie zastúpenie pervitín a opioidy, predovšetkým heroín. Napriek istému časovému oneskoreniu údajov z liečby, najmä informácie o prvoliečených do istej miery sledujú trendy zaznamenávané aj v nízkoprahových programoch. Nárast problémových užívateľov metamfetamínu v inštitúciách harm-reduction našiel svoj odraz tiež v náraste liečených kvôli metamfetamínom. Už v našej správe za rok 2007 sme na základe údajov o prvoliečených upozorňovali na možný mierny nárast užívania opioidov, ktorý sa do istej miery prejavuje aj v údajoch z nízkoprahových programov.

Napriek rozdielnemu zastúpeniu podľa primárnej drogy u pacientov zdravotníckych zariadení oproti klientom nízkoprahových programov, podiel užívateľov pervitínu vstupujúcich do programov je v oboch skupinách približne rovnaký, okolo 35 %. Podobne podiely užívateľov viacerých drog súčasne sú v oboch skupinách podobné, okolo 10 %. Najčastejšie liečení pacienti kvôli závislosti od opiátov sú vo vekovej skupine 25 – 29 rokov, ktorá sa do značnej miery prelína s priemerným vekovým rozpätím klientov nízkoprahových programov. Viaceré okolnosti poukazujú na známy fakt, že existuje určité prekryvanie populácie problémových užívateľov a pacientov liečených kvôli problémom s užívaním drog v zdravotníckych zariadeniach.

Z poznania rizikového správania u pacientov v liečbe (injekčné užívanie primárnej drogy alebo injekčné užívanie drog vo všeobecnosti) možno derivovať injekčné správanie aj v skrytej časti populácie, minimálne ako podiely injekčných užívateľov opioidov vs. injekčných užívateľov (met)amfetamínových stimulancií. Medzi pacientmi v zdravotníckych zariadeniach užívalo opioidy injekčne až 86 % pacientov, (met)amfetamínové stimulanty užívalo injekčne 31,3 % pacientov. V skupine opakovane liečených kvôli užívaniu stimulantov dosiahol podiel injekčných užívateľov až 45,6 %.

Vzťahy medzi problémovým užívaním drog, jeho prejavmi v nízkoprahových programoch a v liečbe je potrebné ďalej skúmať. Nielen pre samotné poznanie ich vzájomného ovplyvňovania, ale tiež kvôli možnostiam využitia ďalších zdrojov údajov na odhady prevalencie a incidencie. Odhad prevalencie problémového užívania poukázal na potrebu popri tradične používanej metóde použiť inú metódu a iné zdroje dát. Nízkoprahové programy, vykonávané mimovládnyimi organizáciami sa aj v dôsledku globálnych finančných problémov môžu ako exkluzívny zdroj dát ľahko ocitnúť v existenčných problémoch, čo môže mať za následok predovšetkým zhoršenie rozsahu a dostupnosti služieb závislým osobám a ďalším užívateľom drog, ale tiež redukciu informačných tokov.

V skorších prácach bola demonštrovaná citlivosť multiplikačnej metódy, použitej na odhad prevalencie problémového užívania na Slovensku, na zmenu niektorého zo vstupných parametrov, aj pri zachovaní hodnoty ostatných. Možno konštatovať, že odhad za rok 2008 opätovne demonštroval slabšie stránky použitej metódy a upozornil na potrebu alternatívnych riešení.

## 5 Liečba problémov súvisiacich s užívaním drog, dopyt po liečbe a jej dostupnosť

Pod pojmom liečba sa v podmienkach Slovenskej republiky definujú postupy zamerané na odstránenie, respektíve na zmiernenie porúch zdravia v zdravotníckych zariadeniach. Preto je jadrom indikátoru dopytu po liečbe (IDL, resp. TDI) informácia poskytovaná zo spravodajských jednotiek v sieti poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti v rámci sektoru Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Ďalšími zdrojmi sú (1) zdravotnícka služba pôsobiaca vo väzenstve v rámci sektoru Ministerstva spravodlivosti Slovenskej republiky, kde je však výrazná preselekcija jednotlivcov a je zložitá v mnohých prípadoch hovoriť o dopyte po liečbe z ich strany; (2) resocializačné zariadenia v pôsobnosti sektoru Ministerstva sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky sú ďalším dodatočným zdrojom informácií. Resocializačné zariadenia však poskytujú v rámci systému starostlivosti o ľudí majúci problémy s drogami následnú starostlivosť pre abstínujúcich klientov po už predtým absolvovanej liečbe v zdravotníckom zariadení. Ich klienti boli preto už predtým v rámci TDI evidovaní a hlásení ako pacienti. Podobne ako v prípade väzenia sa jedná o preselektovanú skupinu, ktorá neodráža časovo najaktuálnejší dopyt po liečbe v dôsledku užívania drog na drogovej scéne. Okrem toho, že zo solidárneho zdravotného poistenia plne hradená liečba v zdravotníckych zariadeniach v pôsobnosti sektoru zdravotníctva tvorí podstatnú časť hlásených prípadov, má aj historicky najdlhšiu časovú radu sledovania. Trendy informácií z väzenia a z resocializačných zariadení boli zaradené do zisťovania iba neskôr. Z vyššie uvedených dôvodov zostávajú preto jadrom našich analýz trendov a interpretácií údaje pre TDI zo spravodajských jednotiek v pôsobnosti sektoru ministerstva zdravotníctva. Tie sú konzistentné a sú založené na diagnostikovaných prípadoch podľa kritérií MKCH-10 SZO (ICD-10/WHO).

### 5.1 Stratégia a politika

V roku 2008 neboli zaznamenané žiadne výrazné zmeny v stratégii a politickom prístupe k problematike liečby pacientov, ktorí majú problémy s drogami v Slovenskej republike. Za zmienku stojí len zmena v stratégii substitučnej liečby buprenorfinom, kde aj z dôvodu objavenia sa problémov s vnútrožilovým zneužívaním Subutexu® v minulosti, prešla farmaceutická distribúcia k nahradeniu preparátu Suboxonom®, u ktorého je výrazne menšie riziko vnútrožilovej aplikácie.

### 5.2 Systémy liečby

V roku 2008 nenastala zmena v organizácii systému liečby. Liečba pacientov, ktorí majú problémy s psychoaktívnymi látkami zostala v kompetencii psychiatrov a psychiatrickej špecializovanej starostlivosti. Malé pokrytie krajiny metadónovou udržiavacou liečbou v prípade závislosti od opioidov len v Bratislave a v Banskej Bystrici doplnila široká distribúcia Suboxonu® do špecializovaných ambulancií psychiatrov podľa epidemiologickej situácie.

Certifikát kvality ISO 9001 začali okrem centier pre liečbu drogových závislostí zavádzať aj resocializačné zariadenia. Len dve štúdie regionálneho charakteru: „*Osudy pacientov so závislosťou od drog vstupujúcich do liečby v CPLDZ Bratislava*“ a „*Sledovanie retencie a caseloadu v metadónovej udržiavacej liečbe v CPLDZ Bratislava*“ sú asociované s výsledkami efektivity liečby. Dostupnosť liečby je pri systéme viacerých zdravotných i súkromných poisťovní závislá od zmluvnej dohody medzi riaditeľom špecializovaného zdravotníckeho zariadenia a zástupcami konkrétnej zdravotnej poisťovne.

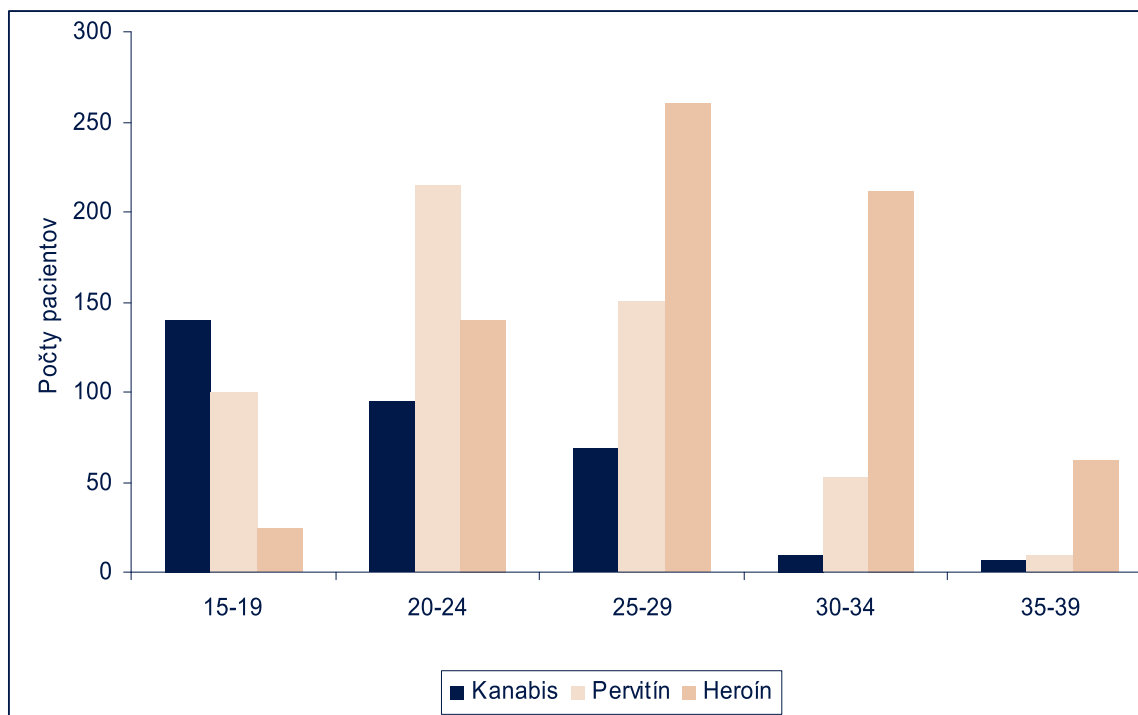
Analýza TDI z roku 2008 poukazuje, napriek evidovanému nárastu počtu liečených, na fakt, že sa zvýraznila prevaha trendu dominancie požiadavky po liečbe zo strany pacientov so závislosťou od metamfetamínov a od kanabinoidov. Dopyt po liečbe kvôli závislosti od opiátov sa výrazne nezvyšoval.

### 5.3 Trendy u klientov v liečbe

V roku 2008 sa zvýšil počet pacientov registrovaných v liečbe, a to ako celkovo, tak aj proporčne liečených v zdravotníckych zariadeniach v pôsobnosti sektoru ministerstva zdravotníctva, i vo väzniciach v sektore ministerstva spravodlivosti. Informatívnejšie sú pri hodnotení údaje z rezortu zdravotníctva z nasledovných dôvodov: (1) Kvantitatívne tvoria tri štvrtiny celého súboru liečených; (2) umožňujú sledovať časovú radu trendu dopytu po liečbe od začiatku zavedenia zisťovania TDI, kým časová rada údajov z väznstva je kratšia; a (3) zásadný rozdiel je v preselekcii pacientov hlásených z väznstva na rozdiel od dopytu po liečbe v zdravotníckych zariadeniach u pacientov na slobode. Preto za zásadné z hľadiska projekcie do všeobecnej populácie považujeme pre TDI analýzu údajov z liečby v rezorte zdravotníctva.

Nastal posun v prevahe mužov nad ženami v dopyte po liečbe z pomeru 3/1 v roku 2007 na 4/1 v roku 2008. Jedná sa o odchýlku, ktorú sme v oscilácii pomeru pohlaví v liečbe zaznamenali aj v minulosti. Ale postupne sa zvyšujúci vek pacientov vstupujúcich do liečby nehodnotíme ako osciláciu, ale ako epidemiologicky zrozumiteľný nárast prevalence pacientov s chronickým priebehom závislosti, hlavne ako dôsledok epidémie užívania ilegálnych psychoaktívnych látok, ktorá začala a mala vrchol na Slovensku v 90-tych rokoch minulého storočia a v súčasnosti táto vlna doznieva. Je charakteristické, že kým ambulantne liečení pacienti v roku 2008 boli mladší, mali v priemere 24 rokov, tak pacienti liečení v nemocniciach boli starší, najmä ženy, ktoré mali v priemere 30 rokov. Podľa primárnej drogy boli v priemere najmladší pacienti liečení kvôli závislosti od kanabisu, na druhom mieste s vrcholom v rozpätí 19 – 24 rokov boli liečení kvôli diagnóze závislosti od stimulancií – metamfetamínov a najstaršiu vekovú skupinu v priemere tvorili pacienti so závislosťou od opioidov najfrekvencovanejšie boli vo veku 25 – 29 rokov (Obr. 5.2.1).

Obr. 5.3: Porovnanie veku liečených pacientov podľa odlišnej primárnej drogy.



Zdroj údajov: CPLDZ Bratislava, 2009.

Po rokoch trendu poklesu žiadostí o liečbu v zariadeniach v pôsobnosti MZ SR v roku 2008 nastal obrat a zvýšil sa dopyt po liečbe, kvôli závislostiam od ilegálnych drog. Nešlo síce o dramatický nárast, ale počty liečených boli vyššie ako v dvoch predchádzajúcich rokoch. V porovnaní s rokom 2007 zostalo zachované poradie najčastejších skupín pacientov žiadajúcich o liečbu zoradených podľa diagnóz v závislosti od primárnej drogy:

- (1.) Kvôli závislosti od opioidov sa liečilo 36 % (z toho heroín 87 %);
- (2.) kvôli závislosti od stimulancií 27 % (kokain + ATS; z toho pervitín 95 %);
- (3.) kvôli závislosti od kanabinoidov 17 %. 5 %-tný vzostup dopytu po liečbe bol zaznamenaný oproti predošlému roku ako u pacientov so závislosťou od opioidov, tak aj so závislosťou od stimulancií a v prípade liečby závislosti od kanabinoidov to bolo až vyše 7 % nárast počtu liečených. Aj keď absolútny počet pacientov, u ktorých primárna diagnóza bola závislosť od opioidov sa zvýšil, napriek tomu naďalej pokračoval relatívny pokles ich podielu na celkovom dopyte po liečbe. V prípade diagnózy závislosti od stimulancií 97 % tvorili pacienti so závislosťou od metamfetamínov, ostatní prišli kvôli závislosti od kokainu.

Vyššie uvedená priorita žiadateľov o liečbu pre problémy s opiátmi sa však týka len celkového počtu liečených. Ak ale analyzujeme ich zastúpenie medzi po prvý raz liečenými v roku 2008, tak na prvom mieste podľa počtu sú, či už v ambulantnej, alebo v ústavnej liečbe zastúpení pacienti so závislosťou od metamfetamínov. Vyšší podiel pacientov so závislosťou od opiátov na celkovom dopyte po liečbe v roku 2008 je najpravdepodobnejšie vysvetliteľný väčším podielom chronických pacientov vzhľadom na dávnejší začiatok epidémie heroínu na Slovensku v porovnaní s nástupom epidémie užívania pervitínu a ich participáciou v dlhodobých programoch substitučnej liečby, ktorá u závislosti od metamfetamínov neexistuje.

Pre široko rozšírené užívanie metamfetamínov nasvedčuje aj fakt, že práve stimulanciá (pervitín) boli najčastejšie sa vyskytujúcou sekundárnou psychoaktívnou látkou, ktorú užívali pacienti so závislosťou od ostatných ilegálnych látok. Až potom bol kanabis a alkohol podľa frekvencie užívania ako sekundárnej látky. Približne 10 % tvorili liečení, kde buď nebola v hlásení uvedená primárna droga, respektíve sa nedala určiť. Najčastejšie sa jednalo o diagnózu kombinovaného užívania viacerých drog so závislosťou, kódovanej v zmysle diagnostickej kategórie F19,2 podľa kritérií Medzinárodnej klasifikácie chorôb Svetovej zdravotníckej organizácie (MKCH-10, SZO).

Len v prípade liečených pre závislosť od opioidov výrazne prevažovali pacienti liečení ambulantnou formou nad liečenými ústavnou formou v nemocničných zariadeniach. V prípade závislostí od stimulancií a od kanabinoidov bol pomer medzi ambulantne a ústavne liečenými vcelku vyrovnaný, hoci pri prvoliečbach u nich prevažovali ambulantne liečení a pri opakovaných liečbach naopak.

Okrem chemickej skupiny psychoaktívnej látky a mechanizmu pôsobenia na organizmus je jedným z aspektov zvyšujúcich pravdepodobnosť rizika poškodenia zdravia aj miera expozície tej-ktorej psychoaktívnej látky. Jednou z možností posúdenia tohto aspektu je frekvencia aplikácie. Vyššia frekvencia aplikácie psychoaktívnej látky zvyšuje najmä v prípadoch skupín látok užívaných aj vnútrožilovou cestou riziko získania a šírenia krvou prenosných infekcií. Denné užívanie pred vstupom do liečby bolo zistené u 68 % zo všetkých liečených. Najvyšší podiel každodenného užívania bol v skupine liečených so závislosťou od sedatív a hypnotík – 80 %, ktoré ale boli aplikované injekčne len málo a aj ich celkový podiel na počte liečených nebol veľký. Najvyšší podiel denných užívateľov spomedzi troch najväčších skupín liečených podľa typu primárnej drogy bol u pacientov so závislosťou od opioidov (hlavne heroín) – 75 %; potom u liečených so závislosťou od stimulancií (hlavne pervitín) – 31 % a denne užívalo kanabinoidy (hlavne marihuanu) – 26 % liečených so závislosťou v roku 2008.

Iná, hoci z hľadiska kontinuity a možností starostlivosti konzistentná, bola skladba klientov zaznamenaná v roku 2008 v resocializačných zariadeniach. Tam dominovali klienti so závislosťou od metamfetamínov.

V roku 2008 sa postupne vyrovnával počet po prvý raz liečených s počtom opakovane liečených po v minulosti výraznej prevahe opakovaných liečení. Opakované liečby v roku 2008 výrazne prevažovali len u pacientov so závislosťou od opioidov, kým u pacientov s diagnózami závislosťami od stimulancií a od kanabinoidov, ktoré v boli 2. a 3. najčastejšou diagnózou, mali prevahu pacienti, ktorí sa prišli liečiť po prvý raz v živote. Tieto údaje spolu s vyššie uvedenou vekovou štruktúrou podľa diagnóz indikujú pretrvávajúci pokles popularity opiátov, hlavne heroínu, medzi mladými ľuďmi, namiesto toho je to kanabis a metamfetamíny („pervitín“), ktoré sú mládežou najčastejšie užívanými ilegálnymi psychoaktívnymi látkami v Slovenskej republike.

Zo 41 % v roku 2007 na 40 % pokračoval v roku 2008 relatívny trend poklesu podielu aktuálnych vnútrožilových užívateľov drog, ktorí žiadali o liečbu. Avšak pri vyššie uvedenom náraste absolútnych počtov žiadateľov o liečbu kvôli závislosti od opioidov a stimulancií predpokladáme približne rovnakú veľkosť skupiny aktuálnych vnútrožilových užívateľov drog na Slovensku. Význam trendu je v prvom rade kvôli riziku a výskytu krvou prenosných infekcií u užívateľov drog. Ako je uvedené podrobnejšie ďalej, i v roku 2008 bola hlavne medzi vnútrožilovými užívateľmi drog najviac rozšírená infekcia vírusom hepatitídy typu C.

## 5 Liečba problémov súvisiacich s užívaním drog, dopyt po liečbe a jej dostupnosť

Zo sociodemografických charakteristík stojí za zmienku fakt, že iba okolo 5 % pacientov nemalo stabilné ubytovanie. Možnosť stabilného ubytovania vytvára totiž lepší predpoklad prognózy abstinencie po absolvovaní liečby. Pri vstupe do liečby len menšina pacientov mala pravidelnú prácu alebo navštevovala školu.

Zo zdravotného hľadiska, vo vzťahu liečených užívateľov psychoaktívnych látok k duševnému zdraviu, chýba na základe zhromaždených kvantitatívnych údajov informácia o počte kombinovaných diagnóz, najmä pokiaľ ide o závažné duševné poruchy akými sú toxické psychózy. Klinická impresia poukazuje na nárast toxických psychotických porúch, najmä u užívateľov metamfetamínov. Išlo poväčšine o rôznorodé klinické obrazy s častým výskytom porúch vnímania halucinatórneho charakteru a porúch myslenia, najčastejšie vo forme paranoidne–perzekučných bludných obsahov, ktoré po odznení účinku drogy sa väčšinou spontánne upravili. V poslednom roku však neboli zriedkavé ani prípady, kde pokračujúcu psychotickú poruchu v abstinencii bolo potrebné liečiť dlhodobou neuroleptickou farmakoterapiou. Afektívne poruchy, prevažne depresívneho charakteru sa v trende ich výskytu u liečených pacientov v zdravotníckych zariadeniach významne neodlišovali od zistení ich prevalencie v minulosti. Zvyčajne sa jednalo u rýchly ústup príznakov depresie v priebehu prvých dní abstinencie a len u menšiny z nich bolo potrebné podávať dlhodobu antidepresívu kvôli depresívnej afektívnej poruche. Tak ako to preukázali v minulosti viaceré štúdie u liečených zo závislosti od opiátov a od alkoholu (Okruhlica et al. 2002 a, b).

Limitované personálne a finančné zdroje pokladáme za podstatné z hľadiska možností systémového rozšírenia siete a zvýšenia dostupnosti, kvality špecializovaných služieb pre užívateľov ilegálnych psychoaktívnych látok v Slovenskej republike. V blízkom časovom horizonte nevidíme perspektívu zlepšenia. Naopak očakávame, že finančná a ekonomická svetová kríza, ktorá zasiahla v polovici roku 2008 aj Slovensko a ešte nemala v roku 2008 výraznejší negatívny vplyv na liečbu, sa plne svojimi dopadmi prejaví aj v oblasti epidemiológie, prieskumov a celého systému a možností liečby ľudí so závislosťou od drog v nasledujúcich rokoch.



## 6 Zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

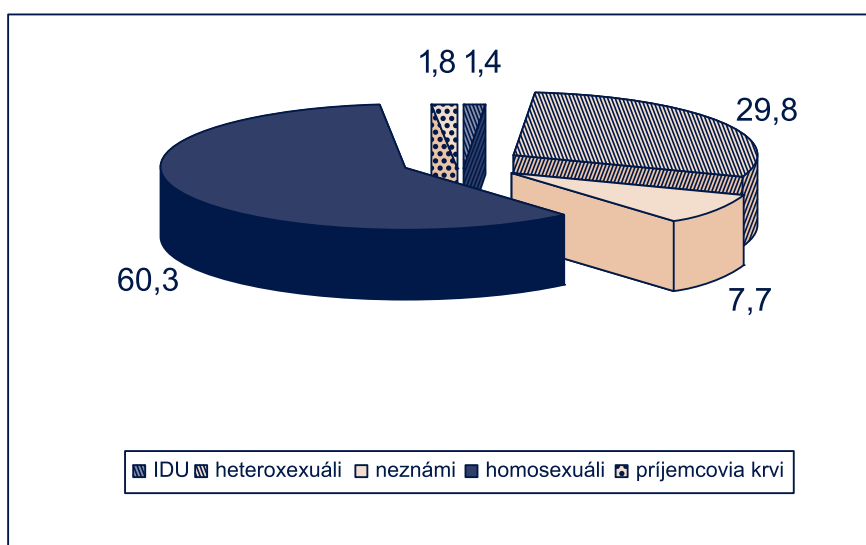
**6.1** Okrem samotnej závislosti od ilegálnych psychoaktívnych látok – drog, ktorá je ťažkou duševnou chorobou – ochorením mozgu, má ich užívanie ďalšie negatívne zdravotné dôsledky až po náhle fatálne intoxikácie. Údaje o ostatných poškodeniach zdravia v súvislosti s užívaním drog, mimo závislosť samotnú, nezisťujeme v Slovenskej republike tak systematicky ako dopyt po liečbe (TDI). Ten je zaradený medzi štátne úlohy štatistického zisťovania a je povinnosťou všetkých kontaktných poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti hlásiť základné premenné do Národného centra zdravotníckych informácií, ktoré ich ďalej spracováva a v požadovanej agregovanej podobe tiež poskytuje pre účely európske Národnému uzlovému bodu (NFP), a prostredníctvom neho do Európskeho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA). Z uvedených dôvodov nie je zber ostatných zdravotných dôsledkov užívania drog v SR taký systematický a celoplošný, ale podľa povahy zdravotného poškodenia čerpá z viacerých zdrojov, často z nesystematických prieskumov, alebo len sice z pravidelných, no iba sentinelových sledovaní s ohrozenou možnosťou celonárodnej generalizácie zistení. Medzi najdôležitejšie zdroje informácií patrí Národné centrum pre HIV/AIDS, Úrad verejného zdravotníctva, Centrum pre liečbu drogových závislostí v Bratislave. Z uvedených dôvodov sa vo viacerých oblastiach jedná o neúplne informácie, ktoré je aj potrebné v takomto zmysle interpretovať.

## 6.2 Infekčné ochorenia súvisiace s užívaním drog

### 6.2.1 HIV/AIDS

V roku 2008 zaregistrovalo Národné centrum pre HIV/AIDS v Slovenskej republike 3 nové prípady HIV pozitívnych vzoriek z radov užívateľov drog. Boli to 2 % pozitívnych vzoriek zo 154 analyzovaných od užívateľov drog v roku 2008. Všetko boli muži. Incidencia, ani prevalencia sa podľa tohto výsledku nelíšila výrazne od zistení z roku 2007. Neuspokojivá je ale početnosť realizovaných vyšetrení na zisťovanie možnosti prítomnosti vírusu HIV, jednalo sa len o 154 vyšetrení, čo je výrazný pokles aj napríklad v porovnaní s rokom 2003, kedy bolo vyšetrených na prítomnosť protilátok HIV 970 vzoriek od užívateľov drog. K 31. 12. 2008 za celé obdobie od začiatku testovania protilátok na HIV/AIDS bolo pozitívne testovaných 7 vnútrožilových užívateľov drog, čo je 1,4 % zo všetkých infikovaných v Slovenskej republike (obr. 6.2.1). Uvedenú nízku incidencia a prevalenciu HIV medzi užívateľmi drog na Slovensku treba vidieť v kontexte jedných z najnižších zistení prevalencií tejto infekcie spomedzi ostatných krajín v Európe. Zistenie tohto relatívne veľmi dobrého stavu je oslabené a zneistené nízkou mierou testovanosti na protilátky HIV v populácii Slovákov. Na druhej strane včasné zavedenie programov harm-reduction, ako je výmena použitých ihliel a striekačiek za sterilné, včasné zavedenie udržiavacej metadónovej liečby v centre epidémie vnútrožilového užívania opiátov v hlavnom meste Bratislave sú fakty nasvedčujúce na možnosť, že zistenia miery positivity na HIV protilátky sa môžu blížiť reálnemu rozšíreniu infekcie v tejto subpopulácii.

Obr. 6.2.1: Rozloženie HIV pozitívnych prípadov podľa cesty prenosu k 30. 9. 2008 – iba občania SR.



Zdroj údajov: Národné referenčné centrum HIV/AIDS, 2009.

### 6.2.2 Infekčné hepatitídy

Za najucelenejšie považujeme informácie získavané rovnakou metodikou už viac ako 10 rokov zo sentinelového sledovania výskytu hepatitíd medzi užívateľmi drog v Centre pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ) v Bratislave (obr. 6.2.2, s. 75).

V tomto sentinelovom sledovaní tvorili po prvý raz v živote prijatí pacienti do CPLDZ veľkú časť liečených v bratislavskom regióne. Z celkového počtu prvých kontaktov s týmto zariadením kvôli závislosti od drog tvorili vnútrožiloví užívatelia 52 %. Z nich bolo 50 % pozitívnych alebo reaktívnych na protilátky proti vírusu hepatitídy typu C; 28 % bolo pozitívnych na cor antigen vírusu hepatitídy B (anti-HBc) a 1 % – 1 pacient mal zistené protilátky proti vírusu HIV.

Podľa typu drogy a závislosti v najpočetnejšej skupine nových pacientov, ktorú tvorili pacienti so závislosťou od metamfetamínov to bolo 27 % i. v. užívateľov, pri po prvý raz liečených pacientoch v Bratislave v roku 2008 kvôli závislosti od opiátov (heroínu) bolo 72 % vnútrožilových užívateľov a pri tretej najčastejšej skupine pacientov s kombinovanou závislosťou od viacerých psychoaktívnych látok bolo 36 % i. v. užívateľov. Podľa typu závislosti mali najvyšší výskyt protilátok proti hepatitíde C vnútrožiloví užívatelia opiátov – 57 % a vnútrožiloví užívatelia so závislosťou od metamfetamínov boli anti-HCV pozitívni v 33 %-tách.

Napriek spoločným možnostiam aplikácie drogy u heroínu i pervitínu v prípade pacientov prichádzajúcich sa liečiť zo závislosti od nich je rozdiel v prevalencii krvou prenosných infekcií. Ich vyšší výskyt, najmä pokiaľ ide o hepatitídu typu C sme zaznamenali u prvoliečených kvôli závislosti od opiátov (heroínu). Najplauzibilnejšou hypotézou vysvetľujúcou tento rozdiel je rozdielna expozícia rizikovej vnútrožilovej aplikácii drogy medzi pacientmi týchto dvoch skupín, ktorí po prvý raz žiadali o liečbu zo závislosti v roku 2008 v Bratislave. Pacienti so závislosťou od opiátov boli starší, dlhšie užívali drogy, vo vyššom percente aplikovali drogu intravenózne ako pacienti so závislosťou od metamfetamínov (pervitínu), ktorí okrem toho, že sú v priemere mladší, v menšej miere, iba v 1/3 boli i. v. užívatelia a navyše frekvencia vnútrožilovej aplikácie bola v priemere vyššia u pacientov so závislosťou od opiátov, ako u pacientov so závislosťou od metamfetamínov. Boli viacej exponovaní rizikovému faktoru vnútrožilového užívania drog. Toto viedlo po nástupe epidémie užívania pervitínu v Bratislave aj v CPLDZ k zavedeniu harm-reduction modalít v metadónovom udržiavacom programe, kde sa dostáva veľa pacientov, ktorí popri heroíne používali pervitín a s jeho užívaním na rozdiel od heroínu nedokázali prestať.

Údaje z notifikácie<sup>99</sup> sú menej informatívne, nakoľko sa jedná o inú metodiku zberu a je ich možné len v obmedzenej miere interpretovať v súlade s vyššie uvedenými zisteniami sentinelovej štúdie. Nebol zistený vzostup, naopak v roku 2008 bol mierny pokles nových notifikovaných prípadov potvrdenej HCV-RNA pozitivity zo 115 na 107 prípadov, z čoho bolo 42 % u vnútrožilových užívateľov drog (IVDUs). Tiež 78 %-ný podiel notifikovaných mužov s HCV-RNA medzi vnútrožilovými užívateľmi je konzistentný s podielom anti-HCV pozitívnych mužov, ktorí vstupovali po prvý raz do liečby pre závislosti od drog.

Určitý obraz o prevalencii genotypov u bývalých vnútrožilových užívateľov drog na Slovensku poskytujú výsledky deskriptívnej štúdie z cielenej štúdie zameranej na klientov resocializačných zariadení (Gazdíkova, et al. 2009). Od roku 2003 do konca roku 2008 bol v týchto zariadeniach vykonávaný periodický prieskum výskytu infekcie HCV medzi ich klientmi. V súbore prevažovali muži (82 %) s priemerným vekom 25 rokov v rozpätí od 15 do 40 rokov. Počet testovaných v jednotlivých rokoch varíroval od 2 v roku 2003 po 82 v rokoch 2005 a 2006. V roku 2008 to bolo 27 klientov. Pokles je pravdepodobne vysvetliteľný jednak zvýšenou pretestovanosťou ostatných klientov v predošlých rokoch a jednak nárastom prevalence klientov so závislosťou od metamfetamínov v resocializačných zariadeniach, u ktorých veľká časť neužívala drogy vnútrožilovou cestou. Pritom ale v roku 2008 v tejto longitudinálnej observačnej štúdii bol z testovaných vnútrožilových užívateľov drog v resocializačných strediskách zaznamenaný najvyšší relatívny podiel anti-HCV pozitívnych (59 %) a tiež najvyšší podiel HCV-RNA pozitívnych (44 %) klientov spomedzi testovaných užívateľov. Za celé 6-ročné obdobie bolo z testovaných klientov v resocializácii pozitívnych na anti-HCV protilátky 123 (36 %) súboru a HCV RNA pozitívnych bolo 96 (28 %). Vyskytovali sa u nich len dva genotypy vírusu HCV: genotyp 1 (34 %) a genotyp 3 (65 %) u HCV RNA+. Teda prevažoval na terapiu lepšie odpovedajúci genotyp. V priebehu rokov nebola zaznamenaná významná zmena v presunoch medzi týmito dvoma genotypmi v súbore. Čo je epidemiologicky tiež zaujímavé je skutočnosť, že len u dvoch (0,6 %) klientov súboru bola zistená pozitívita HBsAg – na hepatitídu typu B a iba jeden (0,3 %) bol pozitívny na protilátky proti treponemum pallidum (syfilis) a nik z nich nebol anti-HIV pozitívny.

<sup>99</sup> Sleduje Regionálny úrad verejného zdravotníctva v Banskej Bystrici.

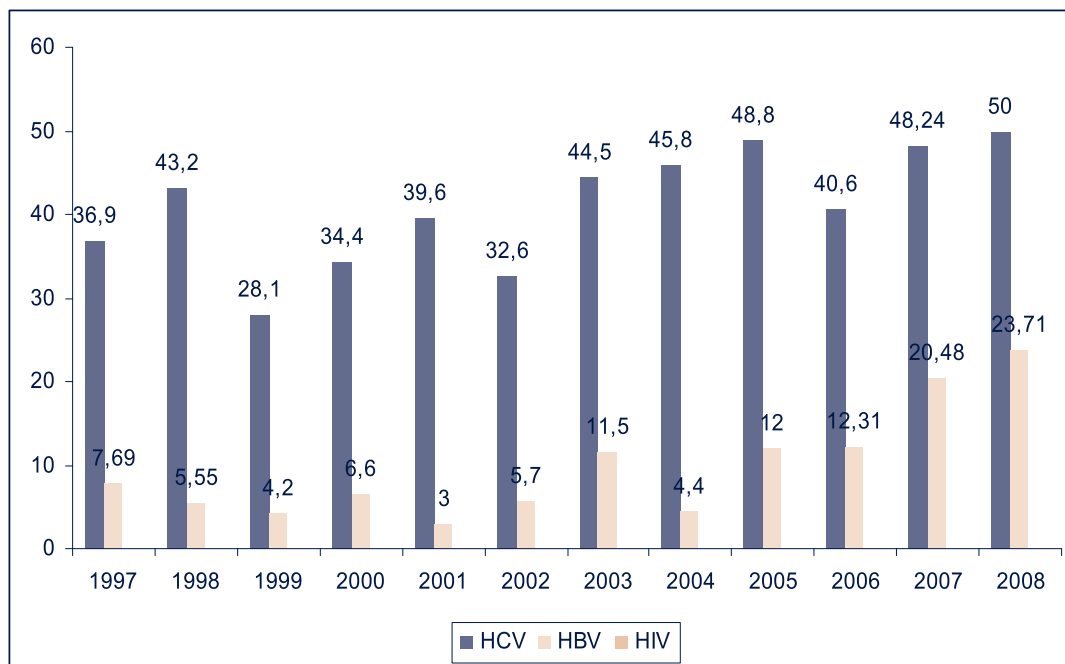


Zo 72 notifikovaných HBc pozitívnych 32 % tvorili IDUs, čo pri stabilných absolútnych počtoch notifikovaných prípadov bol výrazný vzostup v porovnaní s minulosťou (23 % v roku 2007). Pre metodiku zberu a relatívne malé čísla, ak berieme do úvahy, že na rozdiel od sentinelovej štúdie sú tu údaje z celonárodného zberu, nie sú natoľko výpovedné. Ilustruje to aj prevaha žien pri HBc pozitivite v notifikáciách, ktorá je hypoteticky ovplyvnená zvýšeným testovaním a notifikáciou gravidných mladých žien. Nemožno ale ani vylúčiť a špecifikovať inú formu prenosu, najmä nechráneným pohlavným stykom u užívateľiek drog v dôsledku častého vykonávania sex-biznisu na zaobstaranie prostriedkov na drogy, keďže sexuálna cesta prenosu u hepatitídy typu B je oveľa častejšia v porovnaní s hepatitídou typu C. Na to však nemajú notifikácie dostatok behaviorálnych údajov o prípadoch, aby bolo možné príčiny týchto diferencií vo výskyte hepatitíd u IDUs spoľahlivo identifikovať.

Tretím zdrojom údajov o výskyte krvou prenášaných infekcií u vnútrožilových užívateľov drog boli výstupy štúdie z národného centra pre infekčné hepatitídy v Bratislave. Zisťovanie však prinieslo relatívne malé počty probantov, čo v kombinácii s preselektovanými subpopuláciami vo väzniciach a v resocializačných zariadeniach je možné v súlade s vyššie uvedenými zisteniami využiť na potvrdenie konzistencie pokiaľ ide o fakty, že najrozšírenejšou krvou prenosnou infekciou medzi vnútrožilovými užívateľmi drog je hepatitída typu C, potom je to hepatitída typu B a prakticky neepidemický, pod 1 % je výskyt infekcie HIV.

Okrem tu zisteného nárastu infikovaných vnútrožilových užívateľov vírusom hepatitídy typu C medzi pacientmi žiadajúcimi po prvý raz o liečbu v CPLDZ, prípadne v notifikáciách, oveľa vyšší výskyt je medzi opakovane liečenými pacientmi najmä kvôli závislosti od opiátov v metadónovej udržiavacej liečbe. Je ich väčšina. Výrazné zlepšenie nastalo v prístupoch zdravotných poisťovní, ktoré v roku 2008 plne hradili interferónovú liečbu hepatitídy typu C pre abstínujúcich pacientov od ilegálnych drog, ktorí boli v metadónovej udržiavacej liečbe. Bola to pozitívna zmena z ich strany v porovnaní s minulosťou, kedy odmietali u pacientov v substitučnej liečbe preplácať liečbu HCV. Liečba prestala byť kontraindikáciou interferónovej liečby.

Obr. 6.2.2: Výskyt infekcií HIV, HCV a HBV u IDUs po prvý raz žiadajúcich liečbu v CPLDZ Bratislava v rokoch 1997 – 2008.



Zdroj: CPLDZ Bratislava, 2008.

### 6.2.3 Ďalšie infekčné ochorenia

Rozšírenie tuberkulózy sme medzi užívateľmi drog nezaznamenali, čo pripisujeme aj ich relatívne dobrému fyzickému stavu pri veľmi malom výskyte HIV/AIDS. V klinickej praxi v hlavnom meste vidíme pokles zápalových abscesov kože u užívateľov drog v porovnaní s desaťročím naspäť sú dnes zriedkavosťou a s nekrotizujúcimi zápalmi sa dnes prakticky nestretávame. Boli síce zistené jednotlivé prípady endokarditíd u vnútrožilových užívateľov drog, pravdepodobne z dôvodu zanesenia infekcie kontaminovanou vnútrožilovou aplikáciou drog, ale nákladný skrining v tomto smere, ktorý by umožnil epidemiologickú kvantifikáciu nebol vykonávaný ani na lokálnej úrovni. Je známe, že väčšina endokarditíd u užívateľov drog prebieha asymptomaticky, respektíve so subklinickými ťažkosťami a máva chronický priebeh.

## 6 Zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

### 6.3 Úmrtia súvisiace s užívaním drog

Podľa Štatistického úradu SR v roku 2008 zomrelo na Slovensku 53 164 ľudí. Vykonaných bolo 8 938 pitiev. Pitvanosť tak v roku 2008 dosiahla na Slovensku 16,8 %.

V roku 2008 bolo zo súdnolekárskych pracovísk Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nahlásených v Slovenskej republike 46 prípadov úmrtí spôsobených priamym účinkom psychoaktívnej látky. V 21 prípadoch išlo o predávkovanie bežne dostupnými liečivami.

Zaevidovaných bolo 25 smrteľných intoxikácií v súvislosti s užitím drog (Tab. 6.3.1). Z toho bolo 20 mužov s priemerným vekom 32,3 roka a 5 žien s priemerným vekom v čase úmrtia 36,8 roka. V prípade 20-tich úmrtí boli prítomné opiáty a 5 zvyšných súviselo s prítomnosťou iných drog.

Tab. 6.3: Úmrtia spôsobené predávkovaním psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2008 podľa skupín psychoaktívnych látok, vekových skupín a pohlavia.

Psychoakt. látka \ Vek	do 14	15 – 19	20 – 24	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 – 59	60 – 64	nad 65	Spolu (M/Ž)
<b>Len opioidy (bez metadonu)</b>	–	1/–	–	–	3/–	–	1/–	–	– /1	–	–	–	6 (5/1)
<b>Len metadon</b>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Polysubstancie vrátane opioidov</b>	–	–	– /1	3/–	3/1	3/–	–	– /1	2/–	–	–	–	14 (11/3)
<b>Polysubstancie bez opioidov</b>	–	–	1/–	–	1/1	1/–	1/–	–	–	–	–	–	5 (4/1)
Psychoaktívne liečivá	–	–	–	–	1/–	– /2	1/–	4/2	3/–	5/2	–	1/–	21 (15/6)
Nešpecifikované látky	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Spolu (M/Ž)</b>	–	1/–	1/1	3/–	8/2	4/2	3/–	4/3	5/1	5/2	–	1/–	46 (35/11)

Zdroj: ÚDZS, 2009 (spracoval Šidlo, J.).

Pokiaľ ide o úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnou látkou, týchto bolo v roku 2008 registrovaných 50. Liečivá boli zistené v 18 (36 %) prípadoch z toho 14 (77 %) tvorili benzodiazepíny. Opioidy asistovali u 10 (20 %) úmrtí, stimulancia amfetamínového typu u 11 (22 %), kokaín u 2 (4 %) prípadov, kanabinoidy u 5 (10 %).

Najčastejšou príčinou smrti v tejto skupine boli nehody (40 %), potom samovraždy (36 %) a chorobné príčiny (16 %). V 11 prípadoch išlo o dopravné nehody.

### 6.4 Zhrnutie

Najzávažnejšími negatívnymi telesnými dôsledkami vnútrožilovej aplikácie drog sú krvou prenášané infekcie. Podľa zistení v roku 2008 pokračoval nárast podielu infekcie vírusom hepatitídy C u IDUs, ktorý má už viac rokov v tejto subpopulácii charakter epidémie. Podľa sentinelového zisťovania v Bratislave, ale aj z notifikácie celonárodného charakteru síce na nižšej úrovni ako pri HCV, je aj šírenie infekcie hepatitídy typu B, ktoré už medzi vnútrožilovými užívateľmi drog dosiahlo charakter epidémie. Na rozdiel od toho aj v roku 2008 stále pretrvávala v SR veľmi nízka, neepidemická prevalencia infekcie HIV medzi IDUs. Iné závažné telesné dôsledky užívania drog sa buď neprejavili alebo neboli systematicky zisťované. Počet smrteľných intoxikácií drogami zostal na stabilne nízkej úrovni. Celoplošne neboli selektívne registrované príčiny úmrtí u užívateľov drog.

## 7 Opatrenia zamerané na zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

Opatrenia zamerané na zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog chápeme v celom rozsahu ochrany zdravia ako jednotlivca, tak aj verejnosti („public health“). Zahŕňame sem ako prístupy na prevenciu, respektíve znižovanie poškodenia negatívnych telesných dôsledkov užívania drog, tak aj prístupy zabraňujúce vzniku mentálnych poškodení.

Osobitnou kategóriou je diagnostická kategória závislosti od psychoaktívnych látok, ktorá je kľúčovou z hľadiska celej problematiky a opatrenia na jej zamedzenie sa prelínajú prakticky celou správou. Napriek tomu ako pojem problémového užívania drog, tak aj opatrenia zamerané na zdravotné dôsledky užívania drog sú pojmy širšie a premietajú sa aj tam, kde sa nejedná o závislosť od psychoaktívnych látok.

### 7.1 Prevencia urgentných prípadov ohrozenia zdravia a s drogami súvisiacich úmrtí

Prístupy zdravotnej osvetu všeobecne, v primárnej prevencii, selektívne medzi užívateľmi drog a vo väzniciach sú zamerané v širšom zmysle na predchádzanie akútnych stavov intoxikácie po požití drog s rizikom ťažkého poškodenia až smrti.

V rámci programov primárnej prevencie je súčasťou zdôrazňovanie rizika náhleho poškodenia zdravia v prípade užitia neznámej látky – drogy v pôsobení na „naivný“ organizmus, bez vytvorenej tolerancie.

V skupinách užívateľov drog v nízkoprahových programoch v teréne sa zdôrazňuje interindividuálne a intraindividuálne široké rozpätie tolerancie na tú istú látku, ktoré nesmie užívateľ podceňovať, ak sa chce vyhnúť riziku poškodenia zdravia. V tejto súvislosti sa v prípade užívateľov upozorňuje na opatrné dávkovanie drog v menšom množstve. Informovaní sú o potrebe aktívnej pomoci pri bezvedomí, potrebe mať pri sebe telefónne číslo urgentnej zdravotnej pomoci a mobilný telefón. Vybranou cieľovou skupinou sú pri tomto orientovaní prevencie ľudia, ktorí už od drog boli, respektíve sú závislí, ale aktívne ich neužívajú – tí, ktorí už dlhšiu dobu od drog abstinovali. Ide predovšetkým o väzňov pred výstupom z výkonu trestu odňatia slobody a o dlhodobu abstínujúcich pacientov v rámci liečby. Dáva sa v prvotnej informácii akcent na riziko smrteľnej intoxikácie drogami v prípade relapsu, v dôsledku výrazného poklesu tolerancie počas abstinencie.

V rámci celonárodného informačného pokrytia boli formou masmédií informovaní užívatelia heroínu o zvýšenom riziku uvedenia do predaja vysoko koncentrovaného heroínu v dôsledku nadprodukcie v Afganistane s rizikom možného predávkovania na základe systému varovania z UN ODC. Všetky tieto odporúčania a informácie cielené na užívateľov drog sú vždy prepojené na informácie o možnostiach liečby a na ich motivovanie k zmene životného štýlu.

Zvláštna pozornosť bola venovaná príprave nových zákonných a realizačných opatrení na zisťovanie drog u vodičov pri testovaní v cestnej premávke. Ministerstvo vnútra v spolupráci s ministerstvom zdravotníctva pripravili alternatívy na implementáciu testovania drog v dopravnej praxi v roku 2009. Aj tu bolo hlavným cieľom zníženie závažných dopravných nehôd spôsobených vodičmi pod vplyvom drog.

Ako ukazujú výstupy indikátora s drogami súvisiacich úmrtí, intoxikácia drogami ako hlavná príčina zisteného úmrtia u ich užívateľov zostala na rovnako nízkej úrovni ako v predchádzajúcich rokoch. Významnú úlohu v prevencii smrťou končiacich intoxikácií nie len drogami, ale všetkých urgentných stavov ohrozenia života zohrával v roku 2008 už druhý rok fungujúci nový celonárodný záchranný systém rýchlej zdravotnej pomoci s bodmi pokrývajúcimi geograficky celé územie Slovenska tak, že je postihnutému možné do 12 minút od nahlásenia zabezpečiť kvalifikovanú zdravotnícku pomoc.

Zmena charakteristiky užívateľa drog a preferencií užívaných látok viedla tiež k tomu, že nestúpal počet priamych úmrtí v dôsledku ich užitia. V kapitole 5 indikátor TDI dopytu po liečbe jasne ilustruje dominanciu prvých žiadateľov o liečbu so závislosťou od metamfetamínov a spolu s ostatnými neopiátovými drogami tvorili už väčšinu všetkých liečení pri prakticky stabilnom objeme dopytu po liečbe. Táto zmena v charakteristikách žiadateľov o liečbu s presunom od heroínu k metamfetamínom, ku kanabisu a kombinovanému užívaniu viacerých látok, viedla k nižšej frekvencii vnútrožilovej aplikácie drog, a tým aj nižšiemu riziku ťažkých intoxikácií a náhlych úmrtí. V prípade liečených pacientov so závislosťou je len málo mladých, nových užívateľov, teda jedná sa väčšinou o dlhoročných užívateľov s vytvorenou toleranciou na opiáty a so skúsenosťami z ich aplikáciou.

## 7 Opatrenia zamerané na zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

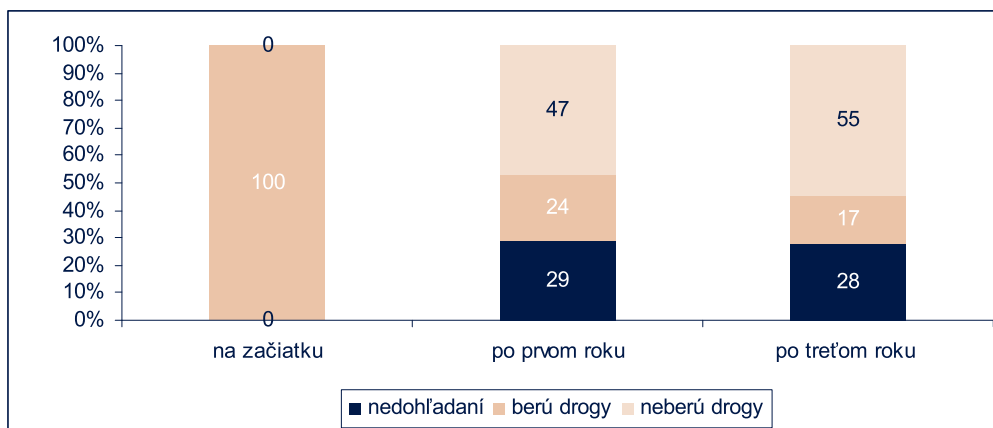
Vnútrožilové užívanie drog sa v istých regiónoch limitovalo aj zmenou distribúcie buprenorfinu ako lieku na substitúciu pri závislosti od opiátov, kde Subutex® nahradila firma Suboxonom®, s oveľa menším rizikom vnútrožilovej aplikácie. Subutex® sa prakticky v lekárňach prestal vyskytovať a lekári ho prestali predpisovať. Pokrytie a dostupnosť siete poskytovateľov liečby pre pacientov s problémami s drogami bola zabezpečovaná pre ľudí so závislosťou od opiátov, možnosťou predpisania buprenorfinu prakticky každým špecialistom – psychiatrom. Pretrvávalo však nedostatočné pokrytie a dostupnosť metadónovej udržiavacej liečby v pôsobnosti rezortu zdravotníctva, a úplne absentovala možnosť substitučnej udržiavacej liečby, či už novej, alebo pokračujúcej v prípade uväznenia užívateľov vo väzenských zariadeniach v jurisdikcii ministerstva spravodlivosti.

Ambulantná psychiatrická sieť pokrýva celé Slovensko. Tak ako ambulantná, tak aj ústavná starostlivosť pre pacientov so závislosťami od drog je bezplatná a pokrýva celú krajinu. Faktormi, ktoré v istých prípadoch limitujú dostupnosť starostlivosti sú nedostatočné zdroje personálne, pokiaľ ide o kapacitu adiktológov a psychiatrov a finančné, keď niektoré zdravotné poisťovne limitujú objem zdrojov najmä na ústavnú liečbu pre pacientov so závislosťou pre jednotlivých poskytovateľov, čím vznikajú v niektorých prípadoch i viacmesačné čakacie doby na vstup do liečby.

Zvláštnou otázkou pretrvávajúcou aj v roku 2008 bol problém umiestňovania detí a mladistvých so závislosťou od psychoaktívnych látok do špecializovaných liečebných programov. Problémy pretrvávali v oblasti kapacity špecializovaných lôžok, ale aj v následnej starostlivosti po ukončení liečby pri návrate do vysoko rizikového domáceho prostredia. Špecifikom tejto vekovej skupiny bol hlavne zvýšený výskyt inhalovania prchavých látok so závislosťou u detí zo slabým sociálno-ekonomickým zázemím, v rómskych osadách, prevažne na strednom a východnom Slovensku. Pri vysokej miere nezamestnanosti v týchto regiónoch sa ale jedná o oveľa širší problém, ktorý si vyžaduje komplexnejšie a zložitejšie riešenia ako sú relatívne jednoduchšie opatrenia, ktorými môže prispieť napríklad zdravotnícky systém.

Efektívnosť liečby, presnejšie povedané prognóza priebehu závislosti u pacientov žiadajúcich o liečbu kvôli problémom s drogami je prospektívne, periodicky, kohortovo monitorovaná v 3-ročných intervaloch u pacientov vstupujúcich do liečby v najväčšom špecializovanom Centre pre liečbu drogových závislostí v Bratislave. Výsledky zo sledovania kohorty pacientov, ktorí vstúpili do liečby v roku 2006 a boli monitorovaní do konca roku 2008 svedčia o vysokom podiele dlhodobu abstínujúcich, o prevahe abstínujúcich od drog po troch rokoch od vstupu do liečby sú, uvedené na obr. 7.1.

Obr.7.1: Osudy pacientov so závislosťou od drog po jednom a po troch rokoch.



Zdroj: CPLDZ Bratislava, 2009.

Sme názoru, že dostupnosť a efektívnosť liečby k tejto relatívne dobrej prognóze z hľadiska budúcej abstinencie, ako tomu je i podľa zahraničných štúdií, prispela významnou mierou i v našom sledovaní.

Pokiaľ ide o nezdravotnícke programy, sú zabezpečované predovšetkým neštátnymi, neziskovými organizáciami alebo občianskymi združeniami. Týka sa to ako nízkoprahových programov, terénnych služieb pre užívateľov drog, tak aj následnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb zameraných na sociálnu reintegráciu od drog abstínujúcich klientov. Kým nízkoprahové, kontaktné služby pre užívateľov drog sú predovšetkým orientované na výmenu sterilného injekčného materiálu za použitý, teda na vnútrožilových užívateľov drog, tak resocializačné zariadenia poskytujú pomoc širokej palete klientov i abstínujúcim alkoholikom, ak si to ich situácia vyžaduje. Kým programy terénnej práce so zameraním na užívateľov drog nepokrývajú dostatočne celú krajinu, ale pomerne dobre zabezpečujú služby v hlavnom meste Bratislave,

častočne v Nitre, Banskej Bystrici a Košiciach, tak kapacita resocializačných zariadení vzhľadom na požiadavku o starostlivosť v nich sa javila v roku 2008 ako dostatočná. Resocializácia je požadovaná a akceptovaná len menšinou z predtým liečených užívateľov drog od závislosti.

### 7.2 Prevencia a liečba s drogami súvisiacich infekčných ochorení

Národný program proti drogám ako aj Národný program prevencie HIV/AIDS má trvalo vo svojich úlohách aj opatrenia zamerané na zamedzenie šírenia krvou prenosných infekčných ochorení u užívateľov drog vcelku a medzi vnútrožilovými užívateľmi osobitne. Aj z týchto dôvodov zostala prevalencia infekcie HIV medzi vnútrožilovými užívateľmi drog na Slovensku na jednej z najnižších úrovní v Európe. Podiel na tom mala a má bezplatná dostupnosť sterilného náradia v nízkoprahových službách, dostupnosť a nízka cena sterilných ihliel a striekačiek vo verejných lekárnach, spolu so vzdelávaním užívateľov drog, ako aj dobrá dostupnosť a bezplatnosť liečby pre pacientov so závislosťou od drog. Tieto súhrnné opatrenia, ako aj nízka miera migrácie obyvateľstva, turistického ruchu spolu s ďalšími socio-kulturálnymi činiteľmi boli doposiaľ účinné na zamedzenie šírenia epidémie HIV medzi užívateľmi drog, netýka sa to však zastavenia šírenia epidémie infekčných hepatitíd. Naše sentinelové monitorovanie krvou prenosných infekčných ochorení i v roku 2008, nasvedčuje na epidemický výskyt infekcie hepatitídou C (HCV) a vírusom hepatitídy typu B (HBV) medzi vnútrožilovými užívateľmi drog. Pokiaľ ide o infekciu HBV, nie je prevalencia taká vysoká i keď stúpila ako u HCV. V prípade šírenia hepatitídy typu B existuje aj oveľa vyšší podiel iných foriem prenosu, najmä sexuálnou cestou a lepšia prognóza vyliečenia. Tak tomu nie je v prípade infekcie vírusom HCV.

Vo vzorke pacientov vstupujúcich do liečby prekročil podiel infikovaných HCV v roku 2008 polovicu všetkých vnútrožilových užívateľov. Ešte vyšší podiel očakávame medzi dlhodobo liečenými v programoch udrživacej substitučnej liečby. Naopak poklesla v roku 2008 pravdepodobne ich prevalencia v resocializačných zariadeniach (Gazdík et al. 2009), čo zrejme súvisí s nárastom prevahy užívateľov metamfetamínov v týchto zariadeniach, čím sa otočil ich pomer ku klientom s primárnou závislosťou od opiátov, ktorí sú teraz v nich v menšine.

Veľmi sľubné sú výsledky pokiaľ ide o prognózu liečby HCV infekcie u bývalých vnútrožilových užívateľov drog podľa publikovanej štúdie (Gazdík et al. 2009). V súbore 92 liečených kombináciou pegylovaného interferónu s ribavirínom bolo po 24 týždňoch od ukončenia terapie negatívnych na prítomnosť vírusu 87 (95 %). Z toho pretrvávajúca negatívna odpoveď testov na prítomnosť vírusu bola u 86 % pacientov s genotypom 1 a u 100 % pacientov infikovaných genotypom 3 HCV. Veľmi dobrá odpoveď pacientov na interferónovú liečbu v kombinácii s ribavirínom je vysvetliteľná nasledujúcimi činiteľmi: všetci kontinuálne abstinovali, neboli predtým liečení na HCV infekciu, tzv. naivní pacienti, relatívne krátke trvanie HCV infekcie, mladí vek, nízky stupeň fibrózy pečene. Tieto výsledky podporujú efektivitu liečby infekcie HCV u abstínujúcich, bývalých vnútrožilových užívateľov drog v podmienkach Slovenskej republiky.

Uvedené skutočnosti svedčia, že existujúce opatrenia zamerané na redukciiu zdravotných poškodení u užívateľov drog sú pokiaľ ide o prevenciu krvou prenosných infekcií diferencovane efektívne aj tam, kde sa uplatňujú v širokej miere. Tak ako je tomu napríklad v hlavnom meste v Bratislave. Na jednej strane sa javí, že účinne bránia šíreniu infekcie HIV medzi vnútrožilovými užívateľmi drog, ale na strane druhej sú nedostatočne účinné pri prevencii šírenia infekčných hepatitíd, najmä hepatitídy typu C.

Perspektíva a opatrenia na redukciiu šírenia hepatitídy typu B. V prípade šírenia infekcie HBV medzi užívateľmi drog vidíme relatívne dobrú prognózu. Dôvody sú relatívne nižší rozsah v porovnaní s epidemiou HCV a najmä postupné dospievanie ročníkov mladých ľudí, ktorí sú celoplošne očkovaní proti HBV. Ďalším faktorom, ktorý retardoval aj v roku 2008 šírenie HBV bola možnosť bezplatného očkovania proti tejto infekcii v prípade vnútrožilových užívateľov drog.

Na rozdiel od toho pri infekcii HCV neexistuje doposiaľ žiadna účinná vakcína. Aj preto vidíme perspektívu šírenia tejto infekcie hlavne medzi vnútrožilovými užívateľmi drog ako výrazne horšiu. Určitým náznakom zlepšenia v tomto smere je menšia preferencia vnútrožilového užívania medzi novými užívateľmi drog žiadajúcimi o liečbu najmä z dôvodu presunu od opiátov k metamfetamínom. Ďalším aktívnym opatrením zo strany zdravotného systému bolo zabezpečenie plnej úhrady interferónovej liečby infekcie HCV zo strany zdravotných poisťovní pre pacientov v substitučnej liečbe a pre väzňov, bývalých užívateľov drog počas výkonu trestu odňatia slobody vo väzniciach. Tieto opatrenia by mali viesť buď k redukcii výskytu HCV medzi užívateľmi drog, alebo aspoň k spomaleniu šírenia infekcie. Infekcia vírusom hepatitídy C medzi vnútrožilovými užívateľmi drog zostáva najzávažnejším infekčným problémom v tejto subpopulácii na Slovensku.

Iné infekcie, ktoré môžu byť asociované s užívaním drog ako tuberkulóza, botulizmus, neboli u nás zaregistrované v roku 2008, čo v prípade TBC môže byť aj dôsledkom zanedbateľného výskytu HIV. Syfilis bol zvýšene sentinelovo zistený u časti liečených, ale častejšie žien, čo nasvedčovalo skôr pre prenos pohlavným stykom pre ich častejšiu účasť na sexuálnom biznise.



### 7.3 Opatrenia a reakcie na iné zdravotné problémy súvisiace s drogami u ich užívateľov

Presun od dominancie užívania heroínu najmä pokiaľ ide o incidenciu medzi novými užívateľmi ku kanabisu a syntetickým drogám – pervitínu sa síce pravdepodobne podieľal na redukcii, či udržaní nízkeho výskytu smrteľných intoxikácií drogami, ale na strane druhej v praxi sa zvýšil počet psychotických duševných ochorení medzi užívateľmi. Aj v roku 2008 bol ako v predošlých 2 – 3 rokoch zaznamenaný častý výskyt toxických psychóz. Jednalo sa hlavne o akútne stavy schizofrénneho klinického obrazu s paranoidno-perzekučnými bludnými obsahmi. Bežnou praxou bola v roku 2008 aj liečba kombinovaných duševných porúch: psychóz a závislosti od kanabisu.

Výskyt týchto komplikovaných, kombinovaných diagnóz duševných porúch sťažil ako liečbu závislosti od drog, tak aj udržanie abstinencie a resocializáciu pacientov, ktorí nimi trpia. V súčasnej odbornej literatúre neexistujú dostatočne prepracované efektívne postupy, všeobecne akceptované, založené na medicíne založenej na dôkazoch (EBM) ani takto podložené smernice („guidelines“) starostlivosti o týchto pacientov.

Situácia na drogovej scéne na Slovensku sa dynamicky vyvíja. Úzko súvisí s vývojom v okolitých krajinách a v celej Európe. Nejedná sa len o výsledok jednoduchých trhových mechanizmov, akými sú ponuka a dopyt po drogách. Veľa záleží od komplexných makroekonomických a makrosociálnych zmien v medzinárodnom kontexte. Významný dopad na situáciu v drogovej oblasti na Slovensku bude preto mať nevyhnutne aj celosvetová finančná a ekonomická kríza, ktorá v roku 2008 postihla aj nás. Týka sa to napríklad kúpyschopnosti obyvateľstva, ale aj možnosti resocializácie pri vzostupe nezamestnanosti a na počte recidív pri strate práce, no a v neposlednom rade sa obmedzené zdroje dotknú aj zdrojov na prijímanie účinných opatrení. V roku 2008 dopady ekonomickej a finančnej krízy sa ešte len začínali prejavovať. Hoci ako sme vyššie konštatovali neboli vo všetkých smeroch nami prijímané opatrenia na zamedzenie škodlivých dôsledkov užívania drog realizované, budeme musieť v roku 2009 korigovať ciele a úlohy nášho Národného programu proti drogám v súlade s reálnymi možnosťami danými aktuálnym stavom ekonomiky. Perspektívne budeme považovať za úspech, ak by sme aj nezvýšili kvalitu a rozsah služieb a dosah opatrení v roku 2009, keby sa nám ich aspoň podarilo udržať na úrovni roku 2008.



## 8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

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

Národný akčný plán sociálnej inklúzie (ďalej len NAPSI) definoval hlavné skupiny obyvateľstva ohrozené chudobou a sociálnou exklúziou, ktoré v zásade zodpovedajú konceptu zraniteľných skupín EMCDDA. Nezamestnaní, marginalizované rómske komunity, bezdomovci postihnutí viacnásobným vylúčením, ľudia so zdravotným postihnutím, migranti, rodiny s deťmi (s vyšším rizikom v neúplných rodinách a rodinách s počtom detí 3 a viac) a ostatné zraniteľné skupiny obyvateľstva ako drogoví závislí, gambleri, týrané a zneužívané deti, obe domáceho násillia, osoby vo a po výkone trestu odňatia slobody, deti po ukončení ústavnej alebo ochrannnej výchovy. Drogovo závislí a inak závislí sa v NAPSI na roky 2008 – 2010 uvádzajú v spojitosti so skupinou prepustených z výkonu trestu odňatia slobody, nakoľko ich problémy sa vo veľkej miere prelínajú a je potrebné ich naďalej komplexne riešiť (Czuczorová, E., 2009).

Prevenčia sociálnej exklúzie a opatrenia smerujúce k sociálnej reintegrácii k cieľovým skupinám obvykle smerujú z troch úrovní/resp. tromi kanálmi<sup>100</sup>.

- Opatrenia pre vylúčené skupiny s problémom alebo bez problému závislosti;
- Sociálna reintegrácia osôb s problémom závislosti;
- Sociálna reintegrácia výlučne pre problémových užívateľov drog.

Na Slovensku sa uplatňujú hlavne opatrenia prvej a druhej úrovne.

### 8.1 Sociálna exklúzia medzi užívateľmi drog

Na dôkazoch založené údaje a informácie o sociálnom vylúčení, resp. sociálnych problémoch užívateľov drog a iných zraniteľných skupín sú limitované.

Z terénu sa do verejnosti najčastejšie medializujú informácie o dominantnom alkoholizme a problémoch s alkoholom u bezdomovcov; okrem lokálneho prieskumu 369 bezdomovcov ubytovaných v nitrianskom útulku (kap. 8.1.1 Správa 2007) však NMCD nedisponuje novými údajmi.

Podľa štúdie<sup>101</sup> Medzinárodnej organizácie migrantov, majú azyľanti na Slovensku v niektorých azylových centrách problémy s poskytovaním špecializovanej zdravotnej starostlivosti, najmä pokiaľ ide o problém zneužívania drog a psychických porúch.

Mládež v špeciálnych výchovných zariadeniach je osobitnou skupinou v rámci konceptu zraniteľných skupín. Materiál MŠ SR predkladaný na Výbor ministrov v marci 2009, informoval primárne o štatistike výchovných opatrení vo svojich troch typoch špeciálnych výchovných zariadení (viac o ŠZV v kap. 3.3 Indikovaná prevencia). Štatistiku súdom nariadenej ústavnej výchovy, ochrannnej výchovy a predbežných opatrení (najvyšší počet realizujú reedukačné domovy), doplnil aj o informácie o počtoch detí a dospelých v diagnostických centrách (DC) a reedukačných zariadeniach (RD) a najčastejších dôvodoch umiestnenia do týchto zariadení tak, ako ich 18 zariadení uviedlo. Údaje ilustrujú situáciu s užívaním psychoaktívnych látok v tejto sub-populácii v tomto prípade primárne vulnerabilnej z dôvodu ústavnej výchovy.

<sup>100</sup> EMCDDA (2003): Sociálna reintegrácia 2003.

<sup>101</sup> Bargerová, Z., Divínsky, B. (2008): Integrácia migrantov v SR (Integration of Migrants in the Slovak Republic: Challenges and Recommendations for Policy Makers, EQUAL, ESF IOM International Organization for Migration, 2008).

## 8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

Tab. 8.1.1: Najčastejšie dôvody umiestnenia v 18 ŠVZ.

Dôvody	Počet ŠVZ, ktoré uviedli tento dôvod
záškoláctvo	18
užívanie, experimentovanie s drogami (nikotín, alkohol a nelegálne drogy)	13
trestná činnosť (najmä krádeže)	13
poruchy správania (nerešpektovanie dospelých, úteky z domu, šikanovanie iných, agresivita)	8
nefunkčná rodina	6

Zdroj údajov: MŠ SR/UIPŠ Štatistika súdom nariadenej ústavnej výchovy, ochrannnej výchovy a predbežných opatrení, marec 2009.

Medzi psychoaktívnymi látkami, s ktorými prišli chovanci do styku, dominoval nikotín až v 90 – 100 % podieli, nasledovaný alkoholom od 52 % – 95 %, takmer vo všetkých 18 ŠVZ. Skúsenosť svojich chovancov s toluénom a fetovaním zaznamenali 3 RD, s marihuanou 2 RD (6 až 53 %), v 1 reedukačnom zariadení mali chovancov so skúsenosťami so sedatívami a hypnotikami. Ide o skúsenosti pred umiestnením do DCM a RD, aktuálne sa podľa reportov v zariadeniach nevyskytuje, vzhľadom na nedostupnosť psychoaktívnych látok.

Podľa vyjadrenia hl. odborníka MZ SR pre drogovú závislosť L. Okruhlicu (2008)<sup>102</sup> je osobitným sociálno-zdravotným problémom inhalovanie prchavých látok deťmi a mladými adolescentmi v rómskych osadách najmä na východnom Slovensku, a to napriek skutočnosti, že sa to nepremiata do významnejšieho podielu, či nárastu v sledovanom indikátore dopytu po liečbe (TDI) monitorovanom v špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Opakovane však signalizovali sniffing najmä toluénu v osadách neziskové organizácie, podieľajúce sa na projektoch zlepšovania zdravotného stavu, zvyšovania životnej úrovne a kvality života v týchto lokalitách. Podobné informácie prichádzajú zo strany terénnych sociálnych pracovníkov a komunitných zdravotníckych pracovníkov. Inhalovanie prchavých látok v rómskych osadách<sup>103</sup> (pozri aj kap. 7 a kap. 2 – Správa 2008) je však len jedným aspektom komplexného sociálno-ekonomického fenoménu.

### 8.1.1. Sociálne charakteristiky liečených užívateľov drog

Dostupné sú sociálne charakteristiky liečených drogozo závislých osôb zo zdrojov zdravotníckej štatistiky. Aj v roku 2008 sú najväčšou skupinou pacientov v liečbe z hľadiska ekonomického statusu nezamestnaní (53 %). V rámci ukazovateľa TDI sa sledujú podmienky bývania, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, spolužitie s ďalšími osobami (i drogozo závislými). Značnú časť pacientov liečených kvôli užívaniu drog na Slovensku tvoria ľudia, ktorí dosiahli len primárny stupeň vzdelania (základná škola), prípadne ani ten. V roku 2008 to bolo 40 % liečených. Najväčšiu časť u oboch pohlaví tvoria osoby s ukončeným stredným vzdelaním – približne 50 %.

Pokiaľ ide o ekonomickú aktivitu, najväčší podiel medzi liečenými tvoria nezamestnaní (53 %). Je zaujímavé, že tento podiel sa oproti roku 2007 výraznejšie nezmenil napriek celkovému zhoršeniu stavu zamestnanosti. Ekonomicky aktívnych (t. j. zamestnaných alebo študujúcich) bolo v roku 2008 medzi pacientami 37 %.

Podiel pacientov mladších ako 20 rokov v súvislosti so zmenami na drogovej scéne od deväťdesiatych rokov minulého storočia sa postupne zmenšoval a v posledných niekoľkých rokoch dosahoval ustálený stav. V roku 2008 u pacientov zo všetkých zdravotníckych zariadení dosiahol necelých 20 %. Na jednej strane potešiteľná skutočnosť značí na druhej strane zväčšenie podielu vyšších vekových kategórií medzi liečenými, u ktorých je vyššia pravdepodobnosť výskytu problémového užívania.

Vývoj niektorých sociálnych ukazovateľov od roku 2003 je znázornený v tabuľke 8.1.2

<sup>102</sup> In: Kap. 7.4 Výročnej správy o stave drogovej problematiky 2008.

<sup>103</sup> Kap. 2 Užívanie drog v špecifických populáciách.

Tab. 8.1.2: Vybrané sociálne charakteristiky užívateľov drog v liečbe v % – všetky žiadosti o liečbu.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nestabilné ubytovanie	6,6	7,6	8,9	8,6	9,6	7
Bývanie v inštitúcii	1,9	1,6	1,6	1,0	0,8	1,4
Nezamestnaní	55,2	54,2	54	55,2	56,5	53
Najvyššie vzdelanie základné	40,3	43	39,1	38,5	40,3	39,5

Zdroj: NCZI, 2009.

### 8.2 Sociálna reintegrácia – resocializácia

Pojmy sociálna reintegrácia, sociálna rehabilitácia a resocializácia sa v SR používajú súbežne, hoci najčastejšie termín resocializácia. Z kontextu vyplýva obsah pojmu; opätovné začlenenie jednotlivca do spoločnosti, čím sa tento termín zhoduje s pojmom reintegrácia ako akýmkoľvek postupom na integráciu užívateľov drog do komunity (EMCDDA, 2003).

Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012 medzi prioritami uvádza potrebu pokračovať v rozvoji a skvalitňovaní služieb/programov rehabilitácie, resocializácie a opätovného sociálneho začlenenia s cieľom dosiahnutia merateľného pokroku.

#### 8.2.1 Typy a dostupnosť intervencií, prístup a pokrytie službami; charakteristika klientov týchto služieb

V typoch a dostupnosti intervencií na zabránenie sociálnej exklúzie a v prospech sociálnej reintegrácie sa prelínajú všetky tri úrovne, s rôznou mierou legislatívneho, inštitucionálneho, organizačného a finančného zabezpečenia.

##### 8.2.1.1 Právny a inštitucionálny rámec opatrení – sociálna kuratela a resocializácia

V roku 2008 sa uskutočnila novelizácia zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kurateli a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon je účinný od 1. januára 2009, s výnimkou niektorých ustanovení<sup>104</sup>. Ako je uvedené v kap. 1, pozitívom v procese novelizácie legislatívnej normy bolo akceptovanie výstupov a odporúčaní projektu „Zlepšovanie a rozširovanie resocializačnej a rehabilitačnej starostlivosti o osoby závislé od psychoaktívnych látok“.

Vo všeobecnosti zákon otvoril priestor pre poskytovanie odbornej pomoci širšiemu spektru klientov ako tomu bolo doteraz. V rámci sociálnej kurately sa zaviedol nový typ výchovného opatrenia – povinnosť podrobiť sa odbornej diagnostike v špecializovanej ambulantnej zdravotníckej starostlivosti – u psychiatra alebo klinického psychológa, ďalej možnosť účasti rodičov na sociálnych a výchovných programoch uložených ako výchovné opatrenie dieťaťu, na uľahčenie riešenia konfliktných situácií v rodine bola doplnená mediácia.

Inštitucionálny rámec prioritne tvoria štruktúry MPSVaR – konkrétne regionálne a lokálne ÚPSVaR prostredníctvom a/alebo v spolupráci s akreditovanými subjektmi (neštátne organizácie, ktorým bola na výkon ich činnosti udelená akreditácia MPSVaR), zariadeniami zriadenými obcou alebo vyšším územným celkom, obcami a ďalšími subjektmi, ktorých pôsobenie zabezpečuje komplexné riešenie problému klienta spojeného s užívaním drog.

<sup>104</sup> okrem § 93 ods. 8 v stodvadsiatom deviatom bode v čl. I, ktorý nadobúda účinnosť 1. januára 2010, štyridsiateho druhého bodu v čl. I, ktorý nadobúda účinnosť 1. januára 2011 a § 73 ods. 1 písm. u) v osemdesiatom štvrtom bode v čl. I, ktoré nadobúda účinnosť 1. januára 2010.

## 8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

### 8.2.2 Opatrenia sociálnej kurately v roku 2008

a) pre deti a mládež

V roku 2008 ich vykonávalo 127 zamestnancov ÚPSVaR pre 26 239 detí a mladých (oproti roku 2007 nárast o 923). Najčastejším dôvodom výkonu opatrení sociálnej kurately je trestná činnosť a činnosť inak trestná (39 %) a zanedbávanie povinnej školskej dochádzky (29 %). Dôvod experimentovania s drogami, závislosti na drogách a iné závislosti predstavuje 2 %.

Piatim deťom bolo uložené výchovné opatrenie vo forme uloženia povinnosti zúčastniť sa liečby v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, čo predstavuje zníženie počtu týchto detí oproti roku 2007 o 10. 24 deťom bolo uložené výchovné opatrenie vo forme nariadeného pobytu v RS pre drogovú závislosť, pričom 22 detí z tohto počtu bolo diagnostikovaných ako deti s poruchami správania. Tento stav je v porovnaní s rokom 2007 stabilizovaný (Czuczorová, E., 2009).

Tab. 8.2.1: Prehľad prípadov riešených v rámci opatrení sociálnej kurately.

Dôvody	Počet detí spolu	Vek 0 – 14 rokov	Z toho dievčatá	Vek 15 – 18 rokov	Z toho dievčatá	Podané správy	Počet šetrení	
							rodina	iné
Prípady celkovo	26 239	9 188	2 975	16 952	3 729	19 765	25 305	7 990
Experimentovanie a závislosť na drogách	305	53	23	251	49	309	416	218
Iné závislosti	221	68	17	150	39	134	227	92

Zdroj: Štatistický výkaz MPSVR SR 12 – 01.

Tab. 8.2.2: Umiestňovanie detí na základe rozhodnutia súdu do zariadení na výkon rozhodnutia súdu z dôvodu drogovej závislosti detí alebo rodičov.

		Počet detí	Drogová závislosť rodičov	Drogová závislosť detí
Rozhodnutia súdu o umiestnení dieťaťa do zariadenia formou	predbežného opatrenia	984	16	12
	výchovného opatrenia	146	0	24
	ústavnej starostlivosti	433	3	2
	ochrannej výchovy	14	0	0
Počet evid. detí k 31. 12. umiestnených na základe rozhodnutia o	predbežnom opatrení	1 035	12	12
	výchovnom opatrení	77	0	17
	ústavnej starostlivosti	4 357	99	12
	ochranné výchove	41	0	0

Zdroj: Štatistický výkaz MPSVR SR 12 – 01.

Výkon rozhodnutia súdu v RS, v porovnaní so všetkými zariadeniami – detské domovy, krízové strediská, diagnostické centrá, reedukačné domovy a domovy sociálnych služieb, bol v roku 2008 nízky.

### b) plnoletí klienti

Opatrenia sociálnej kurately pre plnoleté fyzické osoby, vykonávalo spolu 66 zamestnancov ÚPSVaR pre 8441 osôb (oproti roku 2007 došlo k zníženiu počtu dospelých o 188). Z tohto počtu boli opatrenia vykonané pre 129 osôb z dôvodu ich drogovej závislosti (pokles počtu klientov o 2 oproti roku 2007). Z toho pre 20 žien (zníženie počtu žien o 1 oproti roku 2007), 34 osôb po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia na liečbu drogových závislostí (nárast počtu klientov o 11 oproti roku 2007), z toho pre 15 žien (nárast počtu žien o 13 oproti roku 2007), 22 osôb po ukončení pobytu v RS (pokles počtu klientov o 2 oproti roku 2007), z toho pre 3 ženy (nárast počtu žien o 2 oproti roku 2007).

Situácia v oblasti sociálnej kurately detí a plnoletých fyzických osôb je stabilizovaná, dokonca v niektorých ukazovateľoch má klesajúcu tendenciu, čo je možné hodnotiť pozitívne. Na druhej strane bol však zistený pomerne výrazný nárast počtu klientov – žien, pre ktoré boli vykonané opatrenia z dôvodu ich prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia na liečbu drogových závislostí. Pozornosť je potrebné sústrediť na prácu s deťmi s poruchami správania, keďže sa objavuje súvislosť medzi poruchou správania dieťaťa a užívaním/experimentovaním s drogami, čo znamená vysoko rizikovú skupinu potenciálnych užívateľov drog. (Pozn.: 96 % detí, ktorým bolo v roku 2008 uložené výchovné opatrenie – pobyt v RS – trpí poruchami správania. Czuczorová, E., 2009)

### 8.2.3 Resocializácia

Ide o opatrenie druhej úrovne. Legislatívne je zakotvené v zákone č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov upravuje činnosť RS, ktoré sa zriaďuje za účelom aktivizovania vnútorných schopností detí a plnoletých fyzických osôb na prekonanie psychických, fyzických a sociálnych dôsledkov drogových a iných závislostí a na zapojenie sa do života v prirodzenom prostredí. Novelizovaný zákon vymedzuje konkrétnu činnosť<sup>105</sup> RS, ktoré od januára 2009 poskytujú odbornú pomoc len na základe odporúčania adiktológa alebo psychiatra a splnenia podmienok prijatia uvedených v resocializačnom programe. Poskytuje sa 1. plnoletej osobe, 2. dieťaťu na základe dohody so zákonným zástupcom alebo osobou, ktorá sa osobne stará o dieťa, alebo so zariadením na výkon rozhodnutia súdu, v ktorom bolo dieťa umiestnené na základe rozhodnutia súdu o nariadení ústavnej starostlivosti, 3. plnoletej fyzickej osobe, ktorá je rodičom dieťaťa, pričom RS môže utvoriť podmienky na pobyt dieťaťa s týmto rodičom.

Podmienka ukončenia liečby bola vypustená najmä z dôvodu častého nastupovania klientov do RS po ukončení detoxikácie, čo neznamena ukončenie celého liečebného procesu a okrem toho je potrebné reagovať aj na potreby klientov s problémom nelátkových závislostí, ktorý sa objavuje v čoraz väčšej miere. Filozofiou súčasného systému resocializácie však naďalej ostáva poskytovať starostlivosť klientom, ktorí majú dostatočné predpoklady (pripravenosť a motivácia) na úspešné absolvovanie celého procesu resocializácie. Zákon už neurčuje ani maximálnu dĺžku jeho pobytu v RS. Na druhej strane však uvádza minimálnu dĺžku pobytu klienta v RS, ktorou je spravidla 8 mesiacov. V oblasti minimálneho rozsahu činnosti RS sa zavádza povinnosť vykonávať (teda nie len zabezpečiť) psychologickú starostlivosť, ktorá je povinným minimom vo všetkých prípadoch práce s klientmi. V prípade maloletých detí je povinnou súčasťou práce s nimi aj liečebno-výchovná starostlivosť. V oblasti životných podmienok bola zavedená zmena, podľa ktorej sa verejné označenie zariadenia názvom nevyžaduje. Touto zmenou prichádza možnosť zníženia pravdepodobnosti stigmatizácie klientov, ktorá napomôže k ich bezproblémovej resocializácii. Ďalšie zmeny v zákone sú uvedené aj v Kapitole 1.

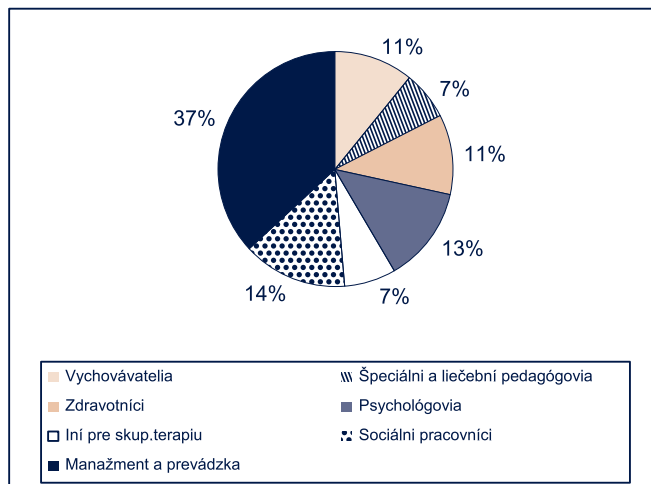
Tieto povinnosti so sebou prinášajú aj potrebu posilnenia personálneho zabezpečenia RS, kde zákon zdôrazňuje najmä kvalifikačné predpoklady zamestnancov, ktorí prichádzajú do priameho kontaktu s klientom. Na ilustráciu je na obr. 8.2.1 uvedená profesná štruktúra zamestnancov RS k 31. 12. 2008. Fyzicky predstavoval počet zamestnancov 152 pracovníkov, z toho 85 žien.

<sup>105</sup> Účel, na ktorý bolo resocializačné stredisko zriadené sa zabezpečuje:

- vykonávaním najmä sociálnej práce, špeciálneho sociálneho poradenstva, psychologickú starostlivosti, resocializácie a resocializačných programov, rehabilitačnej činnosti, pracovnej terapie,
- utváraním podmienok najmä na záujmovú činnosť, kultúrnu činnosť, pracovné uplatnenie,
- zabezpečením najmä psychoterapie, zdravotnej starostlivosti, vzdelávania a prípravy na povolanie, psychologickú starostlivosti,
- poskytovaním starostlivosti najmä bývania a stravovania.

## 8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

Obr.8.2.1: Profesná štruktúra zamestnancov RS k 31. decembru 2008.



Zdroj údajov: Czuczorová, E., 2009.

### 8.2.3.1 Resocializačné strediská v SR

Zriaďovanie RS je v pôsobnosti vyšších územných celkov, s tým, že zákon utvára možnosť zriadiť resocializačné stredisko i obciam. Za stanovených podmienok môžu RS zriaďovať neštátne subjekty, ktoré majú na výkon opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately udelenú akreditáciu MPSVaR SR. V SR sú zriaďovateľom RS prevažne akreditované subjekty (20 v roku 2008), jedno RS je zariadené v pôsobnosti vyššieho územného celku a jedno, v hlavnom meste Bratislava zriadilo mesto.

Tab. 8.2.3: Resocializačné strediská za rok 2008.

Kapacita zariadenia	Celkový počet klientov	Z toho ženy/muži	Počet detí na základe rozhodnutia súdu	Z toho ženy	Počet klientov, ktorí zahájili resocializáciu v roku 2008	Priemerná dĺžka resocializácie (v mes.)	Priemerná výška nákladov na jedného klienta na mesiac
312	667	Ž = 103 15 %	40	10	464	5,56	5 990,31 SKK (199 €)

Zdroj: Štatistický výkaz MPSVR SR 13 – 01.

V roku 2008 bola v RS poskytovaná odborná pomoc pre plnoleté osoby po skončení liečby na základe odporúčania poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a pre deti i na základe rozhodnutia súdu o uložení výchovného opatrenia, ktorý je financovaný zo štátneho rozpočtu. Podľa štatistického výkazu MPSVR SR 13 – 01 v roku 2008 bola v RS odborná pomoc poskytnutá 667 klientom. V tomto počte je zahrnutých 464 novoprijatých. Z analýzy situácie v RS v roku 2007 vyplynulo, že pobyt klienta v resocializačnom stredisku trvá priemerne 15 mesiacov, pričom je v prevažnej miere rovnomerne rozdelený do štyroch fáz (adaptácia, „práca na sebe“, stabilizácia a osamostatňovanie sa), počas ktorých je kladený dôraz na individuálnu prácu s klientom a jeho rodinou, pričom veľká časť aktivít je venovaná zabezpečeniu prípravy na budúce povolanie, pomoci pri hľadaní zamestnania alebo pri získaní pracovných zručností.



Tab.8.2.4 Poskytovanie starostlivosti v RS.

	Počet prípadov	Rozdelenie podľa závislosti			
		alkohol	heroín a iné opiáty	iné druhy drog	závislosť na hrách
Poradenské a prvokontaktné služby	1 698	304	77	1 290	17
Individuálna sociálna práca	5 106	596	486	3 999	25
Skupinová sociálna práca	16 766	4 398	675	10 942	49
Terénna sociálna práca	134	27	19	72	1
Sociálna práca s rodinou	694	109	57	198	7
Zabezpečovanie psychoterapie	768	185	32	267	8
Pracovná terapia v zariadení	7 115	2 810	145	845	43
Zabezpečenie pracovnej terapie mimo zariadenia	183	62	16	88	2
Zabezpečenie prípravy na budúce povolanie	193	19	12	39	0
Pomoc pri hľadaní zamestnania	197	86	4	45	1
Pomoc pri získavaní a zvyšovaní pracovnej aktivity	432	144	26	144	5
Sprostredkovanie postresocializačnej starostlivosti	1 832	33	6	57	1
Sledovanie účinnosti resocializácie po jej ukončení	1 985	71	33	130	4
Iné	0	0	0	0	0

Zdroj: Štatistický výkaz MPSVR SR 13 – 01.

Dôraz sa kladie najmä na skupinovú a individuálnu pracovnú terapiu a na sledovanie účinnosti resocializácie po jej ukončení spolu so sprostredkovaním postresocializačnej starostlivosti.

## 8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

### 8.2.3.1.1 Účinnosť resocializačného programu sledovaná MPSVaR

Tab. 8.2.5: Ukončenie poskytovania starostlivosti v RS podľa štatistického výkazu MPSVR SR 13 – 01.

Dôvod ukončenia		Počet klientov				
		maloletí		plnoletí		spolu
		ženy	muži	ženy	muži	
Úspešné absolvovanie resocializačného procesu (min. 12 mesiacov)		3	8	12	12	35
v tom	návrat do pôvodného prostredia	3	4	5	5	17
	umiestnenie v zariadení chráneného bývania	0	2	2	2	6
	iné	0	2	5	5	12
Predčasné ukončenie zo strany klienta		4	13	26	26	69
Ukončenie poskytovania starostlivosti zo strany RS (vylúčenie)		0	19	9	9	37
Iné		0	1	0	0	1

Z tabuľky 8.2.5 vyplýva, že v roku 2008 resocializačný proces úspešne ukončilo 24,6 % klientov a neúspešne 75,4 % klientov. (V roku 2007 úspešne ukončilo tento proces 27 % klientov a neúspešne 73 % klientov). Hoci percentuálny podiel naznačuje stabilizáciu, v absolútnych číslach ide o pokles oproti roku 2007; v roku 2008 ukončilo celý resocializačný proces 142 klientov (z toho úspešne 35 klientov), pričom v roku 2007 to bolo až 377 (z toho úspešne 102 klientov).

Sociálna integrácia pre problémových užívateľov drog mimo zdravotníckych zariadení.

Nízkoprahové programy okrem služieb typu harm-reduction poskytujú podľa svojich kapacít i ďalšie služby na zabezpečenie elementárnych sociálnych a ekonomických potrieb. Dôležitú rolu plní sociálna mediácia sprostredkovaná sociálnymi pracovníkmi terénnych, nízkoprahových programov.

### 8.3 Prieskumy NMCD vo vzťahu k službám resocializácie – sociálnej reintegrácie

NMCD aj v roku 2009 uskutočnilo druhý samostatný dotazníkový prieskum týkajúci sa štruktúry klientov a poskytovaných služieb v roku 2008. Zber údajov prebiehal od 15. júla do 15. augusta 2009, RS boli za poskytnutie údajov finančne motivovaní.

#### Zmeny oproti roku 2008

Prieskum v roku 2008 bol primárne orientovaný na zistenie štruktúry klientov z hľadiska pôvodnej príčiny – užívanie primárnej drogy, ktorá viedla k využívaniu služieb resocializácie. Do dotazníka – pôvodne na báze štatistického výkazu MPSVaR – bol zaradený tzv. Epi modul. V roku 2009 boli zaradené ďalšie otázky, ktoré mali za cieľ zmapovať východiskový stav, resp. počet klientov, ktorí boli v roku sledovaní ako bývalí klienti – po jednom roku od ukončenia (jedno z kritérií efektívnosti RS programov a služieb; počet dohľadaných klientov sa má postupne zvyšovať), spôsoby a formy katamnestickeho sledovania bývalých klientov RS, ako aj otázky smerované k trom základným kritériám (EMCDDA 2009<sup>106</sup>) reintegrácie, a to vzdelávanie, uplatnenie sa v pracovnom procese (zamestnanie) a bývanie.

Uvedené údaje reprezentujú 19 RS, ale v inej štruktúre ako v údajoch za rok 2007, vzhľadom na to, že aktuálneho prieskumu sa zúčastnilo kapacitne najväčšie (46) a najstaršie RS Komunita Ľudovítov, ktorého služby v roku 2008 využilo 108 klientov. Priemerný vek klientov v roku 2008 v tomto RS bol 22,2 rokov, takže ide o RS s najmladšou klientelou vôbec.

<sup>106</sup> EMCDDA 2009 Quality Report Správa o kvalite výstupov SR za rok 2008 – interný materiál, nepublikované.

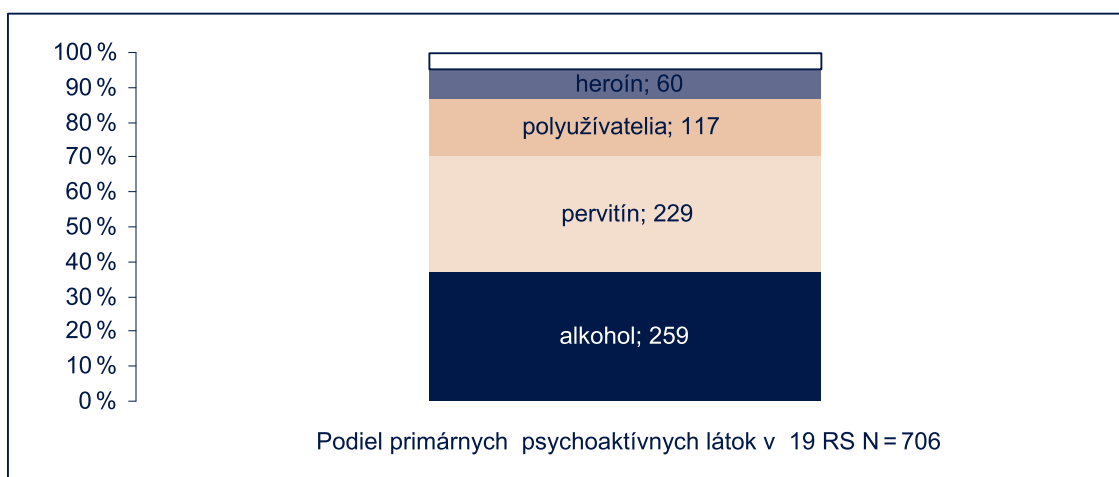
### Základné zistenia:

Celkovú kapacitu v 19 RS – 341 miest – využilo 741 klientov. Prevahu mali muži (cca 69 %). V roku 2008 nastúpilo do programu RS 470 nových klientov. 85 klientov v RS bolo vo veku do 18 rokov, z toho 5 do 16 rokov. Spolu 11 klientov RS vykázali pri otázke na počet klientov, ktorí prišli do RS z výkonu trestu (postpenitenciárna starostlivosť).

Identifikáciu primárnej psychoaktívnej látky u svojich klientov poskytli všetky RS s tým, že tri RS poskytli tento údaj len u nových klientov, ktorí do programu nastúpili v priebehu roka 2008, zatiaľ čo ostatných 16 RS poskytlo údaje všetkých klientov. V dôsledku toho vznikol rozdiel medzi celkovým počtom klientov v roku 2008 a počtom klientov, u ktorých bola primárna psychoaktívna látka uvedená. Podiel identifikovaných klientov z pohľadu primárnej príčiny/drogy reprezentuje 95 % (706) z celkového počtu 741. Preto tam, kde sú v nasledujúcom texte/obr. uvedené percentuálne podiely, ide o podiel zo 706 klientov.

150 klientov – 21 % boli klienti s históriou injekčného užívania. U 259 klientov bol dôvodom pobytu v RS alkohol – podiel 36,6 %. Spomedzi klientov RS, ktorí v nich boli kvôli problémom s ilegálnymi drogami (438 – 62 %) mali v roku 2008 najvýraznejší podiel klienti s primárnym problémom metamfetamínov (229 – 52,3 %) a po nich klienti s kombináciou (polyužívanie) psychoaktívnych látok 26,7 % (117) a 14 % podiel zastúpenia mali bývalí užívatelia heroínu. Ostatné primárne problémové látky boli zastúpené v rozpätí od 0,2 % do 3,4 % (obr. 8.3.1).

Obr. 8.3.1: Podiel primárnych psychoaktívnych látok, ktoré v minulosti užívali klienti RS.



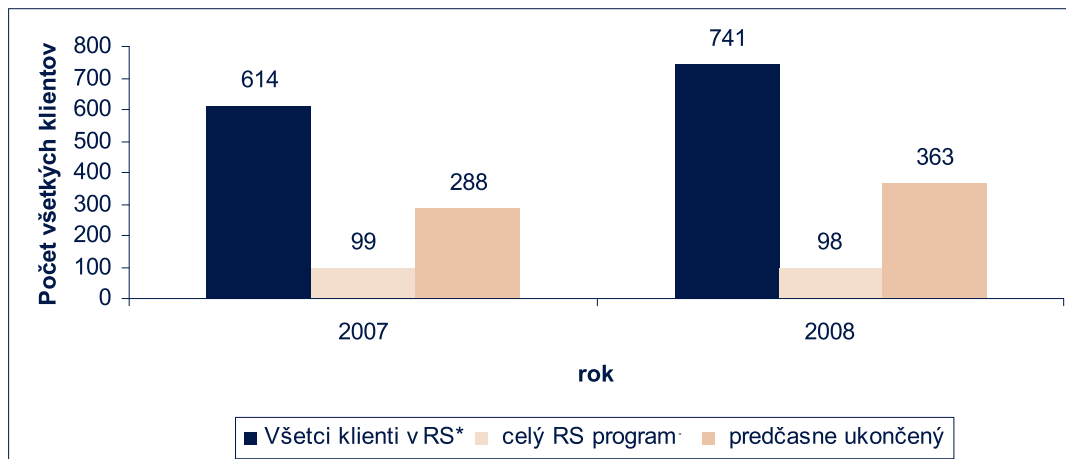
Zdroj údajov: NMCD, 2009b.

V priebehu roku 2008 ukončilo celý program 98 klientov. Predčasne odišlo 363 klientov; v rôznych fázach resocializačného programu, po dvoch týždňoch 99 (27,7 %) a po dvoch tretinách programu 31,1 %.

Podobne ako v štatistickom zisťovaní MPSVaR (výkaz 13 – 1) je podiel klientov, ktorí absolvovali celý program (min. 12 mesiacov) výrazne nižší ako podiel tých, ktorí z RS odišli predčasne. V roku 2007 to bolo v pomere 1:3, v roku 2008 v pomere 1:4 (21 % voči 79 %).

## 8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

Obr. 8.3.2: Porovnanie počtu klientov, ktorí ukončili celý program a klientov, ktorí skončili predčasne v roku 2007 a 2008.



Zdroj údajov: NMCD, 2008b a NMCD 2009b.

Na otázku uvedenia počtu bývalých klientov RS, u ktorých v roku 2008 sledovaním zistili účinnosť resocializačného programu (v tomto prípade definovanú ako abstinenciu od primárnej drogy po jednom roku – kritérium medicínske), odpovedalo 15 RS, že dohľadali spolu 205 bývalých klientov, ktorí toto kritérium spĺňali. 4 resocializačné strediská tento údaj nesledujú.

Najobvyklejšia forma kontaktu RS s bývalými klientmi (sledovanie po jednom roku) je telefonické zisťovanie (uviedlo 12 RS z 15), s doplnkovými informáciami od rodiny, z miesta bydliska. Osobná návšteva klientov buď individuálna alebo v rámci klubov, postresocializačných komunít, víkendových stretnutí je ďalšou formou sledovania bývalých klientov. 4 RS uviedli, že kontrolujú klientov objektívne, t. j. testom na prítomnosť psychoaktívnej látky.

10 RS z 19 RS zisťujú spokojnosť klientov s poskytovanými službami v RS, a to dotazníkom alebo rozhovorom, väčšinou skupinovo na komunitách alebo individuálne. V jednom RS využívajú metódu SEIQL<sup>107</sup>. 9 RS spokojnosť klientov nezisťuje.

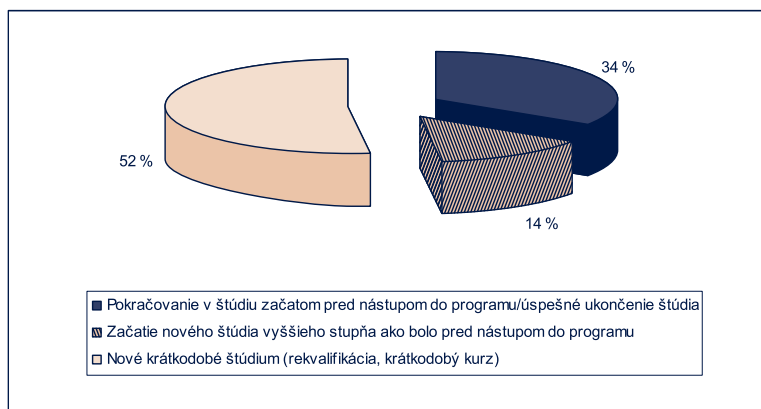
### 8.3.1 Sledovanie reintegračných kritérií podľa EMCDDA

#### 1) Vzdelávanie

Ide o novozaradenú otázku v dotazníku, ktorá sledovala (v rámci konceptu účinnosti/efektivity resocializačného programu), či klienti, ktorí skončili pobyt v RS v roku 2007 sa znovu zapojili, resp. pokračovali vo vzdelávacom procese, a to v troch rôznych úrovniach.

Celkovo v roku 2008 zaznamenali v 15 RS takúto reintegračnú aktivitu u svojich bývalých klientov v 106 prípadoch.

Obr. 8.3.3: Ďalšie vzdelávanie bývalých klientov v rôznych úrovniach.

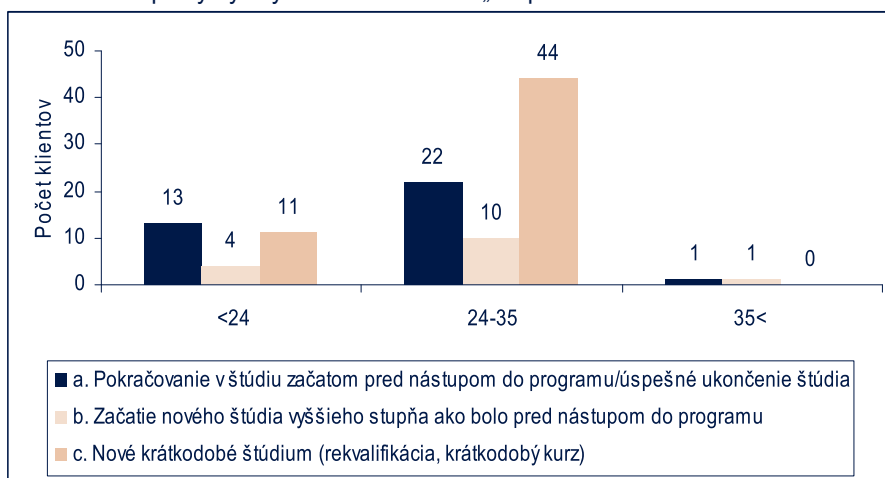


Zdroj údajov: NMCD, 2009b.

<sup>107</sup> Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Metóda na hodnotenie kvality života.

Podľa rozdelenia RS na tri „vekové“ kategórie<sup>108</sup>, najpočetnejšie ďalšie vzdelávanie svojich bývalých klientov (76 prípadov, resp. 28) zaznamenali tie RS, kde sa koncentrovali klienti od 24 rokov do 35 rokov, respektíve do 24 rokov.

Obr. 8.3.4: Ďalšie vzdelávanie – počty bývalých klientov v troch „skupinách“ RS.



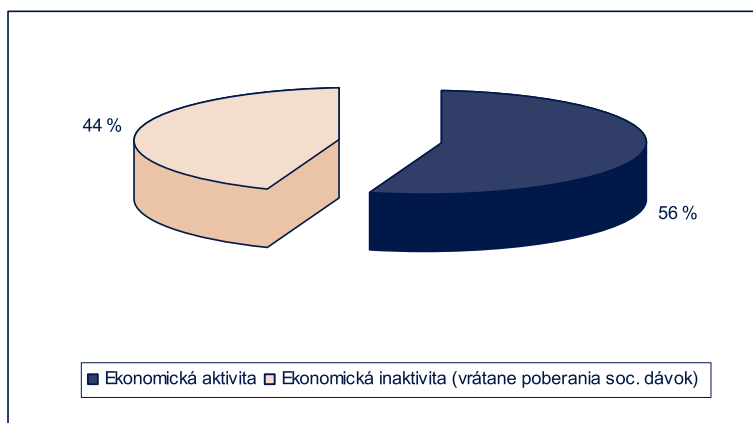
Zdroj údajov: NMCD, 2009b.

### 2) Zamestnanie

Podľa údajov z 15 RS sú sledovaní bývalí klienti vo väčšine ekonomicky aktívni (56 %), z nich má stále zamestnanie 68 %, prípadne podnikajú ako samostatne zárobkovo činné osoby (13 %) alebo aspoň príležitostne pracujú (19 %).

Ekonomicky neaktívni – nezamestnaní a poberatelia sociálnych dávok (vrátane dôchodku a invalidného dôchodku) tvoria podiel 44 %, pričom tento podiel môže byť výrazne nižší, vzhľadom na možný súbeh; nezamestnaný môže poberať sociálne dávky.

Obr. 8.3.5: Podiel ekonomicky aktívnych a neaktívnych bývalých klientov podľa údajov z 15 RS.



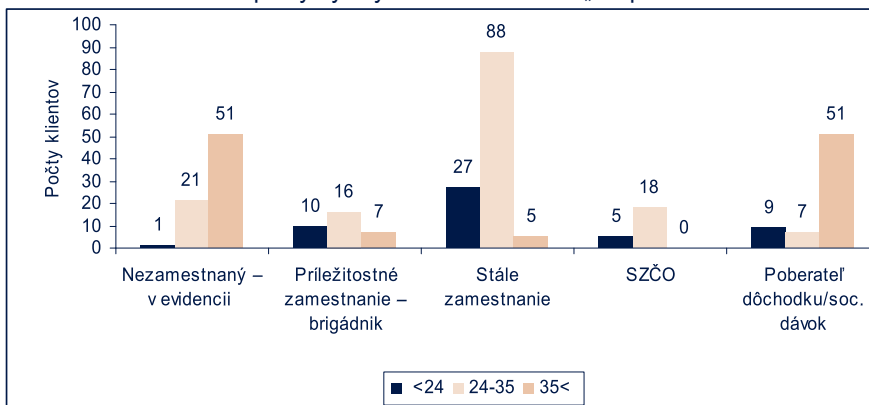
Zdroj údajov: NMCD, 2009b.

<sup>108</sup> Hypotetické zoskupenie 19 RS do troch rôznych vekových pásiem – I. skupina RS s najmladšou klientelou do 24 rokov, II. skupina klienti v RS, ktoré vykázali priemerný vek svojich klientov od 24 do 35 rokov a napokon III. skupina s klientami vo veku od 35 rokov vyššie.

## 8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

Z pohľadu hypotetického rozdelenia 19 RS do troch vekových skupín je situácia bývalých klientov z troch skupín RS v oblasti ekonomickej aktivity, resp. inaktivity ilustrovaná na obr. 8.3.6.

Obr. 8.3.6 Ekonomická aktivita/inaktivita – počty bývalých klientov v troch „skupinách“ RS.

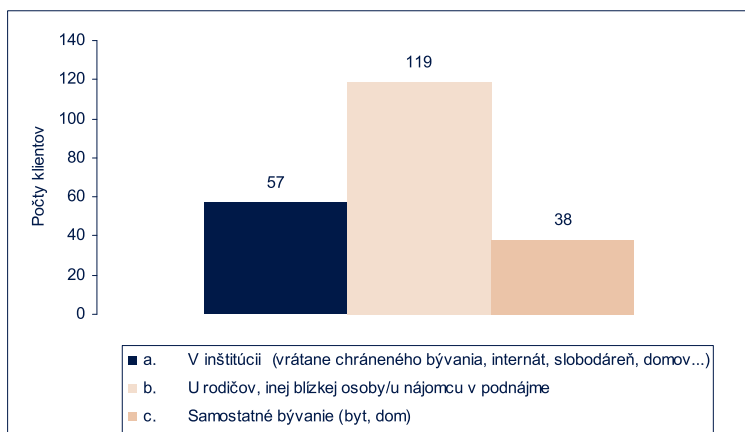


Zdroj údajov: NMCD, 2009b.

### 3) Bývanie

15 RS z 19 RS, ktorí sa prieskumu NMCD (2009b) zúčastnili, uviedlo údaje o situácii s bývaním u 214 bývalých klientov. Najviac klientov sa vrátilo k rodičom alebo inej blízkej osobe, prípadne bývajú v podnájme (55 %), zhruba pätina býva samostatne a takmer tretina (27 %) býva v inštitúcii, vrátane chráneného bývania (obr. 8.3.7).

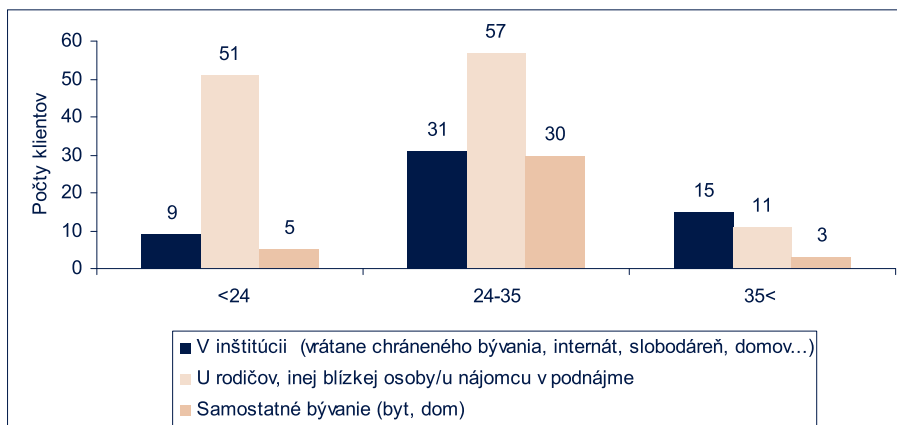
Obr. 8.3.7: Riešenie bývania po opustení RS.



Zdroj údajov: NMCD, 2009b.

Z pohľadu hypotetického rozdelenia 19 RS do troch vekových skupín je situácia bývalých klientov z troch skupín RS v oblasti bývania ilustrovaná na obr. 8.3.8.

Obr. 8.3.8: Riešenie bývania po opustení RS – počty bývalých klientov v troch „skupinách“ RS.



Zdroj údajov: NMCD, 2009b.



Výsledky prieskumu NMCD naznačujú globálny potenciál resocializačných stredísk plniť aktívne ciele sociálnej reintegrácie, aj keď sú v spektre poskytovaných služieb a programov jednotlivých RS pomerne značné diferencie.

Vyšší potenciál pre reintegráciu majú RS s mladšou klientelou do 35 rokov, ktoré poskytujú vyváženejšie služby. Koncentrácia starších klientov s výraznou prevahou problémov s alkoholom v ďalších RS modifikuje priority v činnosti týchto RS, takže dominantnou sa stáva pracovná terapia a poskytovanie sociálnych služieb. Napokon takáto špecializácia je skôr pozitívom ako negatívom a reflektuje reálne potreby.

### 8.4. Možnosti sociálnej reintegrácie poskytované vo všeobecnosti<sup>109</sup>

#### 8.4.1 Vzdelávanie, zvýšenie kvalifikácie a uplatnenie sa na trhu práce

Operačný program Zamestnanosť a sociálna inklúzia prostredníctvom svojich opatrení umožňuje realizovať aktivity aj pre cieľovú skupinu drogovu a inak závislých<sup>110</sup>.

Projekt „Podpora integrácie abstínujúcich drogovu závislých do spoločnosti prostredníctvom zvyšovania ich zamestnateľnosti“ je zatiaľ jediným známym projektom s reálnym výsledkom integrovania 31 abstínujúcich závislých občanov (alkohol, gambling) do pracovného procesu. Projekt v trvaní 15 mesiacov od septembra 2007 do 15. 12. 2008 bol programovaný do niekoľkých aktivít, ktoré osvedčili presadenie sociálneho modelu starostlivosti pred medicínskym. Aktivita s názvom: „Analýza potrieb účastníkov a tvorba individuálnych akčných plánov“, pomohla cieľovej skupine charakteristickej vysokým stupňom sociálneho vylúčenia a špecifickými osobnostnými problémami vyplývajúcimi zo závislosti, v orientácii vlastného zamerania sa na trhu práce. Výsledkom aktivity s názvom: „Vytvorené individuálne akčné plány“ bola 100 % úspešnosť. Analýza potrieb účastníkov a tvorba individuálnych akčných plánov, motivačný kurz, vzdelávanie v informačno-komunikačných technológiách, jazyková príprava, teoretická príprava pre uchádzačov o zamestnanie, tréningové aktivity najmä praktických zručností, individuálne sprevádzanie (tutoring) a podpora svojpomocných skupín (kluby abstinentov). Bola vytvorená schéma<sup>111</sup> podporovaného zamestnávania, ktorá zahŕňa poradenstvo, vedenie databáz klientov, zamestnávateľov a voľných pracovných miest, sprostredkovanie informácií klientom a zamestnávateľom, individuálnu podporu klientov. Individualizovaný prístup k jednotlivým účastníkom a tvorba vzdelávacích programov na základe analýzy osobnostného potenciálu a na základe požiadaviek pracovného trhu zaručuje primeranosť a využiteľnosť uskutočneného vzdelávania a tréningov praktických zručností. Tutoring (individuálne sprevádzanie) a organizácia stretnutí svojpomocných podporných skupín pomáhala jednotlivým členom primárnej cieľovej skupiny pri prekonávaní špecifických problémov súvisiacich s drogovou závislosťou a osobnostných bariér pri integrácii do spoločnosti a uplatnení. Počet osôb, ktoré úspešne ukončili aktivity v oblasti vzdelávania a rekvalifikácie bol vyšší, ako bolo plánované. Úspešná realizácia projektu prebehla v partnerstve so samosprávou, hl. mestom SR Bratislava a RS RETEST, RS Návrat, RS Road Tomky a ďalšími RS, liečebňami, klubmi abstinentov a ďalšími organizáciami pôsobiacimi v danej problematike (Czuczorová, E., 2009).

V roku 2008 boli zrealizované projekty v rámci grantovej schémy twinningového projektu, ktoré smerovali jednak k podpore, resp. rozšíreniu a skvalitneniu foriem pracovnej terapie v rámci resocializačného programu a súčasne ako príprava, resp. rekvalifikácia pre uplatnenie sa na trhu práce. Na ilustráciu sú uvedené niektoré z nich v priamom vzťahu k opätovnému začleňovaniu sa klientov RS do spoločnosti.

1. RS Manus, o. z. Martin – V projekte išlo o zaučenie v odbore so zameraním na košíkárstvo – úžitkové a ozdobné ako súčasť formovania životného prostredia a štýlom nadväzujúc na rozvíjanie tradícií, s následným uplatnením sa na trhu práce. Absolvent získal vedomosti z dejín tradičnej domáckej a remeselnej výroby na Slovensku, základov podnikania (ABC podnikateľa) a v praktickej príprave materiálno-výtvarného stvárnenia. Program absolvovalo 8 klientov – 60 stretnutí po 7 hodín. Výstupom sú výrobky – košíky a klienti získali Osvedčenie o absolvovaní rekvalifikačného kurzu.

<sup>109</sup> Tzv. prvá úroveň.

<sup>110</sup> Bližšie informácie je možné získať v Operačnom programe Zamestnanosť a sociálna inklúzia a tiež v Programovom manuáli pre Operačný program Zamestnanosť a sociálna inklúzia, zverejnených na stránke [www.esf.gov.sk](http://www.esf.gov.sk). V uvedených dokumentoch sa uvádzajú všeobecné podmienky pre možné uchádzanie sa o nenávratný finančný príspevok (NFP). Tieto podmienky sú bližšie špecifikované v pripravovaných výzvach na predkladanie projektov. Časový harmonogram výziev na príslušný kalendárny rok je zverejnený na internetovej stránke [www.esf.gov.sk](http://www.esf.gov.sk) alebo stránkach sprostredkovateľských orgánov Fondu sociálneho rozvoja [www.fsr.gov.sk](http://www.fsr.gov.sk) a Sociálnej implementačnej agentúry [www.sia.gov.sk](http://www.sia.gov.sk), ktoré výzvy vyhlasujú.

<sup>111</sup> Pozn. ed.: Schéma je opísaná v Publikácii o integrácii a zvyšovaní zamestnateľnosti závislých, ktorú v rámci projektu vydali v náklade 500 ks.

2. RS Nelegál, o. z. Nové Zámky – cieľom projektu bolo skvalitniť poskytované služby v RS, zlepšiť adaptáciu klientov, jednak pri uplatňovaní sa na trhu práce, ale aj pri budovaní vzťahov v rodine. V 2 kurzoch cudzieho jazyka získalo takmer 20 účastníkov kurzu certifikát o absolvovaní kurzu anglického alebo nemeckého jazyka. Ovládanie cudzieho jazyka umožní ľahšiu a prehľadnejšiu orientáciu na internete a v počítačoch vôbec. Tretím kurzom bol kurz práce s počítačom a 16 účastníkov kurzu získalo certifikát o absolvovaní počítačového kurzu.

3. RS Adam, o. z. Gbely – Adamov. Výcvik zameraný na komunikačné a sociálne zručnosti klientov (v modelových situáciách nácvik zvládnutia verbálnej a neverbálnej komunikácie a vyššia úroveň prípravy na pohovory súvisiace s uplatnením sa klienta na trhu práce).

### 8.4.2. Informácie o zabezpečení zamestnania pre cieľovú skupinu drogovu a inak závislých – opatrenia

Drogovo závislí sa podľa zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov nezaraďujú medzi znevýhodnených uchádzačov o zamestnanie. (Z toho dôvodu sa štatistické údaje týkajúce sa zamestnanosti a nezamestnanosti drogovu a inak závislých samostatne nesledujú a pre skupiny drogovu závislých neboli v roku 2008 realizované žiadne špecifické rekvalifikačné kurzy.) V intenciách tohto zákona však bolo v roku 2008 implementované vzdelávanie a príprava na trh práce pre nezamestnaných a záujemcov o zamestnanie, ktoré mohli absolvovať aj drogovu a inak závislí za predpokladu, že splnili podmienku uchádzača o zamestnanie.

### 8.4.3 Bývanie

Poskytnutie bývania ako sociálna služba spadá pod jurisdikciu zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách<sup>112</sup>, ktoré za ustanovených podmienok poskytujú obce, právnické osoby zriadené alebo založené obcou, právnické osoby zriadené VÚC alebo založené VÚC (verejný poskytovatelia sociálnych služieb) a inými osobami (neverejný poskytovatelia sociálnych služieb). Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách osobitne neupravuje podmienky poskytovania sociálnych služieb fyzickým osobám s drogovou závislosťou. (Ide teda o prvú úroveň opatrení pre vylúčené skupiny s problémom alebo bez problému závislosti).

Druh, forma a rozsah poskytovania sociálnej služby sa určuje podľa nepriaznivej sociálnej situácie a sociálne služby sa poskytujú na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb o. i. aj fyzickým osobám s drogovou a inou závislosťou v nasledujúcich zariadeniach:

**Domov na pol ceste** – na určitý čas, a to v prípade, že fyzická osoba, nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb a nemá zabezpečené ubytovanie, napr. po skončení starostlivosti v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately alebo po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody alebo z výkonu väzby.

**Zariadenie núdzového bývania – Krízové centrum** na určitý čas poskytuje sa fyzickej osobe, na ktorej je páchané násilie, fyzickej osobe, ktorá je obeťou obchodovania s ľuďmi, osamelej tehotnej žene a rodičovi alebo rodičom s deťmi, ktorí nemajú zabezpečené ubytovanie alebo nemôžu z vážnych dôvodov užívať bývanie, a fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek alebo ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a nemá zabezpečené ubytovanie alebo nemôže z vážnych dôvodov užívať bývanie.

<sup>112</sup> **Zákon definuje sociálnu službu** ako odbornú činnosť, obslužnú činnosť alebo ďalšiu činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na:

- a) prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,
- b) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,
- c) zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,
- d) riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,
- e) prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.

**Nepriaznivá sociálna situácia** podľa tohto zákona je ohrozenie fyzickej osoby sociálnym vylúčením alebo obmedzenie jej schopnosti sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy:

- a) z dôvodu, že nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb,
- b) pre svoje životné návyky alebo pre spôsob života,
- c) pre ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav,
- d) z dôvodu, že dovŕšila vek potrebný na nárok na starobný dôchodok podľa osobitného predpisu,
- e) pre výkon opatrovania fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím,
- f) pre ohrozenie správaním iných fyzických osôb alebo,
- g) z dôvodu, že sa stala obeťou obchodovania s ľuďmi.

Utvárajú sa podmienky na prípravu stravy, výdaj stravy alebo výdaj potravín, vykonávanie základnej osobnej hygieny, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva a na záujmovú činnosť.

Ďalšími zariadeniami sociálnych služieb, ktoré sa o. i. aj pre drogovú a inak závislých sú nocľaháreň a útulok.

### 8.4.4 Sociálna integrácia pre problémových užívateľov drog

Nízkoprahové programy okrem primárnych služieb typu harm-reduction (Kap. 4.) poskytujú podľa svojich kapacít klientom aj ďalšie služby na zabezpečenie elementárnych sociálnych a ekonomických potrieb. Dôležitú rolu plní aj sociálna mediácia sprostredkovaná sociálnymi pracovníkmi terénnych, nízkoprahových programov.

### 8.4.5 Iné opatrenia vo vzťahu k marginalizovaným skupinám

Ide najmä o marginalizované rómske komunity, ktoré sú postihnuté viacnásobným vylúčením. V kap. 3 sú zmienené dva základné programy smerujúce k tejto cieľovej skupine, a to:

Program podpory zdravia znevýhodnených komunít (rezort zdravotníctva) a Program sociálnej komunitnej práce v marginalizovaných komunitách (rezort práce sociálnych vecí a rodiny).

Ako komplexná a značne problematická agenda je rómska problematika predmetom činnosti osobitného útvaru splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity (Splnomocnenec pre rómske komunity bol etablovaný v roku 1999). Cieľom činnosti je zvýšiť efektivitu a koordináciu činnosti vlády pri riešení záležitostí rómskych komunít a systémových opatrení na zlepšenie postavenia a ich integráciu do spoločnosti.

## 9 Drogová kriminalita, prevencia drogovej kriminality a drogy vo väzení

K najzávažnejším sociálno-patologickým javom SR už dlhší čas (od roku 1990) patrí kriminalita. Slovensko sa podľa charakteru a úrovne kriminality môže zaradiť ku krajinám patriacim do regiónu postkomunistických krajín strednej a východnej Európy. Kriminalita v tomto regióne je odrazom spoločensko-politického, sociálno-ekonomického a historicko-kultúrneho vývoja a radikálnych zmien po roku 1989 (Michálek, A., 2009).

Uvedená kapitola komplexne rozoberá trestnoprávne aspekty súvisiace s drogami: kriminalitu z pohľadu relevantných drogových trestných činov<sup>113</sup> a iných trestných činov súvisiacich s drogami (napr. trestných činov spáchaných pod vplyvom drog a trestných činov, ktoré boli sekundárne spáchané z dôvodu drogovej závislosti). Okrem priamych ukazovateľov drogovej kriminality (trestných činov, páchatel'ov) kapitola rozoberá i oblasť prevencie drogovej kriminality, alternatív v rámci trestnoprávneho systému a podrobnejšie rozoberá problematiku drog vo väzení.

V kontexte tejto správy pojem „drogová kriminalita“ a relevantné drogové trestné činy zahŕňajú: nedovolené prechovávanie drogy<sup>114</sup> pre vlastnú potrebu (§ 171 NTZ/§ 186 STZ); nedovolenú výrobu, obchodovanie alebo prechovávanie drogy (§ 172 NTZ/187 STZ); nedovolenú výrobu, respektíve zadováženie predmetu určeného na výrobu drogy (§ 173 NTZ/§ 188 STZ) a šírenie toxikománie (§ 174 NTZ/§ 188 a STZ). Samostatné užívanie drog nie je v Trestnom zákone SR kvalifikované ako trestný čin.

Drogová kriminalita je analyzovaná z pohľadu spáchaných trestných činov a stíhaných/obžalovaných/odsúdených páchatel'ov, ktorých centrálnu štatistiku vykonáva MV SR, GP SR a MS SR. V roku 2008 GP poskytla prvú oficiálnu štatistiku obžalovaných za relevantné drogové paragrafy NTZ/STZ, v rozdelení podľa druhu drogy (MV SR a MS SR poskytlo prvú ucelenú štatistiku trestných činov a páchatel'ov, podľa druhu drogy v roku 2007).

### 9.1 Drogová kriminalita

#### 9.1.1 Drogová kriminalita podľa MV SR/PPZ

Táto časť správy je založená na informáciách čerpaných zo štatistického systému Prezídia policajného zboru (PPZ) a Správy (MV SR) o bezpečnostnej situácii v SR z aspektu drogovej kriminality za rok 2008<sup>115</sup>.

##### 9.1.1.1 Štruktúra drogových trestných činov a páchatel'ov

V tejto časti sa vychádza zo Správy MV SR o bezpečnostnej situácii v SR z aspektu drogovej kriminality za rok 2008.

V roku 2008 pokračoval rastúci trend v páchaní drogovej kriminality, svedčí o tom nárast počtu drogových trestných činov na úroveň 2259 (o 124 prípadov viac ako v roku 2007 a až o 537 viac ako v roku 2006) a tiež mierny nárast počtu stíhaných páchatel'ov na úroveň 1750 (oproti roku 2007 ide o nepatrný nárast o 33 osôb, kým oproti roku 2006 počet stíhaných vzrástol až o 494 osôb). V sledovanom roku mierne vzrástol i počet cudzincov stíhaných v súvislosti s relevantnými drogovými paragrafmi – z 39 páchatel'ov (2007) na 42 páchatel'ov. Išlo predovšetkým o občanov ČR (16), Maďarska (6), Rumunska (3) a Ukrajiny (3).

Podľa štatistických údajov MV SR sa na drogovej kriminalite v roku 2008 najvýraznejšie podieľali páchatelia vo vekovej skupine 18 – 30 rokov, ich podiel na celkovom počte stíhaných predstavoval 69 %. Podiel mladistvých, ktorí v roku 2008 spáchali drogový trestný čin predstavoval (rovnako ako v roku 2006) – 8 %. V roku 2008 polícia začala<sup>116</sup> trestné stíhanie voči 3 deťom vo veku do 14 rokov, ide o najnižší počet za posledné tri roky (9 detí v roku 2007 a 5 detí v roku 2006). Číselné vyjadrenie stíhaných páchatel'ov (2006 – 2008), v zmysle relevantných drogových paragrafov, podľa vekových skupín znázorňuje nasledujúci obr. 9.1.

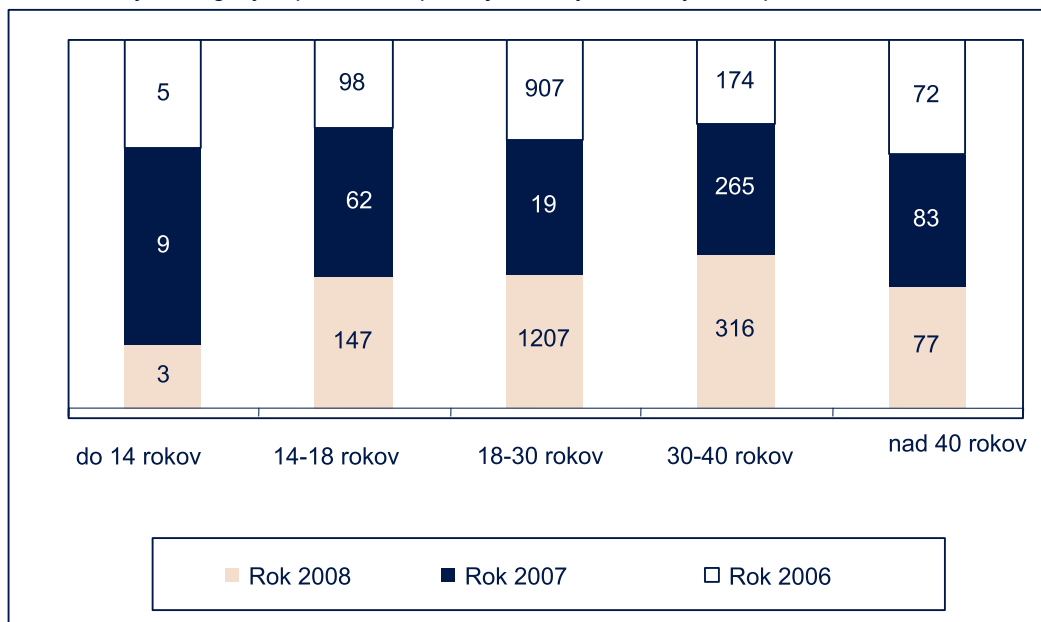
<sup>113</sup> § 171 – § 174 NTZ č. 300/2005 Z. z. a ekvivalentné § 186, § 187, § 188a § 188a STZ č. 140/1961 Z. b.

<sup>114</sup> Termín droga, v zmysle Trestného zákona (č. 300/2005 Z. z.), zahŕňa akúkoľvek omamnú látku, psychotropnú látku, jed alebo prekurzor.

<sup>115</sup> Uvedený materiál MV SR bol predložený na rokovanie VMDZKD v marci 2008.

<sup>116</sup> a ukončila, nakoľko nedosiahli vek trestnoprávnej zodpovednosti – 14 rokov.

Obr. 9.1.1: Počet stíhaných drogových páchatel'ov podľa jednotlivých vekových skupín za obdobie 2006 – 2008.



Zdroj: MV SR, 2009.

Poznámka: V rámci NTZ účinného od 1. 1. 2006, sa znížila dolná hranica trestnej zodpovednosti, z pôvodných 15 rokov na 14 rokov.

### 9.1.1.2 Drogové trestné činy a stíhaní páchatelia, podľa druhu drogy

MV SR po tretíkrát sledovalo druh drogy (pri § 171 – 174 NTZ) vo svojom štatistickom systéme. Z celkového počtu evidovaných trestných činov (2259) a stíhaných páchatel'ov (1750), bol konkrétny druh drogy zaznamenaný pri 1 258 trestných činoch a 928 stíhaných páchatel'och<sup>117</sup>.

Podiel a spektrum drog, v súvislosti s ktorými boli v roku 2008 spáchané trestné činy, respektíve stíhaní páchatelia – nezaznamenal výrazný posun oproti minulému roku (pozri Správu 2007, kap. 8.2.1). Podobne ako v predchádzajúcich rokoch bola najzneužívanejšou drogou – marihuana, svedčí o tom viac ako polovica spáchaných trestných činov<sup>118</sup> (735) a stíhaných páchatel'ov<sup>119</sup> (468). Druhou najčastejšie zneužívanou drogou bol pervitín, ktorý sa podieľal takmer na štvrtine trestných činov (307) a v súvislosti s ním bola stíhaná takmer tretina páchatel'ov (285). Heroín s 11,8 % podielom na trestných činoch a 13,3 % podielom medzi stíhanými páchatel'mi bol treťou najfrekvencovanejšou drogou. Podiel ostatných druhov drog z pohľadu trestných činov a stíhaných páchatel'ov nepresiahol 2 % (pozri obr. 9.2 a obr. 9.3).

Podľa údajov PPZ, spáchalo 7 osôb trestný čin v súvislosti s „prekurzormi a inými drogami“, z toho voči 6 osobám bolo začaté trestné stíhanie za nezákonnú výrobu a obchodovanie s efedrínom/pseudoefedrínom a 1 osobu polícia stíhala za obchodovanie s metadónom.

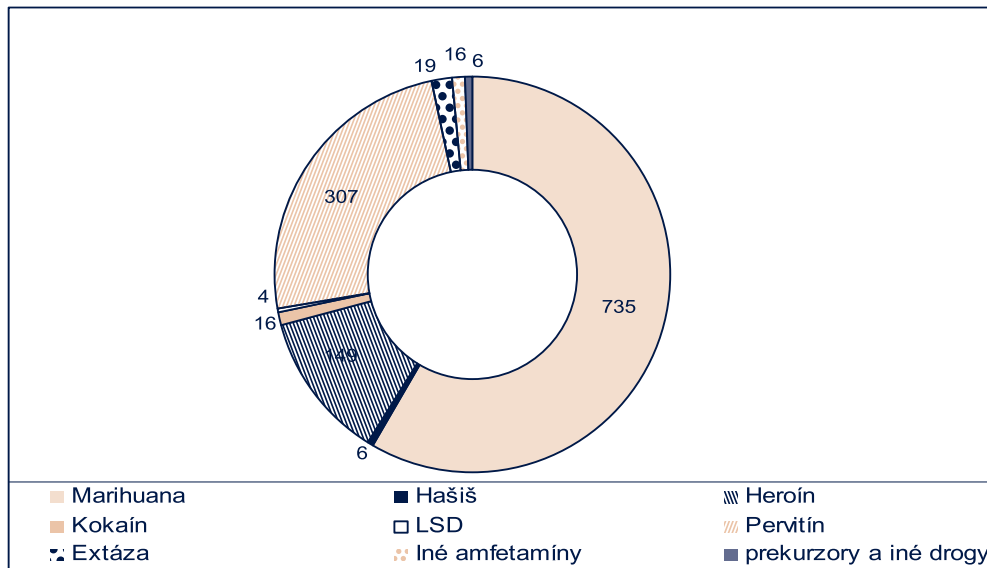
<sup>117</sup> V prípade 44 % trestných činov a 37 % páchatel'ov, policajt – dokumentujúci prípad, neuviedol konkrétny druh drogy.

<sup>118</sup> Z celkového počtu spáchaných trestných činov (2008) v zmysle § 171 – 174 NTZ, evidovaných podľa druhu drogy (1258).

<sup>119</sup> Z celkového počtu stíhaných páchatel'ov (2008) za drogové trestné činy, evidovaných podľa druhu drogy (928).

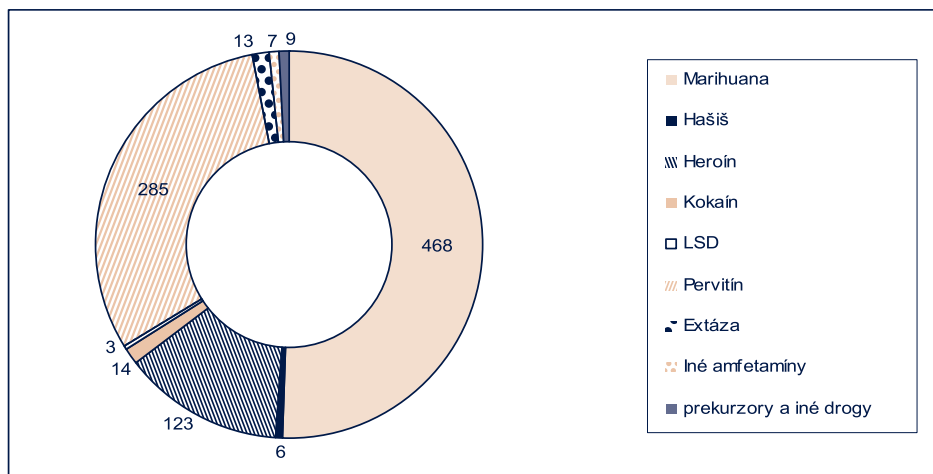
## 9 Drogová kriminalita, prevencia drogovej kriminality a drogy vo väzení

Obr. 9.1.2: Trestné činy v zmysle § 171 – 174 NTZ , podľa druhu drogy v roku 2008.



Zdroj: PPZ, 2009.

Obr. 9.1.3: Stíhaní páchatelia v zmysle § 171 – 174 NTZ , podľa druhu drogy v roku 2008.



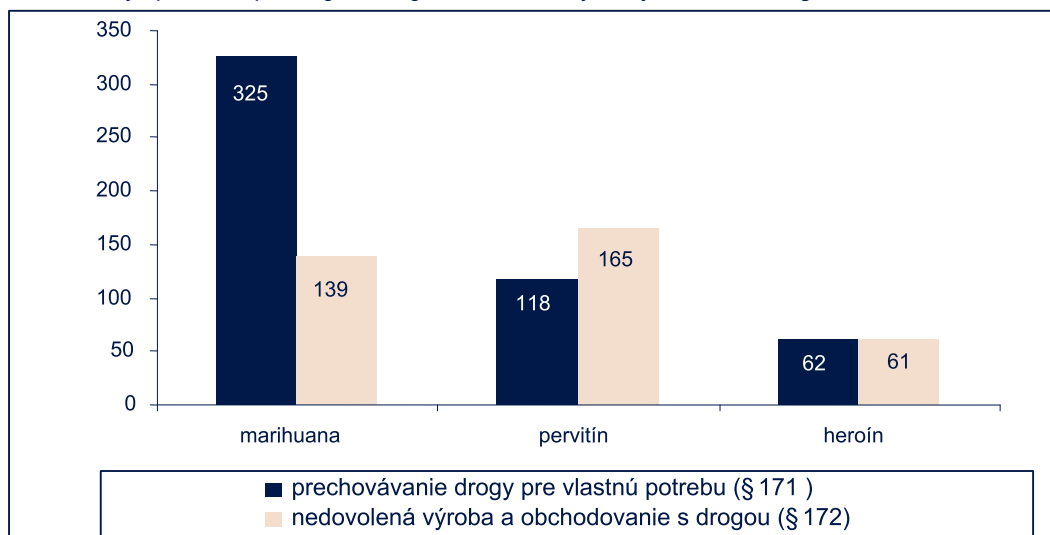
Zdroj: PPZ, 2009.

Pozn.: Na rozdiel od predchádzajúcej správy, v tejto správe je v grafoch 9.2 a 9.3 vypustená početne najväčšia skupina kategorizovaná v štatistickom systéme PPZ „iné prekurzory“. Uvedená skupina zahŕňa okrem prekurzorov aj prípady neidentifikovaných látok, čo mohlo výrazne ovplyvňovať výsledný obraz.

Trestný čin prechovávanie drogy pre vlastnú potrebu – § 171 NTZ, bol v roku 2008 najčastejšie vznesený políciou v prípadoch súvisiacich s marihuanou. Naopak trestný čin nedovolennej výroby a obchodovania s drogou – § 172 NTZ, prevládal v prípadoch súvisiacich s pervitínom, dokonca predstihol i marihuanu (pozri obr. 9.4).



Obr. 9.1.4: Trestné činy spáchané podľa § 171 a § 172 / NTZ, u vybraných druhov drog v roku 2008.



Zdroj: PPZ, 2009.

### 9.1.1.3 Drogová kriminalita podľa krajov

V tejto časti sa vychádza zo Správy MV SR o bezpečnostnej situácii v SR z aspektu drogovej kriminality za rok 2008.

Nárast celkového počtu drogových trestných činov (2259) a stíhaných páchatel'ov (1750) sa v roku 2008, najviac odrazil na situácii v Trnavskom kraji a tiež v Žilinskom a Banskobystrickom kraji. V Trnavskom kraji sa takmer zdvojnásobil počet drogových trestných činov (o 40,1 % viac ako v roku 2007) a o viac ako jednu tretinu sa zvýšil i počet stíhaných páchatel'ov (o 35,1 % viac ako v roku 2007).

Naopak pokles zaznamenal Bratislavský kraj, v ktorom sa znížil počet trestných činov oproti roku 2007 o cca 5 % a súčasne aj počet páchatel'ov o cca 15 %. Podľa štatistických údajov MV SR sa drogová kriminalita znížila tiež v Prešovskom kraji (pozri tab. 9.5).

Tab. 9.1.1: Počet drogových trestných činov a stíhaných páchatel'ov podľa krajov v rokoch 2006 – 2008.

Kraj	Počet trestných činov			Počet stíhaných páchatel'ov		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Bratislavský	1055	1222	1161	750	969	824
Trnavský	195	249	416	107	170	262
Trenčiansky	64	125	123	44	88	122
Nitriansky	131	218	210	116	166	200
Žilinský	57	77	108	34	66	102
Banskobystrický	131	127	143	111	115	133
Prešovský	35	56	29	30	66	42
Košický	54	61	69	64	77	65
Spolu	1722	2135	2259	1256	1717	1750

Zdroj: MV SR (Správa o bezpečnostnej situácii z aspektu drogovej kriminality za rok 2008), marec 2009.

### 9.1.2 Drogová kriminalita podľa GP SR

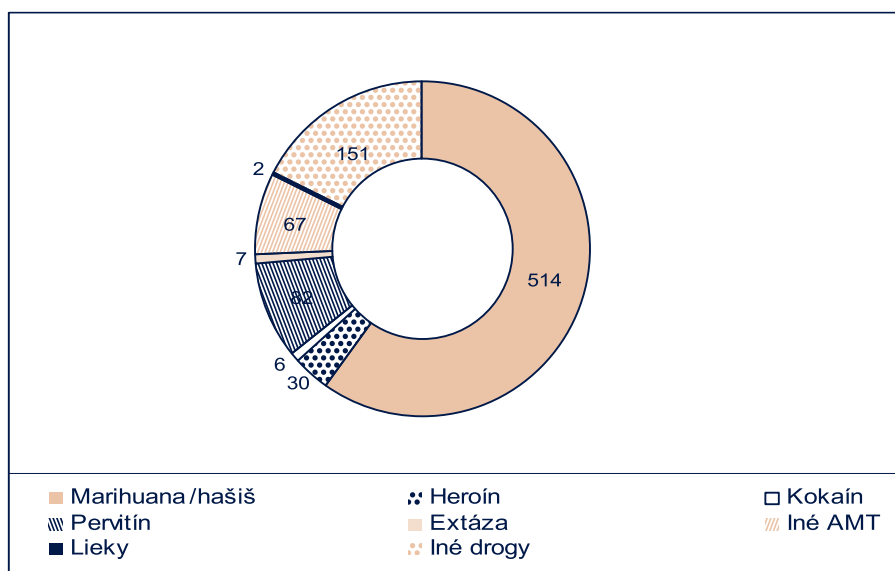
GP primárne eviduje vo svojom štatistickom systéme počet osôb, u ktorých bolo ukončené trestné stíhanie (vznesením obžaloby, uzavretím dohody o vine a treste, schválením zmiernu a podmieneným zastavením trestného stíhania) a počet obžalovaných a odsúdených – podľa konkrétnych paragrafov NTZ a STZ.

Od roku 2008 vedie GP SR prvé oficiálne sledovanie druhu drogy vo svojom štatistickom systéme.

V roku 2008 prokuratúra ukončila trestné stíhanie voči 1965 drogovým páchatelom<sup>120</sup>, pričom u takmer polovici ukončila trestné stíhanie vznesením obžaloby – spolu 971 osobám<sup>121</sup>. Z celkového počtu obžalovaných za drogovú trestnú činnosť (971) bol druh drogy uvedený v 859 prípadoch (88,4 %). Za prechovávanie pre vlastnú potrebu bolo obžalovaných celkom 640 osôb, kým za výrobu a obchodovanie o viac ako polovicu menej – 309. Uvedenú bilanciu mohla ovplyvniť legislatívna zmena Trestného zákona platná od 1. 1. 2006, ktorou sa zvýšilo množstvo zodpovedajúcej dávky OLPL pre vlastnú potrebu – z max 1-násobku jednorazovej dávky (podľa § 89 ods.12 a § 186 STZ) na max. 3-násobok až 10-násobok jednorazovej dávky (podľa § 135 a § 171 NTZ).

Viac ako polovica obžalovaných za drogovú trestnú činnosť bola v roku 2008 stíhaná v súvislosti s marihuanou (52,9 %) – podobne ako v prípade stíhaných podľa PPZ (50,4 %) a odsúdených podľa MS SR (53,2 %). Nasledujúci obr. 9.5 znázorňuje počet obžalovaných (2008) za relevantné drogové paragrafy NTZ/STZ, podľa druhu drogy.

Obr. 9.1.5: Obžalovaní podľa § 171 – 174 NTZ a ekvivalentné § 186 – 188a STZ, podľa druhu drogy, v roku 2008.



Zdroj: GP SR, 2009.

Pozn.: Skupina „iných drog“ zahŕňa všetky ostatné bližšie nešpecifikované druhy drog, ktoré neboli uvedené v záznamovom hárku GP SR o trestnom čine/páchatelovi.

Z celkového počtu obžalovaných za drogové trestné činy súvisiace s marihuanou (514) bol najvyšší podiel: za prechovávanie drogy pre vlastnú potrebu – vyše 73 % (373 obžalovaných). Naopak z celkového počtu obžalovaných za drogové trestné činy súvisiace s pervitínom (82), bol najvyšší podiel: za neoprávnenú výrobu, obchodovanie a prechovávanie drogy – vyše 69 % (54 obžalovaných).

### 9.1.3. Drogová kriminalita podľa MS SR

Ministerstvo spravodlivosti (MS SR) eviduje vo svojom štatistickom systéme počet odsúdených, podľa jednotlivých paragrafov NTZ a STZ. Hoci NTZ je v platnosti už tretí rok, (od 1. 1. 2006) ešte aj v roku 2008 sa vyskytli ojedinelé prípady, pri ktorých boli osoby odsúdené v zmysle STZ (platného do 31. 12. 2005), z dôvodu

<sup>120</sup> Z toho: 1842 osobám v zmysle § 171 – 174 NTZ a 123 osobám v zmysle § 186 – 188a STZ.

<sup>121</sup> Z toho: 898 osobám za § 171 – 174 NTZ a 73 osobám za § 186 – 188a STZ.

dlhodobého i niekoľkoročného pojednávania niektorých prípadov. Reálny obraz o celkovej drogovej kriminalite preto podobne ako v roku 2006 a 2007 predstavuje súčet odsúdených za relevantné drogové paragrafy NTZ a STZ.

V roku 2008 bolo v súvislosti s drogovou kriminalitou odsúdených spolu 912 osôb<sup>122</sup>, čo predstavuje oproti roku 2007 nárast o 16 %, (oproti roku 2006 nárast o 26,3 %). Počet odsúdených mladistvých (vo veku 14 až 18 rokov) sa zvýšil až na 75 osôb, kým v roku 2007 (- 24) a v roku 2006 (- 25). V roku 2008 súd odsúdil jedného 14-ročného páchatel'a za prechovávanie drogy pre vlastnú potrebu.

Odsúdeným za drogovú trestnú činnosť (2008) súdy najčastejšie (až v 2/3 prípadov) uložili podmienený trest odňatia slobody (66,6 %), za ním nasledovali: nepodmienečný trest odňatia slobody (22 %), peňažný trest (8 %) a iné samostatne uložené tresty (1,5 %). Trest väzenia bol uložený najmä páchatel'om odsúdeným za nedovolenú výrobu a obchodovanie (59,2 %), naopak na podmienený trest odňatia slobody boli odsúdene prevažne osoby, ktoré prechovávali OLPL pre vlastnú potrebu (56,9 %). Súdy (2008) upustili od potrestania u 16 drogových páchatel'ov – z toho 8 mladistvých (pozri tab. 9.6).

Tab. 9.1.2: Tresty uložené odsúdeným za relevantné drogové paragrafy NTZ/STZ v roku 2008.

Tab. 3.1.2: Tresty uložené odsúdeným za porušenie drogovej paragrafy NTZ/STZ v roku 2000:

§ NTZ/STZ	(n) odsúdení	Uložené tresty				Upustené od potrestania
		NEPO trest	PO trest	peňažný trest	iné tresty	
Odsúdení podľa NTZ (300/2005 Z. z.)						
§ 171	511	77	338	68	13	15
§ 172	328	110	213	5	0	0
§ 173	7	2	4	0	1	0
§ 174	12	1	11	0	0	0
Odsúdení podľa STZ (140/1961 Z. b.)						
§ 186	10	2	8	0	0	0
§ 187	44	9	34	0	0	1
§ 188	0	0	0	0	0	0
§ 188a	0	0	0	0	0	0
Spolu	912	201	608	73	14	16

Zdroj: MS SR, 2009.

Poznámka: NEPO – nepodmienečný trest, PO – podmienený trest.

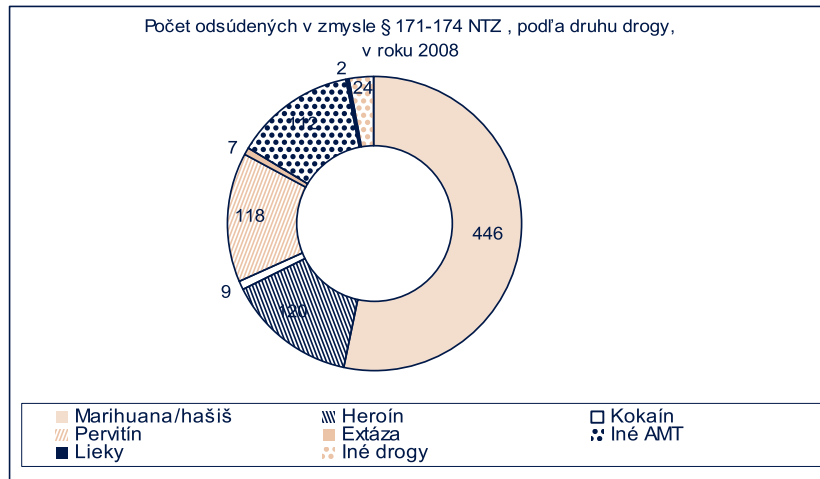
MS SR viedlo v roku 2008 v poradí druhé štatistické sledovanie odsúdených (§ 171 – 174 NTZ), podľa druhu drogy. Z celkového počtu odsúdených páchatel'ov (912) bol druh drogy špecifikovaný v 838 prípadoch (92 %).

Najčastejšie boli páchatelia odsúdení za trestné činy súvisiace: s marihuanou (53,2 %), heroínom (14,3 %) a pervitínom (14,1 %) – oproti roku 2007 vzrástol podiel odsúdených s týmto druhom drogy až o 51,3 % (číselné vyjadrenie znázorňuje obr. 9.6). V súvislosti s inými amfetamínmi sa počet odsúdených viac než strojnásobil (z 33 osôb – v roku 2007 až na 112 osôb – v roku 2008).

<sup>122</sup> počet odsúdených zahŕňa odsúdených v zmysle STZ (54) + odsúdených v zmysle NTZ (858).

## 9 Drogová kriminalita, prevencia drogovej kriminality a drogy vo väzení

Obr. 9.1.6: Počet odsúdených za § 171 – 174 NTZ podľa druhu drogy, v roku 2008.

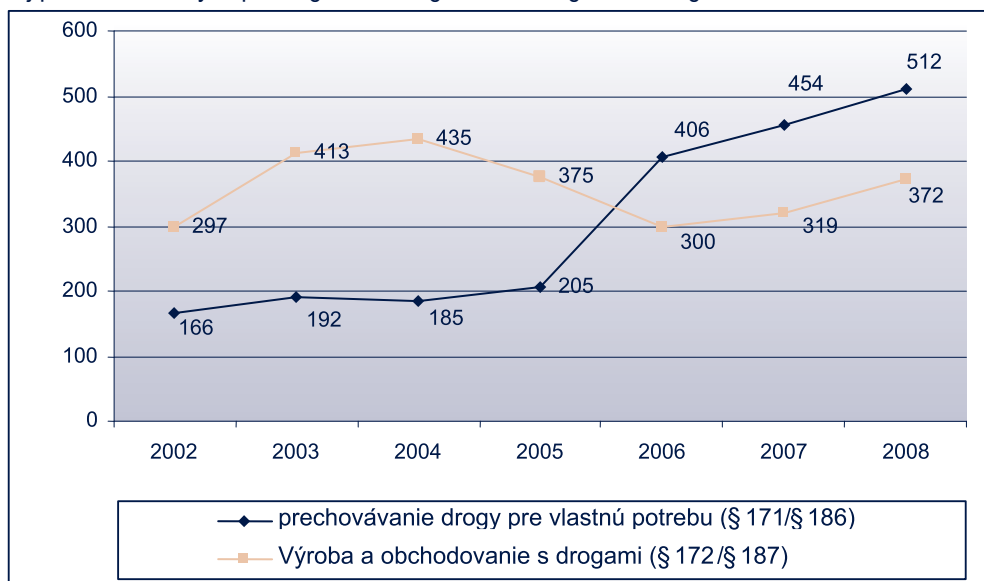


Zdroj: MS SR, 2009.

Poznámka: Do kategórie „Iné drogy“ spadajú všetky ostatné bližšie nešpecifikované drogy.

Od roku 2006 kontinuálne rastie počet odsúdených za prechovávanie drogy pre vlastnú potrebu (§ 171/NTZ a § 186/STZ) a tiež za výrobu, obchodovanie s drogami (§ 172/NTZ a § 187/STZ) – pozri obr. 9.7.

Obr. 9.1.7: Vývoj počtu odsúdených podľa § 171 NTZ/§ 186 STZ a § 172 NTZ/§ 187 STZ za obdobie 2002 – 2008.



Zdroj: MS SR, 2009.

Pozn.: Po rok 2005 zahŕňalo prechovávanie OLPL pre vlastnú potrebu – § 186 STZ a výroba, obchodovanie a prechovávanie OLPL – § 187 STZ. Od roku 2006, kedy vstúpil do platnosti NTZ, ide o súčet relevantných paragrafov (§ 171 NTZ + § 186 STZ a § 172 NTZ + § 187 STZ).

### 9.2 Iné s drogami súvisiace trestné činy/sekundárna drogová kriminalita

V tejto časti sa vychádza z údajov získaných z trestnoprávných inštitúcií: MV SR (PPZ), GP SR a MS SR.

MS SR sekundárne eviduje vo svojom štatistickom systéme trestné činy aj podľa osobitného dôvodu ich spáchania. Uvedený dôvod je štandardne zaznamenávaný v štatistickom liste T, konkrétne v položke č. 30, pri ktorej sa ako 11. dôvod spáchania trestného činu uvádza drogová závislosť.

Podľa údajov MS SR bola v roku 2008 drogová závislosť uvedená ako dôvod spáchania trestného činu: krádeže (9), nebezpečného vyhrážania (8), marenia výkonu úradného rozhodnutia (7), útoku na verejného činiteľa (3), lúpeže (2), vydierania (2), ublíženia na zdraví (2), úverového podvodu (2), poškodzovania cudzej veci (2), porušovania domovej slobody (2) a jednorazovo v prípadoch ako vydieračský únos, podplácanie, výtržníctvo a falšovanie a pozmeňovanie identifikačných údajov vozidla.

Pre porovnanie, „drogová závislosť“ bola najčastejšie uvedená ako hlavný motív spáchania relevantných drogových trestných činov – v roku 2008 takto súdy odsúdili 409 osôb.

### 9.2.1 Pranie špinavých peňazí

V SR nadväzuje právna úprava legalizácie príjmov z trestnej činnosti (§ 233 NTZ) na Dohovor o praní špinavých peňazí, prijatý 8. novembra 1990 v Štrasburgu. Trestný zákon umožňuje postih legalizácie príjmov z trestnej činnosti v nadväznosti na zákon č. 297/2008 o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním terorizmu (Čentěš, J., 2009). V SR neexistuje samostatný paragraf ktorý by sa špecificky zaoberal legalizáciou príjmov z drogovej trestnej činnosti, avšak trestný postih takýchto páchatelov je možný prostredníctvom ustanovenia § 233/4b. Uvedený paragraf umožňuje postih páchatel<sup>123</sup>, ak spácha daný trestný čin vo vzťahu k veciam pochádzajúcim z obchodu s OLPL, jadrovými alebo vysokorizikovými chemickými látkami, zbraňami a ľuďmi alebo z iného obzvlášť závažného zločinu. Podľa údajov PPZ nebol v roku 2008 evidovaný žiadny prípad trestného činu kvalifikovaného podľa § 233/4b.

### 9.2.2 Trestná činnosť spáchaná pod vplyvom drog

MS SR spracováva tiež štatistiku odsúdených, ktorí spáchali trestný čin pod vplyvom legálnej/nelegálnej drogy, prostredníctvom § 289/NTZ, resp. § 201/STZ „ohrozenia pod vplyvom návykovej látky“. Spáchanie trestného činu pod vplyvom inej návykovej látky ako je alkohol sleduje vo svojom štatistickom systéme aj GP.

V roku 2008 bolo za spáchanie trestných činov pod vplyvom inej návykovej látky (s výnimkou alkoholu) odsúdených 406 osôb, čo z celkového počtu odsúdených v danom roku (28 681) predstavuje podiel 1,42 % (podobne ako v roku 2007 – 1,46 %). Viac ako tretina odsúdených pochádzala z Bratislavského kraja (157), naopak najmenej odsúdených (12) zo Žilinského a Prešovského kraja (Štatistická ročenka MS SR, 2009).

GP evidovala v roku 2008<sup>124</sup> 283 osôb, ktorým bolo ukončené trestné stíhanie v súvislosti so spáchaním trestného činu pod vplyvom inej návykovej látky ako alkoholu (z toho bolo 37 mladistvých), kým v roku 2007 o 20 osôb menej (263). Prokuratúra z uvedeného počtu stíhaných (283) obžalovala 163 osôb, (z toho 156 za obzvlášť závažný trestný čin<sup>125</sup>).

## 9.3 Prevencia drogovej kriminality

### 9.3.1 Prevencia a pomoc užívateľom drog vo väzení

Významným dlhodobým projektom ZVJS v oblasti prevencie drogovej kriminality sú tzv. bezdrogové zóny, v 6 väzenských ústavov SR (pozri tab. 9.7). Do bezdrogovej zóny sa prednostne umiestňuje odsúdený, ktorý neužíval drogy, ďalej ten, kto s drogou neobchodoval avšak drogu užíval a odsúdený, ktorý absolvoval dobrovoľné liečenie drogových závislostí alebo súdom nariadené liečenie.

<sup>123</sup> Trest odňatia slobody na 12 – 15 rokov.

<sup>124</sup> z celkového počtu osôb, ktorým bolo ukončené trestné stíhanie (51 029).

<sup>125</sup> Ide o zločin, pri ktorom je ustanovená minimálna dolná hranica trestnej sadzby 10 rokov.

## 9 Drogová kriminalita, prevencia drogovej kriminality a drogy vo väzení

Tab. 9.3.1: Bezdrogové zóny v ústavoch na výkon trestu odňatia slobody a v otvorených oddeleniach, v roku 2008.

Bezdrogová zóna	Počet miest
ÚVTOS Košice – Šaca	54
ÚVTOS pre ml. Sučany	18
ÚVTOS Nitra – Chrenová	15
OO Opatovce	56
OO Prešov	191
ÚVTOS Želiezovce	33
Spolu	367

Zdroj: ZVJS, 2009.

Zaobchádzanie v bezdrogovej zóne je zamerané na:

- „primárnu prevenciu“ zneužívania návykových látok u odsúdených, ktorí neužívali drogy, ale je možné ich považovať za ohrozených, vzhľadom na sklon ku konformite a napodobňovaniu,
- „sekundárnu prevenciu“ pre odsúdených, ktorí už užívali drogy a hrozí nebezpečenstvo opätovného zneužívania návykovej látky.

Tab. 9.3.2: Realizované preventívne aktivity pre drogovu závislých v rámci jednotlivých ústavov v roku 2008.

Ústavy ZVJS	Prednášky/ besedy	Sociálno-psych. výcvik	Relaxácie	Športové aktivity
B. Bystrica	14	-	-	-
B. Bystrica – Kráľová	17	31	51	48
Bratislava	3	2	-	-
Dubnica	4	2	-	-
Hrnčiarovce	4	-	-	-
Ilava	2	-	-	-
Košice	4	-	-	-
Košice – Šaca	34	-	-	115
Leopoldov	43	28	2	20
Levoča	4	-	-	-
Nitra	-	-	-	-
Nitra – Chrenová	9	3	-	-
Prešov	27	2	-	78
Ružomberok	2	-	-	-
Sučany	293	52	121	48
Trenčín	26	-	-	-
Želiezovce	24	30	-	-
Žilina	-	-	-	-

Zdroj: ZVJS, 2009.

Pozn.: Tabuľka má charakter názornej ukážky a nemusí verne odrážať reálny stav, nakoľko niektoré ústavy tieto štatistiky v podobnej forme nevedú, inde sa môžu do určitej miery prekryvať aktivity pre drogovu závislých s aktivitami pre ostatných odsúdených. Preto by bolo aj značne obtiažne vyjadriť pomer aktivít určených iba drogovu závislým v porovnaní s aktivitami pre ostatných odsúdených.



### 9.3.2 Penitenciárna a postpenitenciárna starostlivosť

Výkon probácie a mediácie upravuje zákon č. 550/2003 Z. z o probačných a mediačných úradníkoch, ktorý je účinný od 1. januára 2004. Tento zákon sa viaže na základné právne kódexy (Trestný zákon a Trestný poriadok) a rovnako upravuje profesijné podmienky za akých je možné vykonávať probáciu a mediáciu.

Štatistické hodnotenie vychádza z dotazníkového prieskumu MS SR, ktorého sa zúčastnilo 52 z 53 okresných súdov Slovenskej republiky v danom roku.

V roku 2008 bolo v Slovenskej republike celkovo pridelených na probáciu 7 276 vecí, t. j. o 5 % viac ako v roku 2007 (6 938). Prípady drogových trestných činov zahŕňali spolu 601 prípadov, čo z celkového počtu pridelených vecí na probáciu v roku 2008 predstavovalo porovnateľný podiel s rokom 2007 – vyše 8 %. Najviac probácií v súvislosti s drogovou kriminalitou bolo pridelených v Bratislavskom kraji (hoci v porovnaní s rokom 2007 počet podaní poklesol o 12 prípadov) a naopak najmenej podaní zaznamenal Košický kraj (pozri tab. 9.3.3).

Tab. 9.3.3: Počet pridelených vecí na probáciu, v zmysle § 171 – 174 NTZ a § 186 – 188a STZ, (2007 – 2008).

Krajský súd	Probácia (2007)		Probácia (2008)	
	§ 171 – 174 NTZ	§ 186 – 188 STZ	§ 171 – 174 NTZ	§ 186 – 188 STZ
Bratislava	422	50	422	38
Trnava	24	3	23	2
Trenčín	6	5	16	1
Nitra	14	6	9	7
Žilina	11	9	18	1
Banská Bystrica	24	4	23	9
Prešov	8	2	17	2
Košice	18	1	7	6
Σ	527	80	535	66

Zdroj: MS SR (Mrázek, P.), 2009.

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

### 9.4. Drogy vo väzení

Štatistika ZVJS je súčasťou centrálnej štatistiky MS SR (Správa 2008, kap.11).

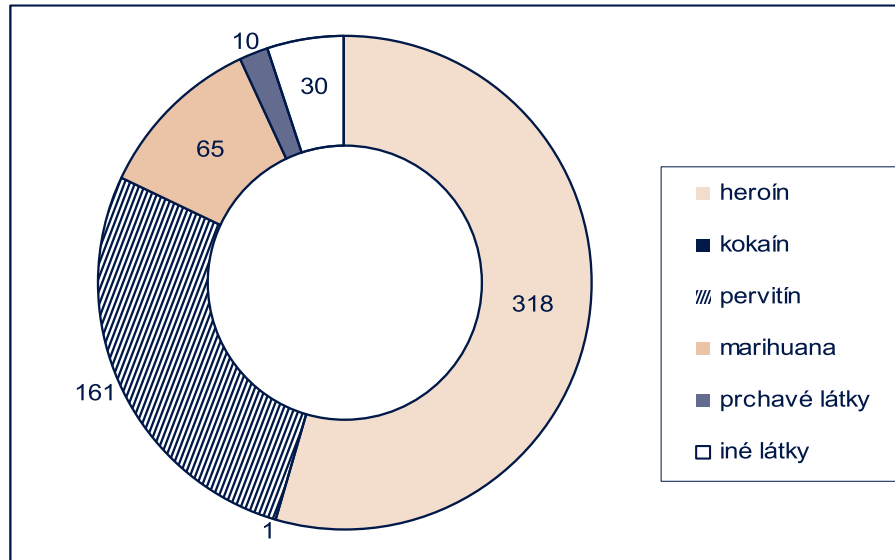
V roku 2008 bolo v zariadeniach Zboru väzenskej a justičnej stráže umiestnených spolu 8 549 obvinených a odsúdených, z ktorých 996 osôb (11,65 %) deklarovalo užívanie primárnych drog pred nástupom výkonu väzby, respektíve výkonu trestu odňatia slobody (v roku 2007 bol porovnateľný podiel 11,93 %).

Najväčší počet drogovovo závislých evidoval ÚVV a ÚVTOS v Leopoldove (176), naopak najnižší počet bol zaznamenaný v ÚVV v Levoči (1).

Užívanie primárnych drog pred nástupom do väzenia bolo pri vstupných prehliadkach potvrdené u 651 osôb, v porovnaní s rokom 2007 ide o pokles užívania drog vo väzenskej populácii (- 97 osôb). Najčastejšie užívanou nelegálnou drogou (2008) bol podobne ako v roku 2007 heroín, za ktorým nasledoval pervitín a marihuana (pozri obr. 9.4.1). Z aplikačných foriem výrazne dominovala intravenózna forma (372), za ňou nasledovalo: fajčenie (111), iné bližšie nešpecifikované aplikačné formy (81), orálna aplikácia (74) a šnupanie (13).

## 9 Drogová kriminalita, prevencia drogovej kriminality a drogy vo väzení

Obr. 9.4: Spektrum primárnych drog, ktoré obvinení/odsúdení užívali pred nástupom do väzenia (2008).



Zdroj: ZVJS, 2009.

Piaty rok sa v podmienkach ZVJS realizoval skríning na prítomnosť drog v moči. V roku 2008 bolo do testovania zapojených celkom 1333 obvinených/odsúdených<sup>126</sup> (o 1935 osôb menej ako v roku 2007). Pozitívita sa potvrdila v 325 prípadoch, čo oproti roku 2007 predstavuje až takmer 65 % nárast<sup>127</sup>. V 5 ústavoch ZVJS nebol identifikovaný žiaden pozitívny prípad<sup>128</sup>. V prípade pozitívnych výsledkov boli najčastejšie identifikované: benzodiazepíny (113), marihuana (60), opiáty (31) a následne barbituráty (24), amfetamíny (23) a iné látky (24).

### 9.5 Opatrenia vo vzťahu k zdravotným dôsledkom užívania drog

Na psychiatrických oddeleniach zboru absolvovalo (2008) súdom nariadenú ochrannú liečbu 439 odsúdených (o 11 prípadov menej ako v roku 2007) a dobrovoľnú protialkoholickú a protitoxikomanickú liečbu absolvovalo 49 odsúdených (o 4 prípady menej ako v roku 2007).

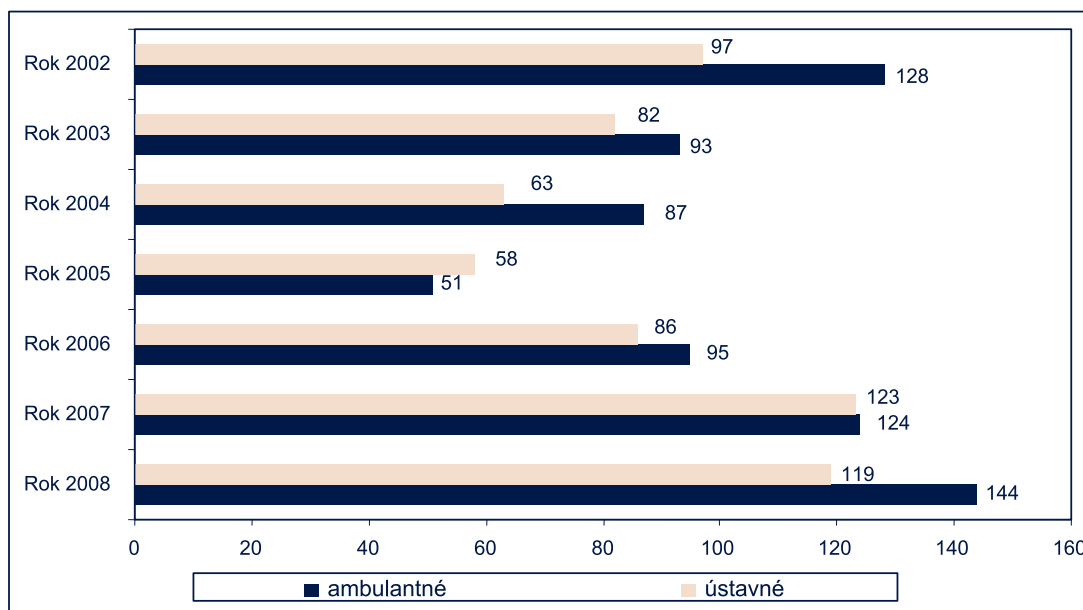
Hoci vykonateľnosť súdom nariadenej protialkoholickej a protitoxikomanickej liečby mierne klesá, vývoj situácie v oblasti samostatnej protitoxikomanickej liečby (ambulantnej a ústavnej) rastie od roku 2005, pričom v roku 2008 dosiahla úroveň poskytnutej protitoxikomanickej – ambulantnej liečby najvyšší podiel za posledných 7 rokov – 144 osôb (pozri obr. 9.5.1).

<sup>126</sup> Ide predovšetkým o osoby ktoré po 1-krát nastúpili do VV a do VTOS a v rámci vstupného vyšetrenia uviedli užívanie drog alebo skúsenosť s nimi pred uväznením a tiež osoby, u ktorých je akékoľvek podozrenie na prítomnosť drogy pri nástupe alebo počas výkonu väzby (napr. osoby obvinené/odsúdené za relevantné drogové trestné činy).

<sup>127</sup> Nárast pozitívnych prípadov mohla ovplyvniť nová testovacia metóda, pri ktorej sa upúšťa od testovania na 1 detekčnú látku, ale vo väčšej miere sa využívajú multidetekčné testovacie kazety na zistenie prítomnosti viacerých zakázaných látok u jednej osoby (spravidla na 5 látok).

<sup>128</sup> UVTOS Košice – Šaca, UVTOS pre mladistvých Martin – Sučany, UVV Nitra, UVV Prešov a UVTOS Želiezovce.

Obr. 9.5: Počet osôb v ochrannnej protitoxikomanickej liečbe (ústavná a ambulantná) realizovanej v podmienkach zboru v rokoch 2002 – 2008.



Zdroj: ZVJS, 2009.

Začiatkom roka 2008 sa v zdravotníckych zariadeniach zboru<sup>129</sup> začal realizovať projekt „Riziko vzniku vybraných krvou prenosných infekčných ochorení u osôb vo výkone väzby a výkone trestu odňatia slobody“, ktorého zadávateľom bol ÚV SR (NMCD) a GR ZVJS. Realizátorom tohto projektu je Národné referenčné centrum pre liečbu chronických hepatitíd pri Slovenskej zdravotníckej univerzite a odbor zdravotníckej starostlivosti GR ZVJS. Skriningové vyšetrenia na prítomnosť HBV/HCV/HIV absolvovalo 247 osôb (zo 628 obvinených/odsúdených, ktorým bola ponúknutá účasť na projekte). Z doposiaľ získaných údajov sa potvrdila vysoká prevalencia HBV a HCV u osôb nastupujúcich do VV a VTOS v SR, a to v rozmedzí 15 % až 35,5 %. Nakoľko údaje o rizikových faktoroch prenosu vybraných infekčných ochorení<sup>130</sup> neboli (vzhľadom na technické problémy s ich zberom) v tejto fáze projektu vyhodnotené, nebolo možné určiť podiel osôb, ktoré sa vírusom HBV/HCV infikovali z dôvodu intravenózneho užívania drog (Holomáň, 2009).

### 9.6 Intervencie v rámci trestnoprávneho systému

Súčasná právna úprava Trestného zákona a Trestného poriadku v zásade dáva dostatočný priestor na efektívny postih výrobcov, obchodníkov, dílerov, sprostredkovateľov a ďalších páchatel'ov, ktorí sa podieľajú na nedovolenom zaobchádzaní s OLPL a prekuzormi. V prípade týchto osôb platí všeobecná zhoda prísneho potrestania, a to najmä formou ukladania trestov odňatia slobody. Vo vzťahu k užívateľom OLPL by sa mali zvažovať možnosti využívania alternatív trestnej justície a tam, kde je to možné, využívať opatrenia smerujúce k liečbe, výchove a resocializácii týchto osôb (Čentéš, J., 2007, s. 173).

#### 9.6.1 Alternatívne tresty k trestom odňatia slobody/väzenstvu, uplatňované v SR

Trestný zákon<sup>131</sup> v § 32 ustanovuje platný systém trestov, z ktorých sú za alternatívy k trestu odňatia slobody, považované: trest domáceho väzenia<sup>132</sup>, trest povinnej práce<sup>133</sup>, peňažný trest<sup>134</sup>, podmienený odklad výkonu trestu<sup>135</sup> a podmienený odklad výkonu trestu s probačným dohľadom<sup>136</sup>. Trest domáceho väzenia, trest

<sup>129</sup> Z celkového počtu 18 UVV a UVTOS sa do projektu zapojilo 10 ústavov.

<sup>130</sup> Medzi ktoré patrí i intravenózne (vnútrožilové) užívanie drog.

<sup>131</sup> 300/2005 Z. z platný od 1. 1. 2006.

<sup>132</sup> Súd ho môže uložiť páchatel'ovi max. na obdobie 1 roka.

<sup>133</sup> Dĺžka tohto trestu predstavuje 40 – 300 hodín, v prípade mladistvých páchatel'ov max. 150 hodín.

<sup>134</sup> Výška peňažného trestu sa pohybuje od 160 € do 331 930 €, u mladistvých od 30 € do 16 590 €.

<sup>135</sup> Uvedený trest sa uplatňuje v prípadoch, ak dĺžka trestu odňatia slobody neprevyšuje 2 roky.

<sup>136</sup> Uvedený trest sa uplatňuje v prípadoch, ak dĺžka trestu odňatia slobody neprevyšuje 3 roky.

povinnej práce a podmienený odklad výkonu trestu s probačným dohľadom boli doplnené do slovenského právneho poriadku v rámci rekodifikácie Trestného zákona (2006). Ostatné alternatívne tresty boli upravené v slovenskom právnom poriadku pred rekodifikáciou. Použitie alternatívnych trestov prichádza do úvahy najmä v prípade neoprávneného prechovávania OLPL pre vlastnú potrebu (§ 171 NTZ ) a iných menej závažných trestných činov, ktorých horná hranica trestnej sadzby neprevyšuje 5 rokov.

Pri uplatňovaní alternatívnych trestov: podmieneného odkladu výkonu trestu a podmieneného odkladu výkonu trestu s probačným dohľadom, určí súd skúšobnú dobu respektíve probačný dohľad nad jeho správaním v skúšobnej dobe na 1 až 5 rokov (v prípade mladistvých na 1 až 3 roky).

### 9.6.2 Iné alternatívne opatrenia v rámci trestnoprávneho systému

Trestný zákon osobitne vo vzťahu k užívateľom OLPL upravuje povinnosti alebo obmedzenia, ktoré súd môže uložiť páchateľovi v prípade podmieneného odkladu trestu alebo podmieneného odkladu trestu s probačným dohľadom. Medzi spomínané opatrenia patrí: zákaz požívania iných návykových látok a povinnosť podrobiť sa liečbe závislosti od návykových látok, ak páchateľovi nebolo súdom nariadené ochranné liečenie<sup>137</sup>.

V súčasnosti sa v podmienkach SR pripravuje implementácia projektu „Koncept včasného preventívneho zásahu pri prvoužívateľoch drog“, zameraný na rozvoj a podporu selektívnej prevencie, ktorý je výsledkom twinningovej spolupráce s Nemeckom a ČR, z roku 2006 (Správa 2006, Správa 2007, kap. 1). Základná koncepcia projektu spočíva vo včasnom preventívnom zásahu u mladých ľudí, ktorí prvýkrát porušili zákon v súvislosti s drogami. Cieľom takejto včasnej intervencie je poskytnúť mladým delikventom základné informácie o rizikách spojených s užívaním drog a motivovať ich k zodpovednejšiemu postoju k vlastnému životu. Preventívny zásah má byť koncipovaný vo forme osemhodinového kurzu zameraného na kľúčové tematické body (právny stav, zdravotné súvislosti, sociálne správanie a iné) a jeho absolvovaním sa u mladých prvopáchateľov drogových trestných činov vytvára predpoklad pre využitie alternatív k odsúdeniu alebo potrestaniu.

### 9.7 Sociálna reintegrácia užívateľov drog po prepustení z väzenia

MPSVaR SR ani ÚPSVaR nevedie štatistiku prípadov sociálnej reintegrácie užívateľov drog po prepustení z väzenia. Sociálni kurátori (kap. 8) vedú kazuistiky jednotlivých prípadov. Z prieskumu NMCD o klientoch a službách resocializácie (NMCD 2009b) vyplynulo, že podiel takýchto klientov – prepustených z výkonu trestu – v roku 2008 v 18 RS tvoril iba 1,5 %.

Podľa informácií ZVJS (2008) sa pri prepúšťaní na slobodu venuje odsúdeným pozornosť predovšetkým zo strany sociálneho pracovníka ústavu, pričom osobitný dôraz je kladený práve na osoby drogovovo závislé. Pred prepustením z výkonu trestu odňatia slobody sociálny pracovník spracováva oznámenie o nadchádzajúcom prepustení z výkonu trestu, ktoré zasiela príslušnému Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny v mieste trvalého bydliska odsúdeného, v ktorom okrem iného uvádza oblasti, v ktorých je potrebné venovať sa odsúdenému aj po prepustení z výkonu trestu. Okrem toho sociálny pracovník vykonáva s odsúdenými, ktorým sa blíži termín prepustenia na slobodu individuálne pohovory, počas ktorých odsúdeným poskytuje základné informácie z oblasti vybavovania dokladov, ubytovania, zamestnania a v prípade drogovovo závislých aj o resocializačných centrách a liečebniach, v ktorých sa vykonáva liečba drogových závislostí. Vo vybraných prípadoch je osobám po prepustení z väzenia priznaný a jednorázovo vyplatený resocializačný príspevok (jeho výšku určí sociálny kurátor, na základe analýzy situácie, v ktorej sa klient nachádza) na zabezpečenie nevyhnutých vecí osobnej potreby.

<sup>137</sup> Trestný zákon 300/2005 Z. z. upravuje možnosť uloženia ochranného liečenia, a to buď samostatne, alebo popri treste, prípadne pri upustení od potrestania.

## IO Trh s drogami

Slovenská drogová scéna sa v roku 2008 vyznačovala zvýšenou ponukou syntetických drog, najmä pervitínu a extázy. Svedčia o tom rastúce počty záchytov pervitínu (od roku 2003), ako aj prekursorov na jeho výrobu. Od roku 2005 kontinuálne stúpol aj počet záchytov extázy.

Rok 2008 bol charakteristický nárastom počtu záchytov a súčasne i zaisteného množstva u viacerých druhov drog<sup>138</sup>, pokles oproti roku 2007 zaznamenali iba kanabisové produkty: marihuana a hašiš.

Celkový počet záchytov sa v porovnaní s rokom 2007 mierne zvýšil o 2,6 %. Hoci záchyty marihuany oproti roku 2007 mierne poklesli (-34), aj v roku 2008 tvorili vyše polovicu z celkového počtu záchytov drog (51 %). Najvyšší progres si podobne ako v minulom roku udržal pervitín (oproti roku 2007 sa zvýšil počet jeho záchytov o 12,2 %) a v roku 2008 tvoril takmer tretinu z celkového počtu záchytov (31 %). Naopak, objem zaistenej drogy sa nezvýšil.

V roku 2008 bolo na Slovensku zaistené rekordné množstvo 378,38 kg 45 %-ného roztoku kokaínu (163,8 kg čistého 100 %-ného roztoku kokaínu).

Novým fenoménom zaisteným v oblasti západného Slovenska bolo (2008) zneužívanie Subutexu (s obsahom buprenorfinu), s ktorým bola vykonávaná distribúcia tak ako s ktoroukoľvek inou drogou.

Vo všeobecnosti sa zvýšila koncentrácia účinnej látky takmer u všetkých sledovaných druhov drog s výnimkou kokaínu, pri ktorom stredná hodnota koncentrácie po prvýkrát od roku 2004 klesla pod 30 % – na úroveň 29 %. Na Slovensku sa podobne ako v iných európskych krajinách objavili rôzne druhy „Spice produktov“, ktoré boli distribuované a predávané najmä prostredníctvom internetu. Koncom mája 2009 boli v SR identifikované nové syntetické kanabinoidy: JWH-018 a CP 47/497 (v dvoch vzorkách Spice Diamond).

### 10.1. Ponuka a dostupnosť

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

#### 10.1.1. Vnímaná dostupnosť drog vo všeobecnej populácii

Dostupnosť vybraných druhov nelegálnych drog<sup>139</sup> v 27 štátoch EÚ (vrátane Slovenska) analyzoval v poradí tretí prieskum Eurobarometer. Prieskum bol realizovaný v máji 2008 a zameraný na postoje mladých Európanov vo veku 15 – 24 rokov voči drogám a problémom spojeným s ich užívaním – detaily popisuje kap. 1.4 a kap. 10.1 Správy 2008.

Prieskum užívania drog u vysokoškolákov s použitím dotazníka ESPAD zisťoval v roku 2008 vnímanú dostupnosť drog u študentov vysokých škôl prostredníctvom otázky: „Ako ľahko alebo ako ťažko by ste zohnali tieto<sup>140</sup> drogy?“ Na uvedenú otázku študenti odpovedali, že veľmi ľahko alebo dosť ľahko by si vedeli zohnať: marihuanu/hašiš (63,4 %), inhalanty (43,7 %), extázu (33,6 %), trankvilizéry/sedatíva (23,8 %) a amfetamíny (14,3 %) (Nociar, A., 2009).

Za posledných 10 rokov (1999 – 2008), nebol zaznamenaný výrazný posun vo vnímaní dostupnosti vybraných druhov drog, novým trendom je zvýšená dostupnosť extázy, ktorá stúpala z 18,8 % (1999) až na 33,6 % (2008).

#### 10.1.2 Zdroje ponuky drog – ich výroba a obchodovanie

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

Aj v roku 2008 si marihuana udržala svoje prvenstvo ako najčastejšie zneužívaná droga na našom území. Jej dominantné postavenie na slovenskej drogovej scéne potvrdzujú viaceré trestnoprávne štatistiky, podľa ktorých viac ako polovica stíhaných podľa PPZ, obžalovaných podľa GP SR a odsúdených podľa MS SR spáchala v roku 2008 trestný čin v súvislosti s marihuanou (pozri kap. 9.1 Drogová kriminalita).

<sup>138</sup> Heroín, kokaín, pervitín, extáza a LSD.

<sup>139</sup> Heroín, kokaín, extáza a kanabis.

<sup>140</sup> Marihuanu/hašiš, amfetamíny, extázu, trankvilizéry/sedatíva a inhalanty.



Informácie týkajúce sa výroby, distribúcie a obchodovania s marihuanou/ hašišom detailne popisuje vybraná kapitola 11 – Trh s marihuanou.

Výroba pervitínu sa v roku 2008 realizovala predovšetkým v malých tzv. kuchynských laboratóriách, ktorých počet výrazne prevyšuje počet špecializovaných laboratórií s vysokou produktivitou.

Na výrobu pervitínu v špecializovaných laboratóriách sa podľa údajov NPJ ÚBOK PPZ ako prekurzor používal najmä efedrín dovážaný po niektorej z vetiev Balkánskej cesty, z Turecka. Na riedenie pervitínu díleri používali kalicor alebo niektoré humánne/veterinárne liečivá. Bežne dostupný pervitín vyrobený v malom laboratóriu – kuchynského typu dosahoval koncentráciu účinnej látky nad 50 %.

Distribúciu pervitínu zabezpečovali zväčša úzke komunity výrobcov a dílerov, pričom len sporadicky ich činnosť vykazovala znaky organizovanej skupiny. Pri distribúcii páchatelia využívali predovšetkým tzv. „mŕtve schránky“ a drogu napr. zakopávali alebo ukrývali neďaleko miesta distribúcie. Pod vopred dohodnutými heslami si telefonicky oznamovali miesto úkrytu drogy. Díleri pri sebe mali zvyčajne iba minimálne množstvo drogy, čo môže naznačovať skutočnosť, že páchatelia sa prispôbili zmenám v trestnej legislatíve (pozri Správu 2008, kap. 8.2.3), ktorá od roku 2006 posudzuje prechovávanie OLPL v množstve do max.10-násobku obvykle jednorazovej dávky ako prechovávanie pre vlastnú potrebu (§ 171/NTZ), a nie ako neoprávnenú výrobu, respektíve obchodovanie s OLPL (§ 172/NTZ), pri ktorom hrozia vyššie trestné sankcie.

Obchod s heroínom bol v roku 2008 podľa informácii NPJ ÚBOK PPZ kontrolovaný páchatelmi, ktorí majú vzťah k albánskej komunite. Na distribúciu drogy ku koncovým spotrebiteľom boli využívaní najmä občania rómskej národnosti.

Hlavné zdroje heroínu, respektíve centrá obchodovania na našom území sa sústreďovali do okolia Bratislavy a Sereďe. V stredoslovenskom kraji sa okrem predaja v malých množstvách takmer vytratil z drogovej scény. Heroín bol (2008) riedený kofeínom, paracetamolom a vyskytli sa i prípady pri ktorých bol heroín nahradený fentanylom, pričom na čiernom trhu bol ponúkaný ako heroín.

SR bola v sledovanom roku v prípade heroínu najmä tranzitnou krajinou, svedčí o tom i veľký záchyt (11,75 kg) heroínu pašovaného z Turecka, ktorý bol určený predovšetkým na zahraničný trh<sup>141</sup>.

Dovoz, tranzit a distribúcia kokaínu bola na našom území pod kontrolou organizovaných skupín vedených príslušníkmi albánskeho etnika s väzbami na organizované skupiny v Južnej Amerike a Karibiku. Veľký záchyt 378,38 kg 45 %-ného roztoku kokaínu v roku 2008 (pozri kapitolu 10.2 Záchyty drog) naznačuje skutočnosť, že podobne ako v prípade heroínu Slovensko slúži predovšetkým ako tranzitná krajina. Na riedenie kokaínu sa (2008) používal okrem paracetamolu aj lidokaín a fenacetín. Centrum obchodu s kokaínom bolo podľa NPJ ÚBOK PPZ v Bratislave, Senci a Sereďi.

Konzumentov kokaínu je možné rozdeliť do 2 skupín:

- prvá skupina je sociálne integrovaná s pravidelným príjmom, vlastným bývaním – táto uprednostňuje šnupanie kokaínu.
- druhá skupina užívateľov so zlým finančným zázemím (nezamestnaní a osoby zo zlých životných podmienok) uprednostňujú fajčenie a vpichovanie kokaínu, respektíve jeho kombinovanie s heroínom. Okrem zvýšeného rizika infekčných ochorení sa táto skupina užívateľov tiež aktívne podieľa na obchodovaní s kokaínom, respektíve páchaní sekundárnej drogovej kriminality (pozri kap. 9.2.3 Sekundárna drogová kriminalita).

Extáza sa na naše územie dovážala (2008) predovšetkým z Maďarska, Poľska, prípadne z Holandska. Distribúcia prebiehala predovšetkým v zábavných zariadeniach a kluboch, v niektorých prípadoch bola extáza distribuovaná spolu s pervitínom.

Konzumácia LSD bola rovnako ako v predchádzajúcom roku sporadická. Z ostatných halucinogénov sa na drogovej scéne (2008) vyskytovali: lysohlávka, muškátový orech, durman, mandragora, šalvia divinorum, respektíve puškvorec.

V roku 2008 sa na Slovensku, podobne ako v ostatných krajinách EÚ objavil nový drogový fenomén „Spice“, v ktorom boli identifikované<sup>142</sup> nové syntetické kanabinoidy JWH-018 a CP 47/497. Ide o špecifickú zmes dostupnú v rôznych druhoch (Spice Gold, Silver, Diamond, Ganja atď.) v obchodoch s aromaterapiou a najmä prostredníctvom internetu<sup>143</sup>.

<sup>141</sup> Švajčiarsko, Poľsko a Taliansko.

<sup>142</sup> Identifikáciu nových syntetických kanabinoidov vykonal v máji 2009 KEÚ PPZ na žiadosť NPJ ÚBOK, konkrétne v 2 vzorkách Spice Diamond.

<sup>143</sup> www.spice-shop.sk, v súčasnosti www.spice-store.sk



Z prekursorov sa v SR najčastejšie zneužíval pseudoefedrín, získavaný z voľne predajných liekov určených predovšetkým na liečbu chrípky a prechladnutia<sup>144</sup>. Efedrín sa na Slovensko najčastejšie dovážal z Maďarska (po Balkánskej ceste).

Komisia pre lieky Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv prijala v máji 2008 opatrenie, na základe ktorého lieky s obsahom pseudoefedrínu vyšším ako 30 mg v jednej dávke alebo s obsahom vyšším ako 720 mg v jednom balení, podliehajú v lekárňach výdaju viazanému na lekársky predpis.

Novým fenoménom v západoslovenskom regióne bolo v roku 2008 zneužívanie lieku Subutex<sup>145</sup> na jeho nezákonnú distribúciu. Objednávky a spôsob dodávky sa iniciovali telefonicky a cez internet.

## 10.2. Záchyty drog

V tejto časti kapitoly sa vychádza z údajov KEÚ PPZ a CKÚ, ktoré sumárne zahŕňa štandardná tabuľka EMCDDA č.13 venovaná záchytom drog spolu so záchytmi iných<sup>146</sup> druhov drog.

Celkový počet záchytov dosiahol v roku 2008 úroveň 2 412, ide o nárast v porovnaní s rokom 2007 o 2,6 % a v porovnaní s rokom 2006 o 25,8 % (číselné vyjadrenie pozri v Správe za rok 2007, kap. 10.2).

Množstvá zaistených drog zaznamenali v roku 2008 výrazný nárast v prípade: kokaínu, heroínu a tabliet extázy. U kokaínu bol značný nárast spôsobený jedným veľkým záchytom 378,38 kg 45 % roztoku kokaínu (pozri kazuistiku č. 1), u heroínu jednorazovým záchytom veľkého množstva drogy (11,74 kg) a v prípade tabliet extázy sa na náraste podieľali hlavne 3 záchyty<sup>147</sup>, spolu 4033 ks tabliet. U marihuany došlo k poklesu zaisteného množstva o 42,32 kg a k miernemu poklesu počtu záchytov, hoci podiel záchytov marihuany stále dominuje na celkovom počte záchytov s bilanciou 51 % (pozri obr. 10.2). Množstvá ostatných druhov drog ostali na úrovni roku 2007 (pozri tab. 10.1).

Tab. 10.2.1: Počet prípadov a množstvo zachytených drog v SR (2005 – 2008), ST 13, KEU PPZ (Bolf, A., 2008).

ROK		2005		2006		2007		2008	
droga	jed-notka	počet záchytov	zaistené množstvo	počet záchytov	zaistené množstvo	počet záchytov	zaistené množstvo	počet záchytov	zaistené množstvo
Hašiš	kg	29	0,27	30	0,54	33	0,742	21	0,052
Marihuana	kg	981	34,82	1059	81,97	1269	115,27	1202	72,952
Rastliny									
konope	kg	58	1137,92	40	614,37	20	706,87	32	702,212
Heroín	kg	235	3,71	214	2,43	212	2,15	242	12,646
Kokaín	kg	18	0,36	25	0,96	16	0,103	33	378,984
Amfetamín	kg	9	0,014	6	6,96	3	0,00388	2	0,039
Pervitín	kg	326	1,99	459	1,3	690	1,337	774	1,486
Extáza	tableta	26	1698	34	13403	47	2115	53	6293
LSD	dávka	2	11	1	100	1	1	2	11
Iné		42		50		59		51	
Spolu		1726		1918		2350		2412	

Poznámka: Iné drogy v roku 2008 zahŕňali nasledujúce látky: mCPP, psilocín, buprenorfín, metadón, flunitrazepam, diazepam, bromazepam, zoldipem, morfín, pentazocín, klonazepam, ópium a alprazolam.

<sup>144</sup> Najčastejšie zneužívanými liekmi boli: Nurofen Plus, Paralen Plus, Modafen, Clarinase, Disophrol a Repetabs.

<sup>145</sup> Oficiálne liečivo využívané pri liečbe drogových závislostí, s obsahom buprenorfínu.

<sup>146</sup> Ide o všetky ostatné druhy drog, ktoré nie sú špecificky zaznamenávané v štandardnej tabuľke EMCDDA venovanej záchytom (ST 13).

<sup>147</sup> Uvedené tri záchyty boli realizované v rámci jednej akcie NPJ ÚBOK PPZ.

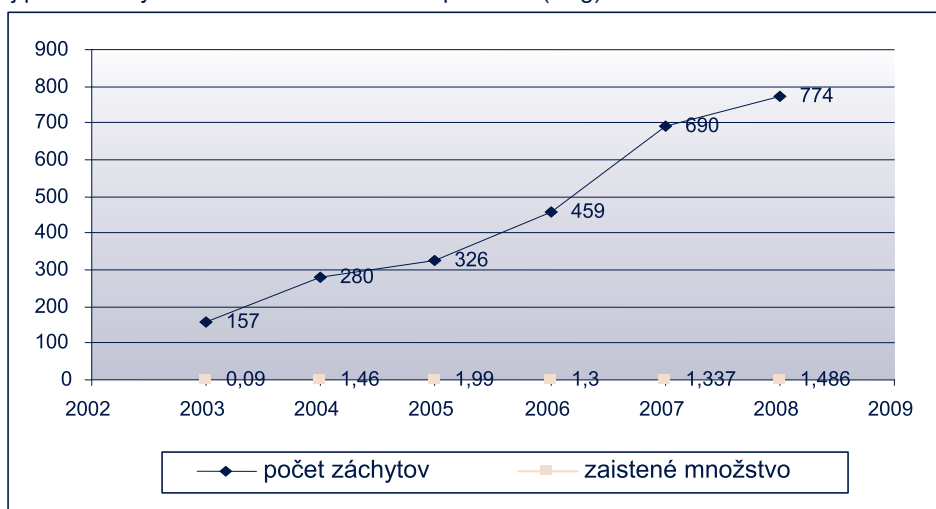
### Kazuistika č. 1 – Rekordný záchyt kokaínu v roku 2008

Dňa 09. 02. 2008 vykonal CKÚ v spolupráci s ÚBOK PPZ kontrolu lodnej zásielky (2 kontajnerov), ktorá bola deklarovaná ako víno. Kontajnery boli naložené v Argentíne a do Európy boli dopravené cez prístav Hamburg (SRN), pričom po príchode na Slovensko boli uložené v tovarovom prekladisku a colnom sklade v okrese Dunajská Streda. Pri kontrole boli v jednom z kontajnerov objavené fľaše označené ako balenia vína, s etiketou „Cabernet Sauvignon“, v ktorých sa nachádzala kryštalická látka čiastočne rozpustená v tekutine. Na základe expertízy vykonanej KEU PPZ bola táto kvapalina identifikovaná ako 45 %-ný roztok kokaínu. Celkom bolo zadržaných 35 kartónov (420 fliaš) deklarovaných ako víno, ktoré obsahovali 163,8 kg (100 %) kokaínu.

Zdroj: CKÚ, 2009.

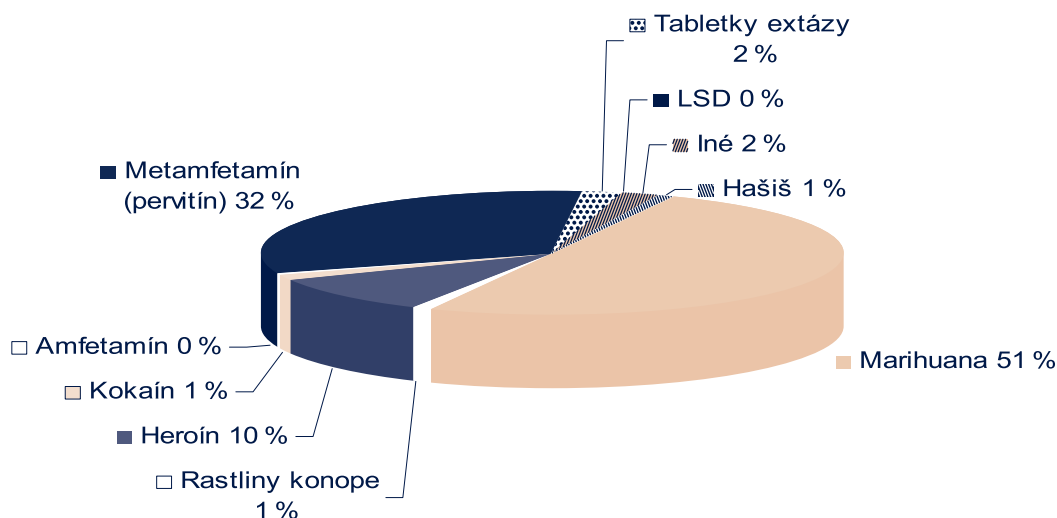
Za posledných 6 rokov kontinuálne rastie počet prípadov, pri ktorých bol zaistený pervitín (zo 157 prípadov v roku 2003, až na 774 prípadov v roku 2008), pričom objem zaistenej drogy ostáva na stabilizovanej úrovni (pozri obr. 10.1). Uvedená skutočnosť potvrdzuje zistenia NPJ ÚBOK PPZ, podľa ktorých je droga na Slovensku vyrábaná a distribuovaná častejšie a v menších množstvách (v dávkach).

Obr. 10.2.1: Vývoj počtu záchytov a množstva zaisteného pervitínu (v kg) na Slovensku za obdobie 2003 – 2008.



Zdroj : KEÚ PZ, 2009.

Obr. 10.2.2: Percentuálny podiel záchytov jednotlivých druhov drog v roku 2008 v SR, KEU PPZ (A. Bolf), 2009.



Problematicou monitorovania a kontroly pohybu prekursorov sa zaoberá Spoločné policajno-colné pracovisko NPJ.

V minulosti sa ako prekursor na výrobu pervitínu zneužíval prevažne čistý efedrín, kým od roku 2000 je to pseudoefedrín. V roku 2006 bolo zaistené najväčšie množstvo pseudoefedrínu vo forme tabliet (159 357 ks), od uvedeného roku zaistené množstvo tejto formy prekursoru klesá, naopak stúpajú jeho záchyty v práškovej forme (pozri tab. 10.2).

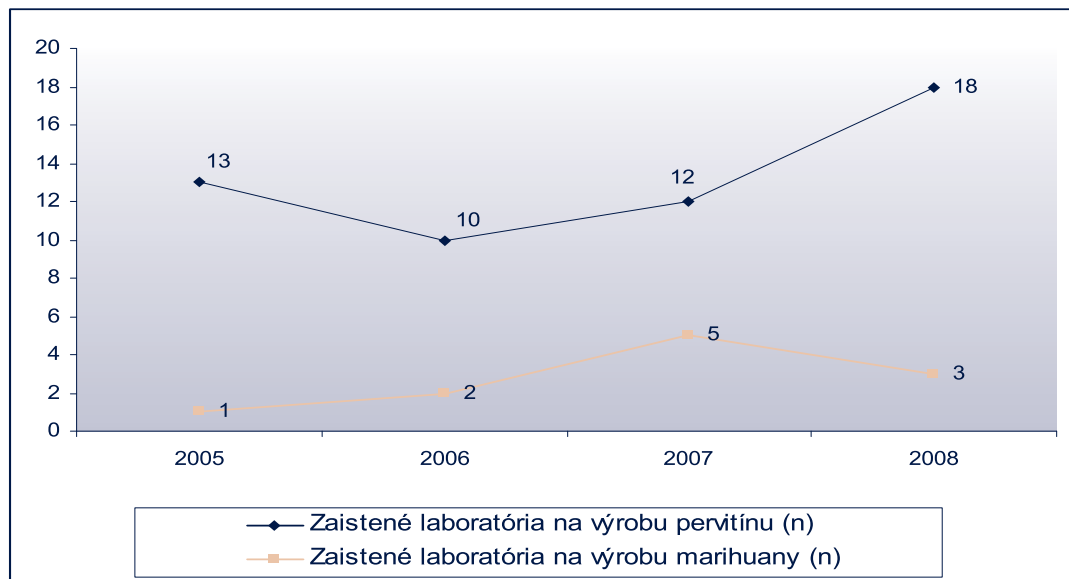
Tab. 10.2.2: Záchyty efedrínu/pseudoefedrínu podľa KEÚ PZ (2006 – 2008).

Forma/ jednotka	rok 2006		rok 2007		rok 2008	
	prípady	množstvo	prípady	množstvo	prípady	množstvo
tablety (ks)	10	159 357	13	11 108	14	2 108
prášok (g)	5	1,52	20	35,13	18	1 172,35
roztok (ml)	1	179	1	3	3	14
Σ	16		34		35	

Zdroj: Správa o bezpečnostnej situácii z aspektu drogovej kriminality na Slovensku, za rok 2009.

Policajný zbor vo svojich štatistikách štandardne neeviduje prípady odhalených laboratórií na pestovanie a výrobu marihuany a pervitínu. Dostupné sú iba informácie týkajúce sa počtu laboratórií odhalených protidrogovými zložkami ÚBOK PPZ. Z obr. 10.3 možno pozorovať rastúci trend v oblasti produkcie pervitínu – svedčí o tom nielen stúpajúci počet zaistených laboratórií, ale rovnako i rastúci počet záchytov prekursorov na jeho výrobu (zo 16 prípadov v roku 2006 na viac než dvojnásobok (n = 35) v roku 2008).

Obr. 10.2.3 Zaistené laboratória na výrobu pervitínu a marihuany v období 2005 – 2008.



Zdroj: NPJ ÚBOK PPZ, 2009.

Poznámka: V prípade marihuany sa jedná o laboratória určené na indoorové pestovanie (hydropónnym spôsobom alebo v skleníkoch). V takýchto laboratóriách sa marihuana pestuje aj technicky spracováva. Tieto údaje sú iba orientačné zistenia NPJ ÚBOK a nezahŕňajú všetky prípady rozložených laboratórií v SR, nakoľko tento ukazovateľ sa štandardne nesleduje a štatisticky nezaznamenáva.

### 10.3. Cena a čistota drog

#### 10.3.1. Ceny drog

Údaje o cenách drog sú založené na informáciách príslušníkov NPJ ÚBOK PPZ získaných operatívno-pátracou činnosťou.

V roku 2008 sa stabilizovala cena heroínu a kokaínu a v závislosti od ponuky a dopytu kolísali ceny marihuany, pervitínu a extázy (pozri tab. 10.3).

Ceny najvýraznejšie stúpali v stredoslovenskom kraji a naopak najväčší pokles cien zaznamenal západoslovenský a Bratislavský kraj.

Hoci cena kokaínu oscilovala na úrovni roku 2007, jej stagnáciu a mierny pokles ovplyvňuje zvýšený záujem užívateľov o pervitín. Stagnácia ceny kokaínu a nárast záujmu užívateľov o pervitín podľa NPJ ÚBOK PPZ súvisel aj s poklesom koncentrácie kokaínu v dávke. Kým v predchádzajúcich rokoch bol na uliciach kokaín dostupný v koncentrácii 30 %, v roku 2008 jeho koncentrácia poklesla na 15 – 20 %. Pervitín tak poskytoval užívateľom lepší stimulačný účinok, za nižšiu cenu a bol pre užívateľov dostupnejší ako kokaín.

Tab. 10.3.1: Malo/veľkoodberateľské ceny drog, v rozdelení podľa regiónov SR, v roku 2008.

Droga/región	„Maloobchodná“ cena (Sk/€ dávka, tabletky)			
	Bratislavský	Západoslovenský	Stredoslovenský	Východoslovenský
marihuana	60 – 150/2 – 5	50 – 150/1,6 – 5	<b>60 – 300/2 – 10</b>	60 – 100/2 – 3,3
pervitín	200 – 300/6,6 – 10	200 – 300/6,6 – 10	<b>450 – 600/15 – 20</b>	300 – 400/10 – 13,3
heroín	200 – 300/6,6 – 10	200 – 300/6,6 – 10	300/10	300 – 400/10 – 13,3
kokaín	500 – 1000/ 16,6 – 33,2	<b>2200 – 3000/g/ 73 – 100</b>	500/16,6	3000/g/100
MDMA (extáza)	70 – 150/2,3 – 5	100 – 300/3,3 – 10	150 – 480/5 – 16	200 – 350/6,6 – 11,6
„Pri väčšom množstve“ cena (Sk/€ za g, cm <sup>3</sup> )				
marihuana	500 – 700/g/ 16,6 – 23,2	500/g / 16,6	700 – 1100/g/ 23,2 – 36,50	300 – 400/g/ 10 – 13,3
pervitín	1100 – 1700/cm <sup>3</sup> / 36,5 – 56,4	600 – 1800/cm <sup>3</sup> / 20 – 60	<b>1500 – 2400/cm<sup>3</sup>/ 50 – 80</b>	1600 – 2000/ 53 – 66,4
heroín	700 – 1200/g / 23,2 – 40	600 – 1600/g/ 20 – 53	NA	NA
kokaín	2000/g/ 66,4	2200 – 3000/g/ 73 – 100	<b>3000/g/100</b>	2500 – 3000/g/ 83 – 100
MDMA (extáza)	70 – 100/ks/ 2,32 – 3,3	NA	60/ks/2	150 – 200/ks/ 5 – 6,6

Zdroj: NPJ ÚBOK PPZ, 2009.

Prvý údaj o cene je v SK/druhý údaj v Euro (Kurz pri prepočítaní 1€ = 30,1260 SK).

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

#### 10.3.2. Čistota a zloženie drog

Zachytené drogy na území Slovenska analyzuje Kriminalistický a expertízny ústav PPZ v Bratislave a jeho pracoviská v Slovenskej Ľupči a Košiciach. Centrálny register je vedený na KEÚ PZ v Bratislave.

V roku 2008 KEÚ PZ vykonal 3201 kvantitatívnych analýz drog, čo je o 1,1 % viac ako v roku 2007 (3166 analýz) a 23,5 % viac ako v roku 2006 (2592 analýz) (obr. 10.5).

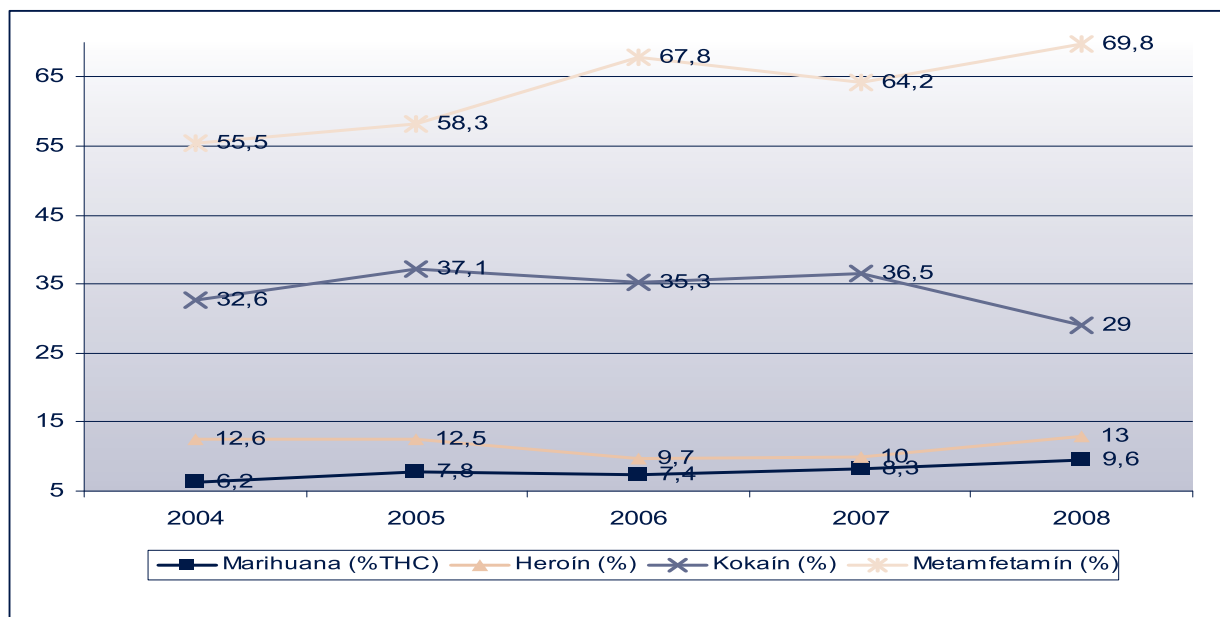
Koncentrácia účinnej látky v heroíne v roku 2008 stúpala v oboch ukazovateľoch na najvyššie hodnoty od roku 2001 (medián 13,0 % a vážený priemer 15,4 %).

Priemerná koncentrácia účinnej látky v oboch ukazovateľoch stúpala aj u marihuany (obr. 10.4) a pervitínu na najvyššie hodnoty od roku 2001 (marihuana – medián 9,6 % a vážený priemer 7,6 %, pervitín – medián 69,8 % a vážený priemer 63,5 %).

V analyzovaných vzorkách hašiša došlo v roku 2008 k nárastu koncentrácie účinnej látky po troch rokoch klesania (medián 10,1 % a vážený priemer 13,4 %).

Hodnota mediánu najvýraznejšie poklesla v prípade kokaínu, a to na úroveň 29,0 % (t. j. na najnižšiu hodnotu od roku 2001), naopak najvyšší progres strednej hodnoty koncentrácie (účinnnej látky) od roku 2002 zaznamenala extáza (81,8 mg na tabletu).

Obr. 10.3.1: Vývoj strednej hodnoty koncentrácie (medián) vybraných druhov drog v SR v období 2004 – 2008 – údaje pre ST 14.

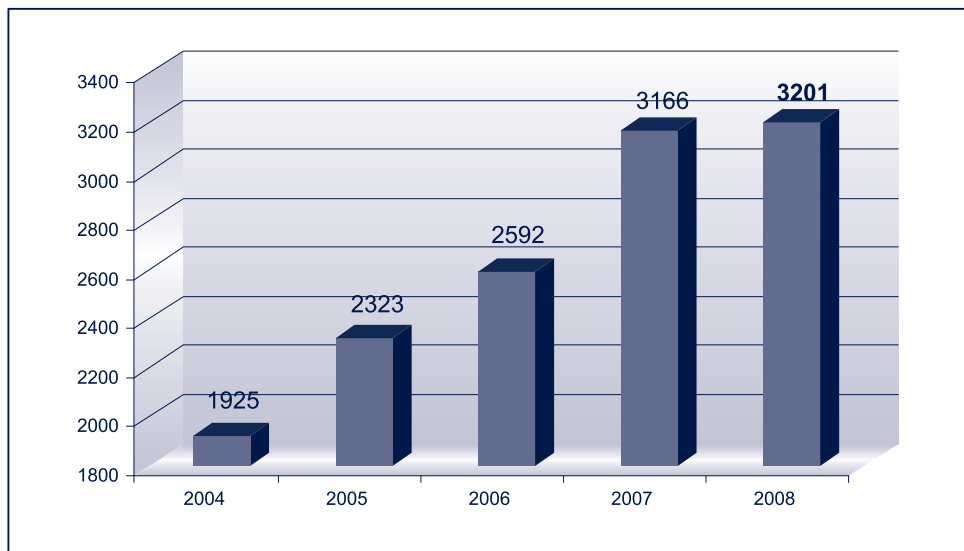


Zdroj: KEÚ PZ (Bolf, A.) 2009.

Tab. 10.3.2: Počet vzoriek, vážený priemer a medián obsahu účinnej látky u vybraných druhov drog v SR v rokoch 2005 – 2009 – údaje pre ST 14, KEÚ PPZ ( Bolf, A.) 2009.

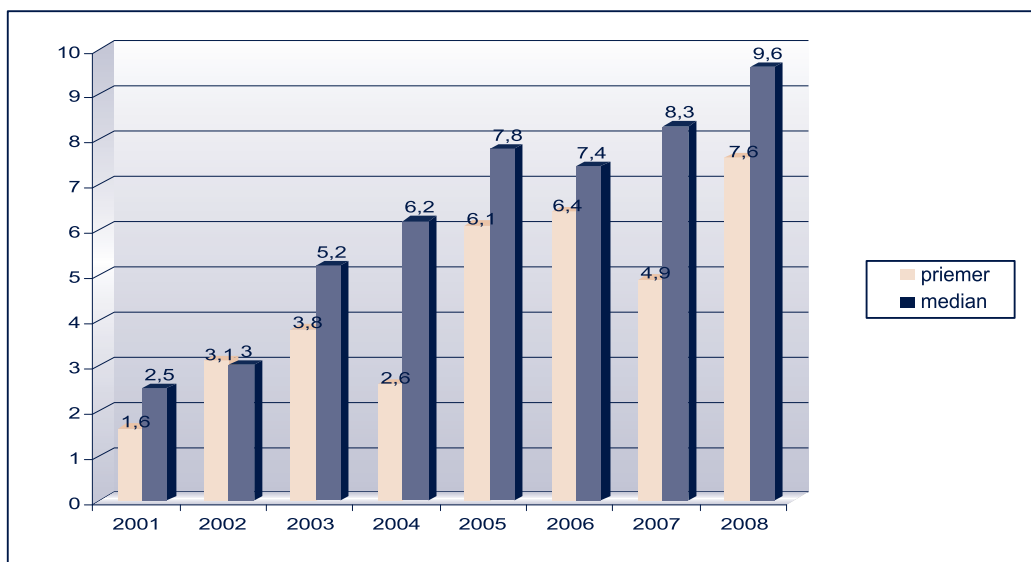
Rok	2005			2006			2007			2008		
	počet vzoriek	vážený priemer	medián	počet vzoriek	vážený priemer	medián	počet vzoriek	vážený priemer	medián	počet vzoriek	vážený priemer	medián
Hašiš (% THC)	32	13,2	12,8	34	9,8	10,2	33	8,2	9,1	30	13,4	10,1
Marihuana (% THC)	1219	6,1	7,8	1379	6,4	7,4	1763	4,9	8,3	1655	7,6	9,6
Heroín (%)	898	12	12,5	1224	8	9,7	1450	10,2	10	1185	15,4	13
Kokaín (%)	20	34,8	37,1	29	45,8	35,3	28	35,2	36,5	46	36,8	29
Amfetamín (%)	10	12,8	40,5	3	6,5	5,9	5	4,3	6	0	0	0
Metamfetamín (%)	386	46,7	58,3	636	61,7	67,8	867	59,6	64,2	1000	63,5	69,8
Extáza (mg MDMA na tabletu)	1684	52,7	54,6	13398	14,8	53,9	2115	63,3	78	6285	54	81,8

Obr. 10.3.2: Počet vykonaných kvantitatívnych analýz drog v SR v rokoch 2004 – 2008.



Zdroj: KEÚ PPZ (Bolf, A.) 2009.

Obr. 10.3.3: Priemerný obsah THC v marihuane v rokoch 2001 – 2008. Údaje pre ST 14.



Zdroj: KEÚ PPZ (Bolf, A.) 2009.







## II Trh s kanabisom

Kanabisové produkty sú najzneužívanejšou nelegálnou drogou na svete – v roku 2006 tvorili 65 %-ný podiel na všetkých globálnych záchytoch drog. Dominanciu si kanabis udržal aj ako celosvetovo najčastejšie konzumovaná droga – v roku 2006 užilo kanabis približne 166 miliónov ľudí, t. j. 4 % z celosvetovej populácie vo veku 15 – 64 rokov (UNODC, 2009).

Marihuana si od 90-tych rokov 20. storočia udržiava svoje prvenstvo ako najčastejšie zneužívaná a konzumovaná nelegálna droga i na Slovensku. Medzi konzumentmi a dílermi sa marihuana najčastejšie označuje ako: tráva, grass, marjánka, mariša, pot, joint, smoke, kanuma, skunk, maslo, kreš, seno, slama, ganja, bhang.

### 11.1 História, obchodovanie a užívanie kanabisu

#### 11.1.1 História a pestovanie marihuany

Konope siate bola v minulosti rastlina bežne pestovaná na našom území predovšetkým ako „technická plodina“ určená pre textilný priemysel. Konope našla uplatnenie i v ľudovom liečiteľstve, kde boli jej rastlinné oleje a výluhy využívané pri liečbe rôznych kožných a vnútorných chorôb. Semená kanabisu sa využívali pri príprave jedál, olej získaný lisovaním sa tiež používal na varenie, do lami a mydiel. Aj odpad získaný lisovaním semien našiel svoje ďalšie využitie ako krmivo pre zvieratá. Obklady z koreňa sa používali na zmierňovanie bolesti u zlomenín alebo otvorených rán. Ani omamné účinky listov a kvetov neostali nepovšimnuté. Podobne ako v prípade iných rastlín, bolo aj užívanie konope súčasťou niektorých náboženských obradov.

Až do začiatku 90-tych rokov sa konope pestovalo na území SR najmä ako spomínaná technická plodina, pričom úroveň THC dosahovala max. 2 – 4 %. Pestovanie prebiehalo na ohraničených, štátom kontrolovaných plochách, pričom sa objavovali aj miesta, kde sa konope vyskytlo náhodne (napr. samovýsevom).

Začiatky nezákonného pestovania kanabisu (v 90-tych rokoch minulého storočia) sú charakteristické jeho pestovaním vo voľnej prírode (pre vhodné klimatické podmienky), pričom páchatelia sa usilovali zvýšiť obsah účinnej látky THC nad 5 %. Nevýhodou tohto spôsobu pestovania však bola: nižšia kvalita takto dopestovanej drogy (nižší obsah THC, do 5 %), vyššia možnosť náhodného odhalenia políčka a úroda 1x ročne.

Podľa údajov NPJ ÚBOK PPZ sa po roku 2000 zvýšil medzi konzumentmi záujem o marihuanu pestovanú hydroponickým (hydropónnym) spôsobom. Prudký nárast počtu laboratórií zameraných na tento spôsob pestovania kanabisu bol zrejmý po roku 2003. Výhodou oproti pestovaniu vo voľnej prírode bola: vyššia kvalita pestovaného kanabisu (vyšší obsah THC v rastlinách nad 10 %), náročnejšie odhalenie laboratória (umiestnené napr. v pivniciach rodinných domov) a stabilná úroda (3 – 4x ročne).

V roku 2008 sa marihuana u nás najčastejšie pestovala hydroponickým spôsobom v laboratórnych podmienkach (najmä v okolí Bratislavy), ďalej v skleníkoch a fóliovníkoch (najmä na juhu Slovenska). V tomto roku boli odhalené i prípady pestovania marihuany vo voľnej prírode, pričom obsah THC bol vysoký (cca 13 – 17 %).

Rastliny na území SR sú pestované prevažne zo semien dovážaných z Holandska alebo Rakúska, prípadne zakúpených prostredníctvom internetových e-shopov. Vyskytli sa aj prípady pestovania a množenia rastlín zo štepov, resp. výhonkov vysokokvalitných rastlín. Technické vybavenie laboratórií ako aj hnojivá, postreky proti škodcom a chorobám a iné chemikálie si páchatelia zadovážovali prostredníctvom internetového predaja. V podmienkach SR je najrozšírenejším slovenským internetovým obchodom [www.grower.sk](http://www.grower.sk), ktorý sa skladá z troch samostatných sekcií: growshopu, headshopu a smartshopu.

- „Growshop“ – ponúka na predaj rôzne technické pomôcky a zariadenia na pestovanie kanabisu, ako: zariadenia na osvetlenie (tlenidlá, výbojky, atď.), vzduchotechniku (ventilátory a filtre), pestovacie médiá a substráty, hnojivá (Plagron, Canna, Grotec), pestovacie boxy, zvlhčovače, aqua-systémy pre hydroponiu, chemikálie na úpravu vody (HNO<sub>3</sub>, H<sub>2</sub>PO<sub>3</sub> a KOH), meracie prístroje (EC-metre, Ph-metre, termo a vlhkometre), prostriedky na ochranu rastlín (insekticídy a fungicídy), skleníky a iné potreby pre pestovateľov (napr. mikroskop a sieť na sušenie).

- „Headshop“ – ponúka kúpu dopĺňujúcich pomôcok a produktov, ako sú: váhy, vaporizéry (na digitálnu reguláciu teploty), fajčiarske potreby (fajky, papieriky, filtre, sáčky, atď.), osviežovače vzduchu, Cann kozmetiku (masť proti bolesti, masážny olej atď.), osobné kleanery (obrúsky, spreje) a iné.
- „Smartshop“ – slúži na predaj rôznych druhov konopných semien (vyše 300 druhov) – pozri tab. 11.1.

Tab. 11.1 Konopné semená predávané prostredníctvom smartshopu.

Č.	Druh – názov	Odkaz na informačný zdroj	Obsah balenia	Cena (min – max)
1.	Nirvana	<a href="http://www.nirvana-shop.com">www.nirvana-shop.com</a>	10 ks	25 – 55 €
2.	Green House Seed	<a href="http://www.greenhouseseeds.nl">www.greenhouseseeds.nl</a>	5 ks, 10 ks	15 – 74,99 €
3.	White Label Seed	<a href="http://www.whitelabelseeds.com">www.whitelabelseeds.com</a>	10 ks, 25 ks	21,01 – 110 €
4.	Serious Seed	<a href="http://www.seriousseeds.com">www.seriousseeds.com</a>	10 ks	71,5 – 82,98 €
5.	Flying Dutchmen	<a href="http://www.flyingdutchmen.com">www.flyingdutchmen.com</a>	5 ks, 10 ks	19,98 – 110 €
6.	Paradise Seed	<a href="http://www.paradise-seeds.com">www.paradise-seeds.com</a>	10 ks	30,01 – 129,99 €
7.	Sensi Seed	<a href="http://www.sensiseeds.com">www.sensiseeds.com</a>	10 ks	19,98 – 150 €
8.	Dutch passion	<a href="http://www.dutchpassion.nl">www.dutchpassion.nl</a>	5 ks, 10 ks	16 – 120 €
9.	Grower – Dutch passion	<a href="http://www.dutchpassion.nl">www.dutchpassion.nl</a>	5 ks	30,01 – 66,99 €

Zdroj: <http://www.grower.sk/smartshop/konopne-semena/>, stiahnuté 17. 08. 2009.

Mladí ľudia začínajú s pestovaním kanabisu zvyčajne zo zvedavosti, resp. na základe informácií a podnetov získaných od priateľov, cez internet a pod. Prvotnými pohnútkami je zabezpečiť si čo najlacnejší stály prísun kvalitného kanabisu. K cieľavedomému pestovaniu menších množstiev kanabisu s vyšším obsahom THC napr. pre uzavretú skupinu študentov dochádza predovšetkým na internátoch v skriniach (samotné náklady na zariadenie takejto skrine sú cca 150 – 200 €).

### 11.1.2 Distribúcia a ceny kanabisových produktov

Údaje o distribúcii a cenách marihuany/hašišu sú založené na informáciách príslušníkov NPJ ÚBOK PPZ získaných operatívno-pátracou činnosťou.

Distribúcia kanabisu prebieha v závislosti od kvality a dopestovaného množstva. Osobitne sa zbierajú, sušia, balia a distribuujú šišky z rastlín a osobitne listy. Šišky sú totiž vzhľadom na vyšší obsah THC predávané za vyššiu cenu. Listy s nižším obsahom THC sa používajú na „riedenie“, resp. sú predávané za nižšiu cenu. Rastlinná byľ sa po zbere úrody likviduje a teda sa nevyužíva k distribúcii.

V prípade kúpy drogy priamo od pestovateľa je cena drogy ovplyvnená:

- % účinnej látky THC, ktorú droga obsahuje,
- množstvom kupovanej drogy,
- čistotou kupovanej drogy,
- ročným obdobím v ktorom sa droga kupuje resp. sa pestovala (či je trh presýtený, alebo nie).

V prípade väčšieho množstva dopestovaného kanabisu (niekoľko desiatok kg), páchatelia sa so záujemcom, zväčša dilerom odberajúcim veľké množstvá, vopred dohodnú na:

- mieste prevzatia drogy (aby nedošlo k odhaleniu miesta pestovania),
- cene drogy (za šišky, listy a pod.),
- kvalite dodanej drogy (iba šišky, zmes a pod.),
- množstve drogy,
- spôsobe balenia, atď. (po kg, iba vopred dohodnuté množstvo v jednom balení a pod.).

Ceny marihuany sa v roku 2008 pohybovali od 2 – 10 €/ dávku. Od 2 € začínala cena za marihuanu pestovanú „outdoor“, ktorá je nižšej kvality, (t. j. s nízkym obsahom THC a rôznymi prísadami). Cena „lampovej marihuany“, t. j. marihuany vypestovanej v laboratóriu sa pohybuje od 5 – 10 €.

Pri väčších odberoch je možné cenu marihuany dohodnúť. Jej výšku ovplyvňuje okrem sezóny (v čase zberu a sušenia je cena nižšia ako v období, keď rastliny iba rastú) i regionálna diferenciácia. V Bratislave dileri poskytujú pri odbere väčšieho množstva pomerne vyššiu zľavu, ako napr. v Banskej Bystrici na strednom Slovensku (max. 15 % zľava).

Kvantita dávok marihuany distribuovaných na ulici pre koncových užívateľov sa pohybuje v rozmedzí do 30 – 50 g (pričom dávka v objeme 50 g sa vyskytuje iba ojedinele pri nárazovom skupinovom odbere, na rôznych spoločenských akciách). Pri odbere nad 100 g nejde o klasický pouličný predaj, ale o sprostredkovaný predaj dilerovi a až následne koncovému užívateľovi. Veľkoodberateľský predaj sa realizuje pri cenách od 10 – 25 € za 1 g (kvalita produktu je vyššia ako pri odbere konečnému užívateľovi, vo väčšine prípadov ide o marihuanu vypestovanú v laboratóriu alebo skleníku).

Obchod ako aj samotný predaj sa uskutočňuje mimo miesta, kde sa droga pestovala. Týmto spôsobom páchatelia znižujú riziko odhalenia laboratória, kde dochádzalo k pestovaniu. Po dokúpení tovaru si diler drogu nariedi na požadovanú kvalitu (listy + šišky) a množstvo podľa potreby konzumenta. Taktiež drogu dá do podoby v akej ju bude ďalej distribuovať (cigarety, vrecká s uzatváracou lištou). Pokiaľ sa droga distribuuje vo vrecúškach s uzatváracou lištou, tak minimálne množstvo k odberu je 1 g.

Páchatelia, ktorí sa na Slovensku venujú trestnej činnosti súvisiacej s kanabisom, spravidla patrili do skupiny so stredoškolským a vyšším vzdelaním, so znalosťou jazykov a informačných technológií potrebných napr. pre objednanie technického vybavenia alebo semien či hnojív prostredníctvom internetu. Časť takýchto páchatelov, ktorá sa venovala výrobe a distribúcii marihuany vykonávala túto nelegálnu činnosť v rámci organizovanej, resp. zločinskej skupiny. Podľa informácii NPJ ÚBOK sa skupiny pôsobiace na našom území neorientujú na páchanie trestnej činnosti súvisiacej s jedným druhom drog. V poslednom období bol zaznamenaný prudký nárast počtu skupín obchodujúcich so širšou škálou drog (najčastejšie s pervitínom alebo heroínom).

Hašiš sa na našom území nevyrába, ale dováža sa zo zahraničia. Jeho predaj sa sústreďuje do regiónu Piešťan, ktoré sú hojne navštevované občanmi arabských štátov. Obchodovaním sa zaoberá uzatvorená komunita páchatelov taktiež pochádzajúca z uvedenej oblasti. Jeho cena je dlhodobo stabilná, v roku 2008 sa pohybovala od 7 do 20 € za dávku.

### 11.1.3 Dostupnosť a konzumácia kanabisu v SR

Odhad reálnej konzumácie drog sa v podmienkach SR vo vybranej populácii: 15 až 19-ročných stredoškolákov zisťuje prostredníctvom Európskeho školského prieskumu o alkohole a iných drogách. Podľa uvedeného prieskumu, v roku 2007 predstavoval podiel súčasných<sup>148</sup> užívateľov kanabisu 27,3 %, čo v reálnej populácii 15 – 19-ročných študentov reprezentovalo približne 99000 mladých ľudí. Odhad súčasných užívateľov kanabisu v danej vekovej skupine má od roku 1995 rastúcu tendenciu (v roku 1995 – 33000, v roku 1999 – 59000, v roku 2003 – 85000 a v roku 2007 – 99000) (Správa 2008, kap. 2.1.1).

Skúsenosť alebo experimentovanie s kanabisom sa za posledných 10 rokov takmer zdvojnásobila vo veku 15 rokov (z 10,3 % v roku 1999 až na 20,1 % v roku 2007) a 16 rokov (z 19 % na 32 %).

Prieskum o drogách u študentov vysokých škôl<sup>149</sup> (2008) potvrdil podobný trend ako v prípade stredoškolskej populácie, keď na otázku: „Užil/a si niekedy v živote, minulosti marihuanu/hašiš?“ odpovedalo kladne 50 % opýtaných z vekovej skupiny 23 rokov (v roku 1999 iba 33,6 %) a 53,6 % z vekovej skupiny 22 rokov (v roku 1999 menej ako 34 %) (Viac o užívaní marihuany pozri v kap. 2.).

Podľa informácii NPJ ÚBOK PPZ predstavuje podiel kanabisových produktov (marihuany, hašiša a kanabisového oleja) na slovenskej drogovej scéne cca 60 – 70 %. Jedným z možných dôvodov, pre ktorý kanabisové produkty tak výrazne dominujú na trhu s drogami je ich ľahšia priestorová aj cenová dostupnosť. Uvedené tvrdenie dokazujú výsledky z najnovšieho prieskumu Eurobarometer (2008), podľa ktorých, takmer 70 % Slovákov vníma získanie kanabisu (marihuany/hašišu) ako dosť a veľmi ľahké (pre porovnanie – priemer v 27 krajinách EÚ reprezentoval 64 % respondentov).

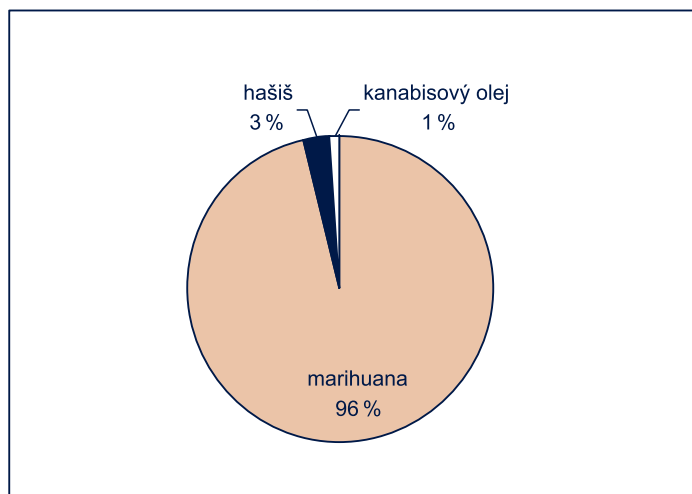
<sup>148</sup> Podiel súčasných užívateľov drog predstavujú jedinci, ktorí drogu užíli v posledných 12 mesiacoch (LYP) a posledný mesiac (LMP).

<sup>149</sup> Realizovaný na báze ESPADu, vo vekovej skupine 19 – 24 rokov.

V súvislosti s užívaním kanabisových produktov bol príslušníkmi NPJ ÚBOK PPZ zaznamenaný trend tzv. polydrogového užívania marihuany – t. j. jej kombinovania s heroínom, pervitínom, prípadne kokaínom.

Z kanabisových produktov je na Slovensku najčastejšie konzumovaná (podľa odhadov NPJ ÚBOK PPZ) – marihuana, ktorej podiel je takmer absolútny (96 %). Konzumácia hašišu je v porovnaní s marihuanou omnoho zriedkavejšia (3 %) a sa sústreďuje najmä do regiónu kúpeľného mesta Piešťany, ktoré je početne navštevované občanmi arabských štátov. Zvyšné 1 % užívateľov sa iba sporadicky zameriava na konzumáciu kanabisového oleja. Dané odhady reflektujú ustálený trend za posledných 10 rokov.

Obr. 11.1: Relatívny odhad konzumácie kanabisových produktov: marihuany, hašišu a kanabisového oleja, v SR podľa NPJ ÚBOK PPZ – pre dotazník EMCDDA o užívaní marihuany, 2009.



### 11.1.4 Legislatívne opatrenia týkajúce sa marihuany v SR

Zaobchádzanie s rastlinou rodu konope a jej produktmi upravuje zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších zmien (pozri kap.1.1 Právny rámec).

Pestovanie konopy je na území SR zakázané<sup>150</sup> s výnimkou pestovania na priemyselné<sup>151</sup> alebo výskumné účely. V prípade porušenia daného ustanovenia môže byť páchateľovi uložená peňažná pokuta do výšky 33 193 €.

Kanabisové produkty ako: živica, tinktúra (etanolový výluh) a suchý extrakt z rastlín rodu Cannabis a tiež rastliny rodu Cannabis (s výnimkou odrôd konopy siatej uvedenej v osobitnom predpise) sú v SR zakázané prostredníctvom zákona MZ SR o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch a zahrnuté v prílohe č. 1 zákona 139/1998 Z. z. a zaradené do najprísnejšej<sup>152</sup> I. skupiny omamných látok. Zákaz sa však nevzťahuje na semená z rastlín rodu Cannabis, ktoré obsahujú zanedbateľné množstvo THC.

Z pohľadu Trestného zákona možno nedovolené prechovávanie marihuany v SR posúdiť ako trestný čin podľa § 171 alebo § 172 ods. 1d/NTZ. Kvantifikovanie rozsahu neoprávneného prechovávanie marihuany závisí od počtu obvykle jednorazových dávok na použitie. Ak množstvo marihuany zodpovedá najviac trojnásobku obvykle jednorazovej dávky, konanie páchateľa možno posúdiť podľa § 171 ods. 1/NTZ (pri ktorom hrozí trest odňatia slobody až na 3 roky). Ak prechovávané množstvo marihuany prevyšuje najviac trojnásobok obvykle jednorazovej dávky, ale neprevyšuje najviac desaťnásobok obvykle jednorazovej dávky, možno konanie páchateľa posúdiť podľa § 171 ods. 2 NTZ (pri ktorom hrozí väzenie až na 5 rokov). V prípade presiahnutia tohto kvantitatívneho množstva sa predpokladá, že páchateľ prechováva drogu pre inú osobu, napr. s cieľom jej

<sup>150</sup> podľa § 15 ods. 2, zákona č. 139/1998 Z. z.

<sup>151</sup> Pestovanie konopy na priemyselné účely je možné na základe povolenia ministerstva, ktoré platí 1 rok od jeho vydania. Držiteľ povolenia je povinný odovzdať spracovateľskej organizácii, ktorá je držiteľom povolenia, celú úrodu konopy v lehote určenej v povolení za vopred dohodnutú cenu. Každý držiteľ povolenia je povinný urobiť také opatrenia, aby sa zabránilo zneužitiu konopy na výrobu OLPL.

<sup>152</sup> Podľa § 4 ods. 3 zákona č. 139/1998 Z. z. možno omamné a psychotropné látky I. skupiny pestovať, vyrábať, dovážať, vyvážať, vydávať, atď. iba na účely výskumnej, výučbovej a expertíznej činnosti s výnimkou pestovania konopy na priemyselné účely.



distribúcie alebo predaja a takéto konanie sa posudzuje ako trestný čin nedovolenej výroby OLPL, jej držby a obchodovania s ňou podľa § 172 ods.1d/NTZ (sankcia sa v tomto prípade pohybuje od 4 do 10 rokov nepodmienečne). Rovnaká výška trestu sa uplatňuje aj v prípade výroby, pašovania a obchodovania s marihuanou (§ 172 ods. 1a, b, c NTZ).

V apríli 2009 vstúpila do platnosti novela zákona 139/1998 Z. z., ktorou sa okrem iného zjednodušili podmienky pestovania oprávnených<sup>153</sup> odrôd konopy siatej s obsahom nižším ako 0,2 % THC.

## 11.2 Záchyty a pôvod kanabisových produktov

### 11.2.1 Pôvod marihuany/hašišu distribuovaného v SR

Pôvod marihuany konzumovanej na našom území pochádza takmer výhradne (95 – 98 %) z domácej produkcie, zvyšných 2 – 5 % marihuany je neznámeho pôvodu (časť sa na Slovensko dováža zo susedných krajín).

V rámci SR boli po roku 2005 ojedinele odhalené prípady pestovania kanabisu určeného na vývoz. Príkladom je prípad z roku 2006, pri ktorom bolo vo veľkosklade pri Nitre políciou zaistených 460 kg rastlín kanabisu, ktoré boli určené na export predovšetkým do Rakúska. Páchatelmi boli prevažne občania Maďarska, pričom hlavný organizátor pochádzal z Rakúska.

Z kanabisových produktov sa na Slovensko najčastejšie dováža hašiš (kanabisová živica) – 98 % hašišu vyskytujúceho sa na slovenskej drogovej scéne pochádza z krajín severnej Afriky (najmä Maroka a Alžírsko), zvyšné 2 % pochádzajú z domácej produkcie. Marocká kanabisová živica, hašiš sa dováža do Európy cez Španielsko, Francúzsko a Belgicko do Holandska, ktoré je ďalším zdrojom marockého hašišu. Z Holandska tieto dodávky putujú do Veľkej Británie alebo Škandinávie, prípadne Nemecka a Dánska<sup>154</sup>.

### 11.2.2 Záchyty marihuany/hašišu

Na kanabisových záchytoch (marihuany a hašišu) výrazne dominovali prípady, pri ktorých objem zaistenej drogy nepresiahol 150 g. Polícia v roku 2008 evidovala v súvislosti s marihuanou 1165 takýchto prípadov, čo z celkového počtu záchytov predstavuje podiel takmer 97 % (v roku 2007 – 96 %, v roku 2006 – 94 %). V prípade hašišu predstavoval počet záchytov do 150 g absolútny 100 %-ný podiel (2008), v roku 2007 a 2006 sa vyskytli ojedinelé prípady, pri ktorých polícia zaistila hašiš vo väčšom množstve ako 150 g (pozri tab. 11.1)

Nakoľko hašiš sa na Slovensko v zásade importuje a je po ňom nižší dopyt – nevyskytli sa na našom území žiadne väčšie záchyty danej drogy (nad 1 kg). V prípade marihuany, ktorá naopak pochádza prevažne z domácej produkcie, predstavovala v roku 2008 najvyšší podiel<sup>155</sup> (vyše 69 %) hmotnostná kategória od 1 kg do 50 kg (v roku 2007 bol podiel vyše 78 % a v roku 2006 vyše 65 %).

<sup>153</sup> Za oprávnené odrody konopy sa v zmysle § 15 ods. 3 zákona č. 139/1998 Z. z. a čl. 33 ods. 1 nariadenia komisie (EC) č. 796/2004 považujú odrody uvedené v spoločnom katalógu odrôd Európskeho spoločenstva s výnimkou odrôd Finola a Tiborszallasi.

<sup>154</sup> NPJ ÚBOK PPZ Bučková, I., (2009).

<sup>155</sup> z celkového množstva zaistenej marihuany v roku 2008 (72,95 kg).

Tab. 11.2: Záchyty marihuany a hašiša podľa veľkosti zaistenej produkcie (2008 – 2006).

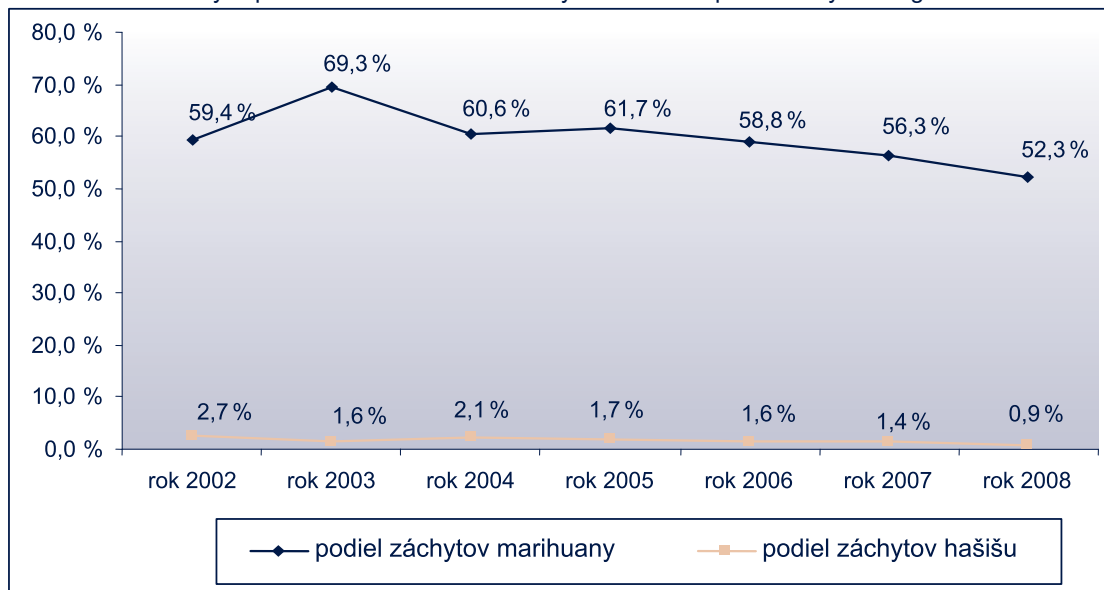
Rok 2008/ kategória	marihuana (sušená)		hašiš	
	prípady (n)	objem (kg)	prípady (n)	objem (kg)
do 150 g	1165	7,64	21	0,052
150 g – 1 kg	31	14,8	0	0
1 kg – 50 kg	6	50,51	0	0
nad 50 kg	0	0	0	0
Σ	1202	72,95	21	0,052
Rok 2007/ kategória	marihuana (sušená)		hašiš	
	prípady (n)	objem (kg)	prípady (n)	objem (kg)
do 150 g	1216	9,5	32	0,308
150 g – 1 kg	30	15,53	1	0,434
1 kg – 50 kg	23	90,24	0	0
nad 50 kg	0	0	0	0
Σ	1269	115,27	33	0,742
Rok 2006/ kategória	marihuana (sušená)		hašiš	
	prípady (n)	objem (kg)	prípady (n)	objem (kg)
do 150 g	1000	9,61	29	0,15
150 g – 1 kg	40	18,62	1	0,39
1 kg – 50 kg	19	53,74	0	0
nad 50 kg	0	0	0	0
Σ	1059	81,97	30	0,54

Zdroj: KEÚ PPZ, Bolf, A., 2009.

Poznámka: Uvedená tabuľka neobsahuje údaje o záchytoch kanabisových rastlín, preto nie je možné sumárne údaje prezentovať ako komplexný počet záchytov marihuany v danom roku a taktiež komparovať ich s údajmi v ST13. Celkový počet záchytov marihuany (všetkých troch druhov) znázorňuje tab. 10.1, kap. 10.2.

Kanabisové produkty si dlhodobo udržujú majoritné zastúpenie na celkovom počte zaistených drog v SR. Najvyšší podiel zaznamenali sumárne záchyty marihuany a hašišu v roku 2003 (70,9 %) – od daného roku majú zostupnú tendenciu, pričom v roku 2008 dosiahol ich podiel najnižšiu úroveň za posledných 7 rokov (53,2 %). Vývoj podielu kanabisových produktov na celkovom počte záchytov (2002 – 2008), osobitne z pohľadu marihuany a hašišu, znázorňuje obr. 11.2.

Obr. 11.2: Podiel kanabisových produktov: hašišu a marihuany na celkovom počte záchytov drog v SR v rokoch 2002 – 2008.



Zdroj: NMCD údaje pre ST13 v rokoch 2002 – 2008.

### 11.2.3 Odhalené laboratória na nezákonné pestovanie marihuany

V SR vykonávajú akcie zamerané na odhaľovanie laboratórií na výrobu alebo pestovanie drog špecializované jednotky CKÚ a ÚBOK PPZ. Oba štátne útvary štandardne nevedú štatistiku odhalených laboratórií (do štandardného štatistického sledovania sú zahrnuté iba prípady zaistenej produkcie drog). Počet záchytov a zaistené množstvo drog, pochádzajúcich okrem iného i z odhalených laboratórií/polí systematicky sleduje KEÚ PPZ, ktorý vykonáva kvalitatívnu analýzu všetkých zaistených drog v SR (pozri kap. 10, tab. 10.1).

Orientačné štatistiky odhalených laboratórií na pestovanie/výrobu marihuany a pervitínu (2005 – 2008) realizované špecializovanými oddeleniami NPJ ÚBOKU znázorňuje tab. 10.3, uvedená v kap. 10.

Z regionálneho aspektu bolo do roku 2000 odhalených najviac laboratórií v okolí Bratislavy. Od roku 2003 sa podľa informácií NPJ ÚBOK PPZ páchatelia pri budovaní laboratórií orientujú na odľahlejšie, menej frekventované miesta, napr. chatové oblasti.

## 11.3 Trestné činy v súvislosti s kanabisom

MV SR eviduje štatistiku trestných činov a páchatel'ov podľa jednotlivých paragrafov a odsekov Trestného zákona a od júna 2006 tiež podľa druhu drogy. K sledovaniu druhu drogy pristúpilo rovnako: MS SR (2007) aj GP (2008) z dôvodu harmonizácie trestnoprávných štatistických systémov – podrobná analýza systému zberu dát (MV SR, GP a MS SR) bola uvedená vo vybranej téme Správy 2008, Trestno-právne štatistiky – časť 11.3.

Trestný zákon SR osobitne v § 172 NTZ diferencuje neoprávnenú výrobu OLPL (§ 172 1a); pašovanie ako dovoz, vývoz, prevoz a prepravu OLPL (§ 172 1b); obchodovanie ako kúpu, predaj, výmenu a zadováženie OLPL (§ 172 1c); a dílovanie ako prechovávanie OLPL v množstve prevyšujúcom 10-násobok obvykle jednorazovej dávky (§ 172 1d).

Marihuana je dlhodobo najzneužívanejšou drogou na Slovensku, dokazujú to štatistiky na všetkých troch stupňoch trestnoprávneho systému (polície, prokuratúry i súdov).

### 11.3.1 Trestné činy/stíhaní páchatelia v súvislosti s kanabisom, podľa MV SR (PPZ)

V uvedenej časti sú analyzované iba § 171 – 174 NTZ (platného od 1. 1. 2006), nakoľko pri ekvivalentných § 186, § 187, § 188 a § 188a STZ (platného do 31. 12. 2005) sa druh drogy povinne nesledoval.

Polícia evidovala v roku 2008 spolu 474 stíhaných za drogovú trestnú činnosť (§ 171 – 174 NTZ) spojenú s marihuanou/hašišom, pričom osobitný podiel stíhaných za nezákonnú výrobu, obchodovanie a držbu marihuany/hašišu (§ 172/NTZ) predstavoval 29,7 % (141 prípadov). V roku 2007 polícia zaznamenala 387 takýchto prípadov, pričom podiel stíhaných v zmysle § 172/NTZ predstavoval 30,5 % (118 prípadov).

Podiel marihuany na trestných činoch v zmysle § 172/NTZ bol vyše 98 %, kým hašiš sa podieľal iba na menej ako 2 % prípadov, v roku 2008 (v roku 2007 bol podiel marihuany absolútny – 100 %).

V roku 2008 polícia najčastejšie začala trestné stíhanie voči páchatelom – za nezákonný obchod s marihuanou (56,8 %) a jeho nezákonnú výrobu (23 %). Rovnako aj v prípade hašišu boli dvaja páchatelia stíhaní v súvislosti s § 172 ods. 1c (pozri tab. 11.3).

Tab. 11.3.1: Počet stíhaných za výrobu a obchodovanie s marihuanou, hašišom v roku 2008.

Stíhaní v roku 2008		Marihuana		Hašiš	
Trestný čin	§/NTZ	N	%	N	%
výroba	§ 172 ods.1a	32	23	0	0
pašovanie	§ 172 ods.1b	5	3,6	0	0
obchodovanie	§ 172 ods.1c	79	56,8	2	100
dílovanie	§ 172 ods.1d	23	16,6	0	0
vo väčšom rozsahu	§ 172 ods. 2	0	0	0	0
Spolu	§ 172	139	100	2	100

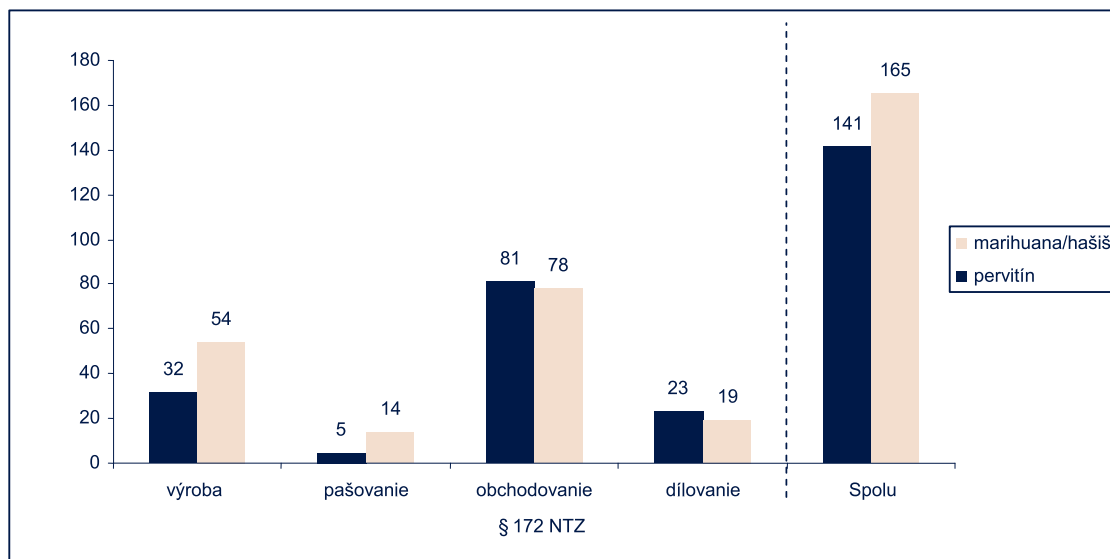
Zdroj: PPZ, 2009.

Hoci z aspektu celkovej drogovej kriminality<sup>156</sup> je marihuana/hašiš najzneužívanějšíou drogou v SR – z pohľadu samostatného trestného činu nedovolennej výroby, obchodovania a držby OLPL v roku 2008 bol počet stíhaných v súvislosti s marihuanou/hašišom prevýšený počtom stíhaných v súvislosti s pervitínom.

Pozitívnu bilanciu v asociácii s pervitínom si kanabisové produkty zachovali iba v prípade stíhaných za nedovolenú výrobu a pašovanie s OLPL (§ 172 ods. 1c/NTZ). Detailnú bilanciu počtu stíhaných páchatelov v súvislosti s marihuanou/hašišom a pervitínom v rozdelení podľa § 172 ods. 1a, b, c, d/NTZ znázorňuje obr. 11.3.

<sup>156</sup> Počet stíhaných (MV SR) v zmysle § 171 – 174/NTZ a ekvivalentných § 186, § 187, § 188 a § 188 a/STZ.

Obr. 11.3.1: Počet stíhaných za nedovolenú výrobu, pašovanie, obchodovanie a dílovanie marihuany + hašišu a pervitínu, v roku 2008.

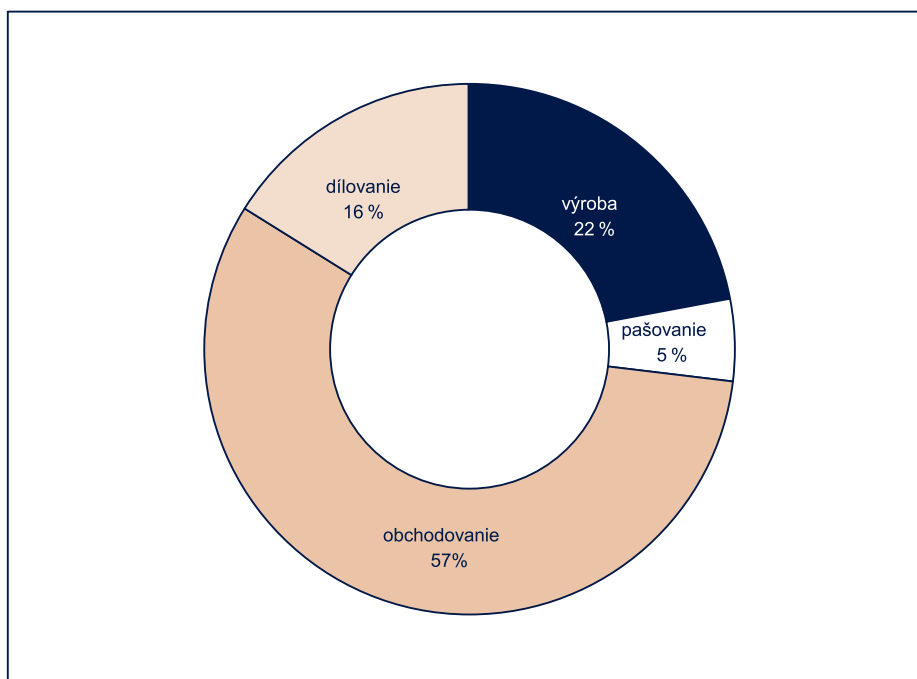


Zdroj: PPZ, 2009.

Okrem stíhaných páchatel'ov polícia štandardne eviduje vo svojom štatistickom systéme (MV SR) i trestné činy zistené v danom roku.

V roku 2008 polícia evidovala 159 trestných činov<sup>157</sup> za nedovolenú výrobu a držbu marihuany/hašišu (§ 172/NTZ), čo z celkového počtu zistených trestných činov za uvedený § 172/NTZ (510) predstavuje podiel cca 30 %. Viac ako polovica prípadov (90) súvisela s obchodovaním a takmer štvrtina (35) s výrobou; ďalej dílovanie (26) a pašovanie (8) – percentuálny podiel znázorňuje nasledujúci obr. 11.4.

Obr. 11.3.2: Podiel trestných činov súvisiacich s výrobou, pašovaním, obchodovaním a dílovaním marihuany/hašišu, v roku 2008.



Zdroj: PPZ, 2009.

<sup>157</sup> 158 trestných činov súviselo s marihuanou a 1 trestný čin s hašišom – konkrétne s § 172 ods. 1c/ NTZ.

### 11.3.2 Trestné činy súvisiace s kanabisom podľa GP SR a MS SR

GP štandardne nevykazuje v prehľadoch o kriminalite jednotlivé odseky trestných činov (nie je preto možné bližšie špecifikovať § 172/NTZ za výrobu, obchodovanie, dílovanie, atď.), k dispozícii sú iba sumárne štatistiky obžalovaných za nedovolenú výrobu a obchodovanie s marihuanou a hašišom (§ 172/ NTZ + § 187/STZ).

V roku 2008 bolo v štatistickom systéme GP SR evidovaných celkom 137 obžalovaných za trestný čin nedovolenej výroby, obchodovanie a držbu marihuany/hašišu (123 osôb bolo obžalovaných podľa NTZ a zvyšných 14 podľa STZ). Z celkového počtu obžalovaných za nedovolenú výrobu, obchodovanie a prechovávanie OLPL, v roku 2008<sup>158</sup>, predstavoval podiel trestných činov súvisiacich s marihuanou/hašišom – najvyšší podiel 44,3 %.

MS SR eviduje vo svojom štatistickom systéme trestné činy podľa špecifických odsekov paragrafov Trestného zákona (STZ aj NTZ).

V roku 2008 súdy odsúdili 155 osôb v súvislosti s výrobou, obchodovaním a držbou marihuany/hašišu (v roku 2007 o 50 menej). Majoritnú skupinu tvorili díleri odsúdení za držbu marihuany/hašišu v množstve prevyšujúcom 10-násobok obvykle jednorazovej dávky drogy (pozri tab. 11.4).

Tab. 11.3.2: Počet odsúdených za výrobu a obchodovanie s marihuanou/hašišom v rokoch 2007 a 2008.

Odsúdení/marihuana + hašiš		rok 2007		rok 2008	
Trestný čin	§/NTZ	N	%	N	%
výroba	§ 172 ods. 1a	10	9,5	19	12,3
pašovanie	§ 172 ods. 1b	3	2,9	1	0,6
obchodovanie	§ 172 ods. 1c	12	11,4	35	22,6
dílovanie	§ 172 ods. 1d	70	66,7	78	50,3
vo väčšom rozsahu	§ 172 ods. 2	10	9,5	22	14,2
Spolu	§ 172	105	100	155	100

Zdroj: MS SR, 2009.

<sup>158</sup> Celkom bolo v roku 2008 v zmysle § 172/NTZ + § 187/STZ obžalovaných 309 osôb, pri ktorých bol zaznamenaný konkrétny druh drogy.



## **12 Problémové užívanie amfetamínov a metamfetamínov, s tým súvisiace dôsledky a reakcie**

### **12.1 Epidemiológia**

#### **12.1.1 História užívania (met)amfetamínov**

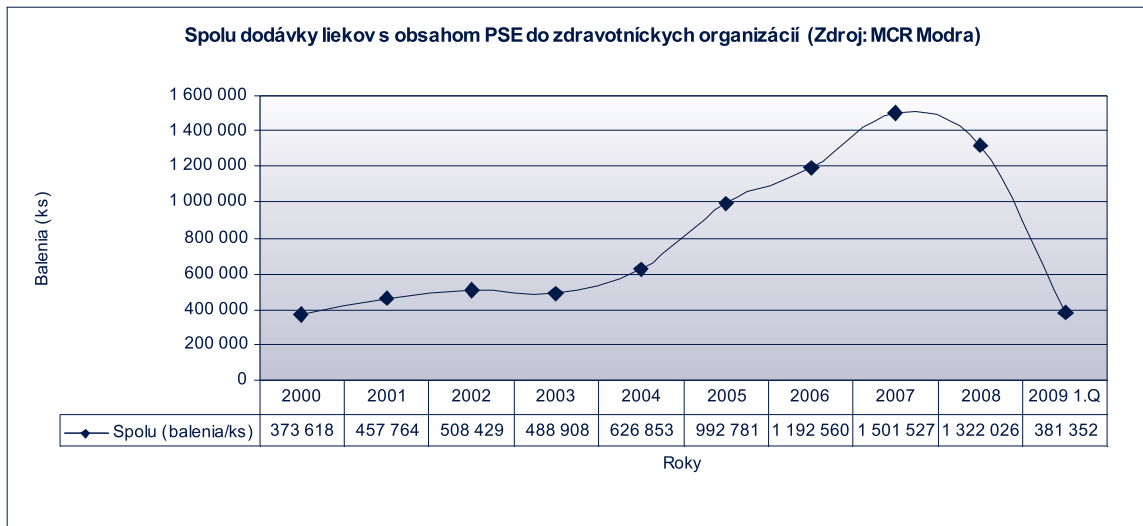
História užívania syntetických stimulancií na území Slovenska siaha do obdobia spoločnej Československej republiky do polovice minulého storočia. Od 60-tych rokov 20. storočia československý farmaceutický priemysel produkoval Fenmetrazín® a Dexfenmetrazín®. Spôfa. Boli to farmaká určené v prvom rade na redukciu váhy, ale sprvu aj na liečbu únavy, depresie a narkolepsie. Išlo o syntetické látky amfetamínového typu. Bolo to v období ešte predtým ako boli stimulanciá amfetamínového typu dané na zoznam látok pod medzinárodnú kontrolu. Laická verejnosť rýchlo zistila ich psychostimulačné účinky a rozšírilo sa ich nemedicínske užívanie najmä medzi mládežou, študentmi v snahe zvýšiť výkon pri štúdiu v škole, najmä na vysokých školách v skúškovom období. Nezriedka ich užívali vodiči, profesionáli na prekonanie únavy. V priebehu 70-tych rokov 20. storočia vrcholilo aj ich užívanie len pre príjemný pocit zvýšenej energie. Narastajúce prípady závislosti od týchto farmák, rozširujúce sa užívanie za účelom eufórie, často v kombináciách s inými psychoaktívnymi látkami, viedli k administratívnym opatreniam na obmedzenie dostupnosti Fenmetrazínu® a Dexfenmetrazínu® v bývalom Československu. Po sprísnení kontroly preskripcie sa koncom minulého storočia najmä na tzv. alternatívnej scéne, medzi „avantgardou“ umelcov, u časti vysokoškolákov začalo okrem iných psychoaktívnych látok tiež užívanie ilegálne vyrábaných metamfetamínov z voľne predajných liekov proti bolesti a na prechladnutie s obsahom ich prekursorov – efedrínu a pseudoefedrínu. Tzv. českou metódou vyrobený metamfetamín pod názvom „pervitín“, český „perník“ sa rozšíril v spomenutých subpopuláciách hlavne vo veľkých mestách. Na Slovensku aj po rozdelení bývalého Československa bola síce miera užívania pervitínu oveľa menšia ako v Česku, ale v Bratislave existovala aj začiatkom 90-tych rokov 20. storočia malá skupina mládeže, ktorá mali skúsenosti s touto drogou. Pervitín sa kupoval z Česka, ale začiatkom 90-tych rokov sa už objavila jeho domáca výroba – „variči“ aj na Slovensku v Bratislave. Zneužívanie metamfetamínov však nemalo na Slovensku v 90-tych rokoch minulého storočia charakter epidémie, dominovala vtedy na našom území epidémia užívania novej drogy – heroínu.

Tri štúdie zamerané na rekreačné prostredie na Slovensku preukázali obľúbenosť užívania stimulancií amfetamínového typu u mládeže v súvislosti s tanečnou scénou (Somošová, et al., 2002, 2003; Bušová, et al., 2006). Najpreferovanejšie bolo ich užívanie v súvislosti s techno a haus scénou. Na prvom mieste bola „extáza“ (MDMA: 3,4-metylén dioxy metamfetamín) a po nej nasledoval v tejto asociácii metamfetamín „pervitín“. V dvoch porovnateľných prieskumoch nastal medzi rokmi 1999 a 2002 mierny pokles užívateľov extázy a zvýšil sa signifikantne z 3 % na 14 % podiel pravidelných užívateľov pervitínu, hoci celkovo podiel tých, čo mali skúsenosť s pervitínom v týchto prostrediach klesol zo 73 % na 43 % (Somošová, et al., 2003). Analogické výstupy, ale s menším podielom užívateľov boli v prieskume účastníkov open-air podujatí (Bušová, et al., 2006). Extáza bola najvýraznejšie asociovaná so štýlom hudby (techno, haus), s tanečnou scénou a najviac s „parties“. Až potom to bol pervitín, ktorý aj týmito probandami bol však často užívaný mimo asociácie s hudbou.

Signály o zvýšenej výrobe, distribúcii a užívaní metamfetamínov na Slovensku sa objavili od roku 2004 aj zo zdrojov inštitúcií zabezpečujúcich znižovanie dopytu po drogách (polícia, colníci). Podrobné údaje pozri v kap. 10 – Trh s drogami – tab. 10.1. a obr. 10.1, obr. 10.2, tab. 10.2, obr. 10.3.

Paralelne s uvedenými štatistikami o záchytoch metamfetamínov políciou, sa na Slovensku v lekárňach výrazne zvýšil nákup voľne predajných liekov s obsahom pseudoefedrínu bez toho, aby kopíroval nárast ochorení, hlavne bežných prechladnutí vírusového charakteru, na ktoré sú indikované. Dokladom toho sú výsledky štatistického zisťovania indikujúce výrazný vzostup dodávok liekov do zdravotníckych organizácií (v tom sú predovšetkým lekárne) v posledných štyroch rokoch (obr. 12.1.1), ktoré realizoval Štátny ústav pre kontrolu liečiv na základe podnetu hlavného odborníka pre medicínu drogových závislostí pri ministerstve zdravotníctva. Je preto predpoklad, že veľká časť mohla byť použitá na výrobu pervitínu.

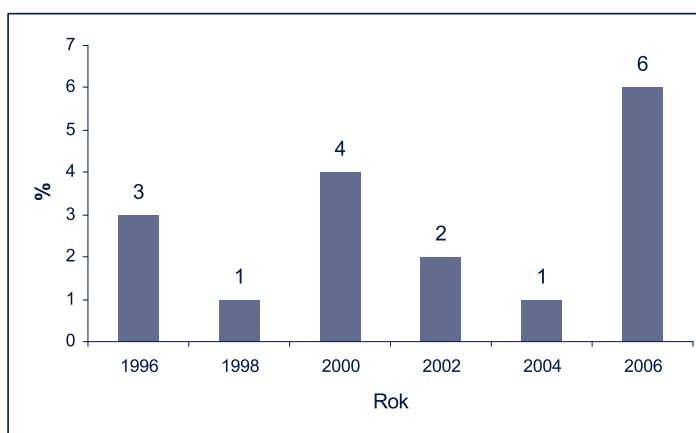
Obr. 12.1.1: Spolu dodávky liekov s obsahom PSE do zdravotníckych zariadení, spolu balenia/ks a medziročný nárast.



Zdroj: Štátny ústav kontroly liečiv a MCR s. r. o., Modra 2009.

O existencii a zvýšení užívania pervitínu svedčia aj výsledky anonymného populačného prieskumu, ktorý do roku 2006 vykonával v dvojročných intervaloch Ústav verejnej mienky Slovenského štatistického úradu v Bratislave (2006). Najvyššia celoživotná prevalencia z troch skúmaných vzoriek obyvateľstva bola zistená medzi mladými ľuďmi z hlavného mesta Bratislavy. Výrazne stúpla na 6 % respondentov v roku 2006 (obr. 12.1.2).

Obr. 12.1.2: Percento užívania ATS u bratislavskej mládeže v jednotlivých cykloch prieskumov.



Zdroj: ÚVVM pri ŠÚ SR, 2006.

### 12.1.2 Žiadosti o liečbu kvôli problémom s užívaním (met)amfetamínov

Terénne programy výmeny použitých ihli a striekačiek za sterilné považujeme za predliečebnú starostlivosť a nehodnotíme ju na Slovensku ako dopyt po liečbe zo strany vnútrožilových užívateľov (IDUs<sup>159</sup>). Ale v kontinuu nášho systému starostlivosti o užívateľov drog majú svoje miesto, sú často kontaktným bodom pre vstup do ďalšej liečby a možnosťou na skúmanie správania problémových užívateľov drog (NMCD, 2008). Z kvalifikovaných odhadov problémových užívateľov drog založených na anonymných prieskumoch medzi

<sup>159</sup> Injection Drug User – s (IDUs) injekční užívatelia drog, niekedy IVDUs – Intravenózni užívatelia drog.

IDUs využívajúcimi služby terénnych programov výmeny ihl a striekačiek na Slovensku v roku 2008 a 2009 vyplynulo, že prevažujú medzi nimi užívatelia heroínu a až na druhom mieste sú, čo do počtov, v nich zastúpení užívatelia pervitínu. Zistenie bolo konzistentné so zastúpením všetkých žiadateľov o liečbu v zdravotníckych zariadeniach v roku 2008 (pozri kap. 5 – indikátor TDI).

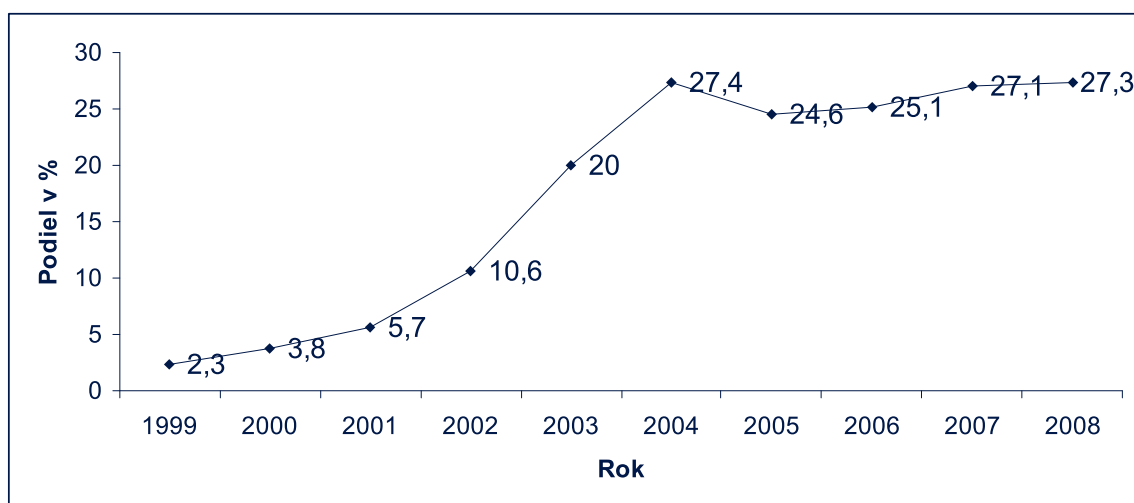
Je to ale v protiklade k prvej požiadavke o liečbu v zdravotníckych zariadeniach, kde v posledných rokoch na Slovensku medzi po prvý raz liečenými prevažujú žiadatelia o liečbu kvôli závislosti od metamfetamínov a až na druhom mieste boli závislí od heroínu (TDI). Požiadavka prvoliečených reflektuje aj vyššiu popularitu a užívanie stimulancií amfetamínového typu v porovnaní s heroínom u respondentov populačných prieskumov (ÚVVM pri ŠÚ SR, 2006).

Ešte pretrvávajúce celkovo vyššej reprezentácie užívateľov opiátov v programoch starostlivosti vysvetľuje vysoko pravdepodobne skutočnosť, že epidémia užívania heroínu na rozdiel od epidémie pervitínu je staršieho dát a je medzi liečenými viac chronických pacientov, ktorí vstupujú opakovane do liečby. Veľká časť z nich je v substitúcii. Podiel celkovo zachytených užívateľov metamfetamínov v programoch starostlivosti sa však postupne približuje k podielu užívateľov opiátov.

Na rozdiel od užívateľov pervitínu si prevažná časť užívateľov heroínu, ktorí žiadali o liečbu drogu aplikovala vnútrožilovo, čo spolu s vyššie uvedeným objasňuje ich vyšší podiel v terénnych programoch výmeny sterilných ihl a striekačiek.

Prvé oficiálne údaje z Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky<sup>160</sup> o počte liečených kvôli závislosti od metamfetamínov v Slovenskej republike sú z roku 1997. Išlo o 37 pacientov, ktorí tvorili iba 2 % z celkového počtu liečených užívateľov drog. Ako vidieť na obr. 12.1.3 tento nízky podiel pretrvával ešte do roku 1999, potom ale nastal prudký vzostup s vrcholom v roku 2004, kedy tvorili už 27 % (484 pacientov) z celkového počtu liečených (obr. 12.1.4). S miernym poklesom pretrváva tento trend žiadostí o liečbu až do roku 2008.

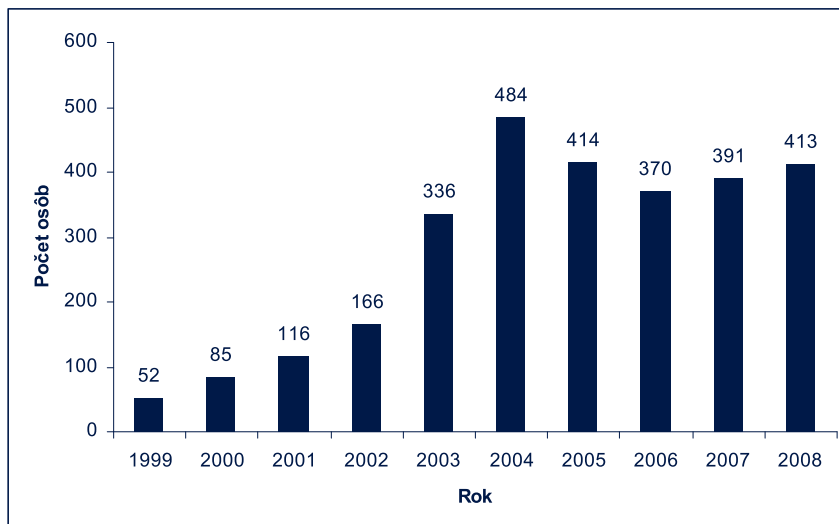
Obr. 12.1.3: Podiel pacientov so závislosťou na stimulanciách na celkovom počte žiadostí o liečbu na Slovensku.



Zdroj: NCZI, 2009.

<sup>160</sup> V súčasnosti Národné centrum zdravotníckych informácií.

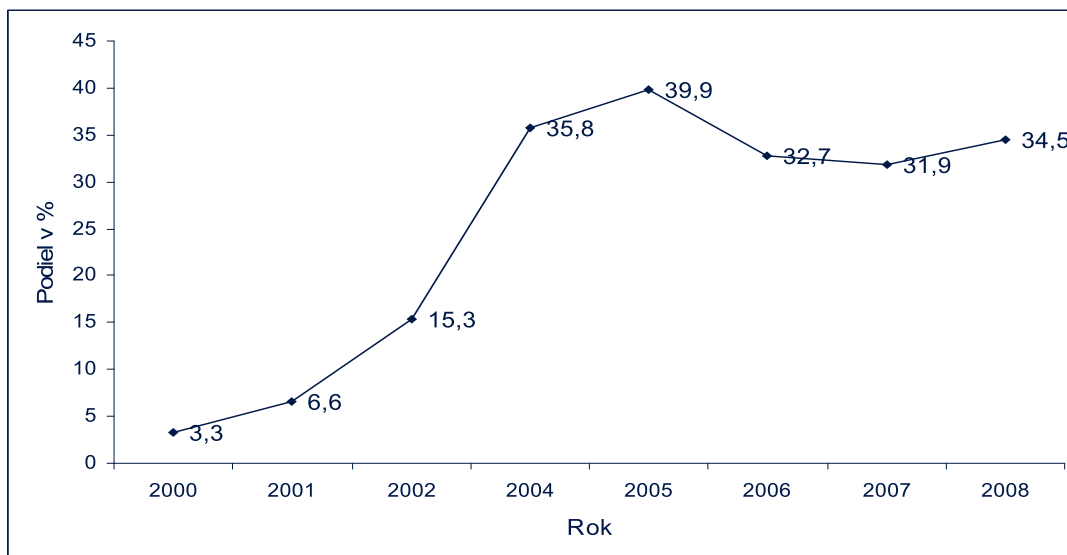
Obr. 12.1.4: Stimulanty – počet žiadostí so závislosťou o liečbu.



Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, Bratislava.

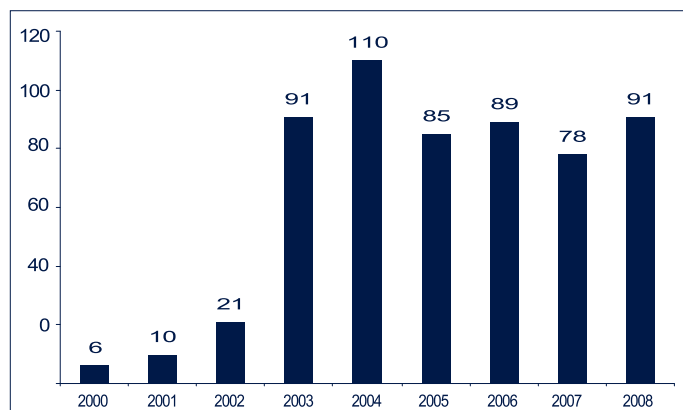
Centrom epidémie užívania metamfetamínov je oblasť hlavného mesta Slovenskej republiky, Bratislavy, čo ilustruje aj podiel (obr. 12.1.5) a počty (obr. 12.1.6) liečených od závislosti na metamfetamínoch v najväčšom špecializovanom zdravotníckom zariadení na Slovensku, v Centre pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ) v Bratislave. Trendy sú konzistentné s vyššie uvedenými trendmi v rámci celej SR, až na to, že percentuálne podiely sú v Bratislave výrazne vyššie. Takisto v CPLDZ Bratislava môžeme pozorovať vrchol žiadostí o liečbu u pacientov so závislosťou od metamfetamínov v roku 2004.

Obr. 12.1.5: Podiel pacientov so závislosťou od metamfetamínov na celkovom počte žiadostí o liečbu v CPLDZ Bratislava v rokoch 2000 – 2008.



Zdroj: CPLDZ, 2009.

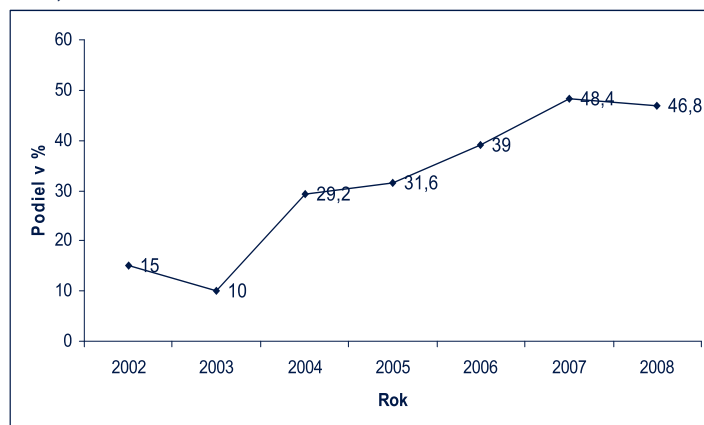
Obr. 12.1.6: Počet pacientov so závislosťou od metamfetamínov v CPLDZ, Bratislava v rokoch 2000 až 2008.



Zdroj: CPLDZ, 2009.

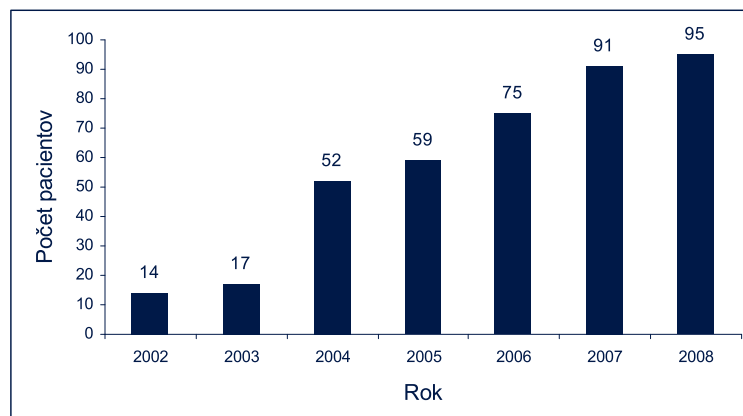
V súvislosti s nárastom užívania metamfetamínov na Slovensku stúpol aj počet ich užívateľov, medzi tými, u ktorých primárna droga boli iná ako metamfetamíny. Veľmi názorne to ilustruje aj obr. 12.1.7 a obr. 12.1.8, týkajúci sa pozitívnych výsledkov močov na metamfetamíny u pacientov vstupujúcich do metadónového udržiavacieho programu. V posledných dvoch sledovaných rokoch sa pozitívny moč na metamfetamíny vyskytoval prakticky u polovice pacientov so závislosťou od opiátov, ktorí vstupovali do metadónovej udržiavacej liečby (MUP) v CPLDZ, Bratislava.

Obr. 12.1.7: Podiel pacientov s pozitívnym močom na metamfetamíny vstupujúcich do MUP z celkového počtu pacientov vstupujúcich do MUP v CPLDZ, Bratislava.



Zdroj CPLDZ, 2009.

Obr. 12.1.8: Metamfetamíny – počet pacientov s pozitívnym močom na metamfetamíny, vstupujúcich do MUP v CPLDZ, Bratislava.



Zdroj: CPLDZ, Bratislava, 2009.

### 12.1.2.1 Podrobnejšia analýza pacientov liečených od závislosti od (met)amfetamínov, u ktorých boli (met)amfetamíny primárnou drogou

Prakticky u všetkých liečených išlo o závislosť od metamfetamínov – od pervitínu. Zistenia amfetamínov v toxikologických analýzach pri skríningu močov boli natoľko raritné, že sa prestali rutinne vykonávať.

Metamfetamíny užívané pacientmi na Slovensku sa vyrábajú z liekových prekurzorov obsahujúcich pseudoefedrín. Najčastejšou formou užívania u liečených pacientov kvôli závislosti od metamfetamínov bolo šnupanie (43 %), potom nasledovala injekčná aplikácia (31 %), fajčením/inhalovaním užívalo pervitín 14 % pacientov.

Čo sa týka intravenózneho užívania, porovnanie pacientov liečiacich sa zo závislosti od metamfetamínov s pacientmi liečiacich sa zo závislosti od opiátov sme zistili nasledujúce údaje získané zo vzorky pacientov na celom Slovensku. Niekedy si pichlo drogu 13 % pacientov liečiacich sa od (met)amfetamínov, čo je porovnateľné s 12 % pacientov liečiacich sa od opiátov. Ale v čase nástupu na liečbu intravenózne užívalo drogu 26 % pacientov liečiacich sa zo závislosti od metamfetamínov, kde môžeme sledovať markantný rozdiel v porovnaní s 81 % pacientov liečiacich sa zo závislosti od opiátov. Z pacientov liečiacich sa od metamfetamínov si drogu nikdy nepichlo 45 % pacientov, zatiaľ čo u pacientov liečiacich sa od opiátov si drogu nikdy nepichlo iba 7 % pacientov.

Ak sa bližšie zameriame na intravenózne užívanie prvokontaktov (prvých žiadateľov o liečbu), 10 % pacientov liečiacich sa od metamfetamínov si niekedy v živote pichlo drogu. Opäť podobné percento (9 %) nachádzame u pacientov liečiacich sa od opiátov. V dobe nástupu na liečbu intravenózne drogu užívalo 21 % pacientov liečiacich sa od metamfetamínov a 76 % pacientov liečiacich sa od opiátov. Drogu si nikdy nepichlo 58 % pacientov závislých od metamfetamínov a z pacientov závislých od opiátov si drogu nikdy nepichlo 15 % pacientov.

U užívateľov metamfetamínov 33 % užívalo drogu denne, 35 % užívalo drogu 2 – 6x do týždňa a 21 % užívalo drogu iba raz týždenne a prípadne menej často. 8 % si ju v priebehu posledného mesiaca neaplikovalo. Na porovnanie, u pacientov závislých od opiátov denne drogu užívalo 76 %, 2 – 6x do týždňa ju užívalo 10 %, 1x za týždeň a menej ju užívalo 6 % a v priebehu mesiaca drogu neužilo rovnako 6 %. U pacientov závislých od kanabinoïdov denne užívalo drogu 23 %, 2 – 6x do týždňa ju užívalo 33 %, raz za týždeň a menej ju užívalo 28 % a za posledný mesiac pred vstupom do liečby látku neužilo 6 %. Z toho vyplýva, že metamfetamíny majú z troch skupín pacientov najčastejšie vstupujúcich do liečby po opiátoch najväčšiu frekvenciu užívania, neberúc do úvahy skupiny sedatív, hypnotík a prchavých látok, kde je síce vyššia frekvencia užívania, ale jedná sa o relatívne malé podiely liečených pacientov.

Ako sekundárna droga sa metamfetamíny najčastejšie vyskytovali v rámci celého Slovenska u závislých od opiátov (30 %); potom u liečených zo závislosti od kanabisu, kde sa metamfetamíny ako sekundárna droga vyskytovali u 29 % pacientov.

Najčastejší výskyt žiadateľov o liečbu kvôli závislosti od metamfetamínov bol vo vekovej skupine 20 – 24-ročných na rozdiel od žiadateľov kvôli závislosti od opioidov, kde sa najväčší počet žiadateľov o liečbu pohyboval vo veku od 25 do 29 rokov. Teda boli starší a na rozdiel od tretej najväčšej skupiny liečených pacientov so závislosťou od kanabinoïdov, ktorí boli naopak väčšinou mladší a najčastejšie žiadali o liečbu vo veku od 15 do 19 rokov.

Podľa zistení v zdravotných záznamoch CPLDZ Bratislava od všetkých žiadateľov o liečbu kvôli závislosti od metamfetamínov v roku 2008, boli u nich zistené ďalej uvedené sociodemografické údaje.

Z celkového počtu 91 pacientov žiadajúcich o liečbu zo závislosti od metamfetamínov v CPLDZ bolo 76 % mužov a 24 % žien s priemerným vekom 24 rokov vo vekovom rozpätí od 16 do 52 rokov. V celej vzorke liečených pacientov kvôli metamfetamínov na Slovensku bolo 63 % mužov a 37 % žien, čo je porovnateľné s podielom mužov liečených od kanabinoïdov (62 %). Kým pri pacientoch liečených pre závislosť od opiátov bol podiel mužov vyšší (77 %). V celej vzorke liečených pacientov na Slovensku bolo 82 % mužov a 18 % žien. Iba 3 % užívateľov metamfetamínov v CPLDZ nemali stabilné bydlisko (boli bezdomovci). V porovnaní s celou vzorkou liečených pacientov so všetkými drogovými závislosťami, na Slovensku nemalo stabilné bydlisko 9 % pacientov, čo bolo 3x viac. Stabilné ubytovanie malo 95 % pacientov liečených od metamfetamínov v CPLDZ Bratislava, zatiaľ čo vo vzorke všetkých liečených od drog na Slovensku malo stabilné ubytovanie 90 % z nich.



30 % pacientov liečených zo závislosti od metamfetamínov v CPLDZ Bratislava v roku 2008 bolo nezamestnaných pri vstupe do liečby v porovnaní s 55 %-ným podielom nezamestnaných v celom súbore liečených z drogových závislostí na Slovensku. Z pacientov liečených pre metamfetamíny v CPLDZ Bratislava malo zamestnanie 28 % vs. 19 % v celom súbore pacientov na Slovensku a študovalo 19 % vs. 12 %. Môže to byť spôsobené tým, že najvyššia miera zamestnanosti sa sústreďuje práve v Bratislavskom regióne.

Charakteristika užívateľov metamfetamínu so závislosťou podľa úrovne vzdelania: 1 % liečených v CPLDZ Bratislava nemalo ukončené základné vzdelanie v porovnaní s 3 % v rámci celej vzorky liečených na Slovensku; ZŠ ukončilo 34 % liečených pre metamfetamíny v CPLDZ vs. 41 % vo vzorke Slovenska; ukončenú SŠ malo 51 % vs. 48 % a vysokoškolské vzdelanie mali 3 % vs. 2 %.

## 12.2 Zdravotné a sociálne koreláty chronického užívania (met)amfetamínov

Zdravotné a sociálne koreláty chronického užívania (met)amfetamínov boli skúmané na vzorke pacientov, ktorí vstúpili do liečby kvôli závislosti od metamfetamínov v CPLDZ Bratislava v roku 2008. Stav výživy u liečených od metamfetamínov pri vstupe do liečby podľa indikátora BMI bol v norme. Priemerné BMI bolo 23 v rozpätí od 15,4 do 35 (SD + 3,9).

V tejto vzorke bolo zistených 9 % HCV pozitívnych/reaktívnych pacientov. HBV pozitívnych boli 3 % pacientov a HIV pozitívnych bolo 1 % pacientov.

Podľa skríningového dotazníka BDI<sup>161</sup> skóre v pásme depresivity malo 46 % pacientov, 4 % pacientov boli nefajčiari a podľa skóre v dotazníku FTQ<sup>162</sup> malo 17 % vysokú závislosť na nikotíne. 23 % pacientov malo podľa upraveného<sup>163</sup> Michiganského skríningového dotazníka niekedy v živote vážne problémy s alkoholom.

Klinická skúsenosť bez kvantitatívneho vyjadrenia poukazuje na častý výskyt psychotických duševných porúch schizofrénneho charakteru u týchto pacientov. Väčšinou sa jednalo o krátkotrvajúce toxické psychózy s halucinačnými poruchami vnímania a paranoidné perzekučné bludné obsahy v myslení, ktoré v priebehu abstinencie rýchlo ustúpili, ale nezriedka bola potrebná aj dlhodobá neuroleptická terapia.

## 12.3 Reakcie na chronické užívanie (met)amfetamínov

Pomer medzi ambulantne a ústavne liečenými so závislosťou od metamfetamínov bol vyrovnaný, na rozdiel od liečených pre závislosť od opioidov, kde vysoko prevažovala ambulantná liečba. Tieto rozdiely v rozložení medzi ambulantnou a ústavnou liečbou sú významne ovplyvnené existenciou možnosti substitučnej liečby pri závislosti od opiátov, ktorá pri závislosti od metamfetamínov na Slovensku neexistuje. Vzhľadom na vyššie uvedené dominuje po detoxifikácii tzv. čistá liečba s prevahou režimových a psychoterapeutických prístupov. Na včasné abstinenčné príznaky na začiatku detoxifikácie, ktorá sa odborne realizuje na špecializovaných psychiatrických oddeleniach sa podávajú symptomaticky psychofarmaká (antidepresíva, hypnotiká, neuroleptiká). V snahe nájsť optimálne terapeutické prístupy pracovníci CPLDZ študovali a pokúšali sa aplikovať program kognitívno-behaviorálnej terapie MATRIX, vytvorený a používaný v USA (Rowson, 2002). Jeho implementácia nebola taká efektívna ako v krajine jeho vzniku, vzhľadom na iný spôsob selekcie a motivácie pacientov. Napriek tomu niektoré jeho prvky sa však doteraz v liečbe u nás uplatňujú. Ambulantná liečba sa realizuje predovšetkým u závislostí od metamfetamínov nekomplikovaných inou duševnou poruchou. Do ústavnej liečby často vstupujú pacienti, ktorí užívajú metamfetamíny s toxickou psychózou ako akútne stavy. Po detoxifikácii a obvykle 12 týždňov trvajúcej ústavnej liečbe podľa stavu a situácie pacienta sa mu odporúča pokračovať buď v ambulantnej liečbe alebo prechod do resocializačného zariadenia.

Určitý obraz o prognóze ľudí so závislosťou od metamfetamínov, ktorí požiadali o liečbu dávajú výstupy prospektívnej štúdie sledovania osudov kohorty pacientov liečených po prvý raz v Centre pre liečbu drogových závislostí v Bratislave. Štúdia sa realizuje periodicky od roku 1997 (Okruhlica et al., 2002) v trojročných intervaloch. Obr. 12.3.1 ilustruje výsledky už z tretej sledovanej kohorty v podskupine pacientov žiadajúcich o liečbu kvôli závislosti od metamfetamínov (pervitínu). Išlo o pacientov, ktorí vstúpili do liečby po prvý raz v roku

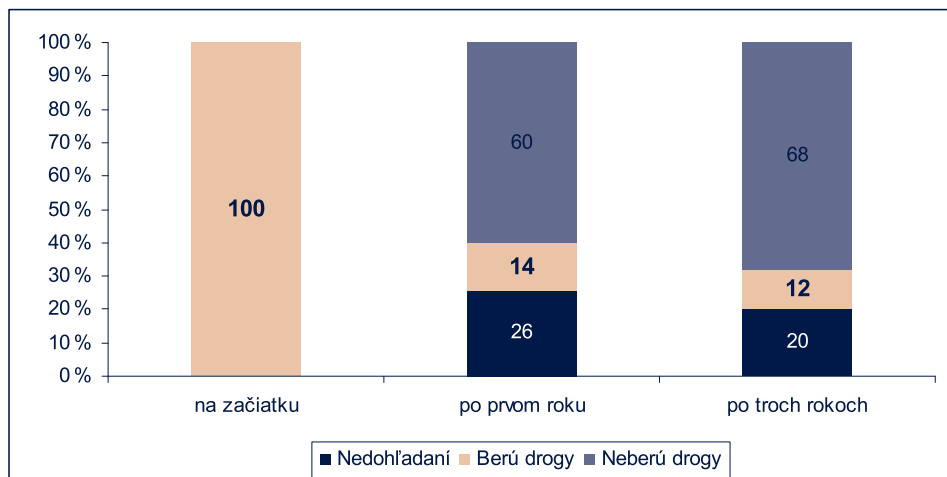
<sup>161</sup> Beck Dependence Inventory (BDI).

<sup>162</sup> Fagerström Tolerance Questionnaire (FAQ).

<sup>163</sup> Veterans Alcoholism Screening Test (VAST).

2006. Bol zisťovaný ich stav s odstupom jedného a troch rokov. 68 % – väčšina z nich abstinovala. 12 % pokračovalo v užívaní drog a u 20 % nebolo možné získať údaje o ich stave. Hoci išlo o relatívne malú skupinu (n = 81) sledovaných pacientov, boli to však všetci, čo s touto diagnózou žiadali o liečbu v CPLDZ Bratislava v roku 2006. Za pozornosť tiež stojí to, že väčšina z nich (45) abstinovala po troch rokoch už kontinuálne dlhšie ako rok.

Obr. 12.3: Osudy pacientov so závislosťou od metamfetamínu, ktorí vstúpili do liečby v CPLDZ Bratislava po jednom a po troch rokoch.



Zdroj: CPLDZ, Bratislava, 2009.

### 12.4 Metamfetamíny v kombinácii s opioidmi

Významný problém spôsobil nástup užívania metamfetamínov u pacientov závislých od opioidov v udržiavacej liečbe. Na rozdiel od často zneužívaného kokaínu v programoch metadónovej liečby v krajinách západnej Európy, nastúpilo po roku 2000 v metadónovom udržiavacom programe v Bratislave zneužívanie pervitínu. Epidémia užívania metamfetamínov negatívne ovplyvnila metadónovú udržiavaciu liečbu dvoma spôsobmi: 1./ nastal vysoký podiel pacientov, ktorí už pri vstupe do metadónu užívali okrem opiátov tiež metamfetamíny (obr. 12.1.7 a 12.1.8); a 2./ začatie užívania pervitínu stabilizovanými pacientmi v MUP, ktorí nikdy alebo už dlhšiu dobu neužívali žiadne drogy. Zvyšovanie dennej dávky metadónu síce bolo účinné na zamedzenie ďalšieho užívania heroínu, ale nevedlo k obmedzeniu užívania pervitínu. Okrem návratu k vnútrožilovému užívaniu v prípade pervitínu sa u časti pacientov v metadónovom programe vytvorila tiež nová forma závislosti od psychoaktívnej látky so stimulujúcimi účinkami. Nebolo u nich možné dosiahnuť sociálnu reintegráciu alebo už predtým stabilizovaní pacienti v MUP prichádzali o prácu a i.

#### 12.4.1 Príklad dobrej praxe

V dôsledku vyššie uvedeného viedla v terapeuticky orientovanom metadónovom udržiavacom programe (MUP) epidémia užívania metamfetamínov k výraznému poklesu 12-mesačnej retencie pacientov. Táto sa znížila zo 77 % v roku 1999 až na 46 % v roku 2003 (obr. 12.4.1). Došlo k tomu napriek faktu, že nebola obmedzená maximálna denná dávka metadónu. Za opakovane pozitívne moče na metamfetamíny bola pacientom ponúknutá možnosť bezplatnej 14-dňovej detoxifikácie od metamfetamínov na lôžkovom oddelení pri ich ponechaní v MUP. V prípade ak to odmietli a stále užívali pervitín, boli pacienti z terapeutického MUP postupne detoxifikovaní. Ale možnosť detoxifikácie od metamfetamínov na lôžkovom oddelení si v tom čase vybrala iba menšina z nich. Keďže z týchto dôvodov detoxifikovaní pacienti sa po vypadnutí z MUP strácali zo špecializovanej starostlivosti a vracali sa späť k užívaniu heroínu, bolo potrebné hľadať riešenie. Preto bola od roku 2004 zavedená v najväčšom programe substitučnej metadónovej liečby na Slovensku v Bratislave tzv.

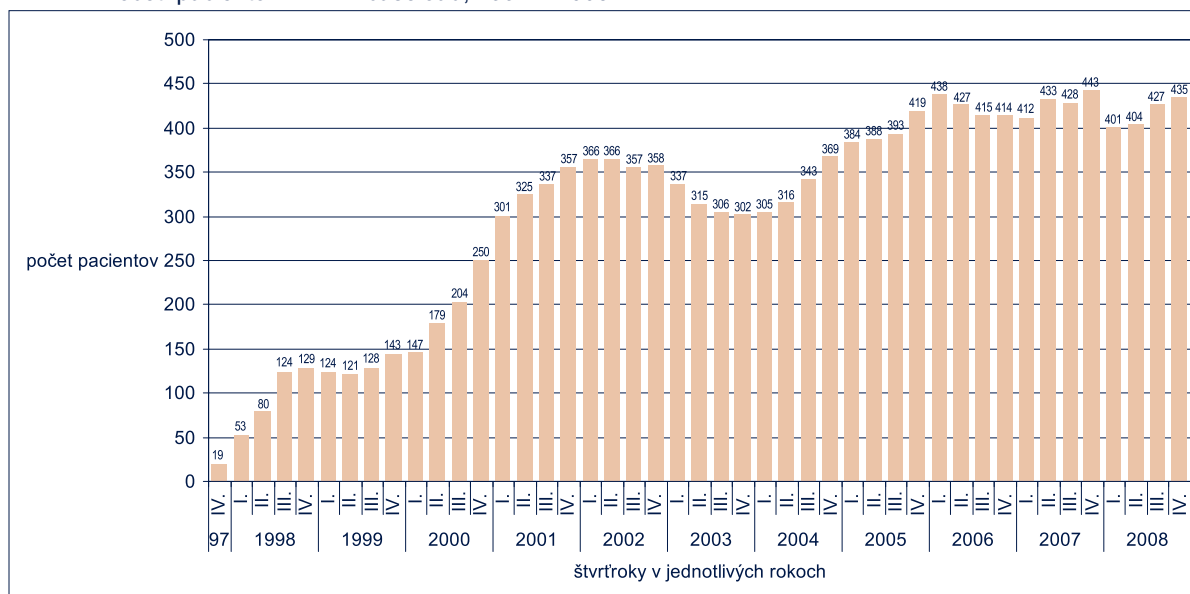
harm-reduction (HR) modalita. V nej, pri obmedzenej maximálnej dennej dávke 40 mg metadónu, zostávajú pacienti, ktorí užívajú iné psychoaktívne látky, predovšetkým pervitín, bez toho, aby boli kvôli tomu detoxifikovaní a bez toho, aby im boli toxikologicky kontrolované moče. Zavedenie HR modality viedlo k zastaveniu poklesu retencie a k následnej stabilizácii počtu pacientov s tým, že v roku 2008 dosiahla retencia 54 % (obr. 12.4.1). Čo je však z dôvodu udržania kontaktu s užívateľmi ešte zaujímavejšie, zvýšil sa ich celkový počet (caseload) v MUP, dokonca caseload dosahuje od roku 2005 trvalo vyššiu úroveň ako tomu bolo pri vysokej retencii nad 60 % do roku 2002 (obr. 12.4.2). Ďalším benefitom v porovnaní s úplným vypadnutím z programu je aj to, že ak aj pacienti v HR modalite MUP užívajú iné psychoaktívne látky, nie je ani v prípade vnútrožilovej aplikácie ich frekvencia taká vysoká ako keby užívali heroín bez metadónu. A ak aj užívajú heroín, vďaka metadónu ho užívajú menej často. Metamfetamíny aj v prípadoch závislosti od nich sa užívajú v priemere s menšou frekvenciou ako heroín a menej často vnútrožilovo. Preto kvôli zníženej expozícii pri vnútrožilovom užívaní sa v HR vetve MUP znižuje riziko prenosu HIV. Súčasne kvôli udržaniu kontaktu so zariadením zostáva zachovaná možnosť ďalších medicínskych a psychologických intervencií. V prípade prejavu dostatočnej motivácie zo strany pacientov je uľahčená možnosť nástupu na detoxifikáciu na oddelenie alebo spätné zaradenie do terapeutickkej modality MUP. Zaujímavé bolo zistenie, že po zavedení HR modality v MUP nenastal závažný presun pacientov z terapeutickkej modality do HR modality. Pomer medzi nimi už dlhodobo osciluje približne v rozmedzí od 4 do 3 ku 1 v prospech terapeutickkej modality.

Obr. 12.4.1: 12-mesačná retencia pacientov v MUP CPLDZ, Bratislava – vývoj od roku 1999.



Zdroj: CPLDZ, Bratislava, 2009.

Obr. 12.4.2: Počet pacientov – MMT caseload, 1997 – 2008.



Zdroj: CPLDZ, Bratislava, 2009.

Delenie programu metadónovej udržiavacej liečby na dve modality: terapeutickú a harm-reduction v podmienkach zvýšeného užívania stimulancií – metamfetamínov považujeme za príklad dobrej terapeutickej praxe, ktorý okrem individuálnej medicínskej liečby pacienta tiež posilňuje benefity v oblasti ochrany verejného zdravia.

V organizačnej a legislatívnej oblasti sa Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky začalo zaoberať možnosťami zvýšenej kontroly voľne predajných liekov v lekárňach s obsahom prekursoru – pseudoefedrínu na výrobu metamfetamínov. Pracovná skupina zvažuje niekoľko alternatív redukcie dostupnosti týchto liekov ako prevencie pred ich zneužívaním. V súčasnosti tento proces ešte prebieha.







## 13 Použité zdroje

### 13.1 Bibliografia a ďalšie použité zdroje

1. Baška, T., Kolarčík, P. (2009): Rizikové správanie. Národná správa o zdraví školákov vo veku 11, 13 a 15 rokov s. 60
2. Bargerová, Z., Divínsky, B. (2008): Integrácia migrantov v Slovenskej republike: Výzvy a odporúčania pre tvorcov politik (Integration of Migrants in the Slovak Republic: Challenges and Recommendations for Policy Makers, EQUAL, ESF IOM International Organization for Migration, 2008
3. Blanár, F., Slovíková, M. (2008): Analýza činnosti voľno časových zariadení za školský rok 2007/2008 a vývojové trendy. ÚIPŠ Bratislava
4. Bolf, A. (2009a): Záchyty, čistota a zloženie nelegálnych drog v SR KEÚ PPZ Správa pre NMCD - nepublikované
5. Bolf, A. (2009b): Záchyty kanabisových produktov v špecifických objemových kategóriách v SR (podľa smerníc EMCDDA) KEÚ PPZ. Správa pre NMCD – nepublikované
6. Bušová, Z., Kováčsová, E., Okruhlica, L. (2006): Užívanie drog v rekreačnom prostredí Alkoholizmus a drogové závislosti (protialkoholický obzor) 2006; 41 (4): 231 – 242
7. Colný kriminálny úrad (2009): Najväčší záchyt kokaínu v r. 2008. Čurilla, O., Správa pre NMCD - nepublikované
8. Czuczorová, E. (2009): Selektívne intervencie pre zraniteľné skupiny detí a rodiny v rámci sociálneho systému – Správa pre NMCD, nepublikované
9. Čentéš, J. (2009): Alternatívy k trestu odňatia slobody a legislatívny rámec vo vzťahu ku kanabisu v SR, Report for NMCD – nepublikované
10. Čentéš, J. (2007): Hmotnoprávne aspekty trestnej činnosti páchanej v súvislosti s nealkoholovou toxikomániou v SR, Bratislava, 2007, Úrad vlády Slovenskej republiky – NMCD, 212 s. ISBN 978-80-88707-94-3
11. Ed: Currie, C., Gabhainn, SN., Godeau, E., Roberts, CH., Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A., Barnekow, V. (2008): Rozdiely v zdraví mladých ľudí – Medzinárodný prieskum HBSC (Inequalities in the Health of Young People – HBSC international report from the 2005/2006 survey 2008, xiv + 210 s, ISBN 978 92 890 7195 6)
12. Ed: Petrjánošová, M., Masaryk, R., Láštiová, B. (2008): Kvalitatívny výskum vo verejnom priestore, zborník z konferencie ISBN 978-80-9009819-0 Bratislava, 2008, 255 s.
13. EMCDDA (2003): Štandardný protokol indikátoru dopytu po liečbe – vedecká správa, Lisabon (Treatment demand indicator standard protocol 2.0. Scientific report Lisbon)
14. EMCDDA (2004): Kľúčový epidemiologický indikátor: Prevalencia problémového užívania drog – Odporúčané smernice EMCDDA Lisabon (Key epidemiological indicator: Prevalence of problem drug EMCDDA recommended draft technical tools and guidelines. EMCDDA Lisbon)
15. EMCDDA (2008) Smernice pre Národnú správu 2009 (Guidelines for the National Report 2009) – interný materiál pre členov REITOX – nepublikované
16. EMCDDA (2003) Sociálna reintegrácia v Európskej únii a Nórsku – správa (Social reintegration in the European Union and Norway, by Annette Verster and Ulrik Solberg, www.emcdda.eu)
17. EMCDDA (2009) Správa o kvalite výstupov slovenského kontaktného bodu siete REITOX (Quality Report – Slovakia NFP). Interný dokument – nepublikované
18. EÚ Twinning Projekt SK/06/IB/SO/02: Zlepšovanie a rozširovanie starostlivosti o osoby závislé od psychoaktívnych látok, www.infodrogy.sk

19. Fazey, C. (2006): Sociálne a ekonomické náklady užívania drog v Slovenskej republike v roku 2004 – publikované na [www.infodrogy.sk](http://www.infodrogy.sk)
20. Gazdíková, K., Gazdík, F., Hanzen, J., Kajaba, I., Okruhlica, L. (2009): Výskyt HCV infekcie a distribúcia genotypov u intravenózných drogov závislých jedincov a klientov resocializačných zariadení na Slovensku (október, 2009) 6. AT konferencia, Bojnice
21. Gazdík, F., Gazdíková, K., Laktis, K., Okruhlica, L., Fejdiová, K., Pijak, MR., Wsolova, L., Kajaba, I., Kratky, A. (2009): Pretrvávajúca vysoká virologická reakcia u mladých (bývalých) užívateľov drog injekčnou formou, s chronickou HCV, liečených pegylovaným interferonom-alfa a ribavirinom. Bratisl Lek Listy; 110(2): s. 77 – 84
22. Generálne riaditeľstvo zboru väzenskej a justičnej stráže (2009): Drogová štatistika ZVJS Slavkovský, A., správa pre NMCD – nepublikované
23. Generálna prokuratúra SR (2009a): Štatistická ročenka GP SR za rok 2008, Bratislava, 246 s.
24. Generálna prokuratúra SR (2009b): Drogové trestné činy podľa druhu drogy v roku 2008, Hečko, M., Správa pre NMCD, nepublikované
25. GfK Slovakia, s. r. o. (2009): Podpora práce s mladými ľuďmi, [www.rcm.sk/data/.../13/2008\\_gfk\\_podpora\\_prace\\_s\\_mladymi.ppt](http://www.rcm.sk/data/.../13/2008_gfk_podpora_prace_s_mladymi.ppt)
26. Hamade, J., Janechová, H. (2009): Zdravotná výchova a aktivity na podporu zdravia v roku 2008. Správa pre NMCD – nepublikované
27. Havašová, V. (2009) Hodnotenie projektu: “ Terapeutický tábor pre deti s ADHD a ich rodičov” – Správa pre NMCD, nepublikované
28. Hibbel Bjorn et al. (2009): The 2007 ESPAD Report, ISBN 978-91-7278-219-8, s. 406 a s. 115
29. Hičárová, T., Staroňová, K., Lovecká, K., Miklíková, S., Kiššová, L. (2008): Priebežná správa o projekte hodnotenia aplikácie vybraných drogových paragrafov zákona č. 300/2005 Z. z., Bratislava – nepublikované
30. Holomáň, J. (2009): Riziko vzniku krvou prenosných infekčných ochorení u osôb vo výkone väzby a výkone trestu odňatia slobody, záverečná správa pre NMCD – nepublikované
31. Jurkovičová, A. (na): Voľný čas, jeho aktívne a zmysluplné využívanie ako prevencia sociálno-patologických javov mládeže. [http://www.iuventa.sk/index.php?www=sp\\_file&id\\_item=679](http://www.iuventa.sk/index.php?www=sp_file&id_item=679)
32. Kiššová, L., Lóžiová, D. (2007): Verejné výdavky – vybraná téma národnej správy o stave drogovej problematiky v SR. In: Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku v roku 2006, ISBN 978-80-88707-97-4 – s. 85 – 88.
33. Kiššová, L. (2008): Odhady problémových užívateľov drog v roku 2007 v nízkoprahových zariadeniach – nepublikované
34. Kopányová, A. (2008): Terciárna/indikovaná prevencia , Prevencia VII. 1/2008, s. 5 – 10
35. Kuchárová, B., Hažírová, J., Malchárek, J. (2008): Aj my Rómovia dokážeme veľké veci – nesnívaj svoj život, ale ži svoje sny bez drog, Metodická príručka k DVD, 2008
36. Madarássová-Gecková, A., Katreniaková, Z., Kollárová, J., Veselská, Z. (2009): Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacim správaním žiakov vo veku 11, 13 a 15 rokov, založená na údajoch z národného prieskumu v rokoch 2005/2006, v rámci medzinárodného prieskumu HBSC, ISBN 978-80-89284-29 s. 53 – 62
37. Michálek, A. (2009): Zločinnosť na Slovensku a v jeho regiónoch, Sociálna prevencia 1/2009 s. 11 – 13
38. Ministerstvo školstva SR /UIPŠ (2009): Výchovné a predbežné opatrenia súdov realizované v špeciálnych výchovných zariadeniach – interný dokument pre rokovanie VM DZKD, 23. marec 2009 – nepublikované
39. Ministerstvo vnútra SR (2009a): Správa o bezpečnostnej situácii na Slovensku z aspektu drogovej kriminality v r. 2008 – interný dokument pre rokovanie VM DZKD, 23. marec 2009 – nepublikované
40. Ministerstvo vnútra SR (2009b): List č. PPZ-14-128/0is-1-2009 z 11.mája 2009 – Štatistické údaje o páchateloch trestných činov a drogových trestných činoch podľa druhu drogy. Prezídium policajného zboru, odbor policajného informačného systému

41. Ministerstvo spravodlivosti SR (2009a): Odsúdení za drogové trestné činy a odsúdení za drogové trestné činy v súvislosti s marihuanou. Bodor, L., správa pre NMCD
42. Ministerstvo spravodlivosti SR (2009b): Údaje o probácii a mediácii v roku 2008, Mrázek, P., správa pre NMCD
43. Ministerstvo spravodlivosti SR (2009c): Štatistická ročenka za rok 2008, odbor justičnej infomatiky a štatistiky, Bratislava, 275 s.
44. Mravčík, V., Kiššová, L. (2006): Odhady problémových užívateľov drog na Slovensku. Alkoholizmus a drogové závislosti, 41, 2006, 5, s. 259 – 272, ISSN 0862-0305
45. Národná protidrogová jednotka Úradu boja proti organizovanej kriminalite Prezídia policajného zboru SR (2009a): Drogová scéna v SR v roku 2008, správa pre NMCD – nepublikované
46. Národná protidrogová jednotka Úradu boja proti organizovanej kriminalite Prezídia policajného zboru SR (2009b): Maloobchodné a veľkoobchodné ceny drog podľa regiónov v roku 2008, Správa pre NMCD – nepublikované
47. Národná protidrogová jednotka Úradu boja proti organizovanej kriminalite Prezídia policajného zboru SR (2009c): História pestovania, distribúcie a obchodovania s kanabisom na Slovensku. Bučková, I., správa pre NMCD – nepublikované
48. Národná protidrogová jednotka Úradu boja proti organizovanej kriminalite Prezídia policajného zboru SR (2009d): Rozložené laboratóriá na produkciu kanabisu a pervitínu na Slovensku. Bučková, I., správa pre NMCD – nepublikované
49. Národná správa o stratégii sociálnej ochrany a sociálnej inklúzie na roky 2008 – 2010: (2008) MPSVaR, 2008 s. 75
50. Niklová, M. (2008): Prevencia drogových závislostí v prostredí základných a stredných škôl, Prevencia VII., 4/2008 s. 35 – 44
51. NMCD (2008a): Správa o klientoch a programoch nízkoprahových zariadení – výmenné programy. Národné monitorovacie centrum pre drogy – nepublikované
52. NMCD (2008b): Správa o klientoch a programoch resocializačných centier. Národné monitorovacie centrum pre drogy – nepublikované
53. NMCD (2009a): Správa o klientoch a programoch nízkoprahových zariadení – výmenné programy. Národné monitorovacie centrum pre drogy – nepublikované
54. NMCD (2009b): Správa o klientoch a programoch resocializačných centier. Národné monitorovacie centrum pre drogy – nepublikované
55. NMCD (2007): Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku v roku 2006, Úrad vlády SR, Bratislava, ISBN 978-80-8106-000-7, 127 s.
56. NMCD (2008) Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku v roku 2007. Úrad vlády SR, Bratislava, ISBN 978-80-8106-007-6, 118 s.
57. Nociar, A. (2000): Alkohol, tabak a drogy u vysokoškolských študentov na Slovensku – 1999. (Doplnenie prieskumov konzumácie/užívania alkoholu, tabaku a drog u žiakov a študentov základných a stredných škôl a vysokoškolských študentov na Slovensku v období 1994 – 1999). Bratislava, Vyd. Asklepios, 2000
58. Nociar, A. (2007): Záverečná správa z Európskeho školského prieskumu o alkohole a iných drogách. VÚDPaP, Bratislava, 119 s. – nepublikované
59. Nociar, A. (2008): Záverečná správa o užívaní drog u vysokoškolských študentov. VÚDPaP Bratislava, – nepublikované
60. Nociar, A. (2009a): Analýza modulu o marihuane: CAST a relatívne riziko užívania nelegálnych drog u stredoškolských a vysokoškolských študentov – nepublikované
61. Nociar, A. (2009b): Medzinárodný školský prieskum ESPAD – výsledky a porovnanie, prezentácia pre médiá, tlačová konferencia. Bratislava 26. marca 2009, <http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/c/4205/espada>
62. Nociar, A. (2009c): ST 30 pre REITOX

63. NCZI (2009): Údaje pre ST 03 a ST 34 (TDI), Národné centrum zdravotníckych informácií – nepublikované
64. NCZI (2009): Psychiatrická starostlivosť v SR v roku 2008. Národné centrum zdravotníckych informácií (ZŠ-4/2009)
65. NRC HIV/AIDS (2009): Incidencia HIV na Slovensku podľa spôsobu prenosu. Národné referenčné centrum pre HIV/AIDS, Staneková, D., správa pre NMCD
66. Okruhlica, L., Bajcárová, L., Klempová, D.: Depresie a skóre Beckovho dotazníka u pacientov so závislosťou od alkoholu. Alkoholizmus a drogové závislosti. 2002: 32 (1) s. 15 – 22
67. Okruhlica, L., Klempová, D., Bajcárová, L.: Depresie a skóre Beckovho dotazníka u pacientov so závislosťou od opioidov. Alkoholizmus a drogové závislosti. 2002: 37(4 – 5) s. 209 – 218
68. Okruhlica, L., Mihalkova, A., Klempova, D., Skovayova, L.: Three-Year Follow-Up, Study of Heroin Users in Bratislava. European Dependence Research 2002; 8 (2): 103 – 106
69. Orosová, O. a kol. (2009): Fajčenie cigariet, konzumácia alkoholu a marihuany u adolescentov – informácia o prieskume – správa pre NMCD
70. Orosová, O., Salonna, F., Gajdošová, B., Sarková, M.(2007): Dostupnosť drogových preventívnych aktivít v slovenských základných školách. Subštúdia výskumnej úlohy (Availability of drug prevention activities in Slovak elementary schools and young adolescents' willingness to participate in drug abuse prevention programme, Meeting Individual and Community Needs, 29<sup>th</sup> ISPA Colloquium, 24 – 28 July 2007, Tampere, Finland, 2007, 50 – 50)
71. Orosová, O., van Dijk, J. P., Gajdošová, B. (2009): Osobnosť, hodnoty a zámer využívať program zdravotnej výchovy vs. konzumácia alkoholu u slovenských vysokoškolských študentov. Studia Psychologica, predložené
72. Orosová, O., Gajdošová, B., Salonna, F., Kalina, O., van Dijk, J. P. (2008): Sebahodnotenie a účinnosť psychosociálneho tréningu (Self-esteem and the efficacy of psycho-social training, Psychology and Health, 22<sup>nd</sup> Annual Conference of the European Health Psychology Society (2008), Vol. 23, suppl. 1, 198.)
73. Orosová, O., Salonna, F. (2006): Sociálna inteligencia a hodnotenie preventívnych programov vysokoškolákmi. (Social intelligence and University students ratings of type prevention program helpfulness: 14<sup>th</sup> Annual EUPHA Meeting „Politics and (or) the public health“. Montreaux, Switzerland; 16 – 18 November 2006. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 2006; 16 (supp1): 171 – 172)
74. Pétiová, M. a kol. (2008): Sociálnopatologické javy u mládeže v SR. ÚIPŠ Bratislava – interná výskumná úloha
75. Pétiová, M. (2009): Konzumácia legálnych a ilegálnych drog u mládeže vo veku 15 – 26 rokov. Správa pre NMCD
76. Pleva, P. (2009): Protidrogové aktivity bratislavskej mestskej polície – Správa pre NMCD, nepublikované
77. Rawson, RA., Gonzales, R., Brethen, P. (2002): Liečba závislostí od metamfetamínov (Treatment of methamphetamine use disorders: an update. Journal of Substance Abuse Treatment 2002; 23 (2):145 – 50)
78. Sebená, R., Orosová, O., Mikolajczyk, R.T., Salonna, F., Gajdošová, B. (2008): Sociodemografické faktory rizikového a problémového pitia vo výbere vysokoškolských študentov (Sociodemographic factors of binge and problem drinking in a university student sample, 1<sup>st</sup> European Symposium on Substance Use and Abuse among University Students Epidemiology, Determinants and Interventions 26 – 28 November 2008
79. Sebená, R., Mikolajczyk, R., Ansari, W. E., Orosová, O., Salonna, F. (2009): Symptómy depresie, sociálna podpora a náboženské presvedčenie vo vzťahu k problémovému pitiu u vysokoškolských študentov (Depression symptoms, social support and religious faith in relation to problem drinking among university students. XXIII Annual Conference of the European Health Psychology Society. Health Psychology Review 2009, accepted)
80. Salonna, F., Kalina, O., Orosová, O. (2008): Efektívnosť preventívnych programov podľa mediátorov užívania látok (Effectiveness of the drug prevention program for university students according to mediators of substance use. PSYCHOLOGY & HEALTH, (23), (2008) 118 – 118

81. Slovíková, M. (2009): Vybrané štatistické údaje UIPŠ za šk. rok 2007/2008, Ústav informácií a prognóz v školstve, Správa pre NMCD – nepublikované
82. Somošová, J., Záleský, R., Pospíšil, R. (2002): Amfetamíny a techno – scéna. Alkoholizmus a drogové závislosti (protialkoholický obzor) 2002; 37 (3): 147 – 159
83. Somošová, J., Pospíšil, R. (2003): Porovnanie spektra psychoaktívnych látok užívaných na bratislavskej tanečnej scéne za roky 1999/2002. Alkoholizmus a drogové závislosti (protialkoholický obzor) 2003; 38 (1): 9 – 16
84. ŠÚ SR (2009): Štatistická správa o vývoji hospodárstva v I. polroku 2009 a aktualizácia na rok 2009 – [www.statistics.sk](http://www.statistics.sk)
85. Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR (2004): Národná správa pre REITOX – údaje 2003, Úrad vlády SR, Bratislava, 2004, ISBN 80-968631-3-4, 162 s.
86. Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR (2005): Národná správa pre REITOX – údaje 2004, Úrad vlády SR, Bratislava, 2005, ISBN 80-968631-4-2, 220 s.
87. Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR (2006): Národná správa pre REITOX – údaje 2005, Úrad vlády SR, Bratislava, 2006, ISBN 978-80-88707-73-8, 133 s.
88. Šidlo, J. (2009): ST 05 a ST 06 pre REITOX: Úmrtia spojené s drogami v roku 2008
89. Škodáček, I. (2009): Komorbidita užívania/zneužívania psychoaktívnych drog u detských a adolescentných pacientov s poruchami správania, vrátane hyperaktivity – správa pre NMCD, nepublikované
90. Šteliar, I., Okruhlica, L. (2006): Pokles injekčného užívania drog spojený so zmenami na drogovej scéne, prednáška na medzinárodnej konferencii EUROPAD, 2006 Bratislava – nepublikované
91. Šteliar, I., Okruhlica, L. (2007): Príspevok k otázke odhadu problémových užívateľov drog – Bratislava ako príklad. Alkoholizmus a drogové závislosti 42, 3 (2007), s. 129 – 144, ISSN 0862-0350
92. Šteliar, I. (2009): Odhady problémových užívateľov drog v roku 2008 v nízkoprahových zariadeniach – monitorovacia štúdia, nepublikované
93. Šteliar, I. (2009b): ST 7 a ST 8 pre REITOX
94. ÚVVM pri ŠÚ SR SR (2006): Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou. Ústav pre výskum verejnej mienky pri Štatistickom úrade SR
95. Zelina, M. (2008): Prevencia – Vstupujeme do nového roka – roka kreativity a inovácií, Prevencia VII, 4/2008 s. 3.

### **13.2 Abecedný zoznam dostupných databáz prostredníctvom internetu**

<http://statistics.sk>

<http://vyskumymladeze.sk>

### **13.3 Abecedný zoznam internetových adries**

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

<http://cpldz.sk>

<http://drogy.sk>

<http://ec.europa.eu>

<http://emcdda.europa.eu>

<http://employment.gov.sk>

<http://genpro.gov.sk>

<http://grower.sk>

<http://health.gov.sk>

<http://infodrogy.sk>

<http://jaspiw2.justice.gov.sk>

<http://justice.gov.sk>

<http://minv.gov.sk>

<http://nbs.sk>

<http://portal.statistics.sk>

<http://pravda.online.sk>

<http://rokovania.sk>

<http://socialnainkluzia.gov.sk>

<http://spice-shop.sk>

<http://spice-store.sk>

<http://szu.sk>

<http://uips.sk>

<http://zbierka.sk>



### 13.4 Zoznam použitých skratiek

ADHD	– Attention Deficiency Hyperactivity Disorder (hyperkinetická porucha správania a pozornosti)
ADS	– Alcohol Dependence Scale – škála závislosti na alkohole
AIDS	– Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndróm získanej imunodeficiencie )
AMT, ATS	– Amfetamíny
BDI	– Beck Dependence Inventory – skriningový test na zneužívanie psychoaktívnych látok
BABT	– Barbituráty
BDZ	– Benzodiazepíny
BZP	– 1-benzylpiperazín
CAGE	– Cut-Annoyed-Guilty-Eye, dotazník alkoholovej závislosti
CAST	– Cannabis Abuse Screening Test – skriningový test na marihuanovú závislosť
CATI	– štandardné telefonické interview
CKÚ	– Colný kriminálny úrad
CPLDZ	– Centrum pre liečbu drogových závislostí
CPLDZ-IDZ	– Centrum pre liečbu drogových závislostí – Inštitút drogových závislostí
CPPS	– Centrum poradensko-psychologických služieb
CVPP	– Centrá výchovnej a psychologickej prevencie
DRID	– Drug related Infectious Diseases - infekčné ochorenia súvisiace s drogami
DUT	– doplnkové učebné texty
DZ	– drogová závislosť
EMCDDA	– Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť
EMQ	– Európsky modelový dotazník
ES	– Európske spoločenstvo
ESPAD	– Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách
EÚ	– Európska únia
EUROPAD	– European Opiate Addiction Treatment Association (Európska spoločnosť pre liečbu opiátovej závislosti)
FAQ	– Fageström Tolerance Questionnaire – škála závislosti na nikotíne
FreD	– Nemecký model včasného zásahu/intervencie pre prvopáchateľov drogovej kriminality
GHB	– tekutá extáza
GP	– Generálna prokuratúra
GPS	– General Population Survey – prieskumy užívania drog vo všeobecnej populácii
GR ZVJS	– Generálne riaditeľstvo Zboru väzenskej a justičnej stráže
GS VMDZKD	– Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog
HAV	– hepatitída typu A
HBsAg	– antigén hepatitídy typu B
HBV	– hepatitída typu B
HCV	– hepatitída typu C
HIV	– Human Immunodeficiency Virus (vírus nedostatku ľudskej imunity)

IDU	– Injection drug user (injekčný užívateľ drog), niekedy IVDU
ITR	– In-treatment rate (vstupujúci do liečby, v liečbe, resp. v kontakte s pomáhajúcimi službami, napríklad terénymi)
KEÚ PZ	– Kriminalistický a expertízny ústav Policajného zboru
KSP	– komunitná sociálna práca
LMP	– mesačná prevalencia
LSD	– dietylplamid kyseliny lysergovej, polysyntetický alkaloid a silný halucinogén
LTP	– celoživotná prevalencia
LVS	– liečebno-výchovné sanatórium
LYP	– ročná prevalencia
MAMT	– metamfetamíny
mCPP	– 1-(4-chlorophenyl) piperazine (metachlórfenylpiperazín)
MDMA	– metylendioxyamfetamín (extáza)
MŠ	– materská škola
MŠ SR	– Ministerstvo školstva SR
MF SR	– Ministerstvo financií SR
MZ SR	– Ministerstvo zdravotníctva SR
MV SR	– Ministerstvo vnútra SR
MPSVaR SR	– Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny
MS SR	– Ministerstvo spravodlivosti SR
MO	– morfíny
MUP	– metadónová udržiavacia liečba (substitučná)
MUSTAP	– Multisession Standardised Printed Programme (koordinovaná zostava aktivít s podporou tlačových materiálov)
MVO	– mimovládne organizácie
NA	– Not available – údaje nie sú k dispozícii
NAPPA	– Národný akčný plán pre problémy s alkoholom
NBS	– Národná banka Slovenska
NCZI	– Národné centrum zdravotníckych informácií
NMCD	– Národné monitorovacie centrum pre drogy
NPBD	– Národný program boja proti drogám
NPJ ÚBOK PPZ	– Národná protidrogová jednotka Úradu boja proti organizovanej kriminalite
NPKT	– Národný program pre kontrolu tabaku
NR SR	– Národná rada SR
NRC	– Národné referenčné centrum
NTZ	– nový Trestný zákon
OČTK	– orgány činné v trestnom konaní
OLPL	– omamné látky a psychotropné látky
OP	– opiáty

OSF	– Open Society Foundation (Nadácia otvorenej spoločnosti)
OSN	– Organizácia spojených národov
PDU	– Problem Drug Users (problémoví užívatelia drog)
PF	– Protidrogový fond
PPP	– pedagogicko-psychologická poradňa
PPS	– poradensko-psychologické služby
PPZ	– Prezídium policajného zboru
PZ	– Policajný zbor
REITOX	– Európska informačná sieť o drogách a drogových závislostiach
RPPS	– referáty poradensko-psychologických služieb
RS	– Resocializačné stredisko
RÚVZ	– Regionálny úrad verejného zdravotníctva
SAV	– Slovenská akadémia vied
SKK	– slovenská koruna
SR	– Slovenská republika
SŠ	– stredná škola
STZ	– starý Trestný zákon
ŠÚ SR	– Štatistický úrad SR
SQ	– štrukturovaný dotazník
ST	– štandardná tabuľka
TDI	– Treatment demand indicator (indikátor dopytu po liečbe)
THC	– Tetrahydrocannabinol
TP	– Trestný poriadok
TZ	– Trestný zákon
ÚDZS	– Ústav pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
ÚIPŠ	– Ústav informácií a prognóz školstva
UNODC	– United Nations Office on Drugs and Crime (Úrad OSN pre drogy a kriminalitu)
ÚPSVaR	– Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny
ÚV SR	– Úrad vlády SR
ÚVZ SR	– Úrad verejného zdravotníctva
ÚVVM pri ŠÚ SR	– Ústav pre výskum verejnej mienky
VAST	– Veterans Alcoholism Screening Test, skríningový test na problémové pitie/alkoholizmus
VÚC	– vyšší územný celok
VÚDPaP	– Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie
WHO	– World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)
ZŠ	– základná škola
ZVJS	– Zbor väzenskej a justičnej stráže
Z. z.	– Zbierka zákonov

## 13.5 Zoznam tabuliek a grafov v jednotlivých kapitolách

## Kap. 2

Tab. 2.2.1:	Vybrané premenné sledované v rámci medzinárodného školského prieskumu ESPAD 2007 Zdroj údajov: Správa o ESPAD 2007, s. 115 .....	28
Tab. 2.2.2:	Fajčenie marihuany – frekvencia a interpohlavné rozdiely. Zdroj údajov: Orosová, O. a kol. (2008): Fajčenie cigariet, konzumácia alkoholu a konzumácia marihuany u adolescentov .....	31
Tab. 2.2.3:	Trendy v spôsobe konzumácie nelegálnych drog. Zdroj údajov: Pétiová, M. (2009).....	32
Tab. 2.3.1:	Prevalencia užívania jednotlivých drog v skupine 19 – 24-ročných študentov VŠ. Zdroj údajov: Nociar, A., 2009 ST 30 pre REITOX/EMCDDA .....	34
Tab. 2.3.2:	LTP, LYP a LMP marihuany, extázy a inhalantov. Zdroj údajov: Nociar, A., 2009 ST 30 pre REITOX/EMCDDA .....	35
Tab. 2.3.3:	Rozsah skúsenosti a vek prvej skúsenosti s alkoholom, tabakom a drogami – študenti VŠ. Zdroj údajov: Nociar, A.: Prieskum o drogách u študentov vysokých škôl na Slovensku. Záverečná správa, Bratislava VÚDPaP 2008 .....	35
Tab. 2.3.4:	Porovnania výberov z ESPAD 95 a 99 študenti (SŠ v 1995 verzus študenti VŠ v 1999: spätný odhad; odhad vnútorného vývoja užívania drog – celoživotné prevalence).....	38
Tab. 2.3.5:	Porovnania výberov z ESPAD 03 a 08 (študenti SŠ v 2003 verzus študenti VŠ v 2008: spätný odhad); a odhad vnútorného vývoja užívania drog – celoživotné prevalence .....	39
Tab. 2.3.6:	Skóre dosiahnuté v štyroch otázkach skríningu CAGE* v prieskumoch TAD (2006), ESPAD (2007) a prieskume VŠ (2008) .....	40
Tab. 2.3.7:	Percentá podľa štyroch kvartilov Škály závislosti od alkoholu ADS v prieskumoch TAD (2006), ESPAD (2007) a prieskume VŠ (2008). Zdroj údajov: Nociar, A. (2009) .....	41
Tab. 2.3.8:	Priemery prídavnej škály CAST a kompozitných indexov u stredoškolákov – rok 2007 a u vysokoškolákov – 2008 (údaje sú od tých, ktorí uviedli typ strednej školy) .....	43
Tab. 2.3.9:	Skóre v škále CAST u študentov SŠ v roku 2007 a študentov VŠ v roku 2008 (v %*). Zdroj údajov: Nociar, A. (2009): Analýza modulu o marihuane: CAST a relatívne riziko užitia nelegálnych drog u študentov SŠ a VŠ .....	43
Tab. 2.3.10:	Skúsenosť s alkoholom a tabakom a relatívne riziko užitia nelegálnych drog: u študentov VŠ. Zdroj: Nociar, A., 2009.....	44

## Kap. 3

Tab. 3.1.1:	Nárast počtu účastníkov v preventívnom programe „Vieme, že...“. Zdroj: Mária Paulíčková KPPP Nitra pre UIPŠ, 2009 .....	48
Tab. 3.1.2:	Prehľad preventívnych programov v školskom roku 2007/2008 podľa doby realizácie a cieľovej skupiny. Zdroj: Slovíková, M., 2009 .....	48
Tab. 3.1.3:	Ochota, resp. neochota adolescentov zúčastniť sa rovesníckeho programu – rozdiel medzi pohlaviami. Zdroj údajov: Orosová, O. a kol., 2007 .....	50
Tab. 3.1.4:	Preferované pravidelné záujmové činnosti. Zdroj: UIPŠ, Blanár, F., Slovíková, M. (2008) .....	55
Tab. 3.2.1:	Sociálno-patologické javy ako dôvod príchodu klientov do PPP a CVPP v šk. roku 2007/2008 (Slovíková, M., 2009) .....	56
Tab. 3.2.2:	Rozdiely medzi účastníkmi programu a kontrolnou skupinou v 12 mediátoroch počas určitého obdobia (T1 – T2). Zdroj údajov: Salonna, a kol., 2008 .....	56
Tab. 3.2.3:	Niektoré aktivity z programu podpory zdravia znevýhodnených komunit. Zdroj: Hamade J., Janechová, H., ÚVZ SR (2009) .....	58
Tab. 3.2.4:	Výkon rozhodnutia súdu v RS v porovnaní so všetkými zariadeniami na výkon rozhodnutia súdu (detské domovy, krízové strediská, diagnostické centrá, reedukačné domovy a domovy sociálnych služieb). Zdroj: štatistický výkaz MPSVR SR 12-01 .....	60

## Kap. 4

- Tab. 4.1.1: Odhad problémových užívateľov drog v SR vo vekovej skupine 15 – 64 rokov za roky 2005 až 2008. Zdroj: Kiššová, L., Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia 2006, Monitorovacia štúdia 2007, nepublikované; Šteliar, I.: Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia, 2009, nepublikované ..... 64
- Tab. 4.1.2: Odhad jednotlivých podskupín užívateľov drog patriacich do definície PDU. Zdroj: Kiššová, L.: Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia, 2008. Šteliar, I.: Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia, 2009, nepublikované ..... 65
- Tab. 4.2: Štruktúra klientov v nízkoprahových programoch harm reduction. Zdroj: Výkaz nízkoprahových programov za rok 2008, NMCD 2009a ..... 66

## Kap. 6

- Tab. 6.3: Úmrtia spôsobené predávkovaním psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2008 podľa skupín psychoaktívnych látok, vekových skupín a pohlavia. Zdroj: ÚDZS, 2009 (spracoval Šidlo, J.) ..... 76

## Kap. 8

- Tab. 8.1.1: Najčastejšie dôvody umiestnenia v 18 ŠVZ. Zdroj údajov: MŠ SR/UIPŠ Štatistika súdom nariadenej ústavnej výchovy, ochrannnej výchovy a predbežných opatrení, marec 2009 ..... 82
- Tab. 8.1.2: Vybrané sociálne charakteristiky užívateľov drog v liečbe v % – všetky žiadosti o liečbu. Zdroj: NCZI, 2009..... 83
- Tab. 8.2.1: Prehľad prípadov riešených v rámci opatrení sociálnej kurately. Zdroj: štatistický výkaz MPSVR SR 12-01 ..... 84
- Tab. 8.2.2: Umiestňovanie detí na základe rozhodnutia súdu do zariadení na výkon rozhodnutia súdu z dôvodu drogovej závislosti detí alebo rodičov. Zdroj: štatistický výkaz MPSVR SR 12-01 ..... 84
- Tab. 8.2.3: Resocializačné strediská. Zdroj: štatistický výkaz MPSVR SR 13-01 ..... 86
- Tab. 8.2.4: Poskytovanie starostlivosti v RS v roku 2008 podľa štatistického výkazu MPSVR SR 13-01 ..... 87
- Tab. 8.2.5: Ukončenie poskytovania starostlivosti v RS podľa štatistického výkazu MPSVR SR 13-01 ..... 88

## Kap. 9

- Tab. 9.1.1: Počet drogových trestných činov a stíhaných páchatel'ov podľa krajov v rokoch 2006 – 2008. Zdroj: MV SR (Správa o bezpečnostnej situácii z aspektu drogovej kriminality za rok 2008), marec 2009 ..... 99
- Tab. 9.1.2: Tresty uložené odsúdeným za relevantné drogové paragrafy NTZ/STZ v roku 2008. Zdroj: MS SR, 2009.....101
- Tab. 9.3.1: Bezdrogové zóny v ústavoch na výkon trestu odňatia slobody a v otvorených oddeleniach, v roku 2008. Zdroj: ZVJS, 2009 ..... 104
- Tab. 9.3.2: Realizované preventívne aktivity pre drogovu závislosť v rámci jednotlivých ústavov v roku 2008. Zdroj: ZVJS, 2009 ..... 104
- Tab. 9.3.3: Počet pridelených vecí na probáciu, v zmysle § 171 – 174 NTZ a § 186 – 188 a STZ, (2007 – 2008). Zdroj: MS SR (Mrázek, P.), 2009 ..... 105

## Kap. 10

- Tab. 10.2.1: Počet prípadov a množstvo zachytených drog v SR v období 2005 – 2008, údaje pre ST 13. Zdroj: KEÚ PPZ (Bolf, A.) 2008 ..... 111
- Tab. 10.2.2: Záchyty efedrínu/pseudoefedrínu podľa KEÚ PZ (2006 – 2008). Zdroj: Správa o bezpečnostnej situácii z aspektu drogovej kriminality na Slovensku za rok 2009 ..... 113

Tab. 10.3.1:	Malo/veľkoodberateľské ceny drog, v rozdelení podľa regiónov SR, v roku 2008. Zdroj: NPJ ÚBOK PPZ, 2009 .....	114
Tab. 10.3.2:	Počet vzoriek, vážený priemer a medián obsahu účinnej látky u vybraných druhov drog v SR v rokoch 2005 – 2009 – údaje pre ST 14, KEÚ PPZ (Bolf, A.) 2009 .....	115

## Kap. 11

Tab. 11.1:	Konopné semená predávané prostredníctvom smartshopu. Zdroj: <a href="http://www.grower.sk/smartshop/konopne-semena/">http://www.grower.sk/smartshop/konopne-semena/</a> , stiahnuté 17. 08. 2009 .....	120
Tab. 11.2:	Záchyty marihuany a hašiša podľa veľkosti zaistenej produkcie v rokoch 2006 až 2008. Zdroj: KEÚ PPZ, Bolf, A., 2009 .....	124
Tab. 11.3.1:	Počet stíhaných za výrobu a obchodovanie s marihuanou, hašišom v roku 2008. Zdroj: PPZ, 2009 .....	126
Tab. 11.3.2:	Počet odsúdených za výrobu a obchodovanie s marihuanou/hašišom v rokoch 2007 a 2008. Zdroj: MS SR, 2009 .....	128

## Grafy

Obr. 2.2.1:	Porovnanie slovenskej vzorky s priemerom za všetky krajiny, participujúce v ESPAD 2007. Zdroj údajov: Správa o ESPAD 2007, s. 115 .....	28
Obr. 2.2.2:	Užitie marihuany v poslednom roku a poslednom mesiaci – SR vs. priemer HBSC. Zdroj údajov: Baška, T., Kolarčík, P., In: Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacim správaním 11, 13 a 15-ročných školákov, 2009 s. 60 .....	30
Obr. 2.2.3:	Trend skúsenosti s nelegálnou drogou u 15 – 26-ročnej populácie. Zdroj údajov: Pétiová, M. (2009) .....	32
Obr. 2.2.4:	Vek prvého kontaktu s nelegálnou drogou v jednotlivých rokoch prieskumu UIPŠ. Zdroj údajov: Pétiová, M., 2009 UIPŠ .....	33
Obr. 2.2.5:	Frekvencia užívania drogy za sledované obdobie. Zdroj údajov: Pétiová, M., 2009 UIPŠ .....	33
Obr. 2.3.1:	Porovnanie podľa pohlavia: Marihuana alebo hašiš 1x a viackrát počas života (LTP). Zdroj údajov: Nociar, A.: Prieskum o drogách u študentov vysokých škôl na Slovensku. Záverečná správa, Bratislava VÚDPaP 2008 .....	36
Obr. 2.3.2:	Porovnanie podľa pohlavia: Extáza 1x a viackrát počas života (LTP). Zdroj údajov: Nociar, A.: Prieskum o drogách u študentov vysokých škôl na Slovensku. Záverečná správa, Bratislava VÚDPaP 2008 .....	36
Obr. 2.3.3:	Porovnanie podľa pohlavia: Rozpúšťadlá alebo inhalanty 1x a viackrát počas života (LTP). Zdroj údajov: Nociar, A.: Prieskum o drogách u študentov vysokých škôl na Slovensku. Záverečná správa, Bratislava VÚDPaP 2008 .....	37
Obr. 2.3.4:	Užitie extázy 1x a viackrát za život (LTP). Zdroj údajov: Nociar, A., (2008) Záverečná správa .....	40
Obr. 2.3.5:	Výsledky v ADS a prevalencia marihuany a troch syntetických drog u stredoškôľakov. Zdroj: Nociar, A., 2009 .....	41
Obr. 2.3.6:	Výsledky v ADS a prevalencia marihuany a troch syntetických drog u vysokoškôľakov. Zdroj: Nociar, A., 2009 .....	42
Obr. 3.1.1:	Frekvencia užívania drog a účasť na záujmovej činnosti. Zdroj údajov: Niklová, M., 2008 .....	49
Obr. 3.1.2:	Dostupnosť preventívnych programov/aktivít v priebehu posledného roka a ich frekvencia. Zdroj údajov: Orosová, O. a kol., 2007 .....	50
Obr. 3.1.3:	Osobná skúsenosť s preventívnymi programami DZ. Zdroj údajov: Orosová, O. a kol. (2007) .....	51



Obr. 3.3.1:	Pediatrickí pacienti hospitalizovaní s diagnózou v skupine MKCH-10, F90 – F98 Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania. Zdroj: Psychiatrická starostlivosť, 2008 (ZŠ – 4/2009)	51
Obr. 4.2.1:	Počty a štruktúra klientov klasifikovaných ako problémoví užívatelia drog podľa výkazov nízkoprahových programov na Slovensku, 2004 – 2008	67
Obr. 5.3:	Porovnanie veku liečených pacientov podľa odlišnej primárnej drogy. Zdroj údajov: CPLDZ Bratislava, 2009	70
Obr. 6.2.1:	Rozloženie HIV pozitívnych prípadov podľa cesty prenosu k 30. 9. 2008, iba občania SR. Zdroj údajov: Národné referenčné centrum HIV/AIDS, 2009	73
Obr. 6.2.2:	Výskyt infekcií HIV, HCV a HBV u IDUs po prvý raz žiadajúcich liečbu v CPLDZ Bratislava v rokoch 1997 – 2008. Zdroj: CPLDZ Bratislava, 2008	75
Obr. 7.1:	Osudy pacientov so závislosťou od drog po jednom a po troch rokoch. Zdroj: CPLDZ Bratislava, 2009	78
Obr. 8.2.1:	Profesná štruktúra zamestnancov RS k 31. decembru 2008. Zdroj údajov: Czuczorová, E., 2009	86
Obr. 8.3.1:	Podiel primárnych psychoaktívnych látok, ktoré v minulosti užívali klienti RS. Zdroj údajov: NMCD, 2009b	89
Obr. 8.3.2:	Porovnanie počtu klientov, ktorí ukončili celý program a klientov, ktorí skončili predčasne v roku 2007 a 2008. Zdroj údajov: NMCD, 2008b a NMCD 2009b	90
Obr. 8.3.3:	Ďalšie vzdelávanie bývalých klientov v rôznych úrovniach. Zdroj údajov NMCD, 2009b	90
Obr. 8.3.4:	Ďalšie vzdelávanie – počty bývalých klientov v troch „skupinách“ RS. Zdroj údajov: NMCD, 2009b	91
Obr. 8.3.5:	Podiel ekonomicky aktívnych a neaktívnych bývalých klientov podľa údajov z 15 RS. Zdroj údajov: NMCD, 2009b	91
Obr. 8.3.6:	Ekonomická aktivita/inaktivita – počty bývalých klientov v troch „skupinách“ RS. Zdroj údajov: NMCD, 2009b	92
Obr. 8.3.7:	Riešenie bývania po opustení RS. Zdroj údajov: NMCD, 2009b	92
Obr. 8.3.8:	Riešenie bývania po opustení RS – počty bývalých klientov v troch „skupinách“ RS. Zdroj údajov NMCD, 2009b	92
Obr. 9.1.1:	Počet stíhaných drogových páchatel'ov podľa jednotlivých vekových skupín za obdobie 2006 – 2008. Zdroj: MV SR, 2009	97
Obr. 9.1.2:	Trestné činy v zmysle § 171 – 174 NTZ , podľa druhu drogy v roku 2008. Zdroj: PPZ, 2009	98
Obr. 9.1.3:	Stíhaní páchatelia v zmysle § 171 – 174 NTZ , podľa druhu drogy v roku 2008. Zdroj: PPZ, 2009	98
Obr. 9.1.4:	Trestné činy spáchané podľa § 171 a § 172/NTZ, u vybraných druhov drog v roku 2008. Zdroj: PPZ, 2009	99
Obr. 9.1.5:	Obžalovaní podľa § 171 – 174 NTZ a ekvivalentné § 186 –188a STZ, podľa druhu drogy, v roku 2008. Zdroj: GP SR, 2009	100
Obr. 9.1.6:	Počet odsúdených za § 171 – 174 NTZ podľa druhu drogy, v roku 2008. Zdroj: MS SR, 2009	102
Obr. 9.1.7:	Vývoj počtu odsúdených podľa § 171 NTZ/§ 186 STZ a § 172 NTZ/§ 187 STZ za obdobie 2002 – 2008. Zdroj: MS SR, 2009	102
Obr. 9.4:	Spektrum primárnych drog, ktoré obvinení/odsúdení užívali pred nástupom do väzenia v r. 2008. Zdroj: ZVJS, 2009	106
Obr. 9.5:	Počet osôb v ochrannnej protitoxikomanickej liečbe (ústavná a ambulantná) realizovaná v podmienkach zboru v rokoch 2002 – 2008. Zdroj : ZVJS, 2009	107

Obr. 10.2.1: Vývoj počtu záchytov a množstva zaisteného pervitínu (v kg) na Slovensku v rokoch 2003 – 2008. Zdroj: KEÚ PZ, 2009 .....	112
Obr. 10.2.2: Percentuálny podiel záchytov jednotlivých druhov drog v roku 2008 v SR. Zdroj: KEÚ PPZ (Bolf, A.), 2009 .....	112
Obr. 10.2.3: Zaistené laboratória na výrobu pervitínu a marihuany v období 2005 – 2008. Zdroj: NPJ ÚBOK PPZ, 2009 .....	113
Obr. 10.3.1: Vývoj strednej hodnoty koncentrácie (medián) vybraných druhov drog v SR v období 2004 – 2008 – údaje pre ST 14. Zdroj: KEÚ PZ (Bolf, A.) 2009 .....	115
Obr. 10.3.2: Počet vykonaných kvantitatívnych analýz drog v SR v rokoch 2004 – 2008. KEÚ PPZ (Bolf, A.) 2009 .....	116
Obr. 10.3.3: Priemerný obsah THC v marihuane v rokoch 2001 – 2008. Údaje pre ST 14, KEÚ PPZ (Bolf, A.) 2009 .....	116
Obr. 11.1: Relatívny odhad konzumácie kanabisových produktov: marihuany, hašišu a kanabisového oleja, v SR podľa NPJ ÚBOK PPZ – pre dotazník EMCDDA o užívaní marihuany, 2009 .....	122
Obr. 11.2: Podiel kanabisových produktov: hašišu a marihuany na celkovom počte záchytov drog v SR v rokoch 2002 – 2008. Zdroj: NMCD údaje pre ST 13 v rokoch 2002 – 2008 .....	125
Obr. 11.3.1: Počet stíhaných za nedovolenú výrobu, pašovanie, obchodovanie a dílovanie marihuany + hašišu a pervitínu, v roku 2008. Zdroj: PPZ, 2009 .....	127
Obr. 11.3.2: Podiel trestných činov súvisiacich s výrobou, pašovaním, obchodovaním a dílovaním marihuany/hašišu, v roku 2008. Zdroj: PPZ, 2009 .....	127
Obr. 12.1.1: Spolu dodávky liekov s obsahom PSE do zdravotníckych zariadení. Spolu balenia/ks a medziročný nárast. Zdroj: Štátny ústav kontroly liečiv, 2009 (Zdroj: MCR Modra, 2009) .....	130
Obr. 12.1.2: Percento užívania ATS u bratislavskej mládeže v jednotlivých cykloch prieskumov. Zdroj: ÚVVM pri ŠÚ SR, 2006 .....	130
Obr. 12.1.3: Podiel pacientov so závislosťou na stimulanciách na celkovom počte žiadostí o liečbu na Slovensku. Zdroj: NCZI, 2009 .....	131
Obr. 12.1.4: Počet pacientov (žiadostí o liečbu) so závislosťou na stimulanciách. Zdroj: NCZI, 2009 .....	132
Obr. 12.1.5: Podiel pacientov so závislosťou od metamfetamínov na celkovom počte žiadostí o liečbu v CPLDZ Bratislava v rokoch 2000 – 2008. Zdroj: CPLDZ, 2009 .....	132
Obr. 12.1.6: Počet pacientov so závislosťou od metamfetamínov v CPLDZ, Bratislava v rokoch 2000 až 2008. Zdroj: CPLDZ, 2009 .....	133
Obr. 12.1.7: Podiel pacientov s pozitívnym močom na metamfetamíny vstupujúcich do MUP z celkového počtu pacientov vstupujúcich do MUP v CPLDZ, Bratislava. Zdroj: CPLDZ, 2009 .....	133
Obr. 12.1.8: Počet pacientov s pozitívnym močom na metamfetamíny, vstupujúcich do MUP v CPLDZ Bratislava Zdroj: CPLDZ Bratislava, 2009 .....	133
Obr. 12.3: Osudy pacientov so závislosťou od metamfetamínu, ktorí vstúpili do liečby v CPLDZ Bratislava po jednom a po troch rokoch. Zdroj: CPLDZ, Bratislava, 2009 .....	136
Obr. 12.4.1: 12-mesačná retencia pacientov v MUP CPLDZ Bratislava – vývoj podielu od roku 1999. Zdroj: CPLDZ, Bratislava, 2009 .....	137
Obr. 12.4.2: Počet pacientov MMT caseload, 1997 – 2008. Zdroj: CPLDZ, Bratislava, 2009 .....	138





## 14.1 Zoznam štandardných tabuliek poskytnutých do siete REITOX/EMCDDA za rok 2008

- ST 05: Priame úmrtia v súvislosti s drogami
- ST 06: Vývoj priamych úmrtí v súvislosti s drogami
- ST 07: Odhady prevalencie problémového užívania drog na národnej úrovni
- ST 08: Odhady lokálnej prevalencie problémového užívania drog
- ST 09: Prevalencia HBV/HCV a HIV infekcie medzi injekčnými užívateľmi drog
- ST 10: Dostupnosť striekačiek/ihiel
- ST 11: Drogové trestné činy – odsúdení
- ST 13: Počet záchytov a kvantita zachytených nelegálnych drog
- ST 14: Čistota nelegálnych drog v pouličnom predaji
- ST 15: Zloženie tabliet predávaných ako nelegálne drogy
- ST 16: Cena drog v pouličnom predaji v €
- ST 30: Metódy a výsledky prieskumov mládeže
- ST 34: Údaje pre kľúčový indikátor TDI – Dopyt po/požiadavky na liečbu

## 14.2 Zákony uvedené v kapitole 1 Legislatívny rámec

214/2009

ZÁKON z 29. apríla 2009, ktorým sa mení a dopĺňa zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zbierka zákonov č. 214/2009. Čiastka 79 Strana 1547 – 1548

77/2009

ZÁKON z 11. februára 2009, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov a o doplnení zákona č. 308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii a o zmene zákona č. 195/2000 Z. z. o telekomunikáciách.

Zbierka zákonov č. 77/2009 Čiastka 33 Strana 878 – 881

5/2009

ZÁKON z 3. decembra 2008, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok v znení neskorších predpisov.

Zbierka zákonov č. 5/2009 Čiastka 3 Strana 14 – 21

13/2009

ZÁKON z 5. februára 2009 Úplné znenie zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ako vyplýva zo zmien a doplnení vykonaných zákonom 330/2007 Z. z., zákonom č. 643/2007 Z. z., zákonom č. 215/2008 Z. z. a zákonom č. 466/2008 Z. z. zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele.

Zbierka zákonov č. 27/2009 Čiastka 13 Strana 426 – 473

87/2009

ZÁKON zo 17. februára 2009, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zbierka zákonov č. 87/2009 Čiastka 36 Strana 922 – 924

583/2008

ZÁKON z 3. decembra 2008 o prevencii kriminality a inej protispoločenskej činnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zbierka zákonov č. 583/2008 Čiastka 202 Strana 5018 – 5022

448/2008

ZÁKON z 30. októbra 2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Zbierka zákonov č. 448/2008 čiastka 165 Strana 3844 – 3884

466/2009

ZÁKON z 30. októbra 2008, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zbierka zákonov č. 466/2009 Čiastka 171 Strana 4106 – 4119

405/2008

ZÁKON z 18. septembra 2008, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 163/2001 Z. z. o chemických látkach a chemických prípravkoch v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zbierka zákonov č. 405/2008 Čiastka 148 Strana 3266 – 3280

300/2008

ZÁKON z 2. júla 2008 o organizácii a podpore športu.

Zbierka zákonov č. 300/2008 Čiastka 114 Strana 2390 – 2399

245/2008

ZÁKON z 22. mája 2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zbierka zákonov č. 245/2008 Čiastka 96 Strana 1914 – 1989

93/2008

ZÁKON z 15. februára 2008, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 475/2005 Z. z. o výkone trestu odňatia slobody a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zbierka zákonov č. 93/2009 Čiastka 36 Strana 728 – 734





