NÁRODNÉ MONITOROVACIE CENTRUM
PRE DROGY

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY NA SLOVENSKU

Súhrn Výročnej správy NMCD o stave drogovej problematiky v roku 2012

DROGY

MÁJ 2013

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY NA SLOVENSKU V ROKU 2012

SÚHRN

PROTIDROGOVÁ POLITIKA A JEJ KONTEXT

V roku 2011 pokračovala realizácia aktivít a cieľov vyplývajúcich zo štvrtej Národnej protidrogovej stratégie 2009 – 2012 a súčasne na rokovanie vlády SR a NR SR bola predložená správa o jej strednodobom plnení (2009-2010). V priebehu roka 2012 sa dôraz kládol na finálne hodnotenie protidrogovej stratégie a akčných plánov, ktoré sa majú predložiť na rokovanie vlády a následne do NR SR na jar 2013.
Podľa uznesenia vlády SR 610/2012 z 31. októbra 2012 o prenose pôsobností v oblasti protidrogovej politiky a monitoringu drogovej situácie na Slovensku bude gestorom tejto úlohy ministerka zdravotníctva.
Drogová problematika nie je explicitne zmienená v rámci priorít štvorročného vládneho programu, ktorý prijala nová vláda po predčasných parlamentných voľbách v máji 2012.
V oblasti medzinárodnej spolupráce sa zdôrazňuje spolupráca v rámci globálnych protidrogových programov Úradu OSN pre drogy a kriminalitu a v oblasti zdravotnej politiky, ochrany a podpory zdravia sú to opatrenia voči fajčeniu, alkoholu a drogám.

LEGISLATÍVNE A ORGANIZAČNÉ ZMENY V KOORDINÁCII PROTIDROGOVEJ POLITIKY

V druhej polovici roku 2010 sa prijatou legislatívou, novelou zákona č.575/2001 o činnosti vlády a ústrednej štátnej správy problematika drog, vypustila z pôsobnosti podpredsedu vlády pre ľudské práva a menšiny, kde patrila od roku 1995. Nová vláda (marec 2012) funkciu vicepremiéra s takouto pôsobnosťou neobnovila.

Uznesením vlády č. 135/2011 boli zrušené niektoré poradné orgány vlády a niektoré boli pretransformované do všeobecnejšej Ministerskej rady, čo bol aj prípad poradného a konzultačného orgánu vlády SR – Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog.
Počas prvých dvoch rokov svojho pôsobenia Ministerská rada, s pôsobnosťou na štyri ďalšie transformované poradné štruktúry vlády, neobnovila prepojenie s odbornými kapacitami podporujúcimi činnosť predchádzajúceho Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog.

Úlohy exekutívy VM DZKD - Generálneho sekretariátu prevzal nový odbor koordinácie protidrogovej stratégie (OKPS), v rámci ktorého – ako jedno z troch oddelení - pôsobilo aj Národné monitorovacie centrum pre drogy.
OKPS sa po niekoľkých mesiacoch pôsobenia transformovalo do ďalšieho odboru, ktorý prevzal názov Národné monitorovacie centrum pre drogy (s pôvodnou agendou), vykonávajúci aj úlohy v oblasti koordinácie národnej protidrogovej stratégie, agendu dotačnej schémy na podporu aktivít v rámci stratégie, ako aj agendu medzinárodnej spolupráce v rámci Európskej komisie a globálnych štruktúr (Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Komisia pre narkotické látky ai).
Tento odbor bol od 1. januára 2013 delimitovaný na Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.

Na centrálnej vládnej úrovni čiastočne inkorporovala drogovú problematiku Rada vlády SR pre prevenciu kriminality, a to v rámci Stratégie prevencie kriminality a inej protispoločenskej činnosti na roky 2012 - 2015.

Rada vlády pre prevenciu kriminality je poradným orgánom vlády SR a je etablovaná na ministerstve vnútra SR.

Podľa zákona č.121/2011 Z.z o zrušení Protidrogového fondu zanikol tento fond oficiálne od mája 2011. Neštátny Protidrogový fond sústreďoval a poskytoval peňažné prostriedky na prevenciu drogových závislostí a na liečebnú a resocializačnú pomoc drogovo závislým osobám od roku 1997; jeho najväčším a často jediným prispievateľom bol však štát. Od roku 2009 prevzal kompetencie Protidrogového fondu Úrad vlády SR a naďalej[1] poskytoval dotácie na protidrogové aktivity v rámci Národnej protidrogovej stratégie 2009-2012.

Alokovaný objem finančných prostriedkov na podporu protidrogových aktivít 500.000,00 EUR v roku 2011 bol vyčerpaný a podporených bolo 50 projektov[2], najvyšší podiel dotácií získali projekty deklarované ako preventívne aktivity (vzdelávanie, osveta, výroba filmu, ale aj harm reduction, ai), a to 67%. V roku 2011 bolo 82% dotácií poskytnutých žiadateľom tretieho sektora (občianske združenia, neziskové organizácie), celkom vo výške 411.229,28 EUR.
V roku 2012 predstavoval objem pridelených finančných prostriedkov na podporu protidrogových aktivít 515.000,00 EUR a bol vyčerpaný na 94% (484 025,00 EUR). Celkove bolo podporených 38 projektov[3]. 68% dotácií bolo poskytnutých žiadateľom tretieho sektora (občianske združenia, neziskové organizácie), celkom vo výške 329 225,80 EUR. Aj v roku 2012 smeroval najvyšší objem finančných prostriedkov na preventívne aktivity.

Poskytnuté podľa zamerania žiadateľa v oblasti	Suma	%
Liečba	10 000,00 EUR	2,00
Prevencia (vrátane harm reduction)[4]	337 863,34 EUR	69,86
Resocializácia	136 161,66 EUR	28,14
		100%

V priebehu rokov 2011-2012 sa podnikli opatrenia na redukciu „legálnych psychoaktívnych látok", (smart drugs, dizajnérske drogy), ktoré boli distribuované prostredníctvom internetových, ale aj kamenných obchodov (Crazy Shops a i). K iniciácii novely zákona č. 139/1998 Z.z o omamných a psychotropných látkach a prípravkoch významne prispelo Národné monitorovacie centrum pre drogy v rámci ktorého pôsobí národný koordinátor systému včasného varovania (Early Warning System). Podľa novely (zákon č.43/2011) sa rozšírila kontrola na 43 nových látok, z toho 38 je zaradených do I. skupiny.

[1] V roku 2009 bolo podporených 75 projektov v celkovej výške 1,361 175,50 EUR . V roku 2010 bolo dotovaných 45 projektov a objem pridelených finančných prostriedkov predstavoval 639 203 EUR.
[2] Zoznam schválených a Úradom vlády Slovenskej republiky poskytnutých dotácií na protidrogové aktivity v roku 2011
[3] Zoznam schválených a Úradom vlády Slovenskej republiky poskytnutých dotácií na protidrogové aktivity v roku 2012
[4] V prevencii sú zahrnuté aj podporené projekty harm reduction vo výške 38 522,08 EUR (8%).

DROGY MÁJ 2013

Najnovšia novela[5] zákona o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch umožňuje Ministerstvu zdravotníctva SR vydávať zoznam rizikových látok a pružnejšie tak reagovať na situáciu s novými syntetickými látkami. Zákon bude účinný od 1.apríla 2013.

Drogovú situáciu na Slovensku v roku 2011, resp. do prvej polovice roka 2012 NMCD monitorovalo podľa kľúčových a hlavných indikátorov EMCDDA, a tak ako doteraz, sa zbierali a analyzovali aj údaje a informácie z oblasti ponuky drog (trh s drogami, kriminalita spojenej s drogami a opatrenia na redukciu ponuky).
Stav drogovej problematiky z pohľadu napĺňania cieľov rezortných Akčných plánov Národnej protidrogovej stratégie sledujú aj jednotlivé rezorty, vychádzajúc z vlastných štatistických zisťovaní a výnimočne aj z výskumných aktivít v tejto oblasti. Tieto zisťovania sú nastavené na širší kontext a rešpektujú priority rezortu.

KĽÚČOVÉ INDIKÁTORY MONITORINGU

Užívanie drog vo všeobecnej populácii

Údaje z takmer všetkých populačných prieskumov realizovaných v rokoch 2010-2011 naznačili stabilizáciu, niekde dokonca mierny pokles najmä pokiaľ ide o skúsenosť a experimentovanie s nelegálnymi „klasickými" drogami. V rámci tohto trendu ostáva dominantnou nelegálnou drogou marihuana.

Populačný[6] prieskum, ktorý po štyroch rokoch obnovilo[7] NMCD v roku 2010, poukázal na mierny pokles, minimálne však stabilizáciu, a to v štandardnej vzorke populácie vo veku 15-64 rokov, ale aj v „rizikovejšej" vzorke 15-24 ročnej populácie, ktorá je z hľadiska veku osobitne vnímavou skupinou na experimentovanie s drogami.
Prípadný optimizmus v tomto ohľade však limituje objavenie sa nových syntetických látok,[8] ktoré sú pre mladých ľudí lákavé ako legálne dostupná možnosť experimentovať s psychoaktívnymi látkami s cieľom dosiahnuť zmenu psychiky. „Stabilizačné", resp. mierne klesajúce trendy v užívaní klasických nelegálnych látok potom môžu byť aj krátkodobejšou reakciou vyskúšať túto novú „sortimentnú ponuku".
Podľa populačného prieskumu NMCD udávalo skúsenosť s novými látkami v roku 2010 takmer 3% mladých vo veku 15-24 rokov, podľa prieskumu ESPAD 2011 malo skúsenosť so syntetickými kanabinoidmi 4,1% a skúsenosť s mefedronom 1,7% mladých vo veku 15-20 rokov. Prieskumy na malých vzorkách respondentov v r. 2011 a 2012 v špecifických prostrediach a skupinách poskytli vyššie zastúpenie tých, ktorí už nové látky vyskúšali (18,7% v roku 2011, 8,9% a 42,40% v roku 2012).

Pokiaľ ide o špecifické prostredia aj prieskum UIPŠ[9] uskutočňovaný v rokoch 1998,2005 a 2011 v špeciálnych výchovných zariadeniach rezortu školstva (reedukačných a diagnostických centrách) na vzorke chovancov týchto centier poukázal na ich výraznejšiu afinitu k užívaniu legálnych a ilegálnych psychoaktívnych látok. Podiel tých, ktorí skúsili nelegálnu drogu sa zvýšil z 66% v roku 1998 na takmer 84% v roku 2011.
Od roku 1995 signalizoval vzostup užívania psychoaktívnych látok medzi stredoškolskou mládežou vo veku 15-16 rokov v krajinách strednej a východnej Európy pravidelný – v štvorročných intervaloch sa opakujúci - európsky školský prieskum o užívaní alkoholu a iných drogách (ESPAD) aj na Slovensku.
Skúsenosť s marihuanou u slovenských stredoškolákov prevýšila trojnásobok - z 9 % v 1995 na 32 % v 2007. Ostatný prieskum v roku 2011 však ukázal pokles na 27% (podľa pohlavia tradične prevažovali chlapci (31 %) nad dievčatami - 23 %).

Užívanie marihuany na úrovni LYP (užil/a minulý rok) a súčasné užívanie LMP (užil/a minulý mesiac) bolo zaznamenané u 19 %, resp. 9 % stredoškolákov. Podiel tých, ktorí užili extázu stúpol od roku 1995 z nulovej hodnoty na 6% a v roku 2011 klesol na 4%. Skúsenosť s amfetamínom a LSD (LTP) sa od roku 2007 nezmenila – 2%, resp. 4% pre LSD.
Klesol aj podiel tých detí, ktoré mali skúsenosť s prchavými látkami, a to z 13 % v roku 2007 na 10 % v roku 2011.
Na Slovensku sa metodika ESPAD realizuje na širšej vekovej vzorke 15 až 19 (resp.20 ročných) študentov. Podľa údajov z tohto výberového súboru s vyše 10.000 respondentmi je možné za rok 2011 (Nociar, 2011) hovoriť o stabilizácii užívania kontrolovaných látok.

Ďalšie školské[10] prieskumy – slovenský prieskum TAD a medzinárodný prieskum Health Behaviour of School-aged Children na Slovensku potvrdili stabilizáciu v experimentovaní s nelegálnou marihuanou.

■ Pozri aj:
1. Klobucký (2011) Drogová problematika vo verejnej mienke
2. Štatistický bulletin EMCDDA - GPS (podrobné údaje za SR komparované v rámci Európy – tabuľky, grafy)

Problémové užívanie drog

Pre tento indikátor sú k dispozícii dva zdroje údajov. Prvý zo štandardného štatistického zisťovania Národného centra zdravotníckych informácií (Hlásenie liečby drogovej závislosti).
Druhým zdrojom sú údaje z občianskych združení, ktoré pôsobia ako nízkoprahové –prevažne mobilné terénne agentúry.
Podobne ako v predchádzajúcich rokoch sa uskutočnilo zisťovanie počtu osôb - klientov nízkoprahových programov zameraných na znižovanie škodlivých dôsledkov užívania drog a tým aj na ochranu verejného zdravia. Klienti týchto programov - obvykle problémoví užívatelia drog, resp. osoby pracujúce v sexbiznise - využívajú najmä distribúciu a výmenu ihiel a striekačiek, kondómov, ale aj podporu motivácie k liečbe a ďalšie poradenstvo.
Počet klientov všeobecne prístupných nízkoprahových programov ostal relatívne stabilný v porovnaní s rokom 2010 (2 305 v roku 2011, 2 267 v roku 2010). Zmeny nastali v štruktúre klientov podľa užívanej psychoaktívnej látky. Počet a podiel užívateľov heroínu v roku 2011 vzrástol mierne (31,7%), značne vzrástol počet užívateľov niekoľkých

[5] Zákon č.40/2013 Z.z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov a ktorým sa mení zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 145/1995 Z. z. o správnych poplatkoch v znení neskorších predpisov
[6] Respondenti vybraní náhodne alebo podľa určitých znakov (kvót) , sú interviewovaní individuálne rôznymi spôsobmi – anketármi v priamom osobnom kontakte alebo prostredníctvom telefonického dotazovania, resp. on-line prostredníctvom PC.
[7] V období 1994-2006 realizoval tieto prieskumy v dvojročných intervaloch už zrušený Ústav pre výskum verejnej mienky pri ŠÚ SR
[8] http://www.sme.sk/c/6627441/mefedron-fentanyl-ma-4-nova-droga-pribudne-v-europe-kazdy-tyzden.html
[9] UIPŠ uskutočňuje aj opakovaný populačný prieskum na vzorke 15-26 ročných respondentov
[10] Najvýraznejší rozdiel medzi školskými a všeobecnými populačnými prieskumami je v spôsobe interwievovania - administrácie dotazníka - školské sa uskutočňujú skupinovo, v triedach. Populačný prieskum sa realizuje individuálnym dotazovaním.

DROGY MÁJ 2013

psychoaktívnych látok súčasne (polyvalentné užívanie), a to až o 16%. Na druhej strane sa stabilizoval počet osôb zneužívajúcich buprenorfín a poklesol aj počet osôb užívajúcich pervitín, hoci ich podiel bol v danom roku dominantný (36,5%).
Získané údaje sa uvažujú pre štúdiu pre odhad prevalencie, založenej na kombinovaných údajoch zo zdrojov nízkoprahových agentúr a zdravotníckych zariadení. Z doterajších zistení z oboch zdrojov sa ukazuje relatívne stabilný podiel tých, ktorí absolvovali liečbu v minulom roku (20,9% v roku 2011 a 21,3% v roku 2010).

■ Pozri aj Štatistický bulletin EMCDDA

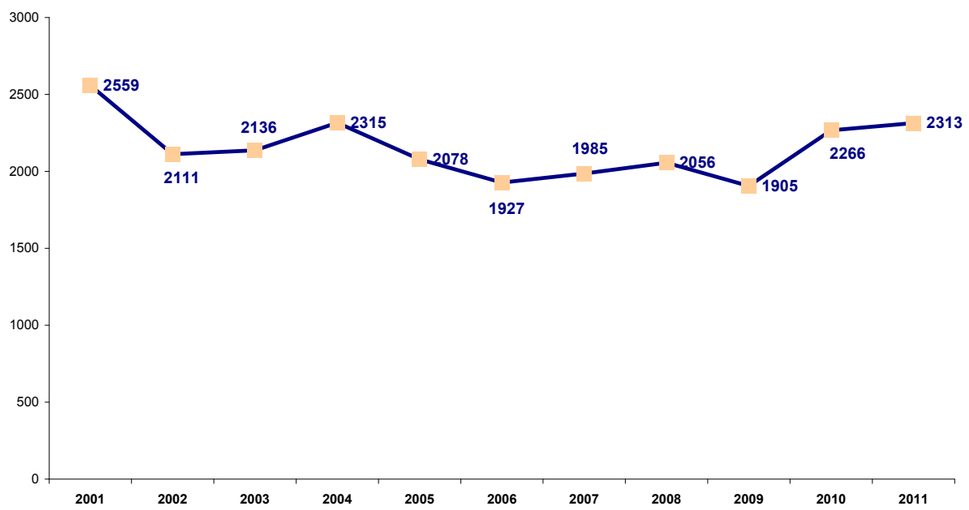
Počet liečených pacientov

V roku 2011 sa podľa údajov Národného centra zdravotníckych informácií[11] v zdravotníckych zariadeniach rezortu zdravotníctva a zariadeniach Ministerstva spravodlivosti liečilo od závislosti na kontrolovaných psychoaktívnych látkach spolu 2313 pacientov, čo reprezentuje mierny nárast (o 2% - 47 osôb) v porovnaní s rokom 2010. Počet liečených mužov bol 1 896 a 417 žien. Až 70 % boli liečení užívatelia drog vo veku od 20 do 34 rokov.
Vo vekovej skupine 15- až 19-ročných bolo v roku 2011 liečených 302 osôb a 14 detí vo veku do 14 rokov. Za posledné obdobia sa zvyšuje počet liečených pacientov vo vekovej kategórii osôb nad 55 rokov.
Od roku 2006 NCZI sleduje v štatistickom zisťovaní kombinované užívanie psychoaktívnych drog. Oproti roku 2010 tento spôsob užívania stúpol o 35 %.

Dopyt po liečbe

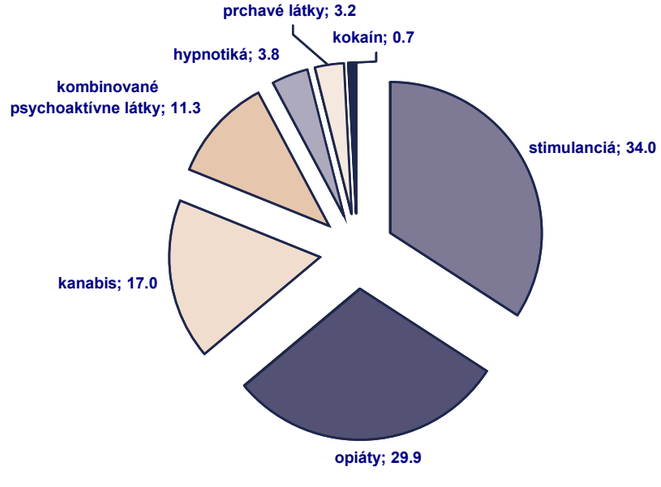
Podľa požiadavky EMCDDA sa v rámci indikátora TDI (Treatment Demand Indicator) detailne analyzujú údaje tých pacientov, ktorí sa podrobujú liečbe drogovej závislosti v zdravotníckych zariadeniach, kde je motívom k vyhľadaniu liečby vlastné rozhodnutie pacienta. Z tohto dôvodu sa údaje o liečených pacientoch líšia pokiaľ ide o údaje zo zdroja NCZI pre celkovú štatistiku (vrátane osôb vo výkone trestu a súdom nariadenou liečbou) a pre indikátor „požiadavky na liečbu“, sledovaný NMCD.

Počet liečených pacientov v rokoch 2001-2011
Zdroj: NCZI, zš 44/2012



[11] NCZI 2012, ZŠ 44/2012

Podiel v % liečených drogovo závislých pacientov podľa hlavných skupín užívanej drogy
Zdroj:NCZI, zš 44/2012



V zdravotníckych zariadeniach sa v roku 2011 liečilo 1609 pacientov, čo bolo takmer o 7% viac ako v roku 2010 (1 505). Výrazne sa medzi pacientmi liečenými v roku 2011 poprvýkrát zvýšil podiel pacientov mladších ako 20 rokov. Ani v rámci tejto skupiny neboli zaznamenané žiadne významné zmeny pokiaľ ide o zastúpenie jednotlivých drog, ktoré boli dôvodom k liečbe. Viac ako tretina pacientov sa liečila kvôli problémom so stimulačnými látkami (35%). Počet užívateľov opioidov sa znížil medzi pacientmi, ktorí sa liečili po prvýkrát, ale aj medzi všetkými liečenými. Podiel užívateľov kanabisu ostal nezmenený. Podiel užívateľov drog, ktorí si aplikovali látku injekčne (tzv. IDU - Injection Drug User) v zariadeniach rezortu zdravotníctva mierne a opätovne klesol (z 39,2%.na 36,5%).

■ Pozri aj Štatistický bulletin EMCDDA

Úmrtia spojené s užívaním drog – indikátor DRD (Drug Related Deaths)

V roku 2011 bolo zaznamenaných 20 priamych úmrtí spôsobených všetkými drogami, z toho 12 v dôsledku predávkovania opioidmi.
Nepriame úmrtia (samovraždy, nehody pod vplyvom látky) boli zaznamenané v 67 prípadoch; kde primárnu úlohu zohrali benzodiazepíny, v takmer tretine boli zastúpené amfetamíny a metamfetamín, po 10% boli zastúpené opioidy a marihuana. Monitoring úmrtí spojených s psychoaktívnymi látkami je zložitý vzhľadom na klesajúci počet pitvaných (v roku 2011 tvorili 14,2% podiel zo všetkých zomretých osôb) a súčasne náročnosť toxikologickej ex-

DROGY
MÁJ 2013

pertízy. Táto zohráva úlohu najmä v prípadoch kombinovaného užívania psychoaktívnych látok.
Výskyt nových syntetických látok na drogovej scéne situáciu v tomto ohľade ešte viac komplikuje.
Retrospektívna kohortová štúdia CPLDZ (Slezáková, Okruhlica, 2012) sa týkala druhého aspektu tohto indikátora, a to úmrtnosti užívateľov drog, ktorí boli liečení v Centre pre liečbu drogových závislostí na Hraničnej ul. v Bratislave. Najvyššia mortalita bola medzi pacientmi liečenými od závislosti na sedatívach, nasledovaná úmrtnosťou pacientov závislých od inhalantov a napokon od opioidov (7,3 úmrtí na 1000 pacientov). Úmrtnosť pacientov liečených pre závislosť od opioidov je pod priemerom údajov z mnohých európskych krajín (Španielsko - 38 ; Lotyšsko - 21,6; Nórsko - 21; Spojené kráľovstvo - 21,9, Londýn -10; Rumunsko - 9,2), je však vyššia ako úmrtnosť všeobecnej populácie v relevantnej vekovej skupine.

■ Pozri aj Štatistický bulletin EMCDDA

Infekčné choroby spojené s drogami – indikátor Drug related Infectious Disease

Počet osôb infikovaných vírusom HIV stále ostáva nízky a neepidemický, čo platí aj pre vysoko rizikovú skupinu injekčných užívateľov drog. V roku 2011 sa medzi nimi nevyskytol pozitívny prípad infikovania vírusom HIV.
Subpopulácia injekčných užívateľov tradične zahŕňa vysoký počet osôb pozitívnych na hepatitídu typu C. Podľa sentinelovej štúdie CPLDZ v Bratislave podiel pacientov pozitívnych na HCV ostal na stabilnej úrovni 40%, podiel pacientov pozitívnych na protilátky hepatitídy typu B klesol na 22%.

■ Medzinárodné porovnanie v štatistickom bulletine EMCDDA

OPATRENIA

PREVENCIA

Prevencia s osobitným dôrazom na deti a mládež bola od počiatku etablovania národných protidrogových stratégií na Slovensku jedným z jej základných pilierov, s kľúčovou zodpovednosťou rezortu školstva v spolupráci s rezortom zdravotníctva, rezortom práce, sociálnych vecí a rodiny a rezortom vnútra. 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 s cieľom predísť a vyhnúť sa budúcim problémom.
Hodnotenie účinnosti preventívnych zásahov a programov, teda toho čo a či to vôbec funguje a malo byť neoddeliteľnou súčasťou a bezpodmienečnou podmienkou - je však ojedinelé[12]. Podobne ako v mnohých ďalších krajinách, vzťahuje sa to najmä na úroveň univerzálnej prevencie.
Môže to byť dôsledok rôznych rezortných priorít, ale aj pretrvávajúcej absencie štandardov prevencie, resp. kvality ponúkaných preventívnych aktivít pre deti a mládež – čo platí pre väčšinu subjektov občianskej spoločnosti, obcí a miest pokiaľ dôsledne nespolupracujú s kvalifikovanými Centrami psychologicko-pedagogického poradenstva a prevencie.[13] Nedostatočná vzájomná informovanosť, rozdielna interpretácia terminologických pojmov, ale aj spôsob krátkodobého financovania (max. na 1 rok) sú ďalšími príčinami, ovplyvňujúcimi kvalitu prevencie a jej posun do izolovaných a jednorazových aktivít na úkor dlhodobých[14] a hodnotených programov. Do klasického delenia úrovní prevencie (univerzálna – pre všeobecnú populáciu, s dôrazom subpopuláciu detí a mládeže, selektívna – pre ohrozené a zraniteľné skupiny a indikovanú – pre jedincov) sa podľa EMCDDA má zaradiť aj environmentálna prevencia, čo znamená zmenu/zmeny bezprostredného kultúrneho, sociálneho, fyzického a ekonomického prostredia, v ktorom si jedinec volí možnosť užívať alebo neužívať psychoaktívne látky (napr. zvýšenie cien cigariet, obmedzenie fajčenia na verejných miestach, alebo zákony obmedzujúce sponzoring športových podujatí subjektmi ako sú výrobcovia alkoholu, tabaku, zlacnenie nealkoholických nápojov a pod).
Smerovanie takýchto environmentálnych opatrení vo vzťahu k alkoholu a tabaku je sformulované najmä v týchto strategických dokumentoch:
Národný akčný plán na kontrolu tabaku (v jurisdikcii MZ SR); je orientovaný na zlepšenie opatrení v prevencii fajčenia na všetkých stupňoch škôl, v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach sociálnych služieb, zvýšenie kontroly fajčenia[15] na verejných miestach, kontrola obsahu a zloženia tabakových výrobkov, rozšírenie sietí poradní na odvykanie od fajčenia na RÚVZ a na vysokých školách (vrátane vybavenia prístrojmi na meranie oxidu uhoľnatého, krvného tlaku, cukru v krvi, vitálnej kapacity pľúc a iného materiálno-technického vybavenia).
Za výrazný pokrok možno považovať programovaný výskum[16] o efektívnosti preventívnych opatrení s cieľom vyhodnotenia efektívnosti použitých prístupov a vynaložených finančných prostriedkov. Výskum by sa týkal najmä legislatívnych opatrení na ochranu nefajčiarov, ktoré boli prijaté v minulosti a ktorých efekt sa dá hodnotiť formou prieskumov verejnej mienky.
Národný akčný plán pre problémy s alkoholom[17] (v jurisdikcii MZ SR) o.i. akcentuje dôraz na opatrenia, ktoré majú vplyv na sociálnu dostupnosť alkoholu, zmenu sociálnych stereotypov a postojov k experimentovaniu a nadmernému a škodlivému pitiu s cieľom meniť (tolerantné) spoločenské postoje k pitiu jednotlivca a postoje k abstinencii, na rešpektovanie práva jedinca nepiť, zlepšiť imidž nepijúceho v zmysle pozitívneho príkladu správania a zdravia; zdôraznenie zodpovednosti jedinca za svoje pitie; zmeniť spôsoby pitia alkoholických nápojov smerom k málo škodlivému, menej nebezpečnému pitiu.
Aj ďalšie strategické dokumenty, a to „Program podpory zdravia" (posledná aktualizácia v decembri 2011), Akčný plán politiky mládeže na roky 2010 – 2011, ktorý vyplýva z Kľúčových oblastí a akčných plánov štátnej politiky vo vzťahu k deťom a mládeži v SR na roky 2008 – 2013 zdôrazňujú kontrolu uplatňovania právnych predpisov o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov (zákaz predaja a obmedzovanie možností požívania alkoholických nápojov maloletým a mladistvým).

■ Pozri aj webovú stránku EMCDDA Best Practice

[12] V šk. roku 2010/2011 bolo hodnotených 49 programov čo reprezentuje 5,48% (UIPŠ,Slovíková 2012)
[13] V šk. roku 2010/11 realizovali 894 preventívnych programov. Nárast oproti šk. roku 2009/2010 bol o viac ako štvrtinu (28% - 252 programov) a oproti šk.roku 2008/2009 až o 338 preventívnych programov (UIPŠ Slovíková, 2012).
[14] Napr. pravidelne hodnotený program Cesta k emocionálnej zrelosti, ktorý realizujú pedagógovia na školách - počet zúčastnených žiakov v šk.roku 2010/2011 - 14 178 (14 096 v roku 2009/2010).
[15] Podľa zákona č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
[16] Realizácia dvojročného prieskumu (2012 – 2014) o hodnotení opatrení na ochranu nefajčiarov a dodržiavania zákona č.377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
[17] http://www.cpldz.sk/storage/data/nappa.pdf

DROGY MÁJ 2013

LIEČBA

Cieľom opatrení v oblasti liečby je jednak umožniť dostupnosť samotnej liečby pre užívateľov drog, udržiavať a zvyšovať jej kvalitu a znižovanie negatívnych zdravotných dopadov, vrátane najzávažnejších, ktorými sú drogové úmrtia. Už spomínaný systém včasného varovania (EWS) pred novými syntetickým drogami umožňuje monitorovanie a medzinárodnú výmenu informácií o látkach a ich kombináciách, spôsobujúcich smrť ich užívateľov. Prostredníctvom EWS sa tieto informácie a varovania dostávajú do terénu (lekári v klinickej praxi, terénne programy harm reduction, rizikové prostredie väzníc, biochemické a toxikologické pracoviská) a umožňujú informačnú prípravu na úspešnejšie zvládnutie podobných situácií, ako aj prípravu organizačných a administratívnych opatrení na zabránenie legálneho i nelegálneho prieniku nebezpečných látok k potenciálnym užívateľom.

V roku 2011 boli publikované výsledky štúdie OZ Plán B, skúmajúcej dostupnosť liečby a prístup do liečby pre užívateľov drog. Jej výsledky potvrdili potrebu a súčasne nedostatok špecializovanej zdravotnej starostlivosti v oblasti závislosti, ktorá sa javí ako najúčinnejšia.

Z hľadiska ochrany verejného zdravia sú významné programy testovania infekčných ochorení súvisiacich s drogami a ich dostupnosť. Hoci pacienti sú o pozitívnom výsledku vyšetrenia krvi informovaní, neexistujú zákonné prostriedky, ktoré by ich donútili k liečbe a z tohto pohľadu je veľmi potrebná osveta a informovanosť medzi užívateľmi drog o nebezpečenstve chorôb, možnostiach liečby a najmä o možnostiach ochrany pred nakazením. V oblasti liečby infekčnej hepatitídy C boli v tomto období zavedené do praxe nové prípravky – telaprevir a boceprevir pre špecifický genotyp vírusov. Liečbu infekčnej hepatitídy C môžu podstúpiť aj pacienti v substitučnej liečbe. Poisťovňa takúto liečbu z väčšej časti hradí, okrem prípadov aktívnych problémových užívateľov drog. Napriek tomu, podľa publikovaných výsledkov štúdie (Slezáková & Okruhlica, 2011), z 290 pacientov s infekciou hepatitídy C sa 45% neliečilo kvôli podmienkam poisťovne, 22% nemalo záujem o liečbu, 6% sa obávalo vedľajších účinkov a 27% udalo iný dôvod.

Na určenie výskytu psychóz, ako závažnej komorbidity vyskytujúcej sa najmä pri užívaní syntetických stimulancií, je potrebné včasné toxikologické vyšetrenie, ktoré sa však – aj z ekonomických dôvodov – často zanedbá, čím sa následne komplikuje a zdržiava postup liečby.

Súčasťou opatrení je aj priebežné školenie a vzdelávanie profesionálov prichádzajúcich do kontaktu s užívateľmi drog. V tomto procese zohrávajú význam najmä profesijné združenia a motivujúci akreditačný systém. Významným nástrojom šírenia odborných poznatkov je špecializovaný časopis Alkoholizmus a drogové závislosti, vydávaný Slovenskou lekárskou spoločnosťou. Vrcholným odborným podujatím v oblasti adiktológie je výročná AT konferencia „Bojnické dni" organizovaná Psychiatrickou spoločnosťou SLS.

HARM REDUCTION

Výmena použitých striekačiek a ihiel, ako aj distribúcia sterilných nástrojov a vybavenia je významnou súčasťou činnosti občianskych združení – nízkoprahových agentúr zameraných na znižovanie zdravotných dôsledkov užívania drog a ochranu verejného zdravia. V roku 2011 sa klientom piatich združení (v deviatich programoch a v lokalitách 6 miest), poskytlo spolu 351 532 striekačiek a ihiel, čo je približne rovnaký počet ako v roku 2010.

Ďalších 15 064 striekačiek sa distribuovalo prostredníctvom stacionárneho programu Centra pre liečbu drogových závislostí v Bratislave.

RESOCIALIZÁCIA – SOCIÁLNA INTEGRÁCIA

Drogovo závislí a osoby s iným druhom závislosti nie sú osobitnou skupinou v rámci špecifických opatrení na prevenciu sociálneho vylúčenia a opatrení na opätovné začlenenie sa do spoločnosti. Všetky dostupné opatrenia v tomto smere však môžu využívať, resp. sú im poskytované.
Naviac sú pre nich sú určené osobitné rezidenčné zariadenia, poskytujúce služby rehabilitácie a resocializácie, a aj sociálne služby, ktoré majú uľahčiť osobám návrat do prirodzeného prostredia (rodiny) a začlenenie sa do spoločnosti (kritériá sociálnej integrácie: vzdelávanie, zamestnanosť a bývanie).

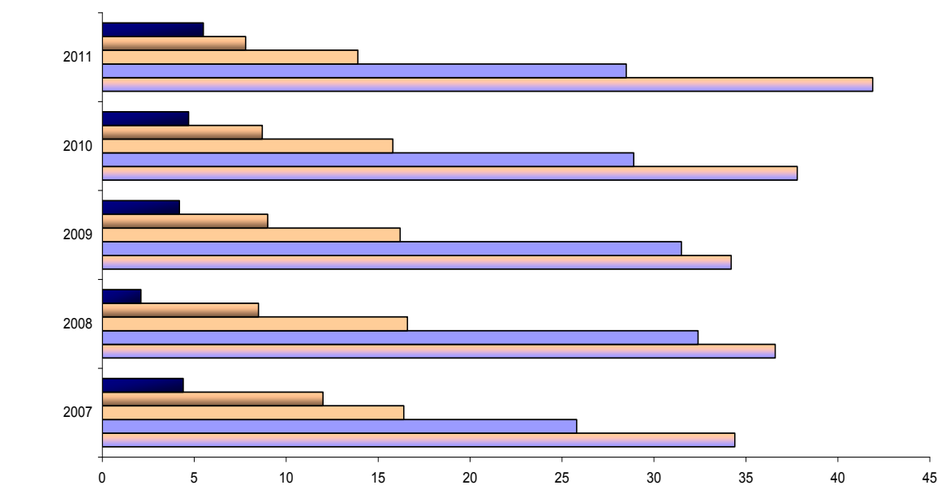
NMCD opakovane sleduje 19 resocializačných centier pokiaľ ide o štruktúru klientov (primárny dôvod, ktorý viedol k ich pobytu v RS) a poskytované služby. Tieto resocializačné centrá na Slovensku sú pre výkon opatrení sociálno-právnej ochrany detí a kurately (detí a dospelých) akreditované Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny, aby sa zabezpečila kvalifikovaná pomoc pri opätovnom začlenení sa do spoločnosti, resp. prirodzeného prostredia.

Podľa prieskumov NMCD v rokoch 2007-2011 počet klientov rastie (zo 614 v roku 2007 na 842 v roku 2011), mierne klesá podiel nových klientov. Dominantný podiel primárnej psychoaktívnej látky, ktorá bola dôvodom k resocializácii si dlhodobo udržuje alkohol, nasledovaný pervitínom a súčasným užívaním viacerých látok.

Graf na nasledujúcej strane:

Podiely klientov s problémom najčastejšie zneužívanej psychoaktívnej látky v piatich cykloch prieskumov NMCD :
Zdroj údajov : Prieskumy štruktúry klientov a služieb resocializácie v rokoch 2007 až 2011

DROGY MÁJ 2013



	2007	2008	2009	2010	2011
kanabis	4.4	2.1	4.2	4.7	5.5
heroín	12	8.5	9	8.7	7.8
polyužívanie	16.4	16.6	16.2	15.8	13.9
pervitín	25.8	32.4	31.5	28.9	28.5
alkohol	34.4	36.6	34.2	37.8	41.9

INDIKÁTORY MONITOROVANIA PONUKY A REDUKCIE PONUKY[18]

TRH S DROGAMI

Pozíciu najzneužívanejšej drogy v SR si podľa počtu záchytov aj v roku 2011 udržala marihuana, na Slovensku pestovaná predovšetkým indoorovým spôsobom v rozmeroch priemyselnej výroby, ktorú zabezpečujú vietnamskí imigranti. Väčšina z takto dopestovanej marihuany bola určená pre domáci trh a menšia časť sa vyvážala do zahraničia. Aj pervitín bol dostupný vo všetkých regiónoch SR a vyrábal sa najmä z voľne dostupných liečiv. Na trhu sa okrem pervitínu z domácej produkcie vyskytoval i pervitín dovážaný z ČR (s koncentráciou nad 80%).
V roku 2011 sa takmer o štvrtinu zvýšil počet záchytov drog, v porovnaní s rokom 2010. Vzrástli záchyty: marihuany, pervitínu (tu však kleslo zaistené množstvo), hašiša, kokaínu a kanabisových rastlín. Takmer dve tretiny (65%) z celkového počtu záchytov predstavovali záchyty kanabisových produktov a vyše štvrtinu prípadov (27%) predstavovali záchyty pervitínu.
Trend poklesu heroínu na trhu a jeho nahrádzanie fentanylom, ktorý bol pozorovaný ešte v roku 2010, sa naplno prejavil v prvej polovici 2011, kedy bol heroín takmer úplne vytlačený fentanylom (najmä v Bratislave a okolí). Pokles heroínu na trhu potvrdil pokles záchytov (takmer o štyri pätiny menej ako v roku 2010). Okrem toho bol zaznamenaný výrazný pokles koncentrácie heroínu (zo 14,6% v roku 2010 na 4,1% v roku 2011).
Z prekurzorov sa v SR najviac zneužíval efedrín a pseudoefedrín, hoci ich celkové záchyty klesli na najnižšiu úroveň za posledných šesť rokov (11). Klesli aj záchyty anhydridu kyseliny octovej - v roku 2011 bol tento prekurzor na Slovensku zachytený v objeme 1l (v roku 2009 - 860 kg ,v roku 2010 v objeme 5 l).

Z pohľadu vývoja cien jednotlivých drog - ako sú sledované v rámci operatívnej činnosti príslušných zložiek policajného zboru - sa rok 2011 vyznačoval rastom cien metamfetamínu (v rozmedzí od 20-100 EUR/g) a kokaínu (50-100 EUR/g). Cena heroínu poklesla (20-55 EUR/g). Cena marihuany je na úrovni roku 2009 (6-22 EUR).

DROGOVÁ KRIMINALITA

Základom tejto časti výročnej správy o stave drogovej problematiky na Slovensku sú štandardne zisťované štatistické údaje z polície (resp. MV SR) Generálnej prokuratúry a Ministerstva spravodlivosti, ktoré zastrešuje aj oblasť väzenstva.
Pojem „drogová kriminalita“ zahŕňa páchateľov zatknutých, stíhaných a odsúdených za nasledujúce trestné činy podľa Trestného zákona: prechovávanie drogy[19] pre osobnú potrebu ďalej výrobu, obchodovanie alebo prechovávanie väčšieho množstva drogy ako 10 obvykle jednorazových dávok (ďalej iba „dílovanie); výrobu alebo zadováženie predmetu[20] určeného na výrobu drogy a šírenie toxikománie.

Stíhaní páchatelia

V roku 2011 bol podiel políciou stíhaných páchateľov vyšší o 6,4% a evidovala o 38% vyšší podiel drogových trestných činov, v porovnaní s rokom 2010.
Viac ako polovica páchateľov bola stíhaná v súvislosti s marihuanou (62%), pričom vyše dve tretiny z nich za prechovávanie pre osobnú potrebu.
Po marihuane bolo najviac páchateľov stíhaných v súvislosti s pervitínom (27%), za ktorým nasledovali stíhaní za drogové trestné činy súvisiace s heroínom (6%) a kokaínom (1,8%).

Odsúdení za drogové trestné činy

Súdy v roku 2011 odsúdili za drogovú trestnú činnosť o 6% obžalovaných viac, ako v roku 2010. Počet odsúdených za prechovávanie drogy pre osobnú potrebu bol takmer totožný s rokom 2010 – 629; v roku 2011 - 626.
Počet odsúdených za trestné činy súvisiace s ponukou drog – za výrobu a obchodovanie stúpol o 61 páchateľov.
Najviac osôb bolo odsúdených v súvislosti s marihuanou (56%), pervitínom (21%) a heroínom (10%).

V roku 2011 súdy uložili viac ako dvom tretinám páchateľov, niektorý z alternatívnych trestov k väzeniu: podmienečný trest (60%), peňažný trest (6%) a trest povinnej práce (3%). Stúpol počet odsúdených, ktorým súd za prechovávanie drogy pre osobnú potrebu, uložil alternatívny trest povinnej práce. K trestu domáceho väzenia nebol v roku 2011 odsúdený žiaden páchateľ.
V prípade odsúdených mladistvých páchateľov bol v roku 2011 najčastejšie uložený podmienečný trest (v 90% z 52 prípadov). K nepodmienečnému trestu odňatia slobody boli odsúdení dvaja mladiství – jeden za dílovanie drog a druhý za obchodovanie s drogami.

[18] Koncepčný rámec pre monitorovanie ponuky nelegálnych drog doteraz, ale aj v budúcnosti – už v pozícii ďalších kľúčových indikátorov – zahŕňa tri zložky: trh s drogami, kriminalitu spojenú s drogami a opatrenia na redukciu ponuky drog.

[19] Termín droga, v zmysle trestného zákona (č.300/2005 Z.z.), zahŕňa akúkoľvek omamnú látku, psychotropnú látku, jed alebo prekurzor.

[20] Ide o predmet, ktorý je spravidla rozhodujúcim komponentom pri výrobe OLPL, jedu alebo prekurzora, pričom ide spravidla o prístroje, iné zariadenia, ale aj suroviny, ktoré sú spôsobilé a určené na takúto výrobu (Čentéš, J. 2007, s.116)

DROGY
MÁJ 2013

Drogy vo väzení

Viac ako o tretinu sa v roku 2011 zvýšil podiel evidovaných drogovo závislých vo väzení čo zatiaľ predstavuje najvyšší podiel - 18% (v roku 2008 uviedlo 11,6% väzňov, že pred vstupom do väzenia užívalo drogy; v roku 2009 – 14,2% a v roku 2010 - 13,8%).

V rámci štandardných drogových skríningov vo väzenskej populácii bolo vo výsledkoch 2304 testov vykonaných na prítomnosť drog v biologických vzorkách zistených 10% pozitívnych vzoriek, najčastejšie na prítomnosť benzodiazepínov, marihuany a amfetamínov[21].

5719 väzňov bolo v roku 2011 podrobených skríningovému vyšetreniu na prítomnosť niektorých infekčných krvou prenosných ochorení. Bolo zistených 7% pozitívnych nálezov.

Najvyšší podiel na celoštátnej drogovej kriminalite mal aj v roku 2011 Bratislavský kraj, za ktorým nasledoval Nitriansky a Trnavský kraj.

Ďalšie otázky

Vybrané témy Výročnej správy (kap.11 a kap.12) sa v roku 2012 detailne venovali a) rozvoju rezidenčnej (ústavnej liečby) a následnej starostlivosti, b) samostatnej protidrogovej politike vo veľkých mestách nad 300 tis. obyvateľov, čo sa na Slovensku vzťahuje na jeho hlavné mesto Bratislavu.

Závery prvej témy vyznievajú v prospech relatívne dobrej aktuálnej situácie v zabezpečení špecifickej liečby závislosti rezidentnou formou (ústavná medicínska liečba a následná psychosociálna starostlivosť).

Hoci si Bratislava permanentne udržuje prvenstvo v sledovaných indikátoroch drogovej situácie vrátane trestnoprávneho aspektu drogovej problematiky, ucelená koncepcia komunitnej, resp. mestskej protidrogovej politiky v hlavnom meste Slovenska absentuje.
Neplatí to však o existencii špecifických „pomáhajúcich" inštitúcií a ich aktivít, ktoré vznikali na základe aktuálnych potrieb a situácie, najmä od polovice deväťdesiatych rokov (väčšina ako reakcia na tzv. heroínovú epidémiu v Bratislave).

V oficiálnych rozvojových dokumentoch mesta je špecifické prvenstvo Bratislavy na úrovni komunity reflektované okrajovo, a to v kontexte dvoch oblastí - rozvoja a poskytovania sociálnych služieb a bezpečnosti obyvateľov.
Podľa dotazníkového prieskumu v najnovšej analýze potrieb a nárokov na sociálne služby (r.2012[22]) medzi prijímateľmi niektorej sociálnej služby poskytovanej hl. mestom, sa 10% respondentov (N=1041) vyjadrilo v prospech špecifických služieb pre osoby závislé od psychoaktívnych látok.

Zdroje:

Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku – edícia 2010 (údaje 2009) – v AJ

Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku – edícia 2011 (údaje 2010) – v AJ

Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku – edícia 2012 (údaje 2011) – v AJ

[21] Predovšetkým metamfetamínu
[22] Komunitný plán rozvoja sociálnych služieb Hl. mesta SR Bratislavy, november 2012 http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Library&page=Document&DocumentID=1019

NMCD

Národné monitorovacie centrum pre drogy je zastúpením decentralizovanej európskej agentúry – Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) a členom siete REITOX (Európska informačná sieť o drogách a drogových závislostiach) na Slovensku.

Od svojho vzniku v roku 2002 sa NMCD – v spolupráci s odborníkmi z mnohých oblastí – podieľa na tvorbe európskej správy poskytovaním objektívnych informácií zo Slovenska. Tieto informácie NMCD získava monitorovaním domácej situácie prostredníctvom piatich štandardných a ďalších indikátorov, umožňujúcich definovať situáciu v oblasti dopytu po drogách a ponuky drog.

Zavedenie takýchto indikátorov monitoringu podľa EMCDDA[23] umožňuje koncentráciu na najdôležitejšie aspekty drogového fenoménu, sledovanie vývoja a trendov, ako aj možný vplyv opatrení na redukciu dopytu po drogách a ponuky drog.

Od januára 2013 je NMCD súčasťou Odboru koordinácie protidrogovej stratégie a monitorovania drog, ktorý pôsobí v rámci organizačnej štruktúry Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Ďalšie informácie a detaily o Národnom monitorovacom centre pre drogy, jeho agende a konkrétnej činnosti si možno vyhľadať na webovej stránke:

www.infodrogy.sk

Adresa sídla:
MZ SR
Limbova ul.2
P.O. BOX 52 837 52 Bratislava 37
Tel.: ++421 2 593 73 111, kl. 237
Fax.: ++421 2 547 77 983

EQUILIBRIA

Stav drogovej problematiky na Slovensku
Kolektív autorov

Vydavateľ:
Equilibria, s. r. o., Poštová 13, Košice,
www.equilibria.sk

Rok vydania: 2013
Rozsah strán: 16
Vydanie: prvé

ISBN: 978-80-8143-088-6

[23] pôvodne vznikli na pôde Skupiny Pompidou Group pri Rade Európy

DROGY

MÁJ 2013

ISBN 978-80-8143-088-6