

Nelegálne drogy a drogová politika na Slovensku

Robert Klobucký

Sociologický ústav SAV

2016

Sociologický ústav SAV

Recenzenti: Doc. PhDr. Gabriela Lubelcová, PhD.
PhDr. Andrej Findor, PhD.

Kniha vznikla s podporou grantu VEGA č. 2/0137/14 „*Drogová politika na Slovensku a v iných krajinách*“.

Kniha neprešla jazykovou úpravou

Technická a grafická úprava: Jarmila Štrbavá

Vydavateľ: Sociologický ústav SAV, Klemensova 19, 813 64 Bratislava

ISBN 978-80-89897-03-2

EAN 9788089897032

OBSAH

Úvod	5
Dimenzie drogovej politiky	
Drogová politika	9
Dva prístupy k regulácii drog	10
Filozoficko-etické východiská drogovej politiky	12
Politické myšlienkové tradície v drogovej politike	13
Historické utváranie drogovej politiky.....	15
Koncept verejného zdravia	16
Koncept verejného dobra	17
Problém nezamýšľaných dôsledkov drogovej politiky	18
Efektivita drogovej politiky a jej opatrení.....	20
Prohibícia ako úspešný politický projekt	25
Komparácia drogových politík	27
Klasifikácia drogových politík.....	31
Drogy a subkultúry	33
Vývoj drogovej politiky na Slovensku po roku 1990	
Metodológia výskumu	37
Drogy na Slovensku pred rokom 1990	38
Vývoj v 90. rokoch 20. storočia	42
<i>Vývoj v užívaní drog</i>	42
<i>Reakcie verejnosti</i>	45
<i>Vývoj v presadzovaní práva v drogovej oblasti</i>	49
<i>Inštitucionalizácia drogovej politiky</i>	54
<i>Liečba</i>	57
<i>Harm reduction</i>	60
<i>Prevencia</i>	61
Vývoj po roku 2000	63
<i>Vývoj v užívaní drog</i>	63
<i>Verejnosť, politické strany a drogová politika</i>	68
<i>Presadzovanie práva</i>	73
<i>Inštitucionálny vývoj drogovej politiky</i>	77
<i>Liečba</i>	80
<i>Harm reduction</i>	84
<i>Prevencia</i>	89
Príčiny politického úspechu represívneho modelu drogovej politiky na Slovensku	92
Záver	97
Literatúra	98

Úvod

Predstavme si dvoch Bratislavčanov, ktorí pracujú v nadnárodných firmách na zodpovedných a dobre platených pozíciách a zároveň pravidelne užívajú drogy. Nazvime ich iba krstnými menami: Jožo a Jano. Jožo svoju drogu užíva pravidelne niekoľkokrát denne a často na ňu myslí. Ak ju nemá pár hodín k dispozícii, cíti silné nutkanie zaobstarať si ju a užiť ju. Jožo si zároveň pravidelným užívaním svojej drogy vypestoval slušnú toleranciu, takže pre pociťovanie jej účinkov musí zvyšovať svoje dávky a často ju užije úplne mimovoľne. Uvedomuje si, že to niekedy s drogou preháňa, ale všetky jeho pokusy obmedziť jej užívanie zlyhávajú pre nepríjemné abstinenčné príznaky, ktoré ho obmedzujú v práci. Naopak Jano užíva svoju drogu vždy iba mimo práce, ale zato pravidelne počas víkendov. Nemá nutkanie užiť drogu inokedy, nezvyšuje svoje dávky a nemá ani žiadne abstinenčné príznaky i keď drogu pravidelne užíva už dva roky. Nemá v súvislosti s užívaním drogy žiadne zdravotné problémy a droga mu nespôsobila ani spoločenské škody a nechce jej užívanie ani rozširovať ani obmedzovať. Uhádli by ste, akú drogu užíva Jožo a akú Jano? Jožo je závislý na legálnej a široko spoločensky akceptovanej káve (kofeíne) a Jano zasa pravidelne užíva nelegálny a z hľadiska predávkovania ako i dlhodobých zdravotných účinkov veľmi nebezpečný kokaín.¹

Tento vymyslený príklad ide zámerne proti intuícii a naznačuje nám jeden zo základných problémov drogovej politiky: na čom by spoločnosti pri regulácii drog malo záležať? Ak by malo byť prioritou drogovej politiky aplikovanie najnovších vedeckých poznatkov, tak by sme mali brať do úvahy nielen potenciál závislosti jednotlivých drog (tu napríklad jednoznačne vyhráva alkohol nad marihuanou) alebo na ich fyzickú škodlivosť (tu zasa vedie fajčenie tabaku nad užívaním LSD). Asi by sme najskôr mali vziať do úvahy celkové spoločenské a zdravotné škody, ktoré spôsobuje užívanie jednotlivých drog. Na Slovensku by v takomto rebríčku jednoznačne zvíťazil legálny a zároveň i legálne propagovaný alkohol. Súčasný právny stav na Slovensku však rozlišuje veľmi hrubou čiarou iba legálne a nelegálne drogy. Potenciál jednotlivých drog spôsobovať škody rôzneho druhu (napr. zdravotné, kriminálne, spoločenské) už ďalej nerieši. Ako sa teda zdá, pri utváraní drogovej politiky je dôležité i niečo iné ako vedecké argumenty založené na dôkazoch. Jedným z rozhodujúcich faktorov je v tejto súvislosti miera kultúrnej akceptácie a normalizácie užívania jednotlivých drog v spoločnosti. To je však iba čiastočné vysvetlenie. Môžeme sa oprávnene domnievať, že na presadzovanie prohibície či legalizácie jednotlivých drog navyše

¹ Tento príklad je voľnou parafrázou príkladu uvedeného v publikácii: (Battin, et al., 2008).

vplýva i samotný inštitucionálny a myšlienkový vývoj samotnej drogovej politiky. Tu si môžeme pomôcť i ďalším príkladom.

Juro a Jirka sú bratrance, Juro je Slovák z Nového Mesta nad Váhom a Jirka Čech z Nového Města na Moravě. Obaja sú nadšení užívatelia marihuany a obaja sa snažia na svojej záhrade vypestovať pre svoju vlastnú potrebu tie najlepšie rastliny. Juro aj Jirka majú nepriateľských susedov, ktorí ich udajú na políciu. Polícia príde na ich pozemok a zhabe každému drogu, obaja mali zasadených po päť veľkých rastlín. Podľa aktuálneho právneho stavu v Českej republike spáchal Jirka iba priestupok a dostane pokutu maximálne 15000 českých korún (cca 550€), ale na Slovensku bude musieť ísť Juraj do väzenia na minimálne desať rokov pretože spáchal trestný čin so sadzbou 10 – 15 rokov. Ako je možné, že za ten istý skutok sú tak mimoriadne odlišné tresty v dvoch krajinách, ktoré boli ešte nedávno spoločným štátom so spoločnou kultúrou a históriou? Čiasťtočné vysvetlenie asi treba hľadať vo vývoji spoločnosti, jej hodnôt a názorov na drogy. Špecifickjšie a komplexnejšie je však vysvetlenie, ktoré berie do úvahy i vývoj odborného diskurzu a inštitúcií drogovej politiky v jednotlivých krajinách. V prípade Českej republiky bol vývoj drogovej politiky ovplyvnený i nezávislými a rešpektovanými inštitúciami so silnými osobnosťami, ktoré uplynulé štvrtstoročie preferovali predovšetkým opatrenia založené na vedeckom poznaní a nebáli sa pri ich presadzovaní často ísť i do kontroverzií s politikmi. Na Slovensku takéto osobnosti a inštitúcie doteraz chýbajú a tvorba drogovej politiky je poplatná predovšetkým názorom politikov.

Cieľom tejto publikácie je predstaviť základné otázky a problémy, ktoré súvisia nielen so samotným konceptom drogovej politiky, ale i s praktickými kontextami aplikácie niektorých jej opatrení. V posledných desaťročiach sa vo svete (predovšetkým v západnej Európe a v USA) výrazne presadzuje také skúmanie drogovej politiky, ktoré je zamerané predovšetkým na analýzu jej efektivity a účinnosti. Na Slovensku však takéto vedecké poznanie a diskusie s ním spojené doteraz absentujú. Zámerom tejto publikácie však nebola podrobná analýza efektivity jednotlivých opatrení drogovej politiky na Slovensku (i keď sa čiastočne venujeme i tejto problematike), ale skôr širokospektrálny pohľad na drogovú politiku, jej vývoj a ako i jej spoločenský kontext.

Publikácia je rozdelená do dvoch častí: prvá časť prináša niektoré konceptuálne a teoretické vymedzenia drogovej politiky ako i prehľad niektorých vedeckých poznatkov z tejto oblasti a druhá časť je zameraná na konkrétnu analýzu vývoja slovenskej drogovej politiky po roku 1990.

V prvej časti publikácie sme sa pokúsili analyzovať rozličné dimenzie drogovej politiky ako i kontexty, ktoré do nej môžu vstupovať. Zaujímala nás nielen definícia drogovej politiky a jej oblastí, ale i ideové a politické zázemie rôznych prístupov v drogovej politike, jej historický vývoj vo svete, či problémy spájané s komparatívnym výskumom drogovej politiky. Skúmali sme koncepty verejného zdravia a verejného dobra v rámci ktorých sa drogová politika môže

analyzovať. Sústredili sme sa tiež na hodnotenia efektivity rozličných opatrení drogovej politiky vo svete ako i na úspechy prohibície ako politického projektu na Slovensku. Z kontextu skúmania drogovej politiky sa zdanlivo vymyká kapitola o význame subkultúr pre vývoj užívania drog. Táto kapitola však zdôraznením dôležitosti subkultúrneho vývoja v spoločnosti zároveň ohraničuje možnosti drogovej politiky pri ovplyvňovaní užívania drog a drogovej scény.

Druhým cieľom publikácie je opísať vývoj drogovej politiky na Slovensku od roku 1990 do súčasnosti. Toto obdobie sme kvôli prehľadnosti textu ako i odlišné spoločenské podmienky ďalej rozdelili na 90. roky 20. storočia (prvá dekáda vývoja) a najnovší vývoj drogovej politiky po roku 2000. Takéto rozdelenie nám lepšie umožní sústrediť sa osobitne na obdobie vytvárania inštitúcií a vzniku drogovej politiky, ktoré bolo rámcované prudkým nástupom užívania drog v populácii ako i na ďalší vývoj drogovej politiky v situácii, keď sa užívanie drog v populácii stabilizovalo.

Slovenskú drogovú politiku sme pre potreby tohto výskumu rozdelili do piatich analytických dimenzií: presadzovanie práva (represia, znižovanie ponuky), prevencia (znižovanie dopytu), liečba, harm reduction (znižovanie rizík a následkov užívania drog) a inštitucionálny vývoj. Okrem týchto dimenzií sme sa tiež sústredili na dôležité kontexty: na analýzu vývoja užívania drog, na vývoj názorov verejnosti na drogy a drogovú politiku ako i na niektoré postoje a diskurz dôležitejších politických strán a ich predstaviteľov k drogovej politike. Skúmanie vývoja jednotlivých dimenzií drogovej politiky ako i ich kontextov nám umožnilo navrhnúť i isté vysvetlenia, ktoré naznačujú príčiny pomerne represívneho nastavenia slovenskej drogovej politiky.

Pri deskripcii a analýze slovenskej drogovej politiky a jej kontextov sme využili kombináciu kvantitatívnych a kvalitatívnych metód pričom sme sa ich výsledky pokúsili tam kde to bolo možné i porovnať. Kvalitatívne metódy pozostávali z obsahových analýz verejného diskurzu, semištrukturovaných rozhovorov s expertmi, analýz relevantných politických dokumentov ako i dostupných vedeckých výskumov. Kvantitatívne dáta pochádzali z viacerých výskumov verejnej mienky a rozličných štatistík slovenských štátnych inštitúcií (Generálna prokuratúra, Ministerstvo spravodlivosti, Ministerstvo zdravotníctva, Ministerstvo školstva). Cenným zdrojom informácií a dát pre výskum drogovej politiky sú tiež výstupy a štatistiky Národného monitorovacieho centra pre drogy (NMCD) ako i Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogové závislosti (EMCDDA).

Za spoluprácu by sme chceli poďakovať predovšetkým anonymným respondentom – expertom, pretože bez ich výpovedí by publikácia v takejto podobe nemohla vzniknúť.

Dimenzie drogovej politiky

Drogová politika

Drogová politika je najčastejšie chápaná ako súčasť širšej sociálnej politiky, ako jedna z foriem sociálnej kontroly, ktorej cieľom je regulovať konanie jednotlivcov alebo skupín. (Pozri napr. Aday – Thomson, 1992) Cieľom drogovej politiky je obvykle realizácia takých opatrení, ktoré prispievajú k zníženiu užívania drog, alebo minimalizujú celkovú ujmu spôsobenú užívaním, výrobou a distribúciou drog.

Ako však upozorňuje Tomáš Zábranský (2003), drogové politiky sú zároveň kultúrnymi a sociálnymi produktmi jednotlivých spoločností, ktoré odrážajú predstavy týchto spoločností o „drogovom probléme“ a o spôsoboch ako k nemu pristupovať. Konkrétne vypovedajú o tom cez akú optiku, resp. paradigma vníma spoločnosť podstatu drogového problému, jeho kauzálne súvislosti a z nich odvodené predpoklady o vhodných nástrojoch a stratégiách jeho zmierňovania alebo odstránenia.

Na drogovú politiku má pochopiteľne veľký vplyv spoločenské prostredie. Radimecký (2007) upozorňuje na tri typy vplyvov v závislosti od ktorých sa drogová politika vyvíja. Sú to externé faktory (napr. medzinárodná drogová politika v EÚ, či OSN), lokálne drogové nešpecifické faktory (širšie historické, kultúrne a spoločenské kontexty v krajine), lokálne drogové špecifické faktory (vnímanie drog a užívateľov drog, trendy v užívaní drog a pod.). Radimecký upozorňuje, že tieto faktory a ich význam sa v čase neustále menia a významne významne vplývajú i na premeny drogovej politiky.

Existuje veľké množstvo definícií drogovej politiky, ktoré sa líšia svojim obsahom. Väčšina z nich sa však zhoduje na tom, že jej základom je ovplyvniť ponuku i dopyt po nelegálnych drogách. Drogová politika je teda súčasťou verejnej politiky, je formou sociálnej kontroly. Presnejšiu definíciu uvádza napríklad [Radimecký, 2008, s. 94]: Drogová politika podľa neho je: „Komplexný, v ideálnom prípade koordinovaný súbor preventívnych, vzdelávacích, liečebných, sociálnych, regulačných, kontrolných a ďalších opatrení vrátane vymáhania práva na štrukturálnej (makro), komunitnej (mezzo) a individuálnej (mikro) úrovni. Ich konečnými cieľmi môžu byť: znížiť užívanie drog a/alebo škody, ktoré môžu jednotlivcom a spoločnosti v dôsledku užívania drog nastať.“ Na tejto definícii je dôležitá spojka „a/alebo“, pretože vyjadruje istý vnútorný rozpor súčasnej drogovej politiky. V niektorých prípadoch totiž môžu byť opatrenia spojené so znižovaním užívania drog v rozpore s opatreniami, ktoré majú obmedzovať

škody spojené s užívaním drog. Ako si neskôr ukážeme, nezamýšľané dôsledky pri presadzovaní prohibície, môžu zhoršovať spoločenské ale i zdravotné škody spojené s užívaním drog.

Rozšírenie definovania drogovej politiky i na zámer zmenšiť rozličné škody spojené drogami vysvetľuje i zmenu terminológie. Kým pred časom sa používalo slovné spojenie „protidrogová politika“, v súčasnosti sa predpona „proti-“ často vynecháva. Táto politika totiž už nie je namierená len proti samotnému užívaniu drog, ale obsahuje v sebe i celý komplex ďalších dimenzií spojených najmä so znižovaním spoločenských škôd a rizík vyplývajúcich nielen so samotného užívania drog, ale i zo širších spoločenských či zdravotných okolností. Tento terminologický vývoj dobre ilustruje zmeny v súčasnej drogovej politike, ktorá svoje ciele rozširuje a zaoberá sa čoraz väčšou skupinou problémov.

Opatrenia drogovej politiky možno rozdeliť do viacerých oblastí. Radimecký (2008) rozoznáva tri stratégie drogovej politiky: znižovanie ponuky drog (kontrola a vymáhanie zákona), znižovanie dopytu po drogách (prevencia a liečba užívateľov) a znižovanie škôd a rizík spojených s užívaním drog. Efektivita a úspešnosť týchto stratégií sa však začala výraznejšie skúmať len v nedávnom období. Práve s rozšírením štúdií, ktoré vyhodnocujú rozličné aspekty drogových politík súvisí i kritické prehodnocovanie úspešnosti jednotlivých opatrení drogovej politiky.

Drogová politika sa vyvíjala od úzkej chápanej snahy ovplyvniť samotné užívanie drog, cez koncept verejného zdravia, ktorý presadzuje zlepšovanie zdravotnej situácie v celej spoločnosti až ku konceptu verejného dobra, ktorý obsahuje i ďalšie spoločenské, etické či ekonomické aspekty problémov spájaných s drogami.

Dva prístupy k regulácii drog

V drogovej politike možno identifikovať dva principiálne odlišné prístupy, ktoré sa pre potreby analýzy dajú charakterizovať i ako ideálne typy. Ide o moralizátorský prístup a normalizačný prístup k regulácii drog.

Moralizátorský prístup vychádza z presvedčenia, že morálne dôvody konania sú nadradené akýmkoľvek iným dôvodom a že nie je primárne dôležité posudzovať dôsledky takéhoto morálneho konania.² Pre tento prístup je teda charakteristické, že sa neuvažuje nad nezamýšľanými dôsledkami či efektivitou. Užívanie drog sa v tejto koncepcii posudzuje ako morálne neprípustné a treba ho trestať. Pri takejto koncepcii sa nerozlišuje medzi mierou škodlivosti či

² Ako píše Radoslav Fedačko: „Vo vzťahu k uplatňovaniu drogových politík spočíva deontologické východisko v presvedčení, že správnosť konania alebo ustanovenia určitých inštitúcií pri riešení „drogového problému“ nespočíva v ich inštrumentalite alebo efektivnosti, ale v ich morálnej nadradenosti nad iným konaním alebo typom inštitúcií.... kontinuita základných morálnych princípov je dôležitejšia než úspešnosť ich presadzovania“. (Fedačko, 2008a, s. 64; pozri tiež MacCoun, Reuter, 2001, s. 56 – 58)

nebezpečnosti jednotlivých drog, prípadne medzi mierou škodlivosti jednotlivých spôsobov užívania drog. Základnou premisou tohto typu drogovej politiky je dosiahnuť radikálnou represiou – presadzovaním práva - namierenou na producentov, obchodníkov, ale i užívateľov drog stav, ktorý sa označuje ako „drug free society“, teda spoločnosť bez akýchkoľvek nelegálnych drog. Na užívateľov drog sa tu nazerá ako na pasívne objekty bez slobodnej vôle, ktoré sú úplne pod vplyvom biochemických vlastností drog. Ich previnenie teda spočíva predovšetkým v samotnom rozhodnutí začať drogy užívať. Drogy sa preto v tejto koncepcii často démonizujú, jednostranne sa zveličujú negatívne následky ich užívania a zamlčujú sa ich prípadné terapeutické vlastnosti.

Normalizačná koncepcia v drogovej politike, ako je už z jej pomenovania zrejmé, je zameraná na normalizáciu vnímania užívania drog v spoločnosti. Je to vlastne aj spôsob zmeny nazerania a interpretácie užívania drog a snaží sa predovšetkým o znižovanie rizík nežiaducich dôsledkov spojených s užívaním drog. Drogová politika postavená na normalizačných princípoch musí vždy dbať na to, aby jej jednotlivé opatrenia, i z hľadiska nezamýšľaných dôsledkov, prinášali viac úžitku ako škody. Takáto politika vychádza z konzekvencionalistických princípov, teda skúma dôsledky svojich opatrení.³

Rozdiely medzi moralizátorským a normalizačným prístupom možno opísať i na úrovni ďalších dimenzií drogovej politiky: zatiaľ čo moralizátorský prístup presadzuje „drogovo čistú“ liečbu s cieľom dosiahnuť abstinenciu a substitučnú liečbu považuje až za posledné možné riešenie, normalizačný prístup sa zameriava skôr na efektivitu liečby a zlepšenie kvality života užívateľov drog i substitučnou liečbou (abstinencia teda nie je podmienkou, aj keď z dlhodobejšieho hľadiska preferovaným cieľom). Moralizátorský prístup i v prevencii presadzuje úplnú abstinenciu a drogy často démonizuje, normalizačný prístup sa snaží chápať a zohľadňovať kontext v ktorom sa drogy užívajú, upozorniť na menej rizikové spôsoby užívania drog a ovplyvniť takto i zmenu správania užívateľov drog. Cieľom moralizátorského prístupu je zamedziť akémukoľvek užívaniu drog a sleduje najmä škody zdravotné a „morálne“, normalizačný prístup chce najmä zamedziť možným škodám vyplývajúcim z užívania drog a berie do úvahy i otázky ľudských práv, stigmatizácie a sociálneho vylúčenia.

³ Základnými opatreniami takéhoto „harm reduction“ prístupu môžu byť: dekriminalizácia prechovávaného malého množstva drog (predovšetkým marihuany), opatrenia smerujúce k bezpečnejšiemu užívaniu drog (rozdávanie sterilných injekčných striekačiek, bezpečné miestnosti na aplikáciu drog, programy testovania kvality drog, poučenie užívateľov o bezpečnej aplikácii), distribúcia drog na lekárske predpis, substitučná liečba metadónom či buprenorfinom a pod.

Filozoficko-etické východiská drogovej politiky

Pri odlišnostiach pri presadzovaní cieľov drogovej politiky možno sledovať i jej rozličný filozoficko-etický background. Filozoficko-etické princípy jednotlivých tvorcov a vykonávateľov politiky sú mimoriadne dôležité nielen pre deklarované ciele drogovej politiky, ale aj pre spôsob jej vykonávania. To, z akých princípov sa pri presadzovaní politiky vychádza, často ovplyvňuje jej priority, mieru jej represivity, ale napríklad i záujem o sledovanie jej nezamýšľaných dôsledkov.

V zásade možno pri tvorbe a presadzovaní drogovej politiky hovoriť o dvoch typoch argumentov z ktorých vychádza a ktoré ju filozoficko-eticky zdôvodňujú: o deontologických a konzekvencialistických argumentoch. (MacCoun, Reuter, 2001, s. 56–58)

Deontologické argumenty nadväzujú na myšlienkovú koncepciu Immanuela Kanta a ich podstatou je presvedčenie, že určité morálne záväzky je treba dodržiavať bez ohľadu na ich empirické dôsledky. Deontologické argumenty používajú v svojich prikázaniach takmer všetky veľké náboženstvá. (Napríklad kresťanské „nezabiješ“ sa nezdôvodňuje empirickými dôsledkami zabíjania alebo nezabíjania, ale ide jednoducho o morálny princíp, ktorý je platný sám osebe bez ohľadu na dôsledky.) Deontologická argumentácia sa často vo verejnom diskurze používa pri odmietaní homosexuality či prostitúcie, čo sa hodnotí ako nemorálne správanie. V drogovej oblasti je takáto argumentácia menej častá, jednak preto, že biblia explicitne užívanie drog nezakazuje a tiež preto, že negatívne dôsledky užívania drog sú zrejmé a veľmi dobre viditeľné a preto sa stávajú hlavnými argumentmi práve tieto empirické dôsledky. Iným druhom deontologickej argumentácie je libertariánske presvedčenie, že jednotlivec má právo nakladať zo svojim telom tak ako uzná za vhodné a štát či iná autorita teda nemá právo akokoľvek trestať užívanie drog.

Konzekvencialistické argumenty vychádzajú z utilitaristickej myšlienkovvej tradície Jeremyho Benthamu a Johna Stuarta Milla a ich podstatou je presvedčenie, že je treba posudzovať určité konanie či pravidlá na základe ich empiricky pozorovateľných dôsledkov. Tento typ argumentov sa v diskurze o drogovej politike vyskytuje najčastejšie.

V praxi však jednotlivci málokedy operujú čisto konzekvencialistickými či deontologickými argumentmi, väčšinou ide o zmiešaninu rozličných argumentov. Naopak, v politickom diskurze sa preferujú konzekvencialistické argumenty. Deontologické argumenty sú častejšie na úrovni jednotlivca, pretože väčšina ľudí sa v určitých prípadoch nezaobrá detailnými dôsledkami konania či pravidiel.

Politické myšlienkové tradície v drogovej politike

Drogová politika vychádza z troch myšlienkových tradícií: z liberalizmu, z právneho paternalizmu a z právneho moralizmu. (MacCoun, Reuter, 2001, s. 58–71) Liberalizmus možno ďalej rozdeliť na libertarianizmus a na liberalizmus vychádzajúci z tradícií J. S. Milla. Libertarianizmus používa primárne deontologické argumenty: každý má právo užívať drogy, žiadna autorita (ani štát) nemá zasahovať do práv človeka nakladať so svojim vlastným telom a osobnosťou ako uzná za vhodné. Naopak liberalizmus vychádzajúci z tradícií J. S. Milla používa predovšetkým konzekvencionalistické argumenty: štát môže trestným právom zasahovať iba vtedy, ak sa tým predchádza spôsobeniu ujmy inej osobe ako samotnému aktérovi a neexistuje žiadny iný rovnako efektívny prostriedok.

Právny paternalizmus operuje tiež predovšetkým konzekvencionalistickými argumentmi: prohibíciu treba presadzovať už vtedy, keď sa dá predísť ujme (fyzickej, psychologickej či ekonomickej) samotného aktéra. Pri tomto prístupe, podobne ako pri liberalizme vychádzajúcom z tradícií J. S. Milla, však treba zvažovať i to, či samotné presadzovanie prohibície neprináša ďalšie ujmy či už na individuálnej alebo celospoločenskej úrovni.

Právny moralizmus odkazuje na deontologické argumenty. Prohibícia je morálne oprávnená, pretože užívanie drog je vo svojej podstate nemorálne. V praxi je však právny moralizmus veľmi ťažko identifikovateľný, jeho prívrženci často operujú konzekvencionalistickými argumentmi. Dobrým príkladom môže byť vyjadrenie bývalého slovenského ministra vnútra Vladimíra Palka, ktorý na novinársku otázku: *„Keď človek mladší ako 18 rokov pije alkohol, nepácha trestný čin, a keď má jednu cigaretu marihuany, pácha. Nemala by sa táto nerovnosť podľa vás zmeniť?“* odpovedal: *„Je to dôsledok určitej kultúry, ktorá má tisícročnú tradíciu. Inak sa hodnotí požívanie alkoholu a inak užívanie drog.“* (Palko, 2004) Palko teda deontologicky tvrdil, že kriminalizácia marihuany je dôsledkom tisícročnej kultúry, no v pokračovaní rozhovoru však prohibíciu marihuany už obhajoval konzekvencionalistickými argumentmi – teóriou, ktorá tvrdí, že marihuana je vstupnou drogou pre užívanie ďalších, nebezpečnejších drog a teda dôsledky jej užívania sú škodlivé.⁴

Problém z ťažkou identifikovateľnosťou primárne deontologických postojov, ktoré presadzujú prohibíciu drog, riešia MacCoun s Reuterom návrhom testu, v ktorom majú respondenti posudzovať prohibíciu takej drogy, ktorá spôsobuje len minimálne či dokonca žiadne ujmy: *„Predstavte si novú syntetickú drogu „Rhapsodol“, ktorý spôsobuje intenzívnu zmenu vedomia, plnú intelektuálne a esteticky fascinujúcich obrazov, spôsobuje tiež pocit lásky k všetkým*

⁴ V súčasnosti viacerí autori v prípade marihuany odmieta tzv. „gateway theory“, za vstupnú drogu sú považované skôr tabak alkohol a najväčší význam sa pripisuje vplyvu subkultúrnych noriem. (Golub, Johnson, 2001; Golub, Johnson, Dunlap, 2005; Zimmerová, Morgan, 2003)

živým stvoreniam. Tieto pocity trvajú približne 30 minút, potom úplne zmiznú, nevytvárajú žiadne merateľné zmeny vo výzore, fyzickom či psychickom fungovaní. Účinok Rhapsodolu sa prejavuje iba pri úplnej fyzickej nehybnosti užívateľa, každý pohyb spôsobí návrat do normálneho stavu vedomia. Kvôli neurochemickým adaptačným procesom je ďalšia dávka účinná až po 24 hodinách. Je podľa vás užívanie tejto drogy nemorálne? Mala by sa zákonom zakázať?“ (MacCoun, Reuter, 2001, s. 66) Ak je odpoveď „áno“, tak respondent presadzuje prohibíciu drog z deontologických pozícií, pretože reálne škodlivé dôsledky sa pri takejto droge nedajú pozorovať.

Zhrnutie politicko-filozofických postojov k drogovej politike zaznamenáva Tabuľka č. 1, ktorá sumarizuje podmienky, pri ktorých jednotlivé hlavné filozoficko-politické postoje považujú prohibíciu drog za oprávnenú.

Tabuľka č. 1

Kritériá pre prohibíciu

	Celková redukcia ujmy iným	Celková redukcia ujmy užívateľom
Libertarianizmus	nie je relevantná	nie je relevantná
Právny moralizmus	nie je relevantná	nie je relevantná
Liberalizmus	nevyhnutná	nie je relevantná
Právny paternalizmus	dostačujúca ale nie nevyhnutná	dostačujúca

Zdroj: podľa MacCoun, Reuter (2001, s. 63).

Treba však upozorniť, že prezentované politicko-filozofické postoje k drogám sú ideálnymi typmi. V praxi sa vyskytujú politiky, ktoré sú rozličnou mierou zmiešané z viacerých politicko-filozofických postojov. Aj keď sa teda dá povedať, že veľká väčšina krajín má svoju drogovú politiku založenú na právno-paternalistickom princípe (užívanie drog sa teda reguluje, regulácia sa zdôvodňuje poukazom na negatívne dôsledky užívania drog či už pre jednotlivca alebo i spoločnosť), aj tak je v týchto politikách zvyčajne väčšia či menšia prímes liberalizmu a najmä moralizmu. Prevažne právno-moralistické zdôvodnenie prohibície drog je menej časté a používa sa predovšetkým v krajinách, ktoré majú svoj právny systém založený na náboženských dogmách.

Historické utváranie drogovej politiky

Drogová politika má i svoj historický rozmer: je záležitosťou posledných približne 150 rokov. Jej utváranie je najdôkladnejšie popísané a analyzované v USA a vo Veľkej Británii. Tieto dve krajiny predstavujú i dve rôzne východiská pri kreovaní a ďalšom vývoji drogovej politiky.

V USA sa v priebehu 19. storočia sformovalo prohibicionistické hnutie založené na hodnotách protestantského puritanizmu, ktoré pôvodne presadzovalo najmä prohibíciu alkoholu. Koncom 19. storočia sa však s rozvojom priemyslu a následného prisťahovalectva začali v USA častejšie objavovať i iné drogy. Prohibicionistické hnutie na túto situáciu zareagovalo a terčom jeho agendy sa stali i konzumenti drog. Pozornosť sa na užívanie drog koncentrovala i preto, lebo užívatelia boli často inej rasy či etnika (ópium bolo spájané s čínskymi prisťahovalcami, kokaín s černocho, marihuana s Mexičanmi). Prohibicionistické hnutie sa často profilovalo rasisticky a nebezpečenstvo užívania drog spájalo s pocitom ohrozenia z iných rasových a etnických skupín. (King County Bar Association, 2005; Davenport – Hines, 2004)

Prvé americké federálne zákony obmedzujúce šírenie drog boli prijaté už v druhej polovici 19. storočia, významnejšími legislatívnymi normami boli však až zákon o čistote potravín a drog („The Pure Food and Drug Act“ prijatý v roku 1906) a najmä „Harrison Narcotic Act“ (prijatý v roku 1914), ktorý v podstate nepriamou formou (povinným zdanením) zakázal dovoz, výrobu a obchod s kokaínom, ópium a ich derivátmi. Tento zákon sa stal základným nástrojom americkej drogovej prohibície počas takmer celého 20. storočia.

USA v oblasti drogovej politiky celosvetovo úspešne presadili svoj prohibicionistický model pomocou niekoľkých medzinárodných zmlúv.⁵ Prohibicionistický model sa snaží predovšetkým ovplyvňovať ponuku drog (produkciu, distribúciu a predaj) a oveľa menší dôraz kladie na oblasť dopytu po drogách (prevencia, liečenie a vzdelávanie). Pri takomto prístupe sa zdôrazňuje predovšetkým význam represívnych orgánov, presadzovania práva a trestania pre reguláciu drog. (Bullington, 2004)

Vo Veľkej Británii malo utváranie drogovej politiky predovšetkým súvislosť s profesionalizáciou a špecializáciou medicíny. Objavil sa tu tiež koncept verejného zdravia. Po zistení, že užívanie ópia môže pre spoločnosť znamenať problém, sa tento problém riešil tak, že distribúcia ópia (a ďalších drog) bola zverená do rúk profesionálom – lekárom a farmaceutom. Prijal sa predpoklad, že ponuku drog treba obmedziť zákonom. Neskôr, začiatkom 20. storočia bola drogová politika ovplyvnená i konceptom sociálneho štátu („welfare state“)

⁵ Najdôležitejšie z nich sú: Šanghajska ópiová konferencia (1909), Haagska ópiová konferencia (1912), Single Convention on Narcotic Drug (1961), Convention on Psychotropic Substances (1971), Convention Against Illicit Trafficking in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988).

a narastajúcimi štátnymi intervenciami. Jedným z cieľov takýchto intervencií boli i drogová závislosť, teda občania, ktorí nerešpektovali svoje spoločenské záväzky. Závislosť začala byť považovaná za chorobu, ktorá ovplyvňuje úsudok a správanie takýchto spoločensky neprispôsobivých občanov. Hlavná úloha v regulácii drog pripadla trestnému právu, vo Veľkej Británii však na rozdiel od USA dlhú dobu pretrvávalo privilegované postavenie lekárov ako tých, ktorí závislosť liečia, ale v niektorých prípadoch môžu byť zodpovední i za distribúciu drog ťažko závislým užívateľom. (Seddon, 2010)

Koncept verejného zdravia

Kriminalizačná stratégia prohibície drog je, zdá sa, na ústupe pretože v poslednom období sa čoraz viac presadzujú názory, že drogová politika by mala byť založená predovšetkým na koncepte verejného zdravia. Tento trend možno pozorovať už od konca 80. rokov 20. storočia a súvisí predovšetkým s šírením choroby AIDS injekčnými užívateľmi drog. Koncept verejného zdravia sa zameriava predovšetkým na uplatňovanie vedeckého poznania tak, aby sa dosiahlo zlepšenie zdravotnej situácie v spoločnosti. Ide predovšetkým o predĺženie priemerného veku ale i znižovanie chorobnosti a zvyšovanie kvality života. Koncept verejného zdravia pracuje s analýzami zdravotnej situácie v spoločnosti, v prípade problematiky drog predovšetkým s epidemiologickými dátami, ale i s dátami zo zdravotníckych organizácií. Koncept verejného zdravia sa teda zameriava predovšetkým na prevenciu a menej na akútnu liečbu a jeho objektom je celá spoločnosť (prípadne jej časť) a nie zdravotné problémy na úrovni jednotlivca. Politicky ho možno zaradiť pod právny paternalizmus či liberalizmus.

Príkladmi opatrení konceptu verejného zdravia v drogovej oblasti môžu byť i opatrenia z oblasti znižovania škôd („harm reduction“) ako rozdávanie kondómov pre drogovu závislosť či bezplatná výmena injekčných striekačiek. Kontroverznými opatreniami sú napríklad poskytovanie bezpečných miestností pre aplikáciu drogy či testovanie kvality drogy na tanečných parties. Tieto opatrenia sú v podstate prevenciou pred šírením rôznych chorôb (najmä AIDS či hepatitídy) a pred negatívnymi zdravotnými následkami užívania drog v populácii. Ich cieľom teda nie je liečenie jednotlivca, ale lepšie zdravotné podmienky v celej spoločnosti. Dôležitým prístupom konceptu verejného zdravia sú i rôzne preventívne kampane zamýšľané ako predchádzanie chorobám.

S konceptom verejného zdravia sa spája i dôraz na chápanie drogovej politiky verejnej politiky založenej na vedeckých dôkazoch. Súčasťou takejto politiky by malo byť nielen posúdenie súčasného stavu existujúcich opatrení drogovej politiky, ale i posudzovanie návrhov a odporúčaní profesionálov, identifikovanie najprimeranejších intervencií a sledovanie ich efektivity. Práve problém efektivity a rozličných spôsobov ako ju merať (ide najmä o rôzne cost-benefit analýzy) je hlavne v poslednom čase v drogovej politike významnou témou.

Koncept verejného dobra

Drogy sú však v spoločnosti spájané s mnohými problémami, ktoré presahujú koncept verejného zdravia. Drogy sú často spájané s kriminalitou, s korupciou, sociálnym vylúčením, zníženou kvalitou života, so zníženou produktivitou práce či dokonca so zhoršením medzinárodných vzťahov. Nie všetky problémy spojené s užívaním drog sa dajú zachytiť v zdravotníckych štatistikách. Ak má mať drogová politika ambície ovplyvňovať i všetky tieto oblasti nesúvisiace so zdravotnou dimenziou, bolo by vhodnejšie tematizovať ju v kontexte verejného dobra. Drogová politika ako verejné dobro musí ísť za problematiku verejného zdravia, musí byť koncipovaná širšie. (Babor, et al., 2010)

Koncept verejného dobra (public good) má svoje korene v ekonómii. Jeho ekonomická definícia hovorí o tom, že ide o nedeliteľný (nikoho nevylučuje, nedá sa k nemu zamedziť prístup) a nerivalitný (nezmenšuje sa spotrebou ďalších) verejný statok. Typickými príkladmi verejného dobra sú verejné osvetlenie, environmentálne statky (napr. ochrana ovzdušia) či presadzovanie práva. Z využívania verejného osvetlenia nemožno nikoho vylúčiť, slúži pre všetkých a zároveň sa jeho hodnota pre verejnosť nezmenšuje jeho využívaním jednotlivcami.

Hlavným producentom verejného dobra je vláda. Pri súkromnom statku sa môžu jednotlivci rozhodovať v akom rozsahu ho chcú konzumovať a trh pomocou ponuky a dopytu utvorí jeho cenu. Pri verejnom dobre je na rozhodnutí vlády, koľko je ochotná zaplatiť za jeho produkciu, ktorá slúži všetkým.

V spoločenských vedách sa na rozdiel od ekonómie, často používa širšie chápanie pojmu verejné dobro. Menej prísne sa uplatňujú definičné kritériá a verejné dobro sa často stotožňuje i s verejným záujmom či so statkami, ktoré vláda poskytuje verejnosti. Nie je našou úlohou pátrať v tomto texte po najadekvátnejšej definícii verejného dobra, dôležitou poznámkou však je, že verejné dobro sa nemusí vždy označovať normatívnou definíciou, ale môže sa skúmať i empiricky: ako projekt, ktorý sa vo verejnosti neustále diskurzívne utvára a premieňa. Tak napríklad jeden z takýchto výskumov na prípadových štúdiách z USA a Francúzska ukazuje, že zatiaľ čo v USA bol pojem verejné dobro konštruovaný nielen ako univerzalistický princíp zdieľaného dobra, ale i na väčšinovom princípe – verejné dobro je to, čo za verejné dobro uzná väčšina občanov, vo Francúzsku je tento pojem utváraný predovšetkým na substanciálnych predpokladoch všeobecného dobra. (Moody, Thévenot, 2000)

Dôležitou otázkou ostáva, v akom rozsahu môže zdôvodňovanie verejným dobrom ospravedlniť zásahy do individuálnych slobôd. Niektorí autori zdôrazňujú, že predovšetkým v oblasti verejného zdravia sa verejné dobro nedá zredukovať na nahromadenie individuálnych statkov, nedá sa spätne rozložiť na individuálne statky. Príkladom môže byť očkovanie: ak je v krajine rozbehnutý očkovací program, jednotlivec sa nemôže rozhodnúť nezúčastniť sa ho a napriek tomu čerpať z jeho benefitov. (Dawson, Verweij, 2007)

Ďalším príkladom je analýza protifajčiarskej politiky, ktorá dokazuje, že odrádzanie od fajčenia je nielen paternalistickou politikou štátu, ktorý sa snaží chrániť zdravie mnohých jednotlivcov. Keďže fajčenie je podmienené i spoločenským prostredím (začať fajčiť je pravdepodobnejšie vo fajčiarskom prostredí a skončiť s fajčením je jednoduchšie v protifajčiarskom prostredí), ochrana a zlepšovanie spoločenského prostredia je vecou verejného dobra. Fajčenie je teda významným rizikovým faktorom pre iniciáciu zdraviu škodlivého správania i pre ostatných a protifajčiarska politika je verejným dobrom, ktoré mení tento spoločenský kontext. (Verweij, 2007)

Pri chápaní drogovej politiky ako verejného dobra však vyvstávajú minimálne dve oblasti možných problémov. Prvou je problematika nezamýšľaných dôsledkov a druhou problematika výskumu efektivity a v nej predovšetkým kvantifikácia výsledkov drogovej politiky.

Problém nezamýšľaných dôsledkov drogovej politiky

Drogová politika a predovšetkým s ňou spájané presadzovanie práva je významným zdrojom nezamýšľaných dôsledkov. Tak napríklad prohibícia, ktorá trestá každé prechovávanie drogy, často postihuje i rekreačných užívateľov drogy, ktorí nemajú úmysel šíriť drogu ďalej (nejde o dílerov) a nepotrebujú ani zdravotnú intervenciu (nie sú závislí). Trestanie takýchto užívateľov drog často sťažuje ich spoločenské uplatnenie, spôsobuje ich stigmatizáciu a spoločenské vylúčenie čo v konečnom dôsledku negatívne ovplyvňuje celú spoločnosť. Pri sankcionovaní sa navyše dostatočne neberie do úvahy spoločenská nebezpečnosť jednotlivých skutkových podstat – napríklad na Slovensku podľa súčasného zákona treba páchatel'a, ktorý pre seba vyrobí bez úmyslu ďalej distribuovať minimálne množstvo drogy potrestať odňatím slobody na 3 – 10 rokov, pri väčších množstvách až na 15 – 20 – 25 rokov či doživotie.

V subkultúre užívateľov marihuany je v poslednom období pomerne časté jej pestovanie v hydropónnych podmienkach v bytových priestoroch, kde vypestovaním niekoľkých rastlín možno získať množstvo na pokrytie celoročnej spotreby producenta. S takýmto páchatel'om, ktorý je producentom a zároveň i konzumentom drogy bez úmyslu šíriť ju ďalej, sa podľa slovenského trestného zákona jedná rovnako ako s priekupníkom či pašerákom drog a v istých prípadoch musí byť odsúdený na mnohoročné odňatie slobody (podľa trestného zákona 10 – 15 rokov, trest sa môže mimoriadne znížiť na minimálne 5 rokov).⁶ (Čentéš a kol., 2006)

⁶ Takéto trestanie napríklad platí, ak páchatel' prechováva drogu vo „väčšom rozsahu“, t.j. v hodnote väčšej ako 2660 Euro (pri dennej konzumácii gramu marihuany a jej ceny na čiernom trhu cca 8 Euro za gram, má ročná spotreba užívateľa hodnotu 2 920 Euro), alebo ak bol páchatel' za takýto trestný čin už predtým odsúdený. Na rozdiel od tohto neracionálne represívneho slovenského prístupu sa napríklad v Holandsku,

Zákonné rozdelenie na užívateľov drog a na druhej strane na producentov a obchodníkov tak, ako je definované v slovenskom trestnom zákone, je nepresné, zmätočné a z hľadiska trestov nespravodlivé a zbytočne prísne, a to najmä pre užívateľov drog. Navyše zámer zákonodarcu striktne oddeliť užívateľov od výrobcov a distribútorov je najmä v prípade nebezpečnejších drog (heroín, pervitín) iluzórne, pretože užívatelia sa veľmi často v priebehu svojej drogovej kariéry stávajú i malodílermi.⁷

Užívateľa drog zákon zasa usmerňuje kupovať maximálne tri obvyklé jednorazové dávky a nepredzásobovať sa. To môže mať nepriaznivé nezamýšľané dôsledky pre užívateľov menej nebezpečných drog a lacnejších drog (najmä marihuana, ale čiastočne i extáza)⁸, ktorí sú vystavení častejším stykom s dílerom a ten im môže ponúkať i nebezpečnejšie (a drahšie) drogy.⁹

Ďalším príkladom môže byť nerozdeľovanie drog podľa miery ich nebezpečnosti v trestnom zákone. Tu môže byť logickým dôsledkom skutočnosť, že organizovaní distribútori drog sa budú orientovať na drahšie drogy (heroín, kokaín), ktoré im môžu priniesť vyšší zisk a navyše sú (hlavne v prípade heroínu) návykovejšie, takže generujú stabilnejší dopyt. Takéto zmiešavanie trhu s nelegálnymi drogami obvykle produkuje vyšší počet užívateľov týchto nebezpečnejších drog. Túto skutočnosť potvrdzujú dáta z USA, kde bolo v 70. rokoch v dvanástich štátoch depenalizované prechovávanie marihuany. Podľa údajov z pohotovostných oddelení nemocníc sa signifikantne znížil počet ošetrovaných v súvislosti s konzumáciou iných drog a stúpol počet ošetrovaných v súvislosti s konzumáciou marihuany. Autorka túto skutočnosť vysvetľuje substitúciou a preferovaním menej kriminalizovanej marihuany. (Modell, 1993)

V skratke možno spomenúť i ďalšie možné nezamýšľané dôsledky prohibície drog. Ide predovšetkým o rast organizovaného zločinu či dokonca v niektorých krajinách i nastolenie zločineckých režimov, zvýšené náklady na políciu, prokuratúru a justíciu, ale tiež nemožnosť zaviesť niektoré opatrenia harm reduction (napr. kontrola kvality drog pre užívateľa či vytvorenie bezpečných miestností pre aplikáciu drog) a teda obmedzené možnosti znižovania negatívnych javov spojených s užívaním drog.

Českej republike či v Španielsku pestovanie marihuany pre vlastnú potrebu v trestnom práve netrešťa. (Pozri napr. Boekhout van Solinge, 1999; Gamella, Rodrigo, 2004)

⁷ Pozri napr. Tunnell, 1993; Zábranský, Mravčík, Gajdošíková, Miovský, 2001.

⁸ Pozri zaradenie drog podľa ich nebezpečnosti v právnom systéme Veľkej Británie (Shiner, 2006) alebo pokus o vytvorenie miery nebezpečnosti jednotlivých drog odborníkmi. (Nutt, King, Saulsbury, Blakemore, 2007)

⁹ Na skutočnosť, že ak sa miera trestania za prechovávanie pre vlastnú potrebu zvyšuje s množstvom drogy reagujú užívatelia marihuany popisovaným spôsobom, upozorňujú českí autori (Zábranský, Mravčík, Gajdošíková, Miovský, 2001), ktorí dodávajú, že to znamená i posilnenie pozície dílera na trhu a elimináciu neobchodnej distribúcie marihuany v malých skupinkách priateľov.

Na druhej strane však i nerepresívne opatrenia drogovej politiky môžu produkovať niektoré nezamýšľané dôsledky. Niektoré harm reduction opatrenia (napríklad testovanie kvality drogy) môžu prinajmenšom na individuálnej úrovni prispievať k zvýšeniu užívania drog. Nezvládnuté preventívne kampane môžu namiesto odrádzania od drog naopak iniciovať ich užívanie. Nesprávne indikovaná povinná (nútená) liečba produkuje podobne ako trestné stíhanie stigmatizáciu a sociálne vylúčenie.

Efektivita drogovej politiky a jej opatrení

Drogová politika vnímaná ako verejné dobro by mala byť jednoznačne založená na vedeckých dôkazoch. Mala by posudzovať efektivitu jednotlivých opatrení nielen z hľadiska vynaložených nákladov a merateľných ziskov ale do tohto výpočtu by mal byť zaradený i vplyv jej nezamýšľaných dôsledkov.

Základným nástrojom evalvácie drogovej politiky v podmienkach EÚ je hodnotenie úspešnosti národných protidrogových stratégií. Hodnotenie je označované za „...kľúčový prvok novo schválených národných protidrogových stratégií“. (EMCDDA, 2006, s. 18) Hodnotenie úspešnosti drogových politík sa však stretáva s viacerými problémami. Častým problémom je napríklad to, že v národných protidrogových stratégiách nie sú dostatočne definované a kvantifikované ciele ktoré sa majú dosiahnuť a miesto toho sa používajú všeobecné a nič nehovoriace formulácie. Z tohto hľadiska je hodnotenie takýchto stratégií veľmi obtiažne.

Ďalším problémom je, že pri akomkoľvek hodnotení úspešnosti drogovej politiky sa len ťažko dajú odfiltrovať ďalšie faktory, ktoré vplyvajú na drogovú situáciu (vývoj v subkultúrach, vývoj na trhu nelegálnych drog a pod.). O význame subkultúr pre vývoj užívania drog píšeme v osobitnej kapitole, takže na tomto mieste upozorníme na ďalší faktor, ktorý drogová politika dokáže ovplyvniť iba v minimálnej miere. Tak napríklad dostupnosť opiátov závisí predovšetkým od vývoja v Afganistane, ktorý suverénne najväčším celosvetovým producentom ópia. Keď v roku 2001 Taliban z náboženských dôvodov presadil v Afganistane zákaz výroby ópia, tak sa celosvetová produkcia v tomto roku znížila o viac ako tretinu.

Okrem hodnotení úspešnosti národných stratégií ako celkov sa dajú hodnotiť aj jednotlivé čiastkové opatrenia drogových politík. Tu sa v niektorých prípadoch dá takáto analýza i kvantifikovať pomocou výpočtu nákladov daného opatrenia a ziskov, ktoré z neho vyplývajú (cost-benefit analýza). Radimecký (2007, s. 13) na základe štúdií rozličných autorov uvádza, že najčastejšie sa evalvujú liečba a opatrenia zamerané na znižovanie škôd (harm reduction), o niečo menej preventívne opatrenia a najmenej často presadzovanie zákona – čo je paradox, pretože práve presadzovanie zákona je najdrahším nástrojom drogovej politiky.

Georges Estievenart (2000) popisuje štyri hlavné príčiny, ktoré obmedzujú väčšiu početnosť evalvačných výskumov. Je to predovšetkým už spomínaný problém pri evalvácii zle a nekonkrétne zadefinovaných cieľov politiky, tiež možný strach zainteresovaných ľudí, ktorý sa boja zlých výsledkov evalvácie. Ďalšími príčinami sú nedostatok znalostí potrebných pre evalvačný výskum a nedostatok finančných a ľudských zdrojov na takýto typ výskumu. Problém evalvácie opatrení drogovej politiky sa potom často obchádza tak, že sa síce podrobne opíšu vykonané opatrenia, ale vôbec sa neberú do úvahy ich dôsledky, ktoré by mali byť kľúčovým faktorom hodnotenia úspešnosti.

Problémom tiež môže byť, že veľa dôsledkov spojených s užívaním drog a s opatreniami drogovej politiky, sa nedajú redukovať do oblasti verejného zdravia, ale ide spoločenské dôsledky, ktoré sa veľmi ťažko oceňujú či inak kvantifikujú (napríklad bezpečnosť či rodinné vzťahy). Ako napríklad kvantifikovať utrpenie detí v rodine drogového závislého rodiča? Alebo ako kvantifikovať individuálne či spoločenské škody, ktoré sú spôsobené odsúdením, či dokonca uväznením dovtedy plne spoločensky integrovaného príležitostného fajčiara marihuany? Veľmi ťažko by sa napríklad oceňovala tiež hodnota stratenej spoločenskej súdržnosti v spoločnosti s významnými drogovými problémami.

Prehľad možných kvantifikácií niektorých negatívnych javov spojených s drogami uvádzajú Caulkins a Pacula (2008). Tak napríklad vyčíslenie hodnoty zločinov proti majetku či násilných zločinov je možné pomocou priemernej veľkosti sumy, ktorú sú ľudia ochotní zaplatiť za bezpečnosť, za prevenciu proti krádeži (alarm, súkromná bezpečnostná služba a pod.). Pri stanovení hodnoty predčasnej smrti sú možné dva možné prístupy: buď sa vypočíta strata budúcich možných zárobkov, alebo podobne ako v predchádzajúcom prípade, sa vypočíta štatistická hodnota života na základe dobrovoľnej ochoty zaplatiť za redukovanie rizika úmrtia (airbag v aute, nadštandardná zdravotná starostlivosť a pod.). Ako je z týchto príkladov zrejmé, kvantifikácia je v oblasti spoločenských dôsledkov spojených s užívaním drog veľmi problematická a niektoré spoločenské dôsledky sa ekonometrickými postupmi kvantifikovať vôbec nedajú.

Iným príkladom ako oceňovať škody spojené s užívaním drog sú dve štúdie o škodlivosti jednotlivých drog, ktoré uskutočnil tím pod vedením Davida Nutta. (Nutt, King, Saulsbury, Blakemore, 2007; Nutt, King, Phillips, 2010) V druhej zo spomínaných štúdií škodlivosť jednotlivých drog hodnotili experti vo viacerých kritériách. Následne experti priradili ku kritériám váhy a vypočítal sa na základe ich hodnotenia priemer pre každú drogu. Pre ilustráciu môžeme uviesť i kritériá, v ktorých experti hodnotili škodlivosť drog. Pri škodách na úrovni užívateľa to boli: drogová špecifická mortalita, mortalita spojená s drogou, drogová špecifická poškodenia, poškodenia spojené s drogou, závislosť, drogová špecifická poškodenia mentálnych funkcií, poškodenia mentálnych funkcií spojené s drogou, zranenia, strata hmotného majetku a spoločenského postavenia (možnosti vzdelávania, uväznenie a pod.) a strata spoločenských

vzťahov. Hodnotili sa tiež škody na úrovni spoločnosti: kriminalita, environmentálne škody, škody na rodine, medzinárodné škody, ekonomické náklady a škody na komunite (pokles sociálnej súdržnosti, pokles reputácie komunity). V takomto rebríčku potom ako droga, ktorá spôsobuje vo Veľkej Británii najviac škôd, skončil na prvom mieste alkohol nasledovaný heroínom a crackom.

K skeptickým hlasom, ktoré tvrdia, že opatrenia drogovej politiky nie sú efektívne a vývoj v oblasti užívania drog je ovplyvnený inými faktormi patrí napríklad Karl-Heinz Reuband (1998), ktorý na základe metaanalýz rôznych štúdií a komparácie rôznych politík a drogových situácií tvrdí, že medzi drogovou politikou a dopytom po drogách neexistuje priamy vzťah, významnejší je vplyv socioekonomických podmienok a postoja populácie k drogám. Obmedzený vplyv vládnych politík na užívanie drog konštatujú na základe metaanalýzy rozličných štúdií i Peter Reuter a Alex Stevens, politické opatrenia však môžu mať signifikantný vplyv na oblasť znižovania rizík a škôd súvisiacich s užívaním drog. (Reuter, Stevens, 2007) Podobne argumentuje i Josef Radimecký (2008), podľa ktorého represia ani prevencia nie sú dostatočne efektívne. Z tejto skutočnosti vyvodzuje záver, že drogová politika sa síce má snažiť o komplementaritu všetkých svojich opatrení a stratégií, ale predovšetkým sa má zamerať na znižovanie rizík a škôd súvisiacich s užívaním drog.

Názory o neefektívnosti represie potvrdzujú i analýzy zamerané na dôsledky dekriminalizácie¹⁰ marihuany v Holandsku¹¹ alebo na porovnanie vývoja užívania marihuany v Holandsku¹² či v depenalizovaných podmienkach ďalších krajín¹³ a prohibície v iných krajinách. Ukazuje sa, že dekriminalizácia v Holandsku či depenalizácia v iných krajinách nemala na užívanie marihuany takmer žiadny vplyv, naopak, zlepšili sa predovšetkým parametre týkajúce sa verejného zdravia (počet závislých na drogách, úmrtnosť spojená s drogami, podiel drogovo závislých nakazených vírusom AIDS).¹⁴

Viacerí autori predpokladajú, že dekriminalizácia drog, či dokonca ich legalizácia by pravdepodobne síce spôsobili na jednej strane zvýšenie počtu ľudí užívajúcich drogy a tiež zvýšenie celkového množstva užívaných drog (v prípade úplnej legalizácie, dekriminalizácia či depenalizácia má pravdepodobne na mieru užívania iba obmedzený efekt), ale na druhej strane by sa znížili negatívne

¹⁰ Holandský model ako de facto legalizačný nazývajú MacCoun a Reuter. (MacCoun, Reuter, 2001; bližšie o tomto modele pozri tiež napr.: Uitermark, 2004; Van Dijk, 1998; DeKort, Cramer, 1999; Boekhout van Solinge, 1999.)

¹¹ Van Dijk, 1998

¹² MacCoun, Reuter, 1997; Reuband, 1998; Reinerman, Cohen, Kaal, 2004.

¹³ Maag, 2003.

¹⁴ (Van Dijk, 1998) Pre úplnosť treba dodať, že podľa tejto cost-benefit analýzy sú zasa nevýhodou holandského modelu dekriminalizácie marihuany nárast organizovaného zločinu, nárast rušenia verejného poriadku, zhoršenie medzinárodných vzťahov a väčšie náklady na zdravotníctvo.

dôsledky užívania drog na spoločnosť (kriminalita, oblasť verejného zdravia a pod.).¹⁵

Jednoznačným problémom represívnych opatrení sú teda ich vysoké náklady, nízka efektivita a celý rad nezamýšľaných dôsledkov, ktoré paradoxne na celospoločenskej úrovni pravdepodobne zhoršujú negatívne dôsledky spojené s užívaním drog a navyše sú často označované ako priame dôsledky užívania drog.

Problémom prevencie sú tiež jej vysoké náklady pri obmedzených výsledkoch. Prevencia má často len krátkodobé účinky a často je problém nasmerovať ju na vhodné publikum.¹⁶ Pri prevencii je pravdepodobne rozhodujúcim faktorom jej úspešnosti obsah, zameranie a kvalita.¹⁷ Ukazuje sa, že efektívnejšie pôsobia také kampane, ktoré sa neusilujú o úplnú abstinenciu, ale sú zamerané skôr na znižovanie rizika pri rozličných spôsoboch užívania rozličných drog.¹⁸ Zdá sa, že kampane dokážu ovplyvniť informovanosť respondentov ale nie ich postoje či správanie.¹⁹

Liečba môže byť na individuálnej úrovni úspešná. Americkí autori Peter Reuter a Harold Pollack (2006) však argumentujú, že neexistujú dôkazy, že aj relatívne dobre financované systémy liečby by významnejšie dokázali zredukovať počet problematických užívateľov drog na národnej úrovni.²⁰

Na druhej strane opatrenia typu „harm reduction“ sa všeobecne hodnotia ako efektívne a úspešné.²¹ Zdá sa, že tieto opatrenia sú v súčasnosti v Európe stále preferovanejšie a kriminalizácia (najmä v prípade marihuany) je tu na ústupe.²² Vysvetlenie ich úspešnosti je azda v tom, že na rozdiel od represívnych či preventívnych opatrení, vznikali na čisto pragmatických princípoch že bez moralizovania či ideologizácie riešených problémov. Ich väčšia popularitu a akceptovanosť širokou verejnosťou súvisí s nástupom epidémie AIDS v druhej polovici 80. rokov. Ukázalo sa, že distribúcia sterilných injekčných striekačiek

¹⁵ Miron, Zweibel, 1995; MacCoun, Reuter, 2001; pozri tiež analýzu dôsledkov dekriminalizácie užívania drog v Portugalsku. (Hughes, Stevens, 2007)

¹⁶ MacCoun, Reuter, 2001.

¹⁷ Pozri metaanalýzy úspešnosti preventívnych programov, napr.: Paglia, Room (1998); Soole, Mazerolle, Rombouts (2005); Cuijpers (2002).

¹⁸ Nástup takejto prevencie, ktorá sa približuje k opatreniam harm.reduction konštatuje viacero autorov (Radimecký, 2008, Reuter, Pollack, 2006) o neúspešnosti preventívnych kampaní zameraných na nulovú toleranciu pozri prehľad literatúry – (Zimmerová, Morgan, 2003, s. 136).

¹⁹ Pozri: Reuter, Pollack (2006), MacCoun, Reuter (2001).

²⁰ O limitoch úspešnosti liečby na ukazovatele na národnej úrovni pozri aj Radimecký (2008).

²¹ Pre prehľad úspešnosti jednotlivých harm reduction opatrení pozri napr. Hunt (2003), pozri tiež napr. Emmanuelli, J., Desenclos, J.-C. (2005), Ribeaud, D. (2004).

²² Pozri napr. Böllinger, L. (2004), Bullington, B., Böllinger, L., Shelley, T. (2004), Shiner, M. (2006), EMCDDA (2005).

v populácii drogovovo závislých je účinným preventívnym nástrojom ochrany verejného zdravia.²³ Práve táto skúsenosť vyprovokovala v európskych drogových politikách príklon smerom k harm reduction opatreniam a zároveň posun od moralistických k pragmatickejšími a normalizačným princípom.

Bolo by však asi chybou mechanicky proti sebe stavať všetky opatrenia na presadzovanie práva a opatrenia harm reduction. Tieto dve stratégie sa za istých podmienok môžu pri regulovaní drog dopĺňať. Ide hlavne o to, aby sa pri presadzovaní práva odstránili negatívne efekty stigmatizácie či následného sociálneho vylúčenia a zachoval sa aspoň čiastočne jeho odstrašujúci efekt. Týmto požiadavkám vyhovuje dekriminalizácia prechovávania drog pre vlastnú potrebu, ktorá môže byť spojená s konceptom tzv. restoratívnej (obnovujúcej) spravodlivosti, ktorá sa zameriava nie na potrestanie páchatela, ale na odstránenie škodlivých následkov činu. (Lubelcová, 2005) V prípade drogových trestných činov je použitie restoratívnej spravodlivosti o niečo zložitejšie, pretože samotné prechovávanie a užívanie drog sa niekedy (i keď diskutabilne) označuje ako zločin bez obete. Takéto označenie však nie je úplne obhájiteľné, pretože i súkromné užívanie drog môže implikovať množstvo negatívnych externalít, ktoré sa týkajú i zdanlivo nezainteresovaných osôb. (MacCoun, Reuter, 2001) Problém je však v tom, že väčšina takýchto škôd a negatívnych následkov sa deje len v pravdepodobnostnom rámci (napr. zvýšené náklady na verejný zdravotný systém, zvýšené náklady na verejný sociálny systém, znížený pracovný výkon, nedostatočná výchova detí, negatívny vplyv na ďalších užívateľov, zisk pre zločinecké organizácie, dopravné nehody a pod.). Takéto škody konkrétny užívateľ môže ale nemusí spôsobiť. Michael Shiner (2006) navrhuje (ak nie je pri drogovom trestnom čine zjavná obeť) zamerať sa v rámci restoratívneho procesu na škody, ktoré užívateľ spôsobil svojej rodine, blízkym či komunite. Restoratívna spravodlivosť sa tu môže naložovať rokovaním členov rodiny či komunity a odškodnením zo strany páchatela.

V ideálnom prípade by mala drogová politika, ktorá je založená na princípoch verejného dobra vychádzať z vedeckých dôkazov, ktoré sledujú pozitívne ale i negatívne efekty jej jednotlivých opatrení. Okrem ekonometrických výskumov zameraných na ekonomickú kvantifikáciu a porovnanie výhodnosti výsledkov opatrení drogovej politiky sa zdá byť efektívnym prístupom v tejto oblasti i expertný odhad. V konečnom dôsledku je však rozhodovanie o opatreniach drogovej politiky stále v rukách politikov, ktorí môžu ale často i nerešpektujú názory expertov. Zvažovanie kladov a záporov jednotlivých opatrení je predsa len politickou a zároveň demokratickou záležitosťou pri ktorej sú rozhodujúce i názory verejnej mienky, prevládajúce spoločenské hodnoty, tradície či dokonca skryté záujmy rozličných aktérov.

²³ Pozri metaanalýzu efektívnosti programov distribúcie sterilných striekačiek a ihliel. (Wodak, Cooney, 2005)

Prohibícia ako úspešný politický projekt

Analýza slovenskej drogovej politiky (Fedačko, R., 2008a) ukazuje rozpor medzi deklaratívne vyrovnanom prístupe a v praxi preferovanou represiou na úkor predovšetkým harm reduction opatrení. Z celkových výdavkov na drogovú problematiku vo výške takmer 794 miliónov korún bolo na opatrenia harm reduction vyčlenených iba takmer 7 miliónov ale na represiu viac ako 502 miliónov. (Kiššová, Kastelová, (eds.), 2006, s. 88) Slovensko má poddimenzovanú sieť nízkoprahových centier poskytujúcich služby typu harm reduction a navyše malo v roku 2007 z jedenástich analyzovaných krajín najmenší podiel počtu klientov substitučnej udržiavacej liečby závislosti od opiátov (na Slovensku predovšetkým metadónová liečba) a odhadovaného počtu problémových užívateľov (menej ako 10 %).²⁴ (EMCDDA, 2007)

Michael Shiner (Shiner, 2006, s. 71) upozornil na paradox, že prohibícia zlyhala ako stratégia regulácie drog, ale je pozoruhodne úspešná ako politický projekt. Tento postreh by sa dal úspešne aplikovať i na slovenské pomery. Na Slovensku sa však doteraz nevykonala žiadna evalvácia úspešnosti stratégií či opatrení drogovej politiky, takže hovoriť o zlyhaní je možno trochu priodvážne. Ak sa však pozrieme na vývoj v oblasti drogovej legislatívy a porovnáme ho s vývojom drogovej situácie, je zrejmé, že práve po zavedení trestnosti za prechovávanie drog pre osobnú potrebu (1994), teda po sprísnení prohibície začal na Slovensku významne narastať počet užívateľov drog. Ak bolo teda toto opatrenie namierené na zníženie dostupnosti drog, dá sa pochybovať o jeho úspešnosti a to i kvôli tomu, že ceny drog sú na Slovensku stabilné a ich vnímaná dostupnosť od roku 1996 podľa prieskumov narastala. Častým argumentom pre kriminalizáciu drog je jej odstrašujúci účinok. Takýto predpoklad však spochybňujú nielen už spomínané údaje o narastajúcich počtoch užívateľov drog a vnímanej dostupnosti drog v období sprísňujúcej sa prohibície, ale napríklad i postupne a plynulo narastajúca spoločenská akceptácia užívania marihuany.²⁵

²⁴ „Teraz existuje solídna dôkazová základňa pre hodnotu substitučných programov, ktoré používajú drogy ako sú metadón alebo buprenorfín. Štúdie ukázali, že substitučná terapia súvisí s klesajúcim užívaním nezákonných drog, zníženými mierami injekčného užívania a redukciou správania súvisiacich s vysokým rizikom šírenia HIV alebo iných infekčných chorôb, napríklad spoločné používanie pomôcok a zlepšenia v sociálnom fungovaní aj celkovom zdraví. Výskum tiež naznačil, že úroveň zločineckej činnosti sa môžu znížiť a že dostatočné poskytovanie substitučnej liečby môže mať vplyv na počet úmrtí súvisiacich s drogami.“ (EMCDDA, 2006, s. 72) Odmietanie metadonovej substitučnej liečby môže byť významným indikátorom moralizujúceho politicko-filozofického postoja k drogám, kde sa takáto liečba interpretuje ako zlyhanie v základnom ciele – odstrániť akékoľvek užívanie akýchkoľvek drog.

²⁵ Podľa Európskeho výskumu hodnôt (European Values Study – EVS) na otázku: Do akej miery možno ospravedlniť fajčenie marihuany/hašišu?“ odpovedalo „nikdy“ alebo „takmer nikdy“ (body 1 – 3 na 10 stupňovej škále) v roku 1991 84,7 % respondentov, v roku 1999 74 % a v roku 2008 64 % respondentov. (Sociologický ústav SAV, 2008)

Zdá sa teda, že represívne opatrenia na znižovanie ponuky drog, i keď sa za posledných 15 rokov neustále sprísňujú a deklaratívne sú namierené najmä proti obchodníkom s drogami, nefungujú.

Drogová prohibícia je na Slovensku nepochybne úspešný politický projekt. Od vzniku Slovenskej republiky v roku 1993 sa tu nesformoval významnejší opozičný hlas (či už z prostredia politiky, odbornej verejnosti či občianskej spoločnosti), ktorý by presadzoval alternatívu k uskutočňovanej drogovej politike. Istou výnimkou je tu liberálna strana Sloboda Solidarita (SaS), ktorá sa však svojho zámeru dekriminalizovať prechovávanie marihuany vzdala ihneď po vstupe do pravicovej vlády v roku 2012.

Chýba tiež rigorózne hodnotenie drogovej politiky odborníkmi. Slovenská verejnosť stále preferuje predovšetkým represívne opatrenia drogovej politiky. V prieskume Ústavu pre výskum verejnej mienky z roku 2006 (ÚVVM pri ŠÚ SR, 2006) „narkomanov“ považovalo za kriminálne živly až 36,6 % respondentov. V aktuálnom prieskume NMCD z roku 2015 považuje drogovo závislých ľudí za osoby porušujúce zákon 11,8 % a za chorých ľudí, ktorí porušujú zákon 35,2 % respondentov. V spoločnosti nie je výraznejšie spochybňovaná prohibícia drog. Slovenská verejnosť v svojich názoroch na užívateľov drog, drogovo závislých a drogovú politiku zastáva predovšetkým moralizátorské postoje. Pretrváva vysoká miera odsudzovania, stigmatizácie a sociálneho odstupu voči užívateľom drog a najmä drogovo závislým. (Džambazovič, 2008) Na druhej strane však, ak sa pozrieme na trendy vývoja, tak je zrejmé, že podľa citovaných prieskumov podpora represie postupne klesá a naopak narastá podpora opatrení harm reduction. Takýto vývoj korešponduje i so situáciou v Európskej únii čo indikuje narastajúci pragmatizmus a menej moralizovania.²⁶

V roku 1991, keď bolo dekriminalizované prechovávanie drog pre vlastnú potrebu, teda spoločnosť posudzovala užívanie marihuany výrazne prísnejšie ako v neskoršom období prísnejšej prohibície.

²⁶ Nemecký autor Lorenz Böllinger (Böllinger, 2004, s. 497–498) tvrdí, že súčasný vývoj k harm reduction a k akceptačnému modelu drogovej politiky je zapríčinený niekoľkými súbežnými aspektmi sociálnej zmeny: Verejná administratíva, legislatíva a súdny systém zavádzajú monitorovanie a evaluáciu dôsledkov svojho pôsobenia založenú na dôkazoch a faktoch, verejná politika sa ekonomizuje, sú populárne cost-benefit analýzy. Narastá akceptácia vedeckých zistení v drogovej oblasti, vo vede sa prestáva rozdeľovať medzi základným a aplikovaným výskumom, je zrejmy nárast interdisciplinarity, v prípade drogových výskumov prepojenie medzi prírodnými a humanitnými vedami. Ďalšou príčinou je nárast autonómie nemeckej vnútornej i vonkajšej politiky a odpor voči dominancii USA v celosvetovom presadzovaní svojej protidrogovej politiky. Kultúrna globalizácia zároveň zo sebou prináša i opúšťanie tradičného modelu kultúrne integrovaných a neintegrovaných drog. Užívanie drog je v rozličných kultúrach rozlične povolené a tieto rozličné vzory sa v súčasnosti exportujú a generalizujú.

Komparácia drogových politik

Zdá sa, že v súčasnosti prechádzajú drogové politiky jednotlivých krajín búrlivým vývojom. Drogové politiky však v jednotlivých krajinách nikdy neboli rovnaké, ba dokonca dosť často ani nereagovali na podobný vývoj v drogovej situácii podobným spôsobom.

Tak napríklad mohutnejší nástup subkultúr obhajujúcich užívanie drog na konci 60. a začiatku 70. rokov vyvolal protichodné reakcie vo Veľkej Británii, kde sa výrazne obmedzilo lekárske predpisovanie heroínu závislým a miesto medikalizačných princípov prístupov harm reduction (znižovanie potenciálnych škôd) sa začal klásť dôraz na kriminalizáciu (Davenport-Hines, 2004) a naopak v Holandsku sa práve i pod vplyvom týchto subkultúr presadila dekriminalizácia marihuany a harm reduction prístup k užívateľom drog (Uitermark, 2004, Van Dijk, 1998).

Rozdielny prístup k regulácii drog je napriek mnohým medzinárodným konvenciám a dohodám, ktoré v tejto oblasti platia ešte stále skutočnosťou a to i napriek takmer storočnej snahe USA celosvetovo presadiť svoj kriminalizačný model drogovej politiky. Naopak, práve v poslednom čase sa zdá, že kriminalizácia je na ústupe aj v USA a v prípade opiátov sa skôr presadzujú opatrenia na znižovanie škôd, v prípade marihuany dokonca jej legalizácia a s ňou spojená normalizácia, čiže jej užívanie sa začína integrovať do spoločenských hodnôt a noriem. (Pozri napr.: Gamella, Rodrigo, 2004 alebo Böllinger, 2004) Vo všeobecnosti sa dá konštatovať, že čoraz väčší dôraz v drogovej politike sa kladie na znižovanie škôd spojených s užívaním drog a tiež na znižovanie dopytu po drogách (rôzne preventívne programy).

V tejto súvislosti je zaujímavé i špecifické postavenie postkomunistických krajín, kde sa po páde nedemokratických režimov paradoxne nepresadil liberálnejší model drogovej politiky, ale v rôznej miere a rozsahu prohibicionizmus.²⁷ Na túto možnosť, ktorá sa časom naplnila, upozorňoval už v roku 1993 Peter Cohen (1993), ktorý argumentoval, že medzinárodný experti a hlavne inštitúcie zastávajúce striktné prohibicionistické postoje sa snažia presadiť takúto politiku i v postkomunistických krajinách. Ďalším vysvetlením, prečo sú v postkomunistických krajinách drogové politiky nastavené represívnejšie a i verejnosť takúto politiku schvaľuje²⁸ je náhle zviditeľnenie drogového problému a jeho dôsledkov, ktoré sa často udialo bulvárnym spôsobom a prerástlo až do morálnej paniky.

²⁷ V 90. rokoch prišlo k sprísneniu drogových zákonov napríklad v Poľsku (Krajewski, 2004), v Českej republike (Zábranský, 2004), na Slovensku (Fedačko, 2006) i v Maďarsku.

²⁸ Tu je významnou výnimkou Česká republika, kde sa liberálnejšia verejná mienka premieta i do menej represívneho presadzovania zákona.

Význam porovnávania drogových politík je predovšetkým v tom, že pomocou takýchto porovnaní dokážeme nielen opísať drogové politiky v jednotlivých štátoch, ale hlavne, môžeme zisťovať kde sú ich silné a kde slabé stránky, čo funguje a čo sa ukazuje ako chybné politické riešenie. V súčasnosti sa v niektorých krajinách realizujú také opatrenia (medicínska marihuana na predpis, heroín na predpis, legalizácia marihuany), ktoré sú v iných krajinách postavené mimo zákon. Porovnanie skúseností s rozličnými opatreniami drogových politík môže prispieť k poznaniu ako sa čo najefektívnejšie dá v spoločnosti regulovať užívanie drog.

Pri komparácii sa však môžu objaviť viaceré metodologické nedostatky. MacCoun a Reuter (2002) uvádzajú štyri základné okruhy problémov. Ide o nedostatok relevantných dát, ich nízku kvalitu a porovnateľnosť, nedostatočne objasnené kauzálne dôsledky drogových politík a vzhľadom na množstvo premenných problémy s generalizáciami.²⁹

Môžeme tiež naznačiť niektoré špecifiká výskumu v niektorých vybraných dimenziách drogových politík. Pre účely komparácie je vhodné rozdeliť drogovú politiku do viacerých dimenzií a porovnávať najskôr tieto dimenzie a až potom drogovú politiku ako celok. Môžeme tak porovnávať napríklad filozoficko-etické východiská politiky, jej právnu dimenziu, ekonomickú dimenziu, dimenziu prevencie, zdravotnú dimenziu či sociálnu dimenziu.

Pri komparovaní filozoficko-etického východiska drogovej politiky ide predovšetkým o analýzu a porovnanie princípov z ktorých drogová politika vychádza. Takáto komparácia filozoficko-etických základov jednotlivých politík môže byť užitočná predovšetkým pri objasňovaní toho, čo vykonávatelia a tvorcovia drogovej politiky chápu ako svoj skutočný cieľ – to totiž ovplyvňuje nielen tvorbu ale aj samotné vykonávanie drogovej politiky. Z prehľadu uvedeného v kapitolách „Filozoficko-etické východiská drogovej politiky“ a „Politické myšlienkové tradície v drogovej politike“ je zrejmé, že zatiaľ čo prívrženci moralizujúceho prístupu sa zameriavajú na zamedzenie akéhokoľvek užívania drog, paternalisti a liberáli chcú zamedziť ujmám spôsobeným užívaním drog. Inými slovami spôsoby vykonávania politiky môžu byť rozličné, agresívne presadzovaná represia je zvyčajne spájaná s moralizujúcim prístupom.

Pri komparovaní právnej dimenzie drogových politík by malo ísť nielen o porovnanie legislatívy v drogovej oblasti, ale tiež o spôsob výkonu práva a neformálnych pravidiel pri jeho výkone, ktoré majú často z hľadiska posudzovania miery represívnosti drogovej politiky väčší význam ako písané právo. Príkladom môže byť uplatňovanie trestnosti prechovávanie drog pre vlastnú potrebu

²⁹ Podobné problémy uvádza i Einar Ødegård: ide o nevyjasnenosť vzťahov medzi jednotlivými sledovanými premennými, ďalším problémom je neistá validita niektorých dát. Na preskúmanie týchto problémov treba klásť dôraz pri interpretácii komparatívneho výskumu. (Ødegård, 1998)

v Českej republike, ktoré sa presadzuje „...len veľmi výberovo, náhodne alebo príležitostne...“ (Zábranský, Mravčík, Gajdošíková, Miovský, 2001, s. 9)

V tejto súvislosti Lorenz Böllinger (Böllinger, 2004, s. 499) konštatuje, že v celej Európe je zrejmý narastajúci trend k dekriminalizácii prechovávaného malého množstva drog a sú pritom používané tri modely:

1. *Neformálna dekriminalizácia* – skoro všetky krajiny EÚ zaviedli neformálne praktiky, ktoré eliminujú postihovanie za prechovávanie malého množstva drog. Takáto dekriminalizácia je obmedzená na isté typy drog a situácie a s výnimkou Holandska nie je praktizovaná systematicky či pravidelne.
2. *Substantívna právna dekriminalizácia* – niektoré krajiny zrušili zmenu trestného práva trestanie za nadobúdanie a prechovávanie malého množstva marihuany pre osobnú potrebu.
3. *Procedurálna právna dekriminalizácia* – Skoro všetky štáty EÚ obmedzujú trestanie za nadobúdanie a prechovávanie malého množstva drog. Napríklad v Nemecku Ústavný súd (Bundesverfassungsgericht) určil, že užívateľ ktorý prechováva malé množstvo drogy nemusí byť trestne stíhaný.

Pri komparovaní ekonomickej dimenzie ide predovšetkým o pomer v akom sa rozdeľujú finančné prostriedky z verejných výdavkov určené na drogovú politiku ako i o samotnú výšku verejných výdavkov na drogovú politiku.

Porovnanie dimenzie prevencie je mimoriadne obtiažne, pretože je nevyhnutné analyzovať nielen rozsah a zameranie preventívnych akcií, ale najmä ich formu a obsah. Takáto analýza sa dá uskutočniť iba pomocou komplexného výskumu všetkých preventívnych opatrení v danom čase v danej krajine. Je preto pochopiteľné, že k tejto oblasti zatiaľ nie je zozbieraných dostatok informácií.

Základnými oblasťami zdravotnej dimenzie komparácie drogových politík sú: systém liečby, dostupnosť liečby a znižovanie škôd spojených s užívaním drog (Harm reduction – program výmeny striekačiek a ihliel, program bezpečných miestností na aplikáciu drogy, program testovania kvality drog a pod.). Tu môže byť problémom najmä komparácia programov znižovania škôd, ktoré väčšinou uskutočňujú nízkoprahové agentúry, ktoré pracujú nezávisle na štátnych orgánoch a údaje o ich činnosti „...sú zaznamenávané vo veľmi malej miere na národnej úrovni vo väčšine krajín. Európsky obraz nie je možné ľahko načrtnúť.“ (EMCDDA, 2006, s. 33)

Pri porovnávaní sociálnej dimenzie ide zasa o sledovanie opatrení sociálnej reintegrácie drogového závislých, ale vo všeobecnejšej rovine sa dá skúmať i súvislosť medzi sociálnou a drogovou politikou v jednotlivých krajinách. Sociálna reintegrácia by mala slúžiť jednak na zlepšenie zdravotného stavu užívateľov drog (najmä zlepšením ich životných podmienok) ale tiež ich sociálneho postavenia (programy sociálnej inklúzie). Medzi základné oblasti sociálnej reintegrácie patria bývanie, vzdelávanie a zamestnanie. Ďalšou možnou rovinou

skúmania je súvislosť sociálnej politiky s drogovou politikou. Takáto analýza je obsahom mnohých štúdií a súvislosť sociálnej a drogovej politika je všeobecne prijímaná: „Z historického pohľadu sa dá argumentovať, že existuje silná afinita medzi drogovou politikou a sociálnou politikou: V Spojených štátoch rovnako ako v iných krajinách sa na konci 19. a začiatku 20. storočia boli politickou odpoveďou na chudobu nápravné zariadenia. Byť chudobným bolo úspešne kriminalizované rovnako ako byť užívateľom drog. Obidve politiky sú konfrontované so situáciou, kde individuum vypadne z normálnej sociálnej role – mať príjem v prípade sociálnej podpory a neužívať drogy v prípade drogovej politiky.“ (Benoit, 2003, s. 271) Represívna drogová politika však nemusí nevyhnutne súvisieť iba s nedostatočne rozvinutým sociálnym štátom tak, ako na to upozorňuje Ellen Benoit: „V medzinárodnom porovnaní sa Spojené štáty javia ako „reziduálny“ sociálny štát, kde je podpora minimálna. Sociálna aj protidrogová politika sú založené na presvedčení, že zlyhanie na trhu práce či užívanie drog sú individuálnymi nedostatkami jednotlivca.“ (Tamže: s. 272) Opačným príkladom je Švédsko, kde práve rozvinutý sociálny štát ovplyvňuje drogovú politiku tak, že okrem preferovania silnej sociálno-zdravotnej dimenzie sa presadzuje aj pomerne rozsiahla represia a politika nulovej tolerancie. Henrik Tham (Tham, 1998) upozorňuje, že na rozdiel od liberálnejších štátov viac uplatňujúcich filozofiu „laissez-faire“ sa vo „Welfare State“ nedovoľuje sebaopoškodzovanie, pretože sa z verejných zdrojov štedro hradí liečba, alebo ekonomická podpora marginalizovaným či vylúčeným ľuďom. To zároveň podnecuje preventívne akcie – a to aj v prípade, že je to proti vôli potenciálneho prijímateľa pomoci.³⁰ Paradoxne sa teda na týchto dvoch prípadoch USA a Švédska ukazuje, že jedna z možných charakteristík drogovej politiky – miera jej represívnosti – môže byť založená, tak na konzervatívno-liberálnej ako aj sociálnodemokratickej tradícii. Čo ale majú tieto dve politiky spoločné, je ich moralizujúci prístup k užívaniu drog.³¹

Význam komparácie drogových politík možno vnímať v dvoch rovinách. V deskriptívnej rovine ide najmä o prenos „dobrých praktík“, teda opatrení, ktoré sa ukázali ako úspešné, efektívne a inovatívne. Tiež sa tu dá poučiť z chýb a teda predovšetkým z takých opatrení, ktoré svojimi nezamýšľanými dôsledkami drogovú situáciu paradoxne zhoršili. V analytickej rovine sa dá s dátami o drogovej politike z jednotlivých krajín pracovať i sofistikovanejšie a odhaľovať kontexty a príčiny vzniku jednotlivých typov drogových politík, poukázať na

³⁰ Podobne argumentuje aj Ted Goldberg (Goldberg, 2004, s. 555), ktorý tvrdí, že Švédska sociálnodemokratická strana, ktorá vládla vo Švédsku takmer celé 20. storočie, systematicky budovala Švédsko pomocou sociálneho inžinierstva. Celé storočie sa ľuďom vstúpovalo, že pre krajinu je nevyhnutné aby bola racionálne organizovaná a každý jednotliviec sa má správať zodpovedne a trénovať sebaovládanie. (Tamže)

³¹ Švédska politika je označovaná za jasne normatívny prístup. Na problém užívania drog sa pozerá ako na problém *per se*. Veľký dôraz sa preto kladie na redukovanie i experimentálneho užívania drog. Je zrejma snaha používať zákony ako podporu morálneho stanoviska k drogám a ich sociálnemu vylúčeniu. (Tham, 1998)

ich hodnotové a inštitucionálne zázemia a tiež na ich zakotvenia v jednotlivých sociokultúrnych a historických priestoroch.

Klasifikácia drogových politík

Klasifikácia drogových politík sa snaží o ich usporiadanie do niekoľkých prehľadných kategórií. Problémom býva vzhľadom na komplexnosť drogových politík nemožnosť ich klasifikácie na jednej škále či dimenzii. Miera represívnosti je asi najčastejšou dimenziou, na ktorej sú politiky posudzované. Einar Ødegård v tejto súvislosti upozorňuje, že: „Protidrogové politiky obsahujú veľa aspektov a komponentov, ktoré môžu byť interpretované na represívno-liberálnej škále. Avšak štát ktorý môžeme v jednom aspekte označiť ako liberálny, môže byť v inom represívny.“ (Ødegård, 1998, s. 360)³² Ďalším problémom je pri takejto škále je, že miera represivity, nech je už definovaná akokoľvek, nedokáže zachytiť komplexnosť drogovej politiky a jej zdravotné, preventívne či sociálne rozmery.

Najjednoduchšiu a zároveň najrozšírenejšiu klasifikáciu drogových politík uvádza Cohen (Cohen, 1997, s. 28)³³ a komentuje Zábranský (Zábranský 2004, s. 666):

- Represívny model
- Model „Harm Reduction“ – minimalizácia (redukcia) rizík
- Model kultúrnej integrácie (normalizácie)

Jednotlivé modely drogových politík tu sú definované podľa cieľov, ktoré sa snažia dosiahnuť. Represívny model sa snaží potlačiť akékoľvek užívanie drog, cieľom je tu spoločnosť bez drog, relevantným údajom o úspešnosti takejto politiky je celoživotná prevalencia (percento populácie ktoré má nejakú skúsenosť s drogou). Model harm-reduction je zameraný na znižovanie škôd, ktoré sú spojené s užívaním drog. Relevantným údajom o úspešnosti je tu veľkosť populácie, ktorá utrpela nejaké ujmy (spoločenské, psychologické, zdravotné ale i materiálne) v súvislosti s užívaním drog a rozsah týchto škôd. Pre model kultúrnej integrácie nie je prvotným cieľom znížiť užívanie drog, ale skôr tu ide o integráciu užívania drog a užívateľov do spoločnosti. Normalizácia užívania drog znamená, že na problém užívania sa nazerá ako akýkoľvek iný spoločenský

³² „Ako najrepresívnejšie štáty sú posudzované Nórsko a Švédsko, najliberálnejšie Holandsko, Švajčiarsko a Dánsko. Najsignifikantnejším vyjadrením miery represívnosti drogovej politiky môže byť legislatíva a národné právne normy. Je však problematické vyvodzovať zo zákonných úprav mieru represívnosti, pretože zákonné normy v jednotlivých krajinách sú veľmi odlišné. Niekde sa drogy rozlišujú na canabinoide a ostatné, prípadne sa rozlišujú podľa miery návykovosti. Takisto maximálny možný trest nie je v tomto prípade dobrý ukazovateľom represívnosti, pretože napr. Švédsko považované za represívnu krajinu má pomerne nízku hornú hranicu trestu.“ (Ødegård, 1998, s. 360)

³³ Cohen túto klasifikáciu používa a ilustruje ju na príkladoch užívania heroínu, ale táto klasifikácia sa dá rozšíriť i na drogovú politiku vo všeobecnosti.

problém (ako napríklad rozvod) a užívanie drog je tak spoločnosťou nanajvýš vnímané ako nekonformné a môže byť ostrakizované.

Takáto klasifikácia podľa cieľov jednotlivých typov drogových politík je v konečnom dôsledku dosť podobná typológii politicko-filozofických postojov uvedených v tomto texte. (Podľa MacCoun, Reuter, 2001) Represívny model môže vychádzať z legálneho moralizmu, model „Harm Reduction“ z liberalizmu či právneho paternalizmu a model kultúrnej integrácie z libertarianizmu. Podobne ako pri typológii politicko-filozofických postojov treba upozorniť, že sa tu jedná o ideálne typy a v praxi sa vyskytujú skôr rôzne zmiešaniny týchto typov politík.

Pri takejto klasifikácii sa teda dajú k jednotlivým modelom priradovať i čiastkové opatrenia drogovej politiky. Kriminalizácia prechovávanía drog pre vlastnú potrebu v situácii, keď sa ukazuje, že obmedzovanie ponuky nielenže nie je efektívne a je len veľmi ťažko realizovateľné, ale navyše ani neovplyvňuje prevalenciu³⁴, je teda jasným moralizátorským postojom represívneho modelu drogovej politiky. Podobne je to s ekonomickými výdavkami, ktoré smerujú prioritne na opatrenia na zníženie ponuky drog a vymáhanie práva. V prevencii sa ako dobré rozlíšenie ukazujú ciele a prostriedky preventívnej akcie – znižovanie rizík spojených s užívaním drog alebo celoživotná abstinencia, reálne zhodnotenie rizík užívania jednotlivých typov drog alebo zastráňovanie a nerozlišovanie medzi drogami. V zdravotnej dimenzii je to rozsah opatrení harm reduction a rozsah substitučnej liečby, v sociálnej zasa sociálna inklúzia a integrácia drogového závislých do spoločnosti.

Treba však tiež upozorniť na to, že uvedená klasifikácia má i svoje slabiny. Chýba v nej napríklad vyjadrenie toho, že v niektorých krajinách sa drogový problém chápe predovšetkým ako medicínsky problém. Typológiu rozšírenú o model medikalizácie predkladá napríklad Benoit (Benoit, 2003)³⁵, kde sú modely kriminalizácie, harm reduction a normalizácie (tu nazvaný ako libertariánsky model politiky) v podstate totožné s predchádzajúcou klasifikáciou ale pribudol i model medikalizácie. V modely medikalizácie patria právomoci medicínskemu establishmentu, primárny politický cieľ je zvládať závislosť ako chorobu, drogy sú ilegálne okrem účelov stanovených medicínskym establishmentom. Slabinou takejto typológie je, že model medikalizácie je akoby na inom kontinuu (škále) ako ďalšie tri modely, ktoré sa dajú vyjadriť i mierou represie. Medikalizačný model môže byť tak represívnejší (príklad Švédska) alebo i menej represívny (príklad Veľkej Británie do začiatku 70. rokov), takže sa do takejto typológie nie celkom hodí.

Ak by sme chceli priradiť i jednotlivé národné politiky k prezentovaným ideálnym typom (znova treba upozorniť, že tu môže ísť iba o väčšiu či menšiu

³⁴ Pozri napr.: Reuband, K., H., (1998), MacCoun, R., Reuter, P., (1997), MacCoun, R., Reuter, P., (2001), Van Dijk, J. J. M., (1998).

³⁵ Typológiu s paradigmou medikalizácie predložil i Böllinger (2004, s. 495).

podobnosť reálnej politiky a ideálneho typu), tak typickým predstaviteľom represívneho prístupu k všetkým nelegálnym drogám (založeného na princípe trestov) sú USA, cieľom je tu „Drug Free Society“, politika je založená na moralizujúcom presvedčení, že užívanie drog je zlo, ktoré pácha užívateľ. (Pozri napr. Davenport-Hines, 2004)

Ďalším príkladom môže byť Švédsko – cieľom je tiež „Drug Free Society“, ale na užívateľa sa viac pozerá ako na pasívny objekt reagujúci na stimuly (biochemické efekty drog). Politika je založená na presvedčení, že drogy majú taký biochemický vplyv, že jednotlivcovi odoberajú vôľu i schopnosť robiť racionálne rozhodnutia. Je to teda tiež normatívny a moralizátorský prístup, ale s výraznou medicalizačnou zložkou (užívanie drog ako choroba, ktorej treba zamedziť a ktorú treba liečiť). (Goldberg, 2004; Tham, 1998)

Holandsko a Veľká Británia presadzujú predovšetkým princípy ochrany verejného zdravia – „harm reduction“, rozlišuje sa tu medzi drogami, ktoré znamenajú neakceptovateľné riziko (heroín, kokaín) a kanabinoidmi, je tu dotovaná zdravotná pomoc pre závislých. Cieľom je zmierniť ujmy spojené s užívaním drog na individuálnej ale i celospoločenskej úrovni. (Uitermark, 2004; MacCoun, Reuter, 1997; Van Dijk, 1998; Yates, 2002; Dorn, 2004)

Väčšina európskych krajín sa však dá len ťažko priradiť k niektorému z uvedených typov, pretože ich drogové politiky oscilujú medzi represiou, harm reduction a medicalizáciou, bez jasného príklonu k jednému z uvedených modelov.

Drogy a subkultúry

Vývoj v subkultúrach (najmä subkultúrach mládeže) označujú za determinujúci pre užívanie drog viacerí autori.³⁶ „Zmena v užívaní drog sa deje nezávisle od právnej politiky. Vývoj v subkultúre mládeže má pravdepodobne väčší význam. Skôr neformálne ako formálne normy determinujú správanie.“ (Reuband, 1998, s. 329)

Vzťahom medzi subkultúrami mládeže a užívaním nelegálnych drog sa zaoberali americkí autori Andrew Golub, Bruce D. Johnson a Eloise Dunlap (2004), ktorí konštatovali, že samotné užívanie drog je ovplyvnené jednak subkultúrou ale tiež individuálnym vývojom identity. Subkultúra môže ovplyvniť popularitu drog tým, že dodáva symbolickú dôležitosť ich konzumácii.

Každá subkultúra môže preferovať iný typ drogy, americkí autori uvádzajú príklad rôznych „drogových éry“ spojených so subkultúrami v New Yorku a identifikovali tri „drogové éry“. Éra injekčného užívania heroínu trvala od 60. rokov do prvej polovice 70. rokov 20. storočia. Heroín sa spájal najmä s jazzovou hudobnou scénou, priekopníkmi heroínového životného štýlu boli už

³⁶ Pozri napríklad: Reuband, K.H. (1998), Golub, A., Johnson B. D., Dunlap, E., (2004), MacCoun, Reuter (1997).

v 40. a 50. rokoch 20. storočia džezové legendy Miles Davis a Charlie Parker, návyk na heroíny mali i John Coltrane či Billie Holiday. Éra cracku ovplyvnila najmä druhú polovicu 80. rokov 20. storočia. Crack sa šírila predovšetkým v nočných kluboch a neskôr i v celých štvrtiach či blokoch amerických miest. Subkultúra užívania cracku je viac ako iné drogové subkultúry spájaná s kriminalitou, násilím a organizovaným zločinom. Nástup éry marihuany sa spája s hip-hopovým hnutím v 90. rokoch (nadšenou propagátorkou marihuany bola napríklad skupina Cypress Hill). Táto éra s istým oneskorením zasiahla i Slovensko, kde popularita marihuany i hip-hopu začala medzi mládežou výraznejšie rásť na prelome tisícročí. Podobne môžeme analogicky uvažovať i o popularite halucinogénov (najmä LSD) v subkultúre hippies v 60. a 70. rokoch 20. storočia.

Drogové subkultúry však vznikali i za hranicami USA. Typickým príkladom môže byť „druhé leto lásky“ (prvé leto lásky označuje rok 1967, keď do San Francisca prišlo okolo 100 000 mladých ľudí a toto mesto sa stalo centrom hippie subkultúry, tiež spájanej s užívaním psychoaktívnych drog, najmä LSD a marihuany). Počas druhého leta lásky, ktoré je paradoxne situované do dvoch rokov: 1988 a 1989 sa vo Veľkej Británii rozšírili „rave parties“ – stretnutia, kde sa tancovalo (často v prírode) na „acid house music“ a užívala sa najmä extáza (MDMA). Účastníci rave parties sa podobne ako hippies hlásili k slobode, tolerancii a hedonizmu. Éru hippies pripomínali rave parties tiež oblečením a psychedelickými svetelnými efektmi.

Na druhej strane je však užívanie drog v takýchto subkultúrach časovo ohraničené, čo súvisí s individuálnym vývojom identity jednotlivca. Mladí dospelí často prestanú užívať nelegálne drogy v situácii, keď sa ocitnú v nových sociálnych rolách (zamestnanec, manžel, rodič), pre ktoré je užívanie drog (na rozdiel od rôznych prostredí subkultúr mládeže) výrazne nekonformnou záležitosťou.

V súvislosti s drogovými érami hovoria americkí autori dokonca o drogových generáciách, teda o skupinách ľudí (vekových kohortách), ktorí dospievali akurát v čase niektorej vrcholiacej drogovej éry. Adolescentný vek v čase kulminujúcej popularity istej drogy zvyšuje pravdepodobnosť užívania tejto drogy. Tento poznatok by mohol platiť i pre slovenskú realitu. Heroín sa na Slovensku výraznejšie rozšíril a stal sa populárnym najmä v 90. rokoch a to predovšetkým v Bratislave a na západnom Slovensku. Približne od konca tejto dekády však jeho popularita klesá a priemerný vek jeho užívateľov sa zvyšuje (pozri ďalšie kapitoly tejto práce). Drogová generácia spojená s heroínom na Slovensku starne. Heroín v súčasnosti už nie je pre mladých ľudí taký atraktívny, v móde je skôr marihuana či pervitín a heroín naopak získal povesť drogy ľudí ktorí zlyhali. Podobný subkultúrny vývoj opisujú i americkí autori v prípade cracku: v 90. rokoch jeho popularita medzi mládežou klesala, ľudia ho spájali s násilím a boji gangov a dokonca sa v mestskom slangu objavilo slovo „crackhead“, ktoré pejoratívne označovalo užívateľa cracku.

Subkultúrna podmienenosť užívania drog spochybňuje tradičnú predstavu (často biochemicky zdôvodňovanú) o legálnych drogách, ale najmä o marihuane, ako o vstupných bránach k užívaniu škodlivejších drog (gateway theory). Táto teória je spochybňovaná i práve vplyvom subkultúr – platila totiž ešte v 70. rokoch minulého storočia, keď sa v jednotlivých subkultúrach nekládol až taký veľký dôraz na rozlišovanie jednotlivých typov drog. Naopak v súčasnosti, presnejšie povedané od začiatku 90. rokov 20. storočia, sa v USA vzrastajúca popularita marihuany neprejavila i vzrastom záujmu o heroín či crack, čo autori vysvetľujú odporom nových subkultúr voči týmto drogám. Mnohým členom týchto subkultúr totiž v ich detstve spôsobil práve crack či heroín v ich prostredí či rodine obrovské a devastujúce problémy. (Pozri tiež Golub, Johnson, 2001) Súčasní mladí ľudia omnoho dôslednejšie rozlišujú medzi rôznymi druhmi drog a preferujú predovšetkým tie menej škodlivé. Populárnym už nie je životný štýl „feťáka na plný úväzok“, ale skôr selektívne, často rekreačné či víkendové užívanie psychoaktívnych látok, ktoré so sebou nenesie tak devastujúce zdravotné a spoločenské dôsledky. Nové subkultúry sa vo vzťahu k drogám správajú zodpovednejšie, zdá sa, akoby sa ľudia postupne učili drogy používať a budovali si pritom normy, hodnoty a vzorce správania.

Je samozrejmé, že v rámci globalizácie sa i na Slovensku utvárajú rôzne nové subkultúry, ktoré majú svoj predobraz v zahraničí. Súčasťou kultúrnych noriem takýchto subkultúr môže byť i užívanie či propagácia rôznych druhov legálnych či nelegálnych drog. Pretože sa však na Slovensku neuskutočnil výskum drogových subkultúr, nedá sa s určitosťou povedať, nakoľko rozhodujúce sú subkultúry pre užívanie drog. Môžeme však s istou dávkou špekulácie naznačiť preferované drogy v jednotlivých subkultúrach. Nástup heroínu na Slovensku začiatkom 90. rokov sa pravdepodobne nedá spájať s určitou subkultúrou, išlo skôr o generačnú a svojim spôsobom i lokálnu záležitosť. Naopak dôsledkom globalizácie je utvorenie slovenskej technoscény, kde je populárnou drogou extáza. Vzrastajúca popularita marihuany je pravdepodobne dlhodobejším trendom, ktorý môže byť posilnený i aktuálnou popularitou subkultúry hip-hopu. Na Slovensku už „klasické“ subkultúry punk a skinheads preferujú predovšetkým alkohol, pričom punkeri sú, na rozdiel od skinheads, tolerantní i k nelegálnym drogám. Satanisti experimentujú predovšetkým s prírodnými halucinogénmi (lysohlávky, durman).

Špecifikom mládeže je jej častejšia socializácia do subkultúry v porovnaní s ostatnou populáciou, čo je spôsobené jednak sociálnym očakávaním patriť do určitej subkultúry ako i ďalšími špecifikami včleňovania mládeže do spoločnosti. Je teda zrejmé, že veľká časť mládeže patrí i na Slovensku do nejakej subkultúry mládeže. Takmer všetky súčasné subkultúry mládeže na Slovensku sú subkultúrami globálnymi, a tým sa fenomén globalizácie významne dotýka i našej spoločnosti. Niektoré z týchto globálne sa šíriacich subkultúr preferujú užívanie istých typov nelegálnych drog. Je to súčasť ich normatívnej štruktúry, ktorou

sa vymedzujú voči väčšinovej spoločnosti. Je však potešiteľné, že v súčasnosti jednotlivé subkultúry preferujú predovšetkým menej nebezpečné drogy.

Vývoj v subkultúrach a subkultúrne preferovanie či odmietanie rozličných drog je teda významným faktorom vysvetľujúcim vývoj drogovej scény v spoločnosti.

Vývoj drogovej politiky na Slovensku po roku 1990

Metodológia výskumu

Pokúsime sa popísať vývoj drogovej politiky na Slovensku po páde komunizmu, teda od roku 1990 do súčasnosti. Zaujímali sme sa najmä o tieto témy:

- Drogy a drogová politika počas komunizmu
- Zmeny na drogovej scéne na začiatku 90. rokov 20. storočia a nová inštitucionalizácia drogovej politiky
- Súčasný vývoj v drogovej politike a v užívaní drog.

Drogovú politiku sme pre účely tejto deskripcie rozdelili na viaceré dimenzie akými sú liečba, presadzovanie práva, harm reduction a prevencia. Nezameriavame sa však iba na samotný vývoj drogovej politiky, ale chceme analyzovať i faktory ktoré ovplyvnili jej smerovanie.

Pri deskripcii a analýze slovenskej drogovej politiky sme sa pokúsili o kombináciu kvantitatívnych a kvalitatívnych metód pričom sme sa ich výsledky pokúsili tam kde to bolo možné i porovnať.

Kvalitatívne metódy pozostávali z analýz relevantných právnych a politických dokumentov ako i dostupných vedeckých výskumov. Obsahová analýza verejného diskurzu o drogovej politike bola založená najmä na vyhľadávaní pomocou kľúčových slov v internetových vydaniach mienkotvorných denníkov *Sme* a *Pravda*. Dôležitou súčasťou výskumu však bolo i uskutočnenie dvadsiatich pološtruktúrovaných rozhovorov v dvoch etapách s expertami v danej oblasti. V prvej prebehlo dvanásť rozhovorov v rokoch 2011 – 2012 s tromi zástupcami mimovládnych organizácií, piatimi súčasnými či bývalými štátnymi úradníkmi, dvomi lekármi a dvomi zástupcami presadzovania práva. V druhej etape som v roku 2015 uskutočnil osem rozhovorov s dvomi štátnymi úradníkmi, štyrmi predstaviteľmi presadzovania práva, s lekárom a so zástupcom mimovládnych organizácií. Rozhovory trvali v priemere o niečo viac ako hodinu a boli ďalej obsahovo analyzované a kategorizované. Analýza bola založená na zakotvenej teórii. (Glaser, Strauss, 1967)

Zakotvená teória sa odlišuje od iných kvalitatívnych prístupov iteratívnou komparatívnou analýzou a teoretickým samplingom, ktorý umožňuje vysoký stupeň flexibility pri zbieraní dát a ich analýze. (Silverman, Marvasti, 2008) O výhodách použitia zakotvenej teórie pri výskume drogových politík píše napríklad Josef Radimecký (2007), ktorý upozorňuje na možnosť hlbšie pochopiť

postoje aktérov s rozdielnymi názormi ako i na príležitosť podrobnejšie objasniť sociálny kontext, v ktorom sa drogová politika utvára.

Kvantitatívne dáta boli zozbierané z rozličných verejne prístupných štatistík ako i z verejne prístupných výskumov verejnej mienky. Analyzovali sme tiež pôvodné dátové súbory z prieskumov verejnej mienky: European Values Study 1981 – 2008 Longitudinal Data File (EVS, 2011), dáta z prieskumov Štatistického úradu Slovenskej republiky o drogách v rokoch 1994 – 2006, a dáta z prieskumov NMCD z rokov 2010 a 2015 ako i dáta z prieskumov Eurostatu.

Drogy na Slovensku pred rokom 1990

Vývoj národnej legislatívy v oblasti drog popisujú Jozef Čentíš (Čentíš, 2007) i Petr Zeman (Zeman, 2007) a z ich chronológie je zrejmé, že na drogovú legislatívu v Československu mali zásadný vplyv prijaté medzinárodné zmluvy a práve na ich základe sa kreoval právny rámec regulácie drog. Československo bolo signatárom všetkých troch medzinárodných ópiových dohovorov (1912, 1925 a 1931). Vôbec prvým zákonom upravujúcim problematiku nelegálnych drog bol zákon č. 117 z roku 1852, ktorý sa stal základom rakúskeho a neskôr i československého trestného práva. Pomerne nízkymi sankciami postihoval predovšetkým neoprávnenú distribúciu kontrolovaných drog. Medzinárodná ópiová konvencia (International Opium Convention) z roku 1912 sa postupne premietla do legislatívy v 20. rokoch 20. storočia, kedy sa kládol dôraz najmä na dozor nad distribúciou omamných látok. Možnosť potrestať výrobu či prechovávanie drog (v zákone sa nerozlišovalo za akým účelom) odňatím slobody až na 3 roky (5 rokov v závažnejších prípadoch) zaviedol až ópiový zákon v roku 1938. Jozef Čentíš upozorňuje (2007, s. 46), že podľa ustálenej súdnej judikatúry nebolo podľa tohto zákona trestné prechovávanie pre vlastnú potrebu, ale iba prechovávanie v záujme cudzej spotreby (ďalšej distribúcie).

Trestnosť prechovávania drog potvrdila i ďalšia právna norma z roku 1950 (prechovávanie, dovoz a výroba drog sa v menšom rozsahu trestali väzením do troch rokov, vo väčšom rozsahu do päť rokov). Zákon z roku 1961 trestal prechovávanie, dovoz a výrobu väzením do dvoch rokov, v závažnejších prípadoch (organizovaný zločin, veľký zisk, zapríčinenie škody na zdraví) do osem rokov. Na rozmáhajúci sa fenomén zneužívania liečiv reagovala právna úprava z roku 1973, ktorá falšovania alebo zneužívania lekárskeho predpisu trestala väzením do troch mesiacov.

V období pred Druhou svetovou vojnou nie je na Slovensku veľa správ o užívaní nelegálnych drog, masívnym problémom tu však bol alkoholizmus. Užívanie nelegálnych drog (najmä morfinizmus) bolo skôr ojedinelou záležitosťou príslušníkov stredných tried, najmä lekárnikov či lekárov. V tradičnej medicíne sa síce používali výrobky z konope a maku, ale ich zneužívanie bolo zriedkavé.

Po roku 1948 bolo Slovensko (ako časť Československa) súčasťou sovietskeho bloku, teda krajín, ktoré boli od demokratických krajín oddelené „železnou oponou“. Hranice medzi východným a západným blokom boli ostro strážené a vycestovať na západ mohli iba preverení ľudia. Štátna moc snažila i o dôslednú kontrolu osôb prichádzajúcich do krajiny a preto bolo pašovanie drog minimalizované. Slovensko, podobne ako iné socialistické krajiny, bolo izolované od svetových drogových trhov a neprechádzali tadiaľto významnejšie tranzity drog.

Prehľad textov o drogovej scéne v Československu pred rokom 1990 uvádza Miovský (Miovský, 2007). Vyplýva z neho, že na domácom drogovom trhu sa iba veľmi málo objavovali štandardné západné drogy ako heroín (podľa vyjadrenia lekára – adiktológa v našom interview, sa na Slovensko prvýkrát heroín dostal v roku 1987) či kokaín. V malej miere sa vyskytovalo zneužívanie morfinu či syntetického opioиду Dolsin (Demerol), ktorých zdrojom boli zdravotnícke zariadenia. (Nociar, 2000) Marihuana sa občas pestovala i v domácich podmienkach, ale tiež bola pomerne vzácna. Špecificky český fenomén 70. a 80. rokov 20. storočia – domáca produkcia „pervitínu“ (metamfetamín) a „brownu“ (hydcode), ktoré sa vyrábali z liekov dostupných v lekárňach, sa na Slovensku podľa výpovedí nami oslovených expertov veľmi nerozšíril (pozri tiež Zábranský, 2007; Škodáček, 1999, s. 12–13). Pomerne rozšírené však bolo už od začiatku 70. rokov čuchanie prchavých látok (solvencií), najmä riedidla „Toluén“, či čističa „Čikuli“. Čuchanie bolo záležitosťou predovšetkým s mladších vekových kategórií a bolo spájané so slabšími sociálnymi vrstvami. Výskum z roku 1991 pri mladistvých delikventoch zistil, že priemerný vek prvej skúsenosti s drogou bol 13 rokov a v 80% boli prvou drogou prchavé látky, vo zvyšku predovšetkým iné liečivá. (Heretik, Krajná, 1991) Tieto dáta dokazujú istú zotrvačnosť drogového trhu i po revolúcii v roku 1990 a zároveň s veľkou mierou pravdepodobnosti vykresľujú situáciu v užívaní drog mládežou i v druhej polovici osemdesiatych rokov.

Slovensko je dlhodobo krajinou, kde sa predovšetkým pije alkohol. Po roku 1990 síce jeho spotreba klesla, ale i tak je na pomerne vysokých hodnotách – v roku 2005 sa podľa správy WHO na Slovensku vypilo 13,33 litra čistého alkoholu na obyvateľa staršieho ako 15 rokov (pre porovnanie Česká republika – 16,45, Maďarsko – 16,27, Poľsko – 13,25). (WHO, 2011) Pred rokom 1990 bolo na Slovensku, podobne ako v Českej republike (Zábranský, 2004; Miovský, 2007), pomerne rozšírené zneužívanie liekov (stimulancií či hypnotík) často v kombinácii s alkoholom, ktoré možno väčšej miere sledovať približne už od začiatku 60. rokov 20. storočia. Podľa publikovaných údajov 40 – 60 % užívateľov nealkoholových drog (sedatív, hypnotík či analgetík) užívalo ako sekundárnu drogu alkohol, veľmi často spolu s týmito liekmi.

Vzhľadom na čiastočnú tabuizáciu tejto problematiky pred rokom 1990 a nedostatok relevantných zdrojov, ktoré vypovedajú o situácii na drogovom trhu sme sa rozhodli využiť i memoárové spomienky rockových hudobníkov

z tohto obdobia. Dalo by sa predpokladať, že vzhľadom na kopírovanie životného štýlu západných hudobníkov, mali k drogám pomerne blízko. Dostupnosť a rozšírenosť drog však bola z ich pohľadu pomerne nízka. Tak napríklad Marian Varga, legendárny slovenský skladateľ a pianista takto opisuje svoj rozhovor zo začiatku 70. rokov 20. storočia s vtedajším ministrom kultúry a básnikom Miroslavom Válkom: „Válek sa ma aj raz spýtal.: „Pán Varga užívate nejaké drogy?“ A ja mu na to: „Však žiadne u nás nie sú.“ A on na mňa pozrel, akože mi aj tak neverí, a hovorí: „Všetko sa dá zohnať!“ Tak som mu odvetil: „Však zožeňte nejaké...“ (Uličný, Varga, 2004, s. 64) Varga ďalej pokračuje: „Tu si ľudia pomáhali ako sa dalo, niekto skúšal fetovať Toluén, iní brali prášky, dostať sa napríklad k hašišu alebo marihuane nebola taká samozrejmá ako je to asi dnes. Ani v muzikantských kruhoch.“ (Tamže: s. 70)^{37, 38}

Pred rokom 1990 sa na Slovensku nedá hovoriť o komerčnom nelegálnom trhu s drogami a tiež ani o policajnej „vojne proti drogám“. Distribúcia drog fungovala na samozásobiteľských princípoch, keď sa produkciou drogy zaoberala uzavretá komunita spojená spoločným užívaním drog a priateľstvom. Takéto komunity spravidla nešírili drogy ďalej, nezaoberali sa jej distribúciou na komerčnom základe a nevytvárali hierarchizované zločinecké organizácie.

³⁷ Skúsenosti s drogami v tomto období však predsa len niektorí hudobníci priznávajú, takto napríklad opisujú nahrávanie platne Deža Ursinyho „Provisorium“ v Prahe v roku 1972: „Pri nahrávaní Provisorie sme zažili vážne trávové jazdy. Teda hlavne pri skúšaní: Takto sme uvoľňovali vzťahy.“ – Jaro Filip, „I Have Found“ je text o drogách. Vtedy sme síce bohvieaké skúsenosti nemali, ale sem-tam sme si dali nejaký fenmetrazín a zafajčili sme si trávu alebo hašiš. Jeden kamarát pestoval na záhrade konope, to sme sušili.“ – Juraj Lihosit o pesničke na platni Provisorium. (Jaslovský, 2011)

³⁸ Bizarnú príhodu s pestovaním marihuany vypovedajúcu o neznalosti drog vtedajších policajtov (rok 1973) uvádza Mejla Hlavsa, ústredná postava českého hudobného undergroundu. Hlavsa bol členom skupiny Plastic People of the Universe, ktorá bola prenasledovaná komunistickým režimom a odsúdenie jej členov bolo hlavným popudom pre vznik Charty 77 – najvýznamnejšieho opozičnej protirežimovej občianskej iniciatívy v Československu: „V sedmdesátém třetím jsem dostal od nějaký dobrý duše sáček od mlíka, plnej semínek kanabis. Vysadili jsme je u Maxe na dvorku, kde vyrostlo pole dva metry vysokých rostlin. Sousedí se chodili Maxe vyptávat, co je to za podivný rostliny a jelikož hrozil průser, vypravili jsme se s Maxem na slunečnicový pole, narvali jsme pytel rozkvetlých hlav a drátem jsme je přivázali k omamným stvolům. Byla to obrovská klika.“ Hlavsa ďalej popisuje ako Maxa zatkli pre urážku policajta a pokračuje: „Z vazby se Maxovi podařilo poslat mi moták: „Je potřeba sklidiť! Měl totiž ve svém pověstném Fiatu 500, kterež mu prohledali, půlkilovou krabici od Lipton's Tea, plnou čerstvě usušený trávy. Tu mu zabavili a šlo o to, abych sklizní zabránil většímu průšvihy. Max jím sice tvrdil, že bylinu koupil na pouti od kořenářky jako zaručenej prostředek pro růst vlasů – což mohl tvrdit celkem bez obav, protože měl koleno od čela až na záda – ale policajti se rozhodli udělat v Jiřicích domovní prohlídku. Max doufal, že jsem moták dostal a včas sklidiť. Když ho přivezli do Jiřic a přes plot mu mávali obrť rostliny, bylo mu na mašli. Bystří policajti chodili po stavení a po dvoře, ale vůbec si nevšímali přidrátovanéjch povadlejch slunečnicovejch květů.“ (Hlavsa, Pelc, 1992, s. 88–89)

Užívanie drog bolo predovšetkým subkultúrnou záležitosťou a veľmi často bolo spájané s hudbou, módou a všeobecne adoráciou západnej kultúry. (Pozri napríklad: Pospíšil, Blažek, 2010)

Z pomerne nízkej miery užívania drog pred rokom 1990 vyplývala i štátna politika zameraná predovšetkým na boj proti alkoholizmu. Už v roku 1962 bol prijatý zákon, ktorý definoval protialkoholickú politiku, ale až do roku 1990 nebol prijatý obdobný zákon, ktorý by sa zaoberal i nelegálnymi drogami.

Fenomén užívania nelegálnych drog sa v politickej oblasti veľmi často ideologizoval a bol chápaný ako „kapitalistická deviácia“, ako dôkaz skazenosti kapitalistických spoločností. Užívatelia drog boli obviňovaní z ideologickej zrady – nebudovali socializmus a podkopávali socialistickú morálku. (Zábranský, 2003) Boli považovaní, podobne ako iní nonkonformisti za nepriateľov „beztriednej spoločnosti“ a predovšetkým preto boli perzekvovaní. (Radimecký, 2007)

Užívanie drog nezapadalo do ideologického obrazu budovania ideálnej spoločnosti a preto bolo pred rokom 1990 tabuizované, ako o tom píše napríklad Bullington a Zábranský (Zábranský, Bullington, 2007, s. 1–2) : „...až do polovice 80. rokov 20. storočia o tomto fenoméne nič nepublikovali žiadne oficiálne médiá. Dokonca aj neskôr v 80. rokoch médiá len zriedkavo informovali o užívaní nelegálnych drog v spoločnosti. Počas tohto obdobia široká verejnosť väčšinou mlčala, aj keď sa občas objavilo rozprávanie o podivných ‚feťákoch‘. Tí, ktorí zažili problémy s drogami sami, alebo vo svojej rodine, mlčali ešte viac, pretože sa v prípade odhalenia báli verejného opovrhnutia a negatívnych následkov ako napríklad možného uväznenia a nútenej liečby (ktorá mohla byť nariadená iba z vôle psychiatra bez akéhokoľvek súdu).“

V „socialistickej spoločnosti“ sa drogy nespomínali buď vôbec, alebo iba v súvislosti s rôznymi asociálnymi elementmi či izolovanými protisocialistickými silami (legendárnou a tragikomickou ukážkou je epizóda *Mimikry* z mimoriadne populárneho seriálu 30 prípadov majora Zemana zo sedemdesiatych rokov, kde je skombinovaný príbeh už spomínanej undergroundovej skupiny Plastic People of the Universe, politickej opozície, únosu lietadla do Nemecka spojeného s vraždou a mimoriadne smiešne a nedôveryhodne vykreslenej „narkománie“). Cieľom takejto propagandy bolo rozšíriť obraz o politickej opozícii ako o užívateľoch drog, „feťákoch“ spojených s dekadentným západom. Obraz užívateľa drog ako človeka, ktorý sa sám vyraduje zo spoločnosti však často pretrváva vo verejnosti dodnes a i to je možnou príčinou ignorovania spoločenských kontextov užívania drog, mytologizácie a tabuizácie celej problematiky a demonizácie užívateľov drog i samotného užívania drog.

Treba však zároveň zdôrazniť, že počas komunistického režimu bola okrem ideologicky (a moralisticky) motivovanej represie a neexistujúcej prevencie, zároveň pomerne dobrá dostupnosť liečby drogových závislostí. Zdravotníctvo bolo pre celú spoločnosť zadarmo a pomerne rozvinutá bola sieť zariadení na liečbu alkoholových závislostí, kde sa zároveň liečili i nealkoholové závislosti.

(Kalina, 1997) Liečba nealkoholových závislostí bola spojená s abstinovaním a hospitalizáciou. Pomerne častá bola i nútená liečba, ktorú kritizuje aj jeden z oslovených expertov:

Interview č. 5: ... v tomto bývalom komunistickom socializme, tak tam boli, v tej pozícii štát bol – tak ako bola vtedy ústava – spoločnosť bola viac ako jednotlivec, na človeka pôsobili ako by som povedal orgány štátnej moci a to bolo jedno či to bol praktický lekár alebo psychiater a inak nehovoriac už vôbec ... ako urológ alebo... oni mentorovali a do dneška to majú starší ľudia v krvi, že pacientovi prikazujú čo má robiť, bez toho aby sa ho opýtali či on to chce alebo nechce, alebo vysvetlili aké má možnosti voľby. A to sa týkalo všetkého ... takže vtedy to bola akoby štátna doktrína a ľudia žili tak aj žili, ale no tak sa to nedá...

Na druhej strane súčasťou liečby bola sociálna kuratela a snaha pôsobiť i v bezprostrednom okolí pacienta. Iný expert sa o tomto aspekte zdravotnej starostlivosti vyjadril pozitívne:

Interview č. 8: „Vtedy som mal k dispozícii sociálnu sestru, ktorá navštevovala rodinu pacienta a pracovala s ňou. Teraz už nič také nie je.“

Z uvedeného prehľadu vyplýva, že do roku 1990 na Slovensku nemožno hovoriť o komplexnej a koordinovanej drogovej politike, ale dôraz sa kládol najmä na bol proti alkoholizmu. Nelegálne drogy boli naopak často tabuizované a problémy spojené s ich zneužívaním boli v spoločnosti málo diskutované.

Vývoj v 90. rokoch 20. storočia

Vývoj v užívaní drog

V roku 1989 sa v Československu po tzv. „Zamatovej revolúcii“ skončila vláda komunistickej strany a krajina sa vydala smerom k demokratizácii. Podobný bol vývoj v tomto období i v ostatných stredoeurópskych sovietskych satelitoch. Padla „železná opona“ a hranice sa otvorili. Do Československa sa tak vo väčšej miery začali dostávať i „klasické“ drogy ako heroín, kokaín, LSD či extáza. Slovensko tak získalo status nielen tranzitnej krajiny, ale minimálne od rokov 1992 – 1994 i cieľovej krajiny, kde sa drogy vo väčších množstvách a pod dohľadom organizovaného zločinu i predávali.

Približne v tomto období (v rokoch 1992 – 1994) vypukla v Bratislave „heroínová epidémia“³⁹, ktorá bola koncentrovaná predovšetkým na Petržalku – najväčšie sídlisko v Československu postavené koncom 70. a začiatkom 80. rokov na pravom brehu Dunaja s približne 130 000 obyvateľmi. Toto sídlisko trpelo v tomto období typickými chorobami socialistickej bytovej výstav-

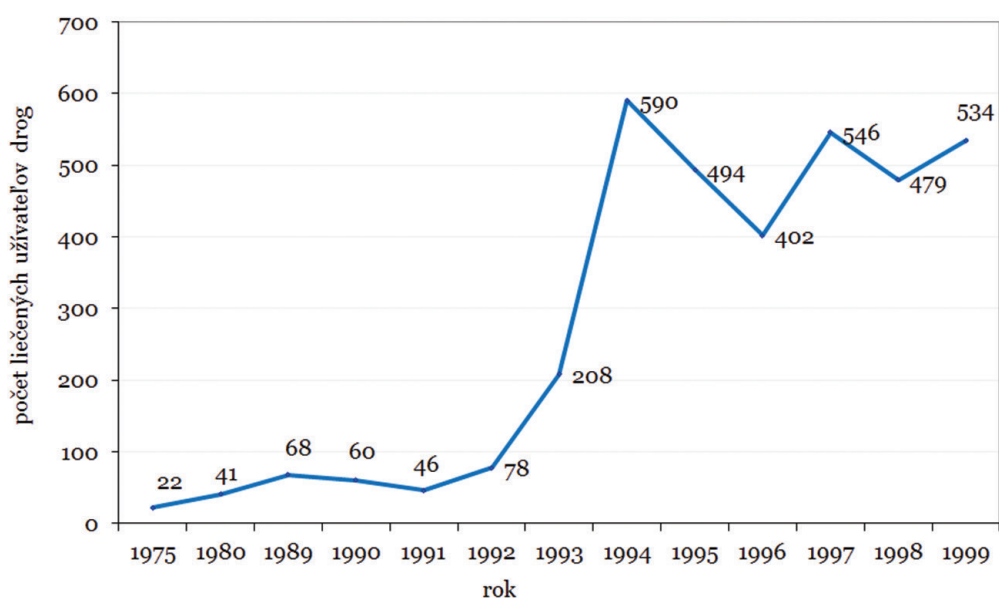
³⁹ Tento termín používa „Multi-city Study of Drug Misuse“. (Nociar, 2000)

by: nedostatkom infraštruktúry (chýbali nielen obchody a služby ale i centrá pre mladých či športoviská), anonymitou (na sídlisko sa sťahovali ľudia nielen z Bratislavy ale i z celého Slovenska) a nerovnomernou vekovou štruktúrou obyvateľov, keď prevažovali najmä mladé rodiny, ktorých deti sa práve na začiatku 90. rokov dostávali do adolescentného obdobia.

Nástup nelegálnych drog ilustruje Graf č. 1, uverejnený v „Multi-city Study of Drug Misuse“ (Nociar, 2000, s. 5), ktorá ilustruje nárast liečených drogov závislých pacientov v rokoch 1992 – 1994.

Graf č. 1

Počet liečených drogov závislých medzi pacientmi bratislavskej Protialkolickej poradne (od 1990 Centra pre liečbu drogových závislostí)



Zdroj: Nociar, A., 2000, s. 5

Ako citovaná štúdia ďalej uvádza (tamže), v roku 1994 malo 47,9 % liečených drogov závislých menej ako 20 rokov (a v roku 1995 bolo 54 % prvoliečených drogov závislých v Bratislave vo veku do 19 rokov), neskôr populácia liečených drogov závislých postupne starla (v roku 1999 už bolo liečených iba 15,6 % drogov závislých vo veku do 20 rokov). Zároveň v roku 1994 sa v Bratislave liečilo 86 % zo všetkých heroínovo závislých z celého Slovenska. Neskôr sa heroín rozšíril aj ďalej na Slovensko (napríklad v roku 1995 bolo v Bratislave liečených 77 % heroínovo závislých; a v roku 1999 už len 53 %). Je teda jasné, že heroínová „drogová epidémia“ vypukla najskôr v Bratislave a jej obeťami boli predovšetkým ľudia vo veľmi mladom veku a až neskôr sa heroín vo väčšej miere rozšíril po celom Slovensku. Problémom tiež bolo, že značná časť užívateľov si heroín

aplikovala injekčne (72 % všetkých prvoliečených drogovo závislých pacientov v roku 1995 v Bratislave užívalo drogu injekčne (zdroj dát: Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky), čo zvyšovalo riziko prenosu infekčných chorôb.

Mieru heroínovej epidémie v Bratislave ilustrujú i zistenia školského prieskumu ESPAD⁴⁰ z roku 1995, kde pre bratislavskú mládež vo veku 15 – 18 rokov bol heroín po marihuane druhou najpopulárnejšou nelegálnou drogu, keď s ním malo celoživotnú skúsenosť takmer 4 % respondentov (a s marihuanou takmer 23 % mladých Bratislavčanov). (Nociar, 2000, s. 21)

Približne v rokoch 1992 – 1994 sa heroín predával i na uliciach (dokonca v centre Bratislavy)⁴¹, neskôr sa zrejme pod vplyvom novely trestného zákona na jeseň v roku 1994 presunul jeho predaj do bytov (o vývoji zákonov pozri nasledujúce kapitoly).

I keď veľká väčšina liečených drogovo závislých z tohto obdobia boli užívatelia heroínu, najrozšírenejšou nelegálnou drogu bola marihuana. Podľa prieskumu školskej mládeže (ESPAD) malo už v roku 1995 viac ako 10 % 15 – 16 ročných slovenských študentov skúsenosť s fajčením marihuany. (Hibell, et al., 1995) V prieskume Štatistického úradu z roku 1996 (metóda face to face interview) uviedlo celoživotnú skúsenosť s marihuanou okolo 8 % populácie Slovenska staršej ako 15 rokov, v celoslovenskej vekovej kohorte 15 – 24 ročných to bolo 19 % respondentov, pričom necelých 6 % ju užilo v priebehu posledných 30 dní. Podľa tohto prieskumu bola marihuana v roku 1996 už populárnejšou drogu ako najobľúbenejšie drogy predchádzajúcej dekády. Zo solvenciami (organické rozpúšťadlá ako napr. Toluén) malo v roku 1996 celoživotnú skúsenosť iba

⁴⁰ Treba poznamenať, že prieskumy ESPAD sa vzhľadom na používanú metodológiu a ňou zaručenú mieru anonymity (respondenti sami anonymne vyplňajú dotazník) dajú zo všetkých slovenských populačných prieskumov považovať za najspoľahlivejšie.

⁴¹ Dôkaz o pouličnom predaji heroínu v centre Bratislavy podáva i rozhovor s hudobníkom Ďurom Černým:

„Lenže v tom čase tu prebehla aj prvá vlna heroínu. Sveťo s Braňom sa na drogy vrhli po hlave, a ja som do toho padol s nimi.

Dôvod?

Prvý trh s heroínom v Bratislave bol na Hviezdoslavovom námestí. Vtedy som býval na Fučíkovej, dnešnej Medenej ulici, čo je kúsok odtiaľ. Oni si kúpili heroín na námestí a potom šli ku mne domov šľahnúť si ho. Našou smolou asi bolo, že okolo nás vtedy ešte neexistovali žiadni závislí ľudia, na ktorých by sme videli, čo z nich urobili drogy. Jednoducho nám chýbal negatívny vzor. Netušili sme, do čoho ideme.

Museli ste predsa vedieť, čo spravili drogy s mnohými slávnymi muzikantmi v zahraničí.

To nám bolo strašne vzdialené, navyše tam to bolo spájané s injekčnými striekačkami, a ja som si vtedy hovoril, že kým si to nebudem priamo pichať, nemôžem sa stať závislým. Bola to blbosť, ale vtedy som to netušil. Po roku jemného posnupávania som bol totálne závislý. Množstvo kamarátov z našej partie zomrelo.“ (Černý, Sudor, 2011)

necelých 8 % a s „lekárskymi drogami“ (anaboliká, sedatíva) malo celoživotnú skúsenosť iba o niečo viac ako 9 % 15 – 24 ročných obyvateľov Slovenska. Skúsenosť s ostatnými drogami (LSD, extáza, amfetamíny, kokaín) sa pohybovala na výrazne nižšej úrovni. Zatiaľ čo v rokoch 1992 a 1993 bolo výrazne najviac liečených drogovo závislých od solvencií, tak v roku 1994 prvýkrát a zároveň mimoriadne výrazne situácia zmenila a počet liečených závislých od heroínu bol viac ako šesťnásobne vyšší v porovnaní so závislými od solvencií. Tento pomer sa udržal i v nasledujúcich rokoch.

Vysvetlenie zvýšenia počtu užívateľov drog však netreba hľadať iba na strane ponuky, kde sa na Slovensku v prípade obchodovania s heroínom etablovali zločinecké organizácie zložené predovšetkým z obyvateľov bývalej Juho-slávie (najmä etnických Albáncov). Vzástol však i dopyt po drogách, čo súviselo s demokratizáciou spoločnosti a celkovým uvoľnením mechanizmov spoločenskej kontroly. (Fedačko, R., 2008) Navyše mladí ľudia začali vo väčšom počte cestovať do západoeurópskych krajín, kde objavovali na Slovensku dovtedy v podstate neznáme drogy a následne ich importovali i domov.

Reakcie verejnosti

Užívanie drog sa po roku 1990 stalo rozhodne pre verejnosť viditeľnejším javom než v predchádzajúcom období. Predchádzajúci režim sa snažil rôzne deviácie (ale napríklad i fyzicky či mentálne handicapovaných ľudí) z ideologických dôvodov skrývať a tak bola pre širšiu verejnosť ukrytá i subkultúra užívateľov drog. Po roku 1989 však užívatelia drog postupne stali viac a viac viditeľnými. (Zábranský, 2004, s. 663)

Zviditeľnenie drogovej scény však súviselo tiež s odstránením cenzúry tlače. V tomto období bola pre novovzniknutú bulvárnu tlač téma drogových závislostí mimoriadne atraktívna. Extrémne prípady užívania drog sa často popisovali ako bežná prax a celú situáciu značne dramatizovali. (Fedačko, 2008)⁴² Ilustratívna je v tejto súvislosti otázka štátneho Štatistického úradu, ktorý sa v celoslovenskom prieskume verejnej mienky z roku 1994 pýtal respondentov: „Stretli ste sa Vy alebo Vaše dieťa s osobou rozdávajúcou cukríky alebo žuvačky, ktoré vyvolávajú návyk na drogu?“ Tento populárny mestský mýtus (urban legend) sa síce dlhodobo a opakovane objavuje po celom svete, ale fakt, že ho medzi iné (a často podobne absurdné) otázky o drogách zaradili tvorcovia dotazníka, vypovedá jednak o ich nízkej odbornosti a jednak o atmosfére strachu, paniky a neinformovanosti, ktorá v tejto oblasti vtedy na Slovensku prevládala.⁴³

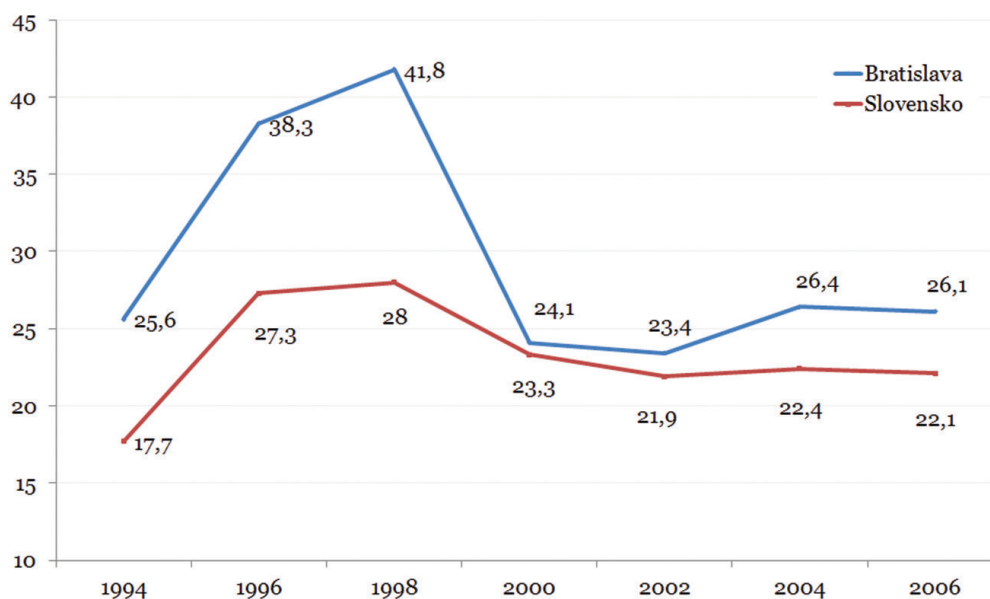
⁴² Fedačko uvádza i niektoré titulky článkov z tohto obdobia: „Droga- problém civilizácie“ (Telegraf, 19. 12. 1992), „Nebezpečenstvo zvané drogy!“ (Špígl, 20. 7. 1992), „Drogový raj v srdci Európy“ (MF Dnes, 21. 11. 1992), „Do dvoch rokov tu môžeme mať centrum narkomafie“ (Rudé právo, 25. 4. 1992), „Schody do pekla“ (SMENA, 31. 5. 1994).

⁴³ Roman Džambazovič (Džambazovič, 2008) v svojom texte tiež kritizuje znenie niektorých otázok z týchto výskumov.

Podľa tohto prieskumu Štatistického úradu z roku 1994 si viac ako polovica respondentov (54 %) myslela, že „narkománia u nás prerastá do celospoločenského problému“, a iba 30 % respondentov si myslelo, že užívanie drog je „len záležitosťou niektorých slabých jedincov“. Vývoj pociťovanej hrozby drogovej závislosti pre seba, svoje dieťa, alebo svoju rodinu ilustruje Graf č. 2 (znázornené sú odpovede „cítim veľkú hrozbu, obávam sa toho“). Z tohto grafu je zrejmé, že obava verejnosti z drogovej závislosti v rokoch 1994 – 1998 stúpala, v roku 2000 mierne poklesla a na úrovni približne 22 % sa stabilizovala. Z grafu tiež vyplýva, že v Bratislave, či v bratislavskom regióne bola predovšetkým v 90. rokoch obava z drogovej závislosti výrazne vyššia ako na celom Slovensku, čo korešponduje i s dátami o prevalencii či o počte liečených, keď boli zo začiatku drogy rozšírené najmä v Bratislave a až časom sa výraznejšie rozšírili do celého Slovenska.

Graf č. 2

„Cítite alebo necítite hrozbu drogovej závislosti pre seba, alebo svoje dieťa, svoju rodinu?“ Odpovede „Cítim veľkú hrozbu, obávam sa toho“



Poznámka: V rokoch 1994 – 1998 vek vzorky 15+, 2000 – 2006 vek vzorky 15 – 64. V rokoch 1994, 1996 Bratislava mesto, 1998 – 2006 bratislavský kraj.

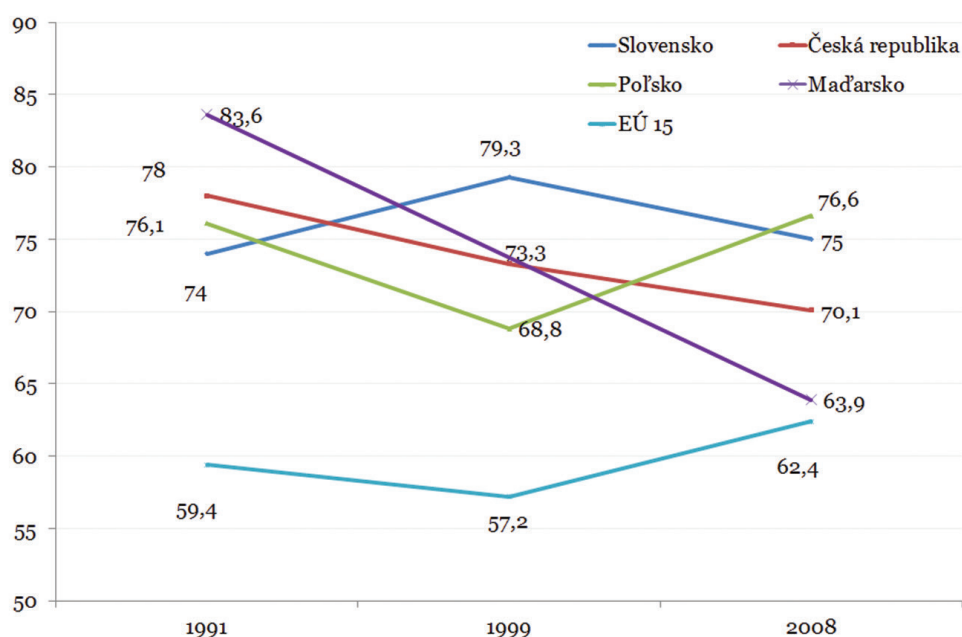
Zdroj: Prieskumy ŠÚ SR, autor.

Postoje verejnosti k užívateľom drog a k drogovo závislým sledovali Európsky výskum hodnôt (European Values Study (EVS)). Jedna z otázok v tomto výskume merala sociálny odstup od drogovo závislých, presné znenie otázky bolo: „Ktoré z daného zoznamu skupín by ste nechceli za susedov?“. Respondenti sa vyjadrovali k viacerým predloženým skupinám. Výsledky zobrazuje Graf č. 3,

pričom v grafe sme znázornili i priemer krajín EÚ 15, ktoré sú pre nás vzorkou krajín západnej Európy. Výsledky naznačujú, že v rámci krajín V4 neexistuje jednoznačný trend: V Českej republike takto meraný sociálny odstup dlhodobo mierne klesá, ešte výraznejšie klesá v Maďarsku, v Poľsku a na Slovensku sa jednoznačný trend nedá určiť.

Graf č. 3

Ktoré z daného zoznamu skupín by ste nechceli za susedov? Drogovo závislí ľudia



Poznámka: V rokoch 1991 – 1999 – 2008, prepočítané % po odstránení odpovedí nevie/neodpovedal. Za Maďarsko chýba údaj z roku 1999 kvôli odlišnej otázke. EÚ 15: Rakúsko, Belgicko, Dánsko, Fínsko, Francúzsko, Nemecko, Grécko, Írsko, Taliansko, Luxembursko, Holandsko, Portugalsko, Španielsko, Švédsko, Veľká Británia.

Zdroj: (EVS, 2011), autor.

Z výsledkov je tiež zrejmé, že takto meraný sociálny odstup od drogovu závislých je v priemere dlhodobo nižší v krajinách západnej Európy (EÚ 15). Z výsledkov z ostatnej vlny prieskumu z roku 2009 sa ukazuje, že miera sociálneho odstupu k drogovu závislým v Európe je vo všeobecnosti najvyššia v postkomunistických krajinách (určité výnimky v západnej Európe s vysokými hodnotami predstavujú Fínsko (83 %), Island (81,3 %) a Írsko (77,3 %)). V tejto súvislosti je zaujímavý fakt, na ktorý upozorňuje český sociológ Rabušic (2000). Autor po zostavení súhrnného „indexu netolerance“ z dát EVS, ktorý vyjadruje celkovú mieru odmietania skupín, ktoré respondent nechce za suseda, poukazuje na to, že v postsocialistických krajinách je miera odmietania iných a odlišných skupín

všeobecne vyššia ako v západoeurópskych krajinách, a to aj napriek tomu, že postupne klesá.

Posilňovanie sociálneho odstupu k drogovu závislým na Slovensku v intímnej rovine dokumentujú ďalšie údaje. V prieskumoch Štatistického úradu sa v rokoch 2000 – 2006 vyskytovala aj otázka „*Pokračovali by ste v partnerskom vzťahu s človekom, ktorý má za sebou liečbu drogovej závislosti?*“. Indikátor môžeme opäť považovať za meranie sociálneho odstupu, a to na úrovni blízkych osobných vzťahov, ktoré sa chápu ako najcitlivejšia úroveň merania sociálneho odstupu (každodenný blízky kontakt). Ochota udržať si blízky osobný vzťah s človekom, ktorý prekonal drogovú závislosť klesá. Kým v roku 2000 by nebolo ochotných pokračovať v partnerskom vzťahu 50 % opýtaných, v roku 2006 to bolo už 69 % opýtaných respondentov. Úroveň akceptácie liečených narkomanov na úrovni blízkych partnerských vzťahov má teda tendenciu sa znižovať, čo poukazuje na to, že prevládajúce postoje k takýmto blízkym osobám sú podozrievavé a negatívne naladené. (Pozri tiež: Klobucký, Strapcová, 2010)⁴⁴

Spoločenskú akceptáciu užívania marihuany merala otázka vo výskumoch EVS (1991, 1999, 2008). V týchto výskumoch sa anketári pýtali na rôzne spor- né typy konania (ako napr. neplatenie daní, šoférovanie pod vplyvom alkoholu, prostitúcia, samovražda a pod.), medzi ktorými bolo aj fajčenie marihuany alebo hašišu. Respondenti mali na 10-bodovej škále určiť, či dané konanie možno vždy ospravedlniť (10) alebo nikdy nemožno ospravedlniť (1). Zobrazenie výsledkov v úplnej škále 1 – 10 bodov by bolo v tomto prípade príliš podrobné, keďže veľká časť respondentov sa situovala do jednoznačnej pozície „fajčenie marihuany nikdy nemožno ospravedlniť“. Preto sme sa rozhodli sledovať iba varianty odpovedí „skôr možno ospravedlniť“ (v škále hodnoty 6 – 10), ktoré sme spojili a znázornili v Grafe č. 4.

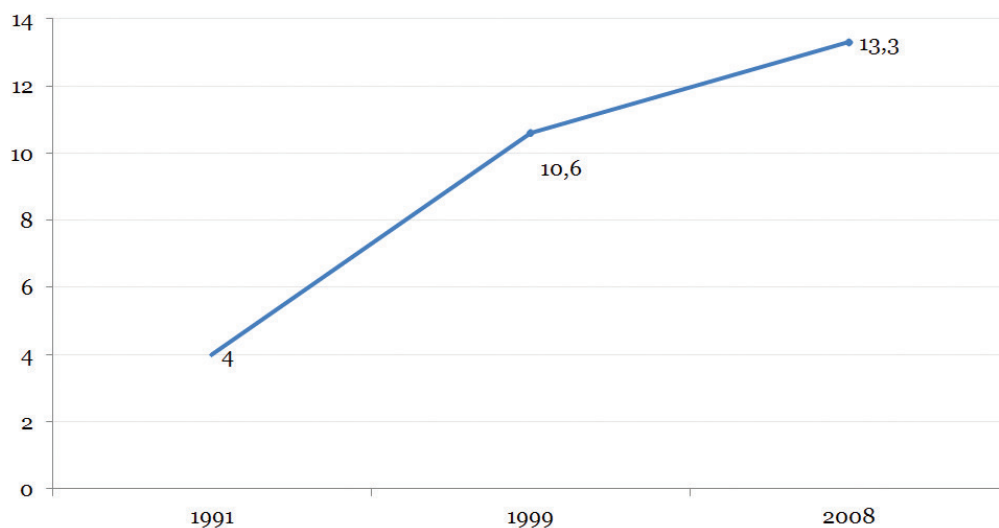
Z grafu je zrejmé, že postoj obyvateľov Slovenska voči užívaniu marihuany sa v sledovanom období stal tolerantnejším. To však neznamená, že by slovenskí respondenti prestali odmietať užívanie marihuany, zdá sa však, že ich súčasný postoj je menej prísny. To môže byť dôsledkom toho, že subjektívne vnímaná miera nebezpečnosti takéhoto konania sa vo verejnej mienke znížila. Tolerantnejší postoj je častejší u mladých ľudí do 34 rokov, u vysokoškolsky vzdelaných ľudí a z hľadiska religiozity u ľudí definujúcich sa ako neveriaci. Naopak, ukázalo sa, že významne menej zástancov tolerantnejšieho postoja k užívaniu marihuany nájdeme v kategóriách starších respondentov nad 65 rokov, u ľudí

⁴⁴ Pozri tiež (Nociar, 1998): Napriek relatívne dobrej akceptácii prístupu k závislosti ako k ochoreniu v populácii, ... , zostáva ešte veľa práce na úrovni oblasti reálneho života a každodennej akceptácie osôb závislých na drogách s pomáhajúcim postojom a informovanosťou o ich problémoch. Táto situácia je veľmi podobná situácii z čias keď dominoval moralistický postoj k alkoholu a alkoholizmu, čo nakoniec viedlo k prohibícii a posilneniu trestania. Až po dlhých rokoch vzdelávania, práce masových médií, výskumníkov a novinárov sa dosiahlo, že alkoholicy prestali byť vnímaní ako ľudia druhej kategórie zasluhujúci si izoláciu a trestanie.

s najvyšším dosiahnutým základným vzdelaním a aj u veriacich. Posledne menované kategórie zároveň reprezentujú tých najkonzervatívnejších respondentov, ktorý oproti priemeru štatisticky významne častejšie zastávajú jednoznačne odmietavé stanovisko voči fajčeniu marihuany. (Bližšie pozri: Klobucký, Strapcová, 2010)

Graf č. 4

Ospravedlniteľnosť konania: fajčenie marihuany alebo hašišu (EVS, údaje v %), zrátané odpovede „skôr možno ospravedlniť“ (hodnoty 6 – 10 zo škály 1 – 10, pričom 1 – nikdy nemožno ospravedlniť, 10 – vždy možno ospravedlniť).



Zdroj: (EVS, 2011), autor.

Vývoj v presadzovaní práva v drogovej oblasti

Slovensko bolo súčasťou Československa do 1. januára 1993, po tomto dátume sa stalo samostatným štátom. Československo bolo signatárom mnohých medzinárodných dohovorov (za všetky môžeme spomenúť Dohovor OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropnými látkami z 20. decembra 1988 (United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances).⁴⁵ Pomerne kontroverzným bodom tejto dohody je záväzok naformulovaný v článku 3, odsek 2, ktorý hovorí o tom, že signatári dohody budú kriminalizovať prechovávanie drog i pre vlastnú potrebu. Zdalo by sa, že tento dohovor významne ovplyvňuje podobu drogovej politiky v jednotlivých štátoch smerom k reštriktívnemu a represívnemu modelu. (Čentíš, 2007, s. 37)

⁴⁵ Ďalšie medzinárodné zmluvy, ktoré v tejto oblasti Československo a neskôr Slovenská republika ratifikovali podrobne uvádza Jozef Čentíš (Čentíš, 2007).

Krzysztof Krajewski (Krajewski, 1999, s. 329) tiež upozorňuje, že tieto medzinárodné zmluvy sú významnou prekážkou reformovania súčasných drogových politík smerom k menšej represívnosti a k väčšiemu dôrazu na zmierňovanie škôd spojených s užívaním drog. Jednotlivé národné drogové politiky teda nemajú úplnú autonómiu, ale ako Krajewski píše, v praxi je zrejmé, že prijaté medzinárodné zmluvy majú istú mieru voľnosti interpretácie, najmä čo sa týka oblasti kriminalizácie prechovávaní drog pre vlastnú potrebu.

To napokon dokazuje i vývoj právnej úpravy v oblasti trestnosti prechovávaní drog v Československu. V roku 1990 bol totiž prijatý zákon č. 175/1990 (vstúpil do platnosti 1. júla 1990), v ktorom bola vypustená trestnosť prechovávaní drog pre vlastnú potrebu, ale zároveň tu tiež boli sprísnené tresty za prechovávanie pre iných, výrobu, dovoz či vývoz pri priťažujúcich okolnostiach⁴⁶ a tiež bola kvalifikovaný i nový trestný čin: šírenie toxikománie. O vypustení trestnosti prechovávaní drog pre vlastnú potrebu sa však neviedla širšia politická či odborná diskusia, čo naznačuje, že v tomto období ešte drogová problematika nebola predmetom zvláštneho záujmu. (Zeman, 2007, s. 52) Vypustenie trestnosti prechovávaní drog pre vlastnú potrebu bolo záležitosťou pozmeňovacích návrhov v parlamente, pričom v pôvodný návrh zákona túto zmenu neobsahoval. (Čentěš, 2007, s. 55) Základným zámerom rozsiahlej porevolučnej zmeny trestného zákona v roku 1990 bola náprava jeho najflagrantnejších skreslení a pokrivení, ktoré boli do zákonov inkorporované v predchádzajúcom totalitnom období. (Zeman, 2007, s. 52)

V súvislosti s vypustením trestnosti prechovávaní drog pre vlastnú potrebu sa dá uvažovať o vplyve liberálnej atmosféry súvisiacej s Nežnou revolúciou. Vtedajší parlament, ktorý tento zákon schválil (zákon bol schválený v máji 1990, Nežnú revolúciu odštartoval zásah policajných jednotiek proti študentom v novembri 1989) pozostával totiž zo značnej časti nových poslancov, ktorí vystriedali odvolaných či odstúpených skompromitovaných komunistických poslancov. Títo noví „revoluční“ poslanci neboli do parlamentu volení (prvé demokratické voľby sa uskutočnili až v júni 1990), ale kooptovaní a časť z nich boli disidenti. Disidentské hnutie v Československu (a predovšetkým v Česku) bolo pritom jedinečné svojou skladbou, pretože okrem zakázaných akademických intelektuálov a odbojných predstaviteľov náboženských skupín v sebe v nezanedbateľnej miere zahŕňalo i umelcov, hudobníkov a kultúrny underground, ktorí mal často k zakázaným drogám pomerne tolerantný vzťah.⁴⁷

⁴⁶ Ak spácha tento trestný čin ako člen organizovanej skupiny, vo veľkom rozsahu, získa značný prospech, spácha voči osobe mladšej ako 18 rokov, zapríčiní ťažkú ujmu na zdraví alebo smrť.

⁴⁷ Tak napríklad vodcovi disentu, dramatikovi, spisovateľovi a porevolučnému prezidentovi Václavovi Havlovi sa prisudzovali tak skúsenosti s fajčením marihuany, užívaním stimulancií ako i experimentovanie s LSD. (Pozri napr.: Kaiser, 2009, Motýl, 2011)

Ako uvádza Čentíš (Čentíš, 2007, s. 57) táto právna úprava vychádzala z myšlienky, že (česko-)slovenský právny poriadok nedefinuje povinnosť človeka žiť a ani netrestá sebapoškodzovanie. Nedostatkom tejto právnej úpravy bola nemožnosť trestne stíhať podozrivých ľudí, ktorí pri sebe mali i väčšie množstvo drogy a na svoju obhajobu uviedli, že pre svoju osobnú potrebu a nadobudli ju od neznámej osoby. V takýchto prípadoch sa nedarilo preukázať komerčný charakter prechovávaní drog a podozrivé osoby sa vyhli trestnému stíhaniu. O takomto prípade hovorí expert:

Interview č. 4: „...bol taký jeden prípad v Bratislave, Námestie SNP, kde bola jedna osoba zadržaná a mala pri sebe veľké množstvo heroínu, ak sa nemýlim to bolo. V tomto období pred novelou a ona táto osoba povedala, že tú drogu má pre seba, hoci bolo jasné, že to nemohla mať také veľké množstvo pre vlastnú potrebu ... bolo to niekoľko sto gramov a tá osoba bola oslobodená právoplatne spod obžaloby. To znamená, že keď sme niekoho chytili a on povedal; ale ja to mám pre seba, tak ťažko sme preukazovali ten úmysel. A toto bolo jednoducho potrebné takto zosúladiť aj z hľadiska medzinárodných dohovorov aj z hľadiska aplikačnej praxe. Lebo táto aplikačná prax si takúto úpravu vyžiadala.“

Netrestanie užívateľov za prechovávanie drog pre vlastnú potrebu však na Slovensku trvalo iba do 1. októbra 1994, keď začal platiť zákon č. 248/1994. V ňom sa zaviedlo trestanie prechovávaní drog pre vlastnú potrebu podľa §187 a to na 1 až 5 rokov. Zmena zákona spočívala v doplnení výrazu „pre seba“, takže tento paragraf nerozlišoval medzi prechovávaním pre seba, pre iných, dovozom, vývozom či výrobou. Okrem už spomínaných problémov s potlačovaním obchodu s drogami bolo príčinou prijatia takejto novely i možný nesúlad dovtedajšej platnej právnej normy s medzinárodnými dohovormi a zmluvami.

Ani pri tejto zmene zákona však neprebehla širšia verejná, odborná či politická diskusia na tému drogovej politiky a zmena zákona bola záležitosťou predovšetkým Ministerstva spravodlivosti, iné rezorty do návrhu veľmi nevstúpili. Verejná mienka však bola za trestanie užívateľov drog. Podľa prieskumu Štatistického úradu z roku 1994 až 67,6 % respondentov bolo za trestné stíhanie obchodníkov s drogami aj všetkých užívateľov drog. Trestať iba priekupníkov drog chcelo len 24,3 % respondentov.

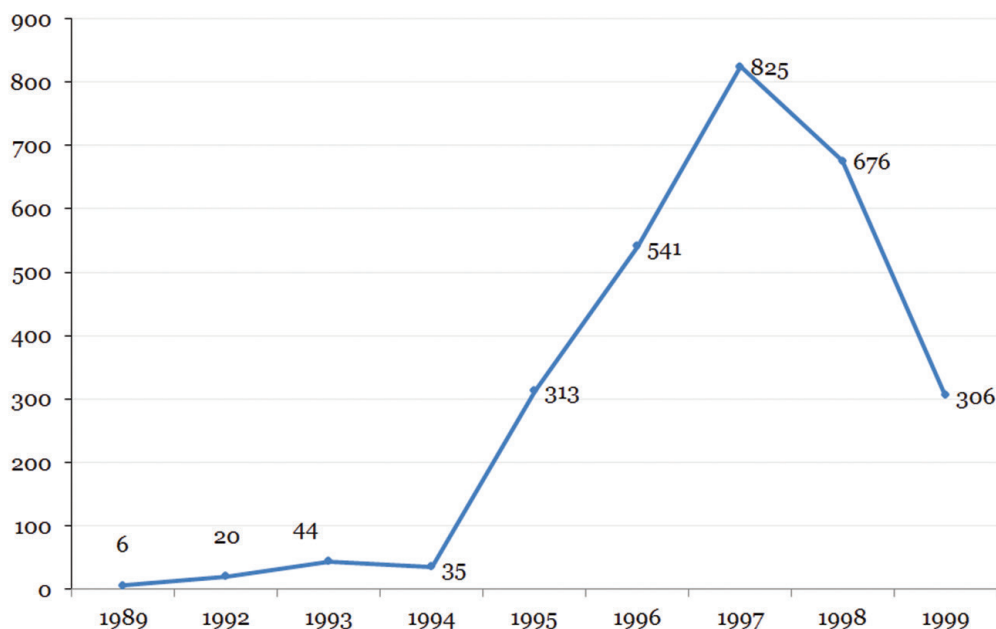
Neviedla sa ani žiadna diskusia o kategorizácii drog podľa miery ich škodlivosti. V 90. rokoch takisto nevystúpila žiadna významnejšia politická, odborná či občianska iniciatíva s požiadavkou na dekriminalizáciu marihuany či na zmiernenie trestania jej užívateľov. Ani verejnosť takejto alternatívy nebola príliš naklonená. Na otázku či by bolo správne povoliť marihuanu v prieskume Štatistického úradu z roku 1994 odpovedalo „bolo by to správne“ a „asi by to bolo správne“ iba 6,7 % respondentov, ďalších rokoch (1996 a 1998) ich podiel stúpol na takmer 11%.

S vývojom legislatívy úzko súvisel i počet trestne stíhaných osôb za prechovávanie a výrobu drog. Nárast trestných stíhaní dokumentuje Graf č. 5. Z grafu je zrejmé, že dôsledkom zmeny legislatívy v roku 1994 bol prudký nárast trestne stíhaných za drogovú trestnú činnosť. Tento nárast v kulminoval v roku 1997, keď bolo trestne stíhaných viac ako 20 krát viac v porovnaní s rokom 1994. Dá sa predpokladať, že veľká väčšina týchto trestne stíhaných bola užívateľmi drog a nie obchodníkmi s drogami či ich producentmi. Takisto sa dá predpokladať, že značná časť z týchto stíhaných, boli užívatelia marihuany, ktorá bola už v tomto období najrozšírenejšou nelegálnou drogou na Slovensku.

Graf č. 5 však znázorňuje i prudký pokles trestne stíhaných v rokoch 1998 – 1999. Tento pokles bol zapríčinený stanoviskom trestného kolégia najvyššieho súdu, ktoré 1. júla 1998 stanovilo, že pod prechovávaním pre seba je potrebné rozumieť iba také prechovávanie, ktoré po zadovážení drogy nesmeruje priamo k jej spotrebe (tzv. „spotrebná držba“), ale k jej dlhodobějšímu uschovaniu. Z takéhoto výkladu vyplývalo, že užívateľ mohol po zadovážení drogy prechovávať bližšie neurčenú dobu beztrestne, ak ju zamýšľal spotrebovať. Toto stanovisko trestného kolégia bolo podnietené dovtedajšou praxou, keď súdy tieto okolnosti často vykladali rozdielne. (Čentěš, 2007, s. 58–59)

Graf č. 5

Vývoj počtu trestne stíhaných za trestné činy prechovávania, dovozu, vývozu, výroby či obchodovania s drogami v 90. rokoch 20. storočia



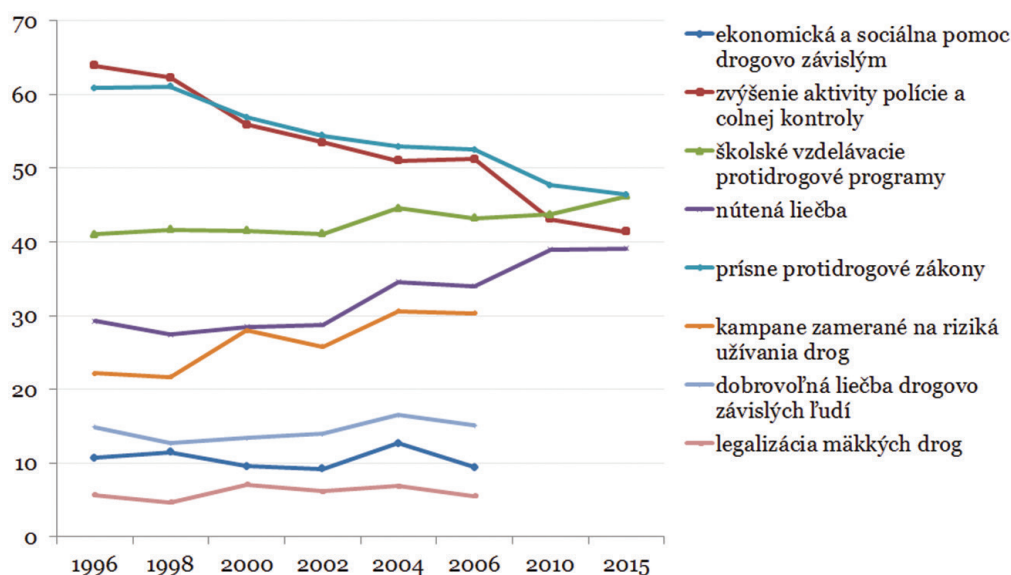
Zdroj: Čentěš, 2007.

Zákon č. 248 z roku 1994 možno považovať za významný krok smerom k represívne nastavenej drogovej politike na Slovensku. Je príznačné, že pri jeho

prijímaní sa neviedla širšia diskusia o jeho možných negatívnych nezamýšľaných dôsledkov na užívateľov drog či verejné zdravie. V tomto období prevládala jednoznačná široká spoločenská podpora najmä represívnych opatrení v drogovej politike. Neboli sformované odborné či občianske iniciatívy, ktoré by presadzovali menej reštriktívne modely drogovej politiky a tak bola predstava, že drogový problém sa dá riešiť zostrením represie všeobecne rozšírená. Toto presvedčenie zachytávajú i prieskumy Štatistického úradu, ktoré sú zdrojom údajov pre Graf č. 6. Z tohto grafu vyplýva, že slovenská verejnosť preferuje opatrenia zamerané na zníženie ponuky drog. Popularita takýchto opatrení (zvýšenie aktivity polície a prísnejšie protidrogové zákony) bola najvyššia práve v 90. rokoch, ale ich podpora neskôr dlhodobo klesala. Naopak, stúpa podpora preventívnych kampaní, ale i nútenej liečby drogovu závislých.

Graf č. 6

„Aké opatrenia by, podľa Vás, boli najúčinnnejšie pre zastavenie šírenia drogového závislosti u nás?“ Možno uviesť tri odpovede.



Poznámka: V roku 2010 iné znenie otázky: „Aké opatrenia by boli podľa Vás najúčinnnejšie pri riešení drogového problému?“ Možno uviesť tri odpovede. V roku 2010 iná otázka („Aké opatrenia by boli podľa vás najúčinnnejšie pri riešení drogového problému?“) a iné varianty odpovedí (namiesto „školské vzdelávacie protidrogové programy“, „prevencia (napr. vzdelávacie programy pre deti a rodičov, vzdelávanie na školách)“). Zdroj: prieskumy ŠÚ SR, NMCD, autor.

Zdá sa, že zákon č. 248 z roku 1994 ktorý zaviedol kriminalizáciu prechovávaní drog pre vlastnú potrebu v konečnom dôsledku neovplyvnil počet ľudí užívajúcich drogy, naopak, práve po prijatí tohto zákona ich počet podľa prezentovaných prieskumov prudko stúpal. Podľa dostupných informácií tiež neovplyvnil drogovú scénu azda až na jednu už spomínanú výnimku: predaj drog

sa z verejných priestorov (námestí a ulíc) presunul do ťažšie kontrolovateľných bytov.

Uvedené údaje z výskumov, ktoré hovoria o konzervatívnej verejnej mienke a preferovaní represívnych opatrení čiastočne vysvetľujú i skutočnosť, že v 90. rokoch sa na Slovensku nesformovala žiadna významnejšia opozícia proti presadzovanému modelu drogovej politiky. Predmetom verejného, odborného a ani politického diskurzu sa nestalo ani sprísňovanie drogových zákonov, ktoré presadzovalo Ministerstvo spravodlivosti.

V odbornej verejnosti v rámci drogovej politiky prevládali dva diskurzy – zdravotný a bezpečnostný a nezdá sa, že by sa v tomto období dostávali do konfliktov. Hlasy, ktoré by preferovali opatrenia typu harm reduction, či presadzovali liberálnejšie prístupy v drogovej politike sa ojedinele objavovali až na konci 90. rokov a pochádzali predovšetkým z prostredia vznikajúcich mimovládnych organizácií.

Inštitucionalizácia drogovej politiky

Pre inštitucionalizáciu slovenskej drogovej politiky bolo dôležité i vstup Československa do Pompidou Group v roku 1991. Základným cieľom Pompidou Group je postupovať proti zneužívaniu drog a proti nezákonnému obchodovaniu s nimi, pričom táto organizácia bola dôležitým predchodcom Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogové závislosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)) v oblasti vytvárania metodológií a štandardov pre zbieranie údajov o nelegálnych drogách. Československé a neskôr slovenské členstvo v tejto inštitúcii prispelo predovšetkým k rozšíreniu expertného poznania v danej problematike. Pompidou Group organizovalo viaceré vedecké podujatia a snažilo sa svojim pôsobením prispieť ku rozvoju odborného diskurzu a k vylepšovaniu drogovej politiky. (Chmelová, 2000) Azda najvýznamnejším konkrétnym výstupom pôsobenia Pompidou Group na Slovensku bolo vypracovanie „Multi-city Study of Drug Misuse“ za mesto Bratislava. (Nociar, 2000)⁴⁸ Významnou bola tiež podpora Pompidou Group pre Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)), v rámci ktorého sa na Slovensku uskutočňovali výskumy školskej mládeže od roku 1995.

V období do roku 1995 boli za protidrogovú politiku zodpovedné dve inštitúcie: Rada vlády Slovenskej republiky pre boj s protispoločenskou činnosťou a Koordinačná Rada pre podporu zdravia obyvateľstva (prvá pôsobila na strane redukcie ponuky drog; druhá na strane redukcie dopytu po drogách). (Nociar, 2000) Neexistovala teda špecifická inštitúcia, ktorá by sa primárne zaoberala

⁴⁸ Táto štúdia bola súčasťou európskeho projektu, ktorý mal za cieľ monitorovať a interpretovať trendy a vývoj v užívaní drog v 42 európskych mestách v 24 krajinách pomocou štandardizovaných epidemiologických indikátorov ako sú prevalencia, liečba, zdravie, drogové trestné činy a trh z drogami. (Bless, et al., 2000)

drogovou politikou. Návrhy a riešenia v tejto oblasti tak neboli dostatočne koordinované. Pozitívnym spôsobom koordináciu protidrogovej politiky neovplyvnila ani vládna „Koncepcia boja proti drogám“ z roku 1993. Na základe tejto koncepcie bol minister zdravotníctva SR poverený vytvorením medzirezortnej expertnej komisie, ktorá sa mala venovať problematike ilegálnych drog. Táto komisia však nikdy nebola vytvorená. (Hejda, 2003)

Podľa vyjadrení expertov, bola popudom pre vznik ucelenej protidrogovej stratégie ako i pre vznik inštitúcie, ktorá mala túto oblasť zastrešovať i štúdiá Ministerstva vnútra, ktorá sa zaoberala bezpečnostnými aspektmi užívania drog na území mesta Bratislavy. Represívne orgány vyhodnotili situáciu v oblasti užívania drog ako alarmujúcu, čo bolo významným impulzom pre silnejšiu inštitucionalizáciu drogovej politiky na Slovensku.

Ďalším krokom smerom k inštitucionalizácii slovenskej drogovej politiky bolo uznesenie č. 760, ktoré prijala slovenská vláda v roku 1994. Podľa tohto uznesenia sa mal vytvoriť nadrezortný Národný protidrogový úrad. V roku 1995 bolo toto uznesenie zmenené ďalšími uzneseniami (č. 129 a č. 583), na základ ktorých bol zriadený Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog (VM DZ) a Generálny sekretariát výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog (GS VM DZKD) ako jeho exekutívny orgán. (Miková, 1997) Výbor ministrov je až do súčasnosti vrcholovou inštitúciou slovenskej drogovej politiky, je to poradný, koordinačný, iniciatívny a kontrolný orgán vlády SR vo veciach protidrogovej politiky. Výbor má štrnásť členov a jeho predsedom je podpredseda vlády. Výbor obvykle zasadá dvakrát do roka, hodnotí situáciu na drogovej scéne a vychádzajúc z nej vytyčuje hlavné línie protidrogovej stratégie, ktoré predkladá vláde SR. Na zasadnutiach výboru sú prerokovávané najmä súhrnné správy o realizácii Národného programu boja proti drogám (NPBD) a návrhy na jeho aktualizáciu.

Generálny sekretariát (GS VM DZKD) bol v podstate servisným pracoviskom pre Výbor ministrov a zodpovedá za organizačné pozadie implementácie drogovej politiky na Slovensku. GS VM DZKD zodpovedá za realizáciu rozhodnutí Výboru ministrov a koordináciu aktivít zameraných na riešenie „drogového problému“ na úrovni ministerstiev a ostatných ústredných orgánov štátnej správy. GS VM DZKD tak predstavuje organizáciu, ktorá priamo zabezpečuje realizáciu drogovej politiky SR. (Fedačko, 2008)

Základným strategickým dokumentom drogovej politiky bol Národný program boja proti drogám (NPBD), ktorý vypracoval Ministerstvo vnútra. (Hejda, 2003) Bol prijatý súčasne so vznikom VM DZ v roku 1995 a zohrával úlohu základného strategického plánu komplexnej spoločenskej reakcie na „drogový problém“ (Chmelová, M., 2000). Dokument sa zameriaval na obdobie rokov 1995 – 1998 a jeho súčasťou boli i úlohy naformulované pre jednotlivé rezorty. Už v preambule tohto dokumentu sa píše o nutnosti dodržiavať všetky medzinárodné záväzky a dohovory v rámci kontroly drog. V oblasti presadzovania práva

je potom táto téza zopakovaná, nikde sa však ako možnom problému nepíše o trestaní užívateľov drog. Podobne sa nikde nepíše o podpore opatrení harm reduction a ani o substitučnej liečbe. Najväčší dôraz sa v tomto dokumente kladie na prevenciu. Samotné konkrétne úlohy pre jednotlivé rezorty sú naformulované veľmi všeobecne a vo veľkej väčšine bez kvantitatívnych či kvalitatívnych ukazovateľov, ktorých by sa dali ľahko kontrolovať.⁴⁹ Prvý Národný program boja proti drogám tak pôsobí rámcovým a nekonkrétnym dojmom, pričom sa v ňom neobjavujú opatrenia typu harm reduction, ktoré boli v tom čase už štandardnou súčasťou západoeurópskych drogových politík. Podľa vyjadrení expertov bol tento prvý základný dokument slovenskej drogovej politiky vypracovaný predovšetkým Ministerstvom vnútra.

Interview č. 9: „Bolo to hlavne na báze ministerstva vnútra lebo ten minister vnútra jeden aj potom druhý to dostal ako za úlohu. Ale ten prvý národný program boja proti drogám ešte podával minister vnútra aj vypracovalo to ministerstvo vnútra na základe pripomienok všetkých ostatných.“

RK: „Čiže v tých prvých počiatočných sa zdá, že to ministerstvo vnútra dominovalo?“

Expert č. 9: „Áno, dominovalo – vyslovene!“

RK: „Potom vlastne neskôr, keď sa začali vlastne realizovať tie prvé protidrogové opatrenia, plány a už sa to rozbehlo tak ako sa to rozbehlo, boli tam nejaké napätia ďalej medzi ministerstvom vnútra a týmito zdravotníckymi prístupmi?“

Expert č.9: „No, napätia určite boli a sú vlastne aj dodnes nejako, a ako určité dedičstvo sa prenieslo aj do dnešných dôb ... najmä zdravotníci a školáci mali vždycky taký pocit, že na vnútro ide priveľa prostriedkov, priveľa miliónov a podobne. Takže tie nejaké také napätia tam boli, ale čo som ja vnímal oného času ako takú podstatnú vec, že existoval ten PHARE program, a tí nás tak nejak dali do hromady ako psov s kocúrmami a mi sme tiež ako dosť na seba tak zazerali, policajti a zdravotníci, keď sme boli vonku na dva týždne na také jazdenie po Európe a po tých všelijakých koordinačných inštitúciách a tak, ale z mojej strany ja som ho začal vnímať trochu ináč, tiež toho policajta, ktorý on bol vtedy podstatný, a na druhej strane aj on potom začal, no však veď to čo vy ste tam preskúmali a vyskúmali, však to je tak ako podstatné. Ono bolo podstatné, že začali sme vnímať jeden druhého ako viacej spolupracujúco, ale nemyslím, že dneska by to bolo také, ako to vtedy začínalo byť.“

⁴⁹ Celý dokument neobsahuje ani jeden naplánovaný kvantitatívny cieľ, ktorý by sa mal v danom období dosiahnuť.

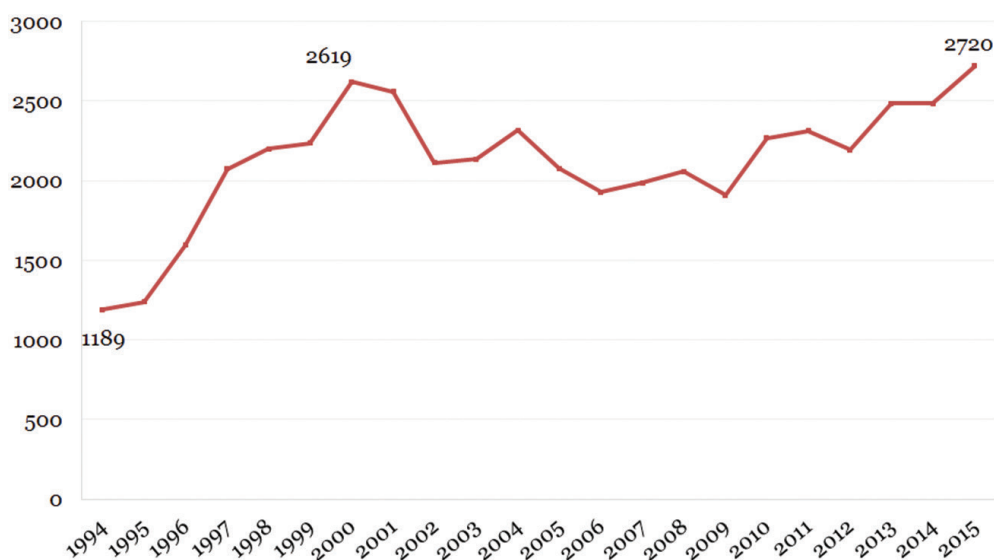
Liečba

Oblasť liečby zastrešovali v 90. rokoch predovšetkým štátne liečebné zariadenia, ktoré sa pôvodne, podobne ako ich personál, zaoberali liečbou alkoholizmu. Niektoré zdroje uvádzajú, že predovšetkým na začiatku 90. rokov sa k užívateľom nealkoholových drog sa neuplatňoval nijako špecifický prístup (napr. pri dobe trvania hospitalizácie) a v terapii sa s nimi pracovalo podobne ako s alkoholikmi. (Hejda, 2003) Alojz Nociar v správe pre projekt Phare v roku 1998 tiež upozorňoval na nedostatok kvalifikovaných profesionálov: „Je tu nedostatok dobre vyškoleného personálu, ktorý by bol vybavený vedomosťami a trénovaný v praktických zručnostiach pre prácu s drogovou závislosťou.“ (Nociar, 1998, s. 56) Zásľuhu na včasnom vypracovaní koncepcie odboru drogovej závislosti ako subdisciplíny psychiatrie mal predovšetkým hlavný expert ministerstva zdravotníctva Ivan Chaban. (Tamže)

Ambulantná i nemocničná liečba bola plne hrazená štátom. Pre ambulantnú liečbu pomerne skoro vznikla sieť Centier pre drogovú závislosť, ktorá dostatočne pokrývala celé územie krajiny. Po prudkom náraste užívania drog sa vyskytol i problém s dostupnosťou liečenia, ktorý sa týkal najmä obmedzených kapacít pre hospitalizáciu. Tento problém sa riešil napríklad i tým, že na jar v roku 1995 bolo otvorené jedno z oddelení psychiatrickej nemocnice v Pezinku, ktoré sa špecializovalo na liečbu predovšetkým mladých užívateľov drog do 18 rokov z Bratislavy.

Graf č. 7

Vývoj počtu liečených pacientov na drogovú závislosť – Treatment demand indicator (TDI)



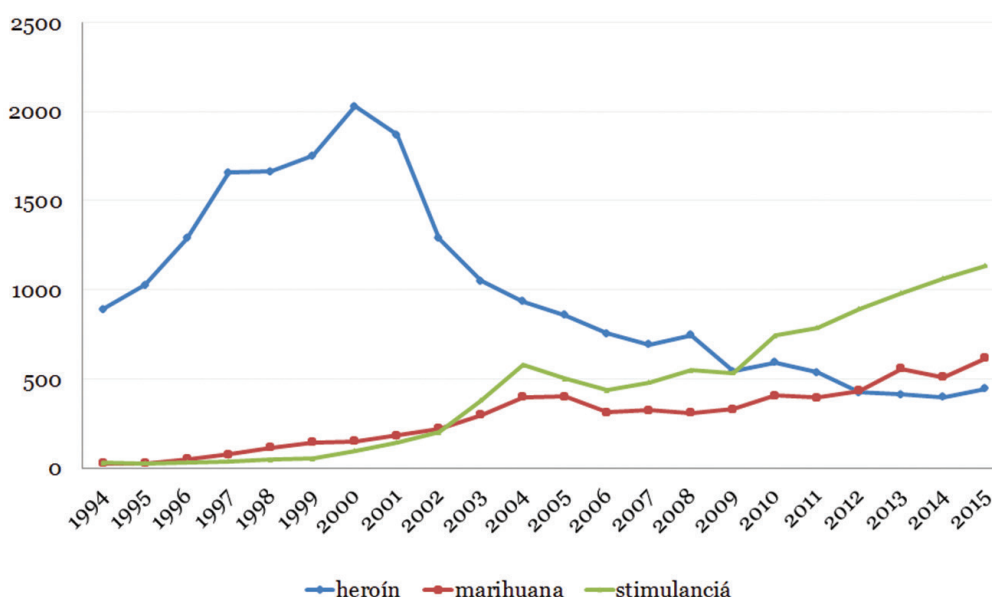
Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií.

Graf č. 7 naznačuje vývoj počtu liečených drogovzo závislých pacientov. Z grafu je jasný prudký nárast liečených pacientov v 90. rokoch, keď sa ich počet v priebehu šiestich rokov (1994 – 2000) viac ako zdvojnásobil a svoj prvý vrchol dosiahol v roku 2000, potom mierne klesal aby po roku 2009 až do súčasnosti (rok 2015) zasa narastal.

Graf č. 8 zasa znázorňuje vývoj počtu liečených pacientov podľa typu drog. Z grafu vyplýva, že v 90. rokoch výrazne prevládali klienti liečení zo závislosti na heroíne, čo predstavovalo značnú záťaž najmä pre nemocničnú liečbu.

Graf č. 8

Vývoj liečených pacientov podľa typu drog



Poznámka: Do roku 2001 sú v kategórii „heroín“ započítaní pacienti liečení na závislosť s primárne všetkými opiátovými drogami (neskôr len heroín) a v kategórii „pervitín“ sú do roku 2001 započítaní pacienti liečení na závislosť s primárne všetkými stimulanciami (neskôr len pervitín).

Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií.

Metadónovú substitučnú liečbu poskytovalo bratislavské štátne Centrum pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ), kde bola dostupná od 1. 10. 1997 s pomerne prísnyimi a exkluzívnymi podmienkami: potvrdená diagnóza závislosti na opiátoch, vek nad 18 rokov, aspoň dva predchádzajúce neúspešné pokusy o detoxifikáciu v psychiatrickom lôžkovom zariadení. Klienti museli za substitučnou liečbou dochádzať do bratislavského centra, ktoré ju v tom čase ako jediné na Slovensku poskytovalo. Podľa vyjadrenia experta bol zo začiatku problém s nízkou kapacitou tohto programu a preto boli i pomerne dlhé čakacie lehoty na zaradenie do programu, čo sa však časom vyriešilo. Špecifikom slovenskej metadónovej substitučnej liečby však je, že nie je celoslovensky a plošne hrađená

priamo zdravotnou poisťovňou a najmä z finančných dôvodov sa preto dlhodobo uskutočňuje iba v Bratislave (a v menšom rozsahu od roku 2005 tiež v Banskej Bystrici). Neštandardné financovanie metadónového substitučného programu naznačuje i expert v interview:

Interview č. 7: „... aj financovanie tej substitučnej liečby, vlastne, tuto ja neviem či sa toto vlastne niekde dozviete, ale kopec peňazí na substitučnú liečbu išlo kedysi od GS VM DZKD, akože normálne na nákup striekačiek, na metadon, na neviem čo ... a to je absurdné, pretože je to súčasť liečby, tak to by mali hradiť zdravotné poisťovne. Takže ono to s tou substitučnou liečbou boli problémy určite a teraz vlastne sú len dve.“

Tento fakt a skutočnosť, že prebiehajúci program má pomerne prísne nastavené podmienky považujú za závažný problém viacerí oslovení experti, ktorí zodpovednosť za takýto stav pripisujú súčasnému hlavnému odborníkovi pre liečbu drogových závislostí Ministerstva zdravotníctva ako i dlhoročnému (od roku 1996) riaditeľovi CPLDZ v Bratislave Ľubomírovi Okruhlicovi, ktorý metadónový program zavádzal:

Interview č. 7: „...koľko je substitučných programov? ... tu zohrala dosť úlohu osobnosť pána Okruhlicu, lebo on to proste berie ako svoje dieťa.... Takže on si ten substitučný program berie, dosť tak ako chráni. To je jedna vec. Ale druhá vec je, že ani nie je veľká vôľa ako na tie substitučné programy. Určite nebola, kedysi, čiže on toto keď začal tak bol vlastne úplne, že hrdina...“

Napriek tomuto presvedčeniu niektorých expertov však treba uviesť i fakt, že Ľubomír Okruhlica v svojich správach o metadónovej liečbe v rokoch 1999 a 2000 odporúčal i rozšírenie jej aplikácie „...všade tam, kde si to epidemiologická situácia vyžaduje“. (Okruhlica, et al., 2002, s. 83) Záver Ministerstva zdravotníctva z roku 2001 však bol, nech pokračuje metadónová liečba iba v Bratislave.

Resocializačné programy má pod svojou kuratelou Ministerstvo práce, rodiny a sociálnych vecí. Zaoberajú sa resocializáciou drogovzo závislých po liečbe. Nociar (Nociar, 2000) uvádza, že v roku 2000 existovalo 12 resocializačných zariadení, pričom všetky boli mimovládne. Zdrojom financovania resocializačných programov (ale i preventívnych programov) bol i Protidrogový fond, ktorý bol založený 1. januára 1997.

Terénna práca v tradičnom ponímaní však neexistovala, ak nerátame niektoré formy terapeutických aktivít mimo formálneho terapeutického prostredia. Takisto chýbali nízkoprahové centrá s výnimkou dvoch, ktoré vznikli koncom 90. rokov a ktoré zmieňujeme v nasledujúcej kapitole.

Harm reduction

Opatrenia typu harm reduction sa i napriek opomenutiu v NPBD na Slovensku úspešne zaviedli už v 90. rokoch. Okrem už spomínanej metadónovej substitučnej liečby CPLDZ tiež už v roku 1994 rozbehol program výmeny injekčných striekačiek, ktoré sa distribuovali v priestoroch centra (nešlo o terénnu výmenu striekačiek). Podľa výpovede experta pri zavádzaní tohto programu nevznikli žiadne problémy či kontroverzie i preto, lebo nebola široko diskutovaná:

Interview (číslo z dôvodu anonymizácie neuvádzame): *„Lenže my sme to začali s tým, že my sme sa nikoho nepýtali na toto. Tu bol prvý program výmeny ihl a striekačiek, lebo čo nebolo zakázané sme brali, že je povolené ... a toto bola naša, by som povedal, stratégia, prečo by sme mali vo pred niečo vyslovene niečo - senzitivizovať – my to v medicíne poznáme ako alergizovať spoločnosť. Že začnete - vytvoríte problém skôr než ten problém vznikol, tou diskusiou...“*

CPLDZ tiež bezplatne a anonymne testoval užívateľov drog na HIV pozitivitu a vykonával očkovanie proti hepatitíde typu B.

Od roku 1998 poskytovali programy terénnej výmeny striekačiek, rozdávanie zdravotníckeho materiálu či prezervatívov, sociálneho a zdravotného poradenstva a asistencie bratislavské neziskové organizácie Prima a Odyseus. Vstup neziskových organizácií do problematiky harm reduction bol ovplyvnený i aktivitami Nadácie otvorenej spoločnosti (Open Society Foundation (OSF)), ktorá oblasť harm reduction na Slovensku štedro dotovala najmä formou grantov. Podpora štátu v tomto období bola pre tieto programy minimálna.

Najmä výmena striekačiek však v začiatkoch narážala i na odpor verejnosti, čo dokumentuje Graf č. 9, z ktorého je zrejmé, že 90. rokoch väčšia časť verejnosti s takýmto programom nesúhlasila. Postupne však podpora tohto opatrenia harm reduction vo verejnosti stúpala a v období rokov 2004 – 2010 už prevládala súhlas s takýmito programami. Zároveň však musíme upozorniť na znepokojujúci trend, ktorý naznačuje, že od roku 2004 dlhodobo klesá podpora rozdávanie injekčných striekačiek a ihl drogovu závislým ľuďom, čo môže do budúcnosti ohrozovať realizáciu tohto harm reduction opatrenia.

Údaje z grafu potvrdili i viacerí experti z mimovládnych organizácií v rozhovoroch, napríklad:

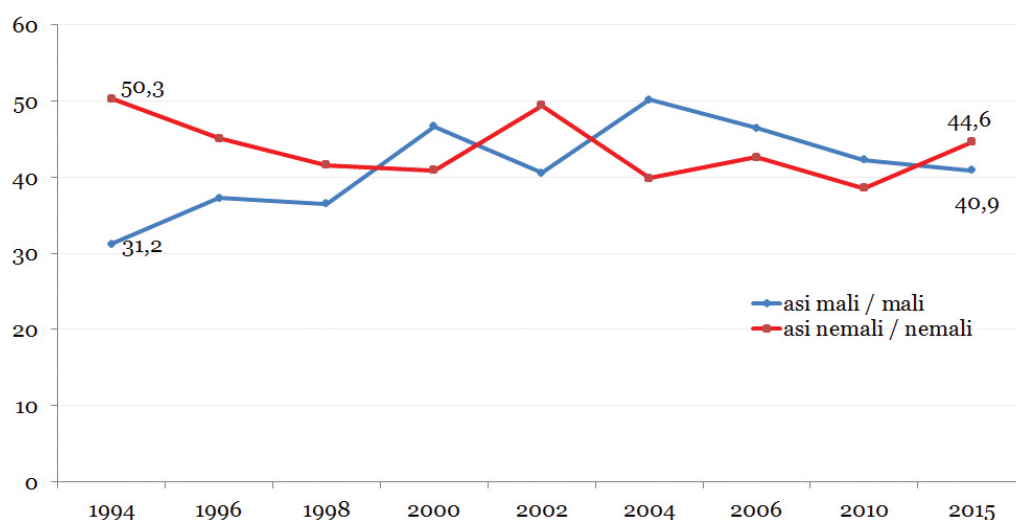
Interview č. 3: *„Čo je možno podobné a moc sa nemení, alebo len veľmi mierne došlo k zlepšeniu je podľa mňa také vnímanie verejnej mienky o našej práci, že vlastne stále sa potýkame s tými základnými mýtmi, že podporujeme užívanie drog, či vôbec, že prečo to robíme a ako je možné, že my distribuujeme injekčné striekačky veď to je poburujúce, čiže vlastne tieto emócie okolo toho...“*

Rezervovaný postoj verejnosti k činnosti mimovládnych organizácií v oblasti pomoci ľuďom závislým od drog dokumentujú i údaje zo štúdie Pavla Demeša.

(Demeš, 1999) V hodnotení užitočnosti rozličných typov mimovládnych organizácií, skončili mimovládne organizácie zamerané na prevenciu a pomoc drogovo závislým v rokoch 1996 – 1998 v druhej polovici rebríčka a ich hodnotenie sa v tomto období zlepšovalo iba veľmi mierne.

Graf č. 9

Myslíte si, že by drogovo závislí ľudia mali alebo nemali dostávať zadarmo či za minimálnu úhradu injekčné ihly a sterilné striekačky, aby sa predišlo prenosu infekcií HIV/AIDS, hepatitídy B a ďalším chorobám? Údaje v %, zlučené odpovede „asi mali“ a „mali“, zlučené odpovede „asi nemali“ a „nemali“, odpovede „neviem posúdiť“ neuvádzame.



Zdroj: Prieskumy ŠÚ SR a NMCD, autor.

Prevencia

Komplexná analýza preventívnych kampaní a opatrení doteraz nebola na Slovensku vykonaná, takže o tejto oblasti drogovej politiky nie je dostatok údajov. Pre zmysluplnú analýzu prevencie by bolo nevyhnutné analyzovať nielen rozsah a zameranie preventívnych akcií, ale najmä ich formu a obsah. Takáto analýza sa dá uskutočniť iba pomocou komplexného výskumu všetkých preventívnych opatrení v danom čase v danej krajine, čo je pomerne náročná úloha. Je preto pochopiteľné, že k tejto oblasti zatiaľ nie je zozbieraných dostatok informácií.

Oslovení experti tvrdia, že v oblasti prevencie na Slovensku citeľne chýba koordinačný orgán (napríklad na Ministerstve školstva) a jednotlivé aktivity sú rozkúskované. Časť z nich má Ministerstvo zdravotníctva, časť Ministerstvo kultúry, časť Ministerstvo školstva a neexistuje strešný orgán, ktorý by aktivity koordinoval a usmerňoval.

Prehľad preventívnych aktivít v tomto období uvádza Alojz Nociar. (Nociar, 1998) Z tohto prehľadu je zrejmé, že dôraz sa kládol predovšetkým na všeobecnú prevenciu či už školskej mládeže alebo populácie ako celku. Takéto zameranie obsahuje i NBPD prijatý na obdobie rokov 1995 – 1998.

Školské preventívne kampane sa často preberali zo zahraničia. Takto fungoval napríklad Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) *Zdravá škola*, ktorý sa čiastočne venoval i problematike legálnych a nelegálnych drog. (Pozri tiež: Nociar, 1998, s. 51)

Pre mimoškolskú prevenciu fungovala napríklad sieť Centier voľného času, ktoré pre deti a mládež prinášali rozličné aktivity.

O mediálnych kampaniach proti drogám písal Alojz Nociar (tamže: s. 53): „Verejná mienka ako i masmediálne kampane reagovali na reálne problémy, ktoré vznikli rýchlym zhoršovaním situácií na drogovej scéne v rokoch 1993 – 1995. Panoval nedostatok presných informácií o drogách a miesto toho prevládala tendencia prinášať správy o výnimočných či senzačných prípadoch spájaných s kriminalitou, zvlášť viditeľné boli správy o záchytoch mimoriadne veľkých množstiev drog. Istú dobu prevládali iba proklamatívne negatívne informácie o drogách.“

Podľa výpovedí niektorých expertov boli tiež problémy s kvalitou preventívnych kampaní:

Interview č. 1: „...často pretrváva čierno-biely pohľad z 90. rokov – demonizovanie drog, nulová tolerancia, všeobecné výpovede o absolútnej škodlivosti drog. Také tie naivné vyjadrenia, že: ‚nikdy nezober drogu‘. ... Je problém, že je na Slovensku málo odborníkov, ktorý aj v tejto oblasti sledujú svetové trendy a vedecky publikujú.“

Význam obsahu a formy preventívnych opatrení zameraných na školskú mládež popisujú viacerí autori a pri nezvládnutom preventívnom zásahu upozorňujú na možné kontraproduktívne efekty. Napríklad Gregor Burkhart upozorňuje (2002): „Krátkodobé alebo sporadické opatrenia ako napríklad jednorazové vystúpenia expertov alebo polície sa ukázali neefektívne a naopak môžu stimulovať záujem mladých ľudí o drogy. Nevyvážené informácie – napríklad zveličovanie rizík a nebezpečenstva nelegálnych drog tiež nefungujú. Ak mladý človek zistí pomocou svojich vlastných skúseností či kontaktov že bol oklamán, tak potom nebude brať do úvahy žiadne informácie o drogách z oficiálnych zdrojov.“

V minimálnej miere sa v tomto období uskutočňovali opatrenia selektívnej či indikovanej prevencie, ktoré sú v odbornom diskurze pokladané za najefektívnejšie.

Vývoj po roku 2000

Vývoj v užívaní drog

Vývoj v užívaní nelegálnych drog na Slovensku po roku 2000 možno charakterizovať predovšetkým postupným a dlhodobým poklesom prevalence užívania heroínu. Populácia užívateľov heroínu postupne starla a klesal počet prvoliečených užívateľov heroínu. Naopak, počet užívateľov marihuany stúpala na najvyššiu úroveň približne v rokoch 2006 – 2008, ale podľa najnovších zistení v súčasnosti stagnuje či mierne klesá. Výrazne rástlo užívanie stimulancií, predovšetkým na Slovensku produkovaného pervitínu, ktorý sa postupne stal po marihuane druhou najpopulárnejšou nelegálnou drogou. Treba azda upresniť, že medzi stimulanciami má dominantný podiel práve pervitín.

Podrobnejšiu analýzu vývoja užívania nelegálnych drog približne uvádzajú Okruhlica, L., Šteliar, I., Slezáková, S. (2011). V tejto štúdii sa pracuje predovšetkým s indikátormi, ktoré sa vzťahujú k liečbe. Podľa Treatment Demand Indicator (TDI) bol v poslednej dekáde zaznamenaný výrazný vzostup trendu pokiaľ ide o užívateľov metamfetamínov (pervitínu). O niečo menší, ale tiež významný nárast nastal v podiele užívateľov marihuany a naopak pokles v počtoch užívateľov opiátov (heroínu). (Tamže: s. 464) I keď sa i pervitín čiastočne užíva injekčne, najmä s poklesom prvoliečených užívateľov heroínu súvisí i trvalo klesajúci podiel injekčných užívateľov drog u liečených pacientov. Zatiaľ čo v roku 1996 dosahoval až 70% a v roku 2001 ešte stále o niečo viac ako 60 %, v súčasnosti (rok 2014) sa už pohybuje na úrovni iba 30 % (31 % pacientov drogy najčastejšie fajčí (hlavne marihuana) a 22 % šnupe (predovšetkým pervitín). V absolútnych číslach počet injekčných užívateľov až do roku 2012 klesal, aby začal v poslednom období najmä vďaka injekčne užívanému pervitínu zasa mierne stúpať. Ďalším významným trendom posledných rokov sú pacienti s kombinovaným užívaním viacerých psychoaktívnych látok (kombináciu rôznych psychoaktívnych látok udáva ako primárnu drogu okolo 10 % pacientov v liečbe).

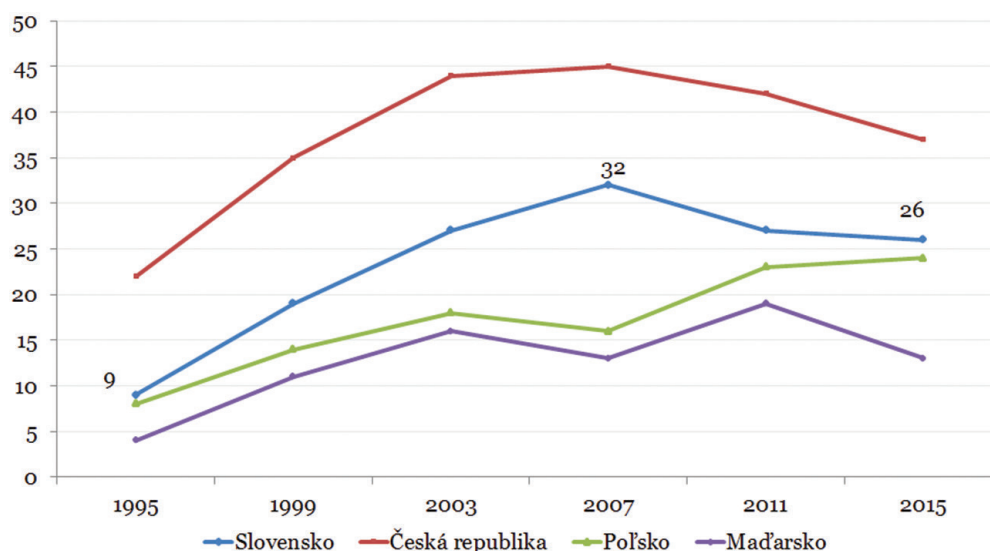
Hičárová, T., Kiššová, L., Očenášová, Z., Miklíková, S., et al. (2010) analyzujú širšie spektrum dát, pričom sa opierajú i o údaje o počte záchytov drog a hodnoty prevalencií z populačných prieskumov. Konštatujú, že v dospeljej populácii výrazne rástla celoživotná prevalencia marihuany už od začiatku sledovaného obdobia, teda od roku 1993, pričom okolo roku 2003 prišlo k spomaleniu rastu. Od roku 1998 tiež (s výnimkou roku 2004) trvalo rastie počet záchytov konopných drog (378 záchytov v roku 1998, 1 277 záchytov v roku 2007). Po roku 2000 tiež rástla prevalencia užívania extázy u mládeže (podľa prieskumov ESPAD sa u 17 – 18-ročnej mládeže zvýšil celoživotný výskyt užívania extázy z 1,6 % v roku 1999 na 5,4 % v roku 2007. Užívanie heroínu podľa tejto analýzy kulminovalo najmä v rokoch 1996 – 2000 a to predovšetkým v Bratislave. K tomuto záveru

autori dospeli na základe sledovania prevalencie heroínu (podľa ESPADu bola najvyššia u 17 – 18-ročných študentov v roku 1996 – 6,3 %), počtu záchytov (najviac v roku 1997 – 1 086 záchytov) a počtu liečených (najviac v roku 2000 – 2 029 liečených). Štúdia tiež potvrdzuje nárast rozšírenosti užívania metamfetamínu (pervitínu). Kontinuálne narastá počet záchytov pervitínu (zo 62 v roku 2000 na 705 v roku 2007), rastie tiež prevalencia užívania pervitínu v celej populácii a ešte výraznejšie medzi mládežou.

Uvádzame tiež dva grafy o užívaní marihuany školákmi zostavené na základe údajov z prieskumov ESPAD, ktoré naznačujú, že užívanie marihuany dosiahlo svoj vrchol v roku 2007 a odvtedy pomaly klesá. Graf č. 10 znázorňuje celoživotnú prevalenciu užívania marihuany medzi 15 – 16-ročnými študentmi v krajinách V4.

Graf č. 10

Celoživotná prevalencia užívania marihuany medzi 15 – 16-ročnými študentmi v krajinách V4

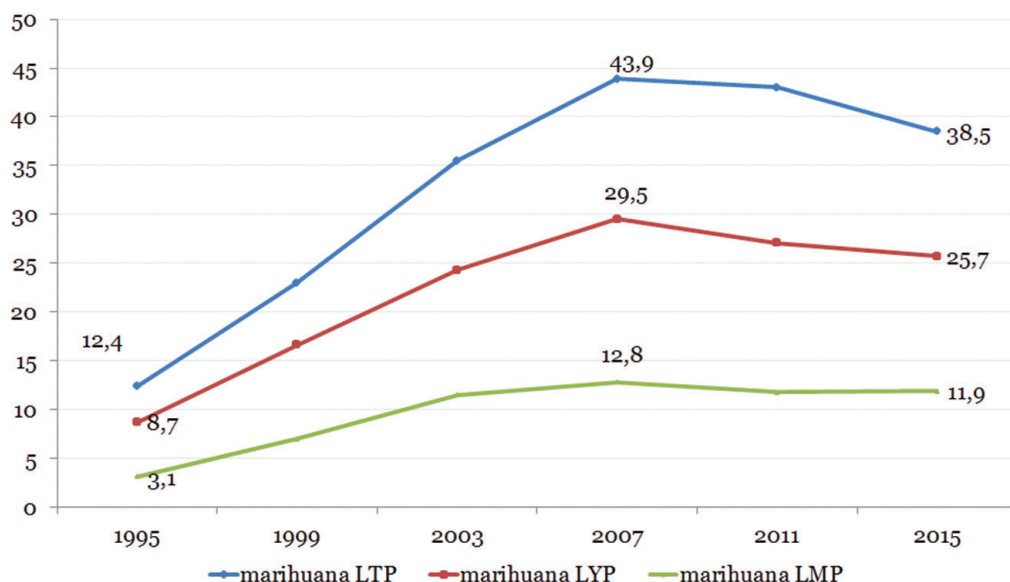


Zdroj: ESPAD 1995 – 2015.

Graf č. 11 znázorňuje celoživotnú prevalenciu (LTP), prevalenciu za posledný rok (LYP) a prevalenciu za posledný mesiac (LMP) medzi 15 – 19-ročnými slovenskými študentmi. Z grafu je zrejmé, že podiel pravidelných užívateľov marihuany (LMP) je už od roku 2003 na približne rovnakej úrovni.

Graf č. 11

Prevalencie užívania marihuany medzi 15 – 18-ročnou mládežou



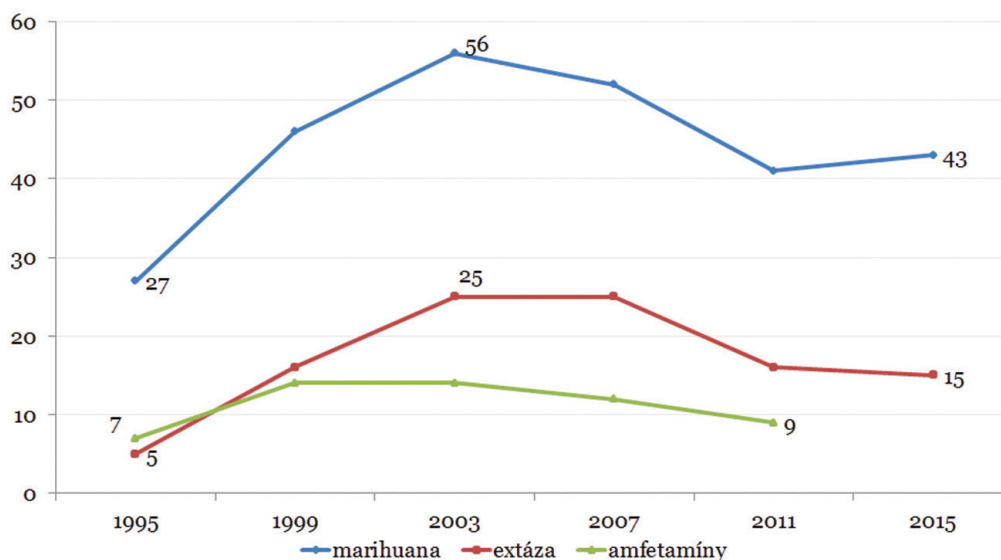
Zdroj: Zdroj: ESPAD 1995 – 2015.

Podľa prieskumov ESPAD v období rokov 1995 až 2015 narastala u 15 – 16-ročnej mládeže vnímaná dostupnosť všetkých sledovaných nelegálnych drog približne do roku 2007 a neskôr mierne klesla. (Pozri Graf č. 12) Najvýraznejší nárast dostupnosti do roku 2007 nastal u marihuany a extázy, teda u najpopulárnejších drog. V roku 2007 bola dokonca marihuana na Slovensku v tejto vekovej kategórii vnímaná v rámci celej Európy ako druhá najdostupnejšia (po Českej republike). Zaujímavým zistením je fakt, že mladí ľudia v Holandsku s tolerovaným prechovávaním a dokonca i predajom marihuany v tzv. coffee shopoch (ktoré však nemôžu byť pri školách a striktné uplatňujú vekové obmedzenie – 18 rokov) vnímajú marihuanu dlhodobo ako menej dostupnú drogu ako na Slovensku s represívnejšou drogovou politikou.⁵⁰

⁵⁰ Na dostupnosť marihuany sa pýtal i prieskum Eurobarometra z roku 2008. (Eurobarometer, 2008) Tento prieskum bol zameraný na širšiu vekovú kohortu mládeže (15 – 24 rokov), a i preto tu je logicky pre staršiu mládež vnímaná dostupnosť marihuany vyššia ako v prieskume ESPAD. Až 70 % skúmanej slovenskej mládeže vo veku 15 – 24 rokov vie marihuanu zohnať veľmi ľahko či celkom ľahko (oproti 52 % 15 – 16-ročných v prieskume ESPAD). Slovenská mládež je tak v pociťovanej dostupnosti marihuany výrazne nad európskym priemerom (63 % 15 – 24-ročných Európanov vie marihuanu zohnať veľmi ľahko či celkom ľahko), najdostupnejšia pre mládež je marihuana v Španielsku a v Českej republike (82 %). Najmenej dostupná je v Rumunsku (28 %), na Cypre (33 %), vo Fínsku (37 %) a vo Švédsku (40 %). Marihuana je relatívne málo dostupná i pre mládež v okolitých krajinách (s výnimkou už spomínanej Českej republiky): v Rakúsku (47 %), v Poľsku (51 %) i v Maďarsku (57 %).

Graf č. 12

Vnímaná dostupnosť drog (zrátané percentá zo všetkých študentov odpovedajúcich, že ich vedia zohnať „veľmi ľahko“ a „celkom ľahko“, ESPAD, mládež 15 – 16 rokov)



Zdroj: Zdroj: ESPAD 1995 – 2015.

Po krátkom období v 90. rokoch, keď sa drogy častejšie predávali i na uliciach, sa predaj a distribúcia nelegálnych drog presunula do bytov, prípadne do zábavných podnikov. Správy o bezpečnostnej situácii Slovenska vypracované Ministerstvom vnútra píše, že už od 90. rokov ovládali dovoz heroínu, ktorý pochádzal prevažne z Turecka, tzv. „Balkánskou trasou“, albánske zločinecké organizácie. Tieto zločinecké organizácie ovládli aj dovoz kokaínu, ktorého distribúcia na Slovensku vzhľadom na jeho vysokú cenu nebola veľmi rozšírená. Následnú distribúciu heroínu riadili tiež tieto albánske zločinecké organizácie, distribúciu na nižších úrovniach zabezpečovali rómske rodinné klany. Približne od roku 2004 polícia začala zaznamenávať zníženú kvalitu distribuovaného heroínu a jeho čiastočný nedostatok. V roku 2006 už Správa o bezpečnostnej situácii hovorí o tom, že heroín postupne z trhu vytláčajú syntetické drogy, ktoré sú dostupnejšie. (Správa o bezpečnostnej situácii v SR, 1999, 2002, 2003, 2004, 2006, 2009, 2010) Postupné zníženie aktivít albánskych zločineckých skupín na území Bratislavy a teda i nižšiu ponuku heroínu komentuje expert takto:

Interview č. 10: „Bratislavu v posledných rokoch ovládli Piťovci (názov zločineckej organizácie – poznámka R. K.) a bol tu kľud. Vyhnali Rusov, Ukrajincov aj Albáncov.“

Albánsky organizovaný zločin, ktorý v 90. rokoch zabezpečoval dovoz a distribúciu heroínu bol teda postupne vytlačený domácimi zločineckými skupinami. To môže vysvetľovať i súčasnú nízku dostupnosť heroínu. Domáci organizovaný

zločin sa zameril na výrobu a distribúciu syntetických drog, predovšetkým pervitínu.⁵¹ Tento trend je zrejmý podľa Správ o bezpečnostnej situácii približne od roku 2000, keď boli zlikvidované štyri metamfetamínové laboratóriá. Správa o bezpečnostnej situácii z roku 2006 uvádza: „Odhaľovanie laboratórií na výrobu pervitínu je pomerne komplikované, nakoľko vo väčšine prípadov ide o tzv. domáce kuchyne, ktoré sú neustále premiestňované. Produkciu a distribúciu pervitínu organizujú, na rozdiel od heroínu, občania Slovenska. Centrami sú Trnava a Sereď, avšak laboratóriá sa vyskytujú na celom území západného Slovenska.“ Zdrojom prekurzora na jeho výrobu, ako aj výrobu pseudoefedrínu a efedrínu či dokonca opioidov sú až do súčasnosti voľno predajné lieky, čo expert považuje za problém, ktorý by sa mal riešiť:

Interview č. 5: „...predávajú tam lieky proti bolesti aj proti kašľu. ktoré obsahujú pseudoefedrín, a vo veľkom to chodili nakupovať a niektorí z toho varili pervitín ... To je náš momentálny problém. Toto neexistuje..., to zase v tom sme horší ... Máme mnoho liekov, ktoré obsahujú aj opiáty. A nekúpia to ani v Maďarsku v lekárňach, ani v Rakúsku, dokonca už ani v Česku ...“

Správy o bezpečnostnej situácii v rokoch 2000 – 2005 upozorňovali na nárast dostupnosti extázy, ktorá sa dovážala najmä z Holandska a Maďarska. Správy už od roku 1999 upozorňovali na nárast domácej produkcie marihuany. Na zvyšovanie popularity jej pestovania v hydropónnych podmienkach upozorňuje Správa o bezpečnostnej situácii z roku 2006, pričom konštatuje, že takto vypesťovaná marihuana má výrazne vyšší podiel účinnej látky. Správa tiež konštatuje, že predovšetkým na vidieku prevláda neorganizovaný predaj marihuany. Približne od roku 2009 je novým trendom pestovanie marihuany príslušníkmi vietnamského etnika v prenajatých objektoch na technicky vysokej úrovni.

Problematika drogovej scény bola i predmetom pomerne rozsiahleho kvalitatívneho výskumu, ktorý bol súčasťou projektu evalvácie uplatňovania drogových zákonov. (Hičárová, et. al., 2010, Vavrinčíková, 2010) Výskum konštatoval, že u skúmaných užívateľov nelegálnych drog (n = 58) prevládal spôsob zadováženia si drogy cez telefónny kontakt s dlhodobým dílerom či dílermi. Užívatelia viacerých drog udávali, že pre každú drogu majú zvlášť špecializovaného dílera. Podľa užívateľov drog sú ceny drog v dlhodobejšom časovom období stabilné,

⁵¹ Podľa vyjadrenia experta, sa v súčasnosti v Bratislave predáva najmä marihuana a pervitín z domácich zdrojov. Heroín takmer zmizol, kokaín sa zachytáva len výnimočne. Ochranu väčších dílerov a producentov má pod kontrolou organizovaný zločin, ktorý za ňu vyberá poplatky. Vysvetlenie k poklesu popularity heroínu a nástupu pervitínu podľa Tomáša Zábranského: 1. Zníženie kvality heroínu dopravovaného Balkánskou cestou, 2. Relatívna ľahkosť výroby pervitínu a zvyšujúca sa penetrácia internetu kde je množstvo návodov na jeho výrobu, 3. Vznik medzinárodnej komunity „clubberov“, častých návštevníkov tanečných a hudobných festivalov v ktorej je užívanie metamfetamínu súčasťou kultúrnych vzorcov. (Hičárová, Kiššová, Očenášová, Miklíková, S. et al., 2010, s. 51).

kolíšu skôr krátkodobo pri ich akútnom nedostatku.⁵² Kolíše tiež kvalita predávanej drogy, čím ďalej od výrobcu sa predáva, tým je nižšia. Štúdia tiež zachytila razantný posun od užívania heroínu k pervitínu, prípadne k ich miešaniu.

Užívatelia konopných drog si ich často zaobstarávajú zo sociálneho okruhu svojich priateľov a známych pomocou neformálnych, nepeňažných transakcií. V prípade nákupu je cena pri vyšších množstvách (nad 5 gramov) nižšia. Užívatelia konopných drog si však marihuanu často pestujú i sami.

Analýza trendov v čistote políciou zachytených drog, naznačuje, že obsah THC v marihuane narástol (z mediánu) 5,2 % v roku 2003 na 11,7 % v roku 2014. Narastá tiež čistota metamfetamínu (z mediánu 50,9 % v roku 2003 na 72,4 % v roku 2014). Čistota heroínu skôr klesá a v roku 2014 bola jeho mediánová čistota iba 6,2 % (v roku 2009 to bolo ešte 14 %).

Najnovším fenoménom na drogovej scéne sú tzv. legálne drogy, ktoré sú ponúkané v internetových ale i kamenných obchodoch. Údaje z populačných prieskumov v súčasnosti naznačujú, že v porovnaní s „klasickými“ drogami majú tieto „nové“ (dizajnérske) drogy veľmi nízku prevalenciu užívania a zdá sa, že doteraz na Slovensku nespôsobili závažnejšie zdravotné problémy.

Verejnosť, politické strany a drogová politika

Slovenská verejnosť si i po roku 2000 udržiavala pomerne vysoký spoločenský odstup od drogovo závislých. (Pozri Graf č. 3) Na druhej strane však stúpala spoločenská akceptácia užívania marihuany. (Pozri Graf č. 4)

Podľa prieskumov pretrvávalo preferovanie represívnych opatrení drogovej politiky, i keď ich podpora postupne klesala a naopak veľmi mierne stúpala podpora preventívnych opatrení. (Pozri Graf č. 6)

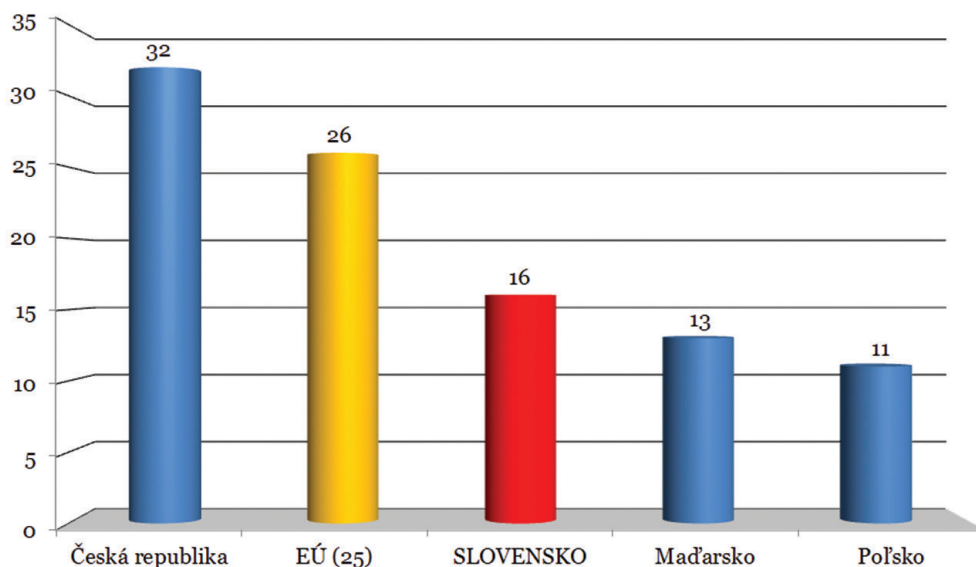
Populárnou otázkou v prieskumoch verejnej mienky býva i súhlas s legalizáciou marihuany. Takúto otázku kládol respondentom i prieskum Eurobarometra z roku 2006. (Eurobarometer, 2006) Podľa tohto výskumu bola na Slovensku nižšia podpora legalizácie marihuany (16 %) ako je európsky priemer (26%).⁵³ (Pozri Graf č. 13)

⁵² Stabilitu cien drog, či presnejšie povedané plynulé znižovanie ich relatívnej ceny (vzhľadom na infláciu) potvrdzujú i údaje Národnej protidrogovej jednotky. (Hičárová, Kiššová, Očenášová, Miklíková, et al. 2010, s. 46). Posledné údaje z roku 2009, však dokonca naznačujú mierny pokles absolútnych cien všetkých drog okrem pervitínu. (NMCD, 2010)

⁵³ Pri tomto výskume však treba zároveň upozorniť na nie celkom šťastnú formuláciu otázky (*Malo by byť užívanie marihuany v celej Európe legálne?*), keď užívanie je de iure takmer vo všetkých krajinách (aj na Slovensku) legálne, ale kriminalizované je prechovávanie marihuany. Navyše otázka sa pýta na úpravu zákonov v celej Európe a nie v jednotlivých krajinách.

Graf č. 13

Konzumácia marihuany by mala byť v Európe legalizovaná. Odpovede „súhlasím“ v %.

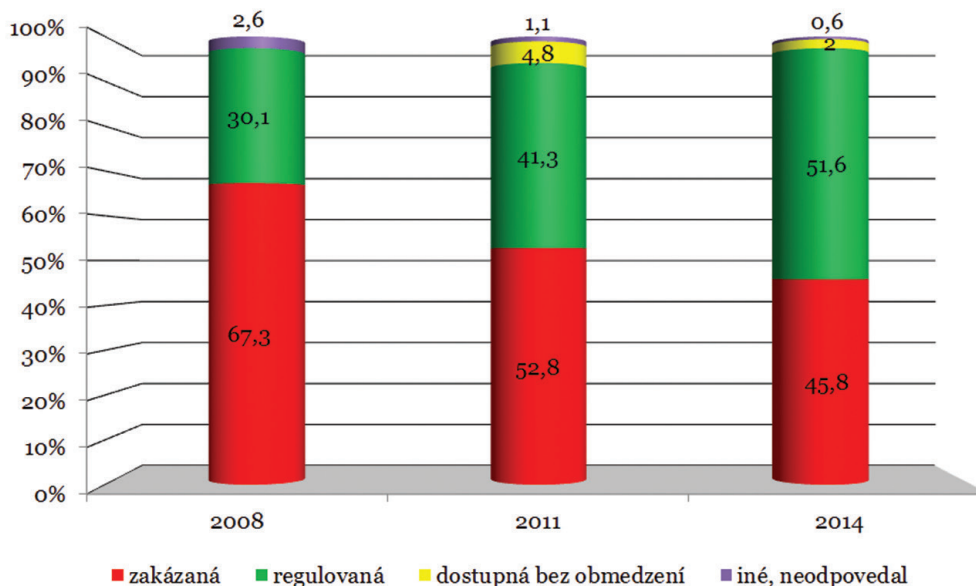


Zdroj: Eurobarometer, 2006.

Trocha odlišné výsledky prinášajú prieskumy Eurobarometra z rokov 2008, 2011 a 2014 zamerané na mládež vo veku 15 – 24 rokov (Eurobarometer, 2008, 2011, 2014). Otázka je inak postavená („Mala by byť marihuana (aj naďalej) zakázaná, regulovaná alebo voľne dostupná?“ (variant „voľne dostupná“ bol iba vo výskume z roku 2011)). Vo výsledkoch je jasná menšia podpora prohibície, než u dospeléj populácie (pozri Graf č. 14). Slovenská mládež v odpovedi na túto otázku v roku 2014 podporuje menej ako európsky priemer (53 %) prohibíciu, keď sa menej ako polovica mladých ľudí (46 %) prikláňa k názoru, že marihuana by mala byť zakázaná (pokles zo 67 % v roku 2008). Za reguláciu marihuany sa vyjadrilo 51 % respondentov (priemer EÚ 28 – 45 %) čo je oproti roku 2008 (30,1 %) zreteľný nárast. Navyše 2 % respondentov sa v tomto prieskume vyjadrilo, že marihuana by mala byť dostupná bez obmedzení. Podobnú podporu regulácii marihuany ako na Slovensku deklaruje mládež v Holandsku (52 %) (tu to možno chápať i ako podporu aktuálnej holandskej drogovej politiky) a výrazne vyššiu v Českej republike (71 %). Na rozdiel od dospeléj Slovenskej populácie je slovenská mládež podľa tohto prieskumu v európskom kontexte skôr liberálnejšia a Slovensko patrí medzi tie krajiny, v ktorých sú výraznejšie zastúpené názory preferujúce uvoľnenie reštriktívnej drogovej politiky. Rozdiel medzi názormi dospeléj populácie a mládeže poukazuje na významný generačný rozdiel („generation gap“). Takýto rozdiel môže v budúcnosti výraznejšie posunúť i verejnú mienku v tejto oblasti i v celej populácii.

Graf č. 14

Marihuana by mala byť zakázaná alebo regulovaná? Vek 15 – 24 rokov



Zdroj: Flash Eurobarometer No. 233, 330, 401.

Výrazne rozdielne názory na legalizáciu marihuany medzi mládežou a dospelou populáciou potvrdili i prieskumy NMCD. Na základe dát z posledného výskumu NMCD z roku 2015 možno konštatovať, že so zvyšujúcim sa vekom plynule klesá podpora povolenia užívania marihuany (napr. v kategórii 55 – 64-ročných s tým súhlasí iba 3,6 % respondentov). Na základe výskumov Štatistického úradu z rokov 2000 – 2006 zasa môžeme konštatovať, že podiel z celej populácie, ktorá súhlasí so zákazom všetkých drog bol ustálený (okolo 71 %).

Pri hodnotení drogovej politiky je dôležité tiež sledovať i to, do akej miery ju verejnosť pozná. V prieskume pre NMCD z roku 2010 takmer polovica (46,2 %) respondentov uviedla, že nepozná buď samotnú protidrogovú stratégiu (19,4 %) alebo jej konkrétne opatrenia (26,8 %). Za účinné alebo väčšinou účinné považuje opatrenia prijaté v rámci Protidrogovej stratégie iba 13,7 % respondentov, pričom so stúpajúcim vzdelaním narastá znalosť ale i negatívne hodnotenie účinnosti opatrení prijatých v rámci protidrogovej stratégie.

Ako z uvedenej analýzy prieskumov verejnej mienky vyplýva, v uplynulej dekáde najmä medzi mladými ľuďmi narastal podiel prívržencov menej represívneho nastavenia drogovej politiky. Tento trend sa manifestoval i v činnosti mimovládnych organizácií, keď bolo v roku 2004 založené občianske združenie Slobodná voľba, ktorého hlavným cieľom je dekriminalizácia marihuany. Toto občianske združenie vystupovalo aktívne predovšetkým v rokoch po svojom založení, keď sa snažilo verejne diskutovať návrh novely trestného zákona, ktorý bol prijatý v roku 2005. V roku 2011 zasa občianske združenie

„Dekriminalizacia.sk“ zorganizovalo v Bratislave pochod „Million marihuana march“ spojený s podpisovaním petície, pochodu sa zúčastnilo približne 700 ľudí. Pochody „Million marihuana march“ s podobnou, prípadne ešte menšou účasťou verejnosti sa uskutočnili i v ďalších rokoch.

Významnou iniciatívou bolo tiež pripomienkovanie tzv. drogových paragrafov novely trestného zákona skupinou odborníkov z mimovládnych organizácií. Pripomienky smerovali k dekriminalizácii prechovávania drog pre vlastnú potrebu. (Hičárová, et al., 2004)

Predstavitelia politických strán sa k možnostiam zásadnejších reforiem drogovej politiky v 90. rokoch príliš nevyjadrovali. Prvým pokusom otvoriť tému dekriminalizácie bolo vystúpenie mládežníckej organizácie marginálnej ľavicovej strany Sociálnodemokratická alternatíva v roku 2002. Táto iniciatíva však na kongrese strany neuspela a samotná strana skončila vo voľbách v roku 2002 s mizivým volebným ziskom mimo parlamentu.

Naopak predstavitelia kresťansko-konzervatívneho Kresťanskodemokratického hnutia (KDH), ktoré bolo stabilným členom parlamentu od prvých slobodných volieb v roku 1990 do roku 2016, boli v poslednej dekáde najvýraznejším zástancom represívneho modelu drogovej politiky. V čase prípravy novely Trestného zákona v roku 1995 boli ministri tejto strany zodpovední za pripravované zmeny a netajili sa svojim odporom k prípadnému dekriminalizovaniu prechovávania drog pre vlastnú potrebu. V uplynulej dekáde sa dvaja špičkoví predstavitelia tejto strany a šéfovia silových rezortov (Ministerstva vnútra a Ministerstva spravodlivosti) Vladimír Palko a Daniel Lipšic vyjadrovali v zmysle nulovej tolerancie voči drogám (Lipšic, 2002), že marihuana je nebezpečnejšia ako alkohol pretože vedie k tvrdým drogám (Palko, 2004), prípadne, že legalizácia marihuany by viedla k zvýšeniu počtu užívateľov tvrdých drog. (Lipšic, 2011) Zásadný odpor predstaviteľov KDH k zmierňovaniu drogových zákonov potvrdili i viacerí experti z oblasti drogovej politiky v rozhovoroch.

Predstavitelia ďalších strán k tejto téme vysielali ambivalentné signály. Robert Fico, šéf sociálnodemokratickej strany Smer, a predseda vlády (2006 – 2010, 2012 – súčasnosť) sa ešte ako opozičný politik v roku 2001 vyjadril za dekriminalizáciu užívateľov marihuany. Podobne sa vyjadroval i po vyhratých voľbách v roku 2012, keď zostavil jednofarebnú vládu. (Fico, 2012) Ako predseda vlády sa však tejto témy zriekol v svojom prvom (Tódová, 2008) i druhom premiérskom období a zmenu drogovej politiky nijako ďalej nepresadzoval, čo experti hodnotili ako ústup konzervatívnej verejnej mienke. (Aktuality.sk, 2015)

Pred voľbami v roku 2010 sa k dekriminalizácii marihuany prihlásili i niektorí špičkoví predstavitelia pravicovej strany Slovenská kresťanskodemokratická únia (SDKÚ) – Ivan Mikloš (po voľbách minister financií) a Iveta Radičová (po voľbách premiérka). (Onufer, 2010) Po voľbách a vytvorení pravicovej vlády, ktorej členom bolo i KDH, sa však tiež k tejto téme už nevrátili a naopak,

ministerka spravodlivosti za túto stranu Lucia Žitňanská vyhlásila, že je proti legalizácii marihuany a že ministerstvo neuvažuje o žiadnej úprave zákona, ktorá by znižovala trestnú sadzbu za prechovávanie drog. (Žitňanská, 2011)

Jedinou relevantnou stranou, ktorá v doterajšej histórii Slovenska mala zásadnú zmenu drogovej politiky vo svojom volebnom programe (v roku 2010), bola liberálna a euroskeptická strana Sloboda a Solidarita (SaS). SaS navrhovala dekriminalizovať prechovávanie marihuany do 5 gramov a argumentovala pritom zbytočnou negatívnou stigmatizáciou mladých ľudí. Tento bod svojho programu mala zaradený v oblasti osobných slobôd, kde v podobne liberálnom duchu navrhovala i uzákonenie registrovaného partnerstva homosexuálov či dôslednejšiu odluku cirkví od štátu. Po voľbách však vstúpila do širokej pravicovej koalície, kde v koalíčných rokovaníach KDH na tieto požiadavky odmietlo pristúpiť a SaS sa ich zrieklo výmenou za iné politické ústupky. Šéf KDH túto dohodu nazval „zachovaním statusu quo v etických otázkach“. (Figel', 2010)

Z tohto vyjadrenia sa zdá, že konzervatívna časť politickej scény vníma prohibíciu ako predovšetkým etickú záležitosť a nie je pre ňu až tak dôležitá jej efektívnosť, schopnosť regulovať užívanie drog či negatívne nezamýšľané dôsledky. Jej hlavnou argumentačnou líniou, ktorá má v súčasnosti podporu väčšiny verejnosti (podľa prieskumu ŠÚ SR z roku 2010 je 81 % obyvateľov Slovenska za zákaz užívania marihuany), je moralizujúce presvedčenie, že všetky drogy sú neakceptovateľným zlom, ktorých užívanie treba zakázať bez ohľadu na dôsledky. Druhým častým argumentom politikov je téza o marihuane ako o vstupnej bráne (gateway) k tvrdým drogám. Je zaujímavé, že proti týmto tézám sa vo verejnom diskurze zásadnejšie neohradzuje odborná verejnosť. Politici tak v diskurze nemajú dôsledných odborných oponentov, ktorý by argumentovali vedeckými dôkazmi o efektívnosti jednotlivých opatrení drogovej politiky.

Alternatívne modely regulácie drog zatiaľ nie sú posudzované podľa ich potenciálnej úspešnosti, ale z hľadiska ich morálnej konformity s väčšinovou spoločnosťou. Zdá sa, že niektoré politické strany zasa zmeny v drogovej politike považujú za príliš riskantný a vo verejnosti málo populárny krok, takže pred voľbami sa svojimi nejednoznačnými vyjadreniami snažia osloviť mladých voličov, ale v praxi pre reformu represívnej drogovej politiky nerobia nič.

Slovenským problémom v tejto oblasti je i poddimenzovaný vedecký výskum. Je tu pomerne veľa kvalitných medicínskych textov o problematike závislosti či užívania drog, ale zo spoločenskovedného hľadiska je drogová politika tematizovaná veľmi málo. Istou výnimkou z posledného obdobia sú i v tomto texte citované práce Radoslava Fedačka (Fedačko, 2006, 2008) zamerané predovšetkým na inštitucionálny vývoj slovenskej drogovej politiky a analýzu jej strategických dokumentov. Najvýznamnejším počinom v tejto oblasti však bol rozsiahlejší „Projekt evalvácie uplatňovania vybraných drogových paragrafov zákona č. 300/2005 Z. z. – Trestného zákona SR, Bratislava“, (Hičárová, et al., 2010) ktorý sa uskutočnil v rokoch 2006 – 2009 a jeho zadávateľom bola Open

Society Foundation (OSF). Výskum bol podobný českému projektu, ktorý sa uskutočnil v rokoch 1999 – 2001. (Zábranský, Mravčík, Gajdošíková, Miovský, 2001) Slovenský výskum však na rozdiel od českého nebol iniciovaný vládou či inými štátnymi orgánmi a prebehol plne v réžii mimovládnej organizácie OSF. Na jeho zistenia či výsledky (popísané v nasledujúcich kapitolách) štátne orgány doteraz nereagovali ani realizovanou zmenou v drogovej politike ani deklarovaným zámerom zmeny či aspoň zásadnejšou diskusiou.

Presadzovanie práva

Po už spomínanej judikatúre Najvyššieho súdu z roku 1998 následkom ktorého sa tzv. spotrebná držba stala beztrestnou sa prudko znížil o počet trestne stíhaných za drogové trestné činy. (Graf č. 5)

Už v roku 1999 však bola prijatá novela trestného zákona (zákon č. 183/1999 Z.z. účinný od 1. Septembra 1999), ktorá kriminalizovala prechovávanie drog pre vlastnú potrebu (§ 186), ktoré bolo definované prechovávaním najviac obvykle jednorazovou dávkou pre osobnú spotrebu⁵⁴. Zároveň sa v zákone spresnila definícia prechovávania, keď za prechovávanie bolo považované „prechovávanie po akúkoľvek dobu“, čím sa odstránila beztrestnosť tzv. spotrebnej držby. Za takto definovaný trestný čin bolo možné udeliť trest odňatia slobody až na tri roky. V zákone sa tiež sprísnil tresty za ostatné drogové trestné činy (§ 187), kde bol trest za prechovávanie viac ako obvyklej jednorazovej dávky, výrobu či predaj 2 – 8 rokov, pri závažnejších previneniach až 15 rokov.

Tento zákon bol jednoznačne krokom k väčšej represii a sprísnením drogovej politiky na Slovensku, napriek tomu však bol predstaviteľmi Ministerstva vnútra zdôvodňovaný predovšetkým ako prehĺbenie odlíšenia dílerov od prechovávateľov drog. (Sme, 1999) To, že tento zákon bol krokom smerom k väčšej reštrikcii dokazuje i Graf č. 15, z ktorého je jasný prudký nárast trestne stíhaných ako aj odsúdených v rokoch 1999 – 2000. Z grafu tiež vyplýva, že v období rokov 2000 – 2005 bol približne tretinový podiel odsúdených za prechovávanie drog pre vlastnú potrebu (jednorazová dávka, § 186) na celkovom počte odsúdených za drogové trestné činy. Z odsúdených za prechovávanie pre vlastnú potrebu dostalo pritom 13,4 % odsúdených v období rokov 1998 – 2007 nepodmienečný trest. Za prechovávanie väčšieho množstva ako jednej dávky (§ 187, odsek 1d) dostalo 22,2 % odsúdených nepodmienečné tresty. (Hičárová, et al., 2010, s. 96)

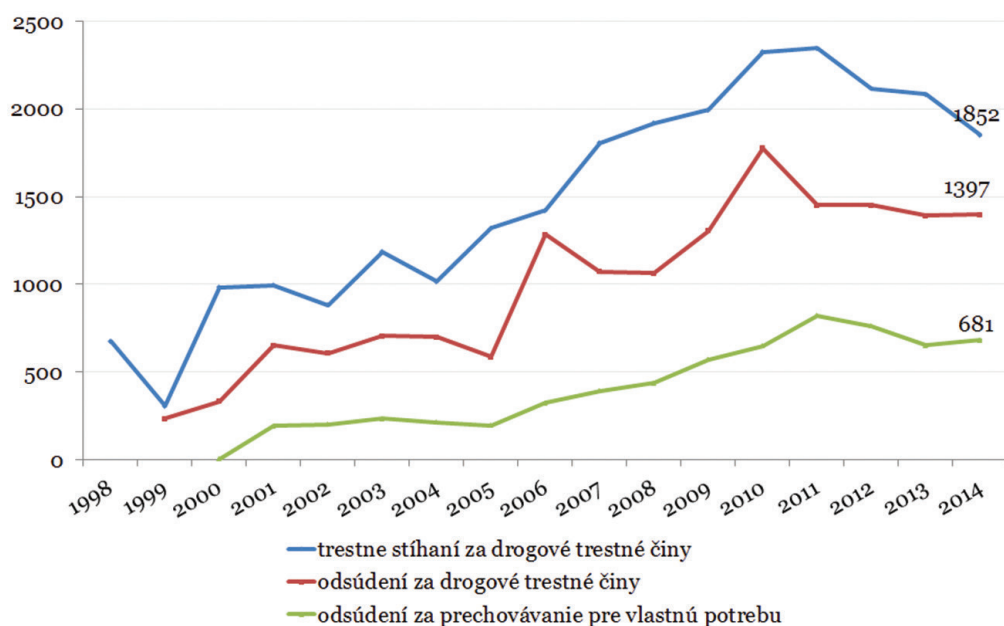
V tejto súvislosti je zaujímavá i analýza obvyklého posudzovania množstva drogy na jednorazovú dávku v rokoch 2000 – 2007. Pri marihuane to bolo do roku 2003 0,5 gramu, neskôr sa už posudzoval aj obsah THC (10 až 30 mg na jednorazovú dávku). Za obvyklú jednorazovú dávku sa pri heroíne považovalo

⁵⁴ Pričom je zaujímavé, že v pôvodnom návrhu bola miernejšia definícia: „obvykle jednodňová dávka“.

od 8 do 20 mg účinnej látky, pri kokaíne 10 až 20 mg účinnej látky a pri metamfetamíne 20 až 40 mg účinnej látky. (Hičárová, et al., 2010, s. 94) Spodnou hranicou pre začatie trestného stíhania bolo také množstvo drogy, ktoré dokáže ovplyvniť psychiku užívateľa. (Čentíš, 2007)

Graf č. 15

Počty trestne stíhaných a odsúdených za drogové trestné činy



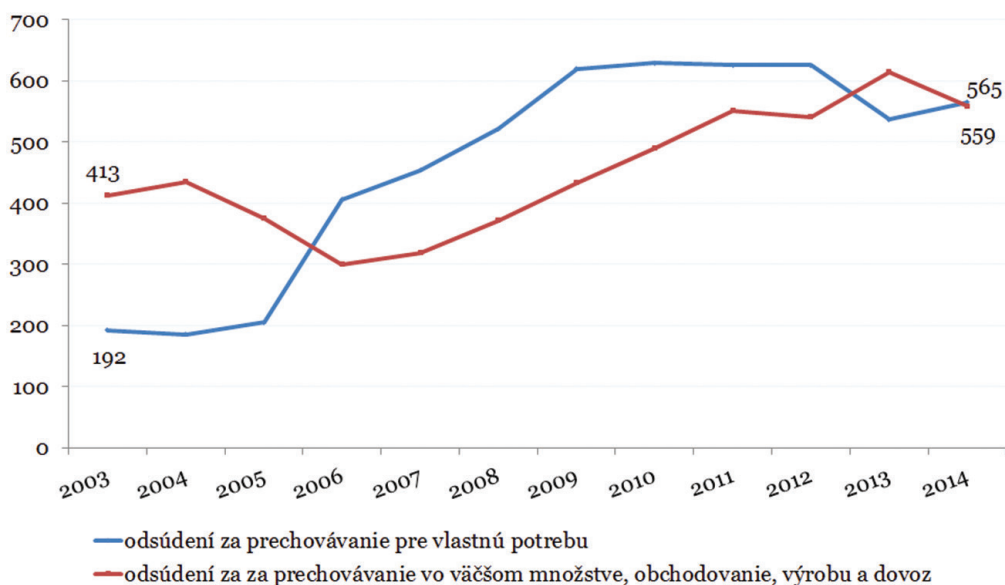
Zdroj: Informačný systém Generálnej prokuratúry PATRIA, vlastné prepočty.

V roku 2005 bola prijatá veľká rekodifikácia Trestného zákona, v rámci ktorej sa upravovali i znenia drogových trestných činov. Dôvodová správa zákona č. 300/2005 Z. z. sa okrem iného uvádza, že nedostatkom doterajšej právnej úpravy je to, že: „...legislatívne opatrenie sa obrátilo najmä proti osobám závislým od drog, avšak najväčší vinníci tohto negatívneho javu, výrobcovia a obchodníci s drogami, ostávajú viac-menej bokom, buď neodhalení, alebo potrestaní len veľmi mierne.“ (Čentíš, 2007, s. 70) Nový zákon sa teda snažil viac odlíšiť užívateľov od dílerov. Prechovávanie pre vlastnú potrebu bolo podľa § 171 definované miernejšie: ako prechovávanie najviac 10 obvyklých jednorazových dávok (odsek 2, trest až na 5 rokov), prípadne ako prechovávanie najviac 3 obvyklých jednorazových dávok (odsek 1, trest až na 3 roky). Naopak, sprísnil sa tresty za prechovávanie viac ako 10 dávok a ostatné drogové trestné činy súvisiace s výrobou a obchodom (§ 172, trest 4 až 10 rokov, v závažnejších prípadoch až doživotie). Súd podľa tohto zákona, podobne ako v predchádzajúcich Trestných zákonoch, mohol uložiť podmienený odklad výkonu trestu v prípade, ak trest neprevyšoval dva roky.

Podľa štatistík Generálnej prokuratúry v roku 2010 bolo približne 68 % podozrivých zo všetkých drogových trestných činov trestne stíhaných za prechovávanie drog pre vlastnú potrebu. V tomto roku bolo podľa § 171 (prechovávanie pre vlastnú potrebu, najviac 10 obvyklých jednorazových dávok) odsúdených 648 páchatelov a podľa § 172 (prechovávanie vo väčšom množstve, obchodovanie, výroba, dovoz) 439 odsúdených. Podľa typu drogy bolo v roku 2009 za drogové trestné činy odsúdených približne 56 % páchatelov za marihuanu, 18 % za pervitín, 12 % za extázu a amfetamíny a 10 % za heroín. (NMCD, 2010, s. 117)

Graf č. 16

Vývoj počtu odsúdených za prechovávanie pre vlastnú potrebu a za prechovávanie vo väčšom množstve, obchodovanie, výrobu a dovoz



Zdroj: EMCCDA, www.emccda.europa.eu/data/stats2016#displayTable:DLO-02-2.

Podľa najnovších dát z roku 2014 bolo odsúdených za prechovávanie pre vlastnú potrebu ešte stále o málo viac (565) ako za prechovávanie vo väčšom množstve, obchodovanie, výrobu a dovoz (559). Vývoj počtu odsúdených za prechovávanie pre vlastnú potrebu a za prechovávanie vo väčšom množstve, obchodovanie, výrobu a dovoz znázorňuje Graf č. 16. Treba tiež dodať, že z tohoto počtu bola viac ako polovica (54 %) páchatelov súdená za prechovávanie či obchodovanie s marihuanou a dokonca takmer tretina (29 %) za prechovávanie marihuany pre osobnú potrebu.

Už spomínaná analýza dopadov tohto nového Trestného zákona konštatuje, že zákon nijako neovplyvnil drogovú scénu na Slovensku a v sledovanom období nemal ani vplyv na prevalenciu, ceny drog či oblasť liečby a harm reduction. (Hičárová, et al., 2010) Analýza tiež konštatuje, že sa nepodarilo naplniť

zámer nového zákona (popísaný v jeho dôvodovej správe) ukladať tresty odňatia slobody iba v nevyhnutných prípadoch. Za prechovávanie drog pre osobnú potrebu podľa § 171 bolo v sledovanom období rokov 2006 a 2007 z celkového počtu prípadov udelených 81% trestov odňatia slobody a 14 % bolo odsúdených na nepodmienečné tresty. Konštatuje sa tu tiež, že: „...tendencia rastu počtu malých záchytov drog⁵⁵ a ich vysoký podiel na celkovom počte zaistených prípadov ďalej naznačuje, že polícia a ďalšie represívne zložky ďalej využívajú pri znižovaní dopytu po drogách a rozšírenosti užívania najmä svoju úlohu odstrašovania od užívania drog stíhaním a trestaním samotných užívateľov“. (Tamže: s. 76) Takýto postup je tu kritizovaný pre svoju neefektívnosť ako i pre stigmatizáciu užívateľov drog. Medzi problémy aplikačnej praxe zasa patria postupy pri určovaní obvyklej jednorazovej dávky, ktoré nie sú dostatočne štandardizované.⁵⁶ Analýza v svojom závere konštatuje, že: „Zistenia Projektu sú zreteľným dôkazom toho, že je opodstatnené začať na Slovensku odbornú, politickú ako aj verejnú debatu o nastavení drogovej politiky a príslušného právneho rámca.“ (Tamže) Takáto diskusia však ani po uverejnení týchto zistení na Slovensku neprebehla.

Viacerí experti sa našich v rozhovoroch vyjadrili, že za problém považujú, že polícia sa zameriava na užívateľov drog, pretože je to pre ňu ľahšia cesta. Pre ilustráciu tiež možno uviesť kontroverzné praktiky slovenskej polície, ktorá na stredných školách plošne vykonávala razie, pri ktorých nachádzala minimálne množstvá marihuany, za prechovávanie ktorej boli následne študenti trestne stíhaní. (Sme, 2004) Tieto policajné akcie v tom čase Minister vnútra obhajoval i tvrdením, že marihuana je škodlivejšia ako alkohol, pretože vedie k tvrdým drogám. (Palko, 2004) Zdá sa, že v podobných praktikách polícia pokračuje. (Markíza, 2011)

V tejto súvislosti bol problémom i nový systém riadenia Policajného zboru, keď policajný prezident stanovil na rok 2011 pre policajtov „Výkonnostné ciele Policajného zboru“, čo sú kvantitatívne údaje koľko trestnej činnosti majú odhaliť. V prípade drogovej trestnej činnosti bolo na rok 2011 naplánované zvýšenie odhalení oproti predchádzajúcemu roku o takmer 64%, pričom sa v cieľoch nerozlišuje medzi prechovávaním a ostatnými drogovými trestnými činmi. Pri takto postavených cieľoch nie sú policajti motivovaní zamerať sa predovšetkým na komerčný predaj drog, ale ide im o celkový počet prípadov, teda často o stíhanie užívateľov. Túto skutočnosť potvrdzuje i expert:

Interview č. 10: *Súčasný šéf polície si myslí, že policajtov môže hodnotiť ako robotníkov v továrni, že polícia je továreň. Policajti nie sú hodnotení podľa závažnosti prípadov, ale podľa ich počtu, na všetko sú čísla a tabuľky. Policajt preto bude radšej riešiť veľa jednoduchých prípadov.*

⁵⁵ Treba tiež dodať, že dlhodobu (v rokoch 2002 – 2008) patrí viac ako polovica z celkového počtu záchytov nelegálnych drog marihuane. (NMCD, 2009, s. 125)

⁵⁶ Pozri tiež (Para, 2009).

Drogová trestná činnosť s výnimkou náhodne prichytených páchatel'ov patrí medzi tie zložitejšie prípady.

Inštitucionálny vývoj drogovej politiky

V roku 1999 bol vládou prijatý Národný program boja proti drogám (NPBD 1999 – 2003) do roku 2003 s výhľadom do roku 2008. Tento dokument mal podobne deklaratívny charakter ako jeho predchodca, novinkou tu však bola potreba harmonizovať slovenskú drogovú politiku s politikou Európskej únie, takže sa tu napríklad píše i o nevyhnutnosti zabezpečenia spolupráce s EMCD-DA pri zbere relevantných dát. V NPBD 1999 – 2003 sa síce deklaruje vyvážený prístup, ale princípy harm reduction neboli jej súčasťou a v častiach venovaných presadzovaniu práva sa navrhovala zvýšená represia, keď medzi cieľmi bola i taká rekodifikácia zákonov, ktorá by zvýšila trestné sadzby za drogové trestné činy.⁵⁷

Nasledujúci Národný program boja proti drogám na roky 2004 – 2008 (NPBD 2004 – 2008) podrobne analyzoval Radoslav Fedačko. (Fedačko, 2008) Upozornil na skutočnosť, že NPBD 2004 – 2008 nerozlišuje medzi jednotlivými spôsobmi užívania drog (experimentovanie, užívanie, závislosť), ale za problém sa považuje akékoľvek užívanie drog. Dôležitý je tiež sémantický postreh o samotnom názve strategického dokumentu, (ide o slovné spojenie „boj proti drogám“), pričom strategické dokumenty pre legálne drogy alkohol a tabak hovoria nanajvýš o kontrole či problémoch. Fedačko tiež kritizoval povrchnosť a deklarativnosť tvrdení NPBD 2004 – 2008, pričom tu nie sú spomínané empirické ukazovatele, na ktorých by sa dala úspešnosť plnených cieľov overovať. Všeobecnosť a deklarativnosť základných strategických dokumentov v drogovej oblasti čiastočne vysvetľujú vyjadrenia expertov:

Interview č. 7: (Otázka RK): *„Ako sa zostavovali základné strategické dokumenty? Kto to dával vlastne dokopy? Rezorty prišli s vlastnými nápadmi a tie sa dali nejak dokopy, kto bol vlastne ten...“*

Expert č. 7: *„Že ako sa zostavovalo?“*

RK: *„Áno.“*

Expert č. 7: *„No od 2004 je to opísané z európskej stratégie.“*

NPBD 2004 – 2008 sa skutočne obsahovo v mnohom podobá na Európsku stratégiu (Európsky akčný plán (European Commission, 1999)), ale je tu istý rozdiel: zatiaľ čo európsky dokument obsahuje harm reduction, ako základný

⁵⁷ Píše sa tu tiež: „Systematický boj proti kriminalite viazanej na drogy v celej jej šírke od nezákonného obchodovania až po trestnú činnosť páchanú za účelom získania prostriedkov na dávku drog alebo spáchanú pod vplyvom drog povedie k zvýšenému počtu osôb zadržaných a odsúdených za túto trestnú činnosť. V tejto súvislosti je potrebné pripraviť väzenstvo na zvýšený prienik drogového problému v jeho špecifickej podobe do miest výkonu väzby a výkonu trestu.“ (s. 4)

prvok stratégií a nástrojov, v slovenskom sa píše iba o znižovaní rizík, ktoré je podriadené liečbe, ale nefiguruje tu ako samostatný prvok.

V Národnej protidrogovej stratégii 2009 – 2012 sa čiastočne zmenila definícia základného cieľa drogovej politiky, ktorá sa už nemá zameriavať iba na samotné zníženie užívania drog, ale i na redukciu rizík a škôd spojených s užívaním drog.

Národná protidrogová stratégia 2013 – 2020 pracuje iba s dvoma základnými dimenziami drogovej politiky: znížením dopytu po drogách a znížením ponuky drog. Opatrenia „harm reduction“ sú tu nepochopiteľne schované pod cieľom zníženia dopytu po drogách. Na druhej strane však táto stratégia reaguje i na aktuálnejšie európske trendy, ktoré smerujú k netrestaniu užívateľov drog a krkolomne konštatuje: „Na účely predchádzania trestnej činnosti, zabránenia recidívy a zvýšenia účinnosti trestnoprávneho systému bude SR vo vhodných prípadoch a pri zaistení proporcionality nabádať na využívanie, monitorovanie a účinné vykonávanie politiky a programov v oblasti drog vrátane úkonov po zatknutí a vhodných alternatív k donucovacím sankciám (ako je vzdelávanie, liečba, rehabilitácia, následná starostlivosť a opätovné sociálne začlenenie) pre páchatel'ov užívajúcich drogy.“ (Tamže: s. 13) Z najnovších trestnoprávnych dát však nevyplýva, že by sa tento bod v praxi výraznejšie realizoval a alternatívne trestanie či alternatívy k trestom pre užívateľov drog sa na Slovensku zatiaľ výraznejšie nepresadili.

Pri analýze slovenskej drogovej politiky si však treba klásť otázku, či na ňu tieto strategické dokumenty zásadnejšie vplývajú. Ak považujeme za jednu z najdôležitejších a zároveň najdiskutovanejších otázok drogovej politiky mieru jej represívnosti, tak môžeme konštatovať, že reálne zmeny v legislatíve nemali takmer žiadnu oporu v prijatých stratégiách a navyše sa podľa výpovedí expertov pripravovali takmer výlučne na pôde Ministerstva spravodlivosti bez širších konzultácií či verejnej diskusie. Podobne je to i s inými oblasťami drogovej politiky, tak napríklad istý dôraz na harm reduction⁵⁸, ktorý obsahuje Národná protidrogová stratégia 2009 – 2012 sa do praxe vonkoncom nepremietol. Mimo-riadne závažné inštitucionálne zmeny v riadiacich orgánoch slovenskej drogovej politiky takisto neboli súčasťou týchto strategických dokumentov.

Expert dokonca hovorí o tom, že na Slovensku v drogovej politike citeľne chýba jasné smerovanie a vízia.

Interview č. 6: *„U nás drogová politika reálna neexistuje. Je nejaký zdrap papiera, ktorý je ten národný akčný plán do roku 2012 a neviem o tom, že by bolo nejakým spôsobom monitorované jeho napĺňanie a vyhodnocované jeho napĺňanie ... Ja si osobne myslím, že kontúry drogovej politiky udáva ministerstvo spravodlivosti presne trestným zákonom*

⁵⁸ Medzi cieľmi sa v tomto dokumente nachádza i požiadavka rozširovať služby v oblasti znižovania škôd a ich zavedenie vo väzniciach. Nič z toho sa však doteraz neudialo.

a tým ako je nastavený a celý zvyšok je taká neriadená oblasť. ... Nie je tu niekto ... kto by udával tón.“

„...počul si už niekedy o jednotlivých krokoch v médiách čo sa deje v drogovej politike s národným akčným plánom s národnou protidrogovou stratégiou? Nikde nič.“

V prieskume pre NMCD z roku 2010 takmer polovica (46,2 %) respondentov uviedla, že nepozná buď samotnú protidrogovú stratégiu (19,4 %) alebo jej konkrétne opatrenia (26,8 %). Za účinné alebo väčšinou účinné považuje opatrenia prijaté v rámci Protidrogovej stratégie iba 13,7 % respondentov. So stúpajúcim vzdelaním stúpa i znalosť protidrogovej stratégie a tiež plynule narastá negatívne hodnotenie účinnosti opatrení prijatých v rámci protidrogovej stratégie.

Na základe deklarovanej spolupráce s EMCDDA vzniklo v roku 2004 ako súčasť GS VM DZKD Národné monitorovacie centrum pre drogy (NMCD), ktoré je členom siete REITOX (Európska informačná sieť o drogách a drogových závislostiach), zriadenej s cieľom monitorovať situáciu v oblasti psychotropných látok a pripravovať podklady pre kvalifikované politické rozhodnutia na národnej a európskej úrovni. NMCD však už od svojho vzniku narážalo na problém jeho podriadenosti GS VM DZKD. NMCD by totiž už z definície svojej činnosti malo plniť i kritickú úlohu voči decíznym orgánom štátnej správy, čo pri takomto organizačnom usporiadaní nebolo dosť dobre možné. Tento vývoj hodnotil v rozhovore negatívne i expert.

Interview č. 2: *„...sme odišli, v podstate ako na protest určitej slabej nejakej politiky v tom spôsobe riadenia a krátko na to potom sa koordinátorkou stala Lucia Kišová a ona vlastne presadila ... vytvorenie dvoch odborov nezávislých – odbor generálny sekretariát a odbor národné monitorovacie centrum, ako dva rovnocenné prvky. Takéto usporiadanie, my sme vždycky po takom niečom volali, proste oddeliť národné monitorovacie centrum a toto je možnože toto, čo možno vám chýba, nejaký kritickejší pohľad trochu, pretože my, ako pracovníci generálneho sekretariátu, ktorý v podstate zodpovedá za tvorbu koncepcie máme monitorovať jej výkon a výstupy ako z pozície podriadených zamestnancov... a potom prišla riaditeľka doktorka Miková ... potom sa to znova zlúčilo. A to pretrváva dodnes. My sme znova sa pokúšali nejako osamostatniť – odčleniť, nestretáva sa to s pochopením u ostatných našich kolegov z odboru, lebo v tom vidia nejaké rozbíjačstvo – boja sa, že budú veľmi oslabení a potom, že oni zaniknú. Len myslím si, že pre fungovanie NMCD je ozaj potrebné aby bol troška bokom, už len kvôli tomu, aby sa nepolitizovali potom tie veci...“*

V roku 2007 sa teda NMCD na krátko osamostatnilo, ale ako z citovaného rozhovoru vyplýva, zanedlho sa obnovil stav, keď NMCD bolo de facto podriadenou inštitúciou GS VM DZKD.

Po voľbách v roku 2010 a následne utvorenej koalície štyroch pravicových strán sa však GS VM DZKD ako dlhoročný vrcholný orgán slovenskej drogovej politiky zrušil. Nahradil ho od 29. novembra 2010 Odbor koordinácie protidrogovej stratégie (ďalej len OKPS), ako samostatný odbor v priamej pôsobnosti vedúceho Úradu vlády SR. Táto organizačná zmena jednoznačne oslabil postavenie tohto orgánu, keď ho vyčlenila na úroveň iných servisných inštitúcií Úradu vlády. Príčiny takejto organizačnej zmeny experti vysvetľujú vnútornými pomermi vo vládnej koalícii, keď liberálna SaS chcela drogovú politiku reformovať a naopak konzervatívne KDH sa i naďalej zastávalo represie. Po voľbách v roku 2010 sa podpredsedom vlády a šéfom VM DZKD stal Rudolf Chmel za maďarsko-slovenskú stranu Most – Híd, ktorý podľa interpretácií viacerých expertov nemal záujem o konflikty v koalícii v tejto oblasti a preto celý Výbor ministrov i s Generálnym sekretariátom zrušil.

Interview č. 2: „...Tak isto tí ministri... ale aspoň ten čas bol venovaný a bolo to oficiálne fórum, ktoré keď sa to tam schválilo mohlo to ísť do vlády, mohlo to ísť... Teraz nič také neexistuje ... podozrievam, že je to práve z toho dôvodu, aby nedráždili koaličného partnera a radšej sa to zametá pod koberec a všelijako tlmí a ... Čiže návrat v podstate o 15 rokov dozadu a celý ten vývoj, ktorý tu bol – ten inštitucionálny vývoj ... v podstate celý ten systém sa rozbíja a to v čase, keď vlastne nikto nevie čo ďalej bude.“

V roku 2013, po delimitácii agendy koordinácie národnej protidrogovej politiky z Úradu vlády SR, pôsobí odbor pod týmto názvom na Ministerstve zdravotníctva Slovenskej republiky. S účinnosťou od 15. júna 2016 bol Odbor koordinácie protidrogovej stratégie a monitorovania drog (OKPSaMD) i so svojím oddelením pre monitorovanie drog (Národné monitorovacie centrum) organizačne začlenený do Sekcie zdravia, podliehajúcej štátnej tajomníčke MZ SR. Oslovení experti tento najnovší vývoj vnímajú značne kriticky, pretože by podľa nich odbor, ktorý by mal koordinovať drogovú politiku viacerých rezortov nemal byť súčasťou jedného z týchto rezortov. Navyše sa stále nevyriešila inštitucionálna nezávislosť Národného monitorovacieho centra pre drogy (NMCD), ktoré je v súčasnosti iba oddelením v rámci odboru na Ministerstve zdravotníctva. Poslaním NMCD by pritom okrem zberu relevantných dát malo byť i ich vyhodnocovanie a príprava odborných podkladov pre kvalifikované politické rozhodnutia. Súčasný inštitucionálny stav však môže obmedzovať politickú nezávislosť, akcioskopnosť a nestrannosť NMCD.

Liečba

Ako naznačuje Graf č. 7 počet liečených drogovovo závislých na začiatku predchádzajúcej dekády klesal, neskôr (okolo roku 2005) sa tento pokles stabilizoval na počte okolo 2000 pacientov a po roku 2009 začal postupne stúpať až na súčasných (rok 2015) viac ako 2700 pacientov, čo je historicky najvyššie číslo.

Graf č. 8 zasa naznačuje, že výrazne klesal počet liečených závislých od heroínu a naopak výrazne stúpal počet liečených závislých od metamfetamínov a mierne stúpal počet liečených závislých od marihuany.

Ako píše Fedačko (Fedačko, 2008), súčasný koncept liečby závislostí od drog vychádza z uplatnenia občianskeho princípu – užívateľ drog je plnohodnotný občan, ktorý má v prípade potreby právo na adekvátnu zdravotnú či sociálnu pomoc. Zdravotnú starostlivosť pre drogozo závislých poskytujú psychiatrické ambulancie a liečebne ale najmä špecializované Centrá pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ). Zdravotná starostlivosť je pre občanov Slovenska bezplatná na základe povinného zdravotného poistenia. Jej dostupnosť je však závislá od konkrétnych zmlúv zdravotníckych zariadení s poisťovňami. Problémom, ktorý zmieňuje i výročná správa EMCDDA (EMCDDA, 2007) je nerovnomerné vnútroštátne geografické pokrytie špecializovanými zariadeniami na liečbu drogových závislostí.

Prevažujúcim typom liečby je drogozo čistá liečba. Len v prípade liečených pre závislosť od opioidov výrazne prevažovali pacienti liečení ambulantnou formou nad liečenými ústavnou formou v nemocničných zariadeniach. V prípade závislosti 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. (NMCD, 2008)

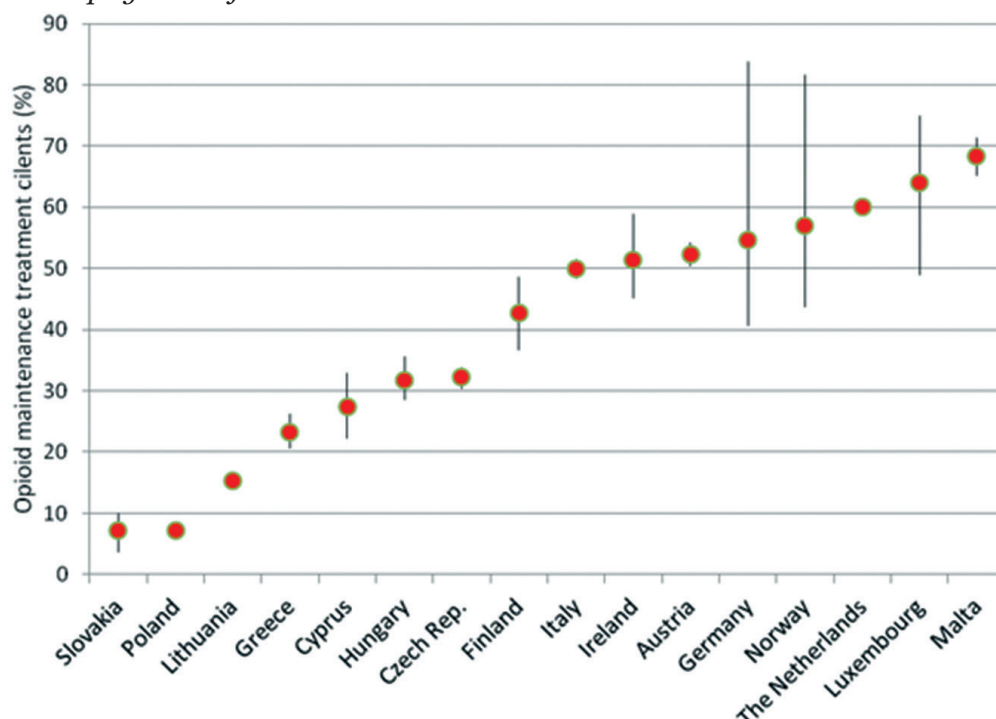
Dlhodobým problémom je na Slovensku nízka rozšírenosť metadónovej substitučnej liečby, ktorá fungovala od roku 1997 iba v CPLDZ v Bratislave a neskôr (v roku 2005) sa s obmedzeným počtom pacientov rozšírila i do Banskej Bystrice. Už od zavedenia metadónovej liečby hlavný odborník pre odbor drogových závislostí ministerstva zdravotníctva opakovane vo svojich správach upozorňoval na potrebu zavedenia udržiavacej medikamentóznej sociálne asistovanej liečby metadónom systémovo do ďalších miest mimo Bratislavy. (NMCD, 2003, s. 84) To sa však nepodarilo a navyše i existujúci program udržiavacej liečby metadónom na Slovensku je v možné označiť ako ťažko dostupný a vysokoprahový. Ťažká dostupnosť metadónovej liečby je spôsobená nielen tým, že je prístupná iba v Bratislave a v Banskej Bystrici, ale i relatívne prísnymi podmienkami pre zaradenie do tohto programu, ktoré sme opísali vyššie. Nízka dostupnosť metadónu je zapríčinená i jeho špecifickým postavením. Metadon sa nenachádza v databáze registrovaných liekov Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv, teda nie je bežne dostupný vo verejných lekárňach. Dostupnosť tohto prípravku na Slovensku je zabezpečená individuálnou prípravou na žiadosť špecializovaných Centier pre liečbu drogozo závislých (CPLDZ). Podmienky samotného programu sú zasa striktne regulované usmernením Ministerstva zdravotníctva. Liečba metadónom dlhodobo neprekračuje 500 pacientov.

Alternatívnou substitučnou liečbou bola od roku 1999 liečba Subutexom, ktorý bol v roku 2008 nahradený menej zneužíteľným Suboxonom. Metadónových a suboxonových pacientov spolu bolo v roku 2012 na Slovensku spolu iba

465, pričom až 98 % z nich dostávalo metadon a v roku 2014 poklesol počet klientov metadónového programu na 375, čo je najmenej od roku 2000. Graf č. 17 z roku 2009 naznačuje, že podiel pacientov substitučnej liečby na celkovom počte problémových užívateľoch drog bol na Slovensku v európskom kontexte veľmi malý, keď nedosahoval ani 10 % a Slovensko sa tak v tomto sledovanom ukazovateli umiestnilo (spoločne s Poľskom) na poslednom mieste.

Graf č. 17

Klienti ópiovej substitučnej liečby ako percento z odhadovaného počtu problémových užívateľov opioidov, rok 2009 alebo najbližší rok s dostupnými údajmi



Zdroj: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrfig1>.

Suboxon sa môže indikovať u drogovu závislých dospelých a mladistvých osôb po dovŕšení 15. roku veku a po predchádzajúcej ústavnej detoxikačnej liečbe pre závislosť na heroíne. Nízka dostupnosť substitučnej liečby je v prípade suboxonu daná i nutnosťou pacienta doplácať približne 40 % ceny lieku, zvyšok doplácajú zdravotné poisťovne, avšak maximálne 12 mesiacov. V praxi sa tieto obmedzenia často obchádzajú v prípadoch plnej úhrady ceny suboxonu pacientom. (Hičárová, Krošláková, Kiššová, Segešová, 2012) Ďalším významným obmedzením je i nízka ochota psychiatrov nielenže predpisovať drogovu závislým takúto liečbu, ale i vôbec zaradiť drogovu závislého medzi svojich pacientov. Drogovo závislí tak často musia dochádzať do špecializovaných CPLDZ, ktorých je na Slovensku

iba 5. Skutočnosť, že psychiatri majú často voči drogovu závislým odstup zistil i medzinárodný výskum IATPAD, ktorý konštatoval, že profesionáli (či už psychiatri alebo lekári prvého kontaktu) celkove majú horšie postoje a pocit nižšej kompetencie pracovať s drogovu závislými pacientmi v porovnaní s pacientmi s depresiou alebo diabetes. (Alexanderčíková, Okruhlica, 2009) Takúto skutočnosť potvrdili i experti (z mimovládnych organizácií a štátnych úradov) v rozhovoroch, ktorí označovali nízku dostupnosť substitučnej liečby za veľký problém drogovej politiky. Za problém sa v oficiálnej správe označuje i neexistencia substitučného programu vo väzniciach. (NMCD, 2010)

Interview č. 11: „...Tak substitučnú liečbu v X nechceli predpísať lekári a tým pádom tí naši klienti museli cestovať do Y a problém bol v tom, že oni cestovali autom vlastným a tým pádom chodili niekedy aj pod vplyvom tých látok, čo teda je veľké riziko.“

RK: „Keď sa k tomu môžem spýtať, tak tam bol problém nechceli alebo nemohli?“

Expert č. 11: „Nechceli. Pretože mali sme stretnutie aj tu so zástupcami firmy, ktorá dodávala ten substitučný preparát a oni sami tvrdili teda, rozprávali, že ponúkajú to v X a nikto to nechce ... problém, aspoň čo mnohí zástupcovia tej firmy rozprávali je, že lekári sa obávajú – majú nejaký etický problém, a že teda im to etika, v rámci vierovyznania alebo tak nejak nedovoľuje.“

Interview č. 3 „Ako naozaj, ako téma substitučnej liečby je krásna téma a ani v tej Bratislave nie je tak prístupná ako by sa dalo, naopak tu nie je zase ten subuxon. Čiže ľudia, ktorí nechcú ísť na metadon nemajú voľbu. Zase inde je subuxon a nie je metadon a niekde nie je nič, lebo lekár si povie, že aj tak to chcú len zneužívať.“

Nízka dostupnosť substitučnej liečby sa niekedy zdôvodňuje i pomerne dobrou epidemiologickou situáciou: v liečbe klesá podiel závislých od opiátov a prevencia HIV/AIDS u injekčných užívateľov drog je veľmi nízka (v rokoch 1985 – 2012 sa z celkového počtu nositeľov HIV iba 2,8 % nakazilo injekčným užívaním drog, čo znamená len 12 prípadov). Niektorí experti (predovšetkým zdravotníci) teda hovoria o tom, že tu nie je vyššia potreba substitučnej liečby. Naproti tomu stoja názory, ktoré hovoria o nízkej pretestovanosti populácie drogových užívateľov na HIV⁵⁹ a o veľmi tvrdo nastavených kritériách na substitučnú liečbu. Zdá

⁵⁹ Konštatuje to i Správa o plnení Národného programu prevencie HIV/AIDS v Slovenskej republike na roky 2009 – 2012 za rok 2011: „Sporadické prípady v ťažko dostupnej skupine populácie, u injekčných užívateľov drog, vytvárajú riziko skrytého šírenia infekcie HIV.“ O niečo horšia je však situácia v rozšírenosti Hepatitis C Virus (HCV) a Hepatitis B Virus (HBV), keď z testovanej časti populácie injekčných užívateľov drog prvoliečených v CPLDZ v Bratislave bolo dlhodobo okolo 50 % pozitívnych na HCV. Počet pozitívne testovaných na HBV postupne narastal až na 22 % v roku 2009. (NMCD, 2009)

sa, že diskusia o tomto probléme na Slovensku ešte nie je uzavretá, ale súčasný stav je možné vysvetliť najmä tým, že v radoch zdravotníkov nie je dostatok vôle razantnejšie sa zasadzovať za väčšiu rozšírenosť substitučnej liečby, čo môže byť spôsobené i finančne netransparentnými, centralizovanými a pomerne náročnými kritériami pre zavedenie metadónovej substitučnej liečby, ktorá nie je štandardne uhrádzaná zdravotnými poisťovňami.

Nedostatky v dostupnosti substitučnej liečby na Slovensku do značnej miery potvrdzuje i osobitná štúdia venovaná tejto oblasti, ktorá konštatuje nezávisle na našom výskume podobné zistenia: malé geografické pokrytie substitučnej liečby, vysokoprahovosť metadónovej substitučnej liečby a jej neštandardnosť a nesystémovosť a neochota lekárov – psychiatrov predpisovať subuxon ako substitučnú liečbu. (Hičárová, Krošláková, Kiššová, Segešová, 2012)

Harm reduction

V oblasti znižovania rizík a negatívnych dôsledkov užívania drog sú na Slovensku dlhodobo najrozšírenejším opatrením programy výmeny injekčných striekačiek a ako doplnkové služby boli ponúkané i testovanie na hepatitídu, na HIV, na syfilis, sociálne služby, poradenstvo, rozdávanie zdravotného materiálu, prezervatívov. Na Slovensku zatiaľ neexistujú iné aktivity zamerané na znižovanie zdravotných rizík a dôsledkov užívania drog akými sú v zahraničí napríklad miestnosti pre kontrolovanú aplikáciu drog, stacionárne alebo mobilné jednotky na kontrolu čistoty drog či programy priamej distribúcie metadonu. Nízkoprahové služby harm reduction v roku 2009 poskytovalo štátne CPLDZ a päť mimovládnych organizácií v štyroch slovenských mestách ktoré vykonávali streetwork, pričom v predchádzajúcom období bolo takýmito službami pokrytých najviac sedem slovenských miest (2006). Podľa údajov z roku 2014 pôsobilo na Slovensku osem programov s programom výmeny ihlíc a striekačiek v piatich mestách (Bratislava, Sereď, Nitra, Trnava, Košice). Podľa najaktuálnejších informácií však ich počet má pravdepodobne ďalej klesať. Počet klientov nízkoprahových centier poskytujúcimi služby výmeny ihlíc a striekačiek pre užívateľov v poslednom období tiež klesá, ako to naznačuje i Graf č. 18. K počtom injekčných užívateľov drog možno dodať, že zatiaľ čo do roku 2008 bol počet užívateľov heroínu a pervitínu približne rovnaký, v roku 2009 už bolo v kontakte s nízkoprahovými centrami o niečo viac užívateľov pervitínu ako užívateľov heroínu.

Hlavným problémom harm reduction však zostáva malé geografické pokrytie územia Slovenska takýmito službami. Z klientov nízkoprahových programov tak bolo v roku 2008 až 88 % percent z Bratislavy (NMCD, 2008). Je však zrejmé, že i keď môžeme predpokladať dominanciu Bratislavy v počte problémových užívateľov drog, takýto vysoký podiel indikuje predovšetkým nedostupnosť nízkoprahových služieb v iných regiónoch Slovenska.

Graf č. 18

Počet klientov nízkoprahových centier poskytujúcich služby výmeny ihliel a striekačiek pre užívateľov drog



Zdroj: NMCD, autor.

Odhady počtu problémových užívateľov drog na Slovensku založené na klientoch nízkoprahových zariadení sú preto limitované a zrejme i podhodnotené nízkou dostupnosťou týchto programov. Podľa štúdie NMCD bolo v roku 2007 na Slovensku od 12 800 do 34 800 problémových užívateľov drog, stredný odhad bol 17900 užívateľov (z toho o niečo viac ako polovica (9 800) užívatelia opiátov), čo znamená 4,71 problémových užívateľov na 1000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. (NMCD, 2008) Z odhadovaného počtu problémových užívateľov bolo na Slovensku v kontakte s nízkoprahovými centrami iba asi 20 % tejto populácie. To radí Slovensko v Európe medzi krajiny s najnižším pokrytím tejto cieľovej populácie službami výmeny injekčných striekačiek a ihliel. (EMCDDA, 2007) V rozhovoroch jeden z expertov nízky počet harm reduction služieb nevidel ako problém a argumentoval i klesajúcou prevalenciou užívateľov opiátov a dobrou epidemiologickou situáciou najmä v rozšírení AIDS/HIV. Iný expert však vyjadril odlišný názor:

Interview č. 3: „Slovensko je krajina, ktorá akože tancuje na tenkom lade lebo to je trochu také naše prekliatie, tá nízka prevalencia v niečom, lebo tým pádom to nikoho nezaujíma. Tie drogy nikoho nezaujmajú. ... My absolútne nepokrývame potrebu ľudí injekčne užívajúcich kvôli striekačkám, ako oni majú málo takže samozrejme, že sa zdieľajú injekčné striekačky. A toto je vec, že nemáme substitučnú liečbu, máme málo programov výmeny ihliel a máme nízku pretestovanosť. Ja neverím, že vieme ako sme na tom.“

Oslovených expertov sme sa pýtali i na možné príčiny nízkeho rozšírenia služieb harm reduction na Slovensku. Viacerí experti sa zhodli, že azda najväčším problémom je nezáujem kvalitných ľudí pôsobiť v tejto oblasti.

Interview č. 3: „...naozaj je málo tých ľudí... kvalitných ľudí a ľudí, ktorí chcú robiť sociálnu prácu. Teraz kto vie o harm reduction a ak vie, tak čo o ňom vie?... v takom Trenčíne, no koho to má napadnúť, že by tam mal byť program výmeny ihl, akože nejakého študenta, ktorý má prísť do Trenčína a? A akože kto? ... nik.. no neviem. Akože neviem si predstaviť, kto o tom ani netuší, by ho vôbec napadlo, že by niečo také malo byť a to aj z pohľadu samosprávy a to aj z pohľadu hoci akého človeka, ktorý by tam... rodiča, ktorý by chcel... no, .. Čiže ako by tu není to povedomie vôbec, si myslím.“

Vyjadrenie iného experta opisuje podnet pre založenie harm reduction programu v jeho meste:

Interview č. 11: „...v niektorých mestách to vzniklo vlastne skôr na popud užívateľov samotných. Tu to bolo skôr na základe toho, že jeden taký vyšší predstaviteľ štátnej správy našiel v pieskovisku striekačku, práve tam, kde sa mu chodilo hrať dieťa.“

Takýto vznik harm reduction organizácií iniciovaný „zhora“ považuje za problém ďalší expert:

Interview č. 6: „...myslím si, že u nás to jednak aj harm reduction nejde ako to išlo v tom Holandsku alebo Anglicku, že to išlo zdola - nahor a bol ten aktivizmus samotní užívatelia, rodinní príslušníci a komunity, u nás to ide z tej strednej vrstvy od tých sociálnych pracovníkov a od tých, ktorí sú vyškolení a zaučení a musí to mať tú - takú regulu a ten rád a všetko tie formálne náležitosti a ide to smerom dolu. A z môjho pohľadu to na tom harm-e vidieť a aj to chýba. Proste, že tam nie je to aktivizovanie. Veľakrát aj v rámci tohto regiónu prebiehali tie diskusie, že jak je to... čím to je dané, či je to tým, že my sme taký typ spoločnosti, ktorý proste má obyčajne nejaké inštitúcie, nejaké autority a tie autority určujú čo je dobré a čo nie, čo sa môže a čo sa nemôže aplikovať a že tí samotní užívatelia nie sú dostatočne či zmobilizovaní alebo presvedčení o tom, že vlastne vôbec majú právo sa aktivizovať v tomto.“

Relatívne nízky záujem ľudí na Slovensku pôsobiť v takýchto službách naznačuje i výskum EVS z roku 2009. (EVS, 2011) Na Slovensku sa až 87,7 % respondentov vyjadrilo, že nevykonávajú žiadnu neplatenú činnosť pre dobrovoľnícke organizácie (pre porovnanie: v Maďarsku 88,2 %, v Poľsku 87 %, ale v Českej republike iba 58,1 % a priemer v „starých“ krajinách EÚ (EÚ15) je 71%).

Medzi ďalšími dôležitými príčinami je i celkové nastavenie slovenskej drogovej politiky, ktorú experti z mimovládnych organizácií považujú za represívnu a nedostatočne podporujúcu harm reduction.

Interview č. 3: „V podstate aj ten ideál na Slovensku ... stále je ten ideál bezdrogovej spoločnosti, asi akoby aj tie dokumenty, ten zámer alebo fokus na represiu, podľa mňa vychádza z toho ideálu bezdrogovej spoločnosti.“

Pracovníci mimovládnych organizácií, ktoré sa venujú harm reduction programom sa tiež sťažovali na veľkú byrokráciu pri jednaní so štátnymi inštitúciami. Problémom je tiež nestabilná štruktúra financovania týchto programov. Po tom, čo sa z tejto oblasti začala sťahovať Open Society Foundation sa síce štát stal najväčším donorom, ale toto financovanie doteraz nie je systematickejšie upravené, podľa výpovedí niektorých expertov je nepostačujúce, nepružné, byrokraticky náročné a nezaručuje stabilitu a dlhodobý rozvoj tejto oblasti.

Interview č. 7: „...u nás sa finančne podporujú aktivity, aktivity ale nie programy, pretože ten program je dlhodobý a tým, že financovanie je nastavené na jeden rok, tak tam vlastne nemožno spraviť ten program.“

Niektorí experti vidia problém i na strane mimovládnych organizácií, pretože im vytýkajú rozdrobenosť a skutočnosť, že nemajú zastrešujúci orgán. Hlasy na zriadenie strešného orgánu mimovládnych organizácií poskytujúcich služby harm reduction sa ozývali nielen medzi štátnymi úradníkmi, ale i zo samotných mimovládnych organizácií. Zaznamenali sme však aj opačný názor, v ktorom expert spochybňuje význam takéhoto združenia a argumentuje tým, že pre bratislavské organizácie by to znamenalo prácu navyše bez výraznejších benefitov.⁶⁰

⁶⁰ **Interview č. 3:** „Čiže ja to osobne vníma tak, že nie je to, to nutné čo my potrebujeme riešiť lebo treba brať v úvahu, že my sme tu personálne poddimenzovaní a nie dva krát finančne ohodnotení. Na jedného pracovníka je 100 klientov na hlavu a teraz akože aby asociácia mala význam tak asi bude niečo robiť. A teraz kto to má robiť? Čiže ja tam veľa vnímam to, že je to rozhodnutie... rozhodnutie týchto organizácií – piatech, že kto z nich sa rozhodne, že dobre, my ideme budovať asociáciu, čiže si vyčlení na to toho človeka, dobre dostane nejakú podporu, ale pre Odyseus by to znamenalo, že tento človek už nemôže robiť to čo robí a to čo on robí nám prináša peniaze, prináša meno a tak. Myslím si, že my máme výhodu v tej silnej organizácii a Bratislavskej organizácie, lebo ja nepotrebujem ... ja som na úrade vlády, ja asi tam rokJem a budujem, ja som na ministerstve práce, takže ja nevnímam tento tlak, že nie som počutá. Viem, že kolegovia napríklad z Košíc, im by to určite pomohlo, majú to ďalej, pre mňa je to ale, že ja robím prácu navyše za niekoho. Ako rozumiem, že je to potrebné, mohlo by to byť významné pre tie iné organizácie v zmysle pomoci, ale zas to musím urobiť ja, lebo som tu, lebo asi my sme tí silnejší a tak. Druhá vec je, moja skúsenosť je, že keď riešime niečo ako – vyjadrite sa, deje sa tu teraz na úrade vlády toto alebo je tu nejaký návrh. Málo kedy tie iné organizácie vlastne k tomu vedia dať stanovisko, naozaj veľmi často je to o dialógu Prima – Odyseus, my si to vykomunikujeme a prekvapivo zrovna tieto dve organizácie sú vo všetkých tých pracovných skupinách, takže to jednotne akoby hlásame. Čiže pre mňa je aj otázka či by bola zaručená odbornosť ak by teda tá asociácia – kto by ju reprezentoval a nie som si istá či by bola

Zdá sa teda, že v tejto otázke nepanuje zhoda medzi ani medzi samotnými mimovládnymi organizáciami, ktoré sa v názoroch na túto otázku štiepia podľa miesta pôsobenia na bratislavské a mimobratiskavské.

Problémom pri činnosti nízkoprahových organizácií, ktoré pracujú s drogovými užívateľmi sú niektoré represívne akcie polície proti ich klientom. Nedá sa povedať, že by išlo o sústavný jav, ale takéto prípady sú opisované pomerne často. Menej závažným javom je popisované odoberanie sterilných injekčných striekačiek užívateľom:

Interview č. 3: „A ešte čo je možno s políciou – čo sa deje, že niekedy berú klientom vlastne čisté injekčné striekačky, čiže to môžeme akoby hovoriť, že ... Lenže a to môžeme hovoriť koľko vlastne sa stane za rok tých prípadov, a koľko verejných financií, vlastne, verejne platení činitelia vyhadzujú do koša. ... Toto je ešte jav, ale neni nejaký masívny. Nemôžem povedať, že všetci príslušníci policajného zboru razia, že teraz skontrolujú a ľuďom berú vlastne injekčné striekačky, skôr si myslím, že je to osobné nastavenie, že niektorí majú predsudky iní nie. Niektorí rozumejú, že musí sa robiť aj prevencia, iní nie.“

Závažnejšie sú skúsenosti pracovníkov z mimovládnych organizácií s policajným sledovaním a následným zatýkaním užívateľov drog, ktorí využívali služby by nízkoprahovej organizácie a v teréne si chodili vymieňať injekčné striekačky.

Interview č. 11: „Bolo to práve v tom období 2004 alebo 2007 kde bola potom veľká razia a v teréne. Prestalo k nám chodiť veľa užívateľov . My sme mali osobne pocit , že sleduje nás nejaké auto, ktoré pravidelne chodilo na tie výmenné miesta kde sme chodili s mobilnou jednotkou. Poprípade aj niektorí pracovníci mali ten dojem. Bohužiaľ ťažko to dokázať či áno a či nie pretože, ľudia pokiaľ chodia v civile, alebo majú civilné autá tak ... môžeme len o tom uvažovať ... potom vznikla veľká nedôvera užívateľov voči nám, pretože mnohí si mysleli, že či náhodou niekto od nás nevyniesol nejakú správu a následne na to začalo to zatýkanie, aj keď vlastne my sme klientov viedli pod kódom, čiže anonymne, nevedeli sme ich bydliska presne... a tak isto my sme nezískavanie od nich informácie či predávajú, nakupujú, ale tým, že polícia monitorovala podľa všetkého ten priestor tak si vytipovala tých užívateľov...“

jednotnosť. Lebo my, ako organizácia máme rôzne aj názorové rozdielnosti, čo sa napríklad ukázalo keď sa robili štandardy harm reduction. Ako z môjho pohľadu dopadli tak, že je to nepoužiteľný dokument z rôznych dôvodov a je to o tom, že tam nie je jednotnosť, že čo harm reduction na Slovensku – ako má vyzeráť, kam až má siaháť. Vlastne tie štandardy sa dotýkali vecí, ako je, že aplikačná miestnosť. Na Slovensku je nereálne vôbec zaoberať sa takouto témou. Čiže ja to tak vnímam, že pre mňa to nie je dôležité ako pre organizáciu v tom, aby bol vypočutý môj hlas, pretože tie inštitúcie nemajú niekoho iného na koho by sa obrátili keď potrebujú vedieť ako je to na ulici, ako je to s problémovým s užívaním, s predávkovaním. Za kým iným by išli keď to chcú vedieť.“

Výsledkom tejto policajnej akcie bola stratená dôvera klientov v nízkoprahové zariadenie, pokles odberu sterilných injekčných striekačiek a takmer zánik programu, pretože pri inšpekcii donora práve v tomto období sa zistil minimálny počet klientov.

Zdá sa, že konanie polície proti klientom či dokonca pracovníkom nízkoprahových organizácií je pomerne rozšírené, pretože takéto problémy s políciou opisuje i projekt evalvácie uplatňovania drogových paragrafov (Hičárová, Kiššová, Očenášová, Miklíková, et al., 2010): „Závažným zistením vyplývajúcim z fókusových skupín realizovaných so zástupcami liečebných a pomáhajúcich profesií bolo, že príslušníci Policajného zboru nerešpektujú prácu terénnych pracovníkov realizujúcich projekty výmeny ihliel a striekačiek. Zasahovanie polície do projektov výmeny ihliel a striekačiek sa nejaví ako náhodné, resp. ojedinelé, ale ako plošne rozšírené a v niektorých prípadoch systematické. ... Z analýzy výpovedí participantov fókusových skupín ďalej vyplýva, že plánované policajné akcie môžu byť zamerané priamo na problémových užívateľov a to aj zneužitím súčinnosti programov zo strany polície. Každé občianske združenie poskytujúce nízkoprahové služby informuje najbližšie pracovisko Policajného zboru o svojich aktivitách, presnom čase a mieste konania výmeny. Tieto informácie sú podľa terénnych pracovníkov zneužívané príslušníkmi Policajného zboru na kontrolu užívateľov/klientov a samotných poskytovateľov služieb, čo vedie k narušeniu práce programov.“ (Tamže: s. 49–50)

Prevenčia

Ako sa píše v správe NMCD „Prevenčia s osobitným dôrazom na deti a mládež bola od počiatku etablovania národnej protidrogovej stratégie jedným z jej základných pilierov, s kľúčovou zodpovednosťou rezortu školstva.“ (NMCD, 2009, s. 46) Napriek tomu však táto oblasť drogovej politiky pomerne rozdrobená a neexistuje o nej dostatočné množstvo relevantných a analyticky prínosných dát. Preventívne opatrenia okrem už spomínaného rezortu školstva uskutočňujú i rezorty zdravotníctva, sociálnych vecí a rodiny a vnútra a tiež celý rad mimovládnych organizácií. Ako však píše správa NMCD (2014) veľa preventívnych prístupov a programov je postavených na izolovaných teóriách a stále chýba ich integrácia a integrovaná teória prevencie. V oblasti prevencie sa tak úsilie rozdeľuje do mnohých izolovaných aktivít.

Podľa správy NMCD za rok 2015 z finančných prostriedkov zo ŠR, ktoré sú účelovo viazané na podporu protidrogových aktivít (bývalý Protidrogový fond, teraz „Dotácie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na podporu protidrogových aktivít“) bolo až 77 % určených na preventívne projekty (na harm reduction iba 10 %, na liečbu 12 % a na resocializáciu 1 %). Uprednostňovanie predovšetkým neevaluovanej univerzálnej prevencie v dotačnej politike môže byť zapríčinené jednak politickou „neškodnosťou“ takéhoto postupu (výzvy k neužívaniu drog v kampaniach sú síce neúčinné, ale na druhej strane ani

nikomu nevadia). Niektorí experti vyslovili i podozrenia o možnom klientelistic-kom pozadí pridelovania financií.

Univerzálna prevencia je na Slovensku zďaleka najrozšírenejšia, ktorá prebieha predovšetkým na školách, kde ju má pod svojim patronátom Ministerstvo školstva a čiastočne i Ministerstvo zdravotníctva. Najčastejšou formou preventívnej aktivity pre školákov sú besedy a prednášky. Pri projektoch pod gesciou týchto rezortov sa vyhodnocuje i miera v akej sú evaluované. Aktuálne údaje hovoria, že po miernom medzročnom poklese bolo v roku 2009 evaluovaných iba 8,63 % preventívnych programov. Podľa správy NMCD z roku 2014 problémy s evaluáciou preventívnych programov stále pretrvávajú a evaluácia preventívnych intervencií sa nedeje príliš často.

Selektívna a indikovaná prevencia je podľa dostupných správ menej rozšírená, čo v rozhovoroch potvrdili i experti. Experti sa ďalej zhodli na tom, že oblasť prevencie trpí na rozdrobenosť rozličných aktivít pretože chýba silnejší koordinačný orgán, ktorý by tieto aktivity spravoval. Prílišná rozdrobenosť a malá koordinovanosť preventívnych aktivít tiež spôsobuje ich nesystematickosť, keď sa často vykonávajú jednotlivé aktivity vo forme osvetovej činnosti, ale nie vo forme uceleného preventívneho programu. Tieto vyjadrenia expertov potvrdzuje i výskum z roku 2007 (Orosová a kol., 2007), kde najviac žiakov základných škôl buď nemá žiadnu skúsenosť s preventívnou aktivitou alebo sa zúčastnili iba jednorazovej preventívnej aktivity.

Expertí udávajú i problém, že na Slovensku je málo odborníkov, ktorý aj v tejto oblasti sledujú svetové trendy a vedecky publikujú. Často potom pretrvávajú stereotypy akými sú demonizovanie drog, nulová tolerancia, všeobecné výpovede o absolútnej škodlivosti drog. V tejto súvislosti sa expert vyjadril, že chýbajú najmä všeobecne platné štandardy prevencie:

Interview č. 7: „Hlavne by bolo aby už u nás existovali štandardy, ktoré neexistujú, bohužiaľ. To znamená, že všetko to, čo vy nazvete prevencia, to má samozrejme zelenú a hurá ideme na prevenciu. Ale to vôbec nie je prevencia. Rozumiete to je ako o niečom.. no jasné mám tam nejakú prednášku alebo čo, je to vzdelávanie, je to osвета. Ale to nie je prevencia.“

Ďalší expert tiež narážal na systémové nedostatky v prevencii užívania drog na Slovensku:

Interview č. 2: „U nás je strašne mále tej prevencie – koordinovanej. U nás nemáme preventistov – to veľmi Čechom závidím, že majú tú adiktológiu. Centrum adiktológie, ktoré presadilo, že adiktológ sa stal povolaním ... U nás povolanie preventista neexistuje, čiže u nás sú preventisti nadšenci a potom každý to pojme podľa seba a preliečení to berú zo svojej osobnej skúsenosti. ... Viem, že školstvo robí cez metodické centrum nejaké vzdelávanie tých koordinátorov čo sú na školách ale to je ... jednak je to málo a jednak je to zase len na dobrovoľnosti a tak. Čiže taký nejaký

... skôr by to chcelo nejaký inštitút, ktorý by pripravoval preventistov na robenie prevencie a jej zhodnocovanie.“

Zaujímavá je tiež skúsenosť experta z mimovládnej organizácie s fenoménom tzv. legálnych drog, ktoré sú predávané v internetových ale i kamenných obchodoch. Trvá pomerne dlhý čas, kým sa takéto nové drogy laboratórne identifikujú a následne legislatívne zakážu. Na Slovensku prebiehala niekoľko mesiacov okolo tohto problému široká verejná diskusia. Náš expert komentoval situáciu a z nej vyplývajúcu nepružnosť štátnych inštitúcií v prevencii takto:

Interview č. 3: *„...kauza crazy shopov; a teraz akože všetci to riešili a akože ideme postihovať, represia, musíme to zastaviť, zakázať a tak... A nikto akoby sa nezamyslí nad tým, že jednak, kým vy to zákonne zastavíte, znemožníte neviem čo, tak to potrvá tri mesiace. Tri mesiace vám tu budú mladí ľudia kupovať amfetamíny a mefedróny a syntetické kannabinidy. Tak aspoň nejakú stránku, nejakú informáciu čo sú tie látky... nejakú prevenciu aspoň niečo tým učiteľom ... Nie všetci len represia, represia, zakázať. ... proste my sme boli jediní, ktorí sme na tú stránku – vlastne národné monitorovacie centrum nám dalo zloženie, my sme si našťudovali čo sú to za látky, dali sme presne: Tvrdý Miša máš tam toto a to sa ti môže diať..., a nikoho iného to nenapadne.“*

Príčiny politického úspechu represívneho modelu drogovej politiky na Slovensku

Na Slovensku, podobne ako v iných postkomunistických krajinách, sa po páde nedemokratických režimov paradoxne nepresadil liberálnejší model drogovej politiky, ale narastal tlak na vynucovanie práva a s ním spojené presvedčenie o správnosti prohibicionizmu.⁶¹ Na túto možnosť, ktorá sa časom naplnila, upozorňoval už v roku 1993 Peter Cohen (Cohen, 1993), ktorý argumentoval, že medzinárodní experti a hlavne inštitúcie zastávajúce striktne prohibicionistické postoje sa snažia presadiť takúto politiku i v postkomunistických krajinách. Keď sa na Slovensku v roku 1994 sprísňoval drogový zákon a znova sa zavádzala trestnosť prechovávania drog pre vlastnú potrebu, argumentovalo sa okrem iného i nutnosťou dodržať medzinárodné záväzky vyplývajúce z medzinárodných dohovorov ako i kopírovaním medzinárodne presadzovanej politiky, čo potvrdzuje i výpoveď experta.

Interview č. 7: *„Zo strany represívnych orgánov sa postoj k harm reduction začal meniť približne pred tromi rokmi. Dávam to do súvislosti s narastajúcim akceptovaním harm reduction na pôde UNDCP, čo zase bolo spôsobené zmenou politiky v USA, keď sa po nástupe Obamu i tam začala presadzovať harm reduction. Predtým to bolo rozdelené na Harm reduction Európu a bez harm reduction USA. Slovenské represívne orgány skôr kopírovali ten americký model.“*

Pri utváraní slovenskej drogovej politiky a kreovaní jej inštitúcií v prvej polovici 90. rokov dominovali rezorty Ministerstva vnútra a Ministerstva spravodlivosti, významné postavenie mal i rezort zdravotníctva. Toto rozdelenie vplyvu v slovenskej drogovej politike pretrvalo doteraz a napriek v oficiálnych dokumentoch formálne deklarovanému dôrazu na prevenciu, sa v realite najväčší dôraz kladie na presadzovanie práva a liečbu.

Oficiálne dokumenty slovenskej drogovej politiky sú vo všeobecnosti problematické najmä svojou prílišnou formálnosťou a malou konkrétnosťou. Podľa nášho výskumu tiež môžeme konštatovať ich nízku mieru dôležitosti pre reálny vývoj v drogovej politike, keď sa pomerne často kľúčové opatrenia prijímali bez ohľadu na oficiálne stratégie či plány. Takto prebehli všetky zmeny v trestnoprávnej oblasti ako i závažná reorganizácia ústrednej inštitúcie drogovej

⁶¹ V 90. rokoch prišlo k sprísneniu drogových zákonov napríklad v Poľsku, v Českej republike i v Maďarsku.

politiky v roku 2010. Tieto dokumenty tiež kontinuálne za prioritu považovali a považujú oblasť prevencie, ktorá však na Slovensku dlhodobo trpí nedostatočnou koordináciou a odbornosťou a v praxi doteraz nevidieť snahu o nápravu a systémovejší prístup v tejto oblasti zo strany štátu. Naše zistenia sa v tomto bode podobajú na zistenia Josefa Radimeckého (Radimecký, 2007), ktorý konštatoval rozličné rozdiely medzi rétorikou a praxou v českej drogovej politike.

Pri presadzovaní práva je zrejмый trend k väčšej represii. Celkový ročný počet odsúdených za drogové trestné činy sa v minulej dekáde (2000 – 2010) podľa údajov Generálnej prokuratúry viac ako ztrojnásobil, pričom epidemiologické dáta naznačujú v tomto období pomerne ustálený celkový počet užívateľov nelegálnych drog. Najnovší vývoj po roku 2010 naznačuje istý pokles trestne stíhaných a ustálený stav pri odsúdených za drogové trestné činy. Je pozoruhodné, že i napriek dôrazu na oblasť presadzovania práva a pomerne časté zmeny drogových zákonov (za sledovaných 25 rokov štyri zásadné zmeny zákonov a jedna dôležitá zmena výkladu zákona) nebola doteraz zo strany štátnych inštitúcií spracovaná analýza dopadov a úspešnosti jednotlivých právnych úprav. O takúto analýzu sa pokúsila mimovládna organizácia (OSF) až v roku 2010⁶² (Hičárová, Kiššová, Očenášová, Miklíková, et al., 2010) (treba dodať, že podobný projekt si v Českej republike objednala vláda). (Zábranský, Mravčík, Gajdošíková, Miovský, 2001) Výsledkom slovenskej analýzy je zistenie, že viaceré zákonodarcom deklarované ciele nového zákona sa v praxi nepodarilo dosiahnuť a zmena zákona neovplyvnila situáciu na drogovej scéne. Predbežne na základe nášho výskumu môžeme vysloviť hypotézu, že žiadna zo spomínaných právnych úprav (väčšinou smerovaných k prísnejšej prohibícii) nemala výraznejší vplyv na prevalenciu v užívaní drog či na drogovú scénu na Slovensku. Azda jedinou výnimkou je zavedenie kriminalizácie prechovávanía drog pre vlastnú potrebu v roku 1994, keď sa zrejme v dôsledku tohto zákona presunul predaj drog z ulíc do bytov, čo ale nijako neovplyvnilo v tom čase prudko stúpajúcu prevalenciu užívania drog (a špecificky v tomto období najmä heroínu). Na druhej strane trestnosť prechovávanía drog pre vlastnú potrebu podľa výskumov ESPAD absolútne zlyháva ako regulácia dostupnosti drog medzi mládežou, keď marihuana je pre slovenskú 15 – 16-ročnú mládež dokonca dlhodobo dostupnejšia ako napríklad pre mládež v liberálnom Holandsku.

V oblasti liečby dokázalo Slovensko reagovať na zhoršujúcu sa epidemiologickú situáciu v užívaní drog v 90. rokoch pomerne rýchlo a adekvátne. Odborníci z tejto oblasti vyzdvihujú proaktívny prístup pri presadzovaní koncepcie medicínskeho odboru drogových závislostí a vcelku ústretový prístup štátnych orgánov v tejto oblasti. Pretrvávajúcim problémom je však stále nízka dostupnosť substitučnej liečby, ktorá je v prípade metadonu spôsobená jeho nesystémovým postavením v systéme liečby. Substitučnú liečbu absolvovalo menej ako 10 %

⁶² Doteraz však absentuje analýza nákladov na presadzovanie práva v drogovej politike.

problémových užívateľov opioidov, čo Slovensko v európskom porovnaní odsúva v tomto ukazovateli na posledné miesto z krajín s relevantnými údajmi.

Harm reduction sa na Slovensku začalo pomaly presadzovať až v druhej polovici 90. rokov a najmä v začiatkoch bolo podporované predovšetkým medzinárodnou mimovládnu organizáciou Open Society Foundation. Neskôr začal harm reduction podporovať aj štát a samosprávy, ale doteraz v tejto oblasti neexistuje systémové a dlhodobé nastavené financovanie a i preto je v porovnaní so zahraničím na Slovensku veľmi malá geografická dostupnosť nízkoprahových (low threshold) služieb harm reduction, ktoré v súčasnosti fungujú iba v piatich slovenských mestách a podľa odhadov svojimi službami pokrývajú iba malú časť problémových užívateľov drog.

Zdá sa, že závažným problémom slovenskej drogovej politiky je jej malá systémovosť v zmysle vytvárania stabilných pravidiel či inštitúcií. To sa preukázalo zrušením GSVMPPZ bez hlbšieho zdôvodnenia, dlhoročne nedostatočne riešeným postavením NMCD ako nezávislej monitorovacej inštitúcie, nedostatočnou inštitucionálnou koordináciou preventívnych opatrení či nesystémovým financovaním metadónovej substitučnej liečby a programov harm reduction. Zmeny drogových zákonov neprebíhali po širšej odbornej diskusii, či po vypracovaní adekvátnych analytických materiálov a štát neskúmal ich náklady či dopady. Takéto nesystémové riešenia v kombinácii s malým počtom odborníkov, ktorí sa tejto oblasti venujú, potom môžu často prerastať do voluntaristických a individuálnych rozhodnutí.

Interview č. 6: „...v tomto stredoeurópskom regióne hrajú mimoriadne dôležitú úlohu neformálne siete ... To je jedna podľa mňa z kľúčových vecí ... tieto neformálne kontakty – niekoho poznáš zo školy, s niekým si robil nejakú štúdiu, niekde si s ním sa spoznal, ti otvorí dvere k tomu aby si mohol presadiť nejakú celkom zásadnú zmenu. Čo je až strašidelné...“

Môžeme sa domnievať, že úspešnosť prohibičného modelu slovenskej drogovej politiky ako politického projektu je spôsobená viacerými faktormi. Ide predovšetkým o konzervatívne a moralistické postoje verejnosti k drogovej problematike. V tejto súvislosti môžeme pripomenúť, že americkí autori MacCoun a Reuter (MacCoun, Reuter, 2001) na otázku „Prečo majú legalizátori v USA taký malý vplyv?“ odpovedajú, že jednou z hlavných príčin je to, že výhody a princípy legalizácie sú príliš zložité a komplexné a preto sa ťažko komunikujú verejnosti. Ďalšou možnou príčinou je tradičná slabosť liberalizmu na Slovensku (pozri napr.: Cholova, De Waele, 2013)⁶³. Uvažovať môžeme i o lojalite slovenských adiktológov k politickej moci a platným právnym úpravám, keď sa za sledované obdobie nepustili do väčšieho boja za výraznejšie zmeny v drogovej politike.

Môžeme však uviesť i niektoré ďalšie vysvetlenia preferovania represie a malého dôrazu na harm reduction v drogovej politike na Slovensku (napr.

⁶³ Liberalizmus je tradičným odporcom drogovej prohibície, pre argumenty pozri napr.: Husak (2000).

v porovnaní s Českou republikou), ktoré vyplynuli z nášho výskumu. Predovšetkým ide o verejnú mienku preferujúcu reštrikciu a presadzovanie práva, čo možno okrem dlhodobějších hodnotových orientácií vysvetliť i náhlým zviditeľnením drogového problému a jeho dôsledkov v prvej polovici 90. rokov, ktoré sa často udialo bulvárnym spôsobom a prerástlo až do morálnej paniky. (Fedačko, 2006) S tým súvisí i špecifická epidemiologická situácia v čase inštitucionalizácie slovenskej drogovej politiky: prudký nárast užívateľov heroínu vo veľmi mladom veku pričom obchod s heroínom kontrolovali prevažne zahraničné zločinecké skupiny zamerané najmä na zisk (čo je rozdiel napr. oproti pervitínovej scéne v Českej republike, kde bolo minimálne v jej začiatkoch pomerne bežné i nekomerčné šírenie drog v komunitách).

V inštitucionálnej oblasti sme pozorovali dominanciu rezortu Ministerstva spravodlivosti pri tvorbe drogových zákonov, navyše tento rezort pomerne dlho (v rokoch 1998 – 2006) ovládala kresťansko-konzervatívna politická strana KDH, ktorá bola najväčším odporcom zmiernenia represie. Ďalším zistením je roztrieštenosť slovenskej drogovej politiky, rezortizmus, ktorý má za následok, že každý rezort sa primárne venuje svojej oblasti a nemá ambície korigovať či zasahovať do iných oblastí. To vysvetľuje i relatívnu nekonfliktnosť slovenskej drogovej politiky na úrovni štátnych inštitúcií.

Nedostatočné presadzovanie princípov harm reduction súvisí i s tým, že k nám boli importované predovšetkým „zvonku“ (najmä prostredníctvom Open Society Foundation) a „zhora“ a menej sa rozvíjali smerom od užívateľov drog a ich bezprostredného sociálneho okolia ako integrálna súčasť občianskej spoločnosti. Niektoré zo služieb harm reduction bežné v západnej Európe sa v súčasnej legislatívnej situácii kriminalizovania prechovávaní drog pre vlastnú potrebu nedajú realizovať (napr. bezpečné aplikačné miestnosti, testovanie drog), programy výmeny injekčných striekačiek zasa často ohrozujú akcie polície, ktorá kontroluje klientov týchto programov. Ako výrazný problém sa ukazuje, že na rozdiel od oblasti presadzovania práva ako i oblasti liečby (okrem metadónovej substitučnej liečby) nemá oblasť harm reduction (ale ani prevencie) stabilné a systematizované dlhodobé financovanie.

Nastavenie slovenskej drogovej politiky je nesporne ovplyvnené i veľmi malým záujmom odbornej verejnosti o ale i politikov o túto problematiku s čím súvisí fakt, že vo verejnom diskurze bola realizovaná politika kritizovaná takmer výlučne zástupcami mimovládnych organizácií, občianskymi aktivistami či novinármi a zásadnejšie diskusie medzi odborníkmi či zodpovednými štátnymi úradníkmi sme v tejto oblasti nezaznamenali. Na Slovensku doteraz chýba intenzívnejší spoločenskovedný záujem o drogovú problematiku, absentuje interdisciplinárne podchytenie tejto témy, ako aj komplementárne výkladové schémy, bez ktorých nie je možné vypracovanie a implementovanie čo najefektívnejšej a najúčinnnejšej drogovej politiky. Nesledovala sa tu problematika efektívnosti drogovej politiky, mechanizmov prijímania jej opatrení či

jej politicko-hodnotového backgroundu. Skúmanie drogovej problematiky na Slovensku je často ešte aj v súčasnosti zamerané najmä na drogovú závislosť a ich anamnézy (príčiny ako aj dôsledky závislosti). Ešte vždy je výsadou najmä lekárov, psychiatrov, psychológov (najmä klinických), teda odborníkov, ktorí identifikujú súvislosti problému na individuálnej úrovni. Korene nedostatočného záujmu spoločenských vied o problematiku drog a s ňou spojovaných skutočností, je nutné identifikovať v minulosti. Príčiny užívania či zneužívania drog sa identifikovali na individuálnej úrovni a drogový problém bol považovaný dlhé obdobie skôr za individuálny a nie spoločenský problém. Drog ako spoločenský problém tu boli do roku 1989 z ideologických príčin tabuizované a z tohto hľadiska sa neskúmali, ba dokonca sa propagandisticky poukazovalo na spoločenské problémy spojené drogami v kapitalistických štátoch.

Doterajší vývoj slovenskej drogovej politiky by sa azda dal vysvetliť i konceptom „závislosti na ceste“ (path dependence). Pri tomto koncepte môžeme uvažovať o tejto jeho definícii: „...závislosť na ceste charakterizujú špecificky tie historické sekvencie, v ktorých skupina udalostí vytvára inštitucionálne vzory, alebo ide o reťaz udalostí, ktoré majú deterministické vlastnosti.“ (Mahoney, 2000, s. 508) Dôležité je, že vývoj, ktorý sa dá vysvetliť pomocou konceptu závislosti na ceste nie je vysvetliteľný jednoduchým uznaním všeobecného vplyvu histórie, ale ide skôr o jedinečný historický moment, ktorý zásadne ovplyvní nasledujúci vývoj.

Teórie závislosti na ceste sa často popisujú i nasledovnou chronológiou: kritický bod, imprinting, uzamknutie témy, pozitívna spätná väzba. V prípade vývoja slovenskej drogovej politiky je kritickým bodom samotný vznik drogového problému a inštitucionalizácia drogovej politiky. Imprinting znamená úvodnú konceptualizáciu problému, teda situáciu, keď počiatočné environmentálne podmienky vedú k trvalému označeniu (imprint) organizácie či politiky a určujú ich stav aj v prípade, že sa externé podmienky menia. V prípade slovenskej drogovej politiky išlo o náhly a dramatický problém (heroínová epidémia), ktorý bol v čase jeho vzniku označený predovšetkým ako bezpečnostná hrozba a to i vďaka prevažnej distribúcii drog organizovaným zločinom (navyše väčšinou etnicky neslovenským). Pod vplyvom týchto podmienok sa téma drogovej politiky uzamkla do dvoch prevládajúcich oblastí: presadzovania práva (represie) a liečby. Neskôr k nim pribudla i téma plošnej prevencie, ktorá ale napriek deklarovanej politickej podpore nebola nikdy postavená na vedeckých dôkazoch. Pozitívna spätná väzba v tomto kontexte znamená, že čím viac sa v politike presadzujú a propagujú zvolené prístupy (represia a liečba), tým viac sú vo verejnosti pokladané za najdôležitejšie a sú ešte viac podporované. Koncept závislosti na ceste v kontexte slovenskej drogovej politiky je teda celkom nádejným teoretickým vysvetlením jej vývoja.

Záver

Drogová politika sa vyvíjala z pomerne jednoduchého presvedčenia, že drogy sú morálne zlo ktoré treba zakázať, smerom ku komplexnejším ambíciám ovplyvňovať jednotlivými opatreniami verejné zdravie. Ďalším rozšírením tejto komplexnosti je chápanie drogovej politiky ako producenta verejného dobra. Ak by mala drogová politika brať túto svoju úlohu vážne, je jej povinnosťou skúmať komplexne i efektivitu svojich opatrení. Zdá sa, že v budúcnosti sa nevyhneme diskusiam o miere škodlivosti jednotlivých (legálnych či nelegálnych) drog, o miere ich prohibície, ale i o rozličných nezamýšľaných dôsledkoch ktoré prohibícia vyvoláva. Prvé náznaky tohto trendu sú zrejmé už teraz: fajčenie tabaku je na verejnosti čoraz viac zakazované, predaj alkoholu je v niektorých krajinách tiež prísnejšie regulovaný a naopak prechovávanie marihuany pre vlastnú potrebu je v mnohých európskych krajinách (vrátane Českej republiky) dekriminalizované. Takýto vývoj drogovej politiky je nielen v súlade s vedeckým poznaním, ale v mnohých prípadoch je ním i priamo inšpirovaný.

To, čo drogová politika potrebuje, je predovšetkým jemnejšie rozlišovanie, sústredenejší analytický pohľad a skúmanie svojich výsledkov. Potrebuje vedu ako prostriedok pre účinnejšiu spätnú väzbu, vedu ktorá analyzuje spoločenskú realitu. Chápanie drogovej politiky ako verejného dobra predstavuje svojou komplexnosťou predovšetkým obrovskú výzvu pre multidisciplinárny vedecký výskum. Drogová politika rieši v tomto prípade nielen zdravotné, ale i právne, bezpečnostné, etické a ekonomické aspekty spoločenských problémov spojených s užívaním drog. Veda je tu predovšetkým na to, aby pomohla identifikovať a následne analyzovať všetky aspekty spájané s drogovou politikou a zároveň vyhodnotila efektivitu jednotlivých opatrení drogovej politiky. Samotné rozhodovanie o preferovaní jednotlivých opatrení či typov drogovej politiky však zostáva v rukách politikov. Tí by sa mali usilovať o vedecky informovanú a na faktoch drogovú politiku, ktorá produkuje verejné dobro a nespôsobuje svojimi nezamýšľanými dôsledkami viac škody ako úžitku.

Literatúra

- ADAY, D. P. – THOMSON, L. N., 1992: Social Control and the National Drug Policy: A Critical Analysis. In *The Journal of Applied Behavioral Science*, 28(3): 417–432.
- Aktuality.sk, 2015: *Zabudnite na miernejšie tresty za marihuanu. Smer nechce nahnevať svojich*. Dostupné na <https://www.aktuality.sk/clanok/273722/zabudnite-na-miernejšie-tresty-za-marihuanu-smer-nechce-nahnevat-svojich/>.
- ALEXANDERČIKOVÁ, Z., OKRUHLICA, L., 2009: Zlepšenie prístupu do liečby pre ľudí s problémami s drogami a alkoholom – IATPAD projekt (Medzinárodný projekt Európskej komisie realizovaný v ôsmich krajinách európy). *Alkoholizmus a drogové závislosti*, Supl., 44(3): 25.
- BABOR, T., et al., 2010: *Drug Policy and the Public Good*. Oxford University Press.
- Battin, M. P. et al., 2008: *Drugs and Justice. Seeking a Consistent, Coherent, Comprehensive View*. Oxford University Press.
- BENOIT, E., 2003: Not Just a Matter of Criminal Justice: States, Institutions, and North American Drug Policy. In *Sociological Forum*, 18(2): 269–294.
- BIELIKOVÁ, M., PÉTIOVÁ, M., 2006: *Drogy a životný štýl mládeže v Slovenskej republike*. ÚIPŠ, Bratislava.
- BLESS, J. R. M. et al., 2000: *3rd Multi-city Study: Drug Use Trends in European Cities in the 1990s*. Council of Europe, Strasbourg.
- British Institute of International and Comparative Law, 2003: *Towards a New Drug Control Regime*. Paper prepared for the Lisbon International Symposium on Global Drug Policy, 23. – 25. októbra, Lisbon.
- BOEKHOUT van SOLINGE, T., 1999: Dutch Drug Policy in a European Context. In *Journal of Drug Issues*, 29 (3), 511–528.
- BÖLLINGER, L., 2004: Drug Law and Policy in Germany and the European Community: Recent Developments. In *Journal of Drug Issues*, 34 (3).
- BULLINGTON, B., 2004: Drug Policy Reform and its Detractors: The United States as the Elephant in the Closet. In *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 687–721.
- BULLINGTON, B., BÖLLINGER, L., SHELLEY, T., 2004: Trends in European Drug Policies: A New Beginning or More of the Same? In *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 481–490.
- BURKHART, G., 2002: Drug Prevention in EU Schools. In *Drugs in focus* (5) September – october 2002, EMCDDA.
- CAULKINS, J. P., PACULA, R., L., 2008: Drug Policy Research. In Miller, P. G., Strang, J., Miller, P. M. (eds.): *Addiction Research Methods*. Blackwell Publishing.
- COHEN, P. D. A., 1993: *Future Drug Policy in the Countries of the Former Eastern Bloc. The difficult choice to be non Western*. Paper presented on the European Colloquium on the Crisis of Normative Systems, organised by the "Groupe Européenne de Recherche sur les Normativités", La Maison des Sciences de l'Homme, Paris, 25th February 1993. Dostupné na <http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.future.html>.
- COHEN, P. D. A., 1997: The relationship between drug use prevalence estimation and policy interests. In EMCDDA (Ed.), *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities.

- CUIJPERS, P., 2002: Effective Ingredients of School-based Drug Prevention Programs. A systematic review. In *Addictive Behaviors*, 27 (6): 1009–1023.
- ČENTĚŠ, J. a kol.: 2006: Trestný zákon s komentárom. *Eurokódex Poradca podnikateľa*. Žilina.
- ČENTĚŠ, J., 2007: Hmotnoprávne aspekty trestnej činnosti páchanej v súvislosti s nealkoholovou toxikomániou v Slovenskej republike. Bratislava : NMCD a Úrad vlády Slovenskej republiky.
- ČERNÝ, Ď., SUDOR, K., 2011: *Ďurinda pošpinil tri najväčšie hity Tublatanky*. Dostupné na <http://kultura.sme.sk/c/6256630/duro-cerny-durinda-pospinil-tri-najvacsie-hity-tublatanky.html#ixzz1mcucJycW> [cit.2012-02-16].
- DAVENPORT – HINES, R., 2004: *Honba za zapomnĕním. Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. Praha : BB art.
- DAWSON, A., VERWEIJ, M., 2007: *Ethics, Prevention and Public Health*. Oxford University Press.
- DeKORT, M., CRAMER, T., 1999: Pragmatism Versus Ideology: Dutch Drug Policy Continued. In *Journal of Drug Issues*, 29 (3): 473–492.
- DEMEŠ, P., 1999: Tretí sektor a dobrovoľníctvo. In Mesežnikov, G., Ivantyšin, M. (eds.): *Slovensko 1998 – 1999. Súhrnná správa o stave spoločnosti*. Bratislava : IVO.
- DŽAMBAZOVIČ, R., 2008: Obraz užívateľa drog vo verejnom a politickom diskurze na Slovensku. In Klobucký, R. (ed.): *Drogy v spoločnosti – politika a poznanie*. Zborník príspevkov zo seminára. Bratislava : Úrad vlády SR, NMCD, Sociologický ústav SAV.
- EMCDDA, 2001: *Decriminalisation in Europe? Recent developments in legal approaches to drug use*. Dostupné na http://eldd.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5741_EN_Decriminalisation_Legal_Approaches.pdf.
- EMCDDA, 2005: *Illicit Drug Use In the EU: Legislative Approaches*. Luxemburg.
- EMCDDA, 2006: *Stav drogovej problematiky v Európe. Výročná správa 2006*. Luxemburg.
- EMCDDA, 2007: *Stav drogovej problematiky v Európe. Výročná správa 2007*. Luxemburg.
- Estienvart, G., 2000: Preface. In *Evaluation: A key tool for improving drug prevention*. Lisbon : EMCDDA.
- EMMANUELLI, J., DESENCLOS, J.-C., 2005: Harm Reduction Interventions, Behaviours and Associated Health Outcomes in France, 1996 – 2003. In *Addiction* 100 (11): 1690–1700.
- Eurobarometer, 2006: *Eurobarometer 66. Public Opinion in the European Union*. European Commission.
- Eurobarometer, 2008: *Young People and Drugs among 15-24 year-olds. Analytical report*. European Commission, The Gallup Organization.
- Eurobarometer, 2011: *Youth Attitudes on Drugs. Analytical report*. European Commission, The Gallup Organization.
- European Commission, 1999: *European Union Action Plan to Combat Drugs 2000 – 2004*. Brussels : EU- DG Enlargement.
- EVS, 2011: *European Values Study 1981 – 2008 Longitudinal Data File*. GESIS Data Archive, Cologne, Germany, ZA4804 Data File Version 1.0.0 [cit.2011-04-30] DOI:10.4232/1.4804.
- FEDAČKO, R., 2006: Drogová politika SR – sociologická reflexia diskurzu a metód. In *Sociológia*, 38 (2): 127–150.

- FEDAČKO, R., 2008: *Drogová politika ako inštitucionalizovaná stratégia regulácie sociálneho problému. Sociologická analýza drogového problému a drogovej politiky na Slovensku*. Dizertačná práca. Univerzita Komenského v Bratislave, Filozofická fakulta, Katedra sociológie.
- FICO, R., 2012: *Tvrde tresty za marihuanu nič neriešia*. Dostupné na <http://fico.blog.sme.sk/c/295103/Tvrde-tresty-za-marihuanu-nic-neriesia.html> [cit.2015-5-5].
- FIGEL, J., 2010: *V etických otázkach sme so SaS remizovali*. Dostupné na http://www.webnoviny.sk/rozhovory/figel-v-etickych-otazkach-sme-so-sas/174337-clanok.html?from=suggested_articles [cit.2012-2-18].
- GAMELLA, J. F., RODRIGO, M. L. J., 2004: A Brief History of Cannabis Policies in Spain (1968 – 2003). In *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 623–659.
- Generálna prokuratúra, 2007: *Správa o činnosti prokuratúry Slovenskej republiky za rok 2007*. Dostupné na <http://www.genpro.gov.sk/index/go.php?id=736>.
- GEREVICH, J., 2005: Binarism, Regressive outcomes and Biases in the Drug Policy Interventions: A Theoretical Approach. In *Substance Use & Misuse*, 40 (4): 451–472.
- GLASER, B. & STRAUSS, A. 1967: *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago : Aldine.
- GOLDBERG, T., 2004: The Evolution Of Swedish Drug Policy. In *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 551–576.
- GOLUB, A., JOHNSON, B., D. 2001: Variation in Youthful Risks of Progression from Alcohol and Tobacco to Marijuana and to Hard Drugs across Generations. In *American Journal of Public Health*, 91(2): 225–232.
- GOLUB, A., JOHNSON B. D., DUNLAP, E., 2005: Subcultural Evolution and Illicit Drug Use. In *Addiction Research and Theory*, 13(3): 217–229.
- HEJDA, J., 2003: Boj s drogami v Slovenskej Republike. In *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 38 (4–5): 269–274.
- HERETIK, A., KRAJNÁ, A., 1991: K niektorým osobitostiam drogovej závislosti u juvenilných delikventov. In *Protialkoholický obzor*, 26 (6): 365–374.
- HIBELL, B., ANDERSSON, B., BJARNASON, T., KOKKEVI, A., MORGAN, M., NARUSK, A., 1997: *The 1995 ESPAD Report*. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, CAN, Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drug Pompidou Group.
- HIBELL, B., ANDERSSON, B., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., BJARNASON, T., KOKKEVI, A., MORGAN, M., 2000: *The 1999 ESPAD Report*. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, CAN, Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drug Pompidou Group.
- HIBELL, B., ANDERSSON, B., BJARNASON, T., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., KOKKEVI, A., MORGAN, M., 2004: *The 2003 ESPAD Report*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drug Pompidou Group.
- HIBELL, B., GUTTORMSSON, U., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., BJARNASON, T., KOKKEVI, A., KRAUS, L., 2009: *The 2007 ESPAD Report*. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).
- HIBELL, B., ANDERSSON, B., BJARNASON, T., KOKKEVI, A., MORGAN, M., NARUSK A., 1997: *The 1995 ESPAD Report*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drug Pompidou Group.

- HIČÁROVÁ, T., STAROŇOVÁ, K., LAUKO, V., SALNER, A., 2004: *Pripomienky k novému Trestnému zákonu*. Bratislava : 2004.
- HIČÁROVÁ, T., KIŠŠOVÁ, L., OČENÁŠOVÁ, Z., MIKLÍKOVÁ, S., et al., 2010: *Súhrnná záverečná správa Projektu evalvácie uplatňovania vybraných drogových paragrafov zákona č. 300/2005 Z. z. – Trestného zákona SR*. Bratislava : Nadácia otvorenej spoločnosti –Open Society Foundation.
- HIČÁROVÁ, T., KROŠLÁKOVÁ, M., KIŠŠOVÁ, L., SEGEŠOVÁ, M., 2012: *Záverečná správa projektu „Stav a dostupnosť substitučnej terapie na Slovensku“*. Plán B. Bratislava : Úrad vlády SR.
- HLAVSA, M., PELC, S., 1992: *Bez ohňů je underground*. Praha : BFS.
- HUGHES, C., STEVENS, A., 2007: *The Effect of Decriminalization of Drug Use in Portugal*. The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Briefing Paper Fourteen, December 2007.
- HUNT, N., 2003: A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. London: Report commissioned by Forward Thinking on Drugs – A Release Initiative.
- HUSAK, D., 2000: Liberal Neutrality, Autonomy, and Drug Prohibitions. In *Philosophy and Public Affairs*, 29 (1): 43–80.
- CHMELOVÁ, M., 2000: Groupe Pompidou Rady Európy a Slovenská republika. In *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 35 (4–5).
- CHOLOVA, B., De WAELE, J. M., 2013: *The Liberal Parties in Central and Eastern Europe: Weakness and Potential*. Alliance of Liberals and Democrats for Europe (ALDE) Party, Brusel.
- JASLOVSKÝ, M., 2011: *Dežo Ursiny. Pevniny a vrchy*. Bratislava : Slovart.
- KALINA, K., 2007: Developing the system of drug services in the Czech republic. In *The Journal of Drug Issues*, 37 (1): 223–238.
- King County Bar Association, 2005: *Effective Drug Control: Toward A New Legal Framework*. Seatle. www.kcba.org.
- KIŠŠOVÁ, L., KASTELOVÁ, E., (eds.) 2006: *Stav drogových závislostí a kontrola drog v Slovenskej republike*. Bratislava : NMCD, GS VMDZKD a Úrad vlády SR.
- KLOBUCKÝ, R., STRAPCOVÁ, K., 2010: Vývoj názorov na problematiku užívania drog v slovenskej verejnosti. In *Aktuálne problémy drogovej závislosti v SR a v ďalších krajinách EÚ: Zborník z vedeckého seminára*, (CD). Bratislava : Ekonomická univerzita, Národohospodárska fakulta, s. 18–31.
- KRAJEWSKI, K., 1999: How flexible are the United Nations drug conventions? In *International Journal of Drug Policy* 10 (4): 329–338.
- KRAJEWSKI, K., 2004: Polish Drug Policies: Between „Hard“ and „Soft“ Prohibition. In *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 587–622.
- LIPŠIC, D., 2002: *Zákony SR rozlišujú malých narkomanov od dílerov*. Dostupné na <http://www.infovolby.sk/index.php?base=data/parl/2002/infostrany/kdh/07250176.bro> [cit. 2012-1-15].
- LIPŠIC, D., 2011: *Legalizácia marihuany zvyšuje počet užívateľov tvrdých drog*. Dostupné na http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/c/5668/lipsic_legalizacia_marihuany_zvysuje_pocet_uzivatelov_tvrдых_drog.html [cit. 2012-1-15].
- LUBELCOVÁ, G., 2005: Alternatívne tresty v kontexte stratégií spoločenskej regulácie kriminality. (Od trestajúcej k obnovujúcej trestnej spravodlivosti). In *Sociológia*, 37 (1): 33–58.

- MAAG, V., 2004: Decriminalisation of cannabis use in Switzerland from an international perspective—European, American and Australian experiences. In *International Journal of Drug Policy*, 14 (3): 279–281.
- MacCOUN, R., REUTER, P., 1997: Interpreting Dutch Cannabis Policy: Reasoning by Analogy in the Legalization Debate. In *Science, New Series*, 278 (533): 47–60.
- MacCOUN, R., REUTER, P., 2001: *Drug War Heresies. Learning from other Vices, Times, and Places*. Cambridge University Press.
- MacCOUN, R., REUTER, P., 2002: Preface. The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-first Century. In *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 582 (1): 7–19.
- MAHONEY, J., 2000: Path dependence in historical sociology. In *Theory and Society*, 29 (4): 507–548.
- Markíza, 2011: *Policajti upadli do jednej z bratislavských škôl, hľadali drogy*. Dostupné na <http://tvnoviny.sk/sekcia/spravy/krimi-a-nehody/policajti-vpadli-do-jednej-z-bratislavskych-skol-hladali-drogy.html> [cit. 2011-12-14].
- MIKOVÁ, Z., 1997: Štátna politika a drogové závislosti v Slovenskej republike. In *Závislosť*, č. 17.
- Ministerstvo zdravotníctva SR, 2013: Národná protidrogová stratégia Slovenskej republiky na obdobie rokov 2013 – 2020. Dostupné na http://www.emcdda.europa.eu/system/files/att_229784_EN_SK_National%20anti-drugs%20strategy%20of%20the%20Slovak%20Republic%202013-2020.pdf.
- MIOVSKÝ, M., 2007: Changing Patterns of Drug use in the Czech Republic during the post-communist era: a Qualitative Study. In *The Journal of Drug Issues*, roč. 37, č. 1.
- MIRON, J. A., ZWEIBEL, J., 1995: The Economic Case Against Prohibition. In *The Journal of Economic Perspectives*, 9 (4): 175–192.
- MODELL, K. E., 1993: The Effect of Marijuana Decriminalization on Hospital Emergency Room Drug Episodes: 1975 – 1978. In *Journal of the American Statistical Association*, 88 (423): 737–747.
- MOODY, M., THÉVENOT, L., 2000: Comparing models of strategy, interests and the public good in French and American environmental disputes. In Lamont, M., Thévenot, L. (eds.): *Rethinking Comparative Cultural Sociology*. Cambridge University Press.
- MOTÝL, I., 2011: Než bude prezidentem slušnej člověk. In *Týden*, Prosinec 2011, Zvláštní vydání: Václav Havel 1936 – 2011.
- NEALE, J., 2006: Social Exclusion, Drugs and Policy. In Hughes, R., Lart, R., Higate, P., (eds.): *Drugs: Policy and Politics*. Berkshire : Open University Press.
- NEWCOMBE, R., 2004: *Attitudes to Drug Policy and Drug Laws; a review of the international evidence*. 3D Research Bureau, Liverpool.
- NIKLOVÁ, M., 2008: Prevencia drogových závislostí v prostredí základných a stredných škôl. In *Prevenčia*, 8 (4): 35–44.
- NMCD, 2003: *Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku za rok 2002*. Bratislava : Úrad vlády SR, GS VMDZKD, NMCD.
- NMCD, 2008: *Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku za rok 2007*. Bratislava : Úrad vlády SR, GS VMDZKD, NMCD.
- NMCD, 2009: *Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku za rok 2008*. Bratislava : Úrad vlády SR, GS VMDZKD, NMCD.
- NMCD, 2010: *2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Slovakia*. New Development, Trends and In-dept Information on Selected Issues. Bratislava : Úrad vlády SR, NMCD. NMCD.

- NMCD, 2014: *2014 National Report (2013 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Slovakia*. New Development, Trends. Bratislava : NMCD.
- NMCD, 2015: *2015 National Report (2014 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Slovakia*. New Development, Trends. NMCD, Bratislava.
- NOCIAR, A., 1998: *National Report on the Drug Situation in the Slovak Republic*. European Commission. Focal Point – Drug Information System. Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control General Secretariat.
- NOCIAR, A., 2000: *Mnoho-mestská štúdia zneužívania drog*. Správa o Bratislave. Pompidou Group. Štrasburg – Bratislava.
- NOCIAR, A., 2004: *Prieskumy o drogách, alkohole, tabaku u slovenskej mládeže*. Bratislava : Veda, vydavateľstov SAV.
- NUTT, D., KING, L. A., SAULSBURY, W., BLAKEMORE, C., 2007: Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. In *Lancet*, 369 (9566): 1047–1053.
- NUTT, D., KING, L. A., PHILLIPS, L., D., 2010: Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. In *Lancet*, 376(9752):1558–1565.
- ØDEGÅRD, E., 1998: Comparative Research in the Drug Field. In *European Journal on Criminal Policy and Research*, 6 (3): 357–367.
- OKRUHLICA, L., et al., 2002: Piaty rok metadónovej udržiavacej liečby v CPLDZ Bratislava. In *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 37 (2): 77–84.
- ONUFER, A., 2010: Dekriminalizovať marihuanu chce i Mikloš s Radičovou. Dostupné na <http://aktualne.atlas.sk/dekriminalizovat-marihuanu-chce-i-miklos-s-radickou/slovensko/politika/> [cit. 2012-02-18].
- 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, 29th ISPA Colloquium, 24 – 28 July 2007, Tampere, Finland, s. 50–50.
- PAGLIA, A., ROOM, R., 1998: *Preventing substance use problems among youth: a literature review & recommendations*. Addiction Research Foundation Division, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, ARF Research Document No. 142.
- PALKO, V., 2004: *Marihuana je nebezpečnejšia ako alkohol*. Dostupné na <http://www.sme.sk/c/1784916/palko-marihuana-je-nebezpecnejsia-ako-alkohol.html#ixzz1mlUjSl5H> [cit.2012-02-18].
- PARA, M., 2009: Nedostatky v stanovovaní hodnoty omamných látok. In *Bulletin slovenskej advokácie*, č. 10, Bratislava : Slovenská advokátska komora, s. 17–22.
- POSPÍŠIL, F., BLÁŽEK, P., 2010: „Vraťte nám vlasy!“ *První máničky, vlasatci a hippies v komunistickém Československu*. Praha : Academia.
- RABUŠIC, L., 2000: Koho Češi nechtějí? In *Sociální exkluze a nové třídy. Sociální studia 5*. Brno : Masarykova univerzita.
- RADIMECKÝ, J., 2007: Rhetoric Versus Practice In The Czech Drug Policy. In *Journal of Drug Issues*, 37 (1): 11–44.
- RADIMECKÝ, J., 2008: Drogová politika – a k čemu to je? In Klobucký, R. (ed.): *Drogy v spoločnosti – politika a poznanie*. Bratislava : NMCD a Sociologický ústav SAV.
- REINARMAN, C., COHEN P. D. A., KAAL, H. L., 2004: The Limited Relevance in Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco. In *American Journal of Public Health*, 94 (5): 836–842.

- REUBAND, K. H., 1998: Drug Policies and Drug Prevalence: The Role of Demand and Supply. In *European Journal on Criminal Policy and Research*, 6 (3): 321–336.
- REUTER, P., POLLACK, H., 2006: How much can Treatment Reduce National Drug Problems? In *Addiction*, 101 (3): 341–347.
- REUTER, P., STEVENS, A., 2007: *An Analysis of UK Drug Policy. A Monograph Prepared for the UK Drug Policy Commission*. London : UK Drug Policy Commission.
- RIBEAUD, D., 2004: Long-term Impacts of the Swiss Heroin Prescription Trial on Crime of Treated Heroin Users. In *Journal of Drug Issues*, 31 (1): 163–194.
- SEDDON, T., 2010: *A History of Drugs. Drugs and Freedom in the Liberal Age*. Routledge.
- SHINER, M., 2006: Drugs, Law and the Regulation of Harm. In Hughes, R., Lart, R., Higate, P., (eds.): *Drugs: Policy and Politics*. Berkshire : Open University Press.
- SILVERMAN, D., MARVASTI, A., 2008: *Doing qualitative research. A comprehensive guide*. London: Sage.
- SME, 1999: Zvýšením sadzby za pašovanie drog sa prehlúbilo odlíšenie dílerov od závislých. Dostupné na <http://www.sme.sk/c/2200864/zvysenim-sadzby-za-pasovanie-drog-sa-prehlbilo-odlisenie-dilerov-od-zavislych.html#ixzz1mqxXYE7L> [cit.2012-02-16].
- SME, 2004: *Polícia hľadá u stredoškolákov marihuanu*. Dostupné na <http://www.sme.sk/c/1784915/policia-hlada-u-stredoskolakov-marihuanu.html> [cit.2012-02-16].
- Sociologický ústav SAV, 2008: *Podklady k tlačovej besede Sociologického ústavu SAV k zisteniam výskumu európskych hodnôt EVS 2008 na Slovensku*. Dostupné na http://www.sociologia.sav.sk/cms/uploaded/1180_attach_evs_2008_podklady.doc.
- SOOLE, D. W., MAZEROLLE, L., ROMBOOTS, S., 2005: *School Based Drug Prevention: A Systematic Review of the Effectiveness on Illicit Drug Use*. Drug Policy Modelling Project Monograph Series, Project Monograph 07. Published by Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.
- Správa o bezpečnostnej situácii v Slovenskej republike za rok 1999. Ministerstvo vnútra SR.
- Správa o bezpečnostnej situácii v Slovenskej republike za rok 2000. Ministerstvo vnútra SR.
- Správa o bezpečnostnej situácii v Slovenskej republike za rok 2002. Ministerstvo vnútra SR.
- Správa o bezpečnostnej situácii v Slovenskej republike za rok 2003. Ministerstvo vnútra SR.
- Správa o bezpečnostnej situácii v Slovenskej republike za rok 2004. Ministerstvo vnútra SR.
- Správa o bezpečnostnej situácii v Slovenskej republike z aspektu drogovej kriminality v roku 2006. Ministerstvo vnútra SR.
- Správa o bezpečnosti Slovenskej republiky za rok 2009. Ministerstvo vnútra SR.
- Správa o bezpečnosti Slovenskej republiky za rok 2010. Ministerstvo vnútra SR.
- ŠKODÁČEK, I., 1999: *Toxikománia detí a mladistvých na Slovensku*. Bratislava : SAP, 242 s.
- THAM, H., 1998: Swedish Drug Policy: A Successful Model? In *European Journal on Criminal Policy and Research*, č. 6.
- TÓDOVÁ, M., 2008: Fico dnes už o marihuane nehovorí. Dostupné na <http://www.sme.sk/c/3661203/fico-dnes-uz-o-marihuane-nehovori.html> [cit.2012-01-15].

- TUNNELL, D. K., 1993: Inside the Drug Trade: Trafficking from the Dealer's Perspective. In *Qualitative Sociology*, 16 (4): 361–381.
- UITERMARK, J., 2004: The Origins and Future of the Dutch Approach Towards Drug. In *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 511–532.
- ULIČNÝ, P., VARGA, M., 2004: *O cestách ktoré nevedú do Ríma*. Bratislava : Slovart.
- ÚVVM pri ŠÚ SR, 2006: *Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou*. Bratislava : Štatistický úrad SR, Verejná mienka.
- Van DIJK, J. J. M., 1998: The Narrow Margin of the Dutch Drug Policy: A Cost-Benefit Analysis. In *European Journal on Criminal Policy and Research*, 6 (3): 369–393.
- VAVRINČÍKOVÁ, L., 2010: Drogová scéna na Slovensku po zmene trestno-právnej úpravy. In *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 45 (4): 225–239.
- VERWEIJ, M., 2007: Tobacco Discouragement: A Non-Paternalistic Argument. In Dawson, A., Verweij, M., 2007: *Ethics, Prevention, and Public Health*. Oxford University Press.
- Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog, 2007: *Správa o realizácii protidrogovej politiky vlády SR za rok 2007*. Dostupné na [http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/o/1FCE562F9CB1FFB3C125745E00466824/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/o/1FCE562F9CB1FFB3C125745E00466824/$FILE/Zdroj.html).
- WHO, 2011: *Global status report on alcohol and health*. Dostupné na http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf.
- WODAK, A., COONEY, A., 2005: Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. In *International Journal of Drug Policy*, 16 (doponok 1): 31–44.
- ZÁBRANSKÝ, T., MRAVČÍK, V., GAJDOŠÍKOVÁ, H., MIOVSKÝ, M., 2001: *Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR* (Souhrnná závěrečná zpráva). Praha: ResAd.
- ZÁBRANSKÝ, T., 2003: *Drogová epidemiologie*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- ZÁBRANSKÝ, T., 2004: Czech drug laws as an arena of the drug policy battle. In *The Journal of Drug Issues*, 34 (3).
- ZÁBRANSKÝ, T., 2007: Methamphetamine in the Czech Republic. In *The Journal of Drug Issues*, 37 (1): 155–180.
- ZÁBRANSKÝ, T., BULLINGTON, B., 2007: Introduction to the special issue. In *The Journal of Drug Issues*, 37 (1): 1–10.
- ZEMAN, P., 2007: Legislation and Practise Concerning Prosecution of Drug Offences in the Czech Republic. In *Journal of Drug Issues*, 37 (1): 45–72.
- ŽITŇANSKÁ, L., 2011: *Nevidím priestor na legalizáciu marihuany*. Dostupné na <http://www.sme.sk/c/5839096/zitnanska-nevidim-priestor-na-legalizaciju-marihuany.html>.