

Overview of the Drug Situation in Georgia



JAVAKHISHVILI, D. J.¹, STURUA, L.², OTIASHVILI, D.^{3,4}, KIRTADZE, I.³, ZÁBRANSKÝ, T.⁴

¹ Global Initiative on Psychiatry, Regional Centre in Tbilisi

² Non-Communicable Diseases Department, National Centre for Disease Control and Public Health, Tbilisi

³ Addiction Research Centre, Alternative Georgia, Tbilisi, Georgia

⁴ Centre for Addictology, Department of Psychiatry, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation: Javakhishvili, D. J., Sturua, L., Otiashvili, D., Kirtadze, I., Zábranský, T. (2011). Drogová situace v Gruzii – stručný přehled. *Adiktologie*, (11)1, 42–51.

SUMMARY: *This analytical review aims to summarise the main aspects of the drug situation in Georgia. It also attempts to identify drug information gaps, as well as the adequacy of the system of responses to the drug problem in the country. The structure is based on EMCDDA standards and involves the system of key and core indicators of drug epidemiology. The review reflects the drug situation and related challenges as studied and perceived by the authors. The analysis is based on data from 2009 and 2010. In certain cases the 2008 data are referred to.*

The review shows that despite the positive developments in the field of drug demand reduction measures, which are mostly driven by international sponsors, there are still a number of problems in the country that require an immediate response from the national government and society: first of all, the lack of a structured and balanced drug strategy and corresponding drug action plans, and the subsequent: (i) lack of a coordination mechanism in the field of drug demand and supply reduction measures; (ii) absence of institutional mechanisms for primary and secondary prevention; (iii) insufficient drug legislation and underdeveloped legislative practices; (iv) one-sided development of treatment methods, with little or no attention being paid to non-drug-assisted comprehensive care, including social rehabilitation, and (v) absence of institutional mechanisms for the maintenance of a drug information system that would provide sound evidence for the planning of interventions.

KEY WORDS: GEORGIA – DRUG SITUATION MONITORING – KEY INDICATORS OF DRUG EPIDEMIOLOGY – DRUG POLICY – PREVENTION – TREATMENT – HARM REDUCTION – LAW ENFORCEMENT

Submitted: 23 / FEBRUARY / 2011

Accepted: 11 / MARCH / 2011

Translation from English: David Záleský

Grant support: 8th Programme for Support of Collaboration with Universities in Georgia, Czech Ministry of Education, Project. No. 610-09-237770

Address for correspondence: Dr. Jana Darejan Javakhishvili / jjavakhishvili@gip-global.org / Foundation "Global Initiative on Psychiatry – Tbilisi", 49a Kipshidze Street, Tbilisi 0162, Georgia

Drogová situace v Gruzii – stručný přehled



JAVAKHISHVILI, D. J.¹, STURUA, L.², OTIASHVILI, D.^{3,4}, KIRTADZE, I.³, ZÁBRANSKÝ, T.⁴

¹ Globální iniciativa v psychiatrii, Regionální centrum Tbilisi,

² Oddělení nepřenosných chorob, Národní centrum pro kontrolu chorob a národní zdraví, Tbilisi,

³ Centrum výzkumu závislostí, Unie Alternative Georgia, Tbilisi, Gruzie

⁴ Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, První lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Cítace: Javakhishvili, D. J., Sturua, L., Otiashvili, D., Kirtadze, I., Zábranský, T. (2011). Drogová situace v Gruzii – stručný přehled. *Adiktologie*, (11)1, 42–51.

SOUHRN: Tato analytická zpráva shrnuje hlavní aspekty drogové situace v Gruzii. Zároveň se pokouší identifikovat mezery v drogových informacích a stupeň přiměřenosti systémových reakcí na drogovou problematiku v zemi. Struktura se opírá o standardy EMCDDA a zahrnuje systém klíčových a nukleárních indikátorů drogové epidemiologie. Analýza reflektuje drogovou situaci a s ní související problémy tak, jak je zkoumali a vnímali autoři. Analýza se opírá o data z let 2009 a 2010. V některých případech se odkazuje na data z roku 2008. Analýza ukazuje, že navzdory pozitivnímu vývoji v oblasti opatření pro snížení drogové poptávky, která jsou z větší části financována mezinárodními sponzory, přetrvává v zemi řada problémů, které vyžadují neodkladnou reakci vlády i společnosti: spojujícím prvkem je absence strukturované a vyvážené protidrogové strategie a odpovídajících protidrogových akčních plánů a z této absence vyplývající (i) chybějící koordinační mechanismy pro opatření omezující poptávku a nabídku drog, (ii) absence institucionálních mechanismů pro primární a sekundární prevenci, (iii) nedostatečná protidrogová legislativa a nedopracované legislativní postupy, (iv) jednostranný rozvoj léčebných metod, kdy se vůbec nebo téměř vůbec nevyužívá komplexní péče (zahrnující sociální rehabilitaci) s cílem života bez pomoci psychotropních léčiv a (v) absence institucionálních mechanismů pro kontinuální provoz systému drogových informací, jenž by poskytoval spolehlivé podklady pro plánování intervencí.

KLÍČOVÁ SLOVA: GRUZIE – MONITOROVÁNÍ DROGOVÉ SITUACE – KLÍČOVÉ INDIKÁTORY DROGOVÉ EPIDEMIOLOGIE – PROTIDROGOVÁ POLITIKA – PREVENCE – LÉČBA – HARM REDUCTION – PROSAZOVÁNÍ PRÁVA

Došlo do redakce: 23 / ÚNOR / 2011

Přijato k tisku: 11 / BŘEZEN / 2011

Překlad z angličtiny: David Záleský

Grantová podpora: 8. rozvojový program MŠMT ČR: Cílený rozvoj spolupráce v oblasti VŠ vzdělávání ve zdravotnických oborech mezi 1. LF UK Praha a pracovišti v Gruzii, projekt č. 610-09-237770

Korespondenční adresa: Jana Darejan Javakhishvili / janajavakhishvili@yahoo.com,
jjavakhishvili@gip-global.org / Foundation "Global Initiative on Psychiatry – Tbilisi", 49a Kipshidze Street, Tbilisi 0162, Georgia

● 1 ÚVOD

Gruzie (obrázek 1, tabulka 1) je republika s prezidentským ústavním systémem, rozkládající se jižně od pohoří Kavkaz. Země se skládá z devíti regionů a jedné autonomní republiky. Dva regiony – Abcházie a Jižní Osetie – jsou od zbytku země oddělené v důsledku vnitřních konfliktů z počátku 90. let; rozkol se ještě zvýraznil po válce s Ruskou federací a následnou *de facto* ruskou okupací těchto gruzínských území v roce 2008. V Gruzii žije přibližně 288 000 vnitřních uprchlíků, dalších 118 000 Gruzinců uprchlo do Ruska. Hlavním městem je Tbilisi s populací 1 253 000 obyvatel.



Obrázek 1 / Figure 1
Schematická mapa Gruzie
Schematic map of Georgia

Další významná města jsou: Kutaisi (241 100), Rustavi (158 000), Batumi (137 100), Zugdidi (105 000 včetně vnitřních uprchlíků z okupované Abcházie), Chiatura (70 000), Gori (70 000), Poti (50 900). Úředním jazykem je gruzínština, na území Abcházie gruzínština a abcházština. Hlavním náboženstvím je pravoslaví, další náboženské skupiny tvoří

Tabulka 1 / Table 1
Základní údaje o Gruzii
Key figures on Georgia (www.geostat.ge)

	Rok	Gruzie	Zdroj
Populace	2009	4,4 mil	Národní statistický úřad Gruzie
HDP <i>per capita</i> ve standardu kupní síly	2009	1 759,7 EUR	Národní statistický úřad Gruzie
Nerovnost distribuce příjmu	N/A	N/A	N/A
Míra nezaměstnanosti	2009	16,9 %	Národní statistický úřad Gruzie
Počet uvězněných osob	2009	480/100 000 obyvatel	Národní statistický úřad Gruzie
Měsíční příjem domácnosti	2009	EUR 244,4	Národní statistický úřad Gruzie
Populace pod hranicí chudoby	2009	21 %	Národní statistický úřad Gruzie

šitší a sunnitští muslimové (Pankisi Goarge), arménská apoštolská církev (gruzínský region Javakheti), katolíci, baptisté, judaisté.

Gruzínská republika zažila po získání nezávislosti na Sovětském svazu v roce 1991 prudké ekonomické, politické i společenské změny. Po pádu totality a uvolnění politické, sociální a obchodní kontroly vzrostl obchod s nelegálními drogami, zvýšil se počet uživatelů drog a postoj k drogám se u obyvatelstva diverzifikoval.

K obchodu s nelegálními drogami přispívá v Gruzii řada faktorů, z nichž tři pokládáme za zásadní:

- Gruzínská republika a celý jižní Kavkaz je přirozeným dopravním koridorem z Asie do Evropy pro pašování jakéhokoliv zboží včetně drog;
- dva nevyřešené vnitřní etnické konflikty omezují možnosti úřadů kontrolovat gruzínské území a jeho hranice;
- dědictví sovětského represivního přístupu k organizování veřejného života a s ním spojená společenská apatie zpomaluje a komplikuje snahy o stanovení vyvážené a pragmatické drogové strategie a následně i udržitelného systému intervencí a reakcí.

● 2 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI OBECNĚ A MEZI MLÁDEŽÍ

V současnosti neexistují spolehlivá data ukazující rozsah jednotlivých typů užívání nelegálních drog v Gruzii s výjimkou injekčního/problémového užívání (viz níže). Číslo, jež se občas objevují v gruzínských médiích, jsou nerealisticky vysoká, zmiňované případy nejsou jednoznačně definovány a nevycházejí z transparentních dat ani spolehlivých odhadních metod.

Mezi gruzínským obyvatelstvem zatím nebyl proveden žádný průzkum všech věkových skupin populace týkající se užívání drog, a to ani v celostátním měřítku, ani omezeně v určité oblasti nebo městě.

První průzkum mezi gruzínskou mládeží, který důsledně dodržoval mezinárodní standardy, byl proveden Národním střediskem pro kontrolu nemocí (NCDC) v rámci

Jihokavkazského protidrogového programu (SCAD)¹ (Baramidze & Sturua, 2009). S použitím metodologie ESPAD a dotazníku, který byl upraven tak, aby odpovídal gruzínské terminologii a kulturnímu prostředí, studie zjistila, že v únoru 2009 uvedlo 17 % dotazovaných adolescentů ve věku 15–16 let v hlavním městě Tbilisi, že alespoň jednou v životě užili marihuanu. Po konopí byla pro dotazovanou mládež druhou nejdostupnější drogou extáze, jejíž minimálně jedno užití přiznalo 7,5 % studentů; celoživotní prevalence amfetaminových stimulantů byla kolem 2 %. Celoživotní zkušenost s kokainem ve formě cracku přiznalo méně studentů (1,1 %) a míra zkušeností s heroinem byla ještě nižší (1 %). Celoživotní zkušenost s práškovým kokainem mělo 0,6 % dotazovaných studentů. Stejný počet udal zkušenosti s gamahydroxybutyrátem (GHB) a anabolickými steroidy i s intravenózním užíváním drog. Ve vzorku, který byl pro město Tbilisi reprezentativní, byla celoživotní prevalence jakékoli nezákonné drogy 20 % (33 % mužů; 8 % žen) (Baramidze & Sturua, 2009). Statistická chyba pro každou z udávaných hodnot je ± 5 %

Průzkum mezi mládeží byl prováděn v Tbilisi a získané výsledky odrážejí situaci charakteristickou pro tbiliskou mládež. Z toho vyplývá, že výsledky studie nelze extrapolovat na celou populaci gruzínské mládeže. Na jaře 2011 má Gruzie nicméně v plánu zapojit se do pravidelné vlny ESPAD a na základě této spolupráce provést celostátní průzkum ESPAD.

● 3 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG

Jak bylo konstatováno v předchozí části, hodnoty rozsahu (různé vzorce) užívání drog, jež se objevují ve veřejných debatách v Gruzii, byly až donedávna extrémně nepřesné, bez jakékoli transparentní metodologie. První pokus zavrhnout prosté dohady a dojít ke kvalifikované shodě ohledně počtu injekčních uživatelů drog (IDU) v zemi byl učiněn během *Konference pro konsensus ve věci prevalenčního odhadu odborníků v oboru snižování poptávky po drogách*, která se konala 21. dubna 2009. Setkání, které zorganizovala organizace Národní koordinační mechanismus pro HIV/AIDS (CCM), kriticky zhodnotilo výsledky „Studie odhadu prevalence injekčního užívání drog v Gruzii multiplikační metodou s využitím nominátorů“ (Sirbiladze, 2010), provedené v rámci programu Jižní Kavkaz proti drogám (SCAD), jenž implementoval UNDP a financovala jej Evropská unie. Účastníci *Konference pro konsensus* zkombinovali několik odhadních metod a shodli se, že počet IDU v zemi je přibližně 40 000 (95 % CI: 39 000–41 000), tj., 1,5 % (1,48 %–1,52 %) populace ve věku 15–64 (Sirbiladze, 2010). Předpokládá se, že v Gruzii jsou všichni problémoví uživatelé drog zároveň injekčními uživateli (Sirbiladze, 2010).

1/ Data byla sbírána v únoru 2009 a cílovou populací byli studenti desátého stupně z Tbilisi (z 93 % narození v roce 1992), tzn. že jim v době sběru dat bylo v průměru 16,1 roku.

U injekčního užívání drog je nejčastější primární drogou opioid; do roku 2000 to byl heroin. Od roku 2004 se injekčně vesměs používá buprenorfin ve formě přípravku Subutex® (Javakhishvili et al., 2006). Subutex® se využívá pro substituční terapii závislosti na opioidech, a to hlavně v Evropské unii, Spojených státech, Austrálii, Indii, Číně i jinde. V Gruzii nebyl Subutex® dosud registrován jako léčivo, a proto je nelegální, dostává se na černý trh ze zahraničí a konkuruje tam heroinu.

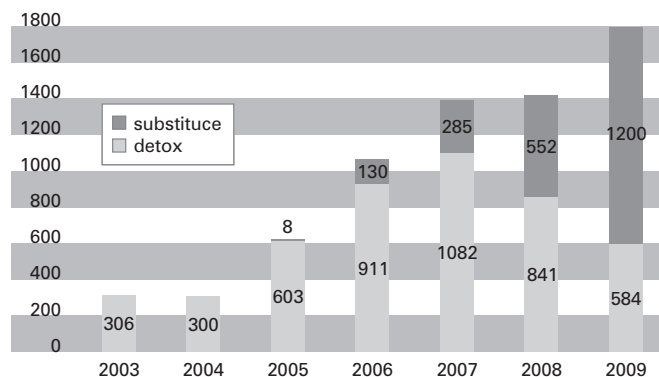
Podle údajů z léčeben závislostí požádala v roce 2007 přibližně třetina léčených IDU o léčbu kvůli problémům spojeným s neléčebným užíváním Subutexu® (Otiashvili et al., 2008b). Od roku 2008 terénní studie naznačují, že celkové užívání Subutexu® pomalu klesá a větší podíl na trhu si ukusují snáze dostupnější injekčně aplikované drogy – nejčastěji podomácku vyráběné stimulanty připravované z pseudo/efedrinu nebo z léků proti kašli, obsahujících fenylpropanolamin, které jsou v lékárnách k mání bez receptu (Otiashvili et al., 2008; Kirtadze et al., 2010). Finální (injekčně aplikovatelný) produkt obsahuje metamfetamin (přezdívaný „vint“, „boltuška“; relativně dlouho působící stimulant připravený redukcí pseudo/efedrinu) nebo methkatinon (přezdívaný „jeff“; krátkodobě působící stimulant připravený oxidací pseudo/efedrinu). Užívání kokainu a jiných amfetaminů, než dvou jmenovaných výše, zůstává v Gruzii na velmi nízké úrovni (Javakhishvili et al., 2009).

● 4 POPTÁVKA PO SPECIALIZOVANÉ LÉČBĚ A SLUŽBÁCH

V roce 2009 působilo v zemi pět specializovaných klinik pro léčbu závislostí, poskytujících krátkodobou i střednědobou detoxikaci s minimální či nulovou následnou lékařskou či psychosociální podporou (Chikovani et al., 2010). V roce 2009 prošlo detoxikací 584 pacientů (841 v roce 2008 a 1 092 v roce 2007). Výraznou většinu žadatelů o tuto formu léčby tvořili muži z věkové skupiny 25–39 let (402 z 584 pacientů v roce 2009). Z drogové závislosti se takto v roce 2009 léčilo pouze 12 žen. Na rozdíl od detoxikací se počet případů substituční léčby opioidy (OST) v nedávných letech zvyšoval a v roce 2009 bylo léčeno metadonem 1200 pacientů. Od ledna 2010 je přibližně 60 pacientům v Tbilisi poskytována substituční léčba Suboxonem® (kompozitní přípravek obsahující buprenorfin a naloxon, který má snížit riziko injekčního užití).

Většina pacientů, kteří se přicházeli léčit do léčeben závislostí, byli tradiční uživatelé opioidů, převážně závislí na heroinu. V roce 2008 byl zaznamenán nárůst počtů pacientů detoxikace, jejichž hlavní drogou byly podomácku vyráběný metamfetamin a methkatinon (Todadze et al., 2008). Většina hospitalizačních detoxikací (94,5 % v roce 2009, 97,4 % v roce 2008 a 93 % v roce 2007) byla provedena na specializovaných klinikách v Tbilisi, zatímco pouze 5,5 %

(2,2 % v roce 2008, 7 % v roce 2007²⁾) bylo provedeno v regionu Adjara. (Obrázek 2.)



Obrázek 2 / Figure 2

Pacienti léčení v narkologickém systému v Gruzii, 2003–2009

(Todadze, K., 2009; Sturua, L., 2010)

Patients treated by the narcological system in Georgia, 2003–2009

(Todadze K., 2009, Sturua L. 2010)

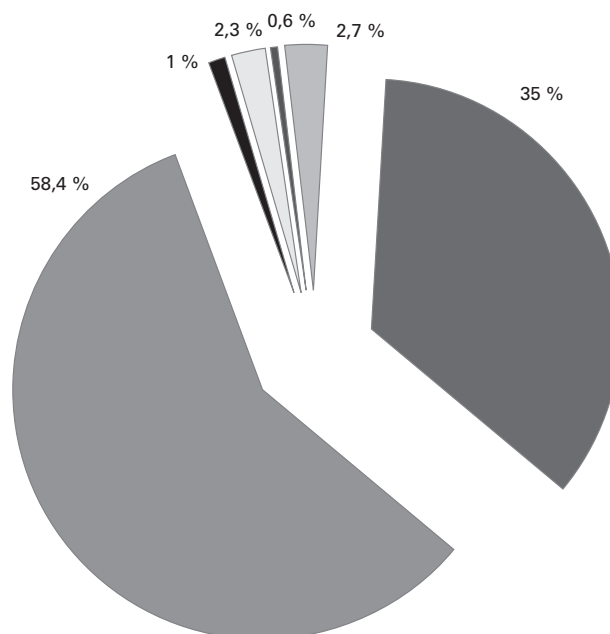
● 5 INFEKČNÍ NEMOCI SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG

Do 18. srpna 2010 registrovalo Centrum klinické imunologie pro výzkum infekčních chorob a AIDS (dále AIDS Centrum) celkem 2 497 případů HIV, z toho 1 849 mužů (75 %) a 648 žen (25 %). Většina pacientů (60 %) byla v době diagnózy z věkové skupiny 29 až 40 let. 1369 z nich dosáhlo infekčního stadia AIDS a 583 z nich zemřelo. Mezi registrovanými nositeli HIV je injekční užívání drog nejčastějším způsobem nákazy (58,4 %). Dalšími způsoby přenosu jsou: heterosexuální přenos (35 %), z matky na dítě (2,3 %), homosexuální přenos (2,7 %), neurčený (1,0 %) a krevní transfuze (0,6 %) (AIDS Centrum, 2010) (obrázek 3).

Mezi injekčními uživateli drog (IDU) kolísá prevalence HIV mezi 1,5 % až 4,5 % v závislosti na lokalitě (Chikovani et al., 2010).

Podle nedávné studie je prevalence viru hepatitidy C (HCV) mezi HIV pozitivními pacienty až 48,6 %. Podle studie byla u HIV+ mužů vyšší pravděpodobnost koinfekce HCV než u HIV+ žen (60,8 % oproti 18,0 %). Prevalence HCV mezi HIV+ injekčními uživateli drog byla 73,40 %. Pravděpodobnost infekce HCV byla u HIV+ IDU 3,25 (95 % CI; CL–1,89–5,26; p<0,01) v porovnání s těmi, kdo drogy injekčně neužívají. Prevalence protilátek virové hepatitidy B (anti-HBV) mezi HIV pozitivními byla ve studii 43,42 % (76/175) a prevalence chronické infekce HBV (HBsAg pozitivní) byla 6,86 % (12/175). Míra prevalence HBsAg byla u IDU 8,51 % a 5,26 % u neinjektorů. Trojitá infekce (HIV, hepatitida C a chronická hepatitida B) byla zjištěna u 9 pacientů (5,14 %). Infekce byly spojeny s injekčním

2/ Důvodem poklesu je snížení příspěvků z veřejných zdrojů na detoxifikační služby v regionu Adjara.



- neznámý
- z matky na dítě
- krevní transfuze
- homosexuální kontakty
- heterosexuální kontakty
- injekční užívání drog

Obrázek 3 / Figure 3

Způsoby přenosu infekce u HIV+ případů v Gruzii (AIDS Centrum, 2010)

Infection transmission routes in HIV+ cases in Georgia (AIDS Centre, 2010)

užíváním drog (88,88 %) a převážně souvisely se sdílením jehel/stříkaček a dalších injekčních parafernálií (Badridze, N. et al., 2008).

V roce 2009 bylo z 2 077 injekčních uživatelů drog (IDU), kteří se účastnili programů harm reduction a kteří byli testováni na HIV a HCV v Centrech dobrovolného poradenství a testování (VCT), zjištěno 23 případů HIV+ (1,1 %) a u 999 osob byla nově zjištěna pozitivita na protilátky proti hepatitidě C (48 % testovaných) (Otiashvili, D., 2010a).

● 6 ÚMRTÍ V SOUVISLOSTI S DROGAMI

Od 90. let 20. století do roku 2007 nebyla v Gruzii data o úmrtích v souvislosti s drogami nijak sledována.

V roce 2004 byl na Ministerstvu vnitra založen Úřad soudního znalectví, který začal znovu zaznamenávat úmrtí v souvislosti s drogami – prozatím pouze v hlavním městě Tbilisi. V roce 2009 bylo celkem 19 případů (0,8 % všech případů nepřirozeného úmrtí) vyšetřovaných Úřadem soudního znalectví v Tbilisi identifikováno jako smrt z předávkování (28 v roce 2008, 39 v roce 2007). Přestože data nepokrývají celou zemi a systém sběru dat prozatím neumožňuje určení typu drogy/drog, které předávkování způsobily, je to poprvé, co se v nezávislé Gruzii objevily oficiální údaje

o úmrtích v souvislosti s drogami. Systém je nyní třeba pouze vylepšit co do kvality dat a pokrytí.

V roce 2004 ustavil program SCAD zvláštní tým, který měl za úkol provést studii o mortalitě v souvislosti s drogami založenou na porovnání historického registru narkologických pacientů a registru obyvatel/obecné mortality. Studii vypracoval Gruzínský výzkumný institut závislosti. Podle výsledků studie byla mortalita mužů mezi 18 a 54 lety, kteří byli někdy v životě registrováni v tzv. „Narkologickém registru“ (Rejstříku uživatelů drog, kteří někdy přišli do kontaktu s policií a/nebo „narkologickým“ léčebným systémem) v roce 2003 v Gruzii dvakrát vyšší než mortalita mezi muži stejného věku bez takového záznamu (Javakhishvili et al., 2005).

● 7 PREVENCE

V roce 1995 byla skupinou profesionálů založena nevládní organizace Bemoni, která začala s implementací programů malých komunit a školní prevence; to byla vůbec první specifická primární protidrogová prevence v historii země. Ministerstvo práce, zdravotnictví a sociálních věcí (MoLHSA) Gruzie neslo po mnoho let klíčovou zodpovědnost za to, co bylo nazýváno státní prevencí, ale vládou podporované programy se zaměřovaly výhradně na testování moči osob, které policie podezřívala z užívání drog.

Od počátku 90. let do současnosti se snaha snížit poptávku po drogách, vyvíjená gruzínskou vládou a mezinárodními sponzory, primární protidrogové prevenci téměř nevěnovala. Toto období se často vyznačovalo jen sporadickými aktivitami, nedostatečným finančním krytím, malým množstvím projektů i přispěvatelů a chybějícími mechanismy kontroly kvality (v roce 2005: 100 přímých přispěvatelů, rozpočet – 10 000 EUR; v roce 2006: 30 přímých přispěvatelů, rozpočet – 20 000 EUR; v roce 2007: žádné programy; v roce 2008: 300 přímých přispěvatelů, rozpočet – téměř 100 000 EUR; v roce 2009 – 60 přímých přispěvatelů, 10 000 EUR).

V zemi neexistují osnovy pro výuku o drogách, v současnosti neposkytuje žádná vysoká škola vzdělání v oblasti drog pro budoucí učitele, žurnalisty, psychology, sociální pracovníky ani další profesionály, kteří by měli hrát v primární (i sekundární) protidrogové prevenci hlavní úlohu. Nová iniciativa Centra adiktologie Karlovy univerzity v Praze, gruzínské nevládní organizace Alternative Georgia a IB Caucasian University má v plánu tuto mezeru zaplnit a připravit pro jednotlivé typy vysokých škol osnovy výuce drogové problematiky.

● 8 ROZVOJ LÉČBY

Po rozpadu Sovětského svazu se na počátku 90. let objevily první dvě narkologické kliniky, poskytující rezidenční léčbu závislých, i když obě měly velmi omezenou kapacitu: klinika Gruzínského výzkumného institutu závislosti měla

25 lůžek a klinika sdružení Bemoni jen 6 lůžek. Obě se držely odkazu sovětské biomedicínské narkologie, která kladla důraz na represivně pojatou kontrolu pacienta, takřka se nevěnovala psychologické, behaviorální, sociální ani spirituální dimenzi závislosti a zcela ignorovala fenomén užívání drog bez závislosti.

Od té doby se léčebné kapacity v zemi rozšířily: v současnosti zde působí pět klinik s 60 lůžky a roční detoxikační kapacitou přes 1 000 pacientů, přičemž se pacientům nabízejí hospitalizace i ambulantní léčba.

Léčba se obvykle omezuje na dvoutýdenní detoxikaci (buď za farmakologické podpory, nebo zcela bez léků), po níž následuje propuštění do individuální nebo skupinové ambulantní terapie, která je poskytována po 1–6 měsíců. Většina pacientů však odchází z léčeni hned v prvním měsíci, protože se domnívá, že jim postačí prostá detoxikace, a protože ambulantní terapie je extrémně drahá: průměrně 2000 GEL měsíčně (trojnásobek průměrného měsíčního příjmu v zemi). Výsledkem je, že léčba orientovaná na abstinenci, tak jak je poskytována v Gruzii, má velmi omezený a krátkodobý účinek, nepodporuje zotavovací proces a míra relapsu je vysoká.

Téměř veškeré léčebné úkony poskytované narkologickými klinikami platí přímo pacienti a jejich cena je prohibivní, pohybuje se kolem ekvivalentu 1 000–1 500 amerických dolarů za jednu detoxikační kúru. V roce 2009 zaplatil státní rozpočet léčeni pouze 78 pacientům (Chikovani et al., 2010).

Substituční léčba opioidy (OST) byla zavedena v roce 2005 a byla plně hrazena z grantu organizace Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM); díky grantu byl tento typ léčby závislosti jediným, jenž byl pacientům poskytován bez potřeby osobní úhrady nákladů.

Gruzínská vláda postupně uznala význam a pozitivní dopady tohoto způsobu léčby a v roce 2008 začala OST spolufinancovat. V programech financovaných vládou jsou náklady na metadonové přípravky hrazeny státem a pacient hradí pouze služby personálu. Cena takové léčby je cca 150 GEL měsíčně (což představuje zhruba výši průměrného platu v zemi). Tato situace vedla k rychlému rozšíření a zvýšení dostupnosti substituční léčby; k 1. lednu 2010 fungovalo 14 programů v 8 regionech země a jeden program OST byl zaveden v nápravném zařízení – věznice č. 8 s přísným dohledem poskytovala léčbu 1 200 pacientům (viz výše). Mimo výkon trestu je kolem 800 pacientů léčeno v programech spoluhrazených státem, čtyřem stovkám hradí léčbu GFATM.

GFATM v současnosti řídí OST program v Tbilisi, v Gori a ve věznici. Státní programy probíhají v Tbilisi a v sedmi regionech státu.

Psychoterapeutické služby jsou v zemi nedostatečně rozvinuté: Gruzie má nedostatek vyškolených odborníků i institucionálních mechanismů pro poskytování (a prosazo-

vání) vhodných a náležitých školení v prověřených a podložených metodách tak, jak to doporučují orgány OSN (viz např. WHO, UNODS & UNAIDS, 2008). V důsledku toho neexistují ani žádné licenční či atestační mechanismy pro psychoterapeuty.

Podobně také v Gruzii neexistují ani mechanismy záruky kvality léčby závislostí. Vzhledem k omezenému počtu typů dostupné léčby, při nezaručené kvalitě a vysoké ceně není možné sladit léčbu s potřebami pacienta ani dosáhnout ztotožnění se pacienta s cíli léčby. Ve většině gruzínských léčebných zařízení je jediným léčebným cílem abstinence od nelegálních drog bez stanovení dílčích kroků a použitých postupů. Podle nedávného výzkumu (Todadze et al., 2008; Chirikashvili et al., 2008) považují lékaři z léčeben závislostí délku abstinence za hlavní indikátor efektivity léčby, zatímco pro pacienty je nejdůležitějším indikátorem kvalita jejich života.

● 9 INTERVENCE TYPU HARM REDUCTION

Harm reduction (HR) je v Gruzii relativně rozvinutou strategií v oblasti snížení poptávky po drogách. K tomu došlo díky pozornosti mezinárodních dárců (Global Fund, další organizace OSN, Evropská unie a její členské státy, Open Society Institute a další soukromí donoři), kteří zareagovali na hrozbu HIV/AIDS, jež se v posledních dvou desetiletích začalo v postsovětských zemích rychle šířit a v Ruské federaci, na Ukrajině a několika dalších zemích přešlo v mohutnou epidemii (UNAIDS, 2008). Technická i investiční podpora mezinárodních dárců se odráží na zvyšujícím se množství nevládních organizací působících v oblasti harm reduction. Ani gruzínská vláda ani jiný veřejný subjekt

však zatím nepodpořily žádnou organizaci poskytující služby HR a v tomto směru zatím neexistuje ani žádná vládní strategie do budoucna. To ohrožuje udržitelnost prevence HIV a dalších krví přenosných infekcí v zemi.

V roce 2009 obsloužily programy harm reduction celkem přibližně 4 000 klientů, kterým poskytly informace a distribuovaly jim sterilní injekční výbavu, kondomy, naloxon (pro prevenci úmrtí předávkováním) a nabízely dobrovolné poradenství a testování na HIV, HCV and HBV (Kirtadze, 2010a).

Koncem roku 2009 vytvořilo 15 nevládních organizací, které v oboru působily, Gruzínskou asociaci pro harm reduction (GHRN). V nedávné době rozšířily organizace poskytující harm reduction záběr svých aktivit; kromě projektů výměny a distribuce jehel poskytují běžně i dobrovolné poradenství pro klienty a účastní se veřejných debat o vývoji protidrogové politiky, poskytují právní služby a šíří osvětu, která by měla zajistit udržitelnost a další rozvoj intervencí a programů HR v zemi.

● 10 DROGOVÉ TRHY A DROGOVÁ KRIMINALITA

Gruzie se oficiálně nepokládá za producenta drog, vzhledem k tomu, že většina tam užívaných drog rostlinného původu (kromě marihuany) nepochází ze země.

Gruzie a jižní Kavkaz obecně se tradičně považuje za možnou tranzitní cestu pro afghánské opiáty dopravované do Evropy. Žádná trasa pro „masívní přepravu“ však nebyla nikdy zjištěna a množství zabavených opiátů a dalších drog jsou spíše překvapivě malá (tabulka 2), a to jak počtem, tak

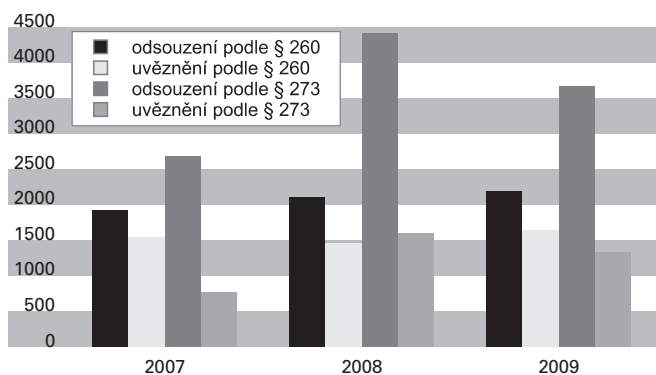
Tabulka 2 / Table 2
Zadržené drogy 2006–2009
Drug-related seizures 2006–2009

	2006	2007	2008	2009
Heroin	8,592 kg	16,157 kg	12,12 kg	2,3 kg
Opium	229,1 g	185,89 g	53,6 g	37,2 g
Marihuana	23,958 kg	23,647 kg	28,3 kg	4,7 kg
Tramadol	70,850 g	100,3 g	739,2 g	79,0 g
Subutex	10, 958 tablet	16, 232 tablet	13, 757 tablet	5 072 tablet
Konopné rostliny	123,336 kg	64,860 kg	41,563 kg	Nejsou data
Metadon	23,057 g	213,9 g	328,27 g	73,8 g
Morfin	3,33 g	4,455 g	38,049 g	3,57 g
Kodein	5,1 g 102 tablet	–	1,675 g	0,535 g
Konopná pryskyřice	8,242 g	–	88,230 g	9,63 g
Mák	–	1,388 g	–	–
Kokain	3,224 g	0,558 g	1,375 g	0,78 g
Metamfetamin	2,418 g	0,472 g	2,907 g	0,03 g
Difenyloxid	–	–	0,7 g	–

objemy, a to vezmeme-li v úvahu relativní blízkost Afghánistánu, který zásobuje většinu světového heroinového trhu, a také vzhledem k relativně vysokým odhadům počtu injekčních uživatelů drog v zemi.

Mezi drogy s největším zastoupením na domácím černém trhu patří heroin, opium a marihuana, které nedávno doplnil farmaceutický buprenorfin (Subutex®), pašovaný do Gruzie ze zemí EU (Todadze et al., 2008; Todadze, 2009; Kirtadze, I., 2008; Vadachkoria et al., 2008).

Drogy – a zvláště opioidní drogy – jsou v Gruzii extrémně drahé, zejména v porovnání s průměrným příjmem (viz *tabulka 1*): Podle informací z gruzínského Ministerstva vnitra (MoIA) byla pouliční cena gramu heroinu 338–460 EUR za gram, opia 20–33 EUR za gram, marihuany 2–3,35 EUR za gram, morfinu 20 EUR (za 1mg ampuli), Subutexu® 200–215 EUR (za 8mg tabletu). Přestože ceny úplně nekorrespondují s těmi, které ohlašovali lékaři, street workeri a jejich klienti z řad uživatelů drog, ceny získané od legálních i nelegálních zdrojů jsou víceméně stejné: cena heroinu je podle těchto zdrojů 100–140 EUR (za 1 balíček, tj. přibližně 0,2–0,3 gramu), opia 100 EUR (za 1 balíček, tj. přibližně 0,5 gramu), marihuany 2,4–3,2 EUR (za gram), morfinu 10 EUR (za ampuli), Subutexu® 200 EUR (za 8mg tabletu).



Obrázek 4 / Figure 4

Vývoj počtu odsouzených a uvězněných za drogovou trestnou činnost (podle § 260⁴ a § 273 trestního zákoníku Gruzie) v letech 2007–2009
Development of drug-related convictions and imprisonment (Article 260⁴ and Article 273 of the Criminal code of Georgia) in 2007–2009

3/ Podle § 273 trestního zákona Gruzie lze uložit pokutu až 2 000 GEL nebo trest odnětí svobody v trvání až jeden rok za opakované užívání kontrolovaných látek; trestní odpovědnost se určuje podle výsledků rychlého toxikologického testu moči.

4/ § 260 trestního zákona Gruzie – nezákonná příprava, výroba, vlastnictví, doprava nebo prodej drog, látek s obdobnými účinky nebo jejich prekurzorů; v malém množství – trest odnětí svobody až na 11 let; ve velkém množství – trest odnětí svobody v trvání 7 až 14 let.

5/ Art. 260 of the Penal Code of Georgia – illicit preparation, production, purchase, possession, transportation or transfer or dealing in drugs, their analogues or precursors; in small quantities – imprisonment for up to 11 years; in large quantities – imprisonment for from 7 to 14 years.

Podle MoIA a nejvyššího soudu bylo v roce 2009 z trestných činů v souvislosti s drogami usvědčeno 6 051 osob, z toho 3 663 (60,5 %) za pouhé užívání látek podléhajících kontrole³ (Nejvyšší soud, 2010). Ve stejném roce bylo kromě toho administrativními postihy za trestnou činnost v souvislosti s drogami potrestáno 7 106 osob (MoIA, 2010) (*obrázek 4*).

● 11 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ ZÁKONY

Podle existující gruzínské legislativy je užívání drog přestupek trestaný pokutou 500 GEL (přibližně 220 EUR). Pokud je však stejná osoba zadržena za užívání drog podruhé během jednoho roku od prvního provinění, vzniká jí trestní odpovědnost. V tomto případě následuje buď trest odnětí svobody, nebo pokuta minimálně 2000 GEL. Vzhledem k tomu, že maximální výše pokuty zákonem stanovena není, je její určení na rozhodnutí soudce, který ji může zvýšit až na desetinásobek. Kvůli takto „gumovému zákonu“ byly zaznamenány případy pokut až 4 000 GEL (přibližně 1 800 EUR), které soud uložil za přítomnost neaktivních metabolitů nezákonných drog v moči.

Trestní zákoník Gruzie nerozlišuje mezi nezákonnou přípravou, výrobou, nákupem, skladováním, dopravou, obchodováním a prodejem narkotik, látek s obdobným účinkem a jejich prekurzorů. Všechny tyto trestné činy jsou definovány v jednom paragrafu a podléhají jedné definici trestného činu, což znemožňuje uplatnit diferencovaný přístup k drogovým přestupkům.

Na základě § 45 správního zákoníku Gruzie vydalo v roce 2006 Ministerstvo vnitra a Ministerstvo práce, zdravotnictví a sociálních věcí Gruzie společné nařízení č. 1049–233/n. V něm se uvádí „v případě důvodného podezření“ (které není specifikováno ani definováno, tudíž opět umožňuje vágní interpretaci), „že se osoba nachází ve stavu omámení způsobeném narkoticky nebo psychotropními látkami nebo že dotyčná osoba užila narkotikum,“ mohou policisté nařídít test, který určí, zda dotyčná osoba užila drogy nebo alkohol. Stejným nařízením, kterým se navíc navyšuje správní pokuta za užívání drog (z 80 na 500 GEL), bylo speciálně pro tyto účely zřízeno v rámci Ministerstva vnitra nové oddělení, které má status soudní laboratoře pro testování na drogy. Tyto změny vytvořily pro policisty a celou polici silnou motivaci k testování a výsledkem bylo, že výrazně vzrostl počet lidí, kteří museli absolvovat drogové testy; v roce 2007 vyskočil na desetinásobek počtu provedených testů v roce 2006, přičemž pozitivní nálezy tvořilo pouze 30 %. Tento vzestupný trend co do testů s menšinou pozitivních nálezů pokračoval až do doby odevzdání tohoto materiálu (Otiashvili et al., 2007; Alternative Georgia, 2010).

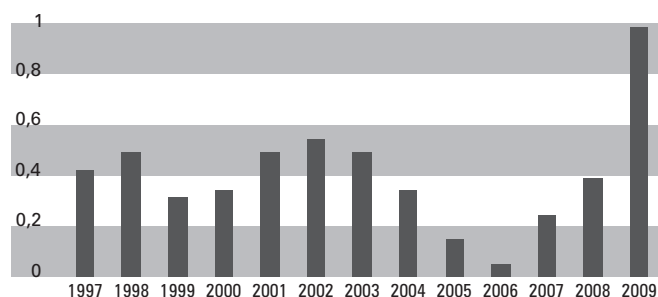
V letech 2008–2009 se rozvinuly důležité aktivity a iniciativy, které navrhly změny drogových zákonů. Zasadily se o dekriminální užívání drog a za vytvoření institucionálních mechanismů pro implementaci drogové legislativy

(tzn. mezivládní orgán koordinující systém reakcí na situaci v zemi). Jmenovitě postoupily gruzínskému parlamentu dva balíčky legislativních změn k posouzení. Jeden připravila skupina podporovaná Global Fund (GFATM, 2008), druhý Gruzínská asociace pro harm reduction (<http://altgeorgia.ge>). Ani jeden z nich ale zatím nebyl v parlamentu projednáván.

● 12 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ STRATEGIE

Od roku 2005 probíhá v Gruzii intenzivní diskuse o drogové problematice. Státní rada pro protidrogovou politiku dostala od Ministerstva práce, zdravotnictví a sociálních věcí úkol navrhnout národní protidrogovou strategii (Sirbiladze et al., 2006). Gruzínský parlament o této strategii jednal v únoru 2007 a schválil její hlavní priority (Gruzínský parlament, 2007), mezi něž patří: léčba a rehabilitace, prevence, harm reduction, budování personálních kapacit, informování veřejnosti atd. Vypracováním akčních plánů podle schválených priorit a cílů byla pověřena příslušná ministerstva, žádnou aktivitu však nevyvinula. Téhož roku přišla Asociace pro harm reduction v čele s nevládní organizací Alternative Georgia, podporovaná Open Society Georgia Foundation, s alternativním návrhem na protidrogovou strategii i s akčním plánem. Žádný z dokumentů nakonec gruzínskou vládou nebo parlamentem přijat nebyl, dokumenty byly označeny za právně nezávazné a jejich implementaci bylo zabráněno (Skhvitaridze, 2008).

Vzhledem k absenci strategie i řádných nástrojů pro



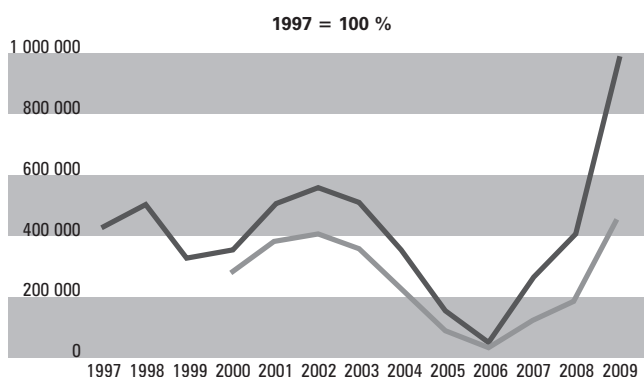
Obrázek 5 / Figure 5

Financování opatření ke snížení drogové poptávky od MoLHSA (Otiashvili, Zabransky, Kirtadze, 2010b)
Funding of drug demand reduction measures by the MoLHSA (Otiashvili, Zabransky, Kirtadze, 2010b)

kontrolu rozpočtu není známo, jaké fondy se na aktivity namířené na redukcí nabídky v Gruzii vynakládají, a jak vyplývá z obrázku 5, financování aktivit ke snížení poptávky je spíše chaotické.

Při posuzování nominálního navýšení financování opatření protidrogové politiky po dramatickém propadu v roce 2006 (Javakhishvili et al., 2006) je třeba brát v úvahu i inflaci gruzínské měny (gruzínský lari) v posledních 10 letech (obrázek 6). Pokud rozpočet „očistíme o inflaci“, je jasné, že v celkovém rozpočtu Ministerstva zdravotnictví zů-

stávají výdaje na snížení poptávky po drogách procentuálně na výrazně nižší úrovni než v letech 2000–2003 (Javakhishvili & Sturua, 2009).



Obrázek 6 / Figure 6

Dopad inflace GEL na financování opatření pro snížení poptávky: modrá linka = financování v nominálních hodnotách, červená linka = financování v „lari z roku 1997“

Impact of GEL inflation on the funding of demand reduction measures: blue line = financing in nominal figures, red line = financing in "1997 Lari"

● 13 KOORDINACE

Protože v Gruzii neexistuje žádná protidrogová strategie, nejsou ani žádné úřady nebo politické orgány/instituce, které by měly na starosti implementaci strategie, a zároveň chybí i jakákoli instituce zodpovědná za hodnocení intervencí na poli drogové problematiky.

Nevládní sektor přesto využívá vzájemné kontakty a koordinaci, aby své snahy harmonizoval a propojil; v roce 2003 vznikala za podpory programu SCAD Gruzínská protidrogová koalice, která sjednotila klíčové nevládní organizace zabývající se snížením drogové poptávky; v roce 2006 byla ustavena Gruzínská asociace pro harm reduction pod vedením Open Society Georgia Foundation, v níž bylo v roce 2009 organizováno 15 organizací pracujících v oblasti harm reduction.

● Poděkování:

Tato publikace byla připravena v rámci projektu vedeného Karlovou univerzitou ve spolupráci s gruzínskou nevládní organizací Alternative Georgia a IB Euro-Caucasus University s cílem integrace českého modelu pregraduálního i postgraduálního adiktologického vzdělání do gruzínského vzdělávacího systému. Projekt je financován českým Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy jako součást 8. rozvojového programu. Studie používá strukturu a metodologický postup vyvinutý v rámci programu SCAD (Southern Caucasus against Drugs), který byl financován Evropskou unií a implementován prostřednictvím UNDP v Gruzii v letech 2001–2009.

Obsah publikace nemusí vyjadřovat oficiální názory Gruzínských republiky, UNDP ani EU a měl by být považován výhradně jako výsledek práce jejich autorů.

LITERATURA / REFERENCES

- Badridze, N., Chkhartishvili, N., Abutidze, A., Gatsrelia, L. (2008). Prevalence of hepatitis B and C among HIV positive patients in Georgia and its associated risk factors. *Georgian Medical News*, (12): 54–59.
- Baramidze, L., Sturua, L. (2009). *The alcohol and other drugs use in Georgian students, Pilot study rigorously following criteria of European School on Alcohol and Other Drug*. Tbilisi: South Caucasus Anti Drug Programme.
- Chirikashvili, N., Usharidze, D., Petriashvili, T., Bidzinashvili, K., Tsurtsunia, Z. (2008). *Assessment of drug dependence treatment in Georgia*. Tbilisi: CIDA, OSI.
- Chikovani, I., Chkhartishvili, N., Gabunia, T., Tabatadze, M., Gotsadze, G. (2010). *HIV/AIDS Situation and National Response Analysis: Priorities for the NSP 2011–2016*. Document for country Coordination Mechanism. Tbilisi 2010.
- GFATM (2008). *Draft Package of Drug Legislation Changes. Drug Legislation*. Tbilisi.
- HIV/AIDS epidemiology in Georgia, AIDS and Clinical Immunology Center, Tbilisi (2010). http://aidscenter.ge/epidsituation_eng.html.
- *How effective is street drug testing*. Policy Brief, Alternative Georgia, Tbilisi (2010).
- Javakhishvili, D. J. (ed), Lejava, G., Stvilia, K., Todadze, Kh., Tsintsadze, M. (2006). *Drug situation in Georgia 2005. Annual Report*. Tbilisi.
- Javakhishvili, D. J., Sturua, L. (editors) et al. (2009). *Drug Situation in Georgia 2009. Annual Report*. Tbilisi.
- Kirtadze, I., Director of HIV Prevention Program, Georgian Harm Reduction Network. (2008a). Experience of implementation of HR interventions, personal communication.
- Kirtadze, I., Otiashvili, D., Piralishvili, G., Booth, R., Zabransky, T. (2010). *Exploring the phenomena of home-made stimulant injection in Tbilisi, Georgia*, Oral presentation at the CPDD Conference, Scottsdale, AZ, USA, 2010.
- Kirtadze, I. (2010). GHRN Program Report to the Georgia Health and Social Projects implementation Centrum, Tbilisi.
- Ministry of Internal Affairs of Georgia, Letter #7/217–1152, 07. 04. 2010.
- Ministry of Internal Affairs of Georgia, Letter #7/27–1892, 15. 09. 2010.
- NCDC & PH (2008). *Statistical Book*, National Centrum for Disease Control and Public Health. Tbilisi.
- Otiashvili, D., Sarosi, P., Somogyi, L. G. (2008a). *Drug control in Georgia: Drug control and reduction of drug use*. In Foundation, B. (Ed.) 'Beckley Foundation briefing paper XV', Beckley Foundation.
- Otiashvili, D., Zabransky, T., Kirtadze, I., Pirashvili, G., Chavchanidze, M., and Miovsky, M. (2008b). *Non-medical use of buprenorphine (Subutex) in the Republic of Georgia — a pilot study*. NIDA International Forum: Globally Improving and Applying Evidence-Based Interventions for Addictions — Book of Abstracts, pp. 69–70.
- Otiashvili, D., Zabransky, T., Kirtadze, I., Piralishvili, G., Chavchanidze, M., Miovsky, M. (2008c). *ATS injection in the Republic of Georgia – a pilot study*. Oral presentation at the First global Methamphetamine Conference, Prague.
- Otiashvili, D. (2010a). *Harm Reduction in Georgia: current situation and future needs*. Oral presentation at the 3rd National Harm Reduction Conference, Tbilisi.
- Otiashvili, D., Zabransky, T., Kirtadze, I. (2010b). *How effective is street drug testing*. Presentation at the NIDA International Forum, Scottsdale, Az, USA.
- Parliament of Georgia. (2007). Regulation on approval of principal directions of Georgia's National Anti-Drug Strategy (Regulation Number #4334 I-s).
- Radimecky, J., Otiashvili, D., Tsertsvadze, V. (2006). *Investing in the healthy future: Action plan of drug policy in Georgia in 2007–2009: Development in areas of treatment and risk minimizations*. Union Alternative Georgia and Georgian Harm Reduction Network.
- Sirbiladze, T., Baramidze, L., Baratashvili, P., Javakhishvili, J., Machavariani, M., Nadashvili, N., Todadze, K. H., Tsitskishvili, D., Zakarashvili, T. (2006). *Georgian Anti-Drug Strategy*. Tbilisi.
- Sirbiladze, T. (2010). *Estimating the prevalence of injection drug use in Georgia: Consensus report*. Bemoni Public Union, Tbilisi.
- Skhvitaridze, Z. (2008). *Needs for improvement in Georgian drug legislation*. SCAD Programme Report, Tbilisi.
- Sturua, L. (2010). *Unpublished report on Non-infectious Diseases in Georgia*. Tbilisi.
- Supreme Court of Georgia, letter N18-k, 31. 03. 2010.
- Todadze, K. H., Kavtiashvili, E., Khintibidze, K. (2008). *Assessment of drug dependence treatment in Georgia*, 1st ed. Tbilisi, CIDA, OSI, GRIA, NW.
- Todadze, K. H. (2009). Presentation at SCAD conference. Tbilisi.
- UNAIDS. (2008). *Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008*, Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- WHO, UNODC & UNAIDS. (2008). Principles of drug dependence treatment. *Discussion Papers*. 1st ed. Vienna, UNODC.