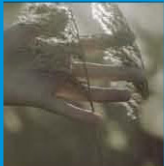




INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE

Z znanjem do boljšega zdravja.



NACIONALNO POROČILO 2013 O STANJU NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG V REPUBLIKI SLOVENIJI



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE

Z znanjem do boljšega zdravja.

NACIONALNO POROČILO 2013 O STANJU NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG V REPUBLIKI SLOVENIJI

SLOVENIJA

Novosti in trendi

REITOX

Urednica: Andreja Drev

Uredniški odbor: Ada Hočevar Grom, dr. Jožica Šelb Šemerl, Nataša Delfar

Oblikovanje: Andreja Frič

Za vsebino prispevkov so odgovorni avtorji.

Izdajatelj: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2

Lektoriranje: Mateja Bartol

Odobrila Komisija Vlade Republike Slovenije za droge

Digitalna produkcija: Studio Kreator

Število izvodov: 150

Leto izdaje: Ljubljana, 2013

Elektronski vir.

Spletni naslov: <http://www.ivz.si/>

ISSN 2232-5751

KAZALO

| | |
|---|----|
| POVZETEK | 7 |
| A: NOVOSTI IN TRENDI | 12 |
| 1. POLITIKE NA PODROČJU DROG: ZAKONODAJA, STRATEGIJA IN EKONOMSKA ANALIZA | 13 |
| 1.1 Pravni okvir | 13 |
| 1.2 Akcijski načrt, strategija, vrednotenje in koordinacija | 15 |
| 1.3 Ekonomska analiza | 16 |
| 2. UPORABA DROG V SPLOŠNI POPULACIJI IN POSAMEZNIH CILJNIH SKUPINAH | 21 |
| 2.1 Uporaba drog v splošni populaciji..... | 21 |
| 2.2 Uporaba drog v šolskem okolju | 25 |
| 2.3 Uporaba drog med ciljnimi skupinami..... | 26 |
| 3. PREVENTIVA | 31 |
| 3.1 Okoljska preventiva: ukrepi na področju alkohola in tobaka | 32 |
| 3.2 Univerzalna preventiva | 33 |
| 3.3 Selektivna preventiva | 35 |
| 3.4 Nacionalne kampanje | 41 |
| 4. PROBLEMATIČNA UPORABA DROG | 42 |
| 4.1 Ocena razširjenosti problematične uporabe drog..... | 42 |
| 4.2 Problematična uporaba drog med uporabniki programov zmanjševanja škode | 46 |
| 5. Z DROGAMI POVEZANO ZDRAVLJENJE IN OBRAVNAVA..... | 50 |
| 5.1 Opis sistema zdravljenja in obravnave ter zagotavljanje kakovosti | 51 |
| 5.2 Dostopnost do zdravljenja in obravnave | 51 |
| 6. TEŽAVE Z ZDRAVJEM IN DRUGE POSLEDICE, POVEZANE Z UPORABO DROG..... | 61 |
| 6.1 Z drogami povezane nalezljive bolezni | 62 |
| 6.2 Druge z uporabo drog povezane zdravstvene težave in posledice: nujna stanja zaradi zastрупitev z drogami..... | 64 |
| 6.3 Smrti zaradi drog in umrljivost med uporabniki drog | 68 |
| 7. ODZIVI NA Z DROGAMI POVEZANE TEŽAVE Z ZDRAVJEM IN DRUGE POSLEDICE..... | 81 |
| 7.1 Preventiva pred zastрупitvami, smrtnimi primeri in nalezljivimi boleznimi, povezanimi z uporabo drog | 82 |
| 7.2 Odzivi na druge zdravstvene težave pri uporabnikih drog | 86 |

| | |
|--|-----|
| 8. Z UPORABO DROG POVEZANA SOCIALNA PROBLEMATIKA IN REINTEGRACIJA | 89 |
| 8.1 Socialna izključenost in uporaba drog | 89 |
| 8.2 Socialna obravnava in reintegracija..... | 93 |
| 9. Z DROGAMI POVEZANA KRIMINALITETA, PREVENTIVA IN ZAPORI | 98 |
| 9.1 Z drogami povezana kriminaliteta..... | 99 |
| 9.2 Preventiva pred kriminaliteto, povezano s prepovedanimi drogami..... | 102 |
| 9.3 Alternativne oblike načina izvršitve kazni zapora | 103 |
| 9.4 Uporaba drog in nezakonit promet z drogami v zaporih | 105 |
| 9.5 Odzivi na z drogami povezane zdravstvene težave v zaporih | 107 |
| 9.6 Programi obravnave in reintegracija..... | 109 |
| 10. TRG Z DROGAMI | 111 |
| 10.1 Razpoložljivost in zasegi prepovedanih drog | 112 |
| 10.2 Cene prepovedanih drog | 114 |
| 10.3 Kakovost in čistost prepovedanih drog..... | 115 |
| B: LITERATURA, PRILOGE | 124 |
| LITERATURA IN VIRI | 125 |
| Seznam literature in virov | 125 |
| Seznam zakonov | 127 |
| PRILOGE | 128 |
| Kazalo tabel..... | 128 |
| Kazalo slik..... | 130 |

Julija 2012 je Vlada RS sprejela Nacionalno strategijo na področju preprečevanja in zatiranja kriminalitete za obdobje 2012–2016, ki zajema tudi področje drog. Rešitve, ki jih omenja strategija, segajo na področje preprečevanja ponudbe prepovedanih drog ter na področja preventive, zdravljenja in socialne obravnave uporabnikov drog. Aprila letos je Državni zbor RS sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, ki med drugim za področje zasvojenosti opredeljuje mrežo programov, namenjenih tudi uporabnikom prepovedanih drog. Večina programov na področju drog je v Sloveniji še vedno financirana iz državnega proračuna in prek Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Nekaj sredstev se pridobi tudi iz različnih fundacij in članarin članov nevladnih organizacij. Na osnovi razpoložljivih podatkov se ocenjuje, da je bilo v letu 2012 reševanju problematike na področju prepovedanih drog v RS namenjenih vsaj 9.790.530,72 evrov. Ocena skupnih izdatkov na področju prepovedanih drog je v primerjavi s podatki iz leta 2011 za 1.337.098,60 evrov nižja.

Po podatkih Ankete o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog 2011–2012 je vsaj enkrat v življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog 16,1 % prebivalcev Slovenije v starosti 15–64 let. Največ, in sicer 15,8 %, jih je uporabilo marihuano/hašiš, moški v višjem deležu kot ženske. Nove droge je vsaj enkrat v življenju uporabil manj kot odstotek prebivalcev Slovenije. Tisti, ki so že uporabili novo drogo, so najpogosteje poročali o uporabi metilona ali mefedrona. Podatki ankete so pokazali tudi, da je v zadnjem letu alkoholne pijače pilo 80,6 % prebivalcev Slovenije, abstinirala pa je manj kot petina prebivalstva. Podatki o uporabi tobaka kažejo, da med prebivalci Slovenije kadi 24 % ljudi, višji delež moških kot žensk. Večina kadičev kadi redno, vsak dan. Po podatkih raziskave ESPAD 2011 je 23 % 15 in 16 let starih dijakov v življenju že uporabilo kanabis, po podatkih raziskave HBSC 2010 pa je 23,2 % petnajstletnikov poskusilo marihuano vsaj enkrat v življenju. Raziskava o uporabi drog v nočnem življenju v Sloveniji in Italiji je pokazala, da so anketiranci v obeh državah v najvišjem deležu poskusili marihuano. V Sloveniji so bili na drugem mestu amfetamini, na tretjem pa kokain. Med anketiranci v italijanskem delu raziskave je bil na drugem mestu kokain in na tretjem mestu halucinogeni.

Na področju omejevanja dostopa do alkohola je devet slovenskih občin sprejelo prepoved popivanja na javnih površinah, ki niso namenjene točenju alkoholnih pijač. Ta ukrep je namenjen varovanju javnega reda in miru ter preprečevanju opijanja, predvsem med mladimi. Na področju nadzora nad tobakom Slovenija v zadnjem letu ni sprejela novih ukrepov, je pa podprla Predlog direktive Evropskega parlamenta in Sveta o približevanju zakonov in drugih predpisov držav članic o proizvodnji, predstavitvi in prodaji tobačnih in povezanih izdelkov. Mladinska zveza Brez izgovora je v letu 2012 v osnovnih in srednjih šolah izvedla 845 preventivnih vrstniških delavnic o tobaku in alkoholu. Evalvacija med izvajalci delavnic je pokazala, da jih je bila večina zelo zadovoljnih z izvedbo delavnic. V okviru programa zgodnjega posredovanja FreD goes net, ki je namenjen mladim uporabnikom alkohola in prepovedanih drog, je bilo v zadnjih dveh letih izvedenih 8 tečajev, na katerih je sodelovalo 53 uporabnikov. 55 % jih je v program prišlo zaradi uporabe alkohola, 45 % pa zaradi uporabe prepovedanih drog. Evalvacija zadovoljstva s programom je pokazala, da bi 82 % udeležencev tečaj priporočilo prijatelju ali komu drugemu. Ambulantni program za otroke in mladostnike, ki eksperimentirajo z drogami ali jih redno uporabljajo, je v obdobju med 2007 in 2012 obiskovalo 72 mladih in 147 njihovih ključnih bližnjih oseb, uspešno pa je program zaključilo 31 mladih in 75 njihovih bližnjih. V letu 2012 sta izšli dve strokovni publikaciji, in sicer vodnik za starše z naslovom Strategije za opolnomočenje družin in priročnik za strokovne delavce z naslovom Preprečevanje tveganega obnašanja med odraščanjem mladostnikov: Strategije za delo s starši za strokovne delavce na področju družinske preventive. Poleg tega so bili razviti še izobraževalni koncept za delo s ciljnimi skupinami v socialno neugodnem položaju ter tri orodja za učinkovitejše upravljanje lokacij nočnega življenja. Mesec preprečevanja zasvojenosti je v letu 2012 potekal pod sloganom Več virov, več možnosti.

V letošnjem letu je bila na podlagi dostopnih virov (Evidenca obravnave uživalcev drog in ankete, opravljene med uporabniki programov zmanjševanja škode) z metodo ponovnega zajetja izvedena poskusna ocena razširjenosti problematične uporabe opiatov za leto 2011. Ocena za navedeno leto je 6100 problematičnih uporabnikov opiatov v starostni skupini 15–64 let. Raziskava, v katero je bilo vključenih 160 uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode in ki se po definiciji uvrščajo med problematične uporabnike drog, je pokazala, da se je leta 2012 v primerjavi z letom 2011 povečala uporaba vseh prepovedanih drog, tudi heroina, prav tako se je povečala uporaba topil in plinov, zmanjšala pa se je uporaba substitucijskih zdravil. Najpogostejši način uporabe drog je še vedno vbrižgavanje, ki je tudi najpogostejše tvegano vedenje uporabnikov programov zmanjševanja škode. V letu 2012 je bil zabeležen tudi primer HIV-a.

Po podatkih, zbranih s pomočjo vprašalnika Evidenca obravnave uživalcev drog, je bilo v 18 centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani v letu 2012 evidentiranih 3.154 oseb, od katerih jih je bilo 2.635 vključenih v neprekinjeno vzdrževalno zdravljenje, 519 oseb pa je bilo v letu 2012 prvič ali ponovno vključenih v program zdravljenja. Povprečna starost prvič ali ponovno vključenih je bila 30,93 let, večina iskalcev pomoči je bila moških. Podatki za prvič ali ponovno vključene v program zdravljenja kažejo, da je bil heroin glavna droga, zaradi katere je največ uporabnikov iskalo pomoč, sledita kanabis in kokain. Kot prva dodatna droga je bil najpogosteje naveden kokain, sledijo kanabis in benzodiazepini. V primerjavi s prejšnjimi leti se beleži upad deleža uporabnikov, ki iščejo pomoč zaradi težav z uporabo heroina, in porast tistih, ki iščejo pomoč zaradi težav z uporabo kanabisa in kokaina. Narašča tudi delež tistih, ki uporabljajo metadon, kupljen na ilegalnem trgu. Zmanjšuje se delež uporabnikov drog, ki so si mesec pred vstopom v program droge injicirali. V primerjavi s preteklimi leti se beleži porast brezposelnih.

V vzorcih sline, zbranih med injicirajočimi uporabniki drog v okviru anonimnega nevezanega testiranja za namene nadzora nad okužbami s HIV, je bil v letu 2012 en vzorec pozitiven za protitelesa HIV. Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV; anti-HBC) med anonimno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so bili na zdravljenju v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, je v letu 2012 znašala 2 %, razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) pa 27,3 %. V obeh primerih je delež okuženih v letu 2011 najvišji glede na gibanje deležev okuženih v zadnjem petletnem obdobju (2008–2012). Urgentne internistične ambulante v Ljubljani so v letu 2012 zaradi zastрупitev s prepovedanimi drogami obravnavale 47 bolnikov, od tega se jih je 27 zastрупilo s kombinacijo več drog in/ali etanola. Zastrupljeni s prepovedanimi drogami so bili v večini moški, sicer pa je bila povprečna starost zastrupljenцев 28,5 let. V letih 2011 in 2012 je bilo obravnavanih veliko več primerov zastрупitve z ekstazijem, amfetamini in kanabisom kot leta 2010, ko so prevladovale zastрупitve s heroinom. V letu 2012 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih registriranih 26 smrti zaradi zastрупitev z drogami. Vsi umrli v letu 2012 so bili moški, in sicer s povprečno starostjo in mediano starosti ob smrti 35,9 let. Heroin in metadon sta bila najpogostejši vzrok smrtne zastрупitve, sledi kokain. Analiza podatkov o zdravljenih uporabnikih drog, vključenih v kohorto, je pokazala, da je stopnja umrljivosti zdravljenih uporabnikov drog skoraj dvakrat višja kot pri drugih enako starih prebivalcih Slovenije.

Preventiva z drogami povezanih zastрупitev in smrti ter preventiva nalezljivih bolezní se izvajata v okviru javnozdravstvene mreže – v centrih za preprečevanje in zdravljenje

odvisnosti od prepovedanih drog – ter v okviru nevladnih organizacij. Medresorska delovna skupina Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi redno obvešča strokovno javnost in uporabnike drog o pojavu nevarnih ali novih psihoaktivnih snovi. 24-urna toksikološka informacijsko-konzultativna služba vsem slovenskim zdravnikom nudi pomoč pri zdravljenju zastrupljenih s prepovedanimi drogami. Nevladna organizacija Združenje DrogArt uporabnikom omogoča testiranje novih psihoaktivnih snovi. V okviru programov zmanjševanja škode potekata svetovanje in brezplačno razdeljevanje sterilnega materiala injicirajočim uporabnikom drog. V programe za zmanjševanje škode je bilo v letu 2012 razdeljenih 553.426 igel in brizg ter zabeleženih 11.639 stikov z injicirajočimi uporabniki drog. Šest nevladnih organizacij, ki izvajajo terensko delo s pomočjo mobilnih enot, je v letu 2012 skupaj prevozilo 148.797 kilometrov in obravnavalo 1.025 uporabnikov prepovedanih drog. Visokopražni program Dnevni center za abstinentne z dvojnimi diagnozami, ki deluje od leta 2005, je namenjen tistim, ki imajo poleg težav z zasvojenostjo še težave v duševnem zdravju. Do zdaj je bilo v ta program vključenih 40 ljudi, ki so se najpogosteje soočali z depresivno ali psihotično motnjo.

8

Strokovne aktivnosti, namenjene reševanju socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog, se izvajajo v okviru javne službe (62 centrov za socialno delo) ter v okviru zasebnikov in nevladnih organizacij, ki izvajajo dopolnilne programe socialnega varstva. V letu 2012 je bilo na centrih za socialno delo 220 obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog. V socialnovarstvene programe na področju preprečevanja zasvojenosti s prepovedanimi drogami, ki jih sofinancira Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, pa je bilo v letu 2012 vključenih približno 4.500 uporabnikov. Raziskava o potrebah uporabnikov prepovedanih drog, ki nudijo seksualne storitve, je pokazala, da je nudenje teh storitev pri večini posledica uporabe drog. Med uporabniki, ki nudijo seksualne storitve, je več žensk kot moških. Večina pa se je s to dejavnostjo začela ukvarjati zelo mladih, še pred 20. letom starosti. Večinoma delajo samostojno in imajo do tri stike na dan, dnevno pa zaslužijo do 100 evrov, nekateri tudi več. Pri uporabi drog izstopa uporaba kokaina, sledijo tablete in heroin, več kot polovica droge injicira. Dve tretjini anketiranih ima zdravstvene težave, več kot polovica jih je že bilo obsojenih na zaporno ali pogojno kazen. V letu 2012 je začel delovati projekt socialnega podjetništva, v okviru katerega se mladi z izkušnjo uporabe drog usposablajo za delo na področju oblikovanja, programiranja in spletnih aplikacij ter se tudi zaposlujejo.

9

V letu 2012 je policija zaznala 1.969 kaznivih dejanj (po Kazenskem zakoniku) in 3.423 prekrškov (opredeljenih po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami) s področja prepovedanih drog ter obravnavala 2.235 ljudi zaradi suma storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog. Konoplja je bila tudi v letu 2012 tista prepovedana droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov. V letu 2012 je policija obravnavala 69 osumljencev, ki so bili ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom

prepovedanih drog, in 123 kaznivih dejanj, ki so bila storjena z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge. Policija je odredila 780 strokovnih pregledov, pri katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi; od tega je bil v 280 primerih izid analize pozitiven. Vozniki so najpogosteje vozili pod vplivom metadona, opiatov in benzodiazepinov. V zaporih pa so pravosodni policisti prepovedane droge odkrili v 116 primerih, pri čemer je bila konoplja tista prepovedana droga, s katero je povezano največje število najdb. V letu 2012 je bilo v vseh zavodih za prestajanje kazni zapora skupaj obravnavanih 5.040 ljudi. Med zaprtimi je bilo 1.076 ljudi, ki so imeli težave zaradi uporabe prepovedanih drog; od tega jih je 645 prejemalo metadonsko terapijo. Po izvidih testiranj na okužbo z virusi HIV in s hepatitisi je bil v letu 2012 en človek okužen z virusom HIV, hepatitis B je bil potrjen pri 5 ljudeh, hepatitis C pa pri 20 zaprtih ljudeh.

V Sloveniji je bil v letu 2012 v primerjavi z letom prej zaznan velik porast zaseženih količin večine prepovedanih drog, z izjemo metamfetamina in hašiša. Skupno število zasegov prepovedanih drog je sicer v primerjavi s preteklimi leti približno enako, vendar je bila pri večini prepovedanih drog zasežena večja količina. Tradicionalna balkanska pot za tihotapstvo prepovedanih drog je še vedno aktivna in je dvosmerna, obseg tihotapstva pa se je povečal. Policija je zaznala tudi porast proizvodnje konoplje; tako je v letu 2012 odkrila in uničila 75 prirejenih zaprtih prostorov za gojenje konoplje. Cene za 1 gram prepovedanih drog heroin, kokain, amfetamin, konoplja in hašiš so se v primerjavi z letom 2011 znižale. Največje znižanje je bilo zaznano pri amfetaminu, saj se je ponudba te prepovedane droge na trgu v Sloveniji zelo povišala. Povprečne koncentracije v zaseženih vzorcih heroina, konoplje in amfetamina so bile podobne kot v preteklih letih. Povprečna koncentracija v zaseženih vzorcih kokaina je bila višja, povprečna koncentracija THC v zaseženih vzorcih hašiša pa nižja kot pretekla leta. V letu 2012 se je v Sloveniji pojavilo tudi 15 novih psihoaktivnih snovi, prevladovali so katinoni in sintetični kanabinoidi.

A

NOVOSTI IN TRENDI

1. POLITIKE NA PODROČJU DROG: ZAKONODAJA, STRATEGIJA IN EKONOMSKA ANALIZA

dr. Jože Hren, Mircha Poldrugovac, dr. Jasna Prebil

Vlada RS je julija 2012 sprejela Nacionalno strategijo na področju preprečevanja in zatiranja kriminalitete za obdobje 2012–2016, ki veliko pozornosti namenjena tudi drogam. Rešitve, ki jih omenja strategija, segajo na področje preprečevanja ponudbe prepovedanih drog ter na področja preventive, zdravljenja in socialne obravnave uporabnikov drog. Ministrstvo za zdravje je kot pristojna usklajevalna ustanova za prepovedane droge v RS skupaj z drugimi pristojnimi ministrstvi in nevladnimi organizacijami odgovorno za izvajanje tega strateškega dokumenta, še posebej poglavja o prepovedanih drogah.

Državni zbor RS je aprila letos sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, ki med drugim za področje zasvojenosti opredeljuje mrežo programov, namenjenih tudi uporabnikom prepovedanih drog. V nacionalnem programu socialnega varstva so natančno opredeljeni obseg programov ter njihova dostopnost in dosegljivost za vse prebivalce države.

Junija letos je bil Državnemu zboru RS v sprejetje posredovan predlog prvega Nacionalnega programa za mladino v Sloveniji za obdobje 2013–2022, ki zajema tudi področje prepovedanih drog.

Programi na področju drog se v Sloveniji financirajo iz različnih virov. Večina je še vedno financirana iz državnega proračuna in prek Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Nekaj sredstev se pridobi tudi iz različnih fundacij in članarin članov nevladnih organizacij. V letošnjem letu predstavljamo še podatke o finančnih sredstvih, ki jih za reševanje problematike na področju prepovedanih drog namenjajo slovenske občine. V lansko poročilo smo vključili podatke 11 mestnih občin, tokrat pa smo pozvali vseh 212 slovenskih občin, naj poročajo o sofinanciranju programov s področja prepovedanih drog. Na osnovi razpoložljivih podatkov lahko ocenimo, da je bilo v letu 2012 reševanju problematike na področju prepovedanih drog v RS namenjenih vsaj 9.790.530,72 evrov.

1.1 Pravni okvir

Prepovedane droge v RS urejajo naslednji predpisi:

- Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 55/08,66/08 – popr. in 39/09) v poglavju o kaznivih dejanjih zoper človekovo zdravje ureja dve (večji) kaznivi dejanji v povezavi s prepovedanimi drogami, in sicer neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog ter omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu.

- Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/99, 44/00, 2/04 – ZZdrI-A in 47/04 – ZdZPZ) opredeljuje prepovedane droge kot rastline ali substance naravnega ali sintetičnega izvora, ki imajo psihotropne učinke in lahko vplivajo na telesno ali duševno zdravje ali ogrožajo primerno socialno stanje ljudi. 3. člen zakona razvršča prepovedane droge v tri skupine glede na stopnjo nevarnosti za zdravje v primeru njihove zlorabe in glede na uporabo v medicini. Razvrstitev prepovedanih drog je sprejela Vlada Republike Slovenije z Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog leta 2000.
- Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/99) med drugimi definira zdravljenje in reševanje socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog.

Novosti na področju zakonodaje

Zakon o javnem interesu v mladinskem sektorju, ki je bil sprejet leta 2010, je kot krovni zakon na področju mladinske politike v Sloveniji pravna podlaga za oblikovanje prvega Nacionalnega programa za mladino v Sloveniji za obdobje 2013–2022. Nosilec priprave je Urad Republike Slovenije za mladino, ki deluje v okviru Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport. Na podlagi nekaterih analiz in raziskav je bil v sodelovanju z drugimi ministrstvi ter predstavniki mladih pripravljen dokument, ki ga je Vlada RS na svoji seji 6. junija 2013 potrdila in ga poslala v sprejem Državnemu zboru RS. V času priprave tega nacionalnega poročila je nacionalni program še v postopku sprejemanja.

Nacionalni program za mladino navaja, da je temeljni cilj preventive na področju prepovedanih drog ustvarjanje takih družbenih razmer, ki posamezniku dajejo možnosti za razvijanje življenjskega sloga brez uporabe prepovedanih drog. Hkrati je treba razvijati tudi vse ukrepe in aktivnosti za zmanjševanje ponudbe prepovedanih drog ter izobraževanje mladih o posledicah uporabe vseh vrst (tudi dovoljenih) drog.

Kot smo že omenili, je Državni zbor RS aprila letos sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, ki med drugim za področje zasvojenosti opredeljuje mrežo programov, namenjenih tudi uporabnikom prepovedanih drog. Med temi programi so omenjeni: preventivni programi, informacijski in svetovalni programi ter programi telefonskega svetovanja, programi koordinacije, podpore ter izvajanja pomoči in samopomoči, programi zmanjševanja škode, dnevni centri s terenskim delom, nastanitveni programi, terapevtski programi, reintegracijski programi ter aktivacijski programi, namenjeni izboljšanju zaposlitvenih možnosti. Resolucija med drugim navaja, da je cilj razvoja aktivnosti na področju prepovedanih drog v tem obdobju oblikovanje in delovanje 12 svetovalnic za različne oblike zasvojenosti, 2000 mest v nizkopražnih programih in 300 mest v visokopražnih programih.

Namen sistema socialnega varstva v Republiki Sloveniji je omogočiti socialno varnost in socialno vključenost državljanov in drugih prebivalcev v državi. Država in lokalne skupnosti so v okviru politik socialnega varstva dolžne zagotavljati pogoje, v katerih lahko posamezniki v povezavi z drugimi osebami v družinskem, delovnem in bivalnem okolju ustvarjalno sodelujejo in uresničujejo svoje razvojne možnosti ter s svojo dejavnostjo dosegajo raven kakovosti življenja, ki je primerljiva z ravni drugih prebivalcev Republike Slovenije in ustreza merilom človeškega dostojanstva. Kadar si posamezniki in družine ne morejo sami

zagotoviti socialne varnosti, so upravičeni do pomoči, ki jo v okviru aktivne socialne politike zagotavljata država in lokalna skupnost.

1.2 Akcijski načrt, strategija, vrednotenje in koordinacija

Strategija

Vlada RS je julija 2012 sprejela Nacionalno strategijo na področju preprečevanja in zatiranja kriminalitete za obdobje 2012–2016, ki veliko pozornosti namenjena tudi drogam. Med posebnimi cilji na področju prepovedanih drog izpostavlja:

- zagotoviti je treba možnosti za uspešno odkrivanje kaznivih dejanj in prekrškov s področja prepovedanih drog;
- zmanjšati je treba število uporabnikov vseh prepovedanih drog;
- zagotoviti in krepiti je treba univerzalne, selektivne in indicirane preventivne dejavnosti za preprečevanje uporabe drog in zmanjševanje z njo povezane kriminalitete.

Za realizacijo omenjenih posebnih ciljev so navedeni sledeči ukrepi in dejavnosti:

Permanentno je treba spremljati in opredeljevati vlogo posameznih skupin organizirane kriminalitete, tako tistih, ki delujejo na ozemlju Republike Slovenije, kot tistih, ki delujejo širše. To zahteva okrepitev kriminalistične obveščevalne dejavnosti, vzpostavitev analitike za področje prepovedanih drog, usmerjanje in načrtovanje dejavnosti, učinkovit boj zoper organizirano kriminaliteto na področju prepovedanih drog, centralno voden pristop pri delu, boj proti čezmejnemu prometu s prepovedanimi drogami in predhodnimi sestavinami ter kompleksnejšo obravnavo storilcev kaznivih dejanj.

Zmanjševanje povpraševanja po prepovedanih drogah vključuje oblikovanje življenjskih okolij, ki omogočajo in podpirajo odločitve za neuporabo drog in dejavnosti na različnih ravneh preventive vse do zmanjševanja negativnih zdravstvenih in socialnih posledic uporabe drog, zdravljenja, socialne obravnave in ponovne socialne vključitve oseb, nekdanj odvisnih od drog, in oseb po prestani kazni zapora. Posebno pozornost velja nameniti promociji duševnega zdravja, skrbi za mladostnike in ženske – predvsem nosečnice uporabnice drog – ter preventivi okužbe z virusom HIV in drugimi nalezljivimi obolenji. Na ravni države se zagotavljata celovitost in uravnoveženost različnih programov in dejavnosti.

Univerzalna preventiva je široko usmerjena in namenjena splošni populaciji ali veliki skupini ljudi. S sporočili in programi želi preprečiti ali odložiti uporabo drog. Njena prednost je, da zajame veliko ljudi. Selektivna preventiva je usmerjena na specifično populacijo – na ranljive skupine ali skupnosti, katerih člani bi lahko zaradi različnih dejavnikov tveganja začeli zlorabljati droge. Z osredotočanjem intervencij na določene skupine se poveča tako možnost zadovoljevanja potreb teh skupin kot tudi verjetnost, da bo intervencija uspešna. Indicirana preventiva je usmerjena na posameznike, pri katerih je zaznano povečano tveganje za razvoj zasvojenosti v kasnejšem življenju. Namen indicirane preventive sta prepoznavanje in ciljna obravnavanje posameznikov z zgoraj omenjenimi težavami. Preventivni programi potekajo na lokalni in državni ravni.

Koordinacija

Komisija Vlade RS za droge in Ministrstvo za zdravje sta zadolžena za koordinacijo področja drog na vladni ravni. Na lokalni ravni so glavni koordinatorji aktivnosti v lokalnih skupnostih še vedno lokalne akcijske skupine.

Najvišje usklajevalno telo na področju drog je Komisija Vlade RS za droge, ki je medresorski organ na vladni ravni in se je v letu 2012 sešla dvakrat. Med drugim je komisija obravnavala letno nacionalno poročilo o stanju na področju drog, poročila o izvajanju programov zmanjševanja škode v Sloveniji ter poročilo in predlog o delovanju lokalnih akcijskih skupin. Ministrstvo za zdravje zagotavlja operativnost Komisije za droge, saj pripravlja gradivo za njene seje in skrbi za izvedbo sklepov na teh sejah. Ukrepi na področju prepovedanih drog se izvajajo v različnih resorjih: Ministrstvo za notranje zadeve, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, Ministrstvo za pravosodje, Ministrstvo za finance, Ministrstvo za zunanje zadeve, Ministrstvo za kmetijstvo in okolje, Ministrstvo za obrambo in Ministrstvo za zdravje.

1.3 Ekonomska analiza

Programi na področju drog se v Sloveniji financirajo iz različnih virov. Večina je še vedno financirana prek državnega proračuna in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Nekaj sredstev pa programi pridobijo tudi iz različnih fundacij in članarin članov nevladnih organizacij. Donacij je še vedno zelo malo oziroma o njih ni informacij.

Proračunska sredstva

Ministrstvo za zdravje je za leti 2011 in 2012 prek javnega razpisa namenilo za financiranje programov s področja prepovedanih drog 140.000 evrov. Polovica tega zneska je bila izbranim programom nakazana v letu 2012. Ministrstvo je tega leta sofinanciralo še sorazmerni delež za delovanje enote za prepovedane droge na Inštitutu za varovanje zdravja v višini 103.173,00 evrov. Finančna sredstva, ki jih je Ministrstvo za zdravje v letu 2012 namenilo obravnavi in reševanju problematike prepovedanih drog, znašajo 173.173,00 evrov.

Urad RS za mladino je v okviru svojih instrumentov v letu 2012 sofinanciral dejavnosti ali vrste programov, ki jih je mogoče prepoznati kot neposredno izvajanje dejavnosti na področju prepovedanih drog, in sicer v višini 45.351,00 evrov.

V letu 2012 je Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZEM) za izvajanje programov v tem letu prek javnega razpisa za programe na področju obravnave uporabnikov prepovedanih drog razdelilo 2.840.897,90 evrov.

V Tabeli 1.1 so prikazani podatki o višini sredstev, ki jih MDDSZEM namenja za programe socialne rehabilitacije zasvojenih in v okviru teh za socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog.

Tabela 1.1: Sredstva MDDSZEM za socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog

| Leto | Sredstva MDDSZEM za | Programi socialne rehabilitacije zasvojenih (EUR) | Programi terapevtskih skupnosti in drugih programov, ki omogočajo nastanitev za uporabnike drog, skupaj s pripadajočimi mrežami sprejemnih in dnevnih centrov, centrov za reintegracijo, programov za vzporedno terapevtsko pomoč družinam uporabnikov drog in terapevtskim skupnostim alternativnih programov za uporabnike drog (EUR) | Nizkopražni programi za uporabnike drog, mreže centrov za svetovanje in socialno rehabilitacijo zasvojenih s prepovedanimi drogami, potrebnih vsakodnevne obravnave (EUR) |
|------|---------------------|---|---|---|
| 2012 | | 2.840.897,90 | | |
| 2011 | | 3.213.519,00 | | |
| 2010 | | 2.713.129,37* | 1.575.993,26 | 587.876,52 |
| 2009 | | 2.558.798,00* | 1.514.458,00 | 544.492,50 |
| 2008 | | 2.290.728,00* | 1.445.691,00 | 399.013,40 |

* Podatek ne predstavlja vsote sredstev tretjega in četrtega stolpca tabele, saj se iz postavke »Programi socialne rehabilitacije zasvojenih« poleg programov s področja prepovedanih drog financirajo še nekateri drugi socialnovarstveni programi (preventivni programi, programi s področja alkoholizma in drugih oblik zasvojenosti ter motenj hranjenja).

Vir: Poročilo MDDSZEM¹

Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve programe sofinancira v višini do 80 % vrednosti programa, ostala sredstva pa morajo izvajalci pridobiti iz drugih virov. Še posebej je pomembna vloga lokalnih skupnosti, ki izvajalcem pomagajo pridobiti primerne prostore za izvajanje programov.

V okviru sredstev, ki jih MDDSZEM namenja za sofinanciranje (znotraj področja »Socialna rehabilitacija zasvojenih«), je približno 60 % namenjenih za visokopražne programe, približno 25 % za nizkopražne programe in približno 15 % za preventivne programe (selektivna in inducirana preventiva). Sredstva za izvajanje programov so namenjena pretežno za stroške strokovnih delavcev in nujne materialne stroške.

Ministrstvo za javno upravo je prek javnega razpisa za izvedbo projektov evropske kohezijske politike v Republiki Sloveniji za obdobje 2010–2012 izbralo dve vsebinski mreži nevladnih organizacij. Inštitut za raziskave in razvoj (Utrip) je za dejavnosti vzpostavitve preventivne platforme NVO na področju preprečevanja zasvojenosti prejel 108.719,35 evrov. Za projekt opolnomočenja nevladnih organizacij na področju zmanjševanja škode je Združenje DrogArt prejelo 146.789,90 evrov. Namen javnega sofinanciranja je spodbujanje razvoja nevladnega sektorja in civilnega dialoga na izbranih vsebinskih področjih. Sredstva so bila namenjena za realizacijo vseh aktivnosti v obdobju dveh let.

Slovenska kriminalistična policija za boj zoper organizirano kriminaliteto letno porabi več kot pol milijona evrov. Podatki za leto 2011 kažejo, da je bilo za izvajanje prikritih preiskovalnih ukrepov in materialno-tehnično opremo porabljenih 657.254,05 evra. Podatki za leto 2012 niso na razpolago. Večji del tega zneska je namenjenega področju boja zoper prepovedane droge. Ker preiskovanje kriminalitete pogosto zajema več različnih kaznivih dejanj,

¹ Poročilo je dostopno pri avtorju, prejeto je bilo po elektronski pošti.

natančnejših podatkov o višini finančnih sredstev, namenjenih področju prepovedanih drog, ne moremo podati.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je v letu 2012 za financiranje delovanja centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti namenil 5.214.955,00 evrov. Za delovanje centrov (kadri, prostori itn.) je bilo namenjenih 2.555.763,00 evrov, za substitucijska zdravila (metadon in drugo) pa 2.659.192,00 evrov.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je leta 2012 namenil tudi 147.859,04 evra za nakup sterilnega materiala za varno injiciranje drog, ki ga je Zavod za zdravstveno varstvo Koper razdelil med programe zmanjševanja škode.

V letu 2012 je fundacija FIHO programom s področja drog, ki so jih vse izvajale nevladne organizacije, namenila 326.270,54 evra.

V letošnjem poročilu prvikrat poročamo o sofinanciranju programov na področju prepovedanih drog v vseh slovenskih občinah. Glede na sedanjo zakonodajo je občina samoupravna lokalna skupnost, ki zagotavlja: osnovno šolanje, primarno zdravstveno varstvo občanov, preskrbo z življenjskimi potrebščinami, komunalno opremljenost, poštna storitve, finančne storitve hranilnice ali banke, knjižnico in prostore za upravno dejavnost lokalne skupnosti.

Po zakonodaji mora imeti občina najmanj 5.000 prebivalcev. (Vendar je ta pogoj lahko zaradi geografskih, obmejnih, narodnostnih, zgodovinskih ali gospodarskih razlogov omiljen, tako da ima lahko občina tudi manj kot 5.000 prebivalcev.)

V lanskem poročilu so bili prvič zajeti podatki o sofinanciranju programov na področju drog s strani enajstih mestnih občin v Sloveniji. V Tabeli 1.2 zaradi primerjave navajamo podatke za leti 2011 in 2012.

Tabela 1.2: Podatki o porabljenih sredstvih za področje drog, po mestnih občinah, 2011–2012

| | Občina | Znesek 2011 | Znesek 2012 |
|-----|----------------|-------------|-------------|
| 1. | Celje | 28.545,63 | 22.162,35 |
| 2. | Koper | 45.000,00 | 25.500,00 |
| 3. | Kranj | 87.210,00 | 57.145,42 |
| 4. | Ljubljana | 342.214,30 | 322.640,00 |
| 5. | Maribor | 106.773,00 | 40.625,00 |
| 6. | Murska Sobota | 700,00 | Ni podatka |
| 7. | Nova Gorica | 38.831,00 | 56.123,43 |
| 8. | Novo mesto | 30.000,00 | Ni podatka |
| 9. | Ptuj | 22.801,93 | Ni podatka |
| 10. | Slovenj Gradec | 66.786,84 | 10.818,00 |
| 11. | Velenje | 8.870,00 | Ni podatka |

Vir: Mestne občine

Tabela 1.3: Zbirni podatki porabljenih sredstev za področje drog v letu 2012

| | Financer | Znesek |
|----|------------------|--------------|
| 1. | Slovenske občine | 727.730,18 |
| 2. | FIHO | 326.270,54 |
| 3. | Urad za mladino | 45.351,00 |
| 4. | ZZZS | 5.572.581,59 |
| 5. | MZ | 173.173,00 |
| 6. | MDDSZ | 2.840.897,90 |

Viri: Proračun RS, ZZZS, FIHO, mestne občine

V tem poročilu so zajeta samo dostopna poročila o financiranju različnih programov na področju prepovedanih drog. Iz poročil nekaterih sofinancerjev programov je videti, da sofinancirajo različne organizacije in projekte kot celoto, zaradi česar je težko izluščiti, koliko sredstev je šlo za izvajanje celotnega programa in koliko posebej za področje drog. Oцени pa se lahko, da je bilo v letu 2012 reševanju problematike na področju prepovedanih drog v Sloveniji namenjenih vsaj 9.790.530,72 evra (Tabela 1.3).

Ocena skupnih izdatkov na področju prepovedanih drog je v primerjavi s podatki iz leta 2011 za 1.337.098,60 evra nižja. Na podlagi tega pa ni mogoče sklepati o dejanskem zmanjšanju javnih izdatkov za to področje, saj se podlage za ocene v različnih letih razlikujejo. Tako na primer za razliko od leta 2011 v letošnjem letu nismo prejeli ocene stroškov preiskovalnih ukrepov in opreme policije za izvajanje aktivnosti na področju prepovedanih drog. Poleg tega smo, kot je navedeno zgoraj, letos prvič zbirali podatke iz vseh slovenskih občin, medtem ko se lanski podatki nanašajo le na mestne občine. Vendar pa se nekatere občine, ki so lani podatke posredovale, letos niso odzvale na vabilo k posredovanju podatkov.

Opazno je občutno zmanjšanje izdatkov s strani Ministrstva za zdravje (74.153,67 evra manj v letu 2012 v primerjavi z letom 2011). Pri tem je pomembno poudariti, da se razlika nanaša v glavnem na enkratne dogodke v letu 2011, kot sta bila srečanje korespondentov Pompidoujeve skupine in povezano regionalno ministrstvo konferenco. Sofinanciranje programov nevladnih organizacij s strani Ministrstva za zdravje pa je bilo v preteklih letih sklenjeno na podlagi razpisa in je ostalo nespremenjeno (v višini 70.000 evrov). Ministrstvo za javno upravo je v letu 2012 prav tako nadaljevalo sofinanciranje programov, ki je bilo določeno že v letu 2010 za triletno obdobje.

Največji posamezni financer programov na področju prepovedanih drog je Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. V tem primeru opažamo zmanjšanje izdatkov s 3.001.174,78 evra na 2.840.897,90 evra ali za 5,3 %. Izdatki Urada za mladino so se znižali z 58.994,00 evrov v letu 2011 na 45.351,00 evrov v letu 2012. Pri tem je pomembno poudariti, da sofinanciranje programov vključuje področje prepovedanih drog, vendar ni omejeno zgolj nanj.

Združene vrednosti izdatkov vseh občin niso primerljive iz razlogov, navedenih zgoraj. Kljub temu primerjave zneskov med leti 2011 in 2012 v posameznih občinah (glej Tabelo 1.2) kažejo, da so se izdatki zmanjšali v šestih od sedmih občin, za katere imamo podatke.

Na področju zdravstvenega varstva opazamo povečanje izdatkov za hospitalizacije, povezane z zastrupitvami s prepovedanimi drogami. Pri tem je pomembno poudariti, da je strošek odvisen predvsem od števila primerov zastrupitev in je manj podvržen spremembi v obsegu financiranja bolnišnične dejavnosti. Preostali izdatki ZZZS pa so planirani vnaprej in so v letu 2012 občutno nižji kot leta 2011. Za delovanje Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, za nakup zdravil, uporabljenih v substitucijski terapiji, in za nakup sterilnega materiala za varno injiciranje je ZZZS v letu 2012 porabil 5.362.814,04 evra, kar je 7,2 % manj kot leto prej.

Spremembe v obsegu financiranja aktivnosti na področju prepovedanih drog je treba umestiti v kontekst ekonomske krize, ki je v zadnjih petih letih v večji ali manjši meri prizadela številne evropske države. Po podatkih Eurostata so izdatki sektorja država (total general government expenditure) v letu 2012 znašali 17.377 milijonov evrov, v letu 2011 pa 18.362,3 milijone evrov. Izdatki so se torej v absolutnem smislu zmanjšali za 5,4 %. Primerjava po temeljnih agregatih kaže, da so se v letu 2012 v primerjavi z letom 2011 izdatki centralne države zmanjšali za 8,27 %, v sektorju lokalne države za 3,34 %, v sektorju skladov socialne varnosti pa za 1,43 %. Ukrepi, namenjeni uravnoteženju javnih financ, ki so bili obširneje opisani v Nacionalnem poročilu 2012 o stanju na področju prepovedanih drogah v RS, so verjetno pomembno vplivali na zmanjšanje izdatkov sektorja država. Težko je oceniti, kakšen je bil neposredni vpliv teh ukrepov na izdatke na področju prepovedanih drog, vendar podatki zgoraj kažejo pomembno zmanjšanje razpoložljivih sredstev, in to ne glede na vir financiranja.

2. UPORABA DROG V SPLOŠNI POPULACIJI IN POSAMEZNIH CILJNIH SKUPINAH

Po podatkih Ankete o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog, ki jo je v letih 2011 in 2012 izvedel Inštitut za varovanje zdravja, je vsaj enkrat v življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog 16,1 % prebivalcev Slovenije v starosti od 15 do 64 let. Med tistimi, ki so v življenju že uporabili prepovedano drogo, jih je največ, in sicer 15,8 %, uporabilo marihuano/hašiš. Delež vseživljenjske uporabe marihuane/hašiša je bil višji pri moških kot pri ženskah ter v starostnih skupinah do 34 let. Nove droge je vsaj enkrat v življenju uporabil manj kot odstotek prebivalcev Slovenije. Tisti, ki so že uporabili novo drogo, so najpogosteje poročali o uporabi metilona ali mefedrona. Podatki ankete o uporabi alkohola so pokazali, da je v zadnjem letu alkoholne pijače pilo 80,6 % prebivalcev Slovenije v starosti od 15 do 64 let abstinentna pa je manj kot petina prebivalstva. Delež abstinentov je bil nižji med moškimi kot med ženskami, med tistimi, ki so pili več kot dvakrat na teden, pa je bil delež višji med moškimi. Podatki ankete o uporabi tobaka pa kažejo, da med prebivalci Slovenije, starimi od 15 do 64 let, kadi 24 % ljudi, višji delež moških kot žensk. Večina kadilcev kadi redno, vsak dan.

Podatke o uporabi drog v šolskem okolju pridobivamo s pomočjo dveh mednarodnih raziskav, in sicer Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD) ter raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC). Po podatkih raziskave ESPAD 2011 je 23 % 15 in 16 let starih dijakov v življenju že uporabilo kanabis, po podatkih raziskave HBSC 2010 pa je 23,2 % petnajstletnikov vsaj enkrat v življenju poskusilo marihuano.

Raziskava o uporabi drog v nočnem življenju v Sloveniji in Italiji je pokazala, da so anketiranci v obeh državah v najvišjem deležu poskusili marihuano. V Sloveniji so bili na drugem mestu amfetamini, na tretjem pa kokain. Med anketiranci v italijanskem delu raziskave je bil na drugem mestu kokain in na tretjem mestu halucinogeni.

2.1 Uporaba drog v splošni populaciji*

Uporaba prepovedanih drog med prebivalci Slovenije v starosti 15–64 let

Andreja Drev, Darja Lavtar, dr. Katja Rostohar

Inštitut za varovanje zdravja je v letih 2011 in 2012 izvedel Anketo o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog med prebivalci Slovenije, starimi od 15 do 64 let. Podrobnejši opis izvedbe ankete in uporabljene metodologije je v Nacionalnem poročilu 2012 o stanju na področju prepovedanih drog v RS. V nadaljevanju bomo predstavili nekaj ključnih rezultatov raziskave.

* V prispevkih, objavljenih pod tem naslovom, so opisane statistično pomembne razlike.

Po podatkih Ankete o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog je 16,1 % prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let, vsaj enkrat v življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog, in sicer skoraj petina moških in 12,2 % žensk. Med tistimi, ki so vsaj enkrat v življenju že uporabili prepovedano drogo, jih je najvišji delež uporabilo marihuano/hašiš. Kokain je uporabilo 2,1 % prebivalcev Slovenije, enak delež jih je uporabilo ekstazi, LSD je uporabil 1,0 % prebivalcev Slovenije, amfetamin 0,9 % in heroin 0,5 % (Tabela 2.1).

Marihuana/hašiš

Marihuana/hašiš je bila najpogosteje uporabljena prepovedana droga v Sloveniji; vsaj enkrat v življenju je to prepovedano drogo uporabilo 15,8 % prebivalcev Slovenije, v zadnjem letu pred anketo 4,4 % ljudi, v zadnjem mesecu pred anketo pa 2,3 %. Povprečna starost ob prvi uporabi marihuane/hašiša je bila 18 let. Delež vseživljenjske uporabe marihuane/hašiša je bil višji pri moških (19,5 %) kot pri ženskah (11,8 %) ter v starostnih skupinah do 34 let. Po izobrazbi in statusu je bil delež vseživljenjske uporabe marihuane/hašiša najvišji med tistimi z višješolsko izobrazbo ali več in tistimi, ki so bili v procesu izobraževanja. Delež uporabe v zadnjem letu in zadnjem mesecu pa je bil najvišji med mladimi v starostni skupini 15–24 let. Dnevno oziroma skoraj dnevno (uporaba marihuane 20 dni ali več v zadnjem mesecu) je marihuano/hašiš uporabljalo 0,4 % prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let. Ocena dnevne uporabe po številu ljudi je pokazala, da je marihuano/hašiš več kot 20-krat v zadnjem mesecu pred anketo uporabilo okoli 6350 ljudi.

Anketa je zajemala tudi mnenjska vprašanja, med drugimi smo prebivalce Slovenije vprašali »ali bi morala biti uporaba marihuane dovoljena«. Več kot polovica (64,3 %) prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let, je menila, da uporaba marihuane ne bi smela biti dovoljena, slaba petina (19,2 %) jih je menila, da bi uporaba marihuane morala biti dovoljena, 16,5 % pa se jih do tega vprašanja ni opredelilo. Dovoljeni uporabi marihuane so bili v višjem deležu naklonjeni moški in starostne skupine do 34 let, medtem ko ženske in starostne skupine nad 35 let v višjem deležu temu niso bili naklonjeni.

Nove droge

Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog je zajemala tudi vprašanja o uporabi novih drog, in sicer kadarkoli v življenju, v zadnjih 12 mesecih in zadnjih 30 dneh. Ob tem je treba opozoriti, da je bil v času izvajanja raziskave mefedron edina nova droga, ki je že bila uvrščena na seznam prepovedanih drog pri nas. Po podatkih Ankete je nove droge vsaj enkrat v življenju poskusil manj kot odstotek (0,6 %) prebivalcev Slovenije v starosti 15–64 let, v zadnjem letu pred anketo je nove droge uporabilo 0,3 % ljudi, v zadnjem mesecu pred anketo pa 0,1 %. Delež vseživljenjske uporabe novih drog v starostni skupini 15–24 let je bil 1,8 %. Povprečna starost ob prvi uporabi nove droge je bila 21 let. Tisti, ki so že uporabili katero izmed novih drog, pa so najpogosteje poročali o uporabi metilona in mefedrona.

Tabela 2.1: Delež uporabe prepovedanih drog v splošni populaciji in izbranih starostnih skupinah

| Prevalenca (%) | Droga | Skupaj 15–64 let n=7514 | Spol | | Starostna skupina | |
|-----------------------|------------------|-------------------------------|-----------------|------------------|---------------------|---------------------|
| | | | Moški n=3862 | Ženske n=3652 | 15–24 let n=1185 | 15–34 let n=2770 |
| Kadarkoli v življenju | Katerakoli droga | 16,1 | 19,8 | 12,2 | 27,7 | 29,0 |
| | Marihuana | 15,8 | 19,5 | 11,8 | 27,3 | 28,7 |
| | Kokain | 2,1 | 2,8 | 1,2 | 3,9 | 4,2 |
| | Ekstazi | 2,1 | 2,7 | 1,4 | 3,5 | 4,6 |
| | LSD | 1,0 | 1,4 | 0,6 | 0,9 | 1,3 |
| | Amfetamin | 0,9 | 1,4 | 0,5 | 1,9 | 2,1 |
| | Heroin | 0,5 | 0,7 | 0,3 | 0,7 | 0,8 |
| | Nove droge | 0,6 | 0,9 | 0,3 | 1,8 | 1,3 |
| V zadnjem letu | Katerakoli droga | 4,5 | 6,0 | 2,9 | 15,5 | 10,7 |
| | Marihuana | 4,4 | 5,9 | 2,8 | 15,0 | 10,3 |
| | Kokain | 0,5 | 0,7 | 0,3 | 1,9 | 1,2 |
| | Ekstazi | 0,3 | 0,4 | 0,2 | 1,3 | 0,8 |
| | LSD | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,4 | 0,3 |
| | Amfetamin | 0,3 | 0,5 | 0,1 | 1,2 | 0,8 |
| | Heroin | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 0,2 |
| | Nove droge | 0,3 | 0,4 | 0,2 | 1,2 | 0,8 |
| V zadnjem mesecu | Katerakoli droga | 2,4 | 3,4 | 1,3 | 7,7 | 5,6 |
| | Marihuana | 2,3 | 3,3 | 1,2 | 7,5 | 5,3 |
| | Kokain | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,6 | 0,4 |
| | Ekstazi | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,5 | 0,4 |
| | LSD | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,1 |
| | Amfetamin | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,5 | 0,4 |
| | Heroin | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| | Nove droge | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,3 |

Vir: IVZ, Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog 2011–2012

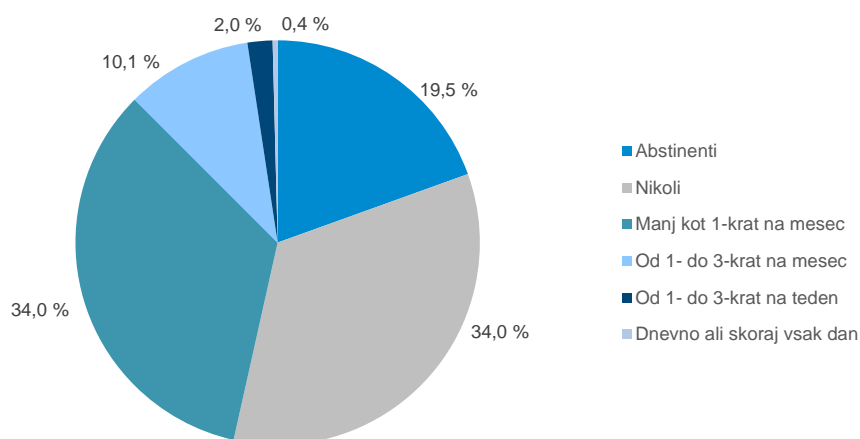
Rezultati ankete bodo podrobneje predstavljeni v publikaciji *Uporaba prepovedanih drog, tobaka in alkohola 2011–2012*, ki bo izšla v kratkem.

Problematika alkohola v Sloveniji

dr. Maja Zorko, Darja Lavtar, dr. Katja Rostohar

Anketa o tobaku, alkoholu in drugih drogah je pokazala, da je v zadnjem letu alkoholne pijače pilo 80,6 % prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let, abstinirala pa je manj kot petina prebivalstva (19,4 %). Delež abstinentov je bil nižji med moškimi (15,7 %) v primerjavi z ženskami (23,4 %). Med tistimi, ki so pili več kot dvakrat na teden, je bil delež višji med moškimi in med prebivalci starimi 45–64 let v primerjavi z mlajšimi.

V anketi smo proučevali tudi visokotvegano opijanje ob eni priložnosti. Opredelili smo ga kot pitje šest ali več meric alkohola² ob eni priložnosti za moške in štiri ali več meric alkohola ob eni priložnosti za ženske. Ugotovili smo, da se je v zadnjem letu vsaj enkrat visokotvegano opilo 46,5 % prebivalcev Slovenije v starosti 15–64 let (Slika 2.1). Desetina prebivalcev Slovenije se je v zadnjem letu visokotvegano opijala od 1- do 3-krat na mesec. Delež je bil višji med moškimi, med prebivalci starimi 15-34 let v primerjavi s starejšimi ter med tistimi, ki so bili v procesu izobraževanja (učenci, dijaki, študenti) v primerjavi z drugimi (brezposelnimi, zaposlenimi in upokojenci).



Vir: IVZ, Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog 2011–2012

Slika 2.1: Deleži (v %) prebivalcev Slovenije, starih 15-64 let, ki ne pijejo alkohola, in tistih, ki so se v zadnjih 12 mesecih visokotvegano opijali ob eni priložnosti, glede na pogostost opijanja

Razširjenost rabe tobaka v Sloveniji med leti 2007 in 2011/12

Helena Koprivnikar, dr. Aleš Korošec

Anketa o tobaku, alkoholu in drugih drogah je pokazala, da med prebivalci Slovenije, starimi 15–64 let, kadi 24 % ljudi, višji delež moških (26,9 %) kot žensk (21 %). Delež kadičev je nižji med najvišje izobraženimi (višja izobrazba ali več) v primerjavi z ostalimi izobrazbenimi skupinami (osnovna šola ali manj, nižja ali srednja poklicna šola in srednja strokovna ali splošna šola), med katerimi se deleži ne razlikujejo. Delež kadičev se razlikuje tudi glede na starost (Tabela 2.2). Velika večina (79,7 %) kadičev kadi redno, vsak dan.

Primerjava podatkov iz te ankete s tistimi iz Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu iz leta 2007 za isto starostno skupino kaže, da se je delež kadičev med leti 2007 in 2011/12 znižal z 29,3 % na 24 % prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let. Delež se je znižal skupno in pri obeh spolih, v nekaterih starostnih skupinah (25–34 in 34–44 let) ter med poklicno izobraženimi in tistimi z najvišjo stopnjo izobrazbe (Tabela 2.2).

Ugodne spremembe v deležu kadičev med leti 2007 in 2011/12 lahko pripišemo predvsem uvedbi prepovedi kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih leta 2007 in rednemu zviševanju obdavčitve in cen tobačnih izdelkov. Nekateri predhodni raziskave so pokazale,

² 1 enota alkohola je 10 gramov alkohola, kar je 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali 0,3 dl žgane pijače.

da znižanje deleža kadilcev lahko umestimo predvsem v leti 2007 in 2008, kasneje pa se delež kadilcev ponovno zvišuje (MZ 2011, MZ 2010, MZ 2009, IVZ 2008). Naši podatki kažejo, da delež kadilcev kljub višanju ni dosegel izhodiščne ravni pred uvedbo prepovedi kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih. Vendar pa se med 2007 in 2011/12 delež kadilcev ni spremenil med mladostniki in mladimi odraslimi (15–24 let), kar potrjujejo tudi druge raziskave (Koprivnikar 2013, Hibell in sod. 2012). Vse navedeno poleg tega, da še vedno kadi znaten delež prebivalcev Slovenije in da se delež v zadnjih letih ponovno postopoma zvišuje, predvsem med dekleti in ženskami (Koprivnikar 2013, IVZ 2013), kaže na potrebo po čimprejšnji uvedbi dodatnih učinkovitih ukrepov nadzora nad tobakom.

Tabela 2.2: Delež kadilcev med prebivalci Slovenije, starimi 15–64 let, v letih 2007 in 2011/12

| Delež kadilcev 15–64 let (%) | | 2007*, 15–64 let (%) | 2011/12**, 15–64 let (%) | Sprememba (statistično značilno) |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Skupaj | | 29,3 | 24,0 | ↓ |
| Spol | moški | 31,7 | 26,9 | ↓ |
| | ženske | 26,9 | 21,0 | ↓ |
| Starost | 15–24 | 25,5 | 25,2 | ni sprememb |
| | 25–34 | 36,3 | 28,0 | ↓ |
| | 35–44 | 32,4 | 22,9 | ↓ |
| | 45–54 | 28,6 | 25,6 | ni sprememb |
| | 55–64 | 21,2 | 18,4 | ni sprememb |
| Izobrazba | osnovna šola ali manj | 29,1 | 27,8 | ni sprememb |
| | nižja ali srednja poklicna | 37,1 | 28,4 | ↓ |
| | srednja strokovna ali splošna | 26,7 | 27,3 | ni sprememb |
| | višja stokovna ali več | 23,6 | 15,1 | ↓ |

Vira: * Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu, 2007, ** Anketa o tobaku, alkoholu in drugih drogah, 2011/12

2.2 Uporaba drog v šolskem okolju

Podatke o uporabi drog v šolskem okolju pridobivamo s pomočjo dveh mednarodnih raziskav, in sicer Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD) ter Z zdravjem povezanim vedenjem v šolskem obdobju (HBSC).

ESPAD

V letu 2011 je bila v Sloveniji že petič zapored izvedena Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Po podatkih raziskave je 24,8 % anketiranih dijakov, starih 15 in 16 let, v vsem življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog. Podatki tudi kažejo podoben trend kot v drugih državah, in sicer umirjanje razširjenosti uporabe prepovedanih drog po letu 2007. Sicer pa Slovenija v primerjavi s povprečjem držav ESPAD izstopa predvsem pri uporabi hlapil in kanabisa v vsem življenju; tako je o vseživljenjski uporabi hlapil poročalo 20 % dijakov, o vseživljenjski uporabi kanabisa pa 23 %.

HBSC

V letu 2010 je bila v Sloveniji že tretjič zapored izvedena mednarodna raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju, ki zajema tudi vprašanja o uporabi marihuane med

15-letniki. Po podatkih raziskave je v življenju poskusilo kaditi marihuano 23,2 % 15-letnikov. O uporabi marihuane v zadnjih 12 mesecih je poročalo 18 % 15-letnikov, o uporabi v zadnjih 30 dneh pa 10 % 15-letnikov. Po upadu deleža 15-letnikov, ki so že poskusili kaditi marihuano med letoma 2002 in 2006, v obdobju 2006–2010 ponovno zaznavamo višanje deleža tistih, ki so že uporabili marihuano.

2.3 Uporaba drog med ciljnim skupinami

Uporaba kokaina v nočnem življenju v Sloveniji in Italiji

dr. Matej Sande

V prispevku bodo predstavljene nekatere ugotovitve raziskovalne naloge o uporabi kokaina in drugih drog v nočnem življenju, ki sta jo Združenje DrogArt in Etnoblog opravila v letu 2010. Raziskava je vzporedno potekala v Sloveniji in Italiji (pokrajina Benetke in dežela Furlanija - Julijska krajina), saj nas je poleg značilnosti uporabe kokaina v Sloveniji zanimala primerjava z Italijo, kjer je razširjenost kokaina v populaciji mlajših odraslih med najvišjimi v Evropski uniji (EMCDDA 2006, EMCDDA 2010).

Namen raziskovalne naloge

Glavni namen raziskovalne naloge o uporabi kokaina v nočnem življenju je bil pridobiti podatke o razširjenosti in značilnostih uporabe kokaina v barih, klubih in diskotekah v Sloveniji in Italiji. Poleg tega nas je zanimalo tudi, kakšne škodljive posledice, povezane z uporabo kokaina, zaznavajo uporabniki. Zanimali so nas tudi ekonomski vidiki uporabe kokaina: mesečna poraba, ocena kakovosti in vpliv cene kokaina na uporabo. Drugi namen raziskovalne naloge je bil ugotoviti potrebe uporabnikov po pomoči in dodatnih informacijah, povezanih z uporabo kokaina. Zanimalo nas je tudi, kakšna oblika posredovanja informacij bi se uporabnikom zdela najprimernejša oziroma kakšno bi najraje sprejeli.

Potek vzorčenja in vzorec raziskave

Vzorčenje je v Sloveniji in Italiji potekalo od maja do oktobra 2010. V Sloveniji je potekalo v lokalih po večjih mestih v državi ter na večjih in manjših prireditvah elektronske glasbe, del vzorčenja pa je potekal s spletnim vprašalnikom, identičnem vprašalniku, ki smo ga razdeljevali na terenu. V Italiji je vzorčenje potekalo v klubih in lokalih in na festivalih ter na prireditvah elektronske glasbe v pokrajini Benetke in deželi Furlaniji - Julijski krajini.

V vzorcu slovenskega dela raziskave je po preverjanju zanesljivosti in veljavnosti ostalo 607 anketirancev, od katerih jih je bilo 57,2 % moškega in 42,8 % ženskega spola. Povprečna starost je bila 25 let, razpon starosti pa je bil v vzorcu od 15 do 56 let. Starejših od 30 let je bilo 21,3 %.

V dokončno oblikovanem vzorcu italijanskega dela raziskave je ostalo 446 anketirancev, od katerih jih je bilo 52,9 % moškega in 47,1 % ženskega spola. Povprečna starost je bila 26 let, razpon starosti pa je bil v vzorcu od 15 do 50 let. Starejših od 30 let je bilo 19,1 %.

Rezultati uporabe drog v nočnem življenju v Sloveniji in Italiji

V raziskavi smo preverjali razširjenost uživanja najpogosteje uporabljenih prepovedanih drog iz dosedanjih raziskav o drogah in alkoholu v Sloveniji (SAT 2001, SAT 2005, MOND 2007).

Anketiranci so med prepovedanimi drogami v največjem odstotku poizkusili marihuano (v obeh državah nad 80 %). V Sloveniji so bili na drugem mestu amfetamini in na tretjem kokain. Med anketiranci v italijanskem delu raziskave je bil na drugem mestu kokain in na tretjem mestu halucinogeni (Tabela 2.3).

Moški in ženske v slovenskem delu vzorca so se glede uporabe drog statistično pomembno ($p = 0,001$) razlikovali pri večini prepovedanih in dovoljenih drog, razen pri uporabi mefedrona in 2CB/2CE. Moški in ženske v vzorcu, zajetem v Italiji, so se glede uporabe drog statistično pomembno ($p = 0,001$ do $p = 0,05$) razlikovali pri večini prepovedanih in dovoljenih drog, razen pri uporabi heroina in cracka. V vzorcu naše raziskave o uporabi kokaina v nočnem življenju so moški v obeh državah večino prepovedanih drog poskusili v bistveno višjem odstotku.

Tabela 2.3: Prevalenca uporabe drog, zajetih v raziskavo

| Droga | ITA (n=446) | ITA (%) | SLO (n=607) | SLO (%) |
|--------------|----------------|---------|----------------|---------|
| Marihuana | 366 | 82,1 | 534 | 88,0 |
| Popers | 183 | 41,0 | 407 | 67,1 |
| Amfetamini | 123 | 27,6 | 360 | 59,3 |
| Kokain | 188 | 42,2 | 347 | 57,2 |
| Ekstazi | 143 | 32,1 | 329 | 54,2 |
| Crack | 51 | 11,5 | 227 | 37,4 |
| Mefedron | / | / | 126 | 20,8 |
| Halucinogeni | 144 | 32,3 | 227 | 37,4 |
| Ketamin | 79 | 17,7 | / | / |
| Heroin | 50 | 11,2 | 73 | 12,0 |
| 2CB/2CE | / | / | 49 | 8,1 |

Vir: Združenje DrogArt in Etnoblog, Raziskava o uporabi drog v nočnem življenju v Sloveniji in Italiji, 2010

Pri tistih drogah, ki so bile v naših predhodnih raziskavah v nočnem življenju najbolj razširjene ali ki so nas zaradi specifične uporabe v Italiji in Sloveniji še posebej zanimale (ketamin, mefedron), smo preverjali tudi pogostost uporabe. Najpogosteje uporabljena droga v Italiji je bila marihuana, ki jo je več kot štiridesetkrat poizkusila nekaj več kot polovica anketirancev, z bistveno manjšimi odstotki pa sta sledila kokain in ekstazi. Če podatke primerjamo z rezultati slovenskega dela raziskave, lahko vidimo, da je pogostost uporabe pri marihuani, kokainu in heroinu podobna, medtem ko je pogosta uporaba amfetaminov in ekstazija bistveno višja v Sloveniji. Za Slovenijo je bila presenetljiva razmeroma visoka uporaba mefedrona (20,8 %), ki v času raziskave še ni bil na seznamu prepovedanih drog. V Italiji smo namesto mefedrona preverjali uporabo ketamina (ki naj bi bil v času raziskave v nočnem življenju v Italiji razmeroma popularna droga). Uporabilo ga je 17,7 % anketirancev, od tega 4,2 % več kot štiridesetkrat.

Zaključek

Podatkov raziskave ne moremo posploševati na nočno življenje v Sloveniji, saj je bil vzorec premajhen in nereprezentativen. Prav tako rezultatov ne moremo posploševati na Italijo, ki je

država z dinamičnim nočnim življenjem, ki se glede na regijo in geografski položaj zelo razlikuje.

Na podlagi rezultatov raziskave lahko ob upoštevanju omejitev vzorčenja sklenemo, da je kokain v nočnem življenju v pokrajini Benetke in deželi Furlaniji - Julijski krajini druga najpogosteje uporabljena (za marihuano) prepovedana droga (življenjska prevalenca), saj ga je poskusilo 42,2 % anketirancev v vzorcu. Čeprav ga je poizkusilo razmeroma veliko anketirancev, pa ga je do sedaj v življenju pogosteje (več kot štiridesetkrat) uporabljala manj kot polovica (18,7 %) anketirancev. Sodeč po odgovorih na vprašanje o pogostosti uporabe je večkrat na mesec (vendar manj kot enkrat na teden) uporabljalo kokain 4,4 % anketirancev v vzorcu (n = 436), enkrat ali večkrat na teden pa 5 %. Pogosto je torej kokain uporabljalo manj kot 10 % anketiranih v nočnem življenju.

Podobno kot pri slovenskem delu raziskave je iz rezultatov razvidno, da so uporabniki kokaina slabo ozaveščeni o možnih prenosih virusov HIV in HEP pri souporabi pribora za njuhanje. Njuhanje oziroma snifanje kokaina je metoda, ki jo je uporabljala večina anketirancev (93 %), pribor za njuhanje (bankovec, zvitek papirja) pa si je med seboj včasih ali vedno delilo 87,6 % anketirancev, ki so označili, da uporabljajo kokain. Pomembna razlika med rezultati obeh delov raziskave je, da so uporabniki kokaina v Furlaniji - Julijski krajini v bistveno višjem odstotku kokain kadili in injicirali. V slovenskem delu raziskave je kokain kadilo 8 % uporabnikov, v italijanskem delu pa 68,8 %. Razlogi za tako veliko razliko so verjetno v tem, da je v Furlaniji - Julijski krajini kajenje kokaina s tobakom popularno, v Sloveniji pa je tak način uporabe razmeroma redke oziroma slabo poznan.

Rezultati po eni strani kažejo na to, da je bila življenjska prevalenca uporabe kokaina v nočnem življenju v obeh državah razmeroma visoka, da pa ga bolj ali manj redno uporablja le manjši del uporabnikov. Zaradi tveganega načina uporabe kokaina bi bilo treba različne ciljne skupine uporabnikov opozarjati na nevarnosti deljenja pribora za snifanje in jih spodbujati, naj uporabljajo svoje pripomočke. Priporočila, ki sledijo, lahko zaradi podobnosti rezultatov veljajo – ob upoštevanju že omenjenih omejitev vzorčenja – tako za Italijo kot za Slovenijo.

Uporabniki v obeh državah snifanje dojemajo kot varnejšo oziroma manj tvegano obliko uporabe, pri kateri se ne razvije odvisnost in ni možnosti za prenos virusov. Eden od načinov, kako bi lahko zmanjšali škodo in tveganje, je uporabnike v lokalnih, klubih in diskotekah informirati o pomembnosti uporabe lastnega pribora.

Glede na to, da med nočnim življenjem tri četrtine anketirancev v Sloveniji in skoraj tri četrtine v Italiji uporabljajo kokain v stranišnih kabinah, so toaletni prostori dober kraj, kjer lahko uporabnike dosežemo s plakati/oglasi in jim tako ponujamo informacije o kokainu. Plakate v toaletnih prostorih je kot najprimernejši način informiranja označilo 20,1 % anketirancev v slovenskem delu in 10,8 % anketirancev v italijanskem delu raziskave.

Rezultati raziskave glede načina uporabe in deljenja pribora so pokazali, da je uporabnike kokaina v nočnem življenju pomembno informirati o nevarnostih prenosa virusov med souporabo pribora za snifanje. Poleg tega je največ uporabnikov v obeh državah navedlo, da želi podatke o škodljivih primeseh in o kakovosti oziroma čistosti kokaina. Glede na podatke Centra za forenzične preiskave Generalne policijske uprave je povprečna čistost zaseženega kokaina v Sloveniji okoli 30-odstotna, vse drugo pa so primesi, ki so lahko dodatno škodljive

za zdravje (najpogostejši aktivni primesi sta levamisol in fenacetin). Informiranje uporabnikov o škodljivih primeseh in čistosti kokaina je tako drugo priporočilo glede informacij, ki jih uporabniki potrebujejo.

Več kot polovica anketirancev v obeh državah si je želela informacij o vplivih kokaina na telo ter o dolgoročnih psihičnih in fizičnih posledicah uporabe, več kot tretjina pa podatke o zmanjševanju škodljivih posledic uporabe. Informiranje o zdravstvenih zapletih in zmanjševanju škode je tako tretje priporočilo za informiranje uporabnikov.

Pri informiranju moramo upoštevati tudi podatek, da je bila več kot polovica anketirancev v nočnem življenju v obeh državah po lastni oceni poučena o škodljivih posledicah kokaina, vendar bi sprejeli še dodatne informacije.

Večini uporabnikov kokaina v obeh državah bi kot način informiranja najbolj ustrezali različni mediji (internet, plakati, zloženke), manj pa osebni pogovor ali telefonsko svetovanje. Ključnega pomena za delo na področju zmanjševanja škode je to, da si anketiranci želijo informacij, in to, da bi jih prek različnih medijev (predvsem interneta) tudi sprejeli.

Uporabniki kokaina so imeli največ težav z nespečnostjo in depresijo, strahom in tesnobo ter pomanjkanjem koncentracije, v anketi pa so označili tudi socialne težave (s prijatelji, starši in partnerjem). Kljub številnim težavam, povezanim z uporabo, uporabniki pomoči večinoma niso iskali. Majhen del anketirancev (v obeh državah pod 6%) je odgovoril, da so pomoč že iskali. O pomoči zaradi uporabe kokaina je že razmišljalo več uporabnikov kokaina v Italiji (11,8 %) kot v Sloveniji (3,7 %). Največji del anketirancev (nekaj več kot tretjina v obeh državah) bi se po pomoč obrnil na prijatelja ali partnerja.

Podoben odstotek anketirancev (med 13 % in 17 % v obeh državah) bi se obrnil na individualno svetovanje zunaj zdravstvene ustanove³, na nevladno organizacijo ali na zdravstveno ustanovo. Več kot desetina (12,7 %) uporabnikov kokaina v Sloveniji pomoči ne bi iskala, medtem ko je bil odstotek takšnih v Italiji 20,9 %.

Glede na trende uporabe kokaina v EU in rezultate raziskav lahko sklenemo, da se tako v Sloveniji kot v Italiji potrebuje za to specializirane programe pomoči ter da je na področju obravnave različnih skupin uporabnikov kokaina potrebno sodelovanje med obstoječimi programi javnih zavodov in nevladnih organizacij.

Med uporabniki kokaina v nočnem življenju je bilo v obeh državah v vzorcu približno 60 % zaposlenih (56,6 % Slovenija, 62,8 % Italija) in približno tretjina študentov (n = 311 SLO; n = 148 ITA). To pomeni, da pri načrtovanju programov pomoči v obeh državah lahko govorimo o socialno integriranih uporabnikih, ki potrebujejo specializirane programe pomoči. Takšni programi naj ponujajo hitro dostopnost, zagotavljajo anonimnost, pogoj za vstop v program pa naj ne bo nujno vključitev v celodnevno obravnavo.

Priporočila za preventivno delovanje

Glavna tri priporočila za delovanje na področju zmanjševanja škodljivih posledic uporabe kokaina v nočnem življenju, ki izhajajo iz raziskovalne naloge v obeh državah, so:

³ V Italiji je to individualno srečanje z zdravstvenim strokovnjakom.

- informiranje uporabnikov o zdravstvenih posledicah uporabe kokaina in o ukrepih ob zapletih, in sicer s skrbno načrtovanim in optimiziranim sistemom spletnih vsebin, s spletnim svetovanjem in z uporabo tehnik socialnega marketinga;
- informiranje uporabnikov na terenu (v klubih, barih in diskotekah);
- specializiran program pomoči za socialno integrirane uporabnike kokaina s poudarkom na svetovanju in terapiji, ki bo omogočal hitro in prilagojeno vključitev uporabnikov in zagotavljal visoko stopnjo anonimnosti.

3. PREVENTIVA

V Sloveniji je preventiva regulirana z zakoni, predpisi in smernicami znotraj različnih resorjev, ki jih na področju preprečevanja uporabe psihoaktivnih snovi usklajuje Ministrstvo za zdravje. Komisija Vlade RS za droge kot medresorska delovna skupina predstavnikov devetih ministrstev in dveh zvez nevladnih organizacij s področja drog pa skrbi za usklajevanje vladne politike, ukrepov in programov. Ukrepe na področju preprečevanja uporabe psihoaktivnih snovi določajo tudi predpisi lokalnih samoupravnih skupnosti (na primer Sklep o ustanovitvi Lokalne akcijske skupine za preprečevanje zasvojenosti). Z internimi akti in pravilniki preventivo urejajo še nekatere delovne organizacije (Pravilnik o zagotavljanju zdravja in varstva pri delu) in izobraževalne ustanove (Pravilnik o šolskem redu v srednjih šolah, Pravilnik o pravicah in dolžnostih učencev v osnovni šoli ...). Ministrstvo za zdravje z Zakonom o omejevanju porabe alkohola (Uradni list RS, št. 15/2003) določa ukrepe za preprečevanje škodljivih posledic rabe alkohola ter ukrepe in načine za omejevanje porabe alkohola. Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (Uradni list RS, št. 93/2007) posega na področje preventive v poglavju o ukrepih za zmanjševanje uporabe tobačnih izdelkov. Zakon o varnosti cestnega prometa med drugim določa naloge Javne agencije za varnost cestnega prometa, med katerimi je za preventivo predvsem pomembno zagotavljanje izobraževanja in ozaveščanja o nevarnostih vožnje pod vplivom alkohola, drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi.

Na področju omejevanja dostopa do alkohola je devet slovenskih občin sprejelo prepoved popivanja na javnih površinah, ki niso namenjene točenju alkoholnih pijač. Ta ukrep je namenjen varovanju javnega reda in miru ter preprečevanju opijanja, predvsem med mladimi. Izvajanje ukrepa nadzorujejo občinski inšpektorji in redarji, posamezniku, ki prepoved krši, pa je zagrožena globa v višini od 80 do 300 evrov. Na področju nadzora nad tobakom Slovenija v zadnjem letu ni sprejela novih ukrepov, je pa podprla Predlog direktive Evropskega parlamenta in Sveta o približevanju zakonov in drugih predpisov držav članic o proizvodnji, predstavitvi in prodaji tobačnih in povezanih izdelkov.

Mladinska zveza Brez izgovora je v letu 2012 v osnovnih in srednjih šolah izvedla 845 preventivnih vrstniških delavnic o tobaku in alkoholu, na katerih je mlade ozaveščala o negativnih učinkih kajenja, o marketinških prijemih, ki jih tobačna industrija uporablja, da mlade čim hitreje zasvoji s tobakom, o vrstniškem pritisku in načinih, kako se mu upreti. Evalvacija med izvajalci delavnic je pokazala, da jih je bila večina zelo zadovoljnih z izvedbo delavnic. V okviru programa zgodnjega posredovanja FreD goes net, ki je namenjen mladim uporabnikom alkohola in prepovedanih drog, je bilo v zadnjih dveh letih izvedenih 8 tečajev, na katerih je sodelovalo 53 uporabnikov. Evalvacija je pokazala, da so večino uporabnikov v program napotile šole. 55 % jih je v program prišlo zaradi uporabe alkohola, 45 % pa zaradi uporabe prepovedanih drog. Evalvacija zadovoljstva s programom je pokazala, da bi 82 % udeležencev tečaj priporočilo prijatelju ali komu drugemu. Ambulantni program za otroke in mladostnike, ki eksperimentirajo z drogami ali jih redno uporabljajo, je v obdobju med 2007 in

2012 obiskovalo 72 mladih in 147 njihovih ključnih bližnjih oseb, uspešno pa je program zaključilo 31 mladih in 75 ključnih bližnjih.

V letu 2012 sta izšli dve strokovni publikaciji, in sicer vodnik za starše z naslovom Strategije za opolnomočenje družin in priročnik za strokovne delavce z naslovom Preprečevanje tveganega obnašanja med odraščanjem mladostnikov: Strategije za delo s starši za strokovne delavce na področju družinske preventive. Poleg tega so bili razviti še izobraževalni koncept za delo s ciljnim skupinami v socialno neugodnem položaju ter tri orodja za učinkovitejše upravljanje lokacij nočnega življenja, in sicer spletno orodje NightScope, zdravstveni in varnostni standardi za lokacije nočnega življenja, ter priročnik za usposabljanje osebja v nočnih lokalih. Mesec preprečevanja zasvojenosti je v letu 2012 potekal pod sloganom Več virov, več možnosti.

3.1 Okoljska preventiva: ukrepi na področju alkohola in tobaka

Prepoved popivanja na javnih površinah, ki niso namenjene točenju alkoholnih pijač

dr. Maja Zorko, Nataša Blažko

Prepoved popivanja na javnih površinah, ki niso namenjene točenju alkoholnih pijač je ukrep, ki sodi med ukrepe alkoholne politike za omejevanje fizičnega dostopa do alkohola (Babor in sod. 2010). Kranjska gora je npr. že leta 1996 sprejela tak ukrep, z namenom varovanja javnega reda in miru ter preprečevanja opijanja, predvsem med mladimi. V naslednjih letih so ukrep prepovedi popivanja na javnih površinah, ki niso namenjene točenju alkoholnih pijač, sprejele še občine, kot npr. Velenje, Krško, Žirovnica, Poljčane, Ptuj, Jesenice, Vransko in Kranj. Občine so ukrep sprejele kot določbo v okviru Odloka o javnem redu in miru. Zapisale so, da je zaradi varstva javnega reda in miru na območjih občin prepovedano popivati v prodajalnah ali na drugih javnih krajih (npr. na ulicah in zelenicah, v parkih, pred prodajalnami), ki niso določeni za točenje alkoholnih pijač, pri čemer prepoved ne velja za organizirane prireditve na javnih površinah. Izvajanje te določbe nadzorujejo pristojni organi občinskih uprav (občinski inšpektorji in občinski redarji), posamezniku, ki določbo krši, pa je zagrožena globa v višini od 80 do 300 evrov. Omenjene občine v odlokih niso opredelile izraza popivanje, kar ocenjujemo kot pomanjkljivost. Kranj je občina, ki je prepoved sprejela v letu 2012 in jo tudi podrobneje opredelila. Popivanje so opredelili kot zaužitje več kot dveh enot alkohola ob eni priložnosti, kar pomeni več kot 2 dl vina ali 0,5 l piva ali 0,6 dl žganja ali 0,5 l mošta. Za nadzor so tudi v kranjski občini pristojni občinski redarji, ki imajo pravico oceniti situacijo in se odločiti glede ukrepanja. Slovenska študija, ki bi preverjala učinkovitost ukrepa oziroma njegov vpliv na porabo alkohola med prebivalci določene občine, še ni bila izvedena.

Novih zakonodajnih ukrepov na področju nadzora nad tobakom v Sloveniji ni, podpira pa se predlog sprememb evropske direktive

Helena Koprivnikar

V Sloveniji v letu 2012 in prvi polovici 2013 nismo sprejeli novih zakonodajnih ukrepov na področju nadzora nad tobakom, z izjemo sprememb obdavčitve, ki smo jih opisali v predhodnem poročilu. Je pa Republika Slovenija podprla Predlog direktive Evropskega

parlamenta in Sveta o približevanju zakonov in drugih predpisov držav članic o proizvodnji, predstavitvi in prodaji tobačnih in povezanih izdelkov. Predlog prepoznavamo kot veliko priložnost za sprejetje nekaterih potrebnih ukrepov v Sloveniji, še posebej, ker v zadnjih letih beležimo zviševanje deleža kadiilk med dekleti in ženskami in nespremenjene deleže med fanti in moškimi. V okviru predloga je Republika Slovenija še posebej podprla širitev področja urejanja na nikotinske in zeliščne izdelke za kajenje, uvedbo večjih sestavljenih opozoril pri cigaretah in tobaku za zvijanje, strožje zahteve glede poročanja o vsebnosti tobačnih izdelkov, prepoved izdelkov z značilnimi aromami, ohranitev prepovedi brezdimnega tobačnega izdelka snusa in prepoved določenih dodatkov v tobačnih izdelkih. Republika Slovenija je v svojem stališču tudi izrazila namero, da si bo na področjih označevanja, poročanja o sestavinah, prepovedi določenih arom in dodatkov, čezmejne prodaje tobačnih izdelkov na daljavo in urejanja nikotinskih izdelkov prizadevala za nekatere strožje rešitve, katerih cilj je zagotoviti čim višjo raven varovanja javnega zdravja, poenostaviti izvajanje in nadzor ter zmanjšati administrativne obremenitve. Tako Republika Slovenija med drugim še naprej podpira uvedbo enotne embalaže in prepoved čezmejne prodaje tobačnih izdelkov na daljavo, prizadevala pa si bo tudi za to, da bi se ukrepi nanašali na vse tobačne izdelke enakovredno.

3.2 Univerzalna preventiva

Preventiva v vzgojno-izobraževalnih ustanovah

Preventivne vrstniške delavnice na področju tobaka in alkohola

Daša Kokole

V mladinski zvezi Brez izgovora smo v letu 2012 izvajali preventive vrstniške delavnice o tobaku v okviru projekta O2 za vsakega in delavnice o vrstniškem pritisku in alkoholu v okviru projekta Kaj pa če ... ne. V projektu O2 za vsakega mlade ozaveščamo o negativnih učinkih pasivnega in aktivnega kajenja ter o nemoralnih marketinških prijemih, ki jih tobačna industrija uporablja, da mlade čim hitreje zasvoji s tobakom. Namen projekta Kaj pa če ... ne. pa je, da mladi spoznajo različne oblike vrstniškega pritiska in načine, kako se mu upreti, ter da si oblikujejo jasnejša stališča glede alkohola na podlagi informacij o alkoholu in vplivu, ki ga imajo alkoholna industrija in mediji. Skupno sporočilo obeh projektov je: »Razmišljaj z lastno glavo.« Poleg tega skušamo tudi razbiti mite o tem, kako razširjeno je kajenje in pitje alkohola med mladimi, saj mladi v veliki večini precenjujejo odstotek njihovih vrstnikov, ki to počnejo.

Jedro programa so vrstniške delavnice v osnovnih in srednjih šolah, ki jih izvajajo aktivisti, stari med 15 in 19 let. Aktiviste predhodno usposabljam, in sicer z znanji o tematiki, o izvajanju delavnice, javnem nastopanju in zagovorništvu. Na delavnicah poleg podajanja informacij uporabljamo interaktivne metode, kot so prikaz kratkega filma, igra vlog in pogovori v majhnih skupinah.

V letu 2012 smo obiskali vseh 12 slovenskih statističnih regij in v okviru petnajstih t. i. akcijskih dni izvedli 845 delavnic na temo tobaka, vrstniškega pritiska in alkohola ter z njimi dosegli 18.043 mladih med 12. in 15. letom.

Med izvajalci delavnic je bila izvedena procesna evalvacija, pri čemer je del vrednotenja potekal preko spletne ankete, del pa v okviru skupinske diskusije. Spletno anketo je izpolnilo 31 od 54 izvajalcev delavnic. Ocenjevali so splošen vtis po posameznih akcijskih dnevih, kjer so se povprečne ocene na lestvici od 1 – Zelo slabo do 5 – Zelo dobro gibale med 4,25 in 4,8. Udeleženci so ocenjevali tudi svoje počutje po izvajanju akcijskih dni, tako da so lahko označili več odgovorov, kako so se počutili na koncu akcijskega dne: 93,3 % udeležencev je bilo utrujenih, 40 % napolnjenih z energijo in motivacijo za nadaljnje delovanje, 93,5 % jih je bilo veselih in 96,7 % zadovoljnih. 96,7 % vprašanih je svoje sodelovanje pri projektu ocenilo kot dobro ali zelo dobro, 80,6 % pa je bilo zadovoljnih ali zelo zadovoljnih tudi s svojim napredkom pri izvajanju delavnic.

Od 11 udeležencev, ki so sodelovali tudi pri izvajanju delavnic za alkohol, je bila 72,7 % vprašanih všeč ali zelo všeč delavnica o vrstniškem pritisku, 54,5 % pa je bila všeč ali zelo všeč delavnica o alkoholu. 50 % sodelujočih se je strinjalo s trditvijo, da se je tekom sodelovanja pri projektu njihov odnos do alkohola spremenil.

V skupinski diskusiji je sodelovalo 25 izvajalcev delavnic. Pogovor je tekel predvsem o prednostih sodelovanja pri projektu in o tem, kaj so pridobili v času sodelovanja pri projektu. Najpogosteje omenjani so bili izboljšanje v javnem nastopanju in sposobnost premagovanja treme, višja samozavest, večja odgovornost, izboljšanje znanja o tematiki, pripravljenost zagovarjati svoje mnenje, spremenjen pogled na družbo ter širjenje obzorij, omenjali so tudi pomen spoznavanja novih ljudi in pridobivanja novih prijateljev.

Poleg ozaveščanja širšega kroga mladostnikov o tobaku, alkoholu ter možnih zunanjih vplivih tako bližnje (vrstniški pritisk) kot širše (industrija in mediji) okolice je bila dodana vrednost tega programa vpletenost izvajalcev – predpostavljamo namreč, da je bil vpliv nanje še večji kot na prejemnike delavnic.

Preventiva v družini

Strategije za delo s starši na področju družinske preventive

Matej Košir, Sanela Talić

Partnerji evropskega projekta Opolnomočenje evropskih družin (European Family Empowerment) smo izdali dve strokovni publikaciji, in sicer vodnik za starše z naslovom Strategije za opolnomočenje družin in priročnik za strokovne delavce z naslovom Preprečevanje tveganega obnašanja med odraščanjem mladostnikov: Strategije za delo s starši za strokovne delavce na področju družinske preventive. Obe publikaciji sta na voljo na spletni strani www.preventivna-platforma.si.

Vodnik za starše vsebuje informacije o uporabi alkohola, tobaka in drugih drog med mladostniki ter o ustreznih preventivnih strategijah in ukrepih s strani staršev, zlasti o učinkovitih vzgojnih pristopih v okviru družine (kot so boljši nadzor nad otroki in njihovimi vrstniki, s katerimi se družijo, jasna pravila glede odnosa do alkohola, tobaka in drugih drog) in o aktivnostih, ki imajo pozitivne ali negativne učinke na uporabo drog.

Priročnik za strokovne delavce vsebuje informacije o logiki uporabe drog med odraščajočimi otroki ter o načinih, kako lahko njihove družine in strokovnjaki, ki delajo z njimi in zanje,

razumejo in preprečijo uporabo drog in s tem povezana tveganja. Priročnik vsebuje tudi nekatere smernice in priporočila, ki lahko pripomorejo h kakovostnejšemu preventivnemu delu z družinami.

Avtorji obeh publikacij ugotavljajo, da je pomanjkanje vključenosti staršev v preventivne programe pogosto eden glavnih problemov (Alhalabí-Díaz in sod. 2006) in da starši pogosto niso naklonjeni sodelovanju v teh programih. Mednje zlasti sodijo tisti, katerih otroci imajo največ težav (Hill in sod. 2010). Prav starši otrok s težavami pa imajo običajno najslabši občutek za realnost glede tveganega obnašanja njihovih otrok. Spet drugi starši ne kažejo interesa za preventivne aktivnosti, ker mislijo, da so to problemi, ki ne zadevajo njihovih otrok ali družin. Ti starši bi morali biti obveščeni o naslednjih dveh stvareh: verjetnost, da otroci uporabljajo droge, je nižja med otroki tistih staršev, ki se trudijo preprečevati ta tveganja in sodelujejo pri preventivnih aktivnostih; da bi ugotovili, kaj njihovi otroci počnejo, potrebujejo praviloma le vpogled v skupino mladostnikov, s katerimi se njihovi otroci družijo. Da bi jih učinkoviteje zaščitili in spremljali, so potrebni ukrepi na kolektivni in individualni ravni, tako doma kot zunaj doma.

3.3 Selektivna preventiva

Selektivna preventiva v ogroženih skupinah

Program zgodnjega posredovanja ob prvem pojavu uporabe alkohola in prepovedanih drog med mladimi FreD goes net

Karmen Osterc Kokotovič, Vesna Šmarčan

Program FreD goes net je program zgodnjega posredovanja ob prvem pojavu uporabe alkohola in prepovedanih drog med mladimi. Cilj programa je preprečevanje zasvojenosti in zmanjševanje škode, ki nastane zaradi posledic uporabe, predvsem med mladimi. Zavod za zdravstveno varstvo Maribor (ZZV Maribor) je pričel s pilotsko izvedbo programa leta 2007⁴. Ciljna populacija projekta FreD goes net v Sloveniji so mladi uporabniki prepovedanih drog in alkohola v starosti od 13 do 25 let.

Metodološko in znanstveno je FreD goes net oblikovan po transteoretičnem modelu, motivacijskem intervjuju in psihoedukaciji. Transteoretični model danes predstavlja osnovo za oblikovanje zgodnje intervencije pri preprečevanju odvisnosti. Temeljno sporočilo tega modela je, da je učinkovito preprečevanje možno na zelo zgodnji stopnji, in sicer na stopnji, ko se pri uporabniku še ni razvil interes za pomoč in sprejemanje nasvetov (Wirth in Horre 2010). Motivacijski intervju je pojmovan kot neposreden in v klienta usmerjen svetovalni pristop, ki poskuša razrešiti oziroma uravnati pogosta ambivalentna stališča do vedenjske spremembe. Postopek intervjuja je prilagojen tako, da uporabniki drog do soočanja s svojo

⁴ Sprva je bil kot program zgodnjega posredovanja oblikovan, testiran in evalviran osnutek projekta FreD (Frühintervention bei ersttauffällige Drogenkonsumenten) v Nemčiji. Namen projekta je bil pristopiti k mladim, ki so začeli eksperimentirati z drogo in so bili prepričani, da pomoči ne potrebujejo, ker posledice uporabe drog še niso bile očitne, so pa bili zaradi uporabe opaženi s strani policije ali sodišča. Kasneje je Evropska komisija ta projekt kot primer dobre prakse podprla z namenom širitve poenotene pristopa zgodnjega posredovanja pri mladih uporabnikih drog v druge države EU. S prenosom in širitvijo v druge države je projekt dobil ime FreD goes net. V pilotsko izvedbo projekta, ki je potekala od novembra 2007 do oktobra 2010, je bilo vključenih 12 držav članic EU (Avstrija, Nemčija, Slovenija, Irska, Romunija, Islandija, Poljska, Litva, Belgija, Ciper, Švedska in Luxemburg).

problematiko ne razvijejo odpora, ampak se spopadejo z lastnimi vedenjskimi težavami in povečajo svoje želje po spremembah (Miller in Rollnick 2002).

Program FreD goes net temelji na zgodnjih krajših intervencijah. Izvajata ga dve izvajalki s pridobljenim certifikatom za izvajanje tovrstne preventive in tečaja. Ko osebo v program napoti institucija, ki je med svojim delom pri tej osebi opazila težave zaradi uporabe alkohola ali prepovedane droge, sledi prvi, informativni razgovor, katerega namen je uvideti problematiko, osebo motivirati za spremembe, jo informirati o poteku tečaja ter presoditi, ali osebo vključiti v tečaj ali jo je morda primerneje napotiti v zanjo ustreznejšo obliko pomoči. Po informativnem razgovoru se oseba vključi v osemurni tečaj, katerega cilj je spodbuditi mlade uporabnike k premisleku o lastnem vzorcu uporabe droge in vedenja nasploh. Tečaj ni namenjen kritiziranju ali obtoževanju. Temeljna naloga tečaja je mlade uporabnike usposobiti za soočanje z rizičnimi dejavniki, ki vodijo v poseganje po drogi, in za prevzemanje odgovornosti za svoje vedenje ter tako preprečevati zasvojenost od drog. Tečaj se izvaja v obliki diskusij, izkustvenih vaj, igre vlog ipd. Poteka po vnaprej predvideni obliki dela in obsega štiri dvourna srečanja. Prvo srečanje je namenjeno medsebojnemu spoznavanju in ustvarjanju pozitivnega, zaupljivega ozračja, vzpostavitvi pravil skupine, razumevanju zakonodajnih vidikov uporabe drog ter povečanju znanja udeležencev o substancah (vzroki, učinki in posledice). Drugo srečanje je namenjeno diskusiji o socialnem vedenju, vezanem na uporabo drog, prepoznavanju različnih vzorcev uporabe drog ter povečanju zavedanja udeležencev o razvoju zasvojenosti. Tretje srečanje je namenjeno refleksiji lastnega vzorca uporabe drog, učenju prepoznavanja in ocenitve rizičnih situacij, prevzemanju vlog v skupini, krepitvi zavedanja o opozorilnih znakih pri tvegani uporabi ter zaščitnih dejavnikih. Četrto srečanje je namenjeno spodbujanju sprememb glede uporabe drog s praktičnimi nasveti in pravili, z identificiranjem dejavnikov tveganja za ponovno zaužitje in s pripravo strategij za soočanje z njimi ter s seznanitvijo z različnimi viri pomoči. Po opravljenem tečaju prejmejo udeleženci potrdilo o udeležbi (certifikat), ki ga lahko predložijo instituciji, ki jih je v program napotila.

Skozi celotno obdobje pilotske izvedbe tečaja, od novembra 2008 do januarja 2010, je potekala procesna evalvacija, in sicer pri nemškem inštitutu FOGS (Hartmann 2010). V tem času je bilo pri nas izvedenih 86 informativnih razgovorov. Med uporabniki programa je bilo več fantov (68,6 %) kot deklet (31,4 %). Povprečna starost uporabnikov je bila 16,8 let (najmlajši uporabnik je bil star 14 let, najstarejši 21). Večina (94 %) uporabnikov je bila srednješolcev, 4 % je bilo študentov in 2 % osnovnošolcev. Največ (59,3 %) jih je bilo napoteni s strani šol. Napoteni so bili še s strani policije (8,1 %), družine (15,1 %) in drugih institucij (16,3 % – dijaški domovi, krizni center, UKC Maribor, CSD Maribor ...). 1,2 % uporabnikov je prišlo samih, ker so izvedeli za program preko znancev, medijev ipd. Od 86 uporabnikov programa je k tečaju pristopilo 76 udeležencev, uspešno ga je zaključilo 72 udeležencev (94,7 %). Ocena zadovoljstva s tečajem je pokazala, da je bilo s tečajem zelo zadovoljnih 27,8 % udeležencev, 51,4 % je bilo zadovoljnih, 16,7 % delno zadovoljnih, 1,4 % ne preveč zadovoljnih in 2,8 % nezadovoljnih. Kar 90,3 % udeležencev pa bi program priporočalo svojim prijateljem.

S programom je ZZV Maribor nadaljeval še leto po pilotski izvedbi, v nadaljnjih letih pa se program izvaja v manjši meri, ker nismo uspeli najti financerja, ki bi programu omogočal ohranitev in tudi nadaljnjo širitev. V letu 2012 smo izvedli dva tečaja s 14 udeleženci.

V obdobju od januarja do decembra 2011 je bilo izvedenih 6 tečajev. Na osnovi informativnega razgovora je bila udeležba na tečaju priporočena 47 uporabnikom, udeležilo se ga je 39 uporabnikov (83 %; v nadaljevanju udeležencev). Hkrati z udeležbo na tečaju je bil 26 % uporabnikov priporočen še stik z drugim programom oziroma institucijo.

Evalvacija programa za leto 2011⁵ je pokazala, da je bilo izvedenih 51 informativnih razgovorov (60,8 % fantov in 39,2 % deklet). Povprečna starost uporabnikov je bila prav tako kot v času pilotskega projekta 16,8 let. Največ (82,3 %) uporabnikov so v program napotile šole, 9,8 % jih je prišlo na zahtevo staršev, 3,9 % jih je bilo napotenih s strani pedopsihiatrije, 2 % s strani policije in 2 % s strani centrov za socialno delo. Kar 45,1 % uporabnikov je prišlo v stik s projektom FreD goes net zato, ker so bili opaženi zaradi uporabe prepovedanih drog, preostalih 54,9 % pa zaradi alkohola. Izmed 51 uporabnikov jih je 5,9 % že iskalo zdravstveno ali drugo pomoč zaradi uporabe omenjenih snovi, medtem ko jih 94,1 % še ni iskalo pomoči. Evalvacija zadovoljstva s programom je pokazala, da bi 82,4 % udeležencev tečaj priporočilo prijatelju ali komu drugemu, medtem ko jih 17,6 % tečaja ne bi priporočalo. Tako so v nadaljevanju udeleženci tečaj ocenili kot uspešen, saj je kar 41,2 % udeležencev s tečajem zelo zadovoljnih, 41,2 % zadovoljnih, 14,7 % delno zadovoljnih ter le 2,9 % ne preveč zadovoljnih. Nihče od udeležencev ni izbral ocene zelo nezadovoljen.

Pristop zgodnjega posredovanja pri mladih uporabnikih alkohola in prepovedanih drog, kot ga izvaja program FreD goes net, omogoča mladim, ki še eksperimentirajo, vpogled v lasten vzorec vedenja. Pred izvajanjem tega programa v Sloveniji so bili tovrstni uporabniki napoteni v razne centre za preprečevanje zasvojenosti, kjer jim diagnoze zasvojenosti niso mogli postaviti in jih zato tudi niso vključili v ustrezne programe. Tako je vrzel od začetnih poskusov prek eksperimentiranja do navade in na koncu zasvojenosti s programom FreD goes net zapolnjena. Program torej omogoča večjo informiranost in senzibilnost mladih glede dejavnikov tveganja zaradi uporabe drog ter nudi nevtrarno okolje za odkrit, strokovno voden pogovor in nadaljnjo strokovno pomoč v primeru, ko se mladostnik odloči za spremembo vedenja.

Program za otroke in mladostnike

Tanja Stanković

Program za otroke in mladostnike (v nadaljevanju POM) deluje ambulantno od ponedeljka do petka, 8 ur na dan. Namenjen je otrokom in mladostnikom, ki eksperimentirajo s prepovedanimi drogami ali jih redno uporabljajo, in njihovim ključnim bližnjim osebam. Predvsem se srečujemo z mladimi, ki posegajo po marihuani in plesnih drogah, tobaku ter alkoholu. Cilj programa je preprečiti razvoj zasvojenosti pri mladih, izboljšati vzgojne prijeme njihovih staršev, izboljšati komunikacijo in metode reševanja konfliktov v družini, dvigniti kakovost življenja ter prevzemati odgovornost v smislu kvalitetnega odraščanja.

Mladi se v program v največji meri vključujejo s spodbudo staršev (70 %), pogosto tudi na pobudo svetovalnih delavcev v šolah ali dijaških domovih, centrih za socialno delo ipd. (22 %).

⁵ Vir: Poročilo Zavoda za zdravstveno varstvo Maribor (2011), dostopno pri avtorju. Poročilo ni javno objavljeno.

Nekaj (8 %) mladostnikov se je v program vključilo na pobudo svojih vrstnikov, ki imajo pozitivno izkušnjo z vključitvijo v POM, le redko pa pomoč poiščejo sami.

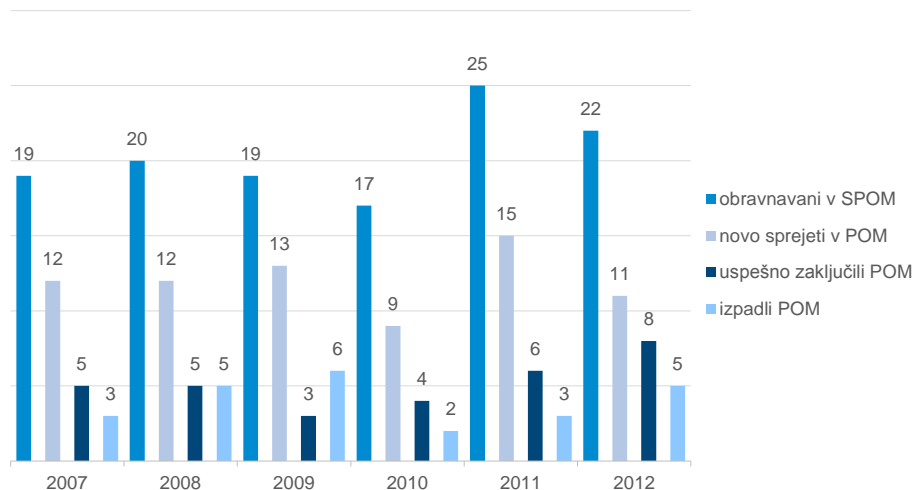
Mladostnike in njihove ključne bližnje osebe najprej obravnavamo v sprejemnem centru POM. Po telefonu ali preko elektronske pošte se naročijo na prvi pogovor, ki traja uro in pol. Takšnih uvodnih pogovorov je lahko tudi več zapored. Na njih se mladostniki spoznajo z osebnim terapevtom in dobijo vse potrebne informacije o načinu reševanja problema, zaradi katerega potrebujejo pomoč. Seznanijo se s Programom za otroke in mladostnike ter z načinom in pogoji dela. Storitve sprejemnega centra so brezplačne in anonimne.

Vključitev v program je prostovoljna. Kriterij za vključitev je, da gre za mladoletne z nizko stopnjo zasvojenosti (kar ugotavljamo z vprašalnikom in s pogovorom) in so še vključeni v šolski sistem. Ko se odločijo za vključitev v POM, vsi uporabniki (mladostnik, starši in osebni terapevt) podpišejo terapevtski dogovor o sodelovanju, ki je navadno časovno omejen na 6 mesecev oz. do konca šolskega leta. Ob vključitvi v POM se skupaj z mladostnikom oblikuje individualni načrt dela, kjer so jasno opredeljeni cilji dela. Na podlagi tega načrta ocenjujemo uspešnost mladostnikovega napredka. Poudarek je na vzpostavitvi in ohranjanju abstinence ter vključenosti v družbo.

Mladostniki, vključeni v POM, so enkrat tedensko uro in pol prisotni na skupini za mlade, kjer se pogovarjamo o njihovih aktualnih težavah in o stvareh, ki jih zanimajo (kako preživljajo prosti čas, katere vloge imajo v družini, kaj so tvegana vedenja, kakšen je zdrav življenjski slog ...), raziskujemo teme, ki krepijo odgovornost, samostojnost, samoodločanje in enakopravnost. Preko učenja socialnih veščin spoznavajo svojo vlogo v skupini in te izkušnje prenašajo v družine in širše okolje, v katerega so vpeti. Enkrat tedensko imajo tudi uro do uro in pol trajajoč individualni pogovor s svojim osebnim terapevtom, kjer v zaupnem in varnem odnosu raziskujejo svoj čustveni svet, svoje želje in potrebe ter načine, kako jih zadovoljiti, spoznavajo svoje vzorce vedenja, vrednote in odnos do droge. Na 14 dni izvajamo tudi ustvarjalne, športne in družabne aktivnosti, ki trajajo 2 do 3 ure. V času šolskih počitnic organiziramo večdnevne taborne. Redno izvajamo urinske teste, s katerimi preverjamo prisotnost psihoaktivnih snovi v urinu (abstinenco).

Program zahteva vključenost staršev v vzporedno terapijo za družine. Starši se lahko vključijo v individualno in/ali partnersko svetovanje in terapijo, kjer imajo možnost vzpostaviti zaupen odnos s terapevtom ter reševati osebne težave. Pogovori potekajo kontinuirano na 14 dni in trajajo uro in pol. Enkrat tedensko izvajamo skupino za starše, ki traja uro in pol. Po potrebi organiziramo družinska srečanja (vsaj enkrat mesečno), kjer obravnavamo teme, ki so za določeno družino pomembne. Poudarjamo pomembnost ločevanja vlog starševstva in partnerstva, postavljanja jasnih meja ter spodbujamo odraslo vedenje.

Mladostnik uspešno zaključi program, ko doseže večino v individualnem načrtu zastavljenih ciljev. Če želi in če je zanj smiselno, lahko svojo vključenost v program podaljšuje.



Vir: Društvo Projekt Človek

Slika 3.1: Število mladostnikov, obravnavanih v sprejemnem centru in v Programu za otroke in mladostnike, 2007–2012

V letu 2012 je bilo v sprejemnem centru obravnavanih 22 mladih in 41 njihovih ključnih bližnjih oseb. Od tega je bilo 11 mladih in 21 njihovih bližnjih sprejetih v POM. V letu 2012 je program uspešno zaključilo 8 mladih in 15 bližnjih, izpadlo pa je 5 mladih in 7 bližnjih. Od tega je bil en mladostnik preusmerjen v drug program v okviru društva Projekt Človek. Med leti 2007 in 2011 je bilo v sprejemnih centrih skupaj obravnavanih 100 mladih in 206 ključnih bližnjih oseb, od tega je bilo v POM sprejetih 61 mladih in 126 njihovih bližnjih. Program je uspešno zaključilo 23 mladih in 60 ključnih bližnjih oseb, izpadlo pa je 19 mladih in 51 ključnih bližnjih oseb (Slika 3.1).

Izobraževalni koncept za delo s ciljnimi skupinami v socialno neugodnem položaju

Matej Košir, Sanela Talić

Partnerji evropskega projekta ProSkills smo razvili koncept usposabljanja trenerjev, ki bo v podporo vsem, ki izvajajo usposabljanja na področjih dela s ciljnimi skupinami v socialno neugodnem položaju ter vseživljenjskega učenja. Koncept vsebuje izobraževalne module s področja krepitve življenjskih veščin pri odraslih v socialno neugodnem položaju. Temeljni moduli so na temo osebnih, socialnih in upravljaljskih veščin, koncept pa ponuja tudi različne strategije, kako tovrstno izobraževanje izvajati s ciljnimi skupinami. Koncept in različne praktične vaje za krepitev veščin so objavljeni na spletni strani www.pro-skills.eu v devetih evropskih jezikih, tudi v slovenskem.

Veščine, ki jih udeleženci krepijo s pomočjo koncepta ProSkills, so med drugim zmožnost zavedanja in izražanja lastnih čustev, stvarno ocenjevanje sebe, spretnost reševanja problemov, zaznavanje lastnih želja in potreb, prepoznavanje ovir in virov, zastavljanje ciljev, sprejemanje odločitev, samozaupanje ipd. Pri izobraževanju omenjenih ciljnih skupin je pomembno upoštevati nekatere posebne vidike. Posamezniki se iz različnih razlogov (kot so negativna izkušnja v šoli v preteklosti, razvit odpor do učenja, dvomi v koristnost izobraževanja zanje kot posameznika, strah pred neuspehom, slaba samopodoba) običajno ne vključujejo v sistem izobraževanja odraslih. Zato imajo omenjeni posamezniki nizko motivacijo za nadaljnje izobraževanje, primanjkuje jim osnovne izobrazbe, niso se zmožni

učiti itd. Posebna pozornost je zato namenjena varnemu učnemu okolju, ki udeležencem omogoča, da praktično preizkušajo različne življenjske situacije in se pri tem ne počutijo obsojane ali ocenjevane.

Selektivna preventiva v okoljih, namenjenih nočnemu življenju

Orodja za učinkovitejše upravljanje lokacij nočnega življenja

Matej Košir, Sanela Talić

Partnerji evropskega projekta Club Health – Healthy and Safer Nightlife of Youth (www.club-health.eu) smo pripravili tri orodja za učinkovitejše upravljanje lokacij nočnega življenja, in sicer spletno orodje NightScope, zdravstvene in varnostne standarde za lokacije nočnega življenja ter priročnik za usposabljanje osebja v nočnih lokalih.

S spletnim orodjem NightSCOPE (www.nightscope.eu) lahko ocenjujemo in izboljšamo stanje v nočnem življenju na lokalni ravni. Orodje vključuje kratek spletni vprašalnik, ki ga izpolni do deset predstavnikov različnih lokalnih ustanov in organizacij. Z vprašalnikom lahko ocenjujemo štiri ključna področja: znanje o lokalnem nočnem življenju; zavezanost varni in zdravi nočni zabavi; delovanje v partnerstvu z drugimi akterji; prakse, ki temeljijo na dokazih. NightSCOPE zbere odzive iz vseh vprašalnikov v skupno poročilo. Rezultati, ki so na voljo, so pridobljeni z ocenjevalnim sistemom, ki pokaže, kje so pristopi dobro razviti in kje bi jih bilo mogoče okrepiti oziroma izboljšati. Z uporabo tega orodja lahko lokalni partnerji prepoznajo in določijo prednostne aktivnosti za izboljšanje pristopov k upravljanju nočnega življenja.

Zdravstveni in varnostni standardi za lokacije nočnega življenja lahko služijo kot referenčne smernice za nočne lokale in druge lokacije nočnega življenja, za ustanove, ki so zadolžene za izdajanje licenc ali dovoljenj za lokale in prireditve, ter za ustanove, ki so pristojne za pripravo in izvajanje ukrepov na tem področju. Med priporočene standarde sodijo na primer zagotavljanje primernih fizičnih in socialnih pogojev na lokacijah nočnega življenja, izvajanje odgovorne strežbe alkoholnih pijač s strani osebja, preprečevanje trženjskih strategij, ki spodbujajo prekomerno popivanje, ter razvijanje partnerskih strategij za zmanjšanje incidentov, povezanih z alkoholom.

Priročnik za usposabljanje osebja v nočnih lokalih vsebuje različne izobraževalne module, kot so temeljna znanja o psihoaktivnih snoveh, komunikacija, reševanje sporov in preventivne strategije, prva pomoč in nujna zdravstvena oskrba, odgovorna strežba alkoholnih pijač ter obvladovanje prizorišč nočnega življenja z vidika varnosti in zaščite obiskovalcev. Namen priročnika je izboljšati znanje in veščine zaposlenih, jim pomagati prepoznati različne tvegane situacije in se nanje primerno odzivati.

Vsa orodja so tudi v slovenskem jeziku brezplačno na voljo na spletni strani projekta www.club-health.eu.

V sklopu evropske primerjalne študije smo poskušali identificirati učinkovite politične ukrepe. Ugotovili smo, da so učinkovitejše večkomponentne in multidisciplinarnе strategije in politike, ki se osredotočajo na več tveganih vedenj hkrati (npr. alkohol, prepovedane droge, nasilje, varnost v prometu itd.). Tudi ukrepi, ki se osredotočajo na zmanjševanje ekscesnega pitja

alkohola in opitosti, imajo praviloma dobre učinke na zmanjšanje drugih z nočnim življenjem povezanih tveganih vedenj, kot so nasilje, rizična spolnost ali vožnja pod vplivom alkohola. Boljše rezultate dosegajo tudi ukrepi, ki vključujejo redno sodelovanje med različnimi pristojnimi ustanovami (npr. lokalnimi oblastmi in policijo) ter industrijo nočnega življenja. Ključno za uspešnost ukrepov je tudi doslednejše izvajanje politik in zakonodaje, prav tako pomembno pa je, da imajo ukrepi široko politično in družbeno podporo (Košir 2012).

3.4 Nacionalne kampanje

Mesec preprečevanja zasvojenosti 2012

Branka Božank

V letu 2012 je Zavod za zdravstveno varstvo Ravne kot nosilec aktivnosti v okviru meseca preprečevanja zasvojenosti že sedmo leto zapored pripravil tematsko poslanico, logotip ter slogan, ki se je glasil »Več virov, več možnosti«, s čimer smo želeli poudariti predvsem pomembnost različnih virov v preventivi (pa tudi programov zdravljenja, rehabilitacije in zmanjševanja škode), in sicer strokovnih, organizacijskih ter tudi finančnih. Slogan se navezuje na dejstvo, da imamo v Sloveniji na področju univerzalne preventive na voljo široko paleto intervencij in pristopov, soočamo pa se s težavami pri dostopnosti programov selektivne in indicirane preventive.

V okviru aktivnosti smo zbrali podatke o aktualnih dogodkih, katerih vsebina se navezuje na preventivo, različne oblike zasvojenosti, rehabilitacijo ipd. in ki so se odvijali po Sloveniji v okviru meseca preprečevanja zasvojenosti. Zbrane dogodke smo objavili na spletni strani www.zzv-ravne.si ter preko elektronske pošte z dogodki seznanjali vladne in nevladne organizacije v vseh regijah Slovenije.

7. novembra 2012 smo pripravili Nacionalno konferenco ob mesecu preprečevanja zasvojenosti, katere se je udeležilo 96 predstavnikov različnih vladnih in nevladnih organizacij. Udeleženci so prihajali iz vrst lokalnih akcijskih skupin, policije, Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij, vrtcev, osnovnih in srednjih šol, vzgojnih zavodov, zdravstvenih domov, centrov za socialno delo, Zavoda za zaposlovanje, občin in nevladnih organizacij. V okviru konference je potekala tudi novinarska konferenca.

4. PROBLEMATIČNA UPORABA DROG

Po definiciji, ki jo uporablja EMCDDA, se problematična uporaba drog opredeljuje kot injiciranje drog ali dolgotrajna/redna uporaba opioidov, kokaina in/ali amfetaminov v starostni skupini 15–64 let v obdobju enega leta. Ta definicija se je uporabila tudi pri pridobitvi ocene razširjenosti problematične uporabe drog v Sloveniji. Ocena razširjenosti problematične uporabe drog z metodo ponovnega zajetja je bila v Sloveniji narejena dvakrat, in sicer prvič za leti 2000 in 2001 ter drugič za leto 2004. V letošnjem letu je bila izvedena poskusna ocena razširjenosti problematične uporabe drog za leto 2011 na podlagi dostopnih virov (Evidenca obravnave uživalcev drog in ankete, opravljene med uporabniki programov zmanjševanja škode) z metodo ponovnega zajetja, ki pa zajema zgolj problematično uporabo opiatov. Ocena za leto 2011 je 6.100 problematičnih uporabnikov opiatov v starostni skupini 15–64 let.

Raziskava, v katero je bilo vključenih 160 uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode in ki se po definiciji uvrščajo med problematične uporabnike drog, je pokazala, da 66 % anketiranih uporablja heroin, 65 % konopljo, 62 % kokain, 36 % jih uporablja sintetične droge, 77 % substitucijska zdravila, 9 % pa topila in pline. Kar 68 % jih uživa tudi alkohol in skoraj vsi uporabljajo več kot eno drogo. Leta 2012 se je v primerjavi z letom 2011 povečala uporaba vseh prepovedanih drog, tudi heroina, prav tako se je povečala uporaba topil in plinov, zmanjšala pa se je uporaba substitucijskih zdravil. Najpogostejši način uporabe drog je še vedno vbrizgavanje, ki je tudi najpogostejše tvegano vedenje uporabnikov programov zmanjševanja škode. Sicer pa je 82 % uporabnikov teh programov vključenih tudi v druge programe, največ v centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Več kot polovica jih je poročala, da imajo poleg težav z zasvojenostjo še druge zdravstvene težave, najpogosteje je to hepatitis C. V letu 2012 je bil zabeležen tudi primer HIV-a.

4.1 Ocena razširjenosti problematične uporabe drog

dr. Ines Kvaternik, Samo Novakovič

Po definiciji, ki jo uporablja EMCDDA, se problematična uporaba drog opredeljuje kot injiciranje drog ali dolgotrajna/redna uporaba opioidov, kokaina in/ali amfetaminov v starostni skupini 15–64 let v obdobju enega leta. Ta definicija je bila uporabljena tudi pri pridobitvi ocene razširjenosti problematične uporabe drog v Sloveniji. Ocena razširjenosti problematične uporabe drog z metodo zajetja in ponovnega zajetja (capture – recapture) je bila v Sloveniji narejena dvakrat, in sicer prvič za leti 2000 in 2001 (prvo leto 7.535 in drugo leto 7.399 problematičnih uporabnikov drog) ter drugič za leto 2004 (10.654 problematičnih uporabnikov drog).

V letošnjem letu smo izvedli poskusno oceno razširjenosti problematične uporabe drog iz dostopnih virov (Evidenca obravnave uživalcev drog in ankete, opravljene med uporabniki programov zmanjševanja škode) z metodo ponovnega zajetja. Pri tem velja izpostaviti, da omenjena ocena zajema zgolj problematično uporabo opiatov (v nadaljevanju PUO).

Metodologija

Pri izračunu PUO smo uporabili metodo ponovnega zajetja, in sicer tako, da smo znano populacijo PUO⁶, zajeto v Evidenci obravnave uživalcev drog, primerjali s podatki, ki smo jih pridobili z anonimno anketo med uporabniki programov zmanjševanja škode (v nadaljevanju ZŠ). Način izračuna prevalence problematične uporabe opiatov je pogojen z omejenimi viri podatkov iz Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju CPZOPD). Zbiranje podatkov iz omenjenih programov je bilo do leta 2008 nepopolno, kar je objektivna ovira pri spremljanju trendov populacije problematičnih uporabnikov drog. Podatki so pomanjkljivi tudi zaradi podporačanja, saj v bazi niso zajeti podatki iz Zavodov za prestajanje kazni zapora in CPZOPD iz Murske Sobote. Podatki, pridobljeni s pomočjo anket, pa so za spremljanje trendov v populaciji PUO, ki iščejo pomoč v programih ZŠ, sicer zadovoljivi, za izračun problematične uporabe drog pa bi potrebovali zlasti večji delež anketiranih v okviru terenskega dela.

Celotno populacijo PUO smo izračunali na podlagi relativne frekvence anketirancev iz programov zmanjševanja škode, ki so navedli sedanjo ali preteklo vključenost v CPZOPD. Iz deleža ostanka anketirancev pa smo ekstrapolirali delež skrite populacije⁷ in tako pridobili koeficient skrite populacije. Pri iskanju množice skrite populacije, ki predstavlja delež problematičnih uporabnikov opiatov, smo uporabili podatke o podmnožicah uporabnikov CPZOPD (trenutno vključeni v program, na novo ter ponovno vključeni in število izstopov iz programa), trende njenega spreminjanja in starostno strukturo posameznih podmnožic.

Vzorec

Število problematičnih uporabnikov drog, za katere lahko zagotovo trdimo, da so bili v obdobju od 2009 do 2011 vključeni v program CPZOPD, je 4.500⁸. Najpomembnejši del izračuna je temeljil na statistični predpostavki, da je frekvenca anketiranih uporabnikov v programih ZŠ, ki nikoli v življenju niso bili vključeni v CPZOPD, značilna za celotno populacijo PUO.

Koeficient skrite populacije PUO smo pridobili iz ankete med uporabniki programov ZŠ. V anketi je 78,11 % anketirancev navedlo sedanjo ali preteklo vključenost v CPZOPD. Ugotovimo lahko, da so regijska odstopanja koeficienta skrite populacije statistično relevantna. Vendar smo za večkratnik uporabili le skupen koeficient deleža skrite populacije, ker je take narave tudi podatek bivših uporabnikov programa CPZOPD in ker so regijski podatki številčno skopi. Rezultat pa se tudi ob upoštevanju regijskih odstopanj bistveno ne spremeni.

⁶ Podatke o številu uporabnikov CPZOPD in deležu uporabnikov programa substitucijske terapije (2008–2011) (Drev in sod. 2012: 74) in podatke o letni fluktuaciji trenutno vključenih, novih in ponovno vključenih ter izstopih iz programa (Nacionalna poročila 2007–2011) smo uporabili za oceno števila znane populacije PUO. V tej skupini so uporabniki, ki so bili v omenjenem obdobju vključeni v program zdravljenja s substitucijsko terapijo. Podatki nam ponujajo vpogled v minimalno število uporabnikov, ki so se v programih zvrstili od leta 2008.

⁷ Posamezniki, ki niso bili nikoli vključeni v CPZOPD.

⁸ Viri podatkov o številu PUD so Nacionalna poročila o stanju na področju drog v RS od 2009 do 2011.

Na podlagi podatka o starostni strukturi PUO iz Evidence o obravnavi uživalcev drog smo preverjali ustreznost vzorca anketiranih. Podatki so pokazali, da je povprečna starost vključenih v CPZOPD 33,22 let, kar je za približno 5,35 let višje od deleža na novo vključenih, pri katerih je povprečna starost 27,87 let (Drev in sod. 2012: 87), pri katerih je zaznati tudi za 0,6 leta nižji standardni odklon (obseg starostne strukture je manjši). Tendenco nižje povprečne starosti vstopajočih je prisotna že v statističnih podatkih prejšnjih let in je verjetna posledica novih generacij potencialnih uporabnikov substitucijske terapije. Distribucija vzorca na novo vključenih kaže na verjetno značilnost množice, iz katere prihajajo, torej na starostno strukturo skrite populacije PUO. Za podmnožico ponovno vključenih pa sta značilna podobna povprečna starost in standardni odklon kot za podmnožico stabilno vključenih. Na tej točki je treba poudariti, da je verjetnost pripadnosti skriti populaciji pri posamezniku v korelaciji z mnogimi faktorji (npr. način uporabe drog, spol, starost ob prvi uporabi, bližina centrov za zdravljenje) in je podvržena nihanju. Zaradi odsotnosti podatkov o povezavi med temi faktorji, ki bi nam omogočili klasifikacijo medsebojne korelacije, moramo predpostaviti, da so podatki v seštevku homogeni in da je njihova povprečna vrednost normalno distribuirana.

Pri oceni reprezentativnosti vzorca anketirancev moramo jemati v obzir vsoto dveh množic, od katere je skrita populacija ta, ki jo skušamo izmeriti. Njena zastopanost v vzorcu je v povezavi s povprečno starostjo, kjer sta obe podmnožici zastopani enako verjetno. Povprečna starost anketiranih je bila 33,31 let. Frekvenca gostote skrite populacije je zaradi nižje povprečne starosti v tem območju v povprečju podcenjena, kar pomeni, da je anketa zajela desni rep Gaussove krivulje, ki označuje skrito populacijo PUO. Zaradi pomanjkljive zastopanosti skrite populacije je bilo treba rezultate ankete uravnotežiti s pomočjo log-linearne modela⁹, z nastavitvijo odvisnega parametra na vrednost, pridobljeno v anketi.

Rezultati

Popravek koeficienta skrite populacije na 0,2607 (v okviru 95-odstotnega intervala zaupanja od 0,1920 do 0,3313) smo izvedli s simulacijami nastavitve parametra na primerno velikost deleža skrite populacije, ki je ustrezala v anketi izmerjenemu deležu nikoli obravnavanih posameznikov.

Iz Tabele 4.1 je razvidno, da je v Sloveniji v letu 2011 najboljša ocena vsote celotne populacije 6.100 problematičnih uporabnikov opiatov (v okviru 95-odstotnega intervala zaupanja od 5.580 do 6.770), kar znaša v relativnem deležu 4,37 uporabnikov na tisoč prebivalcev v starostni skupini 15–64 let.

Tabela 4.1: Ocena števila problematičnih uporabnikov opiatov z uporabo koeficienta skrite populacije v letu 2011

| | Spodnja meja | Zgornja meja | Najboljša ocena |
|---------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| Ocena | 5580 | 6750 | 6100 |
| Vse starosti / 1000 preb. | 2,71 | 3,28 | 2,97 |
| 15–64 / 1000 preb. | 4,00 | 4,84 | 4,37 |

Vir: Izračun na podlagi podatkov Statističnega urada RS o osnovnih skupinah po spolu (2012) in koeficienta skrite populacije v letu 2011

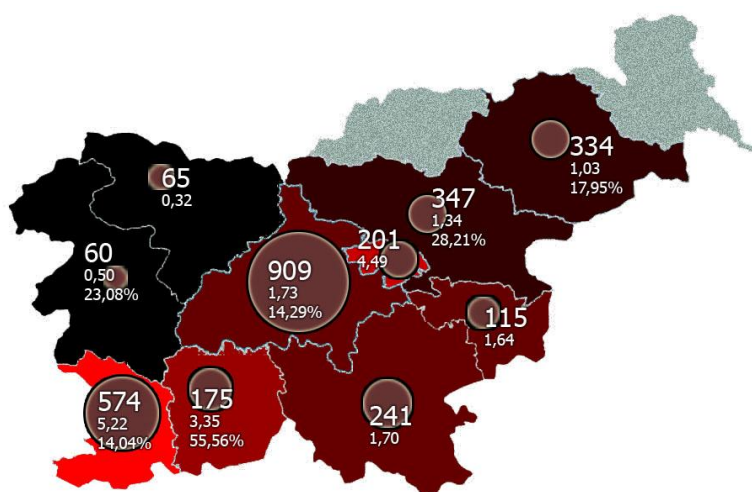
⁹ Log-linearen model ali Poissonova regresija je oblika regresije, ki se uporablja pri usklajevanju numeričnih vrednosti s kontingenčnimi tabelami s predpostavko, da so iskane vrednosti urejene v verjetnostni funkciji Poissonove porazdelitve.

Tabela 4.2: Število in delež uporabnikov programa CPZOPD po regijah ter število in delež nikoli vključenih uporabnikov med anketiranimi v programih ZŠ v letu 2011

| Regija | Število evidentiranih v substitucijskem zdravljenju | Število evidentiranih v substitucijskem zdravljenju na 1000 | Število anketiranih v programih ZŠ | Število nikoli obravnavanih v substitucijskem programu | Odstotek nikoli obravnavanih v substitucijskem programu |
|---------------------|---|---|------------------------------------|--|---|
| Gorenjska | 65 | 0,32 | / | / | / |
| Goriška | 60 | 0,50 | 13 | 3 | 23,08 |
| JV Slovenija | 241 | 1,70 | / | / | / |
| Koroška | 0 | / | / | / | / |
| Notranjsko - kraška | 175 | 3,35 | 18 | 10 | 55,56 |
| Obalno - kraška | 574 | 5,22 | 57 | 8 | 14,04 |
| Osrednjeslovenska | 909 | 1,73 | 35 | 5 | 14,29 |
| Podravska | 334 | 1,03 | 39 | 7 | 17,95 |
| Pomurska | 0 | / | / | / | / |
| Savinjska | 347 | 1,34 | 39 | 11 | 28,21 |
| Spodnjeposavska | 115 | 1,64 | / | / | / |
| Zasavska | 201 | 4,49 | / | / | / |
| Skupaj | 3021 | 1,48 | 201 | 44 | 21,89 |

Vir: IVZ, Evidenca obravnave uživalcev drog, 2011; ZZV KP, Anketa v programih zmanjševanja škode, 2011

Iz Tabele 4.2 in Slike 4.1 je razvidno, da Koroške regije programi nadomestnega zdravljenja ne pokrivajo, za Pomursko regijo pa podatki o zdravljenju za leto 2011 niso na voljo. Anketa med obiskovalci programov ZŠ je zaznala v povprečju 21,89 % nikoli vključenih v CPZOPD. Regijska odstopanja pri nikoli vključenih so se gibala med 55,55 % v Notranjsko-kraški in 14,04 % v Obalno-kraški regiji. Obalno-kraška regija je sicer relativno najbolj obremenjena s številom problematičnih uporabnikov opiatov, vendar je anketa med obiskovalci programov ZŠ v tej regiji zaznala tudi najmanjši delež nikoli obravnavanih posameznikov v CPZOPD.



Vir: IVZ, Evidenca obravnave uporabnikov drog, 2011; ZZV KP, Anketa v programih zmanjševanja škode, 2011

Slika 4.1: Število obravnavanih v CPZOPD, število obravnavanih na 1000 prebivalcev in odstotek nikoli obravnavanih med obiskovalci programov ZŠ v letu 2011

Iz Slike 4.1 je razvidno, da je največ problematičnih uporabnikov opiatov, ki so vključeni v programe substitucijskega zdravljenja, v Osrednjeslovenski in Obalno-kraški regiji, kjer pa je tudi najmanjši delež nikoli vključenih, saj sta regiji pokriti s programi zdravljenja in zmanjševanja škode, medtem ko Koroška in Pomurska regija ne nudita dovolj podatkov, bodisi zaradi podporočanja (Pomurska regija) bodisi zaradi pomanjkanja programov pomoči za uporabnike drog.

Zaključek

Poskusna ocena problematične uporabe opiatov v Sloveniji kaže, da je od 6.100 PUO v substitucijsko zdravljenje vključenih 3.557 (Drev in sod. 2012: 73), kar je 58,31% (v okviru 95-odstotnega intervala zaupanja od 52,54 % do 64,09 %) vseh. To kaže na relativno dobro pokritost potreb problematičnih uporabnikov opiatov v Sloveniji, kar velja v večji meri za regije, kjer je bil trend naraščanja uporabe opiatov izražen najprej in so se tudi programi ZŠ bolje integrirali in uveljavili kot legitimen in družbeno sprejemljiv način odzivanja na zdravstvena in socialna tveganja, ki so jim podvrženi problematični uporabniki opiatov. Glede na to, da iz Evidence obravnave uživalcev drog in ankete, opravljene v programih ZŠ, nismo mogli izračunati ocene problematičnih uporabnikov kokaina in amfetaminov, bo treba v naslednjem letu dopolniti uporabljena metodološka orodja in raziskavo med uporabniki programov ZŠ izvesti s takšnim načinom anketiranja, ki bo prilagojen podatkovnim atributom drugih virov.

4.2 Problematična uporaba drog med uporabniki programov zmanjševanja škode

dr. Ines Kvaternik, Živa Žerjal

Zavod za zdravstveno varstvo Koper (ZZV Koper) je v obdobju od novembra 2012 do januarja 2013 s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika izvedel raziskavo, s katero je pridobil podatke o profilu uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode na območju Slovenije. Zaradi prevladujočega načina uporabe (vbrizgavanje) in vrste drog (heroin, kokain in zdravila) uporabnike teh programov umeščamo med problematične uporabnike prepovedanih drog.

V raziskavo je bilo vključenih 160 uporabnikov programov zmanjševanja škode (uporabniki Društva SVIT Koper, Društva Stigma Ljubljana, Društva Pomoč Sežana, Društva Pot Ilirska Bistrica, Društva Zdrava Pot Maribor, Društva Želva Žalec in Javnega zavoda Socio Celje).

Izsledki

Med 160 anketiranci je 121 moških, kar predstavlja 76 % anketiranih, in 39 žensk, kar predstavlja 24 % anketiranih. Povprečna starost anketiranih je 33 let; najmlajši anketiranec ima 19 let, najstarejši pa 52. Največ anketirancev je v starostni skupini od 31 do 35 let; v to skupino sodi kar 35 % vseh anketiranih. V starostni skupini od 26 do 30 let je četrтина anketirancev (25 %), slaba petina pa jih je starih od 36 do 40 let. V starostni skupini od 20 do 25 let je 8 % anketirancev. Najstarejših anketirancev, starih 41 let in več, je bilo v letu 2012 11 %, kar je manj kot v prejšnjem letu anketiranja. Med anketiranimi je bila v letošnjem letu ena oseba mlajša od 20 let.

Več kot polovica (61 %) vseh anketirancev ima poklicno ali srednjo izobrazbo, dokončano samo osnovno šolo jih ima 31 %, nedokončano osnovno šolo 5 %, le 3 % anketiranih ima visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo. Anketiranci so večinoma nezaposleni (61 %); slabih 7 % je redno zaposlenih, dobra četrtina (26 %) jih dela občasno, slabih 5 % anketiranih pa je navedlo, da so upokojeni, pridobivajo socialno pomoč ali delajo na črno.

Največji delež (37 %) anketiranih uporabnikov programov zmanjševanja škode živi pri starših, nekaj manj (24 %) jih živi samih, 3 % jih živi samih z otrokom, 17 % s partnerji, 6 % s partnerji in otroki, 4 % jih stanuje v zavetišču ali zunaj (park, ulica, zapuščene stavbe), slabe 4 % jih biva pri prijateljih oziroma znancih, blizu 4 % pa drugje (pri babici, sestri, v stanovanjski enoti, v samskem domu ...). Skoraj 24 % anketiranih ima otroke, večina enega.

Med anketiranimi uporabniki programov zmanjševanja škode je 82 % takih, ki so hkrati vključeni tudi v druge programe – dobra polovica (53 %) samo v Centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog, 4,7 % jih je bilo vključenih samo v programe doseganja abstinence in slabih 5 % samo v programe bolnišnične detoksikacije. 35 % jih je odgovorilo, da so bili vključeni v kombinacijo substitucijskih in drugih programov za uporabnike prepovedanih drog. Med vsemi anketiranimi jih le 18 % ni bilo nikoli obravnavanih v kateremkoli drugem programu za uporabnike prepovedanih drog.

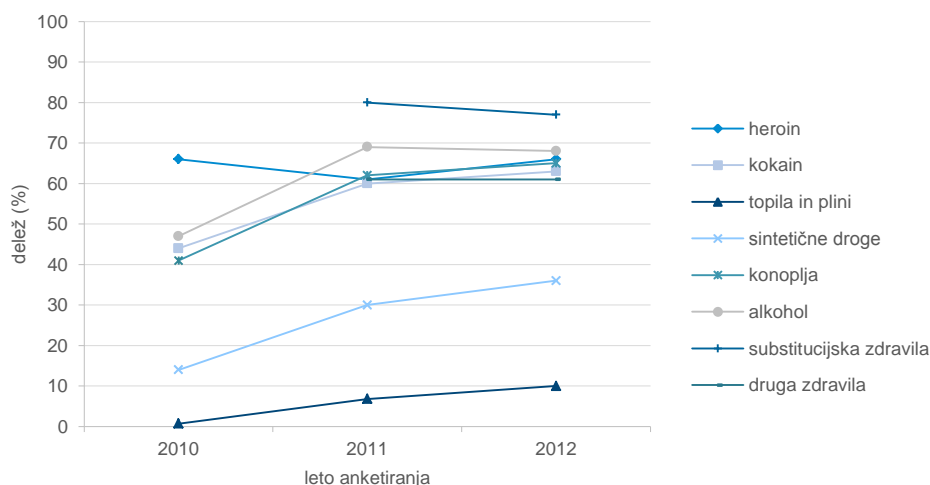
97 % anketiranih ima urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje in 86 % jih ima urejeno dodatno zdravstveno zavarovanje. 55 % anketiranih je navedlo, da imajo poleg težav z zasvojenostjo z drogami tudi druge zdravstvene težave. Najpogosteje navajajo hepatitis C, sledijo težave v duševnem zdravju, težave z želodcem, astma, alergije ter slabo zobovje in ožilje. V letu 2012 smo zabeležili tudi primer HIV-a.

Skoraj 80 % anketiranih so zaradi drog obravnavali organi pregona.

Uporaba drog

Več kot polovica anketiranih uporablja heroin (66 %), 62,5 % kokain, 36 % sintetične droge, 65 % konopljo, 9 % jih uporablja topila in pline, 77 % substitucijska zdravila (metadon, suboxon, substitol), 66 % pa druga zdravila, in sicer hipnotike (dormikum, sanval) in benzodiazepine (apaurin, xanax, helex). Kar 68 % anketiranih uživa tudi alkohol. Med uporabniki programov zmanjševanja škode skoraj vsi (94 %) uporabljajo več kot eno drogo hkrati. Najpogosteje heroin, kokain, konopljo in substitucijska zdravila.

V letu 2012 se je v primerjavi z letom 2011 povečala uporaba vseh prepovedanih drog, zaznali smo tudi povečano uporabo heroina. Prav tako je narasla uporaba kokaina, sintetičnih in plesnih drog ter topil in plinov. Podatke o uporabi substitucijskih in drugih zdravil lahko primerjamo le za leti 2011 in 2012, kjer je zaznati samo nižjo uporabo substitucijskih zdravil v letu 2012, medtem ko je uporaba drugih zdravil ostala enaka (Slika 4.2).

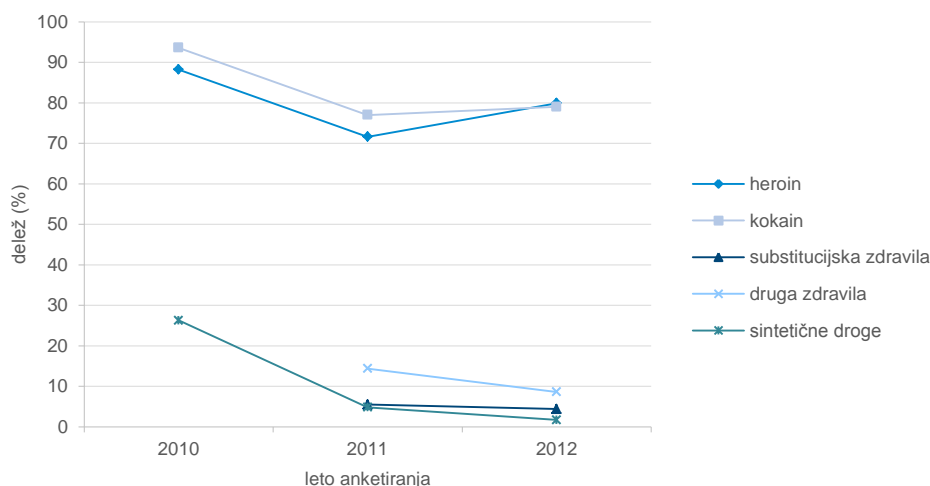


Vir: ZZV Koper, Anonimni vprašalnik, 2010–2012

Slika 4.2: Uporaba drog med uporabniki programov zmanjševanja škode, 2010–2012

Najpogostejši način uporabe drog je še vedno vbrizganje

Heroin in kokain uporabniki programov zmanjševanja škode večinoma vbrizgavajo. Med tistimi, ki uporabljajo heroin, si ga 80 % vbrizgava (tu so zajeti tisti, ki si heroin samo vbrizgavajo, in tudi vsi tisti, ki si ga vbrizgavajo in ga uporabljajo še drugače), kar je za 8 % več kot v letu 2011. Tudi vbrizgavanje kokaina (tu so zajeti tisti, ki si kokain samo vbrizgavajo, in tudi vsi tisti, ki si ga vbrizgavajo in ga uporabljajo še drugače) se je v primerjavi z lanskim letom povečalo, in sicer za 2 %, kar v letu 2012 znaša 79 %. Zmanjšalo pa se je vbrizgavanje drugih zdravil, in sicer s 14 % na dobrih 9 % (tudi tokrat razpolagamo samo s podatki za obdobji 2011 in 2012) (Slika 4.3).



Vir: ZZV Koper, Anonimni vprašalnik, 2010–2012

Slika 4.3: Delež uporabnikov programov zmanjševanja škode po vrsti drog in vbrizgavanju, 2010–2012

Tvegano vedenja

Najpogostejše tvegano vedenje uporabnikov programov zmanjševanja škode je vbrizgavanje droge (85 %). Sledijo mešanje drog ob enkratni uporabi (73 %), tvegana aplikacija (60 %) večkratna uporaba iste igle (53 %), souporaba ostalega pribora (49 %), predoziranje (36 %)

in souporaba igle (24 %). 90 % anketiranih navaja, da si vedno ali včasih ob kajenju konoplje podajajo džointe, kar je zaradi slabega ustnega zdravja omenjene ciljne skupine zelo tvegano za širjenje nalezljivih bolezni. 42 % anketiranih souporablja pribor za njuhanje. Omenjenim oblikam tvegane vedenja sledi tvegana spolnost, saj skoraj 78 % anketiranih navaja, da ima nezaščitene spolne odnose včasih ali vedno, le dobra petina anketiranih je pri spolnih odnosih vedno zaščitena.

Izmenjava pribora

Anketirani navajajo, da večinoma dobijo pribor v programu zmanjševanja škode (skoraj 88 %). Od tega jih 39 % po sterilni pribor prihaja samo v program, 9 % anketiranih pribor dobi v okviru terenskega dela, 7 % pa jih pribor dobi v lekarni. 3 % jih je navedlo, da si sterilni pribor izposodijo od prijateljev ali znancev.

84 % anketiranih uporabljeno iglo večinoma vrne v program, 26 % anketiranih iglo vrže v smeti vedno, 60 % včasih in 13 % nikoli. Skoraj 16 % anketiranih uporabljeni pribor pusti na mestu, kjer si vbrizgavajo drogo, vsi preostali (84 %) pa tega ne storijo nikoli. 36 % za uporabljen pribor poskrbi drugače («uničim iglo in vržem s pločevinko», »zažgem v peči za centralno«).

Prostor uporabe drog

98 % anketirancev najpogosteje uporablja droge doma, 90 % jih je odgovorilo, da droge uporabljajo tudi pri prijateljih ali znancih. V zavetišču oziroma dnevnem centru uporablja droge vedno 1 % anketiranih, 11 % včasih in 88 % nikoli. Kar 62 % jih uporablja droge v javnih prostorih, zunaj (v avtu, gozdu, parku, zapuščenih hišah, ob železniški progi v Tivoliju) pa vedno uporablja droge skoraj 57 % anketiranih. Od tega nekateri to počno vedno, drugi le včasih.

Zaključek

Na podlagi pridobljenih podatkov ugotavljamo, da se je v letu 2012 med anketiranimi uporabniki programov zmanjševanja škode v primerjavi z letom 2011 uporaba heroina povečala. Kljub temu, da je v Evropi zaslediti trend upadanja uporabe heroina, pridobljeni podatki kažejo, da je pri nas uporaba heroina med omenjeno ciljno skupino dokaj stabilna. Poleg povečane uporabe kokaina in sintetičnih drog med anketiranimi uporabniki prepovedanih drog opazamo tudi povečano uporabo topil in plinov.

Prevladujoči načini obravnave uporabnikov prepovedanih drog se v Sloveniji sicer še vedno osredotočajo na odvisnike od opiatov, a podatki kažejo, da ti programi ne zajemajo starostne skupine mladostnikov in mlajših odraslih – po eni strani zaradi strahu pred stigmatizacijo, po drugi pa zato, ker programi niso prilagojeni njihovim potrebam (npr. odvisni od sintetičnih drog bi potrebovali program obravnave in zdravljenja odvisnosti ter program bolnišnične detoksikacije, ki bi bila prilagojena njihovim potrebam, pri nas pa imamo tovrstne programe razvite predvsem za odvisnost od opiatov).

Pri tveganih vedenjih nismo zaznali bistvenih sprememb v primerjavi s prejšnjimi leti anketiranja, najpogostejše tvegano vedenje je še vedno vbrizgavanje drog.

5. Z DROGAMI POVEZANO ZDRAVLJENJE IN OBRAVNAVA

Milan Krek

Obravnavo uporabnikov prepovedanih drog je opredeljena v zakonodaji na področju prepovedanih drog, zdravstva in socialnega varstva. V Sloveniji je v okviru zdravstvenega varstva vzpostavljena mreža 18 Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) in Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani (CZOPD). Zdravstvena obravnava uporabnikov drog je umeščena v redni program zdravstvenega varstva, ki se financira iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Trenutno v programih zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v zdravstvenem sistemu ni čakalnih dob.

V letu 2012 so potekale priprave na uvedbo novega vprašalnika »povpraševanje po zdravljenju« (TDI 3.0); med drugimi je bil narejen prevod vprašalnika, dodana so bila vprašanja, ki pokrivajo potrebe nacionalne zdravstvene statistike, in pripravljena so bila metodološka navodila za izpolnjevanje vprašalnika. V sodelovanju z Evropskim centrom za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami je bila izvedena tudi delavnica, na kateri so bili strokovnjaki iz CPZOPD seznanjeni z vsebino novega vprašalnika, s pomočjo katerega se podatki zbirajo od januarja letos.

V tem poglavju je predstavljena analiza podatkov o indikatorju »povpraševanje po zdravljenju« (TDI), ki je bila narejena na zbranih izpolnjenih vprašalnikih iz 18 CPZOPD in CZOPD.

V letu 2012 je bilo evidentiranih 519 uporabnikov, ki so prvič ali ponovno iskali pomoč v programih zdravljenja. Od tega jih je 198 (36,4 %) pomoč iskalo prvič, ponovno pa 330 (63,6 %). Povprečna starost uporabnikov ob prvem ali ponovnem vstopu v sistem zdravljenja odvisnosti je bila 30,9 let. Med iskalci pomoči je bilo več moških (78,4 %) kot žensk (21,6 %). Večina je vstopala v program na lastno pobudo. Glavna droga, zaradi katere so uporabniki prvič ali ponovno iskali pomoč, je bil heroin (77,6 %), sledita kanabis (10,4 %) in kokain (4,8 %). V primerjavi s prejšnjimi leti se beleži upad deleža uporabnikov, ki iščejo pomoč zaradi težav z uporabo heroina, in porast deleža tistih, ki iščejo pomoč zaradi težav z uporabo kanabisa in kokaina. Narašča tudi delež tistih, ki uporabljajo metadon, kupljen na ilegalnem trgu. Kot prva dodatna droga je bil najpogosteje naveden kokain (41,8 %), sledijo kanabis (22,2 %) in benzodiazepini (13,1 %). Delež uporabnikov, ki so prvič ali ponovno vstopali v program in uporabljali vsaj še eno dodatno drogo, se v zadnjih letih zmanjšuje. Zmanjšuje se tudi delež uporabnikov drog, ki so si mesec pred vstopom v program droge injicirali. V primerjavi s preteklimi leti pa se beleži porast brezposelnih.

5.1 Opis sistema zdravljenja in obravnave ter zagotavljanje kakovosti

Strategija, politike in sistem zdravljenja

Temeljni dokumenti na področju obravnave odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji so naslednji: Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/99, 44/00), Zakon o spremembi zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 2/04, 47/04) ter Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/99). Zadnji izmed naštetih zakonov določa ukrepe za preprečevanje uporabe prepovedanih drog in obravnavo uporabnikov prepovedanih drog; določa ukrepe in dejavnosti, ki naj prispevajo k zmanjševanju povpraševanja po drogah.

Programi obravnave uporabnikov drog se sprejemajo na osnovi ocene učinkovitosti, varnosti ter strokovne in znanstvene utemeljenosti. Potrdijo jih ustrezna najvišja strokovna telesa. Za programe zdravljenja in rehabilitacije država zagotavlja sredstva iz različnih virov – glede na ustrezno zakonodajo, ob tem pa se na najvišji ravni (Komisija Vlade RS za droge) zagotavlja neprekinjena obravnava uporabnika ne glede na vire financiranja, in sicer:

- obravnava v okviru zdravstva;
- obravnava v okviru socialnega varstva (glej osmo poglavje);
- obravnava v okviru nevladnih organizacij (glej sedmo in osmo poglavje).

Zdravstvena obravnava uporabnikov prepovedanih drog poteka v javnih zdravstvenih zavodih, in sicer ambulantno in bolnišnično. Od leta 1995 naprej se je vzpostavljala mreža CPZOPD, ki jih je zdaj 18. V teh delujejo strokovni timi, sestavljeni iz družinskega zdravnika, psihiatra, medicinske sestre in laboranta. Od leta 2003 deluje tudi visoko specializirani CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana, kjer poteka bolnišnična obravnava, prav tako pa tudi ambulantni del zdravljenja, dnevna bolnišnica ter podaljšana bolnišnična obravnava z rehabilitacijo (podrobnejši opis je na voljo v Nacionalnih poročilih o stanju na področju prepovedanih drog v RS iz let 2012 in 2011).

V mreži CPZOPD in CZOPD s pomočjo vprašalnika za povpraševanje po zdravljenju (TDI) zbiramo podatke o uporabnikih drog, ki vstopajo v zdravljenje in obravnavo.

5.2 Dostopnost do zdravljenja in obravnave

Dostopnost do socialnovarstvenih programov je omogočena brez čakalnih dob na celem območju Slovenije. Izjema je vstop v terapevtsko skupnost, kjer je treba predhodno opraviti pripravljalni program, ki lahko traja različno dolgo, odvisno od posameznika. Nekateri programi, ki jih izvajajo nevladne organizacije, so brezplačni, npr. programi za zmanjševanje škode, nekateri pa so plačljivi, in sicer v višini socialne podpore, ki jo dobi uporabnik na centru za socialno delo, ali manj.

Programi v javnozdravstveni mreži nimajo čakalnih dob in so brezplačni. Z vzpostavitvijo programov zdravljenja v zavodih za prestajanje kazni zapora, ki so pod okriljem lokalnih zdravstvenih domov, in z vstopom nevladnih organizacij s svojimi programi v zavode za prestajanje kazni zapora, se je povečala dostopnost do ustrezne obravnave odvisnih v teh ustanovah (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij 2012).

Značilnosti uporabnikov, ki se zdravijo (TDI-podatki vključeni) in trendi

Podatki Koordinacije CPZOPD

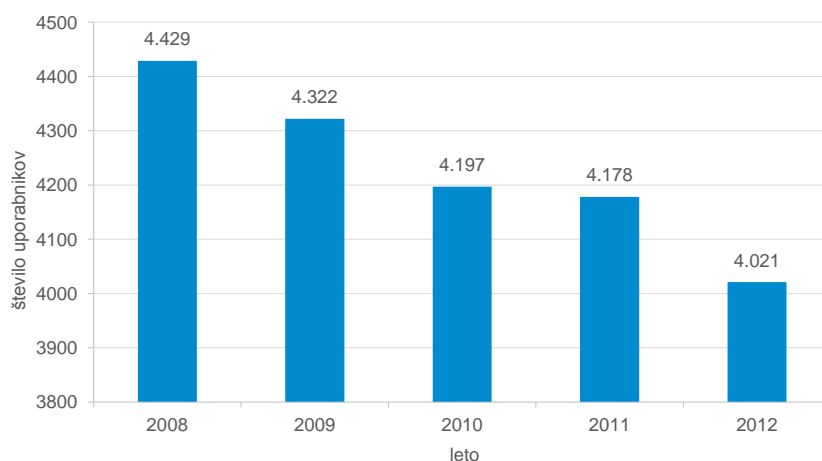
Po podatkih Koordinacije CPZOPD se je v letu 2012 v obravnavo vključilo 4.021 oseb; od tega jih je bilo 3.345 (83,1 %) vključenih v substitucijsko zdravljenje. Kot substitucijska zdravila so se uporabljali: metadon, Suboxon, Buprenorfin in SR-morfin (Tabela 5.1). Med vključenimi v vzdrževalno terapijo jih je bilo 2.237 (66,9 %) v metadonskem vzdrževalnem zdravljenju, 411 (12,3 %) na Suboxonu, 359 (10,7 %) na Buprenorfinu in 338 (10 %) na SR-morfinu. Osebe v metadonskem vzdrževalnem programu predstavljajo 55,6 % vse populacije uporabnikov programa, uporabniki Suboxona 10,2 %, na Buprenorfinu 8,4 % in SR-morfina 8,4 %. Zaradi uporabe različne metodologije se število v substitucijsko zdravljenje vključenih uporabnikov, ki jih navaja Koordinacija CPZOPD, razlikuje od podatka, pridobljenega s pomočjo vprašalnika za povpraševanje po zdravljenju.

Tabela 5.1: Število obravnavanih uporabnikov v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, 2012

| Število vseh obravnavanih | Število vključenih v substitucijsko zdravljenje | Metadon | Suboxon | Buprenorfin | SR-morfin |
|---------------------------|---|---------|---------|-------------|-----------|
| 4.021 | 3.345 | 2.237 | 411 | 359 | 338 |

Vir: Koordinacija CPZOPD

Delež uporabnikov, ki so v CPZOPD vključeni v vzdrževalno terapijo, se z leti viša. Znižuje pa se število uporabnikov drog, ki so vključeni v programe CPZOPD, in sicer s 4.429 v letu 2008 na 4.021 v letu 2012 (Slika 5.1). Ker se struktura uporabnikov spreminja glede na vrsto drog, ki jih uporabljajo, bi bilo treba razmisliti o hitrejšem prilagajanju programov CPZOPD, še posebej zdaj, ko naraščajo težave, povezane z uporabo novih drog.



Vir: Koordinacija CPZOPD

Slika 5.1: Število uporabnikov programa mreže CPZOPD, 2008–2012

Nosečnice in porodi uporabnic drog na substitucijski terapiji

Po podatkih Koordinacije CPZOPD je v letu 2012 rodilo 26 uporabnic drog. 17 jih je bilo na vzdrževalni terapiji z metadonom, 4 z Buprenorfinom in ena s Suboxonom. Ena je bila najprej na vzdrževalni terapiji s Suboxonom, a so jo zamenjali za terapijo z metadonom. Ena nosečnica ni bila na vzdrževalni terapiji, za dve pa ni podatkov, na kakšni terapiji sta bili v času nosečnosti in poroda.

Podatki, pridobljeni s pomočjo vprašalnika Evidenca obravnave uživalcev drog (TDI)

Značilnosti uporabnikov, ki so v letu 2012 prvič ali ponovno vstopili v programe zdravljenja

Z vprašalnikom Evidenca obravnave uživalcev drog (TDI) se v Sloveniji zbira podatke o povpraševanju po zdravljenju; z njim se spremlja in proučuje razširjenost in značilnosti problematične uporabe drog med uporabniki programov CPZOPD. V letu 2012 so bili za analizo zbrani izpolnjeni vprašalniki iz 18 CPZOPD in CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana. En center ni poročal v celoti, kar bi lahko po naši oceni skupno število obravnavanih v poročilu zmanjšalo za okoli 180 oseb. V letu 2012 nismo prejeli poročil iz zaporov.

V letu 2012 je bilo z vprašalnikom zajetih 3.154 oseb, od katerih jih je bilo 2.635 vključenih v neprekinjeno vzdrževalno zdravljenje, 519 oseb pa je bilo v letu 2012 prvič ali ponovno vključenih v program zdravljenja v mreži CPZOPD in CZOPD.

Demografski podatki

- prvi ali ponovni vstop v program

Z vprašalnikom Evidenca obravnave uživalcev drog je bilo zajetih 519 obravnavanih uporabnikov, ki so v letu 2012 prvič ali ponovno vstopili v program CPZOPD in CZOPD, od tega je bilo 407 moških (78,4 %) in 112 žensk (21,6 %). Povprečna starost vseh uporabnikov, ki so bili prvič ali ponovno vključeni v program, je bila 30,9 let, od tega je bila povprečna starost moških 31,47 let, povprečna starost žensk pa 28,97 let.

- prvi vstop v program

V letu 2012 je v program prvič vstopilo 189 (36,4 %) ljudi, od tega je bilo 145 (76,7 %) moških in 44 žensk (23,2 %). Povprečna starost moških je bila 29 let in žensk 27,8 let.

- ponovni vstop v program

Ponovno je v letu 2012 v program vstopilo 330 ljudi (63,5 %), od tega je bilo 262 (79,4 %) moških in 68 (20,6 %) žensk. Povprečna starost moških je bila 32,6 let, žensk pa 29,4 let.

Napotitev na zdravljenje

- prvi ali ponovni vstop

Med ljudmi, ki so prvič in ponovno vstopali v program v letu 2012 (519 ljudi), jih je na lastno pobudo prišlo 352 (67,8 %), 35 (6,7 %) jih je prišlo na pobudo staršev in prijateljev, 5,2% jih je prišlo z napotnico drugega centra, 2,3 % ljudi je v program zdravljenja napotil družinski zdravnik, 4,8 % jih je prišlo iz bolnišnice, 1,7 % jih je napotilo sodišče in 1,6 % socialna služba, za preostale vir napotitve ni bil znan.

- prvi vstop v program

V letu 2012 je v programe zdravljenja prvič vstopilo 189 ljudi. Od tega se jih je 54,5 % za to odločilo samih, 13,8 % jih je vstopilo v program na pobudo družine in prijateljev, 2,6 % pa jih je bilo napotenih iz drugih programov. 4,8 % ljudi je na zdravljenje napotil splošni zdravnik, 6,9 % bolnišnice in druge zdravstvene ustanove, 2,6 % socialna služba in 1 % policija in sodišča.

- ponovni vstop v program

Med tistimi, ki so v letu 2012 ponovno vstopali v program, jih je največ vstopilo na lastno pobudo (78,3 %), 6,9 % pa jih je v zdravljenje prišlo iz drugih programov. 2,8 % jih je prišlo na pobudo prijateljev in družine, 3,8 % z napotnico iz bolnišnice ali druge ustanove, 0,9 % pa jih je napotil splošni zdravnik.

S kom so živel uporabniki programa v skupnem gospodinjstvu

- prvi ali ponovni vstop v program

Ob prvem ali ponovnem vstopu v program jih je največ (42,1 %) živel pri starših (v letu 2011 je bilo takih 47 %), 16,7 % jih je živel samih, 14 % s partnerjem in 13 % s partnerjem in otrokom (v letu 2011 jih je bilo takih 7,3 %).

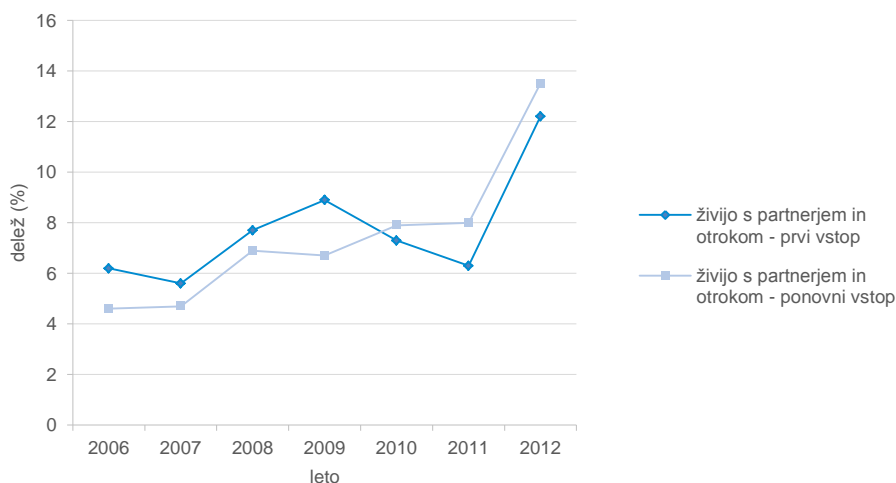
- prvi vstop v program

Ob prvem vstopu v program jih je 45 % (v letu 2011 53,1 %) živel pri starših, 12,7 % jih je živel samih in 12,2 % s partnerjem ter 12,2 % (leta 2011 6,3 %) s partnerjem in otrokom.

- ponovni vstop v program

Ob ponovnem vstopu v program jih je 40,4 % živel pri starših, 19 % jih je živel samih, 15 % (16 % v letu 2011) s partnerjem ter 13,5 % (8 % v letu 2011) s partnerjem in otrokom.

V obdobju 2006–2012 se je zvišal delež uporabnikov drog, ki živijo s partnerjem in otrokom ter prvič ($R^2= 0,47$) in ponovno ($R^2= 0,86$) vstopajo v program (Slika 5.2). S tem se kaže tudi povečana potreba po pomoči otrokom, ki živijo v taki skupnosti, in seveda potreba po posebnem pristopu k takim zakonskim ali izven zakonskim skupnostim.



Vir: IVZ

Slika 5.2: Delež uporabnikov programa mreže CPZOPD, ki so ob prvem in ponovnem vstopu v program živel s partnerjem in otrokom, 2006–2012

Zaposlitveni status

- prvi ali ponovni vstop v program

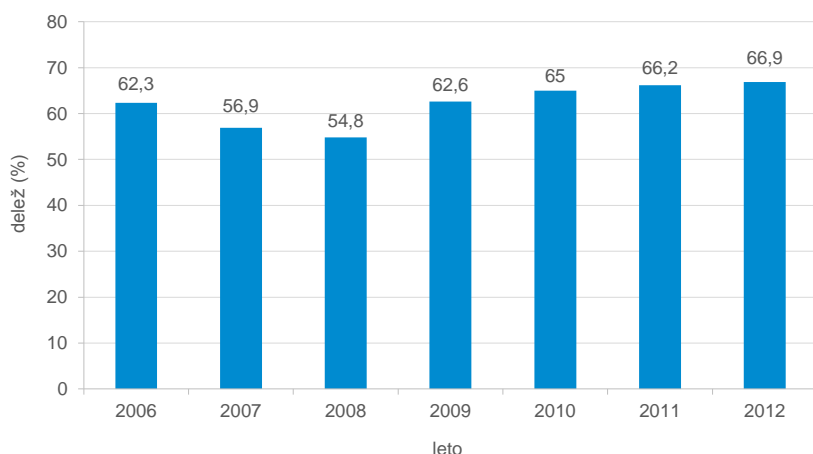
Med uporabniki, ki so bili v letu 2012 prvič ali ponovno vključeni v program, jih je bilo nezaposlenih 66,9 % (347 ljudi), 18,5 % (96 ljudi) pa je bilo zaposlenih. V obdobju 2006–2012 v skupini prvih ali ponovnih vstopov beležimo porast deleža brezposelnih ($R^2 = 0,62$) (Slika 5.3).

- prvi vstop v program

Med tistimi, ki so prvič vstopili v program, so bili 104 (55 %) nezaposleni, redno zaposlenih je bilo 41 (21,7 %), šolajočih se pa 29 (15,3 %).

- ponovni vstop v program

Med tistimi, ki so ponovno vstopili v program, je bil večji delež (73,6 %) nezaposlenih kot med tistimi, ki so v program vstopali prvič. Manj jih je bilo redno zaposlenih (16,7 %) in manj se jih je šolalo (2,7 %).



Vir: IVZ

Slika 5.3: Delež nezaposlenih uporabnikov drog, ki so prvič ali ponovno vstopili v program mreže CPZOPD, 2006–2012

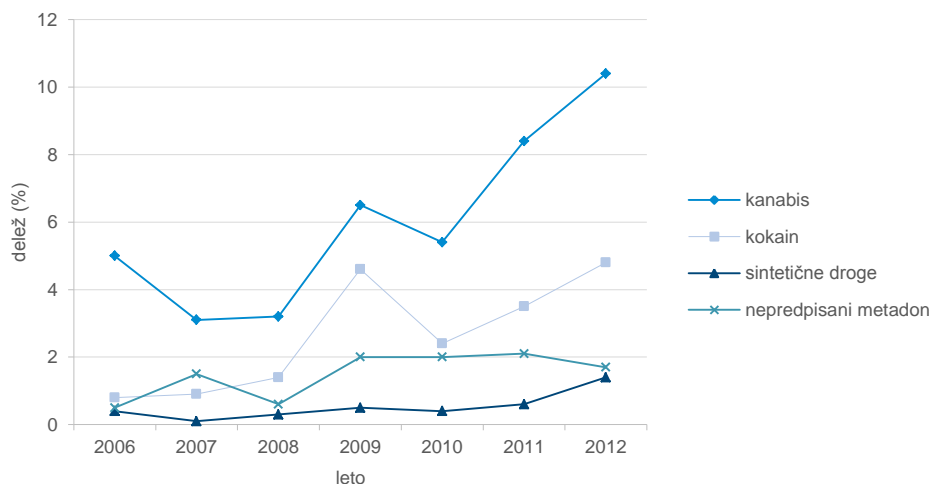
Prebivališče

Ob prvem vstopu v program je imelo 76,4 % uporabnikov stalno prebivališče, začasno prebivališče jih je imelo 17,6 %, brezdomnih je bilo 0,5 %. Med tistimi, ki so ponovno vstopali v program, je bilo 75,1 % takih, ki so imeli stalno bivališče, 20 % jih je imelo začasno prebivališče in 4 % je bilo brezdomcev.

Prva droga, zaradi katere so bili uporabniki v program vključeni prvič ali ponovno

Od 519 evidentiranih, ki so prvič ali ponovno iskali pomoč v CPZOPD, jih je 421 (81 %) pomoč iskalo zaradi težav z opiat, kar je manj kot v letu 2011 (87 %). Od 421 ljudi, ki so kot prvo drogo uporabljali opiate, so heroin uporabljali 403 ljudje (95,7 %), metadon 9 ljudi (2,1 %) in druge opioide prav tako 9 ljudi (2,1 %). Zaradi kokaina je iskalo pomoč 25 ljudi, kar predstavlja 4,8 % vseh prvih ali ponovnih vstopov. Zaradi težav z odvisnostjo od kanabisa je zdravljenje potrebovalo 54 ljudi (10,4 %). Zaradi težav s sedativi oz. hipnotiki je bilo v program zdravljenja vključenih 6 ljudi. Zaradi amfetaminov je bilo v zdravljenje vključenih 5 (1 %) ljudi ter zaradi MDMA 2 človeka (0,4 %).

Če se delež tistih, ki ob prvih ali ponovnih vstopih skupaj uporabljajo heroin, znižuje, pa se v obdobju 2006–2012 zvišuje delež tistih, ki so kot prvo drogo uporabljali kanabis ($R^2= 0,69$), kokain ($R^2= 0,68$), sintetične droge ($R^2= 0,58$) in metadon, kupljen na ilegalnem trgu ($R^2=0,50$) (Slika 5.4).

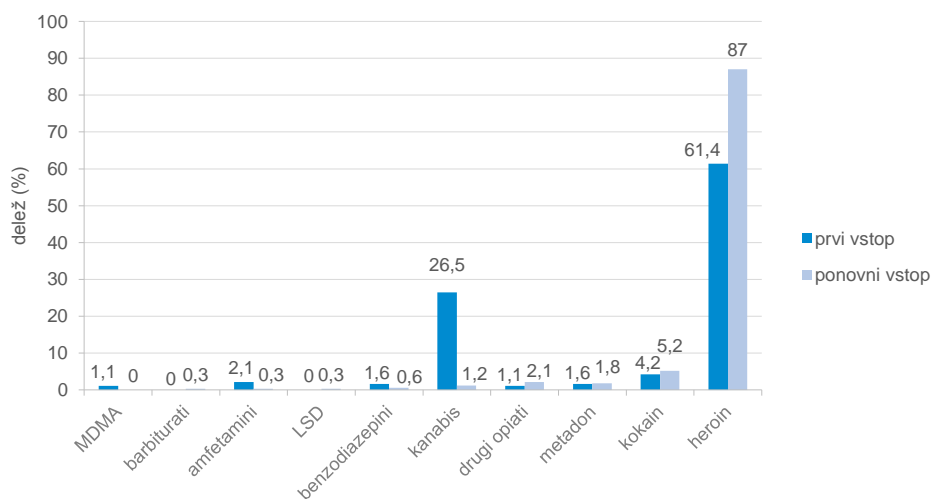


Vir: IVZ

Slika 5.4: Delež uporabnikov programov CPZOD, ki so ob prvem ali ponovnem vstopu v program navedli kot glavno drogo kanabis, kokain, sintetične droge in nepredpisani metadon, 2006–2012

Delež uporabnikov posamezne glavne droge pri prvih in ponovnih vstopih v program

Med ponovno vključenimi v program v letu 2012 jih je večina (87 %) kot prvo oziroma glavno drogo uporabljala heroin. Pri uporabnikih, ki so prvič vstopali v program, je bil ta delež nižji (61 %). Delež uporabnikov kanabisa je višji med uporabniki, ki so v programe zdravljenja vstopali prvič (26,5 %), kot pa med ponovno vključenimi 81,2 % (Slika 5.5).



Vir: IVZ, 2012

Slika 5.5: Delež uporabnikov glede na uporabo glavne droge ob prvem (n=189) in ponovnem (n=330) vstopu v program, 2012

Uporaba drog po starostnih skupinah pokaže, da je bil v skupini 15–24 let glavna droga, zaradi katere so uporabniki prvič ali ponovno vstopali v program, kanabis (45,9 %). V starostni skupini nad 25 let je bila glavna droga heroin (84,6 %) (Tabela 5.2). Ti podatki kažejo, da se glede na starost spreminja tudi vrsta droge, zaradi katere uporabniki vstopajo v programe CPZOPD.

Tabela 5.2: Delež uporabnikov drog glede na drogo, zaradi katere so prvič vstopili v program, po starostnih skupinah, 2012

| Glavna droga | Starostna skupina | 15–24 let (%) | 25 let in več (%) |
|----------------|-------------------|---------------|-------------------|
| Heroin | | 42,4 | 84,6 |
| Metadon | | 0 | 2,1 |
| Drugi opiat | | 0 | 2,1 |
| Kokain | | 7,1 | 4,4 |
| Amfetamin | | 2,4 | 0,7 |
| MDMA | | 0 | 0,5 |
| Kanabis | | 45,9 | 3,5 |
| Druga poživila | | 1,2 | 0 |
| Barbiturati | | 0 | 0,2 |
| Benzodiazepini | | 1,2 | 0,9 |
| LSD | | 0 | 0,2 |

Vir: IVZ, 2012

Prvi ali ponovni vstopi v program skupaj, glede na spol in glavno drogo

V letu 2012 je prvič ali ponovno vstopilo v programe 407 moških, od teh jih je 330 (81 %) uporabljalo opiate in 18 (4,4 %) kokain. Kanabis je kot prvo drogo uporabljalo 45 (11,1 %) moških, metadon 6 (1,5 %) in benzodiazepine 5 (1,2 %). Prvič ali ponovno je bilo v programe vključenih 112 žensk. Kot glavno drogo jih je opiate uporabljalo 91 (81,2 %), kanabis 9 (8 %) in kokain 7 (6,3 %), 3 ženske (2,7 %) pa so kot glavno drogo uporabljale amfetamine.

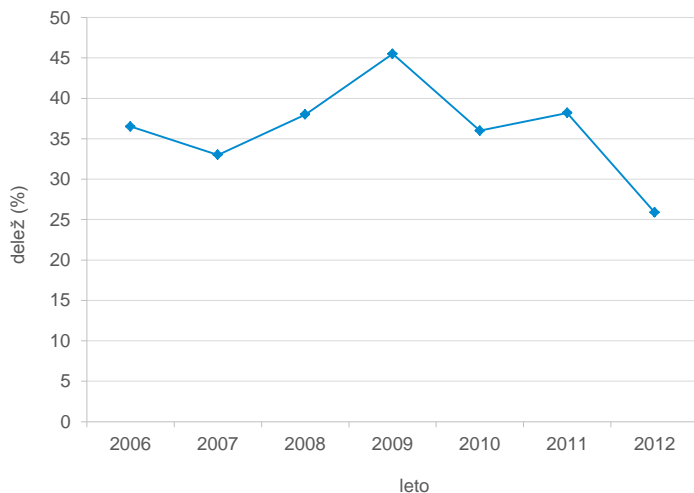
Pogostnost uporabe glavne droge ob prvem in ponovnem vstopu

Med prvič vključenimi uporabniki (189) jih je 43,3 % pred vključitvijo uporabljalo droge vsak dan, 19 % dvakrat do šestkrat na teden ter 9 % enkrat na teden ali manj. Med 330 ljudmi, ki so ponovno vstopili v program, jih je glavno drogo uporabljalo vsak dan 50,8 %, dvakrat do šestkrat na teden 15,8 % in 7 % enkrat na teden ali manj.

Način uporabe prve droge pri prvem in/ali ponovnem vstopu

Med 519 uporabniki programov, ki so prvič ali ponovno vstopili v program v letu 2012, jih je v zadnjem mesecu 52 % heroin injiciralo, 35,2 % kadilo in 12 % njuhalo. Kokain jih je injiciralo 40 %, kadilo 8 % in njuhalo 52 %. Med uporabniki drog, ki so leta 2012 v program vstopili prvič (189 oseb), je bilo 25,9 % takih, ki so glavno drogo injicirali, 51 % jih je drogo kadilo ali inhaliralo, 16 % njuhalo in 6,3 % uživalo oralno. Med 329 uporabniki drog, ki so v program vstopili ponovno, pa jih je v zadnjem mesecu 52,6 % glavno drogo injiciralo, 31,3 % kadilo, 10,9 % njuhalo in 4,6 % zaužilo skozi usta.

V obdobju 2006–2012 se je znižal delež injicirajočih uporabnikov, med tistimi, ki so v program vstopili prvič ($R^2 = 0,57$) (Slika 5.6).



Vir: IVZ

Slika 5.6: Delež uporabnikov drog ob prvem vstopu v program, ki so zadnji mesec pred vstopom droge injicirali, 2006–2012

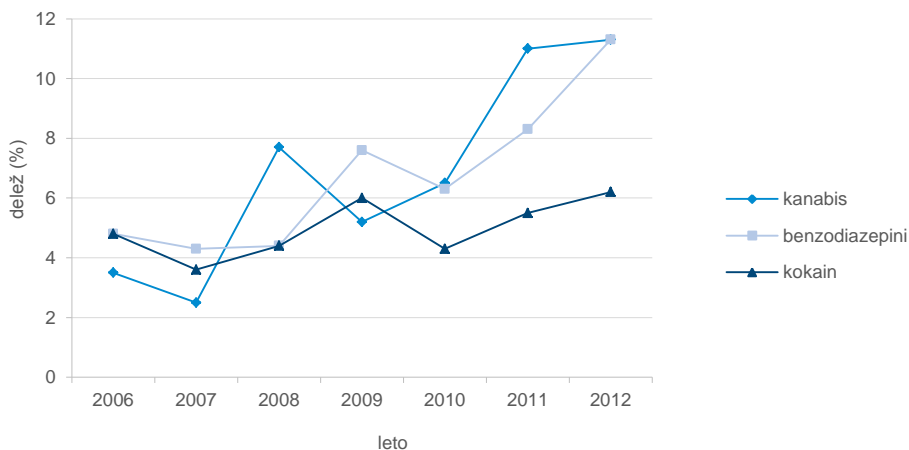
Druga droga pri prvem in/ali ponovnem vstopu

Najpogostejša druga oziroma dodatna droga med uporabniki, ki so v letu 2012 prvič ali ponovno vstopali (519 oseb) v programe CPZOPD, je bil kokain (23,9 %), sledijo kanabis (12,7 %), benzodiazepini (7,5 %) in opiat (10,2 %). Med 60 uporabniki, ki so prvič vstopili v program in so bili stari 15–24 let, jih je dodatno drogo uporabljalo 19 (31,7 %), od tega 8 kokain, kar predstavlja 42,1 % vseh, ki so v tej skupini uporabljali dodatno drogo. V tej starostni skupini med uporabniki, ki so ponovno vstopili v program, predstavlja kokain 30,2 % delež vseh dodatnih drog. Benzodiazepine kot dodatno drogo med prvič sprejetimi uživa 5,3 % uporabnikov v starostni skupini 15–24 let, med ponovno sprejetimi pa 12 %.

Ob prvem in/ali ponovnem vstopu v program CPZOPD je bilo 16,7 % uporabnikov programa vključenih v vsaj še en program obravnave odvisnih od prepovedanih drog. To je posledica dobre prehodnosti med različnimi programi obravnave odvisnosti v Sloveniji, dobre dostopnosti programov, dobrega sodelovanja med različnimi programi ter dobre obveščenosti uporabnikov drog o programih. Povprečni čas od prenehanja zdravljenja do ponovnega vstopa v program se je v obdobju 2006–2012 podaljšal z 21,75 meseca na 31,5 meseca. To lahko nakazuje, da se obdobje abstinence podaljšuje ali da se v vmesnem času uporablja druge programe.

Trendi med uporabniki drog, ki so bili v program CPZOPD vključeni več kot eno leto

Podatki za obdobje 2006–2012 kažejo, da se povprečna starost uporabnikov, ki so bili v opazovanem letu v programu več kot leto dni, zvišuje, in sicer je leta 2006 znašala 29,65 let, leta 2012 pa 34,73 let. V tem obdobju se je zvišala tudi najvišja starost uporabnikov v programu, in sicer s 63 let v letu 2006 na 74 let v letu 2012, znižal pa se je delež tistih uporabnikov, ki so kot glavno drogo uporabljali heroin, in sicer s 86,2 % v letu 2006 na 69,7 % v letu 2012. Zvišal se je delež uporabnikov, ki so kot glavno drogo uporabljali kokain ($R^2=0,45$), kanabis ($R^2=0,79$) ali benzodiazepine ($R^2=0,88$) (Slika 5.7).

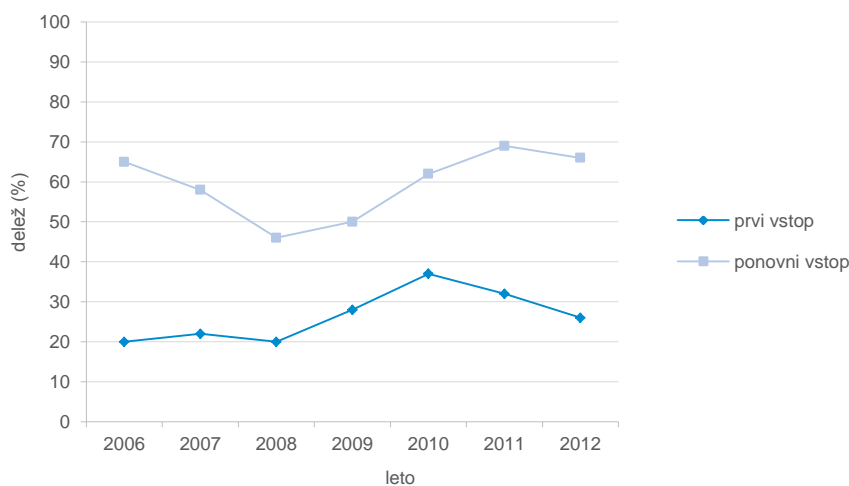


Vir: IVZ

Slika 5.7: Delež uporabnikov, ki so bili v program vključeni več kot eno leto, glede na glavno drogo, 2006–2012

Precepljenost uporabnikov drog s hepatitisom B v obdobju 2006–2012

Delež precepljenih med uporabniki drog, ki so prvič vstopali v program, je bil v obdobju 2006–2012 nižji kot med uporabniki, ki so v program vstopali ponovno. To je posledica aktivnega pristopa na področju cepljenja uporabnikov drog proti hepatitisu B v času prvega zdravljenja odvisnosti. Z leti tako delež precepljenih med ponovno vključenimi v program narašča (Slika 5.8).



Vir: IVZ

Slika 5.8: Delež uporabnikov, cepljenih proti hepatitisu B ob prvem in ponovnem vstopu v program, 2006–2012

Zaključek

Analiza podatkov, pridobljenih s pomočjo vprašalnika za povpraševanje po zdravljenju (TDI), je pokazala, da se je struktura uporabnikov prepovedanih drog v zadnjih letih spremenila. Predvsem med mlajšimi uporabniki so manj prisotne težave zaradi uporabe heroina in podobno kot v drugih državah EU tudi v Sloveniji delež uporabnikov drog, ki uporabljajo

heroin kot prvo drogo, upada. Povečuje pa se delež uporabnikov, ki imajo težave zaradi uporabe kanabisa, kokaina, sintetičnih drog in metadona, kupljenega na črnem trgu. Delež tistih, ki uporabljajo več kot eno drogo hkrati, se sicer niža, vendar je še vedno visok in zahteva resno delo na področju ozaveščanja in preprečevanja sočasne uporabe več drog, saj so zastrupitve z več drogami hkrati pomemben dejavnik za prezgodnjo smrt uporabnikov drog. Med uporabniki, ki v programe zdravljenja vstopajo prvič, se nakazuje tudi porast uporabe opiatnih zdravil, kar je verjetno posledica občasnega pomanjkanja heroina. Med uporabniki, ki so v programu več kot eno leto, se zaznava porast tistih, ki so uporabljali benzodiazepine.

Med uporabniki drog na vzdrževalni terapiji je vse manj tistih, ki so kot nadomestno zdravilo prejeli metadon, in vse več tistih, ki prejema druga nadomestna zdravila. Posebna pozornost v programih je namenjena nosečnicam, ki so v času nosečnosti zdravljene z nadomestnimi zdravili. Hkrati beležimo porast števila uporabnikov, ki živijo v različnih oblikah partnerske skupnosti in imajo otroke. Zaradi tega bi morali v programih razvijati nove podprograme za pomoč tem nosečnicam, otrokom in družinam, in sicer v času nosečnosti, poroda in odraščanja otrok.

Povprečna starost uporabnikov v programu zdravljenja se z leti viša, kar pomeni, da se populacija uporabnikov drog stara in da imajo zato tudi več zdravstvenih in socialnih problemov. Povečuje se delež brezposelnih in brezdomnih, verjetno tudi zaradi vpliva finančne krize, zato bo treba vzpostavljati zavetišča in stanovanjske skupnosti ter poskrbeti še za onemogle ostarele uporabnike drog.

6. TEŽAVE Z ZDRAVJEM IN DRUGE POSLEDICE, POVEZANE Z UPORABO DROG

Razširjenost okužb s HIV, z virusom hepatitisa C (HCV) in virusom hepatitisa B (HBV) se spremlja z zbiranjem podatkov o prostovoljnih diagnostičnih testih za ugotavljanje okužb s HIV, HCV in HBV, opravljenih znotraj nacionalne mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki pokriva celotno državo. Poleg tega se za namene nadzora nad okužbami s HIV izvaja tudi nevezano anonimno testiranje med injicirajočimi uporabniki drog, ki prvič zaprosijo za zdravljenje. Poleg tega Inštitut za varovanje zdravja zbira podatke o odkritih primerih okužb s HIV, HBV in HCV, ki vključujejo tudi podatke o načinu prenosa. Vse diagnoze okužb z omenjenimi virusi je treba prijaviti skladno z zakonom o nalezljivih boleznih.

V vzorcih sline, zbranih med injicirajočimi uporabniki drog v okviru anonimnega nevezanega testiranja za namene nadzora nad okužbami s HIV, je bil v letu 2012 glede na protitelesa HIV pozitiven en vzorec.

Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV; anti-HBc) med anonimno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so bili na zdravljenju v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, je v letu 2012 znašala 2 %, razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) pa 27,3 %. V obeh primerih je delež okuženih v letu 2011 najvišji glede na gibanje deležev v zadnjem petletnem obdobju (2008–2012).

Urgentne internistične ambulante v Ljubljani so v letu 2012 obravnavale 47 bolnikov zaradi zastрупitev s prepovedanimi drogami, od tega se jih je 27 zastрупilo s kombinacijo več drog in/ali etanola. Zastrupljeni s prepovedanimi drogami so bili v večini moški, sicer pa je bila povprečna starost zastrupljenцев 28,5 let. V letih 2011 in 2012 je bilo obravnavanih veliko več primerov zastрупitve z ekstazijem, amfetamini in kanabisom kot leta 2010, ko so prevladovale zastрупitve s heroinom.

Smrti, povezane z uporabo prepovedanih drog, se v Sloveniji spremljajo skladno s priporočili Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, in sicer od leta 2003 naprej. Spremljajo se podatki o neposrednih smrtih – to so smrti tistih ljudi, ki so umrli zaradi neposrednega delovanja prepovedanih drog v telesu. Ti podatki, torej osnovni vzrok smrti, se pridobivajo iz Zbirke podatkov o umrlih, ki jo vodi Inštitut za varovanje zdravja. Poleg tega se s kohortno analizo spremljajo podatki o posrednih smrtih. To so podatki o tistih osebah, ki so umrle zaradi posrednega vpliva prepovedanih drog na zdravje, torej je bilo pri njih delovanje drog pridružen vzrok smrti.

V letu 2012 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih registriranih 26 smrti zaradi zastрупitev z drogami. Vsi umrli v letu 2012 so bili moški, in sicer s povprečno starostjo in mediano starosti ob smrti 35,9 let. Heroin in metadon sta bila najpogostejša vzroka smrtne zastрупitve, sledi kokain. Analiza podatkov o zdravljenih uporabnikih drog, vključenih v kohorto, je pokazala, da je stopnja umrljivosti zdravljenih uporabnikov drog skoraj dvakrat višja kot pri drugih enako starih prebivalcih Slovenije.

6.1 Z drogami povezane nalezljive bolezni

izr. prof. dr. Irena Klavs, Tanja Kustec

Z drogo povezane nalezljive bolezni med injicirajočimi uporabniki drog (IUD) so pomemben izziv na področju javnega zdravja. Te bolezni vključujejo okužbe s HIV, z virusom hepatitisa C (HCV) in virusom hepatitisa B (HBV) ter druge hude bolezni. Ker se okužbe s HIV in s HBV ter v manjši meri tudi okužbe s HCV prenašajo s spolnimi odnosi, se lahko med nezaščitenimi spolnimi odnosi okužba prenese na partnerje IUD, prav tako pa obstaja možnost širjenja okužbe med spolno aktivnim splošnim prebivalstvom, ki ne uporablja prepovedanih drog intravenozno. Vse tri okužbe se prenašajo tudi vertikalno (z matere na otroka), poleg tega pa predstavljajo tveganje za bolnišnične prenose (okužbe v bolnišničnem okolju, če se ne upošteva preventivnih varnostnih ukrepov). Okužbe s hepatitisom B lahko preprečimo s cepljenjem, ki je namenjeno predvsem IUD in drugim skupinam, pri katerih je velika možnost okužbe zaradi stika z okuženo krvjo ali drugimi telesnimi tekočinami, ter skupinam, pri katerih je tveganje za okužbo visoko zaradi nezaščitenih spolnih odnosov. Pravzaprav je ciljna skupina cepljenja lahko tudi celotno prebivalstvo. V nasprotju s tem pa cepiva proti okužbam s HIV in HCV ne poznamo in verjetno tudi v bližnji prihodnosti še ne bo na voljo. Zato preventivni ukrepi večinoma temeljijo na preprečevanju tveganega vedenja in spodbujanju sprememb v vedenju.

V nadaljevanju so predstavljeni razpoložljivi podatki o okužbah s HIV, HBV in HCV med IUD v Sloveniji v obdobju od 2008 do 2012.

Metode

Razširjenost okužb s HIV, HCV in HBV se spremlja z zbiranjem podatkov o prostovoljnih diagnostičnih testih za ugotavljanje okužb s HIV, HCV in HBV, opravljenih znotraj nacionalne mreže CPZOPD, ki pokriva celotno državo. Poleg tega se za namene epidemiološkega spremljanja okužb s HIV izvaja nevezano anonimno testiranje za okužbo s HIV med IUD, ki prvič zaprosijo za zdravljenje. Nevezano anonimno testiranje poteka v največjem Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Ljubljani od leta 1995. Po letu 2002 so se priključili štirje programi za zmanjševanje škode, katerih nosilci so nevladne organizacije; to so programi zamenjave igel AIDS Fundacija Robert (le leta 2003 v Ljubljani), Stigma (od leta 2005 v Ljubljani), Svit (od leta 2004 v Kopru) in Zdrava pot (od leta 2010 v Mariboru). Podrobni opisi metod so že bili objavljeni (Klavs in Poljak 2003). IUD, ki se vključijo v zdravljenje v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Ljubljani, ter tisti, ki sodelujejo v omenjenih programih zamenjave igel, prostovoljno prispevajo vzorec slin za nevezano anonimno testiranje za okužbo s HIV.

Poleg tega Inštitut za varovanje zdravja (IVZ) zbira podatke o odkritih primerih okužb s HIV, HBV in HCV, ki vključujejo tudi podatke o načinu prenosa. Vse diagnoze okužb z omenjenimi virusi je treba sporočiti skladno z Zakonom o nalezljivih boleznih. Skoraj vse prijave odkritih primerov okužbe s HIV vsebujejo tudi podatke o načinu prenosa. Nasprotno pa so podatki o načinu prenosa (npr. IUD) na voljo le za majhen delež prijavljenih primerov okužb s HBV in HCV. Poročila o spremljanju razširjenosti okužb, ki vsebujejo podatke glede poročanja o primerih nalezljivih boleznih, se objavljajo letno (Klavs in sod. 2013, IVZ 2013).

Okužbe z virusom HIV

Glede na razpoložljive podatke o nadzoru okužb se hitro širjenje okužbe s HIV med IUD v Sloveniji še ni začelo.

V obdobju 2008–2012 je razširjenost HIV med IUD, prostovoljno zaupno testiranimi znotraj mreže CPZOPD, ostala pod 1 %, z izjemo leta 2009 z 1,3 % in leta 2011 z 1,9 %. Med 947 vzorci sline, ki so bili zbrani v istem obdobju za nevezano anonimno testiranje za epidemiološka spremljanja na treh ali štirih mestih vzorčenja, so bili glede na protitelesa proti HIV pozitivni le trije vzorci (leta 2010, 2011 in 2012) (Tabela 6.1).

Tabela 6.1: Delež okuženih s HIV med injicirajočimi uporabniki drog, 2008–2012

| Leto | Število mest vzorčenja | Število testiranih ljudi | | Število okuženih z virusom HIV | | % okuženih z virusom HIV | | |
|------|------------------------|--------------------------|--------|--------------------------------|--------|--------------------------|--------|---|
| | | Moški | Ženske | Moški | Ženske | Moški | Ženske | |
| IUD | 2008 | 3 | 142 | 34 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 2009 | 3 | 127 | 32 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 2010 | 4 | 179 | 74 | 1 | 0 | 0,6 | 0 |
| | 2011 | 4 | 136 | 50 | 1 | 0 | 0,7 | 0 |
| | 2012 | 4 | 132 | 41 | 1 | 0 | 0,8 | 0 |

Vir: Nevezano anonimno testiranje za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, 2008–2012

V obdobju zadnjih petih let (2008–2012) je bil diagnosticiran in prijavljen IVZ en primer okužbe s HIV z zgodovino IUD, in sicer v letu 2012. Pred tem je bila zadnja okužba s HIV pri IUD diagnosticirana in prijavljena na IVZ leta 2001. Vendar pa je bilo od leta 1986, ko smo v Sloveniji začeli epidemiološko spremljanje okužb z virusom HIV, ki temelji na zakonsko obvezni prijavi vseh diagnosticiranih primerov okužbe s HIV, prijavljenih 14 novih okužb s HIV med IUD.

V Evropski uniji (EU) primerjava trendov odkritih okužb, povezanih z vbrizgavanjem drog, s trendi razširjenosti virusa HIV med IUD kaže, da se pojavnost okužbe z virusom HIV med IUD v večini držav na nacionalni ravni še vedno zmanjšuje (EMCDDA 2012).

HBV

Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV, anti-HBc) med prostovoljno zaupno testiranimi IUD, ki so bili na zdravljenju v CPZOPD, je v letu 2012 znašala 2 %. V obdobju 2008–2012 se je delež okuženih gibal med najvišjim 8,1 % leta 2011 in najnižjim 2 % leta 2012.

Stopnja pojavnosti akutne in kronične okužbe s HBV med slovenskim prebivalstvom je leta 2012 znašala 2,1 na 100.000 prebivalcev. V obdobju 2008–2012 je stopnja pojavnosti nihala med najvišjo 3,4 na 100.000 prebivalcev leta 2011 in najnižjo 2 na 100.000 prebivalcev leta 2010. Zaradi nezadostnega poročanja podatki o stopnjah pojavnosti okužbe s HBV močno podcenjujejo breme te okužbe.

V EU pri hepatitisu B predstavljajo IUD 6 % vseh prijavljenih primerov in 12 % akutnih primerov (EMCDDA 2012).

HCV

Razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) med prostovoljno zaupno testiranimi IUD, ki so bili na zdravljenju v CPZOPD, je v letu 2012 znašala 27,3 %. V obdobju 2008–2012 se je delež okuženih gibal med najvišjim 28,5 % leta 2011 in najnižjim 21,5 % leta 2010.

Stopnja pojavnosti akutne in kronične okužbe s HCV med slovenskim prebivalstvom je leta 2012 znašala 5 na 100.000 prebivalcev. V obdobju 2008–2012 se je stopnja pojavnosti gibala med najvišjo 5,4 na 100.000 prebivalcev leta 2009 in najnižjo 4,1 na 100.000 prebivalcev leta 2008. Zaradi nezadostnega poročanja podatki o stopnjah pojavnosti močno podcenjujejo breme te okužbe.

V EU so se v obdobju 2009–2010 ravni protiteles HCV v nacionalnih vzorcih IUD gibale od 14 % do 70 %, sedem od 11 držav je poročalo o ravni razširjenosti, ki je višja od 40 %. Češka, Madžarska in Slovenija so poročale o razširjenosti HCV, manjši od 25 % (5–24 %), vendar so tudi take stopnje okužb še vedno velika težava za javno zdravstvo (EMCDDA 2012).

Razprava

Prednosti spremljanja razširjenosti okužb s HIV, HCV in HBV med IUD na zdravljenju v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog sta pokritje celotne države in vzdržnost takega sistema epidemiološkega spremljanja.

Prednost spremljanja stopnje pojavnosti okužb s HIV, HBV in HCV je pokritost celotne države. V nasprotju s sorazmerno zanesljivimi podatki o stopnji pojavnosti aidsa podatki o prijavljenih novoodkritih primerih okužbe s HIV med IUD ne morejo prikazati zanesljive slike pojavnosti okužb s HIV. Vseeno verjamemo, da je obveščanje o odkritih okužbah s HIV popolno in pojavnost okužb s HIV med IUD zelo nizka. Poleg tega skoraj vse prijave novih primerov okužb s HIV, ki jih javijo na IVZ, vsebujejo tudi podatke o verjetnem načinu prenosa. Zato je vsako podcenjevanje pojavnosti okužbe s HIV med IUD verjetno le posledica poznih diagnoz. V nasprotju s tem so zaradi nezadostnega prijavljanja o novoodkritih primerih podatki o stopnji pojavnosti okužb s HBV in HCV veliko manj zanesljivi in podcenjujejo resnično breme diagnosticiranih okužb med IUD. Poleg tega so podatki o načinih prenosa (npr. IUD) na voljo le za majhen odstotek prijavljenih primerov okužb s HBV in HCV.

6.2 Druge z uporabo drog povezane zdravstvene težave in posledice: nujna stanja zaradi zastrupitev z drogami

dr. Miran Brvar

Uvod in metodologija

V tem poglavju predstavljamo s prepovedanimi drogami zastrupljene bolnike, ki smo jih obravnavali v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani (Internistična prva pomoč) v letu 2012.

Urgentne internistične ambulante v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani so namenjene približno 600.000 prebivalcem Osrednje Slovenije. Leta 2012 smo v njih opravili 23.086 pregledov bolnikov in v nadaljevanju prispevka bomo predstavili število tistih obravnavanih bolnikov, ki so bili pregledani in zdravljeni zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami.

V urgentne internistične ambulante so napoteni tisti zastrupljeni s prepovedanimi drogami, ki potrebujejo vsaj nekajurno zdravljenje in/ali sprejem v bolnišnico. Najpogostejši vzroki napotitve teh bolnikov v urgentne internistične ambulante so motnje zavesti, odpoved dihanja, znižan krvni tlak, motnje srčnega ritma, bolečina v prsnem košu, epileptični krči, agresivnost itn.

Pogostost zastrupitev s prepovedanimi drogami smo preverili z dvema metodama. Najprej smo število zastrupitev preverili v računalniškem sistemu bolnišnice, kjer so diagnoze šifrirane glede na MKB-10. Žal pa je pri bolnikih, obravnavanih le v ambulantah, v računalniškem sistemu šifrirana le glava oziroma prva diagnoza, ostale diagnoze pa so vpisane le opisno. Poleg tega je šifriranje zastrupitev s prepovedanimi drogami s šifrantom MKB-10 zelo zapleteno in pomanjkljivo. Na primer, amfetamini so uvrščeni v veliko in nepregledno skupino »psihostimulansi z možnostjo abuzusa«. Šifriranje novejših drog, na primer GHB, pa je praktično nemogoče. V nadaljevanju analize smo zato število zastrupitev s prepovedanimi drogami preverili še s pregledom knjige pregledanih bolnikov, kjer so zabeleženi vsi pregledani bolniki z napotnimi in odpustnimi diagnozami (ena ali več).

Rezultati

S pomočjo računalniškega sistema in vpisanih šifer glavnih diagnoz glede na šifrant MKB-10 ter s pregledom nešifriranih napotnih in odpustnih diagnoz vseh bolnikov, ki so bili ročno vpisani v knjigo pregledanih bolnikov v letu 2012, smo ugotovili, da je bilo v ljubljanskih urgentnih internističnih ambulantah zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami obravnavanih 47 bolnikov (Tabela 6.2). Leta 2010 je bilo takšnih bolnikov 51, leta 2011 pa 43. Z analizo vseh opisnih diagnoz smo ugotovili tudi kombinirane zastrupitve, torej zastrupitve s kombinacijo znanih drog in takšnih, ki jih glede na šifre MKB-10 ni mogoče šifrirati.

Tabela 6.2: Število zastrupljenec s prepovedanimi drogami, ki so bili obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010–2012

| Prepovedane droge in njihove kombinacije | Št. bolnikov I. 2010 (n = 51) | Št. bolnikov I. 2011(n = 43) | Št. bolnikov I. 2012 (n = 47) |
|--|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Heroin | 24 | 3 | 4 |
| Heroin + etanol | 2 | 2 | 1 |
| Heroin + metadon | 1 | 2 | |
| Heroin + metadon + etanol | | 1 | |
| Heroin + amfetamin | 1 | | |
| Heroin + kokain | 6 | 1 | |
| Heroin + kokain + etanol | 1 | | 1 |
| Heroin + kanabis + etanol | | | 1 |
| Heroin + kokain + kanabis | | | 1 |
| Kokain | 5 | 4 | 5 |
| Kokain + etanol | | | 3 |
| Kokain + ekstazi + kanabis + etanol | | 1 | 1 |
| Kokain + ekstazi + amfetamin + etanol | | 1 | 1 |
| Kokain + kanabis + metadon | | 1 | |
| Kokain + metadon | | 1 | |
| Kokain + morfin | | 1 | |

Tabela 6.2 se nadaljuje ...

| Prepovedane droge in njihove kombinacije | Št. bolnikov I. 2010 (n = 51) | Št. bolnikov I. 2011(n = 43) | Št. bolnikov I. 2012 (n = 47) |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Ekstazi+ etanol | | 4 | 3 |
| Ekstazi + amfetamin | | | 1 |
| Ekstazi + amfetamin + etanol | | 2 | |
| Ekstazi + mefedron | 1 | | |
| Ekstazi + amfetamin + mefedron + kanabis | | 1 | |
| Amfetamin | | 1 | 1 |
| Amfetamin + etanol | | 2 | |
| Amfetamin + THC | | 1 | |
| Mefedron + etanol | 1 | | |
| 2-Cl | 1 | | |
| LSD + kanabis | | | 1 |
| Psilocibe | | | 1 |
| Ibogain | | | 1 |
| GHB | 1 | 1 | 1 |
| GHB + amfetamin | 1 | | |
| GHB + ekstazi | | | 1 |
| GHB + etanol | | 1 | |
| GHB + amfetamin + kanabis + etanol | | | 1 |
| GHB + amfetamin + ekstazi + kanabis + etanol | | | 1 |
| GBL + etanol | | | 1 |
| Kanabis | 6 | 8 | 7 |
| Kanabis + etanol | | 1 | 9 |
| Kanabis + metadon | | 2 | |
| Kanabis + metadon + buprenorfin | | 1 | |

Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana

Število prepovedanih drog, ki so jih zastrupljeni uporabili, je predstavljeno v Tabeli 6.3. Število uporabljenih drog je pričakovano večje od števila bolnikov, zastrupljenih z drogami (Tabela 6.2), saj se je leta 2010 s kombinacijo več drog in etanola zastupilo 14 bolnikov (27 %), leta 2011 pa je bilo takšnih bolnikov že 25 oziroma 62 % vseh zastrupljencev s prepovedanimi drogami. Podobno je bilo tudi leta 2012, ko se je z več drogami in/ali etanolom hkrati zastupilo 27 bolnikov (67 %), od tega jih je 10 vzelo več prepovedanih drog, 22 (46 %) pa jih je ob eni ali več drogah zaužilo še etanol.

Tabela 6.3 Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljeni, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010– 2012

| Prepovedane droge | Število drog I. 2010 (n=61) | Število drog I. 2011 (n=55) | Število drog I. 2012 (n=61) |
|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Heroin | 35 | 9 | 8 |
| Kokain | 12 | 10 | 12 |
| Kanabis | 6 | 16 | 23 |
| Mefedron | 2 | 1 | 0 |

Tabela 6.3 se nadaljuje ...

| Prepovedane droge | Število drog I. 2010 (n=61) | Število drog I. 2011 (n=55) | Število drog I. 2012 (n=61) |
|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Amfetamini | 2 | 8 | 4 |
| GHB | 2 | 2 | 4 |
| Ekstazi | 1 | 9 | 8 |
| GBL | 0 | 0 | 1 |
| Ibogain | 0 | 0 | 1 |
| 2-CI | 1 | 0 | 0 |

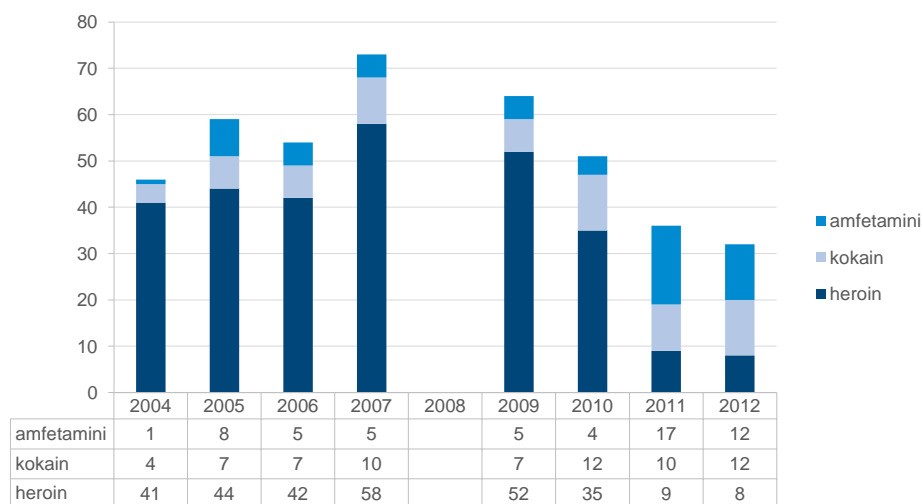
Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana

Povprečna starost zastrupljenцев s prepovedanimi drogami je bila leta 2012 okoli 28,5 let, leta 2010 29,5 let in leta 2011 29 let. Med zastrupljenци s prepovedanimi drogami so prevladovali moški, leta 2010 jih je bilo 79 %, leta 2011 67 % in leta 2012 86 %.

Med bolniki, ki so se zastrupili samo s heroinom, je bilo leta 2010 83 % moških, njihova povprečna starost je bila 31,5 let. Leta 2011 smo zastrupitve samo s heroinom ugotovili le pri moških (100 %) s povprečno starostjo 25 let. Leta 2012 pa je bilo med zastrupljenimi s heroinom 87 % moških, starih povprečno 27 let.

Zanimivo je, da smo leta 2010 ugotovili veliko zastrupitev s heroinom in kokainom hkrati, leta 2011 je bil takšen le en zastrupljenec, leta 2012 pa dva. Smo pa zato v letih 2011 in 2012 obravnavali veliko več primerov zastrupitve z ekstazijem, amfetamini in kanabisom kot leta 2010, ko so prevladovale zastrupitve s heroinom. Število zastrupitev s kokainom je bilo v letih 2010, 2011 in 2012 podobno.

Število zastrupitev z amfetamini je v letih 2011 in 2012 naraslo tudi v primerjavi s prejšnjimi leti (2004–2010), medtem ko število zastrupitev s heroinom zadnja tri leta upada (Slika 6.1).



Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana

Slika 6.1: Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljenци, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2004–2012

Zaključek

Zastrupitve s prepovedanimi drogami so leta 2012 predstavljale 0,2 % vseh bolnikov v urgentnih internističnih ambulantah, leta 2010 in 2011 pa je bilo takšnih bolnikov 0,24 % in 0,19 %. Njihovo dejansko število je verjetno večje, saj diagnoze zastrupitev pogosto niso pravilno šifrirane glede na šifre MKB-10 in velikokrat tudi niso pravilno oziroma v celoti ročno prepisane v knjigo pregledanih bolnikov.

Pravo število zastrupljenцев z drogami bi lahko ugotovili le, če bi pregledali vso medicinsko dokumentacijo vseh bolnikov, pregledanih v ambulantah, in tudi medicinsko dokumentacijo bolnikov, sprejetih v bolnišnico, saj se včasih prava diagnoza zastrupitve ugotovi šele med zdravljenjem v bolnišnici, posebno v primerih zastrupitev z novimi sintetičnimi drogami, kjer je potrebna zahtevna toksikološka analiza. Žal pa je tako obsežen pregled medicinske dokumentacije vseh bolnikov, napotenih v urgentne internistične ambulante, praktično neizvedljiv, zato smo leta 2001 v Sloveniji uvedli Register zastrupitev Slovenije, ki deluje na osnovi Pravilnika o sporočanju, zbiranju in urejanju podatkov o zastrupitvah na območju Slovenije. Glede na omenjeni pravilnik so vse pravne in fizične osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, dolžne sproti pošiljati podatke o zastrupitvah, vključno z zastrupitvami s prepovedanimi drogami, v Center za zastrupitve v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani na obrazcu »Prijava zastrupitve«, ki je bil objavljen v Uradnem listu RS. Omenjeni obrazec vsebuje podatke o bolniku (spol, starost, izobrazba, razvade, bolezni itd.) in zastrupitvi (ime in količina zdravila/strup/a/droge, mesto in okoliščine zastrupitve, klinična slika in zdravljenje zastrupitve itd.). Na žalost pa slovenski zdravniki te obveznosti ne izpolnjujejo pogosto, kljub večkratnim spodbudam in opozorilom.

Zaključimo lahko, da urgentni pregledi zastrupljenцев s prepovedanimi drogami predstavljajo vsaj 0,2 % vseh pregledanih bolnikov v internističnih ambulantah v Ljubljani ter da narašča število kombiniranih zastrupitev, predvsem z amfetamini in kanabisom, medtem ko število zastrupitev s heroinom upada.

6.3 Smrti zaradi drog in umrljivost med uporabniki drog

prim. dr. Jožica Šelb Šemerl

Uvod in metodologija

V Sloveniji zbiramo podatke o vplivu uporabe drog na zdravje iz več zbirk zdravstvene statistike. Doslej največ uporabljena in najbolj verodostojna je Zbirka podatkov o umrlih. Podatki o umrlih prikažejo število umrlih uporabnikov drog v državi in posameznih regijah, distribucijo uporabe glede na spol in starostno skupino ter uporabo najnevarnejših drog.

Smrti, povezane z uporabo drog, se v Sloveniji spremljajo skladno s priporočili EMCDDA od leta 2003 naprej. Spremljajo se podatki o:

- neposrednih smrtih; to so smrti tistih ljudi, ki so umrli zaradi neposrednega delovanja prepovedanih drog v telesu; podatki o osnovnem vzroku smrti se pridobivajo iz zbirke podatkov o umrlih IVZ 46: Zdravniško poročilo o umrli osebi;
- posrednih smrtih; to so podatki o tistih, ki so umrli zaradi posrednega vpliva prepovedanih drog na zdravje, torej je bilo delovanje drog pridružen vzrok smrti; to so podatki kohortne raziskave.

Za neposredne smrti smo analizirali demografske in druge podatke, ki se zbirajo na Zdravniškem potrdilu o smrti in poročilu o vzrokih smrti (mrliški list) ter na obrazcu DEM-2 (Drev in sod. 2011). Smrti so obravnavane po osnovnih epidemioloških kazalnikih, stopnje umrljivosti so računane na 1000 opazovanih let (osebe/leto) pripadajoče populacijske skupine. Za izračune stopenj umrljivosti slovenske populacije sta uporabljena število umrlih in število prebivalcev v letu 2007; za standardiziranje na starost je bila uporabljena stara evropska standardna populacija.

Rezultati

V letu 2012 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih (General Mortality Register – GMR) registriranih 26 smrti zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami. Vsi umrli v letu 2012 so bili moški, in sicer s povprečno starostjo in mediano starosti ob smrti 35,9 let; najpogostejša starost je bila 29 let, najmlajši umrli je bil star 24,7 let. Največ smrti je bilo v starostnih skupinah 25–29 in 35–39 let. Med 26 zastrupitvami je bilo 24 toksikološko dokazanih. Število smrti v letu 2012 je bilo značilno manjše od povprečja zadnjih sedmih let.

Tabela 6.4: Število smrti zaradi neposrednega delovanja prepovedanih drog po zunanjem vzroku in vrsti uporabljenih drog, 2012

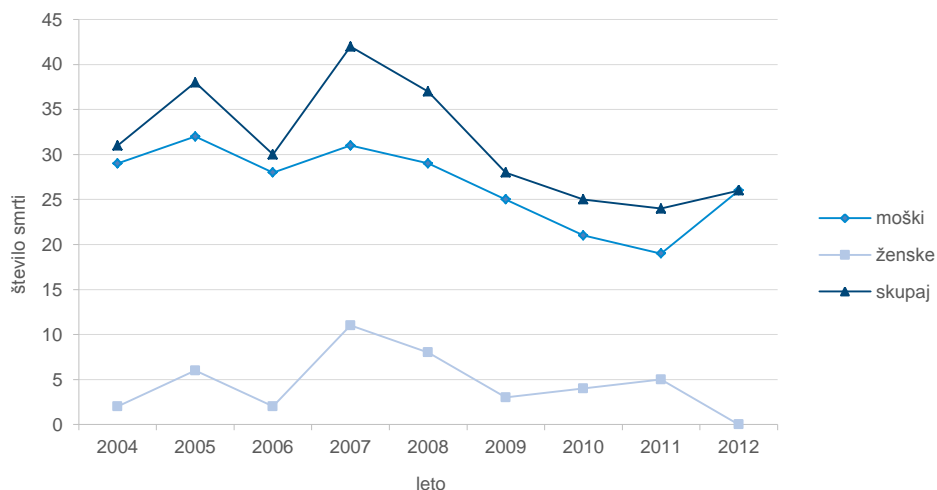
| Vrsta droge | Nenamerno zastrupitve | Namerne zastrupitve | Neugotovljen namen | Skupaj |
|----------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------|
| Heroin | 10 | 0 | 1 | 11 |
| Metadon | 7 | 1 | 3 | 11 |
| Drugi sintetični narkotiki | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Kokain | 2 | 0 | 1 | 3 |
| Skupaj | 19 | 2 | 5 | 26 |

Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46

V letu 2012 je večino smrti povzročila zastrupitev s heroinom in metadonom. Število smrti zaradi metadona se je izenačilo s heroinskimi, desetino smrti je povzročil kokain. Skoraj tri četrtine zastrupitev je bilo nenamernih, dve sta bili namerni, za ostalih pet ni bilo ugotovljeno, ali je bila zastrupitev namerna (samomor) ali nenamerna (predoziranje) (Tabela 6.4).

Gibanje števila smrti in umrljivosti uporabnikov prepovedanih drog v Sloveniji v obdobju 2004–2012

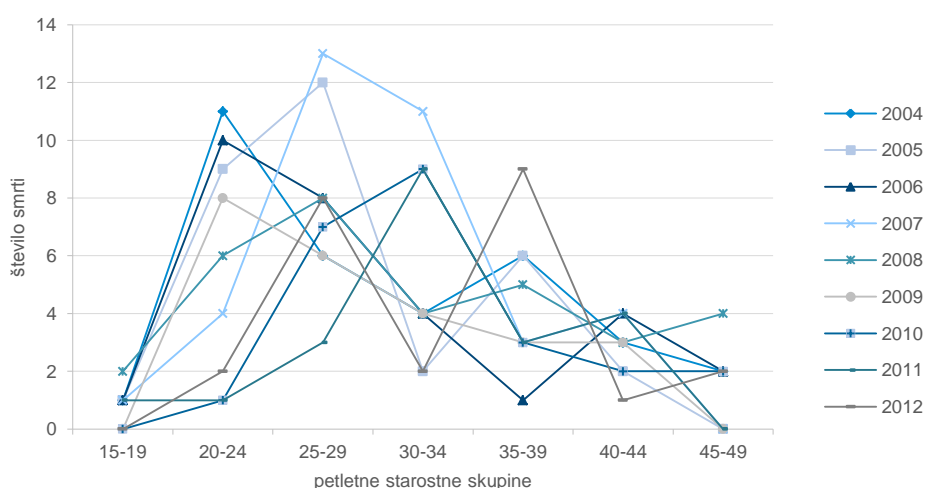
Število neposrednih smrti (namernih, nenamernih ali neznanega namena) zaradi predoziranja s prepovedanimi drogami se v Sloveniji od leta 2007 zmanjšuje. V povprečju je bilo v obdobju 2004–2012 skoraj šestkrat več smrti moških kot žensk. V letu 2012 se je zniževanje števila umrlih moških prekinilo, saj je glede na leto 2011 poskočilo za 6 smrti (Slika 6.2).



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46

Slika 6.2: Gibanje števila umrlih zaradi prepovedanih drog, skupaj in po spolu, 2004–2012

Najvišje število umrlih v eni starostni skupini je bilo leta 2007, in to med starimi 25–29 let. V naslednjih letih se je število umrlih nižalo in premikalo proti starejšim starostnim skupinam, tako je bilo v letu 2012 največ umrlih v starostni skupini 35–39 let (Slika 6.3).



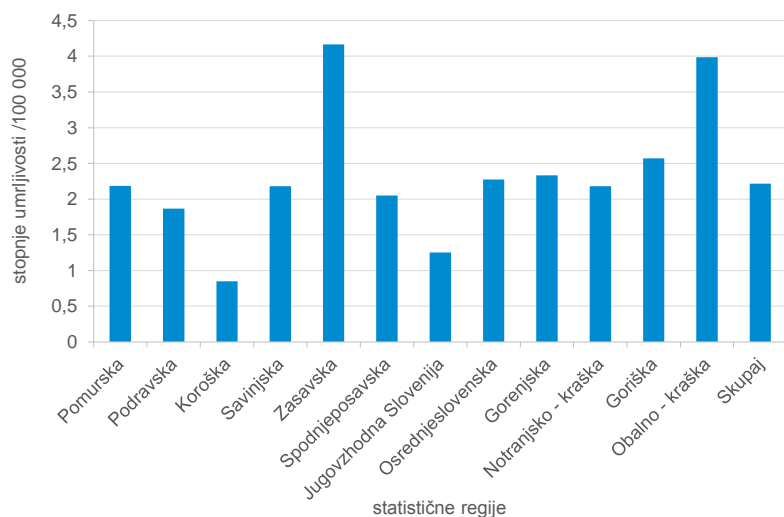
Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46

Slika 6.3: Gibanje števila neposrednih smrti zaradi uporabe prepovedanih drog med prebivalci, starimi 15–49 let, po petletnih starostnih skupinah, 2004–2012

V obdobju zadnjih devetih let, odkar vzroke neposrednih smrti uporabnikov prepovedanih drog zbiramo po metodologiji EMCDDA, smo v Sloveniji zaznali padanje najvišje starosti ob smrti in padec izgubljenih let potencialnega življenja (YPLL) vzporedno z naraščanjem najnižje starosti in mediano starosti ob smrti. Padec YPLL ob povečevanju mediane starosti ob smrti kaže na to, da uporabniki drog umirajo vse starejši.

V sedmih od dvanajstih regij se je stopnja umrljivosti zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami gibala okoli povprečja Slovenije. Daleč največ nenamernih zastrupitev glede na število prebivalcev je bilo v Zasavju in v Obalno-kraški regiji, imenovani tudi regija Koper (Slika 6.4). V primerjavi s Slovenijo kot celoto sta v teh dveh regijah v opazovanem obdobju v

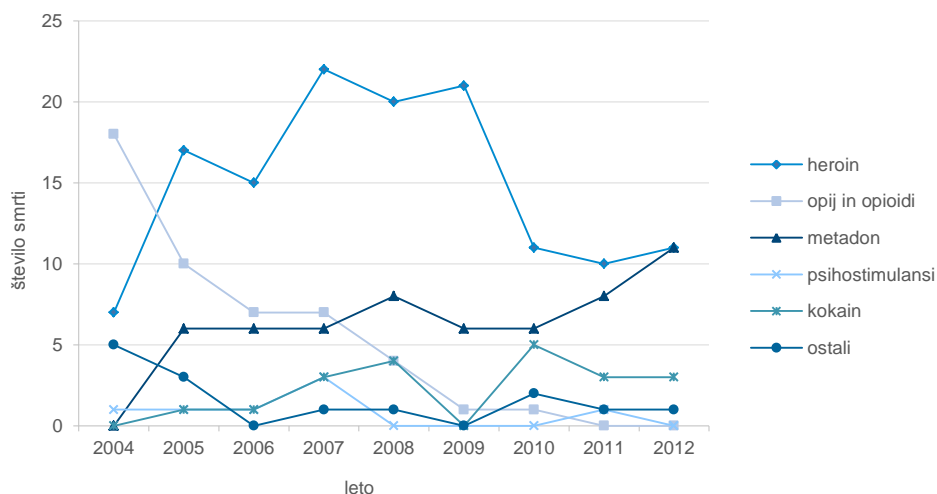
popprečju umrla dva uporabnika drog več na 100.000 prebivalcev, starih 15–64 let, medtem ko je bila na Koroškem in v Jugovzhodni Sloveniji umrljivost najnižja. Med smrtnimi zastrupitvami je bilo v vseh regijah več smrti zaradi nenamernih zastrupitev s prepovedanimi drogami kot zaradi samomorov. Jasno sliko o stopnjah umrljivosti zaradi namernih in nenamernih zastrupitev je onemogočilo veliko število smrti, katerih namen ni bil ugotovljen.



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46

Slika 6.4: Stopnje umrljivosti zaradi prepovedanih drog med prebivalci, starimi 15–64 let, po regijah, 2004–2012

Število smrtnih zastrupitev s heroinom, ki je bilo vsa leta najvišje, se je v letu 2012 izenačilo s številom smrti zaradi metadona, ki je drugi po pomembnosti in narašča že od leta 2010. Število smrti zaradi kokaina se od leta 2007 giblje med 3 in 5, razen v letu 2009, ko teh smrti ni bilo. Zastrupitev z opijem ali opiodi v zadnjih dveh letih ni bilo, smrti zaradi drugih prepovedanih drog se po letih pojavljajo občasno (Slika 6.5).



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46

Slika 6.5: Gibanje števila smrtnih zastrupitev s prepovedanimi drogami (namernih, nenamernih in nedoločenega namena), razvrščeno po vrsti droge, 2004–2012

Od vseh umrlih oseb je bilo $\frac{3}{4}$ neporočenih, nekaj ločenih, ostali so bili poročeni ali ovdoveli. V zadnjih štirih letih je največ žrtev akutne zastrupitve umrlo doma, medtem ko so prej več umirali tudi izven doma. V zdravstvenih ustanovah je umrlo okoli 16 % tistih, ki so se akutno zastrupili z drogami. V zadnjih letih vedno več podatkov o vzrokih smrti dajejo obducenti, kar izboljšuje kakovost podatkov o vrsti zastrupitve in namenu smrti.

Dejavniki, povezani z gibanjem umrljivosti zaradi prepovedanih drog

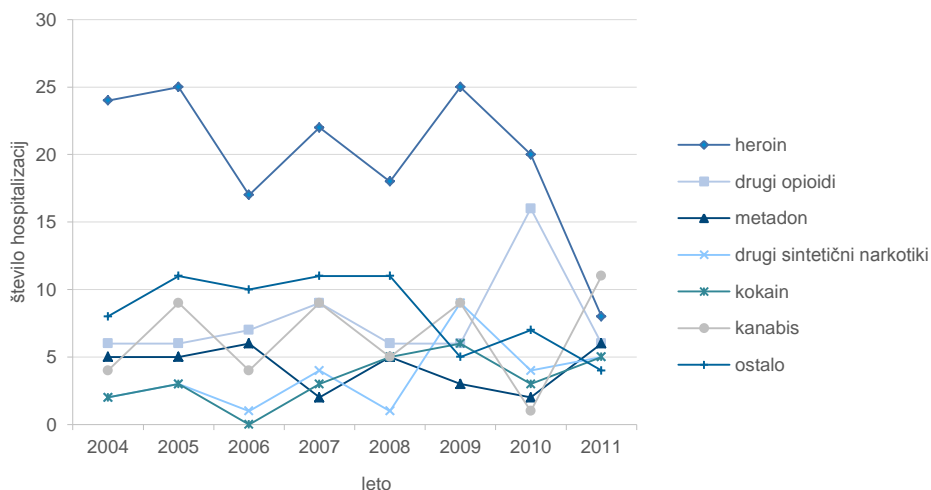
Na gibanje umrljivosti zaradi prepovedanih drog lahko vplivajo številni dejavniki, v nadaljevanju bomo opisali nekatere.

Tako za Zasavje, kjer je bila stopnja umrljivosti zaradi drog najvišja, podatki Statističnega urada RS, zbrani v publikaciji Slovenske regije v številkah 2013, prikazujejo kazalnike prebivalstva, izobraževanja, trga dela, socialne zaščite, zdravja in ekonomskega stanja, katerih kombinacija bi lahko kazala na ujetost ljudi v okolje, ki jim ne nudi obetavne perspektive. Tako je na primer v Zasavju najbolj negativna stopnja rasti prebivalstva, veliko je priseljencev, poleg tega sodijo Zasavci med najmanj izobražene v vseh regijah. Med socialno-ekonomskimi kazalniki izstopata drugi najnižji BDP na prebivalca in visoka registrirana in dolgotrajna brezposelnost. Nasprotno ima regija Koper prej omenjene kazalnike zelo ugodne, saj je druga najbogatejša regija v državi, v njej pa je tudi najmanj družin s tremi ali več otroki in najnižji delež študentov na 1000 prebivalcev, kljub relativno visokemu deležu izobraženih staršev.

Ti nasprotujoči si podatki socialno-ekonomskega stanja v obeh regijah kažejo, da nizek socialno-ekonomski položaj na ravni regije ni bil edini vzrok visoke umrljivosti zaradi zastrupitev z drogami, temveč je treba vzroke višje umrljivosti iskati tudi drugje. Regija Koper je turistično razvita, v njej je pristanišče Koper in v neposredni bližini je tudi pristanišče Trst. Sosednja Furlanija – Julijska krajina v Italiji je obremenjena z uporabo drog in ima v tem daljšo zgodovino. Prek regije Koper in prek meje med Slovenijo in Italijo je v italijanski prostor vstopala večina droge za območje severne Italije, zato je bilo v regiji Koper na razpolago več droge kot v drugih regijah (Drev in sod. 2012:96), kar je lahko vplivalo na veliko razširjenost uporabe drog in posledično na visoko umrljivost zaradi njih.

Število hospitalizacij zaradi prepovedanih drog se je od leta 2004 do 2008 zelo spreminjalo, in sicer od 45 do 75 v enem letu. Šele od leta 2009 naprej se število zmanjšuje, tako neplaniranih urgentnih sprejemov kot predoziranja in kombiniranih zastrupitev z več substancami, vendar teh zadnjih manj kot prvih dveh.

Pregled podatkov hospitalne statistike z glavnimi diagnozami zastrupitev od T400 (opij) do T409 (drugi in nespecifični disleptiki) v obdobju 2004–2012 je pokazal, da se zmanjšuje število hospitalizacij zaradi heroina. V letu 2011 se je v primerjavi z letom 2010 poleg hospitalizacij zaradi heroina znižalo še število hospitalizacij zaradi drugih opioidov, a je v letu 2012 zopet naraslo. Med letoma 2010 in 2012 je naraslo število hospitalizacij zaradi kanabisa, metadona in drugih drog, število hospitalizacij zaradi drugih sintetičnih narkotikov je padlo, zaradi kokaina pa je ostalo enako (Slika 6.6).



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46

Slika 6.6: Gibanje hospitalizacij zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami, po vrsti droge, 2004–2012

Na zmanjšanje umrljivosti uporabnikov prepovedanih drog bi lahko vplivala tudi manjša razpoložljivost nekaterih prepovedanih drog v letu 2011 v primerjavi z letom prej (heroin, kokain, ekstazi), na kar je kazalo zmanjšanje števila policijskih zasegov. Izjema so le tablete amfetaminov, kjer je količina zaseženih tablet v porastu. Policija je zaznala tudi porast zasegov in proizvodnje konoplje (Drev in sod. 2012).

Podatki o uporabnikih prepovedanih drog, ki so prvič vstopili v zdravljenje, kažejo, da se število prvih vstopov v zdravljenje niža. Razlika med mediano starosti ob vstopu v zdravljenje in starosti ob prvi uporabi glavne ali katerekoli droge raste, kar bi ob nadaljevanju tega trenda v prihodnosti lahko pripeljalo do večanja števila umrlih zaradi daljšanja tistega obdobja v času uporabe drog, ko se posameznik ni zdravil.

Uporaba heroina kot glavne ali dodatne droge med zdravljenimi uporabniki drog od leta 2008 pada, vendar uporaba kokaina, kanabisa, benzodiazepinov in metadona zadnjih nekaj let ostaja na enaki ravni in predstavlja več kot polovico potreb po zdravljenju (Drev in sod. 2012:93). Med uporabniki prepovedanih drog, ki vstopajo v program zdravljenja, se beleži porast brezposelnih.

V letu 2011 se je med uporabniki nizkopražnih programov povečala uporaba vseh drog razen heroina (slabša kakovost in dostopnost), tako se število smrti zaradi heroina v letu 2012 ni povečalo, je pa naraslo število smrti zaradi metadona. Med anonimno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog se beleži porast okužb s hepatitisom B in C.

Podatki raziskave ESPAD kažejo, da se je med petnajst- in šestnajstletniki po letu 2007 razširjenost uporabe prepovedanih drog začela umirjati, kar bi lahko imelo dolgoročen vpliv na zmanjševanje umrljivosti. Je pa v Sloveniji uporaba hlapil in kanabisa večja, kot je povprečje uporabe med dijaki drugih držav, vključenih v raziskave ESPAD (Hibell in sod. 2012).

Zaključek

Rezultati poročila kažejo, da je bilo število neposrednih smrti zaradi uporabe prepovedanih drog v Sloveniji v letu 2012 značilno nižje od povprečja zadnjih sedmih let. Predoziranje z drogami, namerno, nenamerno ali neznanega namena, se v Sloveniji od leta 2007 zmanjšuje, a je v letu 2012 med moškimi zopet naraslo. V povprečju je bilo v obdobju 2004–2012 skoraj šestkrat več smrti moških kot žensk.

Najvišje število umrlih se pomika proti starejšim starostnim skupinam, kar skupaj s padcem YPLL ob povečevanju mediane starosti ob smrti kaže na to, da odvisniki umirajo vse starejši. Stopnje umrljivosti zaradi neposredne zastrupitve z drogami so v slovenskih regijah različne. Dve regiji precej izstopata, v eni bi na večje število smrti lahko vplivali socialno-ekonomski dejavniki, medtem ko je v drugi najverjetneje zelo pomemben vpliv največjega slovenskega pristanišča in lege ob italijanski meji.

Na višanje števila umrlih v letu 2012 bi lahko vplival trend zdravljenja uporabnikov drog, ki kaže, da se število prvih vstopnikov v zdravljenje niža, razlika med starostjo ob vstopu v zdravljenje in ob prvi uporabi katerekoli droge ali glavne droge pa viša. Da bi bilo treba poleg že obstoječega programa za uporabnike opiatov uvesti tudi druge programe zdravljenja, utemeljuje podatek, da uporaba kokaina, benzodiazepinov in kanabisa kot glavne ali dodatne droge ob vstopu v zdravljenje predstavlja več kot polovico vseh potreb po zdravljenju.

Število hospitalizacij zaradi prepovedanih drog, tako neplaniranih urgentnih sprejemov kot predoziranj in kombiniranih zastrupitev z več substancami, se je od leta 2009 do 2011 zmanjševalo, kar se ujema z zmanjšanjem umrljivosti. Na to, da bi se umrljivost utegnila še zmanjševati, kaže umirjanje uporabe drog med petnajst- in šestnajstletniki že od leta 2007 (podatki raziskave ESPAD), vendar nevarnost predstavljajo relativno velika uporaba hlapil med mladimi, porast smrti zaradi metadona med uporabniki drog, brezposelnost in porast okužbe s hepatitisom B in C med anonimno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog (Drev in sod. 2012).

Analiza podatkov devetletnega spremljanja zdravljenih uporabnikov drog

prim. dr. Jožica Šelb Šemerl

Uvod in metodologija

V prejšnjih dveh Nacionalnih poročilih o stanju na področju prepovedanih drog v RS smo natančneje predstavili metodologijo vključevanja zdravljenih uporabnikov drog v kohorto in metode računanja rezultatov ter tudi razlike v demografskih, socialnih in ostalih dejavnikih, ki se spremljajo na obrazcu Evidenca obravnave uživalcev drog. V tem prispevku smo se zato omejili na poročanje o trendih umrljivosti vseh oseb, vključenih v kohorto, in o skupinah vzrokov smrti zdravljenih uporabnikov drog v obdobju 2004–2012. V kohorto 2004–2006, ki smo jo spremljali do leta 2011, so bili samo dodani podatki zdravljenih uporabnikov drog, umrlih v letu 2012. Na enak način, kot sta bila računana starostno standardizirana stopnja umrljivosti in razmerje umrljivosti za vse člane kohorte in za tiste, ki so ob vstopu v zdravljenje kot vzrok za zdravljenje navedli zlorabo opioidov, smo računali oba parametra tudi za skupine umrlih članov kohorte, katerih vzrok smrti so bile bolezni, nenamerne zastrupitve ali samomori. Za skupino akutnih zastrupitev z drogami, za katero namen zastrupitve ni bil znan, nismo računali parametrov, ker je pri njej pravilno vpisovanje in kodiranje osnovnih vzrokov smrti problematično in bi pravilno kodirana samo povečala število

nenamernih in namernih zastrupitev. Stopnje umrljivosti v kohorti smo računali za osebe, stare 15–59 let, in jih primerjali s stopnjami umrljivosti moških in žensk v Sloveniji v letu 2008, ki je srednje leto opazovanja v kohorti. Na starost standardizirane stopnje umrljivosti (na staro evropsko standardno populacijo in umrljivost v Sloveniji v letu 2007), kot specifične na 1000, so računanane z imenovalcem osebe leta (person years – PY). Kumulativna umrljivost za posamezna leta je izračunana iz števila umrlih v predhodnih letih na 1000 let sledenja do definiranega leta.

Rezultati

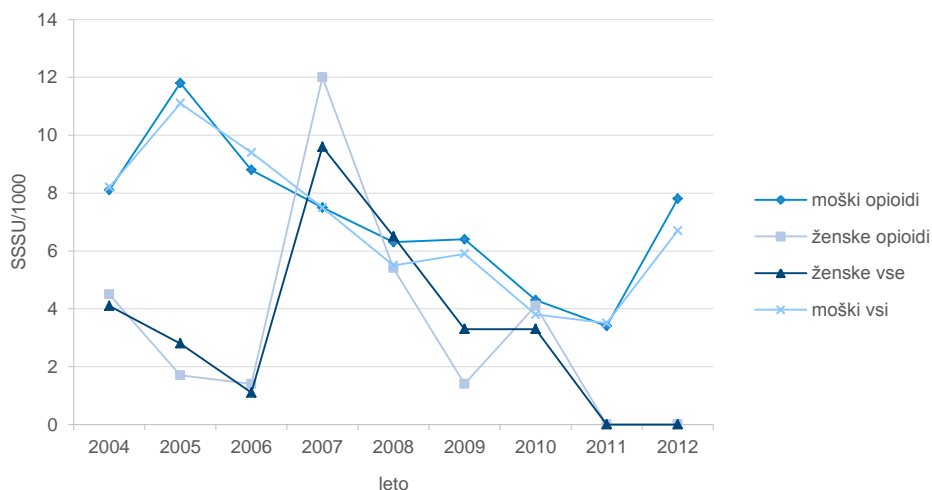
V obdobju 2004–2012 je med 3.949 zdravljenimi uporabniki drog, ki so bili vključeni v raziskavo v letih 2004–2006, umrlo 185 oseb, kar predstavlja 4,7 % vseh vključenih. V tem času je med vsemi vključenimi umrlo 5,3 % moških in 2,7 % žensk. Vse osebe smo spremljali 31.357,8 let (PY) in umrli predstavljajo 5,9 umrlih na 1000 zdravljenih uporabnikov drog, starih 15–59 let. Njihova stopnja umrljivosti je v primerjavi s stopnjo umrljivosti enako starih prebivalcev Slovenije (2,1/1000 umrlih) skoraj dvakrat višja, a standardizirana na starost nekaj več kot dvakrat višja. Razlika med umrlimi ženskami uporabnicami drog in enako starimi prebivalkami Slovenije je manjša (2,23 umrlih žensk na 1000 žensk) kot pri moških (3,8 umrlih moških na 1000 moških), kar postavlja umrljivost moških, ki so zdravljeni uporabniki drog, v relativno slabši položaj glede na ostale enako stare umrle moške prebivalce Slovenije, kot to velja za razmerje med ženskimi umrlimi uporabnicami drog glede na ostale enako stare umrle slovenske ženske.

Na starost standardizirane letne stopnje umrljivosti (SSSU) moških so bile višje kot na enak način izračunane stopnje umrljivosti žensk. Od leta 2005 do leta 2011 so se stopnje umrljivosti moških vsako naslednje koledarsko leto značilno ($R^2 = 0,5759$) zmanjševale za okoli enega umrlega na 2000 uporabnikov drog, a v letu 2012 so se zopet dvignile. Stopnje umrljivosti žensk se zmanjšujejo od leta 2007 naprej, čeprav ne značilno, a vendar kažejo na boljše zdravstveno stanje preživelih v zadnjih letih.

Na podlagi kumulativne umrljivosti v kohorti ocenjujemo, da se je z daljšanjem opazovanja članov kohorte tveganje za smrt pri njih po začetnem dvigu zmanjševalo, pri moških že od leta 2005, pri ženskah pa od leta 2008 naprej. Ker se stopnje umrljivosti članov kohorte s trajanjem opazovanja zmanjšujejo tako pri moških kot pri ženskah, a so po dvigu umrljivosti v letih vključevanja oseb v raziskavo padale, bi to lahko nakazovalo, da se stabilizirajo in tako predstavljajo gibanje umrljivosti zdravljenih uporabnikov drog po določenem času ob vstopu v zdravljenje. Bolj bi se temu približali, če bi analizirali samo tiste, ki so v zdravljenje vstopili prvič, in kohorto razdelili še v manjše rojstne kohorte.

Na starost standardizirane stopnje umrljivosti

Večino let so bile stopnje umrljivosti oseb, ki so ob vstopu v zdravljenje uporabljale opioide, višje kot stopnje umrljivosti vse zdravljenе populacije, in sicer zaradi manjšega števila opazovanih let tistih, ki so ob vstopu v zdravljenje uporabljali opioide, pri čemer so bili umrli v obeh skupinah večinoma odvisni od opioidov (Slika 6.7).



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – IVZ 14

Slika 6.7: Gibanje na starost standardiziranih stopenj umrljivosti zdravljenih uporabnikov drog in uporabnikov opioidov, po spolu, 2004–2012

Pri moških so bile stopnje umrljivosti najvišje med starimi strankami (7,84 umrlih na 1000 PY). Med novimi strankami in strankami na dolgotrajnem zdravljenju so bile stopnje enake (4,67 umrlih na 1000 PY). Pri ženskah so bile stopnje umrljivosti najvišje med tistimi, ki so bile na dolgotrajnem zdravljenju (5,54 umrlih na 1000 PY), in med starimi strankami (4,56 umrlih na 1000 PY).

Med osebami, ki so umrle v opazovanem obdobju, jih je 29,2 % umrlo zaradi nenamernih zastrupitev, 17,8 % zaradi samomorov, 18,4 % zaradi zastrupitev, katerih namen ni bil določen, 6,5 % zaradi transportnih nezgod, 5,9 % zaradi drugih nezgod in 22,2 % zaradi bolezni.

Med vzroki smrti so pri moških prevladovali nenamerne zastrupitve (27,7 %), sledili so naravni vzroki smrti (21,4 %). Na tretjem mestu so bile zastrupitve, za katere se ni vedelo, ali so bile namerne ali nenamerne, in na četrtem samomori.

Med 26 ženskami, ki so umrle v obdobju 2004–2012, jih je samo v letu 2007 umrlo 9. V vseh preostalih letih je bilo med ženskami 7 smrti zaradi predoziranja, ostalo so bile druge vrste nasilnih smrti in smrti zaradi bolezni.

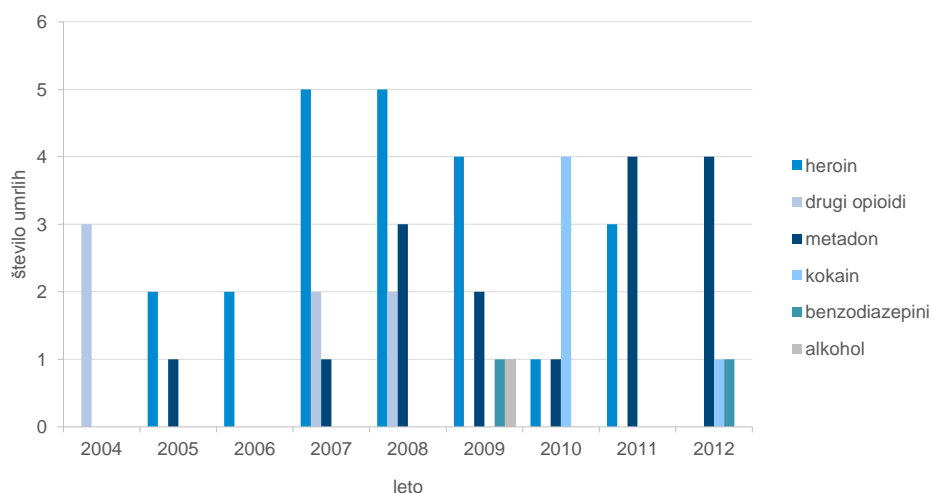
Akutne zastrupitve

V devetih letih opazovanja je med 3.949 člani kohorte zaradi nenamerne zastrupitve umrlo 53 oseb, to je 28,6 % vseh umrlih članov. 43 nenamernih zastrupitev pri moških predstavlja tretjino nasilnih smrti med vsemi smrtni moških, 10 nenamernih zastrupitev žensk je nekaj več kot polovica vseh nasilnih smrti med ženskami. Devetletna stopnja predoziranja je bila med moškimi 1,81/1000 PY in med ženskami 1,31/1000 PY.

Umrljivost zaradi nenamernih akutnih zastrupitev se je pri zdravljenih uporabnikih, zajetih v raziskavo, iz leta v leto spreminjala. Povprečna letna umrljivost moških je bila 5,3/1000 moških in 1,1/1000 žensk. V obdobju 2004–2012 se SSSU žensk ni spreminjala, medtem ko je pri moških rasla, a neznačilno ($R^2 = 0,2457$).

Na starost standardizirana vsakoletna kumulativna stopnja umrljivosti članov kohorte je v začetnem delu opazovanja pri moških padla, a od leta 2007, ko je bila najnižja, je vztrajno rasla. Med ženskami je naraščala od leta 2004 do 2010, v zadnjih dveh letih je padala.

Skupno število nenamernih zastrupitev s prepovedanimi drogami je bilo najvišje v letih 2007, 2008, 2009 in 2010, v letu 2011 je padlo in v letu 2012 zopet naraslo. Največ zastrupitev je bilo s heroinom (22 od 53) in z metadonom (16 od 53). V zadnjih letih se pojavljajo smrtne zastrupitve s kokainom, medtem ko zastrupitve z drugimi opioidi od leta 2008 niso bile zabeležene (Slika 6.8). Največ nenamernih smrtnih zastrupitev je med tistimi, ki se zdravijo, prekinajo zdravljenje in se ponovno vračajo: 32 med 44 moškimi in 8 med 10 ženskami. V povprečju so bili moški ob smrti stari 38,1 leto in ženske 34,2 leti. Najmlajši žrtvi med vsemi nenamernimi zastrupitvami sta bili moški, star 20,9 let, in ženska, stara 18 let. V prvih letih po vstopu v raziskavo so prevladovali nenamerne zastrupitve s heroinom, a v zadnjih z metadonom in kokainom.



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – IVZ 14

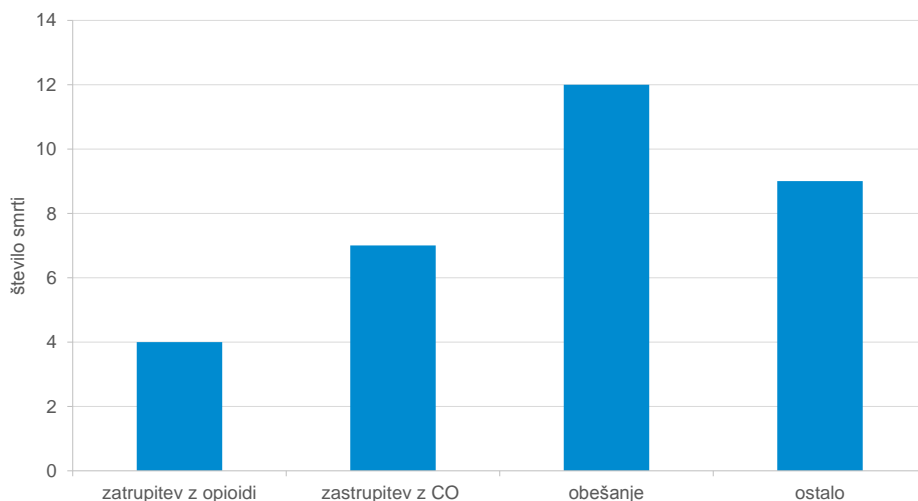
Slika 6.8: Število nenamernih zastrupitev med zdravljenimi uporabniki prepovedanih drog, po vrsti droge, 2004–2012

Samomori

V devetih letih opazovanja je v kohorti zaradi samomora umrlo 29 moških in 4 ženske, kar predstavlja 1,05 samomorov na 1000 let opazovanja ali 1,22/1000 med moškimi in 0,53/1000 med ženskami. Med moškimi je to 3,9-krat več, kot je bilo samomorov med enako staro slovensko moško populacijo v letu 2008, med ženskami zdravljenimi uporabnicami drog pa 7,8-krat več kot med enako starimi slovenskimi ženskami. Stopnja samomorilnosti med obema spoloma zdravljenih uporabnikov drog je nižja kot stopnja smrtnih zastrupitev.

Vsakoletna stopnja umrljivosti zaradi samomorov moških zdravljenih uporabnikov drog je v prvih treh letih nekoliko padla, od leta 2006 naprej je padala hitreje, a se je v letu 2011 in 2012 zopet dvignila na tisto iz leta 2008; med ženskami zdravljenimi uporabnicami drog sta bili zabeleženi ena do dve smrti vsakih nekaj let. Kumulativna umrljivost je padala pri obeh spolih in se še ni ustalila.

Nekaj več kot tretjino samomorov je bilo storjenih z obešenjem, petina samomorilcev se je zastrupila z ogljikovim monoksidom, desetina s heroinom, drugimi opiodi ali metadonom, desetina jih je umrla zaradi multiplih poškodb, ki so bile posledica skoka z višine, drugi načini samomorov pa predstavljajo manjše deleže (Slika 6.9). Povprečna starost moških ob samomoru je bila 32,8 let, najmlajši je bil star 23,8 let. Povprečna starost žensk je bila pet let nižja, najmlajša ženska, ki je storila samomor, je bila stara 22,1 leto. Vse umrle ženske so se že prej zdravile zaradi zasvojenosti s prepovedanimi drogami ali so bile na dolgotrajnem zdravljenju, medtem ko se je 24 od 29 moških že prej ali dolgotrajno zdravilo, preostali so bili novi, prvič obravnavani ali že obravnavani klienti.



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – IVZ 14

Slika 6.9: Število samomorov med zdravljenimi uporabniki prepovedanih drog, po vrsti samomora, 2004–2012

Med tistimi, ki so naredili samomor, je bilo več takih, ki so se že zdravili ali so bili na dolgotrajnem zdravljenju, kot med žrtvami nenamernih zastrupitev. Med samomorilci je bil tudi večji delež tistih, ki živijo s starši, onih, ki si nikoli niso vbrizgavali drog, ter nezaposlenih ali občasno zaposlenih, kot med tistimi, ki so bili žrtve predoziranja.

Ostale nasilne smrti

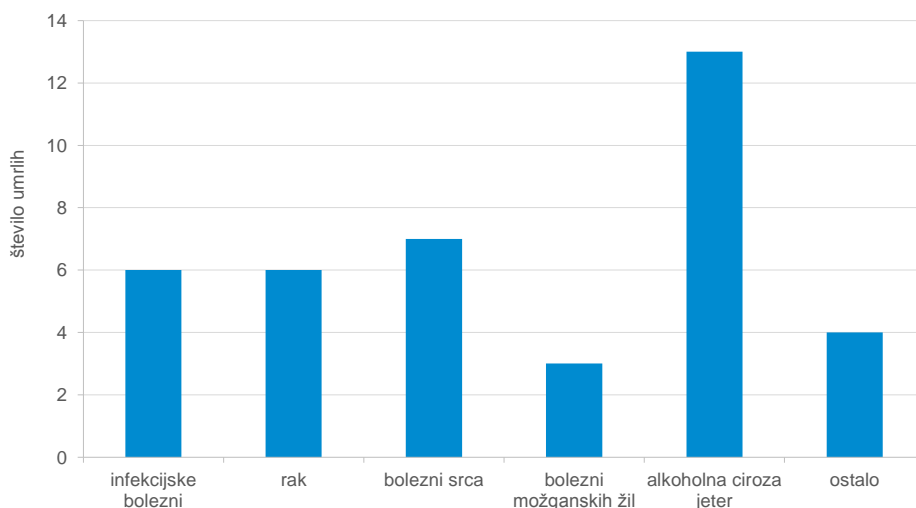
Med 144 nasilnimi smrtmi je bilo 12 transportnih nezgod, med njimi največ potnikov in voznikov v avtomobilu, sledijo motoristi ali sopotniki na motorju in zatem pešci. Štiri osebe so umrle kot žrtve napada in v sedmih primerih so bili vzroki nasilnih smrti padci, utopitve ali druge nezgode.

Naravni vzroki smrti

V opazovanem obdobju devetih let je zaradi bolezni oziroma naravnih vzrokov smrti med 3.949 zdravljenimi uporabniki drog umrlo 32 moških in 7 žensk, kar predstavlja 1,35 umrlih moških na 1000 PY in 0,92 umrlih žensk na 1000 PY. Moški, ki so umrli zaradi spremljajočih bolezni, so bili povprečno stari 42,6 let, a ženske 45,3 leta. Večina umrlih je z zdravljenjem začela že večkrat ali je bila na dolgotrajnem zdravljenju, samo štirje od devetintridesetih so bili na zdravljenju prvič. Zaradi nizkega števila umrlih v posameznih letih se ni moglo ugotoviti razlike med vplivom šele začetega ali dolgotrajnega zdravljenja na število smrti v kohorti.

Največ moških je umrlo v letih 2005–2007 in največ žensk v letih 2007–2009; pri moških se je število umrlih v letu 2012 v primerjavi z letom 2011 dvignilo. V letih 2012 in 2011 ni nobena zdravljena uporabnica drog umrla zaradi naravnih vzrokov smrti. Kumulativna umrljivost v kohorti je bila pri moških najvišja v letu 2005 in pri ženskah v letu 2007. Tveganje za smrt preostalih članov kohorte je v letu 2008 pri moških padlo za 1/1000 PY in je v nadaljnjih letih ostalo skoraj na isti ravni, a pri ženskah se je počasi zniževalo.

Alkoholna jetrna ciroza je bila najpogostejša bolezen, zaradi katere so zdravljeni uporabniki drog umirali (Slika 6.10). Med trinajstimi umrlimi zaradi alkoholne ciroze jeter sta bila samo dva, ki sta bila na zdravljenju odvisnosti prvič, ostali so bili povratniki ali na dolgotrajnem zdravljenju. Povprečna starost umrlih je bila 47,9 let, najmlajši umrli zaradi alkoholne ciroze jeter je bil star 31,5 in najstarejši 59 let. Enajst umrlih je pred zdravljenjem uporabljalo opioide, skoraj vsi heroin, za dva podatkov o glavni drogi pred vstopom na zdravljenje ni bilo. Šest jih je uživalo tudi alkohol.



Vir: Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – IVZ 14

Slika 6.10: Število bolezni kot vzrokov smrti med zdravljenimi uporabniki prepovedanih drog, po vrsti bolezni, 2004–2012

Umrli zaradi alkoholne ciroze jeter so po številu sledili umrli zaradi bolezni srca in žilja, ob smrti so bili stari od 23,7 do 56 let in so vsi prišli na zdravljenje zaradi uporabe heroina.

Polovica jih je kot drugo drogo ob vstopu v zdravljenje uporabljala kokain ali MDMA.

Na tretjem mestu po pogostosti bolezni je bilo šest umrlih zaradi kroničnega virusnega hepatitisa C ali HIV, AIDS-a, stari so bili od 28,9 do 44,2 let. Vsi so ob vstopu v zdravljenje uživali heroin in dva poleg tega še kokain. Nihče med njimi ni bil na zdravljenju prvič. Vseh šest si je drogo vbrizgavalo in večina ob vstopu na zdravljenje ni imela stalnega partnerja. Poleg hepatitisa C sta bila dva umrla pozitivna tudi na testiranju za hepatitis B.

Zaključek

Stopnja umrljivosti zdravljenih uporabnikov drog je nekaj manj kot dvakrat višja kot pri enako starih prebivalcih Slovenije. Količnik obeh umrljivosti je med moškimi nižji kot med ženskami, kar pri nižjih stopnjah umrljivosti žensk kaže, da je zdravje zdravljenih uporabnic drog slabše kot pri moških uporabnikih v primerjavi s populacijo moških oziroma žensk v Sloveniji.

Tveganje za smrt se je med zajetimi v zdravljenje zmanjševalo in se po devetih letih opazovanja še zmanjšuje pri ženskah, medtem ko se pri moških v zadnjem letu ne zmanjšuje več, za kar je vzrok porast nenamernih zastrupitev z metadonom in kokainom.

Stopnje samomorilnosti so med zdravljenimi uporabniki drog nižje kot stopnje nenamernih predoziranja in se postopoma zmanjšujejo. Delež nenamernih predoziranja je najvišji med tistimi, ki v zdravljenje vstopajo prvič, obratno pa je delež samomorov višji med tistimi, ki se zdravijo že dalj časa.

Nekaj manj kot petina vzrokov smrti, pri katerih namen zastrupitve ni naveden, zmanjšuje stopnje umrljivosti tako nenamernih predoziranja kot samomorov, a dobro je, da se število zastrupitev, katerih namen ni znan, zmanjšuje.

Poleg zastrupitev z drogami in samomorov so uporabniki drog umirali tudi v prometnih nezgodah in kot žrtve napadov ali drugih nezgod.

Najpogostejši bolezenski vzrok smrti pri zdravljenih uporabnikih drog so bile alkoholna ciroza jeter in bolezni srca in žilja. Polovica oseb, ki so umrle zaradi boleznih srca in žilja, je ob vstopu na zdravljenje navedla uporabo kokaina ali MDMA.

7. ODZIVI NA Z DROGAMI POVEZANE TEŽAVE Z ZDRAVJEM IN DRUGE POSLEDICE

Preventiva z drogami povezanih zastrupitev in smrti ter preventiva nalezljivih bolezni se izvajata v okviru javnozdravstvene mreže – v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog – ter v okviru nevladnih organizacij, in sicer so temu namenjeni predvsem nizkopražni programi za zmanjševanje škode. Poleg tega je pod okriljem Ministrstva za zdravje RS ustanovljena tudi medresorska delovna skupina Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi, ki strokovno javnost in uporabnike drog redno obvešča o pojavu nevarnih ali novih psihoaktivnih snovi. V okviru Centra za zastrupitve Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana deluje tudi 24-urna toksikološka informacijsko-konzultativna služba, ki nudi pomoč vsem slovenskim zdravnikom pri zdravljenju bolnikov, zastrupljenih s prepovedanimi drogami. Nevladna organizacija Združenje DrogArt uporabnikom psihoaktivnih snovi omogoča testiranje novih psihoaktivnih snovi, za katere uporabniki sumijo, da vsebujejo kaj nenavadnega oziroma da so njihovi učinki drugačni od pričakovanih.

V tem poročilu podrobneje predstavljamo programe za zmanjševanje škode na področju prepovedanih drog ter njihove mobilne enote. V okviru programov zmanjševanja škode potekata brezplačno razdeljevanje sterilnega materiala injicirajočim uporabnikom drog in svetovanje. Programi zamenjave igel potekajo v dnevnih centrih in na terenu, ki ga delavci nevladnih organizacij izvajajo na lokacijah, na katerih se zadržujejo uporabniki. Poleg zamenjave igel in distribucije drugih pripomočkov za injiciranje (alkoholne krpice, askorbinska kislina) terenski delavci in delavci v dnevnih centrih razdeljujejo tudi informativna gradiva o nalezljivih boleznih in manj tveganem injiciranju. V programe za zmanjševanje škode je bilo v letu 2012 razdeljenih 553.426 igel in brizg ter zabeleženih 11.639 stikov z injicirajočimi uporabniki drog. Šest nevladnih organizacij, ki izvajajo terensko delo s pomočjo mobilnih enot, je v letu 2012 skupaj prevozilo 148.797 kilometrov in obravnavalo 1.025 uporabnikov prepovedanih drog.

Visokopražni program Dnevni center za abstinence z dvojnimi diagnozami, ki deluje od leta 2005, je namenjen tistim, ki imajo poleg težav z zasvojenostjo še težave v duševnem zdravju. Do zdaj je bilo v ta program vključenih 40 ljudi, ki so se najpogosteje soočali z depresivno ali psihotično motnjo. Nekaj več kot tretjina obravnavanih je program uspešno zaključila, skoraj dve tretjini pa jih je izpadlo, večinoma zaradi pomanjkanja motivacije.

7.1 Preventiva pred zastrupitvami, smrtnimi primeri in nalezljivimi boleznimi, povezanimi z uporabo drog

Programi zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog v Sloveniji

dr. Ines Kvaternik

Osnovni cilji programov zmanjševanja škode na področju drog v Sloveniji so povečana socialna vključenost uporabnikov prepovedanih drog; zmanjšanje zdravstvenih in socialnih posledic, ki so posredno ali neposredno povezane z uporabo drog; podpora in pomoč tistim uporabnikom, ki želijo abstimirati v svojem okolju oz. se želijo vključiti v programe obravnave uporabnikov drog (komune, terapevtske skupnosti, detoksikacija); spodbujanje uporabnikov storitev za zmanjševanje škode k večji aktivnosti v smislu samopomoči, samoorganiziranosti, izražanja svojih stališč in potreb ter k medsebojnemu povezovanju; informiranje in ozaveščanje laične in strokovne javnosti o trendih na področju uporabe prepovedanih drog.

Prve poskuse sistematičnega uvajanja programov zmanjševanja škode na področju drog v Sloveniji zasledimo v začetku devetdesetih let dvajsetega stoletja. Prvi program zamenjave injekcij je bil vzpostavljen leta 1992, torej deset let po prvih takih programih po svetu in kot prvi v državah v tranziciji. Leta 1995 je bilo na sestanku na Otočcu na medresorski ravni doseženo soglasje o pomembnosti omenjenih programov. Programe zmanjševanja škode pa neposredno omenja tudi zakonodaja na področju drog, sprejeta 1999. V Zakonu o preprečevanju rabe nedovoljenih drog in obravnavi uživalcev nedovoljenih drog so v 13. členu omenjeni programi zamenjave igel, terensko delo z uživalci drog in drugi programi zmanjševanja škode. Pomembno mesto je omenjeni pristop dobil tudi v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009.

V nadaljevanju se bomo osredotočili predvsem na cilje, ki se nanašajo na preprečevanje in zmanjševanje zdravstvenih posledic, posredno ali neposredno povezanih z uporabo prepovedanih drog. To so: preprečevanje okužb s krvjo prenosljivih virusov (HIV, hepatitis) in drugih bakterijskih okužb; preprečevanje in možnost učinkovite obravnave predoziranj, zmanjševanje uživanja drog v javnosti in na javnih mestih; omogočanje kontakta z ljudmi, ki so sicer težko dosegljivi.

Program zamenjave sterilnega pribora za injiciranje je osnovno izhodišče za vse druge pristope v okviru zmanjševanja škode, saj je olajšan dostop do sterilnega pribora pomemben tako zaradi preventivnih razlogov preprečevanja okužb z nalezljivimi boleznimi kakor tudi zaradi boljšega dostopa do skrite populacije uporabnikov drog. V okviru programov zmanjševanja škode potekata brezplačno razdeljevanje sterilnega materiala injicirajočim uporabnikom drog in svetovanje. Programi zamenjave igel potekajo v dnevnih centrih in na terenu, ki ga delavci nevladnih organizacij izvajajo na lokacijah, na katerih se zadržujejo uporabniki. Poleg zamenjave igel in distribucije drugih pripomočkov za injiciranje (alkoholne krpice, askorbinska kislina) terenski delavci in delavci v dnevnih centrih razdeljujejo tudi informativna gradiva o nalezljivih boleznih in manj tveganem injiciranju.

V Sloveniji je v letu 2012 delovalo 10 programov¹⁰ zmanjševanja škode, ki so izvajali dejavnost zamenjave sterilnega pribora za injiciranje.

¹⁰ V okviru mreže programov zmanjševanja škode sicer deluje 11 programov. Od tega je program Združenje DrogArt usmerjen v ciljno skupino uporabnikov sintetičnih drog, kokaina in alkohola in zato ne izvaja programa zamenjave sterilnega pribora.



Vir: ZZV Koper, 2012

Slika 7.1: Pokritost s programi zmanjševanja škode v Sloveniji, 2012

Iz Slike 7.1 je razvidna relativno dobra pokritost Slovenije s programi zmanjševanje škode na področju drog v obliki dnevnihi centrov ali mobilnih enot. V tistih regijah, kjer ni dnevnihi centrov, se izvaja bodisi mobilna izmenjava sterilnega pribora za injiciranje bodisi klasično terensko delo s primarno ali sekundarno zamenjavo materiala ali pa terensko delo z mobilno enoto (Goriška regija, del Osrednjeslovenske regije in del Jugovzhodne Slovenije, del Koroške ter Pomurska regija). Nepokrito področje z omenjenimi programi ostajajo nekateri deli v Jugovzhodni Sloveniji ter del Koroške regije.

Nakup in razdeljevanje sterilnega materiala za varno injiciranje drog potekata prek Zavoda za zdravstveno varstvo Koper (ZZV Koper), ki je v letu 2012 redno oskrboval deset programov zmanjševanja škode in štiri mobilne enote, ki omogočajo izmenjavo sterilnega pribora na terenu. Materiale in delo v okviru programa financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V letu 2012 je bilo v omenjene programe vključenih 2.118 injicirajočih uporabnikov drog, med njimi je bilo 279 prvič registriranih.

V letu 2012 je ZZV Koper med programe zmanjševanja škode razdelil 553.426 igel in brizg. Vrnjenih igel in brizg je bilo 193.699, kar pomeni, da jih je bilo od vseh razdeljenih vrnjenih 35 %. V letu 2012 je bilo razdeljenih 79.063 igel in brizg manj kot v letu 2011. Sicer pa je bilo v letu 2012 v programih nizkega praga, v katerih se izvaja zamenjava sterilnega pribora, izvedenih 11.639 stikov.

Injicirajoči uporabniki prepovedanih drog lahko brizge za injiciranje kupijo tudi v lekarnah. V letu 2012 je bilo v lekarnah prodanih 121.846 brizg z integrirano iglo, največ na območju Osrednjeslovenske, Podravske in Gorenjske regije.

Zbiranje okuženega materiala je bilo organizirano v sedmih programih in štirih kombijih. Uporabljeni material se zbira v prostorih programov in mobilnih kombijih ter se shrani v varno embalažo, ki zaščiti osebo pred poškodbo z že uporabljeno iglo ali priborom. Odvoz materiala izvaja za to usposobljeno podjetje, ki ves material tudi ustrezno uniči. Strokovno

odvoz in uničenje rabljenih igel sta bila omogočena vsem programom zmanjševanja škode. V zadnjem obdobju so se na območju Osrednjeslovenske regije, predvsem v Ljubljani in Kranju, povečale potrebe po sistematičnem pregledovanju lokacij z infektivnim materialom predvsem zaradi povečanja števila brezdomnih injicirajočih uporabnikov prepovedanih drog in pojava »odprtih« scen uporabe drog v mestnih središčih. Zato je leta 2011 Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma začelo s sistematičnim pregledovanjem lokacij z infektivnim materialom, v katerega so vključevali tudi uporabnike drog. V letu 2012 je Stigma pobrala približno 19.000 igel, od tega 7.000 v Kranju (Gorenjska regija).

V letu 2011 je ZZV Koper v sodelovanju s programi zmanjševanja škode pripravil 65-urno izobraževanje z naslovom Strokovno delo na področju drog, ki ga je Socialna zbornica akreditirala s štirimi kreditnimi točkami. Izobraževanja se je v letih 2011 in 2012 udeležilo 42 zaposlenih na področju zmanjševanja škode, socialne rehabilitacije, zdravljenja in iz zavodov za prestajanje kazni zapora.

V letu 2013 je ZZV Koper v sodelovanju z IVZ in programi zmanjševanja škode na področju drog pripravil celovito dokumentacijo za vzpostavitev programa Varna soba za injicirajoče uporabnike drog, ki vključuje oceno stroškov in učinkov in bi dodatno pripomogla k zmanjšanju okužb z nalezljivimi boleznimi in k zmanjšanju posledic injiciranja na javnih mestih.

Programi zmanjševanja povpraševanja po drogah z mobilnimi enotami

Tamara Rakovec, Lidija Kristančič, dr. Jože Hren

Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju ministrstvo) je za program zmanjševanja povpraševanja po drogah v Sloveniji leta 2006 s strani Evropske komisije (s prehodnim javnim razpisom) prejelo 276.960,00 evrov. Na javnem razpisu, katerega predmet je bil dodelitev vozil, prirejenih za terensko delo na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah, je ministrstvo izbralo šest organizacij (društvo Zdrava pot – Maribor, javni zavod SOCIO – Celje, društvo Svit – Koper, zavod Pelikan/Karitas – delovanje po celotni Sloveniji, društvo Stigma – Ljubljana, društvo Projekt Človek – delovanje po celotni Sloveniji) ter vsaki od njih dodelilo v uporabo eno vozilo, s katerim so pričele izvajati svoj program junija 2007. Ministrstvo za zdravje pri programu z mobilnimi enotami sodeluje z Ministrstvom za družino, delo, socialne zadeve in enake možnosti. Slednje financira strokovne delavce, ki izvajajo aktivnosti z mobilnimi enotami.

Namen programa z mobilnimi enotami je povečevanje dostopnosti programov zmanjševanja povpraševanja po drogah, zmanjševanje regionalnih razlik in razlik med spoloma ter delo z obrobni skupinami prebivalstva. Glavni cilj izvajanja programa pa je zmanjševanje škode (predvsem zdravstvenih in socialnih posledic) pri osebah, ki uživajo prepovedane droge. Program omogoča tudi vzpostavitev stika z večjim številom uporabnikov prepovedanih drog, predvsem s tistimi, ki niso vključeni v nobeno obliko zdravljenja ali pomoči (skrita populacija uporabnikov prepovedanih drog). Terensko delo se izvaja s kombiji, v katerih sta pisarna in priročni ambulantni del. Aktivnosti, ki se izvajajo z mobilnimi enotami, so svetovanje, informiranje, skupinsko in individualno delo z uporabniki, obiski na domu, čistilne akcije, deljenje sanitarnega materiala, zamenjava igel in nudenje sterilnega pribora, nevezano testiranje, telefonski klici itd. Aktivnosti se izvajajo v okolju, kjer uporabniki živijo. Program je anonimen, vodi se le statistična evidenca uporabnikov prepovedanih drog.

Z izvajanjem programa organizacije pokrijejo celotno območje Slovenije (Tabela 7.1). V letu 2012 je bilo skupno prevoženih 148.797 kilometrov. Največ kilometrov letno prevozita društvi Stigma (36.682 km) in Zdrava pot (30.000 km), ki pokrivata širše območje svoje regije kot druge organizacije. Organizacije so skupno v petih letih in pol izvajanja programa prevozile približno 886.000 kilometrov.

Tabela 7.1: Območja izvajanja aktivnosti z mobilnimi enotami

| Organizacija | Območje izvajanja |
|-----------------------------|---|
| Zdrava pot (Maribor) | Radlje ob Dravi, Dravograd, Ravne na Koroškem, Maribor, Ptuj, Murska Sobota, Lendava. Manjši kraji po dogovoru Ormož, Ljutomer, Gornja Radgona, Lenart, Moškanjci, Slovenska Bistrica, Makole, Kidričevo, Hajdina, Brezno. |
| Socio (Celje) | Celje, Žalec, Velenje, Vojnik, Dobrna, Zreče, Slovenske Konjice, Štore, Šentjur, Šmarje, Podčetrtek, Rogatec, Rogaška Slatina, Polzela, Prebold, Braslovče, Laško, Sevnica, Šempeter, Liboje. |
| Svit (Koper) | Izola, Piran, Koper. |
| Karitas/Pelikan (Ljubljana) | Nova Gorica, Divača, Tolmin, Sevnica, Posavje, Prekmurje. |
| Stigma (Ljubljana) | Kočevje, Novo Mesto, Kranj, Ljubljana, Jesenice, Trbovlje, Kamnik, Pivka, Postojna. |
| Projekt Človek (Ljubljana) | Sopotnica, Kočevje, Novo Mesto, Ruše, Piran, Ravne na Koroškem. |

Vir: MZ

V letu 2012 so v mobilnih enotah skupno obravnavali 1025 uporabnikov prepovedanih drog, od tega je bilo 247 žensk in 778 moških. Z največ uporabniki prepovedanih drog se letno srečujeta društvi Stigma (v letu 2012 305 uporabnikov) in Zdrava pot (v letu 2012 303 uporabniki). Druge organizacije se v povprečju srečujejo s približno 100 uporabniki letno. Z največjim deležem uporabnic prepovedanih drog se je v letu 2012 srečalo društvo Zdrava pot, in sicer s 36,6 %, sicer pa je ženski delež med uporabniki prepovedanih drog pri drugih organizacijah v povprečju 20 %. V letu 2012 je bila povprečna starost moških uporabnikov prepovedanih drog 33 let, pri ženskah pa 32 let. Najmlajši uporabnik je bil star 15 let, najstarejši 65 let; najmlajša uporabnica je bila stara 17 let, najstarejša pa 55 let.

Program z mobilnimi enotami je skozi pet in pol let izvajanja dopolnil programe pomoči uporabnikom prepovedanih drog v Sloveniji. Z njim se je dostopnost do najbolj ogroženih skupin uporabnikov znatno povečala. Zaradi iztrošenosti vozil so se začele pojavljati tehnične težave, zato je potreba po novih vozilih vse večja. Lokalne skupnosti in uporabniki prepovedanih drog izražajo interes, da bi mobilne enote ostale v njihovem prostoru. Mobilne enote si še zlasti želijo tiste občine, kjer zaradi relativno majhnega števila uporabnikov drog in velikih stroškov delovanja stacionarnih oblik pomoči uporabnikom prepovedanih drog, letih v bližnji prihodnosti ni za pričakovati.

7.2 Odzivi na druge zdravstvene težave pri uporabnikih drog

Socialna rehabilitacija zasvojenih s pridruženimi duševnimi motnjami

Polona Kersnik

V zadnjih letih narašča število zasvojenih oseb z dvojnimi diagnozami, ki se vključujejo v rehabilitacijo zasvojenosti v Društvu Projekt Človek. Zato smo v društvu razvili individualiziran visokopražni program Dnevni center za abstinate z dvojnimi diagnozami (DC-DID), ki deluje od leta 2005. Program je namenjen tistim, ki imajo poleg težav z zasvojenostjo še težave v duševnem zdravju. Namen programa je, da se uporabniki učijo osnovnih življenjskih spretnosti in navad, hkrati pa imajo različne možnosti za razvijanje svojih notranjih potencialov. Program je namenjen zasvojenim s pridruženimi težavami v duševnem zdravju na področju celotne Slovenije.

Opis programa

Pogoj za vstop v program je abstinenca od vseh psihoaktivnih snovi, vključno z alkoholom in benzodiazepini. Med programom lahko posameznik prejema le od psihiatra predpisano farmakoterapijo (za katero prinese potrdilo), ki ne vključuje benzodiazepinov, opiatov, opiatnih analgetikov ali opiatne substitucijske terapije. Ob vstopu v program naj bi posameznik imel urejene tudi osebne dokumente in zdravstveno zavarovanje. Ker je program plačljiv, je pomembno, da ima posameznik na voljo minimalna finančna sredstva v višini denarne socialne pomoči, ki pa jo lahko ureja tudi po vstopu v program. Program traja do tri leta in poteka v treh fazah, v katerih uporabniki sledijo ciljem individualnega terapevtskega načrta. Program poteka (v prvih dveh fazah) v Dnevnom centru v Ljubljani vsak delavnik od 7. do 17. ure, in sicer po stalnem urniku, da se posameznik nauči strukturirati in planirati svoj čas. V urnik so vključene dejavnosti, preko katerih uporabnik programa pridobiva nove izkušnje abstinenčnega življenja. Urnik je sestavljen iz vsakodnevnih delovnih aktivnosti, pri katerih so uporabniki razdeljeni v tri delovne skupine. V delovni skupini Kuhinja pod mentorstvom zaposlenega delavca sami pripravljajo zajtrk, kosilo in malico za celotno skupino (za okvirno 12 oseb); učijo se pripravljanja obrokov in razporejanja dela, odgovorni za kuhinjo skrbi tudi za tedensko nabavo živil. V delovni skupini Higiena čistijo prostore centra, ob čemer se učijo skrbi za čistočo in urejenost prostorov, v katerih bivajo; odgovorni za higieno skrbi tudi za zalogo čistil, papirja, brisač in drugih pripomočkov. V delovni skupini Vzdrževanje se učijo osnovnih popravil ter skrbi za hišo in okolico (vrt z dvoriščem).

V delovnih skupinah se posamezniki učijo vsakodnevnih opravil in prevzemanja odgovornosti v svojem življenju ter se pripravljajo na samostojnost, kar je tudi končni cilj celotnega programa. V programu velja več internih pravil in omejitev z namenom, da se uporabniki naučijo sprejemati pravila in omejitve ter se ob tem naučijo tudi, da ima vsako dejanje svoje posledice. Če posameznik krši pravila ali ne opravlja svojih zadolžitev, sledijo ukrepi: opozorila, ukinitve ugodnosti (kave, priboljškov) za določen čas, dodatne delovne naloge. V kolikor se kršitve ponavljajo, se ukrepi stopnjujejo: najprej gre za intenzivno osebno delo na določeni temi; sledi ukrep razmisleka, ko se uporabnik vrne v domače okolje in razmisli, ali želi pri sebi kaj spremeniti in se v programu bolj potruditi; zadnji ukrep je prekinitve sodelovanja, če uporabnik še naprej krši osnovna pravila (abstinenca od psihoaktivnih snovi,

nenasilje do sočloveka) ali če ne dela aktivno na svojih temah in ciljih, postavljenih v individualnem terapevtskem načrtu.

Terapevtsko delo v ožjem smislu poteka v obliki terapevtskih skupin dvakrat tedensko ter individualnih pogovorov enkrat tedensko oz. po potrebi; enkrat tedensko poteka seminar (edukacijska skupina) na določeno temo: preventiva recidiva, direktna komunikacija, dinamika zasvojenosti ipd. Med celotnim programom s posameznikom individualno dela in spremlja potek rehabilitacije en strokovni delavec oz. terapevt, ki uporabniku pomaga postaviti individualne cilje na omenjenih življenjskih področjih, ga na skupinah usmerja in mu daje smernice za terapevtsko delo. V centru sta poleg dveh terapevtk zaposlena še dva laična delavca, ki sta odgovorna za organizacijo in izvedbo urnika, za posamezne delovne skupine ter za družabne, ustvarjalne in športne aktivnosti.

Terapevtski cilji programa v prvi fazi so vzdrževanje abstinence, preventiva recidiva, učenje rednosti in točnosti, učenje opravljanja osnovnih gospodinjskih opravil in pridobivanje delovnih navad, ugotavljanje rizičnih in zaščitnih faktorjev za nastop tako zasvojenosti kot pridruženih duševnih motenj, motiviranje za nadaljnje zdravljenje, reševanje čustvenih stisk, učenje socialnih veščin ter sprejemanje duševnih motenj (preko seminarjev in terapevtskih skupin). Kriteriji za prehod v naslednjo fazo je pozitiven odziv skupine in terapevta, pri čemer posameznik ob odzivi skupine ovrednoti svoj napredek oz. dosedanje delo po posameznih ciljih, ki si jih je zastavil.

Cilji programa v drugi fazi so: intenzivno delo na odnosih s starši (od kod izvirajo znane reakcije v medosebnih odnosih – odkrivanje ozadja zanje na podlagi preteklosti); realna krivdna vedenja (morebitne sodne obravnave); sprejemanje samega sebe; občutki krivde in zamere iz preteklosti (načrt sprave); identiteta; zaznavanje in izražanje čustev in potreb; preventiva recidiva; odnos do alkohola (branje knjige s tematiko uživanja alkohola in povezava z lastno izkušnjo ter odločitev glede tega).

V zadnji fazi programa uporabnikom pomagamo vključiti se nazaj v družbo. Pomagamo jim oblikovati vsakodnevno življenje, pa najsi bo to nadaljevanje šolanja, zaposlitev, pomoč pri reševanju stanovanjske problematike, spodbuda pri iskanju hobija izven programa...V fazi reintegracije postopoma zmanjšujemo strukturirane aktivnosti »od zunaj« (s strani programa), kajti posameznik naj bi strukturo ponotranjil in si sam razporedil svoj čas. Tako je postopoma tudi program vedno manj intenziven. Sprva poteka trikrat tedensko, potem pa uporabnik obiskuje le še podporne pogovore in terapevtsko skupino. Cilj tega je, da posameznik v predhodni fazi pridobljeno znanje ter utrjene življenjske in delovne navade in veščine aktivno prenaša v vsakodnevne življenjske situacije.

Program je individualiziran glede na specifične potrebe posameznika, ki izhajajo iz problematike pridružene duševne motnje. Glavne značilnosti individualizacije se nanašajo na individualni terapevtski načrt (cilji rehabilitacije), poudarjeno je izobraževanje uporabnika o pridruženih duševnih motnjah ter njeni povezanosti z uživanjem psihoaktivnih snovi. Neposredno soočenje uporabnikov in socialni pritisk sta zmanjšana oziroma odsotna, poudarjena pa sta izobraževanje in intenzivno delo s svojci. Zmožnostim posameznika so lahko prilagojene tudi struktura dneva (urnik, pravila, odgovornosti) in delovne aktivnosti (razmerje med počitkom in izbirnimi aktivnostmi). Terapevtske skupine so krajše in imajo manj članov; več je

individualnega spremljanja in pomoči pri opravih. Poudarjena sta empatičen pristop do uporabnikov in iskanje pozitivnih virov.

Program lahko poteka v ambulantni, dnevni ali stanovanjski obliki. Posameznik se lahko vključi v dnevno obliko programa, če ima doma, kjer biva, glede psihoaktivnih snovi in alkohola zagotovljeno varno okolje (24-urno spremstvo ključnih bližnjih oseb) in če bivališče ni preveč oddaljeno od Ljubljane (možnost prevoza). V kolikor posameznik doma nima varnega okolja ali je njegovo bivališče preveč oddaljeno, se vključi v stanovanjsko obliko programa. V tej so uporabniki integrirani v skupnost uporabnikov brez pridruženih motenj in bivajo (spijo) v Terapevtski skupnosti v Sopotnici pri Škofji Loki, vsak delovnik pa jih vozimo v Ljubljano. Ambulantna oblika programa je primerna predvsem v fazi reintegracije, ko oseba opušča varno okolje, in v primerih, ko je posameznik že družbeno integriran, a še potrebuje strokovno spremljanje oz. obravnavo za vzdrževanje abstinence.

Program vključuje paralelno diagnostiko in psihiatrično obravnavo pridruženih motenj, pri čemer sodelujemo z zunanjimi zdravstvenimi ustanovami, saj v društvu nimamo zaposlenega zdravnika oz. psihiatra. Pri obravnavi zasvojenih z dvojno diagnozo se srečujemo z različnimi problemi, zlasti s fenomenom „vrtljivih vrat“, kar pomeni, da oseba večkrat vstopa in izstopa v različne oblike zdravljenja v različnih institucijah. Problematično je tudi neredno jemanje ali samovoljno opuščanje farmakoterapije, nezadostna podpora svojcev, vprašanje dolgoročne nadomestne terapije s ciljem stabilizacije posameznika ter pomanjkljive spalne kapacitete, ki ne omogočajo, da bi celoten program potekal ločeno od ostalih programov zdravljenja, kar nekoliko zmanjšuje možnosti prilagajanja programa specifični populaciji.

V obdobju 2005–2013 je bilo v ta program vključenih 40 oseb, od tega 30 % oseb z diagnosticirano depresivno motnjo, 30 % oseb s psihično motnjo, 10 % z bipolarno motnjo, 10 % oseb z mejno osebnostno motnjo, 10 % oseb s simptomi posttraumatske stresne motnje, 5 % oseb s panično motnjo in obsesivno kompulzivno motnjo, 5 % oseb s psihoorganskim sindromom, 5 % oseb s simptomi narcisistične osebnostne motnje. Pri teh osebah je lahko prisotnih tudi več pridruženih duševnih motenj hkrati (multimorbidnost).

Učinkovitost programa

Učinke programa najpogosteje merimo po zaključku programa, in sicer glede na uporabnikovo uspešnost vzdrževanja abstinence in glede na uspešnost integracije v družbo (vključenost v šolanje in/ali zaposlitev, vzpostavitev zdrave socialne mreže, kakovostno preživljanje prostega časa ipd.). Tako je od 40 do zdaj vključenih uporabnikov 35 % uporabnikov program zaključilo uspešno, 62,5 % jih je izpadlo (v večini zaradi pomanjkanja motivacije), 2,5 % pa je še vključenih v program. Od uporabnikov, ki so program zaključili uspešno, jih 78,6 % abstiniira in so reintegrirani. Uspešnost uporabnikov merimo z metodo individualnega intervjuja in/ali anketo enkrat letno, uporabniki pa svoje delo vrednotijo sproti.

Zaključek

V Sloveniji je ponudba programov psihosocialne rehabilitacije za zasvojene osebe s pridruženimi duševnimi motnjami pomanjkljiva, tako na področju socialno-varstvenih kot tudi zdravstvenih storitev. Po drugi strani je opazen trend naraščanja tovrstne populacije. Program Društva Projekt Človek zapolnjuje vrzel na tem področju, saj populaciji s tovrstnimi težavami nudi dolgotrajno spremljanje in reševanje stisk v varnem okolju ter poglobljeno obravnavo z relativno visoko uspešnostjo po zaključku programa.

8. Z UPORABO DROG POVEZANA SOCIALNA PROBLEMATIKA IN REINTEGRACIJA

Socialna problematika, povezana z uporabo prepovedanih drog, sodi v resor Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Strokovne aktivnosti, namenjene reševanju te socialne problematike, se izvajajo v okviru javne službe (62 centrov za socialno delo) ter v okviru zasebnikov in nevladnih organizacij, ki izvajajo dopolnilne programe socialnega varstva. V letu 2012 je bilo na centrih za socialno delo 220 obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog. V socialnovarstvene programe na področju preprečevanja zasvojenosti s prepovedanimi drogami, ki jih sofinancira Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, pa je bilo v letu 2012 vključenih približno 4.500 uporabnikov. Podatke o socialnovarstvenih programih na nacionalni ravni zbira Inštitut RS za socialno varstvo, podatki o obravnavah, ki jih izvajajo centri za socialno delo, pa se zbirajo v bazi socialnih podatkov. Za potrebe nacionalnega poročila te podatke zbere in uredi Inštitut RS za socialno varstvo.

Raziskava o potrebah uporabnikov prepovedanih drog, ki nudijo seksualne storitve, je pokazala, da je nudenje teh storitev pri večini posledica uporabe drog. Med uporabniki, ki nudijo seksualne storitve, je več žensk (89 %) kot moških (10 %). Večina pa se je s to dejavnostjo začela ukvarjati zelo mladih, še pred 20. letom starosti. Večinoma delajo samostojno in imajo do tri stike na dan, dnevno pa zaslužijo do 100 evrov, nekateri tudi več. Pri uporabi drog izstopa uporaba kokaina, sledijo tablete in heroin, več kot polovica pa droge injicira. Dve tretjini anketiranih ima zdravstvene težave, več kot polovica jih je že bilo obsojenih na zaporno oziroma pogojno kazen.

V letu 2012 je začel delovati projekt socialnega podjetništva, v okviru katerega se mladi z izkušnjo uporabe drog usposablajo za delo na področju oblikovanja, programiranja in spletnih aplikacij ter se tudi zaposlujejo.

8.1 Socialna izključenost in uporaba drog

Raziskava Ugotavljanje potreb uporabnic/uporabnikov prepovedanih drog, ki nudijo seksualne storitve

dr. Ines Kvaternik

Zavod za zdravstveno varstvo Koper (ZZV Koper) je leta 2012 v sodelovanju z nevladnimi organizacijami¹¹ izvedel raziskavo o potrebah uporabnikov/uporabnic¹² prepovedanih drog, ki

¹¹ V raziskovalnem procesu so sodelovali: Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma, Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam SVIT Koper, Javni zavod Socio, ŠENT – slovensko združenje za duševno zdravje, enota Nova Gorica, Društvo Pot Ilirska Bistrica, Združenje DrogArt, Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice.

¹² V besedilu bomo za oba spola uporabljali moško obliko ednine, tako zaradi lažjega zapisovanja in razumevanja besedila (npr. uporabniki drog, izvajalci, anketiranci) kot zato, da uporabnic drog ne bi posebej izpostavljali in dodatno stigmatizirali, saj seksualne storitve nudijo tudi moški uporabniki.

nudijo seksualne storitve. Ciljna populacija raziskave so uporabniki prepovedanih drog, ki so v stiku z omenjenimi programi in nudijo seksualne storitve. Glavni cilj raziskave je dokumentirati potrebe omenjene ciljne skupine, za katero smo izhodiščno predpostavili, da presega zgolj potrebe po informiranju o varni spolnosti in spolno prenosljivih boleznih. Ugotoviti smo želeli, s katerimi tveganimi situacijami se omenjena ciljna skupina sooča in kako jih rešuje, koliko je informirana o zdravstvenih tveganjih, ki so povezana z nudenjem seksualnih storitev, kako skrbi za svoje zdravje, v kakšnih socialnih in ekonomskih razmerah se nahaja, koliko informacije o preprečevanju okužb s spolno prenosljivimi boleznimi upošteva v konkretnih situacijah in katere storitve zmanjševanja škode bi potrebovala.

Metodologija in vzorec

Raziskavo smo izvedli v dveh fazah. V prvi fazi smo anketirali uporabnike prepovedanih drog, ki nudijo seksualne storitve. Na anketni vprašalnik je odgovorilo 30 uporabnikov, ki nudijo ali so v preteklosti nudili seksualne storitve. Z njimi smo prišli v stik preko terenskih delavcev, strokovnih sodelavcev na področju zmanjševanja škode, ki so pri navezovanju stikov prišli do anketirancev z uporabo metode snežne kepe. Anketiranje se je izvajalo v Ljubljani, Kopru, Celju, Ilirski Bistrici in Novi Gorici v obdobju med junijem in septembrom 2012. Pri vzpostavitvi stikov z anketiranci so imeli strokovni delavci kar nekaj težav. Najtežje je bilo uporabnike drog motivirati za sodelovanje v raziskavi. Med anketiranjem pa so ugotavljali, da je tega pojava bistveno več, kot si uporabniki upajo izpostaviti.

Vprašalnik je sestavljen iz vprašanj zaprtega in odprtega tipa. Odgovore na vprašanja zaprtega tipa smo obdelali s programom za obdelovanje podatkov SPSS. Odgovore na vprašanja odprtega tipa smo kodirali in jih analizirali.

V drugi fazi smo izvedli fokusno skupino s šestimi strokovnimi delavci, ki so zaposleni v programih zmanjševanja škode na področju drog in so sodelovali v procesu anketiranja. Za potrebe fokusne skupine smo izdelali opomnik, na podlagi katerega smo zbrali demografske podatke o uporabnikih drog, ki nudijo seksualne storitve, in definirali tvegane situacije, s katerimi se uporabniki drog srečujejo pri nudenju omenjenih storitev, ocenili smo tudi njihovo zdravstveno stanje, potrebe in podobno. Pridobljene podatke smo kodirali in analizirali.

Rezultati

Demografski podatki

Med uporabniki drog je zelo veliko občasne prostitucije. Na Obali in v osrednjeslovenski regiji naj bi seksualne storitve občasno nudilo okoli 80 % uporabnikov drog, v severnoprimerški regiji pa za 10 % več. Nekoliko manjši naj bi bil odstotek v celjski regiji, in sicer 30 %.

Analizi anket in fokusne skupine kažeta, da je med uporabniki, ki nudijo seksualne storitve, več žensk (89,7 %) kot moških (10,3 %); večinoma imajo osnovnošolsko in srednješolsko izobrazbo. Povprečna starost anketirancev je 34 let (najmlajši 23, najstarejši 59).

Večina anketiranih se je začela s to dejavnostjo ukvarjati, ko so bili še zelo mladi. Več kot polovica jih je začela pred 20. letom starosti. 31 % anketiranih se je s tem začelo ukvarjati, ko so bili še mladoletni.

Več kot polovica anketiranih je bila v to dejavnost uvedena prek prijateljev ali znancev, zvodnikov ali drugih prostitutk. Večina anketiranih ima stalnega partnerja (55 %), pri čemer je 58 % partnerjev seznanjenih s tem, da njihovi partnerji nudijo seksualne storitve drugim. Tretjina vprašanih ima otroka.

Nudenje seksualnih uslug

Analizi kažeta, da večina anketiranih prihaja v stik s strankami preko mobilnega telefona, preko poznanstev, oglasov, spleta, zvodnika, na ulici ali kar osebno. Nekaj jih prihaja v stik s strankami priložnostno (*»srečaš človeka, spregovoriš par besed in takoj veš, koliko je ura«*), preko ostalih strank, preko druge prostitutke. Le eden od anketiranih navaja, da ima samo eno stranko. Najpogosteje delajo v avtu, v lastnem stanovanju, pri stranki doma in na ulici. Nekaj jih nudi seksualne storitve tudi preko spleta, v masažnih salonih, v barih, v stanovanjih zvodnikov, v naravi in pri prijateljih. Uporabniki, ki nudijo seksualne storitve, navezujejo stike s strankami tudi preko spletnih portalov. Predstavitev na enem od teh portalov lahko vsebuje precej zelo osebnih podatkov (npr. ali oseba uživa droge, ali je okužena s kakšnim virusom). Obiskovalci takega spletnega mesta lahko uporabnice tudi ocenjujejo.

Anketirani večinoma delajo samostojno (80 %) in imajo zelo različno število stikov s strankami dnevno. Večinoma imajo do 3 stike na dan, 10 % anketiranih pa tudi do 10. 82 % anketiranih ima redne stranke, le 18 % jih navaja, da njihove stranke niso redne.

Dobra polovica anketiranih se je začela ukvarjati s prostitucijo zaradi preživetja (kot razlog so navajali denar, vir zaslužka, pomanjkanje denarja, preživetje). Anketirani zaslužijo zelo različno. Večina je navedla, da zasluži do 100 evrov dnevno, sledijo tisti, ki zaslužijo do 200 evrov dnevno, nekateri do 300 evrov. Obstajajo pa tudi taki, ki dnevno zaslužijo celo do 1000 evrov.

Ocena zdravja

71 % anketiranih ima urejeno obvezno in dodatno zdravstveno zavarovanje. Večina obiskuje zdravnika po potrebi, nekaj manj kot polovica (48 %) redno ginekologa. Več kot dve tretjini anketiranih navaja, da imajo zdravstvene težave, med katerimi so najpogostejše tiste, ki so posledica zlorabe drog (27 %). 10 % anketiranih navaja, da imajo virusne okužbe. Druge zdravstvene težave so težave v duševnem zdravju, glavoboli, nizka teža, revma, težave z ožiljem in srcem ter rane.

Analizi kažeta, da uporabniki drog, ki nudijo seksualne storitve, veliko vedo o načinih prenašanja okužb z nalezljivimi boleznimi (90 % anketiranih je seznanjenih z informacijami o prenosu spolnih bolezni), da pa teh informacij v vsakdanjem življenju ne uporabljajo, saj se vedejo zelo tvegano in kondomov pri spolnih odnosih večinoma ne uporabljajo. Več kot polovica anketiranih nikoli ne uporablja kondomov s svojim partnerjem. Pričakovali bi, da osebe, ki nudijo seksualne storitve, bolje skrbijo za svoje zdravje. Zavedati bi se morale, da bodo tvegana spolna in druga vedenja lahko dolgoročno negativno vplivala na njihovo življenje (poškodbe, okužbe, obolenja, vzorec obnašanja, samopodoba ...). Zlasti glede na tveganja za okužbe s spolno prenosljivimi obolenji bi pričakovali, da pogosteje obiskujejo ginekologa in da pri občevanju s strankami in predvsem s svojimi partnerji pogosteje uporabljajo kondome.

Analizi kažeta, da uporabniki prepovedanih drog, ki nudijo seksualne storitve, nimajo bistveno drugačnih težav kot tisti, ki teh storitev ne nudijo. *»Večina težav izvira iz zlorabe drog in ne iz seksualne dejavnosti.«* Med zdravstvene težave so sogovorniki umestili še posledice nasilja, (zlo)rabo tablet in neželjeno nosečnost. Posebej so poudarili, da se zdravstvene težave problematičnih uporabnikov drog začnejo kazati ob vzpostavitvi abstinence. *»Ja, pa tudi abstinenca je problem, začne abstimirat in potem se začne razvoj bolezni.«*

Izsledki analize fokusne skupine med uporabniki prepovedanih drog, ki nudijo seksualne storitve občasno, in tistimi, ki jih nudijo redno, kažejo razliko v odnosu do svojega zdravja. *»Tisti, ki to počnejo občasno, zelo skrbijo za svoje zdravje.«* Sogovorniki opažajo, da gredo uporabniki drog, ki nudijo seksualne storitve, k zdravniku šele takrat, ko se njihovo zdravstveno stanje zelo poslabša: *»/.../ ko so stvari že dovolj hude, ko nimajo več kaj za zgubit, ko je jasno, je vidno, in zdej, če se da še kaj rešit, je ok, če ne sem pa itak v riti ...«*

Droge

Nudenje seksualnih storitev je pri večini posledica uporabe drog. *»Prostitucija je zgolj sredstvo za pridobivanje denarja, ki ga nato porabijo za nakup drog.«* 79 % anketiranih uživa droge, od teh jih je 80 % začelo uživati droge pred začetkom nujenja seksualnih storitev, 20 % pa je takih, ki so začeli uživati droge zaradi te dejavnosti. Analizi sta pokazali, da pri anketiranih izstopa uživanje kokaina, sledijo tablete, heroin, THC, metadon, stimulansi in alkohol. Več kot polovica anketiranih droge injicira, sledijo snifanje, kajenje ter oralno uživanje. Polovica jih droge uživa redno. 82 % anketiranih je vključenih v substitucijsko terapijo.

Uporabniki drog, ki nudijo seksualne storitve redno in že več časa, mnogokrat uživajo droge zato, da bi lahko preživel. Večina anketiranih droge nikoli ni ponudila stranki, po drugi strani pa stranke pogosto ponudijo droge, saj je kar 82 % anketiranih na vprašanje, ali vam je stranka kdaj ponudila droge, odgovorilo pritrdilno. V primerih, ko stranka ponudi drogo, je ta namenjena kot plačilno sredstvo ali kot sredstvo za povečanje užitka v spolnosti in ob skupnem zaužitju.

Nasilje

Večina anketiranih (63 %) navaja, da pri nujenju seksualnih storitev ne doživljajo nasilja. 37 % anketiranih pa pove, da pri omenjeni dejavnosti doživljajo nasilje, večinoma več vrst nasilja hkrati, od fizičnega (23 %), psihičnega (33 %), ekonomskega (30 %) do spolnega (17 %) in verbalnega (17 %). Do anketirancev so večinoma nasilne stranke (17 %), sledijo zvodniki in partnerji.

Izsledki analize fokusne skupine kažejo, da uporabniki drog, ki nudijo seksualne storitve, pogosto živijo pri zvodniku oziroma z njim ali s starejšimi moškimi, pri čemer so v podrejenem položaju. *»Pogosto se zgodi, da 'klient' ne želi uporabiti zaščite, kar je tudi neka vrsta nasilja.«* Kot posebej tvegane situacije so bile označene tiste, ki so povezane z zvodniki (zapiranje, primeri skupinskega posilstva ipd.).

Kršenje zakona

Večina anketiranih je že bila v kazenskih postopkih, vendar ne zaradi prostitucije, ampak zaradi drugih kaznivih dejanj in prekrškov, povezanih z nabavo in nakupom prepovedanih drog.

Več kot polovica (53 %) anketiranih je že bila obsojena na zaporno oziroma pogojno kazen, kar pa ne pomeni, da so kazen že prestali. Večinoma so bili zaprti zaradi posedovanja ali preprodaje prepovedanih drog, manjših ali večjih tatvin, nasilja in prevoza ilegalcev.

Zaporno kazen je prestajalo 34 % anketiranih. 7 % anketiranih je bilo v priporu, 20 % jih je prestajalo zaporno kazen do enega leta in pol, skoraj 7 % več kot toliko, 66 % anketiranih pa ni še nikoli prestajalo zaporne kazni.

Zaključek

Ker je nudenje seksualnih storitev za večinsko družbo dosti bolj nesprejemljivo vedenje kot uporaba prepovedanih drog, je omenjena ciljna skupina dvojno stigmatizirana, zaradi česar so njihove potrebe pogosto spregledane. Uporabniki drog, ki nudijo seksualne storitve, so v svojem okolju večinoma stigmatizirani, vendar ne zgolj zaradi uživanja drog ali nudenja seksualnih storitev, temveč zaradi skupka vsega, kar počnejo: uporaba drog, kaznovanost, prostitucija, izstopanje zaradi obnašanja, nasilje ...

Večina anketiranih (64 %) bi s to dejavnostjo rada prenehala. Za to pa bi potrebovali predvsem več pomoči pri urejanju nastanitve, zaposlitve in reševanju drugih težav, ki so posledica stigme, povezane z uživanjem drog in nudenjem seksualnih storitev. Omenjena ciljna skupina potrebuje bolj ciljno preventivo tako na področju preprečevanja okužb z nalezljivimi boleznimi kakor tudi na področju zmanjševanja škode (bolj ciljne informacije). Vzpostaviti bi bilo treba telefonsko svetovanje in nuditi prostor, ki ne bi bil povezan z družtvi za nudenje pomoči uživalcem drog. Ti ljudje potrebujejo pogovor, občutek varnosti, svetovanje, posebno zdravstveno obravnavo in vključitev v posebne podporno-svetovalne programe, kjer bi lahko bili deležni tudi psihoterapevtskih obravnav.

8.2 Socialna obravnava in reintegracija

mag. Simona Smolej, Marjeta Ferlan Istinič

Zakonski okvir za delovanje sistema socialnega varstva postavlja Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/2007 in naslednji), področje socialnih prejemkov pa urejajo zlasti Zakon o socialnovarstvenih prejemkih (Uradni list RS, št. 61/2010 in naslednji), Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/2010 in naslednji) in Zakon za uravnoteženje javnih financ (Uradni list RS, št. 40/2012). Zadnji trije so se začeli izvajati v letu 2012 in so dodobra zarezali v sistem socialnih prejemkov. Za nekaj rešitev, ki jih je prinesla nova socialna zakonodaja, se je izkazalo, da niso ustrezne, zato želi Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZEM) že v letošnjem letu spremeniti in popraviti glavne pomanjkljivosti in zaznane probleme, ki so se v času od začetka uporabe zakona, to je od 1. 1. 2012, pokazali kot najbolj pereči.

Temeljna vsebinska in normativna izhodišča za obravnavo socialnih stisk in težav uporabnikov so zapisana v nacionalnem programu socialnega varstva, ki ga država sprejme

za večletno obdobje. Državni zbor je aprila letos sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (v nadaljevanju Resolucija) (Uradni list RS, št. 39/2013), ki je temeljni programski dokument Slovenije na področju socialnega varstva za obdobje do leta 2020. Resolucija opredeljuje osnovna izhodišča za razvoj sistema, cilje in strategije razvoja socialnega varstva, določa mrežo javne službe socialnovarstvenih storitev in programov ter opredeljuje način njihovega izvajanja in spremljanja ter odgovornost posameznih akterjev na različnih ravneh. V zadnjih letih se v Sloveniji socialna problematika zaostreje, predvsem kot posledica že nekaj let trajajoče gospodarske krize, visoke brezposelnosti in majhnih možnosti za novo zaposlovanje ter zaradi na splošno nižjih dohodkov v populaciji. Vse te okoliščine se odražajo v naraščajoči revščini ter v povečanju socialnih stisk in težav, s katerimi se soočajo posamezniki in družine. Ključni cilji, ki jih Resolucija zasleduje, so:

- Zmanjševanje tveganja revščine in povečevanje socialne vključenosti socialno ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva.
- Izboljšanje razpoložljivosti in pestrosti ter zagotavljanje dostopnosti in dosegljivosti storitev in programov.
- Izboljševanje kakovosti storitev in programov ter drugih oblik pomoči s povečanjem učinkovitosti upravljanja in vodenja izvajalskih organizacij, povečanjem njihove avtonomije ter upravljanjem kakovosti in zagotavljanjem večjega vpliva uporabnikov in predstavnikov uporabnikov na načrtovanje in izvajanje storitev (ReNPSV13–20. Uradni list RS, št. 39/2013).

V okviru mreže javne službe na področju socialnovarstvenih programov Resolucija določa tudi okvir za razvoj mreže programov na področju zasvojenosti, ki so namenjeni uporabnikom prepovedanih drog in osebam, ki so se znašle v socialnih stiskah zaradi alkoholizma ali drugih oblik zasvojenosti (motnje hranjenja, igre na srečo ipd.). Resolucija za to področje predvideva razvoj preventivnih, informacijskih in svetovalnih programov, programov telefonskega svetovanja, programov koordinacije, podpore ter izvajanja pomoči in samopomoči, programov zmanjševanja škode, dnevni centrov s terenskim delom, nastanitvenih in terapevtskih programov, reintegracijskih in aktivacijskih programov (ReNPSV13–20. Uradni list RS, št. 39/2013).

Socialnovarstveni programi

Opravljenе naloge, storitve in javna pooblastila, ki se izvajajo na centrih za socialno delo, strokovni delavci zapisujejo v bazo socialnih podatkov (BSP), ki je eden izmed sklopov informacijskega sistema centrov za socialno delo (ISCSD). Podatki iz BSP, ki jih predstavljamo v Tabeli 8.1, so zbrani glede na problematiko izvedene naloge, javnega pooblastila ali storitve. To pomeni, da strokovni delavec na centru, ki za določeno osebo ali družino izvede/opravi neko javno pooblastilo ali izvede na primer socialnovarstveno storitev, za vsak tak vnos zapiše tudi, zaradi katerega vzroka se je naloga izvedla – to imenujemo problem(atika). Ob tem je še posebej pomembno poudariti, da se podatki ne nanašajo na posamezne ljudi, ampak na zaznane probleme.

V okviru centrov za socialno delo se problematika prepovedanih drog najpogosteje, in sicer v dobri polovici primerov, obravnava v okviru prve socialne pomoči. Ugotovimo lahko, da se problematika prepovedanih drog na centrih za socialno delo ne obravnava prav pogosto. V

obdobju 2009–2012 je bilo na letni ravni tovrstnih obravnav od 220 do 365. V letu 2012 je to število zdrsilo najnižje, in sicer na 220 obravnav (Tabela 8.1).

Tabela 8.1: Število obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog, na centrih za socialno delo, 2009–2012

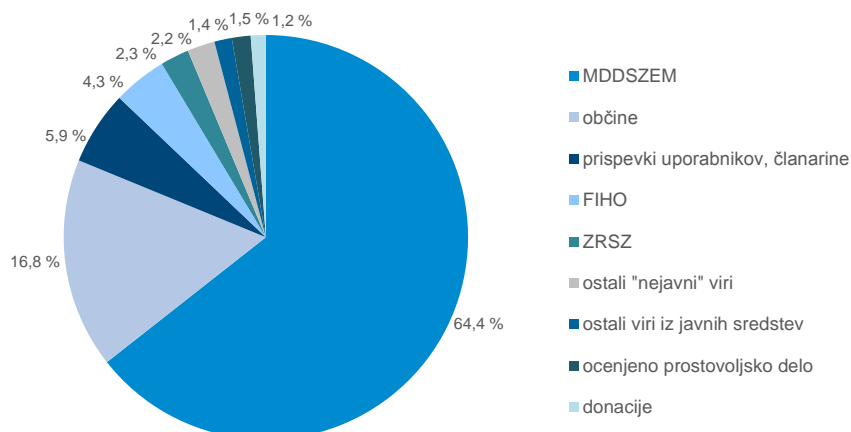
| Problematika | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------------|------|------|------|------|
| Prepovedane droge | 275 | 365 | 298 | 220 |

Vir: MDDSZEM, Izpis iz baze socialnih podatkov

Uporabnikom, ki so v stiski in imajo težave, povezane z uporabo prepovedanih drog, so v sistemu socialnega varstva na voljo različni socialnovarstveni programi. Na Inštitutu RS za socialno varstvo (IRSSV) vsako leto zberejo končna (letna) poročila o izvajanju programov; na njihovi osnovi pripravijo popis in analizo socialnovarstvenih programov, ki jih je v preteklem letu sofinanciralo MDDSZEM. Podatki so zbrani na nacionalni ravni in so v tem smislu zanesljiv prikaz stanja na področju izvajanja socialnovarstvenih programov. Njihova pomanjkljivost pa je v tem, da se nanašajo le na programe, ki določen del finančnih sredstev pridobijo od MDDSZEM, medtem ko programov, ki na razpisu MDDSZEM niso uspešni, ne zajamejo. Ocenjujemo, da je na področju socialnega varstva takih programov malo.

MDDSZEM je v letu 2012 sofinanciralo 29 socialnovarstvenih programov na področju preprečevanja zasvojenosti s prepovedanimi drogami. Med programi je bilo 15 visokopražnih in takšnih programov, ki ponujajo širok spekter storitev in dejavnosti za uporabnike v različnih fazah uživanja prepovedanih drog, 11 je bilo nizkopražnih programov, delovali sta še dve zavetišči za uporabnike prepovedanih drog ter en reintegracijski program (reintegracijo izvajajo tudi v dveh programih, ki ponujata širok spekter storitev in dejavnosti za uporabnike v različnih fazah uživanja prepovedanih drog) (Smolej in sod. 2013).

Programi so bili financirani v skupni višini 4.410.213,10 evrov. Največ sredstev, kar slabi dve tretjini, so programi pridobili od MDDSZEM. Med večjimi financerji omenimo še občine (16,8 % sredstev) in uporabnike programov s 5,9 % sredstev (Slika 8.1) (Smolej in sod. 2013).



Vir: IRSSV, lastni izračuni

Slika 8.1: Viri financiranja socialnovarstvenih programov na področju preprečevanja zasvojenosti s prepovedanimi drogami, 2012

Po podatkih IRSSV je bilo v socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog, ki jih sofinancira MDDSZEM, v letu 2012 vključenih približno 4.500 uporabnikov, pri čemer k omenjeni vsoti niso šteti uporabniki različnih spletnih forumov, telefonskih in internetnih svetovanj ter širših preventivnih akcij (npr. v okviru Društva DrogArt, kjer so vključili še preko 2000 uporabnikov). V socialnovarstvenih programih s področja prepovedanih drog je bilo v letu 2012 na voljo 181 ležišč, ki so omogočala nastanitev uporabnikov. Največ nastanitvenih kapacitet je bilo na voljo v visokopražnih programih (Smolej in sod. 2013).

Med socialnovarstvenimi programi, ki jih je na področju zasvojenosti v letu 2012 sofinanciralo MDDSZEM, je bil le en program v celoti namenjen reintegraciji. Gre za Reintegracijski center, ki ga izvaja Center za socialno delo Kranj. V tem programu je bilo nastanjenih 16 uporabnikov, poleg njih pa je bilo v podprograme (zunajbivanjska obravnava, skupina reintegracije, uporabniki IPP, uvodni razgovori – informacije za vstop) vključenih še 57 uporabnikov. Reintegracijo so izvajali še v Društvu za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem UP, kjer je bilo v programu 47 uporabnikov (18 v stanovanjskem delu in 29 v nestanovanjskem¹³), in v programu Društva Projekt Človek, kjer je bilo v reintegracijo vključenih 55 ljudi (27 v stanovanjskem delu in 28 v nestanovanjskem delu¹⁴) (Smolej in sod. 2013).

V okviru obstoječih programov na področju socialne rehabilitacije vsi programi v obravnavo vključujejo tudi svojce uporabnikov (starši in druge ključne bližnje osebe), ki pomembno prispevajo k njihovi socialni obravnavi. Tudi v letu 2012 je bilo v vse programe socialne rehabilitacije, ki so sofinancirani s strani MDDSZEM, vključenih več sto ključnih bližnjih oseb, samo v Projektu Človek jih je bilo 464. Vsi programi v okviru svojih aktivnosti izvajajo tudi skupine za samopomoč za starše in ključne osebe, v nekaterih programih pa potekajo tudi šola za starše, terapevtske skupine, individualno svetovanje in partnerska terapija.

Glede na vedno večje število zasvojenih mladostnikov, mlajših od 18 let, so nekateri programi razvili specializirane podprograme, namenjene mlajšim mladostnikom. Še posebej je treba izpostaviti Program za otroke in mladostnike in sprejemni center za otroke in mladostnike, ki delujeta pod okriljem Društva Projekt Človek v Ljubljani (glej tretje poglavje). Program za otroke in mladostnike je namenjen predvsem mlajšim mladostnikom, ki zgoj eksperimentirajo ali pa že imajo težave s prepovedanimi drogami (ali drugimi oblikami zasvojenosti) in posledično tudi težave z vključevanjem v šolski proces. Z vstopom v program postanejo ti uporabniki del intenzivnega in kontinuiranega procesa, ki nudi tudi podporo pri učenju. Osnovni namen programa je preprečiti razvoj zasvojenosti in ohraniti mladostnika v rednem šolskem sistemu. V letu 2012 je bilo v program vključenih 148 mladostnikov in 164 njihovih ključnih oseb. Podprograme za mlajše mladostnike poleg POM-a izvajajo tudi v nekaterih drugih programih po Sloveniji.

Vse več je tudi uporabnikov drog, ki imajo svoje otroke, zato na področju socialne rehabilitacije deluje Terapevtska skupnost za zasvojene starše z majhnimi otroki, kamor se skupaj s starši vključujejo tudi otroci. Poleg obravnave zasvojenosti je cilj programa tudi intenzivna podpora pri starševstvu in zagotavljanje čim boljših pogojev za zdrav razvoj otrok.

¹³ Vključuje bivše uporabnike drog in njihove svojce.

¹⁴ Vključuje bivše uporabnike drog in njihove svojce.

Socialno podjetništvo – projekt Iz Principa

dr. Matej Sande

V Združenju DrogArt smo konec leta 2012 začeli izvajati projekt socialnega podjetništva Iz Principa, v okviru katerega nudimo neprofitnim organizacijam in drugim naročnikom storitve s področja oblikovanja in socialnega marketinga. V projekt smo vključili mlade in mlajše odrasle, ki imajo izkušnjo z uporabo drog ali odvisnostjo, in mlade do dopolnjenega 25. leta brez izobrazbe ali z nizko izobrazbeno stopnjo.

V obdobju enega leta smo v okviru projekta izvedli 100-urno usposabljanje s področja grafičnega oblikovanja za 7 oseb z izkušnjo odvisnosti in zaposlili štiri osebe. Trenutno so v projektu zaposlene tri osebe iz ranljivih ciljnih skupin, ki za naročnike opravljajo storitve oblikovanja, priprave celostne grafične podobe, zasnovo spletnih strani in razvoj spletnih in mobilnih aplikacij. V sodelovanju s koordinatorjem in mentorji pripravljajo posamezne akcije od zasnove do tiska in sodelujejo pri pripravi celostnih podob projektov in nevladnih organizacij.

S pomočjo projekta skušamo mlade iz ranljivih ciljnih skupin z manj priložnosti usposobiti za samostojno delo na področju oblikovanja, programiranja in spletnih aplikacij ter jih tudi zaposliti, tako da ustvarjamo nova kreativna delovna mesta.

9. Z DROGAMI POVEZANA KRIMINALITETA, PREVENTIVA IN ZAPORI

Temeljno zakonsko podlago za represivno delo policije na področju prepovedanih drog predstavljata Kazenski zakonik Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 55/2008, 66/2008 – popr. in 39/2009) ter Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/1999, 44/2000, 2/2004 in 47/2004). Kazenski zakonik v členu 186 prepoveduje in sankcionira neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami, v členu 187 pa inkriminira omogočanje uživanja prepovedanih drog. Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami pa v 33. členu z denarno kaznijo kaznuje posest manjše količine prepovedane droge za enkratno lastno uporabo.

Ministrstvo za notranje zadeve RS zbira podatke o kriminaliteti s pomočjo centralnega računalnika, v katerega se vnašajo podatki nacionalne, regionalne in krajevne ravni policije. V letu 2012 je policija zaznala 1.969 kaznivih dejanj (po Kazenskem zakoniku) in 3.423 prekrškov (opredeljenih po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami) s področja prepovedanih drog ter obravnavala 2.235 ljudi zaradi suma storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog. Konoplja tudi v letu 2012 ostaja tista prepovedana droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov.

V letu 2012 je policija obravnavala 69 osumljencev, ki so bili ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom prepovedanih drog, in 123 kaznivih dejanj, ki so bila storjena z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge. V primerjavi z letom prej je policija obravnavala za 41 % manj tovrstnih kaznivih dejanj. Policija je odredila tudi 780 strokovnih pregledov, pri katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi; od tega je bil v 280 primerih izid analize pozitiven. Vozniki so najpogosteje vozili pod vplivom metadona, kanabinoidov in kokaina.

Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij je organ v sestavi Ministrstva za pravosodje RS, ki skrbi za izvrševanje kazenskih sankcij in ki organizira ter vodi zavode za prestajanje kazni zapora ter prevzgojni dom. V Sloveniji je šest zavodov za prestajanje kazni zapora in en prevzgojni dom. Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij vsake tri mesece na konkretni dan preveri številčno stanje zaprtih ljudi s težavami s prepovedano drogo in tudi število okuženih z virusom HIV, s hepatitisom in tuberkulozo. Podatki o zaporskem sistemu in zaprtih ljudeh so objavljeni v letnem poročilu, ki služi kot ključni vir za prikaz podatkov o uporabi drog v zaporih v nacionalnem poročilu. V letu 2012 je imela težave s prepovedanimi drogami dobra petina vseh zaprtih ljudi, od tega jih je 60 % prejelo substitucijsko terapijo. Pravosodni policisti so prepovedane droge v zaporih odkrili v 116 primerih, pri čemer je bila konoplja tista prepovedana droga, s katero je povezano največje število najdb in tudi največja skupna količina.

9.1 Z drogami povezana kriminaliteta

Staša Šavelj

Kazniva dejanja in prekrški

V letu 2012 je slovenska policija zabeležila za skoraj 3 % več kaznivih dejanj kot v letu 2011, in sicer 91.430 (88.722), od tega je bilo 1.969 kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog (Tabela 9.1). Število zabeleženih kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog v letu 2012 ostaja približno enako številu iz let 2011 in 2010, kar pomeni, da se stanje na tem področju v Sloveniji ni poslabšalo. Tudi število osumljenih storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog se v primerjavi z letom 2011 ni bistveno spremenilo. Zaznali pa smo manjši upad števila kršitev in števila kršiteljev zakona s področja prepovedanih drog.

Podatki, prikazani v Tabeli 9.1, se nanašajo na kazniva dejanja, ki jih opredeljujeta 186. in 187. člen Kazenskega zakonika Republike Slovenije¹⁵, ne zajemajo pa tako imenovane sekundarne kriminalitete (izvršitev drugega kaznivega dejanja zaradi pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge). Kar dve tretjini vseh evidentiranih kaznivih dejanj se nanašata na področje neupravičene proizvodnje in prometa s prepovedanimi drogami (186. člen), in sicer gre najpogosteje za nakup, proizvodnjo, ponujanje naprodaj in prodajo prepovedanih drog.

Tabela 9.1: Skupno število evidentiranih kaznivih dejanj, število kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog, število osumljenih storitve kaznivega dejanja, število prekrškov s področja prepovedanih drog in število kršiteljev Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, 2009–2012

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Število vseh kaznivih dejanj | 87.463 | 89.489 | 88.722 | 91.430 |
| Število kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog | 2.231 | 1.969 | 1.925 | 1.969 |
| Število osumljenih zaradi storitve kaznivih dejanj s področja PD | 2.570 | 2.240 | 2.229 | 2.235 |
| Število prekrškov po Zakonu o proizvodnji in prometu s PD | 3.338 | 3.328 | 3.691 | 3.423 |
| Število kršiteljev Zakona o proizvodnji in prometu s PD | 3.336 | 3.327 | 3.690 | 3.421 |

Vir: MNZ, Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Poleg kaznivih dejanj je policija v letu 2012 zaznala tudi 3.423 prekrškov s področja prepovedanih drog, ki so opredeljeni v Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami. Konoplja še naprej ostaja tista prepovedana droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov s področja prepovedanih drog, sledijo ji heroin, amfetamin in kokain.

Kazniva dejanja, storjena pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog

Policija lahko na podlagi zakonitega pooblastila v predkazenskem postopku osumljenemu storitve kaznivega dejanja odredi strokovni pregled krvi in urina. S tem se preverja, ali je bil osumljeni v času storitve kaznivega dejanja pod vplivom alkohola in/ali prepovedanih drog. Odvzem in analizo krvi in urina izvede pristojna zdravstvena institucija.

¹⁵ Člen 186 Kazenskega zakonika R Slovenije – »Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog« in člen 187 Kazenskega zakonika R Slovenije – »Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu«

V letu 2012 je policija obravnavala 386 osumljencev, ki so bili ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom alkohola, 69 pa jih je bilo pod vplivom prepovedanih drog (Tabela 9.2). To pomeni, da se je število osumljencev (v primerjavi z letom 2011) ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom alkohola in/ali prepovedanih drog zmanjšalo.

Tabela 9.2: Število osumljencev, ki so kaznivo dejanje izvršili pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, 2009–2012

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|------|------|------|------|
| Število osumljenih storilcev KD, ki so dejanje izvršili pod vplivom alkohola | 625 | 535 | 463 | 386 |
| Število osumljenih storilcev KD, ki so dejanje storili pod vplivom prepoved. drog | 137 | 94 | 128 | 69 |
| Skupno št. osumljenih pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog | 762 | 629 | 537 | 437 |

Vir: MNZ, Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Največ kaznivih dejanj (opredeljenih po Kazenskem zakoniku), ki so bila storjena pod vplivom prepovedanih drog, se ne uvršča več v premoženjsko kriminaliteto, temveč so to neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami ter omogočanje uživanja le-teh, nasilje v družini, nasilništvo in velika tatvina (Tabela 9.3).

Tabela 9.3: Število osumljencev, ki so kaznivo dejanje storili pod vplivom prepovedanih drog; razvrščeno po nekaterih vrstah kaznivih dejanj iz Kazenskega zakonika, 2009–2012

| Kaznivo dejanje po dikciji iz KZ | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|------|------|------|------|
| Tatvina, čl. 204 KZ | 7 | 18 | 19 | 1 |
| Velika tatvina, čl. 205 KZ | 11 | 10 | 21 | 4 |
| Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog, čl. 186 KZ | 36 | 11 | 11 | 14 |
| Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu, čl. 187 KZ | 5 | | 7 | 5 |
| Nasilništvo, čl. 296 KZ | 3 | 10 | 8 | 4 |
| Rop, čl. 206 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| Preprečitev uradnega dejanja ali maščevanje uradni osebi, čl. 299 KZ | 7 | 2 | 4 | 4 |
| Lahka telesna poškodba, čl. 122 | 6 | 3 | 11 | 1 |
| Uboj, čl. 115 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| Poškodovanje tuje stvari, čl. 220 KZ | 1 | 5 | 4 | 1 |
| Nasilje v družini, čl. 191 | | | 9 | 6 |

Vir: MNZ, Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Sekundarna kriminaliteta

Tudi v letu 2012 se nadaljuje trend zmanjšanja števila kaznivih dejanj, storjenih z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge. Policisti so obravnavali za 41,4 % manj tovrstnih kaznivih dejanj kot v letu 2011, in sicer le 123 (leta 2011 je bilo obravnavanih 210 kaznivih dejanj). Večina teh kaznivih dejanj so premoženjski delikti (tatvina, velika tatvina, rop), kazniva dejanja hude telesne poškodbe, izsiljevanje in nasilništvo.

Vožnja pod vplivom prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi

Voznik je pod vplivom prepovedane droge, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi, kadar se s posebnimi sredstvi, z napravami ali s strokovnim pregledom ugotovi prisotnost takih snovi v krvi in/ali slini oziroma urinu. Za kršilce Zakona o pravilih cestnega prometa se na osnovi višjega dokaznega standarda in nedvomno dokazanega vpliva na vožnjo predvideva globa 1.200 evrov in 18 kazenskih točk. Vozniku bo prepovedana nadaljnja vožnja in začasno (24 ur) odvzeto vozniško dovoljenje. Če vpliv ne bo dokazan, ugotovljena pa bo prisotnost teh snovi v urinu, bo voznik napoten na kontrolni zdravstveni pregled. Za takšnega kršilca ni predpisane globe ali drugih sankcij. Vozniku bo prepovedana nadaljnja vožnja in začasno (24 ur) odvzeto vozniško dovoljenje.

V primerjavi z letom 2011 (1.162) je policija v letu 2012 odredila še veliko manj (le 780) strokovnih pregledov, v katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi. Tako je bilo v primerjavi z letom prej odrejenih za 33 % manj tovrstnih strokovnih pregledov, za 56,8 % pa se je pri kontroliranih voznikih zmanjšala tudi ugotovljena prisotnost navedenih snovi. Od odrejenih strokovnih pregledov je analiza krvi/sline ali urina prisotnost nedovoljenih snovi pokazala v 280 primerih (Tabela 9.4). Slovenska policija beleži upad prisotnosti psihoaktivnih snovi med udeleženci v cestnem prometu od leta 2010 dalje. Zaradi višjega dokaznega standarda in dokazovanja nedvomnega vpliva na vožnjo se je zmanjšalo tudi število odrejenih strokovnih pregledov. Nedovoljene snovi se v krvi načeloma razgradijo bistveno prej kot v urinu. Zaradi tega je sedaj postopek dokazovanja prisotnosti prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi bistveno kompleksnejši in tudi dražji.

Tabela 9.4: Število odrejenih strokovnih pregledov za ugotavljanje prisotnosti prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi ter število pozitivnih rezultatov pregleda krvi/sline in urina, 2010–2012

| | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------------|-------|-------|------|
| Odrejeni pregledi | 1.501 | 1.162 | 780 |
| Pozitivni pregledi | 870 | 648 | 280 |

Vir: MNZ, Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Tabela 9.5: Odkrite prepovedane droge, psihoaktivna zdravila ali druge psihoaktivne snovi v izidih pozitivnih analiz, 2010–2012

| | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------------|------|------|------|
| Amfetamini | 48 | 50 | 16 |
| Benzodiazepini | 173 | 103 | 37 |
| Kanabinoidi | 115 | 72 | 58 |
| Kokain | 210 | 88 | 43 |
| Metadon | 239 | 142 | 68 |
| Opiati | 309 | 134 | 47 |
| Antidepresivi | 2 | 0 | 4 |
| Antipsihotiki | 1 | 0 | 1 |
| Hipnotiki/sedativi | 1 | 3 | 1 |
| Opioidi | 18 | 10 | 7 |
| Drugo | 614 | 409 | 204 |

Vir: MNZ, Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Izidi pozitivnih analiz krvi in urina pri odrejenih strokovnih pregledih v letu 2012 so pokazali, da so vozniki najpogosteje vozili pod vplivom metadona, sledi vožnja pod vplivom kanabinoidov, opiatov in kokaina (Tabela 9.5).

9.2 Preventiva pred kriminaliteto, povezano s prepovedanimi drogami

Staša Šavelj

Preventivno delo policije na področju kriminalitete, povezane s prepovedanimi drogami, temelji predvsem na ozaveščanju ciljnih skupin o škodljivih posledicah uporabe prepovedanih drog in o samozaščitnem ravnanju. Policija pri tem sodeluje z nevladnimi organizacijami, občinskimi sosveti, vzgojno-izobraževalnimi ustanovami in z vsemi drugimi akterji, ki delujejo na področju zmanjševanja problematike prepovedanih drog, in sicer na nacionalni, regionalni in lokalni ravni. Preventivno delo se izvaja v obliki predavanj ciljnim skupinam, svetovanja državnim ustanovam, predstavitev dejavnosti policije na različnih prireditvah in sodelovanja pri pripravi različnih preventivnih gradiv, na primer zloženek.

Prepovedane droge in zapori

Eva Salecl Božič

Opis sistema zavodov za izvrševanje kazenskih sankcij

Uprava Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij je organ v sestavi Ministrstva za pravosodje RS, ki skrbi za izvrševanje kazenskih sankcij ter organizira in vodi zavode za prestajanje kazni zapora ter prevzgojni dom. V Sloveniji je šest zavodov za prestajanje kazni zapora, ki delujejo na trinajstih lokacijah, ter en prevzgojni dom, in sicer:

- Zavod za prestajanje kazni zapora Dob, v katerem kazni prestajajo moški obsojenci; v okvir zavoda Dob sodita tudi polodprti oddelek Slovenska vas in odprti oddelek Puščava;
- Zavod za prestajanje kazni zapora Ig, namenjen ženskam: obsojenkam, pripornicam, ženskam, zoper katere se izvršuje uklonilni zapor, ter mladoletnicam, obsojenim na mladoletniški zapor;
- Zavod za prestajanje mladoletniškega zapora in kazni zapora Celje, namenjen obsojencem, pripornikom in pripornicam, osebam, zoper katere se izvršuje uklonilni zapor, in mladoletnikom, obsojenim na mladoletniški zapor;
- Zavod za prestajanje kazni zapora Koper, namenjen obsojencem in pripornikom; v okvir zavoda Koper sodi tudi oddelek Nova Gorica, ki je namenjen obsojencem, pripornikom in osebam, zoper katere se izvršuje uklonilni zapor;
- Zavod za prestajanje kazni zapora Ljubljana in oddelek Novo mesto sta namenjena obsojencem, pripornikom in osebam, zoper katere se izvršuje uklonilni zapor, odprti oddelek Ig v sklopu zavoda Ljubljana pa je namenjen obsojencem;
- Zavod za prestajanje kazni Maribor in oddelek Murska Sobota sta namenjena obsojencem, pripornikom in osebam, zoper katere se izvršuje uklonilni zapor, odprti oddelek Rogoza v sklopu zavoda Maribor pa je namenjen obsojencem;
- Prevzgojni dom Radeče je namenjen mladoletnikom in mladoletnicam, ki jim je bil izrečen vzgojni ukrep oddaje v prevzgojni dom.

V zavodih obstajajo trije režimi oziroma oddelki prestajanja kazni, in sicer odprti, polodprti in zaprti, ki se razlikujejo predvsem po stopnji omejevanja svobode.

Glede na kategorijo zaprtih oseb se loči (v nadaljevanju: vse zaprte osebe):

- Obsojenec: oseba, zoper katero je s pravnomočno sodbo ugotovljeno, da je kazensko odgovorna.
- Pripornik: oseba, ki ji je začasno odvzeta prostost zaradi kazenskega postopka.
- Uklonilno zaprt: oseba, ki deloma ali v celoti ne plača globe v določenem roku in je k plačilu prisiljena tako, da se ji da uklonilni zapor. O uklonilnem zaporu odloči sodišče.
- Mladoletni obsojenec: oseba, mlajša od 18 let, zoper katero je s pravnomočno sodbo ugotovljeno, da je kazensko odgovorna.
- Mladostniki v prevzgojnem domu: mlajši mladoletniki (od 14. do 21. leta), ki jim je bil izrečen vzgojni ukrep oddaje v prevzgojni dom, kjer lahko ostanejo do 23. leta starosti.

Temeljna zakonodaja, ki ureja delovanje zavodov za prestajanje kazni zapora:

Kazenski zakonik (Uradni list, št. 50/12 - uradno prečiščeno besedilo)

- Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 110/06 – uradno prečiščeno besedilo, 76/08, 40/09, 9/11-ZP-1G, 96/12-ZPIZ-2 in 109/12)
- Pravilnik o izvrševanju kazni zapora (Uradni list RS, št. 102/2000)

Ključni viri:

- Podatke o zaporskem sistemu in zaprtih osebah zbira in obdeluje Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij ter jih objavlja v letnih poročilih, ki so objavljena na spletu
http://www.mp.gov.si/si/o_ministrstvu/ursiks_organ_v_sestavi/dokumenti/letna_porocila.

9.3 Alternativne oblike načina izvršitve kazni zapora

Eva Salecl Božič

Kazenski zakonik (Uradni list, št. 50/12 – uradno prečiščeno besedilo) v povezavi z 12. členom Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 110/06 – uradno prečiščeno besedilo, 76/08, 40/09, 9/11-ZP-1G, 96/12-ZPIZ-2 in 109/12) omogoča nekaj milejših oblik prestajanja kazni, in sicer prestajanje kazni zapora ob koncih tedna, hišni zapor in nadomestno kazen z opravljanjem dela v splošno korist.

- Prestajanje kazni ob koncu tedna: O izvršitvi kazni zapora ob koncu tedna s sklepom odloči sodišče na podlagi predloga, vloženega po pravnomočnosti sodbe. Izvršitev kazni zapora ob koncu tedna se lahko dopusti tudi na predlog obsojenca, ki že prestaja kazen zapora, po predhodnem mnenju direktorja zavoda. Tudi v tem primeru o izvršitvi kazni zapora ob koncu tedna odloči sodišče s sklepom.
- Hišni zapor: S sodbo ali s posebnim sklepom sodišče dopusti izvršitev kazni zapora s hišnim zaporom in odredi ali spremeni način njegovega izvrševanja. Sodišče sodbo oziroma poseben sklep o načinu izvršitve hišnega zapora in sklep o spremembi načina njegovega izvrševanja pošlje obsojencu, zavodu za prestajanje kazni, v katerega bi bil obsojenec sicer napoten, ter policijski postaji, na območju katere se izvršuje hišni zapor. Izvajanje hišnega zapora nadzoruje sodišče samo ali preko policije.
- Nadomestna kazen z opravljanjem dela v splošno korist: Izvrševanje dela v splošno korist, s katerim sodišče nadomesti kazen zapora do dveh let, pripravi, vodi in

nadzoruje center za socialno delo. Dogovor o začetku opravljanja nalog, ki ga sklenejo obsojenec, organizacija, pri kateri bo delo opravljal, in pristojni center, se šteje kot poziv za nastop kazni.

Nadomestne kazni

(Navedeni podatki se nanašajo na vse obsojence v letu 2012, ne le na tiste s težavami z drogami.)

Izvršitev kazni zapora ob koncu tedna določi s sklepom sodišče na podlagi predloga, vloženega po pravnomočnosti sodbe. Izvršitev kazni zapora ob koncu tedna se lahko dopusti tudi na predlog obsojenca, ki že prestaja kazen zapora, po predhodnem mnenju direktorja zavoda. Tudi v tem primeru o izvršitvi kazni zapora ob koncu tedna odloči sodišče s sklepom.

Tovrstno prestajanje kazni se lahko dopusti obsojencu, ki je osebnostno toliko urejen, da mu je mogoče zaupati, da takega načina prestajanja ne bo zlorabil. V teh primerih lahko še naprej dela ali se izobražuje in prebiva doma, razen ob prostih dneh, praviloma ob koncu tedna, ko mora biti v zavodu. Kazen zapora ob koncih tedna je skladno z 12. členom Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij prestajalo 86 obsojencev (Tabela 9.6). Vsi so bili redno zaposleni in niso prekinili delovnega razmerja, dva obsojenca sta se izobraževala.

S sodbo ali s posebnim sklepom sodišče dopusti izvršitev kazni zapora s hišnim zaporom in odredi ali spremeni način njegovega izvrševanja. Izvajanje hišnega zapora nadzoruje sodišče samo ali se izvaja preko policije. V letu 2012 je osmim obsojencem pristojno sodišče odobrilo izvrševanje kazni po členu 12.a Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij – hišni zapor (Tabela 9.6). Podatkov o prestani kazni ne beležimo.

Po razpoložljivih podatkih Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij je bilo v skladu s 13. členom Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij na nadomestno kazen dela v splošno korist napotenih 11 obsojencev (Tabela 9.6). Izvrševanje dela v splošno korist, s katerim sodišče nadomesti kazen zapora do dveh let, pripravi, vodi in nadzoruje center za socialno delo.

Tabela 9.6: Število obsojencev, ki so prestajali nadomestno kazen, 2010–2012*

| Leto | 2010 | 2011 | 2012 |
|------------------|------|------|------|
| 12. člen ZIKS-1 | 63 | 60 | 86 |
| 12.a člen ZIKS-1 | 2 | 2 | 8 |
| 13. člen ZIKS-1 | 12 | 9 | 11 |

* Podatki se nanašajo na vse obsojence, tudi na tiste brez težav z drogami.

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2012

Osebe, ki prestajajo uklonilni zapor

V letu 2012 je bilo v slovenskih zavodih 1.665 uklonilno zaprtih oseb. (Podatki se nanašajo na vse uklonilno zaprte osebe – na tiste s težavami z drogami in tiste brez tovrstnih težav.) Število uklonilno zaprtih oseb se je v primerjavi s prejšnjim letom zmanjšalo za 151 oziroma za 9 %.

V celoti (en mesec) jih je uklonili zapor prestalo 21,5 % ali 7,1 % več kot v letu 2011. Zaradi spremembe Zakona o prekrških, ki je stopil v veljavo 14. 3. 2011 in določa, da lahko oseba samo do začetka prestajanja izvrševanja uklonilnega zapora sodišču predlaga, naj se plačilo

globe nadomesti z opravljanjem določene naloge v splošno korist ali v korist samoupravne lokalne skupnosti, smo v letu 2012 zabeležili 11,2-odstotni upad števila oseb, ki so jim sodišča med prestajanjem uklonilnega zapora nadomestila plačila globe z opravljanjem nalog v splošno korist.

Po Zakonu o izvrševanju kazenskih sankcij o prekinitvi prestajanja uklonilnega zapora odloči direktor zavoda s sklepom na podlagi mnenja zavodskega zdravnika, o odložitvi prestajanja uklonilnega zapora pa odloča sodišče. Sklep o neizvršitvi uklonilnega zapora se izda v 24 urah od prejema predloga. Predlogi so vezani predvsem na slabo zdravstveno stanje in na slabe socialne razmere posameznika, ki je bil priveden na prestajanje kazni uklonilnega zapora. Na predlog direktorja je bilo v letu 2012 odpuščenih 19,1 % uklonilno zaprtih oseb.

Pri izvajanju uklonilnega zapora oseb, ki imajo težave zaradi uživanja prepovedanih drog, se je izoblikovala naslednja praksa: če zavod ugotovi, da oseba zaradi zdravstvenih težav ni sposobna prestajati uklonilnega zapora in nima sredstev za poravnavo globe, poda predlog za neizvršitev uklonilnega zapora. Predlogi zaradi zdravstvenih razlogov so v večini primerov odobreni. Postopek poteka tako, da osebo v zavodski ambulanti pregleda zdravnik pristojnega zdravstvenega doma, ki oceni, ali obstajajo zdravstveni razlogi, zaradi katerih bi zavod lahko sodišču predlagal neizvršitev uklonilnega zapora.

V letu 2012 je bilo v zavodih za prestajanje kazni zapora med uklonilno zaprtimi osebami odkritih 112 oseb s težavami zaradi odvisnosti od alkohola, kar predstavlja 6,7 % vseh uklonilno zaprtih oseb, in 158 oseb s težavami zaradi odvisnosti od drog, kar predstavlja 9,5 % vseh uklonilno zaprtih oseb.

9.4 Uporaba drog in nezakonit promet z drogami v zaporih

Eva Salecl Božič

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij RS redno spremlja stanje na področju drog v zavodih za prestajanje kazni zapora, in sicer z zajemanjem podatkov za letno poročilo. Vsake tri mesece na določen dan preveri število zaprtih oseb s težavami zaradi odvisnosti od psihoaktivnih snovi (droge, alkohol) in število okuženih z virusom HIV, s hepatitis in tuberkulozo. Z dnevno komunikacijo z zavodi pa med drugim spremlja tudi vse izredne dogodke, povezane z omenjeno problematiko.

Zaprte osebe s težavami zaradi uživanja prepovedanih drog so obravnavane skladno z izdelano strategijo zdravljenja in obravnave odvisnosti od drog, ki obsega medicinski del pomoči, izobraževalni program in motivacijski proces s ciljem, da zaprta oseba vzpostavi in vzdržuje abstinenco, se vključi v psihosocialne programe pomoči in postopno spreminja življenjski stil od pasivnega k aktivnemu. Obravnava se jih skladno s Strokovnimi navodili za obravnavo zaprtih oseb uživalcev drog ter z Navodilom o oddajanju urina in izvedbi kontrolnega preizkusa (oba dokumenta je v letu 2010 pripravila Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij).

Pri podaji ocene o težavah zaradi uživanja psihoaktivnih snovi so poleg zdravniške diagnoze upoštevani podatki, pridobljeni iz sodbe (kaznivo dejanje, storjeno pod vplivom psihoaktivnih snovi), podatki izvedenskega mnenja, poročila centra za socialno delo, ugotovitve

strokovnega delavca ob razgovorih, navedbe zaprte osebe, nastop kazni pod vplivom alkohola in ugotovitve, da oseba uživa psihoaktivne snovi, ki niso del medikamentoznega zdravljenja.

V letu 2012 je bilo med 5.040 zaprtimi osebami prepoznanih 1.076 takšnih, ki so imele težave zaradi uživanja prepovedanih drog (Tabela 9.7). Prepoznali smo statistično manjši upad v primerjavi z letom poprej, saj se je njihovo število zmanjšalo za 0,3 %. Med njimi je bilo osem oseb z izrečenim ukrepom obveznega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog.

Tabela 9.7: Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih oseb, 2004–2012

| Leto | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Število vseh zaprtih oseb | 4.344 | 3.097 | 3.572 | 4.311 | 4.383 | 4.730 | 4.592 | 4.975 | 5.040 |
| Osebe s težavami zaradi droge | 944 | 868 | 948 | 1.090 | 1.210 | 1.209 | 1.215 | 1.073 | 1.076 |
| Delež v % | 21,7 | 28,0 | 26,5 | 25,3 | 27,6 | 25,6 | 26,5 | 21,6 | 21,3 |

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2012

Nezakonit promet z drogami v zaporih

Zaprte osebe prinašajo drogo v zavod na različne načine in iščejo vedno nove možnosti skrivanja. Pogosti načini ostajajo skrivanje na telesu (prilepljeno) ali v oblačilih (všito v robove oblek itn.), metanje prek ograje in vnos s paketi, predvsem v tovarniško pakiranih živilih. Domneva se, da zaprte osebe drogo največkrat skrivajo v telesu, kar povzroča dodatne težave pri odkrivanju, saj poseg v človeško telo ni dovoljen. Dejansko pa gre pri vseh odkritih vnosih droge v zavode za manjše količine.

Temeljitejši nadzor ob vstopu v zavod, redni pregledi prostorov in oseb, sodelovanje s policijo pri zbiranju informacij in odkrivanje drog s šolanimi psi – to sili zaprte osebe v vse večjo iznajdljivost pri iskanju novih načinov za vnašanje droge v zavod, zato smo pozorni tudi na to, da zaprte osebe ne bi poskušale zlorabiti osebja. Če se v zvezi s tem pojavi sum, v preiskavi teh dogodkov sodelujemo s policijo.

Tabela 9.8: Število najdb prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah, 2012

| Število najdb Zapor | Heroin | Kanabis | Kokain | Hašiš | Alkohol | Metadon | Tablete | Pribor | Vse najdbe | Vse droge |
|---------------------|--------|---------|--------|-------|---------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| Dob | 2 | 10 | 0 | 0 | 4 | 5 | 29 | 1 | 52 | 12 |
| Slov. vas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Puščava | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ig | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1 | 9 | 0 |
| Celje | 0 | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 9 | 1 | 18 | 7 |
| Koper | 6 | 11 | 1 | 1 | 2 | 0 | 22 | 1 | 45 | 19 |
| N. Gorica | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 5 | 3 |
| Ljubljana | 0 | 40 | 1 | 3 | 6 | 0 | 13 | 3 | 69 | 44 |
| N. mesto | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 10 | 1 | 14 | 0 |
| OO Ig | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maribor | 5 | 18 | 2 | 4 | 0 | 0 | 37 | 3 | 76 | 29 |

Tabela 9.8 se nadaljuje ...

| Število najdb Zapor | Heroin | Kanabis | Kokain | Hašiš | Alkohol | Metadon | Tablete | Pribor | Vse najdbe | Vse droge |
|---------------------|--------|---------|--------|-------|---------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| M. Sobota | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 1 |
| Rogoza | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Radeče | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 8 | 4 |
| Skupaj | 14 | 92 | 6 | 8 | 14 | 6 | 129 | 14 | 301 | 116 |

Opomba: Skupno število najdb (dogodkov) je bilo 268, v veliko primerih so pravosodni policisti odkrili več vrst droge hkrati.

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2012

Tabela 9.9: Količina najdenih prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah

| Skupna količina Zavod | Heroin | Kanabis | Kokain | Hašiš | Alkohol (l) | Metadon (ml) | Tablete (kos) |
|-----------------------|--------|---------|--------|-------|-------------|--------------|---------------|
| Dob | 12,54 | 43,42 | 0 | 0 | 2,62 | 355 | 1723,25 |
| Slov. vas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Puščava | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ig | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25.5 |
| Celje | 0 | 7 | 0,9 | 0,5 | 0 | 0 | 172 |
| Koper | 15,7 | 57,3 | 0,4 | 0 | 3,45 | 0 | 232,25 |
| N. Gorica | 3 | 19 | 1 | 0 | 0 | 0 | 76 |
| Ljubljana | 0 | 402,3 | 0,7 | 21,2 | 4,15 | 0 | 313 |
| N. mesto | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 10 | 67 |
| OO Ig | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maribor | 9 | 100,7 | 6,9 | 15 | 0 | 0 | 227 |
| M. Sobota | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rogoza | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Radeče | 0 | 135,5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Skupaj | 40,24 | 776,22 | 9,9 | 36,7 | 14,22 | 365 | 2836 |

Opomba: Najdena droga se tehta v bruto količini (g), kar pomeni skupaj z zavitkom, in se v celoti izroči policiji.

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2012

9.5 Odzivi na z drogami povezane zdravstvene težave v zaporih

Eva Salecl Božič

Izvajalci zdravstvenega varstva v zavodih za prestajanje kazni zapora so regionalni zdravstveni domovi, kar pomeni, da so zavodske ambulante umeščene v javno zdravstveno mrežo. Zaprtim osebam, odvisnim od drog, se mora zagotavljati enaka dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev kakor zunaj zapora. Ob sprejemu v zavod je vsaka zaprta oseba pregledana v zavodski ambulanti. Če ima težave z odvisnostjo, zdravnik presodi, ali je potrebna medikamentna terapija za lajšanje abstinencijske krize ali pa osebi predpiše substitucijsko terapijo. V sodelovanju s Koordinacijo centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog so izdelana Strokovna navodila za obravnavo zaprtih oseb, odvisnih od prepovedanih drog, ki vsebujejo enotno doktrino zdravljenja z nadomestnimi zdravili v zavodih.

Substitucijska terapija

Substitucijsko zdravilo pacient zaužije pod nadzorom. Kadar je to metadon, se podeljuje v obliki raztopine, pomešane s sadnim sokom. Med 1.076 zaprtimi osebami s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog je substitucijsko terapijo prejelo 645 ali 59,9 % vseh zaprtih oseb s težavami zaradi uživanja drog, od tega 190 pripornikov, 366 obsojencev (Tabela 9.10) in 89 uklonilno zaprtih.

Tabela 9.10: Število zaprtih oseb na substitucijski terapiji po kategorijah, 2006–2012

| Leto | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Kategorija | | | | | | | |
| Priporniki | 242 | 234 | 196 | 219 | 219 | 182 | 190 |
| Obsojenci | 290 | 352 | 346 | 328 | 319 | 378 | 366 |
| Skupaj | 532 | 586 | 542 | 547 | 538 | 560 | 556 |

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2012

Testiranja

(Podatki se nanašajo na vse zaprte osebe, ne le na tiste s težavami z drogami.)

Po razpoložljivih podatkih o rezultatih testiranj, ki so bili pridobljeni v ambulantah, organiziranih v okviru pristojnih regionalnih zdravstvenih domov, se je v letu 2012 za testiranje za HIV in hepatitis odločilo 222 zaprtih oseb. Od teh je bila ena okužena z virusom HIV, hepatitis A je bil potrjen pri eni, hepatitis B pri petih, hepatitis C pa pri dvajsetih zaprtih osebah (Tabela 9.11). Nihče ni bil okužen s tuberkulozo. Testiranja so anonimna in prostovoljna. Bolniki so iskali pomoč in svetovanje tudi v ambulantah za AIDS.

Tabela 9.11: Rezultati prostovoljnih in zaupnih testiranj na hepatitis in HIV, 2004–2012*

| Leto | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Število testiranih na HIV in hepatitis | 448 | 608 | 564 | 675 | 561 | 473 | 481 | 326 | 222 |
| HIV | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| Hepatitis A | 3 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Hepatitis B | 10 | 7 | 12 | 15 | 7 | 13 | 11 | 15 | 5 |
| Hepatitis C | 90 | 85 | 87 | 97 | 75 | 47 | 60 | 55 | 20 |
| Skupaj | 103 | 94 | 102 | 115 | 83 | 62 | 72 | 70 | 27 |

* Podatki se nanašajo na vse zaprte osebe, ne le na tiste s težavami z drogami.

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2012

Zdravstveno osebje izvaja priporočila medicinske stroke glede pravočasnega odkrivanja bolnikov ter zdravljenja in nege po navodilih zdravnikov specialistov. Vsem zaprtim osebam mora nuditi svetovanje in izobraževanje o nevarnosti okužb z virusi HIV in hepatitisa ter jih spodbujati k testiranju, cepljenju proti hepatitisu B in zdravljenju. Zaprtim osebam je zagotovljena preskrba z razkužili, čistili, rokavicami iz lateksa in kondomi.

Zaprte osebe, ki so uporabniki drog, se pred odpustom opozori, da se je njihova toleranca za droge močno zmanjšala, zaradi česar utegnejo biti zanje smrtno nevarne tudi razmeroma majhne količine droge ali kombinacija različnih drog, alkohola in zdravil. V skladu z navodilom za obravnavo zaprtih oseb, odvisnih od prepovedanih drog, se mora teden dni pred odpustom (če je le mogoče) centru ali drugi ustanovi, kjer bo odpuščeni nadaljeval

zdravljenje, sporočiti, katero medikamentozno terapijo prejema, kdaj in za koliko vnaprej jo je nazadnje prejel in ali so mu predpisali ustrezne recepte za zdravlilo.

9.6 Programi obravnave in reintegracija

Eva Salecl Božič

V slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora je delo z zaprtimi osebami organizirano tako, da je usmerjeno v preprečevanje povratništva in v lažjo reintegracijo zaprtih oseb nazaj v družbo. Ob nastopu kazni strokovni delavci za vsako zaprto osebo pripravijo načrt, v katerem se opredelijo potrebe in cilji prestajanja kazni. Posamezno zaprto osebo se usmerja v tisto obliko obravnave, ki jo potrebuje (npr. obravnava odvisnosti od prepovedanih drog, alkohola ...). Osebni načrt obravnave se po potrebi dopolnjuje, ovrednoti in koordinira glede na obsojenčevo prestajanje kazni.

Osebe, ki imajo težave zaradi uživanja drog, se v času prestajanja kazni lahko vključujejo v nizkopražne, višjepražne in visokopražne programe obravnave odvisnosti od drog.

Tabela 9.12: Število zaprtih oseb, ki imajo težave zaradi prepovedanih drog in so vključene v programe obravnave, 2012

| Nizkopražni programi | Višjepražni programi | Visokopražni programi |
|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 500 | 230 | 123 |

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2012

V primerjavi z letom 2011 smo v lanskem letu zabeležili večje število zaprtih oseb, vključenih v programe obravnave (Tabela 9.12). Ključnega pomena za večje število oseb v nizkopražnih in visokopražnih programih je timski interdisciplinarni pristop, ki poleg strokovnih delavcev v zavodu (pedagogi, socialni delavci, psihologi) vključuje tudi zdravstveni tim zavoda in druge zunanje strokovnjake iz vladnega in nevladnega sektorja. Osebam, ki se v času prestajanja kazni vključujejo v različne programe obravnave, se v zavodih omogoča individualna in skupinska obravnava. Omogočena jim je tudi obravnava v zunanjih zdravstvenih ustanovah ter v programih nevladnih organizacij (psihiatrične bolnišnice, Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Ljubljani, centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, Društvo Up, Skupnost Srečanje, Karitas – Zavod Pelikan, Zavod Vir, Društvo Projekt Človek, Društvo Stigma, Društvo Križišče itd). Za tovrstno obliko se je v letu 2012 odločilo 96 zaprtih oseb. Po prestani kazni je obravnavo v zunanjih ustanovah nadaljevalo 58 zaprtih oseb.

Sodelovanje zaprtih oseb s težavami zaradi uživanja prepovedanih drog z vladnimi in nevladnimi organizacijami ter s posameznimi strokovnjaki poteka različno, lahko samo v zavodu, lahko pa tudi zunaj njega. To je odvisno od uspešnosti obravnave med prestajanjem kazni, od režima, v katerem prebivajo (zaprti, polodprti, odprti), in od formalnih razlogov (odprt kazenski postopek, čakajoča kazen itn.). Zunanje organizacije izvajajo svoje programe, prilagojene zaprtim osebami. Njihovi osnovni metodi dela sta svetovanje in informiranje, ki se v glavnem dotikata težav, povezanih z zasvojenostjo: pomoč pri odkrivanju pojave, opredelitev kompleksnosti problema glede na farmakologijo, starost, spol, socialni status ali vlogo, osebnostne lastnosti in družinske razmere. Te organizacije nudijo pomoč pri

interpretaciji in oceni problema ter pri načrtovanju in izvajanju njegovega reševanja. Največkrat so potrebne informacije o naslovihi službah za pomoč in pogojih za vstop v programe, o nevarnosti uživanja drog in drugih s tem povezanih dejstvih, o zmanjševanju škode in preventivnih ukrepih. Del storitev programa poleg informiranja in svetovanja vključuje tudi praktično pomoč (pisanje prošenj, vlog in pritožb, spremljanje in zagovorništvo v različnih službah in ustanovah, zbiranje konkretnih informacij, pomembnih za reševanje težav, navezava prvih stikov in dogovorov ...). Pomemben del programa je tudi možnost spremljanja obsojencev na namenskih izhodih, v okviru katerih si urejajo življenje in rešujejo trenutne težave ter pripravljajo temelje za uspešno reintegracijo po končani kazni.

V času prestajanja zaporne kazni se vsaki zaprti osebi (tisti s težavami in tisti brez težav z drogami) omogoča vključevanje v aktivno preživljanje časa. Strokovni delavci različnih profilov (pedagogi, socialni delavci, psihologi ...) spodbujajo zaprte osebe k vzpostavljanju dnevnega ritma z delom, izobraževanjem in aktivnim preživljanjem prostega časa ter pomagajo k ponovnemu vzpostavljanju stikov s svojci. Prek individualnih razgovorov in skupinskih srečanj se skuša doseči tudi spremembe na osebnostni ravni, in sicer z načinom razmišljanja, z načinom premagovanja življenjskih težav, z odnosom do sebe in drugih, z reševanjem konfliktnih situacij, razvijanjem samospoštovanja, obvladovanjem impulzivnega vedenja ter s postavljanjem in doseganjem življenjskih ciljev med prestajanjem kazni in po njej.

Izvajanje osebnih načrtov in vračanje posameznikov v družbo ni mogoče brez povezovanja zavodskih strokovnih služb z zunanjimi ustanovami. V času pred odpustom je namreč celotna obravnava osredotočena na konkretne priprave na odpust: zaposlitev, nastanitev, urejanje materialnih razmer in priprava ožjega domačega okolja na vrnitev obsojenca. Sodelovanje s centri za socialno delo je najbolj vsebinsko opredeljeno in najpogostejše, po številu vzpostavljenih stikov pa sledijo izobraževalne in humanitarne organizacije. V zavodih se priprave na odpust izvajajo v sklopu individualne in skupinske obravnave, opravljajo se postopenalne koordinacije s pristojnimi centri za socialno delo, z zavodi za zaposlovanje, stanovanjski skladi ipd.

10. TRG Z DROGAMI

Po slovenski zakonodaji je policija edini organ, odgovoren za zasege stvari, ki lahko služijo kot dokaz v kazenskem postopku. Tako v primerih, ko Carinska uprava RS odkrije prepovedane droge, o tem obvesti policijo, ta pa potem izvede zaseg. Slovenska policija sistematično zbira in obdeluje tako podatke o zaseženih prepovedanih drogah kot tudi podatke o cenah posameznih prepovedanih drog. Na podlagi omenjenih podatkov se lahko poda okvirno oceno razpoložljivosti posamezne droge na slovenskem trgu. Podatki o kakovosti oz. čistosti drog so na voljo samo za nekatere najpogostejše vrste zaseženih drog. Vzorčenje, analize in obdelavo rezultatov je tudi v letu 2012 opravil Nacionalni forenzični laboratorij, ki redne letne monitoringe opravlja že od leta 2006 naprej.

V Sloveniji je v letu 2012 v primerjavi z letom prej zaznan velik porast zaseženih količin večine prepovedanih drog, z izjemo metamfetamina in hašiša. Skupno število zasegov prepovedanih drog je sicer v primerjavi s preteklimi leti približno enako, vendar je bila pri večini prepovedanih drog zasežena večja količina. Sicer pa Slovenija velja za državo uporabnico prepovedanih drog in tranzitno oziroma vmesno državo za tihotapstvo le-teh. Tradicionalna balkanska pot za tihotapstvo prepovedanih drog je še vedno aktivna in je dvosmerna, ocenjuje se tudi, da se je obseg tihotapstva še povečal. Heroin in konopljo se prevaža v države Evropske unije, medtem ko se sintetične prepovedane droge in največkrat tudi kokain prevaža v nasprotni smeri. V Sloveniji ni bil odkrit noben laboratorij za proizvodnjo sintetičnih drog niti za proizvodnjo kokaina in heroina. Izjema je le proizvodnja konoplje, ki je v zadnjih letih v porastu. Tako je slovenska policija v letu 2011 odkrila in uničila 52 prirejenih zaprtih prostorov za gojenje konoplje, v letu 2012 pa že 75 tovrstnih prostorov.

Cene za 1 gram prepovedanih drog heroin, kokain, amfetamin, konoplja in hašiš so se v primerjavi z letom 2011 znižale. Največje znižanje je bilo zaznано pri amfetaminu, saj se je ponudba te prepovedane droge na trgu v Sloveniji zelo povišala.

V letu 2012 je bilo v monitoring vključenih 479 vzorcev heroinskih mešanic, 426 vzorcev kokainskih mešanic, 495 vzorcev konoplje in 9 vzorcev hašiša, 108 vzorcev amfetamina ter 5 vzorcev metamfetamina. Heroin je bil skoraj v vseh vzorcih v obliki baze, njegova povprečna koncentracija je bila primerljiva s prejšnjimi leti. Kokain je bil v vseh vzorcih v obliki hidroklorida, v primerjavi s prejšnjimi leti pa je bila povprečna vsebnost kokaina višja, znašala je 43,1 %. Povprečne koncentracije THC v rastlini konoplje so bile podobne kot v prejšnjih letih, v vzorcih hašiša pa je bila povprečna koncentracija THC precej nižja kot prejšnja leta, znašala je 2,4 %. Povprečna koncentracija amfetamina pa je bila 6,6 %. V letu 2012 se je v Sloveniji pojavilo tudi 15 novih psihoaktivnih snovi, prevladovali so katinoni in sintetični kanabinoidi.

10.1 Razpoložljivost in zasegi prepovedanih drog

Staša Šavelj

Slovenska policija sistematično zbira in obdeluje tako podatke o zaseženih prepovedanih drogah kot tudi podatke o cenah posameznih prepovedanih drog. Na podlagi omenjenih podatkov se lahko poda okvirno oceno razpoložljivosti posamezne droge na slovenskem trgu.

V Sloveniji smo leta 2012 v primerjavi z letom 2011 zaznali velik porast zaseženih količin večine prepovedanih drog (Tabela 10.1). Izjema v letu 2012 sta bili le prepovedana droga metamfetamin in hašiš. Od skupne količine zasežene konoplje (706,06 kg) je bilo 117,06 kg konoplje zasežene v prirejenih zaprtih prostorih. Tihotapci za prevoz večjih količin konoplje preko mejnih prehodov s Hrvaško uporabljajo prevozna sredstva avtobus in tovorna vozila. Pri manjših količinah prepovedanih drog pa uporabljajo osebno prtljago, tako v avtobusih kot v lastnem vozilu, in tudi lastno telo (nalepijo okrog trebuha ali noge).

Tabela 10.1: Skupna količina zaseženih prepovedanih drog po vrsti prepovedane droge, 2009–2012

| Vrsta prepovedane droge | Enota | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------------------|-------|---------|---------|---------|--------|
| Heroin | kg | 41,787 | 36,203 | 4,394 | 20,34 |
| Kokain | kg | 2,867 | 2,012 | 1,697 | 26,82 |
| Ekstazi | tbl | 16.872 | 399 | 33,5 | 960 |
| | kg | 0,0361 | 0,003 | 0,007 | 0 |
| Amfetamin | tbl | 778 | 7.524 | 150 | 80 |
| | kg | 3,214 | 2,831 | 0,724 | 9,28 |
| Konoplja rastlina | kos | 9.373 | 9.278 | 12.836 | 11.166 |
| Konoplja marihuana | kg | 242,025 | 188,760 | 613,045 | 706,06 |
| Konoplja smola-hašiš | kg | 0,689 | 0,224 | 4,240 | 2,56 |
| Benzodiazepini | tbl | 5.116 | 1.927 | 5.012 | 3.251 |
| Metadon | ml | 5.111,4 | 3.654,1 | 926,92 | 2.670 |
| Metamfetamin | kg | 0,003 | 0 | 0,124 | 0,05 |
| | tbl | 0 | 0 | 61 | 43 |

Vir: MNZ, Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Na oceno razpoložljivosti prepovedanih drog vplivajo tudi podatki o zasegih teh drog slovenskim državljanom v tujini. Kot v letu 2011 še vedno zaznavamo, da sta največkrat zaseženi prepovedani drogi v večjih količinah amfetamin in konoplja, in sicer v državah članicah EU, kot sta Švedska in Nemčija, ter v državah Zahodnega Balkana – Črna gora, Srbija, Hrvaška. Na podlagi teh podatkov se lahko oceni, da poteka tihotapska pot omenjenih prepovedanih drog iz zgoraj navedenih držav do Slovenije, pa tudi po klasični balkanski poti.

Tabela 10.2: Število zasegov po posameznih prepovedanih drogah, razdeljeno po prekrških in kaznivih dejanjih ter skupaj, 2009–2012

| | 2009 | | | 2010 | | | 2011 | | | 2012 | | |
|----------------------|-------|-----|--------------|-------|-----|--------------|-------|-----|--------------|-------|-----|--------------|
| | P | KD | Skupaj | P | KD | Skupaj | P | KD | Skupaj | P | KD | Skupaj |
| Heroin | 487 | 285 | 772 | 441 | 279 | 720 | 285 | 218 | 503 | 245 | 194 | 439 |
| Kokain | 158 | 113 | 271 | 145 | 133 | 278 | 167 | 105 | 272 | 142 | 109 | 251 |
| Ekstazi | 8 | 8 | 16 | 4 | 5 | 9 | 9 | 5 | 14 | 12 | 4 | 16 |
| Amfetamin | 111 | 46 | 157 | 135 | 62 | 197 | 166 | 38 | 204 | 146 | 44 | 190 |
| Konoplja rastlina | 219 | 83 | 302 | 85 | 93 | 178 | 87 | 91 | 178 | 80 | 94 | 174 |
| Konoplja marihuana | 2.285 | 460 | 2.745 | 2.600 | 490 | 3.090 | 2.790 | 516 | 3.306 | 2.697 | 653 | 3.350 |
| Konoplja smola-hašiš | 74 | 9 | 83 | 48 | 9 | 57 | 67 | 22 | 89 | 51 | 15 | 66 |
| Benzodiazepini | 67 | 49 | 116 | 56 | 40 | 96 | 92 | 42 | 134 | 54 | 32 | 86 |
| Metadon | 62 | 23 | 85 | 50 | 14 | 64 | 29 | 11 | 40 | 38 | 9 | 47 |
| Metamfetamin | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 8 | 10 | 18 | 5 | 8 | 13 |
| Skupaj | | | 4.549 | | | 4.689 | | | 4.758 | | | 4.632 |

Vir: MNZ, Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Skupno število zasegov prepovedanih drog pri kaznivih dejanjih in prekrških je v primerjavi s preteklimi leti približno enako (Tabela 10.2). Z manjšim številom zasegov posameznih prepovedanih drog je bila pri večini prepovedanih drog zasežena večja količina. Še vedno zaznavamo velik upad zasegov heroina, kljub temu da je količina zaseženega heroina veliko večja kot v letu 2011. Eden od razlogov za to so trije zasegi v skupni količini 10 kilogramov na letališču Jožeta Pučnika v Ljubljani, in sicer trem tanzanijskim državljanom. Ta heroin ni bil namenjen slovenskemu tržišču. Večja količina zaseženega kokaina pa je posledica enega zasega v količini 20 kg slovenskemu državljanu, ki je z ladjo pripotoval iz Južne Amerike v Francijo in od tam pot nadaljeval v Slovenijo. Trend rahle rasti zasegov konoplje se še kar nadaljuje, kar je delno tudi posledica večje ponudbe na našem trgu. Število zasegov amfetamina, metamfetamina in benzodiazepinov se je v primerjavi z letom 2011 zmanjšalo.

Slovenijo se glede na razpoložljive podatke označuje kot državo uporabnico prepovedanih drog in tranzitno oziroma vmesno državo za tihotapstvo le-teh. Določene količine posameznih prepovedanih drog ostajajo tudi na našem ozemlju. Tradicionalna balkanska pot za tihotapstvo prepovedanih drog je še vedno aktivna in je dvosmerna, ocenjujemo tudi, da se je obseg tihotapstva še povečal. Heroin in konopljo se prevaža v države Evropske unije, medtem ko se sintetične prepovedane droge in največkrat tudi kokain prevaža v nasprotni smeri. Heroin prihaja iz območja Kosova, severovzhodnega dela Albanije in Makedonije, kjer se redči in pripravi za nadaljnjo distribucijo in prodajo.

Na območju Slovenije še vedno delujejo organizirane kriminalne združbe, ki se ukvarjajo predvsem z organizacijo, logistično podporo in izvajanjem kriminalne dejavnosti pri oskrbi evropskega tržišča s prepovedanimi drogami. So predvsem manjšega tipa, njihovi člani pa se povezujejo s kriminalnimi združbami iz drugih držav, tako iz držav Zahodnega Balkana kot iz držav članic EU. Vse bolj je razvidno, da je ukinitvev mej znotraj držav EU zelo pripomogla k porastu možnosti in skoraj neomejenih idej za tihotapstvo prepovedanih drog. Mednarodno

organizirane kriminalne združbe se popolnoma prilagajajo trendu povpraševanja in ponudbe prepovedanih drog.

V Sloveniji ni bil odkrit noben laboratorij za proizvodnjo sintetičnih drog niti za proizvodnjo kokaina in heroina. Še vedno pa zaznavamo trend povečane aktivnosti kriminalnih združb, ki se na območju Slovenije ukvarjajo s pridelavo gojene konoplje v za to prirejenih zaprtih prostorih. V letu 2010 je slovenska policija tako odkrila in uničila 42 prirejenih zaprtih prostorov, v letu 2011 je bilo le-teh 52, medtem ko jih je bilo v letu 2012 že 75. Trend rasti odkrivanja zaprtih prostorov za gojenje konoplje se nadaljuje tudi v letu 2013, saj jih je bilo v prvih šestih mesecih odkritih in uničenih 45. Še vedno se ocenjuje, da so razlogi za tako veliko število odkritih zaprtih prostorov za gojenje konoplje predvsem finančni. Posamezne kriminalne združbe oziroma posamezniki pridobijo nesorazmerno veliko premoženjsko korist z zelo majhnim finančnim in legalnim vložkom. Glede na podatke ocenjujemo, da je prodaja tako gojene konoplje še vedno omejena na območje Slovenije.

Na slovenskem trgu je še vedno v porastu odkrivanje novih psihoaktivnih snovi, ki so v ponudbi na trgu v Sloveniji. Pogosto je ugotovljeno, da je zasežena prepovedana droga, ki naj bi bila amfetamin, dejansko nova psihoaktivna snov. Največkrat se s temi snovmi najprej sreča carina, predvsem ob kontroli pošiljk. 49 novih psihoaktivnih snovi je uvrščenih na seznam Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog v Sloveniji od avgusta 2013 dalje (Uradni list RS, št. 62/2013).

10.2 Cene prepovedanih drog

Staša Šavelj

Slovenska policija sistematično zbira in analizira cene na trgu razpoložljivih prepovedanih drog. Cene so pridobljene z operativnim delom tako kriminalistične kot uniformirane policije in v okviru izvajanja prikritih preiskovalnih ukrepov na podlagi odredb pristojnih državnih tožilcev in preiskovalnih sodnikov.

V Tabeli 10.3 so prikazane cene najpogosteje prodajanih prepovedanih drog v Sloveniji. Predstavljene so najmanjše in največje vrednosti ter povprečna cena, cena pa je najpogosteje odvisna od čistosti posamezne prepovedane droge, ponudbe na trgu in področja v Sloveniji.

Najpogosteje imenovane cene za 1 gram prepovedanih drog heroin, kokain, amfetamin, konoplja in hašiš so se v primerjavi z letom 2011 znižale. Največje znižanje opazamo pri amfetaminu, saj ocenjujemo, da se je ponudba te prepovedane droge na trgu v Sloveniji zelo povišala. Omenjeni trend se v letu 2013 nadaljuje. Na padec cen je vplivala tudi večja ponudba ostalih prepovedanih drog. Razlog za padec cene konoplje (rastlina) vidimo predvsem v vse večji ponudbi kvalitetnejše konoplje, gojene v prirejenih zaprtih prostorih.

Tabela 10.3: Cene prepovedanih drog v Sloveniji v evrih, 2012

| Vrsta prepovedane droge | | 1 g | 1 kg | 1 tbl | 1000 tbl |
|-------------------------|-----------|-----|--------|-------|----------|
| Heroin | Min. | 20 | 10.000 | | |
| | Maks. | 60 | 25.000 | | |
| | Povprečno | 40 | 17.500 | | |
| Kokain | Min. | 35 | 35.000 | | |
| | Maks. | 120 | 52.000 | | |
| | Povprečno | 60 | 43.500 | | |
| Ekstazi | Min. | | | 3 | 1.000 |
| | Maks. | | | 10 | 5.000 |
| | Povprečno | | | 5 | 3.000 |
| Amfetamin | Min. | 10 | 1.800 | | |
| | Maks. | 40 | 3.000 | | |
| | Povprečno | 10 | 2.650 | | |
| Konoplja marihuana | Min. | 2 | 1.300 | | |
| | Maks. | 10 | 4.000 | | |
| | Povprečno | 6 | 2.650 | | |
| Konoplja smola-hašiš | Min. | 5 | 2.350 | | |
| | Maks. | 15 | 6.000 | | |
| | Povprečno | 10 | 4.100 | | |

Vir: MNZ, Generalna policijska uprava

10.3 Kakovost in čistost prepovedanih drog

dr. Sonja Klemenc, Mojca Janežič, dr. Katja Benčina, Rajko Koren, Brigita Nemeč, Andreja Vidic

Podatki o kakovosti oz. čistosti drog so na voljo samo za nekatere najpogostejše vrste zaseženih drog. Vzorčenje, analize in obdelavo rezultatov je tudi v letu 2012 opravil Nacionalni forenzični laboratorij (NFL), ki redne letne monitoringe opravlja od leta 2006 naprej (za heroinske mešanice pa že od leta 1995).

NFL opravlja kvalitativne (identifikacija) in v omejenem obsegu tudi kvantitativne (koncentracija aktivnih spojin) preiskave vseh vzorcev drog, ki so povezani s preiskovanjem kaznivih dejanj. Predmet preiskav so tudi predhodne sestavine za izdelavo prepovedanih drog, nove psihoaktivne snovi in vzorci, ki jih uporabniki drog prinesejo nevladnim organizacijam, kadar sumijo, da vsebujejo nenavadne snovi in/ali pri uživanju zaznajo nepričakovane učinke.

Kvantitativne analize se izvajajo predvsem za monitoring in manj pogosto na zahtevo odjemalcev (policija, tožilstvo, sodišča). Vzorcev poteka po vnaprej določenih merilih, v okviru rutinskih preiskav prejetega materiala. V kvantitativni monitoring so vključeni le vzorci, katerih masa presega določeno spodnjo mejno vrednost (v letu 2012: nad 0,1 g za heroin, kokain, amfetamin in druge spojine amfetaminskega tipa ter nad 10 g za konopljo in hašiš). V

okviru ene zadeve se število vzorcev za analizo lahko tudi krči, in sicer kadar gre za številčno močnejše populacije podobnih vzorcev. V takih primerih se število vzorcev za analizo določa statistično – na osnovi hipergeometričnega načina vzorčenja (ENFSI 2012). Podobnost se ocenjuje glede na maso zaseženega materiala, teksturo, barvo, vrsto droge ter rezultate preliminarnih testov in kvalitativnih preiskav.

Za kvalitativne in kvantitativne kemijske preiskave se uporabljajo različne analitske metode – pretežno pa GC-MS in HPLC. Koncentracije oz. vsebnosti prepovedanih substanc so vedno podane za obliko baze. Za konopljo se podaja koncentracija celokupnega THC (tetrahidrokanabinola), ki predstavlja skupno koncentracijo delta-9-THC in THC-kislina. Delež celokupnega THC se vedno določa v posušenem rastlinskem materialu.

NFL rezultate poroča domačim (Inštitut za varovanje zdravja) in mednarodnim ustanovam (UNODC in EMCDDA).

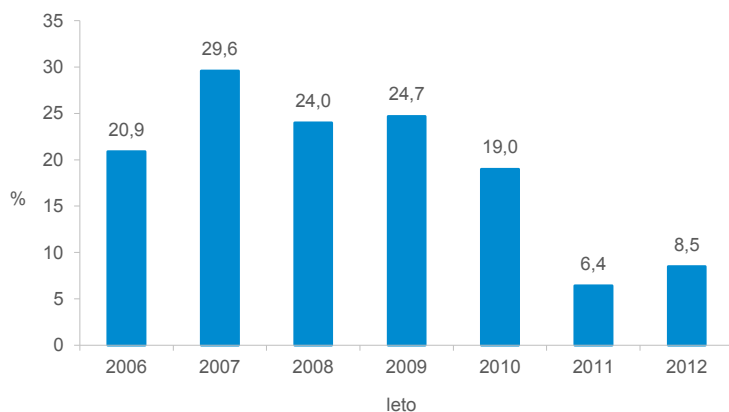
Heroinske mešanice

V letu 2012 je bilo v monitoring vključenih 479 zaseženih vzorcev (skupne neto mase približno 21 kg) iz 193 zadev.

Z izjemo treh vzorcev, v katerih je bil dokazan heroin (diacilmorfin) v obliki hidroklorida, so vsi vzorci vsebovali heroin v obliki baze, običajne spremljajoče spojine heroina, ki v osnovi izvirajo iz opija ter dodatka paracetamol in kofein.

Heroin v obliki baze je primeren predvsem za kajenje, saj je v vodi je slabo topen. Poudariti pa je treba, da sam podatek o obliki heroina ne nakazuje značilnega načina uživanja (kajenje, inhaliranje ali injiciranje). Heroin v obliki baze je namreč topen pri kislem pH, zato uporabniki, ki heroin uživajo intravenozno, topnost pogosto izboljšajo z dodajanjem kisline, na primer citronske. Glede na rezultate analiz, v katerih je NFL preverjal pH vodnih raztopin zaseženih vzorcev, je bilo moč sklepati, da se kislina dodaja po potrebi, neposredno pred uporabo.

Povprečna koncentracija heroina (izračunana za populacijo 479 vzorcev) je bila 8,5 %, kar je primerljivo s podatki iz leta 2011 (Slika 10.1). Najvišja izmerjena vsebnost v letu 2012 je bila 50,9 %, najnižja pa 0,3 %. Nizka povprečna vsebnost heroina (v primerjavi z obdobjem pred 2011) je najverjetneje posledica pomanjkanja heroina zaradi še vedno nizkega pridelka opija v Afganistanu (UNODC 2011, UNODC 2012).

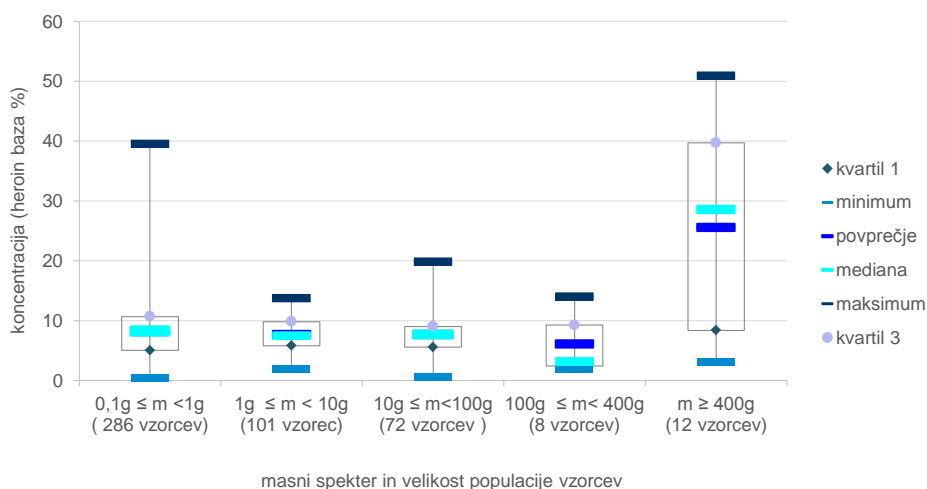


Vir: NFL

Slika 10.1: Povprečne koncentracije heroina, 2006–2012

Podrobnejša analiza, ki podaja odvisnost med koncentracijo heroina in neto maso zaseženih vzorcev, je prikazana na Sliki 10.2. Iz nje je razvidno, da največjo skupino preiskane populacije predstavljajo tako imenovani ulični vzorci heroina z maso do 1 g (286 vzorcev). V tej skupini okoli 50 % populacije (populacija med kvartiloma 1 in 3) vsebuje od približno 5 % do približno 10 % heroina. Podobna ugotovitev glede tipičnega razpona koncentracij heroina velja tudi za preostale tri skupine vzorcev z masami do 400 g (Slika 10.2).

Skupina vzorcev z neto masami nad 400 g (12 vzorcev), ki bi jo lahko označili kot vzorce za prodajo »na debelo«, kaže nekoliko drugačen koncentracijski profil (Slika 10.2). Kar 50 % vzorcev iz te skupine namreč vsebuje med približno 10 % in 40 % heroina. Povprečna vsebnost heroina je približno 25 %, in mediana pa približno 28 %. Čeprav je populacija vzorcev za prodajo »na debelo« maloštevilna, navedeni podatki navajajo na misel, da heroinske mešanice v lokalnem procesu preprodaje še dodatno razredčujejo (najpogosteje z dodatnimi količinami paracetamola in kofeina). To je v nasprotju z ugotovitvami NFL (Klemenc 2003, Klemenc in Kalinger 2010), ki so se nanašale na obdobje do 1995–2009. Takrat je bila vsebnost heroina v vzorcih za prodajo »na debelo« in v »uličnih« vzorcih približno enaka.



Vir: NFL

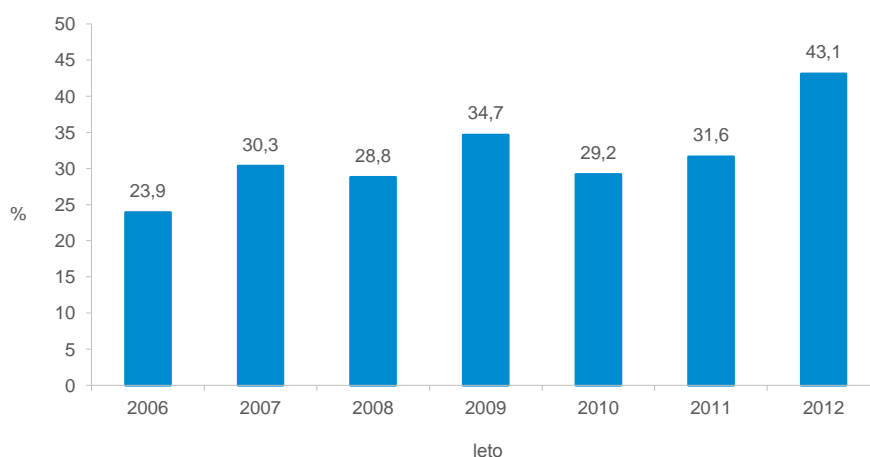
Slika 10.2: Koncentracija heroina glede na neto maso vzorca, 2012

Hipotezo o dodatnem lokalnem razredčevanju heroina z zmesjo paracetamola in kofeina podpira tudi dejstvo, da je policija zasegla kar nekaj vzorcev, ki so vsebovali samo paracetamol in kofein. Vse zasežene zmesi paracetamola in kofeina so bile rjave barve, po odtenku zelo podobne heroinskim mešanici. Znano je (Ahrens 2013), da se tovrstne zmesi rjave barve uporabljajo izključno na ilegalnem trgu. Zmesi kofeina in paracetamola rjavo obarvajo v ilegalnih laboratorijih, in sicer z dodajanjem umetnih živilskih barvil.

V letu 2012 smo v NFL opravili preiskave prisotnosti živilskih barvil v 200 vzorcih heroinskih mešanici ilegalnega izvora, ki so bile razredčene s paracetamolom in kofeinom. Raziskava (Verbič in Klemenc 2013) je pokazala, da je bila najpogosteje uporabljena kombinacija treh živilskih barvil: E 102 (tartrazin), E 110 (sončno rumena) in E 151 (briliantno črna), kar je primerljivo z nemškimi ugotovitvami (Ahrens 2013).

Kokainske mešanice

V monitoring je bilo vključenih 426 vzorcev iz 127 zasegov. Vsi vzorci so vsebovali kokain v obliki hidroklorida. V primerjavi s prejšnjimi leti je bila izmerjena povprečna vsebnost kokaina nekoliko višja, in sicer 43,1 % (Slika 10.3). Minimalna vsebnost kokaina je bila 3,3 % in maksimalna 90,8 %¹⁶. Policija je v letu 2012 v treh zadevah zasegla tudi 24 vzorcev »čistega« kokaina v obliki hidroklorida (v skupni neto masi približno 22 kg).



Vir: NFL

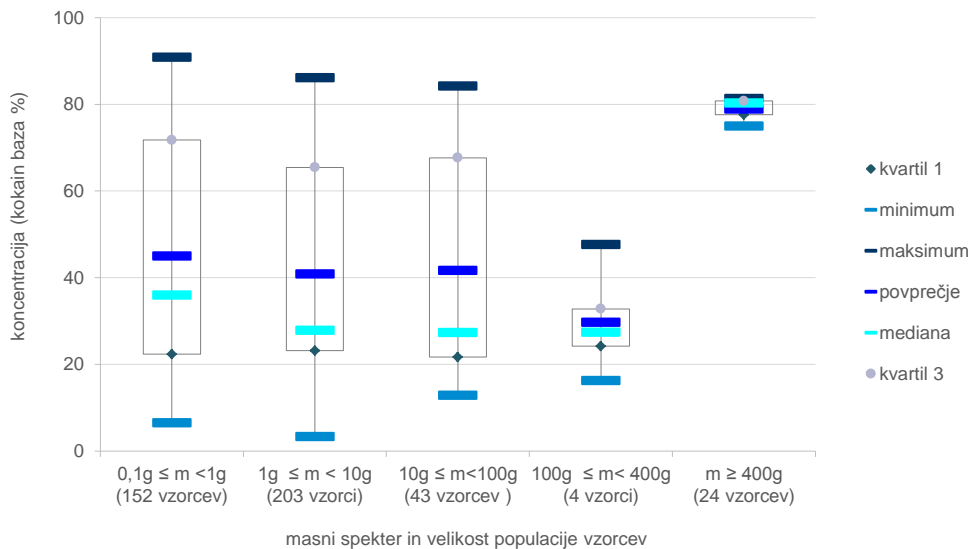
Slika 10.3: Povprečne koncentracije kokaina, 2006–2012

Med dodatki h kokainu sta bila najpogosteje dokazana levamisol in lidokain, kar je primerljivo s podatki iz preteklih let (Gostič 2006, Gostič in sod. 2010).

V NFL smo v enem vzorcu kokaina zaznali zanimiv dodatek (primes), ki je bil na podlagi masnega spektra identificiran kot oktadecil 3-(3,5-di-tert-butil-4-hidroksifenil)propionat (CAS 2082-79-3). Spojina se sicer uporablja kot stabilizator (antioksidant) v nekaterih plastičnih masah. Izvora oziroma vloge te spojine v vzorcu NFL ni uspel pojasniti.

Slika 10.4 prikazuje koncentracijo kokaina glede na neto maso zaseženega vzorca. Iz slike je razvidno, da se na ilegalnem trgu pojavljajo vzorci zelo različnih kvalitiet.

¹⁶ Izmerjena koncentracija je bila višja od 89,3 %, ki predstavlja koncentracijo kokaina baze v čistem kokain hidrokloridu, in je posledica merilne negotovosti metode.



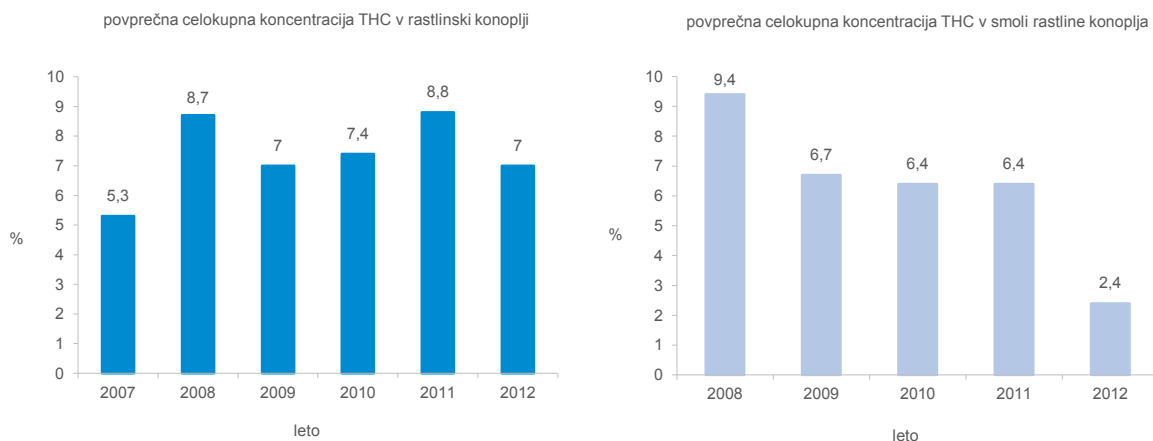
Vir: NFL

Slika 10.4: Koncentracije kokaina glede na maso vzorca, 2012

Konoplja in produkti konoplje

V monitoring je bila zajeta populacija 495 vzorcev konoplje iz 343 zadev in 9 vzorcev hašiša iz 8 zadev.

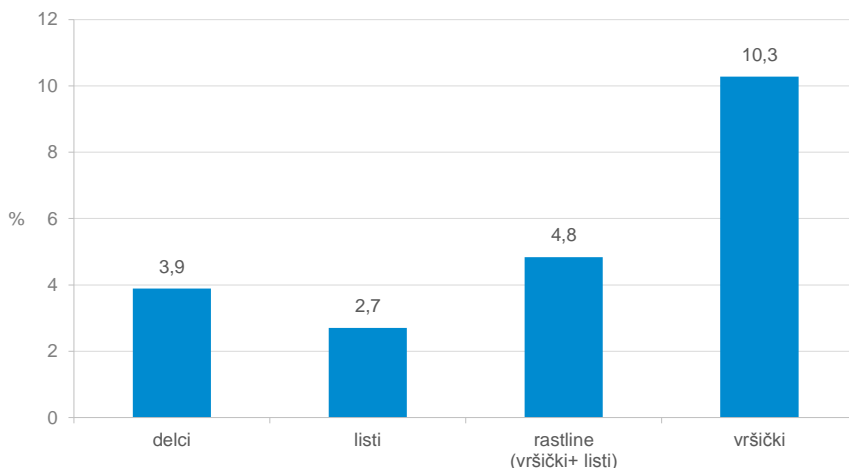
Povprečne koncentracije (Slika 10.5) celokupnega THC v rastlinskem materialu so bile podobne kot v prejšnjih letih (povprečno 7,0 %, minimum 0,1 %, maksimum 22,7 %). Precej nižja kot prejšnja leta je bila povprečna koncentracija celokupnega THC v vzorcih hašiša (povprečno 2,4 %, minimum 0,1 % in maksimum 5,2 %).



Vir: NFL

Slika 10.5: Povprečne koncentracije celokupnega THC v vzorcih konoplje (marihuane in hašiša), 2006–2012

Povprečne vsebnosti celokupnega THC glede na vrsto materiala (zdrobljeni rastlinski delci; samo listi rastline; cele rastline, pri katerih se za analizo vzorči tako liste kot tudi vršičke; samo vršički konoplje) so prikazane na Sliki 10.6.



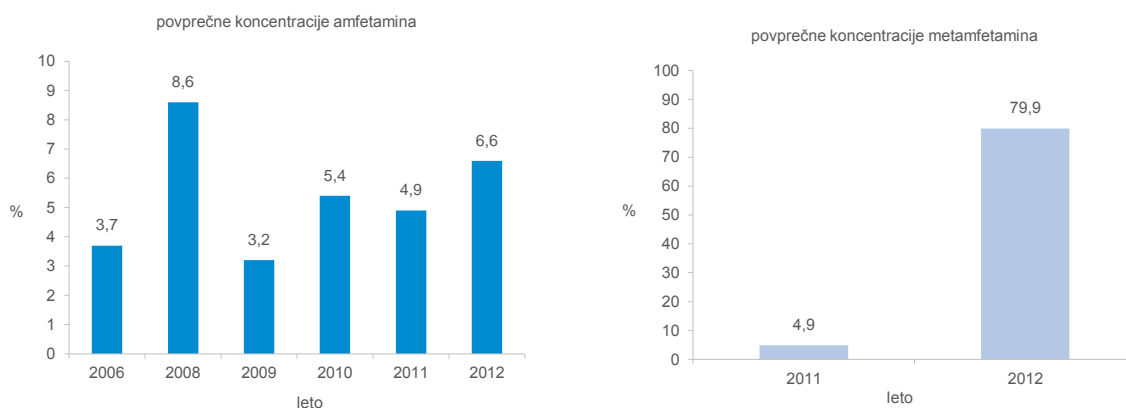
Vir: NFL

Slika 10.6: Povprečne koncentracije celokupnega THC glede na vrsto vzorca, 2012

Stimulansi amfetaminskega tipa in nove psihoaktivne snovi

Večina v letu 2012 zaseženih vzorcev je vsebovala amfetamin. Zasegi metamfetamina so bili redki.

Povprečna koncentracija amfetamina za populacijo 108 vzorcev iz 42 zadev je bila nekoliko višja kot leta 2011, in sicer 6,6 % (Slika 10.7). Najnižja koncentracija je bila 1,1 % in najvišja 41,3 %. V 5 zaseženih vzorcih metamfetamina je bila izmerjena visoka koncentracija te spojine, in sicer okoli 80 %, kar ustreza čistemu metamfetaminu v obliki hidroklorida.

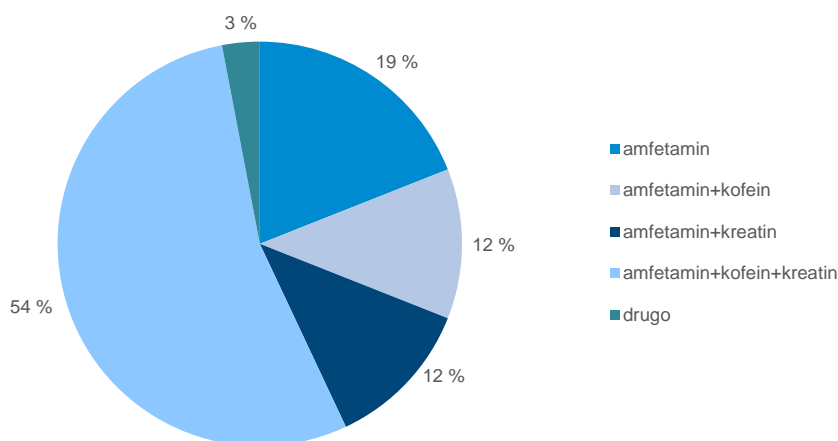


Vir: NFL

Slika 10.7: Povprečne koncentracije amfetamina (v 2006, 2008–2012, za 2007 ni podatkov) in metamfetamina (2011–2012)

V NFL smo v vzorcih amfetamina dokazovali tudi nekatere dodatke (npr. kreatin, kofein), prisotnosti sladkorjev pa niso ugotavljali.

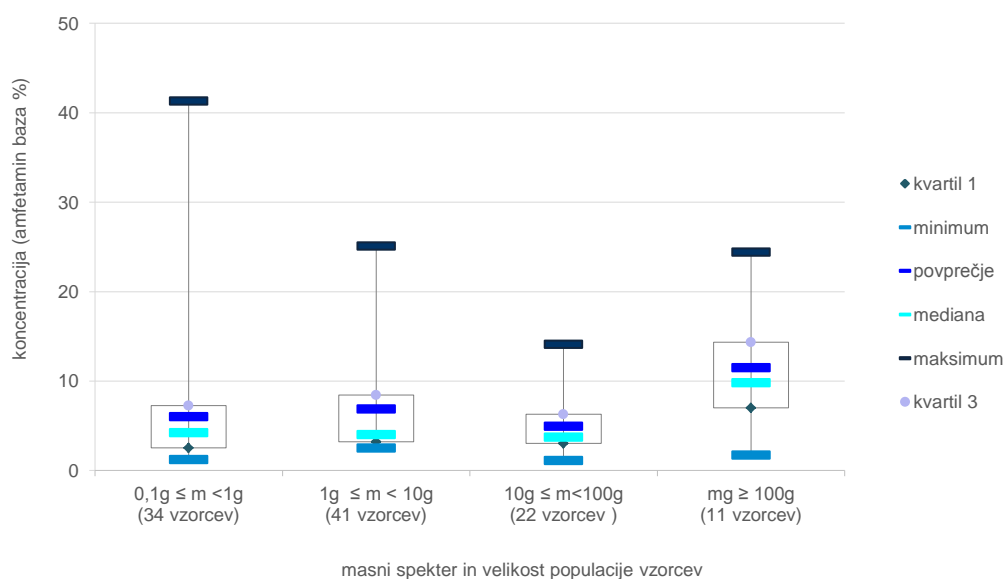
Sestava vzorcev glede na dodatke je prikazana na Sliki 10.8. 54 % vzorcev amfetamina je bilo razredčenih s kreatinom in kofeinom. Kofein kot edini dodatek je bil dokazan v 12 % vzorcev, prav tako 12 % vzorcev pa je bilo razredčenih samo s kreatinom. 19 % vzorcev je vsebovalo le amfetamin (brez aktivnih dodatkov). V preostalih 3 % vzorcev so identificirali različne primesi (npr. metilamfetamin).



Vir: NFL

Slika 10.8: Delež vzorcev amfetamina glede na dodatke oziroma primesi, 2012

Vzorci z masami več kot 100 g so v povprečju vsebovali približno dvakrat več amfetamina kot vzorci z masami pod 100 g (Slika 10.9).

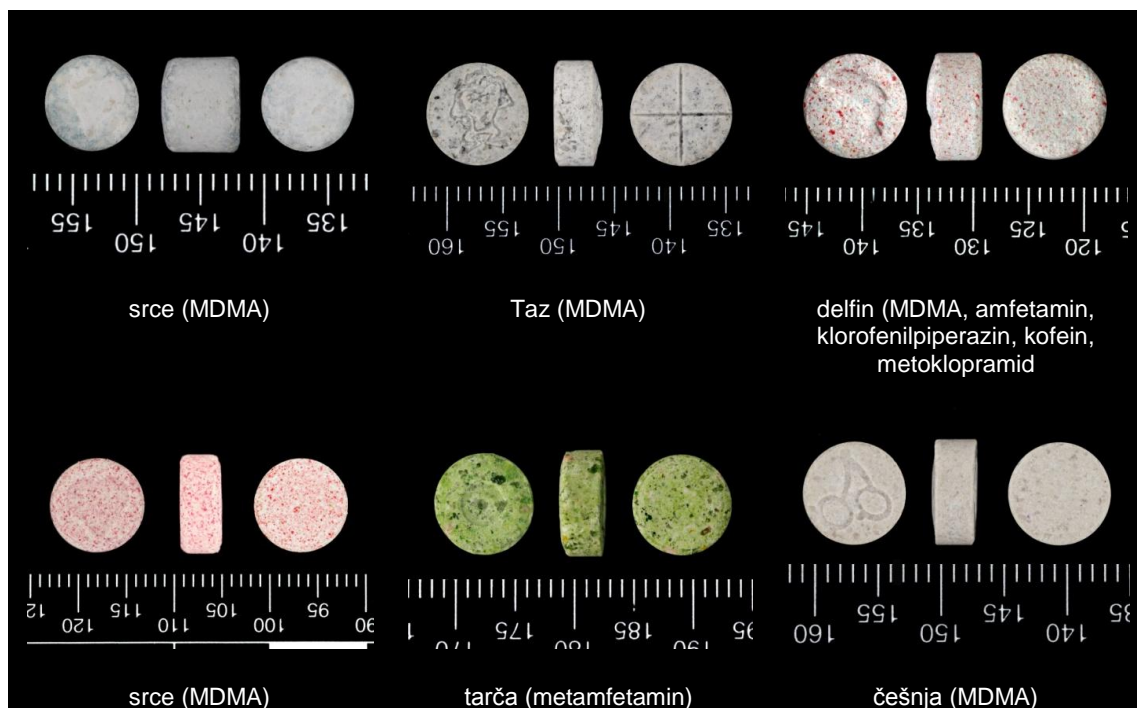


Vir: NFL

Slika 10.9: Koncentracije amfetamina v vzorcih, razvrščenih po masah, 2012

V letu 2012 je policija v Sloveniji zasegla šest novih tipov tablet ekstazija in drugih sintetičnih drog oziroma novih psihoaktivnih snovi. Trije novi tipi tablet so vsebovali samo MDMA, en tip tablet pa je vseboval kombinacijo MDMA, amfetamina, klorofenilpiperazina, kofeina in metoklopramida (Fotografija 10.1). Ocenjena povprečna količina MDMA v novih tipih tablet je približno 80 mg na tableto.

V enem tipu tablet je NFL dokazal metamfetamin, v drugem pa 4APB in 6APB (Tabela 10.4, Fotografija 10.2).



Vir: NFL

Fotografija 10.1: Različni tipi tablet, zaseženi v Sloveniji leta 2012



Vir: NFL

Fotografija 10.2: Zasežene tablete (v obliki peletov), ki so vsebovale novi psihoaktivni snovi 6APB in 4APB, 2012

V letu 2012 so se v Sloveniji pojavile tudi nekatere druge nove psihoaktivne snovi, prevladovali so katinoni in sintetični kanabinoidi (Tabela 10.4).

Tabela 10.4: Zasežene nove psihoaktivne snovi, 2012

| Substanca | Oblika snovi | Št. zasegov | Skupna količina iz zasegov |
|--------------------------------|----------------------|-------------|----------------------------|
| 25I-NBOMe* | tekočina | 1 | 0,2 ml |
| MDPV | bela praškasta snov | 1 | 6,68 g |
| butilon | bela praškasta snov | 3 | 758,7 g |
| MDPV+4-MEC | bela praškasta snov | 1 | 1,1 g |
| 4-fluoroamfetamin | bela praškasta snov | 1 | 1,3 g |
| 4-MEC | bela praškasta snov | 2 | 26,9 g |
| 2C-E | pivniki | 1 | 5 kos |
| metoksetamin | bela praškasta snov | 2 | 45,71 g |
| α -metiltriptamin (AMT) | bela praškasta snov | 1 | 1,01 g |
| metiopropamin (MPA) | bela praškasta snov | 1 | 2,01 g |
| PVP | bela praškasta snov | 1 | 0,02 g |
| AM-2201 | zelena pastozna snov | 3 | 4,40 g |
| JWH-122 | zelena pastozna snov | 1 | 1,03 g |
| 6APB+4APB* | peleti | 1 | 17,02 g |
| metilamfetamin +amfetamin | bela praškasta snov | 2 | 107,17 g |

* Spojina je bila potrjena z GC-MS pogojno, le na podlagi masnega spektra – referenčni material ni bil na voljo.

Vir: NFL

Predhodne sestavine za prepovedane droge

V začetku leta 2012 je slovenska carina v tovornem pristanišču Koper odkrila 5 sodov s sumljivo tekočino skupne prostornine okoli 1000 l. Tekočino smo analizirali v NFL in ugotovili, da vsebuje okoli 85 % 3,4-MDP-2-nitropropana (ni kontrolirana predhodna sestavina). Spojino 3,4-MDP-2-nitropropan je mogoče relativno enostavno kemijsko pretvoriti v 3,4-MDP-2-propanon (PMK), ki je kontrolirana predhodna sestavina za sintezo MDMA. V NFL smo ocenili, da bi zaseženi material po kemijski pretvorbi v PMK zadoščal za izdelavo vsaj 4,5 milijona tablet ekstazija (Janežič in sod. 2013).

B

LITERATURA, VIRI IN PRILOGE

Literatura

- Ahrens B. (2013) Analysis of Heroin Cutting Agents and Colorants by CE-ESI-MS Forensic and Legal Implications, ENFSI-DWG 19. srečanje, Dubrovnik, Hrvaška.
- Alhalabí-Diaz S, Secades-Villa R, Perez JME, Fernandez-Hermida JR, Garcia-Rodriguez O, Crespo, J LC. (2006). Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Drug and Alcohol Review*, 25(4), 327-331.
- Babor TF, Higgins Biddle JC, Sanders JB, Monteiro MG. (2001). AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. (2010) Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press.
- Drev A, Stokelj R, Krek M. (2011) Nacionalno poročilo 2011 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Drev A, Stokelj R, Krek M. (2012) Nacionalno poročilo 2012 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- EMCDDA (2006) Annual Report: Selected Issues. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA (2010) Letno poročilo 2010. Stanje na področju problematike drog v Evropi. Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije.
- EMCDDA (2012) Annual Report 2012: The State Of The Drugs Problem In Europe. Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije.
- ENFSI (2012) Hypergeometric sampling tool, background of calculation and validation, version 2012. Pridobljeno 3. 10. 2013 s spletne strani: http://www.enfsi.eu/sites/default/files/documents/external_publications/dwg-sgl-002-vers001_hypgeometric_calculationbackground_and_validation_2012-12-07.pdf
- Gostič T. (2006) Quantitative determination of the major cutting agents in cocaine samples seized in Slovenia in the period from may 2004 to november 2005, TIAFT 2006 – 44. mednarodno srečanje, Ljubljana, Slovenija.
- Gostič T, Kalinger C. (2010) Cocaine Samples Seized in Slovenia – an Overview, poster, ENFSI-DWG 16th meeting, Bled, Slovenia. Pridobljeno 3. 10. 2013 s spletne strani: http://policija.si/images/stories/GPUNFL/IMG/Prispevki/2010/maj/20-srecanje_bled/8-cocaine_samples.pdf
- Hartmann R. (2010) (ed.). Report: Fred goes net, Documentation of User Data Slovenia, Cologne.
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. (2012) The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Pridobljeno 14. 5. 2013 s spletne strani: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf
- Hill LG, Goates SG, Rosenman R. (2010) Detecting selection effects in community implementations of family-based substance abuse prevention programs. *American Journal of Public Health*, 100(4), 623-630.
- Inštitut za varovanje zdravja RS. (2013) Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2012 (v pripravi).
- Inštitut za varovanje zdravja RS. (2013) Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2012. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Inštitut za varovanje zdravja RS, Fakulteta za družbene vede. (2008) Raziskava o obsegu pasivnega kajenja med odraslimi prebivalci RS 2006 in 2008. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu brez tobaka 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Janežič M, Koren R, Klemenc S. (2013) Shipment of not regulated 3,4-methylenedioxyphenyl-2-nitropropane as a source for the controlled MDP2P (PMK), ENFSI-DWG 19. srečanje, Dubrovnik, Hrvaška.

Klavs I, Kustec T, Kastelic Z. (2013) Letno poročilo 2012: Okužba s HIV v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Klavs I, Poljak M. Unlinked anonymous monitoring of human immunodeficiency virus prevalence in high and low risk groups in Slovenia, 1993–2002. *Croat Med J.* 2003; 44 (5): 545–9.

Klemenc S. (2003) Forenzične preiskave ilegalnega heroina: doktorska disertacija, UL FKKT.

Klemenc S, Kalinger C. (2010) Heroin in Slovenia – An Overview for 2009 and Quick Look into the Past, poster, ENFSI-DWG 16th meeting, Bled, Slovenia. Pridobljeno 3. 10. 2013 s spletne strani:

http://policija.si/images/stories/GPUNFL/IMG/Prispevki/2010/maj/20-srecanje_bled/3-heroin_in_Slovenia.pdf

Kolšek, M. (2004) O pitju alkohola. Priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: CINDI Slovenija.

Koprivnikar H. (2013) Trendi v kajenju tobaka. V: Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. (Ur) Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupanič T Pucelj V, Bajt M, pp. 165-182. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Košir M. (2012) The reality in implementing strategies and policies in the field of youth risk behaviour in nightlife in selected countries – comparative study (final results). Interno gradivo projekta. Ljubljana: Inštitut Utrip.

Lavtar D, Koprivnikar H, Zorko M, Drev A, Rostohar K, Štokelj R. (2013) Uporaba prepovedanih drog, tobaka in alkohola 2011-2012. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. (v pripravi).

Miller WR, Rollnick S. (2002) Motivational Interviewing. New York, London, The Guilford Press.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2013). Izpis iz baze socialnih podatkov. Neobjavljeni podatki. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

Ministrstvo za zdravje RS 2011, Raziskava javnega mnenja o odnosu državljanov do kajenja in zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (neobjavljeno)

Ministrstvo za zdravje RS 2010, Raziskava javnega mnenja o odnosu državljanov do kajenja in zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (neobjavljeno)

Ministrstvo za zdravje RS 2009, Raziskava javnega mnenja o odnosu državljanov do kajenja in zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (neobjavljeno)

Smolej S, Žiberna V, Kovač N, Jesenovec A, Marčič R. (2013) Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva: poročilo o izvajanju programov v letu 2012: končno poročilo. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

Statistični urad Republike Slovenije. (2012) Osnovne skupine prebivalstva po spolu, Slovenija, četrtno. Pridobljeno 25. 8 2013 s spletne strani: <http://www.stat.si/>

UNODC 2011. The opium/heroin market, In: UNODC World drug report 2011. Dunaj: UNODC.

UNODC 2012. Illicit opiate market, In: UNODC World drug report 2012. Dunaj: UNODC.

Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij. (2013) Letno poročilo 2012. Ljubljana, Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij. Pridobljeno 18. 8 2013 s spletne strani:

http://www.mp.gov.si/fileadmin/mp.gov.si/pageuploads/UIKS/Letna_porocila/LP_2012.pdf

Verbič N, Klemenc S. (2013) Screening for synthetic food colorants in heroin mixtures by TLC, poster, ENFSI-DWG 19. srečanje, Dubrovnik, Hrvaška.

Wirth N, Horre K (ed.) (2010) Fred goes net Manual. Münster: LWL.

Viri

Dick D, Torrance C. (2010) Mixmag drugs survey. *Mixmag*, 2010 (2), 44–54.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. (2009) The 2007 ESPAD report: Substance Use Among Students in 35 European countries. Stockholm: The Swedish Council for information on Alcohol and Other Drugs.

Krek, M. (2010) Nacionalno poročilo 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v RS. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Krek, M. (2009) Nacionalno poročilo 2009 o stanju na področju prepovedanih drog v RS. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Nacionalni program na področju drog. 1992. *Časopis za kritiko znanosti*, 146-147 (20): 153-155.

Parker H, Aldridge J, Measham F. (1998) *Illegal Leisure: the normalization of adolescent recreative drug use*. London: Routledge.

Sampson S. (2007) White lines, blue collar. *Druglink*, 2007 (4), 10–12.

Sande M. (2007) *Na spidu II*. Ljubljana: Združenje DrogArt.

Sanza M, Cicognani E, Zani B, Nasuelli F. (2011) "Le rotte del divertimento e il consumo di sostanze psicoattive". Milano: Franco Angeli.

Seznam zakonov

Kazenski zakonik. Uradni list RS, št. 55/08, 66/08 - popr., 39/09, 91/2011 in 50/2012.

Pravilnik o izvrševanju kazni zapora. Uradni list RS, št. 102/2000

Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004 – 2009. Uradni list RS št. 28/2004.

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020. Uradni list RS, št. 39/2013

Uredba o dopolnitvi Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog. Uradni list RS, št. 62/2013.

Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij. Uradni list RS, št. 109/2012.

Zakon o omejevanju porabe alkohola – ZOPA. Uradni list RS, št.15/2003.

Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, uradno prečiščeno besedilo (ZOUTI). Uradni list RS, št. 93/2007.

Zakon o pravilih cestnega prometa. Uradni list RS, št. 109/2010, 57/2012.

Zakon o prekrških. Uradni list RS, št. 9-318/2011.

Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog. Uradni list RS. 98/1999.

Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami. Uradni list RS, št. 108/1999, 44/2000, 2/2004 in 47/2004.

Zakon o socialnem varstvu. Uradni list RS, št. 3/2007 in naslednji.

Zakon o socialnovarstvenih prejemkih. Uradni list RS, št. 61/2010 in naslednji.

Zakon za uravnoteženje javnih financ. Uradni list RS, št. 40/2012.

Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev. Uradni list RS, št. 62/2010 in naslednji.

PRILOGE

Kazalo tabel

| | |
|--|-----|
| Tabela 1.1: Sredstva MDDSZEM za socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog | 17 |
| Tabela 1.2: Podatki o porabljenih sredstvih za področje drog, po mestnih občinah, 2011–2012 | 18 |
| Tabela 1.3: Zbirni podatki porabljenih sredstev za področje drog v letu 2012 | 19 |
| Tabela 2.1: Delež uporabe prepovedanih drog v splošni populaciji in izbranih starostnih skupinah | 23 |
| Tabela 2.2: Delež kadičev med prebivalci Slovenije, starimi 15–64 let, v letih 2007 in 2011/12 | 25 |
| Tabela 2.3: Prevalenca uporabe drog, zajetih v raziskavo | 27 |
| Tabela 4.1: Ocena števila problematičnih uporabnikov opiatov z uporabo koeficienta skrite populacije v letu 2011 .. | 44 |
| Tabela 4.2: Število in delež uporabnikov programa CPZOPD po regijah ter število in delež nikoli vključenih uporabnikov med anketiranimi v programih ZŠ v letu 2011 | 45 |
| Tabela 5.1: Število obravnavanih uporabnikov v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, 2012 | 52 |
| Tabela 5.2: Delež uporabnikov drog glede na drogo, zaradi katere so prvič vstopili v program, po starostnih skupinah, 2012 | 57 |
| Tabela 6.1: Delež okuženih s HIV med injicirajočimi uporabniki drog, 2008–2012..... | 63 |
| Tabela 6.2: Število zastrupljenih s prepovedanimi drogami, ki so bili obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010–2012 | 65 |
| Tabela 6.3 Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljeni, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010– 2012 | 66 |
| Tabela 6.4: Število smrti zaradi neposrednega delovanja prepovedanih drog po zunanjem vzroku in vrsti uporabljene droge, 2012 | 69 |
| Tabela 7.1: Območja izvajanja aktivnosti z mobilnimi enotami | 85 |
| Tabela 8.1: Število obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog, na centrih za socialno delo, 2009–2012 | 95 |
| Tabela 9.1: Skupno število evidentiranih kaznivih dejanj, število kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog, število osumljenih storitve kaznivega dejanja, število prekrškov s področja prepovedanih drog in število kršiteljev Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, 2009–2012 | 99 |
| Tabela 9.2: Število osumljenih, ki so kaznivo dejanje izvršili pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, 2009–2012..... | 100 |
| Tabela 9.3: Število osumljenih, ki so kaznivo dejanje storili pod vplivom prepovedanih drog; razvrščeno po nekaterih vrstah kaznivih dejanj iz Kazenskega zakonika, 2009–2012..... | 100 |
| Tabela 9.4: Število odrejenih strokovnih pregledov za ugotavljanje prisotnosti prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi ter število pozitivnih rezultatov pregleda krvi/sline in urina, 2010–2012..... | 101 |
| Tabela 9.5: Odkrite prepovedane droge, psihoaktivna zdravila ali druge psihoaktivne snovi v izidih pozitivnih analiz, 2010–2012..... | 101 |
| Tabela 9.6: Število obsojencev, ki so prestajali nadomestno kazen, 2010–2012 | 104 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 9.7: Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih oseb, 2004–2012 | 106 |
| Tabela 9.8: Število najdb prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah, 2012 | 106 |
| Tabela 9.9: Količina najdenih prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah | 107 |
| Tabela 9.10: Število zaprtih oseb na substitucijski terapiji po kategorijah, 2006–2012..... | 108 |
| Tabela 9.11: Rezultati prostovoljnih in zaupnih testiranj na hepatitis in HIV, 2004–2012 | 108 |
| Tabela 9.12: Število zaprtih oseb, ki imajo težave zaradi prepovedanih drog in so vključene v programe obravnave, 2012 | 109 |
| Tabela 10.1: Skupna količina zaseženih prepovedanih drog po vrsti prepovedane droge, 2009–2012 | 112 |
| Tabela 10.2: Število zasegov po posameznih prepovedanih drogah, razdeljeno po prekrških in kaznivih dejanjih ter skupaj, 2009–2012 | 113 |
| Tabela 10.3: Cene prepovedanih drog v Sloveniji v evrih, 2012..... | 115 |
| Tabela 10.4: Zasežene nove psihoaktivne snovi, 2012 | 123 |

| | |
|---|----|
| Slika 2.1: Deleži (v %) prebivalcev Slovenije, starih 15-64 let, ki ne pijejo alkohola, in tistih, ki so se v zadnjih 12 mesecih visokotvegano opijali ob eni priložnosti, glede na pogostost opijanja..... | 24 |
| Slika 3.1: Število mladostnikov, obravnavanih v sprejemnem centru in v Programu za otroke in mladostnike, 2007–2012..... | 39 |
| Slika 4.1: Število obravnavanih v CPZOPD, število obravnavanih na 1000 prebivalcev in odstotek nikoli obravnavanih med obiskovalci programov ZŠ v letu 2011..... | 45 |
| Slika 4.2: Uporaba drog med uporabniki programov zmanjševanja škode, 2010–2012..... | 48 |
| Slika 4.3: Delež uporabnikov programov zmanjševanja škode po vrsti drog in vbrizgavanju, 2010–2012..... | 48 |
| Slika 5.1: Število uporabnikov programa mreže CPZOPD, 2008–2012..... | 52 |
| Slika 5.2: Delež uporabnikov programa mreže CPZOPD, ki so ob prvem in ponovnem vstopu v program živeli s partnerjem in otrokom, 2006–2012..... | 54 |
| Slika 5.3: Delež nezaposlenih uporabnikov drog, ki so prvič ali ponovno vstopili v program mreže CPZOPD, 2006–2012..... | 55 |
| Slika 5.4: Delež uporabnikov programov CPZOD, ki so ob prvem ali ponovnem vstopu v program navedli kot glavno drogo kanabis, kokain, sintetične droge in nepredpisani metadon, 2006–2012..... | 56 |
| Slika 5.5: Delež uporabnikov glede na uporabo glavne droge ob prvem in ponovnem vstopu v program, 2012..... | 56 |
| Slika 5.6: Delež uporabnikov drog ob prvem vstopu v program, ki so zadnji mesec pred vstopom droge injicirali, 2006–2012..... | 58 |
| Slika 5.7: Delež uporabnikov, ki so bili v program vključeni več kot eno leto, glede na glavno drogo, 2006–2012..... | 59 |
| Slika 5.8: Delež uporabnikov, cepljenih proti hepatitisu B ob prvem in ponovnem vstopu v program, 2006–2012..... | 59 |
| Slika 6.1: Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljeni, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2004–2012..... | 67 |
| Slika 6.2: Gibanje števila umrlih zaradi prepovedanih drog, skupaj in po spolu, 2004–2012..... | 70 |
| Slika 6.3: Gibanje števila neposrednih smrti zaradi uporabe prepovedanih drog med prebivalci, starimi 15–49 let, po petletnih starostnih skupinah, 2004–2012..... | 70 |
| Slika 6.4: Stopnje umrljivosti zaradi prepovedanih drog med prebivalci, starimi 15–64 let, po regijah, 2004–2012..... | 71 |
| Slika 6.5: Gibanje števila smrtnih zastrupitev s prepovedanimi drogami (namernih, nenamernih in nedoločenega namena), razvrščeno po vrsti droge, 2004–2012..... | 71 |
| Slika 6.6: Gibanje hospitalizacij zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami, po vrsti droge, 2004–2012..... | 73 |
| Slika 6.7: Gibanje na starost standardiziranih stopenj umrljivosti zdravljenih uporabnikov drog in uporabnikov opioidov, po spolu, 2004–2012..... | 76 |
| Slika 6.8: Število nenamernih zastrupitev med zdravljenimi uporabniki prepovedanih drog, po vrsti droge, 2004–2012..... | 77 |
| Slika 6.9: Število samomorov med zdravljenimi uporabniki prepovedanih drog, po vrsti samomora, 2004–2012..... | 78 |
| Slika 6.10: Število bolezni kot vzrokov smrti med zdravljenimi uporabniki prepovedanih drog, po vrsti bolezni, 2004–2012..... | 79 |
| Slika 7.1: Pokritost s programi zmanjševanja škode v Sloveniji, 2012..... | 83 |
| Slika 8.1: Viri financiranja socialnovarstvenih programov na področju preprečevanja zasvojenosti s prepovedanimi drogami, 2012..... | 95 |

| | |
|---|-----|
| Slika 10.1: Povprečne koncentracije heroina, 2006–2012 | 117 |
| Slika 10.2: Koncentracija heroina glede na neto maso vzorca, 2012 | 117 |
| Slika 10.3: Povprečne koncentracije kokaina, 2006–2012 | 118 |
| Slika 10.4: Koncentracije kokaina glede na maso vzorca, 2012 | 119 |
| Slika 10.5: Povprečne koncentracije celokupnega THC v vzorcih konoplje (marihuane in hašiša), 2006–2012..... | 119 |
| Slika 10.6: Povprečne koncentracije celokupnega THC glede na vrsto vzorca, 2012 | 120 |
| Slika 10.7: Povprečne koncentracije amfetamina (v 2006, 2008–2012, za 2007 ni podatkov) in metamfetamina (2011–2012) | 120 |
| Slika 10.8: Delež vzorcev amfetamina glede na dodatke oziroma primesi, 2012 | 121 |
| Slika 10.9: Koncentracije amfetamina v vzorcih, razvrščenih po masah, 2012 | 121 |

