

I z k u š n j e
v z t r a j n o s t
z r e l o s t

NACIONALNO POROČILO 2009
O STANJU NA PODROČJU
PREPOVEDANIH DROG V
REPUBLIKI SLOVENIJI





Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami



**NACIONALNO POROČILO 2009 O STANJU NA
PODROČJU PREPOVEDANIH DROG
V REPUBLIKI SLOVENIJI**

SLOVENIJA

**Novosti, trendi in poglobljene informacije
o izbranih temah**

REITOX

Ljubljana, marec 2010

Nacionalno poročilo 2009 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji

Izdajatelj:
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2

Spletni naslov:
www.ivz.si

Za izdajatelja:
Marija Seljak

Glavni urednik:
Milan Krek

Uredniki:
Andreja Drev, Marko Cerar, Romana Štokelj

Oblikovanje:
Andreja Frič

Digitalna produkcija:
Studio Kreator

Število izvodov:
200

Leto izdaje:
2010

ISSN 1855-864X

Strokovnjaki, ki so sodelovali pri pripravi Nacionalnega poročila 2009 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji (avtorji so navedeni po abecednem vrstnem redu)

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije - Nacionalna kontaktna točka REITOX:

Jelena Bogosavac

Marko Cerar

Andreja Drev

Milan Krek

Romana Štokelj

Avtorji:

Nejc Bergant, Inštitut za varovanje zdravja

Branka Božank, Zavod za zdravstveno varstvo Ravne

Marko Cerar, Inštitut za varovanje zdravja

Jasna Čuk Rupnik, Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Logatec

Andreja Drev, Inštitut za varovanje zdravja

Helena Jeriček Klanšček, Inštitut za varovanje zdravja

Marijana Kašnik Janet, Zavod za zdravstveno varstvo Ravne

Irena Klavs, Inštitut za varovanje zdravja

Tina Korač, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Milan Krek, Inštitut za varovanje zdravja

Zala Kumiše, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Barbara Lovrečič, Inštitut za varovanje zdravja

Mina Paš, Združenje DrogArt

Nina Pogorevc, Zavod za zdravstveno varstvo Ravne

Matej Sande, Združenje DrogArt

Staša Šavelj, Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije

Jožica Šelb Šemrl, Inštitut za varovanje zdravja

Romana Štokelj, Inštitut za varovanje zdravja

Lucija Tekavčič Božikov, Uprava Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij

Vida Vozlič, Inštitut VIR

Zahvala:

Helidor Cvetko, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Maribor

Lidija Janko Pečnik, Društvo Bravo

Imre Jerebic, Slovenska Karitas

Andrej Katelic, Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, Psihiatrična klinika Ljubljana

Damjana Kotnik, MOCIS - Center za izobraževanje odraslih Slovenj Gradec - PUM

Ines Kvaternik, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo

Karmen Osterc Kokotovič, Zavod za zdravstveno varstvo Maribor

Janez Pezelj, Rdeči križ Slovenije

Nina Scagnetti, Inštitut za varovanje zdravja

Robert Sotler, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

Andreja Štrucl, Osnovna šola Juričevega Drejčka

Tanja Udrih, Klinični inštitut za medicino dela prometa in športa

Suzana Vodnjov, Osnovna šola Juričevega Drejčka

Prostovoljka društva AI-Anon v Ljubljana

Maja Zorko, Inštitut za varovanje zdravja

Kazalo vsebine

Uvodnik	8
Povzetek.....	12
A: NOVOSTI IN TRENDI	17
1. Zakonodaja, strategija in ekonomska analiza	18
1.1 Uvod	18
1.2 Pravni okvir.....	18
1.3 Analiza izvajanja nacionalne strategije 2004-2009	19
1.4 Ekonomska analiza	22
2. Uporaba drog v splošni populaciji in posameznih ciljnih skupinah.....	23
2.1 Uvod	23
2.2 Uporaba drog v splošni populaciji	23
2.3 Uporaba drog med ciljnimi skupinami na nacionalni in lokalni ravni.....	26
3. Preventiva	37
3.1 Uvod	37
3.2 Univerzalna preventiva	37
3.3 Selektivna preventiva	50
3.4 Indicirana preventiva	54
3.5 Nacionalne in lokalne medijske aktivnosti	55
4. Problematična uporaba drog	63
4.1 Uvod	63
4.2 Podatki o problematični uporabi drog v vzorcu nevladnih organizacijah	63
4.3 Značilnosti programov nizkega praga v Sloveniji	66
4.4 Intenzivna, pogosta, dolgotrajna in druge oblike problematične uporabe drog	76
5. Z drogami povezano zdravljenje: povpraševanje po zdravljenju ter dostopnost do zdravljenja	80
5.1 Uvod	80
5.2 Strategija in politika na področju obravnave odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji	80
5.3 Vsi uporabniki CPZOPD v Sloveniji v letu 2008	82
5.4 Značilnosti uporabnikov, ki so v letu 2008 ponovno ali prvič vstopili v program CPZOPD	84
5.5 Trendi pri uporabnikih v programu zdravljenja	88
6. Z zdravjem povezane težave in posledice	92
6.1 Uvod	92
6.3 Druge z drogami in zdravjem povezane težave ter posledice	93
6.4 Z drogami povezane smrti in umrljivost uporabnikov drog	94
7. Odzivi na z zdravjem povezane težave in posledice	100
7.1 Uvod	100
7.2 Preventiva z drogami povezanih nujnih primerov in zmanjševanje z drogami povezanih smrti.....	100
7.3 Preventiva pred nalezljivimi boleznimi in zdravljenje nalezljivih bolezni.....	102
7.4 Odzivi na druge z zdravjem povezane težave med uporabniki drog	103
8. Socialna problematika, povezana z uporabo drog, in socialna reintegracija.....	104
8.1 Uvod	104
8.2 Socialna izključenost in uporaba drog	104

9. Z drogami povezana kriminalna dejanja, preventiva pred njimi in zapor.....	109
9.1 Uvod.....	109
9.2 Z Drogami povezana kriminalna dejanja.....	109
9.3 Odzivi na zdravstvene probleme, povezane z drogami, v zaporih.....	110
10. Trgovanje z drogami.....	114
10.1 Uvod.....	114
10.2 Tihotapljenje prepovedanih drog.....	114
10.3 Zasegi.....	115
10.4 Cene prepovedanih drog.....	117
B: IZBRANA POGLAVJA.....	118
11. Proizvodnja in promet s konopljo (kanabisom).....	119
11.1 Cene konoplje (kanabisa) na debelo.....	119
11.2 Zasegi.....	120
12. Obravnava in skrb za starejše uporabnike drog.....	121
12.1 Staranje problematičnih uporabnikov drog.....	121
12.2 Uporaba drog, zdravje in socialno-demografske značilnosti starejših uporabnikov drog.....	125
12.3 Obravnava, zdravljenje in skrb za starejše uporabnike drog.....	128
12.4 Starejši uporabniki drog - izsledki fokusne skupine.....	129
C: LITERATURA IN PRILOGE.....	132
Literatura.....	133
Priloge.....	137
Kazalo tabel.....	137
Kazalo slik.....	138

Uvodnik

Vsak zapis podatkov o drogah v slovenskem jeziku je v času, ko se večina strokovnih člankov piše v angleškem jeziku, še posebej dragocen. Tudi nacionalno poročilo o drogah se je pred leti pisalo le v angleščini. Pred vami pa je prvo tudi slovensko poročilo, ki bo dostopno vsem slovensko govorečim. S tem smo na Inštitutu za varovanje zdravja RS podatke še bolj približali vsem, ki jih potrebujete pri svojem vsakodnevnom delu, in tudi tistim, ki jih uporabljate le občasno. Poročilo smo pisali v skladu z metodologijo, ki nam jo predpisuje EMCDDA (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami). To je agencija Evropske unije, ki pokriva problematiko prepovedanih drog in skrbi, da se informacije o drogah v prostoru EU zbirajo na enoten način. Le tako so podatki med sabo tudi primerljivi. Ko boste poskušali primerjati podatke v poročilu s podatki iz drugih držav EU, vas vabim, da si ogledate spletno stran agencije na <http://www.emcdda.europa.eu>.

Pri pripravi poročila je sodelovalo veliko požrtvovalnih sodelavk in sodelavcev Inštituta za varovanje zdravja RS. Svoj prispevek pa so dali tudi posamezni strokovnjaki in drugi ljudje, ki delajo v vsakodnevni praksi na področju drog. Vsem se za to najlepše zahvaljujem, hkrati pa vabim vse, ki menite, da bi nam lahko kakor koli pomagali pri izdelavi poročila za leto 2010, da se nam pridružite v prihodnjih mesecih. Novo poročilo bo nastajalo v poletnih in jesenskih mesecih letošnjega leta.

Želim si namreč, da bi postala letna poročila tudi del prikaza našega skupnega dela na področju preprečevanja, obravnave in zdravljenja odvisnih od drog ter delovanja represivnih organov (policije in carine), ki preprečujejo vnos drog v državo ter njihovo preprodajo. Vsak po svoje k tej zgodbi prispeva svoj delček, skupaj pa po najboljših močeh poskušamo obvladati problematiko, ki jo povzročajo droge. Brez posameznikov, ki se trudijo na različnih področjih, ne bi bilo uspeha. Zato naj se ob tej priložnosti zahvalim tudi vsem vam.

Milan Krek



Slovensko predsedstvo EU 2008
Slovenian Presidency of the EU 2008
La Présidence slovène de l'UE 2008

Rezultati slovenskega predsedovanja HDG, januar-junij 2008

Glavni cilj slovenskega predsedovanja Svetu Evropske unije je bil prispevati k nadaljnjemu izvajanju in razvoju politike do drog v Evropski uniji (EU) na podlagi strategije EU za področje drog (2005-2012) in Akcijskega načrta EU za droge 2005-2008. V prvi polovici leta 2008 smo pod slovenskim predsedovanjem poskušali dokončati dejavnosti, katerih izvajanje je bilo predvideno po Akcijskem načrtu EU. Kar se tiče vsebine, se je naš program opiral na dosežke in razprave iz prejšnjih predsedovanj Nemčije in Portugalske.

HDG - horizontalna skupina za droge pri Svetu Evropske unije

V času slovenskega predsedovanja Svetu Evropske unije je bilo šest sestankov HDG. Po nekaj viharjih tednih na začetku predsedovanja je bil sprejet »Sklep sveta o nadzornih ukrepih in kazenskih določbah za novo psihoaktivno snov 1-benzilpiperazin (BZP)«. Sklep predstavlja pravno podlago, na osnovi katere članice v skladu s svojim nacionalnim pravom sprejmejo potrebne ukrepe, s katerimi za snovi uvedejo nadzor, sorazmeren s tveganjem, povezanim s temi snovmi.

Tematske razprave

Med slovenskim predsedovanjem so bile pripravljene tri tematske razprave. Prva se je ukvarjala z alternativnim razvojem v okviru pregleda UNGASS. Prispevki predstavnikov ES, UNODC, FAO in GTZ so poudarili, da so za uspešno alternativno razvojno politiko potrebni naslednji pogoji: komunikacija, statistična baza podatkov, red in stabilnost ter zakonodaja in njeno učinkovito izvrševanje. Ta politika bi morala predstavljati del skupne strategije za razvoj podeželja z udeležbo nacionalnih vlad, civilne družbe in lokalnih struktur.

Druga tematska razprava se je osredinila na preprečevanje zlorabe predhodnih sestavin. Razprava je bila usmerjena v preiskovalne vidike omenjene teme, predvsem pri anhidridu očetni kislini, ki se tihotapi iz Evropske unije in je namenjen v nedovoljene laboratorije heroína. Cilj te tematske razprave je bil poudariti pomembnost izvajanja sledilnih preiskav za pridobitev kakovostnih dokazov za kazenske postopke, pomembnost zasega/ustavitve dodatnih pošilk predhodnih sestavin ter pomembnost odvzema prostosti storilcem kaznivih dejanj. Drugi cilj tematske razprave je bila razprava o tem, kako se spopasti s takšnimi težavami, da bi zagotovili učinkovito zbiranje dokazov. Namen slovenskega predsedovanja Svetu Evropske unije je zato bil usmeriti tematsko razpravo k iskanju možnih rešitev, ki bi lahko z boljšo sledljivostjo in bolj učinkovitim preiskovalnim delom kazenskega pregona vodile k boljšemu sodelovanju med nacionalnimi organi kazenskega pregona.

Slovenija je predstavila - še ne povsem končano - operacijo z imenom »Plastenka« ki je vodila k izjemno obsežnemu zasegu anhidrida očetne kisline. Intenzivno delo v tej operaciji je razkrilo številne mreže organizacij za trgovino z nedovoljenimi drogami ter čezmejne povezave. Dobro sodelovanje čeških in slovenskih kriminalistov je potrdilo povezavo med sprva posamezno in na nacionalni ravni obravnavanimi primeri trgovanja s predhodnimi sestavinami.

Tretja tematska razprava se je ukvarjala z medkulturnim dialogom in njegovim razmerjem do vprašanja drog. O problematiki drog lahko razpravljamo z različnih vidikov, od konkretno političnega, zdravstvenega, socialnovarstvenega, raziskovalnega in (multi)kulturnega do vsakodnevne prakse na področju dejavnosti za nadzor nad prepovedanimi drogami. Zakonodaja in politike, ki bodo pristop dokončno oblikovale, morajo te vidike upoštevati in jih združiti na skladen in dosleden način. Izpostavljeno je bilo, da so razlike temeljni principi multikulturalnosti, kulturnega relativizma in človekovih pravic.

Nacionalno srečanje o usklajevanju na področju drog

Maja 2008 je potekalo Nacionalno srečanje o usklajevanju na področju drog. Glavna zamisel je bila spodbuditi razpravo o preteklih izkušnjah in bodočih perspektivah glede uravnoteženega pristopa med prizadevanji za zmanjšanje ponudbe in povpraševanja po drogah. Prva tema na dnevnem redu je tako bila »Zdravljenje z nadomestno terapijo«, druga pa »Zmanjševanje proizvodnje in čezmejne trgovine s heroinom – dobre prakse in povečan obseg dela organov kazenskega pregona proti drogam«. Slovensko predsedovanje je povabilo strokovnjake iz Italije, z Nizozemske, iz EMCDDA (Evropski center za spremljanje drog in odvisnosti), EUROPOLA in Slovenije, da podajo podrobna znanstvena/operativna pojasnila k obema temama.

Usklajevanje

Poleg tega da je organiziralo redne sestanke HDG, je slovensko predsedovanje poskušalo okrepiti tudi sodelovanje s tretjimi državami in mednarodnimi organizacijami. Organizirana so bila štiri srečanja trojk, dve zasedanji tehničnega odbora mehanizma o drogah EU-LAK ter pogovori na visoki ravni na srečanju EU-LAK na Dunaju, bili pa smo tudi izjemno dejavni pri pripravah na 51. sejo Komisije za droge.

UNGASS

V prvih treh mesecih leta smo veliko pozornosti posvetili pripravam in dejanskemu delu na 51. seji Komisije za droge. Vsa naša skupna prizadevanja so vodila k petim izjavam EU, ki so bile predstavljene na plenarni seji Komisije za droge, ter k sprejetju pomembnih resolucij EU. Prva (51/18) obravnava grožnjo, ki jo trgovina z drogami predstavlja za mir, stabilnost in razvoj v zahodnoafriških državah, medtem ko druga resolucija (51/4) zagotavlja pravno podlago za natančno in obširno pripravljalo delo za naslednjo Komisijo za droge. S to resolucijo so bile ustanovljene medvladne strokovne delovne skupine z jasno nalogo.

Na sestanku HDG v maju je bil sprejet nemški predlog za organizacijo dodatnih strokovnih sestankov redakcijskih skupin z namenom priprave skupnega stališča EU o procesu UNGASS med sestanki odprtih strokovnih skupin Komisije za droge. Slovensko predsedovanje je organiziralo štiri sestanke, in sicer o: a) ponudbi skupaj s pravosodnim sodelovanjem in pranjem denarja; b) mednarodnem sodelovanju na področju izkoreninjenja prepovedanih drog; c) zmanjšanju povpraševanja po drogah ter d) nadzoru. Slednji redakcijski skupini je predsedoval EMCDDA.

Kar se tiče drugih zunanjih dejavnosti v povezavi z drogami, je slovensko predsedovanje organiziralo dve zasedanji tehničnega odbora Evropske unije, Latinske Amerike in Karibov (EU/LAK) ter 10. srečanje na visoki ravni mehanizma o usklajevanju in sodelovanju EU/LAK, ki je vodilo do sprejetja Hofburške deklaracije. Ta si prizadeva za utrjevanje mehanizma in pomena usklajevalnih prizadevanj med obema regijama. Ta obveznost je bila vključena tudi v Limsko deklaracijo na petem vrhu EU/LAK v Limi 16. maja 2008.

Srečanja trojk

V času slovenskega predsedovanja so bila z namenom poglobitve sodelovanja med EU in tretjimi državami organizirana štiri srečanja trojk. Ta so predstavljala priložnost za izmenjavo znanja in informacij med predstavniki EU in sodelujočih tretjih držav. EU je predstavila

nedavni razvoj glede zmanjševanja ponudbe nedovoljenih drog, povpraševanja po drogah, glede mednarodnega sodelovanja in nadzora. Predstavniki tretjih držav so opisali svoje izkušnje in trende na področju nedovoljenih drog, skupaj s pojasnili o težavah, na katere so naleteli pri uresničevanju strategije za boj proti nedovoljenim drogam.

Organizirana so bila naslednja srečanja trojk:

Trojka EU/Afganistan

Trojka EU/zahodni Balkan in

Trojka EU/Ukrajina

Neformalni dialog o drogah med EU in ZDA

Pot naprej

Odprte medvladne strokovne skupine, ustanovljene z namenom oceniti doseganje ciljev, ki jih je na svojem 20. posebnem zasedanju postavila Generalna skupščina, predstavljajo prvi korak na poti k sprejetju nove politične deklaracije na 52. seji Komisije za droge v marcu 2009, kjer je bil usklajen pristop EU nadvse zaželen. Zaključki, sprejeti na štirih sestankih »redakcijskih skupin«, ki jih je HDG odobrila 25. junija 2008, se lahko uporabijo kot skupna usmeritev EU na nadaljnjih srečanjih, ki bodo na Dunaju v okviru UNGASS. Sklepi »redakcijske skupine - nadzor« zaslužijo posebno pozornost ne le zaradi pomembnosti vprašanja, s katerim se ukvarjajo, temveč tudi zato, ker se lahko uporabijo na vseh ostalih srečanjih odprtih medvladnih strokovnih skupin na Dunaju. Poleg tega lahko predstavljajo temelj za oblikovanje nove resolucije EU na naslednji seji Komisije za droge.

Sprejetje novega Akcijskega načrta EU za droge, ki bo predstavljal osnovo za politični razvoj po letu 2008, bo druga prednostna naloga na dnevnem redu HDG. Med možnimi prihodnjimi dejavnostmi Akcijskega načrta velja upoštevati tesno sodelovanje med EU in tretjimi državami, kar zadeva proces UNGASS.

Utrjevanje mehanizma o usklajevanju in sodelovanju EU/LAK kot tretje prednostne naloge zahteva nadaljnja prizadevanja Latinske Amerike in Karibov za sodelovanje. Po zadnjem neformalnem srečanju EU/LAK, ki je bilo 20. junija 2008, so opredelitev »metod dela« mehanizma, nadaljevanje idej za akcijski dokument ter postavljanje spletne strani teme, ki jih je treba obravnavati na bodočih srečanjih EU/LAK.

Vlogo EMCDDA kot vodilne agencije na številnih področjih je poudaril slovenski predsednik HDG - agencija je bila aktivno udeležena v vseh dejavnostih predsedovanja, poleg tega pa je vodila redakcijsko skupino o nadzoru.

Slovenska skupina:

Milan Krek

Jože Hren

Lidija Kristančič

Tomaž Dintinjana

Klemen Selan

Milan Škrj

Povzetek

Leta 2009 je bila sprejeta nova uredba o spremembah in dopolnitvah Uredbe o izvajanju uredb (ES) o predhodnih sestavinah za prepovedane droge (Uradni list RS, št. 72/2009 z dne 18. 9. 2009), ki je še posebej natančno opredelila, kdaj mora imetnik posebne licence, registracije ali posebne registracije o spremembah obvestiti pristojni organ. V letu 2008 je Vlada Republike Slovenije pripravljala Uredbo o spremembah in dopolnitvah Uredbe o načinu ravnanja z zaseženimi in odvzetimi prepovedanimi drogami, ki je bila objavljena v Uradnem listu RS, št. 63/2009. Omenjena uredba je na novo opredelila tudi najdene droge, ki se zdaj tudi uničijo v skladu z Uredbo. Vlada Republike Slovenije je izdala tudi nov sklep o ustanovitvi komisije Vlade republike Slovenije za droge (Uradni list RS, št. 38/2009)(3).

V letu 2008 je bila izvedena evalvacija obstoječe strategije na področju drog (2004-2009) z namenom, da se strategija oceni iz različnih vidikov in da ocena postane kvalitetno izhodišče za izdelavo nove strategije. Evalvatorji so podali predloge, ki bi jih morali smiselno vključiti v novonastajajočo strategijo na področju drog. Med njimi bi bilo treba omeniti potrebo po izdelavi akcijskega načrta, ki bi natančneje opredelil nosilce aktivnosti in terminske plane, potrebo po ponovnem premisleku o učinkoviti koordinaciji dejavnosti na nacionalni ravni, uskladitvi terminologije s terminologijo EU in bolj jasni opredelitvi nalog na področju raziskovanja, izobraževanja, informiranja in vrednotenja. Omogočiti je treba ustrezno informacijsko podlago za odločanje z vzpostavitvijo ustreznih baz podatkov, ki ne smejo biti vzpostavljene le zaradi potreb EU, ampak tudi zaradi potreb Slovenije, in morajo predstavljati pomembno bazo za načrtovanje in izvajanje politik na področju drog v Sloveniji.

Ministrstvo za zdravje je v letu 2008 za delovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, za javni razpis, za donacijo Združenim narodom, tiskanje publikacij in nakup ter distribucijo sterilnega materiala za injiciranje drog porabilo 5.771.100 evrov. Na ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve so za izvajanje nizkopražnih programov v Sloveniji namenili 2.140.000 evrov.

Leta 2007 je bila narejena raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu (angl. »European Health Interview Survey«), ki jo bo v letih 2007-2010 izvedla večina držav Evropske unije, zato bodo njeni izsledki mednarodno primerljivi. V raziskavi se vprašanja nanašajo tudi na uporabo alkohola, tobaka, marihuane in ostalih drog. Izsledki raziskave za Slovenijo so pokazali, da je uporaba marihuane najbolj razširjena med moško populacijo. V zadnjih 12 mesecih od dneva anketiranja, je uživalo kanabis 2,6 % posameznikov, druge droge pa 0,9 % posameznikov, ki so bili stari 15 let in več.

Doslej v Sloveniji še ni bila narejena raziskava o uporabi drog in alkohola med slovenskimi študenti. V ta namen je bila v letu 2008 izdelana raziskava o uporabi drog, ki je vključevala študente zadnjih letnikov Univerze v Ljubljani. Raziskava je pokazala, da se je večina študentov prvič srečala z drogo že pred začetkom študija. Najpogosteje so študentje uporabljali tobak in alkohol, polovica pa jih je že uporabila marihuano, kar je bistveno večji delež, kot ga navaja raziskava ESPAD, narejena med srednješolci prvega letnika srednje šole. Bistveno manjši je delež študentov, ki so uporabljali droge v zadnjem letniku študija, najbolj občuten padec uporabe je pri marihuani. Študentje so tudi navedli, da so zaradi uživanja drog že imeli težave z vedenjem in zdravstvene težave.

Leta 2007 je bila opravljena raziskava med dijaki, starimi od 17 do 19 let, o uporabi alkohola in drog na maturantskem izletu. Metodologija je bila zastavljena po metodologiji ESPAD. Rezultati raziskave so pokazali, da je najbolj razširjena uporaba alkohola, predvsem med fanti. Dijaki so na maturantskem izletu pogosteje opiti kot v domačem okolju. Temu verjetno botrujejo oddaljenost od doma in odsotnost nadzora staršev, večji občutek svobode in boljša dostopnost alkohola.

V letu 2009 sta bili v Sloveniji izvedeni dve nacionalni raziskavi, katerih namen je bil pridobiti pregled preventivnih programov na področju prepovedanih drog ter njihovih značilnosti. Prva se je osredinila na preventivne programe, ki se izvajajo v osnovnih in srednjih šolah, druga pa na preventivne programe, ki jih izvajajo nevladne organizacije in lokalne akcijske skupine. Raziskavi sta pokazali, da je univerzalna preventiva še vedno najpogostejši pristop, ki se uporablja v Sloveniji. Za preventivne programe, ki se izvajajo na osnovnih šolah, je značilno, da so nosilci najpogosteje zunanji izvajalci, in sicer prevladujejo zdravstveni delavci. Na srednjih šolah pa preventivne programe najpogosteje izvajajo zaposleni na šoli, ponavadi učitelji. Medtem ko v osnovnih šolah programi največkrat potekajo v obliki večkratnih aktivnosti, pa so v srednjih šolah enkratni, povprečno trajanje posameznih aktivnosti pa je tako v osnovnih kot srednjih šolah od dve do štiri ure. Tako za osnovne kot srednje šole velja, da se programi najpogosteje izvajajo v obliki delavnic, predavanja in tematskih ur, vsebine se večinoma podajajo kot kombinacija interaktivnega in neinteraktivnega načina. Kot metoda dela sta največkrat uporabljena razgovor in ustna razlaga. Večina programov obravnava tako dovoljene kot nedovoljene droge. Sicer pa programi v največji meri vključujejo splošno krepitev zdravega življenjskega sloga, v osnovnih šolah poleg tega še krepitev duševnega zdravja, v srednjih šolah pa krepitev znanja o tveganjih, povezanih z zlorabo drog.

Redno evalviranje programov izvaja 60 odstotkov anketiranih osnovnih šol ter skoraj 38 odstotkov srednjih šol. V večini osnovnih in srednjih šol so programi s področja drog integralni del šolske politike, prav tako ima večina šol poseben protokol ukrepov obravnave incidentov, povezanih z uporabo, posedovanjem in preprodajo PAS na šoli.

Raziskava na področju preventivnih programov preprečevanja odvisnosti, ki jih izvajajo nevladne organizacije in lokalne akcijske skupine, je pokazala, da se več kot polovica programov uvršča v primarno preventivo ter da so namenjeni predvsem učencem; sledijo starši, uporabniki drog in nekdanji uporabniki drog ter dijaki. Glede na obliko izvedbe programa so najpogostejša predavanja in delavnice. Od vsebin pa so najpogosteje zastopane krepitev socialnih, osebnih in življenjskih veščin ter vsebine, ki spodbujajo komunikacijo ter dobre odnose v družini.

V Sloveniji se preventivni programi na področju drog izvajajo tudi za predšolske otroke (v vrtcih), v rizičnih skupinah, rizičnih družinah ter na delovnem mestu. Dobro je razvita tudi preventiva v rekreativnih okoljih, indicirana preventiva pa je v glavnem namenjena otrokom z motnjo pozornosti in koncentracije (ADD) ter otrokom s hiperaktivno motnjo (ADHD).

Programi nizkega praga nudijo uporabnikom drog številne storitve, ki so nujne za vsakodnevno preživetje. Med njimi so varen prostor za svetovanje, prehrana, obleka, urejanje higienskih potreb. Vendar je tovrstnih programov v Sloveniji še vedno premalo, da bi lahko zadovoljili vse potrebe, ki jih imajo uporabniki drog. Programi razvijajo nove metode dela, med katerimi je najbolj opazno terensko delo s pomočjo posebej opremljenih vozil. V zadnjem času pa so se programi usmerili tudi v razvijanje pomoči bolj ranljivim populacijskim skupinam med uporabniki drog, kot so matere z otroki, otroci mater, odvisnih od drog, in brezdumni uporabniki drog. Pomembno je tudi redno oskrbovanje programov s sterilnim materialom za injiciranje drog, ki ga za celotno Slovenijo izvaja Zavod za zdravstveno varstvo Koper. Ta poskrbi tudi za redni in strokovni odvoz ter uničenje že uporabljenega in zbranega materiala. Delež rednih uporabnikov sterilnega pribora pri injiciranju je sicer 77,7 %, kar pa je še vedno premalo, in na tem področju bo treba usmeriti še dodatne napore, da bi delež tistih, ki ne uporabljajo sterilnega pribora za injiciranje drog, karseda zmanjšali. Tudi zbiranje že uporabljenega materiala ni zadovoljivo, saj še vedno vse preveč uporabnikov drog uporabljen pribor odvrže v smeti ali kanalizacijski jašek. Več kot 18 % se jih vozi z avtomobilom, ki ga upravljajo tudi pod vplivom psihoaktivnih substanc, kar jim bistveno zmanjšuje možnost za varno vožnjo. Skoraj polovica jih je že doživela predoziranje z drogami, kar nakazuje na potrebo po vzpostavljanju varnih sob za injiciranje drog; to v

Sloveniji še ni zaživel. Visoka samomorilnost med uporabniki drog narekuje tudi potrebo po ustreznem izobraževanju osebja v programih obravnave odvisnih, ki bi moralo dobro poznati in identificirati samomorilne osebe in jim nuditi ustrezno pomoč.

Problematična uporaba marihuane predstavlja nov izziv za stroko v slovenskem prostoru, saj ima posledice, ki jih je treba ustrezno obravnavati in tudi zdraviti. Podatki iz programa kažejo na to, da je imela skoraj tretjina prvih iskalcev pomoči v programu težave predvsem zaradi uporabe marihuane. Pojavlja se tudi uporaba več drog hkrati, med katerimi je ena od njih tudi marihuana. Mladostniki začnejo uporabo marihuane v prepričanju, da ta ni nevarna, in čeprav so pri vrstnikih opazili odvisnost, povzročeno z njo, pri sebi tega niso opazili. V družbenem odnosu do marihuane bi morali v slovenskem prostoru jasno spoznati, da je človek lahko odvisen tudi od marihuane in da takrat potrebuje ustrezno zdravljenje, ki bi ga morali nuditi obstoječi programi.

Slovenska zakonodaja obravnavo odvisnih od drog opredeljuje v posebnem zakonu. Velika večina odvisnih od drog se v Sloveniji obravnava v zdravstvenem in socialnem sektorju in v vladnih in nevladnih organizacijah. V letu 2008 je bila mreža socialne pomoči razširjena z dodatnimi programi. Po evidencah, ki jih vodijo centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), je bilo v letu 2008 vključenih v program 4429 oseb, od tega 3332v substitucijsko zdravljenje. V letu 2008 je bilo iz programov CPZOPD zbranih 3169 vprašalnikov. Zajeli so 670 oseb, ki so bile ponovno ali prvič v programu v letu 2008. Prvič je bilo po podatkih TDI v letu 2008 v program CPZOPD sprejetih 278 oseb. Glavna droga, zaradi katere so uporabniki drog koristili storitve programov pomoči, je bil heroin. Velika večina uporabnikov programa je bila brezposelnih, največ jih ima srednjo izobrazbo. Večina je glavno drogo heroin uporabljala intravenozno. Velika večina je ob tem uporabljala sterilni material. Med uporabnicami drog, ki so v letu 2008 prvič ali ponovno vstopile v program CPZOPD, je bil bistveno večji delež tistih, ki so kadile drogo, kot med uporabniki moškega spola. Delež brezposelnih med osebami, ki prvič in ponovno vstopajo v program CPZOPD, se z leti zmanjšuje. Zmanjšuje se tudi delež oseb, ki so prvič ali ponovno vstopile v program primarno zaradi posledic uporabe marihuane.

Slovenija ima nizko stopnjo prevalence z virusom HIV. Število okuženih v nobeni rizični skupini ni doseglo 5 %. V letih 2004-2008 ni bilo poročano, da bi diagnosticirali nov primer okužbe z virusom HIV. Kar zadeva kronično okužbo z virusom HBV, je bilo leta 2008 na novo odkritih 2,6 primerov na 100.000 ljudi. V letih 2004-2008 pa se je število na novo odkritih primerov gibalo od 3,2/100.000 ljudi leta 2005 do 2,0/100.000 ljudi leta 2007, število na novo odkritih primerov kroničnih okužb z virusom HCV pa od 7,2/100.000 ljudi leta 2005 do 4,1/100.000 ljudi v letu 2008.

Smrti, povezane z drogami, predstavljajo velik del vseh smrti med mladimi in jih je trikrat več med moškimi kot ženskami ter se vsako leto povečujejo. Povprečna starost umrlih se viša. Moški največ uživajo heroin v kombinaciji z metadonom in drugimi opiaty, ženske pa heroin v kombinaciji z benzodiazepini, sedativi in nespecifičnimi drogami.

Preprečevanje nenadnih zapletov zaradi uporabe drog in smrti zaradi uporabe drog poteka v različnih programih različno. Na področju zmanjševanja škode zaradi uporabe sintetičnih drog se izvaja intenzivno preventivno delo med uporabniki omenjenih drog. V programih preprečevanja in zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog pridobijo vsi pacienti, ki se zdravijo v njih, osnovna znanja o nevarnostih drog in metodah preprečevanja predoziranja z drogo in smrti zaradi drog. V nizkopražnih programih za zmanjševanje škode zaradi uporabe drog posvečajo še posebno pozornost izobraževanju glede preprečevanja predoziranja z drogami. Uporabnikom priporočajo, naj si nikoli ne injicirajo droge sami in naj pravočasno pokličejo zdravniško pomoč, če se z drogami zastrupijo. Programi imajo na voljo tudi posebej izdelane zloženske z ustreznimi vsebinami. Programe preprečevanja zastrupitve z drogami imajo tudi v visokopražnih programih.

Preventiva pred nalezljivimi obolenji poteka permanentno v vseh programih obravnave odvisnih od drog. Posebno pozornost se daje rednemu preventivnemu cepljenju odvisnih od drog proti hepatitisu B, ki je brezplačno in dostopno vsem odvisnim od drog. Vse osebe, odvisne od drog, imajo brezplačno testiranje za HIV in hepatitis C. Če se bolezen odkrije, ima vsaka oseba, odvisna od drog, zagotovljeno brezplačno zdravljenje HIV in hepatitisa C, pod istimi pogoji kot drugi prebivalci Slovenije.

V nizkopražnih programih se brezplačno razdeljujejo sterilni pribori za injiciranje drog. Poleg tega se tudi zbira že uporabljen pribor, ki se ga ustrezno strokovno uniči. Uporabnike drog se oskrbuje tudi s kondomi in sterilnimi gazami, povoji in z drugim sanitetnim materialom, ki ga uporabljajo za redno prevezovanje odprtih ran, nastalih po injiciranju drog.

Odvisni od drog imajo pogosto tudi pridružene duševne motnje. Te začnejo obravnavati že v programih obravnave odvisnih od drog, kjer praviloma sodelujejo tudi s psihiatrično stroko.

Med brezdomci so uporabniki drog pogosti. Socialna izključenost tako brezdomcev kot odvisnih od drog je več kot očitna. Otežen jim je dostop do vsakodnevnih nujno potrebnih dobrin, kot so stanovanje, hrana in osnovne higienske potrebščine. Večina svojih potreb pokrivajo z iskanjem pomoči v humanitarnih organizacijah, ki organizirajo toplo prehrano, oskrbo ljudi z oblekami in včasih tudi s prenočiščem.

Razmere se še bolj zaostrijo, ko je brezdomec, odvisnik od drog, bolan in potrebuje zdravniško pomoč, ki pa jo zaradi svojih pomislov in tudi zaradi družbenega odnosa in odnosa posameznika do brezdomcev le s težavo poišče. Zato pogosteje kot drugi ljudje brezdomci pridejo prvič v stik šele z zdravnikom v urgentni ambulanti, kamor jih pripeljejo v že zelo slabem zdravstvenem stanju. Po krajšem okrevanju v bolnišnici pa so odpuščeni na cesto, kjer ne morejo slediti navodilom zdravnika, saj se morajo vsakodnevno boriti za preživetje in čim bolj varno prenočevanje.

Pomembno je, da je ovir do ustrezne pomoči v primerjavi s preteklostjo manj. Vendar pa uporabniki drog ugotavljajo, da so jim še vedno težko dosegljive zobozdravstvene storitve, storitve splošne medicine in različne specialistične pomoči. Dostopnost do vzdrževalnih programov je dobra, motijo pa jih način podeljevanja metadona in ves nadzor, ki se pri tem izvaja, ter pravila, ki se jih morajo držati, če želijo ostati v programu. Z raziskavo smo tudi ugotovili, da uporabniki programov pogosto nimajo možnosti sodelovanja pri odločanju o načinu zdravljenja.

Tako brezdomci kot uporabniki drog kritično ocenjujejo delovanje centrov za socialno delo. Zdi se, da se njihova pričakovanja razlikujejo od možnosti, ki jih imajo ti centri za nudenje pomoči. Uporabniki drog tudi niso zadovoljni s storitvami, ki jih imajo na voljo v zaporih, predvsem pa jih moti pomanjkljiva pomoč družbe po odpustu iz zapora, ko je zanje relativno slabo poskrbljeno, saj v primeru, da nimajo svojcev in imetja, ostanejo brez stanovanja, prihodka in tako odidejo na cesto med brezdomce.

Brezdomnih uporabnikov drog je vse več, prenočišč ali vsaj zatočišč pa veliko premalo. Tako brezdomci kot uporabniki drog velikokrat nimajo urejenega stalnega bivališča, ki je osnova za pridobitev socialnih transferjev in zagotavljanje osnovnega zdravstvenega zavarovanja.

Ne nazadnje je treba opozoriti še na brezdomce in uporabnike drog, ki imajo tudi duševno motnjo. Ta skupina je še posebej občutljiva za socialno izključevanje in njena reintegracija v družbo je še težja kot pri tistih, ki duševnih motenj nimajo. V prihodnosti bo morala Slovenija več pozornosti nameniti celovitemu reševanju problematike brezdomstva in odvisnosti od prepovedanih drog in zagotoviti tudi brezdomnim uporabnikom drog ustrezno namestitev ter povečati dostopnost do ustreznih pomoči.

Slovenska policija je v letu 2008 zabeležila 11,5-odstotni porast kaznivih dejanj zlorabe prepovedanih drog v primerjavi z letom 2007. Zmanjšalo pa se je število kaznivih dejanj zoper premoženje, in sicer za 10,6 % v primerjavi s prejšnjim letom. Policija ocenjuje, da se je zmanjšalo tudi število kaznivih dejanj, ki jih storijo uporabniki nedovoljenih drog za pridobitev denarnih sredstev za nakup prepovedanih drog.

V treh slovenskih zavodih za prestajanje kazni poteka sodelovanje z zunanjimi organizacijami, ki pomagajo osebam, odvisnim od prepovedanih drog, pri zdravljenju odvisnosti. Programi obsegajo medicinsko pomoč, izobraževanje in nadgradnjo z visokopražnimi programi. Pomemben del nizkopražnega programa pa je spremljanje obsojencev ali obsojenk na namenskih izhodih (v šolo, zdravstvene ustanove itd.).

V zadnjih letih Slovenska policija v sodelovanju z organi pregona iz drugih evropskih držav opaža spreminjanje tihotapskih poti za kokain v Evropi. Do nedavnega je namreč veljalo, da kokain v Evropi tihotapijo iz zahodne Evrope (npr. prek pristanišča v Rotterdamu) proti južni Evropi, danes pa se kaže nov trend, namreč, da velike količine kokaina, skritega v ladijskih kontejnerjih, prihajajo tudi v pristanišča Grčije, Bolgarije, Turčije, Črne Gore, Albanije, Hrvaške in tudi Slovenije, od koder jih nato tihotapijo proti zahodu. Prav tako ugotavljajo, da se vse pogosteje za tihotapljenje uporabljajo osebni avtomobili in da vse več slovenskih državljanov sodeluje pri organizaciji in prevozih prepovedane droge.

V letu 2008 je policija v sodelovanju s carino zasegla večje količine amfetaminov, heroina in kokaina ter metadona v primerjavi s predhodnim letom. Po dolgotrajni akciji proti mednarodnim združbam je tudi zasegla 93 ton anhidrida očetne kisline.

Čeprav se cene drog v različnih delih Slovenije med sabo nekoliko razlikujejo, je največje odstopanje opaziti v Ljubljani, kjer je ponudba večja. V primerjavi z letom 2004 se maloprodajna cena heroina v letu 2008 ni bistveno zvišala (s 35 na 40 evrov za gram). Cena kokaina pa se je v istem obdobju zvišala s 35 evrov za gram na 70 evrov za gram.

Čeprav je do leta 2008 v Sloveniji prevladovala proizvodnja konoplje v ilegalnih nasadih v zunanem okolju, se vse bolj pojavlja tudi hidroponično gojenje konoplje, s tem pa se povečuje število aktivnih laboratorijev. Povečala se je tudi prodaja konopljinih semen in pripomočkov za hidroponično gojenje; prodaja poteka prek spletnih trgovin ter prodajaln semen. Po podatkih slovenske kriminalistične policije cena konoplje narašča, tako je v letu 2008 povprečna cena za kilogram marihuane znašala že 2500 evrov, za kilogram smole pa 5500 evrov. Sicer pa je bilo v letu 2008 skupno 2887 zasegov konoplje (rastline, marihuane, smole).

Zadnje poglavje tega poročila obravnava značilnosti starejših oseb, ki so vključene v obravnavo zaradi uporabe prepovedanih drog. Starejši uporabniki so opredeljeni kot osebe, ki so stare 40 let ali več.

Podatki iz centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju: CPZOPD) za obdobje 1998–2008 kažejo, da je delež starejših uporabnikov relativno majhen, vendar je v proučevanem obdobju možno zaznati, da se postopoma povečuje. Tudi povprečna starost oseb, ki so v določenem letu iskali pomoč v CPZOPD, kaže zelo jasen trend naraščanja (povprečna starost v letu 1998 je bila 22,4 leta, v letu 2008 pa kar 28,3 let).

Mreža centrov CPZOPD zagotavlja različne programe obravnave, ki so prilagojeni različnim ciljnim skupinam, vendar danes še ni programa, ki bi bil prilagojen potrebam starejših uporabnikov.

A

Novosti in trendi

1. Zakonodaja, strategija in ekonomska analiza

1.1 Uvod

Področje prepovedanih drog v Sloveniji urejajo naslednji zakoni in uredbe: Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog, Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog, Kazenski zakonik Republike Slovenije in Zakon o prenehanju veljavnosti Zakona o predhodnih sestavinah za prepovedane droge.

Prednostne naloge in naloge posameznih nosilcev aktivnosti na področju drog v Sloveniji so opredeljene v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009. Sicer pa na nacionalni ravni koordinacijo tega področja izvaja Komisija Vlade RS za droge, ministrstvo za zdravje pa je zadolženo za koordinacijo področja drog na vladni ravni.

1.2 Pravni okvir

Leta 2009 pa je bila sprejeta nova uredba o spremembah in dopolnitvah Uredbe o izvajanju uredb (ES) o predhodnih sestavinah za prepovedane droge (Ur. l. št. 72/2009 z dne 18. 9. 2009), ki je še posebej natančno opredelila, kdaj mora imetnik posebne licence, registracije ali posebne registracije o spremembah obvestiti pristojni organ. Določila je tudi, da posebna licenca, registracija in posebna registracija niso prenosljive. Inšpektorji, pristojni za kemikalije, lahko v postopku pridobivanja licence ali posebne licence s predhodnim nadzorom pri vlagatelju vloge preverijo dejstva, navedena v vlogi za pridobitev licence oziroma posebne licence. Izvajalec, ki ima v lasti predhodne sestavine, je dolžan zagotoviti ustrezno varovanje snovi pred odtujitvijo. Uredba je tudi določila način hranjenja zaseženih predhodnih snovi. Uredba je v prekrškovnem delu vse kazni na novo navedla v evrih in vpeljala tudi kazen za neustrezno varovanje predhodnih sestavin.

V letu 2008 je Vlada Republike Slovenije pripravljala Uredbo o spremembah in dopolnitvah Uredbe o načinu ravnanja z zaseženimi in odvzetimi prepovedanimi drogami, ki je bila objavljena v Uradnem listu RS, št. 63/2009. Omenjena uredba je na novo opredelila najdene droge, ki se zdaj tudi uničijo v skladu z njo. Uredba se smiselno uporablja tudi za zasežene, najdene in odvzete predhodne sestavine za prepovedane droge in najdene ter zasežene nedovoljene snovi v športu. Opredelila pa je tudi predčasno uničenje, ki se izvede, kadar hramba najdenih in zaseženih nezakonitih nasadov konoplje ni v sorazmerju s stroški hrambe. Za uničevanje drog, za katere je bilo odrejeno, da se predčasno uničijo, je odgovorna komisija, ki jo imenuje okrožno sodišče. Uredba tudi določa, da se pri odkritju večjih količin prepovedanih drog (nad 5 kilogramov ali nad 5 litri) iz vsakega posameznega paketa vzame vzorec snovi. Na novo pa je uredila tudi pogoje za uporabo zaseženih drog v raziskovalne namene.

Vlada Republike Slovenije je izdala tudi nov sklep o ustanovitvi komisije Vlade republike Slovenije za droge (Uradni list, št. 38/2009). Sklep spreminja sestavo Komisije za droge, ki jo po novem sestavljajo predstavniki ministrstva za zdravje, ministrstva za notranje zadeve, ministrstva za šolstvo in šport, ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, ministrstva za pravosodje, ministrstva za finance, ministrstva za obrambo, ministrstva za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, ministrstva za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano in ministrstva za zunanje zadeve. Komisijo za droge vodi predstavnik ministrstva za zdravje. Komisija lahko za pripravo strokovnih podlag za odločanje povabi k sodelovanju neodvisne strokovnjake s področja prepovedanih drog. Administrativna dela za komisijo opravlja ministrstvo za zdravje.

1.3 Analiza izvajanja nacionalne strategije 2004-2009

Nacionalna strategija na področju drog za obdobje 2004-2009 je bila sprejeta v slovenskem parlamentu leta 2004. V letu 2008 pa je bila izvedena njena analiza z namenom ocenitve z različnih vidikov. Ocena naj bi postala kakovostno izhodišče za izdelavo nove strategije.

V evalvaciji so njene avtorice ugotovile, da je strategija že uvodoma poudarila, da povečanje rabe drog med državljani povečuje potrebo po razvoju programov za zmanjševanje ponudbe in povpraševanja po drogah ter programov za zmanjševanje škode zaradi uporabe drog, in je vzpostavila celostni pristop do reševanja problematike, povezane z drogami. Z zgodovinske perspektive bi sicer lahko politiko na področju drog v RS opredelili v okviru zdravstvenega in socialnega razvoja, ki vključuje kombinacijo in orientacijo na več področjih hkrati; od preventive, zmanjševanja škode, zdravljenja, socialne rehabilitacije in reintegracije uživalcev drog (Kvaternik in sod., 2008; Rihter in sod., 2007).

V evalvaciji je bilo ugotovljeno tudi, da je nacionalna strategija na področju drog v glavnih vsebinskih sklopih usklajena s strategijo EU, vendar pa se znotraj posamičnih delov pojavljajo posamična odstopanja, kar je verjetno posledica nesistematičnih zapisov in prepletanja različnih ravni. Pomanjkljivost nacionalne strategije je tudi v tem, da ni jasno izpostavljala prednostnih nalog. V strategiji so raziskovalke, ki so opravile analizo resolucije, pogrešale zelo jasno izpostavljeno potrebo po določitvi natančnih ciljev, prednostnih nalog, kazalnikov in ukrepov z opredelitvijo odgovornosti in skrajnih rokov za izvajanje, kar predpostavlja strategija EU in kar je treba narediti z akcijskim načrtom. Večino teh pomanjkljivosti bi namreč lahko presegli s sprejemom akcijskega programa (ki ga Slovenija ni sprejela), ki bi podrobneje opredelil cilje in operativne naloge, nosilce in terminske plane za realizacijo nalog. Zaradi pomanjkljivo opredeljenih ciljev je mogoče pričakovati tudi težave pri realizaciji strategije. Ta se srečuje tudi z nedosledno uporabo sodobne terminologije, ki še ni v celoti usklajena s terminologijo EU.

Avtorice analize v nadaljevanju ugotavljajo, da so ukrepi v strategiji vsebinsko usklajeni z ukrepi EU. Na področju raziskovanja, izobraževanja, informiranja in vrednotenja pa je mogoče opaziti pomanjkljivosti v zvezi z delitvami nalog. Predvsem raziskovanje in informiranje sta razdeljena med ministrstvo za zdravje in Inštitut za varovanje zdravja RS, kjer je nameščena informacijska enota. Nekatere raziskave pa naj bi izvajali zunanji raziskovalci. Vendar za evalvacijo posameznih programov nacionalni program ni jasno podelil mandata.

Analiza je ugotovila še, da je strategija izrazito usmerjena v javnozdravstveni pristop, ki vključuje kombinacijo več področij hkrati: od preventive, zmanjševanja škode, zdravljenja do socialne rehabilitacije in reintegracije uporabnikov drog.

Raziskovalke ugotavljajo, da je bila slovenska strategija na načelni ravni dobro opredeljena in v velikih točkah usklajena s strategijo EU. Manjkala pa ji je predvsem operativnost, ki je pri evropski strategiji opredeljena v akcijskem načrtu. Slovenija po sprejetju strategije ni sprejela akcijskega načrta, v katerem bi podrobneje opredelila naloge tudi na operativni ravni in določila njihove konkretne nosilce. Posledično je bila na ravni strategije dobro opredeljena evalvacija, ker pa ni bilo z akcijskim planom konkretno določeno, kdo in kako jo bo izvajal, je bila evalvacija razpršena po vseh ravneh in bistveno manj učinkovita, kot bi lahko bila.

Analiza je tudi izpostavila, da je strategija še posebej poudarila neurejene razmere na področju zbiranja podatkov in tudi nakazala rešitve, vendar v času evalvacije po mnenju avtorjev Slovenija še ni imela enotnega zbiranja relevantnih podatkov oziroma najbrž niti nabora vseh podatkov, ki naj bi jih zbirali. Medtem ko ima EU enotno koordinacijo na ravni Horizontalne skupine za področje drog, so v Sloveniji naloge usklajevanja »razdeljene« med več akterjev (Komisija za droge in ministrstvo za zdravje, pristojno za koordinacijo na

področju drog). Naloge koordinacije se med temi nosilci prepletajo, hkrati pa niso opredeljene z jasnimi merili in načini izvedbe, ker Slovenija pač ni imela akcijskega programa, ki te naloge tudi konkretizira (Rihter in sod., 2007; Kvaternik in sod., 2008). Na področju preventive nacionalni program ni dovolj natančno opredelil prioriternih nalog in programov zgodnje intervencije.

Medtem ko Strategija EU na področju zmanjševanja ponudbe predvideva veliko sodelovanja med državami članicami in tudi tretjimi državami ter daje velik poudarek usklajenosti nacionalnih politik pregona, je v slovenski strategiji večji poudarek na sodelovanju različnih organov znotraj Slovenije, čeprav je izpostavljena tudi potreba po sodelovanju na mednarodni ravni, vendar predvsem pri boju proti pranju denarja in nadzoru nad predhodnimi sestavinami. Kot posebna točka so v strategiji omenjeni zavodi za prestajanje zaporne kazni, pri čemer pa se večina omenjenih aktivnosti, ki bi jih bilo treba izvesti na tem področju, nanaša predvsem na zmanjševanje povpraševanja; na zmanjševanje ponudbe se nanaša le preprečevanje vnosa drog v zavode za prestajanje kazni.

Ugotovljeno je bilo tudi pomanjkljivo medresorsko sodelovanje, ki bi se ga dalo z določenimi ukrepi izboljšati. Na podlagi rezultatov analize intervjujev s predstavniki resornih politik in nekaterimi izvajalci programov pomoči so evalvatorji ugotavljali, da na nacionalni ravni ne razpolagamo z ustreznimi bazami podatkov o številu uživalcev drog, o trendih, o povpraševanju po zdravljenju ipd. Tako v resorjih, ki imajo dostop do nacionalne baze podatkov, kot v tistih, ki tega nimajo, ocenjujejo te podatke kot neustrezne, posledično pa financirajo in izvajajo različne dodatne raziskave. Da bi bila nacionalna baza (bolj) uporabna, je treba poleg indikatorjev, ki so na evropski ravni že znani in jih letno zbira EMCDDA, določiti še indikatorje, ki jih resorji potrebujejo tako za ocenjevanje potreb kot za usmerjanje politike na nacionalni ravni.

Izvajalci storitev v službah in programih, ki delujejo na področju drog, zaznavajo strategijo kot dokument, ki ima zanje na prvem mestu retorično vrednost; v smislu sklicevanja nanj pa uporabno vrednost, ki jo pričakujejo od akcijskega načrta. Na ravni izvajanja programov zaznavajo, da je resolucija spodbudila nastajanje novih programov, hkrati pa so ti programi pogosto prepuščeni sami sebi (imajo tako kadrovske kot finančne težave). Pogrešajo diskusijo in dogovore na ravni pristojnih ministrstev in več angažiranja pri pripravljanju vsebinskih kriterijev za kakovost dela ter zavezanost k podpori programom. Pogrešajo koordinativno telo, ključne strokovne sogovornike na pristojnih ministrstvih, ki bi bili zadolženi in odgovorni za stike tako s strokovno kot z laično javnostjo (Rihter in sod., 2007; Kvaternik in sod., 2008). Ocenjujejo tudi, da financiranje programov še vedno ni uravnoteženo in da se ustvarjajo razlike. Neusklajenost financiranja pripisujejo tudi nedorečenosti kriterijev za kakovost in uspešnost programov. Kljub temu da resolucija priporoča in napoveduje informacijske baze podatkov, izvajalci na eni strani pogrešajo kakovostne informacije (podatke s terena, aktualne in ažurirane podatke, povratne informacije z ministrstev ...) in epidemiološke podatke.

Raziskovalke (Rihter in sod., 2007; Kvaternik in sod., 2008), ki so opravile analizo strategije, so podale naslednje predloge, ki bi jih morali smiselno vključiti v novonastajajočo strategijo na področju drog v Sloveniji:

V zvezi s cilji, ki so zapisani v strategiji, predlagajo dvoje: prvič, da splošne cilje v novi strategiji predstavimo po vsebinskih sklopih, in drugič, da cilje v operacionalizirani obliki zapišemo v akcijskem načrtu, ki ga je treba sprejeti v najkrajšem možnem času in mora biti v novi strategiji jasno določen.

Pri usklajevanju politik o drogah predlagajo podobno ureditev, kot je na ravni EU - operativno delovno skupino, ki bo usklajevala politiko tako znotraj Slovenije kot navzven v odnosu do EU in drugih držav. Z vidika strategije EU pa je v novi strategiji ali v akcijskem načrtu treba natančneje določiti obseg in načine obveščanja EU o nacionalnih aktivnostih.

Z vidika ukrepov na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah bi bilo treba uskladiti terminologijo ukrepov s terminologijo, ki je uporabljena v strategiji EU. Več pozornosti je treba nameniti ukrepom, ki spadajo v sklop preprečevanja preraščanja eksperimentiranja z drogami v redno uporabo. Izogniti se je treba prepletanju področij ukrepov, saj so v obstoječem nacionalnem programu preveč razdrobljeni med okolja, v katerih se aktivnosti izvajajo (šolsko, delovno, družinsko in lokalno okolje), kar je dejansko prečna tema. Nujno pa je treba izpostaviti tudi prednostne naloge, in sicer v akcijskem načrtu, ki mora takoj slediti novi strategiji na področju drog. Ko so avtorice evalvacije analizirale opise visokopražnih in nizkopražnih programov, so med njimi opazile več podobnosti kot razlik, zato menijo, da je dodelitev različnega statusa programom v okviru Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva (Ur. l. RS 39/2006) neutemeljena. Bistvene razlike med skupinami programov so v glavnem v pristopu do zasvojenosti, čeprav lahko tudi pri tem v nizkopražnih programih najdemo elemente visokopražnosti in obratno, ter deloma tudi v financiranju programov, saj je v večini visokopražnih programov potreben finančni prispevek uporabnikov. Zato je nujen ponoven razmislek, in to še pred sprejetjem nacionalnih programov tako na področju drog kot na področju socialnega varstva, da zagotovimo ustrezno pomoč in podporo osebam, ki imajo težave zaradi zasvojenosti.

Pri ukrepih glede zmanjševanja ponudbe avtorice priporočajo, da v novi strategiji bolj jasno zapišemo večjo zavezanost k mednarodnemu sodelovanju za vsa področja zmanjševanja ponudbe drog in ne samo pri pranju denarja ter nadzoru nad predhodnimi sestavinami, kar je v obstoječi strategiji že zapisano.

Na področju mednarodnega sodelovanja je treba uskladiti nacionalni program s smernicami, ki jih narekuje strategija EU - predvsem kar zadeva usklajeno delovanje do tretjih držav.

Za področja raziskovanje, izobraževanje, informiranje in vrednotenje pa avtorice menijo, da bi morale biti v novi strategiji naloge, ki zadevajo izvajanje raziskovanja in informiranja bolj jasno določene in razmejene med akterji. Za vrednotenje pa je pomembno čim prej določiti ključnega nosilca, saj ga je nemogoče izvesti v kratkem časovnem obdobju, ker predpostavlja predhodno (dalj časa trajajoče) spremljanje izvajanja programov/ukrepov.

Nacionalno bazo s podatki o številu uživalcev drog, trendih, povpraševanju po zdravljenju ipd., je nujno izboljšati. Da bi bila nacionalna baza bolj uporabna tudi za usmerjanje politik, je treba poleg indikatorjev, ki so na evropski ravni že znani in jih letno zbira EMCDDA, določiti še indikatorje, ki jih resorji potrebujejo tako za ocenjevanje potreb, kot za usmerjanje politike na nacionalni ravni.

Da bi lahko izboljšali medresorsko sodelovanje, avtorice predlagajo ponovno vzpostavitev delovnega telesa, skozi katerega bi potekala strokovna koordinacija in ki bi bilo zadolženo za operativno izvedbo določenih nalog. Kriteriji za članstvo v omenjenem delovnem telesu pa bi morali biti strokovnost, pripravljenost za delo, aktivnost in ne politična pripadnost.

Za boljše delo različnih resorjev je treba uskladiti ukrepe glede na trende in potrebe posameznikov in skupin, ki uživajo droge. To bi bilo mogoče doseči z nacionalno bazo, ki bi bila zavezana podatke zbirati in posredovati zainteresirani javnosti.

Vzpostaviti je treba koordinativno telo in na vseh pristojnih ministrstvih namestiti odgovorne ključne osebe, ki bi bile zadolžene za implementacijo politike v prakso (postavljanje kriterijev za kakovost, evalvacijo, usklajevanje med izvajalci, vključevanje uporabnikov v telesa, ki oblikujejo politiko in postavljajo pogoje za delovanje programov).

Izdelati je treba akcijski načrt, ki bo opredeljeval naloge, časovne roke, pogoje dela in rezultate. Razviti je treba programe, ki jih resolucija priporoča, pa še niso zaživel (npr. varne sobe za injiciranje) in zagotoviti boljšo regionalno pokritost s programi. Pri tem je treba vedeti, da uporabnikom izbire ne povečuje večje število programov, ampak predvsem možnost vpliva na načrtovanje in izvajanje storitev.

Nacionalna strategija mora biti usklajena s strategijo EU 2005-2012, in sicer tako, da bo bolj pregledna in sistematična, da bo pomenila krovni dokument za oblikovanje akcijskega načrta na področju drog (Rihter in sod., 2007; Kvaternik in sod., 2008).

1.4 Ekonomska analiza

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je z javnim razpisom v letu 2008 programom, ki izvajajo aktivnosti za preprečevanje uživanja drog, socialno rehabilitacijo odvisnih od drog, in nizkopražnim programom na področju drog namenilo 2.140.000 evrov. Od tega je bilo 60 % sredstev namenjenih terapevtskim skupnostim, 25 % nizkopražnim programom in 15 % preventivnim programom (Ferlan Istenič, 2009).

Ministrstvo za zdravje je za tiskanje publikacij v letu 2008 namenilo 10.000 evrov, za nakup sterilnega pribora za injiciranje drog in zaščitnih materialov za zaposlene v programih pa 100.000 evrov. 10.000 je ministrstvo za zdravje namenilo Združenim narodom. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je za delovanje Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v letu 2008 izplačal 5.551.100 evrov. V letu 2008 je ministrstvo za zdravje namenilo 100.000 evrov za izvajanje različnih programov v vladnem in nevladnem sektorju na področju drog, podelilo jih je z javnim razpisom (Kristančič, 2009).

Tabela 1.1: *Porabljena sredstva za področje drog v okviru ministrstva za zdravje (MZ) in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) v letu 2008*

Predmet financiranja	Količina denarja v evrih
Delovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti (vključeni so stroški za zdravila) - ZZZS	5.551.100
Nizkopražni programi, nabava sterinega materiala - MZ	100.000
Javni razpis - MZ	100.000
Tiskanje publikacij - MZ	10.000
Donacija Združenim narodom - MZ	10.000
Skupaj	5.771.100

Vir: Ministrstvo za zdravje RS

Skupaj sta ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve ter ministrstvo za zdravje v področje drog v letu 2008 vložila 7.911.100 evrov.

2. Uporaba drog v splošni populaciji in posameznih ciljnih skupinah

2.1. Uvod

V letu 2008 je bila v Sloveniji narejena raziskava o uporabi drog v splošni populaciji, vendar rezultati še niso na voljo. Da bi dobili okvirno sliko glede uporabe drog v splošni populaciji in v nekaterih ciljnih skupinah, v tem poglavju predstavljamo podatke treh različnih raziskav, in sicer podatke o uporabi kanabisa, alkohola in tobaka v splošni populaciji iz raziskave o Zdravju in zdravstvenem varstvu (»European Health Interview Survey«), podatke raziskave o uporabi drog in alkohola med slovenskimi študenti zadnjih letnikov Univerze v Ljubljani ter podatke raziskave o uporabi alkohola in drog na maturantskem izletu med dijaki, starimi od 17 do 19 let.

2.2. Uporaba drog v splošni populaciji

Uporaba drog v populaciji v Sloveniji

Uvod

Analiza o uporabi marihuane in drugih drog v Sloveniji je vključevala osebe, stare 15 let in več. Podatki so bili zbrani z Anketo o zdravju in zdravstvenem varstvu leta 2007, ki je bila v Sloveniji izvedena prvič. Namen ankete je bil ugotoviti splošno zdravje Slovencev, zato so podatki o uporabnikih marihuane in drugih drog na voljo, vendar je na nekatera vprašanja odgovorilo premalo anketirancev, zato določenih podatkov ne moremo objaviti.

V analizi so nas zanimale značilnosti uživalcev marihuane in drugih drog ter morebitne razlike med njimi. Pri podatkih je bil izračunan koeficient variacije, s katerim določimo, ali je ocena dovolj natančna za objavo. Večina podatkov ima poleg odstotka še črko (M), kar pomeni, je ocena manj natančna, zato je objavljena z omejitvijo.

Metodologija

Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu prebivalcev Slovenije je bila izvedena med 20. in 25. oktobrom 2007. To je bila prva tovrstna raziskava, predvidoma pa naj bi jo izvajali vsakih pet let. Anketo o zdravju in zdravstvenem varstvu (angl. »European Health Interview Survey«) bo v letih 2007-2010 izvedla večina držav Evropske unije, zato bodo njeni izsledki mednarodno primerljivi. V Sloveniji je podatke z anketiranjem zbiral Inštitut za varovanje zdravja RS. V metodologiji (načinu vzorčenja, vsebini vprašalnikov) slovenske Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 so bila upoštevana priporočila Eurostata.

Enota opazovanja so prebivalci Slovenije, stari 15 let ali več, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih (niso institucionalizirani).

V vzorec je bilo vključenih 3400 oseb, ki so bile na dan začetka anketiranja (20. oktobra 2007) stare 15 let ali več.

Osnovo za vzorčni okvir sta predstavljala okvir popisnih okolišev in Centralni register prebivalstva.

Opis načina vzorčenja:

- Dvostopenjsko vzorčenje
- Vzorec je stratificiran dvostopenjski (PPS s ponavljanjem).
- Eksplicitno je bil stratificiran po velikosti in tipu naselja, implicitno pa po statističnih regijah.
- Na prvi stopnji smo izbirali 425 vzorčnih enot (skupin popisnih okolišev), nato pa v vsaki izbrani vzorčni enoti po osem oseb, starih 15 ali več.
- Končna velikost vzorca je bila 3387.

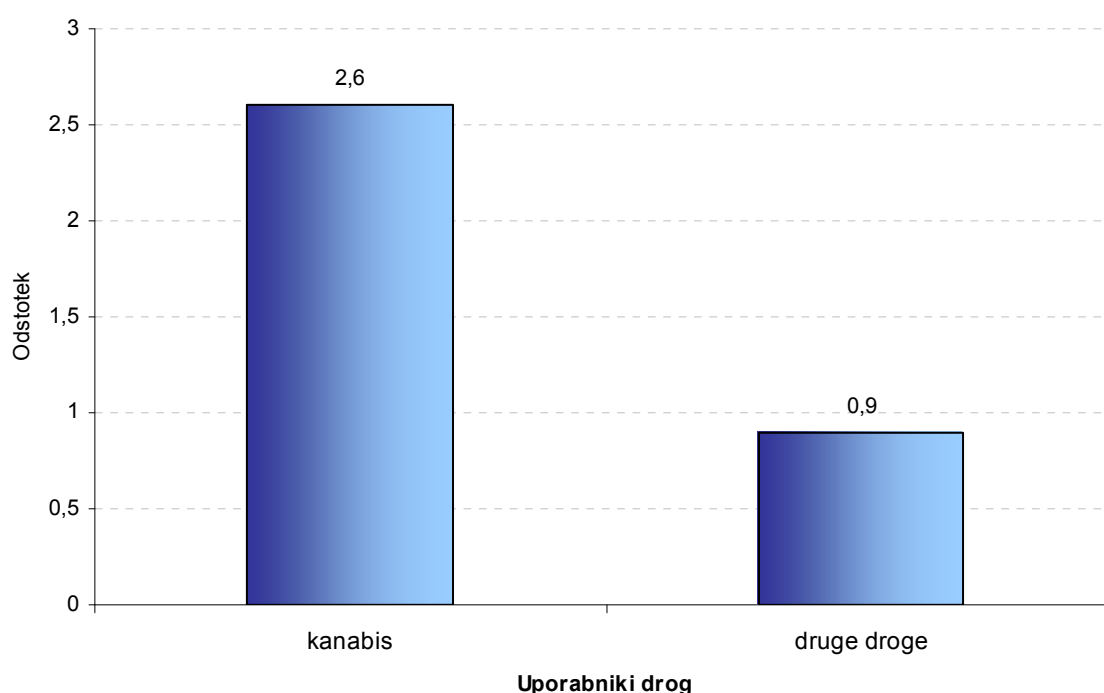
Način zbiranja podatkov: osebno anketiranje na naslovih izbranih oseb z vprašalnikom na papirju (PAPI).

Stopnja odgovora v anketi je bila 68 %.

Uporaba marihuane in drugih drog po spolu in starosti

V anketi o zdravju in zdravstvenem varstvu sta bili tudi dve vprašanji, ki se nanašata na uporabo drog med Slovenci. Vprašanje, ki se je nanašalo na uporabo marihuane, se je glasilo: »Ali ste v zadnjih 12 mesecih uživali kanabis?« Vprašanje, ki se je nanašalo na druge droge, pa se je glasilo: »Ali ste v zadnjih 12 mesecih uživali katero izmed drugih drog, kot so kokain, amfetamini, ekstazi ali podobne vrste drog?«. Na vprašanja so odgovarjale osebe, stare 15 let in več.

Slika 2.1: *Uporabniki marihuane in ostalih drog*



Vir: Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007

V 12 mesecih pred anketiranjem je uživalo kanabis 2,6 % posameznikov, druge droge pa 0,9 % posameznikov, ki so bili stari 15 let in več. Med uživalci kanabisa in drugih drog je več moških kot žensk.

V starosti od 15 do 64 let je uživalo marihuano 4,8 % (M) moških in 1,3% (M) žensk. V isti starosti je uživalo druge droge 1,6 % (M) moških, za ženske uporabnice drugih drog pa je ocena premalo natančna za objavo.

Uporaba marihuane in drugih drog glede na partnersko skupnost

Marihuano je v 12 mesecih pred anketo uživalo 6,5 % (M) samskih oseb, druge droge pa 2 % (M) samskih oseb. Ocena deleža oseb, ki uživajo marihuano in druge droge, med poročenimi ali razvezanimi osebami ni dovolj natančna, da bi podatke lahko objavili. Podatki nakazujejo, da je večji delež uživalcev marihuane in drugih drog med samskimi.

Uporaba drugih drog in marihuane glede na doseženo izobrazbo

Med osebami, ki so imele končano srednjo šolo ali manj je bilo 2,9 % (M) oseb, ki so uživale marihuano, in 1,1 % (M) oseb, ki je uživale druge droge. Podatki nakazujejo, da se z višjo stopnjo izobrazbe delež užívalcev marihuane in drugih drog zmanjšuje, vendar podatki niso dovolj natančni za objavo.

Uporaba marihuane glede na zaposlitveni status posameznika

Med zaposlenimi osebami je bilo 2,4 % (M) takih, ki so v 12 mesecih pred anketiranjem uživale marihuano. Med brezposelnimi osebami je bilo takih 7,5 % (M). Med dijaki in študenti je bilo užívalcev marihuane 6 % (M).

Marihuano je uživalo tudi 6,4 % (M) oseb, zaposlenih za določen čas, 1,5 % (M) zaposlenih za nedoločen čas.

Uporaba zdravil v zadnjih dveh tednih med uporabniki drog in marihuane

Med osebami, ki so pritrdilno odgovorile na vprašanje »Ali ste v zadnjih dveh tednih jemali zdravila (vključno z dietetičnimi preparati, kot so zeliščna zdravila ali vitamini, kontracepcijske tablete), ki vam jih je predpisal ali priporočil zdravnik?« je bilo 1,7 % (M) takih, ki so uživale marihuano, in 1,2 % (M) takih, ki so uživale druge droge.

Souporaba alkohola in drog ter marihuane

Vprašanje o uporabi alkohola se je glasilo: »Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili kakršne koli alkoholne pijače (pivo, vino, žgane pijače, likerje ali druge alkoholne pijače)?«

Med osebami, ki pijejo alkohol občasno, jih 2,6 % (M) uporablja marihuano in 0,9 % (M) druge droge. Med tistimi, ki pijejo alkohol od dva- do šestkrat tedensko, jih 5,6 % (M) uživa marihuano. Med osebami, ki ne pijejo alkohola, jih 0,6 % (M) uporablja druge droge.

Souporaba tobaka in drog ter marihuane

Vprašanje o uporabi tobaka se je glasilo: »Ali sedaj kadite?«. Med osebami, ki kadijo vsak dan, jih marihuano uživa 7 % (M). Med tistimi, ki kadijo občasno, je takšnih 6,5 % (M). Od tistih, ki nikoli ne kadijo, jih 1,2 % (M) uživa marihuano. Podatki o souporabi drugih drog in tobaka so premalo natančni za objavo.

Zaključek

Podatki so bili pridobljeni z Anketo o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007. Kljub dokaj visoki stopnji odgovora na anketo pa je skupina užívalcev marihuane in drugih drog majhna, zaradi česar je ocena podatkov manj natančna.

Analiza je pokazala, da je med užívalci marihuane in drugih drog več moških kakor žensk, večinoma so samski. Med brezposelnimi je večji delež užívalcev marihuane kot med zaposlenimi osebami. Med užívalci marihuane, ki so zaposleni, je bilo več zaposlenih za določen kakor nedoločen čas.

Med tistimi, ki občasno uživajo alkohol, je več užívalcev marihuane kakor drugih drog. Več užívalcev marihuane je med osebami, ki kadijo vsak dan, kakor med osebami, ki ne kadijo.

2.3. Uporaba drog med ciljnim skupinami na nacionalni in lokalni ravni

Uporaba drog med študenti Ljubljanske Univerze

Uvod

Čeprav se vsi zavedamo, da uporaba drog predstavlja velik javnozdravstveni problem, v Sloveniji še ni bilo raziskave, ki bi na tem področju zajela populacijo študentov. Tako tudi ni sistematično zbranih podatkov, s pomočjo katerih bi lahko prepoznali specifične posebnosti te skupine. Z našo raziskavo smo želeli dobiti prve takšne podatke, ki bi nato služili načrtovanju preventivnih ukrepov in novih strategij pri soočanju s problematiko drog med študentsko populacijo ter h krepitvi zaščitnih dejavnikov.

Temeljni namen raziskave je bil pridobiti podatke o prevalenci uporabe drog med študenti zadnjih letnikov Univerze v Ljubljani (UL). Želeli smo ugotoviti tudi dejavnike tveganja, pogostost in vzorce jemanja drog, odnos do njih in odvisnosti ter poznavanje obstoječih preventivnih programov in mnenje o njih. V raziskavo smo zajeli tudi problematiko igranja iger na srečo med študenti.

Raziskava o uporabi drog med študenti UL je bila izvedena v okviru Raziskave o zdravju študentov zadnjih letnikov UL.

Metodologija

Naša raziskava je bila pregledno presečna. Poleg demografskega vprašalnika, ki je bil zajet v vseh anketah, so anketiranci v programu naključno dobili še enega izmed petih vprašalnikov, ki so podrobneje obravnavali eno od naslednjih področij: splošno zdravstveno stanje, duševno zdravje, spolnost, motnje hranjenja ter uporaba drog med študenti.

Vprašalnik je bil sestavljen iz 80 vprašanj. Prvi sklop 31 vprašanj se je nanašal na demografijo, sledil je sklop 43 vprašanj, ki so obravnavala problematiko drog, ter sklop 6 vprašanj, ki so se nanašala na igranje iger na srečo.

Zbiranje podatkov je potekalo od 12. 5. 2008 do 16. 10. 2008 (razen julija in avgusta) v času obveznih sistematskih zdravstvenih pregledov študentov zadnjih letnikov UL, ki so bili naša ciljna skupina.

Izpolnjevanje vprašalnika je potekalo elektronsko. Program, ki smo ga uporabljali, je Lime Survey in je dostopen na internetu s prosto licenco (General Public Licence, GPL). Program smo preizkusili skupaj s poznavalcem programskih jezikov in ga priredili našim potrebam, kjer je bilo treba. Študentje so na vprašalnik odgovarjali anonimno v sobah, v katerih je bil vedno prisoten eden izmed izvajalcev raziskave.

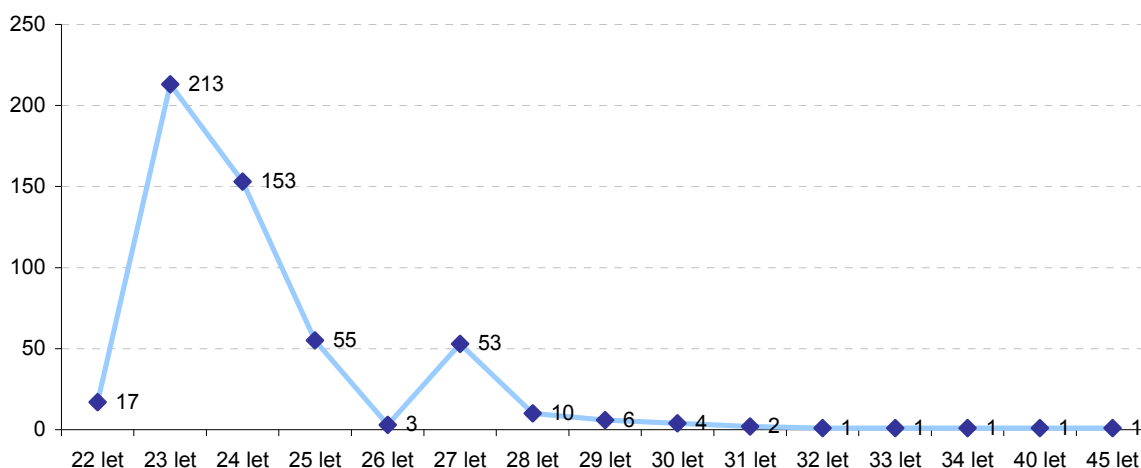
V program se je dostopalo prek internetnega vmesnika Mozilla Firefox. Računalniški program je nato naključno izbral enega od petih vprašalnikov in prikazal uvodno stran, kjer se je anketiranec lahko seznanil z raziskavo ter dejstvom, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno, da osebni podatki ne bodo identificirani z imenom ali kakor koli drugače osebno določljivi. Raziskavo je odobrila Komisija republike Slovenije za medicinsko etiko.

Vprašalnikov, ki niso bili izpolnjeni v celoti, nismo vključili v analizo podatkov. Podatke smo obdelali s pomočjo statističnega paketa *SPSS for Windows*, v katerega smo vnesli izbrane podatke, jih pregledali in prilagodili načinu dela. Po izbiri enot in spremenljivk smo dobljene rezultate pregledali, uredili in interpretirali.

Rezultati: število, starost in spol sodelujočih študentov

Anketirali smo 521 študentov, vpisanih na različne fakultete Univerze v Ljubljani. Vpisani so bili v različne letnike študija. Dva študenta (0,4 %) sta obiskovala 3 letnik, 328 (63 %) študentov je bilo vpisanih v četrti letnik. V peti letnik je bilo vpisanih 41 (7,9 %) študentov in v šestem letniku le en študent. Absolventov je bilo 149 (28,6%). Med njimi je bilo 164 (31,5 %) študentov in 357 (68,5 %) študentk. Povprečna starost anketiranih je bila 24 let. Najmlajši je bil star 22 let in najstarejši 45 let, standardna deviacija je bila 2,09 let. Podrobnejša razporeditev študentov po starosti je razvidna iz slike 2.2.

Slika 2.2: Razporeditev števila študentov glede na starost ob času anketiranja N= 521



Vir: Korač, Kumše, Krek: Raziskava o uporabi drog med študenti Univerze v Ljubljani, 2008

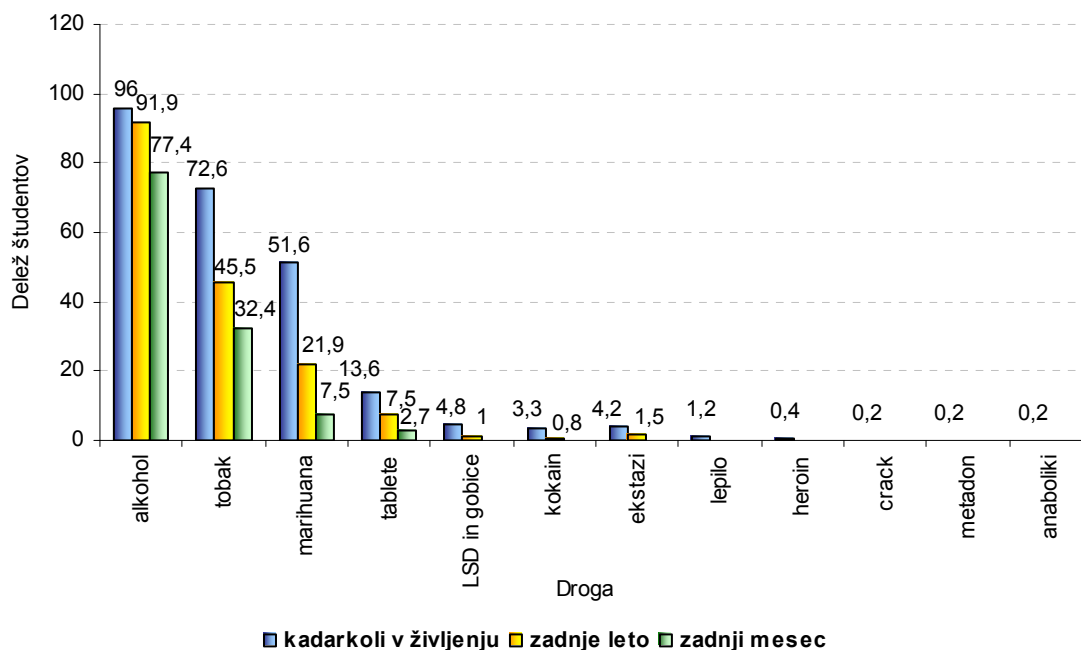
Delež študentov, ki so uporabljali drogo kadar koli v življenju, v zadnjem letu oziroma v zadnjem mesecu

Delež študentov v letu 2008 glede na uporabo droge kadar koli, v zadnjem letu oziroma v zadnjem mesecu se je razlikovala glede na posamezno drogo. Največ študentov je v svojem življenju že poizkusilo alkohol (96 %). 77 % jih je že uporabljalo tobak. Več kot polovica jih je v svojem življenju že uporabljala marihuano (51,6%). 13,6 % jih je že uporabljalo psihoaktivna zdravila, ki jim jih ni predpisal zdravnik. LSD in gobice je v svojem življenju že uživalo 4,8 % študentov, 4,2 % jih je že uporabljalo ekstazi, 3,3 % kokain, 0,2 % metadon, 0,2 heroin in 0,2 anabolike. 1,2 % študentov je že inhaliralo topilo, ki je bil sestavni del lepila.

Delež študentov, ki so droge uživali v zadnjem letu pred anketiranjem, se je pri vseh drogah znižal glede na podatke o uživanju drog med študenti kadar koli v življenju. Še vedno jih je največji delež (91,9 %) uživalo alkohol, 45,5 % jih je v zadnjem mesecu uporabljalo tobak in 21,9 % marihuano. Tablete je v zadnjem letu dni uživalo 7,5 % študentov. Ekstazi je v zadnjem letu dni uživalo 1,5 % študentov. V zadnjem letu pred anketiranjem je uporabljalo LSD in gobice 1 % in kokain 0,8 % anketiranih študentov.

V zadnjem mesecu pred anketiranjem so študentje od prepovedanih drog uživali le marihuano (7,5 %). 77 % študentov je v zadnjem mesecu uživalo alkohol in 32,4 % študentov tobak. 2,7 % študentov je v zadnjem mesecu uživalo tablete, ki jim jih ni predpisal zdravnik (Slika 2.3).

Slika 2.3: Delež študentov, ki so uporabljali droge: kadarkoli v življenju, v zadnjem letu oziroma zadnjem mesecu



Vir: Korač, Kumše, Krek: Raziskava o uporabi drog med študenti Univerze v Ljubljani, 2008

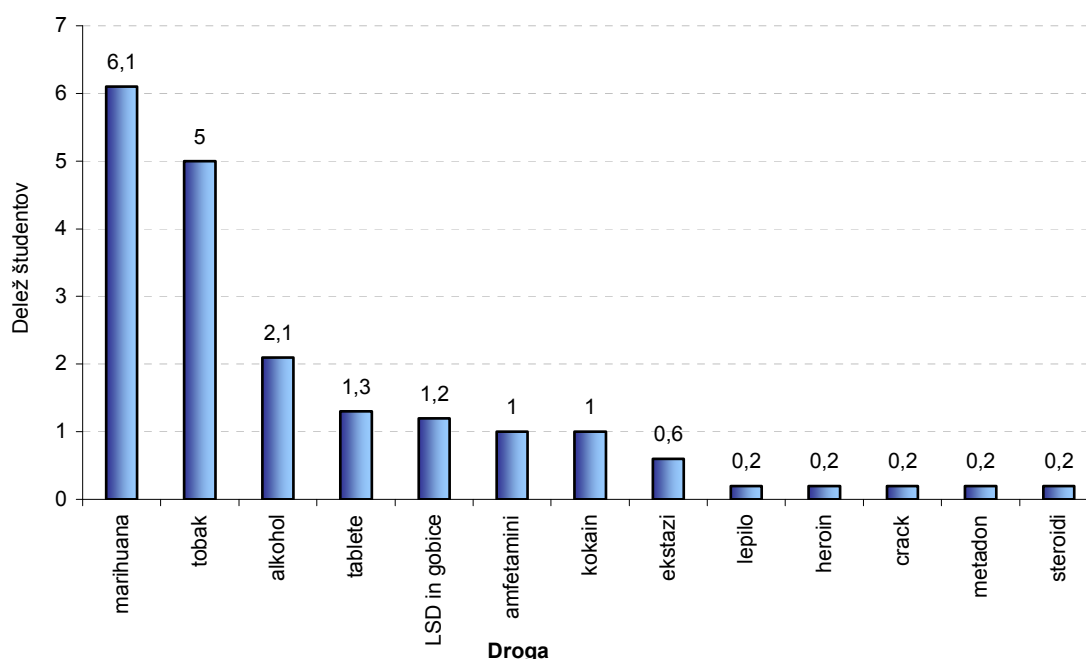
Delež študentov, ki so zmanjšali uporabo drog, povečali uporabo drog oziroma ostali pri isti uporabi drog

Največja porast uporabe je bila ugotovljena pri študentih, ki uživajo alkohol (26,3 %). Sledijo študenti, ki so povečali uporabo tobaka (12,9 %), marihuane (5,7 %). 0,2 % študentov je povečalo uporabo amfetaminov in kokaina ter 0,6 % uporabo gobic. 20,3 % študentov je po vpisu na študij zmanjšalo uporabo alkohola, 18,8 % uporabo tobaka, 16,1 % uporabo marihuane. Uporaba alkohola je ostala nespremenjena med 44,5 % študentov, uporaba tobaka med 19,4 % študentov in uporaba marihuane med 9,8 % študentov. 1,7 % študentov ni opazilo razlike pri uživanju marihuane, 1,2 % pa pri uživanju lepila.

Nekateri študenti so povečali uporabo drog, drugi so jo zmanjšali, nekateri pa glede tega niso spremenili svojega vedenja. Zanimivo je, da jih je večji delež zmanjšalo uporabo marihuane (16,1 %), kot pa povečalo uporabo marihuane (5,7 %). Ravno tako jih je večji delež znižal uporabo kokaina (0,6 %) kot povečal njegovo uporabo kokaina (0,2 %). Večji delež jih je tudi zmanjšal (1,2 %) kot povečal uporabo LSD in gobic(0,6%).

Prva uporaba droge po vpisu na študij

Slika 2.4: Delež študentov, ki so prvič uporabili posamezno drogo v času študija



Vir: Korač, Kumše, Krek: Raziskava o uporabi drog med študenti Univerze v Ljubljani, 2008

Delež študentov, ki so v času študija prvič uporabili posamezno drogo (Slika 2.4), kaže na to, da je večina študentov prvič uporabila drogo pred vstopom v visokošolski študij in da se v času študija le redki odločajo, da bi prvič uporabili drogo.

Od koga študentje pridobijo drogo

Študenti so pridobili droge na različne načine. V nadaljevanju so navedeni deleži študentov med uporabniki posameznih drog glede na to, kako so pridobili drogo. Amfetamine je 12,5 % dobilo študentov od brata ali sestre, 25 % od prijatelja, 50 % od sovrstnikov, 12,5 % pa jih je kupilo amfetamine od preprodajalcev. Marihuano je 1 % študentov dobil od brata ali sestre, 37 % od prijatelja, 40 % od sovrstnikov, 22 % pa je kupilo marihuano od preprodajalcev. Alkohol je od brata dobil 1% študentov, 4,5 % od prijateljev, 27,8 % od sovrstnikov, 2,9 % od staršev, 64,6 % pa jih je alkohol kupilo. Tablete brez recepta je pridobilo 4,3 % študentov od brata ali sestre, 2,2 % od prijatelja, 2,2 % od sovrstnikov, 28,3 % od staršev in 63 % na črnem trgu. Pri pridobivanju nekaterih psihoaktivnih substanc (alkohol, različna psihoaktivna zdravila) aktivno sodelujejo tudi starši. Pri drugih (amfetamini, marihuana) pa prevladujeta pridobivanje droge od sovrstnikov in nakup droge na črnem trgu.

Delež študentov, ki zaradi uporabe drog že imajo zdravstvene težave, ki so se zastrupili z drogami ali so od njih odvisni

7,9 % študentov ocenjuje, da že imajo zdravstvene posledice zaradi uživanja tobaka. Posledice uživanja alkohola za zdravje je že občutilo 4 % študentov. 1,2 % jih ocenjuje, da že imajo zdravstvene težave zaradi uporabe marihuane. 17,3 % študentov je že imelo akutno zastrupitev z alkoholom in 1,5 % z marihuano. Večina študentov, uporabnikov drog, ocenjuje, da še niso odvisni od različnih drog. 12,5 % jih ocenjuje, da so odvisni od tobaka, 0,4 % od alkohola, 0,6 % od marihuane in 0,6 % od različnih tablet.

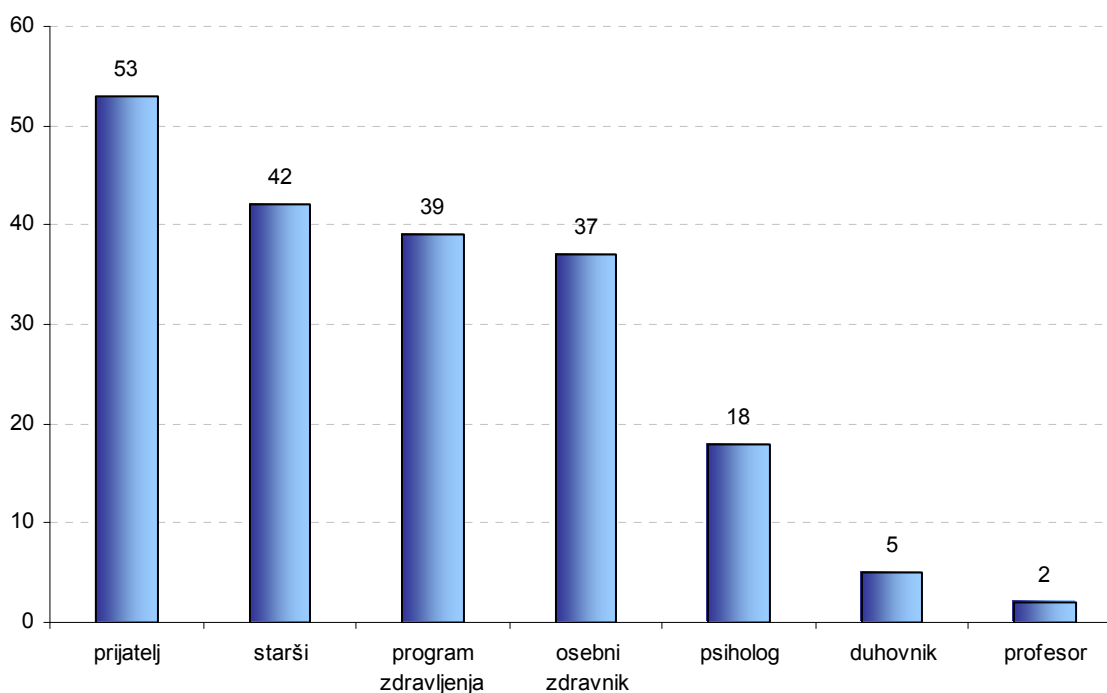
Problemi zaradi uporabe drog

5,2 % študentov je bilo zaradi psihoaktivnih snovi že udeleženih v pretepu. 6,2 % jih je imelo zaradi uporabe psihoaktivnih snovi že prometno nesrečo. Probleme s starši je imelo zaradi uporabe drog 6,6 % študentov, 5,6 % pa s prijatelji, 7,3 % s partnerjem, 4,8 % z učenjem in učnim uspehom. S policijo se je zaradi uživanja drog že srečalo 4,6 % študentov. V bolnišnico ali zdravstveni dom jih je bilo zaradi uporabe drog prepeljanih 1,9 %. 4,8 % študentov je imelo v času, ko so bili pod vplivom psihoaktivnih snovi, spolni odnos, ki so ga kasneje obžalovali. 9,7 % študentov je že vsaj enkrat v življenju vozilo motorno vozilo pod vplivom marihuane.

Iskanje pomoči

Študentje bi največkrat iskali pomoč pri prijatelju (52,8 %), 41,7 % pa bi jih pomoč iskalo pri starših. 39,3 % študentov bi šlo po pomoč v programe zdravljenja odvisnosti, 37 % k osebnim zdravnikom, 17,9 % k psihologom, 5,4 % k duhovnikom, 1,7 pa k profesorju (Slika 2.5).

Slika 2.5: Delež študentov glede na iskanje pomoči v primeru težav

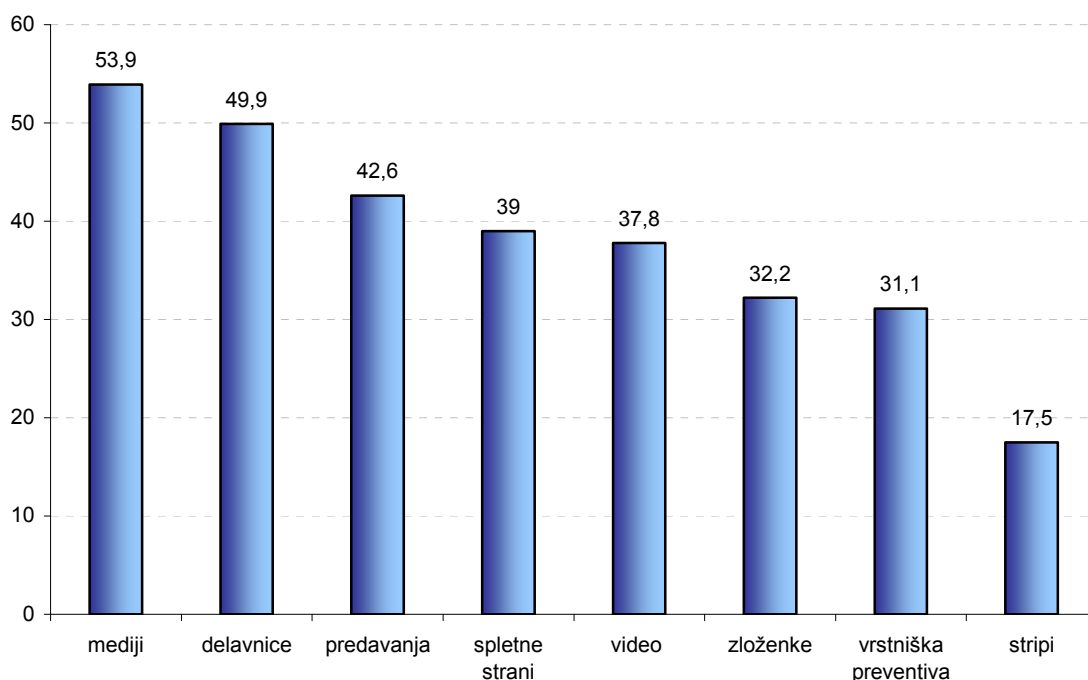


Vir: Korač, Kumše, Krek: Raziskava o uporabi drog med študenti Univerze v Ljubljani, 2008

Oblika preventive, ki je blizu študentom

Študenti so imeli možnost izbiranja različnih oblik preventive na področju drog. Večina je menila, da so najbolj učinkovite preventivne dejavnosti tiste, ki se izvajajo prek medijev. Najmanj pa so podprli preventivne aktivnosti v obliki stripov (17,5 %) in zloženek (Slika 2.6).

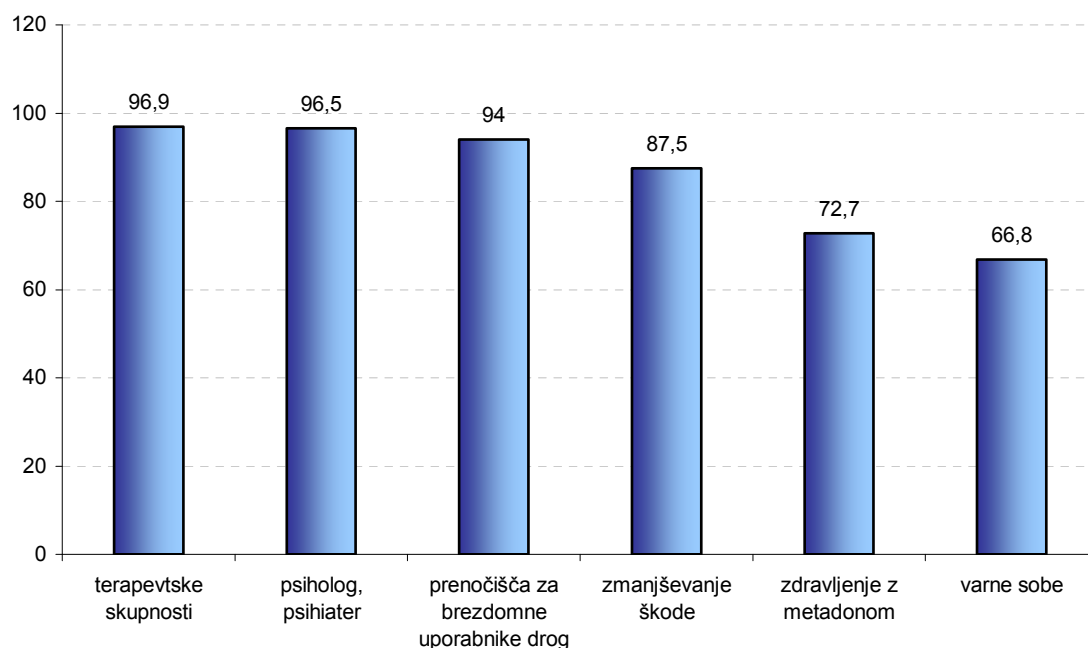
Slika 2.6: Delež študentov, ki podpira posamezen preventivni pristop na področju drog



Vir: Korač, Kumše, Krek: Raziskava o uporabi drog med študenti Univerze v Ljubljani, 2008

Študenti so bili v anketi tudi zaproseni, naj ocenijo posamezne oblike programov pomoči in zdravljenja odvisnosti od drog. Največjo podporo so dali terapevtskim skupnostim in najmanjšo varnim sobam, ki nudijo uporabnikom drog varno injiciranje heroina in uporabo drugih drog. Relativno nizko podporo je dobilo tudi zdravljenje odvisnosti od drog z metadonom (Slika 2.7).

Slika 2.7: Delež študentov, ki podpira posamezno obliko obravnave in zdravljenja odvisnosti od drog



Vir: Korač, Kumše, Krek: Raziskava o uporabi drog med študenti Univerze v Ljubljani, 2008

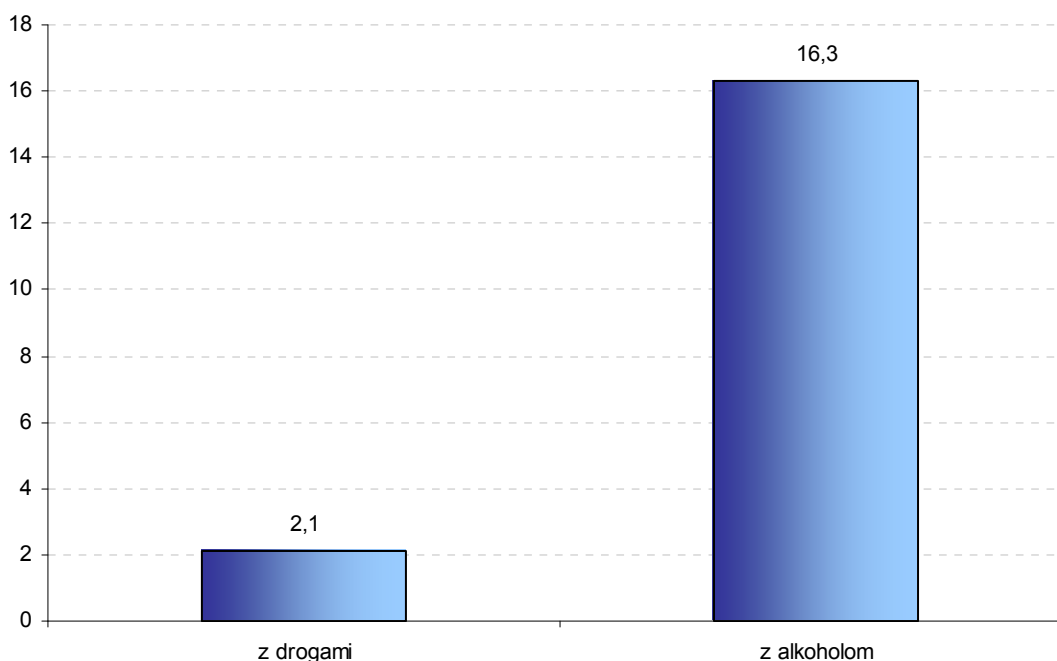
Stališče študentov do legalizacija marihuane

Legalizacija marihuane je v družbi še vedno aktualno vprašanje. Vsako leto se v Sloveniji organizira tudi marihuana marš, ki je namenjen promociji marihuane, njene uporabe in legalizacije. Na vprašanje, ali bi po vašem mnenju morali legalizirati marihuano, se je pozitivno opredelilo 31,3 % študentov, 54,7 % jih je bilo proti, 14 % pa se jih ni opredelilo. Večina študentov v raziskavi ni podprla legalizacije marihuane.

Organizacija zabav brez uporabe drog in alkohola

Večina študentov (83,7 %) meni, da se da zabavo organizirati tudi brez uporabe alkohola. 85 študentov od 521 anketiranih pa meni, da je mogoče dobro zabavo organizirati le takrat, ko imajo na razpolago tudi alkoholne pijače. Velika večina študentov (97,9 %) pa meni, da se lahko dobro zabavo organizira brez uživanja prepovedanih drog. Le 11 študentov od 521 anketiranih meni, da je na dobri zabavi treba uživati tudi prepovedane droge (Slika 2.8).

Slika 2.8: Delež študentov, ki meni, da je treba na dobri zabavi uživati tudi alkohol ali droge
N=521



Vir: Korač, Kumše, Krek: Raziskava o uporabi drog med študenti Univerze v Ljubljani, 2008

Zaključek

Z raziskavo smo dobili pregled nad uporabo drog med študenti na ljubljanski univerzi. Podatke smo zbirali na inovativen način prek elektronskega vprašalnika, in sicer med izvajanjem načrtovanega sistematskega zdravstvenega pregleda študentov zadnjih letnikov ljubljanske univerze. Njihova povprečna starost je bila zato čez 24 let.

Najpogosteje so študentje v svojem življenju uživali alkohol (96 %) in tobak (77 %). Več kot polovica jih je že uživala marihuano (51,6 %), kar je bistveno več, kot navaja raziskava ESPAD med srednješolci prvega letnika srednje šole. Gobice in LSD je že uporabljalo 4,8 % študentov, 4,2 % jih je že uporabljalo ekstazi, 3,3 % kokain in 0,2 % metadon, 0,2 % anabolike in 0,2 % heroin. Delež študentov, ki so uporabljali droge v zadnjem letu, je precej manjši, najbolj pri uporabi marihuane (padec z 51,6 % na 21,9 %). Delež študentov, ki so droge uživali v zadnjem mesecu, pa ostaja še vedno relativno visok pri alkoholu (77,4 %), in tobaku (32,4 %). Delež študentov, ki so v zadnjem mesecu uporabljali marihuano, je nizek (7 %). V zadnjem mesecu pa študenti niso uživali LSD in gobic, kokaina, ekstazija, lepila,

heroina, cracka, metadona in anabolikov. Glede na to, da je zelo malo študentov uporabljalo drogo po vpisu na študij, lahko zaključimo, da se je večina študentov srečala z drogo pred vpisom na visokošolski zavod. Ravno tako lahko sklepamo iz prikazanih podatkov, da se je relativno velik delež študentov odločil za prenehanje uporabe drog ravno v času študija. Drogo pridobivajo študentje na različne načine, vendar zdi se, da je večina droge pridobljena v njihovi socialni sredini (mreži) od sorodnikov, sovrstnikov itd. Sicer pa so študentje že opazili posledice, ki jih droge puščajo na njihovem zdravju. Večina jih še ne ocenjuje, da so odvisni od njih. Uporaba drog je včasih povezana tudi z različnimi neprijetnimi dogodki, kot so nesreče, pretepi itd. Nekateri študenti so se zaradi neustreznega vedenja že srečali s policijo. Med njimi so tudi taki, ki so bili zaradi posledic uporabe drog prepeljani v bolnišnico. Nekateri so imeli pod vplivom drog spolni odnos, ki so ga kasneje obžalovali, in nekateri so pod vplivom drog že povzročili prometno nesrečo. Največkrat bi študentje iskali pomoč zaradi težav, ki bi jim jih povzročala droga, pri prijateljih (52,8 %). Le 39,35 % študentov bi iskalo pomoč v programih zdravljenja odvisnosti, ki jih vodijo dodatno usposobljeni za obvladovanje odvisnosti. Samo 37 % bi se jih zateklo po pomoč k osebnemu zdravniku. Torej lahko zaključimo, da bi večina študentov iskala pomoč predvsem med bližnjimi, prijatelji in starši, le manjši del bi pa v programih zdravljenja odvisnosti in pri zdravnikih. Študentje najbolj podpirajo preventivo prek medijev, delavnic in predavanj ter spletnih strani in najmanj v obliki zloženek, vrstniških preventiv in stripov. Največji delež študentov podpira zdravljenje v terapevtskih skupnostih in psihiatričnih ustanovah. Najmanj pa podpirajo nadomestno zdravljenje z metadonom in varne sobe. Večina študentov meni, da se lahko dobro zabavo organizira tudi brez alkohola in drog.

Uporaba alkohola in prepovedanih drog med udeleženci maturantskih izletov

Uvod

V prispevku so predstavljeni rezultati raziskovalne naloge o uporabi alkohola in drugih drog na maturantskih izletih. Glavni namen raziskovalne naloge je bil ugotoviti prevalenco in zakonitosti uporabe alkohola med udeleženci maturantskih izletov. Zanimalo nas je, kakšne so posebnosti uporabe alkohola med maturantskim izletom in kakšnim tveganjem so mladi na izletih zaradi uporabe alkohola izpostavljeni. Raziskava je bila opravljena leta 2007 in predstavlja prvo domačo raziskavo, narejeno na populaciji, ki obiskuje maturantske izlete (graduation tours). Raziskovalna naloga je bila zaključena leta 2008.

Za potrebe raziskave smo sami oblikovali vzorec. Sestavljali so ga mladi iz različnih slovenskih regij, ki so v letu 2007 z agencijo Mondial Travel obiskali maturantski izlet. Vzorec je temeljil na samoizboru in je kljub velikemu numerusu nereprezentativen, saj nismo uporabili slučajnostnega vzorčenja, vzorčili pa smo samo v eni (največji) specializirani potovalni agenciji. Končno oblikovan vzorec je zajemal 1630 udeležencev maturantskih izletov v starosti od 17 do 19 let (tretji in četrti letnik srednje šole). Vzorec je bil zelo uravnotežen glede na spol in je vseboval 49 % fantov in 51 % deklet. Več kot polovica anketirancev je obiskovala gimnazijski program šolanja, tretjina pa jih je prihajala iz osrednjeslovenske regije.

Da bi omogočili vsaj delno primerljivost rezultatov z rezultati, ki so bili pridobljeni po metodologiji ESPAD, smo uporabili temu primerljivo metodologijo (uporabljeno v raziskavah o uporabi alkohola in prepovedanih drog med ljubljanskimi srednješolci v letih 1998 in 2003). V vprašalniku smo uporabili lestvice ESPAD, ki se nanašajo na prevalenco uporabe drog in alkohola, na uporabo petih ali več alkoholnih pijač zaporedoma ter na tvegane situacije, ki so se mladim že dogodile zaradi uporabe alkohola. Dodali smo specifična vprašanja glede uporabe alkohola na maturantskem izletu, opitosti in iskanja pomoči.

Uporaba alkohola

Uporabo alkohola med udeleženci maturantskih izletov smo merili z vprašanji o uživanju alkohola kadar koli v življenju, v zadnjem mesecu in zadnjem tednu (maturantski izlet) pred anketiranjem ter z vprašanji o opitosti, uporabi alkohola v prihodnosti in vprašanji o težavah, povezanih z uporabo alkohola.

Glavne ugotovitve raziskave glede prevalence uporabe alkohola so bile naslednje:

- Alkohol je vsaj enkrat v življenju poskusilo 98,9 %, v zadnjem letu 98,4 %, v zadnjem mesecu in tednu pa 96,4 % anketirancev. V vseh štirih primerjavah so razlike med spoloma statistično pomembne ($p = 0,001$); fantje alkohol uporabljajo pogosteje kot dekleta.
- Glede na pogostost pitja se dijaki gimnazijskih in štiriletnih strokovnih programov statistično pomembno ($p = 0,05$) razlikujejo pri uporabi v zadnjem letu in zadnjem mesecu. V obeh primerjavah so alkohol bolj pogosto uporabili dijaki gimnazijskih programov.
- Na maturantskem izletu je vsak dan pilo alkohol 53,1 % deklet in 72,4 % fantov.
- Na maturantskem izletu v primerjavi z zadnjim mesecem pred raziskavo ostane enako število abstinentov (3,6 %), v primerjavi z zadnjim letom in mesecem pa se pri dijakih, ki uporabljajo alkohol, poveča pogostost pitja.
- Večina (66,5 %) anketirancev meni, da bodo pri starosti 25 let pili alkoholne pijače.

Glavne ugotovitve raziskave glede opitosti so bile:

- Do zdaj je bilo kadar koli v življenju opitih 93,2 %, v zadnjem letu 88,7 % in v zadnjem mesecu pred raziskavo 82,5 % Anketirancev.
- Na maturantskem izletu je bilo opitih 83,2 % anketirancev. Razlike med spoloma so bile statistično pomembne, najpogosteje (6–9-krat) je bilo na maturantskem izletu opitih dvakrat več fantov kot deklet.
- V zadnjem mesecu pred maturantskim izletom je tri četrtine anketirancev (76,4 %) popilo pet ali več alkoholnih pijač zaporedoma. Med spoloma so razlike statistično pomembne, fantje so pogosteje spili pet ali več alkoholnih pijač zaporedoma.
- Na maturantskem izletu je 83,9 % anketirancev enkrat ali večkrat uporabilo pet ali več alkoholnih pijač zaporedoma, 17,2 % jih je to storilo deset- ali večkrat.
- Dekleta so na maturantskem izletu ostala bolj zmerna, saj se je bolj povečalo število fantov, ki so uporabili pet ali več pijač, prav tako pa se je bolj povečalo število tistih, ki so to storili večkrat.
- Na maturantskem izletu se je preveč napilo (tako, da jim je bilo slabo, so bruhalo ali se ne spomnijo več, kaj se je zgodilo) 36,4 % anketirancev. Fantje so bili ponovno manj zmerni, saj se jih je močno opilo nekaj manj kot polovica, deklet pa nekaj manj kot tretjina.
- Na maturantskem izletu je bilo tako opitih, da so jim morali pomagati drugi, 21,0 % anketirancev (od tega 22,2 % fantov in 19,8 % deklet).

Glavne ugotovitve raziskave glede težav zaradi pitja alkohola so bile:

- Najpogostejše težave, ki so se anketirancem v življenju že zgodile zaradi uporabe alkohola, so bile poškodba predmetov in obleke (51,6 %), prepir ali prerekanje (46,5 %) in nezgoda ali poškodba (30,7 %).
- Nezaščiten spolni odnos pod vplivom alkohola je imelo 10,2 % anketirancev, neželjeno spolno izkušnjo pa 9,4 % anketirancev.
- Na maturantskem izletu so bile težave podobne. Najpogosteje sta se anketirancem pripetila poškodba predmetov ali obleke (17,4 %) ter prepir in prerekanje (15,2 %). Na maturantskem izletu je imelo 3,1 % dijakov nezaščiten spolni odnos in 2,2 % neželjeno spolno izkušnjo.

Uporaba preostalih drog

Med preostalimi drogami, po katerih smo spraševali v vprašalniku, so anketiranci najpogosteje poskusili marihuano (46,6 %), poppers (20,9 %), pomirjevala (8,1 %), amfetamine (6,8 %) in ekstazi (4,9 %). Preostale droge (heroin, LSD, GHB) je uporabil manj kot odstotek anketirancev.

Če pogledamo primerjavo¹ med raziskavami v tabeli 2.1, lahko vidimo, da je uporaba marihuane na našem vzorcu dijakov na maturantskem izletu (MOND 07) in tretjih letnikov ljubljanskih srednjih šol (ESPAD 02LJ) enaka, razlika pa je med našim vzorcem in dijaki prvih letnikov ljubljanskih srednjih šol (ESPAD 07 LJ), kjer je marihuano uporabilo 27,2 % dijakov.

Tabela 2.1: Prevalenca uporabe prepovedanih drog (primerjava med tremi raziskavami). V oklepajih pri raziskavi MOND 07 so predstavljeni rezultati za tretje letnike. V raziskavi ESPAD 02LJ so prikazani rezultati za tretje letnike, pri raziskavi ESPAD 07 LJ pa za prve letnike ljubljanskih srednjih šol.

Raziskava	MOND 07 N = 1515-1620	ESPAD 02 LJ* N = 995	ESPAD 07 LJ** N = 1320
Uporaba	%	%	%
Marihuana ali hašiš	46,6 (45,9)	46,6	27,2
Kokain	3,6 (3,4)	4,8	3,3
Heroin	0,3 (0,1)	1,4	1,2
Ekstazi	4,9 (4,7)	10,4	4,0
Amfetamin	6,8 (6,1)	5,1	2,6
Poppers	20,9 (20,2)	/	/
LSD	0,4	2,9	2,0
GHB	0,1	0,7	0,5
Pomirjevala	8,1***	10,5	3,2

Vir: DrogArt, Raziskava MOND, 2007

* Tretji letniki

** Prvi letniki

*** V primerjavi z ESPAD-ovimi raziskavami nismo spraševali po pomirjevalih, ki jih ni predpisal zdravnik, ampak splošno po uporabi pomirjeval.

Rezultati ponovno kažejo na stabilno raven prevalence uporabe marihuane med dijaki, ki so v zadnjih letnikih slovenskih (oziroma ljubljanskih) srednjih šol (tretji in četrti letniki), kar je bila ena izmed ugotovitev raziskave ESPAD 02 LJ (Dekleva in Sande, 2003). V pregledu obdobja od leta 1992 gre seveda za raziskave, ki so bile narejene na različnih populacijah in vzorcih in so tako le delno primerljive. V Sloveniji so bile skupaj s pričujočo raziskavo na dijakih tretjih in četrtih letnikov opravljene v obdobju od leta 1992 do 2007 le tri raziskave. Prva je bila dijaška raziskovalna naloga Buličeve in Veselove iz leta 1992 (prav tam), druga pa raziskava po ESPAD-u primerljivi metodologiji (ESPAD 02 LJ) iz leta 2002, opravljena na dijakih ljubljanskih srednjih šol (tretji in četrti letniki). Upošteva omejitve v primerljivosti rezultatov, lahko dobimo oceno o tem, da se življenjska prevalenca uporabe marihuane med slovenskimi (in ljubljanskimi) srednješolci zaključnih letnikov ne spreminja. Prevalenca uporabe marihuane med dijaki 4. letnikov ljubljanskih srednjih šol je bila v letu 1992 46,9 %, leta 2002 46,6 % med tretjimi letniki in 50,3 % med četrtimi letniki in leta 2007 46,6 % med udeleženci maturantskih izletov v primerljivem starostnem obdobju.

¹ Primerjava je lahko samo pogojna, saj gre pri vseh treh raziskavah za razlike glede selekcije, časa in območja, v katerem je bil vzorec zajet. Pri dveh raziskavah gre za zajem vzorca v istem letu, pri dveh pa za zajem primerljivega starostnega obdobja.

Iz rezultatov v tabeli 1 je razvidno, da lahko pri naši raziskavi govorimo o podobni prevalenci uporabe ekstazija in kokaina, kot je bila v istem letu ugotovljena na vzorcu ljubljanskih dijakov prvih letnikov. V primerjavi z raziskavo iz leta 2002 je razviden padec uporabe ekstazija, ki je bil ugotovljen tudi v raziskavi o uporabi ekstazija na specifični populaciji obiskovalcev prireditev elektronske glasbe med letoma 2001 in 2005 (Sande, 2007). Razlike med podatkih v raziskavah lahko pripišemo tudi razlikam v vzorcu (na ravni države in glavnega mesta).

Zaključek

Naša raziskava je pokazala porast uporabe alkohola na maturantskih izletih, če upoštevamo podatke o uporabi v zadnjem letu. Uporaba alkohola in pogostost opitosti sta že med letom visoki, na maturantskem izletu pa je v tednu dni opitih in pogosteje opitih še več mladih. Oddaljenost od doma in odmaknjenost od nadzora staršev, izlet v drugo državo, dostopnost alkohola in občutek svobode so gotovo dejavniki, ki vplivajo na to, da več mladih pogosteje pije in se opija. Podobno bi lahko ugotovili, če bi raziskovali značilnosti uporabe alkohola med mladimi ali odraslimi v času »veselega decembra«. Prav to so situacije, ki se jim je metodologija ESPAD do zdaj poskušala izogniti, saj raziskovanja uporabe alkohola in drugih drog niso nikoli potekala pred večjimi prazniki, med počitnicami ali pred njimi, po zaključenih ocenjevalnih obdobjih itd. To so namreč obdobja, ob katerih se pričakovano poveča uporaba alkohola. Merjenje uporabe česar koli med maturantskim izletom je torej odraz posebne življenjske situacije, ki jo tak izlet pomeni.

Problem na maturantskih izletih gotovo pomeni skoraj tri četrtine opitih in tretjina močno opitih dijakov. Težave, ki so jih zaradi tega opisali, so sicer razmeroma majhne v primerjavi s tem, kaj sem jim je zaradi alkohola že pripetilo v življenju, a glede na rezultate raziskave so opiti dijaki vendarle izpostavljeni poškodbam predmetov in obleke, prepiru, nezgodam in v manjši meri nezaščitenim ali neželenim spolnim odnosom.

Rezultati kažejo, da je maturantski izlet kraj in čas, v katerem bi kazalo preventivno sistematično delovati glede zmanjševanja uporabe alkohola ali zmanjševanja opitosti. A to seveda pomeni tudi velik (morda celo prevelik) preventivni izziv. Delovati v tujini in na mestu, kjer je uporaba alkohola ali stopnja opitosti povečana, možnost za uspeh pa razmeroma majhna.

3. Preventiva

3.1 Uvod

Zakona o zdravstvenem in socialnem varstvu, Zakon v vzgoji in izobraževanju ter Resolucija nacionalnega programa na področju drog za obdobje od 2004 do 2009 so glavno vodilo za izvajanje preventivnih programov na področju javnega zdravja, vključno s programi na področju drog.

V Sloveniji se še vedno uporablja klasična delitev preventive na primarno, sekundarno in terciarno, čeprav pri nekaterih akterjih že opažamo uporabo novejših opredelitev na univerzalno, selektivno in indicirano preventivo. Presoja in uvrstitev programov na določeno raven preventive občasno predstavlja težavo, saj določeni programi prehajajo z ene na drugo raven, prav tako ni poenotena opredelitev posameznih ravni.

Kljub velikemu številu preventivnih programov še nimamo nacionalne baze podatkov o njihovih vrsti, obsegu in učinkovitosti, prav tako se ne izvaja njihova sistematična evalvacija. Zato poročilo predstavlja le širšo sliko preventivnih dejavnosti, ki jih izvajajo vladne in nevladne organizacije, ne pa podrobnega opisa vseh aktivnosti in akterjev s tega področja. Podatke za poročilo smo pridobili s pomočjo nacionalnih raziskav v obliki anketiranja (4); z analizo poročil posameznih akterjev, ki izvajajo preventivo; z analizo evalvacijskih poročil za programe, ki jih je sofinanciralo ministrstvo za zdravje v letu 2008; z osebnimi in telefonskimi razgovori ter s pomočjo pregleda internetnih virov. Naša želja je bila osvetliti obseg, predvsem naravo preventivnih programov. Iz analize rezultatov je razvidno, da preventivni programi sledijo smernicam strokovnih spoznanj o učinkovitosti preventivnih pristopov. Ugotavljamo pa, da nastajajo razlike zaradi neenake dostopnosti do preventivnih programov. Ti so bolj dostopni v večjih centrih, manj pa v manjših lokalnih skupnostih in v slabše razvitih regijah. Kljub vsemu je zaznati, da vse lokalne skupnosti posvečajo veliko pozornost preventivi, vendar so ta prizadevanja pogojena z materialnimi in s človeškimi viri. S počasnimi, a vztrajnimi koraki potekajo tudi dejavnosti za vzpostavitev nacionalnih smernic za izvajanje in oceno kakovosti preventivnih programov na področju drog. Kljub ne najbolj prijaznim razmeram za delo se bo konec leta 2009 vzpostavila strokovna multidisciplinarna skupina, ki bo začela pripravo meril za oceno kakovosti programov in vzpostavitev modela za zagotavljanje boljše dostopnosti do preventivnih programov.

3.2 Univerzalna preventiva

K univerzalni preventivi prištevamo programe, ki so namenjeni splošni populaciji ali veliki populacijski skupini ljudi, ki so (vsaj na videz) zdravi. Splošni cilji preventivnih programov na ravni univerzalne preventive se po ugotovitvah nacionalne raziskave osredinjajo predvsem na razvoj in krepitev življenjskih spretnosti ter vzpostavitev varnih in spodbudnih okolij. Le manjši delež programov je usmerjenih zgolj ozaveščanju in zagotavljanju informacij.

V zadnjih letih se poleg preventive za otroke in mladostnike daje velik poudarek programom, ki so namenjeni staršem. Opažamo, da se programi za starše za razliko od tradicionalnih načinov podajanja informacij vse bolj osredinjajo na pristope, ki so usmerjeni v intenzivno usposabljanje in krepitev znanj ter veščin, ki lahko staršem pomagajo pri vzgoji otrok.

Šola

Univerzalna preventiva v šolah je še vedno najpogostejši pristop, ki se uporablja v Sloveniji. Odgovorni nosilec programov v vrtcih in šolah je ministrstvo za šolstvo in šport, pomembno strokovno podporo pa nudi Zavod za šolstvo RS. Številni preventivni programi so vključeni v

redni predšolski in šolski kurikulum, izvajajo se tudi preventivni programi v okviru raznih projektov in preventivni programi, ki jih izvajajo zunanji izvajalci.

Preventiva v predšolskem obdobju

Univerzalna preventiva na področju zasvojenosti se začne izvajati že v predšolskem obdobju, saj izhajamo iz predpostavke, da ima vsak otrok v sebi nek potencial za odpornost proti zasvojenosti, ki ga je mogoče okrepiti s primerno čustveno podporo in krepitvijo nekaterih življenjskih veščin (Conger, 2005: 2; Schubert, Strick in Webster-Stratton, 2000 v Benedict 2007: 174). Čeprav je težko učinkovito odpraviti številne dejavnike tveganja, lahko s krepitvijo dejavnikov varovanja in z zmanjševanjem dejavnikov tveganja pomembno vplivamo na otrokovo življenje.

Vsi vrtci v Sloveniji sistematično vključujejo splošne elemente razvijanja in krepitve socialnih, emocionalnih in vedenjskih kompetenc. Od leta 2005 poteka v koroški regiji razvojni program za preprečevanje zasvojenosti v predšolskem obdobju. Model, ki ga razvijajo tri inštitucije (Zavod za zdravstveno varstvo Ravne, Koroško višje in visokošolsko središče in OE Zavoda za šolstvo Slovenj Gradec), temelji na modelu, ki se osredinja na tri izobraževalna področja: emocionalno, vedenjsko in kognitivno. Do leta 2009 je v projektu sodelovalo okoli 180 otrok s povprečno starostjo pet let. V letu 2009 snovalci programa načrtujejo izdajo monografije z naslovom *Da (po)sije sonce* in širjenje programa po vsej državi. Ključni izvajalci programa so strokovni delavci v vrtcu s podporo zunanjih strokovnjakov. Gre za program, ki vključuje strokovnjake s področij javnega zdravja, pedagogike, sociologije, psihologije in menedžmenta. Pri izvajanju programa se v didaktičnih pristopih za otroke vsebine o drogah konkretno ne pojavljajo, vključene pa so v delo s starši.

Preventiva v osnovnih in srednjih šolah

Najbolj sistematični preventivni programi, ki se izvajajo po vsej državi, spadajo v program t. i. zdravih šol. Slovenija se je pridružila Evropski mreži zdravih šol leta 1993. S širitvijo v šolskem letu 2008/09 (3. krog) se je pridružilo zdravim šolam že 268 ustanov, kar predstavlja 43 % vseh slovenskih osnovnih, srednjih šol in dijaških domov. Njihovi programi se osredinjajo predvsem na krepitev zdravih življenjskih veščin, z manjšim vključevanjem elementov preprečevanja problematičnega vedenja, med drugim tudi uporabe drog. Vsako leto se določi rdeča nit, ki je vodilo dejavnosti v tekočem šolskem letu. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja RS, ki je koordinator zdravih šol, smo v zadnjih letih imeli naslednje »rdeče niti«:

- alkohol in mladi (2000/01);
- duševno zdravje v šoli (2001/02);
- gibanje in prehrana (2 leti) (2002/03; 2003/04);
- šola in starši - iskanje novih poti v sodelovanju (2004/05);
- kakovostna izraba prostega časa (2005/06);
- duševno zdravje, prehrana in gibanje (2006/07);
- zdrav življenjski slog (2007/08)
- zdravi pod soncem (2008/09).

Otroški parlament

Posebna oblika vzgoje za otroke in mladostnike je tudi otroški parlament, ki ga organizira Zveza prijateljev mladine Slovenije. Gre za eno od izvornih oblik spodbujanja otrok in mladostnikov k izražanju lastnih mnenj o perečih vprašanjih, ki jih sami izpostavijo. Namen otroškega parlamenta je, da imajo mladi možnost javno spregovoriti, predstaviti svoje mnenje, ideje in dileme o vprašanjih, ki so pomembni med odraščanjem v okolju, v katerem živijo, se šolajo in preživljajo prosti čas. Ob tem pričakujejo pozornost vzgojno-izobraževalnih institucij, lokalnih oblasti, vladnih in nevladnih organizacij. Kot oblika demokratičnega dialoga se program izvaja v vseh šolah po Sloveniji, nadgradi na občinski in regionalni ravni in sklene na nacionalnem otroškem parlamentu v državnem zboru. V letu 2007 so v takšnem

parlamentu izpostavili zabavo in prosti čas. V povezavi z drogami so mladi poudarili predvsem potrebo po učinkovitejših intervencijah, ki so osredinjene na preprečevanje in zmanjševanje ponudbe alkohola in drugih drog mladim. V letu 2008 je bila osrednja tema ljubezen in spolnost (ZPMS, 2009).

Pregled osnovnih značilnosti preventivnih programov v osnovnih in srednjih šolah

Ker se v vzgojno-izobraževalnih institucijah izvajajo številni preventivni programi, ki se razlikujejo glede na kakovost in vsebino, izvajalce in število programov v posameznih šolah, so v letu 2009 na Zavodu za zdravstveno varstvo Ravne (v nadaljevanju ZZV Ravne) opravili nacionalno raziskavo, s katero so ugotavljali značilnosti preventivnega dela v osnovnih in srednjih šolah. Raziskava je potekala po e-pošti v obliki strukturiranega anketnega vprašalnika. Podrobneje smo pregledali osnovne značilnosti preventivnih pristopov v 15 % osnovnih in 15 % srednjih šol iz vse Slovenije. Pripravili smo tri vprašalnike za osnovne šole in tri vprašalnike za srednje šole. Vprašalnik za programe, namenjene učencem in dijakom, je vseboval 14 enostavnih zaprtih vprašanj, tri sestavljena zaprta vprašanja in pet odprtih vprašanj. Vse vprašalnike so izpolnjevali strokovni delavci šol. Podatke smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS, verzija 11.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Pri obdelavi podatkov smo uporabili deskriptivno metodo dela z uporabo deležev in frekvenc (Kašnik Janet, Pogorevc, Božank, 2009).

Najpomembnejša ugotovitev raziskave je, da preventivni programi na šolah niso prvenstveno usmerjeni v informiranje, pač pa v krepitev različnih življenjskih veščin, z manjšo količino informacij o drogah. Prav tako je pomembna ugotovitev, da se vse pogosteje uporabljajo interaktivni načini dela.

Preventivni programi za osnovnošolsko populacijo Izvajalci preventivnih programov

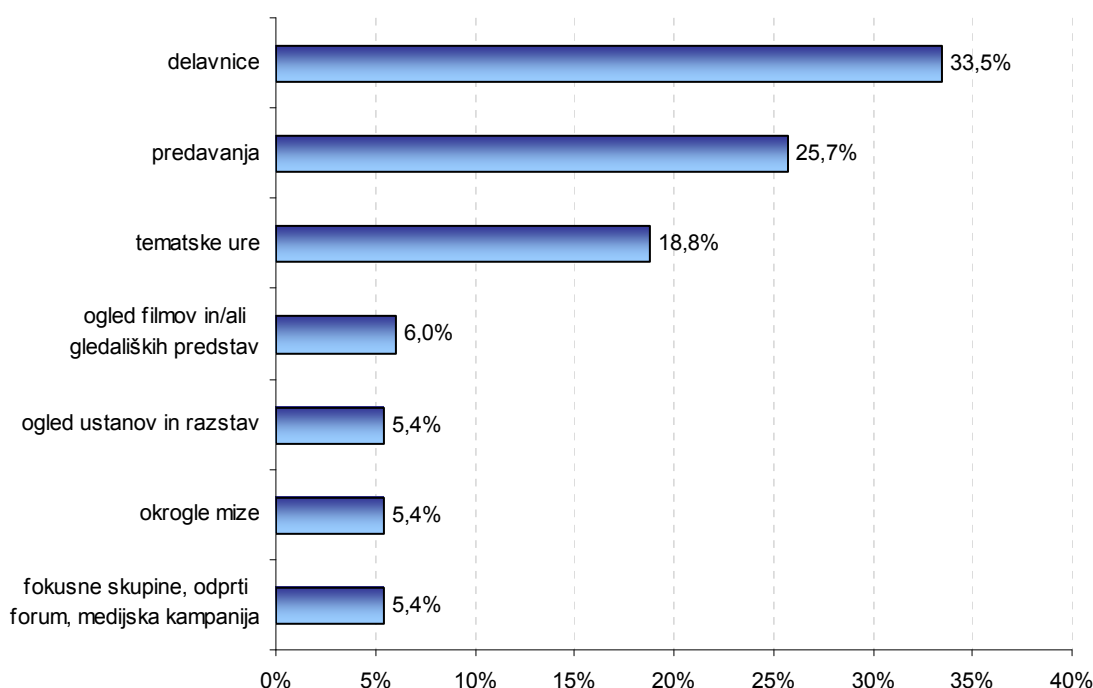
Rezultati ugotovitev za preventivne programe v osnovnih šolah kažejo, da programe na osnovnih šolah najpogosteje izvajajo zunanji izvajalci (43,9 %), sledi sodelovanje učitelja z zunanjimi izvajalci (39,4 %) ter učiteljevo samostojno delo (16,8 %). Izvajalci programov iz šole so najpogosteje strokovnjaki s pedagoško izobrazbo (učitelji), sledijo socialni pedagogi, psihologi, svetovalni delavci in socialni delavci. Vrstniško svetovanje je zastopano v manjšem deležu, in sicer v 8 %. Med zunanjimi izvajalci programa prevladujejo zdravstveni delavci (41,6 %), sledijo jim policisti in kriminalisti (16,8 %), socialni delavci, psihologi, klinični psihologi, socialni pedagogi, sociologi, v manjšem deležu tudi vrstniki, ki prihajajo iz drugih institucij. Občasno se kot izvajalci pojavljajo tudi osebe, ki so se zdravile zaradi zasvojenosti (10,1 %). Zunanji izvajalci se v večini primerov ukvarjajo le s preventivnimi pristopi (53,4 %), sledijo jim izvajalci, ki se ukvarjajo tako s preventivo kot tudi z obravnavo in zdravljenjem uporabnikov drog (44,8 %). Slaba dva odstotka (1,7 %) izvajalcev se ukvarjata le z obravnavo in zdravljenjem zasvojenih.

Oblike dela

Programi največkrat potekajo v obliki večkratnih (45,5 %) aktivnosti, sledijo enkratne aktivnosti (42,4 %). 12,1 % programov kontinuirano poteka vse šolsko leto. Povprečno trajanje posameznih aktivnosti je od dve do štiri ure (60 %), približno dobra petina aktivnosti (21,5 %) traja manj kot dve uri, 18 % aktivnosti pa traja več kot 5 ur.

Iz slike 3.1 je razvidno, da se programi najpogosteje izvajajo v obliki delavnic (33,5 %), predavanja (25,7 %) in tematskih ur (18,8 %). 6 % programov poteka v obliki ogleda filmske ali gledališke predstave, pri 5,4 % pa v obliki okroglega mize. Ostale oblike poteka programa vključujejo še ogled ustanove (3 %), ogled razstave (2,4 %), fokusno skupino za pridobitev mnenj in stališč ciljne populacije (2,4 %), odprti forum (1,8 %) in medijsko kampanjo (1,2 %).

Slika 3.1: Oblika izvedbe preventivnih programov za osnovnošolsko populacijo



Vir: Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem

Vsebine programov se večinoma podajajo kot kombinacija interaktivnega in neinteraktivnega načina (85,7 %). Samo interaktivno se vsebine podajajo v slabih 10 %, samo neinteraktivno pa le v 4,8 %. Najpogostejša komunikacijska pristopa podajanja vsebin sta informiranje in motiviranje (86,3 %), sledita prepričevanje (7,4 %) in opozarjanje (6,3 %).

Uporabljene metode dela

V programih za učence je bila največkrat uporabljena metoda razgovora (pri približno četrtini programov oz. v 25,6 %) in ustne razlage (v 20,5%). Sledijo metoda izkustvenega učenja (17,1 %), prikazovanja in predstavitve (15 %), ter metoda dela s tekstom (12,4 %). Redkeje se uporabljata metoda risanja oz. ilustrativnih del (5,6 %) in metoda pisnih del (3,8 %).

Vrsta drog, ki so omenjene v programu

Večina programov obravnava tako dovoljene kot nedovoljene droge (75,4 %). V 16,9 % se osredinjajo na specifične droge: najpogosteje na alkohol in tobak, energijske pijače, marihuano in zdravila. Pri 6,2 % programov za učence droge sploh niso omenjene, 1,5 % programov pa obravnava le nedovoljene droge.

Evalviranje

Redno evalviranje programov izvaja 60 % anketiranih šol. Najpogosteje se evalvirajo rezultati in učinki programa (57 %).

Šolska politika do drog

V večini osnovnih šol, ki so sodelovale v raziskavi, so programi s področja drog integralni del šolske politike (74,5 %). Prav tako ima večina šol poseben protokol ukrepov obravnave incidentov, povezanih z uporabo, posedovanjem in preprodajo PAS na šoli (67,3 %). Le dobra četrtina (26,6 %) anketiranih šol je navedla, da se njihovi učitelji vsaj enkrat letno udeležijo izobraževanja na temo PAS.

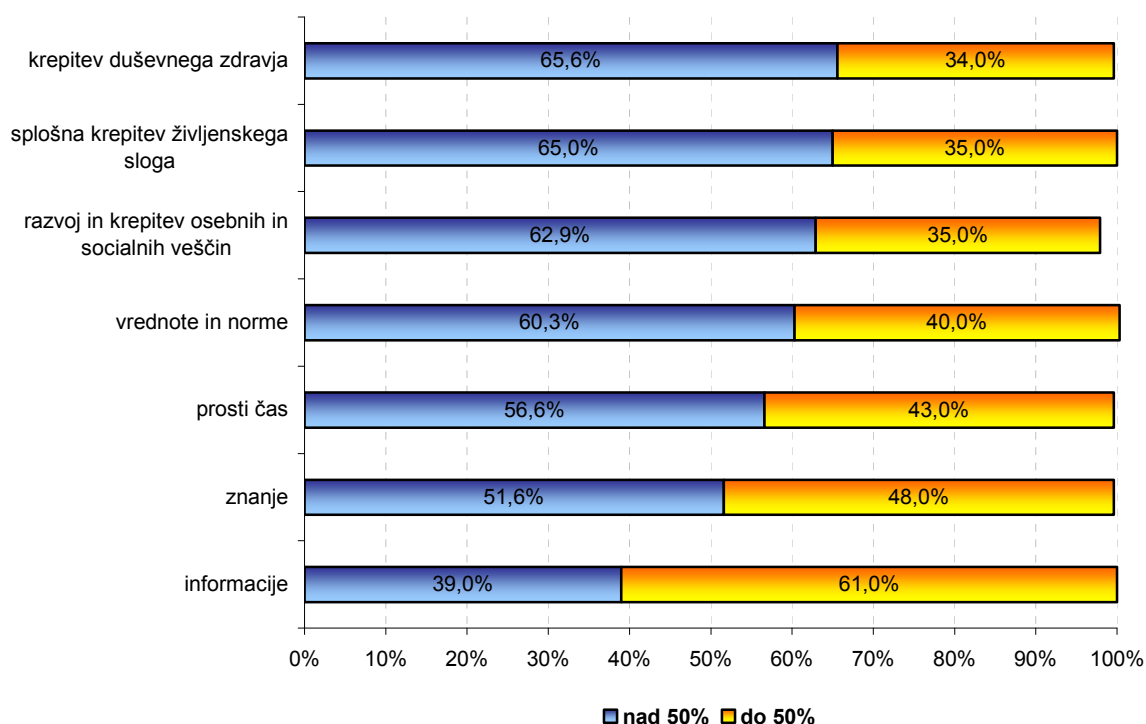
Vsebine, ki so vključene v preventivne programe

Obsežen sklop vprašanj se je osredinjal na vrsto preventivnih vsebin, ki so prisotne v programih. Razdelili smo jih na sedem večjih sklopov:

1. Splošne vsebine: splošna krepitev zdravega življenjskega sloga.
2. Znanje: o socialnih, zdravstvenih in drugih posledicah problematičnega vedenja in (zlo)rabe drog; o dejavnikih tveganja za pojav problematičnega vedenja; o oblikah in institucijah pomoči.
3. Informacije: o vrstah in učinkih drog; o zakonih in sankcijah na tem področju.
4. Osebne in socialne veščine: razvoj in krepitev različnih sposobnosti zavračanja negativnih vplivov (npr. vrstniki, mediji), krepitev komunikacijskih spretnosti, sposobnosti reševanja problemov in sprejemanja odločitev, postavljanja ciljev idr.
5. Duševno zdravje: samopodoba, samospoštovanje, čustva, obvladovanje stresa in frustracij, sposobnost empatije.
6. Vrednote in norme: oslabilo popularno mnenje, da uporaba drog prevladuje in je sprejemljiva; osvetljevanje in oblikovanje družbenih norm v povezavi z drogami; izpodbijanje ustaljenih mitov o drogah.
7. Prosti čas: promocija varnih zabav; predstavitev in promocija alternativnih aktivnosti.

Iz Slike 3.2 je razvidno, da programi v največji meri vključujejo vsebine krepitev duševnega zdravja in splošno krepitev zdravega življenjskega sloga. V najmanjši meri je v preventivnih programih prisotno podajanje informacij.

Slika 3.2: Delež vsebin, prisotnih v preventivnih programih za učence



Vir: Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem

Osnovne značilnosti preventivnih programov na srednjih šolah Izvajalci preventivnih programov

Osnovni pregled preventivnih vsebin na srednjih šolah je pokazal, da preventivne programe najpogosteje izvajajo samo izvajalci iz šole (50 %), sledi sodelovanje učitelja z zunanjimi izvajalci (30,4 %), v 16,1 % izvajajo programe le zunanji izvajalci. Vrstniška izobraževanja, pri katerih program izvajajo vrstniki iz matične šole, so prisotna v 3,6 % primerov. Izvajalci programov v srednjih šolah so najpogosteje strokovnjaki s pedagoško izobrazbo - učitelji (51

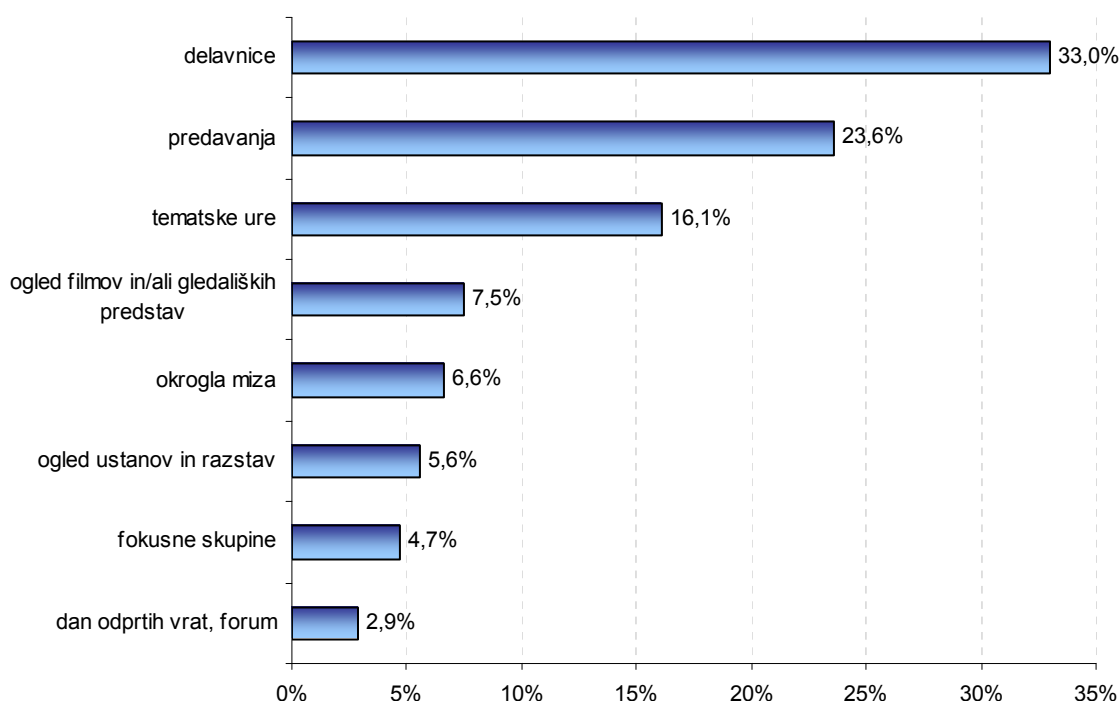
%), sledijo svetovalni delavci (14,5 %), vrstniki (14,5 %) in psihologi (12,7 %), v manjšem deležu tudi socialni pedagogi (5,5 %) in socialni delavci (1,8 %). Med zunanjimi izvajalci programa prevladujejo zdravstveni delavci (28,3 %), sledijo jim policisti oz. kriminalisti (21,7 %). Približno v 10 % so izvajalci programov psihologi in osebe, ki so se zdravile zaradi zasvojenosti. V 8 % programe izvajajo vrstniki in sociologi, sledijo socialni delavci in socialni pedagogi. Zunanji izvajalci se v večini primerov ukvarjajo le s preventivnimi pristopi (68 %), sledijo izvajalci, ki se ukvarjajo tako s preventivo kot tudi z zdravljenjem zasvojenih (28 %). 4% izvajalcev se ukvarja le z obravnavo zasvojenih.

Oblike dela

Programi največkrat potekajo v obliki enkratne aktivnosti (71,4 %), približno petina se jih izvaja z večkratnimi ponovitvami. V obliki kontinuiranega dela vse šolsko leto poteka 7 % programov. Povprečno trajanje posameznih aktivnosti je od dve do štiri ure (45,5 %), približno dobra četrtina aktivnosti (27,3 %) traja manj kot dve uri, v enakem deležu aktivnosti trajajo tudi od 5 do 10 ur.

Najpogosteje se programi izvajajo v obliki delavnic (33 %), predavanja (23,6 %) in tematskih ur (16,1 %). 7,5 % programov pomeni ogled filmske ali gledališke predstave, 6,6 % pa okroglo mizo. Druge oblike vključujejo še ogled ustanove in razstave (5,6 %), fokusno skupino za pridobitev mnenj in stališč ciljne populacije (4,7 %), dan odprtih vrat (1,9 %) ter odprti forum (1 %).

Slika 3.3: Oblika izvedbe preventivnih programov za srednješolsko populacijo



Vir: Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem

Vsebine programov se večinoma podajajo na način kombiniranja interaktivnega in neinteraktivnega načina (64,3 %). Samo interaktivno se vsebine podajajo v 32,1 %, samo neinteraktivno pa le v 3,6 %. Najpogostejša komunikacijska pristopa podajanja vsebin sta motiviranje in informiranje (83,7 %), sledita opozarjanje (12,8 %) in prepričevanje (3,5 %).

Uporabljene metode dela

Pri približno četrtini programov sta največkrat uporabljeni metodi dela v programih za dijake razgovor (27,3 %) in ustna razlaga (25,2 %). Sledijo metoda risanja oz. ilustrativnih del (12,2 %), metoda prikazovanja in predstavitve ter metoda pisnih del. Pri dijakih se manj uporabljata metoda izkustvenega učenja (7,2 %) in metoda dela s tekstom (6,5 %).

Vrsta drog, ki so omenjene v programu

Večina programov obravnava tako dovoljene kot nedovoljene droge (56,4 %). V 38,2 % se osredinjajo na specifične droge: najpogosteje na tobak in alkohol. Pri 1,8 % programov za dijake droge sploh niso omenjene, 3,6 % programov pa obravnava le nedovoljene droge.

Evalvacija

V srednjih šolah so preventivni programi evalvirani v manjšem deležu kot v osnovnih šolah. Redno evalviranje programov izvaja 37,8 % anketiranih šol. Najpogosteje gre za procesno evalvacijo (63,6 %).

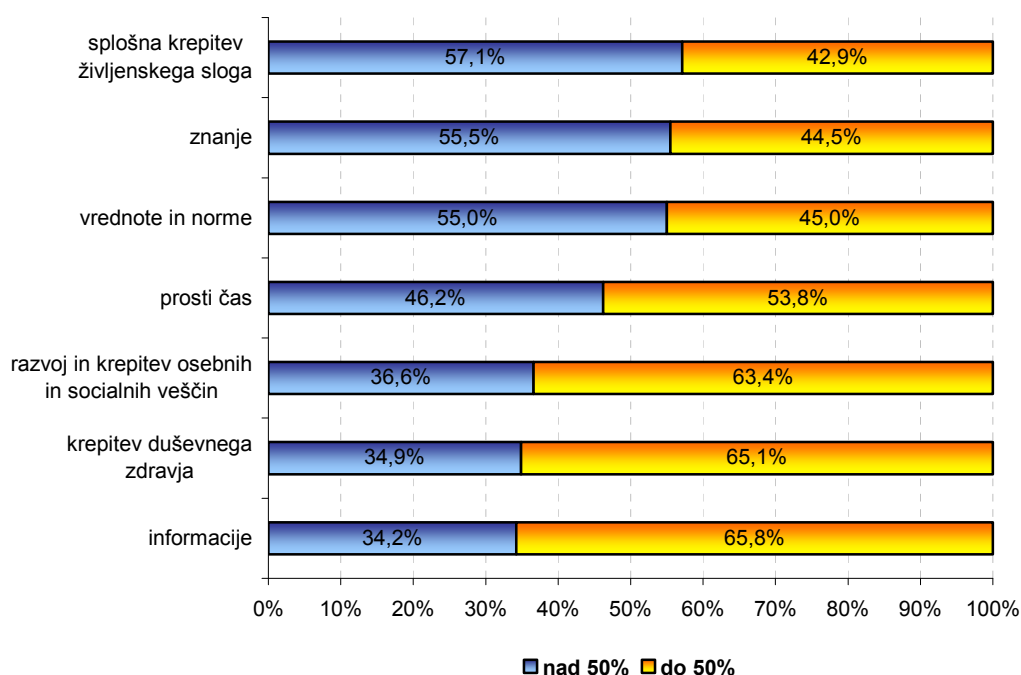
Šolska politika do drog

V večini srednjih šol, ki so sodelovale v raziskavi, so programi s področja drog integralni del šolske politike (83,3 %). Prav tako ima večina srednjih šol protokol ukrepov obravnave incidentov, povezanih z uporabo, posedovanjem in preprodajo PAS na šoli (73,7 %). Le dobra šestina (16,7 %) anketiranih šol je navedla, da se njihovi učitelji vsaj enkrat letno udeležijo izobraževanja na temo PAS.

Vsebine, ki so vključene v preventivne programe

Preventivne vsebine, ki so prisotne v programih, smo razdelili na sedem večjih sklopov (glej obrazložitev pri osnovni šoli). Iz Slike 3.4 je razvidno, da programi v največji meri vključujejo vsebine splošne krepitve zdravega življenjskega sloga, sledijo vsebine krepitve znanja o tveganjih, povezanih z (zlo)rabo drog, o tem, kje poiskati pomoč ipd., in vsebine, ki se dotikajo norm in vrednot. V najmanjši meri je v preventivnih programih za dijake prisotno podajanje informacij.

Slika 3.4: Delež vsebin, prisotnih v preventivnih programih za dijake



Vir: Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem

Mnenje anketiranih strokovnjakov v osnovnih in srednjih šolah

Strokovne delavce na šolah smo vprašali tudi za mnenje in stališča o preventivnih programih. Večina jih meni, da bi morali preventivni programi na šolah bolj krepiti življenjske veščine in biti manj usmerjeni v podajanje informacij o drogah. Poročajo, da imajo težave, ko določene preventivne aktivnosti težko umestijo v redni šolski program. Želijo si konkretnih opredelitev na nacionalni ravni, in sicer v okviru katerih vsebin naj bi se izvajale (dnevi dejavnosti, poseben predmet ...) ter kdo naj bi bil izvajalec. Želijo si tudi katalog z verificiranimi programi in izvajalci, saj bi jim to olajšalo izbiro zunanjih izvajalcev, preventiva pa bi bila učinkovitejša, predvsem pa bolj »varna«.

Starši

Preventivno delo s starši izvajajo različne vladne in nevladne organizacije v Sloveniji. V okviru nacionalne raziskave, ki smo jo izvedli v letu 2009, so bili pridobljeni predvsem podatki o osnovnih značilnostih preventivnih programov za starše, ki potekajo v okviru osnovnih in srednjih šol (podrobnosti: glej poglavje o preventivnih programih v šolah). Vprašalnik za starše učencev in vprašalnik za starše dijakov sta si bila podobna. Vključevala sta 13 enostavnih zaprtih vprašanj, tri sestavljena zaprta vprašanja in pet odprtih vprašanj. Vse vprašalnike so izpolnjevali strokovni delavci šol (Kašnik Janet, Pogorevc, Božank, 2009).

Ciljna populacija

Analiza podatkov je pokazala, da preventivni programi za starše na osnovnih in srednjih šolah, glede zajema populacije, potekajo v dveh oblikah. 55,9 % programov na osnovnih šolah in 54,5 % na srednjih šolah vključuje kot ciljno populacijo le starše, 44,1 % programov v osnovnih in 45,5 % programov v srednjih šolah pa tako starše kot tudi njihove otroke.

Izvajalci preventivnih programov

Najpogosteje programe za starše učencev izvajajo zunanji izvajalci (52,9 %) oziroma je izvajanje kombinirano - izvajalci iz šole in zunanji izvajalci (41,2 %). Pri programih za starše dijakov je izvajanje največkrat kombinirano (72,7 %), pri slabi petini pa ga izvajajo zunanji izvajalci (18,2 %). Programov, ki jih za starše učencev in dijakov izvajajo le izvajalci iz šole, je le 5,9 % pri starših učencev, pri starših dijakov pa 9,1 %.

Med zunanjimi izvajalci programa prevladujejo zdravstveni delavci (26,1% pri starših dijakov, 37,7 % pri starših učencev). Sledijo jim psihologi (17 % pri starših učencev, 21,8 % pri starših dijakov) ter policisti in kriminalisti (15,1 % pri starših učencev, 17,4 % pri starših dijakov). Podobno pogosto kot policisti programe izvajajo osebe, ki so se zdravile zaradi zasvojenosti (17,4 %). Manj kot 10 % programov za starše dijakov in učencev izvajajo naslednji strokovni izvajalci: socialni pedagogi, sociologi, socialni delavci in specialni pedagogi.

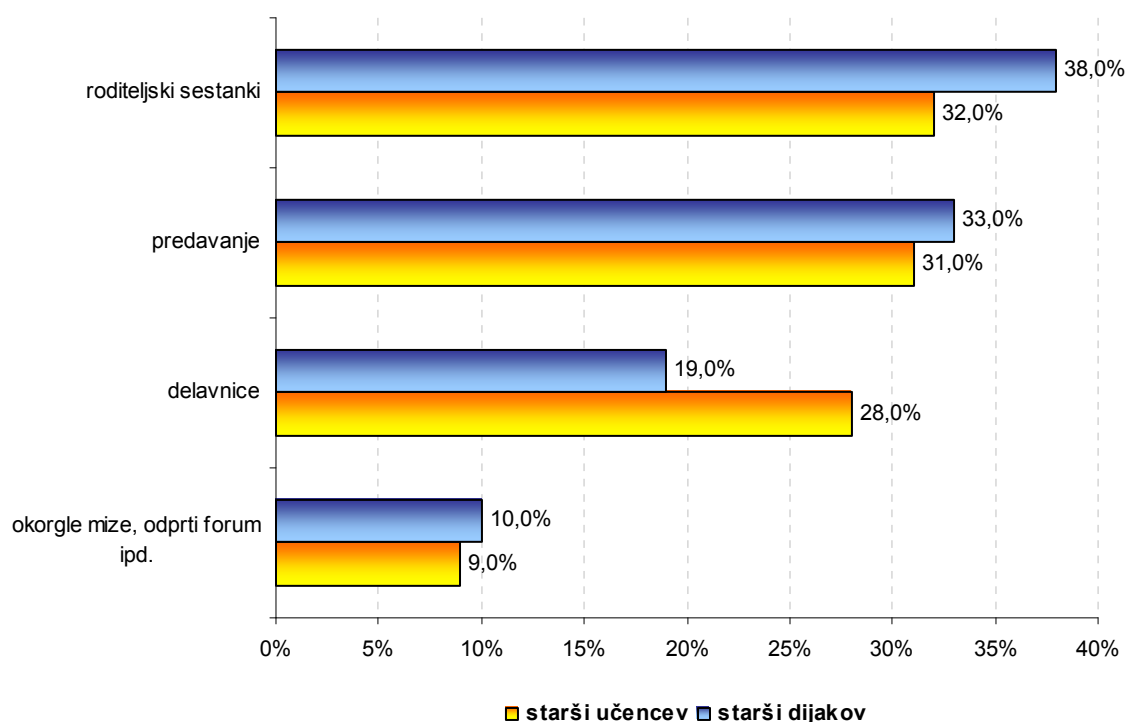
Oblike dela

Programi za starše učencev in dijakov največkrat potekajo kot enkratne aktivnosti, nekoliko pogosteje pri programih za starše dijakov (63,6 %) kot za starše učencev (55,9 %). V obliki večkratnih aktivnosti poteka 41,2 % programov za starše učencev in dobra četrtina (27,3 %) za starše dijakov. V kontinuirani obliki vse šolsko leto programi potekajo redko (2,9 % pri starših učencev; 9,1 % pri starših dijakov).

Tako pri programih za učence kot tudi pri programih za dijake posamezne aktivnosti najpogosteje trajajo manj kot dve uri (60 % pri starših dijakov in 54,8 % pri starših učencev). 40 % aktivnosti za starše dijakov in 35,5 % za starše učencev traja od dve do štiri ure. Več kot peturne aktivnosti za starše učencev in dijakov so redke (manj kot 10 %).

Iz Slike 3.5 je razvidno, da največ programov za starše učencev in dijakov poteka v obliki namenskih roditeljskih sestankov (38,1 % pri starših dijakov in 32,3 % pri starših učencev), sledijo predavanja (33,3 % pri starših dijakov, 30,8 % pri starših učencev) in delavnice (dobra četrtina - 27,7 % programov za starše učencev in slaba petina - 19,1 % za starše dijakov). Programi redkeje potekajo v obliki okrogle mize (9,5 % za starše dijakov, 7,7 % za starše učencev) in odprtega foruma.

Slika 3.5: Oblike preventivnih programov



Vir: Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem

V programih za starše učencev in dijakov kot komunikacijska načina prevladujeta informiranje (49 % pri starših učencev in 46,7 % pri starših dijakov) in motiviranje (28,6 % pri starših učencev in 33,4 % pri starših dijakov). V manjši meri je prisotno opozarjanje, in sicer v programih za starše učencev v 20,4 % in za starše dijakov v 6,6 %. Prepričevanje se uporablja v 2 % programov za starše učencev in v 13,3 % za starše dijakov.

Uporabljene metode dela

V programih za starše učencev sta bili največkrat uporabljeni metoda ustne razlage (38,4 %), ter metoda razgovora (28,7 %). Pri programih za starše dijakov pa je ravno obratno, največkrat je uporabljena slednja (36,4 %), sledi metoda ustne razlage (27,3 %). Tako pri programih za starše učencev kot za starše dijakov jih približno petina uporablja metodo prikazovanja in predstavitve (19,2 % programov za starše učencev in 22,7 % za starše dijakov). Metodo izkustvenega učenja uporablja dobrih 13 % programov za starše učencev in dijakov.

Vrsta drog, ki so omenjene v programu

Tako za starše učencev kot za starše dijakov preventivni programi največkrat obravnavajo tako dovoljene kot nedovoljene droge (78,8 % za starše učencev, 90,9 % za starše dijakov). Droge sploh niso bile omenjene pri 15,2 % programov za starše učencev ter slabih 10 % za starše dijakov, le specifične droge in samo nedovoljene droge pa pri 3 % programov za starše učencev.

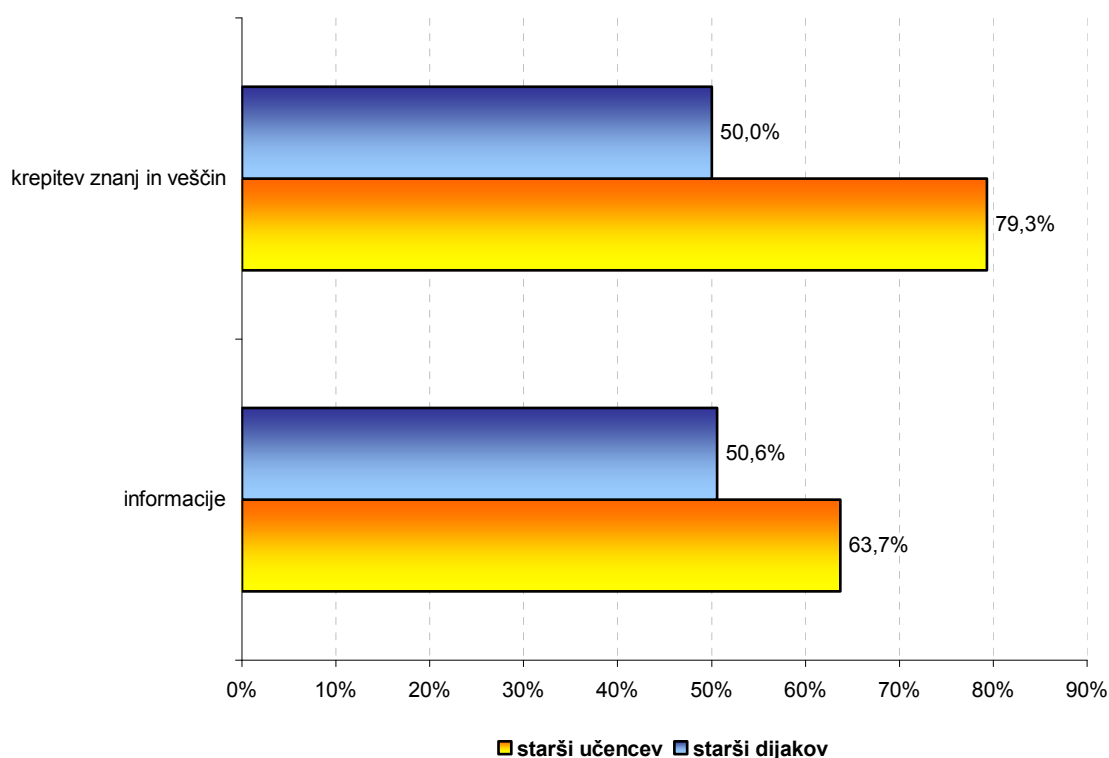
Vsebine, ki so vključene v preventivne programe

Preventivne vsebine, ki so prisotne v programih za starše, smo razdelili v dva večja sklopa, in sicer:

- vsebine, osredotočene na zagotavljanje informacij: o socialnih, zdravstvenih in drugih posledicah problematičnega vedenja in (zlo)rabe drog; o dejavnikih tveganja in varovanja za pojav problematičnega vedenja; o vrstah in učinkih drog; o prepoznavanju in ukrepanju ob pojavu (zlo)rabe drog; o zakonih in sankcijah na tem področju; o oblikah in institucijah pomoči; o razširjenosti drog med mladimi) in
- vsebine za krepitev znanj in veščin, ki staršem pomagajo pri vzgoji otrok.

Iz Slike 3.6 je razvidno, da se vsebine krepitev znanja in veščin v večji meri vključujejo v preventivne programe za starše osnovnošolskih otrok (79 %) kot v programe za starše dijakov (50 %). Delež programov, ki v večji meri vključujejo informacije, je nekoliko manjši, za starše osnovnošolskih otrok znaša 63,7 %, za starše dijakov pa 50,6 %.

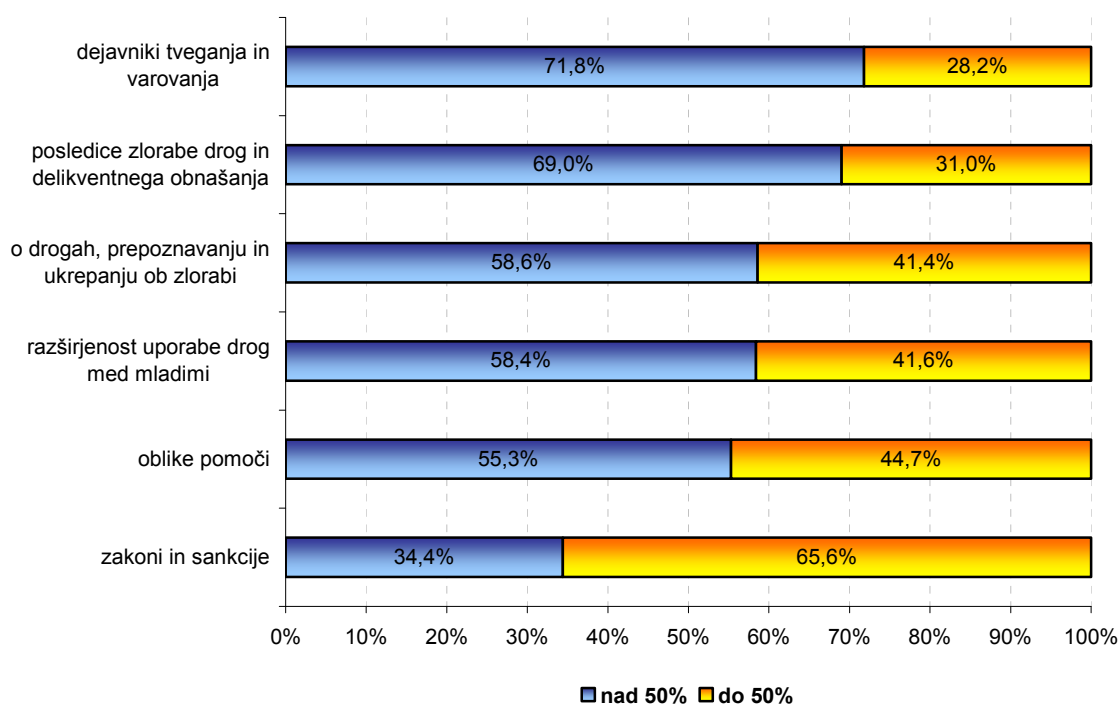
Slika 3.6: Delež programov, ki vsebujejo več kot 50 % vsebin, osredotočenih na podajanje informacij in krepitev veščin



Vir: Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem

V Sliki 3.7 so podrobneje prikazane vsebine programov za starše učencev in dijakov, pri katerih se v večji meri uporablja podajanje informacij. Ti programi so v večji meri osredinjeni predvsem na podajanje informacij o dejavnikih tveganja in varovanja, sledijo informacije o posledicah uporabe drog in drugega delinkventnega obnašanja, o samih drogah in o prepoznavanju ter ukrepanju v primeru (zlo)rabe drog ter o oblikah pomoči. Vsebine, ki se nanašajo na zakone in sankcije, se uporabljajo v manjši meri kot druge vsebine.

Slika 3.7: Deleži posameznih informacij v preventivnih programih za starše



Vir: Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem

Ne glede na ponudbo programov za starše se ugotavlja, da so ti razmeroma slabo obiskani (Čačinovič Vogrinčič in drugi 2009, Glušič 2008). Pogosteje se jih udeležujejo starši, ki se z rabo in zlorabo drog v svojem družinskem okolju ne srečujejo. Praviloma pa ne dosežejo tistih staršev, katerih otroci že eksperimentirajo z drogami ali se kako drugače tvegano obnašajo.

Fakulteta za socialno delo je zato izvedla akcijsko-raziskovalni projekt na območju Ljubljane, s katerim so želeli ugotoviti, zakaj se v obstoječe oblike preventivnih delavnic ne vključuje več staršev. Prav tako so želeli ugotoviti, katere vsebine in načini dela bi starše učinkoviteje pritegnili k udeležbi in sodelovanju. Končni cilj projekta se je osredinjal na razvoj novega modela dela s starši in z mladostniki v šolskem okolju. Ugotovili so naslednje:

- večina vprašanih staršev (92 %) ocenjuje, da je šola primeren prostor za izvajanje skupnostnega projekta.
- kot najpogostejši vzrok za nizko udeležbo staršev v preventivnih delavnicah so navedli pomanjkanje časa.
- pri izvajanju preventivnih delavnic za starše najbolj pogrešajo pomanjkanje zloženek in drugih zdravstvenovzgojnih materialov.
- ostale pomanjkljivosti, ki so jih navedli: premalo konkretnih situacij, teme niso ločene glede na starost otroka, pomanjkanje časa za diskusijo, ne ponudijo vsega, kar starše zanima ipd. (Čačinovič Vogrinčič in drugi 2009)

Tudi Urad za preprečevanje zasvojenosti pri mestni občini Ljubljana, ki organizira predavanja za starše, v svojih evalvacijah opaža podobne vzroke, dodajajo pa še naslednje: strah pred izpostavljenostjo, neprepoznavanje vzgojnih težav, nepriznavanje vzgojnih težav, neprimeren čas delavnic in nezanimivi predavatelji (Glušič, 2008).

Na podlagi pilotne izvedbe delavnic in pregleda dobrih praks v tujini je Fakulteta za socialno delo izdelala model preventivnih delavnic za starše. Poimenovali so ga Pogovarjajmo se. Gre za skupnostni projekt, ki staršem kot pomembnim sodelavcem in sogovornikom zagotavlja vpliv na čas izvajanja, na izbiro tem in na način izvajanja aktivnosti. Izhaja iz prepričanja, da

je pri načrtovanju delavnic za starše ključno, da je motiv za delo vedno konkretno in jasno postavljen ter povezan z interesi in s potrebami otrok, staršev in šolskih delavcev.

Postopki izvajanja skupnostnega projekta za starše naj bi potekali v štirih fazah. Prva je vezana na pripravo in vključuje tri korake: idejo oziroma pobuda; raziskovanje in opis problemske situacije; opredelitev problema. Sledi druga faza, in sicer načrtovanje, ki vključuje pet korakov: določanje ciljev; zemljevid virov; opredelitev strategij; izbiro koordinatorja in načrt dela. Tretja faza je namenjena zagonu programa in vključuje dva koraka: izvajanje in spremljanje poteka oz. evalvacijo. Zadnja, četrta faza pa je namenjena prizadevanju za doseganje integracije in kontinuitete izvajanja programa.

Strokovnjaki Fakultete za socialno delo posebej poudarjajo, da je pri pripravi programa nujno upoštevati starost otrok, saj se zanimanje staršev za posamezne teme glede na starost spreminja. Zainteresirane starše je smiselno vključiti kot aktivne sodelavce, ki lahko kompetentno, kot eksperti iz izkušenj, nagovorijo ostale starše in jih povabijo k sodelovanju. Ker je najpomembnejši vzrok neudeležbe na delavnicah prav pomanjkanje časa, predlagajo, naj programi na začetku izhajajo iz že utečenih terminov, ki so vnaprej predvideni in na katere starši že vnaprej računajo (npr. v času roditeljskih sestankov in govorilnih ur), šele nato naj se v dogovoru s starši načrtujejo nadaljnji termini in prostori srečevanj. Ena od oblik dela s starši bi lahko bilo tudi delo po elektronski pošti (Čačinovič Vogrinčič in drugi 2009).

Model z vsemi predlaganimi evalvacijskimi obrazci bo predstavljal pomembno pomoč pri načrtovanju prihodnjih aktivnosti za starše tudi v drugih predelih Slovenije.

Lokalna skupnost

V Sloveniji se je na področju preprečevanja zasvojenosti začel razvijati model lokalnih akcijskih skupin (LAS), ki se je v številnih primerih izkazal za zelo obetavnega, predvsem s stališča preventivnih dejavnosti (Košir, 2004). Večina LAS deluje kot strokovno posvetovalno telo župana/županje in/ali mestnega/občinskega sveta, manjši delež LAS pa deluje v sklopu mladinskih centrov, društev ali javnih zavodov. Njihove aktivnosti obsegajo k skupnosti usmerjene programe, ki pomembno prispevajo k preprečevanju in zmanjševanju uporabe drog in zasvojenosti, izboljšanju zdravstvenega stanja in ponovni reintegraciji zasvojenih, izboljšanju blaginje lokalnih prebivalcev in socialne povezanosti v lokalni skupnosti. Njihovo delo je pretežno usmerjeno v preventivo in zmanjševanje škodljivih posledic zaradi uporabe drog, manj pa se ukvarjajo s področji, kot so zdravljenje in socialna reintegracija. Večina LAS se usmerja v preprečevanje uporabe dovoljenih in prepovedanih drog in h krepitvi zdravega življenjskega sloga v lokalni skupnosti.

Posnetek stanja, ki ga je ZZV Ravne opravil v letu 2009, kaže, da je od skupno 56 lokalnih akcijskih skupin aktivnih 42, o statusu 11 LAS pa nimamo podatkov. Dve LAS sta v »mirovanju«, ena pa je prenehala delovati.

Vloga LAS v lokalnih skupnostih je zelo pomembna, saj z ozaveščanjem in aktiviranjem lokalne skupnosti dolgoročno zagotavljajo podporo strategijam na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah. Med aktivnostmi, ki jih LAS najpogosteje izvajajo, so:

- vsakoletna priprava, izvajanje in vrednotenje strategij in akcijskih načrtov na področju preprečevanja zasvojenosti v občini,
- sprotno spremljanje gibanja problematike drog v občini,
- spodbujanje in zagotavljanje prostočasnih dejavnosti in varnih prostorov za mlade,
- izvajanje različnih preventivnih predavanj in delavnic, organiziranje seminarjev in konferenc,
- priprava in distribuiranje različnih preventivnih gradiv,
- izdajanje internih glasil,
- medijske aktivnosti,

- posebej pomembna je njihova vloga pri usklajevanju dela ustanov, organizacij, strokovnjakov z različnih področij, posameznikov ter interesnih skupin v lokalni skupnosti pri preprečevanju zasvojenosti v občini.

Člani LAS prihajajo iz vrst vseh pomembnejših akterjev in organizacij v skupnosti, ki lahko vplivajo ali sodelujejo pri zmanjševanju razširjenosti PAS med občani. Tako so člani LAS najpogosteje predstavniki občine, krajevnih skupnosti, vzgojno-varstvenih zavodov, šol, policije, zdravstvenih domov, centrov za socialno delo, nevladnih organizacij (mladinski centri, športna društva, društva, ki delujejo na področju zasvojenosti ipd.), staršev, mladih, zavodov za zaposlovanje idr. Poleg organizacij, iz katerih najpogosteje prihajajo člani LAS, skupine sodelujejo z zunanjimi strokovnjaki, Rdečim križem, s Karitasom, z lokalnimi knjižnicami, mediji, s prevzgojnim domom, psihiatričnimi in splošnimi bolnišnicami ter z drugimi pomembnimi ali zainteresiranimi akterji.

V lokalnih skupnostih so poleg mladinskih centrov, številnih vladnih in nevladnih organizacij ter aktivnih posameznikov precej aktivna tudi Območna združenja (OZ) Rdečega križa pod okriljem Rdečega križa Slovenije in nekatere verske organizacije.

Rdeči križ Slovenije obsega 56 območnih združenj in nekaj več kot 900 krajevnih organizacij. Večina jih s pomočjo prostovoljcev in zunanjih strokovnih sodelavcev izvaja različne preventivne in zdravstveno-vzgojne aktivnosti na področju drog (RKS, 2009). V lanskem letu so pripravili zanimiv didaktičen pripomoček o zasvojenosti in destigmatizaciji v obliki stripa z naslovom »Zgodilo se je čisto blizu vas«. Poleg stripa so pripravili tudi navodila za izvedbo didaktične ure. To bo za Rdeči križ pomemben pripomoček za izpeljavo interaktivnih učnih delavnic v lokalnih okoljih.

Pri pregledu aktivnosti, ki jih izvajajo večje verske skupnosti v Sloveniji, sta se odzvali le dve, in sicer katoliška in krščanska adventistična cerkev. V okviru prve deluje nevladna organizacija Zavod Pelikan-Karitas, ki se ukvarja predvsem s pomočjo zasvojenim osebam in njihovim bližnjim. Poleg tega izvajajo tudi univerzalno preventivno dejavnost v obliki svetovanja in informiranja v lokalnem okolju. Pravijo, da temu posvečajo veliko časa, saj s tovrstnimi dejavnostmi dosegajo najširšo množico ljudi in ker tak pristop obeta največ dobrih rezultatov. Velik poudarek je tudi na organizaciji predavanj in delavnic, v zadnjem času tudi na sodelovanju v okviru oratorijev, namenjenih ozaveščanju, informiranju in spodbujanju k ukrepanju in reševanju problematike zasvojenosti v družinah na lokalnem območju. Vključujejo se v veroučne skupine, dogodke in tematska srečanja po župnijah in šolah. Organizirajo tudi šolo za starše s predavanji o različnih temah in življenjskih problemih in odgovarjajo na vprašanja po spletnih forumih na strani: www.karitas.si (Jerebic, 2009).

Tudi programi krščanske adventistične cerkve delujejo po vsej Sloveniji. Njihovi programi so usmerjeni predvsem v krepitev pozitivnih življenjskih veščin. Izvajajo t. i. dopisne tečaje (po internetu in pošti), poletne taborne in delavnice za otroke in mladostnike ter delavnice o vzgoji in odgovornem življenju za starše (Hari Novinšek, 2009).

V nekaterih regijah delujejo tudi večje nevladne organizacije, ki se ukvarjajo tako z obravnavo zasvojenih kot tudi s programi univerzalne in selektivne preventive - npr. Društvo Projekt Človek, Društvo Up, Društvo Srečanje idr.

V lokalnih skupnostih izvajajo preventivne programe tudi policijske postaje in policijske uprave. Zato smo na ZZV Ravne v letu 2009 opravili tudi nacionalno raziskavo o programih, ki jih izvajajo. Namen raziskave je bil ugotoviti, koliko policijskih postaj in uprav se ukvarja s preventivnimi aktivnostmi na področju drog in kakšna je njihova narava. Vprašalnik je vključeval enajst enostavnih zaprtih vprašanj in štiri odprta. Odgovarjali so policisti in kriminalisti, ki izvajajo preventivne programe. Vprašalnik je bil poslan po pošti vsem 111 policijskim postajam in vsem enajstnim policijskim upravam v Sloveniji. Odgovore smo prejeli

od postaj in uprav, ki izvajajo preventivno delo na področju drog. Na vprašalnik je pravočasno odgovorilo 10 policijskih uprav in 62 policijskih postaj. Podatke smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS, verzija 11.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Pri obdelavi podatkov smo uporabili deskriptivno metodo dela z uporabo deležev in frekvenc (Kašnik Janet, Pogorevc, Božank, 2009).

Najpogostejša ciljna populacija preventivnih programov, ki jih izvajajo policisti in kriminalisti, so učenci osnovnih šol, sledijo starši, strokovni delavci in dijaki, v manj kot 10 % pa so njihovi univerzalni preventivni programi namenjeni splošni populaciji in študentom. Preventivne programe pogosteje izvajajo za starše dijakov in strokovne delavce na srednjih šolah. V 40,8 % preventivne dejavnosti izvedejo samostojno, v 28,2 % v sodelovanju s svojimi sodelavci in v 31 % z drugimi strokovnjaki. Aktivnosti so najpogosteje enkratne (58,3 %), 36 % jih je celoletnih, druge pa se izvajajo ob posebnih dogodkih, kot npr. ob začetku šolskega leta oz. v posebnih primerih, ko za sodelovanje prosijo šole. 52,1 % posameznih aktivnosti traja manj kot dve uri, 46,5 % od dve do štiri ure in 1,4 % aktivnosti od pet do deset ur. Najpogosteje uporabljen komunikacijski način je informiranje (61 %), v manjših deležih sledi opozarjanje (25,3 %), motiviranje (9,1 %) in prepričevanje (4,6 %). Najpogostejša so predavanja (52,3 %), sledijo delavnica (23,4 %), okrogla miza (15 %) in druge oblike (9,3 %), npr. predstavitev projekta in razdelitev vzgojnega gradiva.

Kot metodo dela najpogosteje (37,6 %) uporabljajo razlago, sledijo prikazovanje in predstavitev (26,1 %) ter razgovor (23,6 %). Manj pogosto se uporabljata metoda dela s tekstom (6,7 %) in metoda izkustvenega učenja. Kot pripomočke ob predavanjih, predvsem za starše, uporabljajo vzorce (imitacije) prepovedanih drog.

Preventivne dejavnosti najpogosteje obravnavajo prepovedane in dovoljene droge (61,1 %), sledijo preventivne aktivnosti, ki obravnavajo le nedovoljene droge (27,8 %), v manjši meri pa aktivnosti, ki vključujejo točno specifične droge (9,7 %), najpogosteje marihuano, kokain, amfetamine, alkohol, energetske pijače in zdravila (pomirjevala). 16 % vprašanih programe redno evalvira, 70 % jih evalvacije ne izvede, 14 % pa podatka o evalvaciji ne ve povedati, ker sodelujejo v preventivnih aktivnostih kot povabljeni predavatelji.

Anketirane smo vprašali tudi po mnenju in stališčih glede izvajanja preventive. Večina jih poudarja, da je treba k preventivnim akcijam pristopiti strokovno, zato je med njimi zelo izražena potreba po dodatnih usposabljanjih o preventivnih pristopih. Prav tako zaznavajo pomanjkanje didaktičnih pripomočkov za izvedbo preventivnih delavnic. Poudarjajo, da je policija eden pomembnejših veznih členov z lokalno populacijo, kljub vsemu pa je premalo sodelovanja med različnimi strokovnimi disciplinami. Prometni policisti opažajo, da vse več voznikov vozi pod vplivom nedovoljenih drog in psihoaktivnih zdravil.

3.3 Selektivna preventiva

Preventiva v rizičnih skupinah

Selektivno preventivo izvajamo v različnih ranljivih skupinah. V šolah se v okviru selektivne preventive osredinjajo predvsem na zgodnje prepoznavanje otrok in mladostnikov s težavami in na krizno posredovanje. V tem poglavju bomo izpostavili le posamezne programe, ki se izvajajo zunaj rednega izobraževanja.

Programi za mladostnike, ki so opustili šolanje

Program Projektno učenje za mlajše odrasle (PUM) je javno veljaven izobraževalni program. Kot kot neformalna oblika izobraževanja je namenjen mladim v starosti od 15 do 25 let, ki so iz različnih razlogov opustili šolanje in so brezposelni. Program sofinancirajo Evropski socialni sklad, ministrstvo za šolstvo in šport ter Zavod RS za zaposlovanje. V Sloveniji

program izvaja 11 organizacij, in sicer v Ljubljani, Slovenj Gradcu, Murski Soboti, Ajdovščini, Celju, Radovljici, Kopru, Mariboru, Novem mestu, Tolminu in Škofji Loki.

Gre za program, v katerem poteka delo po metodi projektnega učenja: mladi si pridobivajo nova znanja in izkušnje z aktivnim sodelovanjem v različnih projektih. Namen programa je mlade motivirati, da se ponovno vključijo v izobraževanje, ki so ga prekinili, ter si tako pridobijo poklicno ali strokovno izobrazbo, hkrati pa jih želijo usposobiti za večjo konkurenčnost na trgu delovne sile. Program je usmerjen k temu, da mladi spoznajo čim več različnih poklicev in hkrati odkrivajo svoje interese in talente. Značilnosti mladih, ki prihajajo v PUM, so nestvarna percepcija dela in zaposlovanja, zelo nizka motivacija za izobraževanje in neustrezno načrtovana poklicna kariera. Za sodelovanje v programu se mladi lahko odločijo sami, na priporočilo prijateljev, staršev, svetovalnih delavcev v šolah, centrih za socialno delo in zavodih za zaposlovanje. Vključijo se lahko kadar koli med šolskim letom, prav tako pa lahko iz njega kadar koli izstopijo. Pomembna vloga programa PUM se kaže predvsem v tem, da omili ali relativizira pomen šolskega neuspeha in nudi možnost popravljanja neuspeha. Delo z mladimi zajema tudi odkrivanje posameznikovih prednosti in krepitev sposobnosti za konstruktivno uveljavitev. Poudariti je treba, da je program PUM brezplačen program druženja in učenja. Evalvacijske raziskave so pokazale, da ima dolgoročne socialno-integracijske učinke. Vsako leto se med 60 in 70 % udeležencev ponovno vključi v izobraževanje, ga zaključi ali poišče zaposlitev, bistven napredek pa je viden tudi na osebostnem in socialnem področju.

Program FreD goes net

V letu 2008 je Center za preprečevanje odvisnosti, ki deluje v okviru Zavoda za zdravstveno varstvo Maribor, začel izvajati pilotni projekt Komisije EU »FreD goes net«, ki ga namerava do leta 2010 razširiti po vsej državi. Po poročanju vodje projekta Karmen Osterc Kokotovič je projekt »FreD goes net« namenjen zgodnjim intervencijam pri mladih, ki eksperimentirajo z drogami. V projekt je vključenih 17 držav EU. 11 držav je pilotskih partnerjev, kar pomeni, da že vključene v izvajanje tega projekta. Med njimi je tudi Slovenija. Šest držav članic pa je pridruženih partnerjev, ki bodo začele izvajati projekt po pilotski izvedbi. Celotno vpeljevanje projekta bo trajalo do konca leta 2010. Skupni cilj projekta »FreD goes net« je razviti poenoten pristop k mladim uporabnikom prepovedanih drog v vseh državah EU.

»FreD goes net« temelji na zgodnjih in krajših intervencijah v obliki osemurnega skupinskega tečaja, katerega cilj je spodbuditi mlade k refleksiji lastnega vzorca vedenja. Ciljna skupina v Sloveniji so uporabniki prepovedanih drog in alkohola v starosti od 13-25 let z namenom obvarovati jih pred zasvojenostjo. Dostop do ciljne populacije poteka na podlagi sodelovanja z institucijami, ki pri svojem delu prihajajo v stik s ciljno populacijo (policija, šole, sodišče, centri za socialno delo, zdravstvene ustanove, delodajalci ...). Gre za mlade, ki jih v omenjenih institucijah opazijo in napotijo v program.

Tečaj »FreD goes net« vodita strokovnjakinji iz Centra za preprečevanje odvisnosti z v tujini pridobljenim certifikatom za izvajanje tovrstne preventive in tečaja. Od decembra 2008 do junija 2009 se je programa udeležilo 44 oseb (64,1 % fantov in 35,9 % deklet). V celoti ga je končalo 39 udeležencev (88,64 %). Povprečna starost udeležencev je bila 16,6 let (najmlajši 14, najstarejši 19 let). Kot vir napotitve so izvajalci projekta navedli: šole (51,3 %), družino (17,9 %), dijaški dom (20,5 %), direkten pristop oz. osebno odločitev (2,6 %), policijo (2,6 %), krizni center (2,6 %), pedopsihiatrijo UKC Maribor (2,6 %). Med uporabniki programa so vsi navedli pogostejše pitje alkohola, 69,2 % pa uporabo kanabisa (Osterc Kokotovič, 2009).

Programi za preprečevanje uporabe drog na delovnem mestu

Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, ki deluje v okviru Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, izvaja program promocije zdravja pri delu (PZD) »Čili za delo«. Z njim želijo izboljšati zdravje delavk in delavcev, in sicer tako, da vplivajo na spremembe

delovnih razmer, delovnega okolja in na vsakodnevne odločitve v korist zdravju. Ena izmed pomembnih vsebin tega programa je tudi preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi (v nadaljevanju PAS) na delovnem mestu. Uporaba PAS na delovnem mestu ima večplastne posledice, saj ne vpliva le na posameznika, ki je PAS uporabil, temveč pomeni tudi tveganje za zdravje in varnost uporabnikovih sodelavcev in tudi strank. Ne nazadnje vpliva tudi na kakovost ter učinkovitost samega dela (Stergar in drugi, 2006).

Po podatkih Tanje Udrih Lazar je bil program »Čili za delo« načrtovan v treh fazah. V prvi, raziskovalno-analitični fazi, so na vzorcu 5500 vodilnih delavcev (direktorjev) izvedli raziskavo mnenja o zdravju, delu in PZD. Ugotovili so pripravljenost dveh tretjin direktorjev (od 1637 sodelujočih) na uvajanje programov PZD in s podjetji vzpostavili prvi stik. V drugi fazi so v okviru projekta »Phare - vseživljenjsko izobraževanje« izdelali vsebino programa. Razvili so sedem izobraževalnih modulov za svetovalce za PZD: 1. analiza zdravja delavcev, 2. preprečevanje poškodb pri delu, 3. ergonomski ukrepi na delovnem mestu, 4. preprečevanje obremenitev zaradi izpostavljenosti kemijskim dejavnikom tveganja, 5. organizacijski ukrepi v delovnem okolju, 6. obvladovanje doživetij preobremenjenosti, 7. preprečevanju uporabe psihoaktivnih snovi na delovnem mestu. Osmi modul z naslovom Preprečevanje in obvladovanje trpinčenja na delovnem mestu je v nastajanju in bo svetovalcem na voljo v letu 2010. V okviru projekta so nastali tudi koncept mreže za PZD, priročnik za svetovalce in razna didaktična gradiva. V obdobju od 2006 2008 so v okviru tretje faze projekta izobrazili 67 svetovalcev iz 53 podjetij, ki sodelujejo v implementaciji progama PZD. Usposobljeni svetovalci za PZD svoja znanja in veščine prenašajo na sodelavce v podjetjih. Projekt predstavlja priložnost za povečanje delodajalčeve, družbene in posameznikove odgovornosti za zdravje in za uveljavljanje bolj zdravega načina življenja in sprememb v korist zdravja zaposlenih (Udrih Lazar, 2009). Program, ki je namenjen preprečevanju PAS na delovnem mestu, se vsebinsko osredinja na pridobivanje znanja o samih PAS, o vplivih PAS na delavca in delo ter na ukrepe v primeru ogroženosti. Večjo pozornost namenja usvajanju znanja in veščin za oblikovanje in izvajanje politike do PAS v podjetju (program preprečevanja uporabe PAS, program odkrivanja PAS, program ukrepov in kontinuirano vrednotenje). Splošni rezultati programa so bolj ozaveščeni, bolj varni in zdravi delavci ter hitrejša prepoznavanje in učinkovito ukrepanje ob pojavu težav, povezanih z (zlo)rabo PAS.

Splošna vizija programa promocije zdravja pri delu »Čili za delo« je širjenje programa v slovenskih podjetjih, skrb za nenehno izboljšavo obstoječih vsebin in dopolnjevanje novih vsebinskih modulov v skladu z novimi dognanji stroke (Udrih Lazar, 2009). Več o projektu lahko izveste na spletni strani: www.cilizadelo.si.

Preventiva v rizičnih družinah

Najbolj razširjeni programi selektivne preventive v rizičnih družinah se izvajajo v družinah, v kateri je vsaj eden od članov zasvojen z alkoholom. Gre za obliko družinske obravnave in skupinske pomoči. V Sloveniji obstajajo različna društva in skupine za samopomoč. Eno od njih je npr. Društvo Al-Anon za samopomoč družinam alkoholikov. Pomaga članom družine, katerih življenja so (bila) prizadeta zaradi pitja družinskega člana ali prijatelja (Društvo Al-Anon, 2009). V Sloveniji je Društvo Al Anon registrirano od leta 2001, aktivno pa je že devetnajst let. Prva skupina se je leta 1989 začela srečevati v Ljubljani, danes jih deluje že 34. Sestajajo se najmanj enkrat na teden, v nekaterih krajih tudi vsak dan. Skupine za samopomoč delujejo v trinajstih krajih po Sloveniji, in sicer v Ljubljani, Mariboru, Celju, Novem mestu, Ajdovščini, Kopru, Kranju, Grosuplju, Ilirski Bistrici, Litiji, Novi Gorici, Postojni in Velenju. Srečanje članov društva poteka v okviru družinskih skupin. Posamezna srečanja trajajo od ene ure in pol do dve uri oz. glede na potrebe. Društvo vsakemu novemu članu priporoča, naj si najde matično skupino in mentorja, izkušenega člana Al Anona, ki mu bo pomagal pri premagovanju težav. Zaradi anonimnosti ne vodijo evidence članov; ocenjujejo, da jih je okoli 340, njihova starost pa se giblje od 13 do 85 let.

Intervencije v primeru zanemarjanja, trpinčenja, ob socialnih stiskah in podobnih situacijah, ki so pogosto povezane tudi z zlorabo alkohola in drugih drog, izvajajo Centri za socialno delo. V primerih, ko je otrok (ali druga oseba) žrtev nasilja, zanemarjanja ali zlorabe oziroma se znajde v stiski, lahko poišče pomoč pri najbližjem centru za socialno delo, nanj pa se lahko obrne tudi oseba, ki opazi takšno vrsto ravnanja. V okviru storitev CSD (prva socialna pomoč, osebna pomoč, pomoč družini za dom) nudijo strokovni delavci pomoč v obliki svetovanj vsem tistim, ki se znajdejo v socialni stiski - tako neposredno prizadetim osebam kot tudi njihovim družinskim članom ali drugim bližnjim osebam.

Poleg izvajanja javnih pooblastil in socialnovarstvenih storitev nekateri centri za socialno delo izvajajo tudi preventivne programe, s katerimi pomagajo pri preprečevanju, razreševanju ali lajšanju socialnih stisk in težav, prav tako izvajajo številne preventivne programe na področju drog. Ti preventivni programi so organizirani znotraj posameznega CSD, pogosto so njihov temelj tudi prostovoljci; njihovo delovanje podpirata prostovoljstvo izvajalcev in finančna podpora občin ter donatorjev.

V Sloveniji deluje 62 Centrov za socialno delo, ki po Zakonu o socialnem varstvu izvajajo socialnovarstveno dejavnost - preprečevanje in reševanje socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva. Med javna pooblastila, ki jih izvajajo CSD, spadajo zakonske zveze, razmerja med starši in otroki, posvojitve, rejništvo, skrbništvo, delo z mladostniki, varstvo otrok s posebnimi potrebami in socialno varstvo starejših občanov.

S preventivo rizičnih družin se v lokalnih okoljih ukvarjajo tudi različne nevladne organizacije, neprofitna združenja in zavodi, npr. družinski inštitut Bližina.

Preventiva v rekreativnih okoljih

Ena najbolj dejavnih organizacij, ki se ukvarjajo s selektivno preventivo v rekreativnih okoljih z namenom zmanjševanja škode zaradi plesnih drog, kokaina in alkohola, je Združenje DrogArt. Po poročanju Mine Paš, dr. med., deluje slovensko združenje DrogArt že 10 let. V sklopu njihovega delovanja v rekreativnih okoljih izvajajo dva programa, in sicer program »Pleši z glavo ;)« in program »Izberi sam«.

Program »Pleši z glavo ;)« je namenjen zmanjševanju škode zaradi plesnih drog. Njegove glavne aktivnosti so informiranje, svetovanje in terensko delo.

Informiranje poteka prek spletne strani www.drogart.org, spletnega foruma (<http://www.drogart.org/forum>) in informativnih letakov o zmanjševanju škode zaradi plesnih drog. Uporabniki lahko pridejo po informacije tudi osebno v prostore info točke DrogArt, ki je v Ljubljani. Tam so v letu 2008 zabeležili skupno 2865 obiskov. Na spletni konferenci oz. forumu, kjer potekajo neformalni razgovori in vrstniško svetovanje med mladimi, beležijo več kot 5000 registriranih uporabnikov. Spletno stran dnevno obiše v povprečju 2500 unikatnih uporabnikov, beležijo okoli 350.000 prikazov strani na mesec. Svetovanje, ki ga izvajajo, je brezplačno in po želji anonimno. Poteka po predhodnem dogovoru. Izvajajo tudi svetovanje po telefonu in internetno svetovanje. Uporabnik lahko poda vprašanje na info@drogart.org in odgovor dobi v 24 urah. Terensko delo izvaja ekipa izurjenih mladinskih delavcev na prireditvah elektronske glasbe po Sloveniji. Njihovo delo obsega deljenje izotoničnih napitkov, sadja in preventivnih materialov, ter nudenje osnovne prve pomoči ob zdravstvenih zapletih, povezanih z uporabo drog. V letu 2008 so izvedli 18 terenskih akcij (dve dvodnevni) s 57 intervencijami. Na prireditvah z elektronsko glasbo so v letošnjem letu razdelili 12.508 zloženk (Paš, 2009).

Program »Izberi sam« je namenjen predvsem srednješolcem, z aktivnostmi pa želijo mlade informirati o tveganjih, povezanih s pitjem alkohola, in jih spodbujati k sprejemanju odgovornih odločitev. V sklopu programa izvajajo delavnice za srednješolce, informiranje in zmanjševanje škode na maturantskih izletih ter informiranje in svetovanje. Za medicinske

delavce, ki so zaposleni v turistični agenciji Mondial in so prisotni na maturantskih izletih, vsako leto izvajajo izobraževanje o sintetičnih drogah. Med udeležence maturantskih izletov razdelijo informativne letake o tveganjih, povezanih s pitjem alkohola. V letu 2008 so na izletih agencije Mondial Travel razdelili 16.988 izvodov letakov. Informiranje poteka tudi prek spletne strani www.izberisam.org in informativnih letakov o tveganjih, povezanih s pitjem alkohola. Doslej so jih izdali tri serije, in sicer: Alkohol in vožnja, Mešanje alkohola in prepovedanih drog ter Alkohol in seks. Svetovanje izvajajo v prostorih info točke DrogArt po predhodnem dogovoru po telefonu in e-pošti info@izberisam.org. Informiranje in svetovanje poteka tudi na raznih prireditvah za mlade (Študentska arena, Bazar primorskih študentov, festival prostovoljstva, taborniški festival ...). Med mlade so v letu 2008 razdelili 27.010 informativnih letakov, v svetovanje pa je bilo vključenih 25 posameznikov (Paš, 2009).

3.4 Indicirana preventiva

Programi indicirane preventive so v glavnem namenjeni otrokom z motnjami pozornosti in koncentracije (ADD) ter otrokom s hiperaktivno motnjo ADHD. Izvajajo se tudi programi za otroke in mladostnike z drugimi duševnimi motnjami, npr. depresijo. Podatke smo pridobili predvsem z individualnimi pogovori z različnimi strokovnjaki, ki delajo na tem področju, in iz spletnih virov.

Večina teh programov poteka znotraj organiziranega terapevtskega in vzgojno-svetovalnega konteksta. Vključujejo hkratno zdravstveno, psihoterapevtsko in psihosocialno podporo, kontinuirano izobraževalno podporo v vrtcu ali šoli ter poglobljeno svetovanje za starše oz. skrbnike otrok. Obravnava motenj AD(H)D poteka v psihohigienskih dispanzerjih in dispanzerjih za pedopsihiatrijo, najpogosteje v obliki individualnega dela z otrokom in družino, v sodelovanju s pristojnimi službami (učitelji, specialni pedagogi, svetovalni delavci). Poudarek je na zgodnji intervenciji. Obravnava otrok z zaznanimi motnjami poteka na različnih stopnjah, in sicer od manj do bolj intenzivnih oblik pomoči in podpore, odvisno od intenzitete težav.

Sistemska urejana, t. i. organizirana usmerjena pomoč v vrtcih in šolah, je v pristojnosti Ministrstva RS za šolstvo in šport. Otroci, pri katerih je ugotovljena motnja AD(H)D, se po posebnem postopku lahko vključijo v specializirane specialnopedagoške programe (ZUOPP, 2007). Ker se potrebe otrok s pomanjkljivo pozornostjo in hiperaktivnostjo izražajo na kontinuumu od blažjih (enostavnih) do težjih (kompleksnih), za vsakega otroka posebna strokovna skupina pripravi individualizirani program vzgoje in izobraževanja, s katerim se določijo oblike dela. Ponavadi gre za individualno delo ali za delo v manjši skupini (do trije otroci). Dodatno strokovno pomoč nudi specialni pedagog, izvajajo pa jo tudi vzgojitelji in učitelji pod mentorstvom specialnega pedagoga. Usmerjena pomoč mora biti opredeljena v odločbi komisije za usmerjanje (v šoli 1-5 ur tedensko, v vrtcih 1-3 ure tedensko). Velik poudarek je na sodelovanju različnih disciplin (pedopsihiater, psiholog, socialni pedagog, vzgojitelj ali učitelj in po potrebi socialni delavec) in obravnavi celotne družine.

Svetovalni centri za otroke, mladostnike in starše v Mariboru, Ljubljani, Novem Mestu in Kopru vključujejo model dela zaščite duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Ukvarjajo se z različnimi pristopi in načini dela obravnave otrok, mladostnikov in njegove družine pri razreševanju učnih, čustvenih, vzgojnih, vedenjskih, psihosocialnih in psihiatričnih motenj in težav. Njihovo delo poteka timsko, glede na vrsto in kompleksnost problematike. Vanj so vključeni psihologi, pedopsihiatri, pedagogi, specialni pedagogi, defektologi, logopedi in socialni delavci. Opravljajo diagnostično, svetovalno, korektivno in terapevtsko delo. S timskim pristopom v sodelovanju s starši, z učitelji, vzgojitelji in drugimi rešujejo zahtevnejše težave s področja duševnega, socialnega in telesnega razvoja otrok in mladostnikov. V centru organizirajo in izvajajo različne izobraževalne programe za starše, učitelje in svetovalne delavce šol (Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Maribor, 2009).

Podporo tem dejavnostim nudijo različne nevladne organizacije in zavodi. Na področju svetovanja in pomoči staršem, šolskim strokovnim delavcem in drugim strokovnjakom v zvezi s prepoznavanjem posebnih vzgojno-izobraževalnih potreb, potrebnimi prilagoditvami, z učinkovitimi pristopi in metodami pomoči za otroke in mladostnike s specifičnimi učnimi težavami, deluje npr. društvo, imenovano Bravo. Ukvarjajo se tudi z založniško dejavnostjo za ozaveščanje strokovne in laične javnosti o posebnih vzgojno-izobraževalnih potrebah otrok in mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami ter s pripravo učnih in tehničnih pripomočkov (npr. računalniških programov). Bravo je društvo v javnem interesu na področju vzgoje in izobraževanja. Poleg sedeža društva, ki je v Ljubljani, deluje še šest podružnic na periferiji (Društvo Bravo, 2009).

3.5 Nacionalne in lokalne medijske aktivnosti

Medijske kampanje namenjamo predvsem splošnemu ozaveščanju širše javnosti in se uporabljajo le kot podpora metoda ostalim preventivnim aktivnostim.

Zasvojenost - starši lahko vplivamo

Mesec preprečevanja zasvojenosti v Sloveniji obeležujemo v novembru že od leta 2001. Namen skoraj enomesečne kampanje je izpostaviti aktualne pereče probleme ter poudariti dejstvo, da lahko k preprečevanju in zmanjševanju zasvojenosti prispeva prav vsak, ne le politiki, vladne in nevladne organizacije. Kot osrednjo temo smo v letu 2008 izpostavili vlogo starševstva z motom »Zasvojenost - starši lahko vplivamo«. Različne raziskave kažejo, da nekateri vzorci vedenja, ki nakazujejo na razvoj zasvojenosti, izvirajo že iz zgodnjega otroštva, in da pozitivne življenjske veščine, ki jih usvojimo in okrepimo v zgodnjem otroštvu, zmanjšujejo verjetnost za razvoj zasvojenosti v kasnejšem obdobju. To je tudi čas, ko imajo starši najpomembnejši vpliv. Vendar se z otrokovim odraščanjem vpliv staršev spreminja in tudi zmanjšuje, vse večji pomen pa dobivajo zunanji vplivi, kot so šola, vrstniki, mediji ... Zato slogan ni bil namenjen temu, da bi nekritično poudarjal le vlogo starševstva, temveč pozitivnim spodbudam staršev.

V novembru se je v okviru vladnih in nevladnih institucij zvrstilo več različnih dejavnosti po vsej državi: nacionalna konferenca primarne preventive zasvojenosti, novinarska konferenca, številni seminarji in strokovna srečanja za strokovnjake v lokalnih okoljih, okrogle mize, preventivne delavnice in druge tematske aktivnosti v vseh vzgojno-izobraževalnih institucijah, preventivne delavnice in diskusijska srečanja v lokalnih okoljih. V podporo jim je ministrstvo za zdravje ponatisnilo naslednje gradivo: publikacijo Marihuana - dejstva, ki bi jih morali poznati starši, zgibanko Otrok in droge ter publikacijo Komunikacija med otroki, mladostniki in starši - Kako obvarovati mlade pred drogami. K sodelovanju pri ozaveščanju javnosti smo pozvali tudi vse medije. Pripravili smo stripovsko motivacijsko ilustracijo, ki so jo mediji uporabili pri objavi svojih prispevkov, predvsem v obliki intervjujev z različnimi strokovnjaki o temi Zasvojenost - starši lahko vplivamo.

Alkohol ubija - največkrat nedolžne

V novembru in decembru je potekala tudi nacionalna akcija »Alkohol ubija - največkrat nedolžne«, ki jo je pripravilo ministrstvo za promet v sodelovanju z ministrstvom za zdravje. Namen akcije je bil opozoriti na nevarnost vožnje motornih vozil pod vplivom alkohola in preprečiti prometne nezgode, povezane z alkoholom - tako pri pešcih, kolesarjih, motoristih kot voznikih avtomobilov. Gre za usklajeno akcijo več ministrstev, policije, inšpekcijskih služb in nevladnih organizacij. Poleg medijske kampanje so potekale tudi razdeljevanje obstoječih preventivnih gradiv (npr. plakatov, videospotov itd.), izvajanje preventivnih delavnic na šolah ter poostrene aktivnosti pristojnih inšpekcijskih služb in policije.

Hepi džusi aur

»Hepi džusi aur« je lokalna medijska ozaveščevalna kampanja, ki je v Ljubljani potekala v letu 2008 in se nadaljuje tudi v letu 2009. Nosilca projekta sta Center za socialno psihologijo pri Fakulteti za družbene vede in Studio Poper. K sodelovanju so pritegnili šole in mestne lokale s ponudbo pijač, ki tvorijo »Hepi džusi mrežo«. Mreža lokalov v času največje obiskanosti omogoča cenejšo ponudbo sokov. Vključeni lokali so prepoznavni po znaku »Sok seka«.

Projekt »Hepi džusi aur« ima za cilj zmanjšanje opijanja med mladimi na nerestriktiven in nevsiljiv način. Pripravili so tudi interaktivno spletno mesto www.sokseka.org, ki mladim omogoča, da se informirajo, razvijajo lastno mnenje o alkoholu in komunicirajo o zanje pomembnih temah. K premisleku o izbiri pijače in obisku lokalov vabijo plakati, informativne žepne zloženke, priponke in majice (Hepi džusi aur, 2009).

Drugo

Preventivni programi na področju drog se financirajo iz različnih virov. Najpogosteje se sredstva za delovanje pridobivajo v okviru javnih razpisov različnih ministrstev, razpisov EU, Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS, Fundacije za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij (FIHO), posameznih občin in donatorskih sredstev.

Podrobneje smo pregledali le programe, ki jih je sofinanciralo ministrstvo za zdravje v okviru Javnega razpisa za Sofinanciranje programov varovanja in krepitev zdravja za leto 2008. Za področje dovoljenih in nedovoljenih drog so namenili 300.000,00 evrov, od tega 96.936,40 evrov za devet programov s področja zmanjševanja zlorabe nedovoljenih drog, in sicer: Mreža mladinskih delavnic, Osveščen, ne zadet, Z znanjem proti odvisnosti od dovoljenih in nedovoljenih drog, Mreženje pristopov za krepitev vloge staršev pri preprečevanju zasvojenosti, Mobilna zamenjava igel s terenskim delom in svetovanje v zvezi z drogami in AIDS-em, Veter v laseh, šport je življenje, s športom proti drogi, S tekom iz objema drog, Zgodilo se je čisto blizu nas - projekt destigmatizacije. Najvišje ocenjen program je bil vreden 29.496,00 evrov, najnižje pa 1.125,00 evrov.

Večina programov se je osredinjala predvsem na otroke in mladostnike (4), en program je zajel tako starše kot tudi mladostnike, en se je osredinjal na starše in strokovnjake, en pa je bil namenjen uporabnikom drog. Program Mreženje vseh programov NVO s področja problematike drog Slovenije in povezovanja z EU se ni izvedel.

Raziskava o preventivnih programih, ki jih izvajajo nevladne organizacije

V Sloveniji je bila v letu 2009 opravljena tudi nacionalna raziskava, s katero je Inštitut za varovanje zdravja RS ugotavljal program dela nevladnih organizacij na področju drog. Raziskavo smo uvrstili v posebno poglavje, saj se analiza nanaša tako na preventivne programe kot tudi na programe socialne rehabilitacije in reintegracije.

Preventivni programi na področju preprečevanja odvisnosti od prepovedanih drog, ki jih izvajajo nevladne organizacije in lokalne akcijske skupine

Uvod

V Sloveniji so nevladne organizacije eden ključnih izvajalcev preventivnih programov na področju odvisnosti oziroma prepovedanih drog. Delo so začele v začetku 90. letih prejšnjega stoletja, danes pa pokrivajo širok spekter programov: od izvajanja primarne preventive na področju odvisnosti pa vse do programov socialne rehabilitacije in reintegracije.

Lokalne akcijske skupine (LAS) so občine začele ustanavljati v začetku 90. let prejšnjega stoletja, in sicer kot odgovor na širitev uporabe drog in zasvojenosti. Do konca leta 2004 je

bilo na območju Slovenije evidentiranih okoli 50 takšnih skupin. Med njihovimi ključnimi nalogami so: povezovanje različnih akterjev na lokalni ravni, priprava in izvedba raziskave oziroma analiza stanja, razvoj in izvajanje preventivnih programov, programov zmanjševanja posledic rabe in zlorabe drog ter programov socialne rehabilitacije in reintegracije (Košir, 2007).

Po zadnjih objavljenih podatkih Urada za droge je bilo leta 2004 v Sloveniji 105 organizacij, ki so izvajale 112 programov na področju prepovedanih drog (Šprah, 2007; Košir, 2007). Nekaj več kot 50 % programov so izvajale državne oziroma občinske ustanove, 33 % programov so izvajale nevladne organizacije, dobrih 13 % programov pa zasebne ustanove (Košir, 2007).

Za potrebe Nacionalnega poročila o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji, ki zajema tudi pregled preventive, ki jo izvajajo nevladne organizacije ter lokalna skupnost, smo na Inštitutu za varovanje zdravja RS oblikovali bazo nevladnih organizacij s področja prepovedanih drog in lokalnih akcijskih skupin. S pomočjo oblikovane baze ter podatkov o programih smo želeli narediti pregled aktivnih nevladnih organizacij in lokalnih akcijskih skupin na področju prepovedanih drog ter njihovih programov. Zanimale so nas vrsta programa, vsebine, ki jih program zajema, ciljna skupina, ki ji je program namenjen, trajanje programa ter evalvacija.

Postopek oblikovanja baze nevladnih organizacij na področju drog

Bazo nevladnih organizacij na področju prepovedanih drog smo oblikovali na osnovi baze nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja, ki je bila oblikovana leta 2008 (Zorko in Jeriček Klanšček, 2009). V bazo nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja so bile vključene organizacije, ki se ukvarjajo s področjem duševnega zdravja, tudi s področjem tvegane in škodljive rabe alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, izločene pa so bile organizacije, ki ne spadajo na področje duševnega zdravja, torej vse tiste, katerih primarno področje ni duševno zdravje (npr. religiozne in duhovne organizacije, organizacije socialno materialne pomoči ipd.). Natančen postopek oblikovanja baze nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja je opisan v publikaciji Duševno zdravje v Sloveniji (Zorko in Jeriček Klanšček, 2009).

Bazo nevladnih organizacij na področju prepovedanih drog smo oblikovali tako, da smo iz obstoječe baze nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja izbrali vse tiste, ki so kot svojo dejavnost navedle izvajanje preventivnih programov na področju prepovedanih drog. Nadaljnje zbiranje informacij je potekalo s pomočjo vprašalnika in/ali spletnih strani in/ali telefonskega pogovora. Na osnovi zbranih informacij so bile izločene vse tiste nevladne organizacije, ki so izvajale preventivne programe, ki prvenstveno niso bili namenjeni preprečevanju odvisnosti, vendar so se v te programe poleg drugih populacij lahko vključevali tudi uporabniki drog, npr. programi za zmanjševanje brezposelnosti. Izločili pa smo tudi vse nedelujoče nevladne organizacije in nedelujoče LAS. Delovanje nevladnih organizacij in LAS smo preverjali po telefonu, s pomočjo podatkov, objavljenih na spletnih straneh, ter spletnega poslovnega imenika.

V analizo je bilo tako zajetih 40 nevladnih organizacij in 39 lokalnih akcijskih skupin, skupaj 79 enot. Podatki pa so bili obdelani s Statističnim paketom za družbene vede - SPSS.

Analiza podatkov

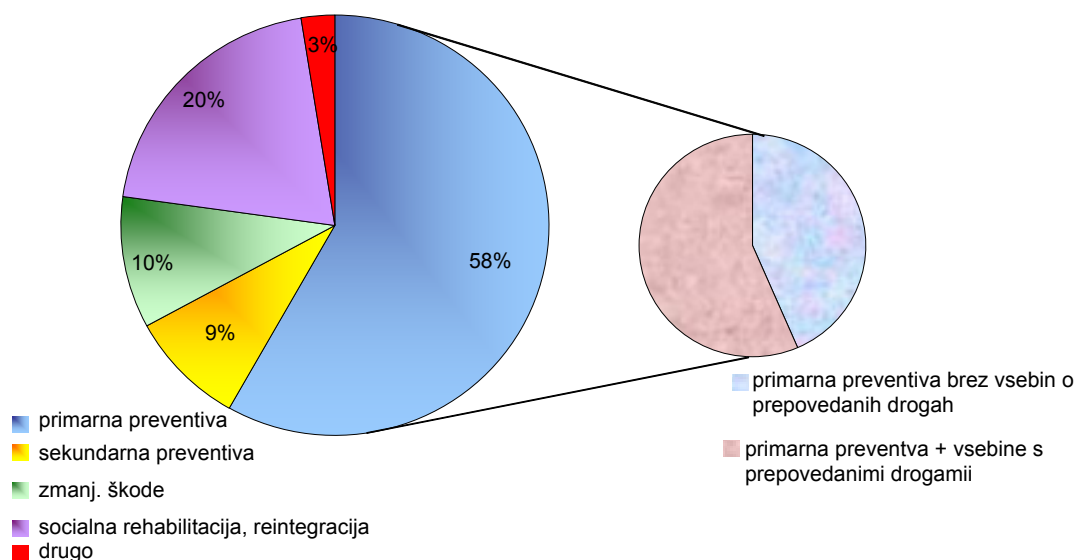
Vrste preventivnih programov

Po podatkih, zajetih v bazi nevladnih organizacij na področju prepovedanih drog, več kot polovica (58 %) nevladnih organizacij in LAS izvaja en preventivni program, 20 % jih izvaja dva programa, 15 % tri, 12 % pa jih izvaja štiri ali več preventivnih programov. Analiza podatkov je pokazala, da je med njimi največ programov primarne preventive (58 %), sledijo programi socialne rehabilitacije in reintegracije (20 %) ter programi zmanjševanja škodljivih

posledic rabe in zlorabe drog (10 %) (Slika 3.8). Programov sekundarne preventive, ki se namenjujejo tako tistim, ki so že prišli v stik s prepovedanimi drogami, kot skupinam, ki so še posebej ranljive glede uporabe drog, pa je le 9 % (Slika 3.8). Tovrstne programe bi lahko še krepili, saj so se v svetu izkazali kot izredno učinkoviti. Tako je obsežna raziskava, narejena v ZDA (raziskava je bila predstavljena na Reitox Academy on Drug Prevention, ki jo je pripravil Evropski center za spremljanje drog in odvisnosti od drog v Lizboni, decembra 2005), pokazala, da so mladostniki, ki so sodelovali v programu sekundarne preventive, redkeje segali po drogah kot tisti, ki niso bili v programu, v primeru uporabe prepovedanih drog pa so po udeležbi v programu uporabo drog zmanjšali - za razliko od tistih, ki niso bili v programu.

Različni priročniki in druga literatura o primarnih preventivnih programih na področju prepovedanih drog, ki se namenjujejo ciljni skupini otrok in mladostnikov, pogosto niso naklonjeni izvajanju vsebin, usmerjenih v informacije o skupinah in učinkih prepovedanih drogah. Te vsebine sicer vplivajo na povečanje znanja o prepovedanih drogah, nimajo pa vpliva na ne-uporabo drog (Reitox Academy on Drug Prevention, 2005). Zato nas je zanimalo, koliko primarnih preventivnih programov, vključenih v našo analizo, vsebuje vsebine o prepovedanih drogah. Analiza je sicer pokazala, da več kot polovica teh programov poleg splošnih preventivnih vsebin zajema tudi vsebine o prepovedanih drogah (Slika 3.8), vendar je nadaljnji pregled podatkov pokazal, da so ti programi večinoma namenjeni staršem in strokovnim delavcem v izobraževanju, socialni, zdravstvu. V posameznih primerih, ko so vsebine o prepovedanih drogah namenjene tudi otrokom in mladostnikom, pa gre predvsem za znanja in veščine o tem, kako se ubraniti drog.

Slika 3.8: Vrste programov, ki jih izvajajo nevladne organizacije s področja prepovedanih drog in lokalne akcijske skupine v odstotkih (N=79)



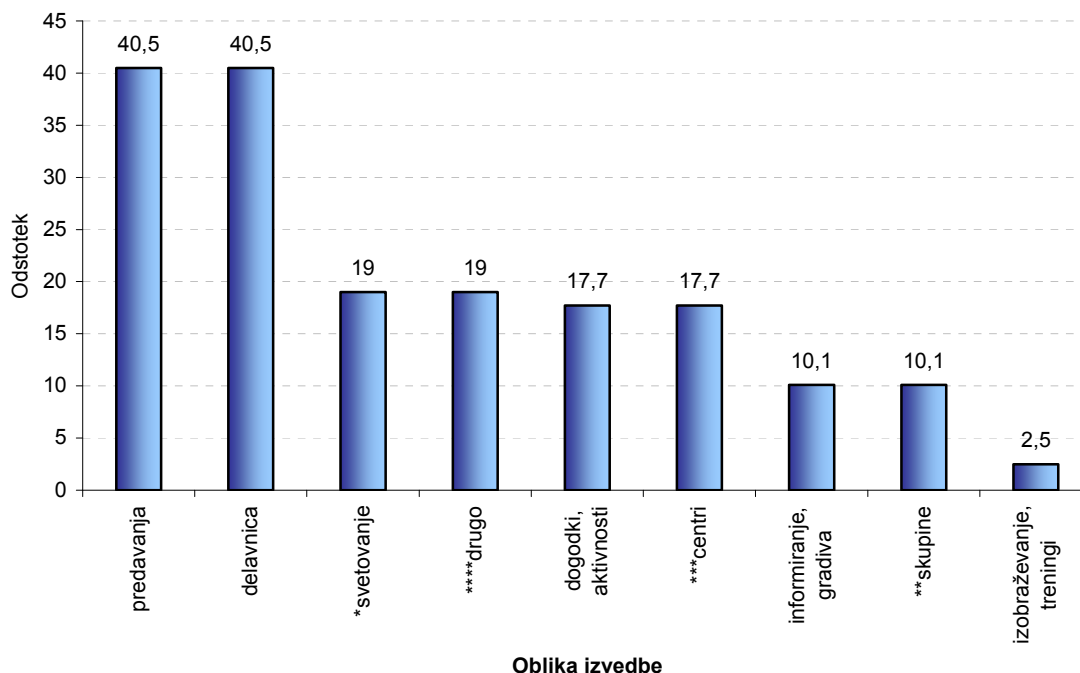
* V kategoriji »drugo« so zajeti programi zdravljenja in sistemske psihoterapije.
Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

Oblike izvedbe preventivnih programov

Glede na obliko izvedbe programa so najpogostejša predavanja in delavnice (Slika 3.9). Predavanju pogosto sledi pogovor o predstavljeni temi, delavnice pa zelo pogosto vključujejo ogled filma ali gledališke predstave, igro vlog, situacijske igre, didaktične igre in različna

gradiva. Tretja najpogostejša oblika izvedbe preventivnega programa je svetovanje, ki je lahko telefonsko, po spletu, individualno, skupinsko. Priljubljena oblika izvedbe programa so tudi različni dogodki in aktivnosti, kot so športni in kulturni dogodki, tabori za mlade, družabna srečanja, okrogle mize itn. V večini primerov posamezni program zajema eno obliko izvedbe, v nekaj redkih primerih pa tudi dve ali več različnih oblik.

Slika 3.9: Oblika izvedbe preventivnega programa v odstotkih (možnih je bilo več odgovorov) (N=78)



Legenda:

- * spletno, telefonsko ali individualno.
- ** skupine za samopomoč, skupine staršev odvisnikov
- *** dnevni center, bivalna skupnost, sprejemni center
- **** komune, terapije, razdeljevanje igel

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

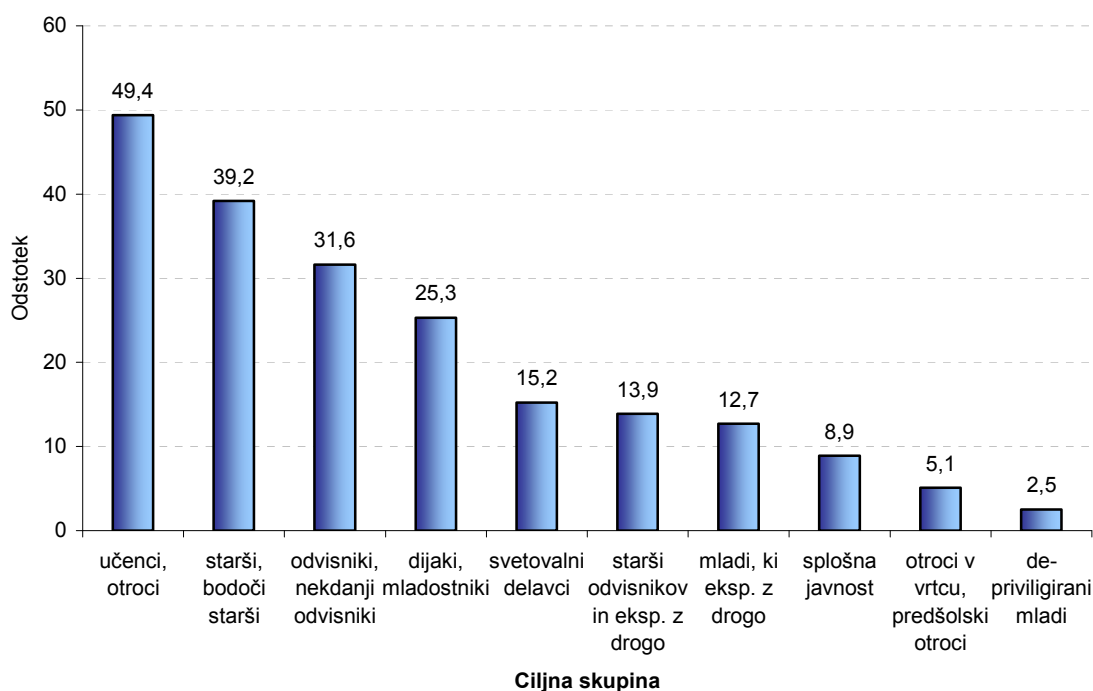
Ciljne skupine in vsebine, zajete v preventivne programe nevladnih organizacij in LAS

Uspešnost oziroma učinkovitost preventivnega programa je v precejšnji meri odvisna tudi od izbora ciljne skupine ter vsebin, ki jih program podaja. Literatura in različna gradiva (Drev, 2006; Reitox Academy on Prevention, 2005; NIDA, 2003; Unplugged) o preventivnih programih na področju prepovedanih drog, namenjenih otrokom in mladostnikom, navajajo tri ključna obdobja izvajanja preventive, in sicer obdobje pred eksperimentiranjem, obdobje, ko mladi začno eksperimentirati, in obdobje, ko se spreminjata prevalenca ter kontekst rabe prepovedanih drog. Poleg otrok in mladostnikov se med ključne ciljne skupine uvrščajo tudi starši in učitelji oziroma strokovni delavci v izobraževanju. Kot najbolj učinkovite se priporočajo vsebine, namenjene razvoju in krepitvi socialnih, osebnih in življenjskih veščin, veščin, potrebnih za zavrnitev (drog) ter krepitev drogam nenaklonjenih stališč. Pomemben poudarek dajejo tudi dobri odnosom v družini in v šoli (NIDA, 2003; Hočevnar, 2005).

Naša analiza je pokazala, da so preventivni programi, ki jih izvajajo nevladne organizacije in LAS v Sloveniji, namenjeni predvsem učencem (49,4 %), staršem (39,2 %) in dijakom (25,3 %) (Slika 3.10). Precejšen delež (31,6 %) programov je namenjen tudi uporabnikom drog ter nekdanjim uporabnikom drog, kar je v skladu s podatkom o deležu programov socialne rehabilitacije, reintegracije ter zmanjševanja škode (Slika 3.10, Slika 3.8). Le delež programov za starše odvisnikov ter mladih, ki eksperimentirajo z drogo, strokovne sodelavce

v izobraževanju, socialni, zdravstvu (15,2 %) ter za ranljive skupine (15,2 %, deprivilegirani mladi ter mladi, ki eksperimentirajo z drogami), ki se uvrščajo med ciljne skupine preventive na področju prepovedanih drog, je nizek (Slika 3.10). Nekatere države (npr. Avstrija) primarno preventivo na področju prepovedanih drog izvajajo že v vrtcih oziroma med predšolskimi otroci in tudi naši podatki kažejo, da se tovrstna preventiva počasi uvaja tudi pri nas.

Slika 3.10: Ciljne skupine preventivnih programov v odstotkih (možnih je bilo več odgovorov) (N=77)



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

Pregled po vsebini kaže, da so v preventivnih programih v največji meri zastopane vsebine, ki so še posebej učinkovite, torej krepitev socialnih, osebnih in življenjskih veščin (zdrav življenjski slog, komunikacija, samopodoba, reševanje konfliktov, stisk, težav ...), vsebine, ki spodbujajo komunikacijo ter dobre odnose v družini. Med vsebinami, ki veljajo kot posebno učinkovite ter jih je priporočljivo izvajati, je v nekoliko manjši meri zastopana krepitev veščin za zavrnitev drog (Tabela 3.1). Preventivni programi, ki jih izvajajo nevladne organizacije in LAS, pa poleg zgoraj naštetih vsebujejo tudi nekatere druge vsebine, kot so spolnost, odnos do lastnega telesa, motnje hranjenja, pasti sodobne družbe.

Tabela 3.1: Vsebine preventivnih programov nevladnih organizacij in LAS (možnih je bilo več odgovorov) (N=51)

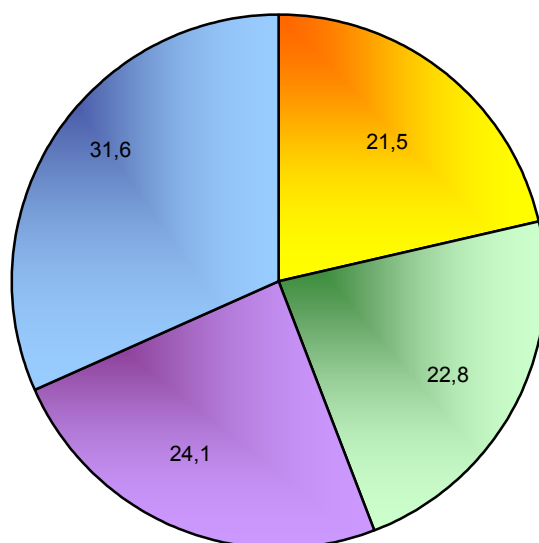
Vsebine	Odstotek organizacij, ki pokriva te vsebine
Znaki in posledice uporabe drog	17,7
Zdrav življenjski slog/zdrave navade	16,5
Komunikacija	15,2
Predstavitev posameznih drog	15,2
Samopodoba	12,7
Vzgoja	12,7
Odraščanje	10,1
Kam se obrniti v težavah z drogo	8,9
Družina (vloga in pomen)	7,6
Reševanje konfliktov, stisk, težav	7,6
Kako se ubraniti drog	6,3
Čustva	5,1
Vloga staršev, družine pri zasvojenosti	5,1
Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki	1,3
Nasilje	1,3

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

Trajanje in evalvacija preventivnih programov

Trajanje je naslednji pomemben dejavnik, ki lahko ključno vpliva na uspešnost oziroma učinkovitost preventivnega programa. Da bi bil program učinkovit, mora biti dolgotrajen, zajemati mora ponovitev, poleg tega mora biti tudi nadgrajen v kasnejšem obdobju (npr. program, izveden v osnovni šoli, mora biti nadgrajen v srednji šoli). Podatki o trajanju programa, zajeti v bazi nevladnih organizacij na področju prepovedanih drog, nam zaradi manjšega števila odgovorov ter nepopolnih odgovorov niso omogočili kvalitetnega pregleda, temveč le okvirno sliko. Ugotovili smo, da 31,6 % preventivnih programov poteka kontinuirano, 24,1 % programov ima večkratne aktivnosti, slabih 23 % programov pa temelji le na enkratni aktivnosti (Slika 3.11). Kar za 21,5 % organizacij nismo imeli podatka o trajanju njihovih programov.

Slika 3.11: Trajanje preventivnega programa v odstotkih (N=62)



■ ni podatka ■ program v obliki enkratne aktivnosti ■ program v obliki večkratne aktivnosti ■ kontinuiran progr

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

Evalvacija je pomembno orodje, s pomočjo katerega prepoznavamo kakovostne in učinkovite programe. S pomočjo evalvacije lahko dober program še izboljšamo, saj izpostavi morebitne pomanjkljivosti. Prav zaradi tega mora biti evalvacija sestavni preventivnega programa. V kolikšni meri in kako kakovostno so evalvirani preventivni programi, ki jih izvajajo nevladne organizacije na področju prepovedanih drog ter LAS, ne moremo odgovoriti, saj za skoraj tri četrtine v bazo zajetih organizacij podatki o evalvaciji ni na voljo. Iz razpoložljivih podatkov lahko razberemo le, da organizacije, ki izvajajo evalvacijo, v večini primerov uporabijo anketni vprašalnik (o zadovoljstvu uporabnikov), ni pa podatkov o sprotni evalvaciji in evalvaciji izida.

Zaključek

Nevladne organizacije na področju prepovedanih drog ter LAS izvajajo širok spekter preventivnih programov in naša analiza kaže, da pri snovanju programov v veliki meri sledijo sodobnim strokovnim priporočilom tako glede vsebin, ki naj jih program zajema, kot glede ciljnih skupin, za katere naj se program izvede. Glede na to, da več kot polovico programov lahko opredelimo kot primarno preventivne, bi v prihodnje priporočali predvsem krepitev programov sekundarne preventive, ki se namenjajo še posebej ranljivim skupinam glede uporabe drog.

Izboljšati bi morali tudi pridobivanje podatkov o trajanju programa in evalvaciji, saj bi na ta način lažje in hitreje prepoznavali kakovostne in učinkovite programe. Pri tem pa bi bile v veliko pomoč nacionalne smernice za pripravo, izvedbo in evalvacijo preventivnih programov na področju prepovedanih drog. Predlog smernic je sicer pripravljen, vendar čaka na potrditev.

4. Problematična uporaba drog

4.1 Uvod

Po definiciji, ki jo uporablja EMCDDA, se problematična uporaba drog opredeljuje kot injiciranje drog ali kot dolgotrajna/redna uporaba opioidov, kokaina in/ali amfetaminov v starostni skupini od 15 do 64 let v obdobju enega leta. Ta definicija se je uporabila tudi pri pridobitvi ocene razširjenosti problematične uporabe drog v Sloveniji. To ocenjujemo z metodo »capture-recapture«. Obstoječe ocene kažejo, da je populacija problematičnih uporabnikov drog vse večja.

V poročilu smo se tokrat usmerili predvsem na problematično uporabo drog, ki jo zaznavamo prek nizkopražnih programov, v katere vstopajo osebe, odvisne od drog, ki še niso uporabljale bolj zahtevnih programov. Število vključenih v programe je težko opredeliti, ker uporaba programov temelji predvsem na anonimnosti njihovih uporabnikov. V nizkopražnih programih izstopa terensko delo, ki poteka s pomočjo posebej opremljenih kombijev. Velik problem predstavljata zimski čas in pomanjkanje nočnih zavetišč za brezdomne uporabnike drog. Še vedno velik delež uporabnikov droge uživa intravenozno in kljub mreži nizkopražnih programov v velikem odstotku odmetavajo uporabljeni material v smeti in kanalizacijske jaške. V programih zaznavajo povečano uporabo kokaina, injiciranje sintetičnih drog, kombinacijo amfetaminov in alkohola, uživanje nelegalno pridobljenih zdravil in predvsem souporabo več drog.hkrati

Drugi del poročila smo namenili uporabi marihuane med mladostniki skozi zorni kot programa, ki se ukvarja predvsem z zdravljenjem odvisnosti pri mladostnikih. Ugotavljamo, da se začne marihuana uporabljati na prehodu iz osnovne v srednjo šolo, in sicer v kombinaciji z drugimi drogami, kot so alkohol, amfetamini.

4.2 Podatki o problematični uporabi drog v vzorcu nevladnih organizacijah

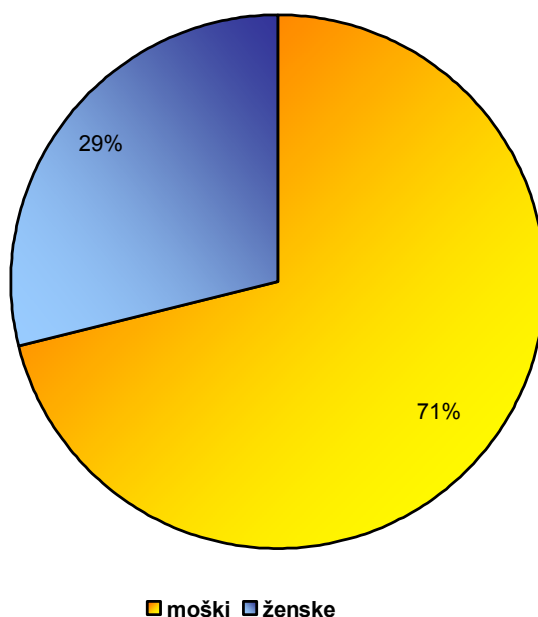
V letu 2008 je Inštitut za varovanje zdravja RS izvedel raziskavo med nevladnimi organizacijami (v nadaljevanju: NVO) v Sloveniji, ki delujejo na področju nedovoljenih drog in zasvojenosti. Čeprav jih je veliko, so se za sodelovanje v raziskavi, ki je bilo prostovoljno, odločile samo nekatere.

V raziskavi je tako sodelovalo sedem NVO, nekatere med njimi izvajajo nizkopražne in druge visokopražne programe. Zbrani so bili podatki za 166 oseb, ki so iskale pomoč v eni od izbranih NVO v obdobju april 2008-marec 2009.²

V nadaljevanju so torej prikazani podatki za vzorec oseb, ki pa ni reprezentativen, zato ugotovljenih značilnosti ne moremo posploševati na celotno populacijo. Kljub temu menimo, da je možno iz prikazanih podatkov ugotoviti nekaj zanimivih značilnosti oseb, vključenih v programe NVO.

² Zbiranje podatkov je bilo predvideno do decembra 2008, vendar je bilo podaljšano do marca 2009 (v letu 2009 je bilo izpolnjenih samo osem vprašalnikov).

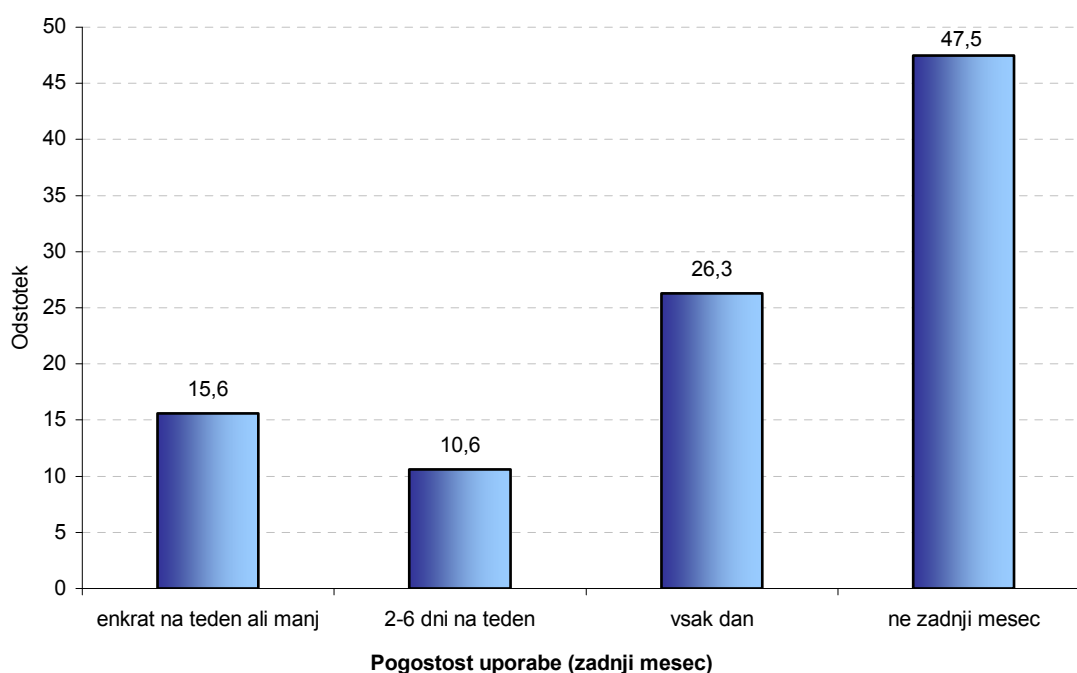
Slika 4.1: Spolna struktura evidentiranih uživalcev prepovedanih drog, NVO, Slovenija, april 2008-marec 2009



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Evidenca obravnave uživalcev drog, NVO

Kot vidimo na sliki 4.1, je v vzorec zajetih precej več moških kot žensk. Povprečna starost oseb je bila 27,6 let (najmlajša oseba je bila stara 16 in najstarejša 50 let).

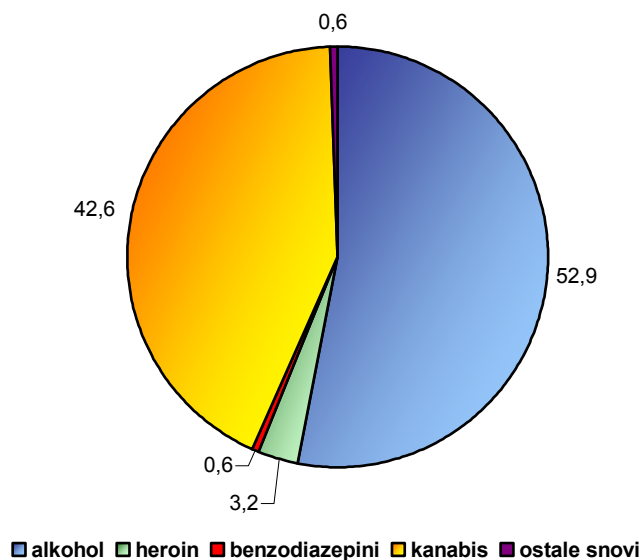
Slika 4.2: Deleži strank glede na pogostost jemanja primarne droge, Slovenija, april 2008-marec 2009



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Evidenca obravnave uživalcev drog, NVO

Slika 4.2 prikazuje pogostnost uporabe primarne droge v zadnjem mesecu. Dobra četrtina oseb v vzorcu jo je uživala dnevno, dobrih 47 odstotkov pa je v zadnjem mesecu ni zaužilo (za šest oseb manjkajo podatki o pogostosti).

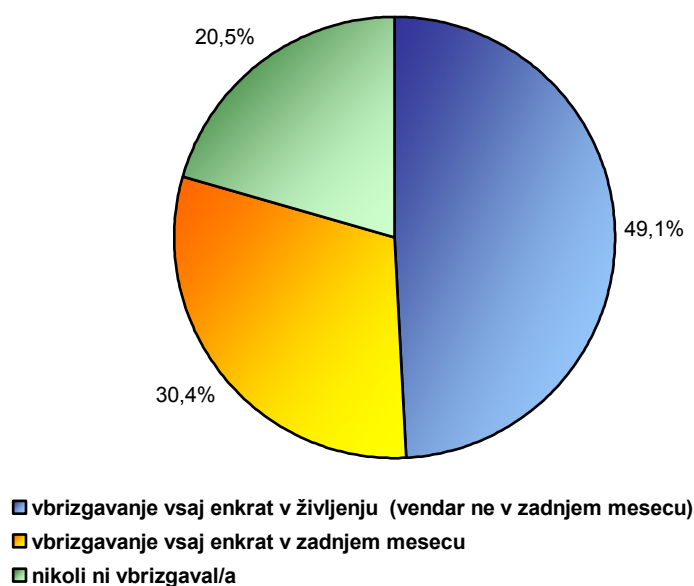
Slika 4.3: *Deleži strank glede na vrsto droge, ki jo je oseba uporabila prvič v življenju, NVO, Slovenija, april 2008-marec 2009*



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Evidenca obravnave uživalcev drog, NVO

Slika 4.3 prikazuje deleže oseb v vzorcu glede na vrsto droge, ki jo je oseba navedla kot prvo drogo, ki jo je uporabila v življenju. Dobra polovica (52,9 %) oseb je navedla, da je bila njihova prva droga alkohol, dobrih 42 % oseb pa je navedlo, da je bila njihova prva droga kanabis (za šest oseb manjkajo podatki o vrsti droge).

Slika 4.4: *Deleži strank glede na vbrizgavanje katere koli droge v zadnjem mesecu, NVO, Slovenija, april 2008-marec 2009*



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Evidenca obravnave uživalcev drog, NVO

Vbrizgavanje droge je pomemben dejavnik tveganja oziroma problematične rabe drog, zato so v zgornjem grafu prikazani podatki o vbrizgavanju katere koli droge v življenju oziroma v zadnjem mesecu. Kar 30,4 % oseb v vzorcu je navedlo, da so si drogo vbrizgavali v zadnjem mesecu. Kljub temu je spodbuden podatek, da si jih 20,5 % nikoli ni vbrizgavalo droge, polovica (49,1 %) pa ne v zadnjem mesecu (za pet oseb manjkajo podatki).

Podatki o nekaterih drugih vrstah tveganega vedenja so prikazani v spodnji tabeli.

Tabela 4.1: Izbrani dejavniki tveganja pri strankah, NVO, Slovenija, april 2008-marec 2009

	Da, vendar ne v zadnjih 30 dneh*	Da, v zadnjih 30 dneh**	Nikoli	Neznano/manjka	Skupaj
Souporaba igel	61	2	97	6	166
Souporaba ostalega pribora	80	17	64	5	166
Nezaščiteni spolni odnosi	109	21	35	1	166

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Evidenca obravnave uživalcev drog, NVO

Opomba:

* vsaj enkrat v življenju (vendar ne v zadnjem mesecu)

** vsaj enkrat v zadnjem mesecu

4.3 Značilnosti programov nizkega praga v Sloveniji

Raziskavo programov nizkega praga, ki se ukvarjajo z zmanjševanjem škode zaradi uporabe drog, je izvajal Zavod za zdravstveno varstvo Koper v sodelovanju s posameznimi (v nadaljevanju omenjenimi) nizkopražnimi programi. Raziskava je potekala od avgusta 2007 do januarja 2008 in je vključevala deset tovrstnih programov:

- Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma (Ljubljana)
- Društvo za pomoč in samopomoč na področju zasvojenosti Zdrava pot (Maribor)
- Društvo za pomoč in samopomoč Želva-Eureka (Žalec)
- Javni zavod Socio (Celje)
- Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam Svit (Koper)
- Dnevni center za odvisnike od nedovoljenih drog ŠENT (Nova gorica)
- Altra - odbor za novosti v duševnem zdravju (Ljubljana)
- Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice (Ljubljana)
- Šola življenja na hribu upanja (Projekt Morje - Rdeči križ Koper) ter
- Združenje DrogArt za zmanjševanje škodljiv posledic drog (Ljubljana).

Analiza programov nizkega praga je bila narejena na podlagi vprašalnikov, ki so jih izpolnili vodje omenjenih programov. Vprašalnik je obsegal naslednja področja: status in opis programa, področja dela, lokacijo in nastanitvene zmožnosti, financiranje, kadrovske pogoje, ciljne skupine obravnavanih oseb, potrebe po materialu za injiciranje drog, obvladovanje nasilja, sodelovanje z zunanjimi ustanovami, raziskovalno delo in sodelovanje z mediji ter prednosti in pomanjkljivosti programov, ki jih zaznavajo vodje programov nizkega praga.

Nizkopražni programi v Sloveniji (v raziskavo je zajetih deset tovrstnih programov), ki se ukvarjajo z zmanjševanjem tveganj/škode zaradi uporabe drog, imajo v večini status nevladnih organizacij; društva (devet programov), le en program je ustanovljen pod okriljem javnega zavoda.

Nizkopražni programi delujejo v različnih funkcionalnih oblikah:

- info točka oz. dnevni center
- mobilna terenska dejavnost
- stanovanjsko - bivalne enote oziroma zavetišča za brezdomne uporabnike drog in
- kombinacije različnih oblik.

Fotografija 4.1: *Terenski vozili, ki ju nevladna organizacija SVIT iz Kopra uporablja za terensko delo z uporabniki drog*



Foto: Milan Krek

Urnik dnevnih centrov med tednom se večinoma giblje med sedmo in četrto uro popoldan (največ do 18. ure), med vikendi in prazniki je odprt le en dnevni center. Terensko delo z uporabniki praviloma poteka v dopoldanski in popoldanski izmeni oziroma v času prireditvev (aktivnosti na prireditvah z elektronsko glasbo). Posamezna zavetišča za brezdomne uporabnike drog so odprta izključno ponoči, druga delujejo neprekinjeno 24 ur.

Programi, zajeti v raziskavi, pokrivajo različno velika in raznolika geografska področja oziroma praviloma več občin, vso Slovenijo in tudi tujino. Podpore občin navaja več kot polovica programov, čeprav je ta včasih le idejna ali zgolj navidezna, prioriteta v lokalnih skupnostih pa je usmerjena v razvoj visokopražnih programov.

Programi nizkega praga ocenjujejo, da v povprečju obravnavajo okoli 27 % vseh odvisnih od drog v svojem okolju; minimalno 5 % in največ 50 % odvisnih od nedovoljenih drog na območju, na katerem delujejo.

Kapacitete stacionarnih oblik programov so v večini zapolnjene, teren se z mobilno dejavnostjo hitro širi. Potrebe po podobnih programih na sedanjem območju delovanja navajajo skoraj vsi programi (izjema sta dva programa s Primorskega); dodatne potrebe po tovrstnih programih se izkazujejo na Koroškem in v Prekmurju, Celju in Velenju ter Ljubljani in širši okolici (Gorenjska in Dolenjska).

Okoliško prebivalstvo brez pripomb sprejema samo tri nizkopražne programe, medtem ko večina programov kljub načelnemu sprejemanju v okolici zaznava določene pripombe s strani soseščine (navedba sedmih programov).

Programi nizkega praga zajemajo različna področja dela:

- svetovanje v zvezi s HIV, hepatitisom C itd. (izvaja sedem programov)
- izmenjava igel (izvaja osem programov)
- terensko delo (izvajajo vsi programi)
- delo v skupinah (izvaja šest programov)
- pomoč v socialni stiski (izvaja osem programov)
- svetovanje za zaposlitev (izvaja devet programov)
- posredovanje za vstop v druge programe (izvajajo vsi programi) in
- terensko vozilo (izvajajo štiri programi).

Poleg omenjenih področij dela programi navajajo še dodatne dejavnosti oziroma storitve, ki jih lahko koristijo njihovi uporabniki:

- določene dejavnosti metadonskih programov oz. centrov; zaužitje metadona
- socialno vključevanje; prostovoljstvo in zaposlovanje (APZ) uporabnikov
- bivanjske kapacitete; zavetišče
- (samo)organizirano prehranjevanje
- terapevtski tabori v naravi
- »medicinske« intervencije na terenu
- svetovalno delo v zaporih
- svetovanje po telefonu (npr. krizna telefonska linija)
- dejavnosti po elektronskih medijih
- kreativne delavnice
- športne dejavnosti
- publicistična dejavnost (npr. izdajanje glasila) in
- čistilne akcije.

Svetovanje po telefonu za uporabnike in druge zainteresirane osebe poteka na naslednjih področjih:

- farmakološka dejstva (vrste in učinki prepovedanih drog ter identifikacija možnih zapletov zaradi uživanja drog)
- varnejši pristop (pravilna uporaba pribora, način priprave droge za uživanje)
- neželene posledice (možnosti okužb; AIDS, hepatitis, testiranja in cepljenja proti nalezljivim boleznim)
- motiviranje za vključitev v osebno svetovanje
- informiranje in/ali motiviranje za zdravljenje odvisnosti oziroma za vstop v druge programe (detoksikacijski program, nizko- in visokopražni programi) oziroma oblike pomoči (npr. denarna socialna pomoč) in
- pomoč v medosebnih odnosih v družini oziroma s svojci zaradi drog (reagirane v stresnih situacijah).

Nizkopražni programi so locirani:

- v urbanem delu mesta (šest programov)
- na obrobju mesta (dva programa)
- v starem mestnem jedru (posamezni program)
- programi terenskega dela s pomočjo mobilnih kombijev, ki so opremljeni za delo na terenu.

Mobilnost omogoča terensko vozilo, ki se ustavlja na dokaj ustaljenih lokacijah in po potrebi uporabnikov tudi na trenutno dogovorjenih mestih. Primernost sedanje lokacije programa potrjuje sedem nizkopražnih programov, v treh pa menijo, da je lokacija glede na njihove potrebe neustrezna. Dostop je pri vseh programih možen z javnimi prometnimi sredstvi.

Nizkopražni programi pridobivajo sredstva za delovanje programov iz naslednjih institucij:

- ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve; glavni financer
- ministrstvo za zdravje
- lokalna skupnost (občina)
- Urad za mladino
- ministrstvo za kulturo
- FIHO
- Rdeči križ
- posamezna podjetja
- Zavod RS za zaposlovanje
- prispevki uporabnikov in njihovih svojcev ter
- prodaja lastnih izdelkov.

Prihodki v letu 2006 so za nemoteno delovanje programa zadostovali le pri štirih programih (od devetih). Ob pomanjkanju prihodkov so se zato programi posluževali različnih oblik varčevanja in prilagajanja finančnemu stanju; od neizplačevanja plač zaposlenim (navedba dveh programov), zmanjševanja števila zaposlenih (navedba dveh programov), izposojanja (navedba dveh programov) do posameznih specifičnih ukrepov (navedba petih programov): neizplačevanje dodatkov k osebnemu dohodku, okrnjen delovni čas, prostovoljno delo, zalaganje lastnih sredstev in/ali sredstev iz lastne dejavnosti.

Nizkopražni programi opisujejo dostop do (stacionarne oblike) programa v večini kot ustrezen (navedba osmih programov), nastanitvene prostore kot delno ustrezne do ustrezne (neustreznost navaja en program) ter površino svojih prostorov kot delno ustrezno do ustrezno (neustreznost navajata dva programa).

Ustrezno opremljenost prostorov navaja šest programov, delno ustreznost pa trije.

Več programov navaja določene pomanjkljivosti glede prostorskih pogojev, in sicer:

- premajhno kvadraturu prostorov oz. potrebo po posameznih dodatnih in/ali ločenih prostorih
- potrebo po dodatnem ločenem vhodu in
- potrebo po ograditvi prostorov.

Nekateri programi za prostore plačujejo najemnino, drugim jih je oddala lokalna skupnost za določen čas. Glede na način plačevanja najemnine bi programe lahko razdelili v različne skupine:

- dva plačujeta profitno najemnino
- dva plačujeta znižano najemnino
- pet programov ne plačuje najemnine, ker jim je prostore odstopila občina oz. v zameno urejajo okolico
- en program ima prostore v svoji lasti.

Programi, zajeti v raziskavo, nudijo svojim uporabnikom različne napitke (kava, sok, čaj, voda, vitaminski napitki, mleko), nekateri hladne obroke (kruh, pecivo, namazi) oz. možnost samoinicativne priprave toplih obrokov, trije programi pa organizirajo tudi tople obroke.

V omenjenih programih je skupaj zaposlenih 138 oseb; v povprečju po 14 oseb na posamezen program. 38 jih je v rednem delovnem razmerju. Obstaja pa tudi program brez redno zaposlenih delavcev. V devetih od desetih programov je zaposlen vsaj en delavec s VII. stopnjo izobrazbe, ki je ponavadi tudi socialni delavec (delavka); v vseh programih jih je zaposlenih 17. Poklicna struktura ostalih zaposlenih z doseženo VI. in VII. stopnjo izobrazbe ali več je izredno raznolika; prednjačita poklica psihologa in socialnega pedagoga pred individualno zastopanimi strokovni profili: ekonomist, andragog, teolog, dr. medicine, filozof, antropolog in sanitarni inženir. Med V. stopnjo strokovne izobrazbe pa najdemo največ gimnazijskih maturantov, ekonomskih tehnikov in vzgojiteljic. Večina zaposlenih v rednem delovnem razmerju je v programu zaposlena pet let in več (65 %), manj kot leto dni je zaposlenih 32 % oseb, do pol leta pa 3 % oseb.

V programih je 14 oseb zaposlenih honorarno (v povprečju dva na program, največ pa štiri). Obstaja tudi program brez honorarno zaposlenih delavcev.

Od vseh (138) zaposlenih v programih je 78 prostovoljcev; v povprečju sedem na posamezen program, največ 20 in najmanj en.

Vodje programov navajajo, da so njihovi zaposleni večinoma v celoti seznanjeni z nevarnostmi prenosa različnih okužb (navedba sedmih programov), le v manjšini znanje o možnosti okužb pri zaposlenih ocenjujejo za delno pomanjkljivo (navedba treh programov).

V treh programih je zaposlen delavec, ki ima ustrezna znanja o okužbi s HIV in hepatitisom itd. (npr. medicinska sestra), sedem programov pa takih oseb ne zaposluje. Potrebo po vključitvi zaposlenega z medicinskim znanjem, ki bi bil ustrezno izobražen o prenosu HIV in drugih okužb, podpira polovica programov. Prestali programi imajo že zaposlene osebe z medicinskim znanjem oziroma si želijo sami več izobraževanja s tega področja.

Raven znanja zaposlenih o okužbah s HIV, hepatitisom C oz. tuberkulozo (po oceni vodij programov) je srednja (navedba petih programov) do visoka (navedba petih programov).

Zaposleni izvajajo preventivne aktivnosti, s katerimi zmanjšujejo možnost lastne okužbe, z dosledno uporabo zaščitnih sredstev (navedba šestih programov) ali manj dosledno uporabo zaščitnih sredstev (le ob oceni nevarnosti za okužbo, navedba štirih programov). Preventivne aktivnosti zaposlenih (poleg uporabe zaščitnih sredstev), s katerimi se zmanjšuje možnost lastne okužbe, so dodatno usmerjene v dosledno (dnevno) higieno vseh površin ter prepoved nezaščitenih neposrednih stikov z rabljenim priborom.

Večina programov (osem od desetih) zaznava potrebo po dodatnem izobraževanju glede preprečevanja okužb v okviru naslednjih vsebin:

- učinki različnih substanc; predvsem kombinacija uporabe različnih drog
- osnove zdravljenja odvisnosti
- prva pomoč
- preprečevanje (preventiva) in prenašanje okužb (npr. hepatitis, HIV, tuberkuloza, spolne bolezni)
- poškodbe pri injiciranju
- ravnanje ob agresivnem vedenju
- vzdrževanje osebne higiene in higiene prostorov.

Supervizija za zaposlene se izvaja v devetih od desetih programov, večinoma enkrat mesečno oziroma na vsake tri tedne (navedba osmih programov).

Nizkopražni programi poskušajo doseči različne populacijske skupine:

- uporabniki drog (vsi programi)
- starši (šest programov)
- brezdomni uporabniki drog (trije programi), pa tudi
- splošna populacija mladih, ki zahaja na prireditve elektronske glasbe
- alkoholiki
- brezdomci, ki niso nujno uporabniki drog
- obsojenci
- partnerji.

Način komunikacije zaposlenih v programu z zgoraj navedenimi populacijskimi skupinami poteka z osebnim pogovorom informativnega značaja (devet programov), osebnim svetovalnim pogovorom (deset programov), s pogovorom po telefonu (osem programov), z vprašalniki oz. podobnim (štirje programi) ali z rednimi evidencami (sedem programov).

Varstvo osebnih podatkov oseb, ki koristijo storitve nizkopražnih programov, se zagotavlja v skladu z zakonodajo; dostop do dokumentacije je zaščiten (npr. fizični in/ali osebni nadzor, zaščitenost računalniških dokumentov z geslom), hkrati pa nekateri programi dodajajo, da ne zbirajo (sprašujejo) osebnih podatkov uporabnikov.

Programi glede na lastne oz. zunanje potrebe sledijo različnim kronološkim evidencam, in sicer: dnevnim (osem programov), tedenskim (trije programi), mesečnim (štirje programi) in letnim evidencam (štirje programi). Pridobljeni podatki se ponavadi zapisujejo oziroma hranijo kombinirano; ročni zapiski (dnevna oz. sprotne evidencne, zapisnik terenskega dela) in računalniška baza, le en program se poslužuje le ročnih zapiskov.

Evidenca se vodi večinoma na podlagi šifer uporabnikov (navedba šestih programov), en program se poslužuje osebnih kartonov in en program namensko beleži ime in priimek uporabnika z namenom evidence prodanega glasila.

Omenjeni programi (upoštevanih osem programov) vključujejo približno 75 % moških (20 % v starostni skupini 15-18 let, 40 % v starostni skupini 19-29 let, 40 % v starostni skupini nad 30 let) in 25 % žensk (več kot polovica v starostni skupini 19-29 let, druge so starejše od 30 let). Vsakodnevno se glede na posamezen program v programe vključuje od 5 do 100 % uporabnikov.

Uporabniki programov so vključeni v izobraževanje in redno zaposlitev, veliko jih opravlja priložnostna dela, nekateri so sočasno vključeni v programe zdravljenja oz. rehabilitacije (npr. metadonski program), v večini so upravičenci do denarne socialne pomoči, precejšnji delež pa se jih usposablja v okviru programa usposabljanja na delovnem mestu Zavoda RS za zaposlovanje.

Brezdomni uporabniki drog zavzemajo 20- ali več odstotni delež vseh uporabnikov drog, ki se vključujejo v programe (navedba šestih programov). Vsi nizkopražni programi navajajo potrebo po vzpostavitvi nočnega centra za brezdomne uporabnike drog.

Poleg uživanja dovoljenih in nedovoljenih drog; heroin, kokain, alkohol, tobak, marihuana, sintetične droge in kombinacije različnih drog, programi navajajo souporabo substitucijskih zdravil; metadona in antidepresivov (tablet).

V programih zaznavajo nove trende glede uporabe drog, kot so:

- povečana uporaba kokaina (ne glede na način uporabe)
- injiciranje sintetičnih drog
- kombinacija amfetaminov in alkohola
- uporaba (injiciranje) zdravil oz. substitucijskih zdravil: metadon, substitol, Dormicum, Sanval, Apaurin itd.
- kombinacija uporabe drog (kokain), zdravil (tablet) in alkohola
- kombinacija uporabe (injiciranja) drog, zdravil (tablet) in substitucijskih zdravil (metadon s sokom) ter
- injiciranje v dimlje.

Programi kupujejo material za varno injiciranje sami (dva programa), vsi pa ga pridobijo od Zavoda za zdravstveno varstvo Koper. Ob pomanjkanju omenjenega materiala se programi poslužujejo medsebojne izmenjave, si pomagajo z občasnimi donacijami oziroma material kupujejo v lekarnah in/ali specializiranih trgovinah.

V spodnji tabeli je navedena vrsta materiala in količina »materiala za varnejše injiciranje«. Zavod za zdravstveno varstvo Koper izvaja skupen nakup materiala in ga tudi razdeli med izvajalce programov.

Tabela 4.2: Pregled materiala za varnejše injiciranje drog, ki ga programom zagotavlja ZZV Koper.

1.	1 ml insulinske brizge z integrirano iglo (npr. Kendall)
2.	1 ml insulinske brizge z integrirano iglo (npr. Becton & D.)
3.	alkoholni robčki
4.	zloženci - sterilni
5.	zloženci - nesterilni
6.	rokavice; skupaj
7.	plastični kontejnerji mali - 0,2 l
8.	plastični kontejnerji mali - 1,5 l
9.	plastični kontejnerji veliki - 60 l
10.	askorbinska kislina
11.	kondomi
12.	brizge (brez igel) - 1 ml
13.	brizge (brez igel) - 2 ml
14.	brizge (brez igel) - 2,5 ml
15.	brizge (brez igel) - 5 ml
16.	brizge (brez igel) - 10 ml
17.	brizge (brez igel) - 20 ml
18.	igle - nastavki zeleni
19.	igle - nastavki modri
20.	igle - nastavki rjavi
21.	igle - nastavki sivi
22.	razkužilo za roke (npr. Manugel, Spitaderm)
23.	alkohol kot razkužilo
24.	plastične pincete - 11,5 cm
25.	kovinske pincete
26.	raztopina za injiciranje - 0,9% NaCl
27.	žlička
28.	filter
29.	obliži (npr. Vivaplast)
30.	povoji (npr. Vivasoft, samolepljivi)
31.	kreme za celjenje ran
32.	geli; npr. Hegan gel
33.	lepilni trak; npr. Micropor
34.	preveze; npr. Esmarch
35.	pvc vrečke za ponovno zapiranje; 4 cm x 6 cm
36.	vrečke za smeti (npr. 20 l oz. 60 l)
37.	papirnate vrečke za prenos sanitetnega materiala
38.	pobiralci smeti; pripomoček za pobiranje

Vir: ZZV Koper, Letno poročilo o realizaciji programa

V posamezne programe vrnejo od 10 do 100 % razdeljenih igel. Potrebo po dodatnem preventivnem materialu opaža sedem programov (od desetih). Programi bi želeli brošure, zloženske in plakate.

Približno polovica programov, vključenih v raziskavo, v zadnjem mesecu (pred aplikacijo vprašalnikov) navaja, da so se njihovi uporabniki nasilno vedli, zelo redko je prisotno večje število nasilnih dejanj (60 nasilnih dejanj v enem od programov). Verbalno obliko nasilja (kričanje, psovanje itd.) so zaznali v petih programih, prav tako so bili v petih programih deležni fizičnega nasilja (poskusi telesne agresivnosti, metanje predmetov, itd.). V šestih programih pa je bilo v zadnjem mesecu pred aplikacijo vprašalnikov prisotno tako fizično kot verbalno nasilje.

Večina zaposlenih v programih se ob pojavu nasilja najprej poskuša pogovoriti z uporabnikom, ob nadaljnjem neupoštevanju pravil oz. glede na težo nasilnega dejanja pa ponavadi sledi izključitev za določen čas. V nekaterih programih lahko uporabnik tudi med izključitvijo koristi določene storitve. Izključitve za nedoločen čas se občasno poslužijo le v nekaterih programih.

Zaposleni v programih ocenjujejo, da lahko sami obvladujejo nasilje, le v skrajnih primerih mora posredovati policija (navedba dveh programov).

Večina zaposlenih se v programu počuti varno (navedba devetih programov). V polovici programov so odgovorili, da so bili njihovi zaposleni že deležni nasilja s strani uporabnikov. Več kot polovica programov (navedba šestih programov) navaja tudi, da se njihovi zaposleni tega bojijo. Osem programov ima dogovor med zaposlenimi, kako ravnati v primeru nasilja. Le pet pa jih navaja možnost uporabe klica na pomoč v primeru, da so zaposleni ogroženi.

Zaposlene v programih smo spraševali po pogostosti in kakovosti sodelovanja z naslednjimi ustanovami:

- zdravstveni dom
- bolnišnica
- center za socialno delo
- zavod za zaposlovanje
- policija
- pravne službe
- lokalna skupnost
- metadonski program
- terapevtska skupnost
- Rdeči križ, Karitas
- strokovna združenja, zbornice
- fakultete
- ministrstva
- cerkev in
- drugo: organizatorji prireditev elektronske glasbe.

Praviloma vsi programi sodelujejo z drugimi programi, vendar se po pogostosti komunikacije med sabo razlikujejo. Najbolj pogosto komunicirajo z zdravstvenimi domovi in s programi zdravljenja odvisnosti v njih ter s centri za socialno delo. Z drugimi subjekti sodelujejo redkeje, vendar je pohvalno ravno sodelovanje s fakultetami in z ministrstvi, ki je dokaj pogosto.

Programi v manjšini (štirje programi) sodelujejo v raziskavah z drugimi ustanovami, in sicer v skupnih projektih z Inštitutom za varovanje zdravja RS, s Fakulteto za socialno delo in Pedagoško fakulteto v Ljubljani.

Vsi programi vsaj zadovoljivo sodelujejo z mediji, večinoma v kombinaciji z izzvanim kontaktom s strani programov (objave o programu, obveščanje ob posebnih dogodkih; predstavitvah novih programov in/ali delavnicah) in/ali s strani medijev (gostovanje v oddajah, dajanje izjav in intervjujev, tiskovne konference, članki v lokalnih časopisih).

Prednosti programov nizkega praga, ki se ukvarjajo z zmanjševanjem škode zaradi uporabe drog, vidijo izvajalci (navedba petih):

- v odprtosti teh programov; prilagajanju potrebam uporabnikov, možnostih vzpostavitve prvega stika, fleksibilnosti, sprejemanju drugačnosti in mobilnosti
- v zmanjševanju škode za uporabnike in družino oz. svojce
- kot prostor za inovativno delovanje in razvijanje projektov za mlade ter
- v dobrem sodelovanju s Fakulteto za socialno delo.

Pomanjkljivosti programov nizkega praga, ki jih ugotavljajo izvajalci sami, pa so po mnenju vodij programov naslednje:

- zaradi pomanjkanja finančnih sredstev se zaposluje manj kadra, kot bi ga dejansko potrebovali, da se zadosti potrebam uporabnikov
- fluktuacija kadra (javni delavci)
- slabe možnosti strokovnega izobraževanja, predvsem s strani Socialne zbornice (predrago)
- nepripravljenost zaposlenih na izgorelost
- vzpostavljanje strokovnega tima na področju dela z brezdomci
- nezadovoljivo sodelovanje z ministrstvom za zdravje
- premajhna ozaveščenost družbe glede odvisnosti
- stigmatizacija uporabnikov in oseb, ki delajo z njimi, ter
- premalo osebne stika s sodelavci; delo na daljavo.

Opis uporabnikov opazovanih nizkopražnih programov

Študija je bila narejena na vzorcu 110 uporabnikov drog, ki so od avgusta 2007 do januarja 2008 obiskovali nizkopražne programe v Sloveniji. Podatki so bili zbrani s pomočjo anonimne ankete. Povprečna starost anketirancev je bila 29 let. Najstarejši je bil star 46 let in najmlajši 18 let. Moških je bilo 80 % in žensk 20 %. 33,9 % jih je končalo osnovno šolo, 27,5 % poklicno šolo, 34,9 % srednjo šolo in samo 3,7 % več od srednje šole. Lastno stanovanje je imelo 17 % uporabnikov programov, 38 % jih je živelo pri starših, 12 % pri prijateljih, 16 % v zavetiščih, 13 % pa jih je bilo brezdomcev na cesti: drugi niso odgovarjali na to vprašanje. 88 % jih je navedlo, da uporabljajo heroin, od tega si jih 71,6 % heroin samo vbrizgava, samo njuha preko nosu 8 % in samo kadi na foliji 3,4 %. 15,9 % jih njuha in vbrizgava heroin, 1,1 % pa jih kombinira vse tri načine uporabe heroina. 65 je že uporabljalo kokain in večina (61,5 %) od njih si je kokain vbrizgavala. 12 jih je vključenih v metadonsko vzdrževalno zdravljenje v programih centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

Od skupaj 85 oseb, ki si vbrizgavajo drogo, jih vedno uporablja sterilni pribor 77,7 %, 18,8 % jih uporablja sterilni pribor le občasno in 3,5 % nikoli. Velika večina dobi sterilni pribor v nizkopražnih programih ali v mobilnem vozilu, ki kroži po mestu in deli sterilni pribor. Manjšina pridobi sterilni pribor v lekarni. 71,5 % jih vrže igle v smeti, če jih ne vrnejo v nizkopražne programe. Na vprašanje, koliko jih je v skupini, ko uživajo droge, jih je od 99 vprašanih 65,7 % odgovorilo, da uživajo drogo sami, kar lahko pomeni veliko nevarnost zanje, če pride do nenadne zastrupitve z drogo. 62,7 % od 99, ki so odgovorili na vprašanje, praviloma uporablja drogo v domačem okolju. 54,5 % od 110 jih pride v program po sterilni pribor, 29 % po druge pripomočke za injiciranje, ki jih delijo v programu, 22,7 % po kondome in 37 % po nasvet. 67,3 % jih prihaja v programe nizkega praga zaradi druženja, 51 % zaradi tople kave in hrane. Večina (71 %) prihaja v program peš, 12 % z motorjem in 32 % s kolesom; 18,2 % tudi z avtomobilom. 28 % od 107, ki so odgovarjali na anketo, je bilo v minulem letu v kazenskem postopku. 43 oseb je že imelo predoziranje s heroinom in ena oseba z metadonom, 12 zaradi uživanja kokaina in 4 osebe zaradi uživanja sintetičnih drog. 63 % od 105 oseb je bilo v zadnjem mesecu dni depresivnih. 41 % od 107 oseb, ki so odgovarjale na vprašanje o samomoru, je v zadnjem letu že pomislilo na samomor, in 11,2 % jih je v zadnjem letu dni samomor tudi poskušalo storiti. 43 % od 107 uporabnikov drog si želi, da bi čim prej nehali uživati droge. 51 % od 1065 uporabnikov si želi zaposlitve.

Oskrba nizkopražnih programov z materiali za varnejše injiciranje drog

Zavod za zdravstveno varstvo Koper redno oskrbuje nizkopražne programe z materiali, ki zagotavljajo zmanjševanje škode zaradi intravenozne uporabe drog. Tako imajo programi vedno dovolj materialov. Nakup financira Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. V letu 2008 je programom dostavilo materiale, ki so razvidni iz tabele 4.2. V povprečju so uporabniki drog v programe vrnili 58 % dobljenih sterilnih igel. Zavod za zdravstveno varstvo Koper tudi redno odvaža že uporabljene materiale za injiciranje drog, ki so jih zbrali v nizkopražnih programih, in jih na strokoven način uniči v posebnem postopku, ki zagotavlja,

da odpadki ni več nevaren ljudem. V letu 2008 je zavod za zdravstveno varstvo skupaj s strokovnjaki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, organiziral izobraževanje zaposlenih v nizkopražnih programih o preprečevanju okužb z virusom HIV in s hepatitisom C. Skupina strokovnjakov iz programov pa si je ogledala delovanje nizkopražnih programov na Bavarskem v Nemčiji. Delovanje nizkopražnih programov financira ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, ministrstvo za zdravje in Zavod za zdravstveno varstvo Koper izvajajo vse dejavnosti usklajeno in se za skupne aktivnosti dogovorijo na skupnih sestankih z izvajalci programov.

Tabela 4.3: Seznam in število posameznih artiklov za varnejše injiciranje drog, ki so bili razdeljeni v letu 2008 med nizkopražne programe v Sloveniji

		Skupaj
Brizge z integrirano iglo; B.& D.	1 ml; 0,33 mm x 12,7 mm - kos	600,500
Brizge (brez igel)	1 ml - kos	54,800
Brizge (brez igel)	2 ml - kos	27,100
Brizge (brez igel)	2,5 ml - kos	1,000
Brizge (brez igel)	5 ml - kos	520
Brizge (brez igel)	20 ml - kos	754
Igle - nastavki	0,8 mm x 40 mm - kos	24,300
Igle - nastavki	0,6 mm x 25 mm - kos	60,000
Igle - nastavki	0,45 mm x 16 mm - kos	27,600
Igle - nastavki	0,4 mm x 13 mm - kos	19,600
Kompresa - alkoholna	6,5 cm x 3 cm - kos	748,900
Kompresa - sterilna	5,0 cm x 5,0 cm - kos	27,050
Kompresa - nesterilna	5,0 cm x 5,0 cm - kos	24,000
Rokavice; S	kos	1,600
Rokavice; M	kos	9,000
Rokavice; L	kos	6,500
Rokavice; XL	kos	400
Kontejnerji mali - 0,2 l	kos	200
Askorbinska kislina	1 kg - kos	162
Kondomi	kos	34,365
Alkohol kot razkužilo	1 l - kos	23
Razkužilo za roke	1 l - kos	230
Alko. robčki za razkuž.površin	kos	40,000
Razkužilo za talne površine	kos	49
Plastične pincete	11,5 cm - kos	960
Kovinske pincete	11,5 cm - kos	50
Raztopina za injiciranje	0,9% NaCl (ampula) - kos	0
Obliži	kos	10,760
Povoji	8 cm x 5 m - kos	400
Povoji	10 cm x 5 m - kos	400
Povoji; samolepljivi	širina 7-8 cm - kos	398
Lepilni trak - Micropor	2,5 cm x 3 cm - kos	335
Preveza Esmarch	kos	100
Vrečke za ponovno zapiranje	5,5 cm x 5,5 cm - kos	18,300
Vrečke za smeti; 60 l	kos	1,750
Vrečke za smeti; 20 l	kos	1,700
Pobiralci smeti	dolžina 66 cm - kos	29
Brizge z integrirano iglo; Kendall	1 ml - 0,36 mm x 13 mm - kos	57,700
Kontejnerji mali - 1,5 l	kos	1,670

Vir: ZZV Koper, Letno poročilo o realizaciji programa

4.4 Intenzivna, pogosta, dolgotrajna in druge oblike problematične uporabe drog

Problematični uporabniki marihuane

Uvod

Inštitut VIR je nevladna organizacija z abstinenčnim (visokopraznim) programom obravnave mladih in družin, ki imajo težave zaradi nedovoljenih drog. Primarna naloga programa je omogočiti strokovno pomoč pri reševanju stisk, ki so povezane z drogami ali pa so posledica drugih oblik zasvojenosti. Druga, že utečena naloga inštituta je preventiva in izobraževanje s področja drog in odvisnosti. Enako pomembna za organizacijo in okolje je tudi raziskovalna in razvojna dejavnost inštituta.

Marihuana je prepovedana droga, ki vpliva na spremembo počutja, mišljenja in vedenja. Problematično rabo povezujemo z bistveno spremenjenim počutjem, mišljenjem in vedenjem uporabnika. Pri rednem kajenju marihuane se pojavi psihična in, kot ugotavljamo, tudi rahla fizična odvisnost. Kot redno kajenje štejemo kajenje vsak dan ali tudi večkrat na dan.

V nadaljevanju bomo predstavili podatke, ki se nanašajo na obravnavane v našem programu, v obdobju od 1. januarja 2008 do 31. julija 2009.

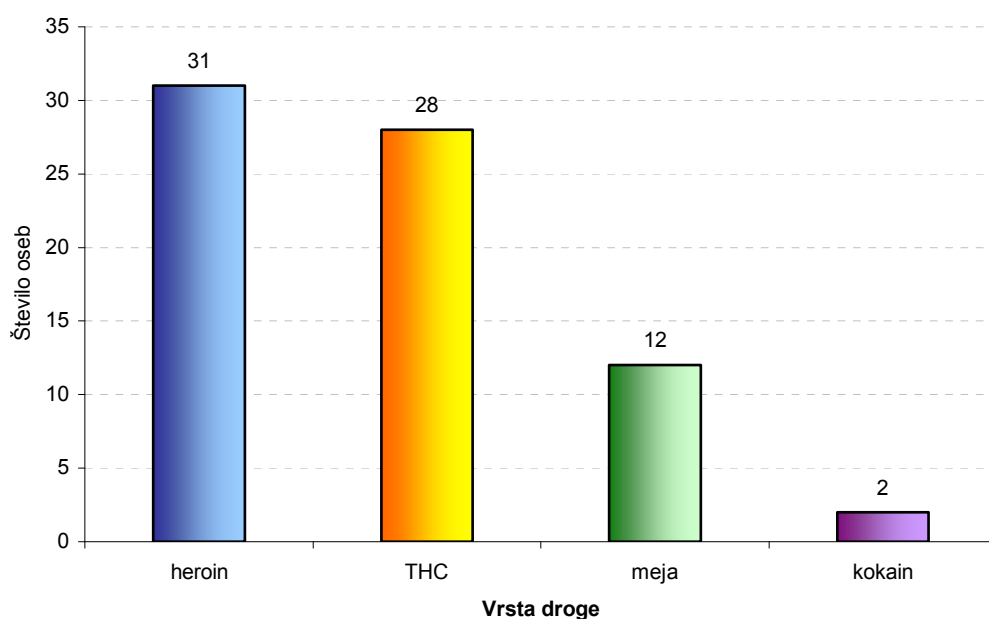
Vsi obravnavani in prvič obravnavani v programu glede na vrsto droge

V našem programu je bilo v obdobju od 1. januarja 2008 do 31. 7. 2009 v obravnavi 113 oseb, od tega jih je 73 prvič iskalo pomoč zaradi težav z drogami.

Med njimi smo v programu 58 oseb obravnavali zaradi težav z uporabo heroina, 40 zaradi težav z uporabo marihuane, dva zaradi težav z uporabo kokaina ter 13 mladostnikov s tveganim življenjskim slogom, ki bi lahko vodil v odvisnost.

Med tistimi, ki so pomoč iskali prvič, je bilo največ (31) tistih s težavami zaradi uporabe heroina. V tem obdobju so se oglašali pretežno odvisniki z dolgoletnimi karierami uporabe heroina, ki so pomoč že iskali v različnih institucijah. Od leta 2008 beležimo tudi prve odvisnike od kokaina. Povečuje se tudi število mladih, ki jih uvrščamo v mejno skupino (Slika 4.5).

Slika 4.5: Prvi iskalci pomoči glede na drogo (N=73)

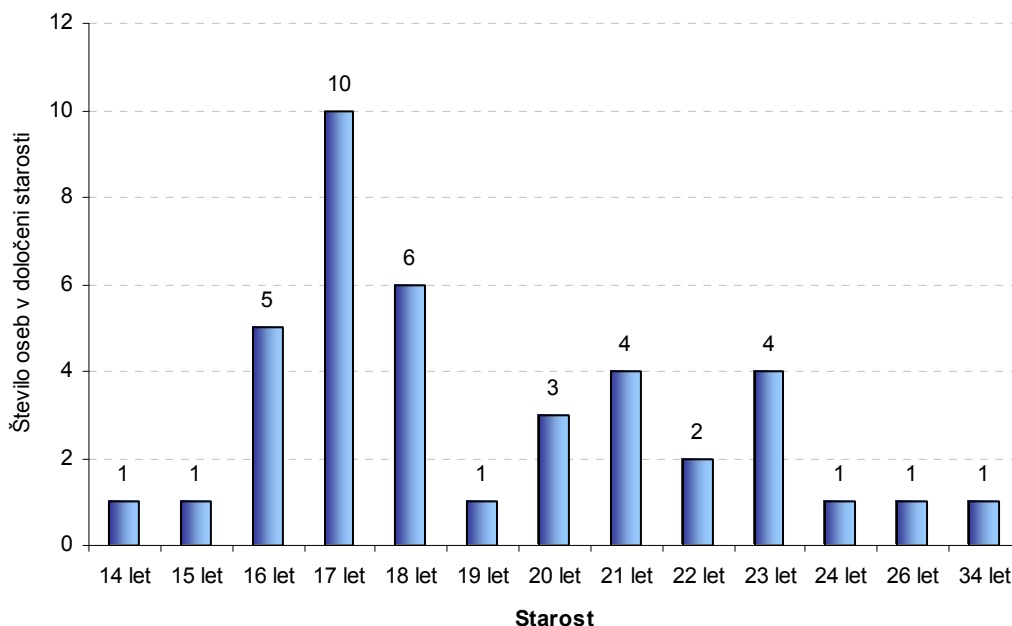


Vir: Inštitut VIR

Starost iskalcev pomoči, odvisnih od marihuane

Vsi naslednji podatki se nanašajo na 40 oseb, ki so bile v našem programu obravnavane zaradi uporabe marihuane. Največje število obravnavanih, odvisnih od marihuane, je spadalo v skupino prehodnikov z osnovne v srednjo šolo. Največ jih je iskalo pomoč pri 17 letih (Slika 4.6). Razlog za to vidimo v tem, da so starši dolgo časa poskušali težave reševati sami, vendar so ugotovili, da potrebujejo strokovno podporo.

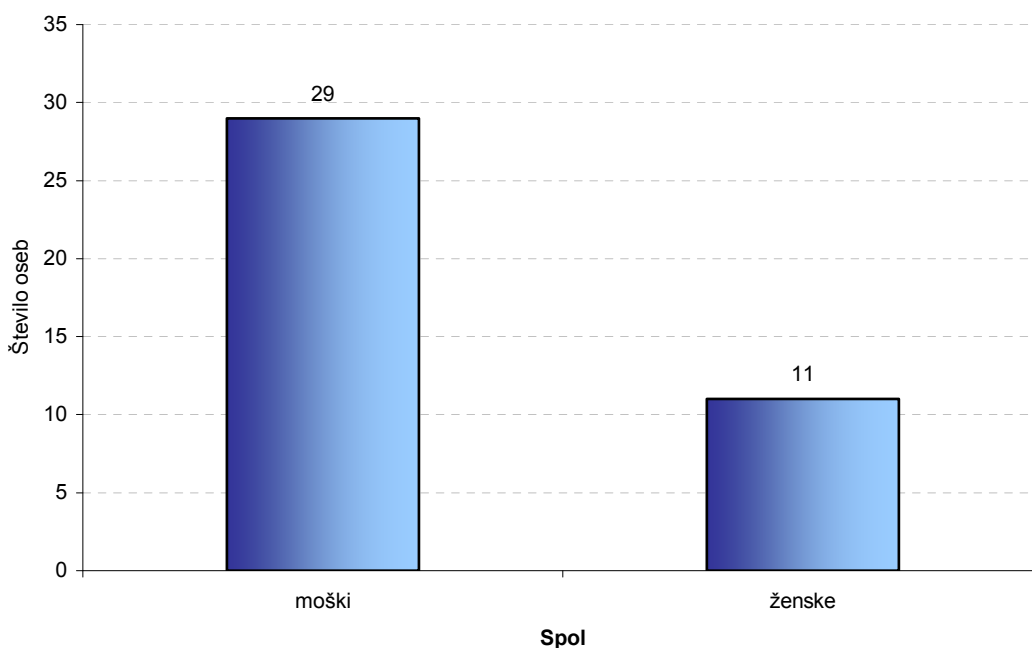
Slika 4.6: Starost iskalcev pomoči zaradi težav z marihuano (N=40)



Vir: Inštitut VIR

Razmerje po spolu med obravnavanimi: približno 1/3 žensk in 2/3 moških (Slika 4.7).

Slika 4.7: Iskalci pomoči zaradi težav z marihuano glede na spol (N=40)

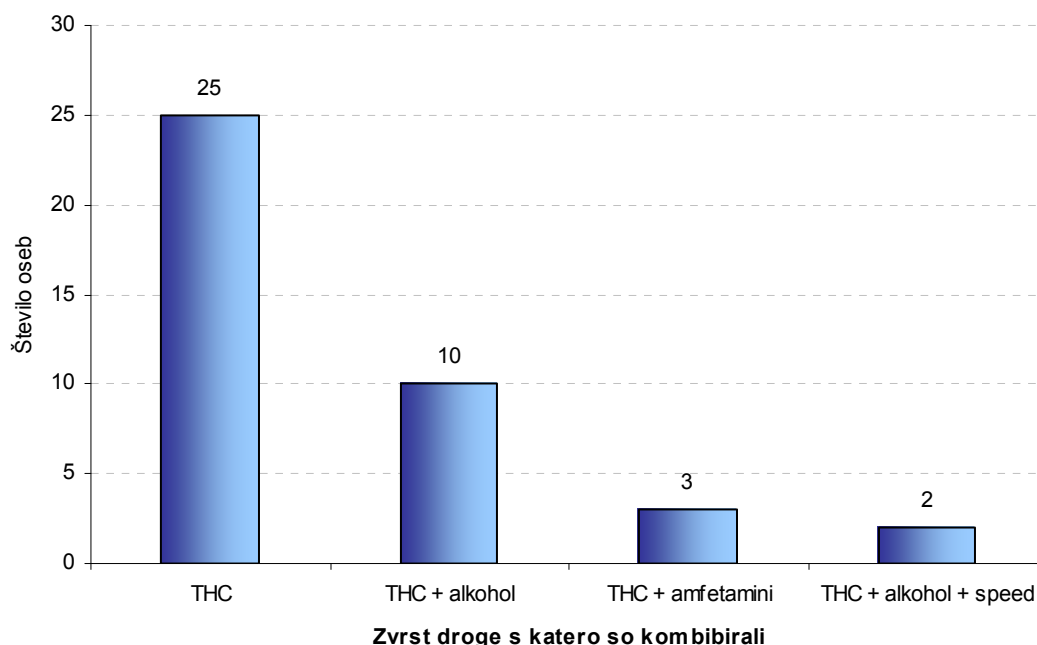


Vir: Inštitut VIR

Kombinirana uporaba marihuane in drugih drog

62 % ali 25 oseb je uporabljalo izključno marihuano. 25 % mladih je uporabljalo tako marihuano kot alkohol. 5% jih je kombiniralo marihuano, speed in alkohol, 7,5 % pa marihuano in amfetamine (Slika 4.8).

Slika 4.8: Kombinirana uporaba marihuane in drugih drog (N=40)



Vir: Inštitut VIR

Prepoznani vzorci vedenja uporabnikov marihuane

Večina obravnavanih mladostnikov je pričela z marihuano eksperimentirati na prehodu med osnovno in srednjo šolo, v družbi vrstnikov ali starejših mladostnikov. Vzorci kajenja so se začeli s kajenjem marihuane nekajkrat mesečno, prerasli v redno kajenje konec tedna, pozneje v kajenje vsak dan, nekateri so kadili tudi večkrat na dan. Obravnavani mladostniki so marihuano kadili od šest mesecev do sedem let. Pri tistih, ki so marihuano kadili večkrat na dan, so starši opazili agresivnost skoraj vedno, ko so svojim otrokom poskušali postavljati meje.

Mladostniki so začeli eksperimentirati v prepričanju, da marihuana ni nevarna, in je niso dojemali kot škodljivo drogo. Njihovo ločevanje drog je bilo ločevanje po nekdanji klasifikaciji »trde-mehke« droge (»jaz nikoli ne bom imel opravka s trdimi drogami«). Mnogi so pri svojih vrstnikih opazili odvisniški način uporabe marihuane, medtem ko pri sebi ne. Do oseb, ki se spogledujejo s heroinom in z drugimi prepovedanimi drogami, so bili izjemno odklonilni, včasih celo sovražni.

Osebe, za katere je v raziskavi navedeno, da marihuano kombinirajo s speedom ali z ekstazijem, so pri nas iskale pomoč zaradi odvisnosti od marihuane. Marihuana je bila droga njihovega prvega izbora. Učinek drugih drog jih ni privlačil v tolikšni meri.

Govorili so o tem, da so začeli drogo jemati zaradi radovednosti. Med njimi so krožile informacije, da marihuana vpliva na dobro počutje, da se lahko tako še bolje zabavaš in da širi duhovno zavest. Kakršnih koli nerazrešenih notranjih konfliktov ali osebnostnih težav pri

sebi niso videli. Po vzpostavitvi abstinence in intenzivnem delu na sebi so začeli opazati in priznavati komponento notranjih konfliktov, osebnostnih težav in težav v odraščanju.

Opažamo, da mladostniki, dokler kadijo, nastalih težav ne povezujejo z vzrokom zanje. Zato je proces do vzpostavitve uvida in abstinence dolg in težaven. Abstenenca pa je pogoj za delni uvid v odvisnost. Mnogi mladostniki opazijo, da imajo zaradi uživanja marihuane težave, redkeje pa so pripravljeni spreminjati svoj življenjski slog.

Zaključek

Z gotovostjo lahko trdimo, da marihuana vpliva na zaznavanje, doživljanje in odnos do življenja. Še posebej škodljiva je v adolescenci. Mladostniki od 14. do 25. leta naj bi bili v procesu izobraževanja, torej obiskovanja osnovne, srednje šole ali fakultete, ali pa že zaposleni. Na psihološkem področju naj bi se razvijali odgovornost do lastnih darov, povezanost s seboj in skupnostjo, skrb za druge, sočustvovanje in naklonjenost, na intimnem področju pa odnos do spolnosti in razvijanje zmožnosti ljubiti. Večina tistih, ki zaidejo v problematično rabo droge, tistega, kar se od njih v tem obdobju pričakuje, ne dosega.

Zato je pomembno, da širša družba spremeni svoj toleranten in za mlade celo vzpodbujajoč odnos do te vrste droge. K temu lahko prispeva vsak, še posebej pa moramo biti glede tega senzibilni pedagogi, svetovalni delavci, zdravstveni delavci, zdravniki, sodniki, odvetniki. S svojim jasnim stališčem, da je uporaba marihuane enako škodljiva kot uporaba vsake druge droge, ter z doslednim ravnanjem s strokovni kompetencami lahko preventivno delujemo pri omejevanju te težave.

5. Z drogami povezano zdravljenje: povpraševanje po zdravljenju ter dostopnost do zdravljenja

5.1 Uvod

Programi zdravljenja, namenjeni uporabnikom prepovedanih drog, se v Sloveniji izvajajo v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) ter v programih nevladnih organizacij. Programe zdravljenja, ki se izvajajo v okviru mreže CPZOPD, financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, programe, ki jih izvajajo nevladne organizacije, pa v višini do 80 % večinoma financira ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Podatke o indikatorju »povpraševanje po zdravljenju« smo zbrali v okviru mreže 18 CPZOPD ob pomoči vodij centrov ter koordinatorjev mreže CPZOPD. Podatkovno bazo omenjenega indikatorja hrani Inštitut za varovanje zdravja RS, ki tudi pripravlja vprašalnik ter obdeluje zbrane podatke.

5.2 Strategija in politika na področju obravnave odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji

Področje obravnave odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji obravnava Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/1999).

Zakon opredeljuje socialnovarstvene storitve in programe reševanja socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog, ki potekajo prek različnih vladnih in nevladnih programov. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve financira delovanje 62 centrov za socialno delo, v katerih so uporabniki prepovedanih drog in njihovi svojci deležni različnih socialnovarstvenih storitev, predvsem pa storitev prve socialne pomoči, osebne pomoči in pomoči družini. Zunaj okvira javne službe pa deluje tudi mreža programov socialnega varstva, katerih pretežni del izvajalcev so nevladne organizacije. V teh programih uporabnikom prepovedanih drog in njihovim svojcem nudijo strokovno podporo pri obravnavanju njihovih težav, pomoč pri identifikaciji in doseganju ustreznih rešitev za nastale težave in drugačnih vzorcev vedenja, spremljanje in pomoč pri odvijanju in vzdrževanju abstinence ter reorganizaciji življenja. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve že vrsto let razvija mrežo različnih programov na področju socialne rehabilitacije. Programi, ki jih ministrstvo sofinancira, so praviloma namenjeni reševanju vprašanj socialnih stisk, povezanih z uporabo prepovedanih drog in alkohola, in jih lahko razvrščamo na naslednje ravni:

1. primarno preventivni programi (informiranje, delavnice, delo v skupinah, akcije, usmerjene v širšo skupnost)
2. programi, namenjeni identifikaciji in delu s posamezniki in skupinami z večjim tveganjem (dnevni centri, delavnice, delo v skupinah)
3. nizkopražni programi (dnevni centri za uporabnike drog, nočni centri, terensko delo z uporabniki, svetovanje)
4. Visokopražni programi (sprejemni centri, informacijske pisarne, terapevtsko pripravljalni centri, komune in terapevtske skupnosti)
5. programi reintegracije (dnevni centri, individualno spremljanje in svetovanje, delo v skupinah).

Dostopnost programov je takojšnja, čaka se le na vstop v terapevtske skupnosti, pri čemer je čas priprave na terapevtsko skupnost organiziran kot poseben program.

V letu 2008 je bila obstoječa mreža razširjena z novimi socialnimi programi:

- odprle so se tri nove lokacije sprejemnih centrov za odvisnike (Maribor - Ruše, Kočevje, Ravne), v Ljubljani pa se je odprl nov sprejemni center za mladostnike v starosti do 18 let
- odprl se je nov dnevni center z reintegracijskim programom
- odprla se je nova terapevtska skupnost »Žarek« na Jesenicah v organizaciji Društva za delo z mladimi v stiski
- na področju nizkopražnih programov pa se je v letu 2008 odprl nov center s terenskim delom v Novi Gorici in v Mariboru (Ferlan Istenič, 2009).

Nevladni programi na tem področju so v letu 2008 začeli ponovno intenzivneje delovati v okviru Zveze nevladnih organizacij, ki koordinira aktivnosti med nevladnimi organizacijami in jih tudi predstavlja.

Zdravljenje uporabnikov prepovedanih drog pa poteka v obliki hospitalnih in ambulantnih programov zdravljenja, ki jih potrди Zdravstveni svet. Zdravljenje izvajajo fizične in pravne osebe, ki izpolnjujejo pogoje, določene za opravljanje zdravstvenih dejavnosti v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost. 18 centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog je nameščenih v zdravstvenih domovih. Bolnišnični oddelek, ki ima tudi ambulantni oddelek, pa deluje v Ljubljani v okviru Psihiatrične klinike. Za zdravljenje se po tem zakonu šteje tudi vzdrževanje z metadonom in drugimi substitucijskimi sredstvi, ki jih potrди Zdravstveni svet. Po podatkih mreže Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog je bilo v letu 2008 v obravnavo vključenih 4429 bolnikov. 3332 bolnikov je prejelo vzdrževalno terapijo. Kot zdravila za vzdrževanje so se uporabljala naslednja zdravila: metadon, suboxone, naloxon, subutex in substitol (Kastelic, 2009).

Tabela 5.1: Število vseh obravnavanih oseb v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog glede na vrsto substitucijske terapije v letu 2008

Število vseh obravnavanih	Število oseb vključenih v substitucijsko zdravljenje	Metadon	Naloxon in Suboxon	Subutex	Substitol
4429	3332	2515	374	181	262

Vir: Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (Kastelic, 2009)

Vstop v programe centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti je takojšen in brez ovir. Za vstop v program je treba podpisati pristopno izjavo, v kateri so navedena pravila vedenja v programu in tudi odnos terapevtov do pacientov. Programi ne poznajo čakalnih list.

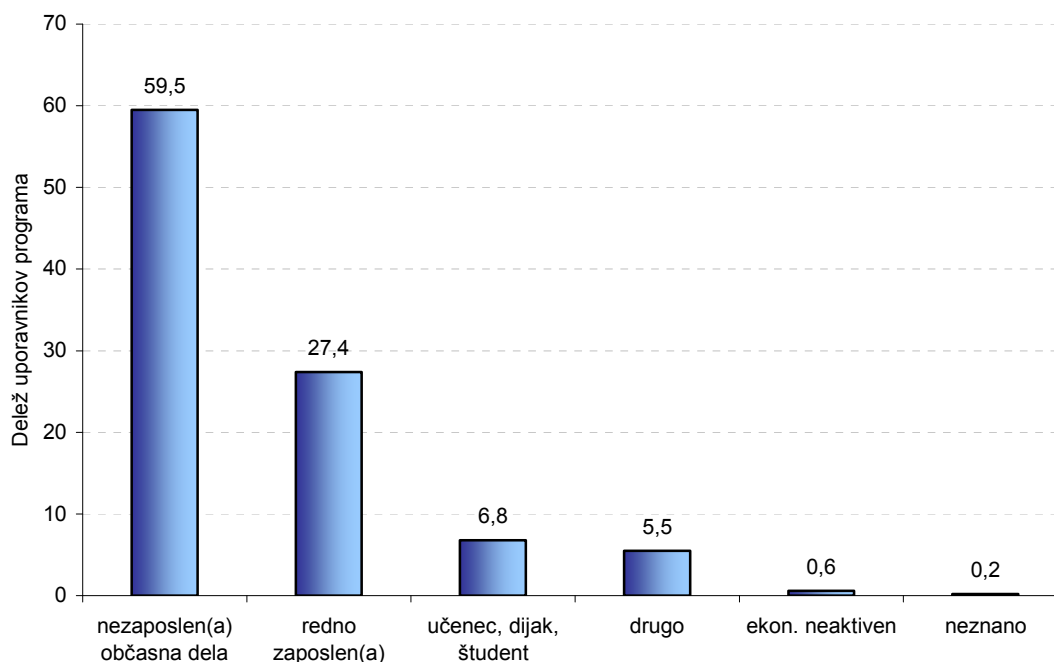
V času predsedovanja Slovenije EU je mrežo Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti njen vodja Andrej Kastelic predstavil na tematskem srečanju Horizontalne skupine za droge pri Svetu Evrope. Mreža centrov je za strokovnjake, zaposlene v mreži, izvedla strokovno izobraževanje na nacionalni ravni. Na nacionalni ravni pa je izvedla tudi izobraževanje strokovnjakov s področja obravnave uporabnikov prepovedanih drog, okuženih z virusom hepatitisa C. Mreža je bila soorganizator regijskega strokovnega srečanja Izzivi in odgovori zdravljenja odvisnosti: izkušnje iz regije v Poreču (Hrvaška). V letu 2008 je bila tudi izvedena strokovna ekskurzija za zaposlene v mreži v Avstriji, kjer so se seznanili z mrežo zdravljenja odvisnosti v Avstriji. Strokovnjaki mreže so se redno udeleževali tudi mednarodnih strokovnih srečanj v EU (Kastelic, 2009).

5.3 Vsi uporabniki CPZOPD v Sloveniji v letu 2008

Podatki so bili zbrani z osebnim anketiranjem s pomočjo vprašalnika. Anketiranje so izvajali strokovnjaki, ki delajo v 19 centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju: CPZOPD). V nadaljevanju je predstavljena populacija vseh uporabnikov programov v CPZOPD, ki so bili zdravljeni v programu v letu 2008.

V letu 2008 je bilo s pomočjo anketiranja zajetih skupaj 3169 oseb, ki so v letu 2008 obiskovale programe CPZOPD. Od tega jih je bilo v vzdrževalni program vključenih 2973. Od 3169 anketiranih jih je bilo 78,9 % moškega in 21,1 % ženskega spola. V povprečju so bili anketirani stari 27,9 let. Najstarejši je bil star 53 let in najmlajši 16 let. Velika večina (98,9 %) jih je imelo slovensko državljanstvo. 17,1% jih je živelo z uporabnikom drog. 98 uporabnikov drog iz te skupine je imelo otroke. Na vprašanje o bivališču je odgovorilo le 621 oseb. Od tega jih je imelo stalno bivališče 80,19 %, začasno bivališče 16,91 % anketiranih oseb, brezdomcev je bilo 2,1 %. Na vprašanje o trenutno zaposlitvi je odgovorilo 617 uporabnikov programa. Večina je bila nezaposlena ali je delala le občasno (59,5 %). Redno zaposlenih je bilo 27,4 % (Slika 5.1).

Slika 5.1: Delež uporabnikov programa v letu 2008 glede na njihovo zaposlitev, Slovenija, 2008

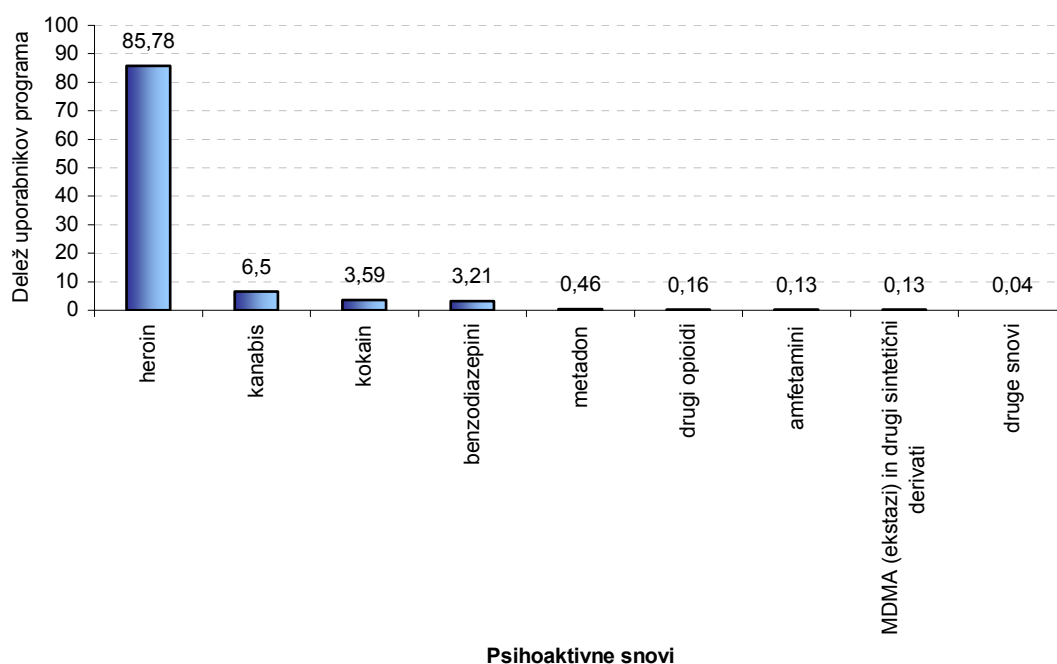


Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009

Osnovne šole ni končalo 2,1 % od 615 oseb, ki so odgovorile na to vprašanje. 38,2 % jih je končalo osnovno šolo, srednjo šolo je končalo 49,1% uporabnikov programa. Višjo in visoko šolo je končalo 1,3 % anketiranih uporabnikov programa.

Glavna droga, zaradi katere so imeli uporabniki programa največ težav in zaradi katere so tudi obiskali center, je bil heroin (85,78 %). Veliko manj uporabnikov programa pa je opredelilo kot glavno drogo, zaradi katere so imeli težave, marihuano (6,5 %) in kokain (3,59 %). 3,21 % je kot glavno drogo, zaradi katere so potrebovali pomoč, navedlo benzodiazepinske preparate (Slika 5.2).

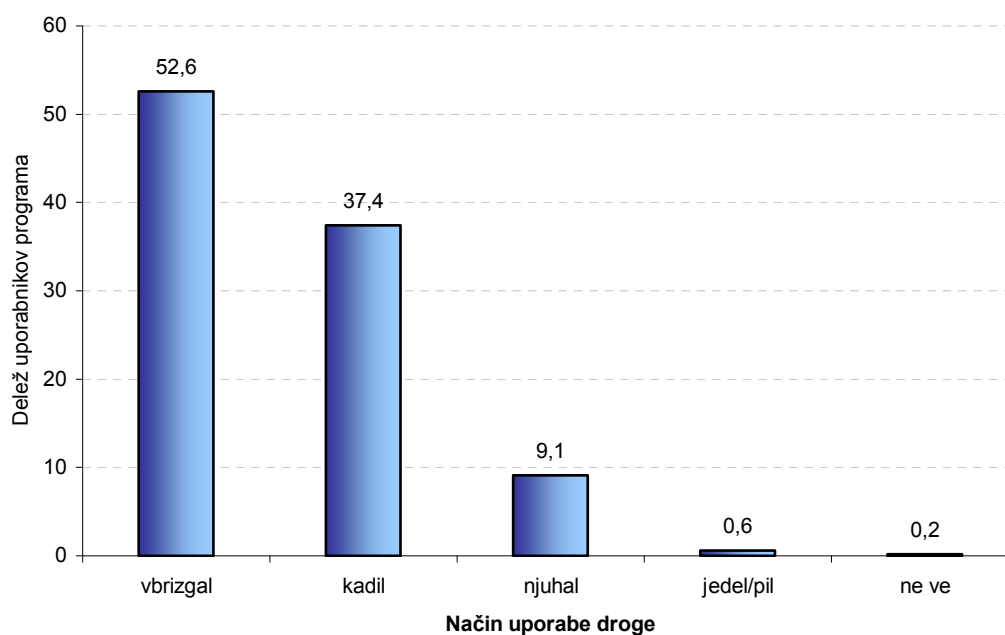
Slika 5.2: Delež uporabnikov programov CPZOPD glede na glavno drogo, ki je uporabniku drog povzročala največ težav in zaradi katere je tudi poiskal pomoč v centru, Slovenija, 2008



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009

Način uporabe glavne droge je pomemben, saj je od njega odvisna tudi stopnja tveganja tako za okužbo z nalezljivimi obolenji kot tudi za smrtni izid ob uporabi droge. Večina uporabnikov programa si je drogo vbrizgavala (52,6 %). Drogo je kadilo 37,4 % uporabnikov programa . 9,1 % pa jih je drogo njuhalo (Slika 5.3).

Slika 5.3: Način uporabe glavne droge med uporabniki programov CPZOPD, Slovenija, 2008



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009

Kot prva dodatna droga, zaradi katere so imeli uporabniki programa težave, se najpogosteje pojavlja kokain (41,7 %), ki se uporablja tudi skupaj z heroinom, da se okrepi učinek posamezne droge. Pomembna dodatna droga je kanabis, ki ga uporablja kot drugo drogo 35,9 % uporabnikov CPZOPD. 14,9 % uporabnikov programa pa kot drugo drogo uporablja benzodiazepine, ki jim tudi povzročajo težave.

Starost ob prvi uporabi katere koli prepovedane droge je bila 15,9 let. Najmlajši uporabnik je imel ob prvi uporabi drog 6 let in najstarejši 39. Najpogostejša prepovedana droga ob prvi uporabi droge pri uporabnikih programa CPZOPD je bila kanabis (86,2 %), druga najpogostejša pa heroin (9,5 %).

Tvegano vedenje

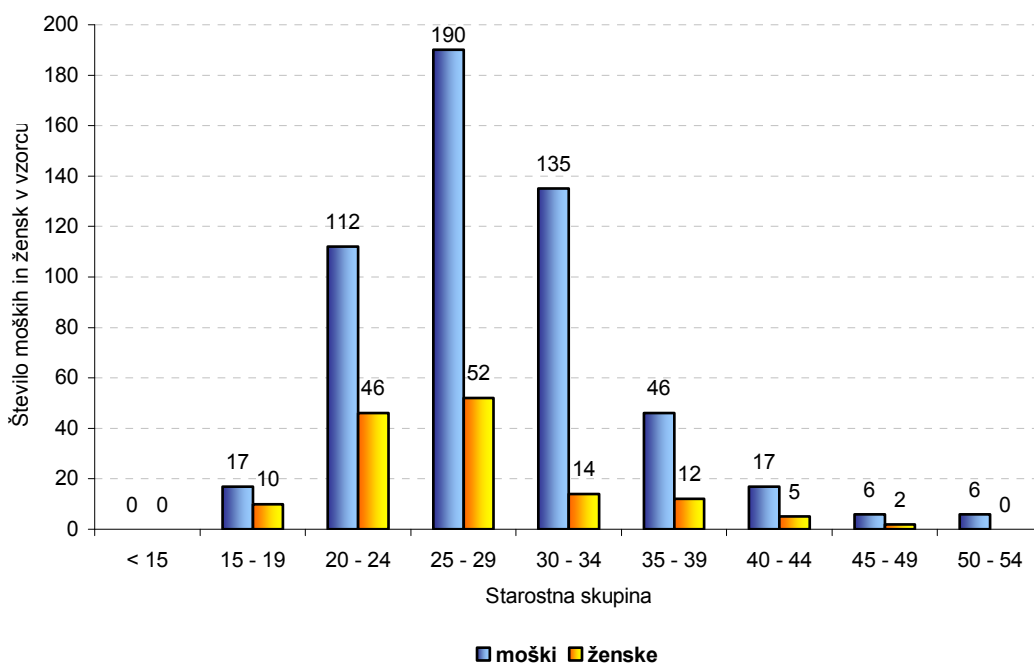
V povprečju so si uporabniki programov prvič vbrizgali drogo v starosti 20,7 let. Najmlajši si je prvič vbrizgal drogo pri 13 letih in najstarejši pri 45 letih. Velika večina (97,3 %) oseb, ki so si vbrizgavale droge, je pri zadnjem vbrizgavanju uporabljala sterilno iglo. 96,1 % uporabnikov programov v centrih je sterilno iglo za injiciranje drog uporabljalo tudi v zadnjem mesecu. 95,1 % pa jih je pri zadnjem vbrizgavanju drog uporabljalo tudi ostali sterilni material. V zadnjem mesecu dni pa 91,4 % uporabnikov programa CPZOPD ni souporabljalo ostalega pribora za injiciranje drog, 7,4 % pa ga je, kar zanje predstavlja veliko tveganje za prenos nalezljivih obolenj, kot sta HIV in hepatitis C.

5.4 Značilnosti uporabnikov, ki so v letu 2008 ponovno ali prvič vstopili v program CPZOPD

Podatke smo zbirali na Inštitutu za varovanje zdravja RS s pomočjo vprašalnika, ki smo ga razdelili med 19 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Vprašalnike je vrnilo 18 centrov. Vprašalnike so izpolnjevali zaposleni v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog z metodo neposrednega intervjuja. Vzorec je zajel vso Slovenijo in ga lahko označimo kot reprezentativnega. Skupaj smo zbrali 670 vprašalnikov, in sicer od ponovno in na novo sprejetih pacientov v CPZOPD v letu 2008. Vse so anketirali zaposlenih v centrih.

Od skupno 670 anketiranih uporabnikov programa se jih je 278 (41,49 %) prvič vključilo v program v letu 2008, ostali so se vključili ponovno. V populaciji, ki je bila anketirana s strani zaposlenih v centrih, jih je bilo 529 (79 %) moškega in 141 (21 %) ženskega spola. Večina 493 (73,5 %) jih je prišla neposredno v program samih, brez napotnice iz druge ustanove. 42 jih je prišlo v spremstvu s starši, 33 pa jih je bilo napotnih iz drugih centrov. Večino uporabnikov programa lahko uvrstimo v starostno skupino od 20-34 let (Slika 5.4).

Slika 5.4: Porazdelitev uporabnikov programa CPZOPD v letu 2008 glede na starostno strukturo, Slovenija

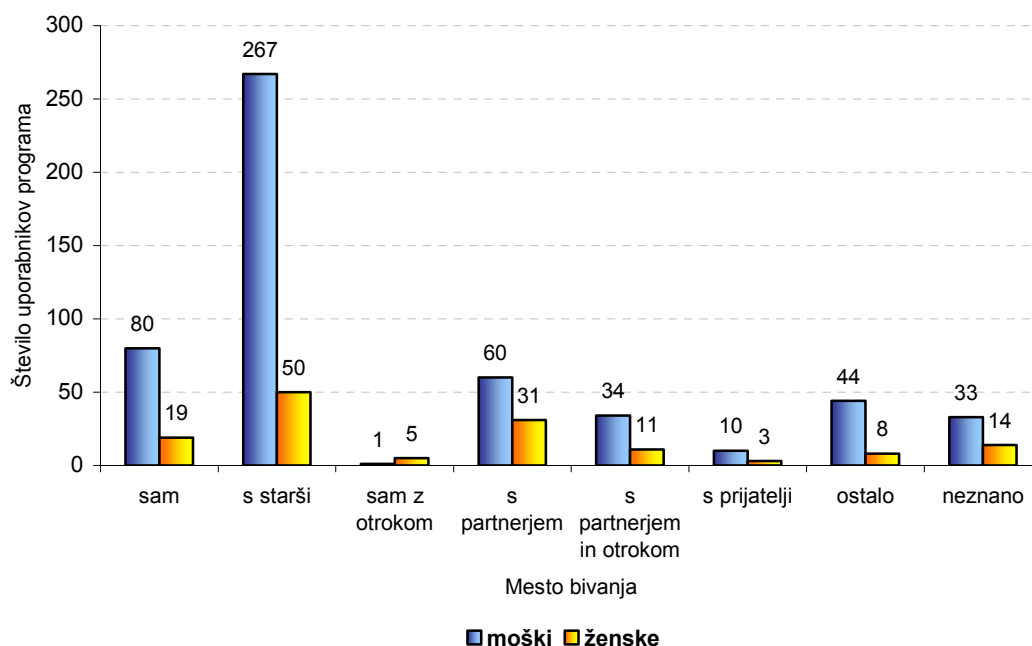


Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009

Mesto bivanja uporabnikov, vključenih v program

Za vzorec uporabnikov programa, ki so se v letu 2008 ponovno ali prvič vključili v program Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti v Sloveniji, je značilno, da jih večina (47,3) % živi pri starših. 99 ali 14,7 % jih je živel samih in 91 (13,5 %) pri partnerju (Slika 5.5).

Slika 5.5: Število uporabnikov programa glede na mesto bivanja, Slovenija, 2008

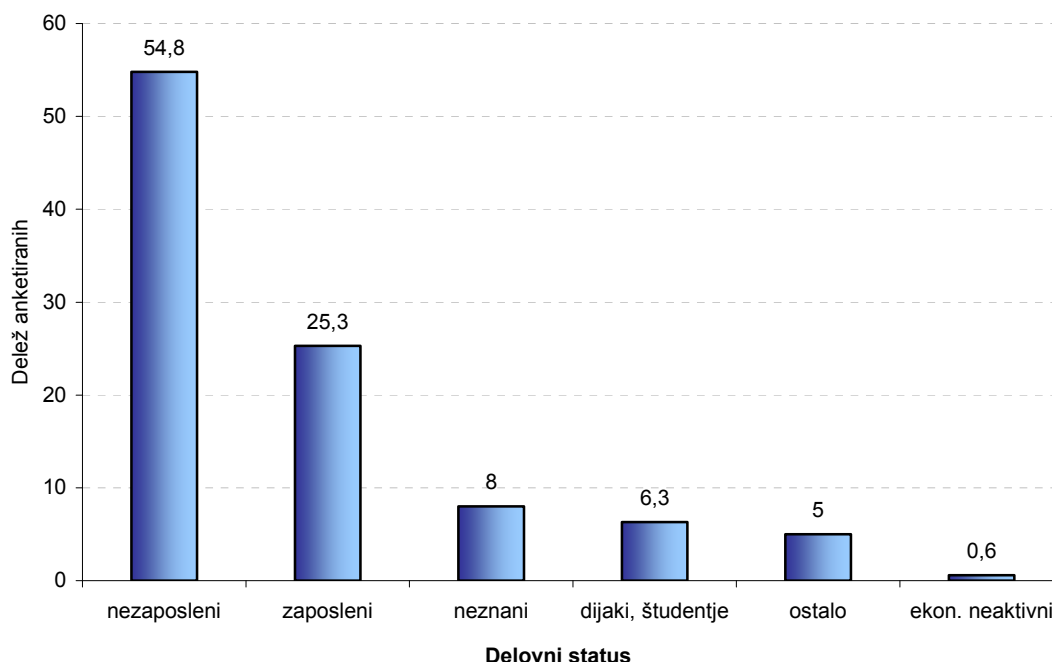


Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009

Zaposlitveni status uporabnikov programa

Večina (54,6 %) na novo in ponovno vključenih v program, pri katerih so vprašalnik izpolnili zdravniki, je bilo brezposelnih. Redno zaposlenih jih je bilo 25,3 %. Izobraževalo se jih je 6,3% (Slika 5.6).

Slika 5.6: Delež uporabnikov programa, glede na zaposlitveni status, Slovenija, 2008



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009

Izobrazba uporabnikov programa

Največji delež so predstavljale osebe, ki so končale srednjo šolo (52,5 %). 235 anketiranih (35,1 %) je končalo osnovno šolo. 13 (1,9 %) jih je bilo v času anketiranja brez končane šole, kar pomeni, da niso končali osnovne šole. Visoko šolo ali univerzitetni študij pa je končalo 8 (1,2 %) oseb.

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

Največ prvič in ponovno vključenih v programe zdravljenja v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti v letu 2008 je imelo primarno težavo z opiat. Od 670 zajetih uporabnikov programa se jih je 615 (91,79 %) zdravilo zaradi uporabe opiatov. Med tistimi, ki so se zdravili zaradi odvisnosti od opiatov, jih je bilo 610 (99,2 %) takih, ki so iskali pomoč zaradi posledic uporabe heroína. 0,6 % je bilo takih, ki so zlorabljali metadon kot zdravilo in postali od njega odvisni ter so poiskali pomoč pri zdravniku v CPZOPD.

25 (3 %) oseb, ki so bile sprejete prvič ali so bile ponovno vključene v zdravljenje odvisnosti v centrih, je imelo kot primarno težavo odvisnost od kanabisa.

Samo devet oseb je v centrih iskalo pomoč zaradi težav zaradi uporabe kokaina. Dve osebi sta iskali pomoč zaradi težav, ki so nastale po uporabi sintetičnih drog. Ena oseba se je oglasila v centru zaradi težav, ki so nastopile po zlorabi zdravil.

Način uporabe prve droge

Med 670 anketiranimi jih je kot glavno drogo 615 ali 91,79 % uporabljalo opiate. 610 ali 91 % jih je kot prvo drogo uporabljalo heroin (99,1 % od vseh, ki so kot glavno drogo uporabljali opiate). Ostali opiatni kot prve droge so bili pri štirih osebah metadon (dve od njih sta uporabljali metadon intravenozno, dve pa oralno), eden pa je uporabljal kot prvo drogo intravenozno ostale opiate. Kokain je kot prvo drogo uporabljalo 9 oseb ali 1,3 %. Štiri osebe so kokain kot prvo drogo njuhale, štiri so ga uporabljale intravenozno, ena pa ga je kadila.

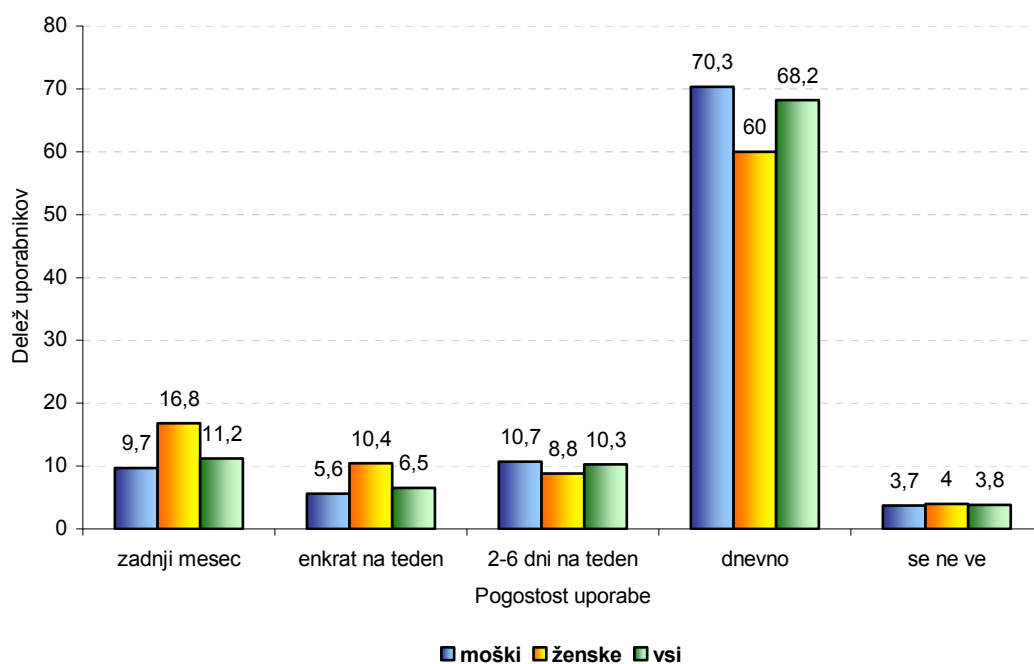
Med 670 anketiranih je bilo 529 moških. Moški so v veliki večini (487) kot prvo drogo uporabljali opiate. 485 jih je uporabljalo heroin, v visokem deležu (258 ali 53,2 %) intravenozno. Heroin je kot prvo drogo kadilo 174 (35,8 %) moških, vdihovalo pa 39 moških ali le 8,04 % anketiranih. En moški je kot glavno drogo uporabljal metadon in eden ostale opiate. Kokain kot prvo drogo so uporabljali štirje moški intravenozno, trije so ga vdihavali, eden pa je kokain kadil. Kanabis je kot prvo drogo uporabljalo 17 moških.

V opazovani skupini je bilo 141 uporabnic drog. Med njimi jih je 128 kot prvo drogo uporabljalo opiate. 125 od njih ali 97,6 % jih je kot prvo drogo uporabljalo heroin. Dve sta kot prvo drogo intravenozno uživali metadon, ena pa ga je uživala per os. Med 125 ženskami, ki so kot prvo drogo uporabljale heroin, jih je 61 (48,8 %) kot prvo drogo uporabljalo heroin intravenozno, kar je za približno pet odstotnih točk manj kot pri moških. 38 (30,4 %) uporabnic je heroin kot glavno drogo kadilo, kar predstavlja bistveno večji delež kot med moškimi, kjer jih je heroin kot glavno drogo kadilo le 8,4 %. Kokain kot glavno drogo je uporabljala ena uporabnica, ki ga je kadila. Kanabis so kot prvo drogo uporabljale štiri ženske. Dve ženski sta kot prvo drogo uporabljali MDMA. Od tega je ena kot prvo drogo MDMA zaužila, druga pa si jo je injicirala.

Pogostnost uporabe prve droge

Vprašani se med seboj razlikujejo glede na to, kako pogosto so uporabljali prvo drogo. Večina, 417 od 615, je uporabljala opiate kot prvo drogo vsak dan. Heroin je kot prvo drogo vsak dan uporabljalo 416 (68,2 %) oseb od skupno 610 uporabnikov heroina. Med ženskami je heroin uporabljalo skupaj 125 oseb, vsak dan pa 75 žensk ali 60% žensk (Slika 5.7).

Slika 5.7: Delež uporabnikov in uporabnic prve droge heroina glede na pogostnost uporabe, Slovenija, 2008



Najpogostejša je bila dnevna uporaba heroina. Ostale pogostnosti uporabe heroina kot prve droge so v bistveno manjših deležih in so prikazane v Sliki 5.7.

5.5. Trendi pri uporabnikih v programu zdravljenja

Programi zdravljenja odvisnosti v Sloveniji potekajo že od leta 1991. Podatke, ki so zajeti v vprašalniku TDI, spremljamo že vrsto let, zato je mogoče slediti tudi nekaterim trendom na tem področju.

Trend deleža oseb, ki so prvič ali ponovno iskale pomoč v CPZOPD v tekočem letu glede na glavno drogo

Največji delež oseb, ki so med letoma 2005 in 2008 prvič ali ponovno iskale pomoč v CPZOPD, predstavljajo tisti, ki so iskali pomoč zaradi težav s heroinom. Največ jih je bilo v letu 2007 (93,6 %), v letu 2008 pa se je njihov delež znižal na 91 %. Delež oseb, ki so imele težave s kanabisom, je od leta 2005 rahlo padal, in sicer s 5,7 % leta 2005 na 3,1 % leta 2008. Nakazuje se tudi rahel upad trenda pri benzodiazepinih (Tabela 5.2).

Tabela 5.2: Trendi deleža uporabnikov glede na prvo drogo med bolniki, ki so bili prvič ali ponovno sprejeti v tekočem letu v CPZOPD, Slovenija, 2008

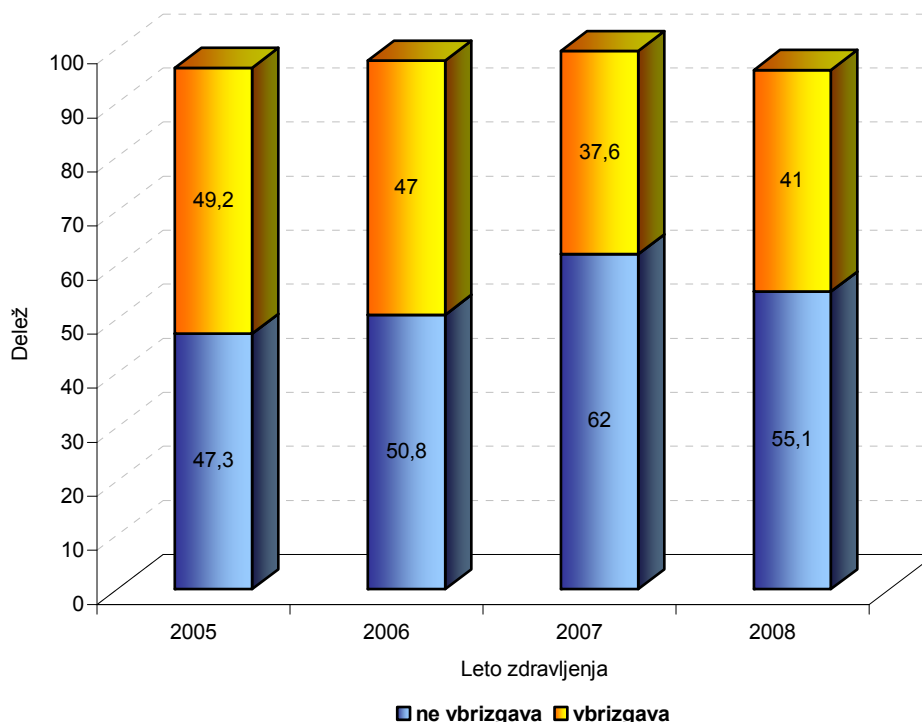
	2005	2006	2007	2008	Total
Heroin	90,1	92,4	93,6	91	91,8
Metadon (če ni predpisan)	0,8	0,5	1,5	0,6	0,8
Drugi opiodi	0,3	0,2	0,3	0,1	0,2
Kokain	1,4	0,8	0,9	1,3	1,1
Amfetamini	0,2	0,2	0	0	0,1
MDMA in drugi sintetični drivati	0,5	0,2	0,1	0,3	0,3
Benzodiazepini	0,5	0,2	0,1	0,1	0,2
Hlapljive snovi za vdihavanje	0	0,2	0	0	0
Kanabis	5,7	5	3	3,1	4,2
Neznano	0,6	0,6	0,4	3,3	1,2
Skupaj	100	100	100	100	100

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009

Vbrizgavanje drog

Vbrizgavanje drog predstavlja pomembno tveganje za okužbo z nevarnimi virusi HIV in hepatitisa. Zato je rahel trend upadanja deleža oseb, ki so v zadnjih tridesetih dneh uporabile drogo intravenozno, v letih 2005-2007, pozitiven. Od leta 2005, ko si je v zadnjem mesecu pred prihodom v program zdravljenja CPZOPD vbrizgavalo drogo 49,2 % ponovno oziroma prvič vključenih v program, je do leta 2007 ta delež padel na 37,6 % in se leta 2008 ponovno dvignil za skoraj 4 odstotne točke, torej na 41 % (Slika 5.8).

Slika 5.8: Delež oseb, ki so prvič oziroma ponovno vstopile v program v posameznem letu glede na način uporabe droge v zadnjih 30 dneh, Slovenija, 2008



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009

Opomba: primeri z odgovori neznano ali manjkajočimi podatki so izpuščeni iz grafa.

Status uporabnika drog glede na zaposlitev ob prvem in ponovnem sprejemu v letih 2005-2008.

Večina uporabnikov drog, ki prvič ali ponovno prihajajo v program, je še vedno brezposelna. Zaposlitev je pri uporabnikih drog pomembna socialna kategorija. Žal jo velikokrat izgubijo zaradi svojega odnosa do dela, ki je predvsem posledica uporabe drog, in tudi zaradi netolerantnosti delodajalcev, ki imajo v Sloveniji še vedno zadržan odnos do zaposlovanja uporabnikov drog. Iz Tabele 5.3 je razviden trend gibanja deleža zaposlenih uporabnikov drog ob prvi in ponovni vključitvi odvisnih v program zdravljenja CPZOPD. Leta 2005 je bilo takih, ki so bili ob prvem in ponovnem vstopu v program zaposleni, le 20,5 %. Ta delež je do leta 2008 zrasel na 25,2 %. Vse manjši pa je bil med uporabniki drog, ki so se med letoma 2005 in 2008 prvič ali ponovno vključevali v CPZOPD programe, delež učencev in dijakov (leta 2005 jih je bilo 13,9 %, leta 2008 pa 6,3 %). Največji pa je bil vsa ta leta delež nezaposlenih in tistih, ki občasno opravljajo dela, vendar zasledimo med letoma 2005 in 2008 tudi v tej skupini rahel upad s 60,6 % v letu 2005 na 54,8 % v letu 2008 (Tabela 5.3).

Tabela 5.3: Trend zaposlenih, brezposelnih in učencev in dijakov v letih 2005-2008 v programih CPZOPD, Slovenija

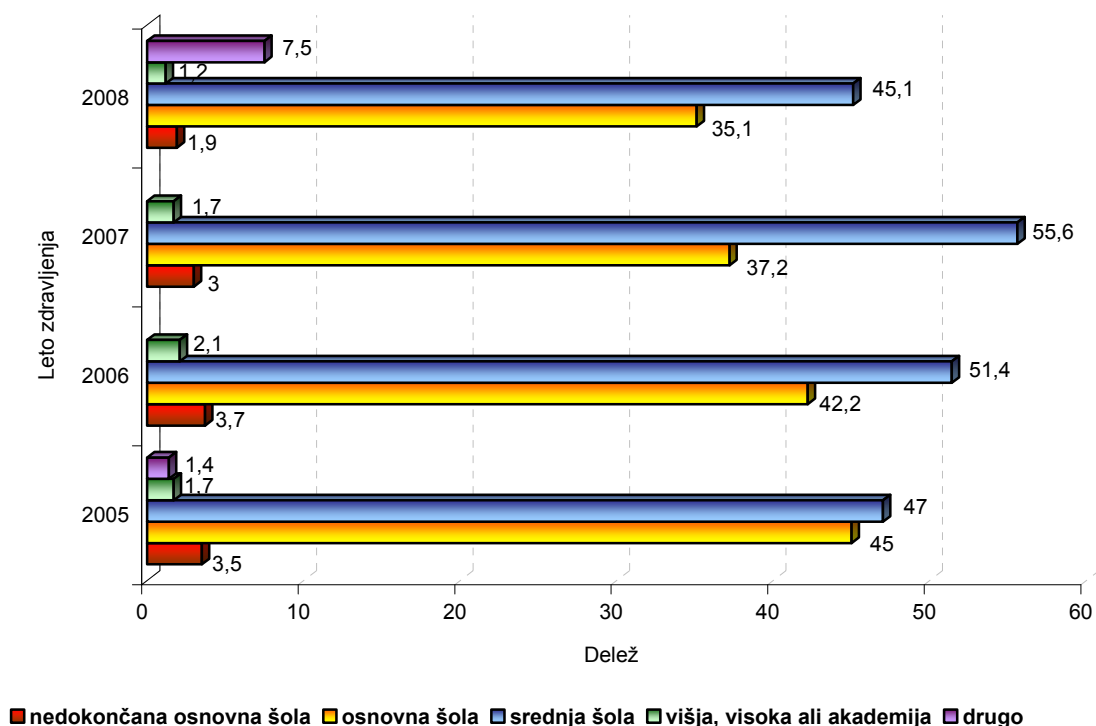
	Redno zaposlen(a)	Učenec, dijak, študent	Ekon. neaktiven	Nezaposlen(a)/ občasna dela	Drugo	Neznano/ manjka	Skupaj
2005	20,5	13,9	0,2	60,6	4,4	0,5	100
2006	21,8	11,1	0,6	62,3	3,7	0,6	100
2007	24,7	9,3	0,4	56,9	6,5	2,2	100
2008	25,2	6,3	0,6	54,8	5,1	8,1	100
Skupaj	23,1	10,1	0,5	58,6	4,9	2,9	100

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009

Delež oseb, prvič ali ponovno sprejetih v program, glede na stopnjo končane izobrazbe

Izobrazbena raven prvič in ponovno sprejetih v programe se je med letoma 2005 in 2008 izboljševala. Vse manj je oseb z nedokončano in končano osnovno šolo, povečuje pa se delež oseb s končano srednjo šolo.

Slika 5.9: Delež oseb, prvič ali ponovno sprejetih v program CPZOPD, glede na stopnjo končane izobrazbe med letoma 2005 in 2008, Slovenija



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009

Opomba: primeri z odgovori neznano ali manjkajočimi podatki so izpuščeni iz grafa.

Zaključek

Zakonodaja v Sloveniji obravnavo odvisnih od drog opredeljuje v posebnem zakonu. Veliko večino jih obravnavajo v zdravstvenem in socialnem sektorju ter v vladnih in nevladnih organizacijah. Programi, ki jih financira ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, so primarno namenjeni reševanju socialnih stisk uporabnikov drog. Delimo jih lahko na (1.) primarno preventivne programe, (2.) programe, namenjene identifikaciji in delu s posamezniki in skupinami z večjim tveganjem, (3.) nizkopražne programe, (4.) visokopražne programe in (5.) programe reintegracije. V letu 2008 je bila mreža socialne pomoči razširjena z dodatnimi programi.

Značilnost predvsem nizkopražnih programov je, da so zelo lahko dostopni za vsakega, ki ima težave z drogami, ki potrebuje svetovanje ali sterilni pribor za injiciranje drog. Višjepražni programi pa so dostopni v skladu s pravili, ki so določena za konkretni program.

Zdravstveni sistem zagotavlja zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in tudi zdravljenje pridruženih obolenj ali poškodb. Zdravljenje poteka v ambulantah in bolnišnici. Pomembna je mreža CPZOPD, ki s tovrstnimi programi pokriva skoraj celo Slovenijo. Po evidencah, ki jih vodijo v CPZOPD, je bilo v letu 2008 v njihov program vključenih 4429 oseb, od tega 3332 oseb v substitucijsko zdravljenje. Večina jih je bilo vključenih v metadonsko vzdrževalno zdravljenje (2515 oseb). Odvisni od drog so lahko izbirali tudi med drugimi vrstami

substitucijske terapije, saj lahko Slovenija bolnikom, odvisnim od drog, ponudi še zdravljenje z naloxonom in suboxonom, subutexom in subtitolom. Dostopnost programov je odlična in programi ne poznajo čakalnih dob. Program je bil evalviran tudi s pomočjo strokovnjakov iz tujine (Franz in sod., 2007) Program zdravljenja odvisnosti v celoti financira zdravstveno zavarovanje.

V letu 2008 nam je uspelo iz programov CPZOPD zbrati tudi vprašalnike TDI. Zajeli so 670 oseb, ki so bile v letu 2008 ponovno ali prvič v programu. Prvič je bilo v letu 2008 po podatkih, zbranih s pomočjo TDI, v program CPZOPD sprejetih 278 oseb, ponovno pa 392. Glavna droga, zaradi katere so uporabniki drog koristili programe pomoči, je bil heroin. Kot prva dodatna droga, zaradi katere so uporabniki drog iskali pomoč, pa se je najpogosteje (v 41,7 %) pojavil kokain, ki pa je bil redko udeležen kot glavna droga, zaradi katere so uporabniki drog iskali pomoč (v 3,59 %), redkeje kot marihuana (6,5 %). Treba je tudi poudariti, da je bila velika večina uporabnikov programa brezposelna, največ jih je imelo končano srednjo izobrazbo. Večina med 670 prvič in ponovno sprejetih v program je glavno drogo, heroin, uporabljala intravenozno. Velika večina je ob tem uporabljala sterilni material. Med uporabnicami drog, ki so prvič ali ponovno prišle v program v letu 2008, je bil bistveno večji delež tistih, ki so drogo kadile. Glavno drogo - heroin, so osebe, ki so prvič ali ponovno prišle v program, pred prihodom v program v veliki večini uporabljale vsak dan. Delež brezposelnih med osebami, ki so prvič in ponovno vstopale v program CPZOPD, se z leti zmanjšuje. Iz podatkov pa je tudi razviden pozitiven trend deleža oseb, ki so med letoma 2005 in 2008 prvič ali ponovno vstopile v program in so bile zaposlene. Zmanjšuje se tudi delež oseb, ki so prvič ali ponovno vstopile v program primarno zaradi posledic uporabe marihuane. Sprva se je počasi dvigal delež oseb, ki so vstopile v program zaradi težav, ki so jih imele zaradi uporabe heroina (med letoma 2005 in 2007). Leta 2008 pa se je ta delež znižal na 91 %. Zaradi nevarnosti, ki jo predstavlja injiciranje drog, še posebej tedaj, ko se iz različnih razlogov izmenjuje že uporabljen pribor, je pomemben trend zmanjševanja deleža oseb, ki so prvič ali ponovno vstopile v program CPZOPD in so si injicirale droge vsaj 30 dni pred vstopom v program.

6. Z zdravjem povezane težave in posledice

6.1. Uvod

Pri uživalcih drog je večja verjetnost za okužbe z virusom HIV, s hepatitisom B in hepatitisom C, smrti zaradi drog pa predstavljajo velik delež umrljivosti med mladimi. V tem poglavju predstavljamo obolevnost prebivalstva Slovenije z virusom HIV ter kronično obolevnost z virusoma HBV in HCV za obdobje med letoma 2004 in 2008. Predstavljamo pa tudi število in nekaj osnovnih značilnosti oseb, ki so umrle zaradi drog.

6.2. Z drogami povezane nalezljive bolezni

Okužbe z virusom HIV

Slovenija je država, v kateri so okužbe z virusom HIV malo razširjene; v nobeni skupini prebivalstva s tveganim vedenjem razširjenost ni dosegla niti 5 %. Kot kažejo vse razpoložljive informacije iz nadzornih sistemov, se hitro širjenje okužb s HIV med injicirajočimi uporabniki drog še ni začelo.

Med letoma 2004 in 2008 ni bila sporočena niti ena nova okužba s HIV med injicirajočimi uporabniki drog, čeprav je bilo od leta 1986, ko se je začel državni nadzor nad okužbami s HIV na osnovi obvestil o novih diagnozah, poročanih 13 novih diagnoz okužbe s HIV v tej populaciji. Zadnja okužba s HIV med injicirajočimi uporabniki drog je bila diagnosticirana leta 2001.

Razširjenost HIV med zaupno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so bili zdravljeni v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog, je v med letoma 2004 in 2008 dosledno ostala pod 1 %. Podobne rezultate je v istem obdobju pokazalo nevezano anonimno testiranje, ki je bilo opravljeno z namenom nadzora na treh različnih nadzornih mestih (v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog v Ljubljani in Kopru ter v treh nevladnih programih za zamenjavo igel in brizg, od katerih sta dva v Ljubljani in eden v Kopru). V sklopu tega testiranja je bilo zbranih skupno 939 vzorcev sline, ki so bili testirani za HIV protitelesa. Niti en ni bil pozitiven.

HBV

Leta 2008 je stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitis B (HBV; anti-HBc) med zaupno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so se zdravili v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog, znašala 4,2 %. V obdobju 2004–2008 se je stopnja razširjenosti teh protiteles gibala med najvišjim odstotkom 5,6 % leta 2006 in najnižjim 3,6 % leta 2007.

Poročana incidenčna stopnja akutnih in kroničnih okužb s HBV je leta 2008 v Sloveniji znašala 2,6 na 100.000 prebivalcev. V obdobju 2004–2008 se je poročana incidenčna stopnja gibala med najvišjo leta 2005, t. j. 3,2 na 100.000 prebivalcev, in najnižjo leta 2007, t. j. 2,0 na 100.000 prebivalcev. Zaradi nezadostnega poročanja te incidenčne stopnje je ocena bremena te okužbe precej prenizka.

HCV

Leta 2008 je stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitis C (HCV) med zaupno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so se zdravili v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog, znašala 22,3 %. Med letoma 2004 in 2008 se je stopnja razširjenosti teh protiteles gibala med najvišjim odstotkom (23,4 %) leta 2005 in najnižjim (21,8 %) leta 2007.

Poročana incidenčna stopnja akutnih in kroničnih okužb s HCV je leta 2008 v Sloveniji znašala 4,1 na 100.000 prebivalcev. Med letoma 2004 in 2008 se je poročana incidenčna stopnja gibala med najvišjo leta 2005, t. j. 7,2 na 100.000 prebivalcev, in najnižjo leta 2008, t. j. 4,1 na 100.000 prebivalcev. Zaradi nezadostnega poročanja te incidenčne stopnje je ocena bremena te okužbe precej prenizka.

Prednosti in omejitve ključnega kazalnika nalezljivih bolezni

Prednosti spremljanja razširjenosti okužb s HIV, HCV in HBV med injicirajočimi uporabniki drog, ki se zdravijo v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog, sta nacionalna pokritost in vzdržljivost takega nadzornega sistema. Poleg tega se z namenom nadzora nad okužbami s HIV izvaja nevezano anonimno testiranje zna HIV med injicirajočimi uporabniki drog, ko ti prvič zaprosijo za zdravljenje. Testiranje izvajajo v največjem Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog CPTDA v Ljubljani. Pred kratkim so bili v treh nevladnih organizacijah v sistem vključeni tudi programi za zmanjševanje škode zaradi drog (AIDS Fundacija Robert - program zamenjave igel v Ljubljani leta 2003, STIGMA - program zamenjave igel v Ljubljani od leta 2005 do 2008, SVIT - program zamenjave igel v Kopru med letoma 2004 in 2008).

Poleg tega Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije zbira podatke o na novo diagnosticiranih okužbah s HIV/HBV/HCV, ki včasih vključujejo tudi podatke o načinu prenosa okužbe. Diagnoze vseh treh vrst okužb je treba prijaviti v skladu z Zakonom o nalezljivih boleznih. Prednost spremljanja poročane incidence okužb s HIV/HBV/HCV je nacionalna pokritost. V nasprotju z relativno zanesljivimi podatki o incidenci AIDS podatki o poročanih na novo diagnosticiranih primerih okužbe HIV med injicirajočimi uporabniki drog ne morejo zanesljivo odražati incidence okužb s HIV. Vendar pa prevladuje mnenje, da je poročanje o primerih diagnosticiranih okužb s HIV popolno, incidenca okužb s HIV med injicirajočimi uporabniki drog pa zelo nizka. Poleg tega skoraj vsa poročila o primerih okužb s HIV, ki jih prejme državni inštitut za varovanje zdravja, vsebujejo podatke o verjetnem načinu prenosa okužbe. Tako je vsaka prenizka ocena incidence okužb s HIV med injicirajočimi uporabniki drog lahko le posledica morebitne pozne diagnoze. Nasprotno so zaradi nezadostnega poročanja o diagnosticiranih primerih podatki o incidenčnih stopnjah okužb s HBV in HCV veliko manj zanesljivi in ponujajo prenizko oceno dejanskega bremena diagnosticiranih okužb v tej populaciji. Poleg tega so podatki o načinih prenosa okužbe (npr. pri injicirajočih uporabnikih drog) na voljo le za majhen delež sporočenih okužb s HBV in HCV.

6.3 Druge z drogami in zdravjem povezane težave ter posledice

Otroci staršev, ki se zdravijo v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

Uporabniki in uporabnice drog, ki se zdravijo v slovenskih Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, imajo vsako leto več otrok. V okviru koordinacije mreže CPZOPD je bila opravljena raziskava, s katero so želeli ugotoviti, v kakšnih razmerah živijo njihovi otroci.

V oktobru in novembru 2006 se je v raziskavo vključilo 12 od 18 slovenskih CPZOPD (Celje, Ilirska Bistrica, Kočevje, Kranj, Ljubljana, Logatec, Maribor, Novo mesto, Piran, Pivka, Sežana in Velenje).

Uporabnikov-očetov je bilo v 12 centrih, ki so sodelovali v raziskavi, skupno 150. Njihova povprečna starost je bila 34,5 let. Poročenih je bilo 20 bolnikov (13,3 %). Partnerko, ki je bila tudi vključena v program zdravljenja v centru, je imelo 27 moških (18 %). Socialno podporo je v času raziskave prejelo 61 uporabnikov-očetov (40,6 %). Za nedoločen čas je bilo zaposlenih 47 očetov (31,3 %), za določen čas pa 20 (13,3 %). Priložnostna dela jih je opravljalo 37 (24,7 %), dva sta bila dijaka oz. študenta, upokojenih pa je bilo šest moških (4 %).

Uporabniki-očetje so imeli skupaj 185 otrok, od tega 97 predšolskih otrok (56,2 %), 58 šoloobveznih (31,4 %), več kot 15 let pa je bilo starih 30 njihovih otrok (16,2 %). 104 otroci so živeli v družinah z obema staršema (56,2 %), pri mami je živelo 63 njihovih otrok (34 %), pri očetu pet (2,7 %), pri starih starših pa štirje (2,2 %). V reji so bili trije otroci takšnih očetov (1,6 %), samostojno so živeli štirje. Noben otrok bolnikov-očetov v času raziskave ni živel v vzgojnem zavodu. En otrok je bil v zaporu.

V navedenih 12 centrih je bilo skupno 78 mamic s povprečno starostjo 30,9 let. Med njimi je bilo le pet poročenih (6,4 %). Partnerja, vključenega v zdravljenje odvisnosti v istem ali drugem centru, je imelo kar 42 mamic (53,8 %). Socialno podporo je prejemale 45 žensk (57,7 %). 17 (21,8 %) jih je bilo zaposlenih za nedoločen čas. Priložnostna dela je opravljalo 9 žensk (11,5 %). 6 (7,7 %) jih je bilo dijakinj oz. študentk. Ena je bila upokojena.

Uporabnice-mame so imele skupno 102 otroka, od tega 59 predšolskih otrok (57,8 %), 29 šoloobveznih (28,4 %) in 14 otrok, starejših od 15 let (13,7 %). Tri ženske so bile v času raziskave noseče. 69 otrok je živelo v družini z obema staršema (67,6 %). Samo pri mami je živelo sedem otrok (6,9%), le pri očetu pet (4,8 %) in pri starih starših prav tako pet. V rejništvu je bilo 11 njihovih otrok (10,7 %). Samostojno sta živela dva otroka. V vzgojnem zavodu je živel en. Noben otrok ni bil v zaporu. Za tri otroke podatek o prebivališču v raziskavi ni bil znan.

6.4 Z drogami povezane smrti in umrljivost uporabnikov drog

Uvod

Z drogami povezana umrljivost predstavlja velik delež v skupnem številu smrti mladih ljudi, zato predstavlja pomemben javnozdravstveni problem. Predstavlja tudi etični problem, saj so smrti zaradi nedovoljenih drog primeri, ki bi jih lahko preprečili, pa tudi finančne stroške za družbo. Imajo tudi psihične in socialne posledice za vpletene družine.

Ker imajo uporabniki drog stigmatiziran način življenja, jih težko odkrijemo. Po drugi strani pa je smrt zaradi drog končna posledica dolgotrajnega procesa problematične uporabe drog in rezultat različnih zdravstvenih problemov, ki lahko nastopijo v življenju problematičnega uporabnika drog. To so tudi razlogi, da moramo odkriti čim več smrtnih primerov med to populacijo, da bi to dosegli, pa moramo uporabljati različne vire podatkov.

Kljub različnim stopnjam umrljivosti zaradi drog v Evropi se v Sloveniji število smrtnih žrtev zaradi uporabe drog vsako leto nekoliko poveča. Pri moških je trikrat višje kot pri ženskah, povečuje pa se je tudi mediana starost ob smrti.

Državno poročilo o smrtnih primerih, povezanih z drogami, izide vsako leto, in sicer od leta 2003 naprej.

Metode

V Sloveniji je umrljivost zaradi drog od leta 2003 registrirana bolj natančno in v skladu s priporočili Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA), saj je leta 2003 Slovenija vstopila v program PHARE Twinning, ki ga je začel izvajati EMCDDA. Odločili smo se, da bomo ustanovili poseben register umrljivosti uporabnikov drog in da bomo pridobivali podatke iz različnih virov:

- zbirke podatkov o umrlih
- drugih podatki s področja zdravstvene statistike
- podatkov s področja sodne medicine in
- podatkov Generalne policijske uprave

V Sloveniji so bili leta 2004 sprejeti novi predpisi glede varovanja podatkov, ki dajejo še poseben poudarek zelo občutljivim osebnim podatkom. Zaradi teh predpisov ugotavljanje neposrednih povezav med osebnimi podatki iz različnih baz ni bilo mogoče.

Podatki so bili štirikrat preverjeni. Prvič smo primerjali podatke o preminulih osebah, katerih smrt je bila povezana s prepovedanimi drogami in jih je zabeležila policija, s podatki iz splošnega registra umrljivosti; drugič smo primerjali podatke o umrljivosti iz laboratorija za forenzično toksikologijo Univerzitetnega inštituta za forenzično medicino (UIFM) s podatki iz splošnega registra umrljivosti; tretjič pa smo primerjali policijske podatke s forenzičnimi podatki in na koncu podatke iz splošnega registra umrljivosti s podatki iz bolnišničnih baz podatkov. Predvidevali smo, da je s takim primerjanjem možno zajeti vsaj 95 % oseb, ki so umrle in bile registrirane kot umrli zaradi nedovoljenih drog.

S podatki, pridobljenimi iz opisane mreže, sta bili ustvarjeni dve bazi podatkov – prva je Smrtni primeri, neposredno povezani z uporabo drog, druga pa Smrtni primeri med uporabniki drog.

Rezultati

Glede na kode EMCDA - DRD je bilo leta 2007 v Sloveniji skupno 74 smrtnih primerov, povezanih z uporabo drog.

Smrtni primeri, neposredno povezani z uporabo drog

Glede na metodologijo EMCDDA (kode vzroka smrti od DRD 56 do DRD 147) je bilo leta 2007 v Sloveniji 70 smrti, povezanih z drogami (Tabela 6.1).

Tabela 6.1: Število smrti, neposredno povezanih z drogami, po starostnih skupinah in spolu, Slovenija, 2007

Starostna skupina	Spol		Skupaj
	Moški	Ženske	
<15 let	0	0	0
15-19	0	1	1
20-24	3	2	5
25-29	10	3	13
30-34	12	2	14
35-39	6	1	7
40-44	8	1	9
45-49	3	1	4
50-54	3	1	4
55-59	3	2	5
60-64	0	0	0
65 >	0	8	8
Skupaj	48	22	70

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

Smrtnih primerov zaradi uporabe nedovoljenih drog je bilo dvakrat več pri moških kot pri ženskah. Starostna struktura se je nagibala k mlajšim starostnim skupinam, podobno kot v preteklih letih. Najvišje število smrtnih žrtev je bilo leta 2004 v starostni skupini 20–29 let, v letu 2007 pa se je premaknilo v starostno skupino 25-34 let.

Pri moških je bila povprečna starost ob smrti 36,8 let, mediana starost ob smrti je bila 33,5 let, najnižja starost 21,7 let in najvišja starost ob smrti 56,7 let. Pri ženskah je bila povprečna starost ob smrti 50,6 let, mediana starost 50,0 let, najnižja starost 18,0 let in najvišja starost ob smrti 85,5 let.

Glede na vrednost 1 spremenljivke Filter B (ključne številke) je bilo 50 smrtnih primerov, glede na vrednost 0 iste spremenljivke pa 20 smrtnih primerov (Tabela 6.2).

Tabela 6.2: Število smrti, neposredno povezanih z drogami, glede na vrednost 1 spremenljivke Filter B, po starostnih skupinah in spolu, Slovenija, 2006

Starostna skupina	Spol		Skupaj
	Moški	Ženske	
15-19	0	1	1
20-24	3	2	5
25-29	10	3	13
30-34	10	2	12
35-39	3	1	4
40-44	7	1	8
45-49	1	0	1
50-54	3	0	3
55-59	2	1	3
Skupaj	39	11	50

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

Pet od sedmem umrlih je uporabljalo droge, registrirane kot filter B=1 v skladu s standardnim protokolom DRD. Med njimi je bila petina žensk. Najstarejša ženska je bila ob smrti stara 56,6 let, najstarejši moški pa 56,7 let. Najmlajši moški je bil star 21,7 let, najmlajša ženska pa 18,0 let. Starostna porazdelitev pri posameznem spolu je bila podobna tisti v skupini vseh uporabnikov drog, opisani v Tabeli 6.2.

Vzrok za smrt, torej snov, zaradi katere je oseba umrla, je ena najbolj pomembnih značilnosti, ko ugotavljamo načine zlorabe drog.

Tabela 6.3: Snovi, ki so jih uporabile žrtve z drogo povezanih smrti, po starostnih skupinah in spolu, Slovenija, 2007

Snov	Spol		Skupaj
	Moški	Ženske	
F19.2 - Odvisnost od več drog in drugih psihoaktivnih snovi	1	0	1
T40.1 - Heroin	15	8	23
T40.2 - Drugi opiodi	7	1	8
T40.3 - Metadon	7	2	9
T40.5 - Kokain	4		4
T40.6 - Drugi ali nespecifični narkotiki	3		3
T40.9 - Drugi ali nespecifični psihodisleptiki	2		2
T42.4 - Benzodiazepini	1	4	5
T42.6 - Drugi antiepileptiki in pomirjevala	1	3	4
T42.7 - Drugi antiepileptiki in pomirjevala, nespecifični	1		1
T43.9 - Psihotropne snovi, nespecifične	3	1	4
T50.9 - Druge ali nespecifične droge	2	3	5
R98 Smrt brez prič	1		1
Skupaj	48	22	70

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

Spet je bil pri moških najpogostejša uporabljena droga heroin, sledili pa so mu metadon in drugi opiodi. Pri ženskah je bil heroin ravno tako najpogostejša droga, sledili so mu benzodiazepini, pomirjevala in nedoločene droge.

Tabela 6.4: Število oseb, ki so uporabile določeno drogo, ki je bila povezana z zunanjimi vzroki smrti, Slovenija, 2007

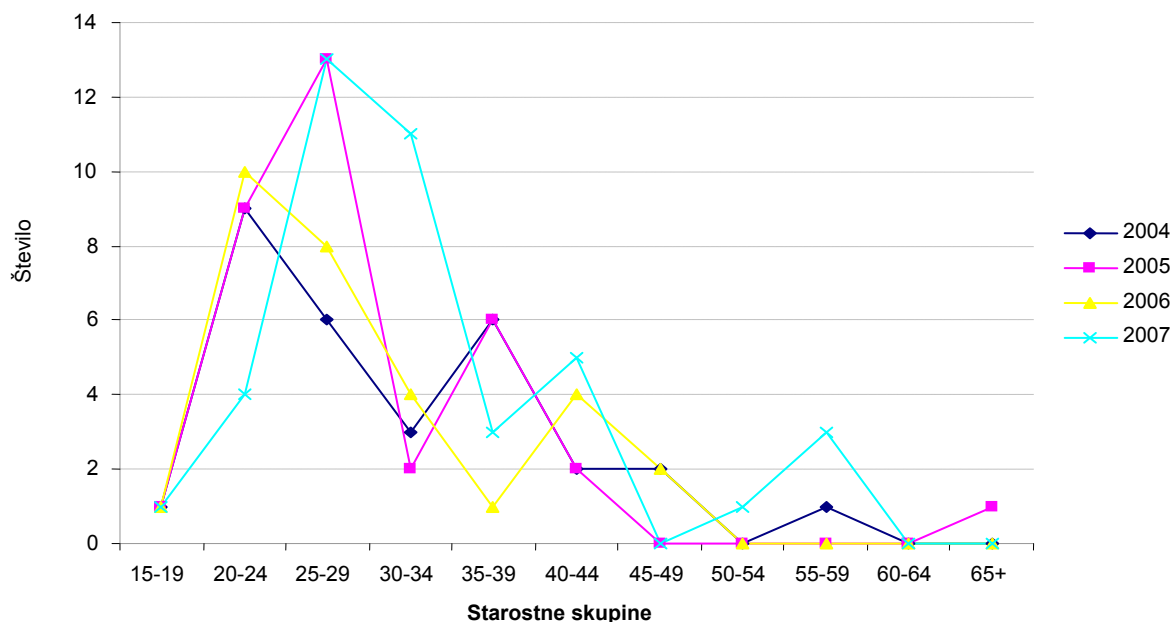
Vrsta droge / zunanji vzrok	Duševne motnje		Nenamerna zastrupitev		Namerna zastrupitev		Neznani namen		Neznani vzrok		Skupaj	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Spol												
F192	1										1	
T401			3	2	2	1	10	5			15	8
T402			3	1	2		2				7	1
T403			2	1	2	1	3				7	2
T405			2				2				4	
T406							3				3	
T409					1		1				2	
T424					1	3		1			1	4
T426					1						1	
T427					1	1		2			1	3
T439					3	1					3	1
T509					1	2	1	1			2	2
R980									1		1	
Skupaj	1	0	10	4	14	9	22	9	1	0	48	22

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

F192 - Duševne motnje, T401- Heroin, T402 - Drugi opiodi, T403 - Metadon, T405 - Kokain, T406 - Drugi ali nespecifični narkotiki, T409 - Drugi ali nespecifični psihodisleptiki, T424 - Benzodiazepini, T426 - Drugi antiepileptiki in pomirjevala, T427 - Antiepileptiki in pomirjevala, nespecifični, T439 - Psihotropne snovi, nespecifične, T509 - Druge in nespecifične droge ali kemikalije, R980 - Smrt brez prič.

Med smrtnimi primeri je bilo 14 nenamernih zastrupitev, 23 samomorov, 31 zastrupitev, pri katerih je namen neznan, ena smrt zaradi odvisnosti od drog in ena brez prisotnosti prič. Najbolj pogost vzrok nenamernih zastrupitev je bil heroin, sledili so mu drugi opiodi. Pri samomorih so bile najpogosteje uporabljene droge benzodiazepini in nespecifični psihotropiki, tem pa sta sledila heroin in metadon. Heroin je bil vzrok za 32,9 % vseh smrtnih primerov, sledil mu je metadon, ki je bil vzrok za enako količino nenamernih in namernih zastrupitev. Na tretjem mestu so bili drugi opiodi, ki so bili najpogosteje vzrok za nenamerne zastrupitve.

Slika 6.1: Število umrlih zaradi opiatov, kokaina in drugih nespecifičnih narkotikov (T400-T406) v letih 2004, 2005, 2006 in 2007, po starostnih skupinah



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

Najvišje število smrti, ki so jih povzročile opisane snovi, je bilo v letih 2004 in 2006 v starostni skupini 20-24, v letih 2005 in 2007 pa se je premaknilo v starostno skupino 25-29 let.

Smrtni primeri, posredno povezani z drogami

Leta 2007 so bile registrirane samo štiri smrti uporabnikov drog, ki so nastopile zaradi drugih vzrokov. Te niso bile neposredna posledica uporabe drog. Trije od teh smrtnih primerov so bili posledica prometnih nesreč, eden od umrlih pa je bil žrtev umora. Vsi štirje so bili moški. Trije, ki so umrli v prometnih nesrečah, so bili stari od 18 do 22 let, žrtev umora pa je bila stara 24 let. Med žrtvami prometnih nesreč sta bila dva potnika/voznika v avtomobilu, eden pa voznik motorja. V njihovih telesnih tekočinah so našli sledi morfija, kokaina, kanabinoidov in alkohola.

Trendi

Leta 2006 je bilo število z drogo povezanih smrti večje kot leta 2005, leta 2007 pa se je še povečalo.

Zaključek

Glede na metodologijo EMCDDA (vzroki smrti od DRD 56 do DRD 147) je bilo leta 2007 v Sloveniji 70 smrtnih primerov, neposredno povezanih z uporabo drog. Med njimi je bilo dvakrat več moških žrtev kot ženskih. Najbolj zastopana starostna skupina je bila od 25 do 34 let, kar pa se je od leta 2004 spremenilo. Povprečna starost ob smrti je bila pri moških 36,8 let, pri ženskah pa 50,6 let. Heroin je bil še vedno najpogosteje uporabljena droga, sledili pa so mu metadon in drugi opioidi pri moških, pri ženskah pa benzodiazepini, pomirjevala in nespecifične droge.

Med smrtnimi primeri je bilo 14 nenamernih zastрупitev, 23 samomorov, 31 zastрупitev z neznanim namenom, ena smrt zaradi odvisnosti od drog in ena smrt brez prisotnosti prič. Najpogostejši vzrok za nenamerne zastрупitve je bil heroin, sledili pa so mu drugi opioidi. Droge, uporabljene v primerih samomorov, so bile najpogosteje benzodiazepini in nespecifični psihotropiki, sledila pa sta jim heroin in metadon. V primerih zastрупitev, pri

katerih namen ni znan, je bila najpogostejša uporabljena droga heroin. Če povzamemo, je bila uporaba heroina vzrok za 32,9 % vseh smrtnih primerov. Sledil mu je metadon, ki je bil vzrok za enak odstotek nenamernih in namernih zastrupitev, na tretjem mestu pa so bili drugi opioidi, ki so bili v večini primerov vzrok nenamernih zastrupitev.

Leta 2007 so bile registrirane štiri smrti uporabnikov drog, pri katerih je bila smrt posledica drugih dejavnikov in ni nastopila neposredno zaradi uporabe drog: trije od teh smrtnih primerov so bili posledice prometnih nesreč, četrti umrli pa je bil žrtev umora. Vsi štirje so bili moški, vsi so uporabljali več drog hkrati in vsi so bili mlajši od 24 let.

V obdobju 2005-2007 se je v Sloveniji število z drogo povezanih smrti povečalo.

Če primerjamo Slovenijo z 28 državami (27 držav članic EU in Norveška), v katerih se število z drogo povezanih smrti ugotavlja v skladu z državno definicijo, ki se je v večini primerov ujemala z definicijo EMCDDA, lahko opazimo nekaj podobnosti. Ne glede na to, da so le v 18 od njih na voljo podatki o številu z drogo povezanih smrti (DRD) iz leta 2006, v sedmih podatki o številu DRD za leto 2005 in v treh podatki o številu DRD za leto 2004, so bile ugotovljene nekatere pomembne značilnosti profila. Večina umrlih zaradi drog je bila starih med 20 in 40 let; povprečna starost ob smrti je bila 36 let, toda z razlikami med državami (od 21 do 48 let); večina umrlih je bila moških (81 %); opiat (večinoma heroin) so bili prisotni v 80 % primerov z drogo povezanih smrti; v osmih državah so bili opiat prisotni v več kot 85 % vseh primerov DRD.

Smrti, ki so posredno povezane z uporabo drog (npr. smrti zaradi hepatitisa, nasilja, samomora ali nesreče), je težje obravnavati, toda rezultati raziskave, objavljene leta 2005, so pokazali, da bi lahko med 10 % in 20 % smrti med mladimi odraslimi (15–49 let) v nekaterih velikih evropskih mestih v devetdesetih letih prejšnjega stoletja pripisali uporabi opiatov, bodisi je bil to neposreden vzrok smrti (preveliki odmerki) ali pa posreden vzrok (bolezni, nesreče, samomori).

7. Odzivi na z zdravjem povezane težave in posledice

7.1 Uvod

Preventiva z drogami povezanih nenadnih zapletov 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.

7.2 Preventiva z drogami povezanih nujnih primerov in zmanjševanje z drogami povezanih smrti

Preprečevanje nenadnih zapletov in smrti zaradi uporabe drog poteka v različnih programih različno.

1. Na področju zmanjševanja škode zaradi uporabe sintetičnih drog se izvaja intenzivno preventivno delo med uporabniki teh drog. To poteka po naslednjih metodah:
 - iskanje posameznih sintetičnih drog, ki se uporabljajo na plesnih zabavah ali v skupinah uporabnikov sintetičnih drog, z namenom, da bi čim prej odkrili nevarne snovi v tabletah in obvestili njihove uporabnike na nevarnost posameznih tablet, ki so na tržišču.
 - Internetno obveščanje o nevarnih kemičnih snoveh, ki so na tržišču, in posredovanje informacij o delovanju teh drog in ukrepanju v primeru zastrupitve.
 - Razdeljevanje informativnih zloženek in letakov s poučno vsebino o sestavi in delovanju drog ter o prvi pomoči pri zastrupitvah z drogami. Letake in zloženke se razdeljujejo na različnih mestih, kjer se pričakuje, da bodo prisotni uporabniki sintetičnih drog.
 - Intenzivno delo v delavnicah o sintetičnih drogah, ki so del izobraževalnih programov, s pomočjo katerih se učence in dijake informira o nevarnostih sintetičnih drog in o ukrepih v primeru zastrupitve z njimi.
 - Izobraževalni programi za zaposlene v gostinskih lokalih, ki izvajajo strežbo in druge aktivnosti, o prepoznavanju zastrupitve z drogami in prvi pomoči.
 - Vplivanje na organizatorje prireditev, da zagotovijo ustrezne zdravstvene usluge na plesnih prireditvah.
 - Nadzor inšpekcijskih služb in pregled zabaviščnega prostora, preden dobijo organizatorji dovoljenje za prireditev.
 - Organizacija pomoči plesalcem, ki so zaužili čezmerno količino drog na samem prizorišču, plesišču, in organizacija prevoza zastrupljenih v urgentne ambulante, ki so ob bolnišnicah.
2. V programih preprečevanja in zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog pridobijo vsi pacienti, ki se zdravijo v njih, osnovna znanja o nevarnostih drog in metodah preprečevanja predoziranja z drogo in smrti zaradi drog. Največkrat izobraževanje individualno izvajajo medicinske sestre, zaposlene v centrih. Pacienti se naučijo tudi izvajanja prve pomoči zastrupljenemu zaradi drog. Posebno so opozorjeni, naj si drog ne injicirajo sami in naj vedno pravočasno pokličejo prvo medicinsko pomoč, če se z drogami zastrupijo. Centri so izdali tudi posebno zloženko, ki obravnava nenadne zastrupitve z drogami in ustrezne ukrepe prve pomoči zastrupljenim z drogami.
3. V nizkopražnih programih za zmanjševanje škode zaradi uporabe drog posvečajo še posebno pozornost izobraževanju svojih uporabnikov glede preprečevanja predoziranja z drogami. Priporočajo, naj si nikoli ne injicirajo droge sami in naj pravočasno pokličejo zdravniško pomoč, če se zastrupijo z drogami. Programi imajo posebno izdelane zloženke z ustreznimi vsebinami.

4. Programe preprečevanja zastrupitve z drogami imajo tudi v visokopražnih programih, saj se zavedajo, da je ob odpustu iz programa obstaja velika nevarnost, da bo uporabnik, ki je bil daljši čas brez droge, z drogo predoziral.

Preventiva smrtnih primerov, povezanih z uporabo drog na prireditvah z elektronsko glasbo

Uvod

Prireditve z elektronsko glasbo zaradi večje uporabe različnih PAS predstavljajo specifično okolje, ki lahko močno poveča ali zmanjša tveganje za nastanek smrtno nevarnih zapletov, povezanih z uporabo stimulantnih PAS. Poleg omogočanja ustreznih uslug na prireditvi sta zelo pomembna tudi ustreznost organizacija mreže prve pomoči in ažurno informiranje uporabnikov plesnih drog o tveganjih, povezanih s temi substancami. Nevladna organizacija DrogArt od leta 1999 s svojim programom »Pleši z glavo ;)« deluje na zgoraj naštetih področjih in s tem prispeva k zmanjšanju števila smrtnih primerov zaradi prepovedanih in dovoljenih PAS.

Plesne droge in tveganja, povezana z njihovo uporabo

Plesne droge so dovoljene in prepovedane psihoaktivne snovi, katerih uporaba je večja na prireditvah z elektronsko glasbo. Pod termin »plesne droge« štejem predvsem ekstazi (MDMA), amfetamin, kokain, marihuano in alkohol. V zadnjem letu so v Sloveniji postale zelo popularne nove dizajnerske droge, ki so po svojih učinkih podobne MDMA, vendar gre za povsem neraziskane snovi, zato ne poznamo tveganj, povezanih z njihovo uporabo. Te snovi so na primer mefedron, etil katinon, 4- fluoroamfetamin in MDPV. Gre za legalne in lahko dostopne snovi, ki si jih uporabniki lahko naročijo po internetu.

Glavni zdravstveni zapleti, ki lahko nastanejo ob uporabi plesnih drog in se lahko končajo smrtno, so možganski edem, vročinski udar in srčni infarkt. Pri preprečevanju teh zapletov so ključni nekateri zunanji dejavniki, zato je ob ustreznih pogojih tveganje za nastanek teh zapletov bistveno zmanjšano.

Za zmanjšanje tveganja pri uporabi plesnih drog so ključni naslednji zunanji dejavniki:

- ustrežna temperatura in vlažnost prostora sta zelo pomembni za preprečevanje vročinskega udara. Uporaba stimulantnih drog namreč zviša telesno temperaturo, uporabniki pa ponavadi aktivno plešejo in se ob tem še bolj segrevajo. Zato je za ustrezno ohlajanje telesa nujna nizka temperatura in nizka stopnja vlažnosti prostora, v katerem se odvija prireditev.
- primerno število obiskovalcev glede na prostor je pomembno za lažje vzdrževanje ustrezne temperature prostora in za splošno varnost obiskovalcev. Urejen prostor za ohlajanje je pomemben za preprečevanje vročinskega udara.
- brezplačna, hladna pitna voda za obiskovalce prireditve je nujna za preprečevanje dehidracije in s tem vročinskega udara.
- hitra razpoznavna potencialno smrtnih zapletov in dostopnost nujne medicinske pomoči.

Terenska akcija »Pleši z glavo«

Slovensko združenje za zmanjševanje škodljivih posledic drog - DrogArt je nevladna, neprofitna organizacija, katere glavna dejavnost je zmanjševanje škodljivih posledic drog. Eden izmed največjih programov DrogArta je terenska akcija »Pleši z glavo ;)«, ki jo uspešno izvajamo od leta 1999 in jo v skladu s potrebami ciljne populacije ves čas nadgrajujemo in dopolnjujemo.

Terenska akcija »Pleši z glavo ;)« se izvaja na prireditvah z elektronsko glasbo po Sloveniji. Izurjeni terenski delavci delijo brezplačne izotonične napitke, ki preprečujejo dehidracijo in zmanjšajo tveganje za nastanek možganskega edema, ki je lahko posledica uporabe MDMA.

Terenski delavci so izurjeni za prepoznavanje potencialno resnih zdravstvenih in smrtnih zapletov, povezanih z uporabo plesnih drog. Ker jim uporabniki zaupajo, pridejo sami po pomoč, terenski delavci pa ocenijo, ali so težave tako resne, da potrebujejo zdravniško pomoč. Tovrstna mreža pomoči se je izkazala za zelo uspešno, saj naša terenska ekipa služi kot zelo dober povezovalni element med uporabniki in strokovno medicinsko pomočjo.

Na terenu izvajamo tudi informiranje o tveganjih, povezanih z uporabo drog, in svetovanje ob težavah, povezanih z drogami. Terenska akcija nam služi kot zelo dober vir informacij o »sceni«, saj na ta način praktično takoj dobimo informacije o novostih. Tako smo dobili tudi informacijo o pojavu novih drog na sceni elektronske glasbe in se na to hitro odzvali z izdajo informativne kartice o mefedronu.

Strokovnjaki z nevladne organizacije DrogArt aktivno sodelujemo tudi z organizatorji pri oblikovanju ustreznih razmer na prireditvah z elektronsko glasbo. Po vsaki prireditvi, na kateri je prisotna naša terenska ekipa, organizatorju podamo evalvacijo prireditve, v kateri ocenjujemo osnovne pogoje, potrebne za zmanjšanje škode za zdravje.

Aktivno smo vključeni tudi v Sistem zgodnjega opozarjanja na nove psihoaktivne snovi (EWS) in lahko na ta način hitro posredujemo informacije o pojavu novih drog na »sceni« in uspešno razširimo informacijo o morebitnih tveganjih, ki jih ta droga prinaša.

Zaključek

Ker je za preventivo zdravstvenih zapletov in smrti, povezanih z uporabo plesnih drog, zelo pomembno okolje, v katerem se odvijajo zabave z elektronsko glasbo, je zelo pomembno, da obstajajo mehanizmi, prek katerih je možen vpliv na organizatorje tovrstnih prireditev, da tveganja čim bolj zmanjšajo. Aktivna vključenost nevladne organizacije DrogArt se je v Sloveniji izkazala za zelo uspešno, saj je nevladna organizacija z zaposlenimi strokovnjaki in s prostovoljci lahko ključen povezovalni člen med uporabniki, organizatorji prireditev z elektronsko glasbo, medicinsko prvo pomočjo in zakonodajo. Sodelovanje in dober pretok informacij med temi akterji je izredno pomembno za doseg skupnega cilja - zmanjšanje tveganja in smrtnih primerov, povezanih z uporabo plesnih drog.

7.3 Preventiva pred nalezljivimi boleznimi in zdravljenje nalezljivih bolezni

Preventiva pred nalezljivimi obolenji poteka permanentno v vseh programih obravnave odvisnih od drog. Posebno pozornost dajemo rednemu preventivnemu cepljenju odvisnih od drog proti hepatitisu B, ki je brezplačno in dostopno vsem odvisnim od drog. Vse osebe, odvisne od drog, imajo brezplačno testiranje za HIV in hepatitis C. Če odkrijemo tako HIV kot hepatitis C, ima vsaka oseba, odvisna od drog, zagotovljeno brezplačno zdravljenje HIV in hepatitisa C pod istimi pogoji kot drugi prebivalci Slovenije.

V nizkopražnih programih brezplačno razdeljujemo sterilne pribore za injiciranje drog. Poleg tega tudi zbiramo že uporabljen pribor in ga ustrezno strokovno uničimo. Uporabnike drog oskrbujemo s kondomi in sterilnimi gazami, povoji in z drugim sanitetnim materialom, ki ga uporabljajo za redno prevezovanje odprtih ran, ki nastanejo po injiciranju drog. Uporabniki drog lahko vse te materiale tudi kupujejo v lekarnah. Zaposleni v nizkopražnih programih usmerjajo odvisne od drog v zdravstvene ustanove na zdravljenje nalezljivih bolezni. Programi, ki obravnavajo odvisne od drog, so povezani z infekcijsko kliniko v Ljubljani, ki večkrat letno izvede akcijo brezplačnega testiranja odvisnih od drog za hepatitis C in HIV, z namenom, da čim prej odkrijemo obolele in jih ustrezno zdravimo.

Posebno pozornost dajemo rednemu izobraževanju odvisnih od drog o nevarnostih prenosa nalezljivih bolezni, vključno s tuberkulozo. Izobraževanje se izvaja v manjših skupinah ali pa individualno. V ta namen so pripravljene posebne zloženke in drugi materiali, ki so brezplačno dostopni vsakemu uporabniku drog.

Posebni programi so namenjeni izobraževanju zaposlenih v programih z namenom, da zmanjšamo nevarnost okužbe zaposlenih s HIV in hepatitisom C ter tuberkulozo.

7.4 Odzivi na druge z zdravjem povezane težave med uporabniki drog

Odvisni od drog imajo pogosto tudi pridružene duševne motnje. Te začnemo obravnavati že v programih, v katerih praviloma sodelujejo tudi s psihiatrično stroko. V primeru hujših zapletov paciente hospitaliziramo. V centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog delujejo tudi psihiatri, ki vodijo paciente s pridruženo duševno motnjo.

Zaradi staranja populacije, odvisne od drog, pa odvisniki dobivajo tudi obolenja, ki so značilna za starejšo populacijo. Med njimi so rak, pljučne bolezni, bolezni lokomotornih organov, prebavil, sečil, depresija, samomorilnost itd. Doslej še ni bila narejena natančnejša študija, ki bi podrobneje opredelila pogostnost tovrstnih bolezni med uporabniki drog. Toda iz centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog nam vse pogosteje sporočajo, da s staranjem populacije raste tudi število obolenj, za katerimi boleha ta populacija. Oboleli se za pridruženo zdravstveno motnjo zdravijo pri svojem izbranem zdravniku ali pri zdravniku, ki jih tudi sicer zdravi zaradi odvisnosti od drog.

8. Socialna problematika, povezana z uporabo drog, in socialna reintegracija

8.1 Uvod

Temeljna izhodišča za obravnavo težav, povezanih z uporabo prepovedanih drog v sistemu socialnega varstva, so opredeljena v Nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (Uradni list RS, št. 39/2006). Strokovne dejavnosti namenjene reševanju socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog, se izvajajo v okviru javnih služb (62 centrov za socialno delo), v okviru zasebnikov in nevladnih organizacij, ki izvajajo dopolnilne programe socialnega varstva.

V tem poglavju so predstavljeni izsledki štirih raziskav s področja socialne izključenosti in uporabe drog.

8.2 Socialna izključenost in uporaba drog

Raziskavi o brezdomstvu in uporabi drog

Brezdomstvo v Sloveniji je relativno nov pojav. Do pomembnega vidnega razvoja brezdomstva je prišlo predvsem v zadnjih petih letih. Praviloma primanjkuje brezdomcem socialnih podpornih mrež, ki bi jim lahko olajšale življenjske težave. Izrazito jim primanjkuje prijateljev in ljudi, na katere bi se lahko obrnili, ko so v stiski. Slovenija se na novo sooča s tem problemom in išče nove odgovore na pojav brezdomstva. V Sloveniji sta bili na populaciji brezdomcev v letu 2008 narejeni dve raziskavi, ki sta obravnavali tudi brezdomne uporabnike drog. Prva raziskava je bila narejena na brezdomcih v šestih slovenskih mestih. Raziskava je nastala kot plod sodelovanja Ministrstva za zdravje, sektorja za zdravstveno varstvo ogroženih skupin, strokovnih delavcev in prostovoljcev iz nevladne organizacije Kralji ulice, in nevladnih organizacij in zavetišč po vsej Sloveniji, ljudi, ki brezdomstvo izkušajo, ter raziskovalcev Inštituta za varovanje zdravja in Pedagoške fakultete v Ljubljani. V tej raziskavi z naslovom Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev je sodelovalo 122 oseb iz šestih slovenskih mest. Večina (84%) je bila moškega spola in 16% žensk. Starost anketiranih se je gibala med 20. in 77. letom in dosegla povprečno starost 42,7 let. Moški so bili v povprečju pet let starejši od žensk. Najpogostejša izobrazba je bila dokončana srednja šola (49,5%), sledila je skupina z dokončano osnovno šolo (41,8%). 52,5% jih je bilo samskih in ločenih 31,2%. Otrok ni imelo 58, 2% anketiranih. 95,1% jih je imelo slovensko državljanstvo, ostali pa sploh niso imeli urejenega državljanstva. 86,1% jih je že bilo zaposlenih v preteklosti in so zato tudi že imeli delovno dobo. Povprečno so imeli 12,3 leta priznane delovne dobe. V trenutku anketiranja jih je bilo 63,9% brez vsake zaposlitve, 2,5% pa jih je bilo redno zaposlenih. Zanimivo je, da so anketiranci živeli že v različnih institucijah. V mladinskem domu, vzgojnem zavodu, prevzgojnem domu ali materinskem domu jih je že prebivalo 27%. V ustanovi za zdravljenje od drog ali alkohola jih je že prebivalo 26%, v priporu ali zaporu 455, v poklicni/plačani vojski 6%, v psihiatrični bolnišnici 31%, v drugih bolnišnicah pa 52%. V stanovanjski skupini za ljudi s težavami z duševnim zdravjem jih je bilo 9%. 43,7% jih je bilo prisiljeno izseljenih iz stanovanja, 38,3% so jih vrgli na cesto starši, resne in dolgotrajne prepire s starši jih je imelo 61,55 %, nasilje s strani staršev je doživelo 42% anketiranih in izključitev iz šole je doživelo 23,5% anketiranih (Razpotnik in Dekleva, 2009).

Drugo raziskavo Brezdomstvo v mestni občini Koper pa je izvajal Zavod za zdravstveno varstvo Koper. V tej raziskavi je bilo vključenih 42 brezdomcev, ki so tedaj živeli v mestni občini Koper. Povprečna starost moških brezdomcev je bila 41,5 let in žensk 37 let. Večina 38 (90,5%) jih je bilo moškega spola. 21 jih je končalo srednjo šolo, 18 jih je končalo osnovno šolo. Brez končane osnovne šole so bili trije brezdomci. 21 jih je ocenjevalo, da je njihovo zdravstveno stanje dobro, 17 da je njihovo zdravstveno stanje slabo in le 4 so ocenili,

da je njihovo zdravstveno stanje odlično. 15 (35%) brezdomcev je imelo v času raziskave težave zaradi uporabe prepovedanih drog. 25 brezdomcev je bilo v zadnjem letu že zdravljenih v bolnišnici. Obe raziskavi sta bili narejeni z namenom, da se bolje prepozna potrebe brezdomcev in razvije nove programe pomoči brezdomnim uporabnikom drog in poveča dostopnost brezdomcev do zdravstvene pomoči (Krek, 2009).

Že nekaj let ugotavljajo v slovenskih centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, da se v njihove programe zateka po pomoč vse več brezdomnih uporabnikov drog. Po pomoč jih napotujejo v centre za socialno delo in v nevladne organizacije, ki pa praviloma nimajo zatočišč za brezdomce, zato zelo težko rešujejo nastanitvene probleme te marginalne skupine uporabnikov drog. V Sloveniji je za brezdomne odvisnike od drog zagotovljeno le majhno število ležišč in še to le v treh mestih (Ljubljana(26), Maribor(6) in Žalcu(10)). Vsa razpoložljiva ležišča so nameščena v nevladnih organizacijah, ki izvajajo programe nizkega praga in v nočnem času namenjajo nekaj prostora tudi brezdomnim uporabnikom drog. Iskanje ustreznega zasilnega bivališča je zelo zahtevna naloga za brezdomca. Značilno je, da se brezdomni uporabniki drog ne želijo družiti z alkoholiki in tudi brezdomni alkoholiki se izogibajo skupnega bivanja z odvisnimi od drog, ker se bojijo okužb z HIV in hepatitisom C, zato osebe odvisne od drog redkeje uporabljajo zavetišča za brezdomce, ki niso namenjeni brezdomnim uporabnikom drog (Krek, 2009).

Za brezdomne uporabnike drog v Sloveniji je značilno, da mnogi izgubijo dom že v mladosti, ko se družina po večkratnih neuspešnih poizkusih posameznika, da si pozdravi odvisnost od drog odloči, da odpove gostoljubje svojemu članu. Oseba odvisna od drog gre tako preprosto na cesto, kjer seveda nima možnosti prespati v varnem okolju. Ko so starejši, neozdravljeni odvisniki od drog odidejo na cesto, ko jim partnerji ali njihove družine odpovejo gostoljubje. Drugi pa postanejo brezdomci preprosto zato, ker prodajo svoje imetje, da poplačajo dolgove od nakupa drog. Zaporniki, odvisni od drog, postanejo po odpustu iz zapora brezdomci, ker običajno nimajo stanovanja in družine in potrebnih denarnih sredstev za plačilo stanovanja, zato ostanejo na cesti. Pogosteje so udeleženi v majhnih krajah in prekrških, ki jih ponovno pripeljejo nazaj v zapore kot povratnike.

Ker so brezdomni uporabniki drog običajno brez zaposlitve in brez denarja in imajo nizko izobrazbo, si ne morajo zagotoviti stanovanja, zato postanejo brezdomci. Praviloma se odvisni od drog težje zaposlijo in tudi hitreje izgubijo delovno mesto, zato nimajo sredstev za plačilo stanovanja. Zato praviloma, ko prenehajo delati, postanejo ponovno brezdomci. Sprva prenočujejo pri prijateljih, kasneje pa se preselijo na cesto in si tam iščejo zasilna bivališča. Večina jih nima urejenega stalnega bivališča in posledično tudi ne drugih ugodnosti, ki so v Sloveniji vezane na stalno bivališče (socialna pomoč, zdravstveno zavarovanje itd.). V Sloveniji lahko zaprosijo za začasno prijavo bivališča tudi na Rdečem križu, Karitasu ali na centrih za socialno delo in si s tem uredijo vsaj osnovne pravice - skromno socialno pomoč in zdravstveno zavarovanje. Brezdomni uporabniki drog pogosteje prihajajo v stik s policijo, praviloma zaradi majhnih kraj in prekrškov, in so pogosteje tudi obravnavani na sodiščih ter tudi poslani na prestajanje kazni (Krek, 2009).

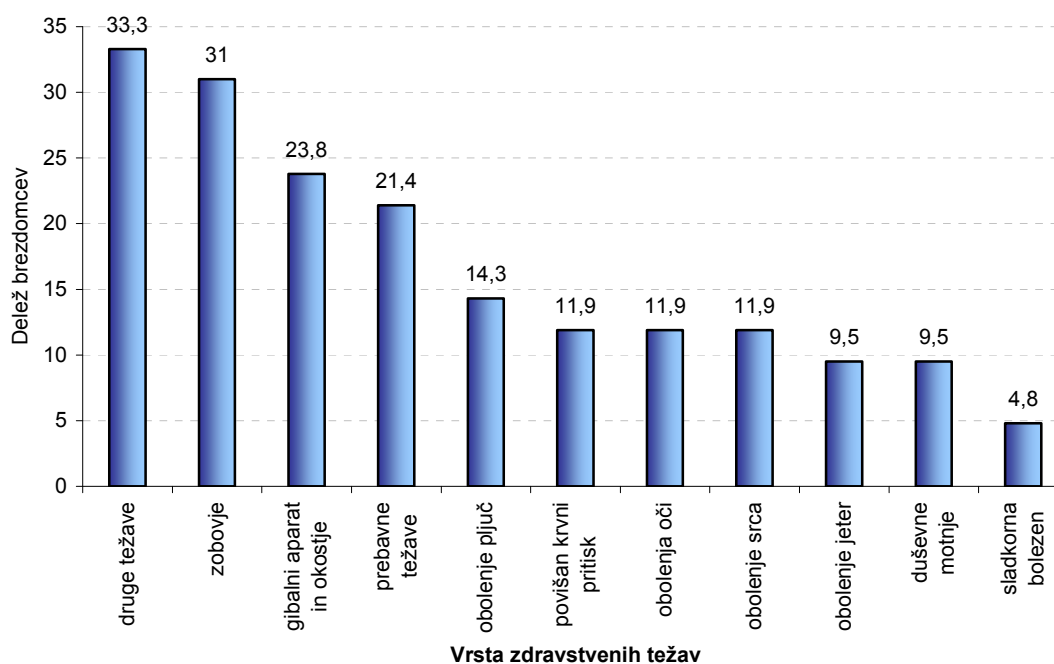
Velik problem predstavlja prehranjevanje brezdomcev, ki je omejeno na skromno izbiro in tudi skromno energetsko, vitaminsko in proteinsko prehrano. Pogostnost prehranjevanja je zelo raznolika, vendar pa večina praviloma uživa hladno hrano, le redkokdaj uživajo toplo hrano, ki jo dobijo v javni kuhinji Rdečega križa ali podobnih organizacijah. Velik problem s prehrano imajo brezdomne osebe odvisne od drog, ki bi morale zaradi bolezni uživati dietno prehrano, pa je zaradi slabih življenjskih razmer sploh ne morejo. V raziskavi smo ugotavljali, da popijejo veliko mleka, ki jim po njihovih izjavah velikokrat blaži želodčne bolečine. Ob ogledih zasilnih bivališč smo pogosto našli ostanke mlečne embalaže, prazne konzerve in tudi prazne steklenice različnih alkoholnih pijač.

Z oblačili in ponekod tudi s toplimi obroki jim pomagajo na Rdečem križu ali pri Karitasu. Manjše obroke hrane pa lahko dobijo tudi v nizkopražnih programih, kjer se lahko tudi skopajo in operejo obleko.

Med ključnimi zdravstvenimi problemi brezdomcev sodijo tudi odvisnosti od alkohola in drog. V raziskavi Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev, ki je zajela 122 brezdomcev iz šestih slovenskih mest, je bila med njimi odvisnost od drog tretja najpogostejša bolezen med brezdomci. V tej skupini brezdomcev je bilo 25,8% odvisnih od prepovedanih drog. Kronično depresijo je imelo 22,7% brezdomcev in druge duševne težave 16%. V času raziskave je kadilo tobak 79,9% brezdomcev, marihuano je že kadilo v svojem življenju 44,9% brezdomcev, kokain 31,3% brezdomcev, ekstazi je že uporabljalo 19,4% brezdomcev, heroin pa 34%. Z metadonsko substitucijo se je zdravilo že 15,4% brezdomcev. Pomoč zaradi problemov, ki so jih imeli brezdomci zaradi uporabe heroina, je iskalo 20% brezdomcev, zaradi kokaina pa 8,8% brezdomcev. Predoziranje z drogo je navedlo 16,1% brezdomcev. Najpogosteje so se zastrupili s heroinom. Vsaj občasno si je drogo vbrizgavalo 31,4% brezdomcev. Raziskava je pokazala, da brezdomci pogosto umirajo tudi zaradi predoziranja z drogami (Razpotnik in Dekleva, 2009). Velikokrat se odvisnosti od drog pridružijo še duševne motnje, kar še bolj oteži njihovo socialno stanje. Raziskava Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev je pokazala, da je 50% brezdomcev že razmišljalo o samomoru, 33,6% pa jih je že poskusilo narediti samomor. 11% pa je poznalo brezdomca, ki je v zadnjem letu naredil samomor (Razpotnik in Dekleva, 2009)

Zaradi statusa brezdomstva imajo brezdomci zmanjšano možnost dostopa do zdravstvenih programov. Odvisni brezdomci pogosto občutijo pomanjkanje zanje učinkovitih zdravstvenih programov in ustanov ter različnih socialnih servisov v skupnosti, ki bi jim bili bolj dostopni. V Sloveniji primanjkuje zdravstvenih ustanov, ki bi bile prilagojene njihovim potrebam. Brezdomci tudi opažajo občasno odklonilen odnos zdravstvenega osebja do njih, predvsem zaradi njihove slabe higijene. Odklonilen je tudi odnos ostalih čakajočih na zdravnika, zato brezdomni uživalci drog neradi iščejo zdravniško pomoč. Zato pa so brezdomci veliko pogosteje hospitalizirani kot ostali prebivalci Slovenije, ker se ne zdravijo pravočasno in čakajo, da bolezen napreduje do te mere, da jih morajo hospitalizirati (Krek, 2009). Raziskava brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev je pokazala, da je centre za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog že obiskalo 13,6% brezdomcev. Centre za zdravljenje odvisnosti od alkohola pa 10,3%. V psihiatričnih bolnišnicah pa je bilo že 22% brezdomcev. Podrobnejši pregled pa je pokazal, da so brezdomci iz teh treh skupin v veliki meri obiskovali vse tri vrste ustanov, kar samo še potrjuje dejstvo, da so duševne bolezni pogostokrat pridružene odvisnosti od drog in/ ali alkohola (Razpotnik in Dekleva, 2009). V študiji, ki je bila opravljena v Kopru v splošni populaciji brezdomcev je imela večina brezdomcev težave z zobovjem in okostjem ter želodcem (Slika 8.1).

Slika 8.1: Delež brezdomcev glede obolenja posameznega organa ali organskega sistema



Vir: Brezdomstvo v Mestni občini Koper

Odvisni od drog praviloma ocenjujejo, da je za njih dostopnost do programov v zdravstvu slaba. Še slabše pa ocenjujejo dostopnost do zdravstvenih storitev osebe z dvojnimi diagnozami in osebe z prisotnostjo odvisnosti od drog in drugih duševnih težav (Krek, 2009).

Fotografija 8.1: Zasilno urejeno ležišče brezdomnih oseb odvisnih od drog v eni od nedograjenih stavb v Kopru



Foto: Milan Krek

Krizni centri za brezdomne uživalce drog imajo premajhne kapacitete v Sloveniji, da bi lahko pokrili vse potrebe, ki jih imajo brezdomni uporabniki drog po prenočitvenih kapacitetah. To se še posebej zaostri v mrzlih zimskih dnevih, ko iščejo ustrezne prostore za prenočevanje in jih zelo težko dobijo v starih hišah, opustelih obratih in napol podrtih stavbah. Začasna bivališča brezdomnih uporabnikov drog so tudi polna že uporabljenih brizg, ki so nevarne za

druge prebivalce in brezdomce, ki ne uživajo drog, zato se drugi brezdomci neradi družijo z brezdomnimi uporabniki drog (Krek, 2009).

Fotografija 8.2: *Raztresene igle v neposredni bližini improviziranega bivališča iz slike 8.1*



Foto: Milan Krek

Brezdomni uporabniki drog sicer pogosto obiskujejo centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki pa nimajo ustreznih prenočitvenih kapacitet. Potrebno je narediti še korak naprej in zagotavljati brezdomcem ustrezne bivalne pogoje, ki jih lahko z eno besedo imenujemo dom. Brezdomstvo je v Sloveniji vse bolj prisotno med uporabniki drog, zato bo morala Slovenija organizirati ustrezne programe pomoči brezdomnim uporabnikom drog, ki bodo zagotovili dovolj humane pogoje za njihovo preživetje. S tem pa bi tudi zmanjšali posledice, ki jih dodatno prinaša brezdomstvo brezdomnim uporabnikom drog, zaradi neugodnih življenjskih in higienskih pogojev, v katerih živijo.

V zadnjih letih opažamo tudi brezdomne uporabnike drog iz drugih držav EU in iz tretjih držav, ki nimajo urejenih osebnih in zdravstvenih dokumentov. Pri njih nastopajo še druge ovire, kot so neznanje jezika, nepoznavanje okolja, v katerem se nahajajo, in nesprejetost s strani avtohtonih brezdomcev in neurejenost zdravstvenega in socialnega zavarovanja. V zimskem času, ko je na obalnem območju Slovenije topleje kot v celinskem delu Slovenije, se brezdomni uporabniki drog selijo v toplejše kraje, kjer jim je omogočeno tudi nadaljevanje zdravljenja v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

9. Z drogami povezana kriminalna dejanja, preventiva pred njimi in zapor

9.1 Uvod

Slovenska policija sistematično zbira podatke o kriminalu, povezanem z drogami. Temeljna zakona, ki urejata področje kaznivih dejanj, povezanih z drogami, sta Kazenski zakonik (člena 186 in 187) ter Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami. Novembra 2008 je stopil v veljavo nov Kazenski zakonik, ki v okviru kaznivih dejanj zlorabe prepovedanih drog kriminalizira tudi neupravičeno proizvodnjo in promet z nedovoljenimi snovmi v športu in s predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog ter omogočanje uživanja nedovoljenih snovi v športu. S tem pa je povezano tudi povečano zaznavanje kaznivih dejanj s področja zlorabe prepovedanih drog.

Osebe, odvisne od nedovoljenih drog, se v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora obravnava v skladu z izdelano strategijo. Ta opredeljuje medicinski del pomoči, programe izobraževanja in motivacije ter nadgradnjo z visokopražnimi programi.

9.2 Z drogami povezana kriminalna dejanja

1. 11. 2008 je v Sloveniji začel veljati nov Kazenski zakonik, ki v okviru kaznivih dejanj zlorabe prepovedanih drog kriminalizira tudi neupravičeno proizvodnjo in promet z nedovoljenimi snovmi v športu in s predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog ter omogočanje uživanja nedovoljenih snovi v športu. S tem pa je povezano tudi povečano zaznavanje kaznivih dejanj s področja zlorabe prepovedanih drog.

Slovenska policija je tako v letu 2008 obravnavala več kaznivih dejanj zlorabe prepovedanih drog, in sicer se je njihovo število povečalo s 1612 v letu 2007 na 1797 v letu 2008 ali za 11,5 %.

Tabela 9.1: Število kaznivih dejanj in ovadenih osumljencev, 2007-2008, Slovenija

Vrsta kaznivega dejanja	Število k. d.		Porast/ upad (v %)	Število ovadenih osumljencev		Porast/ upad (v %)	
	2007	2008		2007	2008		
Zloraba prepovedanih drog	Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog	1429	1547	8,3	1600	1715	7,2
	Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu	183	250	36,6	183	259	41,5
Skupaj		1612	1797	11,5	1783	1974	10,7

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS

Po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami je policija v letu 2008 pri 3830 zasegih prepovedane droge obravnavala 3303 prekrškov in 3024 kršiteljev zgoraj omenjenega zakona, ki so imeli neupravičeno v posesti prepovedano drogo. Bistvenih sprememb glede števila prekrškov in kršiteljev v primerjavi s prejšnjimi leti slovenska policija ne beleži.

Leta 2008 je bilo 55.919 (62.579) kaznivih dejanj zoper premoženje ali 10,6 % manj kot v prejšnjem letu, preiskanih pa je bilo 25,4 % (25,4 %). Za premoženjsko kriminaliteto je značilno zlasti zmanjšano število drznih tatvin in tatvin motornih vozil, ropov in požigov, vlomov (predvsem vlomov v motorna vozila, stanovanja in stanovanjske hiše) ter drugih kaznivih dejanj zoper premoženje. Izmed vseh kaznivih dejanj, povezanih s premoženjem, se je povečalo le število roparskih tatvin za 21,8 %, in sicer s 87 v letu 2007 na 106 v 2008.

Trenutno ne razpolagamo z relevantnimi podatki o številu in vrsti kaznivih dejanj, ki so neposredno povezana s prepovedanimi drogami. Upad kaznivih dejanj zoper premoženje potrjuje tudi oceno policije, da je manj tudi kaznivih dejanj, ki jih storijo uporabniki prepovedanih drog za pridobitev denarja za nakup te droge.

9.3 Odzivi na zdravstvene probleme, povezane z drogami, v zaporih

Obravnavanje odvisnosti od nedovoljenih drog v slovenskih zavodih za prestajanje kazni

Uvod

V prispevku bomo predstavili obravnavo odvisnosti od nedovoljenih drog v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora v letu 2008.

Zaprte osebe, odvisne od nedovoljenih drog, se v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora obravnava v skladu z izdelano strategijo. Ta opredeljuje medicinski del pomoči, programe izobraževanja in motivacije ter nadgradnjo z visokopražnimi programi.

Pri načrtovanju in izvajanju obravnave zaprtih, odvisnih od prepovedanih drog, in pripravi programov obravnave za posameznike se je vsak zavod za prestajanje kazni zapora povezoval s pristojnim regionalnim centrom za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Zdravniki centrov so bili zavodskim strokovnim delavcem in obravnavanim v veliko pomoč.

V letu 2008 se je tako v treh zavodih nadaljevalo sodelovanje z zunanjimi organizacijami, ki zagotavljajo pomoč odvisnikom, in sicer v Oddelku Novo mesto - Oddelek za družbene dejavnosti pri Mestni občini Novo mesto, v ZPKZ Ig in ZPKZ Ljubljana - nevladni organizaciji Projekt Človek in Stigma.

Zdravstveno osebje je pri obravnavi odvisnosti zagotavljalo zaprtim osebam pomoč pri abstinenci krizah, substitucijsko terapijo in urinske teste za ugotavljanje prisotnosti drog v telesu, svetovanje in izobraževanje o nevarnosti okužb z virusi HIV in hepatitisa ter jih spodbujalo k testiranju, cepljenju proti hepatitisu B in zdravljenju. Strokovno osebje zavodov je v okviru kadrovske možnosti z izvajanjem psihosocialnih programov pomoči omogočalo zaprtim osebam doseganje višjih ciljev v obravnavi odvisnosti.

Metadonska terapija

Metadonsko terapijo izvajamo v zavodih za prestajanje kazni v sodelovanju z zdravniki specialisti regionalnih centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti. V sodelovanju s koordinacijo centrov za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog so bila izdelana Strokovna navodila za obravnavo zaprtih oseb, odvisnih od prepovedanih drog, ki vsebujejo enotno doktrino zdravljenja z nadomestnimi zdravili v zavodih.

Med 1210 zaprtimi osebami, ki so bile odvisne od nedovoljenih drog ali so imele težave zaradi uživanja drog, je prejelo metadonsko terapijo 542 ali 44,8 % zaprtih oseb. Največ je bilo vzdrževalne terapije. V primerjavi z letom 2007 se je število oseb na metadonski terapiji zmanjšalo za 7,5 %.

Med 790 novosprejetimi osebami s težavami z drogo jih je imelo 370 ali 46,8 % že predpisano metadonsko terapijo.

Tabela 9.2: Število zaprtih oseb na metadonski terapiji po kategorijah v letih 2002-2008

Kategorija	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Priporniki	88	142	142	180	242	234	196
Obsojenci	134	192	238	202	290	352	346
Skupaj	222	334	380	382	532	586	542

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij

Izvajanje imunokemijskih urinskih testov

Imunokemijsko urinsko testirane so bile zaprte osebe, ki so se vključile v program obravnave odvisnosti od nedovoljenih drog in so s ciljem samopotrjevanja in nadzora abstinence pisno potrdile terapevtski dogovor z izvajalci programov obravnave. Testi so bili uporabljeni predvsem za ugotavljanje prisotnosti opiatov, kanabisa in benzodiazepinov. Z urinskimi testi so bile preverjane tudi vse zaprte osebe na metadonski terapiji. V primeru pozitivnega testa jim je bila terapija postopno ukinjena.

V celotnem sistemu izvrševanja kazenskih sankcij je bilo v letu 2008 porabljenih 3830 testov, testiranih pa 2687 zaprtih oseb.

V letu 2008 je bilo prepoznanih 1210 zaprtih oseb, ki so imele težave zaradi uživanja nedovoljenih drog. V primerjavi z letom prej se je njihovo število povečalo za 11 %. Med njimi je bilo 67 oseb z izrečenim ukrepom obveznega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog (60 obsojencev in sedem obsojenk).

Tabela 9.3: Število in delež zaprtih oseb z ukrepom obveznega zdravljenja ali s težavami zaradi odvisnosti od drog po kategorijah zaprtih oseb v letu 2008

Zaprte osebe	Skupno število oseb v letu	Število oseb s težavami zaradi narkomanije	Delež v %
Obsojenci	2005	735	37,0
Uklonilni zapor	1107	124	11,2
Priporniki	1228	326	26,5
Mladoletniki	43	25	58,1
Skupaj	4383	1210	27,6

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij

Tabela 9.4: Število zaprtih oseb z ukrepom obveznega zdravljenja narkomanije in s težavami zaradi odvisnosti po zavodih v letu 2008

Zavod	66. člen					Ugotovljeno, da imajo težave					Skupaj
	M	Ž	MI.	Skupaj	P	M	Ž	MI.	UZ	Skupaj	
Dob	19	0	0	19	0	155	0	0	0	155	174
Slov. vas	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	4
Ig	0	7	0	7	12	0	26	0	4	42	49
Celje	4	0	0	4	66	34	0	1	15	116	120
Koper	9	0	0	9	20	100	0	0	6	126	135
N. Gorica	0	0	0	0	4	11	0	0	18	33	33
Ljubljana	23	0	0	23	174	241	0	0	0	415	438
N. mesto	0	0	0	0	10	5	0	0	10	25	25
OO Ig	1	0	0	1	0	1	0	0	60	61	62
Maribor	4	0	0	4	31	72	0	0	2	105	109
M. Sobota	0	0	0	0	9	15	0	0	9	33	33
Rogoza	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	4
Radeče	0	0	0	0	0	0	0	24	0	24	24
Skupaj	60	7	0	67	326	642	26	25	124	1143	1210

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij

Med skupno 1210 zaprtimi osebami s težavami zaradi drog jih je imelo 790 ali 65,3 % izkušnjo z drogo že pred nastopom kazni.

Tabela 9.5: Število oseb s težavami zaradi uživanja nedovoljenih drog glede na število vseh zaprtih oseb v letih 2000-2008

Leto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Število vseh zaprtih oseb	6703	6302	5219	4725	4344	3097	3572	4311	4383
Osebe s težavami zaradi droge	512	682	703	727	944	868	948	1090	1210
Delež v %	7,63	10,82	13,47	15,38	21,73	28,03	26,5	25,3	27,6

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij

Tabela 9.6: Število zaprtih oseb, vključenih v programe obravnave, po kategorijah in zavodih v letu 2008

Zavod	Nizkopražni programi				Višjepražni programi				Visokopražni programi			
	O	UZ	MI.	Skupaj	O	UZ	MI.	Skupaj	O	UZ	MI.	Skupaj
Dob	38	0	0	38	27	0	0	27	17	0	0	17
Slov. vas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ig	12	4	0	16	15	0	0	15	6	0	0	6
Celje	16	0	1	17	3	0	0	3	0	0	0	0
Koper	60	0	0	60	40	0	0	40	0	0	0	0
N. Gorica	2	4	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Ljubljana	157	0	0	157	23	0	0	23	0	0	0	0
N. mesto	5	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
OO Ig	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Maribor	24	0	0	24	9	0	0	9	13	0	0	13
M. Sobota	5	0	0	5	6	0	0	6	0	0	0	0
Rogoza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radeče	0	0	18	18	0	0	7	7	0	0	0	0
Skupaj	319	8	19	346	123	0	7	130	37	0	0	37

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij

Osebam, ki v zavodih uspešno abstiniirajo in izražajo željo po nadgradnji obravnave, se med prestajanjem kazni ta omogoča tudi v zunanjih zdravstvenih ustanovah in v programih nevladnih organizacij (psihiatrične bolnišnice, center za zdravljenje odvisnosti od drog v Ljubljani, centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, društvo Up, skupnost Srečanje, Karitas - Pelikan, društvo Svit, zavod Vir, projekt Človek, društvo Stigma ipd). Za tovrstno obliko zdravljenja se je v letu 2008 odločilo 35 zaprtih oseb, kar je enako kot v letu 2007. Po prestani kazni je z obravnavo v zunanjih ustanovah nadaljevalo 48 zaprtih oseb.

Svetovalno delo v programu zmanjševanja škode (nizkopražni program) so v zavodih Ljubljana in Ig izvajali predstavniki društva Stigma. Zavod Ljubljana so obiskovali dvakrat tedensko, zavod Ig pa dvakrat mesečno. Pomemben del programa so bila tudi spremljanja obsojencev in obsojenk na namenskih izhodih - spremljanja v šolo, v zdravstvene ustanove itn.

V sodelovanju z zdravniki specialisti iz območnih centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti so abstinenčne krize zaprtih oseb, do katerih je v letu 2008 prišlo 240-krat, obravnavali v zavodskih ambulantah. Težave so lajšali predvsem z zdravili, pa tudi s povečanjem odmerka metadona.

Zaključek

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij bo skupaj z zavodi za prestajanje kazni zapora tudi v prihodnje posvečala veliko pozornost obravnavi odvisnosti od nedovoljenih drog, saj prepoznavamo veliko potrebo predvsem po izvajanju visokopražnih programov.

10. Trgovanje z drogami

10.1 Uvod

V tem poglavju se osredinjamo na ponudbo in dostopnost drog ter ukrepe za zmanjševanje ponudbe. Za Slovenijo je značilno, da je zaradi svoje geografske lege predvsem tranzitna država za prepovedane droge, saj prek njenega ozemlja poteka t. i. balkanska tihotapska pot. Vendar je hkrati tudi ciljna država, v kateri so na ilegalnem trgu dostopne raznovrstne droge.

Po slovenski zakonodaji (Zakon o kazenskem postopku) je policija edini organi, 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, ki potem izvede zaseg. Slovenska policija zato pri pregonu kriminalnih združb, ki tihotapijo nedovoljene droge in predhodne sestavine zanje, sodeluje s slovensko carino, prav tako pa tudi z organi drugih držav (zlasti na Balkanu). Od leta 2004 sistematično zbira in analizira cene prepovedanih drog tako na drobno kot na debelo. Povprečna cena za celotno državo se izračuna na podlagi podatkov enajstih uprav, ki na terenu ugotavljajo cene drog.

10.2 Tihotapljenje prepovedanih drog

Za Slovenijo je pomemben njen geografski položaj, saj spada med pomembne tranzitne in tudi ciljne države za ilegalno distribucijo prepovedanih drog. Prek njenega ozemlja namreč poteka t. i. balkanska tihotapska pot, po kateri organizirane kriminalne združbe pretihotapijo prepovedano drogo in tako oskrbujejo ilegalne trge v državah Evropske unije. V obratni smeri pa poteka tihotapljenje sintetičnih drog iz zahodne Evrope. Pri preprečevanju preusmerjanja predhodnih sestavin za ilegalno predelavo in za izdelavo prepovedanih drog policija sodeluje s pristojnimi organi tako v Sloveniji kot v tujini. Na prostovoljni osnovi se sodeluje tudi s proizvajalci in trgovci s predhodnimi sestavinami.

Slovenija deluje v smeri zmanjšanja ponudbe prepovedanih drog tako v Sloveniji kot tudi v drugih evropskih državah prav z izboljšanjem operativnega sodelovanja z varnostnimi organi držav na območju Balkana. Na tej podlagi je bilo že izvedenih več skupnih operacij z varnostnimi organi držav na območju Balkana; spodbujajo pa se tudi operacije proti kriminalnim združbam iz teh držav, ki delujejo v Sloveniji. Z izvajanjem kriminalističnih preiskav je bilo namreč ugotovljeno tudi, da vedno več slovenskih državljanov sodeluje pri organizaciji in prevozi prepovedane droge. Tihotapstvo prepovedanih drog poteka pretežno v cestnem prometu prek različnih povezav. Četudi se je povečal pomen osebnih vozil kot tihotapskih prevoznih sredstev, ostajajo tovorna vozila še vedno pomembno transportno sredstvo za večje količine prepovedane droge.

Klasična balkanska pot iz Turčije prek Bolgarije, Srbije, Črne Gore, Hrvaške, Slovenije in Avstrije v Srednjo Evropo ter prek Italije v zahodno Evropo je po prenehanju oboroženih spopadov na območju Balkana spet pridobila na pomenu kot tihotapska pot za heroin kakor tudi za konopljo. Skupaj z različico prek Bolgarije, Romunije in Madžarske predstavlja najpomembnejšo pot za tihotapstvo heroina. Medtem ko sta se obe prej omenjeni tihotapski poti v prejšnjih letih uporabljali za prevoz velikih količin heroina s tovornimi vozili, pa je od leta 2002 naprej najbolj priljubljeno prevozno sredstvo osebno vozilo, s katerim pretihotapijo manjše količine prepovedane droge. Najpogostejša mesta, na katerih tihotapci skrivajo prepovedano drogo, so: rezervoar za gorivo pri vozilih z dizelskim motorjem, prostor pod tapetami stranskih sten in vrat, rezervno kolo, prtljaga, prirejeni prostor v prtljažniku, pragovi vozila in v blatnikih vozila. Najpogostejši prostori v tovornih vozilih pa so: dvojno dno priklopnega vozila, posebej prirejeni prostor v priklopnem vozilu, prostor v kabini tovornega

vozila. V vseh primerih ugotovljenega tihotapstva je bilo uporabljeno osebno vozilo srednjega cenovnega razreda v starosti med pet in deset let. V večini primerov je bilo vozilo registrirano na ime voznika tik pred odhodom oziroma pred potovanjem na območje bivše Jugoslavije, kar smo ugotovili pri preverjanju prometnega dovoljenja osebnega vozila. Enako velja tudi za osebe, ki so z drogo potovali iz držav bivše Jugoslavije proti Evropski uniji.

V zaznanih primerih je oseba, ki je tihotapila prepovedano drogo, drogo prevzela na območju bivše Jugoslavije, predvsem Prištine, Prizrena, Podgorice, Sarajeva in Banja Luke. Omenjeno nakazuje, da je t.i. balkanska pot še vedno aktivna, saj se po njej na območje bivše Jugoslavije pretihotapi velika količina heroina iz Turčije. Pripadniki kriminalnih združb so seznanjeni z opravljanjem pregledov na državnih mejah. Ker je bil v preteklosti večkrat podrobneje pregledan voznik vozili, ki je v državah bivše Jugoslavije preživel le dan ali dva, kar je bilo razvidno iz vstopnih in izstopnih žigov v potnih listih, so spremenili način potovanja. Tako kurirji z osebnimi vozili v državo, v katerih prepovedano drogo prevzamejo, ne potujejo več po najkrajši poti (R Slovenija, Hrvaška, Bosna in Hercegovina ...), temveč potujejo bodisi čez Madžarsko in nato v Srbijo, Črno goro, Kosovo, bodisi pa čez celo Italijo in nato s trajektom čez Jadransko morje. S prepovedano drogo se nato vračajo prek ozemlja Hrvaške in Slovenije.

Južna različica balkanske poti vodi prek Grčije, Makedonije in Albanije ter naprej proti državam zahodne Evrope. V zaznanih primerih v letu 2008 je potekala tihotapska pot heroina najpogosteje po dveh poteh:

- Albanija - Kosovo - Srbija - Hrvaška - Slovenija - Avstrija oziroma Italija - Švica
- Turčija - Albanija - Kosovo - Črna Gora - BiH - Hrvaška - Slovenija - Italija oziroma Avstrija - Nemčija.

Konopljo se pogosto prevaža prek Albanije, Makedonije in Bolgarije v Turčijo oziroma po klasični balkanski poti v smeri zahodne Evrope ali pa po njeni različici prek Romunije.

Medtem ko je še do nedavnega veljalo, da se kokain v Evropi tihotapi iz zahodne proti Južni Evropi, pa novi trendi kažejo, da velike količine kokaina, skritega v ladijskih kontejnerjih, prihajajo tudi v pristanišča Grčije, Bolgarije, Turčije, Črne Gore, Albanije, Hrvaške in tudi v Slovenijo ter nato s pomočjo tovornih vozil proti zahodu.

V letu 2008 je bila zasežena večja količina kokaina v Luki Koper, naložen je bil v dveh kontejnerjih. S spletnim spremljanjem ladijskih storitev sta bila oba natovorjena v Baranquilli v Kolumbiji in raztovorjena na Jamajki, kjer sta bila ponovno natovorjena in kasneje raztovorjena v izraelskem pristanišču Haifa. Zatem sta bila ponovno natovorjena na ladjo in raztovorjena v Sloveniji v Luki Koper. Iz dokumentacije je izhajalo, da je prevoz urejala špedicija iz Kolumbije. Vsi ti podatki so vzbujali sum, da je v pošiljki tudi prepovedana droga.

S tem zasegom so slovenski organi pregona zaznali spremembo klasične kokainske poti iz Andske regije proti Evropi. Pred tem se je kokain običajno tihotapil neposredno v nizozemsko pristanišče Rotterdam. Na podlagi tega primera pa lahko sklepamo, da sedaj storilci kaznivih dejanj, povezanih s tihotapstvom prepovedane droge, za tihotapljenje v zahodno in severno Evropo uporabljajo pristanišča severnega Jadrana. Tihotapci se tudi vse bolj iznajdljivi. Po odkritem modusu operandi morajo najti drug način tihotapstva, ki še ni bil uporabljen, če hočejo organizirati uspešen prevoz prepovedane droge.

10.3 Zasegi

Sicer pa so policisti v sodelovanju s cariniki na mejnih prehodih zasegli več heroina, marihuane, kokaina in metadona, prav tako so policisti v letu 2008 v primerjavi z letom 2007 zasegli večje količine prepovedanih drog v notranjosti države.

V nadaljevanju so navedeni statistični podatki s področja prepovedanih drog za leto 2008 v primerjavi z letom 2007:

Tabela 10.1: Število kaznivih dejanj in odkritih osumljencev, Slovenija, 2007-2008

Vrsta kaznivega dejanja		Št. kaznivih dejanj		Porast/upad (v %)	Št. odkritih osumljencev		Porast/upad (v %)
		2007	2008		2007	2008	
Zloraba prepovedanih drog	Nepravilna proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljene snovi v športu in predhodne sestavine za izdelavo prepovedanih drog	1429	1434	0,3	1600	1715	7,2

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS

Tabela 10.2: Zasegi prepovedanih drog v količini, Slovenija, 2007-2008

Droga	Enota	2007	2008	Porast/upad (v %)
Amfetamini	(g)	994,2	2.525,2	154,0
	(tbl)	1.070,5	46,2	-95,7
Benzodiazepini	(tbl)	1.241,5	2.515,0	102,6
Ekstazy	(tbl)	1.246,4	490,0	-60,7
Heroin	(g)	60.493,3	137.430,0	127,2
	(ml)	154,0	225,5	46,5
Kokain	(g)	42.044,6	90.664,68	+115
Kanabis - rastlina	(pcs)	9.278,2	6.856,8	-26,1
Kanabis (marihuana)	(g)	151.727,7	319.678,5	110,7
Kanabis (smola)	(g)	685,0	410,6	-40,1
Metadon	(ml)	1.747,3	2.914,8	66,8
Metamfetamini	(g)	29,8	31,9	6,8
	(tbl)	203,7	74,5	-63,4

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS

V letu 2008 so bile končane nekatere dolgotrajne operacije proti mednarodnim kriminalnim združbam, ki so zahtevale precejšnje angažiranje policistov. Na podlagi operacije zoper mednarodno kriminalno združbo, ki jo je vodila slovenska policija, je bilo v Sloveniji skupaj v dveh primerih zaseženih 93 ton anhidrida očetne kisline (predhodna sestavina za proizvodnjo heroina), ki ga je mednarodna kriminalna združba tihotapila iz Češke v Turčijo.

Tabela 10.3: Zasegi predhodnih sestavin za izdelavo prepovedanih drog

Vrsta predhodne sestavine	Enota	2007	2008	Porast/upad (v %)
Anhidrid očetne kisline	(kg)	6989,76	93.000,00	1230,5

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS

Število ilegalnih laboratorijev

Slovenska kriminalistična policija ni v letu 2008 odkrila nobenega aktivnega ilegalnega laboratorija, v katerem bi se pridelovala prepovedana droga.

10.4 Cene prepovedanih drog

Slovenska kriminalistična policija sistematično zbira in analizira cene prepovedanih drog tako na drobno (cena za 1 g oziroma za 1 tbl) kot na debelo (cena za 1 kg oziroma za 1000 tbl) od leta 2004 naprej. Povprečna cena posamezne prepovedane droge za Slovenijo se določi na podlagi podatkov vseh enajstih policijskih uprav v Sloveniji.

Tabela 10. 4: Cene na drobno (v EUR na g) nekaterih prepovedanih drog v Sloveniji, 2008

Droga	Cene v EUR (na g)
Amfetamini	22.5
Ekstazi (1 tbl)	6.5
Heroin (rjav)	40
Kokain hidroklorid	70
Kanabis (marihuana)	6.5
Kanabis (smola)	11
Metamfetamini	9

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS

Odstopanja od dostopnosti in večjo ponudbo na trgu opažamo predvsem v glavnem mestu Slovenije. Velja: večja ko sta ponudba in povpraševanje, manjša je cena prepovedane droge.

Povprečna cena 1 grama heroina v letu 2008 (40 evrov) ni bistveno drugačna, kot je bila v letu 2004 (35 evrov). Iz tega lahko sklepamo, da je ponudba heroina na črnem trgu dokaj nespremenjena, kljub temu da so se tihotapske poti spreminjale in prilagajale odkritim načinom tihotapstva.

Medtem ko se cena heroina ni spreminjala, pa se je povprečna cena za kokain dvigala in sicer s 53 evrov za gram leta 2004 kar na 70 evrov v letu 2008. Razloge bi lahko iskali v večjem povpraševanju, manjši ponudbi zaradi učinkovitejšega dela slovenskih varnostnih organov (tako carine kot policije) in čistejšem kokainu na črnem trgu.

B

Izbrana poglavja

11. Proizvodnja in promet s konopljo (kanabisom)

Do leta 2008 je prevladovala proizvodnja konoplje v zunanjem okolju, v t. i. ilegalnih nasadih. Kriminalistična policija pa vedno pogosteje ugotavlja, da se je tudi v Sloveniji začela pojavljati problematika hidroponičnega gojenja konoplje in s tem povečanega števila aktivnih laboratorijev. Povečala se je tudi prodaja semen konoplje in pripomočkov za hidroponično gojenje. Navadno gre za registrirane prodajalne semen in drugih pripomočkov ter spletne trgovine ali posameznike, ki uporabnikom ponujajo različna semena konoplje, komplete svetil za gojenje rastlin v zaprtih prostorih različnih jakosti, gnojila, posode, zaščitno folijo ipd. Največji problem pa trenutno predstavljajo spletni ponudniki tovrstnih storitev v tujini, saj se kupci iz Slovenije tako izognejo nadzoru in beleženju podatkov o uporabi njihovih storitev. Slovenska policija poskuša možne »lastnike« ilegalnih nasadov oziroma laboratorijev odkrivati s pomočjo tujih varnostnih organov.

Po veljavni zakonodaji v Sloveniji pridelava semen, njihova ponudba in nakup predstavljajo predeliktno fazo (pripravljalna dejanja), ki še ni kazniva in ne pomeni storitve kaznivega dejanja. Semena konoplje tako niso prepovedana droga.

V primeru, da slovenski policisti zaznajo prodajalno, v kateri prodajajo semena konoplje, morajo obvestiti Inšpektorat RS za kmetijstvo, gozdarstvo in hrano ministrstva za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano. Ta bo v skladu z Zakonom o semenskem materialu kmetijskih rastlin, kamor semena konoplje spadajo, preveril, za kakšna semena sploh gre in ali so te sorte vpisane v slovensko oziroma evropsko sortno listo ter ali je bilo zanje na Fitosanitarni upravi izdano izjemno dovoljenje za promet. Semenski material se sme tržiti le, če je sorta vpisana v sortno listo v skladu z omenjenim zakonom.

Policisti v primeru, da oglaševanje prodaje konopljinih semen zasledijo na spletnih straneh, obvestijo tudi Tržni inšpektorat RS, ki je zadolžen tudi za nadzor nad izpolnjevanjem pogojev za prodajo po internetu.

11.1 Cene konoplje (kanabisa) na debelo

Slovenska kriminalistična policija sistematično zbira in analizira cene prepovedanih drog tako na drobno (cena za 1 g) kot tudi na debelo (cena za 1 kg). Povprečna cena posamezne prepovedane droge na območju Slovenije in tako tudi konoplje se oceni glede na podatke vseh enajstih slovenskih policijskih uprav. Spodaj navajamo podatke o ceni za 1 kg v letu 2008:

Tabela 11.1: Cene (v EUR na kg) marihuane in smole v Sloveniji, 2008

Vrsta konoplje	Leto	Min. (EUR)	Max. (EUR)	Povprečna (EUR)
Marihuana	2008	1000	4000	2500
Smola	2008	3000	8000	5500

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS

Glede na zbrane podatke lahko ugotovimo, da je bila povprečna cena kilograma konoplje (marihuane) v letu 2004 okrog 700 evrov, v letu 2006 že 1100 evrov in v zadnjem letu 2500 evrov. Navedeni podatki nakazujejo, da je ponudba konoplje na črnem trgu vse manjša. Tudi sama proizvodnja konoplje na prostem je vse težja zaradi učinkovitejšega nadzora in nadzora policije. Poudariti pa je treba, da je zaznano vse večje povpraševanje po kakovostnejši konoplji - imenovani skunk, ki je gojena v zaprtih prostorih oz. v posebej za to opremljenih laboratorijih.

11.2 Zasegi

Večina zasežene konoplje v notranjosti države je proizvedena na območju Slovenije, in sicer v ilegalnih nasadih v naravnem okolju na prostem. Z zbiranjem obvestil so bili pridobljeni podatki tudi o nekaterih laboratorijih, v katerih naj bi hidroponično gojili konopljo, vendar v letu 2008 ni bil odkrit noben aktiven tovrsten laboratorij.

Policija je v sodelovanju s carino v preteklih letih konopljo nekajkrat zasegla tudi na mejnih prehodih s Hrvaško. Izvirala je iz BiH, namenjena pa je bila na črni trg zahodne Evrope, predvsem v Nemčijo. V letu 2008 ne beležimo zasega konoplje na mejnih prehodih.

Z nadzorovanjem in identifikacijo možnih lokacij ilegalnih nasadov konoplje se policija ukvarja predvsem v poletnih mesecih, ko je čas oskrbovanja nasadov (gojenje, zalivanje, negovanje sadik) in žetja dozorelih sadik konoplje.

Ilegalne nasade konoplje odkrivamo z zbiranjem obvestil iz različnih virov in od informatorjev, prek anonimnega telefona policije, prijav občanov in z drugimi dejavnostmi policistov. V primeru odkritja ilegalnega nasada, ko »lastnik« ni znan, lahko policija postavi zasedo in tako poskuša odkriti storilca kaznivega dejanja.

Trenutno ne razpolagamo s podatki o velikostih ilegalnih nasadov konoplje oziroma s številom odkritih nasadov zaradi drugačnega načina zbiranja podatkov. Na podlagi zbranih podatkov pa policija ocenjuje, da je večina odkritih nasadov manjših (okrog 100 rastlin konoplje). V času odkritja ilegalnih nasadov so tudi velikosti odkritih rastlin zelo različne, odvisno predvsem od tega, v kateri fazi rasti je bil ilegalni nasad odkrit. Največkrat poskušajo »lastniki« ilegalnih nasadov skriti lokacijo nasada tako, da posadijo konopljo med večje rastline, kot je npr. kuzuza, oziroma posadijo konopljo v gozd.

V Tabeli 11.2 so prikazani podatki o številu zasegov konoplje v letu 2008 kot posledice storitve kaznivega dejanja po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije (Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami - 186. člen KZ-01 in Omogočanje uživanja prepovedane droge - 187. člen KZ-01) in posledice prekrška - neupravičene posesti konoplje in s tem kršitve Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami.

Tabela 11.2: Število zasegov konoplje (kanabisa) glede na kaznivo dejanje ter vrsto konoplje (kanabisa), Slovenija, 2008

Vrsta konoplje (kanabisa)	Neupravičena proizvodnja in promet	Omogočanje uživanja	Neupravičena posest	Skupaj
Rastlina	52	1	321	374
Marihuana	333	41	2016	2390
Smola	18	0	105	123
Skupaj	403	42	2442	2887

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS

S podatki o številu storilcev kaznivih dejanj in prekrškov v zvezi s konopljo ne razpolagamo. V večini primerov se storilci kaznivih dejanj ne ukvarjajo samo s konopljo, temveč so prisotne tudi druge prepovedane droge. Glede na razpoložljive podatke pa ocenjujemo, da je konoplja še vedno najbolj razširjena med slovenskimi uporabniki prepovedanih drog in med storilci kaznivih dejanj, ki so povezani s prepovedano drogo.

12. Obravnava in skrb za starejše uporabnike drog

12.1 Staranje problematičnih uporabnikov drog

V tem poglavju obravnavamo značilnosti starejših oseb, ki so vključene v obravnavo zaradi uporabe prepovedanih drog. Starejši uporabniki so opredeljeni kot osebe, ki so stare 40 let ali več. Zajeti so podatki iz centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju: CPZOPD) v obdobju 1998–2008. Kot je razvidno iz tabele 12.1, se je število CPZOPD v proučevanem obdobju spreminjalo oziroma ni podatkov za vse CPZOPD za vsa leta. Kljub temu lahko iz razpoložljivih podatkov ugotovimo nekatere bistvene značilnosti in trende.

Velja opozoriti, da se je za podatek o starosti udeležencev v programih in s tem o njihovi porazdelitvi v starostne razrede do leta 2004 (vključno s tem letom) uporabljala spremenljivka »navedena starost«. Za leto 2005 in naslednja leta pa smo njihovo starost v letu obravnave izračunali iz datuma njihovega rojstva, ki je po naši presoji bolj zanesljiv podatek.

Trend starosti pri uporabnikih drog v programu zdravljenja in zunaj njega

Slovenijo je večja razširjenost uživanja nedovoljenih drog zajela približno desetletje pozneje kot zahodnoevropske države. Tako so strokovnjaki ugotavljali, da je bila razširjenost drog do začetka osemdesetih let relativno nizka oziroma precej manjša kot v zahodnoevropskih državah. Vendar se je stanje bistveno spremenilo konec osemdesetih let, ko so ljudje - zlasti mlajši - začeli bolj množično uporabljati heroin in druge droge, tudi z vbrizgavanjem. Večjo prisotnost drog v slovenski družbi potrjujejo tudi podatki policije, ki je konec osemdesetih in v začetku devetdesetih poročala o večjih količinah zaseženih drog (zlasti heroina) ter o porastu števila kaznivih dejanj, povezanih z neupravičeno proizvodnjo in s prometom z drogami, ter možnosti za uživanje drog. Prav tako je zaznala več prekrškov in nasilnih dejanj, ki so bila povezana s prepovedanimi drogami (Nolimal 1996: 25). Na resnost pojava kaže tudi dejstvo, da je bil v Sloveniji leta 1991 vzpostavljen tudi prvi program zamenjave igel (Kvaternik 2006: 144).

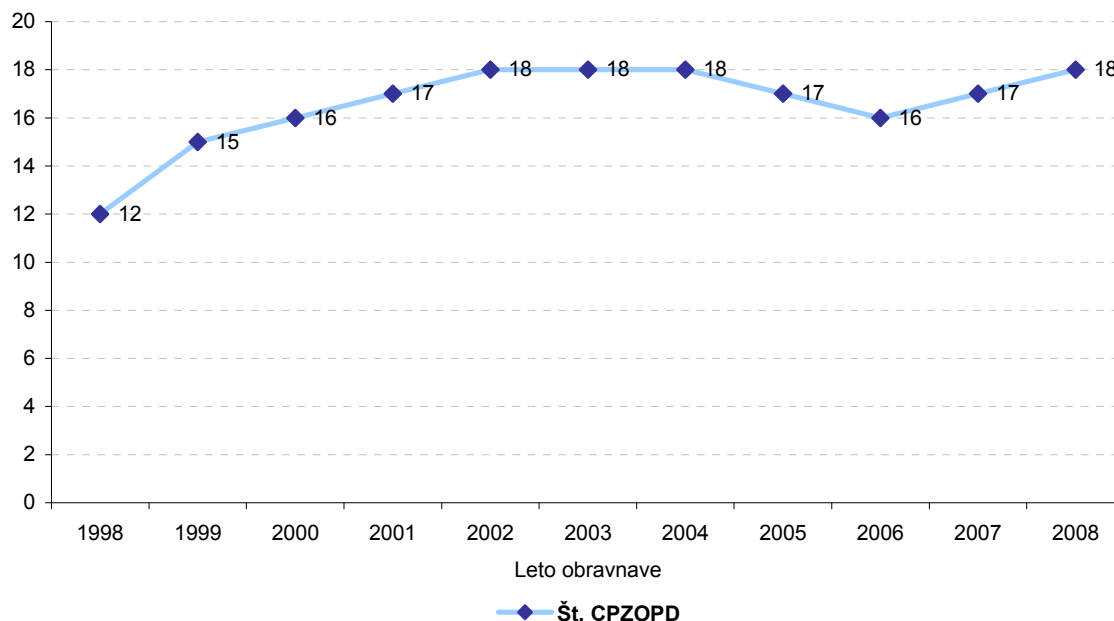
Tabela 12.1: Število obravnavanih v CPZOPD, Slovenija, 1998-2008

Vrsta pacienta/leto obravnave	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Št. prvič in ponovno obravnavanih	835	1057	946	1.094	1395	1485	1113	634	657	689	670
Št. oseb, ki so bile v obravnavi neprekinjeno*	-	-	-	-	1.238	1.384	1789	1674	979	877	2499
Št. CPZOPD	12	15	16	17	18	18	18	17	16	17	18

Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

* Opomba: Podatki za to vrsto obravnavanih se zbirajo od leta 2002. Zaradi primerljivosti s podatki iz preteklih let ti podatki niso bili vključeni v analizo.

Slika 12.1: Število CPZOPD, ki so poročali podatke v Evidenco obravnave uživalcev drog, Slovenija, 1998-2008



Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

Tabela 12.2: Število obravnavanih po starostnih razredih v CPZOPD, Slovenija, 1998-2008

Starostni razredi (leta)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Skupaj
Manj kot 40	828	1035	927	1067	1349	1433	1081	612	630	652	634	10.248
40-49	7	22	17	27	40	48	30	21	22	32	30	296
50-59	0	0	2	0	6	4	2	1	5	5	6	31
Skupaj	835	1057	946	1094	1395	1485	1113	634	657	689	670	10.575

Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

V tabeli 12.2 je prikazano število obravnavanih po starostnih razredih po posameznih letih obravnave, v deležih pa v sliki 12.2. Ugotovimo lahko, da po naših podatkih v obdobju 1998-2008 pomoči ni iskala nobena oseba, ki bi bila stara 60 ali več let. Opazimo lahko tudi, da se obravnavani, stari od 50 do 59 let, pojavljajo predvsem od leta 2002 (čeprav sta bila tudi v letu 2000 dva takšna). Tudi če pogledamo starejše podatke v evidenci, vidimo, da - razen enega primera v letu 1997 - ni podatkov o osebah, ki bi bile stare od 50 do 59 let ali celo več.

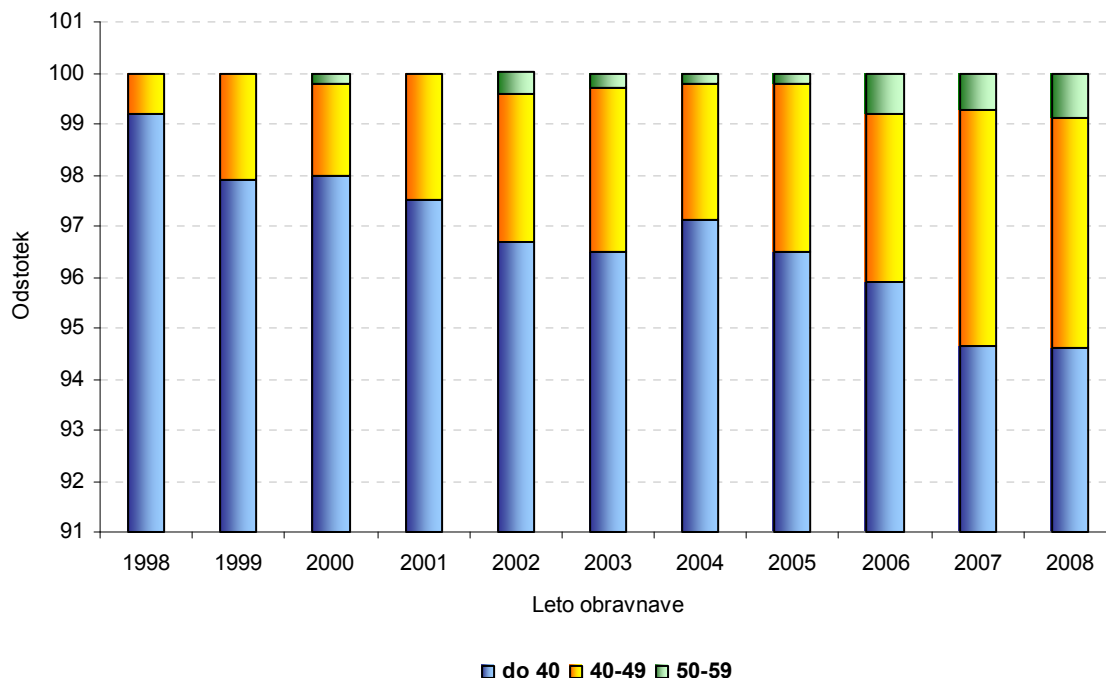
Tabela 12.3: Število obravnavanih po starostnih razredih v CPZOPD, Slovenija, 1993-1997

Starostni razredi (leta)	1993	1994	1995	1996	1997	Skupaj
Majn kot 40	234	293	202	431	768	1928
40-49	3	8	6	3	12	32
50-59	0	0	0	0	1	1
Skupaj	237	301	208	434	781	1961

Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

Prav tako lahko vidimo, da se povečuje tudi relativni delež starih od 40 do 49 let glede na celotno število oseb v določenem letu obravnave.

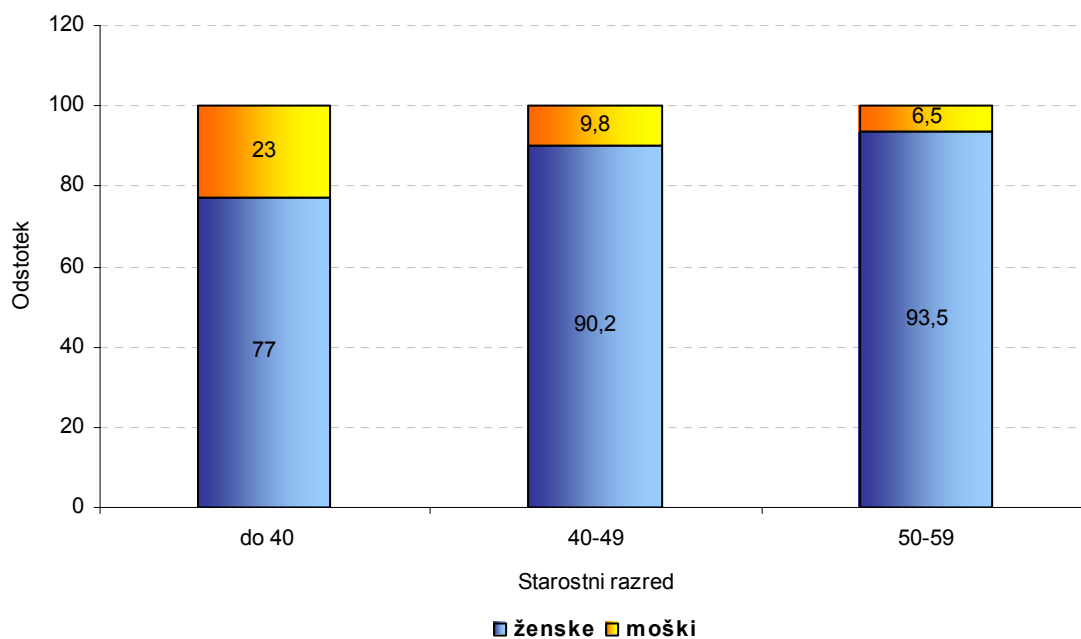
Slika 12.2: *Deleži oseb po starostnih skupinah po posameznih letih obravnave, Slovenija, 1998-2008*



Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

Iz navedenega lahko sklepamo, da se v proučevanem obdobju povečujeta število in delež starejših v obravnavi zaradi drog.

Slika 12.3: *Deleži po starostnih skupinah in spolu, Slovenija, 1998-2008*

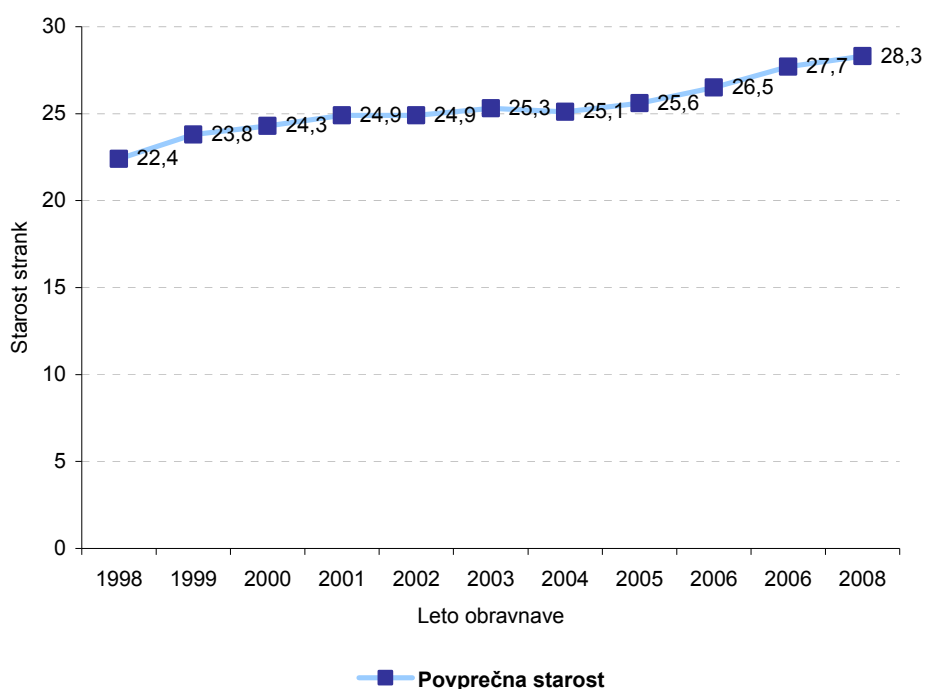


Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

Zgornja slika prikazuje deleže po starostih in po spolu za vse v obravnavi. Opazimo lahko, da se med tremi starostnimi skupinami razlikuje tudi spolna struktura oziroma da je med starejšimi v obravnavi večji del moških. Velja pa opozoriti, da je v starostni skupini od 50 do 59 let samo 31 primerov (29 moških in dve ženski), kar pomeni, da je treba navedene odstotke obravnavati z določeno mero previdnosti.

V spodnji sliki so prikazane povprečne starosti vseh³ v obravnavi v CPZOPD v proučevanem obdobju. Ugotovimo lahko jasen trend naraščanja povprečne starosti. Razlika v povprečni starosti⁴ v letu 1998 (22,4 let) in v letu 2008 (28,4 let) kaže na relativno močan trend »staranja« strank v obravnavi zaradi nedovoljenih drog.

Slika 12.4: Povprečna starost v posameznem letu, Slovenija, 1998-2008



Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

³ Vsi, ki so iskali pomoč v CPZOPD v posameznem letu obravnave (izključeni so tiste, ki so bili neprekinjeno v obravnavi).

⁴ Povprečje starosti vseh obravnavanih v obdobju 1998-2008 je 25,15 let.

Tabela 12.4: Vrsta glavne droge in starostni razredi, Slovenija, 1998-2008

Vrsta droge*	Age group (years)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Heroin	Manj kot 40	776	967	856	964	1146	1254	910	549	581	611	577	9191
	40-49	7	22	16	24	36	44	28	21	21	29	27	275
	50-59			2		3	3	2	1	5	5	6	27
Kokain	Manj kot 40	4	5	7	9	10	12	15	9	5	5	9	90
	40-49			1		1					1		3
	50-59												
Poživila	Manj kot 40		3	1		11	8	8	4	2	1	2	40
	40-49												
	50-59												
Kanabis	Manj kot 40	43	52	62	79	165	152	140	36	33	21	20	803
	40-49				1	1	3	1				1	7
	50-59					1							1
Druge snovi	Manj kot 40	4	4	1	15	17	7	8	10	6	11	4	87
	40-49				2	2	1	1			2	2	10
	50-59					2	1						3
Neznano/manjka*	Manj kot 40	1	4						4	3	3	22	37
	40-49									1			1
	50-59												

Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

*Opomba:

heroin

kokain (kokain in crack)

poživila (amfetamini, MDMA in derivati, druga poživila vendar ne kokain)

kanabis

druge snovi (barbiturati, benzodiazepini, drugi hipnotiki in sedativi, LSD, drugi halucinogeni, hlapila, metadon, drugi opijati)

neznano/manjka (neznane vrste drog in primeri, kjer podatek manjka).

Umrljivost

Umrljivost, povezana z drogami, je pomemben kazalec trendov. Glede na število smrti zaradi uporabe drog v Sloveniji v obdobju 2002-2004 lahko ugotovimo, da je v Sloveniji »[u]mrljivost zaradi drog [...] pri nas najvišja v starosti 20-30 let, višja pri moških kot ženskah, in kaže trend pomikanja proti starejšim starostnim skupinam.« (Šelb 2007: 126)

12.2 Uporaba drog, zdravje in socialno-demografske značilnosti starejših uporabnikov drog

V tem delu poglavja se bomo osredotočili na značilnosti vseh vrst strank (torej prvič in ponovno obravnavanih ter tistih, ki so bile v obravnavi neprekinjeno), ki so bile v obravnavi zaradi uporabe drog v CPTDA v letu 2008. Od leta 2005 se za osebe, ki so neprekinjeno v obravnavi, zbira manj podatkov (zlasti o socialno-demografskih značilnostih), zato se nekateri podatki nanašajo samo na prvič in ponovno obravnavane (torej tiste, ki so vstopile v program med 1. januarjem in 31. decembrom 2008).

Po podatkih v Evidenci obravnave uživalcev drog, ki jo vodi Inštitut za varovanje zdravja RS, je bilo v letu 2008 v CPZOPD v obravnavi 3169 oseb. Najmlajša je bila stara 15, najstarejša pa 65 let. Povprečna starost vseh je bila 30,3 let.

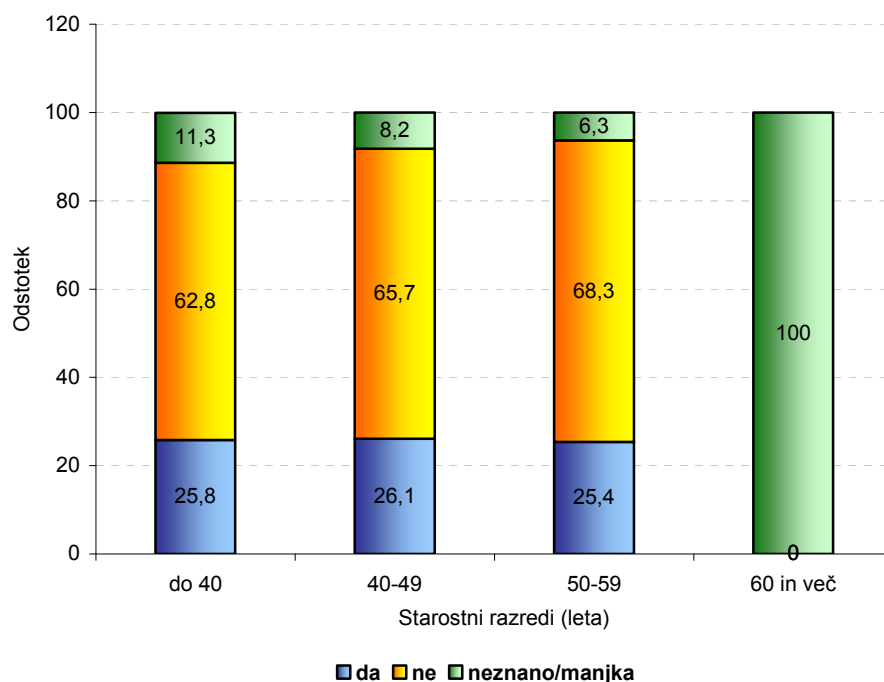
Tabela 12.5: Vrsta glavne droge in starostni razredi, vse vrste strank v CPZOPD, Slovenija, 2008

Glavna droga	Manj kot 40	40-49	50-59	60 in več	Skupaj
Heroin	1875	136	23		2034
Kokain	70	11	4		85
Poživila	5	1			6
Kanabis	144	8	2		154
Druge snovi	79	8	4		91
Neznano/manjka	664	104	30	1	799
Skupaj	2837	268	63	1	3169

Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

Spodnja slika prikazuje primerjavo (delež) med posameznimi starostnimi razredi glede vbrizgavanja katere koli droge v zadnjem mesecu. Glede na razpoložljive podatke ne moremo govoriti o značilnih razlikah med starejšimi in drugimi zdravljenimi. Opozoriti velja, da za 11 % primerov ni znano, ali so si vbrizgavali drogo v zadnjem mesecu, kar pomeni, da bi lahko popolnejši podatki pokazali drugačna razmerja⁵.

Slika 12.5: Vbrizgavanje droge v zadnjem mesecu (v odstotkih), vse vrste obravnavanih v CPZOPD, Slovenija, 2008



Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

Med 3169 osebami jih je bilo pet HIV pozitivnih (ali 0,2 % vseh); trije v starosti manj kot 40 let in dva v starosti med 40 in 49 let (v vseh primerih pa gre za osebe, ki so bile neprekinjeno v obravnavi). Glede na takšne podatke je težko govoriti o razlikah med starejšimi in drugimi ljudmi v obravnavi.

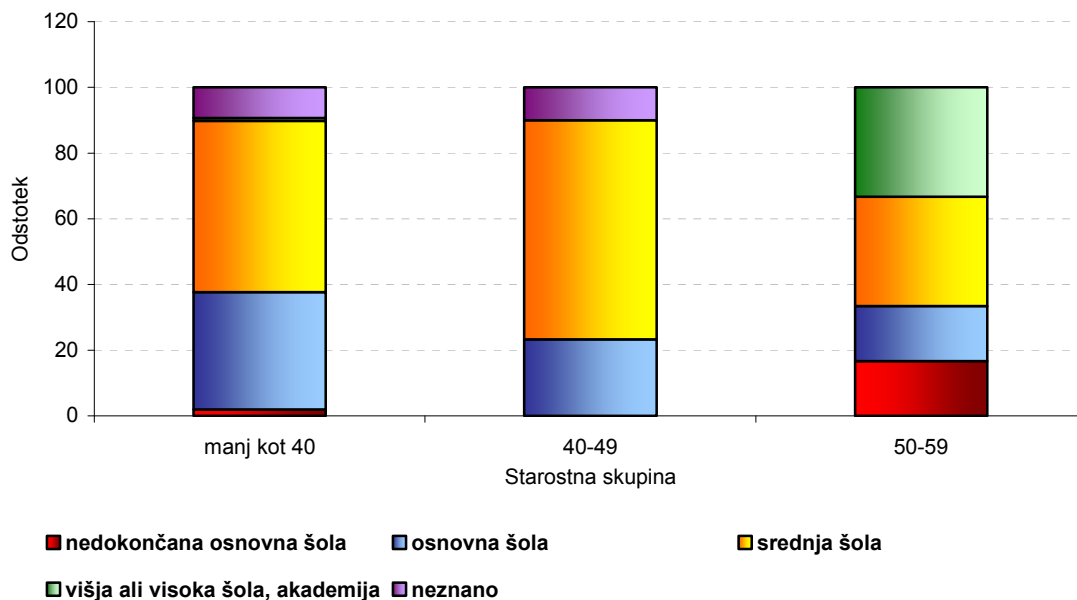
⁵ V starosti 60 let in več je samo en primer, za katerega pa ni znan podatek o vbrizgavanju.

Med 670 zdravljenimi (prvič in ponovno evidentiranimi) v CPZOPD v letu 2008 jih je bilo 62 (ali 9,3 %) pozitivnih na virus hepatitisa C⁶, in sicer 90,3 % od vseh pozitivnih primerov v starosti pod 40 let, 6,5 % v starosti 40-49 let in 3,2 % v starosti 50-59 let.

Socialno-demografske značilnosti oseb, ki so v obravnavo vstopile v let 2008

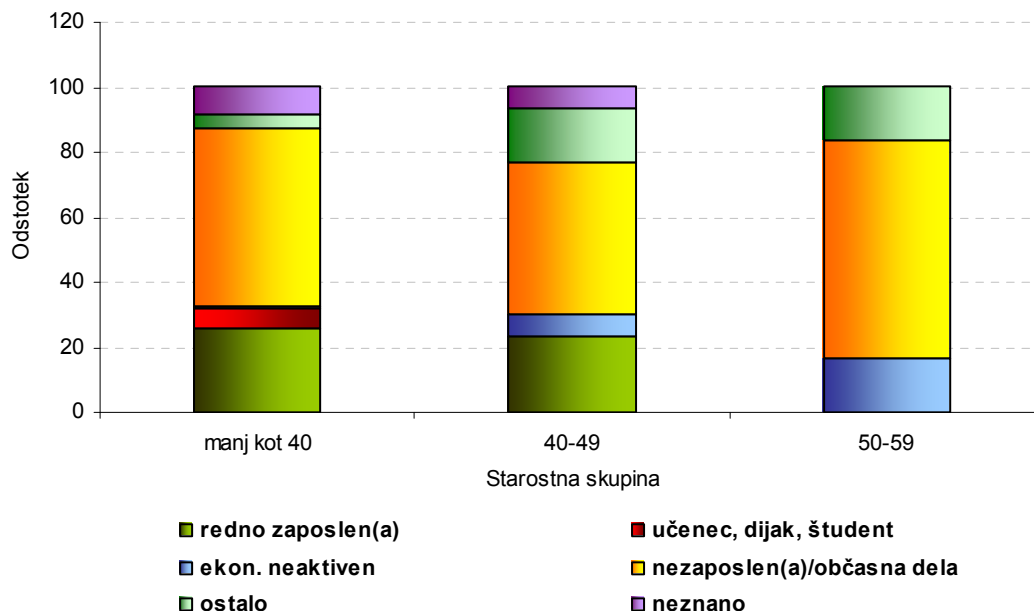
Izobrazbena struktura med prvič in ponovno obravnavanimi (N=670) je prikazana v spodnji sliki.

Slika 12.6: Izobrazbena struktura oseb, ki so v obravnavo vstopile v letu 2008



Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

Slika 12.7: Zaposlitvena struktura oseb, ki so v obravnavo vstopile v letu 2008



Vir: Evidenca obravnave uživalcev drog, CPZOPD, Inštitut za varovanje zdravja RS

⁶ Bodisi na test anti HCV bodisi na test PCR RNA HCV.

Sliki 12.6 in 12.7 kažeta izobrazbeni in zaposlitveni status oseb, ki so iskale pomoč v CPZOPD v letu 2008. Ugotovimo lahko, da jih je večina manj izobraženih (končana osnovna ali srednja šola) in da jih je več kot polovica (54,5 %) nezaposlenih. Vendar bi težko govorili o značilnih razlikah med starejšimi in drugimi osebami v centrih.

12.3 Obravnava, zdravljenje in skrb za starejše uporabnike drog

Javne politike

Temelji javne politike na področju prepovedanih drog v Sloveniji so določeni v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009 (Uradni list RS, št. 28/2004, strani 3125-3139). V omenjenem dokumentu je med načeli navedena tudi prilagojenost različnim skupinam prebivalstva, navajamo ga v celoti: »Razviti je treba prilagojene vsebine dela za različne ciljne skupine prebivalstva in njihove potrebe, od preventivnih programov, programov zmanjševanje škode do ustreznih oblik zdravljenja odvisnosti, socialne obravnave in rehabilitacije« (prav tam, stran 3126). Ciljne skupine prebivalstva v resoluciji niso podrobneje opredeljene (večkrat se sicer omenjajo otroci in mladostniki, vendar tudi ta kategorija ni bolj podrobno opredeljena). Starejši uporabniki drog v resoluciji niso izrecno omenjeni.

Zdravje in socialni odzivi

Po podatkih v strukturiranem vprašalniku številka 27, prvi del (o programih obravnave), ki se nanaša na stanje v letu 2007, so v mreži CPZOPD v Sloveniji razviti posebni programi obravnave za naslednje ciljne skupine uporabnikov drog: za uporabnike opioidov, kokaina, kanabisa, amfetaminov, benzodiazepinov, glede na spol, za otroke in mladostnike, za osebe s pridruženo duševno motnjo (komorbidnost) ter za pripadnike etničnih skupin. Lahko torej rečemo, da v Sloveniji obstajajo številni posebni programi za različne ciljne skupine. Kljub temu pa po podatkih iz navedenega vprašalnika ne obstaja poseben program za skupino starejših uporabnikov. Iz tega lahko sklepamo, da v CPZOPD delež starejših uporabnikov še ni v takšnem obsegu, da bi medicina razvila poseben program, prilagojen njihovim potrebam.

Vendar to ne pomeni, da se zdravstveno osebje v CPZOPD ne zaveda problema, da obstoječi programi ne zadostujejo potrebam vseh posameznikov in skupin. Navajamo izjavo osebe, ki dela v enem od CPZOPD: »Stara se ciljna skupina uporabnikov, zdravstveno stanje se slabša, čez pet, deset let bodo to brezdomci. Pri uporabnikih, ki pridejo proti 50 [letu; dodal M. C.], ni več mobilnosti, borbe za preživetje, želijo si mir« (Kvaternik, Grebenc, Rihter 2008: 95).

Tako predstavljeni podatki kot opažanja zaposlenih v centrih kažejo, da je delež starejših v centrih za zdravljenje odvisnosti v Sloveniji še relativno majhen, vendar tudi, da se postopoma povečuje. V prihodnjih letih bo treba spremljati trend.

Sodeč po mnenju strokovnjakov imajo CPZOPD razvite raznovrstne programe za različne ciljne skupine, med katerimi pa - trenutno - ni takšnega, ki bi bil prilagojen potrebam starejših uporabnikov.

Za splošno oceno programov za (problematične) uporabnike nedovoljenih drog pa navajamo stališče Kvaternikove (2006: 152): »Poleg mreže metadonskih centrov se lahko pohvalimo z mrežo programov zmanjševanja škode. Slovenski prostor je z zdravstvenimi programi dokaj dobro pokrit, premajhna pa je pokritost s socialnimi programi.«

12.4 Starejši uporabniki drog - izsledki fokusne skupine

Med uporabniki drog smo z metodo neposrednega anketiranja poskušali s pomočjo fokusne skupine izluščiti nekatere bistvene karakteristike in težave ostarelih oseb, odvisnih od drog. Oblikovali smo fokusno skupino uporabnikov drog, starejših od 40 let, ki imajo za sabo že dolgoletno kariero uživanja drog. Med starejšimi uporabniki bi lahko naredili grobo razmejitev med tistimi, ki jim je kljub uporabi drog in vsem težavam, ki so povezane s tem, le uspelo ohraniti socialno mrežo in stike ter se zaposliti in vzpostaviti osnovne razmere za preživetje, in drugimi, ki so izgubili socialne mreže in so končali na ulici, postali brezdomci in imajo zato zelo hude posledice za svoje zdravje in pričakujejo od družbe ustrezno pomoč.

Za prve je značilno, da so v sami raziskavi so zelo dobro sodelovali. Sami so manj nezaupljivi do družbe in imajo boljši dostop do zdravstvenih služb. Ta skupina ima tudi boljši dostop do centrov za socialno delo in drugih družbenih servisov, ki jim lahko pomembno olajšajo življenjske težave. Tudi oni se srečujejo z stigmatizacijo, saj ugotavljajo, da tudi za njih velja, da so slabše zaposljivi, ker se ljudje bojijo zaposliti odvisne od drog, četudi so urejeni in izobraženi. Na svojih delovnih mestih so pogosto izpostavljeni zbadljivkam in obtoževanjem, zato običajno ne povedo sodelavcem, da uživajo droge. Če pa sodelavci to vseeno izvejo, postane uporabnik drog slab delavec že samo zato, ker je odvisnik, in delo na tem delovnem mestu postane neznosno. Zaradi kriminalizacije uporabe drog pa lahko v očeh posameznikov postane uporabnik drog tudi kriminallec, ne glede na to, da nikoli ni bil vključen v kriminalna dejanja.

Zdravljenje z metadonom tovrstni uporabniki vzamejo zelo resno in poskušajo izkoristiti vse njegove prednosti. Če so zdravljeni z metadonom, so omejeni pri pridobivanju vozniškega dovoljenja, saj nacionalna zakonodaja prepoveduje vožnjo ljudem pod vplivom opiatnih zdravil. Prepoved vožnje pa jim zelo zmanjša možnosti za zaposlitev. Razmišljajo o samozaposlitvi in aktivno iščejo različne rešitve, ki bi jim olajšale vsakodnevno življenje. Ob uporabi metadona občasno še vedno uporabljajo tudi heroin, toda pri tem so pazljivi in poskušajo uporabljati drogo predvsem tedaj, ko so varni in jim ta ne bi naredila škode za zaposlitev ali družbeni ugled. Sicer se zavedajo, da so nekaj posebnega, in poskušajo s to posebnostjo tudi živeti.

Njihovo zdravstveno stanje je relativno dobro, predvsem zato, ker skrbijo za svoje zdravje, redno obiskujejo zdravnika in se tudi zdravijo, če je treba. Vendar se tudi oni srečujejo s težavami, če morajo na pregled in pri tem omenijo, da so odvisni od drog. Zdravstveno osebje v tem primeru vedno uporabi zaščitne ukrepe (rokavice itd.) in v hipu spremeni odnos do njih, kar jih moti, saj bi bili radi pri zdravniku obravnavani podobno kot drugi prebivalci. Ravno zaradi odnosa zdravstvenega osebja do njih v primeru obiska zdravnika običajno tudi oni zamolčijo, da so odvisni od drog in zdravljeni s substitucijsko terapijo.

Tako kot drugi ljudje si tudi oni želijo ustvariti partnersko skupnost in imeti otroka. Vendar so pri tem zelo previdni, saj se zavedajo, kaj vzgoja in skrb za otroka pomenita. Iz njihovih izjav je mogoče zaznati strah pred odgovornostjo, ki jo prinese v družino otrok. Stanovanje si lahko dobijo, saj so v delovnem razmerju, vendar tudi med njimi prevladujejo tisti, ki živijo pri starših ali pri sorodnikih in partnerjih. Med njimi ni brezdomnih uporabnikov drog; vsi imajo zagotovljene vsaj osnovne življenjske pogoje. Njihov pogled v prihodnost je optimističen. Kljub temu da imajo za sabo že dolgo kariero uporabnika drog, so polni načrtov za prihodnost.

V drugi skupino pa lahko uvrstimo osebe, ki že vrsto let uporabljajo droge in zelo težko vzpostavljajo abstinenco ter živijo v zelo slabih življenjskih razmerah. Njihove socialne mreže so slabo razvite ali celo odsotne. Zanje je značilno zelo slabo socialno stanje. Običajno so brez dela in tudi brez denarja in osnovnih pogojev za »normalno« življenje. Delo sicer občasno dobijo, vendar jih običajno delodajalci izkoriščajo, tako da jim dajo bistveno manjše

plačilo, kot so se dogovorili. Delo tudi zelo hitro izgubijo, in sicer zaradi različnih razlogov, med katerimi so nedisciplinarnost in neupoštevanje pravil ter odklonilen odnos delodajalca do njih. Veliko denarja, ki ga zaslužijo, porabijo za nakup droge, zato ga ostane zelo malo za druge potrebe. Če ne živijo pri svojcih, so običajno brezdomci in živijo na cesti brez ustreznega bivališča. Zaradi starosti in težkih življenjskih razmer imajo vsi že resne zdravstvene težave. Med njimi so kronični hepatitis C, poškodbe, duševna obolenja, bolezni prebavil zaradi skromne in nezdrave prehrane, shiranost, invalidnost. Pogoste so tudi poškodbe zaradi napačnega injiciranja drog in razpada mišičnega tkiva zaradi vnetij po injiciranju droge neposredno v mišico. Poseben problem predstavljajo neurejeni zobje. Ti odvisniki pogosto razmišljajo o samomoru in pogosto uživajo antidepresivna zdravila. Pridružene duševne motnje še bistveno poslabšajo njihovo možnost preživetja in vključevanja v družbo. Zelo so obremenjene osebe, ki imajo kronično obstruktivno obolenje ali raka. Uporaba drog je pogosta in vezana na denarne možnosti, ki so skromne. Z leti se jim spreminja tudi pogled na svet. Postajajo utrujeni in nemotivirani za učenje in delo. Obiski pri zdravniku so redki predvsem za brezdomne uporabnike drog, ki se ne morejo ustrezno urediti pred odhodom k zdravniku. Zato so v čakalnicah pogosto nezaželeni in tudi sami se ne počutijo ravno najbolje tam. Zaradi izogibanja ustreznemu zdravljenju se njihovo zdravstveno stanje hitro slabša in na koncu privede tudi do nujnih hospitalizacij.

Po odpustu iz bolnišnice v neurejeno okolje ali celo na cesto pa se njihovo zdravstveno stanje spet poslabša in krog je zaprt. Ti uporabniki drog opisujejo tudi neustrezen odnos zdravstvenega osebja do njih, saj imajo občutek, da jih ne zdravijo tako kot druge. Zdravstveno stanje se jim z leti praviloma hitro poslabšuje in konča v prezgodnji smrti. Ta proces je še hitrejši pri brezdomcih, ki živijo v izredno neprijetnih življenjskih razmerah.

Skoraj nemogoče se jim je zaposliti, saj jih delodajalci hitro prepoznajo kot osebe, odvisne od drog, in jih odpustijo ali pa izkoriščajo tako, da jih plačujejo slabše kot ostale delavce. Ker so odvisni od drog, so že zaradi tega slabi delavci, zato zelo težko dobijo delo. Kljub vsemu pa si nekateri še vedno želijo, da bi dobili redno zaposlitev in se rešili vsakodnevnih bed. Zaradi kratke delovne dobe imajo zelo malo možnosti za invalidsko upokožitev. S staranjem imajo vse manj možnosti za zaposlitev in sčasoma ta zanje postane praktično nemogoča. Poseben problem predstavlja tudi invalidnost oseb, odvisnih od drog, z zelo malo možnosti za reševanje njihovih potreb. Invalidnost jim namreč bistveno zmanjša še tiste male možnosti, ki jih imajo za zaposlitev. Praviloma živijo od socialne podpore, ki je zanje pogosto edini denarni vir.

Tovrstni uporabniki drog so zelo odvisni od substitucijske terapije, saj nimajo denarja za heroin. Slednjega uživajo le občasno, če je priložnost. Praviloma nimajo vozniškega dovoljenja, ker jim ga je policija že davno odvzela zaradi vožnje pod vplivom opiatov. To jim zelo otežuje iskanje dela in mobilnost. Še posebej je to obremenjujoče za tiste posameznike, ki živijo zunaj mesta, kjer ni organiziranega javnega prometa. Po njihovem mnenju družba naredi za njih veliko manj, kot bi lahko, zato se čutijo zapuščene in prepuščene cesti ter od družbe pričakujejo, da bo razvila in uvedla ustrezne programe, ki jim bodo vsaj delno nadomestili izgubljeno socialno omrežje. Njihovo življenje je skromno in iz dneva v dan.

Njihova prehrana je zaradi skromnih prihodkov zelo skromna in enolična in povečuje možnosti za razvoj raznovrstnih obolenj. V zadnjem času je med njimi tudi vse več kokaina in uživanja več drog hkrati. Ob takih razmerah imajo tisti, ki živijo pri sorodnikih, nekaj več možnosti za relativno ohranitev zdravja in preživetje kot tisti, ki ostanejo na cesti. Prihodnost oseb, odvisnih od drog, iz te skupine je nejasna, z visokimi tveganji, in verjetnost, da se bo njihovo življenje končalo s prezgodnjo smrtjo, je s staranjem vse večja.

Zaradi vse večjega števila ostarelih odvisnikov bo po oceni odvisnih od drog treba tudi zanje vzpostaviti posebne programe, ki bodo ostarelim nudili ustrezno pomoč pri reševanju njihovih vsakodnevnih težav. Med programe, ki bi jim lahko pomagali, uvrščajo sami tudi

predpisovanje heroína na recept, ki bi jim olajšal veliko težav. Tega programa v Sloveniji še nismo uvedli. Menijo tudi, da jih policisti veliko bolj nadzirajo kot mlajše odvisnike od drog, zato težko kupijo drogo in so pogosteje obravnavani na policiji ter tudi pogosteje sodno obravnavani in zaprti. Moti jih tudi odnos okolice do njih, saj imajo občutek, da jih družba nenehoma izloča na obrobje, kjer je zanje slabo poskrbljeno. V okolju so dobro prepoznavni, saj svoje odvisnosti od drog ne skrivajo več, kot so to delali v mladosti. Z leti so se s svojo boleznijo sprijaznili in se poskušali naučiti z njo živeti, in to v izredno neprijetnih življenjskih razmerah, ki se s staranjem samo še poslabšujejo.

C

LITERATURA IN PRILOGE

C

Literatura in priloge

Literatura

Benedict, A. E., Horner, R. H., Squires, J. K. (2007). Assessment and Implementation of Positive Behavior Support in Preschools. *Topics in Early Childhood Special Education* 2007; 27; 174- 192.

BRAVO - društvo za pomoč otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami. Dostopno prek: <http://www.drustvo-bravo.si/> (18. avgust 2009).

Conger, B. (2005). Young children of substance users: the case for alcohol and other drug education. *The Source*. Volume 14, no.1. The National Abandoned Infants Assistance Resource Center str.1-5.

Čačinovič Vogrinčič, G. et al (2009). Aktivno vključevanje staršev in mladostnikov v načrtovanje in izvajanje preventivnih dejavnosti na področju drog in zasvojenosti na podlagi analiz potreb: »Pogovarjajmo se«. Interno zaključno poročilo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani.

Dekleva, B. (1998). Droge med srednješolsko mladino v Ljubljani. Ljubljana: Urad za preprečevanje zasvojenosti in Inštitut za kriminologijo.

Dekleva, B., Sande, M. (2003). Tri leta kasneje - uporaba drog ob koncu srednje šole. Ljubljana: Združenje DrogArt.

Drev, A. (2006). Pomembni so tvorni odnosi. *Primorske novice*, 10. januar, 2006, str. 15.

Drev A. (2008). Overview / summary of the framework, strategies and interventions in relation to universal and selective prevention. V: Lovrecic M (ur) (2008). Report on the Drug Situation 2008 of the Republic Of Slovenia. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia

Društvo Al-Anon - za samopomoč družin alkoholikov. Dostopno prek: <http://www.al-anon.si/> (14. avgust 2009).

Evaluating drug prevention in the European Union. European Monitoring centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Office for Official Publications of the european Communities, 1998.

Ferlan Istenič, M. (2009). Poročilo o porabi denarnih sredstev za področje drog. Ljubljana: Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve.

Ferlan Istenič, M. (2009). Poročilo: Sodelovanje Ministrstva za delo družino in socialne zadeve na področju socialne rehabilitacije v letu 2008. Ljubljana: Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve.

Franz, T. et al (2007). Evalvacija vzdrževalnega substitucijskega programa zdravljenja v Sloveniji - ocena kvalitete in učinkovitosti. Utrecht - Ljubljana: Inštitut Trimbos - nizozemski inštitut za duševno zdravje in odvisnosti, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Glušič, N. (2008). Kako promovirati šole za starše. Interno gradivo ZZV Ravne ob 1. konferenci primarne preventive zasvojenosti na Ravna na Koroškem.

Hari Novinšek, M. (2009). Poročilo oddelka za zdravje. Krščanska adventistična cerkev.

Hepi džusi aur . Center za socialno psihologijo pri Fakulteti za družbene vede, Studio Poper. Dosegljivo na <http://sokseka.org/> (1. avgust 2009).

Hibell, B. et al (2000). The 1999 ESPAD report: Alcohol and other drug use among students in 30 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for information on Alcohol and Other Drugs.

Hibell, B., et al (2004). The ESPAD report 2003: Alcohol and other drug use among students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for information on Alcohol and Other Drugs.

Hocevar, A. (2005). Preprečevanje rabe in zlorabe drog: starši med stroko in ideologijo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta: Znanstveni inštitut filozofske fakultete.

Inštitut za varovanje zdravja. Zbirka podatkov Evidenca obravnave uživalcev drog 2008.

Jerebic, I. (2009). Preventivno delo ZKP: Ne-odvisni - bolje je preprečiti kot zdraviti. Interno poročilo. Slovenska Karitas.

Jerman, T. (2007). Končno poročilo o razširjenosti uporabe tobaka, alkohola in drugih drog (ESPAD) med srednješolci v Ljubljani. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana.

Kastelic, A. (2008). Mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji. Pismeno poročilo za 2008.

Kašnik Janet, M. (2008). Addiction Prevention by Promoting the Life Skills Programme. V: Lovrecic M (ur) (2008). Report on the Drug Stuation 2008 of the Republic Of Slovenia. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia

Kašnik Janet, M. (2008). Preparation of Basic Premises for Monitoring and Assesing Preventive Programmes' Quality and Provision, and the Facilitation of Greater Availability. V: Lovrecic M (ur) (2008). Report on the Drug Stuation 2008 of the Republic Of Slovenia. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.

Kašnik Janet, M., Pogorevc, N., Božank, B. (2009). Posnetek stanja o preventivnih programih, ki jih izvajajo Policijske uprave in Policijske postaje. Zavod za zdravstveno varstvo Ravne.

Kašnik Janet, M., Pogorevc, N., Božank, B. (2009). Posnetek stanja o preventivnih programih, ki se izvajajo v vzgojno - izobraževalnih institucijah. Zavod za zdravstveno varstvo Ravne.

Košir, M. (2004). 7. nacionalna konferenca LAS (končno poročilo). Novo mesto.

Košir, M. (2007). Programi s področja drog in projekt EDDRA v Republiki Sloveniji. V: Lovrečič, M. (ur) (2007). Poročilo s področja prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Krek, M. (2009). Brezdomstvo v mestni občini Koper. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo Koper.

Kristančič, L. (2009). Poročilo o porabi denarnih sredstev na Ministrstvu za zdravje za področje drog. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Kvaternik Jenko, I. (2006). Politika drog: Pogledi uporabnikov in uporabnic. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Kvaternik Jenko, I., Rihter, L., Grebenc, V. (2008). Vrednotenje izvajanja nacionalne strategije in medresorskega sodelovanja na področju dovoljenih in nedovoljenih drog. Ljubljana: Center za študije drog in drugih zasvojenosti pri Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani.

Kvaternik Jenko, I., Grebenc, V., Rihter, L. (2008). Droge med politiko in vsakdanjim življenjem. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Letno poročilo Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij za leto 2008. Ljubljana: Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij, Ministrstvo za pravosodje.

Nolimal, D. (1996). Trendi uporabe alkohola in drugih drog v Sloveniji. V: Koželj, G., Štefanič, B. urednika (2002). Narkomanija na Slovenskem. Ljubljana: Medicinski razgledi.

Osterc Kokotovič, K. (2009). Projekt komisije EU »Fred goes net«. Interno poročilo. Zavod za zdravstveno varstvo Maribor. Center za preprečevanje odvisnosti, Maribor.

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

Paš, M. (2009). Selektivna preventiva v ranljivih skupinah - zmanjševanje škode na področju plesnih drog, kokaina in alkohola. Združenje DrogArt.

Preventing drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based guide for Parents, Educators, and Community Leaders. Maryland: National Institute on Drug Abuse, 2003.

Razpotnik, Š., Dekleva, B. (2009). Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.

Rdeči križ Slovenije (RKS). Dostopno prek: http://www.rks.si/sl/Kdo_smo/ (1. avgust 2009).

Reitox Academy on Drug Prevention. Različna gradiva. Lizbona: EMCDDA, 13 -17 december, 2005.

Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009 (ReNPPD), Uradni list RS, no. 28/2004.

Rihter, L. et al (2007). Slovenska politika na področju drog v evropskem kontekstu. In: Teorija in praksa. 2007.

Schools, school-based education for drug abuse prevention. New York: United Nations, Office on Drugs and Crime, 2004.

Sklep o ustanovitvi komisije Vlade republike Slovenije za droge (Uradni list, št. 38/2009)

Stergar, E. (1995). ESPAD evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Stergar, E. (1998). Kajenje tobaka, uživanje alkohola in psihoaktivnih snovi. V Tomori, M., Stikovič, S. (ur.), Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika, s. 97-122.

Stergar, E. (1999). Raziskava o alkoholu in preostalih drogah med dijaki prvih letnikov ljubljanskih srednjih šol - 1999. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Stergar, E. in drugi (2001). Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Poročilo ESPAD 1999 za Republiko Slovenijo. Zdravstveno varstvo, suplement, vol. 40.

Stergar E. et al (2006). Preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi na delovnem mestu: zvezek 8. V Stergar, Eva in Urdih Lazar, Tanja (ur). Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu. Ljubljana: Klinični center, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, str. 231-252.

Structured questionnaire 27 - Part 1: Treatment programmes, 2007 (SQ27P1_2008_SI_02), unpublished.

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. Ambulantna dejavnost. Dosegljivo prek: <http://www.scoms-lj.si/index2.html> (1. september 2009).

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Maribor. Cilji in poslanstvo. Dosegljivo prek: <http://www.svet-center-mb.si/> (1. september 2009).

Šelb Šemerl, J. (2007). Umrljivost zaradi uporabe prepovedanih drog v Sloveniji. V: Lovrečič, M. (ur.), 2007: Poročilo s področja prepovedanih drog v Republiki Sloveniji.

Šprah, L. (2007). Ocenjevanje in vrednotenje programov na področju preprečevanja zasvojenosti s prepovedanimi drogami. V: Lovrečič, M (ur) (2007). Poročilo s področja prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Unplugged, an effective school-based program for the prevention of substance use among adolescents. EU-Dap Final Technical Report n.1.

Urdih Lazar, T. (2009). Program promocije zdravja čili za delo. Interno poročilo. Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

Uredbe o izvajanju uredb(ES) o predhodnih sestavinah za prepovedane droge(Ur. l. št. 72/2009 z dne 18.9.2009).

Uredbo o spremembah in dopolnitvah Uredbe o načinu ravnanja z zaseženimi in odvzetimi prepovedanimi drogami, ki je bila objavljena v Uradnem listu RS, št.63/2009.

Virtič, P. (2008). Pomoč tudi za družine alkoholikov. Novice.Dnevnik.si. Dostopno prek: <http://www.dnevnik.si/novice/zdravje/313097/> (1. avgust 2009).

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP). 2007. Uradni list RS št. 03/2007 z dne 12.01.2007 Dostopno prek: http://www.zrss.si/pdf/UPP_Zakon_url_03_2007_ZUOPP-UPB1.pdf (1. avgust 2009).

Zorko, M., Jeriček Klanšček, H. (2009). Pregled nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja, v Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. (ur) (2008). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Zveza prijateljev mladine Slovenije (ZPMS). Otroški parlament. Dostopno prek: <http://www.zpms.si/programi/otroski-parlament/> (1. avgust 2009).

Priloge

Kazalo tabel

Tabela 1.1: <i>Porabljena sredstva za področje drog v okviru ministrstva za zdravje (MZ) in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) v letu 2008</i>	22
Tabela 2.1: <i>Prevalenca uporabe prepovedanih drog (primerjava med tremi raziskavami). V oklepajih pri raziskavi MOND 07 so predstavljeni rezultati za tretje letnike. V raziskavi ESPAD 02LJ so prikazani rezultati za tretje letnike, pri raziskavi ESPAD 07 LJ pa za prve letnike ljubljanskih srednjih šol.</i>	35
Tabela 3.1: <i>Vsebine preventivnih programov nevladnih organizacij in LAS (možnih je bilo več odgovorov) (N=51)</i>	61
Tabela 4.1: <i>Izbrani dejavniki tveganja pri strankah, NVO, Slovenija, april 2008-marec 2009</i>	66
Tabela 4.2: <i>Pregled materiala za varnejše injiciranje drog, ki ga programom zagotavlja ZZV Koper.</i> .	72
Tabela 4.3: <i>Seznam in število posameznih artiklov za varnejše injiciranje drog, ki so bili razdeljeni v letu 2008 med nizkopražne programe v Sloveniji</i>	75
Tabela 5.1: <i>Število vseh obravnavanih oseb v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog glede na vrsto substitucijske terapije v letu 2008</i>	81
Tabela 5.2: <i>Trendi deleža uporabnikov glede na prvo drogo med bolniki, ki so bili prvič ali ponovno sprejeti v tekočem letu v CPZOPD, Slovenija, 2008</i>	88
Tabela 5.3: <i>Trend zaposlenih, brezposelnih in učencev in dijakov v letih 2005-2008 v programih CPZOPD, Slovenija</i>	89
Tabela 6.1: <i>Število smrti, neposredno povezanih z drogami, po starostnih skupinah in spolu, Slovenija, 2007</i>	95
Tabela 6.2: <i>Število smrti, neposredno povezanih z drogami, glede na vrednost 1 spremenljivke Filter B, po starostnih skupinah in spolu, Slovenija, 2006</i>	96
Tabela 6.3: <i>Snovi, ki so jih uporabile žrtve z drogo povezanih smrti, po starostnih skupinah in spolu, Slovenija, 2007</i>	96
Tabela 6.4: <i>Število oseb, ki so uporabile določeno drogo, ki je bila povezana z zunanjimi vzroki smrti, Slovenija, 2007</i>	97
Tabela 9.1: <i>Število kaznivih dejanj in ovadenih osumljencev, 2007-2008, Slovenija</i>	109
Tabela 9.2: <i>Število zaprtih oseb na metadonski terapiji po kategorijah v letih 2002-2008</i>	111
Tabela 9.3: <i>Število in delež zaprtih oseb z ukrepom obveznega zdravljenja ali s težavami zaradi odvisnosti od drog po kategorijah zaprtih oseb v letu 2008</i>	111
Tabela 9.4: <i>Število zaprtih oseb z ukrepom obveznega zdravljenja narkomanije in s težavami zaradi odvisnosti po zavodih v letu 2008</i>	112
Tabela 9.5: <i>Število oseb s težavami zaradi uživanja nedovoljenih drog glede na število vseh zaprtih oseb v letih 2000-2008</i>	112
Tabela 9.6: <i>Število zaprtih oseb, vključenih v programe obravnave, po kategorijah in zavodih v letu 2008</i>	113
Tabela 10.1: <i>Število kaznivih dejanj in odkritih osumljencev, Slovenija, 2007-2008</i>	116
Tabela 10.2: <i>Zasegi prepovedanih drog v količini, Slovenija, 2007-2008</i>	116
Tabela 10.3: <i>Zasegi predhodnih sestavin za izdelavo prepovedanih drog</i>	116
Tabela 10.4: <i>Cene na drobno (v EUR na g) nekaterih prepovedanih drog v Sloveniji, 2008</i>	117
Tabela 11.1: <i>Cene (v EUR na kg) marihuane in smole v Sloveniji, 2008</i>	119

Tabela 11.2: Število zasegov konoplje (kanabisa) glede na kaznivo dejanje ter vrsto konoplje (kanabisa), Slovenija, 2008.....	120
Tabela 12.1: Število obravnavanih v CPZOPD, Slovenija, 1998-2008	121
Tabela 12.2: Število obravnavanih po starostnih razredih v CPZOPD, Slovenija, 1998-2008	122
Tabela 12.3: Število obravnavanih po starostnih razredih v CPZOPD, Slovenija, 1993-1997	122
Tabela 12.4: Vrsta glavne droge in starostni razredi, Slovenija, 1998-2008.....	125
Tabela 12.5: Vrsta glavne droge in starostni razredi, vse vrste strank v CPZOPD, Slovenija, 2008.....	126

Kazalo slik

Slika 2.1: Uporabniki marihuane in ostalih drog	24
Slika 2.2: Razporeditev števila študentov glede na starost ob času anketiranja N= 521.....	27
Slika 2.3: Delež študentov, ki so uporabljali droge: kadarkoli v življenju, v zadnjem letu oziroma zadnjem mesecu	28
Slika 2.4: Delež študentov, ki so prvič uporabili posamezno drogo v času študija	29
Slika 2.5: Delež študentov glede na iskanje pomoči v primeru težav	30
Slika 2.6: Delež študentov, ki podpira posamezen preventivni pristop na področju drog.....	31
Slika 2.7: Delež študentov, ki podpira posamezno obliko obravnave in zdravljenja odvisnosti od drog...31	
Slika 2.8: Delež študentov, ki meni, da je treba na dobri zabavi uživati tudi alkohol ali droge N=521 .	32
Slika 3.1: Oblika izvedbe preventivnih programov za osnovnošolsko populacijo	40
Slika 3.2: Delež vsebin, prisotnih v preventivnih programih za učence	41
Slika 3.3: Oblika izvedbe preventivnih programov za srednješolsko populacijo	42
Slika 3.4: Delež vsebin, prisotnih v preventivnih programih za dijake	43
Slika 3.5: Oblike preventivnih programov.....	45
Slika 3.6: Delež programov, ki vsebujejo več kot 50 % vsebin, osredotočenih na podajanje informacij in krepitev veščin.....	46
Slika 3.7: Deleži posameznih informacij v preventivnih programih za starše	47
Slika 3.8: Vrste programov, ki jih izvajajo nevladne organizacije s področja prepovedanih drog in lokalne akcijske skupine v odstotkih (N=79)	58
Slika 3.9: Oblika izvedbe preventivnega programa v odstotkih (možnih je bilo več odgovorov) (N=78)..	59
Slika 3.10: Ciljne skupine preventivnih programov v odstotkih (možnih je bilo več odgovorov) (N=77)	60
Slika 3.11: Trajanje preventivnega programa v odstotkih (N=62)	62
Slika 4.1: Spolna struktura evidentiranih uživalcev prepovedanih drog, NVO, Slovenija, april 2008-marec 2009	64
Slika 4.2: Deleži strank glede na pogostost jemanja primarne droge, Slovenija, april 2008-marec 2009	64
Slika 4.3: Deleži strank glede na vrsto droge, ki jo je oseba uporabila prvič v življenju, NVO, Slovenija, april 2008-marec 2009	65
Slika 4.4: Deleži strank glede na vbrizgavanje katere koli droge v zadnjem mesecu, NVO, Slovenija, april 2008-marec 2009	65
Slika 4.5: Prvi iskalci pomoči glede na drogo (N=73).....	76
Slika 4.6: Starost iskalcev pomoči zaradi težav z marihuano (N=40)	77

Slika 4.7: <i>Iskalci pomoči zaradi težav z marihuano glede na spol (N=40)</i>	77
Slika 4.8: <i>Kombinirana uporaba marihuane in drugih drog (N=40)</i>	78
Slika 5.1: <i>Delež uporabnikov programa v letu 2008 glede na njihovo zaposlitev, Slovenija, 2008</i>	82
Slika 5.2: <i>Delež uporabnikov programov CPZOPD glede na glavno drogo, ki je uporabniku drog povzročala največ težav in zaradi katere je tudi poiskal pomoč v centru, Slovenija, 2008</i> ..	83
Slika 5.3: <i>Način uporabe glavne droge med uporabniki programov CPZOPD, Slovenija, 2008</i>	83
Slika 5.4: <i>Porazdelitev uporabnikov programa CPZOPD v letu 2008 glede na starostno strukturo, Slovenija</i>	85
Slika 5.5: <i>Število uporabnikov programa glede na mesto bivanja, Slovenija, 2008</i>	85
Slika 5.6: <i>Delež uporabnikov programa, glede na zaposlitveni status, Slovenija, 2008</i>	86
Slika 5.7: <i>Delež uporabnikov in uporabnic prve droge heroina glede na pogostnost uporabe, Slovenija, 2008</i>	87
Slika 5.8: <i>Delež oseb, ki so prvič oziroma ponovno vstopile v program v posameznem letu glede na način uporabe droge v zadnjih 30 dneh, Slovenija, 2008</i>	89
Slika 5.9: <i>Delež oseb, prvič ali ponovno sprejetih v program CPZOPD, glede na stopnjo končane izobrazbe med letoma 2005 in 2008, Slovenija</i>	90
Slika 6.1: <i>Število umrlih zaradi opiatov, kokaina in drugih nespecifičnih narkotikov (T400-T406) v letih 2004, 2005, 2006 in 2007, po starostnih skupinah</i>	98
Slika 8.1: <i>Delež brezdomcev glede obolenja posameznega organa ali organskega sistema</i>	107
Slika 12.1: <i>Število CPZOPD, ki so poročali podatke v Evidenco obravnave uživalcev drog, Slovenija, 1998-2008</i>	122
Slika 12.2: <i>Deleži oseb po starostnih skupinah po posameznih letih obravnave, Slovenija, 1998-2008</i>	123
Slika 12.3: <i>Deleži po starostnih skupinah in spolu, Slovenija, 1998-2008</i>	123
Slika 12.4: <i>Povprečna starost v posameznem letu, Slovenija, 1998-2008</i>	124
Slika 12.5: <i>Vbrizgavanje droge v zadnjem mesecu (v odstotkih), vse vrste obravnavanih v CPZOPD, Slovenija, 2008</i>	126
Slika 12.6: <i>Izobrazbena struktura oseb, ki so v obravnavo vstopile v letu 2008</i>	127
Slika 12.7: <i>Zaposlitvena struktura oseb, ki so v obravnavo vstopile v letu 2008</i>	127