

NACIONALNO POROČILO 2010
O STANJU NA PODROČJU
PREPOVEDANIH DROG V
REPUBLIKI SLOVENIJI





Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami



**NACIONALNO POROČILO 2010 O STANJU NA
PODROČJU PREPOVEDANIH DROG
V REPUBLIKI SLOVENIJI**

SLOVENIJA

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

REITOX

Ljubljana, december 2010

Nacionalno poročilo 2010 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

Urednica:

Andreja Drev

Tehnična urednica:

Andreja Frič

Lekturiranje:

OPTIMUS LINGUA, d.o.o

Digitalna produkcija:

Studio Kreator

Število izvodov:

250

Leto izdaje:

2010

ISSN 1855-864X

Avtorji:

Borut Bah, Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma

Nejc Bergant, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Branka Božank, Zavod za zdravstveno varstvo Ravne

Mateja Jandl, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Marijana Kašnik Janet, Zavod za zdravstveno varstvo Ravne

Irena Klavs, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Milan Krek, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Jerneja Lorber, Zavod za zdravstveno varstvo Ravne

Nina Pogorevc, Zavod za zdravstveno varstvo Ravne

Aleksander Pučko, Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije

Eva Stergar, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela prometa in športa

Jožica Šelb Šemrl, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Olga Uršič Perhac, Uprava Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij

Kazalo vsebine

Povzetek	7
A: NOVOSTI IN TRENDI	11
1. Zakonodaja, strategija in ekonomska analiza	12
1.1 Uvod	12
1.2 Pravni okvir	12
1.3 Akcijski načrt, strategija, vrednotenje in koordinacija	12
1.4 Ekonomska analiza	13
2. Uporaba drog v splošni populaciji in posameznih ciljnih skupinah	17
2.1 Uvod	17
2.2 Uporaba drog v splošni populaciji	17
3. Preventiva	26
3.1 Uvod	26
3.2 Univerzalna preventiva	26
3.3 Selektivna preventiva	31
3.4 Indicirana preventiva	37
3.5 Nacionalne in lokalne medijske aktivnosti	37
4. Z drogami povezano zdravljenje: povpraševanje po zdravljenju in dostopnost do zdravljenja	40
4.1 Uvod	40
4.2 Strategija in politika na področju obravnave odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji	40
4.3 Obravnava uporabnikov drog v okviru zdravstvenega varstva	41
4.4 Značilnosti uporabnikov, ki so v letu 2009 ponovno ali prvič vstopili v program CPZOPD	43
4.5 Trendi pri uporabnikih v programu zdravljenja	48
4.6 Zaključek	51
5. Z zdravjem povezane težave in posledice	53
5.1 Uvod	53
5.2 Z drogo povezane nalezljive bolezni	53
5.3 Z drogami povezane smrti in umrljivost uporabnikov drog	56
6. Socialna problematika, povezana z uporabo drog, in socialna reintegracija	70
6.1 Uvod	70
6.2 Socialna reintegracija	70
7. Z drogami povezana kriminalna dejanja, preventiva pred njimi in zapor	74
7.1 Uvod	74
7.2 Z drogami povezana kriminalna dejanja in preventiva pred njimi	74
7.3 Uporaba drog in problematična uporaba drog v zaporih	78
7.4 Odzivi na zdravstvene probleme, povezane z drogami, v zaporih	83
8. Trg z drogami	88
8.1 Uvod	88
8.2 Zasegi	88
8.3 Čistost	91
8.4 Cene prepovedanih drog	92

B: IZBRANA POGLAVJA	94
9. Zgodovina, način oblikovanja in implementacija nacionalnih navodil za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.....	95
9.1 Zgodovinski okvir oblikovanja navodil.....	95
9.2 Obstoječa navodila za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog	98
9.3 Implementacija navodil	100
10. Stroški programov obravnave in zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog	101
10.1 Uvod	101
10.2 Viri financiranja programov obravnave in zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog	101
C: VIRI, LITERATURA IN PRILOGE	104
Viri in literatura	105
Seznam virov in literature	105
Seznam zakonov in pravilnikov	110
Priloge	111
Kazalo tabel.....	111
Kazalo slik.....	112

Povzetek

V letih 2009 in 2010 se je Ministrstvo za zdravje RS kot odgovorno ministrstvo za področje drog odločilo, da na osnovi predhodne ocene zakonodaje na področju drog posodobi zakonodajo na tem področju. Trenutno sta v izdelavi analiza zakonodaje in priprava osnutkov novih zakonov. V letu 2009 je bila narejena tudi analiza strategije na področju drog od leta 2004 do leta 2009. Komisija Vlade RS za droge je sprejela sklep, da se pripravi nova strategija.

V letu 2009 je bilo za področje drog skupaj namenjenih 10,000.495 evrov, ki so jih prispevala posamezna ministrstva in uradi, lokalne skupnosti, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Fiho in Evropska unija.

Leta 2008 je bila v Sloveniji izvedena prva raziskava o razširjenosti uporabe prepovedanih psihoaktivnih snovi (PAS) v splošni populaciji 18–65 let. Da so v življenju uporabili prepovedane PAS, je odgovorilo 15,8 % anketiranih. Večina uporabe katere koli prepovedane droge gre na račun uporabe marihuane, ki jo je v vsem življenju uporabilo 15 % anketiranih. S preostalimi prepovedanimi PAS sta imela vseživljenjsko izkušnjo manj kot 2 % anketiranih – še največ z ekstazijem (1,6 %), s hlapi (1,4 %), kokainom (1,4 %) in z LSD-jem (1,3 %). Vseživljenjska uporaba prepovedanih PAS se je od leta 1994, ko je bil na voljo prvi podatek (4,3 %), do leta 2010 več kot potrojila.

V okviru Programa zdravstvene vzgoje, ki ga načrtno izvajajo zdravstveni delavci in je namenjen otrokom in mladostnikom v okviru univerzalne preventive, se je v šolskem letu 2008/2009 izvedlo 111 različnih zdravstvenovzgojnih aktivnosti na temo psihoaktivnih snovi. Vsebine so bile najpogosteje osredinjene na vedenje o vzrokih za nastanek zasvojenosti in posledicah ter na razvoj in krepitev veščin, kot so: reševanje in obvladovanje problemov, odločanje, kritičen odnos. Sicer pa v Sloveniji potekajo tudi priprave na implementacijo evropskega programa Unplugged. Na področju selektivne preventive je Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna v letu 2009 začelo izvajati program reintegracije in rehabilitacije mladih s čustvenimi motnjami in/ali z motnjami hranjenja.

Po evidencah, ki jih vodijo centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), je bilo v letu 2009 vključenih v program 4.322 oseb, od tega je bilo v substitucijsko zdravljenje vključenih 3.324 oseb. V letu 2009 je bilo s pomočjo vprašalnika »povpraševanje po zdravljenju« v okviru mreže 19 Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) zajetih 3.145 oseb, od tega je bilo 2.229 oseb vključenih v neprekinjeno vzdrževalno zdravljenje. Ponovno ali prvič je bilo v program CPZOPD po podatkih TDI sprejetih 916 oseb; od tega ponovno 511 oseb in prvič 371 oseb. Glavna droga, zaradi katere so ponovno in prvič vključeni v program zdravljenja iskali pomoč, je bil heroin. Kot druga droga pa je bil najpogosteje naveden kokain. Večina uporabnikov vstopa v program kot brezposelni, največ uporabnikov ima končano srednjo šolo. Viden je trend naraščanja uporabnikov, ki so učenci, dijaki oziroma študentje, narašča pa tudi delež brezdomnih uporabnikov.

V obdobju 2005–2009 ni bilo niti enega prijavljenega primera novoodkrite okužbe s HIV z zgodovino IUD. Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV; anti-HBc) med testiranimi injicirajočimi uporabniki drog je v letu 2009 znašala 5,4 %. V obdobju 2005–2009 se je stopnja razširjenosti gibala med najvišjo (5,6 %) leta 2006 in najnižjo (3,6 %) leta 2007. Razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) med testiranimi injicirajočimi uporabniki drog je v letu 2009 znašala 23,4 %. V obdobju 2005–2009 se je stopnja razširjenosti gibala med najvišjo (23,4 %) leta 2005 in najnižjo (21,8 %) leta 2007.

V letu 2008 je bilo v Sloveniji 37 neposrednih smrti zaradi uporabe nedovoljenih drog, v letu 2009 pa 28. Število umrlih moških zaradi drog je bilo v obeh letih višje kot število umrlih žensk. Najpogostejša droga, ki je povzročila zastrupitev, je bil heroin, sledijo mu metadon, drugi opiodi in kokain.

Januarja 2010 je začel delovati program Zatočišče Stigma za uporabnice prepovedanih drog – žrtve nasilja. Uporabnice se v program vključujejo prostovoljno. Pogoja za nastanitev sta izdelan individualni načrt in strinjanje s pravili, predvidenimi sankcijami ob kršitvah ter s hišnim redom. Uporabnicam so ponujene različne oblike pomoči, kot so: psihosocialna pomoč v obliki individualnega dela, skupinskega dela, zagovorništva, neformalnega druženja, spremljanja na različne ustanove in prostočasne aktivnosti. Namen programa je nuditi nastanitev v varnem prostoru, zmanjšati socialne in zdravstvene posledice, povezane z uživanjem drog in nasiljem, izboljšati kakovost življenja uporabnic ter povečati socialno vključenost uporabnic – nuditi podporo in pomoč pri urejanju eksistence, spodbuditi uporabnice, da izstopijo iz tveganega načina življenja, usposobiti uporabnice k čim bolj samostojnemu življenju in razviti socialne veščine, opremiti uporabnice z informacijami o drugih oblikah strokovne pomoči.

V letu 2009 je bil zaznan 32-odstotni porast obravnavanih kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog v primerjavi z letom 2008. Policija je zaznala 2.231 kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog, od tega 2.096 kaznivih dejanj po členu 186 Kazenskega zakonika, torej kaznivih dejanj, ki inkriminirajo neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami. Vzrokov za porast kaznivih dejanj je več, glavna pa sta povečan angažma policijskih postaj na tem področju ter večje število evidentiranih in obravnavanih kriminalnih združb, katerih člani so izvrševali kazniva dejanja s področja prepovedanih drog. Tako je policija na tem področju v letu 2009 obravnavala 36 kriminalnih združb.

S podpisanim Protokolom k Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – po noveli ZZVZZ-K (Uradni list RS, št. 76/08) – so leta 2009 vse zaprte osebe dobile status zavarovancev v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Zavezanec za plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje je Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij. Za kritje razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa sredstva zagotovi Ministrstvo za zdravje RS.

V letu 2009 je imela dobra četrtina celotne populacije zaprtih oseb težave z nedovoljeno drogo. Med 1.209 zaprtimi osebami, ki so bile odvisne od nedovoljenih drog ali so imele težave zaradi uživanja drog, je prejelo metadonsko terapijo 45 % zaprtih oseb. Največ je bilo vzdrževalne terapije. V primerjavi z letom 2008 se je število oseb na metadonski terapiji

povečalo za 5 oseb. Za testiranje na HIV in hepatitis se je odločilo manj zaprtih oseb kot v letu 2008. Po razpoložljivih podatkih o izidih testiranj v letu 2009 sta bili dve osebi okuženi z virusom HIV. Hepatitis B je bil potrjen pri 13 in hepatitis C pri 47 zaprtih osebah.

Raziskava o tveganih vedenjih, v katero je bilo zajetih 235 zapornikov in zapornic iz treh zaporov, je pokazala, da imajo zaporniki pomanjkljivo znanje o mogočih poteh prenosa okužb s hepatitisoma B in C ter z virusom HIV. Zaprte osebe, ki imajo spolne odnose, v veliki meri ne uporabljajo ali le občasno uporabljajo zaščitna sredstva, čeprav so jim kondomi na voljo. Nezaščitene spolne odnose imajo tudi nekateri s HIV okuženi zaporniki. Tisti, ki si v zaporu droge injicirajo, v veliki meri poročajo tudi o souporabi oziroma izmenjavi pribora.

Slovenijo lahko označimo kot državo uporabnico prepovedanih drog in tudi kot tranzitno državo, kjer delujejo organizirane kriminalne združbe, ki se ukvarjajo z organizacijo, logistično podporo in z izvajanjem kriminalne dejavnosti pri oskrbi evropskega trga s prepovedanimi drogami. Po do zdaj razpoložljivih podatkih naše države ne moremo označiti kot proizvajalke prepovedanih drog. Proizvodnje sintetičnih drog v Sloveniji namreč policija v obdobju od leta 2004 naprej ni zaznavala. Prav tako Slovenija ni znana kot država proizvajalka prepovedanih drog heroina in kokaina, ampak je za ti drogi predvsem tranzitna država in država porabnica. Izjema pri tem je le proizvodnja prepovedane droge konoplje, ki je v zadnjih letih v porastu.

V zadnjih letih je zaznan porast prostorov za pridelovanje konoplje, v nekaj primerih tudi zelo sofisticiranih laboratorijev za njeno proizvodnjo. Število zaseženih bilk konoplje se stalno povečuje. Statistični podatki kažejo, da je bilo v letu 2009 zaseženih 79,9 % več bilk konoplje kot v letu 2004. Glede na porast te problematike in pojav modernih oz. sofisticiranih laboratorijev lahko domnevamo, da bi se Slovenija v prihodnosti lahko pojavila kot država proizvajalka konoplje.

Cene prepovedanih drog na nezakonitem trgu se v zadnjih dveh letih nekoliko spreminjajo; tako je bila leta 2009 cena za gram heroina 33 evrov, za gram kokaina 50 evrov, za gram kanabisa od 4 do 6 evrov, za gram amfetamina od 8 do 10 evrov, cena za tableto ekstazija pa od 3 do 4 evre.

Prvi metadonski vzdrževalni program se je v Sloveniji začel izvajati leta 1989 v psihiatrični bolnišnici Vojnik, zaradi različnih pritiskov je po letu dni prenehal delovati. Leta 1991 sta v Ljubljani in Kopru začeli delovati ambulantni za predpisovanje metadona. Leta 1994 so bila na medsektorskem sestanku sprejeta usklajena navodila za izvajanje metadonskega programa, ki ga je pozneje istega leta sprejel zdravstveni svet in potrdil minister za zdravje. Zakonska osnova za izvajanje programa je bila natančno opredeljena šele z Zakonom o preprečevanju uporabe drog in obravnavo uživalcev prepovedanih drog, ki je bil sprejet v slovenskem parlamentu leta 1999. Leta 2001 je Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije izdala nove metadonske smernice. Te smernice so bile prevedene iz originalne predloge, ki sta jo leta 2000 v okviru programa Euro – Methwork publicirala Annete Verster in Ernest Buning.

S proračunskimi sredstvi se financirajo vladne in nevladne organizacije, ki izvajajo programe na področju drog. Del sredstev se nameni rednim programom, ki jih izvajajo javni zavodi in

državne službe. Nevladni sektor za sredstva kandidira prek javnih razpisov. Tako je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve za izvajanje programov na področju obravnave uporabnikov prepovedanih drog v letu 2010 namenilo 2.713.129,37 evrov. Ministrstvo za zdravje je za leti 2009 in 2010 prek javnega razpisa namenilo programom s področij prepovedanih drog 121.414 evrov. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pa je v letih 2002–2009 namenil za programe zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog 40.176.677 evrov.

A
Novosti in trendi

1. Zakonodaja, strategija in ekonomska analiza *pripravil Milan Krek*

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 in Kazenski zakonik Republike Slovenije. V procesu posodobitve sta Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami in Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog.

Prednostne naloge in naloge posameznih nosilcev aktivnosti na področju drog v Sloveniji bodo opredeljene v novem nacionalnem programu na področju drog.

Sicer pa na nacionalni ravni koordinacijo tega področja izvaja Komisija Vlade RS za droge, ministrstvo za zdravje je zadolženo za koordinacijo področja drog na vladni ravni. Na krajevni ravni so še vedno glavni koordinatorji aktivnosti v lokalnih skupnostih lokalne akcijske skupine.

Programi na področju drog se v Sloveniji financirajo prek različnih načinov. Večina je še vedno financirana prek državnega proračuna in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

1.2 Pravni okvir

V letih 2009 in 2010 se je Ministrstvo za zdravje RS kot odgovorno ministrstvo za področje drog odločilo, da na osnovi predhodne ocene zakonodaje na področju drog posodobi zakonodajo na tem področju. Trenutno sta v izdelavi analiza zakonodaje in priprava osnutkov novih zakonov, kar poteka usklajeno na medresorski ravni. V letu 2011 bodo oblikovani novi predlogi zakonov na tem področju, ki bodo sledili tudi usmeritvam, ki nastajajo v procesu pisanja in sprejemanja nove strategije za področje drog 2011–2020.

1.3 Akcijski načrt, strategija, vrednotenje in koordinacija

V letu 2009 je bila izdelana analiza strategije na področju drog od leta 2004 do leta 2009. Komisija za droge je sprejela sklep, da se pristopi k izdelavi nove strategije. Posebna medresorska skupina je pristopila k izdelavi osnutka nove strategije. Osnutek je bil v oktobru 2010 obravnavan na razširjenem medresorskem sestanku, kjer so bili prisotni tudi izvajalci in uporabniki programov, ter programi, ki delujejo v nevladnem sektorju.

Civilna družba se je aktivno vključila v nastanek novega programa. Zveza društev na področju drog Slovenije je 13. 5. 2010 organizirala nacionalno konferenco s ciljem, da obravnava realizacijo preteklega nacionalnega programa na področju drog in da predloge za novo nacionalno strategijo na področju drog. V sklepih konference nevladne organizacije opozarjajo, da morajo biti v prihodnje aktivno vključene v pripravo novega dokumenta

nacionalnega programa, enakovredno upoštevane kot vladni sektor in sodelovati pri oblikovanju akcijskega načrta za izvedbo nacionalnega programa. Nevladne organizacije tudi predlagajo, da so v skupini, ki bo odgovorna za izvajanje akcijskega načrta, prisotni tudi predstavniki nevladnega sektorja. Ugotavljajo, da država preveč varčuje na področju drog in da niso preseženi predsodki do uporabnikov drog; ugotovljeno je tudi pomanjkljivo strokovno znanje na tem področju. Nevladne organizacije predlagajo skupno več disciplinarna izobraževanja ter enakost dostopa do zdravstvenih in socialnih pravic. Predlagajo tudi večje povezovanje obeh – zdravstvenega in socialnega resorja. Nevladni sektor tudi predlaga vzpostavitev koordinativnega medsektorskega telesa, ki bi nadzoroval realizacijo akcijskega programa. Predlagajo, da so člani tega telesa tudi predstavniki nevladnega sektorja (Zveza društev na področju drog, 2009).

Na področju koordinacije področja drog v letu 2009 ni bilo sprememb. Najvišje koordinativno telo je še vedno Komisija za droge pri Vladi RS, ki je medresorski organ na vladni ravni in se je v letih 2009 in 2010 redno srečevalo in med drugim tudi sprejelo sklepe, potrebne za oblikovanje novega nacionalnega programa za droge. Komisijo vodi dr. Ivan Eržen, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje RS. Ministrstvo za zdravje RS zagotavlja operativnost Komisije za droge, saj pripravlja materiale za seje in skrbi za izvedbo sklepov sej komisije za droge.

Na krajevni ravni pa so še vedno glavni koordinatorji aktivnosti v lokalnih skupnostih lokalne akcijske skupine. V občinah, kjer nimajo lokalnih akcijskih skupin, pa so koordinacijo prevzele ustrezne županove strokovne službe. V posameznih lokalnih skupnostih so zelo aktivne tudi nevladne organizacije. Trenutno med 210 občinami deluje 50 lokalnih akcijskih skupin.

1.4 Ekonomska analiza

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

Proračunska sredstva

V letu 2009 je Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve RS za izvajanje programov v letu 2010 prek javnega razpisa razdelilo za programe na področju obravnave uporabnikov prepovedanih drog 2.713.129,37 EUR. V področju socialne rehabilitacije je bilo vključenih 21 večletnih programov na področju drog in 40 enoletnih programov. Sredstva so bila pretežno namenjena za kritje stroškov strokovnega kadra in gnotne stroške, povezane z delovanjem programa. Prostore za izvajanje programa pa so v večini primerov dodelile lokalne skupnosti kot brezplačni najem. Programi so bili lahko sofinancirani kot enoletni programi, če so se verificirali, pa so bili verificirani kot večletni programi socialnega varstva za petletno obdobje. Večletni programi so dobivali sredstva mesečno, enoletni programi pa dvakrat letno, in sicer prvi del ob podpisu pogodbe in drugi del v mesecu septembru za obdobje zadnjih petih mesecev koledarskega leta. Manjši programi v vrednosti do 1.500,00 EUR so dobili enkratno izplačilo. Programe na Ministrstvu za delo družino in socialne zadeve RS razvrščajo v tri skupine, in sicer v visokopražne programe, nizkopražne programe in preventivne programe socialnega varstva. Količina sredstev, ki jih namenja Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS, se iz leta v leto povečuje, kar je razvidno iz Tabele 1.1.

Tabela 1.1: *Financiranje programov Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve RS*

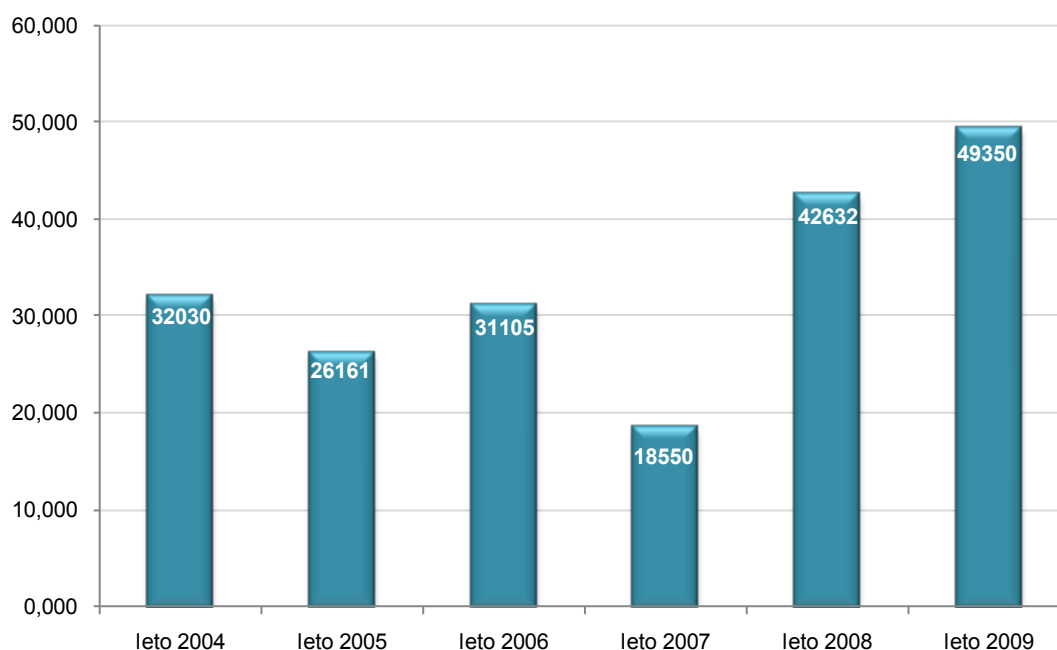
Leto financiranja	Količina sredstev v evrih
2004	1,377.070
2005	1,469.800
2006	1,502.600
2007	2,003.000
2008	2,290.720
2009	2,558.798
2010	2,725.322

Vir: Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve RS

Ministrstvo za zdravje RS je za leti 2009 in 2010 prek javnega razpisa namenilo za financiranje programov s področja prepovedanih drog 121.414 evrov. V letu 2009 pa je Ministrstvo za zdravje RS iz proračunskih sredstev namenilo 145.100 evrov za nakup sterilnega materiala za varnejše injiciranje drog in 99.167 evrov za druge naloge na področju drog.

V letu 2009 je Urad za mladino RS za različne programe namenil 49.350 evrov. Sicer pa tudi Urad za mladino povečuje sredstva za področje drog iz leta v leto od leta 2007 naprej (Slika 1.1).

Slika 1.1 *Dodeljena sredstva programov na področju drog s strani Urada za mladino RS po posameznem letu*



Vir: Urad za mladino RS

Evropska unija je prek strukturnih skladov 2007–2013 iz operativnega programa razvoja človeških virov za programe nevladnih organizacij namenila prek javnega razpisa, ki ga je vodilo Ministrstvo za javno upravo RS, 419.388,98 evrov. Predvidevamo, da so programi nevladnega sektorja prejeli še druge posamezne finančne podpore iz posameznih projektov, vendar ne razpolagamo z evidenco, ki bi načrtno spremljala financiranje nevladnega sektorja. Poleg tega je Evropska unija v letu 2009 delno financirala obveznosti Republike Slovenije na področju drog, in sicer v znesku 99.167 evrov. V okviru razpisa za sofinanciranje aktivnosti evropskega leta boja proti revščini in socialni izključenosti za leto 2010 je Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve RS namenilo 15.000 evrov.

Tabela 1.2: Zbirna tabela sredstev iz proračuna RS v letu 2009

Ministrstvo ali vladna služba	Denarna sredstva v evrih
Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve RS	2.573.798
Ministrstvo za zdravje RS	304.974
Ministrstvo za javno upravo RS (strukturni skladi EU)	419.388
Urad za mladino RS	49.350
EU	99.167
Skupaj	3.446.677

Viri: Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve RS, Ministrstvo za zdravje RS, Ministrstvo za javno upravo RS, Urad za mladino RS.

Država Slovenija je po nam znanih podatkih v letu 2009 za področje drog namenila 3.446.677 evrov.

Financiranje prek lokalnih skupnosti

Področju drog so v letih 2009 in 2010 namenjale denar tudi lokalne skupnosti. Ker ni enotne evidence zbiranja podatkov niti baz podatkov na tem področju, ni mogoče ugotoviti višine konkretnih sredstev, ki so jih lokalne skupnosti namenile temu področju. Zato nam je ostala le možnost izdelave ocene višine porabljenih sredstev za področje drog na lokalni ravni. Lokalne akcijske skupine, ki delujejo na lokalni ravni, pridobijo iz občinskega proračuna konkretne lokalne skupnosti določena sredstva, ki jih potem razdelijo po programih, ki se na lokalni ravni ukvarjajo s problematiko drog. Tako so na primer v Mestni občini Kranj, ki ima 51.781 prebivalcev, v letu 2009 porabili za področje preprečevanja uporabe drog 14.230 evrov ali 0,27 evra na prebivalca (Mestna občina Kranj, 2009). Če bi ta podatek ekstrapolirali na slovensko populacijo, bi lokalne skupnosti letno financirale programe na področju drog v višini okoli 540.000 evrov. Vendar je treba upoštevati to vsoto le kot grobo oceno porabe sredstev za programe drog na lokalni ravni. Težko je oceniti tudi sredstva, ki jih lokalne skupnosti dodelijo programom tako, da ne zaračunavajo najemnin programom za prostore, v katerih delujejo, in za investicije v te prostore.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je v letu 2009 namenil za financiranje delovanja centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti 5.773.662 evrov. Za delovanje centrov (kadri, prostori itn.) je bilo namenjenih 2.605.338 evrov. Za substitucijska zdravila (metadon

in druga zdravila) pa 3,168.324 evre. V letu 2009 je bilo vključenih v mrežo centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti 4.322 oseb. V povprečju je zavod dal za zdravljenje ene osebe 1.335 evrov. Substitucijsko terapijo je prejelo 3.324 bolnikov. V povprečju je posamezni bolnik porabil samo za zdravila 953 evrov.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je za leto 2010 namenil 146. 000 evrov za nakup sterilnega materiala za varno injiciranje drog, ki ga je Zavod za zdravstveno varstvo Koper razdelil med nizkopražne programe.

V letu 2009 je fundacija Fiho namenila programom s področja drog, ki so bili vsi organizirani kot nevladne organizacije, 240.156 evrov.

Tabela 1.3: Zbirni podatki vseh porabljenih financ za področje drog v letih 2009-2010

Vir sredstev	Količina sredstev
Proračun RS	3,446.677
Lokalne skupnosti (ocenjena vrednost)	540.000
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije	5,773.662
Fiho	240.156
Skupaj	10,000.495

Viri: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Fiho

V poročilu smo zajeli samo tiste vsote denarja, ki so bile namenjene drogam v letu 2010, ki so nam bile dostopne. Zaradi nenačrtnega spremljanja tovrstnih podatkov se zavedamo, da je verjetno poraba sredstev za to področje večja, kot smo jo identificirali v poročilu. Skupaj smo v letih 2009 in 2010 porabili za področje drog 10,000.495 evrov.

2. Uporaba drog v splošni populaciji in posameznih ciljnih skupinah

2.1 Uvod

V Sloveniji je bila leta 2008 izvedena prva raziskava o razširjenosti uporabe prepovedanih drog v splošni populaciji. Pred tem so bili na voljo le podatki, pridobljeni v okviru Slovenskega javnega mnenja, kjer so leta 1994 in leta 1999 zajeli tudi vprašanje o vseživljenjski uporabi prepovedanih drog.

2.2 Uporaba drog v splošni populaciji

Razširjenost uporabe prepovedanih psihoaktivnih snovi (PAS) v splošni populaciji 18–65 let v Sloveniji pripravila Eva Stergar

Uvod

Uporaba prepovedanih PAS predstavlja resno grožnjo za zdravje in blaginjo uporabnika in njegove družine. Zaradi manjše produktivnosti (v šoli in pri delu) uporabnikov prepovedanih PAS, nezgod in poškodb kot posledic uporabe, odsotnosti v šoli oziroma na delu, nizke delovne morale in povečane obolevnosti uporabnikov pa je ogroženo naslednje: če gre za mladostnika, šolanje in izpolnjevanje razvojnih nalog, če gre za odraslega, pa tudi nemoteno delovanje podjetij, gospodarstva in ne nazadnje celotne družbe.

Družbe oz. države/skupine držav skušajo pripraviti učinkovite odgovore za spopadanje s problematiko uporabe prepovedanih PAS. Po eni strani so usmerjene v zmanjševanje ponudbe in preskrbe s prepovedanimi PAS in v s tem povezan kriminal, po drugi strani pripravljajo različne preventivne programe, programe zmanjševanja škode zaradi uporabe prepovedanih PAS, programe zdravljenja zasvojenih s prepovedanimi PAS in programe socialne reintegracije (Anon, 2003).

V razvitih državah je spremljanje razširjenosti uporabe PAS v splošni populaciji in med mladino uveljavljeno in utečeno – v ZDA od sedemdesetih let prejšnjega stoletja naprej (EMCDDA, 2002). V Evropi poteka na področju raziskovanja uporabe PAS med všolano mladino od leta 1995 naprej v štiriletnih intervalih raziskava ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, v kateri od vsega začetka sodeluje tudi Slovenija (Hibell in sod., 2009).

V Sloveniji do leta 2008, ko smo izvedli to raziskavo, ni bila izvedena raziskava o razširjenosti uporabe prepovedanih PAS med polnoletnimi prebivalci oz. vzorci polnoletnih prebivalcev, ki bi podrobno osvetlila razširjenost tega pojava in njegovo povezanost z različnimi determinantami. Prav tako ni bilo še nobene raziskave, ki bi se ukvarjala z razširjenostjo uporabe prepovedanih PAS med zaposlenimi. Edini podatki o uporabi prepovedanih PAS, pridobljeni na reprezentativnih vzorcih polnoletnih prebivalcev Slovenije, izvirajo iz raziskav Slovensko javno mnenje. Vprašanje o vseživljenjski uporabi prepovedanih PAS so anketirancem zastavili v letih 1994 in 1999 (Toš in sod., 1994; Toš in sod., 1999).

Leta 1994 je 4,3 % anketiranih (5,3 % moških in 3,4 % žensk) odgovorilo, da so v življenju uporabili eno ali več od naštetih PAS: marihuana/hašiš, kokain, heroin, LSD, meskalin, druge droge (Toš in sod., 1994).

Leta 1999 so v okviru SJM99/2 zastavili vprašanje, ali so že kdaj poskusili katero izmed naslednjih PAS: marihuana/hašiš, heroin, kokain, amfetamin, LSD ali drug halucinogen, ekstazi, pomirjevala, ki jih ni predpisal zdravnik, kombinacijo alkohola in tablet, vbrižgal/-a drogo z injekcijsko iglo. 10,6 % anketiranih, ki so odgovorili na vprašanje, je v življenju uporabilo eno ali več naštetih drog. 8,8 % anketiranih je označilo, da so že uporabili marihuano, 2,3 % pomirjevala, ki jih ni predpisal zdravnik, 1,4 % ekstazi, 1,3 % alkohol in tablete. Preostale PAS je uporabilo manj kot 1 % anketiranih. Večina tistih, ki so odgovorili, da so uporabili heroin, ekstazi, kokain, LSD, je uporabila tudi marihuano. Med uporabniki marihuane so bile ugotovljene statistično značilne razlike po spolu in starosti: marihuano so pogosteje uporabili mlajši anketiranci (18–29 let, 30–39 let) in moški (Toš in sod., 1999).

Vendar pa ne bi mogli trditi, da uporaba PAS, predvsem pa problematika posledic škodljive uporabe in zdravljenje odvisnih od PAS, v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih ni bila deležna precejšnje, sorazmerno stalne pozornosti strokovne javnosti in sredstev javnega obveščanja. Pozornost je bila usmerjena predvsem v prepovedane PAS, občasno – predvsem v obdobju sprejemanja oziroma spreminjanja zakonov – pa tudi v legalni PAS (tobak, alkohol). Kljub precejšnjemu zanimanju in pripravi zakonodaje ter nacionalnega programa na področju drog 2004–2009, v katerem je kot prvo vsebinsko področje, ki se mu bosta strategija in akcijski načrt posvetila, naveden informacijski sistem na področju prepovedanih drog, ki mora temeljiti na uveljavljenih in poenotenih metodologijah zbiranja ustreznih, primerljivih in kakovostnih podatkov s področja prepovedanih drog (Anon, 2004), pa v obdobju od 1992 do danes ni bilo na voljo dovolj virov za izvedbo raziskave o razširjenosti uporabe PAS v splošni populaciji (starost 18+) oziroma ta tema ni bila predmet razpisov v okviru ciljnih raziskovalnih programov (CRP), kot je bilo to predvideno v Nacionalnem programu (Anon, 2004).

Letno poročilo 2009 Agencije EU za droge kaže, da je kanabis vsaj enkrat v življenju poskusilo približno 74 milijonov Evropejcev, starih od 15 do 64 let, in približno 22,5 milijona od teh v zadnjem letu. To pomeni, da je kanabis še vedno najbolj razširjena prepovedana droga v Evropi (Anon, 2009; EMCDDA, 2009).

Evropsko povprečje za vseživljenjsko uporabo kanabisa je 22,1 % starostne skupine 15 do 64 let, za preteklo leto je povprečje 6,8 % in za zadnji mesec 3,6 % (Anon, 2010). Razlike med državami v prevalenci uporabe kanabisa se raztezajo od 1,5 % do 38,6 % za vseživljenjsko uporabo, za uporabo v zadnjem letu od 0,4 % do 14,6 % in v zadnjem mesecu od 0,1 % do 7,2 % (Anon, 2010). Vendar pa po občutni rasti uporabe te droge v devetdesetih letih prejšnjega stoletja in na začetku novega tisočletja novi evropski podatki potrjujejo, da se njena priljubljenost zmanjšuje (Anon, 2009; Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2009). Ta trend je zlasti opazen med šolsko mladino (od 15 do 16 let), kar kažejo raziskave ESPAD (Hibell in sod., 2009). Večina zahodnoevropskih držav, ob teh tudi Hrvaška in Slovenija, je poročala o zmanjšanju ali ustalitvi stopnje uporabe kanabisa kadar koli v življenju v letu 2007 v primerjavi z visoko razširjenostjo oziroma naraščanjem uporabe, ki ga je ugotovila raziskava ESPAD leta 2003 (Hibell in sod., 2009).

Kokain je vsaj enkrat v življenju uporabilo približno 13 milijonov odraslih Evropejcev, starih od 15 do 64 let. 7,5 milijona od teh je mlajših odraslih (15–34 let), od katerih so 3 milijoni uporabili kokain v zadnjem letu (Anon, 2009; EMCDDA, 2009). Evropsko povprečje za vseživljenjsko uporabo kokaina je 3,9 % starostne skupine od 18 do 64 let, za preteklo leto je povprečje 1,2 % in za zadnji mesec 0,4 % (Anon, 2010). Uporaba kokaina v EU ostaja razširjena predvsem v zahodnih državah EU, medtem ko uporaba drugje v Evropi ostaja nizka. V državah z največjo razširjenostjo, na Danskem, v Španiji, na Irskem, v Italiji in Združenem kraljestvu, so najnovejše ankete pokazale, da je razširjenost uporabe v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi med 3,1 in 5,5 %. V večini držav poročevalk najnovejši podatki kažejo ustaljeno ali naraščajočo razširjenost uporabe v zadnjem letu za starostno skupino od 15 do 34 let (Anon, 2009; EMCDDA, 2009).

Razširjenost uporabe amfetaminov v vsem življenju znaša v povprečju 3,5 % (0–11,7 %), ekstazija pa 3,1 % (0,3 %–7,5 %) (EMCDDA, 2009).

EMCDDA ugotavlja, da je v EU in na Norveškem med 1,2 do 1,5 milijona problematičnih uporabnikov opioidov in da jih večina uporablja heroin. Novi podatki tudi nakazujejo, da se novi primeri uporabe heroina še vedno pojavljajo, čeprav je ta pojav zmeren (Anon, 2009).

Namen

V članku nameravamo predstaviti podatke o uporabi prepovedanih PAS v splošni populaciji 18–65 let v Sloveniji. Podatki so bili zbrani v okviru javnomnenjske raziskave o uporabi prepovedanih drog v splošni populaciji polnoletnih prebivalcev Slovenije novembra leta 2008. Raziskava je rezultat sodelovanja med Kliničnim inštitutom za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKC LJ) kot nosilcem projekta in Centrom za raziskovanje javnega mnenja (CJMMK) Fakultete za družbene vede (FDV) Univerze v Ljubljani kot izvajalcem raziskave.

Uporabljen metodologija

Vprašalnik

Za potrebe raziskave smo izdelali vprašalnik o razširjenosti uporabe prepovedanih PAS. Pri tem smo upoštevali priporočila Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) (EMCDDA, 2002) za ključni indikator »razširjenost uporabe prepovedanih drog v splošni populaciji« in izkušnje pri raziskovanju razširjenosti uporabe drog med šolsko mladino (ESPAD) (Hibell in sod., 1997; Hibell in sod., 2000; Hibell in sod., 2004; Hibell in sod., 2009). V vprašalnik smo poleg demografskih vprašanj (spol, leto in mesec rojstva, izobrazba, zakonski stan, število otrok, krajevno okolje, zaposlitev in dejavnost delodajalca) vključili vprašanja o poznavanju različnih drog in pogostosti vseživljenjske uporabe kanabisa, ekstazija, vdihavanja hlapov, pogostosti uporabe pomirjeval (ki jih ni predpisal zdravnik), LSD-ja, amfetaminov, kokaina, kreka, heroina, metadona, GHB-ja, čarobnih gobic in anaboličnih steroidov, prav tako pa tudi o pogostosti vbrizgavanja drog in uporabe kombinacije alkohola in tablet, da bi bil nekdo »zadet«; o tem, katera prepovedana PAS je bila prva, ki jo je anketiranec/anketiranka poskusil/-a in kako jo je dobil/-a; ter o različnih mnenjih, povezanih z uporabo prepovedanih PAS (tveganje zaradi uporabe prepovedanih PAS; odnos do odvisnikov/odvisnic od prepovedanih PAS; odgovornost za reševanje problematike, povezane z uporabo prepovedanih PAS). Raziskovalni instrument je bil oblikovan in prirejen za telefonsko izvedbo ankete.

Vzorec

Iz bazena 4.987 telefonskih števil je bilo realiziranih 1.575 intervjujev (32-odstotna realizacija vzorca). Za potrebe tega članka smo obdelali odgovore 1.251 oseb, starih od 18 do 65 let. Med njimi je bila polovica moških in polovica žensk. 56 % jih je odgovorilo, da živijo v mestnem oz. primestnem okolju. Tretjina je imela srednješolsko izobrazbo, 29 % poklicno, dobra petina osnovno, 16 % pa višjo, visoko ali več. Polovica anketiranih je bila poročena, desetina je povedala, da živi v zunajzakonski skupnosti. 57 % je bilo zaposlenih (med njimi 2,5 % s skrajšanim delovnim časom in 3,3 % samozaposlenih), 14,5 % dijakov oz. študentov, 20 % upokojenih (med njimi 1,4 % invalidsko), 7 % brezposelnih in 2 % gospodinj.

Zbiranje podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo med 3. in 19. novembrom 2008.

Obdelava podatkov

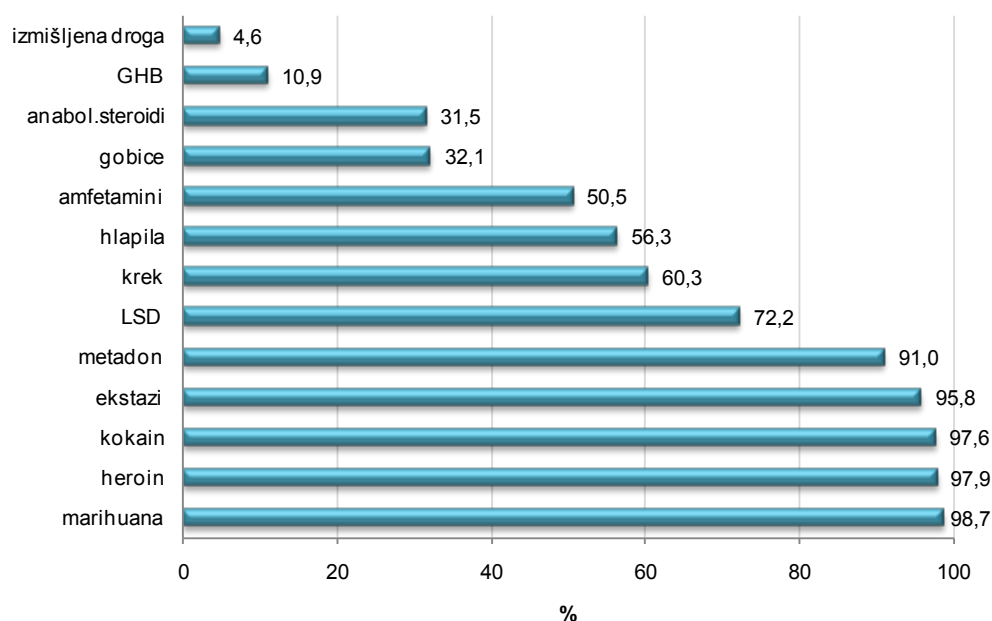
Zbrane podatke smo obdelali s programom SPSS za okolje Windows, različica 11.9. Za testiranje razlik smo uporabili χ^2 test, za ugotavljanje tesnosti zveze pa koeficient kontingence C.

Rezultati

Poznavanje prepovedanih PAS

Med najbolj znanimi prepovedanimi PAS so: marihuana, heroin, kokain, ekstazi in metadon – za njih je slišalo več kot 90 % anketiranih. Med najmanj znanimi pa so GHB, anabolični steroidi in čarobne gobice, za katere je slišala slaba tretjina oziroma manj. V vprašanje smo kot posredno mero odkritosrčnosti uvrstili tudi izmišljeno drogo, za katero je 4,6 % anketiranih izjavilo, da je zanjo že slišalo – uporabil pa je ni nihče. Moški in ženske se v poznavanju prepovedanih PAS ne razlikujejo – razen LSD-ja, ki ga pozna več moških ($\chi^2 = 16,094$, $df = 1$, $< 0,0001$, $C = 0,11$), prav tako krek ($\chi^2 = 15,374$, $df = 1$, $< 0,0001$, $C = 0,11$).

Slika 2.1: Odstotki anketiranih, ki so že slišali za našteje droge



Uporaba prepovedanih PAS med znanci, v družini

Dobra tretjina anketiranih je odgovorila, da osebno pozna nekoga, ki uporablja katero izmed prepovedanih PAS (marihuana, LSD, amfetamini, kokain, krek, heroin, ekstazi, metadon, GHB, čarobne gobice, anabolični steroidi oziroma hlapila). Tako so odgovarjali pogosteje moški ($\chi^2 = 16,086$, $df = 1$, $p < 0,0001$, $C = 0,11$), mlajši, stari 18–34 let ($\chi^2 = 154,97$, $df = 2$, $p < 0,0001$, $C = 0,33$) in tisti, ki so odgovorili, da so si v življenju želeli poskusiti katero izmed drog ($\chi^2 = 151,038$, $df = 1$, $p < 0,0001$, $C = 0,33$), ter tisti, ki so jo že uporabili ($\chi^2 = 186,635$, $df = 1$, $p < 0,0001$, $C = 0,36$).

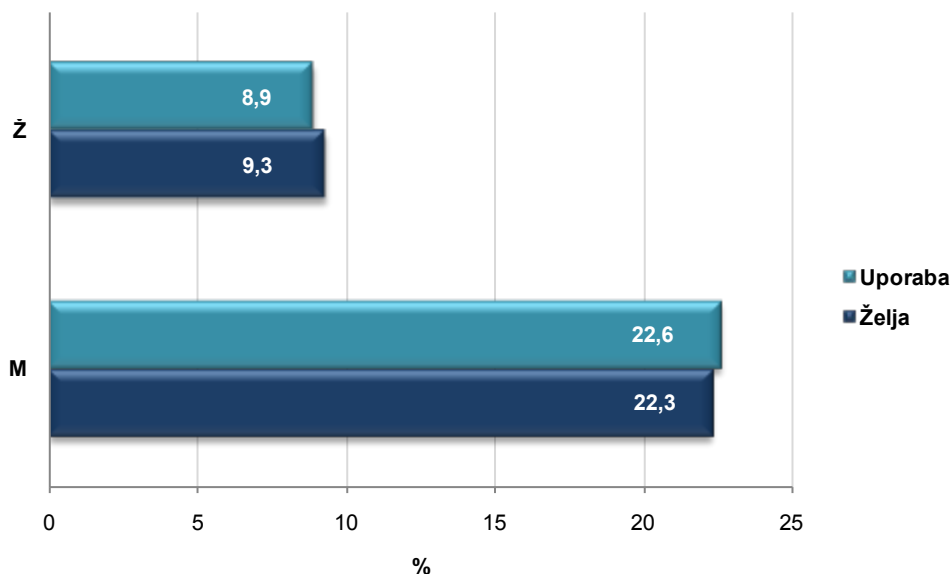
5,5 % anketiranih je odgovorilo, da nekdo v njihovi družini jemlje katero izmed prepovedanih PAS. Povezava med željo poskusiti, dejansko uporabo in dejstvom, da je v družini nekdo, ki je uporabljal PAS, je bila statistično značilna. Tisti, ki so odgovorili, da nekdo v družini jemlje/je jemal droge, so pogosteje odgovorili, da so si želeli poskusiti prepovedane PAS ($\chi^2 = 97,726$, $df = 1$, $p < 0,0001$, $C = 0,27$) pa tudi da so jih vzeli ($\chi^2 = 102,446$, $df = 1$, $p < 0,0001$, $C = 0,28$).

Od želje poskusiti ... do realizacije

15,8 % anketiranih je odgovorilo, da so si želeli poskusiti katero izmed prepovedanih PAS – moški statistično značilno pogosteje kot ženske ($\chi^2 = 39,115$, $df = 1$, $p < 0,0001$, $C = 0,17$); mlajše starostne skupine (18–35 let) pogosteje kot starejše ($\chi^2 = 108,765$, $df = 2$, $p < 0,0001$, $C = 0,28$). Želja poskusiti ni bila povezana z izobrazbo anketiranih, je pa bila povezana z zaposlitvijo, zakonskim stanom in s tipom krajevnega okolja. Želja po poskusu prepovedanih PAS je bila pogosteje prisotna med zaposlenimi in dijaki/študenti ($\chi^2 = 60,856$, $df = 3$, $p < 0,0001$, $C = 0,22$), samskimi ($\chi^2 = 94,601$, $df = 4$, $p < 0,0001$, $C = 0,27$) in pri tistih iz mesta in primestja ($\chi^2 = 14,402$, $df = 2$, $p < 0,001$, $C = 0,11$).

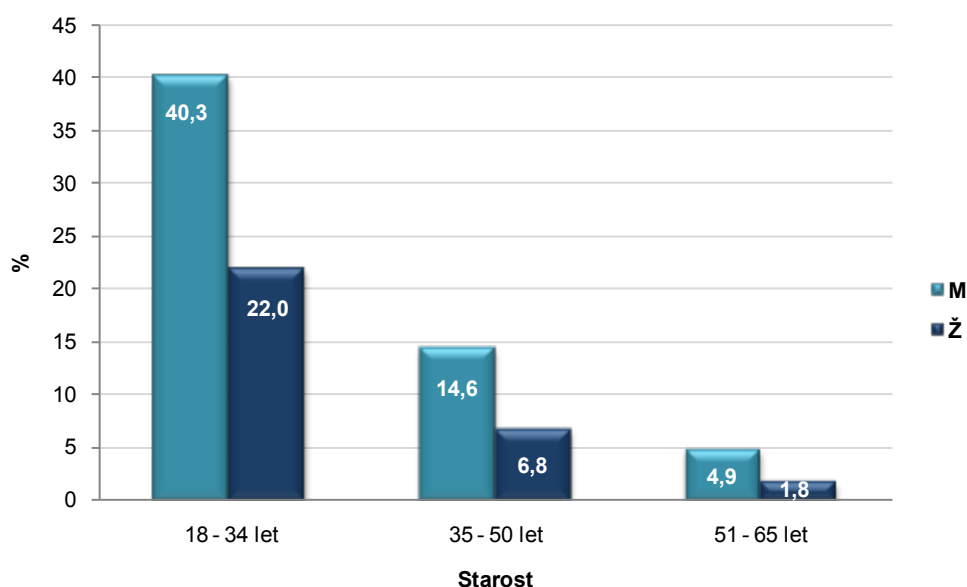
82 % tistih, ki so si kdaj želeli poskusiti katero izmed prepovedanih PAS, je to tudi storilo. Prepovedane PAS so uporabili tudi 3 % tistih, ki so sicer izjavili, da si tega niso želeli. Da so v življenju uporabili prepovedane PAS, je odgovorilo 15,8 % anketiranih, moški statistično značilno pogosteje kot ženske ($\chi^2 = 44,321$, $df = 1$, $p < 0,0001$, $C = 0,34$); mlajši (18–35 let) statistično značilno pogosteje kot preostale starostne skupine ($\chi^2 = 153,281$, $df = 2$, $p < 0,0001$, $C = 0,33$), kar velja tudi za oba spola (moški $\chi^2 = 83,283$, $df = 2$, $p < 0,0001$, $C = 0,33$; ženske: $\chi^2 = 49,190$, $df = 2$, $p < 0,0001$, $C = 0,27$). Prepovedane droge so pogosteje uporabili zaposleni in dijaki/študenti ($\chi^2 = 86,395$, $df = 3$, $p < 0,0001$, $C = 0,26$), samski ($\chi^2 = 131,978$, $df = 4$, $p < 0,0001$, $C = 0,31$) in iz mesta oz. primestja ($\chi^2 = 32,106$, $df = 2$, $p < 0,0001$, $C = 0,16$).

Slika 2.2: Odstotki anketirancev, ki so si želeli poskusiti in ki so dejansko uporabili katero izmed prepovedanih drog po spolu



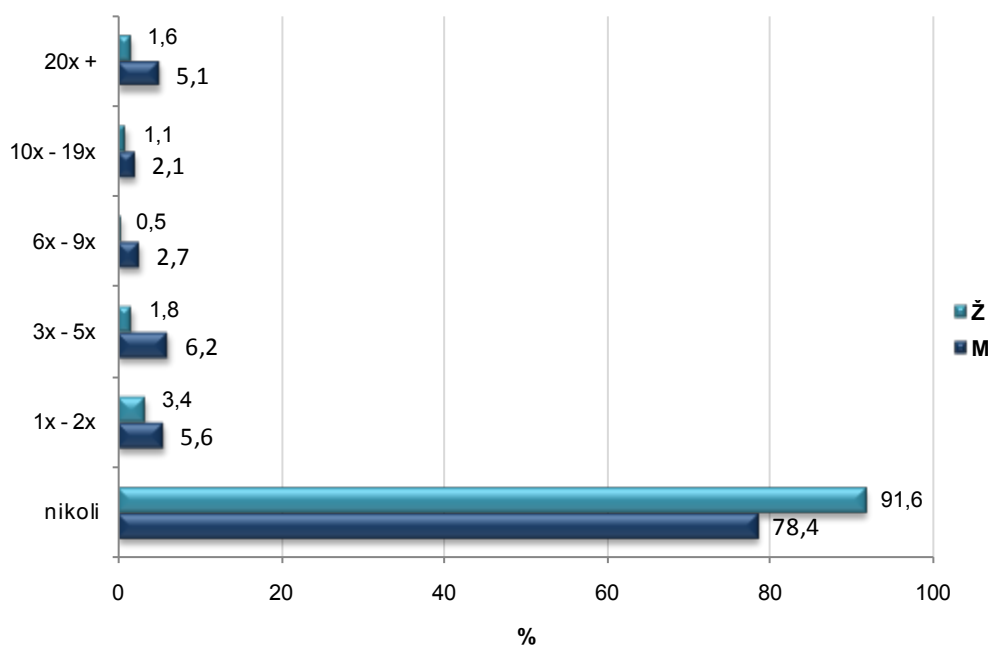
S prepovedanimi drogami ima izkušnjo skoraj vsak drugi moški v starosti 18–34 let in vsaka peta ženska. V starostni skupini 35–50 je izkušenih dobra šestina (15 % moških in 7 % žensk). Med starejšimi od 50 let pa 5 % moških in 2 % žensk. Zveza med uporabo in starostjo je statistično značilna za moške ($\chi^2 = 83,283$, $df = 2$, $p < 0,0001$, $C = 0,34$) in ženske ($\chi^2 = 49,190$, $df = 2$, $p < 0,0001$, $C = 0,27$).

Slika 2.3: Odstotki anketiranih, ki so v življenju že uporabili katero izmed prepovedanih drog po starosti in spolu



Večina uporabe katere koli prepovedane droge gre na račun uporabe marihuane, ki jo je v vsem življenju uporabilo 15 % anketiranih. Največ (8,5 %) anketiranih jih je odgovorilo, da so jo uporabili od enkrat do petkrat, več kot 40-krat (= redna uporaba) pa 3,0 % anketiranih. Ženske so pogosteje odgovorile, da marihuane niso nikoli uporabile, moški pa so pogosteje označili vse kategorije uporabe – od eksperimentiranja do redne uporabe ($\chi^2 = 47,383$, $df = 5$, $p < 0,0001$, $C = 0,19$).

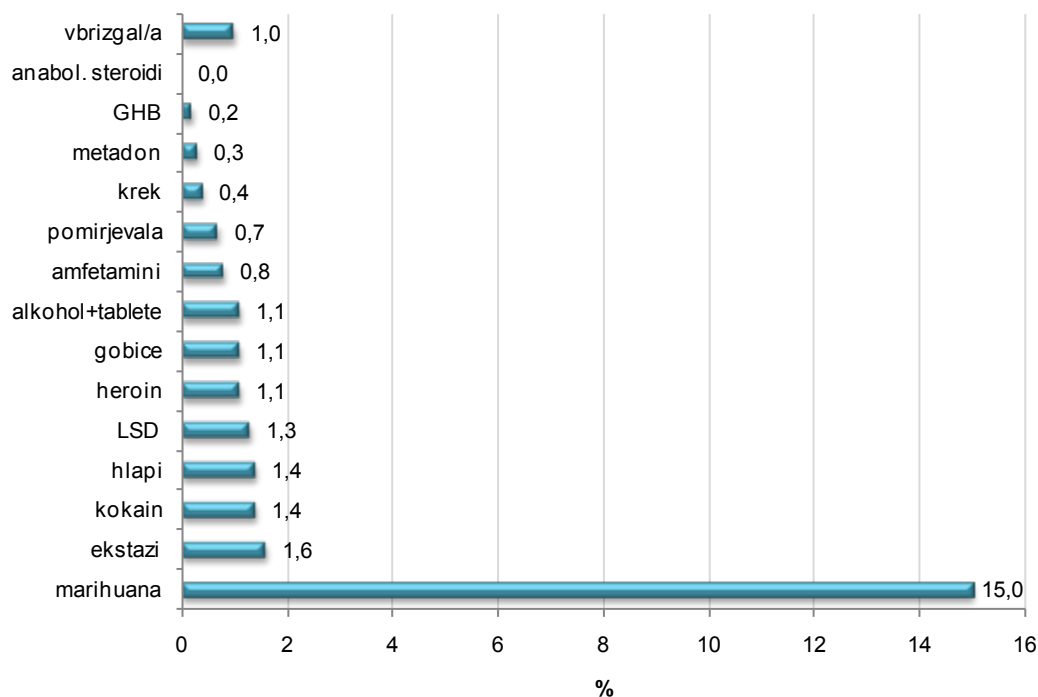
Slika 2.4: *Uporaba marihuane v vsem življenju po spolu*



Da so marihuano uporabljali v preteklem letu pred anketo, je odgovorilo 3,5 % anketiranih, 2,2 % pa sta marihuano uporabila v mesecu pred anketo.

S preostalimi prepovedanimi PAS je imelo vseživljenjsko izkušnjo manj kot 2 % anketiranih – še največ z ekstazijem (1,6 %), s hlapi (1,4 %), kokainom (1,4 %) in z LSD-jem (1,3 %).

Slika 2.5: Uporaba prepovedanih drog v vsem življenju



Prva droga in njen vir

Skoraj vsi (96 %), ki so navedli vseživljenjsko uporabo katere koli prepovedane PAS, so kot prvo drogo navedli marihuano. Večinoma so jo dobili od prijateljev, le redki so jo kupili.

Razprava

Prvič so nam na voljo podatki o uporabi prepovedanih PAS v splošni populaciji. Zbrani so bili v okviru telefonske ankete, ki seveda nosi določene pasti (pokritost s telefonskimi priključki, uporaba stacionarnih telefonov vs. mobilnim telefonom), pa vendar predstavljajo dovolj dobro osnovo za oceno prevalence uporabe prepovedanih PAS med slovensko splošno populacijo, 18–65 let.

Ugotovili smo, da znaša vseživljenjska uporaba prepovedanih PAS 15,8 %, kar kaže, da se je le-ta od leta 1994, ko je bil na voljo prvi podatek (4,3 %), do leta 2010 več kot potrojila. Izkušnjo s prepovedano PAS imajo pogosteje moški kot ženske in mlajši (starost 18–35 let) obeh spolov, kar ne preseneča, saj se je uporaba katere koli prepovedane PAS v skupini všolanih od 15- do 16- letnikov v obdobju 1995–2003 značilno večala (Hibell in sod., 2004). Izhodiščna vrednost za vseživljenjsko uporabo katere koli prepovedane PAS je bila za 15- do 16-letnike leta 1995 13 % (Hibell in sod., 1997).

Večina vseživljenjske uporabe prepovedanih PAS je – tako kot tudi v skupini 15- do 16-letnikov – povezana predvsem z uporabo marihuane, ki je najbolj znana in tudi najbolj razširjena prepovedana PAS pri nas. Marihuano je kadar koli v življenju uporabilo 15 % anketiranih. Večina (8,5 %) jo je samo poskusila od enkrat do petkrat, 3,0 % jo je uporabilo 40-krat ali pogosteje. V primerjavi z mladostniki je v splošni populaciji pogostost uporabe

marihuane v vsem življenju statistično značilno povezana s spolom, in sicer so ženske pogosteje odgovorile, da marihuane niso uporabile.

Primerjava s podatki za preostale države EU (povprečje, spodnja in zgornja meja) je lahko samo okvirna, saj se poročila o razširjenosti uporabe prepovedanih PAS, ki temeljijo na raziskavah med prebivalstvom na splošno, večinoma nanašajo na prebivalce v državi, stare med 15 in 64 let, naša raziskava pa je bila opravljena na prebivalcih, starih 18 let in več; za potrebe te analize pa smo obdelali podatke za starostno skupino 18–65 let. Države, ki uporabljajo drugačne zgornje ali spodnje starostne meje, so še: Bolgarija (18–60), Češka (18+), Danska (16+), Nemčija (18+), Madžarska (18–59), Malta (18+), Švedska (16+) in Združeno kraljestvo (16–59). Podatki o razširjenosti uporabe prepovedanih PAS za Združeno kraljestvo se nanašajo na Anglijo in Wales. Razširjenost vseživljenjske uporabe, uporabe v zadnjem letu oziroma mesecu marihuane, kokaina, ekstazija in amfetaminov je v Sloveniji pod povprečjem držav EU.

Sklep

Raziskava osvetljuje razširjenost uporabe prepovedanih PAS med polnoletnimi prebivalci Slovenije ob koncu leta 2008 in nakazuje, v katero smer bi bilo potrebno nadaljnje, poglobljeno raziskovanje. Ugotovljeni podatki lahko nedvomno služijo za načrtovanje preventivnih programov in programov promocije zdravja, ki bi jih bilo – glede na vztrajno naraščanje tistih, ki imajo izkušnje s prepovedanimi PAS – nujno izvajati v različnih ciljnih skupinah in okoljih.

3. Preventiva pripravile *Marijana Kašnik Janet, Branka Božank, Jerneja Lorber, Nina Pogorevc*

3.1 Uvod

Izvajanje preventive na področju drog smo opredelili skladno s klasifikacijo EMCDDA, in sicer na univerzalno, selektivno in na indicirano preventivo. Kljub vsemu je treba poudariti, da se v praksi še vedno uporablja predvsem klasična delitev na primarno, sekundarno in na terciarno preventivo.

Poročilo predstavlja le splošno sliko izvajanja preventivnih aktivnosti in programov v Sloveniji z navedbo posameznih primerov. Značilnost izvajanja preventive v Sloveniji je, da aktivnosti izvajajo številne organizacije in združenja, ki ponujajo zelo pestro množico različnih preventivnih aktivnosti, manj pa je programov, ki bi se načrtno in vodeno izvajali po vsej državi. Letos smo izpostavili predvsem predstavitev Programa zdravstvene vzgoje, ki ga načrtno izvajajo zdravstveni delavci in ki je namenjen otrokom in mladostnikom v okviru univerzalne preventive, ter več programov na ravni selektivne preventive.

Sistem zagotavljanja in spremljanja kakovosti preventivnih aktivnosti se še vzpostavlja. V letu 2010 se bodo širši strokovni javnosti predstavili gradivo in predlogi za vzpostavitev standardov kakovosti in upamo, da se bosta v letu 2011 zgodili tudi implementacija in uporaba teh standardov.

3.2 Univerzalna preventiva

Univerzalna preventiva je široko usmerjena in je namenjena splošni populaciji ali veliki populacijski skupini ljudi, ki so (vsaj na videz) zdravi. S sporočili in programi želimo preprečiti ali odložiti (zlo-)rabo alkohola, tobaka in drugih drog. Njena prednost je, da zajame veliko ljudi. Univerzalna preventiva se najpogosteje izvaja za otroke in mladostnike, zato mora biti skrbno premišljena, saj lahko z neprimernimi pristopi spodbudimo vedenje, ki ga v osnovi želimo preprečiti.

Vrtci, osnovne in srednje šole

Univerzalna preventiva v šolah je še vedno najpogostejši pristop, ki se uporablja v Sloveniji. Odgovorni nosilec preventivnih programov v vrtcih in šolah je Ministrstvo za šolstvo RS v sodelovanju z Zavodom za šolstvo RS. Preventivni programi so vključeni v redni predšolski in šolski kurikulum, še pogosteje pa se aktivnosti izvajajo v okviru različnih projektov in programov, ki jih izvajajo tudi z zunanjimi izvajalci.

Preventiva v predšolskem obdobju

Vsi vrtci v Sloveniji načrtno vključujejo splošne elemente razvijanja in krepitev socialnih, emocionalnih in vedenjskih kompetenc. Od leta 2005 v koroški regiji poteka specifičen program preprečevanja zasvojenosti v predšolskem obdobju, ki se osredinja na tri izobraževalna področja: emocionalno, vedenjsko in kognitivno področje. V letu 2009 je izšla strokovna monografija z naslovom *Da sije sonce*. Monografija predstavlja pomemben didaktičen pripomoček za vzgojitelje in druge osebe, ki se ukvarjajo s predšolskimi otroki.

Vključuje teoretične osnove, podroben opis implementacije in evalvacije programa ter predstavitev številnih praktičnih možnosti za izvedbo 49. didaktičnih iger. Vsi predlogi iger so opremljeni s cilji, z namigi za izvajalce, naštetimi so potrebni pripomočki, dana navodila za potek iger in ob koncu večine iger so zapisani še utrinki ob izvajanju didaktičnih iger.

Program je bil širši strokovni javnosti predstavljen na nacionalni konferenci, v letu 2010 pa je sprejet v nacionalni katalog izobraževanj za strokovne delavce v šolstvu, kar je osnova za širjenje programa po vsej državi.

Preventiva v osnovnih in srednjih šolah

V osnovnih in srednjih šolah potekajo različni preventivni programi. Vrsta in število izvedenih programov sta odvisna od potreb in tudi zmožnosti posameznih šol. Preventivni programi se osredinjajo predvsem na razvoj in krepitev življenjskih veščin oz. na krepitev dejavnikov varovanja in zmanjševanje dejavnikov tveganja. Vključujejo nedovoljene droge in tudi alkohol, tobak itn. Prav tako se dotikajo tudi nekemičnih zasvojenosti. Programi, ki so usmerjeni samo v ozaveščanje in zagotavljanje informacij, so redkejši.

V okviru slovenske mreže zdravih šol, ki vključuje 268 osnovnih in srednjih šol ter dijaških domov (43 % vseh slovenskih osnovnih, srednjih šol in dijaških domov) so v šolskem letu 2009/2010 kot osrednjo temo obravnavali odnose. Vključene šole so si v svojih okoljih zastavile naloge, s katerimi so bolj intenzivno in načrtno obravnavale različne odnose, od odnosa posameznika do sebe pa tudi odnose do drugih. Več pozornosti so namenili vzpostavljanju dobrega odnosa v šoli, spodbujanju pozitivne samopodobe, izražanju čustev, učenju dobre komunikacije, socialnih veščin, mirnemu razreševanju konfliktov ... Poleg izobraževanja učencev je potekalo tudi izobraževanje učiteljev in sodelavcev (IVZ, 2009).

V Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98 z dopolnili) so opredeljene vse preventivne dejavnosti, med drugim tudi zdravstvenovzgojne aktivnosti v obdobju otroka in mladostnika. Zdravstvenovzgojno delo lahko poteka v obliki individualnih svetovanj, programirana zdravstvena vzgoja pa v obliki predavanj, učnih delavnic in dela v majhnih skupinah. Poleg otrok in mladostnikov je programirana zdravstvena vzgoja namenjena tudi staršem, vzgojiteljem, pedagoškim in svetovalnim delavcem. Izvaja se ob preventivnih sistematskih pregledih in v vzgojno-izobraževalnih ustanovah.

S ciljem vzpostavitve kakovostnih in enakomerno dosegljivih zdravstvenovzgojnih programov v Sloveniji je bila v času od 18. oktobra 2009 do 15. decembra 2009 izvedena raziskava Posnetek stanja zdravstvenovzgojnih dejavnosti za otroke in mladino na primarni ravni zdravstvenega varstva (Kašnik Janet in sod., 2009). Raziskavo so izvajali vsi območni zavodi za zdravstveno varstvo v sodelovanju z Inštitutom za varovanje zdravja RS. Raziskava je potekala s pomočjo strukturiranega vprašalnika v obliki osebnega terenskega intervjuja z izvajalci programirane zdravstvene vzgoje iz vse Slovenije. Na vprašanja je odgovarjalo 154 izvajalcev, ki izvajajo različne zdravstvenovzgojne aktivnosti s področja krepitve in varovanja zdravja otrok in mladostnikov.

Od 154 vključenih izvajalcev zdravstvene vzgoje s področja krepitve in varovanja zdravja otrok in mladostnikov 38 % izvajalcev izvaja zdravstvenovzgojne aktivnosti na temo

psihoaktivnih snovi. Po podatkih, ki smo jih pridobili, se je v šolskem letu 2008/2009 v Sloveniji izvedlo 111 različnih zdravstvenovzgojnih aktivnosti na temo psihoaktivnih snovi v izbrani ciljni populaciji otrok in mladostnikov, ki so jo izvedli izvajalci zdravstvene vzgoje na primarni ravni zdravstvenega varstva. Aktivnosti so se izvajale v vseh zdravstvenih regijah v Sloveniji oz. v 72 % vseh upravnih enot v Sloveniji. 90 % zdravstvenovzgojnih aktivnosti se je izvedlo v okviru načrtovanih aktivnosti, 10 % pa glede na aktualne potrebe.

Najpogostejša oblika dela je bila predavanje in izvajanje delavnice, najpogosteje uporabljena metoda dela pa ustna razlaga, razgovor, delo z besedilom, sledita demonstracija in izkustveno učenje. Večina zdravstvenovzgojnih aktivnosti (79 %) je potekala v obliki kombinacije interaktivnega in neinteraktivnega dela. Samo v interaktivni obliki se je izvedlo 12 % aktivnosti, samo v neinteraktivni obliki pa 8,6 %. Čas trajanja posamezne aktivnosti v ciljni skupini je bil v razponu od 45 do 225 minut, najpogosteje od 45 do 90 minut. Vse aktivnosti so se izvedle v obliki enkratnega srečanja. Izbira vsebine in ciljne populacije je prepuščena izvajalcem in željam šole, le v eni regiji izvajalci v dogovoru z območnim Zavodom za zdravstveno varstvo izvajajo zdravstvenovzgojne aktivnosti s področja preventive uporabe in zlorabe psihoaktivnih snovi načrtno, v točno določeni ciljni skupini (v vseh 5. in 9. razredih osnovne šole).

Največ zdravstvenovzgojnih aktivnosti na temo psihoaktivnih snovi zdravstveni delavci izvajajo na višji predmetni stopnji, v 5., 7., 8. in 9. razredu osnovne šole. Aktivnosti v nižjih starostnih skupinah so redkejšje in se osredinjajo predvsem na področje tobaka. Najpogosteje so vsebine zdravstvenovzgojnih aktivnosti na višji predmetni stopnji osredinjene na:

- kognitivne veščine: vedenje o vzrokih za nastanek zasvojenosti (dejavniki tveganja in varovanja) in posledicah; vedenje o tem, kaj so psihoaktivne snovi, vrste, kakšni so njihovi učinki ter mogoče posledice njihove uporabe;
- razvoj in krepitev naslednjih veščin: reševanje in obvladovanje problemov, odločanje, kritičen odnos, prevzemanje odgovornosti, krepitev samopodobe, veščine zavrnitve, medosebni odnosi, normativna prepričanja.

Z namenom dviga kakovosti zdravstvenovzgojnih vsebin strokovnjaki območnih zavodov za zdravstveno varstvo in Inštituta za varovanje zdravja RS v sodelovanju z izvajalci zdravstvene vzgoje in zunanjimi sodelavci pripravljajo osnove za posodobitev Programa zdravstvene vzgoje v Sloveniji. Cilj posodobitve in nadgradnje programov je povečati kakovost, enako dostopnost ter učinkovitost izobraževalnih in na ravni skupnosti zasnovanih programov za preprečevanje bolezni, izboljšanje zdravja in kakovosti življenja.

Trenutno v Sloveniji potekajo tudi priprave na implementacijo evropskega programa »Unplugged«. Gre za šolski preventivni učni načrt na področju preprečevanja zasvojenosti, ki temelji na modelu splošnega družbenega vpliva. Program razvijajo v sedmih evropskih državah (v Belgiji, Španiji, Avstriji, Italiji, Nemčiji, v Grčiji in na Švedskem). Ciljno skupino predstavljajo mladostniki v starosti od 12 do 14 let. Program je sestavljen iz 12 učnih ur in traja 3 mesece. Vsebina programa vključuje informacije o alkoholu, tobaku, marihuani in o preostalih drogah ter združuje življenjske veščine in normativna prepričanja. Program izvajajo predhodno usposobljeni učitelji, ki imajo na voljo vse potrebne pripomočke (priročnik,

delovni zvezek za učence in učne kartice). V program so vključeni tudi starši v obliki skupinskih srečanj.

Pilotna izvedba programa se bo začela izvajati v šolskem letu 2010/2011. Po trenutnih podatkih bo v ta program vključenih 25 šol in s tem 150 učiteljev in okoli 1.200 učencev. Koordinator programa je Inštitut Utrip (Košir, 2010).

Med preventivnimi programi bi poudarili projekt Inštituta Antona Trstenjaka »Lepo je živeti«. Program nosilci projekta opisujejo kot 5-nivojski model preprečevanja zasvojenosti in omamnih motenj naravnih potreb v osnovnih šolah. Na osnovi spoznanj in izkušenj večletnega izvajanja preventivnih delavnic za mlade želijo oblikovati model, ki bo primeren za kurikularno izvajanje učinkovite in preproste preventive na področju vzgoje za zdravo in trezno življenje brez omamljanja z alkoholom, (zlo-)rabo nedovoljenih drog in igralnštva. Vključene so tudi motnje hranjenja.

Preventivne delavnice so zadnja 3 leta izvajali na treh osnovnih šolah v osrednji Sloveniji, v letu 2009 pa so dodali še dve šoli zunaj osrednje Slovenije. Strokovno skupino za oblikovanje in spremljanje modela po metodi akcijskega raziskovanja sestavljajo: ravnatelj, svetovalni delavci in razredniki 5. razredov osnovne šole, kjer poteka intenzivno preizkušanje modela; preventivni adiktološki strokovnjaki in adiktološki raziskovalci inštituta in drugih organizacij; občasno sodelujejo tudi starši otrok izbranih 5. razredov osnovne šole in prostovoljci (Inštitut Antona Trstenjaka, 2010).

Drugo

Uporaba psihoaktivnih snovi med vozniki ogroža prometno varnost in povečuje možnost nesreč. Problem ni le voznja pod vplivom alkohola, povečuje se tudi število voznikov, ki vozijo pod vplivom nedovoljenih drog. V ta namen izvajamo v Sloveniji različne preventivne programe na temo prometne varnosti in psihoaktivnih snovi.

S prometno varnostjo in psihoaktivnimi snovmi se že vrsto let ukvarja Svet za preventivo. V letu 2009 so izvedli 228 preventivnih delavnic na 55 srednjih šolah z vključenimi več kot 3.500 dijaki. Prav tako izvajajo številne preventivne prireditve (50 prireditev) v lokalnih okoljih z namenom ozaveščanja, praktične demonstracije in preizkusa različnih naprav. V letu 2009 so pripravili nacionalno preventivno akcijo Alkohol ubija, največkrat nedolžne (Markl, 2010). Več o tej akciji je napisano v poglavju »Nacionalne in lokalne medijske aktivnosti«.

Tudi avtošole predstavljajo pomemben del v vzgoji in izobraževanju voznikov, saj skušajo kar najbolj pripraviti prihodnje udeležence v prometu na varno in odgovorno vožnjo. Po Resoluciji o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa za obdobje 2007–2011 (skupaj za večjo varnost) so mladi med 15. in 24. letom ena najbolj ogroženih starostnih skupin v prometu zaradi neizkušenosti, življenjskega sloga, iskanja tveganja, izzivov in lastnih poti ter ne nazadnje antiavtoritarnega vedenja, ki se kaže tudi v nespoštovanju prometnih pravil in predpisov. Zato resolucija poleg drugih definira tudi dejavnosti avtošol, ki bi pripomogle k večji varnosti. Pravilnik o avtošolah določa, da mora teoretični del usposabljanja trajati najmanj 40 pedagoških ur organiziranega vzgojno-izobraževalnega dela po predpisanem programu usposabljanja.

Eden pomembnih ciljev usposabljanja kandidatov za voznike je, da kandidat med usposabljanjem pridobi znanje in spretnosti, ki vplivajo na obnašanje med vožnjo. Kandidati za voznike v teoretičnem delu poslušajo učno temo, kjer spoznajo spremembe vedenja v prometu zaradi vpliva psihoaktivnih snovi, kot so: alkohol, nedovoljene droge in zdravila ter posledice vožnje pod vplivom psihoaktivnih snovi.

Poleg osnovnega obveznega izobraževanja v avtošolah za mlade potekajo tudi dodatne preventivne delavnice na temo prometne varnosti v povezavi z uporabo psihoaktivnih snovi. Med njimi bi omenili projekt Mestne občine Ljubljana za leto 2009 oz. za obdobje 2009–2011, katerega nosilec je Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani, v projektu pa sodelujejo tudi Avto AMZS, d. o. o., Avtošola Vezi, Društvo UP in Združenje DrogArt. Naslov projekta je »Vozi trezno!« – Vrstniško svetovanje za preprečevanje rabe drog in alkohola v prometu.

Osnovni namen programa je preprečevanje in zmanjševanje škode zaradi uporabe in zlorabe alkohola in/ali prepovedanih drog med mladimi. V obliki vrstniškega svetovanja pristopajo k mladim v njihovo vsakdanje okolje ter omogočajo odprt prostor za diskusijo, v katerem sta upoštevana socialni kontekst in način življenja mladih. Temeljne metode in načela dela, ki jih uporabljajo, so: večanje kompetenc za oceno tveganja, partnerski odnos in krepitev moči. V diskusijah z vrstniki mladi preverjajo izkušnje, si pojasnjujejo stališča in v medsebojnem pogovoru analizirajo vsakdanje tvegane situacije, razmislijo, kako bi lahko v prihodnje ravnali in kaj potrebujejo, da bi lahko ravnali bolj previdno. Vrstniški svetovalci mladim pomagajo, da izdelajo osebne načrte zmanjševanja in preprečevanja tveganj. Tako mlade spodbujajo k odgovornejšim življenjskim slogom in preživljanju prostega časa. Poseben poudarek je namenjen tudi angažiranju mladih za spremembo v skupnosti in intenzivnejše delo v lokalni skupnosti. Z uporabo različnih metod skupnostnega dela (organizacija dogodkov, razstav, okroglih miz ipd.) vzpostavljajo situacije, v katerih bodo lahko mladi stopili v dialog z drugimi zainteresiranimi (starši, učitelji, sovrstniki, starejšimi vozniki ...) in tako ne le opozarjali na problem, ampak tudi spodbudili širšo skupnost k skupnemu iskanju praktičnih, konkretnih rešitev. V projekt vrstniškega svetovanja so vključeni študentje 1., 2. in 3. letnika pri predmetu metode socialnega dela (Fakulteta za socialno delo, 2010).

Starši

Preventivni programi za starše se izvajajo v okviru šol in tudi zunaj šol. Izvajajo jo različni ponudniki – od vladnih do nevladnih organizacij. Ponudba je velika, vendar se izvajalci pogosto srečujejo z manjšo udeležbo ciljne populacije.

Programi potekajo v različnih oblikah – od enournega predavanja do sklopa delavnic, sestavljenih iz več srečanj. Krajša predavanja so namenjena predvsem ozaveščanju in odgovornemu starševstvu. Daljši programi pa vključujejo tudi treninge spretnosti za vzpostavljanje in ohranjanje kakovostnih medsebojnih odnosov v vsakdanjem življenju in različnih stresnih situacijah. Organizirana srečanja staršev so zasnovana kot preplet predavanj, vprašanj in odgovorov, ki raziskujejo delovanje različnih vzorcev obnašanja, prepričanj, interakcij, navad, učenje iz tipičnih situacij ter igre vlog.

Lokalne skupnosti

Poleg organiziranih dejavnosti v okviru vzgojno-izobraževalnih ustanov so zelo pomembni preventivni programi v lokalnih skupnostih. Delo v lokalnih skupnostih je različno

organizirano. Od vladnih ustanov so najpogostejši aktivni akterji v lokalnih skupnostih zdravstvene organizacije (zdravstveni domovi, zavodi za zdravstveno varstvo), policija, centri za socialno delo, krizni centri za mlade, od nevladnih pa različna društva in neprofitne organizacije, Rdeči križ, verske organizacije, mladinski centri, prostovoljci itn.

Najrazvitejši in najbolj organiziran model dela v lokalnih skupnostih Slovenije so Lokalne akcijske skupine (v nadaljevanju: LAS), ki delujejo kot strokovno posvetovalno telo v občini in imajo pomembnejšo vlogo pri načrtovanju, razvijanju in pri izvajanju različnih preventivnih aktivnosti na področju preventive drog v občini. V Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 je opredeljeno, da strateško raven dela LAS na nacionalni ravni usklajuje in koordinira pristojno telo v okviru Ministrstva za zdravje RS. V letu 2010 se načrtuje bolj poglobljeno delo z LAS, prav tako bo v letu 2010 preventivni mesec posvečen pomenu dela v lokalnih skupnostih in promociji modela LAS.

Zaradi potreb se nevladne organizacije tudi združujejo. Kot primer naj navedemo Zvezo društev na področju drog Slovenije in Inštitut Eksodus-Z. Zveza društev na področju drog Slovenije je bila ustanovljena z namenom krepitve razvoja, povezovanja in sodelovanja nevladnih organizacij, ki so nepogrešljiv del izvajanj različnih programov s področja problematike drog v Sloveniji (Zveza društev na področju drog, 2010). V okviru Inštituta za zasvojenosti, Eksodus-Z pa se je v letu 2009 razvila stična točka za podporo nevladnim organizacijam in njihovim zvezam, ki delujejo na področju drog z namenom povezovanja nevladnih organizacij, razvoja in izobraževanja strokovnega kadra ter povezovanja z evropskimi in s svetovnimi ustanovami (Eksodus-Z, 2010).

3.3 Selektivna preventiva

Izvajanje selektivne preventive je usmerjeno na specifično populacijo, tj. na ranljive skupine ali skupnosti. Namenjeno je posebnim skupinam, družinam ali celotni skupnosti, katerih člani bi lahko zaradi različnih dejavnikov tveganja pogosteje začeli zlorabljati droge, npr. socialna prikrajšanost, marginalizirane etnične skupine, brezdomci, osipniki, družine, kjer je zaznana zloraba drog, kjer so prisotni problemi duševnega zdravja, zanemarjanje otrok itn. Z osredinjanjem intervencij, ki so posebej prilagojene določenim rizičnim skupinam, se poveča možnost zadovoljevanja potreb teh skupin pa tudi verjetnost, da bo intervencija uspešna. V tem poglavju bomo predstavili nekaj primerov selektivne preventive v Sloveniji.

Preventiva v rizičnih skupinah (otroci, mladostniki in družine)

Tudi v letu 2009 se je evropski program "Fred goes net", ki je namenjen zgodnjim intervencijam pri mladih, ki eksperimentirajo z drogami, izvajal v štajerski regiji, načrt širjenja programa po vsej Sloveniji pa se predvideva v letu 2010/2011.

Že v lanskem poročilu smo predstavili program Projektno učenje za mlajše odrasle (PUM). Program je javnoveljavni izobraževalni program, namenjen mladim v starosti od 15 do 25 let, ki so zaradi različnih razlogov opustili šolanje in so brezposelni. Program PUM je doma in v tujini prepoznan kot primer uspešnega reševanja osipništva in zmanjševanja brezposelnosti med mladimi. Vsako leto se vključujejo tudi v različne mednarodne projekte. V letu 2009 so uspešno izvedli projekt Lahko živim?!, v okviru katerega so s filmom, plesom, z igro, s poezijo in fotografijo predstavili 30 človekovih pravic. V Sloveniji program izvaja 12

organizacij, in sicer v Ljubljani, Slovenj Gradcu, Murski Soboti, Ajdovščini, Celju, Radovljici, Kopru, Mariboru, Novem mestu, Murski Soboti, Tolminu in v Škofji Loki (PUM, 2010).

Različne preventivne programe za otroke, mladostnike in za njihove starše, ki sodijo v tako imenovano rizično skupino, izvajajo tudi številne nevladne ustanove. Podrobneje bomo predstavili primer dela nevladne organizacije društva Projekt Človek. Program za otroke in mladostnike (POM) v okviru društva Projekt Človek je namenjen mladim, ki eksperimentirajo ali uporabljajo prepovedane droge (predvsem marihuano) in se srečujejo z drugimi vrstami zasvojenosti (z elektronskimi mediji, računalniškimi igrkami, odnosi, z motnjami hranjenja ...). Cilj programa je preprečitev razvoja zasvojenosti, krepitev zdravega načina življenja in dobrih družinskih odnosov.

Po poročanju strokovne delavke Tanje Stanković je program sestavljen iz Sprejemnega centra, kjer starši in mladostniki anonimno in brezplačno dobijo vse potrebne informacije ter usmeritve v različne oblike pomoči v Sloveniji in tujini. Spoznajo se s strokovnimi delavci programa in z načinom dela v programu POM. Neposredno delo zajema motivacijsko in svetovalno delo za mladostnike, njihove starše, samo za starše ter svetovanje za družine kot celote. V okviru Sprejemnega centra deluje svetovalni telefon za javnost (informacije glede zlorab drog pri mladostnikih). Mogoče je tudi svetovanje prek interneta (elektronske pošte) in foruma.

V POM se mladi vključujejo prostovoljno z vsemi člani družine. Ob vključitvi se vsi družinski člani zavežejo, da bodo redno sodelovali ter sledili usmeritvam in ciljem programa. Sodelovanje se sklone za 6 mesecev in se pogosto podaljša še za 6 mesecev. Program deluje ambulantno, kar pomeni, da mladi prihajajo v program po dogovoru na različne aktivnosti in niso v celodnevni obravnavi. Neposredno delo z uporabniki programa zajema program psihološke, pedagoško-vzgojne in adiktološke pomoči za otroke in mladostnike s težavami. POM vključuje tudi individualne pogovore za mladostnike, pomoč za učenje in pri učenju.

Poudarek programa je na delu s starši in celotnimi družinami. Starši se lahko vključijo v terapevtsko – edukativno skupino za starše in imajo možnost prenosa lastne izkušnje (starši – staršem). Spodbujajo medgeneracijsko povezovanje (starši, otroci, mladostniki) ter organizirajo skupine in seminarje.

Poleg standardnih aktivnosti POM spodbuja neformalno druženje, obiske kulturnih in športnih prireditev. Mladi se tako učijo socialno sprejemljivega vedenja in zdravega preživljanja prostega časa. Z različnimi ustvarjalnimi in s kreativnimi delavnicami spodbujajo umetnostno in ustvarjalno izražanje.

V letu 2009 je pomoč v programu prejelo skupaj 208 različnih oseb. Poleg klasičnega programa so v letu 2009 izvedli tudi nekaj novih preventivnih aktivnosti, in sicer izvedba taborov na Ranču Kaja in Grom, kjer so mladostniki v stiku z naravo in živalmi, med drugim imajo tudi ure jahanja konj; pohodništvo za vse družine; vodenje ustvarjalno kreativnih skupin za ženske z naslovom »Čas zase«. Skupine so namenjene ženskam, ki obiskujejo terapevtske programe zaradi težav svojih otrok s prepovedanimi drogami, in za ženske, ki imajo težave z drogami in so tudi matere (Stanković, 2010).

Z namenom razvoja programov, ki bi bili usmerjeni samo v otroke in mladostnike družin staršev alkoholikov, se je Slovenija vključila v projekt CHAPAPS (Reducing Harm and Building Capacity for Children Affected by Parental Alcohol Problems in Europe), ki je osredinjen na zmanjševanje škode in vzpostavljanje možnosti za otroke staršev alkoholikov v Evropi. Projekt traja 4 leta (od 1. 8. 2007 do 31. 7. 2010) in združuje 21 ekspertnih partnerjev iz 17 evropskih dežel. Slovenski partner je Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani. Raziskovalni cilj projekta je ugotoviti, kako pogoste in kakšne posledice utrpijo otroci v družinah, kjer je eden ali oba starša alkoholika. Končni cilj je preprečiti oškodovanost otrok v družinah staršev alkoholikov, jih podpreti in opremiti, da bi bile posledice čim manjše. V zadnji fazi projekta je naloga slovenskega partnerja, da sestavi priročnik najboljših praks, torej različnih aktivnosti v posameznih državah, ki so se pokazale kot uspešne (Kopčavar Guček, 2009: 15–16).

Za otroke in mladostnike, ki živijo v neustreznem družinskem okolju, če ni mogoče sanirati domačih razmer, ko so drugi pristopi prognozično neučinkoviti in se oceni, da bo obravnava v bolj strukturiranem okolju izboljšala otrokov oz. mladostnikov položaj, obstaja program namestitve otrok in mladostnikov v stanovanjske skupine in vzgojne zavode. Namenjeni so otrokom in mladostnikom, starim od 8 do 18 let, ki imajo težave pri odraščanju in socialni integraciji, doma pa nimajo ustreznih pogojev za življenje. S sodobnimi metodami vzgoje pomagajo mladostnikom pri odpravljanju zaznanih problemov in jih usposabljaajo za vrnitev v primarno socialno okolje.

Najpogostejši vzroki za namestitev otrok in mladostnikov v stanovanjsko skupino ali vzgojni zavod so: učne in vedenjske težave, nemoč staršev in socialna ogroženost. Vzrok za namestitev je ali ugotovitev Centra za socialno delo (CSD), da je družbeno okolje za mladostnika neprimerno in ga mora zamenjati, ali pa na osnovi ukrepa sodišča. Na pristojnem CSD se na osnovi pogovora z mladostnikom in njegovimi starši ter po temeljiti strokovni presoji odločijo za najprimernejšo namestitev. Ustreznost namestitve prouči tudi posebna strokovna komisija Centra za socialno delo. Strokovni delavec CSD spremlja otrokovo/mladostnikovo prebivanje v stanovanjski skupini/vzgojnem zavodu, udeležuje se timskih sestankov in sodeluje s starši. Starši oz. pomembni drugi (skrbniki, rejniki, sorodniki) imajo ves čas otrokove namestitve pomembno vlogo (CSD Ljubljana Šiška, 2010).

Danes je v Sloveniji sedem vzgojnih zavodov, trije mladinski domovi in en prevzgojni zavod. Znotraj teh je organiziranih 19 stanovanjskih skupin (SURS, 2010). Namestitev je brezplačna, stroške krije Ministrstvo za šolstvo in šport RS. Otrok oz. mladoletnik lahko ostane v stanovanjski skupini/vzgojnem zavodu od nekaj mesecev do najdlje treh let. Če v tem času dopolni 18 let, lahko v stanovanjski skupini/vzgojnem zavodu ostane le, če se s tem strinja.

Skalar opredeljuje stanovanjsko skupino kot skupino otrok ali mladostnikov, nameščenih v stanovanju ali stanovanjski hiši v urbanem okolju, ki živijo v skupnosti, podobni družini (Kiehn, 1997: 8). Stanovanjska skupina nudi otrokom in mladostnikom nadomestno okolje, v katerem lahko potešijo svoje potrebe in si prizadevajo uresničiti svoje življenjske cilje s pomočjo strokovnih delavcev, ki jim nudijo oporo, mentorstvo in svetovanje. Izobražujejo se v rednem osnovnošolskem in srednješolskem izobraževanju zunaj stanovanjskih skupin.

Sistem stanovanjske skupine in vzgojnih zavodov preprečuje izrinjanje mladih na družbeni rob, omogoča normalne življenjske razmere, spodbuja posameznikovo samostojnost in prevzemanje odgovornosti za svoje ravnanje. Prispeva k pristnejšim, kakovostnejšim medsebojnim odnosom, kjer se lažje odpravlja odklone in nepravilnosti, spore in nesoglasja, ter k večanju kompetentnosti vključenih posameznikov (Kiehn, 1997).

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je bil v letu 2009 v domsko varstvo v vzgojnih zavodih, prevzgojnem domu in v mladinskih domovih vključen 401 otrok in mladostnik. Skoraj dve tretjini vseh tistih, ki prebivajo v teh ustanovah, sta fantov, prevladujejo pa v vzgojnih zavodih in prevzgojnem zavodu. V mladinskih domovih je razmerje med spoloma skoraj izenačeno. Vsi otroci in mladostniki, ki prebivajo v teh ustanovah, so vključeni v osnovnošolsko ali srednješolsko izobraževanje. Osnovnošolsko izobraževanje je večinoma organizirano v okviru zavoda, medtem ko srednješolsko izobraževanje večinoma poteka v zunanjih ustanovah. Po odhodu iz teh ustanov se več kot tri četrtine otrok vrne k staršem ali skrbnikom (SURS, 2010).

Primer celostne obravnave otrok in mladostnikov, ki se srečujejo s težavami na področju čustvovanja in/ali hranjenja, vključevanja med vrstnike, je Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna ... »ko otroci dobijo priložnost« (MKZ Rakitna, 2010).

Po navedbi Julije Pelc, vodje psihološke službe v zdravilišču, se Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna ponaša z osemdesetletno tradicijo, kjer čisto, naravno okolje deluje zdravilno tudi na otroke z astmo in drugimi ponavljajočimi se boleznimi dihal. Celovito zdravstveno obravnavo v naravi in družbi vrstnikov nudijo v okviru programa za obolenje dihal, kjer se posameznik nauči živeti z boleznijo. Na osnovi kliničnih izkušenj in epidemioloških študij zaznavajo, da v Sloveniji narašča število oseb s čustvenimi motnjami in z motnjami hranjenja, zato so ob podpori skupine strokovnjakov oblikovali dva nova programa, in sicer:

- Program zgodnje obravnave otrok, rizičnih za razvoj motenj čustvovanja in/ali motenj hranjenja, v nadaljevanju: Šola zdravega odraščanja;
- Program reintegracije in rehabilitacije oseb s čustvenimi motnjami in/ali z motnjami hranjenja.

Program Šole zdravega odraščanja opisujejo kot: »Program sekundarne preventive, ki je namenjen otrokom in mladostnikom od 6. do 26. leta s težavami, ki sodijo na področje čustvovanja, odzivanja in/ali hranjenja, vključevanja med vrstnike itn. Primeren je tudi za tiste odraščajoče, ki imajo težave v šoli in/ali doma, so preobremenjeni s svojo zunanostjo, z ucnim uspehom, jim manjka motivacije ali si postavljajo previsoke cilje oziroma imajo druge težave psihološke narave. Stiske, ki jih odraščajoči doživljajo, so raznolike, kot na primer: različni strahovi, anksioznost, depresivnost, nezmožnost obvladovanja sebe in razpolaganja s primernimi veščinami soočanja in reševanja problemov. Zaradi navedenega so odnosi s prijatelji in z drugimi pomembnimi osebami pogosto konfliktni, življenje pa manj kakovostno in nezadovoljujoče (Pelc, 2010).«

V program vključujejo otroke in mladostnike, ki se jim še ne more postaviti diagnoze čustvene motnje ali motnje hranjenja (še niso razvili polne klinične slike, a so že prisotni znaki na čustvenem, socialnem, telesnem in na vedenjskem področju, ki napovedujejo

možnost razvoja v smeri duševne motnje – subklinična slika). V program so lahko vključeni tudi otroci in mladostniki z namenom podpore že obstoječi terapevtski obravnavi, ko strokovnjak presodi potrebnost in smiselnost tovrstne dodatne oblike pomoči.

Cilji programa Šole zdravega odraščanja so osredinjeni na krepitev in dvig samozavesti ter samozaupanja; utrjevanje zdravih vzorcev funkcioniranja; učenje primernih odzivov na konfliktno situacijo; razvijanje občutka pripadnosti družini, vrstnikom; na nižanje neustreznih ambicij in uravnavanje teženj k popolnosti ter na prepoznavanje in sprejemanje realnih zmožnosti in dejanskih potreb; krepitev občutka samonadzora; razvijanje kritičnega presojanja in veščin reševanja problemov; starosti primerno samostojnost.

Cilje dosegajo skozi različne dejavnosti. Otroci in mladostniki so vključeni v terapevtsko delo, udeležujejo se skupinskih obravnav in individualnih pogovorov pri psihologinji, ustvarjajo pri glasbeni terapiji in v kreativnih delavnicah, vključeni so v terapijo s psi in v pedagoško jahanje, za katero so pridobili donatorska sredstva v tujini – norveški mehanizem. Otroci in mladi so vključeni tudi v športne dejavnosti, družabne igre, imajo aktiven prosti čas, o različnih vsebinah pa se izobražujejo tudi na edukativnih skupinah z medicinskim osebjem in v šoli, ki poteka v manjšem obsegu vsak dan.

Pomemben poudarek je tudi na sodelovanju z družino, s šolo in strokovnimi delavci, ki otroka ali mladostnika obravnavajo v domačem okolju z namenom krepitve socialne mreže. Starši imajo možnost posveta glede vzgoje otrok, lahko se vključijo tudi v družinsko terapijo.

Program traja 14 dni. Pobudo za vključitev otroka in mladostnika lahko dajo starši, socialna služba, šola, zdravstvena ustanova. V program se lahko otrok/mladostnik vključi na priporočilo svojega osebnega zdravnika (pediatra, šolskega zdravnika, splošnega ali družinskega zdravnika) ali izbranega otroškega psihiatra. Ta izda napotnico za zdravljenje, stroške obravnave krije zdravstvena zavarovalnica. V program se lahko vključijo tudi samoplačniško.

Poleg programa Šole zdravega odraščanja od marca 2009 izvajajo tudi novi program Reintegracija in rehabilitacija oseb z motnjami hranjenja in/ali čustvenimi motnjami.

Mladostniki po končani ambulantni ali bolnišnični specialistični psihiatrični obravnavi čustvenih motenj ali motenj hranjenja navadno potrebujejo dodatne spodbude in podporo pri zaključevanju razvojnih procesov ter pomoč pri ponovnem vključevanju v vsakodnevno življenje. Zato so razvili program, ki mladim od starosti 18 do 26 let nudi strokovno podporo pri spopadanju z izzivi, ki pogosto ostanejo tudi po končanem zdravljenju, kot so: zaključek šolanja, osamosvajanje od družine, priprava na poklicno delo in partnerstvo. Program obsega terapevtsko delo (terapevtske skupine in individualni pogovori, terapevtsko jahanje, gibalnoizrazna terapija, glasbena terapija); trening socialnih veščin, skupino za organizacijo časa; kreativne delavnice; telesne dejavnosti (gibanje v naravi, tenis, odbojka, lokostrelstvo, plezanje po umetni in naravni steni ...); prosti čas, namenjen uresničevanju individualno zastavljenih ciljev (študij, iskanje službe, druženje z vrstniki, branje ...).

Program traja od enega do treh mesecev, mladostniki pa imajo možnost ob učenju vse večje samostojnosti in ob podpori rakiških strokovnih delavcev nadaljevati sledenje razvojnim

ciljem obdobja mladostništva, tudi na področju dejavnega iskanja zaposlitve ali nadaljnega šolanja ter učinkovitega reševanja mogočih težav. Mladostniki prebivajo v delno samostojnem gospodinjstvu v okviru zdravilišča. Dnevno se vključujejo v različne zgoraj navedene skupinske aktivnosti. Da bi mladostnik lahko dosegel razvojne naloge, se morajo spremembe zgoditi tudi v družini, v odnosih med starši in mladostnikom. Zato je zaželeno, da se v program po potrebi vključujejo tudi družinski člani. Konce tedna preživljajo v domačem okolju.

Program se izvaja v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Za vključitev v program na stroške zavarovalnice je potrebna napotnica zdravnika specialista.

Nosilci obeh programov poudarjajo: »Oba programa bosta živela le, če bodo vanj napoteni otroci in mladostniki, ki sta jim namenjena. V njem naj najdejo svoje mesto tudi tisti, tihi in »senčni« posamezniki, ki nikomur ne povzročajo težav, zato pa prevečkrat ostanejo spregledani. Tudi ti mladi enakovredno potrebujejo podporo na poti osebnega zorenja. Veliko izmed njih si jih želijo priti na Rakitno še enkrat. Nemalo je takih, ki rečejo, da je bilo prebivanje na Rakitni nekaj najlepšega, kar so doživeli v zadnjem obdobju, kar s svojimi odzivi potrjuje tudi starši« (Pelc, 2010).

Po podatkih vodje psihološke službe MKZ Rakitna je bilo v program zgodnje obravnave otrok, rizičnih za razvoj motenj čustvovanja in motenj hranjenja, v letu 2009 vključenih 198 otrok, od tega 98 deklet in 100 fantov, največ v starostni skupini od osmega do trinajstega, štirinajstega leta. V program reintegracije in rehabilitacije oseb z motnjami hranjenja in s čustvenimi motnjami pa je bilo od marca 2009 vključenih 22 mladostnikov (Pelc, 2010).

Preventiva v rekreativnih okoljih

Najbolj prepoznavno in razširjeno obliko preventive v rekreativnih okoljih v Sloveniji izvaja Združenje DrogArt, ki deluje že od leta 1999 z namenom zmanjševanja škodljivih posledic drog med mladimi. Glavna področja delovanja Združenja DrogArt so: informiranje in svetovanje, infotočka, terensko delo na prireditvah elektronske glasbe, izvajanje preventivnih delavnic, publicistična dejavnost in raziskovanje.

V okviru svetovanja izvajajo telefonsko, internetno in osebno svetovanje za ljudi s težavami, povezanimi z uporabo drog. Nudijo tudi svetovanje in informiranje za starše, učitelje in za preostale, ki se pri svojem delu ali v vsakdanjem življenju srečujejo s težavami, povezanimi z uporabo psihoaktivnih snovi. Od terenskega dela je najbolj znana in uspešna aktivnost terenska akcija Pleši z glavo ;), ki se izvaja že od njihove ustanovitve. Ekipa prostovoljcev DrogArt je prisotna na vseh večjih prireditvah elektronske glasbe in veliko klubskih prireditvah elektronske glasbe. Terenski delavci DrogArt na prireditvah delijo brezplačno sadje, izotonične napitke in preventivne materiale ter skrbijo za osnovno prvo pomoč tistim, ki imajo težave zaradi uporabe psihoaktivnih substanc (DrogArt, 2010).

S preventivnimi aktivnostmi v rekreativnih okoljih se ukvarja tudi Fundacija Z glavo na zabavo. Njihove aktivnosti so osredinjene predvsem na alkohol, vključujejo pa tudi tobak in nedovoljene droge.

Z načrtovanimi preventivno-zabavnimi vsebinami za mladostnike skušajo vplivati na normativna prepričanja (da se je mogoče zabavati tudi brez alkohola, tobaka in prepovedanih drog); opozarjajo na nezdružljivost uporabe alkohola in drog z udeležbo v cestnem prometu. Sami sebe opisujejo kot organizacijo, ki slovenske državljane spodbuja k bolj zdravemu preživljanju prostega časa in ponujajo alternativo prevladujočemu življenjskemu slogu, ki ga kreira interes kapitala. Delujejo pretežno v t. i. pivskih okoljih (popularni lokali, odmevne javne prireditve in tradicionalne šolske prireditve), prireditvene aktivnosti pa so v zadnjih letih razširili tudi na velika nakupovalna središča. V letu 2009 so v spomladanskem obdobju izvedli 17 skupinskih dogodkov po vsej Sloveniji v obliki spremljevalnih preventivnih aktivnosti. Svoje aktivnosti so vključili v javne prireditve, kjer se zabavajo predvsem študenti in dijaki. V jesenskem obdobju pa so se osredinili na organizacijo zabav »Z glavo na zabavo« za osnovnošolce. Izvedli so 37 prireditev v različnih krajih Slovenije (Kravos, 2010).

3.4 Indicirana preventiva

Indicirana preventiva je usmerjena na prepoznavanje in obravnavo posameznikov, ki imajo povečano tveganje za razvoj zasvojenosti v poznejšem življenju. Npr. otroci z vedenjskimi motnjami, kot so: motnja pomanjkanja pozornosti, hiperaktivnost, motnje v obnašanju; duševne motnje; asocialno obnašanje; zgodnji znaki uporabe drog itn. Poudarek te preventive je na posamezniku, individualni obravnavi s posebnimi intervencijami. Za te pristope t. i. zgodnje intervencije je zelo pomemben interdisciplinarni pristop, torej tesno sodelovanje strokovnjakov različnih strokovnih disciplin in staršev oz. skrbnikov.

Najbolj prepoznani programi v Sloveniji na področju indicirane preventive so v glavnem namenjeni otrokom z motnjami pozornosti in koncentracije (ADD) ter otrokom s hiperaktivno motnjo ADHD. Prav tako se izvajajo tudi programi za otroke in mladostnike z drugimi duševnimi motnjami, npr. depresijo. Večina teh programov poteka znotraj organiziranega terapevtskega in vzgojno-svetovalnega konteksta. Vključuje hkratno zdravstveno, psihoterapevtsko in psihosocialno podporo, izobraževalno podporo v vrtcu ali šoli ter poglobljeno delo s starši oz. skrbniki otrok. Obravnava motenj navadno poteka prek psihohigienskih dispanzerjev, dispanzerjev za pedopsihiatrijo in Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše, najpogosteje v obliki individualnega dela z otrokom in družinske obravnave, v sodelovanju s pristojnimi službami (učitelji, specialni pedagogi, svetovalni delavci). Podporo tej obravnavi nudijo tudi posebej specializirana društva. Obravnava otrok z zaznanimi motnjami poteka na različnih stopnjah in se razprostira od manj do bolj intenzivnih oblik pomoči in podpore, odvisno od intenzitete težav.

3.5 Nacionalne in lokalne medijske aktivnosti

Nacionalna kampanja mesec preprečevanja zasvojenosti – (o)cena preventive – gradimo dobre prakse

Mesec november, v Sloveniji imenovan tudi mesec preprečevanja zasvojenosti, je namenjen vseslovenski preventivni kampanji. V letu 2009 je potekala že deveta kampanja. Splošni namen kampanje je povečanje ozaveščenosti javnosti na področju zasvojenosti, spodbujanju dialoga in odpiranju ter reševanju perečih tem na tem področju. Aktivnosti niso usmerjene le v nedovoljene substance, ampak na vse psihoaktivne substance, prav tako vključujejo tudi nekemične zasvojenosti.

Preventivni mesec je tako vsako leto priložnost, da se zavežemo k "skupni odgovornosti" in spodbudimo vse člane družbe (skupine in posameznike, politiko, strokovnjake in splošno javnost), da v okviru svojih možnosti in pristojnosti prispevajo k reševanju problema zasvojenosti z informiranjem široke javnosti in delovanjem v različnih okoljih (šole, delovne organizacije, prostočasne organizacije, lokalne skupnosti ...) ter za različne ciljne skupine (otroci, mladostniki, starši, vzgojitelji in učitelji, delodajalci, splošna in strokovna javnost ...) s pomočjo dokazano učinkovitih in znanstveno utemeljenih metod.

Osrednja tema meseca preprečevanja zasvojenosti v letu 2009 se je v primerjavi s prejšnjimi leti osredinjala predvsem na strokovno javnost z namenom zagotavljanja kakovosti in dostopnosti preventivnih programov. Aktivnosti so potekale pod geslom (O)cena preventive – gradimo dobre prakse, s katerim smo želeli opozoriti na nujnost vrednotenja preventivnih aktivnosti in programov, vzpostavitve sistema za zagotavljanje kakovosti preventivnih programov in prepoznavanje dobrih praks na področju preprečevanja zasvojenosti z drogami z namenom doseganja preglednosti, legitimnosti, dostopnosti in učinkovitosti preventivnih aktivnosti.

V tem mesecu so po vsej Sloveniji potekale pestre aktivnosti: nacionalna konferenca, številna strokovna srečanja in izobraževanja za strokovnjake v lokalnih okoljih; številne preventivne in izobraževalne delavnice ter predavanja za otroke, mladostnike in njihove starše; okrogle mize; diskusijska srečanja in športno-kulturne aktivnosti v lokalnih okoljih. Prav tako so potekale številne medijske aktivnosti – od prispevkov in intervjujev v tiskanih medijih do oddaj in diskusijskih vsebin na lokalnih in nacionalnih radijskih postajah ter televizijah.

Kampanja ne-odvisen.si – nariši nov dan

Zavod 7 je v letu 2009 začel snovanje preventivne kampanje za celotno območje Slovenije s sloganom »Nariši nov dan«. Namen kampanje je s pozitivno energijo in konstruktivnimi napotki prinašati med mlade in njihove starše zavest o škodljivosti različnih zasvojenosti in lepote svobodnega življenja brez zasvojenosti. Načrtovana kampanja vključuje interaktivne pristope za otroke, mladostnike in za odrasle, s katerimi naj bi ozaveščali omenjene ciljne skupine o različnih pasteh zasvojenosti (z drogami, alkoholom, s tobakom, prekomerno uporabo interneta, z igrami na srečo ...) in gradili na pozitivni samopodobi, povezovanju mladih ter jih aktivno usmerjali v športne in druge zdrave aktivnosti.

Na letni ravni načrtujejo organizacijo prek 200 dogodkov. Vsaki ciljni skupini bodo namenjeni različni komunikacijski elementi in grafična podoba. Glavni sestavni del kampanje pa bodo dogodki, kjer se strokovnjaki aktivno družijo z mladostniki in s starši, različni komunikacijski mediji, med drugim tudi spletna stran www.ne-odvisen.si (Gorkič, 2010).

Kampanje na temo alkohola

Več kampanj je bilo namenjenih predvsem alkoholu, med drugim dve odmevni nacionalni kampanji 40 dni brez alkohola – Manj, malo ali nič alkohola 2009 in Akcija "Alkohol ubija – največkrat nedolžne".

Akcija 40 dni brez alkohola, katere organizatorji so Slovenska Karitas, Ministrstvo za promet – Direkcija RS za ceste – Svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu in Zavod

Med.Over.Net, je potekala med 25. februarjem in 11. aprilom 2009. Zajela je več kot 800 krajev po vsej Sloveniji. Namen akcije je ozaveščati javnost in opozoriti na posledice prekomerne uporabe alkohola. Organizatorji so pozivali k 40-dnevni odpovedi alkoholu v znamenje solidarnosti z vsemi, ki trpijo zaradi nasilja v družinah, nesreč na cestah in zaradi bolezni, ki so posledica prekomerne uporabe alkohola.

Organizatorji so z geslom »Manj, malo ali nič alkohola je vedno prava odločitev« želeli poudariti, da namen akcije ni zdravstvena dieta ali preganjanje alkoholnih pijač, ampak preprosta logika spreminjanja najglobljih navad, ki so od rojstva do smrti povezane z alkoholom. V podporo akciji so pripravili spletno stran www.brezalkohola.si in informativna gradiva.

Slovenska Karitas je nagovorila približno 800 župnijskih skupnosti in razdelila po 110 tisoč zgibank in magnetnih solzic ter 3.500 plakatov. Svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu pa je razdelil 4.000 plakatov. Na svoji spletni strani je izvedel tudi anketo, ki je pokazala, da se je akcije v celoti udeležilo 41,6 odstotka tistih, ki so nanjo odgovorili; 22,9 odstotka pa jo je upoštevalo tudi v prometu. Na spletnem forumu, ki ga je pripravil Zavod Med.Over.Net in je del spletne strani www.brezalkohola.si, so bile objavljene številne izpovedi na to temo, med akcijo je bilo na forumu evidentiranih več kot 130 tisoč dostopov, ki jih je opravilo 10 tisoč ljudi (40 dni brez alkohola, 2009).

Kampanja "Alkohol ubija – največkrat nedolžne" je usklajena akcija več ministrstev, policije, inšpekcijskih služb in nevladnih organizacij. Junijski del akcije (od 1. do 7. junija 2009) je bil namenjen zlasti vseevropski policijski akciji poostrenega nadzora nad vožnjo pod vplivom alkohola ter medijski kampanji pod sloganom »Alkohol ubija. Največkrat nedolžne.«. Drugi in tretji del akcije sta bila izvedena v novembru (od 5. do 12. novembra 2009) in decembru (od 1. do 31. decembra 2009).

Namen akcije je bil zlasti spodbujanje celovitega pristopa k problemu zlorabe alkohola, ki se šele v sklepni fazi kaže z vidika varnosti cestnega prometa. K celovitemu pristopu so sodili predvsem: sprejetje dveletnega akcijskega načrta na področju alkohola, širša javna razprava o alkoholni politiki, večplastne medijske kampanje, razdeljevanje obstoječih preventivnih gradiv (npr. plakatov, spotov itn.), poostrene aktivnosti pristojnih inšpekcijskih služb in ne nazadnje poostren nadzor policije. Z akcijo so želeli zmanjšati uporabo oziroma zlorabo alkohola v povezavi z varnostjo v cestnem prometu. Poleg televizijskega spota so pripravili tudi radijski spot ter časopisni in plakatni oglas.

4. Z drogami povezano zdravljenje: povpraševanje po zdravljenju in dostopnost do zdravljenja *pripravila Mateja Jandl*

4.1 Uvod

Zdravljenje uporabnikov prepovedanih drog poteka v obliki hospitalnih in ambulantnih programov zdravljenja. Sem štejemo tudi substitucijsko zdravljenje. Za opravljanje ambulantne dejavnosti preprečevanja in zdravljenja odvisnosti so se v okviru mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni organizirali Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD). Za analizo podatkov o indikatorju »povpraševanje po zdravljenju« smo ob pomoči in sodelovanju vodij centrov in vodje Koordinacije centrov zbrali izpolnjene vprašalnike iz vseh 18 centrov in iz Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike Ljubljana. Podatke smo obdelali na Inštitutu za varovanje zdravja RS.

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

Temeljni dokumenti v Sloveniji na področju obravnave odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji so naslednji: Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD), Zakon o spremembi zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD-A) ter Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (ZPUPD). Zadnji zakon določa ukrepe za preprečevanje uporabe prepovedanih drog in obravnavo uživalcev prepovedanih drog; določa ukrepe in dejavnosti, ki naj prispevajo k zmanjševanju povpraševanja po drogah. Sem sodijo različne informativne kampanje in preventivni programi, zdravstvene in socialne dejavnosti in programi zmanjševanja škode. Zdravljenje uživalcev prepovedanih drog poteka v obliki hospitalnih in ambulantnih programov zdravljenja, ki jih je potrdil Zdravstveni svet. Za zdravljenje se po tem zakonu šteje tudi vzdrževanje z metadonom in drugimi substitucijskimi sredstvi, ki jih potrdi Zdravstveni svet.

(http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/sektor_za_krepitev_zdravja_in_zdrav_zivljenjski_slog/prepovedane_droge/temeljni_dokumenti/)

Za programe zdravljenja in rehabilitacije država zagotavlja sredstva iz različnih virov glede na ustrezno zakonodajo in zagotavlja obravnavo v okviru zdravstva, obravnavo v okviru socialnega varstva in obravnavo v okviru nevladnih organizacij.

Socialna obravnava

Pomembno vlogo pri socialni obravnavi uporabnikov drog imajo vladne in nevladne organizacije. Skladno z zakonodajo s področja socialnega varstva se strokovno delo opravlja v okviru socialnovarstvenih storitev 62 centrov za socialno delo, programov socialnega varstva in drugih oblik pomoči. Namenjeno je reševanju socialne problematike skozi različne oblike dela: terensko delo, ki deluje po načelu zmanjševanja škode (nizkopražni pristop), dnevni centri, različne bivalne oblike zavetišč, informiranje, svetovanje, storitve prve socialne pomoči, različne oblike visokopražnih programov, centri za reintegracijo, preprečevanje

socialne izključenosti tistih skupin uporabnikov drog, ki so vključeni npr. v vzdrževalne metadonske programe, uporabniki drog v zaporih itn., programi za vključevanje v delo in zaposlitev, programi delovnega usposabljanja in integracije.

Delo nevladnih organizacij

Nevladni programi na področju drog delujejo v okviru Zveze nevladnih organizacij, ki njihovo delovanje koordinira; izvajajo programe predvsem na področju programov socialnega varstva. Njihovo delo temelji na razvijanju in spodbujanju politike zmanjševanja škodljivih posledic uporabe drog, usposabljajo prostovoljce za delo na področju zmanjševanja škode, zagotavljajo strokovno podporo uporabnikom prepovedanih drog in njihovim svojcem, pomoč ter spremljanje pri odvijanju in vzdrževanju abstinence.

Prvi nacionalni program Slovenije na področju drog je bil pripravljen leta 1992 in je predstavljal začetek celovitega reševanja problematike prepovedanih drog. V letu 2011 Ministrstvo za zdravje kot pristojno ministrstvo v sodelovanju z devetimi ministrstvi in zunanjimi strokovnjaki ter s predstavniki civilne družbe pripravlja osnutek resolucije o nacionalnem programu RS na področju drog (2011–2020). Ta bo nadaljevanje dozdajšnje Resolucije o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 (ReNPPD).

(http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/sektor_za_krepitev_zdravja_in_zdrav_zivljenjski_slog/prepovedane_droge/temeljni_dokumenti/nacionalna_strategija/).

4.3 Obravnava uporabnikov drog v okviru zdravstvenega varstva

Zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog poteka v zdravstvenih ustanovah skladno z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost. Zdravstvena obravnava uporabnika drog je umeščena v redni program zdravstvenega varstva, ki je financiran iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Obravnava poteka v javnih zdravstvenih zavodih ter pri zasebnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ambulantno in bolnišnično. Uporabnike obravnavajo na primarni ravni zdravstvenega varstva v za to specializiranih centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD). Bolnišnično zdravljenje poteka v Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Psihiatrične klinike Ljubljana in obsega detoksikacijo, obravnavo kriznih stanj, obravnavo odvisnosti pri bolnikih s pridruženo duševno motnjo, specialistično ambulantno dejavnost, obravnavo v dnevni bolnišnici ter podaljšano bolnišnično obravnavo z rehabilitacijo.

Uporabnikom programa zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog je treba ob zdravstveni obravnavi zagotoviti tudi psihoterapevtsko obravnavo in reševanje njihove socialne problematike.

Leta 1995 je bila vzpostavljena mreža osemnajstih centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), v katerih delujejo timi z zdravnikom splošne medicine ali s specialistom socialne medicine oz. medicine dela, psihiatrom, psihologom, z diplomirano in s srednjo medicinsko sestro oz. z zdravstvenim tehnikom.

Od leta 2003 pa deluje Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike Ljubljana, kjer poteka bolnišnična obravnava, prav tako pa tudi ambulantni del zdravljenja, dnevna bolnišnica ter podaljšana bolnišnična obravnava z rehabilitacijo.

Dejavnosti centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog:

- posvetovalnica za uživalce drog in njihove svojce;
- individualna, skupinska in družinska terapija;
- priprava na bolnišnično obravnavo;
- pomoč pri rehabilitaciji in ponovni vključitvi v družbo;
- posvetovanje za zdravstveno in socialno službo;
- patronaža ter povezava s terapevtskimi skupnostmi in skupinami za samopomoč;
- ambulantna detoksikacija;
- substitucijski programi.

Med dejavnosti v centrih in ambulantah uvrščamo tudi detoksikacijo in substitucijske programe za obravnavo odvisnih od opioidnih drog (Kastelic in Kostnapfel, 2010).

Doktrino obravnave uporabnikov prepovedanih drog v zdravstvu predlaga Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki koordinira tudi njihovo strokovno sodelovanje.

V letu 2007 je Ministrstvo za zdravje RS izvedlo evalvacijo vzdrževalnega substitucijskega programa zdravljenja v Sloveniji – ocena kakovosti in učinkovitosti. Evalvacija je pokazala, da je vzdrževalno substitucijsko zdravljenje v Sloveniji v primerjavi z drugimi državami EU dobro urejeno, dostop do zdravljenja je dober, ni čakalnih dob, delovni čas centrov je primeren, prav tako ni izrednih kriterijev za vključitev posameznika v program zdravljenja, redni sestanki osebja centrov omogočajo boljše sodelovanje med centri, spremlja se razvoj na področju vzdrževalnega substitucijskega zdravljenja in hitro se vključuje nova spoznanja v prakso zdravljenja.

Po podatkih Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog se je v letu 2009 v obravnavo vključilo 4.322 oseb, od tega jih je bilo 3.324 vključenih v substitucijsko zdravljenje. Kot substitucijska zdravila so se uporabljali: metadon, suboxone, subutex in substitol (Kastelic, 2010), kot je razvidno v Tabeli 4.1.

Tabela 4.1: Število obravnavanih oseb v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v letu 2009

Število vseh obravnavanih	Število vključenih v substitucijsko zdravljenje	Metadon	Suboxone	Subutex	Substitol
4.322	3.324	2.498	466	1	289

Vir: Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (Kastelic, 2010)

Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog je v letu 2009 izvedla več aktivnosti, največ na področju izobraževanja domačih strokovnjakov pa tudi tujih – izobraževanje strokovnjakov iz Srbije, Kosova, Tadžikistana, Kirgizije. Vsakoletno se izvajajo tudi osnovna izobraževanja strokovnjakov, ki delajo v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Na mesečnih izobraževanjih centrov pa so med drugim predstavili bivalni program za zdravljenje in rehabilitacijo oseb s soobstoječimi duševnimi motnjami, izobraževanje o mobingu na delovnem mestu, izobraževanje o uporabi opioidov za zdravljenje bolečine pri bolnikih, odvisnih od drog, kako prijavljati hepatitis C, o pravilnem izpolnjevanju vprašalnikov FTD, sodelovali so s strokovnjaki alkohologi in se seznanili z uveljavljanjem zakona o duševnem zdravju. V tem letu je bilo tudi odprtje prenovljenega centra v Logatcu, koordinacija je sodelovala na konferencah South Eastern European and Adriatic Addiction Treatment Network (SEEA) v Budvi in the European Association of Addiction Therapy (EEAT) v Ljubljani.

4.4 Značilnosti uporabnikov, ki so v letu 2009 ponovno ali prvič vstopili v program CPZOPD

V letu 2009 je bilo s pomočjo vprašalnika »povpraševanje po zdravljenju« v okviru mreže 18 Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) in Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Psihiatrične klinike Ljubljana zajetih 3.145 oseb, od tega je bilo 2.229 oseb vključenih v neprekinjeno vzdrževalno zdravljenje. V nadaljevanju je predstavljena populacija, ki je bila zdravljena v letu 2009 in prvič ali ponovno vključena v program v CPZOPD in zajeta z vprašalnikom »povpraševanje po zdravljenju«.

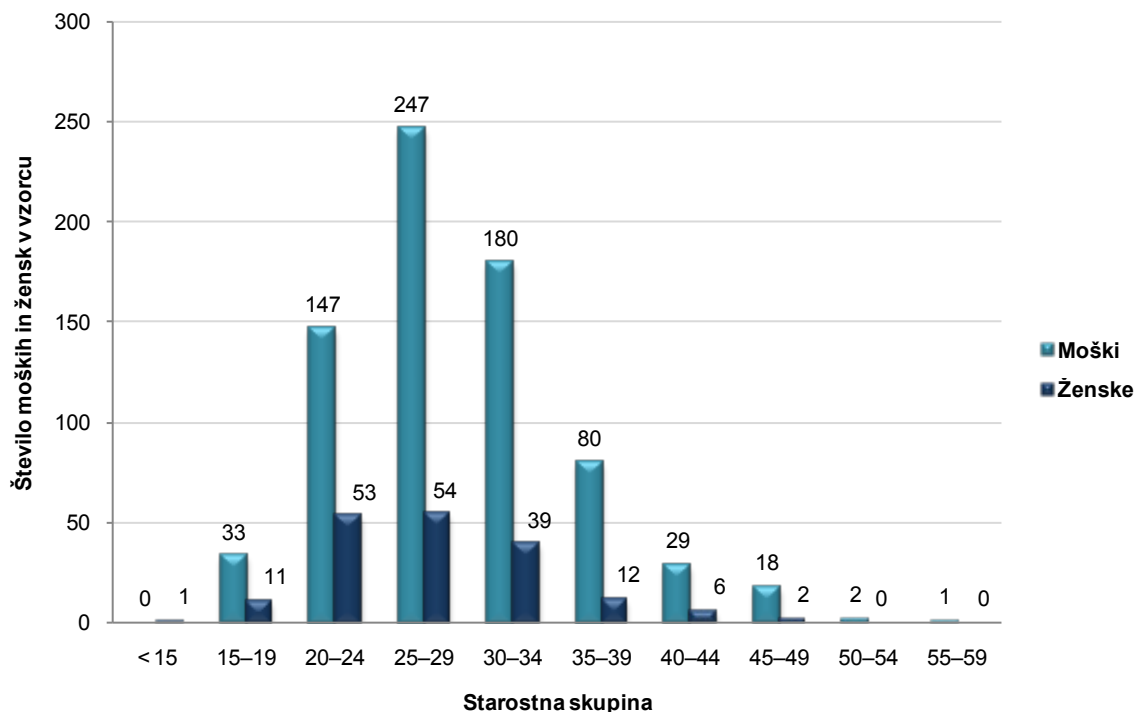
Demografska struktura uporabnikov programa

S pomočjo vprašalnika »povpraševanje po zdravljenju« (TDI) smo zajeli 916 obravnavanih uporabnikov, od tega jih je bilo prvič obravnavanih 371 (40,5 %), ponovno pa je v program vstopalo 511 uporabnikov (55,8 %), pri 34 status glede vstopa v program ni jasen. Povprečna starost vseh uporabnikov, ki so bili prvič ali ponovno vključeni v program CPZOPD, je bila 28,4 leta. Od tega je bilo 737 moških (80,5 %), njihova povprečna starost je bila 28,8 leta in 179 (19,5 %) žensk, njihova povprečna starost pa je bila 27 let.

Od 371 prvič evidentiranih oseb je bilo 297 moških (80,1 %), njihova povprečna starost je bila 27,4 leta, in 74 žensk (19,9 %), povprečna starost teh iskalk prvega zdravljenja pa je bila 25 let.

Sicer lahko večino vseh uporabnikov (916 oseb) programa uvrstimo v starostno skupino od 25 do 29 let (Slika 4.1), medtem ko je starostna skupina pri večini uporabnikov, ki so bili prvič vključeni v program CPZOPD, od 20 do 24 let.

Slika 4.1: Porazdelitev uporabnikov programa CPZOPD v letu 2009 glede na starostno strukturo v letih, Slovenija 2009



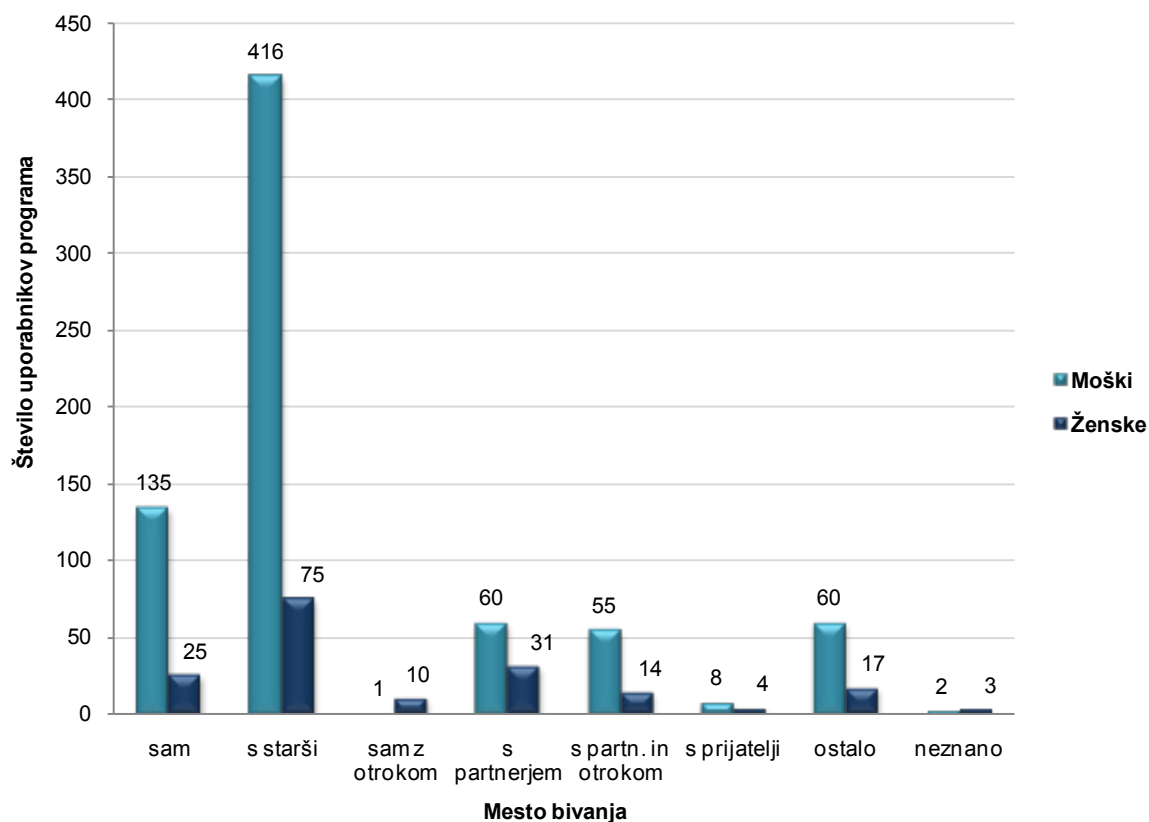
Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS 2010

V program so prišli večinoma sami (665 uporabnikov, kar je 72,6 %), 104 so prišli v spremstvu staršev (11,3 %), 31 (3,4 %) jih je bilo napotnih iz drugih centrov, 29 z napotnico splošnega zdravnika in 28 iz preostalih zdravstvenih ustanov.

Mesto prebivanja uporabnikov programa

Večina uporabnikov (491 oseb) programa, ki je bila prvič ali ponovno vključena v program CPZOPD, živi doma pri starših (53,6 %), 160 (17,5 %) jih živi samih, 91 pri partnerju (9,9 %), 20 (2,2 %) uporabnikov živi v ustanovi.

Slika 4.2: Število uporabnikov programa glede na mesto prebivanja, Slovenija 2009



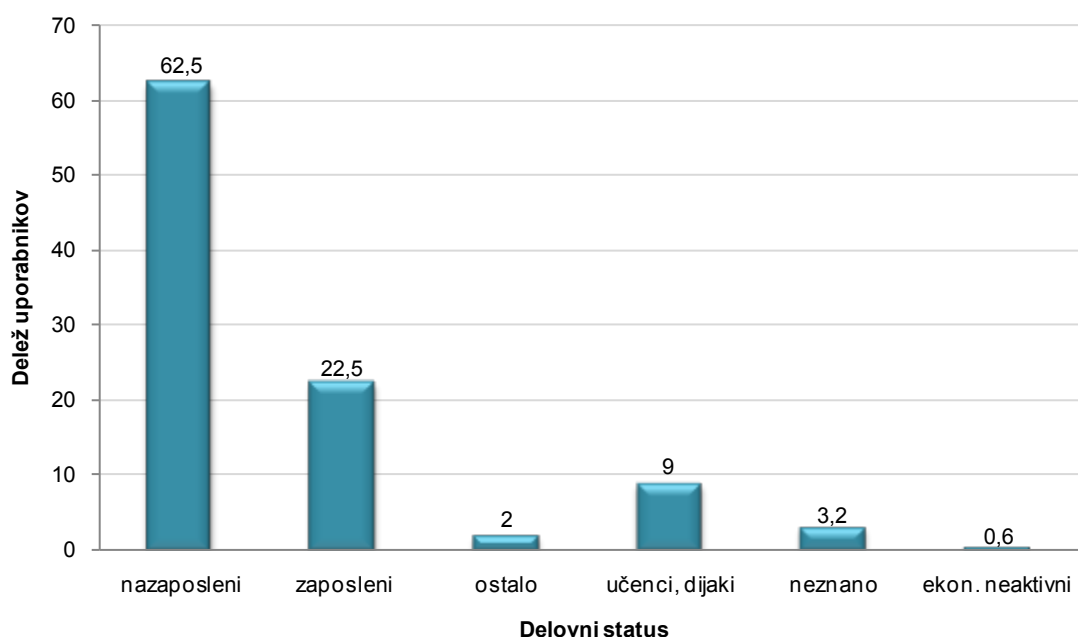
Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS 2010

133 (14,4 %) od prvič ali ponovno obravnavanih uporabnikov je navedlo, da nimajo stalnega prebivališča (brezdomci), 2,1 % jih je prišlo iz ustanove. Od prvič obravnavanih jih je bilo takšnih tudi 2,1 %, medtem ko je bilo brezdomnih 45 uporabnikov ali 12,1 %.

Zaposlitveni status uporabnikov programa

Med iskalci, ki so bili prvič ali ponovno vključeni v program, je bilo 206 redno zaposlenih (22,5 %) in 573 (62,5 %) nezaposlenih (Slika 4.3). Med tistimi, ki so bili prvič vključeni v program, je bilo 80 redno zaposlenih (21,5 %) in 208 (56 %) nezaposlenih.

Slika 4.3: Delež uporabnikov programa glede na zaposlitveni status, Slovenija 2009



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS 2010

Izobrazba uporabnikov programa

Med prvič ali ponovno vključenimi v program so največji delež predstavljale osebe, ki so končale srednjo šolo (51,7%). 327 jih je končalo osnovno šolo (35,7%), 16 (1,7%) jih le-te ni končalo, 27 (2,9%) pa jih je končalo visok ali višji univerzitetni študij.

Med prvič sprejetimi je srednjo šolo končalo 210 oseb (56,6 %). 111 (29,9 %) jih je končalo osnovno šolo, 7 (1,8 %) jih le-te ni končalo, 10 (2,7 %) pa jih je končalo visok ali višji univerzitetni študij.

Tabela 4.2: Socialna ogroženost med prvič obravnavanimi glede na spol, Slovenija 2009

Socialna ogroženost (v %)	Moški	Ženske
Nezaposleni	56,5 %	54 %
Nizka stopnja izobrazbe	31 %	35,1 %
Brezdomstvo	11,1 %	16,2 %
Živi v ustanovi	2 %	2,7 %

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2010

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

Največ prvič in ponovno evidentiranih, ki so v letu 2009 iskali zdravstveno pomoč v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, je navajalo težave z opiaty. Od 916 evidentiranih se jih je 799 (87,2 %) zdravilo zaradi zlorabe opiatov. 778 ali 84,9 % jih je kot prvo drogo uporabljalo heroin (97,4 % od vseh, ki so kot glavno drogo uporabljali opiate), 18 (1,9 %) jih

je zlorabljal metadon, ko jim ni bil predpisan kot zdravilo. 42 oseb je iskalo pomoč zaradi kokaina, kar predstavlja 4,6 %, 59 (6,4 %) pa zaradi težave odvisnosti od kanabisa. Samo 5 oseb je bilo vključenih v program zaradi zlorabe sintetičnih drog in 8 zaradi težav z uživanjem sedativov oz. hipnotikov.

Med 371 uporabniki, ki so bili prvič vključeni v program, se jih je 298 (80,3 %) zdravilo zaradi zlorabe opiatov. 288 ali 77,6 % jih je kot prvo drogo uporabljalo heroin (96,6 % od vseh, ki so kot glavno drogo uporabljali opiate), 9 (2,4 %) jih je zlorabljal metadon, ki jim ni bil predpisan kot zdravilo. 18 oseb je iskalo pomoč zaradi kokaina, kar predstavlja 4,8 %, 47 (12,6 %) pa zaradi težave odvisnosti od kanabisa. Samo 4 osebe so bile vključene v program zaradi zlorabe sintetičnih drog in 3 zaradi težav z uživanjem sedativov oz. hipnotikov.

Način uporabe prve droge

Od 916 evidentiranih se jih je 799 zdravilo zaradi zlorabe opiatov, od tega jih je 778 (84,9 %) uporabljalo heroin, ki so ga v večini injicirali: 53,3 %, to je kar je 415 uporabnikov. Kadilo ga je 278 uporabnikov, kar je 35,7 %. 18 uporabnikov programa (1,9 %) je zlorabljal metadon, ki jim ni bil predpisan kot zdravilo, vsi so ga zaužili per os. 42 oseb je iskalo pomoč zaradi kokaina, kar predstavlja 4,6 %, 17 (40,8 %) jih je kokain vbrizgavalo, 18 (42,8 %) pa jih je kokain njuhalo.

Moških je bilo med 916 zajetimi iskalci, ki so bili prvič ali ponovno vključeni v program, 737 oz. 80,5 %. Od tega jih je 645 (87,5 %) kot prvo drogo uporabljalo opiate: 629 (85,3 %) jih je uporabljalo heroin, in sicer intravenozno v 52,3 % (329 uporabnikov), kot prvo drogo jih je heroin kadilo 233 (37 %), njuhalo pa 56 moških, kar je 8,9 %. 13 moških je kot prvo drogo uporabljalo metadon in 3 preostale opiate. Kokain kot glavno drogo je uživalo 32 moških (4,3 %), 14 jih je kokain injiciralo (43,7 %), 5 jih je kokain kadilo, 12 pa njuhalo. Kanabis je kot prvo drogo uporabljalo 50 moških ali 6,7 %.

V evidentirani skupini je bilo 179 (19,5 %) žensk. Od tega je opiate kot prvo drogo uporabljalo 154 uporabnic (86 %); heroin jih je uporabljalo 149 ali 83,2 %. Vbrizgavalo ga je 86 žensk (57,7 %), 45 ga je kadilo, kar je 30,2 %, 16 ga je njuhalo (10,7 %). Kokain kot glavno drogo je uporabljalo 10 uporabnic (5,6 %), 6 jih je kokain njuhalo, 3 so ga injicirale. 9 žensk je kot prvo drogo uporabljalo kanabis, 4 so iskale pomoč zaradi zasvojenosti s hipnotiki oz. sedativi.

Pogostost uporabe prve droge

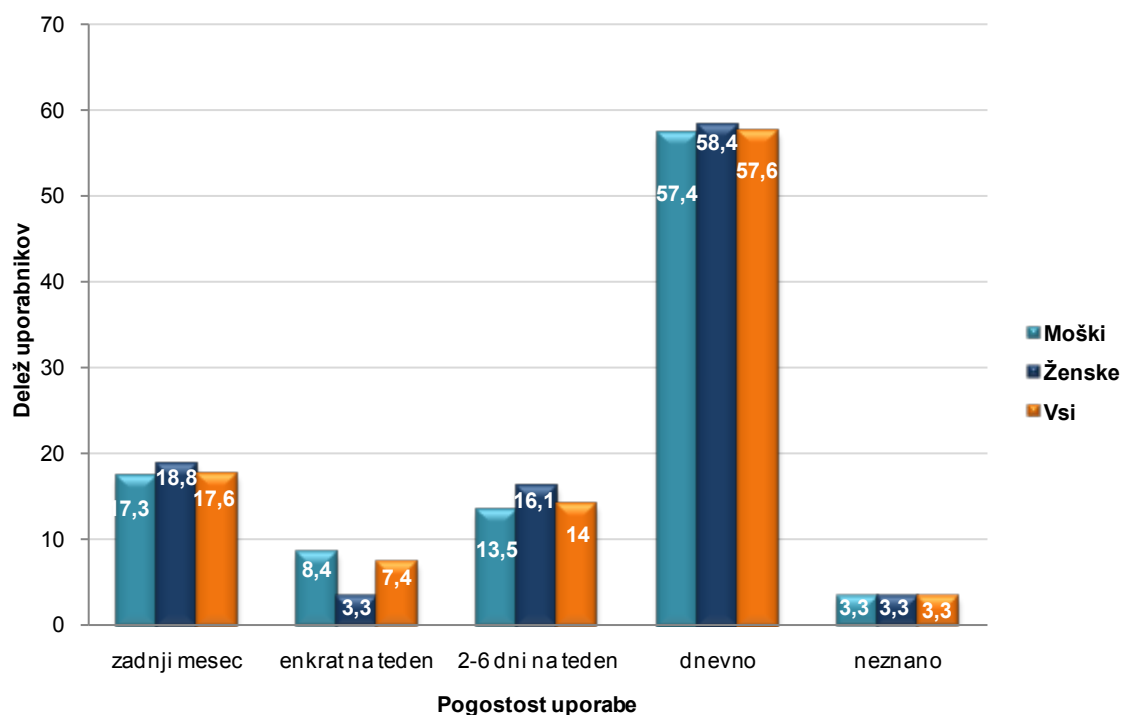
Evidentirani se med seboj razlikujejo glede na pogostost uporabe prve droge. 462 uporabnikov (57,8 %) od 799 evidentiranih uporabnikov opiatov je le-te uporabljalo vsak dan. Heroin je kot prvo drogo vsak dan uporabljalo 448 (57,6 %) od skupno 778 uporabnikov heroina, sledijo uporabniki, ki heroina zadnji mesec niso uporabljali, v 17,6 % (137 uporabnikov).

Pri uporabnikih, ki so v program vstopili prvič, so 203 osebe (68,1 %) od 298 evidentiranih uporabnikov opiatov le-te uporabljale vsak dan. Heroin jih je vsak dan uporabljalo 197 (68,4 %) od skupno 288 uporabnikov, sledijo uporabniki, ki heroina zadnji mesec niso uporabljali, v 9,7 % (28 uporabnikov).

Pri moških je heroin kot prvo drogo uporabljalo 629 uporabnikov (85,3 %), od tega 361 (57,4 %) vsak dan, sledi 109 moških (17,3 %), ki heroina niso uporabljali v zadnjem mesecu. Pri moških uporabnikih, ki so v program vstopili prvič, je bilo 231 uporabnikov heroina kot prve droge, od tega jih je heroin vsak dan uporabljalo 157 (68 %).

Med ženskami je heroin uporabljalo skupaj 149 oseb (83,2 %), od tega 87 vsak dan (58,4 %). Pri uporabnicah, ki so v program vstopile prvič, je bilo 55 uporabnic heroina kot prve droge, od tega jih je heroin vsak dan uporabljalo 40 (72,7 %) – Slika 4.4.

Slika 4.4: Pogostost uporabe glavne droge po spolu, Slovenija 2009



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS 2010

4.5 Trendi pri uporabnikih v programu zdravljenja

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

Osebe, ki so med letoma 2005 in 2009 prvič ali ponovno iskale pomoč v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti zaradi težav s heroinom, predstavljajo največji delež oseb iskalcev zdravljenja. Največ jih je bilo leta 2007 (93,6 %), v letu 2009 pa je njihov delež znatno upadel, na 84,9 %. Ta upad se je zgodil predvsem na račun oseb, ki so iskale pomoč zaradi težav s kokainom, in sicer se je delež dvignil na 4,6 % v letu 2009, medtem ko je bil delež še leta 2008 1,3 %. Pri deležu oseb, ki so imele težave s kanabisom, je bil viden padec od leta 2005 (5,7 %) do leta 2008 (3,1 %), leta 2009 pa je delež teh iskalcev narasel na 6,4 %. V prejšnjih letih je bil prav tako viden upad gibanja pri benzodiazepinih, vendar je v letu 2009 viden porast deleža na 0,9 % (Tabela 4.3).

Tabela 4.3: *Gibanje deleža uporabnikov glede na prvo drogo med tistimi, ki so prvič ali ponovno iskali pomoč v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, Slovenija 2009*

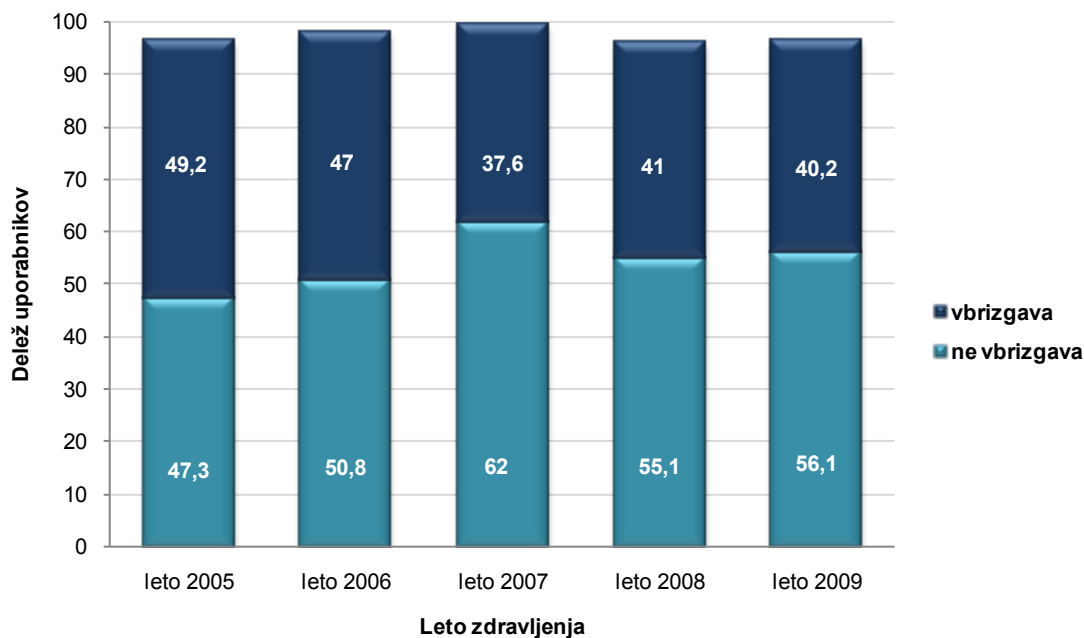
	2005	2006	2007	2008	2009	Skupaj
Heroin	90,1	92,4	93,6	91	84,9	90,4
Metadon, nepredpisan	0,8	0,5	1,5	0,6	1,9	1
Drugi opiodi	0,3	0,2	0,3	0,1	0,3	0,2
Kokain	1,4	0,8	0,9	1,3	4,6	1,8
Amfetamini	0,2	0,2	0	0	0,4	0,2
MDMA in drugi sint. derivati	0,5	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2
Benzodiazepini, sedativi	0,5	0,2	0,1	0,1	0,9	0,4
Hlapljive snovi za vdihavanje	0	0,2	0	0	0	0
Kanabis	5,7	5	3	3,1	6,4	4,7
Neznano	0,6	0,6	0,4	3,3	0,3	1
Skupaj	100	100	100	100	100	100

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS 2010

Tvegano vedenje – vbrizgavanje drog

Pri uporabnikih drog je večja verjetnost za okužbe z virusom HIV, s hepatitisom B in hepatitisom C prav zaradi tveganega vedenja, to je injiciranja drog. Med letoma 2005 in 2007 smo videli gibanje upadanja deleža oseb, ki so v zadnjih 30 dneh uporabile drogo intravenozno, leta 2008 pa se je to dvignilo s 37,6 % v letu 2007 na 41 % v letu 2008. Delež oseb, ki so prvič ali ponovno vstopile v program zdravljenja v letu 2009 in so drogo injicirale v zadnjih 30 dneh, je 40,2-odstoten, kar kaže na stabilno gibanje glede na leto 2008 (Slika 4.5). Ta podatek pa se razlikuje pri evidentiranih, ki so prvič vstopili v program (Tabela 4.4), in je delež oseb, ki so v zadnjih 30 dneh uporabile drogo intravenozno, 29,1-odstoten.

Slika 4.5: Delež oseb, ki so prvič ali ponovno vstopile v program zdravljenja v posameznem letu glede na način uporabe droge v zadnjih 30 dneh, Slovenija 2009



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS 2010

*Opomba: primeri z odgovori neznano so izpuščeni iz slike

Tabela 4.4: Tvegano vedenje med prvič obravnavanimi po spolu, Slovenija 2009

Tvegano vedenje (v %)	Moški	Ženske	Skupaj
Trenutno vbrizgavanje, v zadnjih 30 dneh	27,9	33,7	29,1
Vbrizgavanje, a ne trenutno	17,8	18,9	18
Nikoli vbrizgavalo	49,8	43,2	48,5

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS 2010

*Opomba: primeri z odgovori neznano so izpuščeni iz tabele

Gibanje deleža oseb, ki so prvič ali ponovno iskale pomoč v CPZOPD v tekočem letu glede na socialno kategorijo

Iz tabele 4.5 je videti, da je večina uporabnikov drog, ki prvič ali ponovno vstopa v program zdravljenja, še vedno brezposelna. Med letoma 2005 in 2008 je bil viden rahel upad deleža nezaposlenih – s 60,6 % v letu 2005 na 54,8 % v letu 2008, vendar se je gibanje v letu 2009 obrnilo in tako je delež nezaposlenih v tem letu 62,5-odstoten. Podobno je stanje pri učencih, dijakih in pri študentih: med letoma 2005 in 2008 je bil viden upad deleža te populacije s 13,9 % v letu 2005 na 6,3 % v letu 2008, vendar se je gibanje v letu 2009 obrnilo in tako je delež učencev, dijakov in študentov v tem letu 9-odstoten. Prav tako je videti spremembo v gibanju pri zaposlenih uporabnikih, saj je trend deleža zaposlenih od leta 2005 (20,5 %) do leta 2008 (25,2 %) rasel, medtem ko je delež zaposlenih v letu 2009 padel na 22,5 % (Tabela 4.5).

Tabela 4.5: *Gibanje v deležu zaposlenih, brezposelnih ter učencev in dijakov v letih 2005–2009 v programih CPZOPD, Slovenija 2009*

	2005	2006	2007	2008	2009	Skupaj
Redno zaposlen(a)	20,5	21,8	24,7	25,2	22,5	22,9
Učenec, dijak, študent	13,9	11,1	9,3	6,3	9	9,9
Ekon. neaktiven	0,2	0,6	0,4	0,6	0,6	0,5
Nezaposlen/občasna dela	60,6	62,3	56,9	54,8	62,5	60
Drugo	4,4	3,7	6,5	5,1	2	4,3
Neznano	0,5	0,6	2,2	8,1	3,2	2,9
Skupaj	100	100	100	100	100	100

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS 2010

Izobrazbena raven oseb, ki so prvič ali ponovno iskale pomoč v CPZOPD med letoma 2005 in 2008, se je izboljševala. Tudi v letu 2009 se nadaljuje gibanje, da je vse manj oseb z nedokončano osnovno šolo, delež oseb s končano osnovno šolo je podoben, kot je bil v letu 2008, povečuje pa se delež oseb s končano srednjo šolo in tudi s končanimi višjo, visoko šolo ali akademijo (Tabela 4.6).

Tabela 4.6: *Delež oseb, prvič ali ponovno sprejetih v program CPZOPD, glede na stopnjo končane izobrazbe v letih 2005–2009, Slovenija 2009*

	2005	2006	2007	2008	2009	Skupaj
Nedokončana osnovna šola	3,5	3,7	3	1,9	1,7	2,8
Osnovna šola	45	42,2	37,2	35,1	35,7	39
Srednja šola	47	51,4	55,6	45,1	51,7	50,2
Višja, visoka ali akademija	1,7	2,1	1,7	1,2	2,9	1,9
Drugo	1,4			7,5	7,8	3,3
Skupaj	100	100	100	100	100	100

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS 2010

*Opomba: primeri z odgovori neznano so izpuščeni iz tabele

4.6 Zaključek

V letu 2009 smo iz programov CPZOPD zbrali 916 vprašalnikov TDI. S tem smo evidentirali 916 oseb, ki so bile v letu 2009 prvič ali ponovno vključene v program zdravljenja v CPZOPD. Tako je bilo prvič sprejetih 371 oseb, ponovno pa 511 oseb (pri 34 osebah stanje ni znano). V Tabeli 4.7 so značilnosti glede na vrsto stika pri obravnavanih v programih zdravljenja v letu 2009.

Tabela 4.7: Značilnosti glede na vrsto stika pri obravnavanih, Slovenija 2009

	Prvič obravnavani	Vsi obravnavani
Povprečna starost ob vstopu v program (leta)	26,9	28,4
Iskanje pomoči zaradi heroina	77,6 %	84,9 %
Povprečna starost pri prvi uporabi glavne droge (leta)	20,4	19,6
Vsakdanja uporaba glavne droge	68,4 %	57,6 %
Glavne droge ni uporabljal v zadnjem mesecu	9,7 %	17,6 %

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS 2010

Razvidno je, da je bila glavna droga, zaradi katere so uporabniki, ki so bili v letu 2009 prvič ali ponovno vključeni v program zdravljenja v CPZOPD in iskali pomoč, heroin, in to v 84,9 %, kar kaže na upadanje deleža oseb, ki so v program vstopale zaradi težav s heroinom. Kot prva dodatna droga pa je bil najpogosteje naveden kokain, v 47,7 %. Zaradi kokaina kot prve droge je iskal pomoč znatno večji delež uporabnikov kot pretekla leta, in sicer 4,6 %, zaradi težav odvisnosti od kanabisa kot prve droge pa 6,4 % uporabnikov. Glavno drogo heroin so osebe uporabljale v večini vsak dan, prav tako ga je več kot polovica uporabljala intravenozno. Velika večina uporabnikov programa vstopa v program kot brezposelni oz. z opravljanjem občasnih del. Iz podatkov je razvidno, da se je v letu 2009 obrnil trend in da pada delež uporabnikov, ki so zaposleni. Prav tako je vidno gibanje naraščanja uporabnikov, ki so učenci ali dijaki oz. študenti, ima pa vedno več uporabnikov končano srednjo šolo ali visoko in višjo šolo oz. akademijo. Narašča delež brezdomnih uporabnikov, predvsem je velik med uporabnicami, ki so prvič vstopale v program zdravljenja.

5. Z zdravjem povezane težave in posledice

5.1 Uvod

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

Analizi o umrlih v letih 2008 in 2009 sta izdelani iz podatkov Zbirke podatkov o umrlih Inštituta za varovanje zdravja RS.

5.2 Z drogo povezane nalezljive bolezni *pripravila Nejc Bergant in Irena Klavs*

Uvod

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

V tem poglavju predstavljamo razpoložljive podatke o okužbah s HIV, HBV in HCV med injicirajočimi uporabniki drog v Sloveniji za obdobje 2005–2009.

Metode

Razširjenost okužb s HIV, HCV in s HBV spremljamo z zbiranjem podatkov o prostovoljnih diagnostičnih testih za ugotavljanje okužb s HIV, HCV in HBV, opravljenih znotraj nacionalne mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki pokriva celotno državo. Poleg tega se za namene nadzora nad HIV-okužbami izvaja tudi nevezano anonimno testiranje na okužbo s HIV med injicirajočimi uporabniki drog, ki prvič zaprosijo za zdravljenje. Nevezano anonimno testiranje poteka v največjem centru za preprečevanje in

zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Ljubljani. Ne dolgo tega so se obstoječemu sistemu priključili tudi trije programi za zmanjševanje škode, katerih nosilci so nevladne organizacije; to so programi zamenjave igel AIDS Fundacija Robert (potekal le leta 2003 v Ljubljani), Stigma, ki v Ljubljani poteka od leta 2005, in Svit, ki v Kopru poteka od leta 2004. Podrobni opisi metod so bili že objavljeni (Klavs in Poljak, 2003). Injicirajoči uživalci drog, ki se vključijo v zdravljenje v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Ljubljani, ter tisti, ki sodelujejo v dveh programih zamenjave igel, prostovoljno prispevajo vzorec sline za nevezano anonimno testiranje na okuzbo s HIV.

Poleg tega Inštitut za varovanje zdravja RS zbira podatke o novoodkritih primerih okužb s HIV, HBV in s HCV, ki lahko vključujejo tudi podatke o načinu prenosa. Vse diagnoze okužb z omenjenimi virusi je treba prijaviti skladno z zakonom o nalezljivih boleznih. Skoraj vse prijave novoodkritih primerov okužbe s HIV vsebujejo tudi podatke o poti prenosa. Nasprotno pa so podatki o poti prenosa (npr. IUD) na voljo le za majhen delež prijavljenih primerov okužb s HBV in HCV. Poročila o spremljanju razširjenosti okužb, ki vsebujejo podatke glede poročanja o primerih nalezljivih boleznih, se objavljajo letno (Klavs in sod., 2009; IVZ, 2009).

Rezultati

Okužbe z virusom HIV

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

V obdobju 2005–2008 je razširjenost HIV med injicirajočimi uporabniki drog, anonimno testiranimi znotraj mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, vedno ostala pod 1 %, leta 2009 pa se je zvišala na 1,3 %. Med 863 vzorci sline, ki so bili zbrani v istem obdobju za anonimno nevezano testiranje za namene nadzora na treh kontrolnih točkah, ni bil niti eden vzorec pozitiven na protitelesa HIV (Tabela 5.1).

Tabela 5.1: *Delež okuženih s HIV med injicirajočimi uživalci drog, Slovenija, 2005–2009*

	Leto	Število kontrolnih mest	Število testiranih oseb		Število okuženih z virusom HIV		% okuženih z virusom HIV	
			Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske
IDU	2005	3	137	57	0	0	0 %	0 %
	2006	3	125	35	0	0	0 %	0 %
	2007	3	130	44	0	0	0 %	0 %
	2008	3	142	34	0	0	0 %	0 %
	2009	3	127	32	0	0	0%	0%

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

V zadnjih petih letih oz. v obdobju 2005–2009 ni bilo niti enega prijavljenega primera novoodkrite okužbe s HIV z zgodovino IUD. Zadnja okužba s HIV pri injicirajočem uporabniku drog je bila diagnosticirana in javljena Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije leta 2001. Vendar pa je bilo od leta 1986, ko je bil uveden državni nadzor nad okužbami z virusom HIV, ki temelji na obveznem obveščanju o vseh diagnosticiranih primerih

okužbe s HIV, sporočenih vsega skupaj 13 novih okužb s HIV med injicirajočimi uživalci drog.

HBV

Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV; anti-HBc) med anonimno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so bili na zdravljenju v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, je v letu 2009 znašala 5,4 %. V obdobju 2005–2009 se je stopnja razširjenosti gibala med najvišjo (5,6 %) leta 2006 in najnižjo (3,6 %) leta 2007.

Stopnja pojavnosti akutne in kronične okužbe s HBV med slovenskim prebivalstvom je leta 2009 znašala 2,1 na 100.000 ljudi. V obdobju 2005–2009 je stopnja pojavnosti nihala med najvišjo (3,2 na 100.000 ljudi) leta 2005 in najnižjo (2,0 na 100.000 ljudi) leta 2007. Zaradi nezadostnega poročanja podatki o stopnjah pojavnosti okužbe s HBV močno podcenjujejo breme te okužbe.

HCV

Razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) med anonimno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so bili na zdravljenju v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, je v letu 2009 znašala 23,4 %. V obdobju 2005–2009 se je stopnja razširjenosti gibala med najvišjo (23,4 %) leta 2005 in najnižjo (21,8 %) leta 2007.

Stopnja pojavnosti akutne in kronične okužbe s HCV med slovenskim prebivalstvom je leta 2009 znašala 5,4 na 100.000 ljudi. V obdobju 2005–2009 se je stopnja pojavnosti gibala med najvišjo (7,2 na 100.000 ljudi) leta 2005 in najnižjo (4,1 na 100.000 ljudi) leta 2008. Zaradi nezadostnega poročanja podatki o stopnjah pojavnosti močno podcenjujejo breme te okužbe.

Razprava

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

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

5.3 Z drogami povezane smrti in umrljivost uporabnikov drog

Umrljivost zaradi drog v Sloveniji v letih 2008 in 2009 *pripravila Jožica Šelb Šemerl*

Uvod

Umrljivost uporabnikov drog je javnozdravstveni problem, ki zastavlja družbi etična, socialna in ekonomska vprašanja. Uporaba drog sodi v samodestruktivno vedenje, za katero ni odgovoren samo uporabnik drog sam, ampak sta uporaba in umrljivost zaradi njih kompleksna pojava, ki zadevata celotno družbo. Samo uporabo in posledice, ki nastopijo zaradi tega, pogojujejo vzroki v posamezniku in okolici, že preden je oseba začela uporabljati nedovoljene droge in tudi v obdobju uporabe, ne sme pa se prezreti tudi onih, ki nastopijo po zdravljenju uporabnika zaradi akutne zastrupitve in težav družine po smrti uporabnika drog.

Da bi zmanjšali škodo, ki jo povzročita obolevnost in umrljivost zaradi uporabe nedovoljenih drog, je treba poznati zgoraj naštetе dejavnike, velikost pojava, njegove osnovne epidemiološke značilnosti in pojav v času spremljati.

V analizi umrljivosti zaradi nedovoljenih drog bomo predstavili umrljivost v Sloveniji v letih 2008 in 2009 zaradi neposrednega učinkovanja drog v telesu, gibanje te umrljivosti v obdobju 2004–2009 ter prve izsledke kohortne raziskave.

Metode dela

Neposredne smrti zaradi prepovedanih drog

Od leta 2002 smo v Sloveniji v okviru Twinning Phare projekta začeli spremljati umrljivost zaradi drog in tudi umrljivost uporabnikov drog tako, kot so priporočila Evropskega centra za spremljanje uporabe drog in odvisnosti od drog (EMCDDA). Začeli smo poročati povezane podatke, ki so bili zbrani iz Zbirke podatkov o umrlih (General Mortality Register – GMR), katere upravljavec je Inštitut za varovanje zdravja RS (IVZ) in specialnih zbirk Generalne policijske uprave Slovenije ter Inštituta za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. S povezovanjem vseh treh vrst podatkov smo izdelali za vsako leto v obdobju 2003–2007 dve specialni zbirki podatkov o umrlih:

- zbirko neposrednih smrti, to je podatkov o tistih umrlih, ki so umrli zaradi neposrednega delovanja prepovedanih drog v telesu, kar predstavlja osnovni vzrok smrti;
- zbirko posrednih smrti to je podatkov o tistih umrlih, ki so umrli zaradi posrednega vpliva prepovedanih drog na zdravje, kjer je bilo delovanje drog pridružen vzrok smrti.

Podatki, zbrani na opisani način, so bili osnova za vsa poročila o umrljivosti zaradi drog v Sloveniji v letih 2002–2007. V letu 2009 pa je bila sprejeta odločitev, da se od leta 2007 naprej na EMCDDA poroča samo podatke, zbrane v Zbirkah podatkov o umrlih, lociranih na IVZ, ki je tudi upravljavec zbirk.

Analizi o umrlih v letih 2008 in 2009 sta izdelani iz podatkov Zbirke podatkov o umrlih IVZ, kjer je zapišan samo osnovni vzrok smrti, kar predstavlja le neposredne smrti zaradi prepovedanih drog, posredne smrti so zato, ker se Zbirka podatkov o umrlih ne povezuje več s podatki Generalne policijske uprave in Inštituta za sodno medicino, izgubljeni. Izgubljeni so tudi iz posrednih smrti izračunani kazalniki.

Kazalniki za obdobje 2004–2009 so izračunani na 1.000 prebivalcev, samo iz neposrednih smrti. Osnovni vzroki smrti so tako kot v letih 2002–2007 izbrani po kodah, ki jih zahteva EMCDDA; izbrane so samo kode, ki imajo v spremenljivki Filter B vrednost 1.

Kohortna raziskava

Delno zev v posrednih vzrokih smrti zapolnijo podatki o umrlih v kohortni raziskavi, kjer so zbrane neposredne in posredne smrti oseb, vključenih v raziskavo. Te smrti so samo smrti selekcionirane populacije zdravljenih uporabnikov drog, število in vzroki posrednih smrti uporabnikov, ki niso vključeni v centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ostajajo neznani.

Osebe, ki smo jih sledili v kohortni raziskavi, so uporabniki prepovedanih drog, ki so bili prvič ali ponovno evidentirani v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljnjem besedilu: centri) v Sloveniji v letih 2004–2006. Njihovi podatki so vpisani v Evidenci obravnave uživalcev drog (v nadaljevanju: baza podatkov o drogah). Vključene so bile vse vrste obravnav (prve, ponovne in dolgotrajne obravnave) iz 17 poročevalskih enot v Sloveniji, ki so v tem obdobju sporočile podatke. Zaradi drugačne vrste obravnave so bili zapisi oseb obravnavanih v Kliničnem oddelku za mentalno zdravje (hospitalna enota) izključeni (skupaj 382 zapisov) iz sledenja.

Za kohortno raziskavo o umrlih uporabnikih drog, ki so se zdravili v centrih, je bilo treba povezati zbirke podatkov evidence obravnave uživalcev drog v letih 2004, 2005 in 2006 s podatki iz zbirk podatkov o umrlih v pripadajočih letih. Najprej je bila vsem zapisom zdravljenih oseb na osnovi indeksa SAUNDEX, datuma rojstva in spola dodeljena nova koda. Nato smo na osnovi nekaterih drugih podatkov ugotovili, ali podatki pod isto novo kodo, ki je bila lahko ponavljana dva ali večkrat, pripadajo isti osebi in vse dvojne ali večkratne zapise zreducirali na vsakokrat en zapis, tako da je število prvih zapisov v posameznem letu predstavljalo število oseb. Na koncu smo tudi vsem umrlim v letih 2004–2006 iz njihovih podatkov sestavili indeks SAUNDEX in na osnovi tega ter datuma rojstva in spola sestavili novo kodo na enak način kot v prvi vrsti podatkov. S povezovanjem novih kod obeh baz smo dobili tretjo bazo podatkov, to je bazo podatkov oseb, ki so sestavljale kohorto, in tiste osebe v kohorti, ki so umrle v obdobju 2004–2006. To zadnjo bazo podatkov smo uporabili za izračune o umrljivosti in ugotavljanje vzrokov smrti oseb v kohorti.

Kot zadnjo smo sestavili bazo uporabnikov drog umrlih v letih 2004–2006, iz predhodnih baz posrednih in neposrednih smrti ter umrlih v kohorti in jo na osnovi podatkov o spolu, starosti, letu rojstva in leta smrti ter vzrokov smrti razdelili na umrle, ki so se zdravili zaradi jemanja prepovedanih drog, in tiste, ki so umrli, a se po naših podatkih niso zdravili zaradi uporabe prepovedanih drog.

Stopnje umrljivosti so računane na 1.000 oseb/leto oziroma pripadajoče populacijske skupine; za standardiranje na starost smo uporabili Evropsko standardno populacijo. Presežni delež umrljivosti uporabnikov drog pomeni količnik umrljivosti med umrljivostjo uporabnikov drog, evidentiranih v kohorti, in slovensko enako staro populacijo moških in žensk.

Izsledki

Neposredne smrti zaradi prepovedanih drog v Sloveniji v letu 2008

V letu 2008 je bilo v Sloveniji 37 neposrednih smrti zaradi uporabe prepovedanih drog. Umrlo je 29 moških in 8 žensk, kar pomeni razmerje 4 : 1 v korist žensk.

Tabela 5.2: Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po starostnih skupinah in spolu, Slovenija 2008

Starostna skupina	Spol		Skupaj
	Moški	Ženske	
< 15 let			
15–19	1	1	2
20–24	5	1	6
25–29	6	2	8
30–34	2	2	4
35–39	4	1	5
40–44	3		3
45–49	4		4
50–54	4		4
55–59			
60–64			
65 >		1	1
Skupaj	29	8	37

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirka podatkov o umrlih 2008

Petdeset odstotkov moških, umrlih zaradi neposrednega delovanja drog v telesu, je bilo ob smrti mlajših od 35 let in pol; petdeset odstotkov žensk je bilo mlajših od 30 let in pol. Vse umrle ženske, razen ene, so bile petnajst in več let mlajše od najstarejšega umrlega moškega. Najmlajši umrli moški je bil star 17 let in pol, ženska pa nekaj manj kot 19 let.

Vse zgoraj opisane smrti so bile hkrati tudi smrti, ki so v spremenljivki Filter B opisane pod vrednostjo 1. Tako sta tudi oba parametra, to je razdelitev po spolu in starosti, ob smrti enaka v obeh primerih.

Tabela 5.3: Število umrlih moških in žensk po vrsti uporabljene droge ob smrti, Slovenija 2008

Droga	Spol		Skupaj
	Moški	Ženski	
F13.2 – Odvisnost zaradi uživanja sedativov in hipnotikov		1	1
T40.1 – Heroin	15	5	20
T40.2 – Drugi opiodi	3	1	4
T40.3 – Metadon	7	1	8
T40.5 – Kokain	4		4
Skupaj	29	8	37

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirka podatkov o umrlih 2008

Med umrlimi so prevladovali moški. Več kot polovico zastrupitev je povzročil heroin. Heroinu sledi metadon, zaradi katerega je umrla ena četrtna zastrupljenih, preostala četrtna smrti so bile smrti, povzročene z drugimi opiodi in s kokainom; tudi v tej skupini so prevladovali moški.

Tabela 5.4: Število umrlih moških in žensk po zunanjem vzroku in vrsti droge, Slovenija 2008

Zunanji vzrok/droge	Naključna zastrupitev X420–X429		Samomor X620		Nedoločen namen Y12		Skupaj zastrupitve	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Spol								
F192		1						1
Heroin – T401	14	3			1	2	15	5
Drugi opiodi – T402	3	1					3	1
Metadon – T403	6		1			1	7	1
Kokain – T405	3				1		4	
Skupaj	26	5	1		2	3	29	8

M – moški, Ž – ženske

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirka podatkov o umrlih

Šest sedmin zastrupitev z drogami je nastalo po naključju. Pri preostalih ni bilo določeno, ali je bila smrt namerna ali naključna; registriran je bil samo en samomor, in to z metadonom.

Neposredne smrti zaradi prepovedanih drog v Sloveniji v letu 2009

V letu 2009 je bilo v Sloveniji 28 neposrednih smrti zaradi uporabe prepovedanih drog. Umrlo je 25 moških in 3 ženske, kar pomeni razmerje 8 : 1 v korist žensk.

Tabela 5.5: Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po starostni skupini in spolu, Slovenija 2009

Starostna skupina	Spol		Skupaj
	Moški	Ženske	
< 15 let			
15–19			
20–24	7	1	8
25–29	5	1	6
30–34	3	1	4
35–39	3		3
40–44	3		3
45–49			
50–54			
55–59	4		4
60–64			
65 >			
Skupaj	25	3	28

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirka podatkov o umrlih 2009

Število moških, umrlih zaradi drog, je bilo tudi v letu 2009 višje kot število žensk. Petdeset odstotkov moških, umrlih neposredne smrti zaradi drog, je bilo ob smrti mlajših od 34,5 leta in ženske so bile stare 23,7, 25,2 in 27,7 leta. Tudi v tem letu so bile umrle ženske bistveno mlajše od moških. Najmlajši umrli moški je bil star 22,2 leti in najstarejši 58,0 let.

Vse zgoraj opisane smrti so bile hkrati tudi smrti, ki so v spremenljivki Filter B opisane pod vrednostjo 1.

Tabela 5.6: Vrsta uporabljene droge po spolu, Slovenija 2009

Droga	Spol		Skupaj
	Moški	Ženske	
T40.1 – Heroin	19	2	21
T40.2 – Drugi opiodi	1		1
T40.3 – Metadon	5	1	6
Skupaj	25	3	28

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirka podatkov o umrlih 2009

Heroin je bil v treh četrtinah smrti droga, s katero so se uporabniki zastupili. Razmerje med moškimi in ženskami je bilo 9 : 1. Heroinu sledi metadon, zaradi katerega je umrla ena četrtina vseh, med njimi ena ženska. Samo en moški je umrl zaradi zastupitve z drugimi opiodi. Preostale prepovedane droge naj, v letu 2009, ne bi povzročile smrti.

Tabela 5.7: Število uporabnikov drog po zunanjem vzroku in vrsti droge, Slovenija 2009

Zunanji vzroki/droge	Naključna zastupitev X420–X429		Samomor X620		Skupaj zastupitve	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Heroin – T401	19	2			19	2
Drugi opiodi – T402	1	0			1	0
Metadon – T403	4	1	1		5	1
Skupaj	24	3	1		25	3

M – moški, Ž – ženska

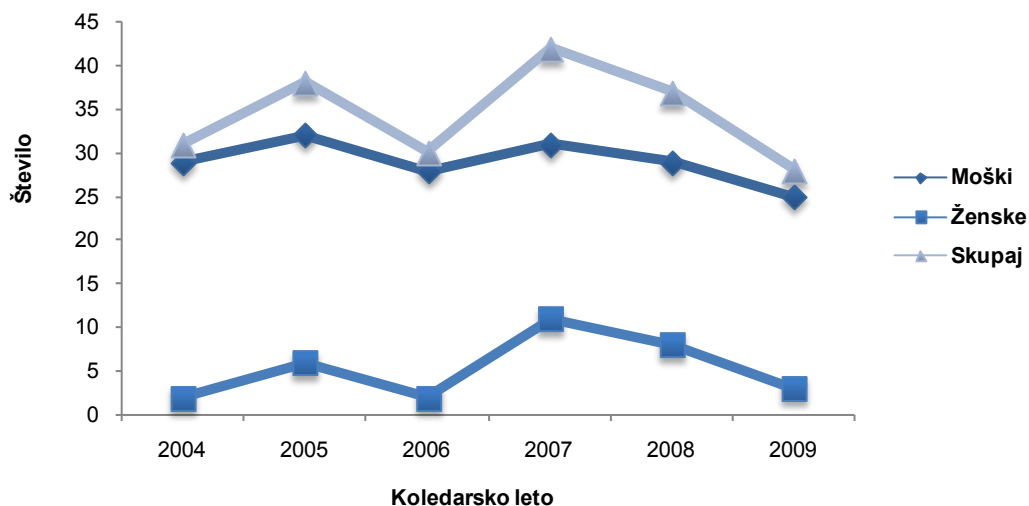
Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirka podatkov o umrlih 2009

Vse zastupitve med moškimi in ženskami so bile naključne, le en moški je naredil samomor, zastupil se je z metadonom.

Neposredne smrti zaradi prepovedanih drog v letih 2004–2009

Po podatkih državne zbirke podatkov o umrlih je v Sloveniji v obdobju 2004–2009 umrlo 206 oseb zaradi neposrednega delovanja prepovedanih drog v telesu, kar pomeni 6.733 izgubljenih let zaradi smrti pred 65. letom starosti v vsem obdobju, oziroma 1.122 izgubljenih let v enem letu. Razmerje med moškimi in ženskami je bilo približno 5 : 1 v korist žensk.

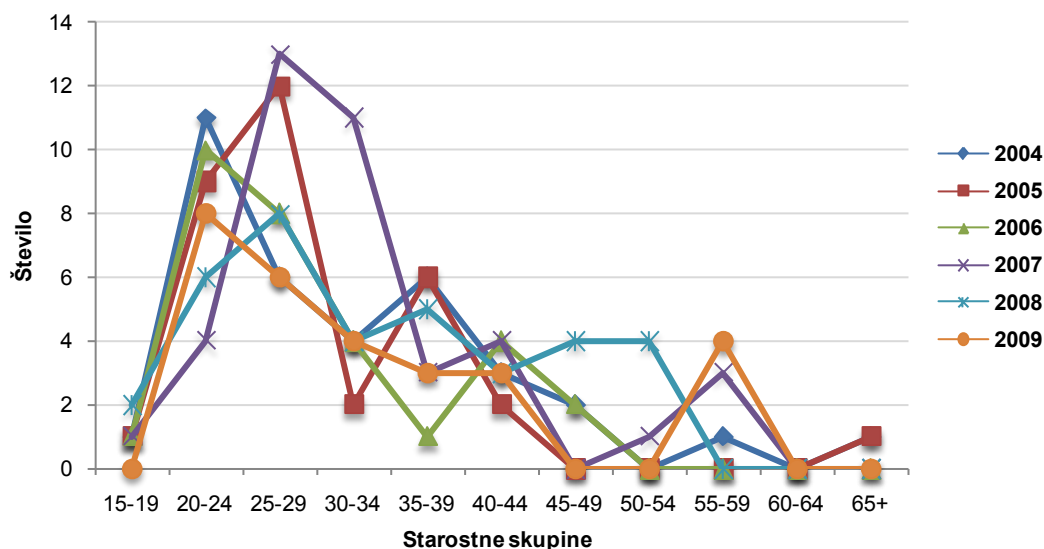
Slika 5.1: Gibanje števila neposrednih smrti zaradi drog v Sloveniji v obdobju 2004–2009, po spolu.



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

V opazovanem obdobju je število umrlih zaradi prepovedanih drog raslo do leta 2007, ko je trend dosegel vrh, po tem letu je začelo padati ($R^2 = 0,3721$). Pri moških je v tem obdobju umrljivost padala ($R^2 = 0,6112$), pri ženskah je rahlo rasla ($R^2 = 0,3021$). V posameznih letih je umrlo od 21 do 27 moških več kot žensk.

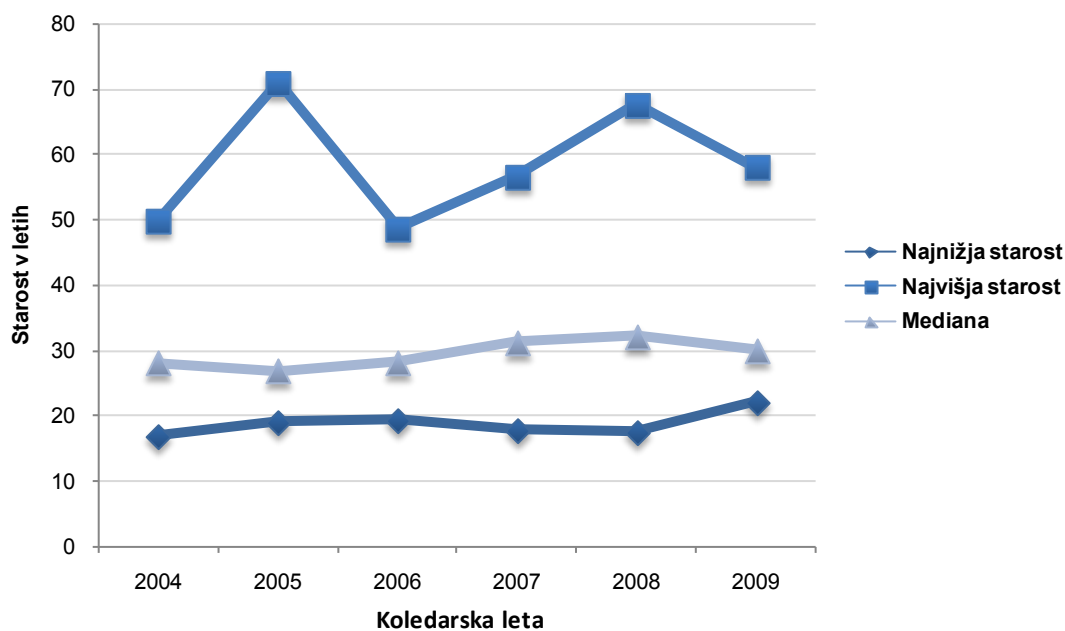
Slika 5.2: Gibanje števila neposrednih smrti zaradi opioidov in kokaina (T400–T406), po petletnih starostnih skupinah, Slovenija 2004–2008



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

Najvišje število umrlih zaradi opioidov in kokaina je bilo v letih 2007 in 2008, medtem ko je v letu 2009 po rasti v letih do 2007 padlo. V vseh opazovanih letih je bilo največ neposrednih smrti med starimi 20–29 let.

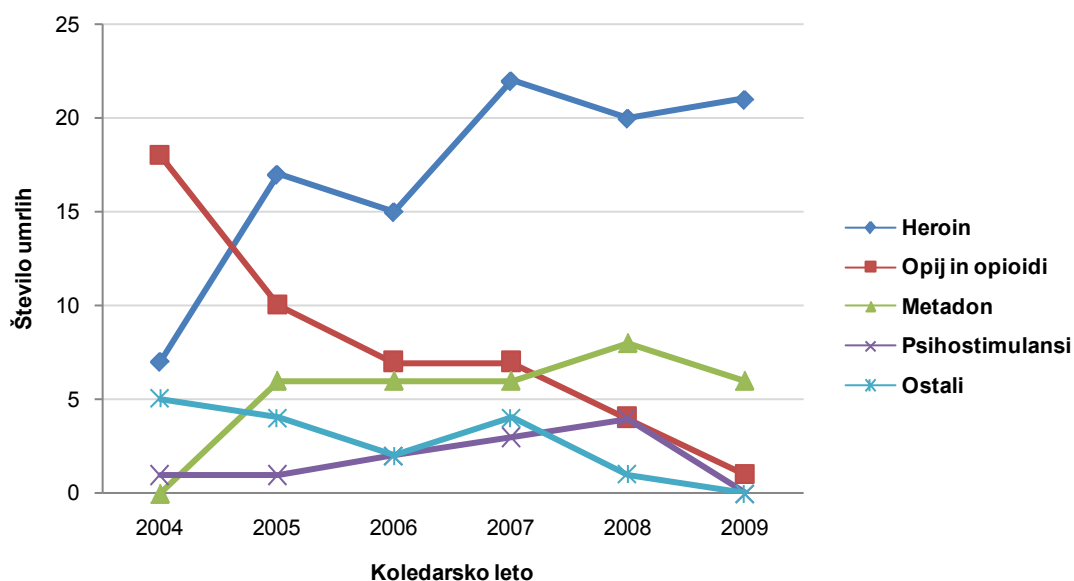
Slika 5.3: Gibanje najvišje in najnižje starosti ob smrti ter mediana starosti ob smrti umrlih zaradi drog v Sloveniji v obdobju 2004–2009



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

Najvišja starost ob smrti uporabnikov drog je nihala od 49 do 71 let, mediana je rahlo rasla med 27. in 32. letom ($R^2 = 0,5016$), medtem ko so bili najmlajši umrli stari od 17 do 22 let.

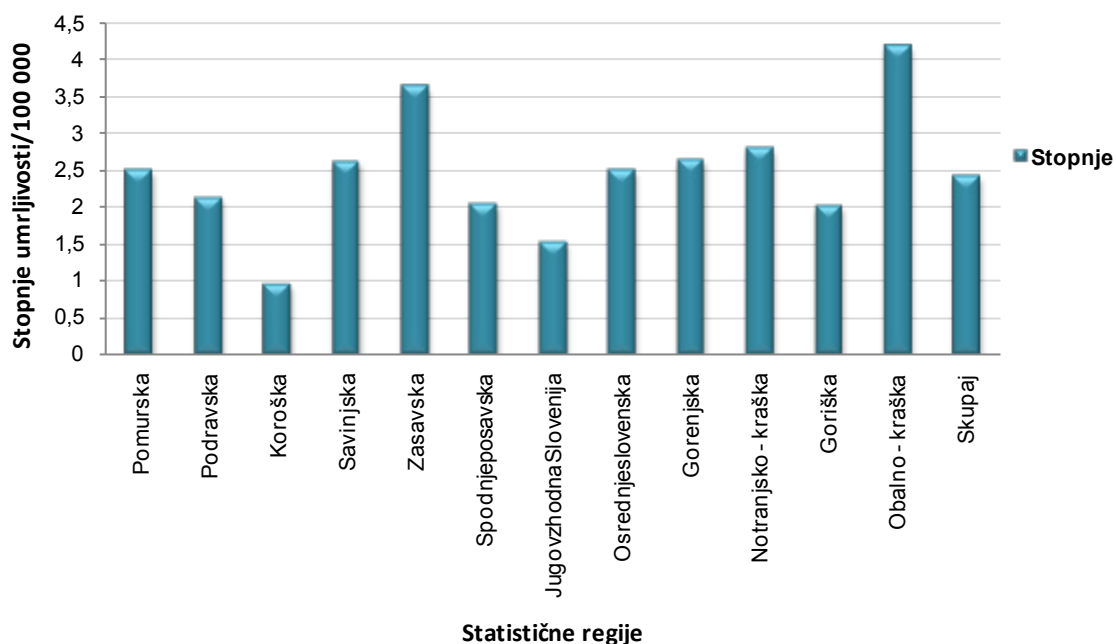
Slika 5.4: Gibanje števila zastrupitev po vrsti prepovedane droge, Slovenija 2004–2009



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

V opazovanem obdobju je 50 odstotkov smrti nastopilo zaradi zastrupitve s heroinom, 22 zaradi zastrupitve z opijem in opiodi, 15 zaradi metadona, 4 zaradi kokaina in 1 zaradi psihostimulansov z močjo abuzusa in preostalih 7 odstotkov zaradi drugih prepovedanih drog. Število smrti zaradi heroina, metadona in psihostimulansov se je v opazovanem obdobju povečevalo.

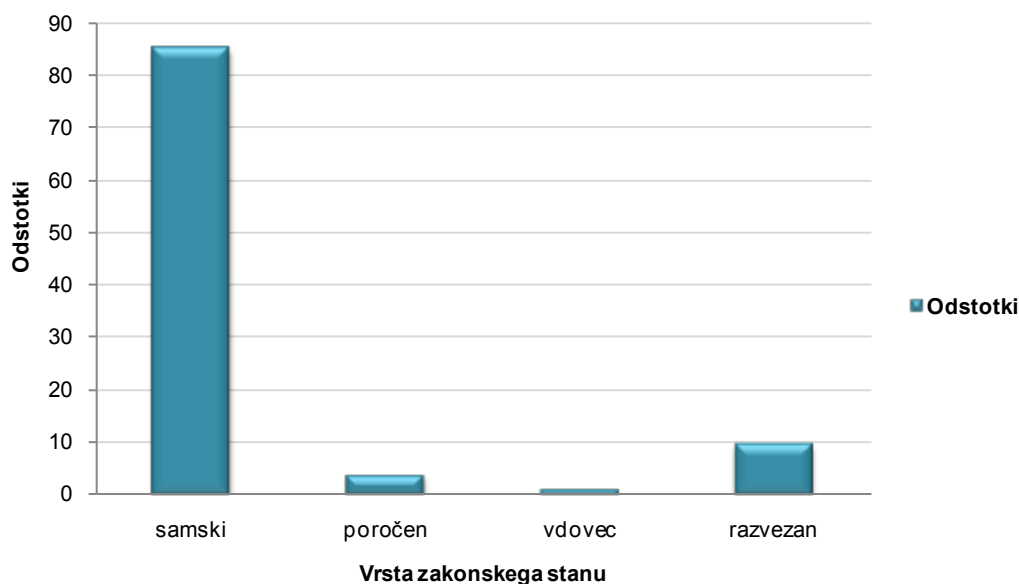
Slika 5.5: Povprečne letne stopnje umrljivosti zaradi prepovedanih drog, računane na prebivalce, stare 15–64 let v Sloveniji, v letih 2004–2009, po regijah



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

Najvišjo stopnjo umrljivosti glede na slovensko povprečje sta imeli obalno-kraška in zasavska regija. Prva za 72 in druga za 49 odstotkov višjo od slovenskega povprečja. Umrljivost je bila najnižja na Koroškem in v Jugovzhodni regiji, kjer je bila v prvi za 60 odstotkov pod slovenskim povprečjem in v drugi za 37 odstotkov.

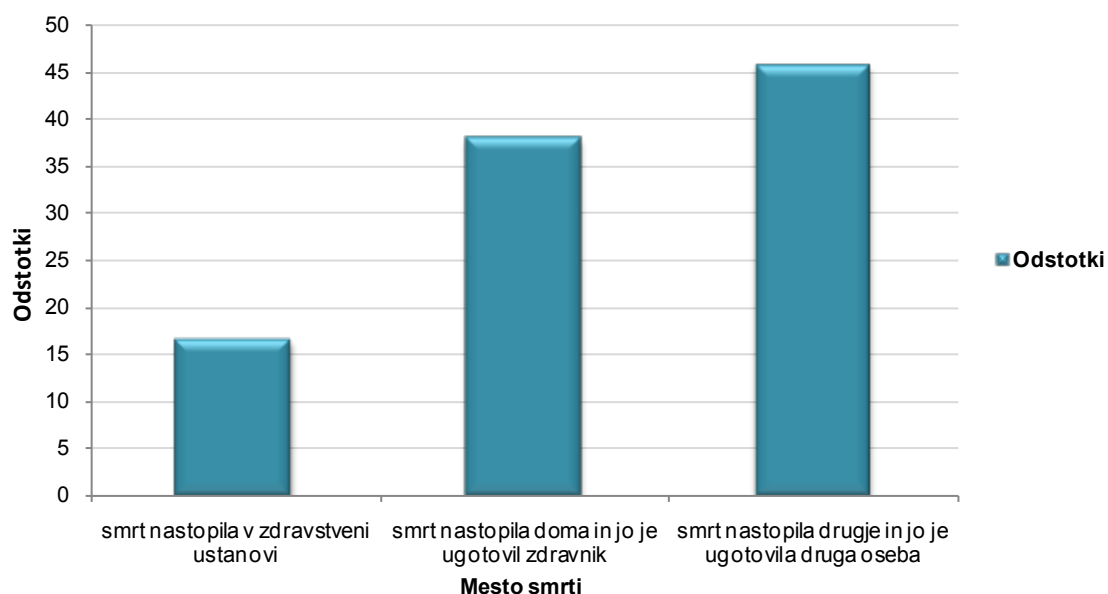
Slika 5.6: *Deleži umrlih zaradi drog po zakonskem stanu, Slovenija 2004–2009*



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

Med umrlimi zaradi drog je daleč največji delež samskih oseb, ena desetina je razvezana in zanemarljivo malo je poročenih in ovdovelih.

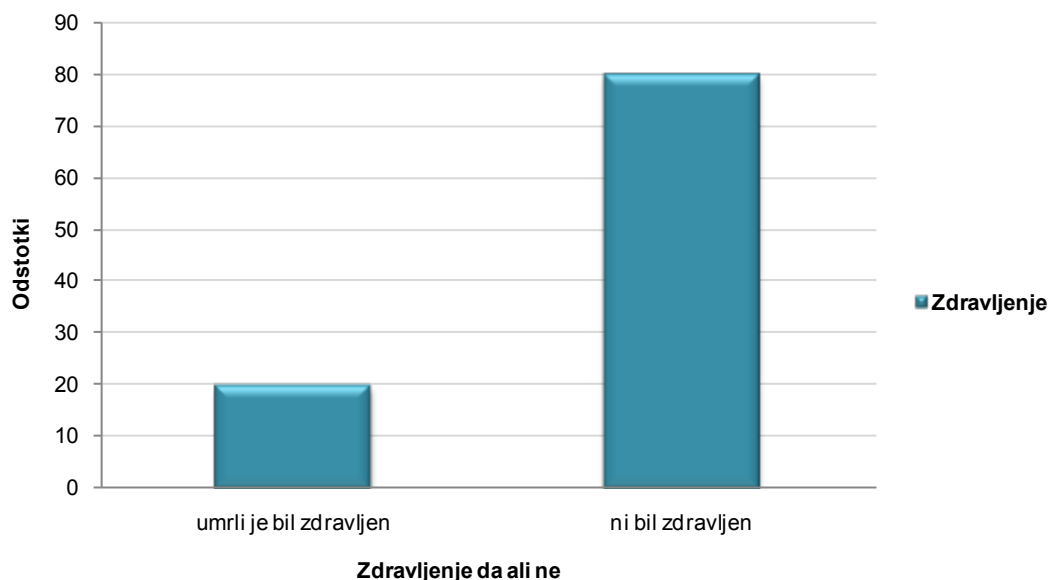
Slika 5.7: *Mesto smrti umrlih, Slovenija 2004–2009*



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

Nekaj manj kot polovica žrtev prepovedanih drog umre zunaj naslova svojega stalnega prebivališča, nekaj manj kot ena petina doma in 15 odstotkov jih je, po podatkih iz Zbirke podatkov o umrlih IVZ, umrlo v zdravstvenih ustanovah.

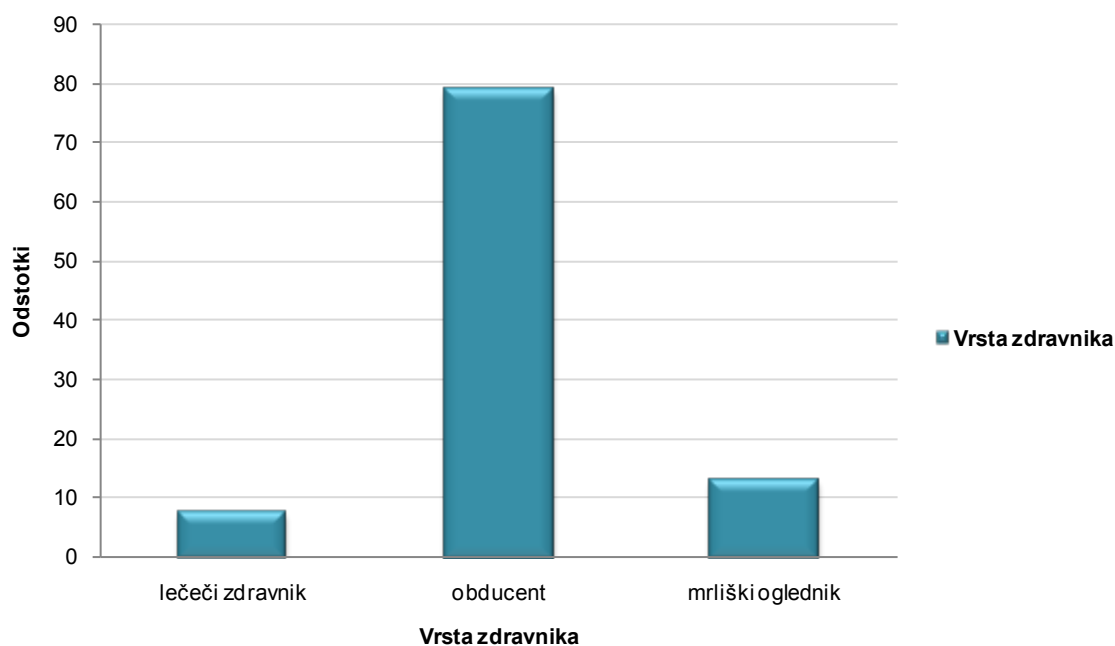
Slika 5.8: Zdravljenje umrlih zaradi drog, Slovenija 2004–2010



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

Pred smrtjo so bili zdravljeni zaradi osnovnega ali neposrednega vzroka smrti tisti, ki so umrli v zdravstveni ustanovi, in samo 1/8 tistih, ki so umrli doma.

Slika 5.9: Vrsta zdravnika, ki je izpolnil podatke v zdravniškem potrdilu o smrti in poročilu o vzrokih smrti, Slovenija 2004–2009



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

Večino zdravniških potrdil o smrti in poročil o vzrokih smrti so izpolnili zdravniki, ki so na umrlem opravili obdukcijo, in ne zdravniki, ki so opravili mrliški pregled.

Kohortna raziskava

V kohortno raziskavo smo vključili 6.482 zapisov oseb, ki so se v obdobju 2004–2006 zdravile v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji. Iz teh zapisov smo identificirali 3.950 oseb, med katerimi jih je v obdobju 2004–2006 umrlo 69 v 8.546,7 opazovanih letih.

Tabela 5.8: Število umrlih uporabnikov drog v Sloveniji v letih 2004–2006, tisti, ki so se zdravili v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti ali ne.

Leto	Umrli uporabniki, vključeni v kohorto	Preostali umrli uporabniki	Vsi umrli
2004	14	55	69
2005	27	47	74
2006	28	49	77
Skupaj	69	151	220

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2006

Med vsemi umrlimi uporabniki drog je bila nekaj manj kot tretjina tistih, ki so se zdravili v centrih za zdravljenje odvisnosti.

Tabela 5.9: Stopnje umrljivosti uporabnikov prepovedanih drog na 1.000 opazovanih let, oseb, vključenih v kohorto in starih 15–54 let, v Sloveniji, v letih 2004–2006

Spol/Starost	Moški		Ženske		Skupaj	
	Uporabniki drog	Vsi moški	Uporabnice drog	Vse ženske	Vsi uporabniki drog	Celotna populacija
Umrlijivost/1.000	9,94	2,64	2,39	3,09	8,09	1,88
Umrlijivost, standardizirana na evropsko s. populacijo	16,94	2,54	16,41	2,98	16,10	1,82
Prestični delež umrljivosti uporabnikov drog	277 %		-23 %		330 %	

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

Umrlijivost uporabnikov drog, ki so se zdravili v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, je bila več kot trikrat višja, kot je bila umrljivost enako starih Slovencev. Pri moških je ta odstotek nekoliko nižji, odstotek žensk ni zanesljiv, zaradi nizkega števila smrti.

Tabela 5.10: *Deleži vzrokov smrti med umrlimi prebivalci Slovenije, starimi od 15 do 55 let, v primerjavi z deleži vzrokov smrti med kohorto uporabnikov prepovedanih drog*

Vzroki smrti	Deleži umrlih uporabnikov prepovedanih drog	Deleži umrlih v slovenski populaciji
Nalezljive in parazitarne bolezni	2,9	0,7
Neoplazme	2,9	30,3
Bolezni obtočil	1,5	17,3
Bolezni dihal	1,5	1,9
Bolezni prebavil	7,2	9,5
Zunanji vzroki	84,0	30,0
Skupaj	100,0	89,7

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

Več kot štiri petine vzrokov smrti med vsemi vzroki smrti umrlih v kohorti predstavljajo nasilne smrti, vse druge so bile nasilne smrti. Uporabniki prepovedanih drog so zaradi nalezljivih in parazitarnih bolezni ter zaradi nasilnih smrti umirali v višjem deležu kot preostali slovenski prebivalci.

Tabela 5.11: *Deleži vzrokov nasilnih smrti med umrlimi prebivalci Slovenije, starimi od 15 do 55 let, in v primerjavi z deleži vzrokov nasilnih smrti med kohorto uporabnikov prepovedanih drog*

Vzroki smrti	Deleži umrlih uporabnikov prepovedanih drog	Deleži umrlih v slovenski populaciji
Transportne nezgode	10,1	29,9
Zadušitev	1,5	1,2
Nezgodne zastrupitve	8,7	2,4
Samomori	27,5	42,8
Napad	4,3	3,0
Nedoločen namen	29,0	7,1
Skupaj	84,1	86,4

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

Med uporabniki drog, vključenimi v kohorto, so bile med nasilnimi smrtmi najpogostejše smrti, za katere se ne ve, ali so bile posledice samomora ali nezgode; tem so sledili potrjeni samomori in njim transportne nezgode. Deleži nezgodnih zastrupitev, napadov in smrti nedoločenega namena so bili med opazovano populacijo višji kot med enako staro slovensko populacijo.

Tabela 5.12: Vzroki smrti med umrlimi zdravljenimi uporabniki drog v primerjavi z vzroki smrti med preostalimi uporabniki prepovedanih drog, Slovenija 2004–2006

	Število zdravljenih		Število nezdravljenih		Skupaj	
Moški	64		99		163	
Ženske	5		35		40	
Mediana starosti ob smrti	Moški	29,8	Moški	28,1	Moški	28,8
	Ženske	35,5	Ženske	36,5	Ženske	36,0
	Skupaj	30,1	Skupaj	29,2	Skupaj	39,9
Duševne motnje	5		3		8	
Bolezni srca in žilja	2		4		6	
Bolezni dihal	1		1		2	
Bolezni prebavil	5		0		5	
Neznani vzroki	1		0		1	
Transportne nezgode	7		9		16	
Druge nezgode	1		1		2	
Zastrupitve	6		27		33	
Samomori	19		42		61	
Napadi	3		6		9	
Nedoločen namen	19		44		63	
Zapleti zdravljenja	1		0		1	

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009

Število zdravljenih umrlih moških in žensk (vključenih v raziskavo) se v primerjavi z nezdravljenimi značilno razlikuje. Med spoloma je tudi značilna razlika v starosti ob smrti, medtem ko razlike v starosti ob smrti med tistimi, ki so se zdravili, in onimi, ki se niso, ni. Značilne razlike med tistimi, ki so se zdravili, in onimi, ki se niso, tudi ni v vzrokih smrti in zunanjih vzrokih smrti.

Med smrtmi so bile najpogostejše tiste, za katere se ne ve, ali je bila smrt povzročena namenoma ali ne, takih je bilo 31 odstotkov. S 30 odstotki jim sledijo smrti zaradi samomorov in nato s 16 odstotki nenamerne zastrupitve, vseh preostalih vzrokov smrti je bilo nekaj manj kot četrtnina.

Razlika v vzrokih smrti je bila značilna pri tistih moških in ženskah, ki niso bili zdravljeni. Več nezdravljenih žensk je naredilo samomor kot moških (71 % : 18 %), medtem ko je delež umrlih moških zaradi transportnih nezgod, nezgodnih zastrupitev in smrti, za katere se ne ve, ali so bile posledica poizkusa samomora ali nezgodne zastrupitve večji med moškimi kot med ženskami.

Zaključki

- Med umrlimi uporabniki drog je bilo več moških kot žensk, zaradi nizkega števila umrlih žensk so razlike v razmerju umrlih med spoloma velike.
- Največje število umrlih med uporabniki drog je bilo med starimi od 20 do 29 let.

- Smrti nastopajo predvsem zaradi zastrupitev s heroinom, z opijem in opijoidi ter z metadonom, največ smrti je nenamernih. Zastrupitve s heroinom, z metadonom in s psihostimulirajočimi učinkovinami naraščajo.
- Glede na slovensko povprečje sta imeli najvišjo stopnjo umrljivosti obalno-kraška in zasavska regija. Večina umrlih je bila samska, umirali so zunaj kraja stalnega prebivališča, pred smrtjo so bili zdravljeni zaradi različnih vzrokov, ki se končajo s smrtjo le tisti, ki so umrli v zdravstvenih ustanovah.
- Umrljivost uporabnikov drog, ki so se zdravili v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, je bila več kot trikrat višja, kot je bila umrljivost enako starih prebivalcev Slovenije.
- Štiri petine smrti med zdravljenimi uporabniki drog predstavljajo nasilne smrti. Med njimi je delež smrti, za katere se ne ve, ali so bile naključne ali namerne, ter naključnih zastrupitev in ubojev več kot med preostalo populacijo. Več je tudi smrti zaradi nalezljivih bolezni.
- Vzroki smrti tistih, ki se zdravijo v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, se značilno razlikujejo od vzrokov smrti preostalih uporabnikov drog. Med zdravljenimi je bilo več nenasilnih smrti in manj zastrupitev, med nasilnimi smrtmi pa več hudih telesnih poškodb kot posledica transportnih nezgod ali samomorov.

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

6.1 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 je predstavljen program zatočišča za uporabnice prepovedanih drog, ki ga izvaja Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma.

6.2 Socialna reintegracija

Zatočišče Stigma, za uporabnice prepovedanih drog – žrtve nasilja *pripravil Borut Bah*

Uporabnice prepovedanih drog so izredno ogrožena skupina. Veliko jih živi na ulici, pri zvodnikih ali preprodajalcih nedovoljenih drog. Podatke o tem smo pridobili na osnovi raziskave Projekt Zatočišče za ženske, uporabnice prepovedanih drog žrtev nasilja, ki je bil izveden v mesecih maju in juniju 2009. V raziskavo je bilo vključenih 23 uporabnic, ki so odgovorile na vprašalnik. Ta je vseboval odprta in zaprta vprašanja na tematiko nasilja in uporabe prepovedanih drog. Med pojavoma smo zaznali vzročno povezavo. Odvisnost od prepovedanih drog osebo velikokrat pripelje v svet prostitucije, kot 'uslugo' za streho nad glavo ali nabavo droge. Posledično jih večina pristane v krogu nasilja in drog, iz katerega ni izhoda, če nimajo varnega prostora, kamor bi se lahko umaknile. Namen raziskave je bil torej ugotoviti stopnjo ogroženosti uporabnic drog zaradi svoje življenjske situacije, preveriti, v kakšni meri se uporabnice poslužujejo obstoječih programov pomoči ter kakšno je njihovo zadovoljstvo s temi programi ter preveriti potrebo po implementaciji novih programov.

Zakaj smo se odločili za vzpostavitev programa? V procesu pomoči uporabnicam prepovedanih drog v različnih programih na Društvu Stigma smo se večkrat srečali s problematiko namestitve ženske v varen prostor zaradi ogroženosti na ulici. Zavetišča v Ljubljani večinoma sprejemajo moško populacijo. Večina obstoječih varnih hiš prav tako ne ustreza uporabnicam prepovedanih drog, saj posameznico etiketira družba in velikokrat tudi ustanove, na katere se je obrnila po pomoč, o čemer govorijo tudi ugotovitve izvedene raziskave in osebne izkušnje uporabnic, ki jih zaznavamo v procesu psihosocialne pomoči uporabnicam prepovedanih drog.

Zatočišče

Januarja 2010 smo začeli izvajanje programa »Zatočišče Stigma, za uporabnice prepovedanih drog – žrtve nasilja«. Cilji in aktivnosti programa temeljijo na izjavah uporabnic,

ki so sodelovale pri raziskavi ter na osnovi individualnega dela z uporabnicami, ki so prišle po pomoč v okviru drugih programov Društva Stigma. Program v prvem letu delovanja finančno podpirata Mestna občina Ljubljana in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS. Izvaja se na tajni lokaciji; v zatočišču je prostora za sedem uporabnic. Zatočišče je odprto vsak dan, 24 ur dnevno. Zaposleni so prisotni ves čas. Uporabnice se v program vključujejo prostovoljno. Pogoja za nastanitev sta izdelan individualni načrt in strinjanje s pravili, predvidenimi sankcijami ob kršitvah ter hišnim redom.

Glavni cilji, ki jih želimo doseči, so: nuditi nastanitev v varnem prostoru, zmanjšati socialne in zdravstvene posledice, povezane z uživanjem drog in nasiljem, izboljšati kakovost življenja uporabnic ter povečati socialno vključenost uporabnic – nuditi podporo in pomoč pri urejanju eksistence (zaposlovanje, izobraževanje, namestitve, vzpostavitev soc. mreže), spodbuditi/motivirati uporabnice, da izstopijo iz tveganega načina življenja, usposobiti uporabnice k čim bolj samostojnemu življenju in razviti socialne veščine, opremiti uporabnice z informacijami o drugih oblikah strokovne pomoči.

Program uporabnicam prepovedanih drog omogoča zagotovitev osnovnih človekovih pravic – to je pravica do varovanja osebnega dostojanstva, zagotovitev varnosti in pravica do stanovanja. Program tako prispeva k zmanjšanju ogroženosti žensk, ki so bile v večini primerov pred vstopom brezdomke. Prebivanje v varnem prostoru, ob podpori strokovnih delavcev in preostale formalne mreže pomoči, lahko prispeva k izboljšanju kakovosti življenja. Ključni pomen programa je zmanjšati škodo zaradi uporabe drog (zmanjševanje socialnih, zdravstvenih in družbenih posledic), v zmanjšanju brezdomstva, kriminalnih dejanj. Namen je tudi v zmanjševanju tveganja, da uporabnica prepovedanih drog postane žrtev prostitucije in nasilja. Hkrati omogoča tudi lažji prehod uporabnice prepovedanih drog v visokopražne programe pomoči, pridobitev zaposlitve, iskanje nove socialne mreže itn.

Uporabnicam so ponujene različne oblike pomoči (psihosocialna pomoč v obliki individualnega dela, skupinskega dela, zagovorništva, neformalnega druženja, spremljanja na različne ustanove ter pristočasne aktivnosti), glede na potrebe vsake uporabnice. Svetovanje in pomoč se nudita brez pogojevanja in prisile. Med vključenostjo v program zatočišča uporabnica s pomočjo individualnega načrta določi cilje, ki jih želi doseči v času, ko je vključena v program. Pri uresničevanju ciljev jo podpirajo strokovni delavec/delavka in preostali sodelavci v programu. Pomembno mesto v programu ima trening socialnih veščin. Pri tem ne gre za to, da bi se uporabnice naučile prilagajati normam družbe – to bi lahko povzročilo odpor. Poudarek je, da se trening socialnih veščin prilagodi vsaki uporabnici posebej in ji pomaga pri uresnitvi lastnih želja in ciljev. Ta naj bi ji pomagal, da se nauči prevzeti odgovornost za lastno življenje ter se zavzemati za lastne želje in cilje. Namen je razvijanje delovnih navad, spoznati samo sebe, naučiti se spopadati s konfliktnimi situacijami. Uporabnice spodbujamo, da si pomagajo med seboj in skupaj vzdržujejo pravila hiše. Uporabnice se delavnic udeležujejo prostovoljno, glede na tematiko, obvezna pa je njihova udeležba na tedenskem sestanku uporabnic zaradi reševanja konfliktnih situacij in potrjevanja/dopolnjevanja hišnih pravil.

Terensko delo

Terensko delo se izvaja v dveh oblikah. Prvo je spremljanje uporabnic, ki prebivajo v zatočišču, na različne naslove pomoči (tudi v smislu zagovorništva) in se izvaja po potrebi.

Drugo pa je terensko delo z uporabnicami, ki še ne prebivajo v zatočišču. Delo na terenu omogoča stik z uporabnicami prepovedanih drog tudi z namenom pridobivanja zaupanja. Uporabnice srečujemo na različnih krajih, kjer se zadržujejo, kjer se vključujejo v druge programe, nekatere pa prihajajo v dnevna centra Društva Stigma. Pridobitev zaupanja je ključnega pomena, saj zaradi dolgoletnih zlorab na ulici uporabnice razvijejo obrambne mehanizme preživetja iz strahu po sekundarni viktimizaciji s strani ustanov, obenem pa se zavedajo zapletenih sistemov ulice, v katere so zapletene.

Težave, s katerimi se srečujemo v Zatočišču Stigma

Nekatere težave so se pokazale že v začetku izvajanja programa. Uporabnice, ki so se vključile v program, so prišle naravnost z ulice, s svojimi navadami in z načinom življenja. Program sam pa za nemoteno delovanje in prebivanje uporabnic zahteva upoštevanje določenih pravil (hišni red). Izkazalo se je, da je večina uporabnic imela velike težave pri spoštovanju pravil, zato so bile nekatere tudi začasno izključene iz programa. Pozneje smo pravila skupaj z uporabnicami oblikovali tako, da so bolj prilagojena ciljni populaciji, vendar še vedno omogočajo delo in prebivanje.

Še vedno pa se občasno srečujemo z naslednjimi težavami:

- težave z zagotavljanjem/ohranjanjem tajnosti lokacije;
- kršenje oz. neupoštevanje pravil (poskusi uporabe drog in alkohola v hiši, neupoštevanje ure prihoda v Zatočišče Stigma, poskus uvedbe zakonov ulice v hiši ...);
- večdnevna odsotnost uporabnice iz Zatočišča Stigma;
- konfliktni odnosi med uporabnicami zaradi individualne obravnave uporabnic, saj v procesu psihosocialne pomoči upoštevamo zgodovino posameznice in skušamo oceniti stanje, opredeliti problem ter jo tako opolnomočiti, da bi vzdržala program; preostale uporabnice to doživljajo tako, kot da se nekaterim 'dovoli vse, drugim manj';
- uporabnice so se poznale že prej, na ulici, ali pa so bile žrtve prostitucije pri različnih zvodnikih; omenjena izkušnja povzroča zrcaljenje in podoživljanje preteklosti, to je psihične, fizične in spolne zlorabe;
- uporabnice, ki so bile dolgočasno pod nadzorom zvodnikov in preostalih ustanov, doživljajo program 'kot zapor' in našo pomoč kot 'nadzor';
- uporabnice ne zmorejo prevzeti odgovornosti za lastno življenje, niso pripravljene opustiti načina življenja, ki ga poznajo; izkušnja, da jim nekdo stoji ob strani, jih straši, kar povejo tudi same; vsaka izmed njih ima občutek, 'da nekaj želimo v zameno', saj so takšnih 'daj – dam' odnosov vajene z ulice;
- uporabnice so vpletene v kompleksne sisteme manipulacij, izsiljevanj na ulici (dilerji, zvodniki, nekdanji partnerji, nerazrešeni odnosi s svojci, težko navezujejo stike z otroki/občutki krivde, ne verjamejo, da jim bo uspelo ...);
- uporabnice, ki želijo abstimirati oziroma že abstimirajo/se pripravljajo na DTO, nimajo strpnosti do tistih, ki še vedno uporabljajo prepovedane droge.

Ugotovitve

Menimo, da se program s pridobivanjem izkušenj, prilagajanjem potrebam in s pridobivanjem zaupanja dobro razvija. Sicer so se nam pojavili pomisleki, da bi bil program mogoče primernejši za uporabnice, ki so že prenehale uporabo drog, saj bi verjetno lažje upoštevale hišni red, vendar smo sklenili, da je večja potreba po tovrstnem programu pri aktivnih uživalciah drog, ki so žrtve nasilja oz. različnih zlorab.

Uporabnice, ki so vključene v program, so dobile možnost prebivanja v varnem prostoru, kar je povzročilo umik z ulice in prekinitev brezdomstva. S tem imajo možnost spreminjanja svojega življenja v smeri zastavljenih ciljev, ki so jih oblikovale v okviru oblikovanja individualnega načrta in svetovanj. Napredek v njihovih življenjih se kaže v postavljenih ciljeh, oblikovanih željah, angažiranosti k spremembam (zmanjšana ali bolj nadzorovana uporaba drog, vključitvi v program detoksikacije, obnovitvi socialnih stikov s primarno družino in z lastnimi otroki, urejanju dokumentov, obiskih zdravstvenih ustanov in v skrbi za zdravje. Zaradi prebivanja v varnem prostoru se uporabnice primerneje prehranjujejo in skrbijo za osebno higieno. Zaradi pozitivnih izkušenj in strokovne podpore se uporabnicam izboljšuje samopodoba in dviga samozavest. Zaradi umika z ulice v varni prostor so nekatere lahko prenehale kriminal ali prostitucijo. V programu se imajo možnost spočiti, razmišljati in si oblikovati smernice za nadaljnje življenje. S prebivanjem v tej skupnosti, skrbjo za prijetno in čisto bivalno okolje se jim vrača občutek za »normalen« način življenja, ki so ga s prebivanjem na ulici oz. v različnih zlorabljaljajočih okoljih izgubile. Že majhne običajne stvari, ki jih preostali v življenju niti ne opazimo (kuhanje, redna prehrana, pranje perila, pospravljanje, obiski zdravnika ...), so uporabnicam postale pomembne in jim bogatijo ter osmišljajo življenje.

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

7.1 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.

Osebe, odvisne od prepovedanih 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 visokopraznimi programi.

7.2 Z drogami povezana kriminalna dejanja in preventiva pred njimi *pripravil Aleksander Pučko*

Uvod

V prispevku so predstavljeni in analizirani statistični podatki in ugotovitve policije s področij organiziranega kriminala in prepovedanih drog za obdobje med letoma 2004 in (vključno) 2009. Statistične in operativne ugotovitve policije, predstavljene v nadaljevanju prispevka, potrjujejo tezo o naraščanju kriminalitete z navedenih dveh področij. Večji poudarek v prispevku pa je namenjen področju prepovedanih drog.

Delinkvenco glede prepovedanih drog lahko razdelimo v tri bistvene kategorije, in sicer:

- *primarno kriminaliteto* na področju drog, kamor štejemo vse oblike storitve kaznivih dejanj, opredeljenih v 186. in 187. členu veljavnega Kazenskega zakonika;
- *v oskrbovalno kriminaliteto* z neposrednimi delikti, kamor sodijo: nabava in posest prepovedanih drog, vlomi v lekarne in ponarejanje receptov, ter posredni delikti, kamor sodijo: tatvine, vlomi, ropi, goljufije, prodaja droge za denar zaradi pridobivanja sredstev za poznejšo lastno nabavo in uporabo itn.;
- *posledično delinkvenco*, kot so: ulično nasilje, združevanje v tolpe, prosjačenje in podobno.

Policija večji del aktivnosti usmerja zoper ponudbo prepovedanih drog, kar pa ne pomeni, da se z drugim področjem, tj. s preprečevanjem uporabe, ne ukvarja oz. ne sodeluje. Policija na tem področju tvorno sodeluje z drugimi vladnimi resorji in tudi z nevladnimi organizacijami, ki pokrivajo to področje. Glavnina policijskega dela na področju prepovedanih drog sloni na preprečevanju ponudbe.

Uresničevanje zastavljenih ciljev policije na področju prepovedanih drog

V smislu uspešnega in učinkovitega izvajanja nalog za preprečevanje, odkrivanje in za preiskovanje kriminalitete policija kot organ v sestavi Ministrstva za notranje zadeve RS izvaja naloge iz načrta dela policije za tekoče leto. Načrt dela policije vsebuje naloge in strategije iz treh ključnih dokumentov, in sicer:

- Resolucije o nacionalnem programu preprečevanja in zatiranja kriminalitete, ki obsega obdobje 2007–2011;
- Akcijskega načrta Sveta in Komisije o izvajanju Haaškega programa za krepitev svobode, varnosti in pravice v EU;
- Strategija EU na področju drog (2005–2012);
- Resolucije o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009.

Poleg navedenih ključnih dokumentov se za načrtovanje nalog in strategij dela policije uporabljajo tudi drugi ustrezni dokumenti s tega področja, ki so bili sprejeti v obliki uredb, priporočil, pogodb in so jih sprejele pristojne ustanove EU.

Dejavnosti policije proti organiziranemu kriminalu

Področje prepovedanih drog sovпада s področjem organiziranega kriminala. Zato so v nadaljevanju predstavljeni statistični podatki obravnavanih kaznivih dejanj, ki so bila po presoji preiskovalcev posledica organizirane kriminalitete z vsemi značilnostmi opredelitve oz. definicije organiziranega kriminala, kot jih je opredelila delovna skupina za policijsko sodelovanje Sveta EU – ENFOPOL¹. Ugotovljeni morajo biti vsi štirje stalni in vsaj dva variabilna kriterija.

Stalni kriteriji:

- združba vsaj treh oseb;
- deluje v daljšem ali časovno nedoločenem obdobju;
- izvršuje uradno pregonljiva kazniva dejanja;
- pridobiva premoženjsko korist ali družbeno moč.

Variabilni kriteriji:

- uporablja notranja pravila ravnanja;
- uporablja nasilje in/ali korupcijo;
- vpliva na medije, gospodarstvo, državno upravo, na politiko;
- deluje na podjetniški način;
- deluje mednarodno ali je
- vpletena v pranje denarja.

Iz statističnih podatkov je tako mogoče ugotoviti, da se je na območju Republike Slovenije od leta 2004 do vključno leta 2009 število obravnavanih tovrstnih kaznivih dejanj povečalo za 83,6 %, in sicer z 225 na 413 kaznivih dejanj. Podatki so razvidni iz Tabele 7.1.

Tabela 7.1: *Prikaz števila obravnavanih kaznivih dejanj z elementi organiziranega kriminala*

KD/Leto	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kazniva dejanja organizirane kriminalitete	225	397	499	293	359	413

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS, Zamrznjena baza ERC

¹ Dokument št. 624/2/9 ENFOPOL 35 REV 2.

Policijska dejavnost na področju organizirane kriminalitete je bila v tem obdobju usmerjena predvsem v odkrivanje kriminalnih združb, ki so po t. i. balkanski poti tihotapile prepovedane droge, ljudi, orožje in eksplozive ter visokoobdavčljivo blago. Dejstvo je, da je povečanje obravnave tovrstnih kaznivih dejanj plod načrtnega dela in dejavnosti, ki jih je policija (in jih še) usmerjala proti organiziranim kriminalnim združbam, pri tem pa si je pomagala z uresničevanjem dviga strokovne ravni znanja organov pregona ter s tesnejšim mednarodnim sodelovanjem, predvsem z državami zahodnega Balkana in državami članicami EU.

Ne nazadnje sta k dobrim rezultatom na področju zatiranja organiziranega kriminala pripomogla tudi vzpostavljen celovit sistem spremljanja kriminalnih združb in kakovostno analiziranje pridobljenih informacij. Prav tako si dela na področju zatiranja organiziranega kriminala ni mogoče predstavljati brez kakovostnega mednarodnega sodelovanja. Ravno mednarodno sodelovanje je omogočilo ugodne statistične podatke, ki so v nadaljevanju navedeni za preiskovanje kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog. V omenjenem obdobju (2004–2009) sta Ministrstvo za notranje zadeve RS in policija podpisala 30 pogodb o mednarodnem sodelovanju s posameznimi državami v obliki memorandumov, sporazumov, skupnih izjav, protokolov in dogovorov o sodelovanju na različnih področjih, med njimi tudi s področij organiziranega kriminala in prepovedanih drog.

Dejavnosti za zmanjševanje ponudbe prepovedanih drog

Kriminaliteto prepovedanih drog pojmuje kot prikrito kriminaliteto. Obstaja namreč poseben odnos med akterji, kjer zaradi medsebojne odvisnosti ni klasično podanih naznanil in ovadb. Primeri, da bi posameznik, vpleten v neko kaznivo ravnanje, to tudi naznanil, so izjemno redki.

Podatki o kriminaliteti glede prepovedanih drog izkazujejo tisto kriminaliteto, ki jo organi odkrivanja odkrijejo na osnovi lastnega in samoiniciativnega dela. Ob tem pa se je treba zavedati, da je temno polje na tem področju izredno veliko.

V zadevnem obdobju je slovenska policija zaznala porast ukrepov na obeh področjih, torej na področjih evidentiranih kaznivih dejanj in evidentiranih prekrškov s področja prepovedanih drog. Skupno število kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog (čl. 186 in 187 KZ) se je od leta 2004 povečalo za 1.000 kaznivih dejanj, kar je 81-odstotni porast. Prav tako je bilo v zadevnem obdobju obravnavanih čedalje več osumljencev storitve kaznivih dejanj s tega področja, in sicer je zaznan 87-odstotni porast.

V okviru obravnavanih prekrškov po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD) je policija zaznala konstanten porast evidentiranih prekrškov, vendar ta odstotek ni tako očiten kot pri kaznivih dejanjih. Glede na statistične podatke je ta porast »le« 21-odstoten«.

Opisani statistični podatki so pridobljeni z analizo podatkov, ki jih policisti regionalne in lokalne ravni policije vnašajo v centralni računalnik Ministrstva za notranje zadeve RS in so razvidni iz Tabele 7.2.

Tabela 7.2: *Statistični prikaz števila obravnavanih primerov kaznivih dejanj, njihovih osumljencev ter prekrškov po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami*

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kazniva dejanja	1231	1241	1794	1612	1681	2231
Osumljeni	1374	1536	2102	1783	1963	2570
Prekrški	2755	2490	2974	3077	3314	3338

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS, Zamrznjena baza ERC

Slovenski kazenski zakonik pojmuje dve glavni izvršilni obliki kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog (čl. 186 in 187 KZ), ki v členu 186 prepoveduje in sankcionira neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami, v členu 187 pa inkriminira omogočanje uživanja prepovedanih drog. Dve tretjini vseh evidentiranih kaznivih dejanj se nanašata na področje proizvodnje in prometa s prepovedanimi drogami, torej na izvršilnih oblikah, inkriminiranih v čl. 186.

Kot izvršilna oblika storitve kaznivega dejanja po čl. 186 Kazenskega zakonika se v največji meri pojavljajo tri tovrstne oblike, in sicer: nakup prepovedanih drog zaradi prodaje, ponujanje na prodaj in prodaja.

Kot je razvidno iz Tabele 7.2, je bil v letu 2009 zaznan 32-odstotni porast obravnavanih kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog v primerjavi z letom 2008. Policija je evidentirala in obravnavanih 2.231 kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog, od tega 2.096 kaznivih dejanj po členu 186 Kazenskega zakonika, torej kaznivih dejanj, ki inkriminirajo neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami. Vzrokov za porast evidentiranih kaznivih dejanj je več, glavna pa sta povečan angažma lokalne ravni (policijskih postaj) na tem področju ter večje število evidentiranih in obravnavanih kriminalnih združb, katerih člani so izvrševali kazniva dejanja s področja prepovedanih drog. Tako je policija na tem področju v letu 2009 obravnavala 36 kriminalnih združb (2008 = 31 kriminalnih združb). Gre za obravnavane kriminalne združbe, katerih članje je policija obravnavala in preiskovala z odobrenimi prikritimi ukrepi iz Zakona o kazenskem postopku.

Poleg že omenjenih oblik izvršitve kaznivega dejanja pa je evidentiran očiten porast evidentiranih nezakonitih pridelovalcev konoplje. V tovrstnih primerih gre za dva načina izvrševanja kaznivega dejanja, in sicer nezakoniti nasadi na prostem in hidroponično gojenje konoplje v zaprtih prostorih. Uradna evidenca, ki se vodi v centralnem računalniku MNZ, na žalost ne podpira tovrstne evidence, torej statističnega podatka o številu nasadov in številu t. i. laboratorijev za proizvodnjo konoplje. Zato navajamo neuradno statistiko za področje hidroponičnega gojenja konoplje, ki jo vodi Oddelek za prepovedane droge UKP GPU, iz katere pa je razvidno, da je bilo v letu 2008 evidentiranih 7, v letu 2009 pa 11 tovrstnih prostorov. Našo tezo o porastu nezakonite pridelave konoplje potrjuje dvoje dejstev, in sicer povečanje zaseženih bilk konoplje za 32 % v letu 2009 v primerjavi z letom 2008 ter dejstvo, da je bilo v prvih devetih mesecih leta 2010 na območju Republike Slovenije evidentiranih že 21 t. i. laboratorijev za hidroponično gojenje konoplje.

7.3 Uporaba drog in problematična uporaba drog v zaporih

Raziskava o tveganih vedenjih v Zavodih za prestajanje kazni zapora Ljubljana, Ig in Dob *pripravil Borut Bah*

Uvod

Zaposleni v društvu Stigma že več let izvajamo svetovanje v zavodih za prestajanje kazni zapora (ZPKZ). Namenjeno je obsojencem in obsojenkam, ki so na prestajanju kazni posredno ali neposredno predvsem zaradi težav z drogami. V letu 2009 smo začeli izvajati pilotski projekt zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v slovenskih zaporih, ki predstavlja nadaljevanje našega večletnega dela. Projekt je finančno podprt s subvencijo Islandije, Liechtensteina in Norveške prek Finančnega mehanizma EGP in Norveškega finančnega mehanizma ter Službe Vlade RS za razvoj in evropske zadeve.

Namen osemnajstmesečnega projekta je bil raziskati tvegana vedenja, povezana z uporabo drog v zaporih, in implementacija pilotskega projekta zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog ter s tem zagotoviti ekvivalentno obravnavo obsojencem/-kam, hkrati pa vplivati na zmanjšanje tveganih vedenj v slovenskih zaporih. Dejstvo je, da je zdravje zapornikov tudi javnozdravstveni problem, saj se obsojenci po prestani kazni vrnejo v skupnost. Namen projekta je bil tudi ugotoviti, kateri izmed trenutno znanih načinov zamenjave sterilnega pribora je najustreznejši za vsakega izmed zaporov, ki bo vključen v pilotski projekt. V vsakem zaporu so posebnosti, npr. zaprti/(pol-)odprti oddelki, velikost oddelkov, velikost sob, razporeditev prostorov, osebje, soobsojenke/-ci, dostopnost do zdravstvene in svetovalne službe. Že z raziskovalnimi instrumenti je bila pozornost usmerjena tudi na upoštevanje teh posebnosti in s tem preverjanje ustreznosti načina zamenjave glede na posebnosti posameznega zapora. Končni cilj, ki smo si ga zastavili, pa je bil implementacija zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v treh slovenskih zaporih. To se zaradi različnih razlogov, predvsem pa zaradi neustrezne zakonodaje, ni realiziralo.

Metodologija

Za izvedbo raziskave o tveganih vedenjih v zaporih smo uporabili vprašalnik, ki je bil uporabljen že v raziskavi Tvegana vedenja v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora (Hren in sod., 2002). Podatke smo nato vnesli in obdelali v računalniškem programu Excel.

Namen raziskave je bil:

1. preveriti obstoj in razsežnost tveganih vedenj – pojavov rabe drog, spolnosti in tetoviranja v zaporih;
2. preveriti raven seznanjenosti o tveganjih, povezanih z načini prenosa in širjenja virusa HIV in hepatitisa C;
3. na osnovi ugotovljenih podatkov in stopnje tveganih vedenj podati oz. predlagati ustrezna priporočila in ukrepe;
4. ugotoviti potrebe in najprimernejši način zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v posameznem zaporu.

Raziskava v ZPKZ Ig je zajela osebe na prestajanju kazni zapora na dan 17. 6. 2009. Od 29 obsojenk, ki so tedaj prestajale kazen zapora, jih je v raziskavi sodelovalo 17 oz. 59 %.

Zbiranje podatkov je potekalo v prisotnosti sodelavcev Stigme. Raziskava v ZPKZ Ljubljana je bila izvedena v tednu 28. 9.–2. 10. 2009. Od 111 obsojencev, ki so tedaj prestajali kazen zapora, jih je v raziskavi sodelovalo 57 oz. 51 %. Vprašalnike je obsojencem razdelil zaposleni v ZPKZ, obsojenci pa so izpolnjeni vprašalnik oddali v zaprti kuverti. V ZPKZ Dob pa smo raziskavo izvedli 29. 3. 2010. Od 480 obsojencev, ki so tedaj prestajali kazen zapora, jih je v raziskavi sodelovalo 161 oz. 34 %. Anketiranje je potekalo na dva načina. Dopoldne smo obsojencem v štirih skupinah (trije bloki in odprti oddelek) razdelili vprašalnike in jim po potrebi tudi pomagali pri izpolnjevanju. Popoldne smo anketiranje izvedli še med obsojenci, ki so bili dopoldne na delu. Obsojencem, ki kazen prestajajo v strožje varovanem oddelku, pa smo vprašalnike razdelili individualno v kuverti, obsojenci pa so izpolnjeni vprašalnik oddali v zaprti kuverti.

Ugotovitve in razprava

Seznanjenost o mogočih načinih prenosa okužb z HIV in hepatitisa C: mnenja obsojencev/-k o mogočih načinih prenosa.

V vseh treh zaporih se je pokazalo, da so obsojenci/-ke dobro seznanjeni o načinih prenosa, ki predstavljajo največje tveganje za širjenje okužb HIV-a in hepatitisa C, kot sta souporaba pribora za injiciranje drog in nezaščiteni spolni odnosi. Slabše pa so seznanjeni glede drugih mogočih načinov, ki smo jih podali, vendar pri njih ni možnosti prenosa virusov. Precej obsojencev (približno polovica v ZPKZ Ljubljana in 33 % v ZPKZ Dob) meni, da se virusi hepatitisa in HIV-a lahko prenašajo tudi pri kašljanju, kihanju, delu in življenju z okuženimi osebami (22 % v ZPKZ Dob, 30 % v ZPKZ Ljubljana) ter pri souporabi jedilnega pribora, banje, tuša, stranišča (40 % v ZPKZ Ljubljana, 29 % v ZPKZ Ig). Po našem mnenju se pomanjkanje pravih informacij za obsojence lahko kaže tudi kot strah pred sobivanjem z okuženo osebo in določeno nelagodje, zato predlagamo, da bi v zaporu izvedli več predavanj o omenjeni temi.

Število okuženih s hepatitisom B, hepatitisom C in s HIV-om

V vseh zaporih velik odstotek oseb ni seznanjen s svojim statusom (v ZPKZ Ig in Dob skoraj 30 %). Še posebej je problematično dejstvo, ker ti/-e obsojenci/-ke nimajo dovolj informacij o načinih prenosa, kar lahko povzroča dodaten strah. Eden izmed razlogov je v tem, da že sama udeležba na testiranju v zaporu pomeni določeno stigmo. Kar precej obsojencev meni, da bi morali pozitivne osebe ločiti od preostalih obsojencev. Zato se mnogi, ki so pozitivni, tudi ne vključujejo v zdravljenje.

Osem obsojencev (5 %) v ZPKZ Dob je potrdilo, da so okuženi s hepatitisom B, dvanajst (7 %) z virusom hepatitisa C in 5 oseb (3 %) s HIV-om. V ZPKZ Ig je pet obsojenk (29 %) potrdilo, da so okužene s hepatitisom C, nobena s HIV-om ali s hepatitisom B. Ugotovili smo, da 5 obsojenk (29 %) ni želelo razkriti, ali so okužene s HIV-om in hepatitisom C. V ZPKZ Ljubljana pa je osem obsojencev (14 %) potrdilo, da so okuženi s hepatitisom C, eden z virusom hepatitisa B in nihče s HIV-om. 6 obsojencev (10,5 %) ni seznanjenih s svojim statusom.

Predvsem se nam zdi skrb vzbujajoč podatek, da v ZPKZ Dob osebe, ki so navedle, da so pozitivne na HIV, hkrati poročajo tudi o veliki stopnji tveganja – 3 osebe imajo spolne odnose v zaporu in v večini primerov ne uporabljajo kondomov, ena oseba pa droge v zaporu injicira,

ampak pribora ne izmenjuje z drugimi. Ena oseba, ki ima spolne odnose, ni seznanjena s tem, da se prek spolnih odnosov lahko prenašata virusa hepatitisa in HIV-a.

Uporaba drog

Glavne ugotovitve, ki so se pokazale v raziskavi, so, da problematika uporabe drog in injiciranje drog v zaporih obstajata. Droge sicer uporablja manj oseb kot pred nastopom kazni, vendar je tveganje za širjenje okužb s HIV in hepatitisi večje. Uporabo heroina v ZPKZ Ljubljana je potrdilo 19 obsojencev oz. 33 %. Kokain uporablja 10 (17,5 %) obsojencev, uspavala in pomirjevala 26 oseb (45,6 %), marihuano ali hašiš pa 20 obsojencev. O uporabi heroina in kokaina v ZPKZ Ig sta poročali dve osebi, kar predstavlja 11,7 % obsojenk. 8 obsojenk (47 %) je navedlo uporabo uspaval in pomirjeval. V ZPKZ Dob heroin uporablja 12 obsojencev oz. 7 %. Kokain uporablja 3 % obsojencev. 45 (28 %) obsojencev je poročalo o uporabi različnih tablet in uspaval. Opozoriti pa moramo, da glede podatka o uporabi tablet ne moremo z gotovostjo trditi, da so vse/-i obsojenke/-ci upoštevali dejstvo, da nas je zanimala samo uporaba uspaval in pomirjeval, ki se ne jemljejo z namenom zdravljenja oz. jim jih ne predpiše zdravnik.

V vseh treh zaporih smo kot enega izmed načinov uporab drog zaznali tudi injiciranje drog, ki predstavlja največje tveganje za širjenje različnih okužb. V ZPKZ Ljubljana je injiciranje drog potrdilo 8 obsojencev oz. 14 %, v ZPKZ Ig 2 obsojenki oz. 11,7 %, v ZPKZ Dob pa 11 oseb oz. 7 %. Skrb vzbujajoče je dejstvo, da v ZPKZ Ig in Ljubljana večina oseb pribor za injiciranje izmenjuje z drugimi obsojenci/-kami. Od 8 oseb, ki so odgovorile, da injicirajo droge v ZPKZ Ljubljana, je 7 oseb poročalo o souporabi pribora za injiciranje, od teh 7 oseb pa jih je 5 priznalo, da so že okužene s hepatitisom C. V ZPKZ Ig sta obe osebi, ki droge injicirata, poročali o souporabi pribora za injiciranje, obe sta tudi okuženi s hepatitisom C. V ZPKZ Dob so podatki o souporabi pribora manj skrb vzbujajoči – o souporabi pribora za injiciranje je poročal manjši odstotek oseb – od 11 oseb, ki droge injicirajo, si 7 oseb pribora za injiciranje ne izmenjuje z drugimi, samo 2 osebi pa sta potrdili souporabo pribora za injiciranje. Ti osebi nista okuženi z virusoma hepatitisa in HIV-a in sta seznanjeni z mogočimi načini prenosa. Smo pa v tem zaporu zaznali drugo vrsto tveganja, saj so obsojenci poročali o čiščenju že uporabljenih igel in drugih pripomočkov za injiciranje drog. Ob tem moramo poudariti, da čiščenje pribora ni zadosten ukrep in da v teh primerih še vedno obstaja tveganje bakterijskih okužb.

V vseh treh zaporih smo ugotovili, da droge v zaporu uporablja manj oseb kot pred nastopom kazni, še posebej se je zmanjšalo število oseb, ki so droge injicirale. Pred nastopom kazni je droge med obsojenci v ZPKZ Ljubljana injiciralo 22 oseb, v zaporu pa samo 8. 11 obsojencev v zaporu heroin uporablja na druge načine (snifanje, kajenje na folijo). V ZPKZ Dob je 39 obsojencev potrdilo, da so kadar koli v življenju injicirali droge, 11 oseb injiciranje drog nadaljuje tudi v zaporu. V ZPKZ Ig je 10 obsojenk potrdilo, da so kadar koli v življenju injicirale droge, 2 osebi injiciranje drog nadaljujeta tudi v zaporu. Nismo pa uspeli izvedeti, ali je vzrok za to v pomanjkanju sterilnega pribora ali zavedanju uporabnikov drog o mogočih tveganjih.

Spolnost

Spolne odnose v ZPKZ Ljubljana je potrdilo 6 oseb (11 %). Te osebe ne uporabljajo zaščitnih sredstev pred spolno prenosljivimi boleznimi, čeprav je večina obsojencev, ki ima spolne

odnose v zaporu, poročala, da imajo možnosti priti do kondomov, če bi jih potrebovali. V ZPKZ Ig od dveh oseb, ki sta poročali, da imata spolne odnose v zaporu, ena nikoli ne uporablja zaščitnih sredstev pred spolno prenosljivimi boleznimi, druga pa občasno. V ZPKZ Dob pa je 30 % obsojencev poročalo, da imajo spolne odnose v zaporu (število je mogoče višje tudi zaradi dejstva, da v tem zaporu obstaja možnost prenočevanja obiskovalcev), polovica teh obsojencev pa nikoli ne uporablja kondoma. Zato je vseeno treba opozoriti na veliko tveganje za širjenje spolno prenosljivih okužb.

Tetoviranje

Za vse tri zapore smo ugotovili, da so se obsojenci in obsojenke večinoma tetovirali zunaj zaporov in da so bile pri tetoviranju večinoma uporabljene sterilne igle oz. pribor. V ZPKZ Ljubljana se je od 27 oseb, ki so tetovirane, 7 oseb tetoviralo v ZPKZ Ljubljana, 4 pa v drugem zaporu. V ZPKZ Ig je tetoviranih 7 obsojenk, od tega sta se 2 tetovirali v zaporu. V ZPKZ Dob je tetoviranih 87 oseb – 19 se jih se je tetoviralo v ZPKZ Dob, 19 pa v drugem zaporu.

Potreba po implementaciji programa zamenjave sterilnega pribora v zapore

V zadnjem delu raziskave smo preverili mnenja obsojencev o uvedbi programa zamenjave pribora za injiciranje drog v zapore. Zanimalo nas je mnenje oseb, ki so v življenju že injicirale droge, in tudi tistih, ki drog niso nikoli uporabljale. V veliki večini je projekt dobil podporo. V ZPKZ Ljubljana od 22 obsojencev, ki so kadar koli v življenju injicirali drogo, 18 oseb podpira uvedbo projekta, med njimi vsi, ki droge injicirajo tudi znotraj zapora. V ZPKZ Ig vseh deset obsojenk, ki so kadar koli v življenju injicirale droge, podpira uvedbo projekta zamenjave sterilnega pribora za injiciranje. Najmanj podpore smo ugotovili v ZPKZ Dob, kjer projekt podpira 22 (56 %) od 39 oseb, ki so priznale, da so kadar koli v življenju injicirali droge.

Od 16 obsojencev v ZPKZ Ljubljana, ki niso nikoli injicirali drog in so podali svoje mnenje glede uvedbe projekta, jih 9 projekt podpira, 7 pa jih nasprotuje. Od 7 obsojenk v ZPKZ Ig, ki niso nikoli injicirale drog, 4 podpirajo uvedbo projekta, 3 obsojenke pa projektu nasprotujejo. V ZPKZ Dob pa jih od obsojencev, ki niso nikoli injicirali drog, 49 podpira uvedbo projekta zamenjave pribora, 33 pa temu nasprotuje.

Zaključek

Zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v zaporih v teh letih nismo mogli izvajati, ker tega ni dopuščala slovenska zakonodaja. Dostopnost do sterilnega pribora za injiciranje drog je sicer kot ena izmed aktivnosti zapisana že v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 (ReNPPD, 2004). Resolucija med drugim določa naslednje:

- zagotoviti osebam na prestajanju kazni zapora določeno znanje o drogah in načinih obravnave ter s tem spodbuditi odgovornost zapornikov za lastno zdravje;
- da se zaradi preprečevanja okužbe z nalezljivimi obolenji (HIV, hepatitis B in C itn.) omogoči zapornikom enakost storitev, kot so dostopne v širši družbi;
- da se zagotovi odvisnim od drog možnost za alternativno prestajanje kazni v terapevtskih skupnostih in drugih oblikah zdravljenja ter socialne rehabilitacije;
- Slovenski ReNPPD je usklajen z evropsko strategijo, vendar se v Sloveniji program zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog še ne izvaja.

Slovenska zakonodaja je do leta 2008 uporabo drog v zaporu uvrščala med hujše disciplinske prekrške, zato tudi ni bilo dovoljeno posedovati pribora za uporabo drog. Leta 2008 so začele veljati spremembe Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 76/2008 z dne 25. 7. 2008), kjer uporaba drog ni več disciplinski prekršek. S spremembami omenjenega zakona so se odprle možnosti za vpeljavo programa zamenjave pribora za uporabo drog. Ponovno so se možnosti za implementacijo omenjenega programa zaprle s sprejetjem Pravilnika o izvrševanju pooblastil in nalog pravosodnih policistov (Uradni list RS, št. 85/2009 z dne 30. 10. 2009), ki v prvem in sedmem odstavku 33. člena določa: »(1) Če pravosodni policist pri osebni pregledu obsojenca, pregledu bivalnih prostorov, pošiljk ali prtljage najde predmete ali substance, ki jih obsojenec ne sme imeti pri sebi, ali če najde stvari, ki jih je treba odvzeti, jih pravosodni policist zaseže in skupaj s poročilom izroči poveljniku.; (7) Predmeti ali substance, ki so bili uporabljeni ali namenjeni za uporabo pri izrednih dogodkih v zavodu (pobeg, napad, pribor za uživanje drog ...) in niso last obsojencev ali predmet kaznivega dejanja, se hranijo v zavodu.«. Podrobneje življenje v zaporih urejajo hišni redi, ki so interni dokumenti vsakega zavoda.

Pri pregledu zakonov, pravilnikov in hišnih redov lahko ugotovimo, da ti nikjer izrecno ne prepovedujejo posesti pribora za uživanje drog. Edina omemba pribora je v 33. členu že omenjenega Pravilnika o izvrševanju pooblastil in nalog pravosodnih policistov, kjer se zdi, kot da je nepremišljeno navržena v omenjeni člen. Z Zakonom o izvrševanju kazenskih sankcij so uživanje drog izključili iz hujših disciplinskih prekrškov, leta 2009 pa so to uvrstili med izredne dogodke. Po naših podatkih zaprte osebe ne smejo imeti pripomočkov za uporabo drog in so jim le-ti zaseženi, če jih pazniška služba odkrije.

Na potrebo po uvedbi takega projekta v zaporih nas že od samega začetka opozarjajo uporabniki/-ce drog, ki prestajajo kazen zapora, potrebo po omenjenem projektu pa so že leta 2002 ugotovili tudi izvajalci raziskave Tvegana vedenja v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora (Hren in sod., 2002). Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), UNAIDS in Svet Evrope že več kot deset let opozarjajo, da je treba obsojenim osebam zagotoviti enako zdravstveno oskrbo, kot jo imajo osebe na prostosti, kar vključuje tudi zamenjavo sterilnega pribora za injiciranje drog. Z uvajanjem projekta se ne spodbuja uporaba drog, aktivnosti le zmanjšujejo škodljive posledice uporabe drog.

Čeprav je bila v slovenskih zaporih že večkrat ugotovljena potreba po uvedbi dodatnih aktivnosti zmanjševanja škode zaradi drog, se določene aktivnosti še vedno ne izvajajo. Hkrati se povečuje tudi število uporabnikov drog, ki so na prestajanju kazni zapora. Po podatkih Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij (Letno poročilo UIKS, 2009) je bilo v letu 2009 v Sloveniji prepoznanih 1.209 zaprtih oseb, ki so imele težave zaradi uživanja nedovoljenih drog. Delež zaprtih oseb, ki imajo težave z drogami, je bil v letu 2009 25-odstoten, v letu 2000 pa 7,6-odstoten (Letno poročilo UIKS, 2000). Po podatkih uprave je bilo v letu 2009 med zaprtimi, ki so imeli težave z drogo, 66 % takih, ki so imeli izkušnjo z drogo že pred nastopom kazni. 34 % jih je torej prvič poskusilo drogo v zaporu. Poročilo tudi navaja, da od leta 2001 zaznavajo konstantno naraščanje vnosa nedovoljenih drog. Kot je razvidno iz Letnega poročila UIKS (2007), je bilo v letu 2007 prepoznanih 1.090 zaprtih oseb (25 % vseh zaprtih), ki so imele težave zaradi uporabe nedovoljenih drog. V primerjavi z letom prej se je njihovo število povečalo za 14 %.

Glede na v raziskavi pridobljene podatke in mnenja obsojencev/-nk zato podajamo naslednje predloge:

- Uvedba zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v ZPKZ Ljubljana prek iglomatov in v ZPKZ Ig prek nevladne organizacije Stigma.
- Dogovor z zaposlenimi v obeh zaporih o stopnji nadzora in sodelovanju, če se začne izvajati projekt zamenjave pribora.
- Treba je najti rešitev, kako v projekt vključiti samo osebe, ki droge že injicirajo.
- Predstavitev pozitivnih vidikov projekta obsojencem/-kam, ki nasprotujejo uvajanju projekta.
- Nadaljevanje seznanjanja o hepatitisu C in HIV-u.
- Obsojencem in obsojenkam zagotoviti dostop do informacij o varnejši spolnosti.
- Uvedba oddelkov brez drog »drug free«.
- Zagotoviti večjo dostopnost do anonimnega prostovoljnega testiranja na hepatitis C in HIV.

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

Stanje na področju drog v zavodih za prestajanje kazni zapora 2009 *pripravila Olga Uršič Perhanc*

Uvod

Prispevek predstavlja obravnavo odvisnosti od prepovedanih drog v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora v letih 2009 in 2010.

Zaprte osebe, odvisne od prepovedanih drog, se je tudi v omenjenem obdobju obravnavalo skladno s strategijo, ki omogoča vzpostavitev in vzdrževanje abstinence, izvedbo spremembe življenjskega sloga brez drog in pripravo na odpust.

Glede tega je zdravstveno osebje zagotavljalo zaprtim osebam pomoč pri abstinenci krizah, nadomestno 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 k zdravljenju. Strokovno osebje zavodov pa je v okviru kadrovske možnosti z izvajanjem psihosocialnih programov pomoči omogočalo zaprtim osebam doseganje višjih ciljev v obravnavi odvisnosti.

Metodologija

Generalni urad Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij RS redno spremlja stanje na področju drog v zavodih za prestajanje kazni zapora, in sicer z zajemanjem podatkov za letno poročilo.

Vsake tri mesece na konkretni dan preveri številčno stanje zaprtih oseb s težavami s prepovedano drogo in tudi število okuženih z virusom HIV, s hepatitisom in tuberkulozo.

Z dnevno komunikacijo z zavodi pa med drugim spremlja tudi vse izredne dogodke, povezane z omenjeno problematiko.

Stanje na področju drog

Ugotovljeno je bilo, da je tudi v letu 2009 dobra četrtina celotne populacije zaprtih oseb imela težave s prepovedano drogo.

Tabela 7.3: Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih oseb v letih 2002–2009

Leto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Število vseh zaprtih oseb	5.219	4.725	4.344	3.097	3.572	4.311	4.383	4.730
Osebe s težavami zaradi droge	703	727	944	868	948	1.090	1.210	1.209
Delež v %	13,47	15,38	21,73	28,03	26,5	25,3	27,6	25,6

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2009

Med skupno 1.209 zaprtimi osebami s težavami zaradi drog je bilo 796 ali 66 % takih, ki so imeli izkušnjo z drogo že pred nastopom kazni.

Med 1.209 zaprtimi osebami, ki so bile odvisne od prepovedanih drog ali so imele težave zaradi uporabe drog, je prejelo metadonsko terapijo 547 ali 45 % zaprtih oseb. Največ je bilo vzdrževalne terapije. V primerjavi z letom 2008 se je število oseb na metadonski terapiji povečalo za 5.

Med 796 novosprejetimi osebami s težavami z drogo je bilo 368 ali 46 % oseb z že predpisano metadonsko terapijo.

Za testiranje na HIV in hepatitis se je odločilo manj zaprtih oseb kot v letu 2008. Po razpoložljivih podatkih o izidih testiranj v letu 2009 sta bili dve osebi okuženi z virusom HIV. Hepatitis B je bil potrjen pri trinajstih ter hepatitis C pri 47 zaprtih osebah. Bolniki so iskali pomoč in svetovanje tudi v ambulantah za aids.

Zdravstveno in preostalo osebje zavodov je dosledno izvajalo priporočila medicinske stroke glede pravočasnega odkrivanja bolnikov ter zdravljenja in nege po navodilih zdravnikov specialistov.

275 oseb je imelo abstinenčne krize, ki so jih obravnavali v zavodskih ambulantah. Težave so lajšali predvsem z zdravlili pa tudi s povečanjem odmerka metadona.

Tabela 7.4: Izidi prostovoljnih in zaupnih testiranj na hepatitis in HIV v letih 2002–2009

Leto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Število testiranih na HIV	140	134	179	305	242	297	235	202
Število testiranih na hepatitis	247	183	269	303	322	378	326	271
HIV	4	0	0	0	2	1	1	2
Hepatitis A	0	3	3	2	1	2	0	0
Hepatitis B	15	14	10	7	12	15	7	13
Hepatitis C	28	63	90	85	87	97	75	47
Skupaj	47	80	103	94	102	115	83	62

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2009

Za doseganje enakega standarda zdravstvene oskrbe zaprtih in znotraj tega tudi obravnave odvisnosti, kot je v družbi, je uprava z dolgoletnim medresorskim sodelovanjem dosegla vključitev zavodskih ambulant v sistem javne zdravstvene mreže.

S podpisanim Protokolom za izvajanje nalog, ki izhajajo iz 22. točke prvega odstavka 15. člena, in nalog iz 24. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – po noveli ZZVZZ-K (Uradni list RS, št. 76/08) – je bil s 1. 1. 2009 uveden nov status zavarovancev v obveznem zdravstvenem zavarovanju, in sicer:

- pripornikom, ki niso zavarovanci iz drugega naslova, do trenutka nastopa pripora oz. jim zavarovanje preneha med priporom;
- obsojencem na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletnikom na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebam, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog.

Zavezanec za plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje je Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij. Za kritje razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa sredstva zagotovi Ministrstvo za zdravje RS.

Od 1. 1. 2009 so regionalni zdravstveni domovi izvajalci zdravstvenega varstva za prej navedene kategorije zaprtih oseb.

Socialna rehabilitacija in reintegracija zaprtih oseb se začne že na začetku prestajanja kazni, vsebine dela pa so prilagojene posameznikovim potrebam in specifičnim življenjskim situacijam. Med pomembnejše vsebine sodijo: socialno svetovanje in pomoč pri razreševanju akutne socialne problematike, razreševanje socialne problematike v domačem okolju in delo z družino, ugotavljanje zmožnosti za delo in invalidnost, pomoč pri zaposlovanju med prestajanjem kazni in po odpustu, razreševanje nastanitvene problematike, sodelovanje pri obravnavi odvisnosti, urejanje in financiranje nekaterih oblik izobraževanja...

V slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora ne obstajajo posebni programi za preprečevanje povratništva in reintegracijo zaprtih oseb v družbo. Prestajanje kazni zapora je proces, ki vsaki zaprti osebi omogoča aktivno vključitev v delo, izobraževanje, izvajanje interesnih dejavnosti, razvoj odnosov s svojci, v obvladovanje osebnostnih težav in težav z mogočo odvisnostjo ... Pomemben je tudi obsojenčev odnos do kaznivega dejanja, ki se odraža v času prestajanja kazni.

Za vsakega posameznika se ta proces konkretizira v obliki individualnega programa obravnave, s posebnim poudarkom na obravnavi tistih slabostih, ki ga »vračajo« v zapor (npr. težave z alkoholom, drogo ...).

Najzahtevnejši del tega procesa je motivirati zaprto osebo za izvajanje spremembe pri omenjenih slabostih.

Slabo motivacijo za zaprte osebe pa predstavlja tudi dejstvo, da je v zdajšnji družbi težje najti stanovanje, zaposlitev, in to še posebno za osebe, ki niso bile nikoli redno zaposlene, ki nimajo ustrezne izobrazbe ali pa je ta zastarela.

Izvajanje osebnih načrtov in vračanje posameznikov v družbo ni mogoče brez povezovanja zavodskih strokovnih služb z zunanjimi ustanovami. Sodelovanje s centri za socialno delo je vsebinsko najbolj opredeljeno in najštevilnejše, sledijo pa humanitarne in delovne organizacije.

Pomembno vlogo pri reševanju težav posameznika ima tudi socialno delo na terenu. Zavodski strokovni delavci opravljajo obiske na centrih za socialno delo, domovih obsojencev, zavodih za zaposlovanje, na deloviščih in pri delodajalcih ter drugih ustanovah, in sicer sami ali skupaj z obsojenci.

Posebnost slovenske postpenalne obravnave predstavlja svetovanje. Na nekaterih centrih za socialno delo to obliko pomoči izvajajo strokovni delavci centrov sami, ponekod pa za to delo imenujejo prostovoljce, večinoma študente družboslovnih fakultet.

Na videz številna in pestra pomoč zaprtim osebam pa ne zadostuje zlasti takrat, kadar gre za vračanje v družbo t. i. skupin s posebnimi potrebami.

Osebam, ki imajo težave s prepovedano drogo in alkoholom, so med prestajanjem kazni ponujeni enaki programi pomoči, kot so na voljo v družbi. Usmerjeni so k doseganju abstinence in spreminjanju življenjskega sloga, ki pomeni življenje brez omame na splošno. Osebam, ki v zavodih uspešno abstinirajo in izražajo željo po nadgradnji obravnave, se med prestajanjem kazni ta omogoča tudi v zunanjih zdravstvenih ustanovah in 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, Društvo Projekt Človek, Društvo Stigma, Društvo Križišče itn.). Za tovrstno obliko obravnave se je v letu 2009 odločilo 67 zaprtih oseb, kar je enkrat več kot v letu 2008. Po prestani kazni je obravnavo v zunanjih ustanovah nadaljevalo 49 zaprtih oseb, kar je enako kot v letu 2008.

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij ima cilj razvijati obstoječo strategijo obravnave odvisnosti v smeri zagotavljanja novih programov pomoči. Prednostni cilj pa je usposobiti strokovno osebje za izvajanje visokopražnih programov s poudarkom na reintegraciji zaprtih oseb v družbo v sodelovanju s civilno družbo.

8. Trg z drogami *pripravil Aleksander Pučko*

8.1 Uvod

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.

8.2 Zasegi

Zasegi prepovedanih drog se v Sloveniji povečujejo, kar velja predvsem za tiste droge, ki so najbolj razširjene in katerih uporaba je nevarnejša. Pri tem velja posebej omeniti t. i. geostrateški položaj Slovenije, saj se nahaja na t. i. balkanski poti, po kateri se odvija predvsem nezakoniti promet heroina iz držav jugovzhodne Evrope v osrednjeevropske in zahodnoevropske države. Prav tako policija zaznava povečane aktivnosti kriminalnih združb, ki se na območju Slovenije ukvarjajo s pridelavo konoplje (na prostem in v prirejenih zaprtih prostorih).

Slovenijo kot državo lahko označimo kot državo uporabnico prepovedanih drog zaradi sorazmerno velikega povpraševanja po prepovedanih drogah pa tudi kot tranzitno državo, kjer delujejo organizirane kriminalne združbe, ki se ukvarjajo z organizacijo, logistično podporo in z izvajanjem kriminalne dejavnosti pri oskrbi evropskega trga s prepovedanimi drogami. Po do zdaj razpoložljivih podatkih naše države ne moremo označiti kot proizvajalke prepovedanih drog. Proizvodnje sintetičnih drog v Sloveniji namreč policija v zadevnem obdobju ni zaznavala. Prav tako Slovenija ni znana kot država proizvajalka prepovedanih drog heroina in kokaina, ampak je za ti drogi predvsem tranzitna država in država porabnica.

Izjema pri tem je le t. i. proizvodnja prepovedane droge konoplje, ki je v zadnjih letih v porastu.

V Tabeli 8.1 so statistično prikazane količine nekaterih vrst zaseženih prepovedanih drog v obdobju od leta 2004 do leta 2009.

Tabela 8.1: Prikaz količin nekaterih vrst zaseženih prepovedanih drog v obdobju 2004–2009

Vrsta prepovedane droge/leto	Enota	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Heroin	kg	144,34	134,21	182,29	60,443	136,524	41,787
Kokain	kg	106,69	2,14	4,67	41,749	90,747	2,867
Ekstazi	tableta	874	1309	2950	1246	3539	16872
	kg			0,818	0,0184	0	0,0361
Amfetamin	kg	0,2	0,13	3,41	0,994	2,735	3,214
	tableta	2	235	201	1070,5	64	778
Kanabis (bilka)	kos	5329	3214	2557	9483	7116	9373
Kanabis (marihuana)	kg	84,83	112,32	552,976	157	404,202	242,025
Smola kanabisa (hašiš)	kg	8,09	0,72	4,34	0,684	0,429	0,689
Benzodiazepini	tableta	1620	1787	1503,5	1249,5	2,768	5116
Anhidrid očetne kisline	kg	0	0	0	6989,76	60000	0

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS, Zamrznjena baza ERC

Iz Tabele 8.1 je razvidna tudi dejavnost slovenske kriminalistične policije v smislu preprečevanja prometa s predhodno sestavino za proizvodnjo prepovedane droge heroin, tj. anhidrid očetne kisline. V letih 2007 in 2008 je slovenska kriminalistična policija izvajala skupne kriminalistične operacije s tujimi varnostnimi organi zoper slovenske in tuje državljane, ki so tihotapili to predhodno sestavino iz EU v Turčijo. Skupna količina omenjene predhodne sestavine, ki je bila zasežena kriminalni združbi, presega 110 ton. Količina zasežene predhodne sestavine, ki jo je slovenska kriminalistična policija zasegla v sodelovanju s tujimi varnostnimi organi na območju Slovenije in v tujini, predstavlja rekordno količino v svetovnem merilu in tudi glede na količino zasežene snovi v posamezni državi. Tako velik zaseg je tudi v svetovnem merilu izjemnega pomena v boju zoper proizvajalce prepovedane droge.

V zadnjih letih je zaznan porast evidentiranih prostorov za pridelovanje konoplje, v nekaj primerih tudi zelo sofisticiranih laboratorijev za njeno proizvodnjo. Iz zgornje razpredelnice, ki prikazuje količino zasežene prepovedane droge, je mogoče ugotoviti, da se število zaseženih bilk konoplje stalno povečuje. Statistični podatki kažejo, da je bilo v letu 2009 zaseženih 79,9 % več bilk konoplje kot v letu 2004. Glede na porast te problematike in pojav modernih oz. sofisticiranih laboratorijev lahko domnevamo, da bi se Slovenija v prihodnosti lahko pojavila kot država proizvajalka prepovedane droge konoplje.

V nadaljevanju so prikazane fotografije nekaterih odkritih laboratorijev za proizvodnjo konoplje, ki jih je obravnavala slovenska kriminalistična policija v letu 2009 in v prvi polovici leta 2010.

Fotografije 8.1–8.6: Fotografije odkritih nezakonitih laboratorijev za hidroponično gojenje konoplje



Vir: Policijska uprava Maribor, Sektor kriminalistične policije, Oddelek za kriminalistično tehniko

8.3 Čistost

Monitoring kakovosti zaseženih prepovedanih drog

Nacionalni forenzični laboratorij opravlja monitoring kakovosti nekaterih najpogosteje zaseženih prepovedanih drog (konoplja, heroin, kokain in nekateri fenetilamini), poleg tega pa v okviru Sistema za zgodnje obveščanje poroča o zaznavi novih, potencialno nevarnih psihoaktivnih snovi.

V letu 2009 je bilo največ zasegov konoplje, heroina in kokaina, med fenetilamini pa so zaznavali tudi več zasegov amfetamina, MDMA pa je skoraj povsem izginil s trga.

Konoplja in hašiš: Predstavljeni rezultati temeljijo na analizi 119 vzorcev konoplje z maso nad 10 g, pri čemer konoplja ni razvrščena po kakovosti (upoštevani so skupaj listi in vršički), in analizi 14 vzorcev hašiša. Povprečna vsebnost aktivne spojine tetrahidrokanabinol (δ 9-THC) v konoplji je bila 7 %. Najnižja izmerjena vsebnost je bila približno 0,1 %, najvišja pa 24 %, vendar je šlo v zadnjem primeru za izjemno kakovostne vršičke. Hašiš je vseboval med 0,3 % in 13 %, v povprečju pa približno 7 % THC. Kakovost konoplje v letu 2009 je primerljiva s tisto iz leta 2008.

Heroinske mešanice: V monitoring 2009 je bilo vključenih 1.064 vzorcev (izključno rjavi heroin) z masami nad 0,1 g. Analize so pokazale, da na trgu prevladuje heroin v obliki baze (92 % vzorcev). Minimalna vsebnost heroina je bila 0,2 %, maksimalna nekoliko nad 50 %, v povprečju pa približno 25 %. Na ravni ulične prodaje (upoštevani so samo vzorci z maso do 1 g) se povprečne vsebnosti v različnih regijah nekoliko razlikujejo. Na območju Gorenjske so vzorci vsebovali v povprečju najvišji delež heroina (29 %), najnižje vrednosti so zaznavali na območju Obale (16 %) in Novega mesta (17 %), v preostalih regijah pa med 21 % in 25 %. Rezultati analiz so pokazali, da so heroinske mešanice na ravni ulične prodaje (vzorci do 1 g) po kakovosti primerljive z velikimi zasegi heroinskih mešanic (10 kg ali več), iz česar lahko sklepamo, da razredčevanje vzorcev z različnimi dodatki poteka že zelo zgodaj v preprodajalski verigi. V letu 2009 so dejansko vsi vzorci vsebovali kombinacijo aktivnih dodatkov paracetamol in kofein, neaktivnih učinkovin vzorcev (npr. sladkorji) pa nismo določali. Kakovost heroinskih mešanic iz leta 2009 je primerljiva z letom 2008.

Kokainske mešanice: V monitoring 2009 je bilo vključenih 340 vzorcev. V vseh preiskanih vzorcih je bil kokain prisoten v obliki hidroklorida, v nadaljevanju podane vsebnosti pa so preračunane na kokain v obliki baze. Minimalna vsebnost kokaina je bila približno 4 %, maksimalna nekoliko nad 87 %, v povprečju pa približno 35 %. Glede na leto 2008 ne zaznavamo trendov glede čistosti kokainskih mešanic. Vsebnost kokaina v vzorcih na ravni ulične prodaje (do nekaj g) je bistveno nižja (nekoliko nad 30 %) od tiste pri prodaji na »veliko« (nad 70 %), kar kaže na razredčevanje kokaina v poznejših stopnjah preprodaje. Najpogostejši aktivni dodatki so: levamisol, lidokain, kreatin, kofein, fenacetin, paracetamol, v posamičnih primerih sta zaznana tudi aspirin in salicilna kislina. Zelo nevaren dodatek je levamisol, ki lahko povzroči resne zdravstvene težave, o čemer so bile javnosti že posredovane informacije v okviru sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi. V Nacionalnem forenzičnem laboratoriju so v letu 2009 levamisol detektirali v cca 20 % kokainskih mešanic, njegova koncentracija pa je bila od 1 % do 13 %, v povprečju pa 2 %.

Amfetamin: V monitoring je bilo vključenih 96 vzorcev amfetamina; pretežno je šlo za amfetamin sulfat, ki mu je v večini primerov dodan tudi kofein. Minimalna vsebnost amfetamina je bila 0,5 %, malo nad 33 %, povprečna pa nekoliko nad 3 %. V povprečju so bili zaseženi vzorci slabše kakovosti kot leta 2008, ko je bila povprečna vsebnost amfetamina skoraj 9 %.

MDMA: V letu 2009 smo obravnavali tako malo zasegov MDMA, ki je skoraj izginil s trga, da monitoringa in statističnih analiz NFL ni izvajal. Kvantitativno so ovrednotili le vsebnost MDMA v enem večjih zasegov. Vsebnost MDMA je bila 108 mg/tableto.

Novi psihoaktivne snovi: V letu 2009 smo prvič detektirali mefedron (4-metilmekatinon) in 4-fluoroamfetamin, vendar v nobenem primeru ni šlo za večje količine zaseženih snovi. Večji zaseg mefedrona (55 g) smo obravnavali letos (2010). Preiskali smo več primerov zasegov tablet z aktivno substanco m-CPP, ki smo jo prvič zaznali že v letu 2008. Novih primerov sintetičnih kanabinoidov 2009 nismo obravnavali. Že v letu 2010 smo imeli manjši zaseg (0,11 g) benzilpiperazina (BZP) in zaseg cca 11 g snovi, ki je vsebovala substanci metilon in butilon.

8.4 Cene prepovedanih drog

Cene prepovedanih drog na nezakonitem trgu v Sloveniji bistveno ne variirajo v zadnjih dveh letih. V nadaljevanju so predstavljene cene nekaterih prepovedanih drog, ki se nezakonito prodajajo na območju Slovenije.

CENE ZA 1 GRAM:

- Heroin: okoli 33 EUR
- Kokain: okoli 50 EUR
- Kanabis: med 4 EUR in 6 EUR
- Hašiš: med 6 in 8 EUR
- Ekstazi: med 3 in 4 EUR/tbl
- Amfetamini: med 8 in 10 EUR
- LSD-pivnik: ni podatka

CENE ZA 100 GRAMOV:

- Heroin: okoli 2.500 EUR
- Kokain: okoli 3.150 EUR
- Kanabis: med 300 EUR in 450 EUR
- Hašiš: ni podatka
- Ekstazi: okoli 150, 200 EUR/100 tbl.
- Amfetamini: med 600 in 650 EUR
- LSD-pivnik: ni podatka

CENE ZA KILOGRAM:

- Heroin: 22.000 EUR–25.000 EUR
- Kokain: 30.000 EUR–34.000 EUR
- Kanabis: med 1.000 EUR in 2.700 EUR
- Hašiš: ni podatka

- Ekstazi: okoli 1.700 EUR (za 1.000 tabletk)
- Amfetamini: ni podatka

B
Izbrana poglavja

9. Zgodovina, način oblikovanja in implementacija nacionalnih navodil za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog *pripravil Milan Krek*

9.1 Zgodovinski okvir oblikovanja navodil

V letu 1988, ko je bila Slovenija še del Jugoslavije, je bilo v Republiški strokovni komisiji za alkoholizem in druge toksikomanije v okviru Republiškega komiteja za zdravstvo sprejeto mnenje, da se v Sloveniji metadonski programi za obravnavo odvisnikov od drog ne bodo izvajali. Komisija je tedaj tudi poudarila, da bodo zdravnike, ki prepovedi ne bodo upoštevali in bodo izvajali metadonski program za odvisne od drog, strogo sankcionirali. Med drugim je bilo tudi vsem zaporom v Sloveniji poslano navodilo, da se metadonski program v zavodih za prestajanje kazni ne bo izvajal in da metadona v zavodskih ambulantah ne smejo hraniti (Šoltes, 1995). Prvi metadonski vzdrževalni program v Sloveniji je v letu 1989 začela izvajati psihiatrinja Vesna Novak v psihiatrični bolnišnici Vojnik. Po letu dni je morala prenehati izvajati program zaradi pritiskov stroke (Nolimal, 1995). Število uporabnikov opioidov se je nezadržno večalo, zato se je tudi večala potreba po ustrezni obliki zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog. Uporabniki drog so imeli na voljo le psihiatrične oblike zdravljenja odvisnosti, ki so temeljile na ambulantnem in bolnišničnem zdravljenju. Leta 1991 sta v Kopru in Ljubljani skoraj sočasno začeli delovati ambulanti za predpisovanje metadona, ki nista imeli pravne osnove v obstoječi nacionalni zakonodaji. V Kopru je Milan Krek izvajal dispanzersko metodo zdravljenja, ki je bila kombinirana s predpisovanjem metadona, z napotitvijo odvisnih v psihiatrične programe in odvisnih v terapevtske skupnosti ter socialna pomoč odvisnim, kot sta zaposlovanje in terensko delo z uporabniki. Začel je tudi izvajati programe za zmanjševanje škode. V Ljubljani pa je bila ambulanta za odvisnike odprta v okviru ambulante splošne medicine; vodila jo je Branka Čelan Lucu. Tudi ta ambulanta je navezovala stike z nevladnimi organizacijami. Na nacionalni ravni niso obstajala enotna pravila predpisovanja metadona, zato so se pojavljale zlorabe pri predpisovanju metadona na terenu. Ker je bilo mogoče dobiti metadon samo v dveh centrih, so se v te centre iz oddaljenih krajev vozili številni uporabniki drog, ki niso imeli ustreznega zdravljenja in obremenjevali ta dva centra, ki sta bila primarno vzpostavljena za krajevne namene. Pokazala se je velika potreba po vzpostavitvi ustreznih navodil, ki bi uredila pogoje za sprejem v program, potek programa in tudi financiranje programa.

Prva navodila za zdravljenje z metadonom so leta 1992 oblikovali različni avtorji, vendar niso bila nikoli sprejeta na nacionalni ravni, bila pa so dobro izhodišče za razvoj novih smernic. Skupina zdravnikov, ki je predpisovala metadon, je uporabljala te smernice pri svojem delu. Leta 1993 je zdravnik Andrej Kastelic s sodelavci pripravil nova Priporočila zdravnikom za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Leta 1994 pa so bila na medsektorskem sestanku sprejeta usklajena navodila za izvajanje metadonskega programa, ki ga je pozneje istega leta sprejel zdravstveni svet in potrdil minister za zdravje (Nolimal, 1995). S tem so ta navodila postala tudi uradna navodila za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji (Zdravstveno varstvo, 2005).

Zakonska osnova za izvajanje programa je bila natančno opredeljena šele z Zakonom o preprečevanju uporabe drog in obravnavo uživalcev prepovedanih drog, ki je bil sprejet v

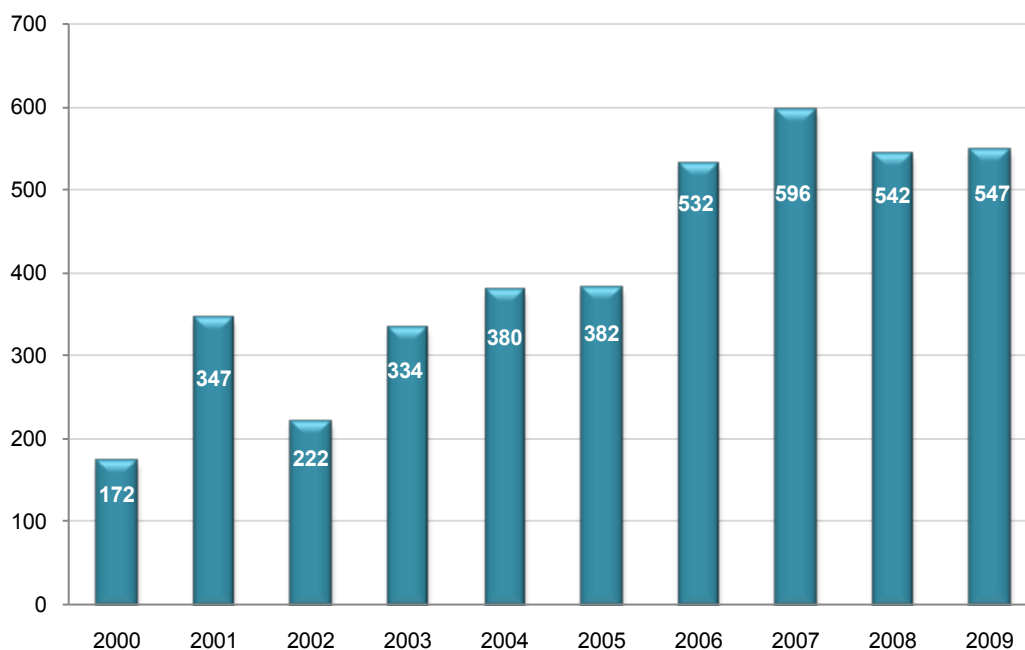
slovenskem parlamentu leta 1999. Zakon določa, da se za zdravljenje po tem zakonu šteje tudi vzdrževanje z metadonom in drugimi substitucijskimi sredstvi, ki jih potrdi Zdravstveni svet, ki je najvišji strokovnouslyklajevalni in posvetovalni organ ministra za zdravje na področju zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Ta zakon je tudi opredelil vzpostavitev mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji, kjer se je tudi udejanjila substitucijska terapija odvisnosti od prepovedanih drog. Zakon je tudi opredelil, da minister, pristojen za zdravstvo, imenuje koordinacijo centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki predlaga doktrino in preverja izvajanje doktrine (priporočila) zdravljenja odvisnosti ter koordinira strokovno sodelovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Zakon je tudi predpisal, da sestavo in način dela koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog podrobneje predpiše minister, pristojen za zdravstvo. Za nadzor nad delom centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog ter zdravljenjem uživalcev prepovedanih drog je skladno s tem zakonom zadolženo ministrstvo, pristojno za zdravje (Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog. Uradni list RS, št. 98/1999). Ministrstvo za zdravje je leta 2000 sprejelo Pravilnik o izvajanju nadzora nad delom centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, kjer je podrobneje opredelilo način imenovanja komisije za nadzor nad delom centrov in opredelilo pravila delovanja te komisije (Pravilnik o izvajanju nadzora nad delom centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Uradni list RS, št. 43/2000). Istega leta je sprejelo tudi pravilnik o sestavi in načinu dela koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Po tem pravilniku so člani koordinacije predstojniki centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, dva predstavnika Ministrstva za zdravje RS in dva predstavnika Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Koordinacija centrov načrtuje in Zdravstvenemu svetu predlaga doktrino ter preverja izvajanje doktrine zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog ter koordinira strokovno sodelovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Koordinacija centrov lahko predlaga Ministrstvu za zdravje organiziranje strokovnih izobraževanj ter ustreznim strokovnim združenjem predlaga merila za delo strokovnjakov v programih zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog. Poleg tega sodeluje koordinacija centrov pri pripravi strokovnih revij in drugih izobraževalnih gradiv ter verificira raziskovalne naloge, ki potekajo v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Koordinacija centrov sodeluje s Komisijo za nadzor nad delom centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in ji lahko predlaga redni ali izredni nadzor (Pravilnik o sestavi in načinu dela koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Uradni list RS, št. 43/2000). Koordinacija centrov je bila tako vzpostavljena tudi kot strokovno telo, ki je spremljalo implementacijo priporočil v praksi in predlagalo novosti v priporočilih. Pri izvajanju nadzora je komisija za nadzor centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti uporabljala navodila, ki so bila medsektorsko sprejeta in pozneje sprejeta tudi na Zdravstvenem svetu. Pri svojem delu je upoštevala tudi dodatne usmeritve, ki jih je sprejela koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Tako so se prvotna navodila, ki so bila sprejeta na Zdravstvenem svetu, v prvih letih delovanja nadgrajevala s posameznimi dodatnimi sklepi koordinacije centrov vse do danes. Priporočila so bistveno izboljšala delovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, pospešila so razvoj mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje

odvisnosti od prepovedanih drog, poenotila so pristop do zdravljenja odvisnosti in omogočila večjo dostopnost uporabnikom drog do zdravljenja.

Leta 2001 je Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije izdala nove metadonske smernice (Kastelic in sod., 2001). Te smernice so bile prevedene iz originalne predloge, ki sta jo leta 2000 v okviru programa Euro – Methwork publicirala Annete Verster in Ernest Buning. Toda tudi te smernice Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog na svojih rednih srečanjih skladno s svojimi pooblastili redno dopolnjuje.

Predpisovanje metadona kot zdravila za zdravljenje odvisnosti se je v posameznih zavodih za prestajanje kazni začelo že pred letom 1994. Pozneje se je počasi razširilo v vse zapore v Sloveniji; pri tem so sledili navodilom, ki so bila sprejeta na Zdravstvenem svetu leta 1994. Pozneje so leta 2001 uvedli načelo novih metadonskih smernic, ki so bile izdane leta 2001 (Kastelic in sod., 2001). Leta 2009 so prevzeli zdravljenje odvisnosti v zavodih za prestajanje kazni Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki izvajajo zdravljenje skladno z navodili iz leta 1994 in Metadonskih smernic iz leta 2001 (Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, 2009).

Slika 9.1: Število zapornikov vključenih v metadonski vzdrževalni program v Slovenskih zaporih po letih od 2000 do 2009



Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij

9.2 Obstoječa navodila za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

Priporočila zdravnikom za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog

Potrdil jih je Zdravstveni svet pri Ministrstvu za zdravje RS leta 1994. Priporočila so bila namenjena:

- zdravnikom, ki zdravijo odvisne od prepovedanih drog;
- splošnim zdravnikom in zdravnikom ginekologom in porodničarjem;
- psihiatrom;
- urgentnim oddelkom v bolnišnicah;
- zdravnikom v zaporih.

Priporočila so opredelila splošna načela pri uporabi zdravil za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, pogoje za vstop v programe zdravljenja odvisnosti in pogoje za predpisovanje metadona.

Navodila so opredelila postopke pri uvajanju metadonskega zdravljenja, stabilizacije odvisnih od opiatov na metadonskem zdravljenju in načela hospitalne detoksikacije. Opredelila so tudi načela ekstrakospitalne detoksikacije. Navodila so opredelila potrebna zdravila in postopke pri zdravljenju odvisnosti od prepovedanih drog. V drugem delu pa so navodila področno opredelila pogoje za izvajanje vzdrževalnega metadonskega vzdrževalnega programa.

Navodila Koordinacije centrov iz leta 2001

Navodila so nastala na osnovi, ki jo je pripravila mednarodna mreža Euromet work. Slovenski strokovnjaki, združeni v koordinaciji centrov, pa so ta navodila dopolnili z izkušnjami, ki so bile tedaj prisotne v Sloveniji. Navodila imajo na začetku pregled doktrin uporabe metadona v zdravstvene namene v EU. V drugem poglavju so opredeljeni dokazi učinkovite uporabe metadona v zdravilne namene s pomembnimi poudarki, kot je učinkovito obvladovanje širjenja HIV-infekcije med uporabniki drog, ki so vključeni v MM-program. Uporaba metadona v zdravilne namene zmanjšuje injiciranje drog in zmanjšuje nevarnost za prenos okužbe HIV in hepatitisa C med uporabniki drog. Ustrezno zdravljenje z metadonom bistveno zniža umrljivost med uporabniki drog zaradi predoziraja. Pomemben stranski učinek metadonskega zdravljenja je tudi povečanje možnosti za zaposlovanje in izobraževanje ter bistveno zmanjšanje kriminalnih dejanj posameznika, vključenega v program. Ob tem pa je treba tudi poudariti, da so ti programi javnozdravstveno zelo učinkoviti in glede na učinek tudi stroškovno sprejemljivi. V nadaljevanju je predstavljena dobra klinična praksa, ki temelji na dobri klinični diagnostiki in oceni stopnje odvisnosti konkretne osebe. Sledi načrtovanje zdravljenja, ki mora doseči določene cilje. Glede na cilje in možnosti opredeljuje različne oblike zdravljenja, kot so kratkotrajna detoksikacija, dolgotrajna detoksikacija, kratkotrajni vzdrževalni programi in dolgotrajni vzdrževalni programi. Posebno pozornost dajejo navodila uvajanju metadonskega zdravljenja, kjer podrobno definira vse potrebne postopke pri uvajanju metadonske terapije. Navodilo vsebuje tudi priporočene režime detoksikacije in predloge za vzdrževalni program, kjer je pomemben poudarek dan višini dnevnega odmerka metadona. Poudarek je dan tudi posebnim ranljivim skupinam, kot so: nosečnice, novorojenci, mladostniki, okuženi s HIV, okuženi s hepatitisom, ljudje z duševnimi motnjami, politoksikomani in pripadniki manjšin in etičnih skupin ter ljudje na prestajanju zaporne kazni in osebe, odvisne od drog na potovanju. Pomemben del navodil je tudi opredelitev uporabe drugih nadomestnih zdravil ter način podeljevanja metadona. Posebno poglavje je

namenjeno organizaciji programa, ki vsebuje potrebe po kadrih, izobraževanje kadrov in vzpostavitev timskega dela. Pomemben del navodil je tudi navodilo, kako naj se vključujejo uporabniki programov v razvoj in izvajanje programa. Peto poglavje pa opredeljuje vrednotenje programa (Kastelic in sod., 2001).

Izbira zdravljenja

V Sloveniji se odvisni od prepovedanih drog lahko svobodno odločijo za obliko zdravljenja in obravnave odvisnosti od prepovedanih drog, ki jim je najbližja. Odvisni od drog lahko vstopajo v terapevtski proces v Centre za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki nimajo čakalne dobe in lahko izvajajo različne oblike obravnave odvisnih. V Sloveniji zdravniki uporabljajo za zdravljenje odvisnosti od opiatov naslednje oblike nadomestnega zdravljenja:

1. metadon;
2. kombinacija buprenorfina in naloxona v razmerju 4 : 1;
3. počasi sproščajoči morfin;
4. buprenorfin.

Osebe, odvisne od prepovedanih drog, pa se lahko brez čakalne dobe vključujejo tudi:

1. v nizkopražne programe, kjer so aktivnosti usmerjene predvsem v zmanjševanje škode zaradi uporabe prepovedanih drog;
2. v terapevtske skupnosti;
3. v rehabilitacijske programe.

Pridružene duševne motnje pa se zdravijo tudi v psihiatričnih dispanzerjih in psihiatričnih bolnišnicah. Pri tem je treba poudariti, da obstaja zelo dobro sodelovanje med vsemi programi, kar omogoča gladke in pravočasne prehode uporabnikov programov med programi.

Zdravljenje krize

Kriza zaradi prenehanja uporabe opiatov se zdravi v Sloveniji najprej s psihosocialno terapijo, če ta ni uspešna, pa se začne izvajati medikamentozno zdravljenje z neopiatnimi zdravili (analgetik, pomirjevala in uspavala). Če to ni uspešno, se skupaj z bolnikom in ob predhodnem posvetovanju s psihiatrom odloči zdravnik za vzpostavitev nadomestnega zdravljenja odvisnosti. Ob tem potekajo vzporedno svetovanja, družinska terapija, vedenjska terapija.

V Sloveniji poznamo naslednje oblike ambulantnega zdravljenja krize:

1. detoksikacija in vzpostavitev abstinence brez medikamentozne terapije s pomočjo psihoterapije;
2. detoksikacija s pomočjo neopiatnih zdravil;
3. detoksikacija s pomočjo opiatnih zdravil:
 - a) kratkotrajna detoksikacija s pomočjo opiatnih zdravil,
 - b) dolgotrajno nadomestno zdravljenje z opiatnimi zdravili, ki traja več kot 6 mesecev.

Večina ambulantnih oblik detoksikacije se lahko izvaja tudi v zaporih. V zaporih se ne sme uporabljati dolgodelujočega morfina.

Bolnišnična detoksikacija

Poteka v centru za zdravljenje odvisnih od drog v Ljubljani v obliki hospitalizacije. Detoksikacija poteka na zaprtem oddelku ob uporabi medikamentozne terapije ter psihosocialnih obravnav in intervencij.

Zdravljenje odvisnosti v nosečnosti

Ob ugotovitvi nosečnosti se uporabniki prepovedanih drog svetuje takojšnjo vključitev v vzdrževalno nadomestno zdravljenje odvisnosti od opiatov. Vzdrževalna terapija se izvaja do konca nosečnosti. Zdravljenje se izvaja z metadonom ali buprenorfinom. Zdravniki iz centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti se v tem primeru povežejo še z ginekologi, ki vodijo nosečnost, in s socialnimi službami ter z nevladnimi organizacijami, ki izvajajo programe za nosečnice.

9.3 Implementacija navodil

Navodila za predpisovanje substitucijskih zdravil in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog se v Sloveniji vedno uvajajo prek mreže Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Vodje centrov so na osnovi sklepov Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog dolžni implementirati navodila v vsakodnevno prakso. Navodila se v druga področja, kot so npr. kirurgija, porodništvo itn., prenašajo prek koordinacije centrov, ki posreduje navodila strokovnim združenjem, ti pa jih posredujejo zdravnikom. Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog sodelujejo s področnimi zdravstvenimi ustanovami in z zdravniki ter jim ob potrebi po navodilih le-te tudi posredujejo. Zdravniki, zaposleni v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, so tudi zunanji strokovni svetovalci v posameznih zdravstvenih ustanovah in zaporih za področje zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog. Navadno se uvaja vzdrževalna terapija vedno v okviru mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Ker se stroka na področju adiktologije hitro razvija, se vse novosti na tem področju obravnavajo na koordinaciji centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in se sprti vgrajujejo v sistem navodil. Tako predstavljajo že predstavljene smernice le osnovo, na katero se dograjujejo novi pristopi skladno s sodobnim razvojem znanosti in klinične prakse na tem področju.

10. Stroški programov obravnave in zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog *pripravil Milan Krek*

10.1 Uvod

Po letu 1990 se je v Sloveniji vse bolj kazala velika potreba po financiranju programov obravnave in zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog. V zadnjih 20 letih so se razvile različne oblike financiranja, ki omogočajo razvoj programov in dostopnost programov za uporabnike drog. Danes se v Republiki Sloveniji programi obravnave in zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog financirajo prek različnih načinov financiranja.

10.2 Viri financiranja programov obravnave in zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog

Državni proračun

Država Slovenija prek proračunskih sredstev financira vladne in nevladne organizacije. Del sredstev država nameni državnim programom prek rednih programov, ki jih izvajajo javni zavodi in službe, ki jih je ustanovila država. Natančno količino sredstev, ki jih država nameni po tej poti različnim zavodom, kot so zavodi za zdravstveno varstvo in centri za socialno delo, je težko določiti, ker je njihovo financiranje zagotovljeno za program, ki ga izvajajo in ki ga potrdi svet zavoda, kjer je večina članov predstavnikov vlade. Nevladnemu sektorju pa država namenja sredstva prek javnih razpisov, na katera se lahko javi vsak program. Država pa prek pogojev, ki so opredeljeni v razpisnih pogojih, presodi, koliko sredstev bo namenila posameznemu programu. Občasno izvaja država evalvacijo programov, da ima tako še dodatne informacije o uspešnosti programov, kar je potem tudi osnova za dodeljevanje finančnih sredstev. V letu 2009 je ministrstvo za delo družino in socialne zadeve za izvajanje programov v letu 2010 tako razdelilo za programe na področju obravnave uporabnikov prepovedanih drog 2.713.129,37 EUR. V socialno rehabilitacijo je vključenih 21 večletnih programov na področju drog in 40 enoletnih programov. Sredstva so pretežno namenjena za kritje stroškov strokovnega kadra in gmotne stroške, povezane z delovanjem programa. Izvajalci lahko vstopijo v mrežo programov le prek rednega programa socialnega varstva. Sofinancirani so lahko kot enoletni program, če se verificirajo, pa kot večletni program socialnega varstva za petletno obdobje. Večletni programi dobivajo sredstva mesečno, enoletni programi pa dvakrat letno, in sicer prvi del ob podpisu pogodbe in drugi del izplačila v mesecu septembru za obdobje zadnjih petih mesecev koledarskega leta. Manjši programi v vrednosti do 1.500 EUR dobijo enkratno izplačilo. Programe razvrščajo na ministrstvu za delo družino in socialne zadeve v tri skupine, in sicer: visokopražni programi, nizkopražni programi in preventivni programi socialnega varstva. Ministrstvo za zdravje je za dve leti, 2009 in 2010, namenilo prek javnega razpisa za financiranje programov s področja prepovedanih drog 121.414 evrov (Izbrani programi na javnem razpisu za financiranje redne dejavnosti društev, ustanov in zasebnih zavodov ter razvojnih programov nepridobitnih organizacij na področju varovanja in krepitve zdravja v letih 2009 in 2010. Uradni list RS, št. 28/09).

Regijska raven

Slovenija še nima regij, zato na regionalni ravni še nima mehanizmov za financiranje programov na področju drog.

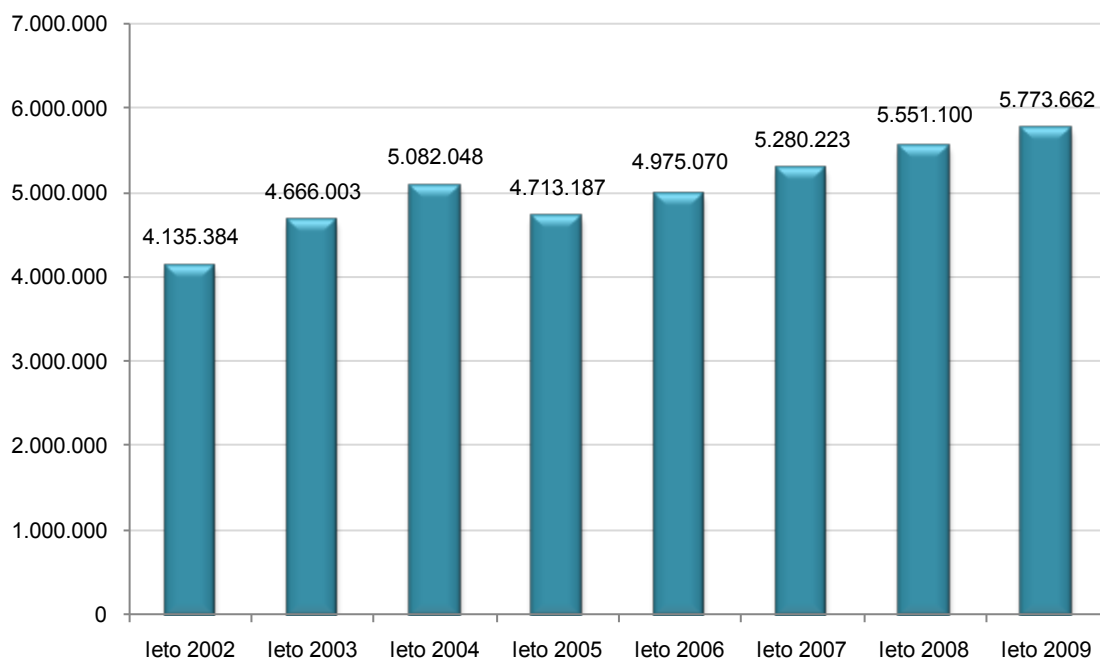
Lokalna raven

V Sloveniji je 210 lokalnih skupnosti, ki imajo svoja proračunska sredstva. Del teh sredstev namenjajo tudi programom preprečevanja, zdravljenja, rehabilitacije in aktivnostim zmanjševanja škode. Višino sredstev je težko določiti, ker se ti podatki ne zbirajo na enem mestu. Lokalne skupnosti razdelijo denarna sredstva prek javnih razpisov, v katerih vsako leto na novo določijo prioritete za tekoče leto. Posamezne lokalne skupnosti imajo ustanovljene Lokalne akcijske skupine za področje drog, ki običajno določijo prioritete, in v nekaterih primerih tudi opredelijo višino sofinanciranja lokalne skupnosti, vrednotijo programe in vodijo politiko na področju spopadanja z drogami na lokalni ravni.

Drugi viri financiranja

V Sloveniji imamo eno zdravstveno zavarovalnico. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je v letih od 2002 do 2009 namenil za programe zdravljenja odvisnosti 40,176.677 evrov. Količina finančnih sredstev, ki so jih namenili po posameznem letu, so vidni iz Slike 10.1 Ta sredstva so namenjena za delovanje Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in zagotavljanje zdravil za obiskovalce programa.

Slika 10.1: *Finančna sredstva, ki jih je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije namenil programom zdravljenja odvisnosti v Sloveniji v letih 2002-2009, v evrih*



Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Največja fundacija, ki sofinancira tudi programe na področju prepovedanih drog v Sloveniji, je Fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij v Republiki Sloveniji (Fiho).

V letu 2009 je fundacija Fiho namenila programom s področja drog, ki so bili vsi organizirani kot nevladne organizacije, 240.156 evrov. V letu 2010 pa je fundacija namenila tem programom 307.883 evrov.

V Sloveniji posamezniki in podjetja donirajo v sredstvih in denarju. Tako večina lokalnih skupnosti ne zaračunava najemnine nevladnim organizacijam, kar predstavlja neke vrste donacijo lokalne skupnosti. Pregleda nad donacijam nimamo, ker nihče ne zbira teh podatkov in poslovni podatki društev niso javno objavljeni.

V vseh programih se financirajo tudi iz letne članarine, ki jo nakažejo člani društva. Poleg tega finančnega priliva, ki je izredno majhen, posamezni programi zaračunajo tudi prispevek posameznika, ki ima različno višino. Višina prispevka je odvisna od poslovanja društva in odločitve vodstva društva.

C

Viri, literatura in priloge

Viri in literatura

Seznam virov in literature

Anon. (2004) Resolucija o nacionalnem programu na področju drog. Uradni list RS, št. 28 (25. 3. 2004): 3125–3139.

Anon. Responses to drug use. Dostopno prek: <http://www.emcdda.europa.eu/responses> (6. 2. 2010).

Anon. (2009). Letno poročilo 2009: poudarki. Sporočilo za javnost Agencije EU za droge v Lizboni. Dostopno prek: <http://www.emcdda.europa.eu/about/press/news-releases> (6. 2. 2010)

Anon. Drug situation in Europe. Cannabis. Dostopno prek:
<http://www.emcdda.europa.eu/situation/cannabis/3>. (6. 2. 2010)

Anon. Drug situation in Europe. Cocaine and Crack Cocaine. Dostopno prek:
<http://www.emcdda.europa.eu/situation/cocaine/3>. (6. 2. 2010)

CSD – Ljubljana Šiška. (2010) Namestitev otrok in mladostnikov v stanovanjske skupine in vzgojne zavode. Dostopno prek:
<http://www.csd-lj-siska.si/dejavnosti/dejavnosti.asp?DID=85036312> (5. 7. 2010).

Delovna skupina za policijsko sodelovanje Sveta EU – ENFOPOL, dokument št. 624/2/9 ENFOPOL 35 REV 2.

DrogArt. (2010) Predstavitev. Dostopno prek: <http://www.drogart.org/predstavitev-da> (5. 7. 2010).

Eksodus-Z. (2010) Vizija inštituta za zasvojenosti, Eksodus-Z.
Dostopno prek: <http://www.izz.si/content/institut-izz/> (5. 7. 2010).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (Avgust 2002) Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B. Lisbon: EMCDDA.

Evalvacija vzdrževalnega substitucijskega programa zdravljenja v Sloveniji. Dostopno prek:
http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/sekter_za_krepitev_zdravja_in_zdrav_zivljenjski_slog/prepovedane_droge/evalvacije (11.10. 2010)

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami. (2009) Letno poročilo 2009. Stanje na področju problematike drog. Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije.

Fakulteta za socialno delo. (2010) Arhiv projektov: »Vozi trezno!« – Vrstniško svetovanje za preprečevanje rabe drog in alkohola v prometu. Dostopno prek: http://www.fsd.uni-lj.si/raziskovanje_in_razvoj/arhiv_projektov/2009021808404836/ (5. 7. 2010)

Fotoarhiv Oddelka kriminalistične tehnike Sektorja kriminalistične policije Policijske uprave Maribor.

Fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij v Republiki Sloveniji. (2010) Razporeditev sredstev Fiho invalidskim in humanitarnim organizacijam za leto 2010. Dostopno prek: <http://www.fiho.si/?id=razporeditev.php>. (28. 10. 2010)

Fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij v Republiki Sloveniji. (2009) Razporeditev sredstev Fiho invalidskim in humanitarnim organizacijam za leto 2009. Dostopno prek: <http://www.fiho.si/?id=razporeditev.php>. (28. 10. 2010)

Gorkič, S. (2010) Poročilo v zvezi z vseslovensko družbeno odgovorno kampanjo NE-ODVISEN.SI za leto 2009. Zavod 7.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., Narusk, A. in Stergar, E. (1997) The 1995 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 26 European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. in Stergar, E. (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 (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. in Stergar, E. (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 (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. in Stergar, E. (2009) The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), The Pompidou Group at the Council of Europe.

Hren, J. in sod. (2002) Tvegana vedenja v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora.

Inštitut Antona Trstenjaka. (2010) Projekt "Lepo je živet" – 5-nivojski model preprečevanja zasvojenosti in omamnih motenj naravnih potreb v osnovnih šolah. Dostopno prek: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/ess.html> (5. 7. 2010).

IVZ. (2009) Letošnja rdeča nit zdravih šol so odnosi. Dostopno prek: http://www.ivz.si/%28nvfr5y45kgprp355ql2j5345%29/Mp.aspx?ni=15&pi=5&5_id=386&5_PageIndex=0&5_groupId=183&5_newsCategory=&5_action>ShowNewsFull&pl=15-5.0 (5. 7. 2010).

IVZ. (2009) Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Izbrani programi na javnem razpisu za financiranje redne dejavnosti društev, ustanov in zasebnih zavodov ter razvojnih programov nepridobitnih organizacij na področju varovanja in krepitev zdravja v letih 1009 in 2010. Uradni list RS, št. 28/09.

Dostopno prek:

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/porocilo_javni_razpis_sofinanciranje_dejavnosti_drustev.pdf. (28. 10. 2010)

Kastelic, A., Kostnapfel Rihtar, T. (2010) Substitution Treatment Programmes for Opioid-dependent Drug Users in Slovenia. *Slovenian Medical Journal*. 2010; 79: 575–581).

Kastelic, A., Kostnapfel Rihtar, T., Horvat Cerkovnik, M. (2001) Metadonske smernice. Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije. Ljubljana: Špes & Co.

Kašnik Janet, M. in sod. (2009) Nacionalno poročilo o primarnem zdravstvenem varstvu otrok in mladostnikov.

Kiehn, E. (1997) Socialnopedagoška oskrba otrok in mladostnikov v stanovanjskih skupnostih. Ljubljana: Samozaložba.

Klavs, I., Bergant, N., Kastelic, Z., Kustec, T. (2009) Okužba s HIV v Sloveniji: letno poročilo 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

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

Kopčavar Guček, N. (2009) Otroci, izpostavljeni alkoholizmu staršev: predstavitev mednarodnega projekta CHAPAPS. *Strokovna revija*: 15–16.

Košir, M. (2010) Poročilo o preventivnem evropskem programu Unplugged. Ljubljana: Inštitut Utrip.

Kravos, S. (2010) Končno poročilo 2009.

Dostopno prek: http://www.fundacija-zgnz.si/media/publicMessage/Koncno_porocilo_2009.pdf (5. 7. 2010)

Maksimovič, V. (2000) Kriminal zaradi oskrbe z mamili: diplomsko delo. Ljubljana: Visoka policijsko-varnostna šola.

Markl, M. (2010) Poročilo o preventivnih aktivnostih Sveta za preventivo in vzgojo v cestnem prometu, 2009. Ljubljana: Ministrstvo za promet RS.

Mestna občina Kranj. (2009) Poročilo o opravljenem delu LAS (lokalne akcijske skupine) za preprečevanje zlorabe drog v Mestni občini Kranj za leto 2009.

Dostopno prek: http://www.lex-localis.info/files/915f390c-c03c-49f2-b125-29f1dadf20e8/1902347563467646250_%2013.%20Porocilo%20LAS.pdf (3. 11. 2010)

Ministrstvo za zdravje. (2009) Akcija: alkohol ubija – največkrat nedolžne se je pričela. Dostopno prek: <http://www.mz.gov.si/si/splosno/cns/novica/article/670/5893/ee112d075d/> (5. 7. 2010).

MKZ Rakitna – Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna. (2010) Programi.

Dostopno prek: <http://www.mkz-rakitna.si/> (5. 7. 2010).

Nolimal, D. (1995) Nekateri zgodovinski in javnozdravstveni vidiki metadonskega zdravljenja. Posvetovanje o problematiki metadona. Zbornik zbranih predavanj. Ministrstvo za zdravje RS.

Ob desetletnici organiziranega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Zdrav. var. 2005; 44: 109–110.

Pelc, J. (2010) Poročilo o delu Mladinskega klimatskega zdravilišča Rakitna v letu 2009.

Povzetek razprave neformalnega zasedanja na temo prepovedanih drog med EU in ZDA, Bruselj, št. dokumenta11475/07

PUM – Projektno učenje za mlajše odrasle. (2010) Dostopno prek: <http://www.pum-r.si/> (5. 7. 2010).

Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 (ReNPPD). Dostopno prek: http://www.mss.gov.si/fileadmin/mss.gov.si/pageuploads/podrocje/razvoj_solstva/trajnostni_razvoj/trajnostni_ReNPPD.pdf (5. 7. 2010).

Stankovič, T. (2010). Splošna predstavitev Programa za otroke in mladostnike – POM. Društvo "Projekt Človek" Program za otroke in mladostnike – POM

Stergar, E. (2002). Main developments and emerging trends, Prevalence, patterns and developments in drug use. V M. Lovrečič (ed.), T. Kostnapfel - Rihtar (ed.), Report to the EMCDDA by the REITOX National Focal Point the Republic of Slovenia drug situation 2001 (p 16). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

SURS. (2010) Zavodi, domovi in druge ustanove za nastanitev otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami, Slovenija, 2009 – končni podatki.

Dostopno prek: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3185 (5. 7. 2010).

Šoltes, V. (1995) Problematika uvajanja metadonskega programa za osebe, ki jim je vzeta prostost. Zbornik zbranih predavanj. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.

40 dni brez alkohola. (2009) Manj, malo ali nič alkohola – 2009. Dostopno prek: http://www.brezalkohola.si/arhiv/brezalkohola_2009/ (5. 7. 2010)

Toš, N. in sod. (1994). Slovensko javno mnenje 1994/1: Razvojne vrednote in prostor in stališča o zdravju in zdravstvu. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, CJMMK.

Toš, N. in sod. (1999). Stališča o zdravju in zdravstvu III, Slovensko javno mnenje 1999/2; Mednarodna raziskava o kakovosti življenja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, CJMMK.

Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij. (2009) Letno poročilo 2009. Dostopno prek: http://www.mp.gov.si/si/organi_v_sestavi/izvrsevanje_kazenskih_sankcij/ (8. 9. 2010)

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij. (2009) Dostopno prek: http://www.mp.gov.si/fileadmin/mp.gov.si/pageuploads/2005/PDF/uiks/2010/LP_2009_-_kon%C4%8Dna_verzija-100407_01.pdf (12. 10. 2010)

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij. (2007) Dostopno prek:
http://www.mp.gov.si/fileadmin/mp.gov.si/pageuploads/2005/PDF/uiks/Letno_porocilo_07_web.pdf
(12. 10. 2010)

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij. (2000) Dostopno prek:
http://www.mp.gov.si/fileadmin/mp.gov.si/pageuploads/2005/PDF/uiks/porocilo_uiks_2000.pdf (12.
10. 2010)

Zapis rednega skupnega delovnega zasedanja Delovne skupine za terorizem pri Svetu EU – TWG,
notranji vidik, in delovne skupine za terorizem COTER, zunanji vidik, št. SN 1922/08 LIMITE.

Zveza društev na področju drog Slovenije. O nas. Dostopno prek:<http://www.zvezadrogno-slo.si/about-uso-nas/> (5. 7. 2010)

Zveza društev na področju drog. Uresničitev nacionalnega programa za obdobje 2004–2009 na
področju drog v Sloveniji skozi oči nevladnih organizacij. Dostopno prek: <http://www.zvezadrogno-slo.si> (3.11. 2010)

Seznam zakonov in pravilnikov

Kazenski zakonik Republike Slovenije. Uradni list RS, št. 55/08.

Pravilnik o avtošolah s prilogami. Uradni list RS, št. 43/2000 z dne 19. 12. 2005.

Pravilnik o izvrševanju pooblastil in nalog pravosodnih policistov. Uradni list RS, št. 85/2009 z dne 30.10. 2009.

Pravilnik o programu usposabljanja kandidatov za voznike motornih vozil s prilogo. Uradni list RS, št. 88/2005 z dne 4. 10. 2005.

Pravilnik o izvajanju nadzora nad delom centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Uradni list RS, št. 43/2000.

Pravilnik o sestavi in načinu dela koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Uradni list RS, št. 43/2000.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS, št. 18/98.

Protokol za izvajanje nalog, ki izhajajo iz 22. točke prvega odstavka 15. člena, in nalog iz 24. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-K). Uradni list RS, št. 76/08.

Resolucija o nacionalnem programu preprečevanja in zatiranja kriminalitete 2007–2011. Uradni list RS, št. 40/2007.

Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009. Uradni list RS št. 28/2004 z dne 25. 3. 2004.

Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog. Uradni list RS, št. 49/2000.

Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij. Uradni list RS, št. 76/2008 z dne 25. 7. 2008.

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

Zakon o prenehanju veljavnosti Zakona o predhodnih sestavinah za prepovedane droge. Uradni list RS, št. 60/07.

Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami. Uradni list RS, št. 108/99.

Zakon o spremembi zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami. Uradni list RS, št. 44/2000.

Priloge

Kazalo tabel

Tabela 1.1: <i>Financiranje programov Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve RS</i>	14
Tabela 1.2: <i>Zbirna tabela sredstev iz proračuna RS v letu 2009</i>	15
Tabela 1.3: <i>Zbirni podatki vseh porabljenih financ za področje drog v letu 2010</i>	16
Tabela 4.1: <i>Število obravnavanih oseb v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v letu 2009</i>	42
Tabela 4.2: <i>Socialna ogroženost med prvič obravnavanimi glede na spol, Slovenija 2009</i>	46
Tabela 4.3: <i>Gibanje deleža uporabnikov glede na prvo drogo med tistimi, ki so prvič ali ponovno iskali pomoč v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, Slovenija 2009</i>	49
Tabela 4.4: <i>Tvegano vedenje med prvič obravnavanimi po spolu, Slovenija 2009</i>	50
Tabela 4.5: <i>Gibanje v deležu zaposlenih, brezposelnih ter učencev in dijakov v letih 2005–2009 v programih CPZOPD, Slovenija 2009</i>	51
Tabela 4.6: <i>Delež oseb, prvič ali ponovno sprejetih v program CPZOPD, glede na stopnjo končane izobrazbe v letih 2005–2009, Slovenija 2009</i>	51
Tabela 4.7: <i>Značilnosti glede na vrsto stika pri obravnavanih, Slovenija 2009</i>	52
Tabela 5.1: <i>Delež okuženih s HIV med injicirajočimi uživalci drog, Slovenija, 2005–2009</i>	54
Tabela 5.2: <i>Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po starostnih skupinah in spolu, Slovenija 2008</i>	58
Tabela 5.3: <i>Število umrlih moških in žensk po vrsti uporabljene droge ob smrti, Slovenija 2008</i>	59
Tabela 5.4: <i>Število umrlih moških in žensk po zunanem vzroku in vrsti droge, Slovenija 2008</i>	59
Tabela 5.5: <i>Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po starostni skupini in spolu, Slovenija 2009</i>	60
Tabela 5.6: <i>Vrsta uporabljene droge po spolu, Slovenija 2009</i>	60
Tabela 5.7: <i>Število uporabnikov drog po zunanem vzroku in vrsti droge, Slovenija 2009</i>	61
Tabela 5.8: <i>Število umrlih uporabnikov drog v Sloveniji v letih 2004–2006, tisti, ki so se zdravili v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti ali ne</i>	66
Tabela 5.9: <i>Stopnje umrljivosti uporabnikov prepovedanih drog na 1.000 opazovanih let, oseb, vključenih v kohorto in starih 15–54 let, v Sloveniji, v letih 2004–2006</i>	66
Tabela 5.10: <i>Deleži vzrokov smrti med umrlimi prebivalci Slovenije, starimi od 15 do 55 let, v primerjavi z deleži vzrokov smrti med kohorto uporabnikov prepovedanih drog</i>	67
Tabela 5.11: <i>Deleži vzrokov nasilnih smrti med umrlimi prebivalci Slovenije, starimi od 15 do 55 let, in v primerjavi z deleži vzrokov nasilnih smrti med kohorto uporabnikov prepovedanih drog</i>	67
Tabela 5.12: <i>Vzroki smrti med umrlimi zdravljenimi uporabniki drog v primerjavi z vzroki smrti med preostalimi uporabniki prepovedanih drog, Slovenija 2004–2006</i>	68
Tabela 7.1: <i>Prikaz števila obravnavanih kaznivih dejanj z elementi organiziranega kriminala</i>	75

Tabela 7.2: Statistični prikaz števila obravnavanih primerov kaznivih dejanj, njihovih osumljencev ter prekrškov po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami	77
Tabela 7.3: Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih oseb v letih 2002–2009.....	84
Tabela 7.4: Izidi prostovoljnih in zaupnih testiranj na hepatitis in HIV v letih 2002–2009.....	85
Tabela 8.1: Prikaz količin nekaterih vrst zaseženih prepovedanih drog v obdobju 2004–2009	89

Kazalo slik

Slika 1.1 Dodeljena sredstva programov na področju drog s strani Urada za mladino RS po posameznem letu.....	14
Slika 2.1: Odstotki anketiranih, ki so že slišali za naštetе droge.....	20
Slika 2.2: Odstotki anketirancev, ki so si želeli poskusiti in ki so dejansko uporabili katero izmed prepovedanih drog po spolu	22
Slika 2.3: Odstotki anketiranih, ki so v življenju že uporabili katero izmed prepovedanih drog po starosti in spolu.....	22
Slika 2.4: Uporaba marihuane v vsem življenju po spolu	23
Slika 2.5: Uporaba prepovedanih drog v vsem življenju	24
Slika 4.1: Porazdelitev uporabnikov programa CPZOPD v letu 2009 glede na starostno strukturo v letih, Slovenija 2009	44
Slika 4.2: Število uporabnikov programa glede na mesto prebivanja, Slovenija 2009	45
Slika 4.3: Delež uporabnikov programa glede na zaposlitveni status, Slovenija 2009	46
Slika 4.4: Pogostost uporabe glavne droge po spolu, Slovenija 2009	48
Slika 4.5: Delež oseb, ki so prvič ali ponovno vstopile v program zdravljenja v posameznem letu glede na način uporabe droge v zadnjih 30 dneh, Slovenija 2009.....	50
Slika 5.1: Gibanje števila neposrednih smrti zaradi drog v Sloveniji v obdobju 2004–2009, po spolu. 61	
Slika 5.2: Gibanje števila neposrednih smrti zaradi opioidov in kokaina (T400–T406), po petletnih starostnih skupinah, Slovenija 2004–2008	62
Slika 5.3: Gibanje najvišje in najnižje starosti ob smrti ter mediana starosti ob smrti umrlih zaradi drog v Sloveniji v obdobju 2004–2009.....	62
Slika 5.4: Gibanje števila zastrupitev po vrsti prepovedane droge, Slovenija 2004–2009.....	63
Slika 5.5: Povprečne letne stopnje umrljivosti zaradi prepovedanih drog, računane na prebivalce, stare 15–64 let v Sloveniji, v letih 2004–2009, po regijah	63
Slika 5.6: Deleži umrlih zaradi drog po zakonskem stanu, Slovenija 2004–2009.....	64
Slika 5.7: Mesto smrti umrlih, Slovenija 2004–2009	64
Slika 5.8: Zdravljenje umrlih zaradi drog, Slovenija 2004–2010	65

Slika 5.9: Vrsta zdravnika, ki je izpolnil podatke v zdravniškem potrdilu o smrti in poročilu o vzrokih smrti, Slovenija 2004–2009	65
Slika 9.1: Število zapornikov vključenih v metadonski vzdrževalni program v Slovenskih zaporih po letih od 2000 do 2009	97
Slika 10.1: Finančna sredstva, ki jih je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije namenil programom zdravljenja odvisnosti v Sloveniji v letih 2002-2009, v evrih.....	102