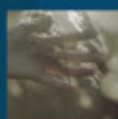


NACIONALNO POROČILO 2011  
O STANJU NA PODROČJU  
PREPOVEDANIH DROG V  
REPUBLIKI SLOVENIJI





Evropski center za spremljanje  
drog in zasvojenosti z drogami



**NACIONALNO POROČILO 2011 O STANJU NA  
PODROČJU PREPOVEDANIH DROG  
V REPUBLIKI SLOVENIJI**

**SLOVENIJA**

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

**REITOX**

**Avtorji (po abecednem vrstnem redu):** Miran Brvar, Nataša Delfar, Andreja Drev, Tomaž Gostič, Andreja Hiti, Tadeja Hočevar, Jože Hren, Mateja Jandl, Marijana Kašnik Janet, Mojca Janežič, Andreja B. Jaš, Irena Klavs, Sonja Klemenc, Helena Koprivnikar, Gregor Koren, Matej Košir, Katja Kovše, Milan Krek, Tanja Kustec, Ines Kvaternik, Dušan Nolimal, Mina Paš, Aleksander Pučko, Matej Sande, Nina Scagnetti, Simona Smolej, Nika Svete, Jožica Šelb Šemerl, Romana Štokelj, Sanela Talić, Živa Žerjal

**Uredniki:** Andreja Drev, Romana Štokelj, Milan Krek

**Oblikovanje:** Andreja Frič

**Izdajatelj:** Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2

**Lekturiranje:** Optimus Lingua, d.o.o.

**Strokovni pregled:** Ada Hočevar Grom

**Odobrila Komisija Vlade Republike Slovenije za droge**

**Digitalna produkcija:** Studio Kreator

**Število izvodov:** 150

**Leto izdaje:** Ljubljana, 2011

**Elektronski vir.**

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

ISSN 1855-864X

# KAZALO VSEBINE

<b>POVZETEK</b> .....	6
<b>A: NOVOSTI IN TRENDI</b> .....	11
<b>1. POLITIKE NA PODROČJU DROG: ZAKONODAJA, STRATEGIJA IN EKONOMSKA ANALIZA</b> ..	12
1.1 Pravni okvir .....	13
1.2 Akcijski načrt, strategija, vrednotenje in koordinacija .....	14
1.3 Ekonomska analiza .....	18
<b>2. UPORABA DROG V SPLOŠNI POPULACIJI IN POSAMEZNIH CILJNIH SKUPINAH</b> .....	24
2.1 Uporaba drog v splošni populaciji .....	25
2.2 Uporaba drog med šolsko populacijo .....	30
2.3 Uporaba drog med posameznimi ciljnimi skupinami .....	35
<b>3. PREVENTIVA</b> .....	41
3.1 Pregled preventivnih dejavnosti v Sloveniji .....	42
3.2 Univerzalna preventiva .....	43
3.3 Selektivna preventiva .....	49
3.4 Indicirana preventiva .....	51
3.5 Nacionalne in lokalne medijske aktivnosti .....	52
<b>4. PROBLEMATIČNA UPORABA DROG</b> .....	54
4.1 Ocene o razširjenosti problematične uporabe drog v Sloveniji .....	54
4.2 Problematična uporaba drog med uporabniki nizkopražnih programov .....	55
<b>5. Z DROGAMI POVEZANO ZDRAVLJENJE: POVPRŠEVANJE PO ZDRAVLJENJU IN DOSTOPNOST DO ZDRAVLJENJA</b> .....	63
5.1 Strategija in politika na področju obravnave odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji .....	63
5.2 Obravnava uporabnikov drog v okviru zdravstvenega varstva .....	66
5.3 Značilnosti uporabnikov, ki so v letu 2010 ponovno ali prvič vstopili v programe zdravljenja ...	69
5.4 Trendi pri uporabnikih v programih zdravljenja .....	74
5.5 Sklepi .....	77
<b>6. TEŽAVE Z ZDRAVJEM IN DRUGE POSLEDICE, POVEZANE Z UPORABO DROG</b> .....	79
6.1 Z drogo povezane nalezljive bolezni .....	80
6.2 Druge z uporabo drog povezane zdravstvene težave in posledice .....	82
6.3 Umrljivost zaradi drog.....	86
<b>7. ODZIVI NA Z DROGAMI POVEZANE TEŽAVE Z ZDRAVJEM IN DRUGE POSLEDICE</b> .....	103
7.1 Preventiva pred zastrupitvami in smrtnimi primeri, povezanimi z uporabo drog .....	103
7.2 Preventiva pred nalezljivimi boleznimi in zdravljenje nalezljivih bolezni, povezanih z uporabo drog.....	105

<b>8. Z UPORABO DROG POVEZANA SOCIALNA PROBLEMATIKA IN SOCIALNA REINTEGRACIJA</b>	108
8.1 Socialna izključenost in uporaba drog	109
8.2 Socialna reintegracija	112
<b>9. Z DROGAMI POVEZANA KRIMINALITETA, PREVENTIVA IN ZAPORI</b>	114
9.1 Z drogami povezana kriminaliteta	115
9.2 Preventiva pred kriminaliteto, povezano s prepovedanimi drogami	119
9.3 Nadomestne kazni zaporu	119
9.4 Uporaba drog v zaporih	121
9.5 Odzivi na z drogami povezane težave z zdravjem v zaporih	123
<b>10. TRG Z DROGAMI</b>	124
10.1 Razpoložljivost in zasegi prepovedanih drog	124
10.2 Cene prepovedanih drog	128
10.3 Kakovost in čistost prepovedanih drog	128
<b>B: IZBRANA POGLAVJA</b>	133
<b>11. DROGE IN ZAPORI</b>	134
11.1 Zaporski sistem in zaporniki	134
11.2 Organiziranost zdravstvene službe v zaporih	137
11.3 Zagotavljanje obravnave za osebe s težavami zaradi drog	138
<b>12. UPORABNIKI DROG, KI SO STARŠI</b>	144
12.1 Obseg problematike	144
12.2 Politike in zakonodajni okvir	146
12.3 Odzivi	149
<b>C: VIRI, LITERATURA IN PRILOGE</b>	152
<b>VIRI IN LITERATURA</b>	153
Seznam virov in literature	153
Seznam zakonov	158
<b>PRILOGE</b>	159
Kazalo tabel	159
Kazalo slik	162

## 1. poglavje

Na področju zakonodaje so v pripravi spremembe in dopolnitve dveh zakonov, povezanih s področjem drog. Spremembe Kazenskega zakonika se dotikajo tudi členov št. 186 in 187, ki urejata neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami, z nedovoljenimi snovmi v športu in s predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog ter omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu. Predlogi sprememb Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami pa urejajo zlasti področje živilskih izdelkov, ki lahko vsebujejo tudi prepovedane snovi. Vlada RS je v letu 2010 dopolnila Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog z novo snovjo, tapentadol, Komisija Vlade RS za droge pa je potrdila predlog novega nacionalnega programa na področju prepovedanih drog. Analiza stanja mreže lokalnih akcijskih skupin (LAS) je pokazala občuten upad števila LAS v Sloveniji, in sicer iz delujočih 55 LAS v letu 2006 na 28 LAS v letu 2010.

Večina programov na področju drog je v Sloveniji 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. Na osnovi razpoložljivih podatkov se lahko oceni, da je bilo v letu 2010 reševanju problematike na področju prepovedanih drog namenjenih vsaj 9,699.283,01 evra.

## 2. poglavje

V Sloveniji je bila v letu 2010 izvedena pilotna raziskava o uporabi drog med splošno populacijo (15–64 let), po podatkih katere je katero izmed prepovedanih drog kadar koli v življenju že poskusilo 17 % anketirancev. Največ anketirancev je uporabilo marihuano ali hašiš, sledijo kokain, ekstazi in amfetamini. Po podatkih raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC 2010) je v življenju poskusilo kaditi marihuano 23,2 % 15-letnikov. Po upadu deleža 15-letnikov, ki so že poskusili kaditi marihuano med letoma 2002 in 2006, se v obdobju 2006–2010 ponovno zaznava višanje deleža tistih, ki so že uporabili marihuano. Raziskava o uporabi kokaina, ki je bila narejena med obiskovalci lokalov, nočnih klubov in prireditelj z elektronsko glasbo, je pokazala, da kokain uporablja 57,2 % anketiranih. Spletna raziskava o mefedronu, ki je zajela nekdanje in zdajšnje uporabnike mefedrona, pa je pokazala, da to prepovedano drogo še vedno uporablja 46,2 % anketiranih, preostali pa so uporabo že opustili.

## 3. poglavje

V prvi polovici leta 2011 je bil izveden pregled 116 različnih preventivnih dejavnosti, ki je pokazal, da se največ zaznanih preventivnih dejavnost usmerja v šolski prostor, osnovnošolci in straši pa so najpogosteje ciljna skupina za te dejavnosti. Leta 2010 se je v

izbranih osnovnih šolah v Sloveniji začel pilotno izvajati mednarodni preventivni projekt EU-Dap Izštekani, ki je osredinjen na preprečevanje uporabe drog s pomočjo izboljšanja psihosocialnih spretnosti. V okviru programa Izberi sam se je izvedlo 186 delavnic, namenjenih seznanjanju mladih o škodljivih posledicah alkohola. Izvajalci programa Neodvisen.si so v letu 2010 obiskali 25 občin, v katerih so priredili celodnevne interaktivne dogodke, namenjene otokom, mladostnikom in staršem. V Ljubljani in Mariboru je bil v okviru programa After taxi mladim med 16. in 30. letom, ki obiskujejo zabave in tam uporabljajo psihoaktivne snovi, zagotovljen subvencioniran prevoz s taksijem.

Peta preventivna nacionalna akcija 40 dni brez alkohola je v letu 2010 potekala z nosilnim sporočilom Za več pravega veselja brez alkohola in je opozarjala na posledice prekomerne uporabe alkohola ter spodbujala širšo javnost k veselju brez alkohola. Nacionalna kampanja 0,0 šofer, s katero se želi zmanjšati škodljivo in tvegano rabo alkohola v povezavi z varnostjo v cestnem prometu, je bila izvedena v mesecih juniju, novembru in decembru 2010. V tem času so policisti in pristojne inšpekcijske službe vršili poostren nadzor nad spoštovanjem določb Zakona o omejevanju porabe alkohola. Osrednja tema preventivnega meseca v letu 2010 pa je bila osredinjena na lokalne skupnosti s sloganom Lokalna skupnost v akciji – sodelovanje in izzivi v preventivi.

#### 4. poglavje

Izsledki raziskave o uporabnikih drog iz nizkopražnih programov, ki se po definiciji uvrščajo med problematične uporabnike drog, so pokazali, da se skupina problematičnih uporabnikov drog v teh programih stara, po drugi strani pa je vse več mladih problematičnih uporabnikov drog, ki jih programi ne zajamejo. Med problematični uporabniki drog je zelo pogosta uporaba več kot ene droge. Sicer med uporabniki še vedno prevladuje uporaba heroina, sledijo kokain, marihuana in sintetične droge, v porastu pa je uporaba alkohola. Večina tistih, ki uporabljajo heroin in kokain, si ju vbrizgavajo.

#### 5. poglavje

Po podatkih, zbranih s pomočjo vprašalnika Evidenca obravnave uživalcev drog, je bilo v 18 centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in v Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani v letu 2010 evidentiranih 3.332 ljudi, od katerih jih je bilo 2.535 vključenih v neprekinjeno vzdrževalno zdravljenje, 797 ljudi pa je bilo v letu 2010 prvič ali ponovno vključenih v program zdravljenja. Podatki za prvič ali ponovno vključene v program zdravljenja kažejo, da je bil heroin tista glavna droga, zaradi katere je največ uporabnikov v letu 2010 iskalo pomoč. Kot prva dodatna droga je bil najpogosteje naveden kokain, sledijo alkohol, kanabis ter hipnotiki in sedativi. Zaradi kokaina kot prve droge je iskal pomoč manjši delež uporabnikov kot preteklo leto. Glavno drogo, heroin, je več kot polovica uporabnikov uporabljala vsak dan, vendar ga je znatno manjši delež uporabljal intravenozno v zadnjih 30 dneh, kot je bilo to v prejšnjem letu. Velika večina uporabnikov drog, ki je prvič ali ponovno vstopila v program zdravljenja, je brezposelna. Delež uporabnikov, ki so zaposleni, stagnira, viden pa je trend naraščanja ljudi s končano višjo, visoko šolo oz. akademijo ter z nedokončano osnovno šolo.

## 6. poglavje

V vzorcih sline, zbranih med injicirajočimi uporabniki drog v okviru anonimnega nevezanega testiranja za namene nadzora nad okužbami s HIV, je bil v letu 2010 en vzorec pozitiven na protitelesa HIV. Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV; anti-HBc) med anonimno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so bili na zdravljenju v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, je v letu 2010 znašala 5,3 %, razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) pa 21,5 %. Urgentne internistične ambulate v Ljubljani so v letu 2010 obravnavale 51 bolnikov zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami. Največji delež zastrupitev je bil povezan z uporabo heroina ter kombinacije heroina in drugih drog. V letu 2010 je bilo v Sloveniji registriranih 25 neposrednih smrti zaradi uporabe prepovedanih drog. Umrlo je 21 moških in 4 ženske. Najpogostejša prepovedana droga, ki je povzročila zastrupitev, je bil heroin, sledita metadon in kokain. V prejšnjem letu pa smrti zaradi kokina ni bilo.

## 7. poglavje

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

## 8. poglavje

V letu 2010 so imeli v centrih za socialno delo 357 obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog. V socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog, ki jih sofinancira Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, pa je bilo v letu 2010 vključenih prek 8.400 uporabnikov. Evalvacija nizkopražnih in visokopražnih programov s področja prepovedanih drog je med drugimi pokazala, da so bili programi v velikem deležu ali celoti financirani iz javnih sredstev, da ima večina zaposlenih šesto ali sedmo stopnjo izobrazbe in da so za postopke neposrednega dela z uporabniki izvajalci namenili okvirno med 60 in 80 % časa. V nizkopražnih programih so v prvi polovici leta 2010 imeli od 74 do 650 vključenih uporabnikov, v visokopražnih pa od 119 do 768.

## 9. poglavje

V letu 2010 je policija zaznala 1.969 kaznivih dejanj (po Kazenskem zakoniku) in 3.328 prekrškov (opredeljenih po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami) s področja prepovedanih drog ter obravnavala 2.240 ljudi zaradi suma storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog. Konoplja je bila tudi v letu 2010 tista prepovedana



droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov. Policija je odredila 1.501 strokovni pregled, pri katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi; od tega je bil v 870 primerih izid analize pozitiven. Vozniki so najpogosteje vozili pod vplivom opiatov, metadona in kokaina. V zaporih pa so pravosodni policisti prepovedane droge odkrili v 105 primerih, pri čemer je bila konoplja tista prepovedana droga, s katero je povezano največje število najdb, sledi heroin. Glede na skupno količino najdenih drog so pravosodni policisti našli največ heroina, sledijo kanabis, kokain in hašiš.

## 10. poglavje

V Sloveniji je v letu 2010 v primerjavi z letom prej zaznan upad skupnih količin zaseženih prepovedanih drog, kot so: heroin, kokain, ekstazi, kanabis. Izjema so le tablete amfetaminov, kjer je količina zaseženih tablet v porastu. Policija je zaznala tudi porast proizvodnje konoplje; tako je v letu 2009 evidentirala 11 prostorov, ki so bili prirejeni za gojenje konoplje pod umetno ustvarjenimi pogoji, v letu 2010 pa kar 42. Cene prepovedanih drog – heroina, konoplje, ekstazija in amfetamina – v zadnjih petih letih ostajajo na približno isti ravni. Povečala se je cena kokaina, in sicer zaradi višje čistosti te droge. Povprečne koncentracije prepovedanih drog v Sloveniji, kot sta kokain in amfetamin, so bile tudi v letu 2010 konstantne, podobno kot v preteklih letih, koncentracija heroina pa se je v letu 2010 znižala.

## 11. poglavje

V letu 2010 je bilo v vseh zavodih za prestajanje kazni zapora skupaj obravnavanih 4.765 ljudi. Med zaprtimi je bilo 1.215 ljudi, ki so imeli težave zaradi uporabe prepovedanih drog; od tega jih je 538 prejelo metadonsko terapijo. Po izvidih testiranj na okužbo z virusi HIV in s hepatitisom je bil v letu 2010 en človek okužen z virusom HIV, hepatitis B je bil potrjen pri 11 ljudeh, hepatitis C pa pri 60 zaprtih ljudeh.

V letu 2009 so se zavodske ambulante vključile v javnozdravstveno mrežo, s čimer so regionalni zdravstveni domovi postali izvajalci zdravstvenega varstva za zaprte ljudi, poleg tega se organizirajo tudi vsa potrebna specialistična in bolnišnična zdravljenja zunaj zaporov. Regionalni zdravstveni domovi zagotavljajo zavodom za prestajanje kazni zapora tudi ambulante za odvisnike. Sicer pa zdravstveno osebje zagotavlja zaprtim ljudem pomoč pri abstinencijskih krizah, substitucijsko terapijo in urinske teste za ugotavljanje prisotnosti drog v telesu, svetovanje in izobraževanje o nevarnosti okužb z virusi HIV in hepatitisa ter jih spodbujalo k testiranju, cepljenju proti hepatitisu B in k zdravljenju. Strokovno osebje zavodov pa v okviru kadrovskih možnosti z izvajanjem psihosocialnih programov pomoči omogoča zaprtim ljudem doseganje višjih ciljev v obravnavi odvisnosti. V letu 2010 se je v tovrstne programe vključevalo 619 ljudi s težavami zaradi drog.

## 12. poglavje

Tri različne raziskave o porodnicah, uporabnicah drog, so pokazale, da so bile pogosteje samske, da so imele nižjo izobrazbo in manj podpore partnerjev v primerjavi s porodicami, ki niso imele težav z drogo. Na prvi ginekološki pregled so prišle pozneje in so v nosečnosti pogosteje kadile kot druge porodnice. Med novorojenčki mater uporabnic drog je bilo več prezgodnjih porodov z nižjo porodno težo, več nedonošenčkov in več zahirančkov kot med preostalimi novorojenčki. Več novorojenčkov se je rodilo z zdravstvenimi težavami (prizadetost, neonatalni abstinenčni sindrom, razdražljivost) in več jih je bilo premeščenih na intenzivne oddelke, poleg tega so bili dojeni v manjši meri kot novorojenčki porodic, ki niso imele težav z drogo.

Po zadnji raziskavi je bilo v 17 centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog in v Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani vključenih 166 mater odvisnic od prepovedanih drog.

Stiske staršev uporabnikov drog se rešujejo v okviru sistema socialnega varstva, ki mu zakonski okvir postavlja Zakon o socialnem varstvu, temeljna izhodišča za obravnavo socialnih stisk pa predstavlja nacionalni program socialnega varstva. Strokovne aktivnosti, namenjene reševanju socialne problematike, izvajajo centri za socialno delo, v njihovi pristojnosti pa je tudi del družinske politike, ki se nanaša na zakonsko zvezo, razmerja med starši in otroki, posvojitve, rejništvo in skrbništvo ter na področje starševskega varstva in družinskih prejemkov.

V Sloveniji staršem uporabnikom drog različne oblike pomoči nudijo predvsem centri za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog, centri za socialno delo in nekatere nevladne organizacije. Konec leta 2010 pa se je v Sloveniji začel izvajati visokopražni program za zasvojene mame oz. starše, ki omogoča skupno vključitev otrok in mater. Program poleg socialne rehabilitacije in obravnave zasvojenosti poudarja vlogo starševstva in sobivanja z otrokom.

A

NOVOSTI IN TRENDI

# 1.

## POLITIKE NA PODROČJU DROG: ZAKONODAJA, STRATEGIJA IN EKONOMSKA ANALIZA

Na področju zakonodaje so v pripravi spremembe in dopolnitve dveh zakonov, povezanih s področjem drog, in sicer Kazenskega zakonika ter Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami. Ministrstvo za pravosodje RS pripravlja predlog dopolnitev in sprememb Kazenskega zakonika; spremembe se dotikajo tudi členov št. 186 in 187, ki urejata neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami, z nedovoljenimi snovmi v športu in s predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog ter omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu. Predlogi sprememb in dopolnitev Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, ki jih je pripravilo pristojno Ministrstvo za zdravje RS, urejajo zlasti področje živilskih izdelkov, ki lahko vsebujejo tudi prepovedane snovi.

V letu 2010 je Vlada RS dopolnila Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog z novo snovjo, tapentadol. Zanj je bilo ugotovljeno, da je potencial nastanka odvisnosti in zlorabe podoben tistemu, ki ga imajo analgetiki, kot sta morfin in hidromorfin. Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke je zato predlagala, da se tapentadol razvrsti v isto skupino, kot sta omenjeni snovi, to je v II. skupino Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog.

Komisija Vlade RS za droge je konec leta 2010 potrdila novi predlog nacionalnega programa na področju prepovedanih drog. Ker je problematika prepovedanih drog izrazito medresorno in multidisciplinarno obravnavana, rešitve, ki jih ta program navaja, segajo na področje preprečevanja ponudbe prepovedanih drog ter tudi na področje preventive, zdravljenja in socialne obravnave. Med preostalimi cilji in nalogami, zapisanimi v novem predlogu Nacionalnega programa na področju drog, je posebej izražena podpora 1) programom preprečevanja uporabe prepovedanih drog s ciljem zmanjševanja števila novih uporabnikov drog med mlajšo generacijo ter zmanjševanja števila prekrškov in kaznivih dejanj, povezanih s prepovedanimi drogami; 2) programom, ki pomagajo ohraniti ali znižati število okuženih s HIV in hepatitisoma B in C ter smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov; 3) programom psihosocialne obravnave uporabnikov drog, terapevtskih skupnosti in komun ter programov reintegracije nekdanjih zasvojenih oseb; 4) koordinativnim strukturam na področju drog na krajevni in državni ravni; 5) dejavnostim proti organiziranemu kriminalu, prepovedanemu prometu z drogami in s prekursorji, pranju denarja ter proti drugim oblikam kriminala v povezavi z drogami.

Zveza društev na področju drog Slovenije je maja 2010 organizirala nacionalno konferenco, na kateri so nevladne organizacije obravnavale realizacijo preteklega nacionalnega programa na področju drog in podale okvirne vsebinske predloge za novo nacionalno strategijo na področju drog. V sklepih konference so nevladne organizacije poudarile, da

morajo biti v prihodnje aktivno vključene v pripravo novega nacionalnega programa ter med drugim predlagale tudi večje povezovanje zdravstvenega in socialnega resorja.

V letu 2010 je bila na pobudo MZ narejena tudi analiza stališč nevladnih organizacij do pretekle resolucije o nacionalnem programu na področju drog. Ugotovitve analize so pokazale, da so nevladne organizacije preteklo resolucijo ocenile kot dober splošen dokument, ki je sicer podal pomembne usmeritve, v realnosti pa ni zaživel, ker na njegovi osnovi ni nastal tudi akcijski načrt, ki bi jasneje opredelil naloge in subjekte, odgovorne za njihovo izvrševanje.

V letu 2010 je bila narejena analiza stanja mreže lokalnih akcijskih skupin (LAS), ki je pokazala občuten upad števila LAS v Sloveniji. Po podatkih omenjene analize trenutno v Sloveniji deluje 28 LAS, medtem ko jih je v letu 2006 delovalo 55.

Programi na področju drog se v Sloveniji financirajo prek različnih virov. 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. Na osnovi razpoložljivih podatkov se lahko oceni, da je bilo v letu 2010 reševanju problematike na področju prepovedanih drog namenjenih vsaj 9,699.283,01 evra.

## 1.1 Pravni okvir

Slovenija je podpisnica naslednica vseh konvencij Organizacije združenih narodov, ki opredeljujejo področje prepovedanih drog. Slovenska zakonodaja, ki je bila sprejeta v letih 1999 in 2000, temelji na določilih teh konvencij; usklajena je s pravnim redom EU in z usmeritvami Sveta Evrope. Ministrstvo za zdravje RS kot odgovorno ministrstvo za področje drog na osnovi predlogov pristojnih ustanov in ocene izvajanja zakonodaje pripravlja določene posodobitve področne zakonodaje.

Prepovedane droge v RS urejajo naslednji predpisi:

Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 55/08,66/08 – popr. in 39/09) v poglavju o kaznivih dejanjih zoper človekovo zdravje ureja dve (večji) kaznivi dejanji v povezavi s prepovedanimi drogami. V 186. členu Kazenskega zakonika je urejeno kaznivo dejanje »Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, z nedovoljenimi snovmi v športu in s predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog«, v 187. členu Kazenskega zakonika pa je urejeno kaznivo dejanje »Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu«. Letos je v pripravi na Ministrstvu za pravosodje RS predlog dopolnitev in sprememb Kazenskega zakonika, ki vključuje tudi nekatere predloge sprememb obeh členov s področja drog.

Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/99, 44/00, 2/04 – ZZdri-A in 47/04 – ZdZPZ) opredeljuje prepovedane droge kot rastline ali substance naravnega ali sintetičnega izvora, ki imajo psihotropne učinke in lahko vplivajo na telesno ali duševno zdravje ali ogrožajo primerno socialno stanje ljudi. 3. člen zakona razvršča prepovedane droge v tri skupine glede na resnost nevarnosti za zdravje ljudi, ki je lahko

posledica njihove zlorabe, in glede na uporabo v medicini. Zakon nadalje določa pogoje, pod katerimi so dovoljeni proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami ter posest prepovedanih drog. Zakon je tudi podlaga za razvrstitev prepovedanih drog v tri skupine glede na resnost nevarnosti za zdravje ljudi, ki je lahko posledica njihove zlorabe, ter glede na uporabo v medicini. V koalicijskem usklajevanju je predlog sprememb in dopolnitev tega zakona, ki ga je pripravilo pristojno Ministrstvo za zdravje RS. Spremembe poleg nekaterih tehničnih uskladitev z drugo področno zakonodajo urejajo zlasti področje živilskih izdelkov, ki lahko vsebujejo tudi prepovedane snovi.

Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/99) med drugim definira zdravljenje in reševanje socialne problematike, povezane z uživanjem prepovedanih drog. Za zdravljenje se po tem zakonu šteje tudi vzdrževanje z metadonom in drugimi substitucijskimi sredstvi, ki jih potrdi Zdravstveni svet. Omenjeni zakon v osnovi določa ukrepe in dejavnosti, ki naj prispevajo k zmanjševanju povpraševanja po drogah. Med te ukrepe in dejavnosti sodijo tudi različne informativne kampanje in preventivni programi, zdravstvene in socialne dejavnosti, programi zmanjševanja škode (razdeljevanje sterilnega pribora) ter aktivnosti, povezane s spremljanjem in z analizo problematike uporabe drog.

Razvrstitev prepovedanih drog je sprejela Vlada Republike Slovenije z Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog (v nadaljnjem besedilu: uredba) leta 2000.

V letu 2010 je na predlog Ministrstva za zdravje RS Vlada RS dopolnila Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 49/00, 8/01 – popr., 49/01, 78/02 53/04, 122/07, 102/09 in 95/10) z novo snovjo, tapentadolom. Omenjena snov je centralno delujoči analgetik z agonističnim delovanjem na opioidne  $\mu$ -receptorje in zaviralnim delovanjem na ponovni privzem norepinefrinov. Zdravilo s to učinkovino je že pridobilo dovoljenje za promet v ZDA in nekaterih državah EU, v preostalih pa potekajo postopki za pridobitev dovoljenja za promet. V klinični praksi je od leta 2009, zato je potencial zlorabe in odvisnosti tapentadola mogoče oceniti le na osnovi nekliničnih in kliničnih podatkov, ki so jih pridobili med razvojem zdravila. Ugotovljeno je bilo, da je potencial nastanka odvisnosti in zlorabe podoben tistemu, ki ga imajo analgetiki z delovanjem na opioidne  $\mu$ -receptorje, kot sta morfin in hidromorfin. Zaradi navedenega je Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke predlagala, da se tapentadol razvrsti v isto skupino, kot sta omenjeni snovi, to je v II. skupino Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog; s tem se lahko začne postopek registracije zdravila.

## 1.2 Akcijski načrt, strategija, vrednotenje in koordinacija

Slovenska politika na področju drog se je pričela oblikovati v začetku 90. let prejšnjega stoletja s pobudo poslanskega kluba Demokratske stranke v takratni Skupščini RS. Omenjena Skupščina je z dokumentom "Stališča in sklepi Skupščine Republike Slovenije k Nacionalnemu programu za preprečevanje zlorabe drog v Republiki Sloveniji" sprejela Nacionalni program in naložila Vladi RS, da za uresničevanje njenega izvajanja v okviru

Sveta za zdravje ustanovi odbor za preprečevanje zlorabe drog v RS kot medresorsko delovno telo.

Predlog novega nacionalnega programa na področju prepovedanih drog pa je konec leta 2010 potrdila Komisija Vlade RS za droge. Pri pripravi dokumenta so v medresorski delovni skupini poleg predstavnikov desetih različnih ministrstev sodelovali še predstavniki raziskovalne skupnosti in predstavniki nevladnih organizacij. Dokument je pripravljen za nadaljnji postopek. Sicer pa na nacionalni ravni koordinacijo tega področja izvaja Komisija Vlade RS za droge, Ministrstvo za zdravje RS je zadolženo za usklajevanje področja drog na vladni ravni. Na krajevni ravni so še vedno glavni usklajevalci aktivnosti v lokalnih skupnostih lokalne akcijske skupine.

Civilnodružbene organizacije so se aktivno vključile v nastanek novega nacionalnega 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 poda okvirne vsebinske predloge za novo nacionalno strategijo na področju drog. V sklepih konference so nevladne organizacije poudarile, da morajo biti v prihodnje aktivno vključene v pripravo novega nacionalnega programa. Nevladne organizacije so med drugim predlagale tudi večje povezovanje zdravstvenega in socialnega resorja. Ministrstvo za zdravje RS je po omenjeni konferenci pri Zvezi društev na področju drog naročilo izvedbo posebne analize o izvedbi preteklega nacionalnega programa na področju drog in vsebinskih pričakovanjih do novega dokumenta.

Glavne ugotovitve analize stališč nevladnih organizacij (NVO) do pretekle resolucije o nacionalnem programu na področju drog (v nadaljevanju: ReNPPD) so<sup>1</sup>: NVO so ReNPPD ocenile kot dober splošen dokument, ki je sicer podal pomembne usmeritve, v realnosti pa ni zaživel, ker na njegovi osnovi ni nastal tudi akcijski načrt, ki bi jasneje opredelil naloge in subjekte, odgovorne za njihovo izvrševanje. Približno polovica NVO navaja, da jim je bil ReNPPD v oporo pri oblikovanju strategije in vizije ter da je določal tudi njihovo smer razvoja. Pomemben se jim je zdel pri prepoznavanju politike države na tem področju in jim služil kot podlaga pri razpisih pri nas in v evropskem prostoru. Na ReNPPD so se opirali pri izvajanju preventivnih dejavnosti, delu z ljudmi z dvojno diagnozo, nizko- in visokopražnih programih, interpretaciji raziskav in pri strukturi zaposlenih; vsebinsko je pomemben prostor dobila tudi socialna reintegracija uporabnikov drog. Imel je pomembno vlogo tudi na področju preventive v šolah in pri zmanjševanju škode. Preostalem je bil ReNPPD v pomoč le pri prepoznavanju, predvidevanju in pri usmeritvah glede potreb uporabnikov v njihovih programih. Za nekatere NVO, ki so izhajale predvsem iz potreb uporabnikov, ReNPPD ni bil zelo pomemben, saj v njem niso iskali podkrepitev za svoje delo, ampak so sledili »logiki NVO«, ki s terena vidi in uresničuje, česar profesionalne organizacije ne zaznajo. Med temi so izvajalci nizkopražnih programov, programov odvisnosti od alkohola in odnosov, preventivnih aktivnosti v športu, socialne rehabilitacije, reintegracije idr. NVO opozarjajo, da so prav one tiste, ki so najodzivnejše in najfleksibilnejše glede na dano situacijo na področju drog.

---

<sup>1</sup>Vir: Zveza društev na področju drog v Sloveniji: Perspektiva Nacionalnega programa na področju drog Slovenije za obdobje 2010–2014 – pogled in predlogi NVO-sektorja. Zaključno poročilo raziskave. Ljubljana, julij 2010.

Glede pričakovanj NVO do novega dokumenta gre poudariti, da NVO ocenjujejo, da so strateške usmeritve v predlogu novega nacionalnega programa dobre, opozarjajo pa, da je treba določiti jasne prioritete na področju preventive, zmanjševanja škode, represije pri preganjanju preprodaje drog itn. Prav tako opozarjajo, da je treba okrepiti in širiti področje delovanja preventive/preprečevanja, in sicer s programi za dvig ravni kakovosti življenja in predvsem »prevrednotenje« vrednot med mladimi. Prav tako večina NVO opozarja, da mora sprejetju novega nacionalnega programa na področju drog (NPPD) slediti oblikovanje akcijskega načrta, v katerem bodo jasno opredeljene pristojnosti glede njegove realizacije, in da morajo biti zagotovljena finančna sredstva, ki bodo namenjena izključno temu. V novem NPPD mora biti tudi jasno opredeljena vloga ovrednotenja programov, da se razišče, kateri programi delujejo, in da se te programe bolj podpre. NVO opozarjajo tudi, da je treba izenačiti položaj strokovnjakov v NVO in vladnem sektorju.

NVO pričakujejo, da se uredi in zagotovi ustrezne pogoje za sodelovanje med vladnim in nevladnim sektorjem, pri čemer bi bil nevladni sektor enakovredni partner vladnim strukturam pri oblikovanju politik in pomembnih dokumentov na tem področju. NVO predlagajo tudi, da se na terenu nadaljuje razvoj lokalnih akcijskih skupin (v nadaljevanju LAS), saj so bile v preteklem obdobju tiste, ki so najširše začele uresničevati politiko na področju drog v lokalni skupnosti.

V predlogu novega Nacionalnega programa na področju drog za obdobje 2011–2020 je glavni poudarek namenjen celovitemu in uravnoteženemu nadaljnjemu razvoju vseh ukrepov, programov in aktivnosti, ki prispevajo k reševanju problematike prepovedanih drog v naši državi. Ker je problematika prepovedanih drog izrazito medresorno in multidisciplinarno obravnavana, rešitve, ki jih ta program navaja, segajo na področje preprečevanja ponudbe prepovedanih drog ter tudi na področje preventive, zdravljenja in socialne obravnave.

Med drugimi cilji in nalogami, zapisanimi v predlogu novega Nacionalnega programa na področju drog, je posebej izražena podpora:

- programom preprečevanja uporabe prepovedanih drog s ciljem zmanjševanja števila novih uporabnikov drog med mlajšo generacijo ter zmanjševanja števila prekrškov in kaznivih dejanj, povezanih s prepovedanimi drogami;
- programom, ki pomagajo ohraniti ali znižati število okuženih s HIV ter hepatitisoma B in C ter smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov;
- programom psihosocialne obravnave uporabnikov drog, terapevtskih skupnosti in komun ter programov reintegracije nekdanjih zasvojenih oseb;
- koordinativnim strukturam na področju drog na krajevni in državni ravni;
- dejavnostim proti organiziranemu kriminalu, prepovedanemu prometu z drogami in s prekursorji, pranju denarja ter proti drugim oblikam kriminala v povezavi z drogami.

S tem dokumentom se želi prispevati tudi k različnim aktivnostim v regiji in širšem evropskem prostoru, zlasti z našim aktivnim sodelovanjem v mednarodnih organizacijah.



Najvišje koordinativno telo je, kot je bilo že omenjeno, Komisija za droge pri Vladi RS, ki je medresorski organ na vladni ravni, in se je v letu 2010 sestala trikrat. Med drugim je komisija sprejela sklepe, potrebne za oblikovanje novega predloga sprememb in dopolnitev Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami in novega predloga nacionalnega programa za droge. Ministrstvo za zdravje RS zagotavlja operativnost Komisije za droge, saj pripravlja gradiva za seje in skrbi za izvedbo sklepov sej komisije za droge. Ukrepi na področju prepovedanih drog se izvajajo znotraj različnih resorjev: Ministrstva za notranje zadeve RS, Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve RS, Ministrstva za šolstvo in šport RS, Ministrstva za pravosodje RS, Ministrstva za finance RS, Ministrstva za zunanje zadeve RS, Ministrstva za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo RS, Ministrstva za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano RS, Ministrstva za obrambo RS in Ministrstva za zdravje RS.

Nevladne organizacije na področju drog imajo v Sloveniji pomembno vlogo, saj izvajajo nekatere temeljne programe pomoči za uporabnike drog in njihove svojce. Na področju države se povezujejo v zvezo, ki je poleg preostalega sogovornik ministrstvom pri oblikovanju politike.

### **Analiza stanja mreže lokalnih akcijskih skupin (LAS)**

V letu 2003 je Urad Vlade RS za droge opravil prvo analizo stanja mreže lokalnih akcijskih skupin<sup>2</sup> (LAS) za preprečevanje zasvojenosti v Sloveniji. Takrat je omenjeni urad (ki danes ne obstaja več) ugotovil, da je v Sloveniji 32 tovrstnih posvetovalnih teles občinskih oblasti. V letih 2004 in 2005 je bila opravljena druga analiza stanja mreže LAS, ki je pokazala povečano število LAS, in sicer je takrat delovalo 50 takšnih teles. V letu 2004 je bil med prioritete takratnega novega nacionalnega programa na področju drog uvrščen tudi nadaljnji razvoj mreže LAS. V letu 2006 je skupaj delovalo že 55 LAS. V letu 2010 je Inštitut za raziskave in razvoj Utrip opravil novo analizo stanja, ki je pokazala občuten upad števila LAS v Sloveniji. Po podatkih iz omenjene analize trenutno v Sloveniji deluje 28 LAS, preostale, ki so v letu 2006 še delovale, pa so v mirovanju ali pa ne obstajajo več.

Skoraj vse LAS se pretežno posvečajo preventivnemu delovanju, in sicer se večinoma usmerjajo v osnovnošolsko in srednješolsko oziroma študentsko populacijo (nekatero izvajajo programe tudi v vrtcih). V večini izvajajo predavanja in delavnice za starše ter izdajajo različne informativne brošure oziroma letake. Velika večina LAS ne vrednoti svojega dela, pa tudi sicer je vrednotenje dela preostalih LAS (takšnih je le 7) usmerjeno pretežno v interno procesno vrednotenje. Izvajalci vrednotenja so večinoma člani LAS, izvajalci aktivnosti in občine. Veliko večino (87,5 %) financirajo izključno občine, saj jih največ deluje v obliki posvetovalnih teles županov ali občinskih svetov. Med prednostmi takšnega delovanja navajajo zlasti podporo občine, vpliv na odločanje na občinski ravni in koordinacijo, med slabostmi pa omejenost finančnih sredstev ter preveliko odvisnost od prostovoljnega dela članov LAS. Če so se LAS v začetnem obdobju ustanavljanja in delovanja pretežno osredinjale na problematiko prepovedanih drog, pa se zdaj več ukvarjajo s tveganim in škodljivim pitjem alkohola ter vse bolj tudi z drugimi oblikami zasvojenosti (npr. nekemične

---

<sup>2</sup>Analizo stanja mreže lokalnih akcijskih skupin (LAS) za preprečevanje zasvojenosti je pripravil Matej Košir (poslano po e-pošti 12. 9. 2011).

zasvojenosti). Večina LAS meni, da mora Ministrstvo za zdravje RS poskrbeti za usklajevanje na nacionalni ravni in jim nuditi strokovno pomoč v obliki strateških usmeritev ter soorganizacije vsakoletne nacionalne konference.

Številne LAS so v preteklih nekaj letih prenehale delovati. Delo nadaljujejo skoraj izključno tiste, ki imajo administrativno in finančno podporo občin. Z analizo stanja se je pokazala velika potreba in podpora sodelovanju in povezovanju med LAS v ožjem in širšem prostoru, kar je spodbudno za nadaljnje razmišljanje in razpravo o prihodnosti mreže LAS v Sloveniji.

### 1.3 Ekonomska analiza

Programi na področju drog se v Sloveniji financirajo prek različnih virov. 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 oziroma ni informacij o njih.

#### Proračunska sredstva

Ministrstvo za zdravje RS je za leti 2009 in 2010 prek javnega razpisa za financiranje programov s področja prepovedanih drog namenilo 121.414 evrov.

Urad RS za mladino v okviru svojih instrumentov v letu 2010 (javni poziv organizacijam v mladinskem sektorju in v okviru Evropskega socialnega sklada) neposredno ni sofinanciral dejavnosti ali vrst programov, ki bi jih bilo mogoče prepoznati kot neposredno izvajanje aktivnosti na področju prepovedanih drog.

V okviru razpisanih in sofinanciranih prednostnih področjih je posebna kategorija Zdravje in dobro počutje, kar bi bilo mogoče razumeti kot sorodno kategorijo, ter v okviru tega področja mladinsko delo in delo za mlade. V celotnem okviru gre za eno izmed osmih programskih področij, za katera na letni ravni Urad RS za mladino razpiše okoli 1.500.000 evrov, med izvajalskimi organizacijami pa so npr.: DrogArt, Fundacija Z glavo na zabavo in Utrip – Inštitut za raziskave in razvoj, ki izstopajo po promociji zdravja oz. skrbi in izpostavljanju tematike odvisnosti od prepovedanih drog. Iz tega konteksta je težko izluščiti, koliko sredstev je šlo neposredno za izvajanje teh programov, saj Urad RS za mladino dejavnosti organizacij sofinancira kot celoto.

V letu 2010 je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS (MDDSZ) za izvajanje programov v tem letu prek javnega razpisa razdelilo za programe na področju obravnave uporabnikov prepovedanih drog 2.713.129,37 evra.

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

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

Sredstva MDDSZ za:	programe socialne rehabilitacije zasvojenih (EUR)	programe terapevtskih skupnosti in drugih programov, ki omogočajo nastanitev za uporabnike drog, skupaj s pripadajočimi mrežami sprejemnih in dnevnih centrov, centrov za reintegracijo, programov za vzporedno terapevtsko pomoč družinam uporabnikov drog ter terapevtskim skupnostim alternativnih programov za uporabnike drog (EUR)	nizkopražne programe za uporabnike drog, mreže centrov za svetovanje in socialno rehabilitacijo zasvojenih s prepovedanimi drogami, potrebnih vsakodnevnih obravnave (EUR)
Leto			
2010	2,713.129,37*	1,575.993,26	587.876,52
2009	2,558.798,00*	1,514.458,00	544.492,50
2008	2,290.728,00*	1,445.691,00	399.013,40

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

Vir: Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve RS; Smolej in sod., 2011

Na 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 gmotne 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 evrov so dobili enkratno izplačilo. Programe na MDDSZ razvrščajo v tri skupine, in sicer v visokopražne, nizkopražne in v preventivne programe socialnega varstva. Količina sredstev, ki jih namenja MDDSZ problematiki prepovedanih drog, je razvidna iz Tabele 1.1.

Programi so se izvajali v 29 različnih krajih po Sloveniji. Največ programov se je izvajalo v Ljubljani, in sicer so bili v letu 2010 štiri take programi, dobro pa so bile pokrite tudi druge slovenske regije, vsaj s preventivnim delom in z delavnicami. Programi se izvajajo tudi v naslednjih krajih: Maribor, Ptuj, Tržič (v drugi polovici leta 2010), Solkan, Jesenice, Izola, Trbovlje, Litija, Koper, Domžale, Bertoki, Ajdovščina, Čadrg (pri Tolminu), Vremski Britof (pri Divači), Razbor (pri Sevnici), Sveta Trojica v Slovenskih goricah, Kranj (preventivne delavnice po celotni gorenjski regiji), Nova Gorica, Celje, Kočevje, Piran, Ravne na Koroškem, Ruše, Sopotnica in Martjanci pri Murski Soboti. Tri četrtine programov (osem programov) za uživalce drog se izvaja tudi v več slovenskih krajih oz. imajo terapevtske skupnosti ali svetovalnice na več lokacijah v različnih krajih ali izvajajo terensko delo na več lokacijah. Dva programa izvajata preventivno dejavnost (delavnice in skupine za svoje) tudi na drugih lokacijah, npr. v zaporih. V enem programu se je med letom spremenila lokacija izvajanja (selitev reintegracijskega centra).

Na koncu tega poglavja bomo posebej osvetlili programe, ki se ukvarjajo z brezdomnimi uporabniki prepovedanih drog.

Ministrstvo za javno upravo RS je prek javnega razpisa za izvedbo projektov evropske kohezijske politike v Republiki Sloveniji za obdobje 2010–2012 izbralo dve vsebinski mreži nevladnih organizacij. Inštitut za raziskave in razvoj je za dejavnosti vzpostavitve preventivne platforme NVO na področju preprečevanja zasvojenosti prejel 160.000,00 evrov. Za projekt opolnomočenja nevladnih organizacij na področju zmanjševanja škode je Združenje DrogArt prejelo 156.426,00 evrov. Namen javnega sofinanciranja je spodbujanje razvoja nevladnega sektorja in civilnega dialoga na izbranih vsebinskih področjih.

Slovenska kriminalistična policija za boj zoper organizirano kriminaliteto letno porabi približno pol milijona evrov. Konkretni podatki za leto 2010 kažejo, da je bilo za izvajanje prikritih preiskovalnih ukrepov in materialno-tehnično opremo porabljenih 576.040,00 evrov, v letu prej je bil ta znesek 546.513,00 evrov. Večji del tega zneska (80–90 %) je namenjenega področju boja zoper prepovedane droge. Zaradi objektivnih razlogov konkretnih oz. natančnih podatkov o višini finančnih sredstev, namenjenih področju prepovedanih drog, ne moremo dobiti. Glede na ugotovitve v prejšnjem odstavku bi bil ta znesek lahko tudi višji in bi Ministrstvo za notranje zadeve RS policiji namenilo več sredstev za operativno delo.

Področje obravnave odvisnih v zavodih za prestajanje kazni zapora je urejeno na osnovi dogovora med Ministrstvom za zdravje RS in Ministrstvom za pravosodje RS. Regionalni zdravstveni domovi so od začetka leta 2009 izvajalci zdravstvenega varstva za zaprte osebe. To pomeni, da so zavodske ambulante umeščene v javno zdravstveno mrežo, kar je tudi bil dolgoletni cilj Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij (UIKS). Takšna organizacija se odraža tudi v višini sredstev, ki jih UIKS namenja za področje prepovedanih drog. Večina zavodov z izvajanjem vzdrževalne substitucijske terapije nima finančnih obveznosti; te so bile v pristojnosti zdravstvenih domov. Nakup urinskih testov pokriva Generalni urad UIKS. Potrebe zdravljenja in druge oblike pomoči so prav tako v večini financirane iz drugih virov, npr. vse sodelovanje, programi in storitve, ki jih nevladne in druge zunanje ustanove izvajajo za odvisnike, so za zavode brezplačni. Za izobraževanje in usposabljanje strokovnih delavcev organizacijo ureja in zagotavlja sredstva v večini primerov UIKS. Skupaj je UIKS za področje prepovedanih drog v letu 2010 porabil 18.794,19 evra (Tabela 1.2).

Tabela 1.2: Zbirna tabela sredstev iz proračuna RS za leto 2010

Ministrstvo	Denarna sredstva v evrih
Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS	2.713.129,37
Ministrstvo za zdravje RS	60.707,00
Ministrstvo za javno upravo RS	316.426,00
Ministrstvo za pravosodje RS – UIKS	18.794,19
Ministrstvo za notranje zadeve RS – Policija	576.040,00
<b>Skupaj</b>	<b>3.685.096,56</b>

Viri: Poročila Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve RS, Ministrstva za zdravje RS, Ministrstva za notranje zadeve RS in Ministrstva za pravosodje RS

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je v letu 2010 namenil za financiranje delovanja centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog 5.600.000,00 evrov. Za delovanje centrov (kadri, prostori itn.) je bilo namenjenih 2.700.000,00 evrov, za substitucijska zdravila (metadon in druga zdravila) pa 2.900.000,00 evrov.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je za leto 2010 namenil tudi 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 2010 je fundacija Fiho programom s področja drog, ki so bili vsi organizirani kot nevladne organizacije, namenila 268.186,45 evra.

Tabela 1.3: Zbirni podatki porabljenih sredstev za področje drog v letu 2010

Vir sredstev	Denarna sredstva v evrih
Proračun RS	3,685.096,56
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije	5,746.000,00
FIHO	268.186,45
<b>Skupaj</b>	<b>9,699.283,01</b>

Viri: Proračun RS, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Fiho

V poročilu so zajeta samo nam dostopna poročila o financiranju različnih programov na področju prepovedanih drog. Iz poročil nekaterih sofinancerjev programov tudi izhaja, da ti sofinancirajo različne organizacije in projekte kot celoto, in je zato težko izluščiti, koliko sredstev je šlo neposredno za izvajanje programov posebej in samo na področju drog. Ocenimo lahko, da je bilo v letu 2010 reševanju problematike na področju prepovedanih drog namenjenih vsaj 9.699.283,01 evra (Tabela 1.3).

### Zaposleni v programih za uporabnike drog, ki jih sofinancira MDDSZ

V programih za uporabnike drog, ki jih sofinancira MDDSZ, je bilo v letu 2010 zaposlenih 111 ljudi (v letu 2008 119 in v letu 2009 106), od tega je imela velika večina (101) redno zaposlitev (za določen oziroma nedoločen čas). Sedem ljudi je bilo zaposlenih prek javnih del, en človek prek drugih programov aktivne politike zaposlovanja in eden prek drugih oblik zaposlitev. Za polni delovni čas je bila zaposlena polovica izvajalcev oziroma 55 ljudi (49,6 %), 31 ljudi oziroma slaba tretjina zaposlenih (27,9 %) je opravila od 1.000 do 2.000 ur dela v programu v letu 2010, 13 od 500 do 1.000 ur, preostali (12) pa manj kot 500 ur dela.

Glede na izobrazbeni profil je bilo med zaposlenimi največ ljudi s sedmo stopnjo izobrazbe (59 ljudi oziroma 53,2 %), nekoliko manj (38 ljudi oziroma 34,2 %) pa s peto stopnjo izobrazbe ali manj. Deset ljudi je imelo dokončano šesto stopnjo izobrazbe, štirje pa magisterij oziroma doktorat znanosti (osma oziroma deveta stopnja izobrazbe). Zaposleni v programih so največkrat plačani iz različnih virov, ki jih pridobi organizacija.

V programih je sodelovalo skupaj 249 prostovoljcev. Iz enega programa, kjer je sodelovalo 15 prostovoljcev, so sporočili, da števila ur opravljenega prostovoljnega dela ne zapisujejo.

Preostalih 234 prostovoljcev je v letu 2010 v največji meri opravilo od 101 do 500 ur prostovoljnega dela (88 ljudi oziroma približno tretjina prostovoljcev). Ravno tako je približno tretjina prostovoljcev (dobrih 32 % oziroma 77 ljudi) opravila med 24 in 100 ur dela v programih, štirje ljudje med 501 in 1.000 ur, 24 ljudi oziroma približno desetina 1.001 uro ali več in 41 ljudi manj kot 24 ur. Ta podatek je pomemben za primerjavo z določbo Zakona o prostovoljstvu (Uradni list RS, št. 10/2011), ki določa, da je organizirano prostovoljstvo prostovoljsko delo, ki ga posameznik izvaja redno in najmanj 24 ur letno. Prostovoljci so v okviru programov s področja drog v preteklem letu skupaj opravili 73.817 ur prostovoljnega dela.

### **Programi, ki se ukvarjajo z brezdomnimi uporabniki prepovedanih drog**

V letu 2010 je MDDSZ sofinanciralo tri programe sprejemališč in zavetišč za brezdomne uporabnike drog. Vsi programi so bili sofinancirani za obdobje enega leta. Vsi programi sprejemališč in zavetišč za brezdomne uporabnike drog, ki jih je v letu 2010 sofinanciralo ministrstvo, so se izvajali v okviru društev. Dva sta se izvajala v Ljubljani, eden pa v Žalcu.

Programom sprejemališč in zavetišč za brezdomne uporabnike drog je bilo v letu 2010 skupaj namenjenih 357.036,7 evra. Izvajalci so na MDDSZ zaprosili za 141.867,7 evra, prejeli pa 123.125 evrov, kar je 86,8 % zaprosenih sredstev na MDDSZ. Največ sredstev so programi sprejemališč in zavetišč za brezdomce prejeli od občin, in sicer 41,4 % vseh sredstev oziroma 147.699,6 evra. Dobro tretjino sredstev (34,5 %) so programi prejeli od MDDSZ, 6,3 % sredstev od Zavoda za zaposlovanje, 3,18 % sredstev od uporabnikov in iz članarin, 1,5 % sredstev so prispevali donatorji, dobre tri odstotke sredstev predstavljajo drugi javni viri, slabih 10 % pa predstavljajo sredstva iz drugih »nejavnih« virov.

Leta 2010 je nevladna organizacija Altra izvedla projekt »To se lahko zgodi tudi vam!«, ki ga je v evropskem letu boja proti revščini in socialni izključenosti sofinanciral Evropski socialni sklad (ESS), razpis pa je izvedlo MDDSZ. V okviru razpisa je MDDSZ za izvedbo projekta namenilo 15.000 evrov.

Prek različnih aktivnosti so izvajalci iskali in spodbujali učinkovitejše dostope do zadovoljevanja državljanskih pravic, zagotovitve zadostnih sredstev in pogojev za preživetje ter kakovostnih storitev. Projekt je bil namenjen tistim, ki prebivajo med nami »nevidni« in v nezakonitem svetu, torej popolnoma zapuščeni in revni, brez človeških in gmotnih virov, v brezdomstvu in lakoti, zaradi dolgoletne zlorabe prepovedanih drog.

Nameni in cilji projekta so bili:

- opozoriti na brezdomne zasvojenca s prepovedanimi drogami;
- priznati pravico in potrebo do dostojnega življenja in polne vključenosti v družbo;
- problematiko brezdomnih zasvojenca približati najširšemu krogu javnosti;
- sprožiti širšo strokovno in politično razpravo;
- organizirati mednarodno okroglo mizo, kjer bi raziskali možnosti prenosa in umestitve dobrih praks;
- razpravljati o odsotnosti varnih sob, nastanitvenih programov in programov socialnega podjetništva;

- prek razprave spodbuditi učinkovitejši dostop do državljanskih pravic, zadostnih sredstev in do kakovostnih storitev.

Celoten projekt je bil realiziran tudi s pomočjo partnerjev iz sorodne organizacije iz Nizozemske.

## 2.

### UPORABA DROG V SPLOŠNI POPULACIJI IN POSAMEZNIH CILJNIH SKUPINAH

V Sloveniji je bila v letu 2010 izvedena pilotna raziskava o uporabi drog med splošno populacijo v starosti 15–64 let, in sicer po metodologiji EMCDDA. Namen raziskave je bil testiranje vprašalnika in načinov anketiranja, zato podatki niso odraz realnega stanja uporabe drog v splošni populaciji v Sloveniji. Za poročanje izsledkov raziskave so bili uporabljeni trije standardni časovni okviri, in sicer uporaba drog kadar koli v življenju (uporaba droge v katerem koli trenutku v življenju posameznika), uporaba drog v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo (uporaba drog v zadnjem letu) in uporaba drog v zadnjih 30 dneh pred raziskavo (uporaba drog v zadnjem mesecu).

Po podatkih pilotne raziskave je katero izmed prepovedanih drog kadar koli v življenju že poskusilo 17 % anketirancev. Največ anketirancev je uporabilo marihuano ali hašiš (17,4 %), sledijo kokain (3,2 %), ekstazi (2,4 %) in amfetamini (1,6 %). V zadnjih 12 mesecih je drogo uporabilo 17,4 %, v zadnjih 30 dneh pa 9,7 % vprašanih. Prepovedane droge so anketiranci prvič uporabili v starosti od 14 do 36 let. Povprečna starost pri prvi uporabi prepovedane droge je bila 19 let za marihuano, 21 let za kokain, 20 let za ekstazi in 23 let za amfetamine.

O uporabi pomirjeval v zadnjih 12 mesecih je poročalo 14,2 % vprašanih, v zadnjih 30 dneh pa 57,6 % vprašanih. O uporabi alkohola v zadnjih 12 mesecih je poročalo 78,2 % anketiranih.

V prvi polovici leta 2011 je bila narejena tudi telefonska raziskava o kadilskih navadah odraslega prebivalstva, po podatkih katere je delež polnoletnih kadilcev 21,8-odstoten. Po upadu deleža polnoletnih kadilcev v letu 2008, ki je sledil popolni prepovedi kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih, v obdobju 2009–2011 ponovno zaznavamo porast deleža polnoletnih kadilcev.

V letu 2010 je bila v Sloveniji že tretjič zapored izvedena mednarodna raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC), ki je narejena na reprezentativnem vzorcu učencev in dijakov, starih 11, 13 in 15 let. Namen raziskave je longitudinalno spremljanje vedenja glede zdravja v šolskem obdobju. V raziskavo so bila vključena vprašanja o uporabi marihuane med 15-letniki, in sicer o vseživljenjski uporabi marihuane, uporabi marihuane v zadnjem letu in v zadnjem mesecu. Po podatkih raziskave je v življenju poskusilo kaditi marihuano 23,2 % 15-letnikov. O uporabi marihuane v zadnjih 12 mesecih je poročalo 18 % 15-letnikov, o uporabi v zadnjih 30 dneh pa 10 % 15-letnikov. Po upadu deleža 15-letnikov, ki so že poskusili kaditi marihuano med letoma 2002 in 2006, v obdobju 2006–2010 ponovno zaznavamo višanje deleža tistih, ki so že uporabili marihuano.



Raziskava HBSC 2010 je zajemala tudi vprašanja o uporabi alkohola in tobaka med mladostniki v starosti 11, 13 in 15 let. Tako podatki kažejo, da po alkoholnih pijačah posega 60,8 % slovenskih mladostnikov v starosti 11, 13 in 15 let, vsaj dvakrat v življenju jih je bilo opitih okoli 17,5 %, vsaj enkrat tedensko pa alkoholne pijače pije približno 12,2 % mladostnikov. Podatki za kajenje pa kažejo, da je v življenju že poskusilo kaditi 29,2 % mladostnikov, starih 11, 13 in 15 let, vsaj enkrat tedensko pa jih kadi 7,6 %.

V letu 2010 sta bili narejeni tudi dve raziskavi o uporabi prepovedanih drog med posameznimi ciljnim skupinami. Raziskava o uporabi kokaina, ki je bila narejena med obiskovalci lokalov, nočnih klubov in prireditev z elektronsko glasbo, je pokazala, da kokain uporablja 57,2 % anketiranih. Četrtnina anketirancev, ki je poizkusila kokain, ga uporablja nekajkrat letno, enkrat ali večkrat mesečno pa 13,3 %. Najpogostejši način uporabe kokaina je njuhanje. Več kot polovica uporabnikov kokaina si s prijatelji včasih posoja pribor, 22,7 % pa si vedno deli pripomočke za njuhanje. Najpogostejše težave, ki so jih imeli uporabniki kokaina, so bile predvsem duševne, in sicer: nespečnost, depresija oziroma potrtnost, težave z zbranostjo ter občutki strahu in tesnobe. Pomoč zaradi uporabe kokaina je poiskalo 3,1 % uporabnikov, 3,7 % jih je o tem razmišljalo, 93,2 % uporabnikov pa pomoči ni iskalo.

Spletna raziskava o mefedronu, ki je zajela nekdanje in zdajšnje uporabnike mefedrona, je pokazala, da to prepovedano drogo še vedno uporablja 46,2 % anketiranih, preostali pa so uporabo mefedrona že opustili. Najpomembnejši vzroki za uporabo so bili pozitivni učinki, večja čistost kot pri drugih prepovedanih drogah in nizka cena. Največ anketirancev, ki je mefedron še uporabljalo, ga je uporabljalo več kot eno leto. Nekaj več kot polovica jih je mefedron uporabljal nekajkrat letno, več kot enkrat mesečno ali pogosteje pa 28 %. Najpogostejša načina uporabe mefedrona sta nazalno in oralno. Večina anketirancev je do mefedrona prišla prek prijatelja ali pa ga je kupila pri preprodajalcu, prek interneta je mefedron kupilo le 10,7 % anketirancev. Uporabniki v veliki večini mešajo mefedron s prepovedanimi drogami in z alkoholom. Najpogostejše težave zaradi uporabe mefedrona so bile: nespečnost, depresija, težave z zbranostjo, poškodbe nosne sluznice in mravljinčenje v rokah ali nogah. Najpomembnejša razloga za prenehanje uporabe ali zmanjšanje uporabe mefedrona sta bila strah pred zdravstvenimi posledicami ter vedno večja in pogostejša uporaba.

Po podatkih raziskave o kadilskih navadah medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v Sloveniji, narejene v letu 2010, kadi dobra petina (20,9 %) vprašanih, kar je manj, kot znaša delež kadilcev med polnoletnimi prebivalci Slovenije.

## 2.1 Uporaba drog v splošni populaciji

### Pilotna raziskava o uporabi drog med splošno populacijo

Inštitut za varovanje zdravja (IVZ) je v letu 2010 izvedel pilotno raziskavo o uporabi drog med splošno populacijo v starosti od 15 do 64 let, in sicer po metodologiji EMCDDA. Namen raziskave je bil testiranje vprašalnika in načinov anketiranja, zato podatki niso odraz realnega stanja uporabe drog v splošni populaciji v Sloveniji; so le okvirna slika stanja na tem področju.

V raziskavi je bila uporabljena kombinirana metodologija anketiranja, in sicer je bilo v prvi fazi uporabljeno spletno anketiranje, v drugi telefonsko in nazadnje terensko anketiranje. V vzorec je bilo zajetih 500 ljudi, vprašalnik pa je izpolnilo oziroma nanj odgovorilo 259 anketiranih ljudi iz celotne Slovenije. Med njimi je bilo 45,9 % moških (n = 119) in 54,1 % žensk (n = 140). Stopnja odgovora je bila 55-odstotna. Med anketiranimi je bilo 47,1 % mlajših od 40 let. Med vprašanimi jih je imelo 60 % srednjo poklicno, strokovno ali splošno izobrazbo, osnovno šolo ali manj je končalo 18,3 % izbranih ljudi. Preostalih 21,7 % anketirancev je imelo višjo ali visoko stopnjo izobrazbe.

Polovica anketirancev (49,2 %) je bila zaposlena, učenci, dijaki in študentje so ravno tako kot upokoenci predstavljali 16,5-odstotni delež vprašanih ljudi. Preostale odstotke pa si delijo samozaposleni, kmetovalci, pomagajoči družinski člani, gospodinje in brezposelni (17,8 %).

Na področju tobaka so izsledki raziskave pokazali, da zdaj kadi dobra četrtina (26,9 %) vprašanih, ravno tako četrtina (24,9 %) zdaj ne kadi, je pa kadila v preteklosti, skoraj polovica (48,2 %) vprašanih pa ni nikoli kadila. Med kadilci je več moških (56 %) kot žensk (44 %). Gledano po starostnih razredih, najmanj kadijo mladi, stari od 15 do 24 let, saj jih kadi le 13,2 %, med 25. do 55. letom jih kadi slaba četrtina, po 55. letu pa odstotek kadilcev pade na 17,6 %. Med aktivnimi in nekdanjimi kadilci prevladujejo redni kadilci. Takšnih je 67,2 % in predstavljajo dobri dve tretjini. Občasno jih kadi oziroma jih je kadila le tretjina ljudi.

14,2 % vprašanih (n = 36) je odgovorilo, da so v zadnjem letu vzeli kakšno pomirjevalo. V zadnjih 30 dneh pa je pomirjevala uporabilo 57,6 % (n = 19) anketiranih. Med anketiranci, ki so vzeli pomirjevalo v zadnjih 12 mesecih, prevladujejo tisti, ki so vzeli pomirjevalo le enkrat mesečno (37,5 %), skoraj enak odstotek (34,4 %) vprašanih pa uporablja pomirjevala 4-krat tedensko ali pogosteje. Anketiranci so pomirjevala pridobili na različne načine; slabi dve tretjini uporabnikov (63,6 %) sta pomirjevala dobili na recept, preostala tretjina (36,4 %) pa od znancev, v lekarni brez recepta ali drugače.

Ženske, zajete v pilotno anketo, so navedle pomirjevala kot edino drogo, ki so jo uporabile v zadnjih 12 mesecih oziroma zadnjih 30 dneh. Anketiranke so tudi v primerjavi z moškimi prednjačile pri njihovi uporabi. V zadnjih 12 mesecih je pomirjevalo vzelo 26 anketirank in le 10 anketirancev.

Prepovedane droge (vključno s pomirjevali) je v življenju že uporabilo 17 % anketiranih. Največ anketirancev, ki so že uporabili katero izmed prepovedanih drog, je uporabilo marihuano ali hašiš, in sicer je takih 17,4 % (Tabela 2.1). Kokain je uporabilo 3,2 % vprašanih, ekstazi 2,4 %, amfetamine 1,6 %, LSD 1,2 % in heroin 0,8 % vprašanih. Nobene prepovedane droge ni uporabilo 83 % (n = 215) anketiranih. Eno vrsto droge je uporabilo 11,6 % (n = 30) vprašanih, dve vrsti drog 2,7 % (n = 7) vprašanih, 1,5 % (n = 4) anketiranih je uporabilo tri vrste prepovedanih drog, 0,4 % (n = 1) anketiranih pa je poskusilo štiri vrste drog, 0,8 % (n = 2) anketiranih pa celo pet.

Tabela 2.1: *Delež anketirancev, ki so v življenju že uporabili katero izmed naštetih prepovedanih drog (n = 259)*

Prepovedana droga	Število	Odstotek
Marihuana/hašiš	44	17,4 %
Ekstazi	6	2,4 %
Amfetamini	4	1,6 %
Kokain	8	3,2 %
Heroin	2	0,8 %
LSD	3	1,2 %
Druge droge (spice, metadon, metilon)	3	1,2 %

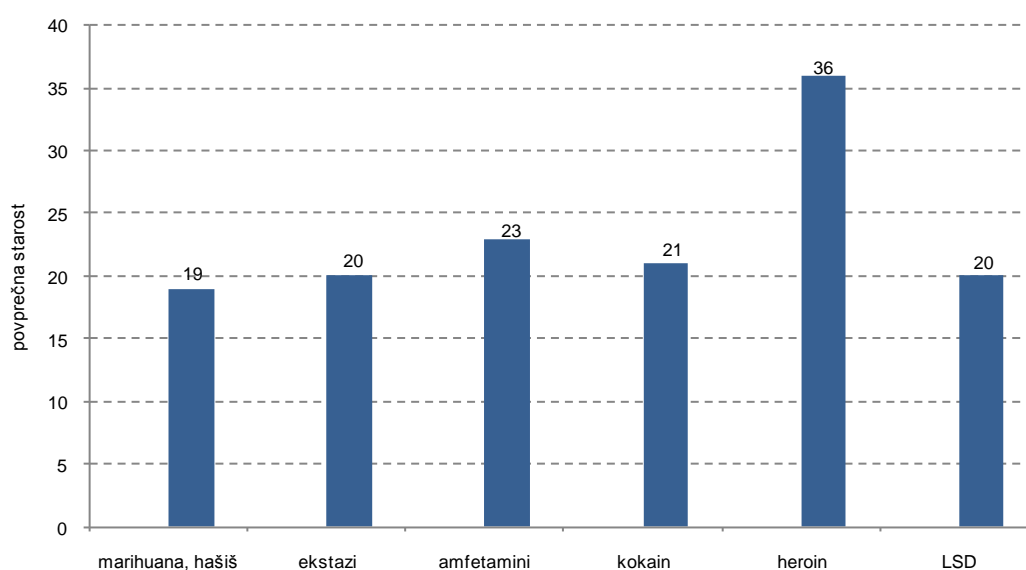
Vir: Bolsing in Štokelj, 2010

Pri uporabi prepovedanih drog v zadnjih 12 mesecih so anketiranci poročali le o uporabi pomirjeval (14,2 %), marihuane ali hašiša (31,6 %) in kokaina (14,3 %). Preostalih drog niso jemali. V zadnjih 12 mesecih nobene droge ni uporabilo 81,85 % (n = 212) sodelujočih v anketi.

V zadnjih 30 dneh pa ni uporabilo nobenih drog 90,35 % (n = 234) vprašanih. V zadnjih 30 dneh je vzelo pomirjevalo 57,6 % (n = 19) vprašanih in marihuano ali hašiš 50 % (n = 6) vprašanih.

Prepovedane droge so anketiranci prvič uporabili v starosti od 14 do 36 let. Povprečna starost pri prvi uporabi prepovedane droge je bila 19 let za marihuano, 21 let za kokain, 20 let za ekstazi, 23 let za amfetamine, 35,5 leta za heroin in 20 let za LSD (Slika 2.1).

Slika 2.1: *Povprečna starost anketirancev ob prvi uporabi prepovedane droge*



Vir: Bolsing in Štokelj, 2010

V pilotni raziskavi so bila zajeta tudi vprašanja, ki so poizvedovala, kakšno mnenje imajo anketirani o uporabnikih drog. Več kot polovica (53,36 %) anketirancev uporabnike drog vidi bolj kot bolnike, slaba tretjina (30,43 %) v njih ne vidi niti zločincev niti bolnikov, medtem ko desetina (10,67 %) vprašanih meni, da lahko uporabnike drog dojemamo kot zločince in bolnike. Bolj kot zločince jih vidi 5,53 % anketiranih.

78,2 % (n = 186) anketiranih je v zadnjih 12 mesecih zaužilo alkoholno pijačo. Največ teh ljudi (37,8 %) pije enkrat mesečno ali manj pogosto, 29,2 % pije alkoholne pijače od 2- do 4-krat mesečno, slaba četrtina (22,7 %) pije alkohol od 2- do 3-krat tedensko, desetina (10,3 %) pa od 1- do 4-krat tedensko ali pogosteje pije pijače, ki vsebujejo alkohol.

83,2 % (n = 119) anketirancev je navedlo vino kot alkoholno pijačo, ki so jo pili v zadnjih 30 dneh, 65 % (n = 78) jih je navedlo pivo, 64,9 % (n = 63) pa liker ali žgane pijače.

### Druge raziskave na področju uporabe drog v splošni populaciji

V Sloveniji je bila leta 2008 izvedena prva raziskava o razširjenosti uporabe prepovedanih drog med polnoletnimi prebivalci, ki je podrobneje osvetlila razširjenost tega pojava; po podatkih te raziskave je prepovedane droge kadar koli v življenju že uporabilo 15,8 % vprašanih (Stergar, 2010). Pred tem so bili na voljo le podatki, pridobljeni v raziskavi EHIS 2007, ki je zajela tudi vprašanja o uporabi kanabisa in drugih drog v zadnjih 12 mesecih, ter podatki, pridobljeni v okviru Slovenskega javnega mnenja, kjer so v letih 1994 in 1999 zajeli tudi vprašanje o vseživljenjski uporabi prepovedanih drog.

Tako je po podatkih raziskave EHIS 2007 kanabis v zadnjem letu uporabilo 2,6 % ljudi v starosti 15 let in več, o uporabi drugih prepovedanih drog v zadnjem letu pa je poročalo 0,9 % ljudi (Krek in Štokelj, 2009). Po podatkih, pridobljenih v okviru Slovenskega javnega mnenja, je leta 1994 prepovedano drogo v življenju uporabilo 4,3 % anketiranih, leta 1999 pa 10,6 % anketiranih (Toš in sod., 1999; Toš in sod., 1994).

Tabela 2.2: Delež anketiranih po posameznih raziskavah, ki so kadar koli v življenju že uporabili prepovedano drogo, in delež anketiranih, ki so že uporabili marihuano ali hašiš

	Razširjenost uporabe PAS v splošni populaciji 2008 n=1251	EHIS 2007 (uporaba prepovedane droge v zadnjem letu) n=2112	SJM 1999 n=1012	SJM 1994 n=1037
Katera koli prepovedana droga	15,8 %	0,9 %	10,6 %	4,3 %
Marihuana/hašiš	15,0 %	2,6 %	8,1 %	3,9 %

Vir: Krek in Drev, 2010; Stergar, 2010; Krek in Štokelj, 2009; Toš in sod., 1999; Toš in sod., 1994

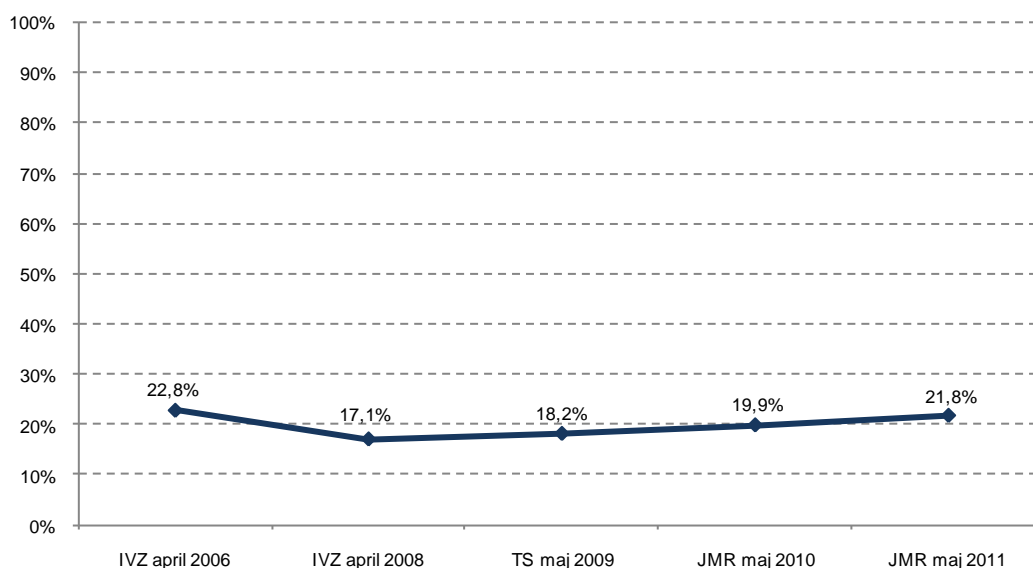
Čeprav podatki o vseživljenjski uporabi prepovedanih drog, pridobljeni v različnih slovenskih raziskavah, med seboj niso primerljivi zaradi različnega vzorčenja in uporabljenih metodologij anketiranja, pa kljub temu dajejo sliko o stanju na tem področju (Tabela 2.2). Tako je iz podatkov razvidno, da je vseživljenjska uporaba povezana predvsem s kanabisom oz. z marihuano, iz podatkov pa lahko tudi sklepamo, da vseživljenjska uporaba prepovedanih drog narašča.

Primerjava stopnje vseživljenjske uporabe marihuane v Sloveniji s stopnjami razširjenosti v drugih državah Evropske unije pokaže, da se Slovenija ne uvrša niti med države z najvišjimi stopnjami niti med države z najnižjimi stopnjami razširjenosti, ampak jo je mogoče uvrstiti v največjo skupino držav, za katere ocena stopnje razširjenosti uporabe kanabisa znaša od 10 do 30 % (EMCDDA, 2010).

### Telefonske raziskave o kadilskih navadah odraslega prebivalstva (18+) Slovenije (Predstavljeni so le statistično značilni podatki)

V letih 2006, 2008, 2009, 2010 in 2011 so bile v Sloveniji izvedene med seboj primerljive telefonske raziskave s področja tobaka med polnoletnimi prebivalci, ki so vključevale tudi vprašanja o kadilskih navadah. V vsako izmed raziskav je bilo vključenih približno 1.000 polnoletnih prebivalcev, okvir vzorčenja pa je bil telefonski imenik.

Slika 2.2: Delež kadilcev v letih 2006–2011 glede na izsledke telefonskih raziskav



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

Leta 2007 je bila v Sloveniji uvedena popolna prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih; po uvedbi tega ukrepa je bil zaznan padec deleža kadilcev med polnoletnimi prebivalci. Vendar pa je v celotnem obdobju 2008–2011 nakazan porast deleža v tolikšni meri, da v deležu kadilcev najverjetneje ni pomembnih razlik med letoma 2006 in 2011 (Slika 2.2).

## 2.2 Uporaba drog med šolsko populacijo

### HBSC

Raziskava HBSC je mednarodna študija, ki je narejena na reprezentativnem vzorcu učencev in dijakov, starih 11, 13 in 15 let. Namen raziskave je longitudinalno spremljanje vedenja glede zdravja v šolskem obdobju, ki vsake štiri leta po skupni metodologiji poteka v 43 državah Evrope in Severne Amerike. V Sloveniji je IVZ raziskavo izvedel trikrat, in sicer v letih 2002, 2006 in 2010. Leta 2010 je bilo v raziskavo vključenih (končni vzorec za analizo) 5.436 mladostnikov, od tega 50,9 % fantov in 49,1 % deklet ter 33,2 % 11-letnikov, 33,4 % 13-letnikov in 33,4 % 15-letnikov.

V nadaljevanju so predstavljeni statistično značilni podatki za uporabo marihuane, alkohola in tobaka.

### Marihuana

Raziskava HBSC predstavlja pomemben vir podatkov o razširjenosti marihuane med mladostniki. Čeprav raziskava zajema mladostnike v starosti 11, 13 in 15 let, pa na vprašanja o prepovedani drogi marihuani odgovarjajo le najstarejši. V raziskavo HBSC 2010 je bilo vključenih 1.815 srednješolcev, in sicer 914 dijakov in 901 dijakinja prvih letnikov srednjih šol (33,4 % celotnega vzorca, preostalo nižja dva starostna razreda osnovnošolcev) različnih šolskih programov.

Raziskava HBSC 2010 je pokazala, da je v življenju (vsaj enkrat) poskusilo kaditi marihuano 23,2 % 15-letnikov, med njimi pa je bilo več fantov (27,2 %) kot deklet (19,3 %). O uporabi marihuane v zadnjih 12 mesecih pred anketiranjem je poročalo 18 % vprašanih, spet več fantov (21 %) kot deklet (15 %). V zadnjih 30 dneh pa je marihuano kadilo 10 % mladostnikov; ponovno je delež med fanti (11,6 %) višji kot med dekleti (8,4 %) (Tabela 2.3).

Po 10,6-odstotnem upadu deleža mladostnikov, starih 15 let, ki so poskusili kaditi marihuano med letoma 2002 (28,3 %) in 2006 (17,7 %), se v obdobju od leta 2006 (17,7 %) do leta 2010 (23,2 %) ponovno zaznava 5,5-odstotni porast deleža mladostnikov, ki so že poskusili marihuano. Tudi trend kajenja marihuane v zadnjih 12 mesecih je podoben, saj je med sodelujočimi mladostniki delež kadilcev med letoma 2002 (24,4 %) in 2006 (12,6 %) padel za 11,8 %, nato pa se je med letoma 2006 (12,6 %) in 2010 (18 %) ponovno zvišal. Vprašanje o kajenju marihuane v zadnjih 30 dneh pred izpolnjevanjem vprašalnika leta 2002 še ni bilo vključeno v raziskavo, med letoma 2006 (5,8 %) in 2010 (10 %) pa opazimo za 4,2 % višji delež tistih, ki so marihuano kadili v zadnjem mesecu.

Tabela 2.3: Delež 15-letnikov, ki so kadar koli v življenju poskusili marihuano, ki so kadili marihuano v zadnjem letu in ki so kadili marihuano v zadnjem mesecu, skupaj in po spolu, Slovenija, 2002, 2006, 2010

Starost 15 let skupaj	Poskus kajenja kadar koli v življenju (HBSC 2002, n = 1.059; HBSC 2006, n = 1.520; HBSC 2010, n = 1.769)			Kajenje marihuane v zadnjih 12 mesecih (HBSC 2002, n = 1043; HBSC 2006, n = 1.497; HBSC 2010, n = 1.758)			Kajenje marihuane v zadnjih 30 dneh (HBSC 2006, n = 1.501; HBSC 2010, n = 1.758)		
	Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj
2002	31,0 %	25,4 %	<b>28,3 %</b>	27,3 %	21,4 %	<b>24,4 %</b>	np	np	<b>np</b>
2006	21,4 %	14,1 %	<b>17,7 %*</b>	15,2 %	10,0 %	<b>12,6 %*</b>	7,6 %	4,0 %	<b>5,8 %</b>
2010	27,2 %	19,3 %	<b>23,2 %**</b>	21,0 %	15,0 %	<b>18,0 %**</b>	11,6 %	8,4 %	<b>10,0 %**</b>

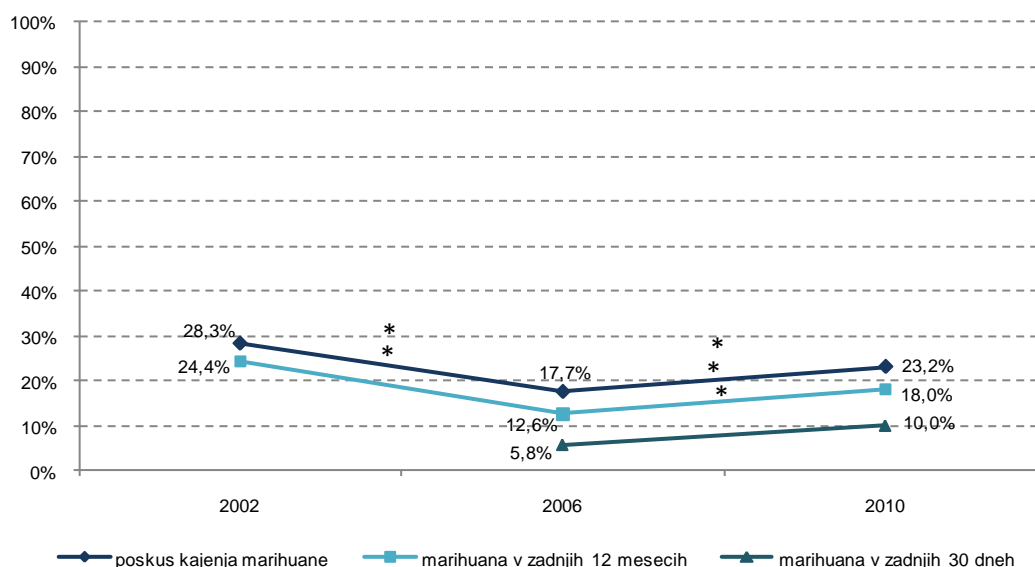
np: ni podatka

\*Razlika med letoma 2002 in 2006 je statistično značilna

\*\*Razlika med letoma 2006 in 2010 je statistično značilna

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, HBSC 2010

Slika 2.3: Trendi 2002, 2006, 2010 v deležih 15-letnikov, ki so poskusili kaditi marihuano, ki so kadili marihuana v zadnjem letu in ki so kadili marihuano v zadnjem mesecu (HBSC 2002, HBSC 2006, HBSC 2010)



\*Statistično značilna razlika med leti

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, HBSC 2010

Čeprav je vseživljenjska uporaba marihuane med 15-letniki v obdobju 2006–2010 nekoliko narasla, pa je še vedno nižja kot leta 2002. Primerjava z drugimi državami Evropske unije pa kaže, da je stopnja vseživljenjske uporabe marihuane med 15-letniki v Sloveniji še vedno precej nižja kot v državah z največjo stopnjo (EMCDDA, 2010).

## Alkohol

Izsledki raziskave HBSC 2010 kažejo, da po alkoholnih pijačah posega 60,8 % slovenskih mladostnikov v starostih 11, 13 in 15 let. Vsaj dvakrat v življenju jih je bilo opitih okoli 17,5 %, vsaj enkrat tedensko pa alkoholne pijače pije približno 12,1 % mladostnikov (Tabela 2.4).

Raziskava je tudi pokazala, da je delež mladostnikov, ki so bili že vsaj dvakrat opiti, in mladostnikov, ki vsaj enkrat tedensko pijejo alkoholne pijače, večji pri fantih kot pri dekletih ter pri starejših mladostnikih. Tako je bilo vsaj dvakrat v življenju opitih že 40,7 % 15-letnikov, dobra četrtina (26,7 %) pa alkoholne pijače pije vsaj enkrat tedensko.

Mladostniki začnejo piti alkohol že zgodaj, saj je skoraj polovica (45 %) 15-letnikov alkohol prvič pila že pri starosti 13 let ali manj, 17 % pa jih je bilo pri tej starosti že vsaj enkrat opitih.

V obdobju od leta 2006 do leta 2010 je nekoliko upadel delež mladostnikov v starostih 11, 13 in 15 let, ki posegajo po alkoholu, vendar pa je delež deklet, starih 11, 13 in 15 let, ki so bila v življenju vsaj dvakrat opita, v letu 2010 za približno 2,5 % večji kot leta 2006 (Slika 2.4). Prav tako je v letu 2010 v primerjavi z letom 2006 večji delež 15-letnikov, ki so alkohol prvič pili pri starosti 13 let ali manj.

Tabela 2.4: *Delež 11-, 13- in 15-letnikov, ki pijejo alkohol, ki alkohol pijejo vsaj enkrat tedensko in ki so bili v življenju že vsaj dvakrat opiti, skupaj in po spolu, Slovenija, 2006–2010*

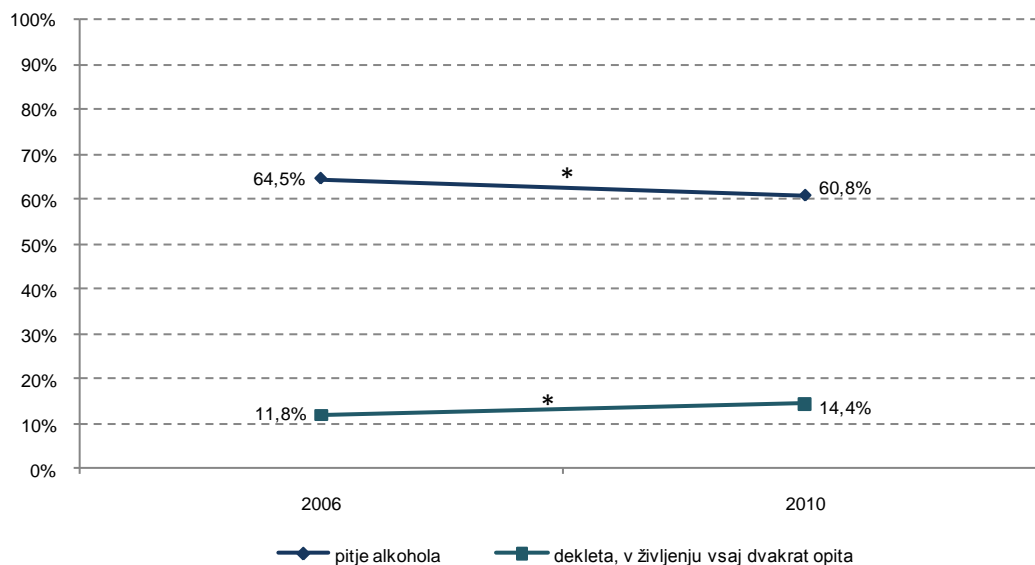
Starost 11, 13 in 15 let skupaj	Alkohol pijejo (HBSC 2006, n = 5.119; HBSC 2010, n = 5.425)			Alkohol pijejo vsaj enkrat tedensko (HBSC 2006, n = 5.119; HBSC 2010, n = 5.425)			Bili v življenju že vsaj dvakrat opiti (HBSC 2006, n = 5.077; HBSC 2010, n = 5.397)		
	Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj
<b>2006</b>	68,0 %	61,1 %	<b>64,5 %</b>	16,9 %	9,5 %	<b>13,2 %</b>	20,5 %	11,8 %	<b>16,1 %</b>
<b>2010</b>	65,5 %	55,9 %*	<b>60,8 %*</b>	15,5 %	8,7 %	<b>12,1 %</b>	20,5 %	14,4 %*	<b>17,5 %</b>

\*Razlika med letoma 2006 in 2010 je statistično značilna

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, HBSC 2010



Slika 2.4: Pitje alkohola pri mladostnikih in opitost deklet vsaj dvakrat v življenju – primerjava med letoma 2006 in 2010



\*Statistično značilna razlika med letoma

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, HBSC 2010

## Tobak

Raziskava HBSC 2010 je pokazala, da je v življenju poskusilo kaditi (vsaj eno cigareto, cigaro ali pipo) 29,2 % mladostnikov v vseh treh starostnih skupinah, in sicer več fantov kot deklet. Delež mladostnikov, ki so že kdaj kadili, je s starostjo naraščal in bil najvišji med 15-letniki (53,1 %). V starosti 13 let ali prej je poskusilo kaditi 24,3 % 15-letnikov, in sicer več fantov kot deklet. Med anketiranjem jih je v vseh treh starostnih skupinah vsaj enkrat tedensko ali pogosteje (tedensko) kadilo 7,6 %. Delež tedenskih kadilcev je s starostjo naraščal in je bil najvišji med petnajstletniki (19,4 %).

Po upadu deleža mladostnikov, starih 11, 13 in 15 let, ki so poskusili kaditi, in deleža tedenskih kadilcev med letoma 2002 in 2006 v obdobju 2006–2010 zaznavamo spremembe kadilskih navad mladostnikov v smislu zmanjševanja deleža zgodnjega kajenja in višanja deleža tedenskih kadilcev, vendar je delež tedenskih kadilcev v letu 2010 še vedno nižji kot v letu 2002 (Slika 2.5). V obdobju 2002–2010 lahko ugodne smernice v kadilskem vedenju pripišemo predvsem uvedbi novih zakonodajnih ukrepov (prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih mestih, višanje cen tobačnih izdelkov, zvišanje starosti za nakup in prodajo tobačnih izdelkov s 15 na 18 let, manj pa nadaljnjim omejitvam oglaševanja, saj je to še vedno dovoljeno na mestih prodaje) ter številnim programom in aktivnostim v smislu preprečevanja kajenja (predvsem v šolah) in spodbujanja opuščanja kajenja (med drugim tudi navedba telefonske številke za opuščanje kajenja na vsa pakiranja tobačnih izdelkov), ki jih v sodelovanju izvajamo sodelavci iz vladnih služb, strokovnih ustanov in nevladnih organizacij.

Tabela 2.5: Delež 11-, 13- in 15-letnikov, ki so poskusili kaditi in ki kadijo vsaj enkrat tedensko ali pogosteje (tedensko kajenje), skupaj in po spolu, Slovenija, 2002, 2006, 2010

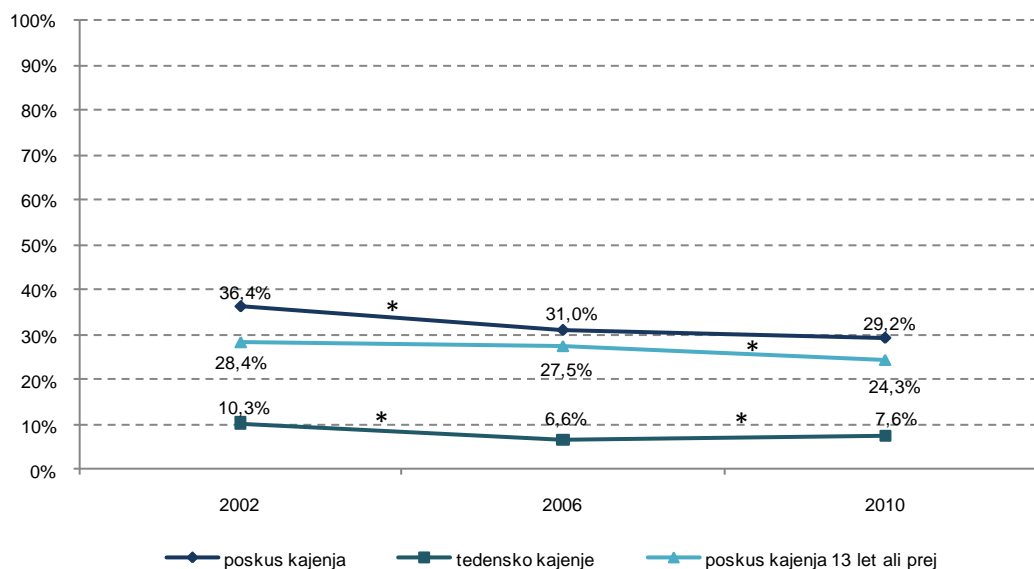
Starost 11, 13 in 15 let skupaj	Poskusili kaditi (HBSC 2002, n = 3.910; HBSC 2006, n = 5.113; HBSC 2010, n = 5.424)			Tedensko kajenje (HBSC 2002, n = 3.907; HBSC 2006, n = 5.112; HBSC 2010, n = 5.425)		
	Fantje	Dekleta	Skupaj	Fantje	Dekleta	Skupaj
2002	39,3 %	33,4 %	36,4 %	11,2 %	9,4 %	10,3 %
2006	32,7 %*	29,2 %*	31,0 %*	7,2 %*	6,0 %*	6,6 %*
2010	31,2 %	27,2 %	29,2 %	7,8 %	7,5 %**	7,6 %**

\*Razlika med letoma 2002 in 2006 je statistično značilna

\*\*Razlika med letoma 2006 in 2010 je statistično značilna

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, HBSC 2010

Slika 2.5: Trendi 2002, 2006, 2010 v deležih mladostnikov, starih 11-, 13- in 15 let, ki so poskusili kaditi, ki so tedensko kadili in ki so poskusili kaditi v starosti 13 let ali manj (HBSC 2002, HBSC 2006, HBSC 2010)



\*Statistično značilna razlika med letoma

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, HBSC 2010

## ESPAD

Evropska raziskava o uporabi alkohola in drugih drog med šolano mladino (ESPAD) se na pobudo Švedskega sveta za informiranje o alkoholu in drugih drogah (The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs) izvaja že od leta 1993. Od leta 1995 pa se izvaja na vsaka štiri leta. Slovenija je raziskavo ESPAD do zdaj izvedla že štirikrat, in sicer v letih 1995, 1999, 2003 in 2007. Podatki raziskave za leto 2007 so podrobneje predstavljeni v Nacionalnem poročilu 2008 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Podatki iz zadnje raziskave ESPAD 2011 niso na voljo, saj raziskava v tem trenutku še ni končana.

## 2.3 Uporaba drog med posameznimi ciljnim skupinami

V tem poglavju so predstavljeni izsledki raziskave o uporabi kokaina v nočnem življenju, izsledki raziskave o uporabi mefedrona ter izsledki raziskave o kadilskih navadah medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v Sloveniji.

### Uporaba kokaina v nočnem življenju

Izhodišči raziskave o uporabi kokaina v nočnem življenju sta bili naraščanje prevalence uporabe kokaina v EU in povečana ocena zdravstvenih tveganj, povezanih z uporabo kokaina (EMCDDA, 2010). S kokainom je bil glede na poročilo EMCDDA povezan tudi precejšnji delež nujnih primerov zaradi drog v bolnišnicah. Načrtovanje raziskave je izhajalo tudi iz tega, da pri ocenah potrebe po zdravljenju oziroma pomoči zaradi uporabe kokaina v EU socialno integrirani uporabniki niso ustrezno zastopani (EMCDDA, 2010). Kokain je kot glavni vzrok za začetek zdravljenja navedlo 17 % vseh uporabnikov storitev zdravljenja zaradi drog v 27 evropskih državah (prav tam). Tudi podatki o prevalenci uporabe kokaina v nočnem življenju in značilnostih uporabe kokaina pri socialno integriranih uporabnikih so razmeroma skopi in izhajajo iz posameznih raziskav na prireditvah elektronske glasbe. Glavni namen raziskave o uporabi kokaina v nočnem življenju, ki jo je izvedelo združenje DrogArt, je bil pridobiti podatke o prevalenci in značilnostih uporabe kokaina v barih, klubih in v diskotekah v Sloveniji, poleg tega pa tudi informacije o tem, katere škodljive posledice, povezane z uporabo kokaina, zaznavajo uporabniki, o ekonomskih vidikih uporabe kokaina, mesečna poraba, ocena kakovosti, vpliv cene kokaina na uporabo, potrebe uporabnikov po pomoči in dodatnih informacijah, povezanih z uporabo kokaina. Izsledke raziskave, povezane z zmanjševanjem škode, pa je mogoče uporabiti za izboljšanje dozdajšnjih programov pomoči in zagotavljanje novih storitev za uporabnike kokaina.

Vzorčenje je potekalo v letu 2010 v lokalih, nočnih klubih in na prireditvah elektronske glasbe po Sloveniji. Nekaj več kot polovica vzorca je bila pridobljena s pomočjo spletnega vprašalnika, klasični in spletni del vzorca pa je bil pri obdelavi združen.

Vzorec je zajel 607 anketirancev, od katerih jih je bilo 57,2 % moškega in 42,8 % ženskega spola, povprečna starost je bila 25 let ( $n = 607$ ), razpon starosti pa je bil v vzorcu od 15 do 56 let. Starejših od 30 let je bilo 21,3 %.

V raziskavo so bili zajeti tudi socialno integrirani mlajši odrasli z urejenim zaposlitvenim statusom. V vzorcu je bilo 35,4 % študentov, 13,8 % dijakov, 4,7 % ljudi brez zaposlitve, skoraj polovica (46,1 %) je bila med raziskavo zaposlena ( $n = 596$ ). Večina anketirancev, ki smo jih zajeli v nočnem življenju, je obiskovala lokale, zasebne zabave in klube.

Kokain je poskusilo 57,2 % anketirancev, amfetamine 59,3 % in ekstazi 54,2 %. Izsledki glede prevalence uporabe kokaina so dejansko enaki izsledkom iz raziskave o uporabi stimulantov amfetaminskega tipa, izvedeni leta 2005 na prireditvah elektronske glasbe v Sloveniji. Presenetljiv je razmeroma visok odstotek anketirancev (20,8 %), ki so poskusili mefedron, ki med raziskavo v Sloveniji še ni bil na seznamu prepovedanih drog. Anketiranci v vzorcu so do zdaj največkrat uporabili marihuano, amfetamine in kokain. Čeprav je odstotek tistih, ki so označili, da uporabljajo kokain, sorazmerno visok (57,2 %) in je 20,1 %

anketirancev označilo, da je kokain uporabilo več kot štiridesetkrat, je pogostost uporabe nižja (n = 607). Četrtnina anketirancev, ki je poizkusila kokain (25,1 %), ga uporablja nekajkrat letno, enkrat ali večkrat mesečno pa 13,3 %. Uporabo je prenehalo 11,4 % anketirancev (n = 598). V vzorcu je bil kokain tretja najpogosteje uporabljena droga v življenju.

Tabela 2.6: *Prevalenca uporabe drog – primerjava med različnimi raziskavami*

Droga	KOKAIN 2010	SAT 2005	SAT 2001	MOND 2007	ESPAD 2007
Marihuana	88,0 %	87,5 %	93,8%	46,6 %	22,0 %
Amfetamini	59,3 %	70,4 %	71,9%	6,8 %	2,2 %
Kokain	57,2 %	57,9 %	46,7%	3,6 %	3,1 %
Ekstazi	54,2%	74,7 %	86,0%	4,9 %	3,2 %
Mefedron	20,8 %	np	np	np	np
Heroin	12,0 %	19,5 %	25,0 %	0,3 %	1,6 %

np: ni podatka

Vir: Sande, 2002; 2007; Stergar in sod., 2010

V Tabeli 2.6 so primerjani rezultati različnih raziskav v obdobju desetih let. Prve tri domače raziskave (KOKAIN 2010; SAT, 2001; SAT, 2005) so narejene na podobni populaciji v nočnem življenju ali na prireditvah elektronske glasbe (Sande, 2002; 2007). Zadnji dve raziskavi v tabeli sta narejeni na populaciji slovenskih srednješolcev. Raziskava MOND 2007 je zajela 1.630 srednješolcev (tretjih in četrtih letnikov), ki so med raziskavo potovali na maturantski izlet, raziskava ESPAD 2007 (Stergar in sod., 2010) pa 3.085 srednješolcev v prvih letnikih slovenskih srednjih šol. Izmed vseh raziskav, vključenih v primerjavo, je samo zadnja (ESPAD, 2007) reprezentativna.

Največ uporabnikov kokaina v vzorcu (90 %) je označilo, da kot način vnosa droge v telo uporabljajo nazalno uporabo oziroma njuhanje. Več kot polovica uporabnikov kokaina (54,6 %) si s prijatelji včasih posoja pribor, 22,7 % pa si jih vedno deli pripomočke za njuhanje. Nekaj manj kot četrtnina uporabnikov (22,7 %) ne deli pripomočkov za uporabo kokaina z nikomer (n = 311). Med uporabniki so zaznane številne zdravstvene in socialne težave zaradi uporabe kokaina. Najpogostejše težave, ki so jih navajali, so bile predvsem psihične, in sicer nespečnost, depresija oziroma potrnost, težave z zbranostjo ter občutki strahu in tesnobe. Manj je bilo težav s srcem in z zasvojenostjo. Na področju odnosov so imeli uporabniki zaradi kokaina težave s starši ali partnerjem, prijatelji, težave zaradi prepiranja in pretepa. Neželen spolni odnos je imelo zaradi kokaina 5,8 % uporabnikov, težave na delovnem mestu ali v šoli pa 6,4 %.

Pomoč zaradi uporabe kokaina je poiskalo 3,1 % uporabnikov, 3,7 % pa jih je o tem, da bi poiskali pomoč, razmišljalo. Večina uporabnikov (93,2 %) pomoči zaradi kokaina ni iskala. Če bi potrebovali pomoč, bi se večinoma obrnili na prijatelja ali partnerja (37,1 %), individualno svetovanje zunaj zdravstvene ustanove (15,7 %), nevladno organizacijo (15,0 %), na zdravstveno ustanovo (14,6 %). Najmanj uporabnikov bi se obrnilo na svojo družino (4,9 %), 12,7 % pa jih ne bi iskalo pomoči (n = 311).

Največ anketirancev v vzorcu si je želelo več informacij o kakovosti (čistosti) kokaina (63,7 %) in škodljivih primeseh v njem (67,4 %). Več kot polovica si je želela informacij o vplivu kokaina na telo (56,3 %), psihičnih in fizičnih posledicah dolgotrajne uporabe (54,8 %) in o načinih ukrepanja ob mogočih zapletih (53,0 %). Informacije o manj tvegani uporabi si je želela nekaj več kot tretjina anketirancev (36,6 %). Največjemu delu anketirancev bi kot način informiranja najbolj ustrezala spletna stran (50,4 %), nato plakati na WC-jih (20,1 %), tiskana informativna zloženka ali knjižica (18,3 %), osebni pogovor s strokovnjaki (4,5 %) in telefonsko svetovanje na posebni klicni liniji (0,8 %). O kokainu se ne želi informirati 5,9 % anketirancev (n = 508).

Izsledkov raziskave zaradi uporabljene metodologije in načina vzorčenja ni mogoče posploševati, vendar se lahko ob upoštevanju omejitev vzorčenja vseeno poda nekaj sklepov glede uporabe kokaina v nočnem življenju v Sloveniji.

Iz izsledkov raziskave se lahko ob upoštevanju omejitev vzorčenja sklepa, da je kokain v nočnem življenju v Sloveniji razmeroma priljubljena droga, saj jo je poskusila več kot polovica anketirancev v vzorcu, zajetih v nočnem življenju. Čeprav je bila prevalenca razmeroma visoka, pa manjši del uporabnikov bolj ali manj redno uporablja kokain.

Bolj kot prevalenca je skrb vzbujajoče, da so uporabniki razmeroma slabo seznanjeni z načini prenosa virusov HIV in HEP pri souporabi pribora za njuhanje. Njuhanje oziroma snifanje kokaina je bila metoda, ki jo je uporabljala večina anketirancev (90 %), pribor za njuhanje včasih ali vedno souporabljalo več kot tri četrtine anketirancev v nočnem življenju, ki so označile, da uporabljajo kokain. Več kot polovica anketirancev si je želela informacij o vplivih kokaina na telo ter o dolgoročnih psihičnih in fizičnih posledicah uporabe, več kot tretjina pa informacije o zmanjševanju škodljivih posledic uporabe. Informiranje o zdravstvenih zapletih in zmanjševanju škode je tako lahko priporočilo glede informiranja uporabnikov kokaina v nočnem življenju.

Izsledki so pokazali na to, da imajo uporabniki kokaina v nočnem življenju številne psihične, fizične in socialne posledice uporabe kokaina, vendar jih razmeroma malo poišče strokovno pomoč. Eno izmed priporočil raziskave je bilo razvoj specializirane oblike pomoči za socialno integrirane uporabnike kokaina, svetovanje in terapije, kar bi omogočalo hitro in prilagojeno vključitev uporabnikov ter visoko stopnjo anonimnosti.

### **Značilnosti uporabe mefedrona**

Izhodišče raziskovalne naloge o uporabi mefedrona so bile informacije s terenskega dela v nočnih lokalih, klubih in na prireditvah elektronske glasbe, ki ga opravlja nevladna organizacija DrogArt o pojavu razmeroma nove in v tistem času zakonite ter razmeroma lahko dostopne droge, ter informacije o uporabi mefedrona na spletnem forumu DrogArta. Mefedron se je v Sloveniji pojavil v času, ko MDMA ni bil dostopen (prvi opis uporabe mefedrona je na spletnem forumu zaznan 13. 8. 2008), uporabniki pa so poročali o MDMA-ju podobnih, a krajših učinkih nove droge. V letu 2010, ko je združenje DrogArt načrtovalo raziskavo o značilnostih uporabe mefedrona, razen nekaj posameznih primerov še ni bilo na voljo relevantnih informacij o škodljivih učinkih mefedrona. Glede na zapise na forumih o

posameznih zdravstvenih zapletih in domnevno močnem potencialu za zasvojenost pri posameznih uporabnikih so se odločili za poglobljeno raziskavo o škodljivih posledicah uporabe mefedrona, kot jih dojemajo uporabniki. Izhodišče za raziskovalno nalogo je bilo tudi razmeroma visoka prevalenca uporabe mefedrona (20,8 %) v nočnem življenju (Sande, 2010). Glavni namen raziskave o uporabi mefedrona je bil osvetliti značilnosti uporabe te droge in ugotoviti, kakšne so mogoče škodljive posledice uporabe po mnenju uporabnikov.

Vzorčenje je potekalo s pomočjo interneta; s posebej za raziskavo oblikovanim spletnim vprašalnikom so zajeli 130 ljudi. Vprašalnik je bil namenjen samo uporabnikom ali nekdanjim uporabnikom mefedrona. Vsi, ki so uporabo mefedrona že prenehali, so bili zaprošeni, da pri nekaterih vprašanjih o značilnosti uporabe odgovarjajo tako, kot je za njih veljalo med uporabo.

V končno oblikovanem vzorcu je bilo 112 anketirancev; vzorec ni reprezentativen. V vzorcu je bilo 58,9 % moških in 41,1 % žensk. Starostni razpon je bil od 15 do 40 let, povprečna starost v vzorcu pa je bila 24 let ( $n = 112$ ). Največ anketirancev je imelo dokončano srednjo šolo (60,4 %), preostali pa višjo ali visoko šolo (19,8 %), osnovno šolo (17,1 %) in magisterij ali doktorat (2,7 %) ( $n = 112$ ).

Najpogosteje uporabljene droge v vzorcu so bile mefedron, marihuana, amfetamini in ekstazi, ki jih je že poizkusilo več kot 90 % anketirancev v vzorcu. Mefedron so poizkusili vsi anketiranci v vzorcu, metilon je poizkusilo 55,4 % anketirancev, 2CB/2CE pa 27,7 % anketirancev. Druge zakonite stimulanse (MDPV, 4FA ...) je poizkusilo 42,0 % anketirancev.

Nekaj več kot polovica anketirancev v vzorcu (53,2 %) je uporabo mefedrona prenehala ( $n = 112$ ). Največ anketirancev v vzorcu, ki so med raziskavo še uporabljali mefedron (46,2 %), je mefedron uporabljalo več kot eno leto. Nekaj več kot polovica jih je mefedron uporabljala nekajkrat letno (56,0 %), več kot enkrat mesečno ali pogosteje pa 28,0 %.

Anketiranci so označili, da mefedron uporabljajo nazalno (88,0 %) in oralno (50,0 %). Nihče v vzorcu ni označil, da bi si mefedron injiciral. Presenetljivo je večina anketirancev prišla do mefedrona prek prijatelja ali pa ga je kupila pri preprodajalcu. S pomočjo interneta je mefedron kupilo le 10,7 % anketirancev. Uporabniki v veliki večini mešajo mefedron s prepovedanimi drogami in z alkoholom. Mefedrona nikoli ni mešalo z drugimi drogami le 18,8 % anketirancev. Mefedron je z alkoholom že mešalo 82,7 % anketirancev. Izmed prepovedanih drog so anketiranci mefedron souporabljali z marihuano, amfetamini in z ekstazijem. Največ anketirancev (35,1 %) je na vprašanje o največji porabljeni količini odgovorilo, da so v enem večeru oziroma obdobju neprekinjene uporabe uporabili več kot 1,5 g mefedrona ( $n = 111$ ).

Najpogostejše psihične težave zaradi uporabe mefedrona so bile: nespečnost, depresija in težave z zbranostjo. Izmed fizičnih težav sta bili najpogostejši težavi poškodbe nosne sluznice in mravljinčenje v rokah ali nogah. Na težave z zasvojenostjo z mefedronom kažeta izraženi težavi »vedno pogostejša uporaba« in »uporaba večjih količin, kot je bilo načrtovano«. Težave s tem, da bi prekinili uporabo mefedrona, preden bi porabili vse zaloge te droge, je imelo 63,3 % anketirancev ( $n = 109$ ). Najpomembnejša vzroka za prenehanje uporabe ali zmanjšanje uporabe mefedrona sta bila »strah pred zdravstvenimi posledicami

uporabe«, »vedno večja in pogostejša uporaba«. Tako je ob združenih odgovorih »pomembno« in »zelo pomembno« odgovorilo več kot 50 % anketirancev. Pomembni vzroki so bili še »dejanske posledice moje uporabe«, »zasvojenost« in »naveličanost«.

Izsledkov raziskave zaradi premajhnega in nesistematično izbranega vzorca, zajetega s pomočjo spleta, ni mogoče posploševati, lahko pa se poda nekaj ugotovitev glede uporabe mefedrona v Sloveniji tik pred prepovedjo njegove uporabe. Najpomembnejša vzroka za uporabo po mnenju uporabnikov sta bila poleg »pozitivnih učinkov«, »večja čistost kot pri prepovedanih drogah« in »nizka cena«. Tako je ob združenih odgovorih »pomembno« in »zelo pomembno« odgovorilo med 40 % in 80 % anketirancev. Lažja dostopnost in zakonitost droge sta bila po mnenju anketirancev najmanj pomembna vzroka za uporabo (34 %). Pomoči zaradi uporabe mefedrona anketiranci niso iskali, če bi jo iskali, pa bi se večinoma obrnili na svojo družino (43,2 %). Na nevladno organizacijo bi se obrnilo 14,4 % anketirancev, zdravstveno ustanovo 12,6 % in na individualno svetovanje 11,7 %.

Na osnovi izsledkov se lahko sklepa, da so uporabnike za uporabo mefedrona bolj kot sam pravni status substance in pomanjkanje MDMA prepričali domnevna večja čistost in nizka cena mefedrona. Uporabniki so v večini mefedron kupili/dobili pri prijatelju ali preprodajalcu, kar je podobno, kot če bi bil mefedron v tistem času prepovedana droga.

Uporabniki zaradi uporabe mefedrona niso iskali pomoči, čeprav so označili številne psihične in fizične posledice uporabe. Mefedron je imel po mnenju uporabnikov dejanske zdravstvene posledice uporabe, očitni pa so bili tudi znaki, ki lahko kažejo na zasvojenost z mefedronom (vedno večja in pogostejša uporaba, uporaba večjih količin od načrtovanih, uporaba vseh zalog droge).

## **Raziskava o kadilskih navadah medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v Sloveniji**

(Predstavljeni so le statistično značilni podatki)

V letu 2010 je IVZ v sodelovanju z Zbornico zdravstvene in babiške nege – Zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – izvedel raziskavo o kadilskih navadah medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v Sloveniji.

Zdravstveni delavci, torej tudi medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki, imajo znanje o vplivih kajenja na zdravje kadilca in ljudi v njegovi bližini, ki ga lahko vsakodnevno pri svojem delu posredujejo bolnikom in njihovim svojcem. Kadilcem lahko svetujejo in pomagajo pri opuščanju kajenja, pomembna pa je tudi njihova vloga pri preprečevanju začetka kajenja, še posebej pri mladih, katerim so poleg učiteljev pomemben vzor. Zato je pomembno, da spremljamo kadilske navade med posameznimi skupinami zdravstvenih delavcev, kar je bil tudi glavni vzrok za izvedbo raziskave.

Osnovni način anketiranja je bil spletna anketa, na željo posameznika pa je bila anketa izvedena tudi prek običajne pošte, telefona ali elektronske pošte. V vzorec je bilo zajetih 1.500 ljudi oziroma skoraj 51 % vseh vabljenih članov Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Podatek o tem, ali kadijo ali ne, je raziskovalcem dodatno zaupalo še 218 ljudi, ki sicer niso želeli izpolnjevati vprašalnika, kar je omogočilo analizo osnovnih podatkov o kadilskih navadah po spolu, starosti in po stopnji izobrazbe za skupno 1.718 medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Med vprašanimi so prevladovale ženske (90,3 %), kar je značilno za ta poklic. Največ sodelujočih je bilo starih od 40 do 49 let (34,5 %), nato od 30 do 39 let (27,5 %), 50 let in več (23,6%), najmanj pa med od 20 do 29 let (14,4 %). Glede na stopnjo izobrazbe je bilo največ tistih s srednjo 4-letno stopnjo izobrazbe (61,8 %), nato z visoko strokovno ali visoko univerzitetno stopnjo izobrazbe (27,8 %).

Kadilo je 20,9 % vprašanih, 29 % je bilo takih, ki so v preteklosti kadili, a so kajenje opustili in zdaj ne kadijo, 50 % vseh vprašanih pa ni nikoli kadilo. Med polnoletnimi Slovenci jih kadi približno četrtina, kar je več kot v tej skupini anketirancev. Raziskava Medicinske sestre o zdravju, zdravstvenih navadah in zdravstveni službi iz leta 2001 je zaznala 26,2-odstotni delež kadilcev, kar nakazuje, da se je v približno 10 letih delež kadilcev v tej skupini najverjetneje zmanjšal za nekaj več kot 5 odstotnih točk.

Kadilske navade vprašanih so se razlikovale glede na spol. Med ženskami je kadilo 19,6 % vprašanih, med moškimi pa 32,9 %; primerjava pokaže, da med polnoletnimi Slovenci kadi 21,9 % žensk in 29 % moških. Raziskava Medicinske sestre o zdravju, zdravstvenih navadah in zdravstveni službi iz leta 2001 je prav tako zaznala višji delež tistih, ki kadijo, med moškimi. Kadilo je 32,1 % moških in 26,4 % žensk. Raziskavi nakazujeta, da se je v približno 10 letih delež tistih, ki kadijo, med ženskami najverjetneje zmanjšal, medtem ko med moškimi najverjetneje ostaja na isti ravni.

Kadilske navade vprašanih so se razlikovale glede na starost. Najvišji delež kadilcev je med najmlajšo starostno skupino, to je od 20 do 29 let (26,4 %), najmanjši pa med starostno skupino od 30 do 39 let (16,8 %). V starostni skupini od 40 do 49 let je bil delež kadilcev 21,5-odstoten, pri 50 let in več pa 17,9-odstoten.

Kadilske navade vprašanih so se razlikovale tudi glede na stopnjo izobrazbe, niso pa se razlikovale glede na to, ali je vprašani delal v bolnišnici, primarnem zdravstvenem varstvu ali drugje. Najvišji delež kadilcev je bil med vprašanimi s srednjo stopnjo izobrazbe, to je 25,1 %, medtem ko je bil delež kadilcev med višje izobraženimi nižji, in sicer med visoko strokovno, visoko univerzitetno izobraženimi in več 12,1 %. Tudi raziskava Medicinske sestre o zdravju, zdravstvenih navadah in zdravstveni službi iz leta 2001 je zaznala najvišji delež tistih, ki kadijo, med vprašanimi s srednjo stopnjo izobrazbe (31,1 %).

V Sloveniji je tako v letu 2010 kadila približno petina v raziskavo vključenih medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, predvsem tistih s srednjo stopnjo izobrazbe, kjer je bilo kadilcev približno četrtina. Kadilske navade vprašanih so se razlikovale glede na spol, starostne skupine in stopnjo izobrazbe, ne pa glede na delovno okolje (bolnišnice, primarno zdravstvo), in sicer višje deleže kadilcev zaznavamo med moškimi, starostno skupino 20–29 let in med vprašanimi s srednjo stopnjo izobrazbe, kar je tudi večinoma skladno s predhodnimi raziskavami na tem področju v Sloveniji.



Preventivo na področju preprečevanja uporabe drog usklajuje Ministrstvo za zdravje RS v sodelovanju z devetimi resornimi ministrstvi. Takšno sodelovanje vključuje medresorske organe in strukture. Koordinacija teh politik je zagotovljena prek Komisije Vlade RS za droge. Ključni partnerji so nosilci in izvajalci preventive (vladne in nevladne ustanove ter društva), lokalne oblasti (občine, regije), univerze in raziskovalne ustanove.

Glavni cilji in dejavnosti na področju preventive so določeni v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 (ReNPPD). V letu 2010 so potekala usklajevanja za sprejetje nove resolucije, ki vključuje pomembne elemente predvsem s področja zagotavljanja kakovosti preventivnih programov v vzgojno-izobraževalnih ustanovah.

V slovenskem prostoru se izvajajo številni preventivni programi, ki vključujejo dovoljene in tudi prepovedane droge. Prevladujejo predvsem pristopi univerzalne preventive; kot osrednja ciljna skupina so najpogosteje identificirani otroci in mladina, sledijo pa starši. Selektivna preventiva je osredinjena predvsem na rizične skupine otrok in mladostnikov ter preventivo v rekreativnih okoljih. Preventiva v rizičnih družinah poteka v obliki individualne družinske obravnave in skupinske pomoči. Na nacionalni ravni je dobro razvit predvsem program, namenjen družinam, v katerih je nekdo izmed članov družine zasvojen z alkoholom. Indicirana preventiva je v glavnem osredinjena na otroke in mladino s posebnimi potrebami, kot so npr. motnje pozornosti (ADD, ADHD).

Kljub velikemu številu preventivnih programov Slovenija nima nacionalne baze podatkov o vrsti, obsegu in o učinkovitosti preventivnih programov. Podatki o preventivnih programih se zbirajo s pomočjo posameznih raziskav in pregledov stanja ter s pomočjo poročil ministrstev, ki financirajo preventivne programe.

V prvi polovici leta 2011 je bil izveden pregled preventivnih dejavnosti v Sloveniji, ki je zajel 116 različnih preventivnih dejavnosti, in pokazal, da se največ (66,4 %) zaznanih preventivnih dejavnost usmerja v šolski prostor, osnovnošolci in straši pa so najpogosteje ciljna skupina za različne preventivne dejavnosti (Košir in Talić, 2011). Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS je leta 2010 financiralo 58 različnih preventivnih programov, v katere je bilo zajetih več kot 19.000 uporabnikov. Ministrstvo za zdravje RS pa je prek javnega razpisa v obdobju 2009/2010 financiralo 9 različnih preventivnih programov.

Leta 2010 se je v izbranih osnovnih šolah v Sloveniji začel pilotno izvajati mednarodni preventivni projekt EU-Dap Izštekani, ki je osredinjen na preprečevanje uporabe drog s pomočjo izboljšanja psihosocialnih spretnosti. V okviru programa Izberi sam se je na osnovnih in srednjih šolah, v dijaških domovih, mladinskih centrih in v vzgojnih zavodih izvedlo 186 delavnic, namenjenih seznanjanju mladih o škodljivih posledicah alkohola in

tveganjih vožnje pod vplivom alkohola ter spodbujanju k zmanjšanju tveganj, povezanih s pitjem alkohola. Izvajalci programa Ne-odvisen.si so v letu 2010 obiskali 25 slovenskih občin in eno italijansko, v katerih so priredili celodnevne interaktivne dogodke, namenjene otokom, mladostnikom in staršem. V Ljubljani in Mariboru je bil v okviru programa After taxi mladim med 16. in 30. letom, ki obiskujejo zabave in tam uporabljajo psihoaktivne snovi, zagotovljen subvencioniran prevoz s taksijem.

V letu 2010 je potekala že peta preventivna nacionalna akcija 40 dni brez alkohola, tokrat z nosilnim sporočilom Za več pravega veselja brez alkohola, ki je opozarjala na posledice prekomerne uporabe alkohola in spodbujala širšo javnost k veselju brez alkohola. Nacionalna kampanja 0,0 šofer, s katero se želi zmanjšati škodljivo in tvegano rabo alkohola v povezavi z varnostjo v cestnem prometu ter število prometnih nesreč, ki se zgodijo zaradi vožnje pod vplivom alkohola, je bila izvedena v mesecih juniju, novembru in decembru 2010. V tem času so policisti in pristojne inšpekcijske službe vršili poostren nadzor nad spoštovanjem določb Zakona o omejevanju porabe alkohola.

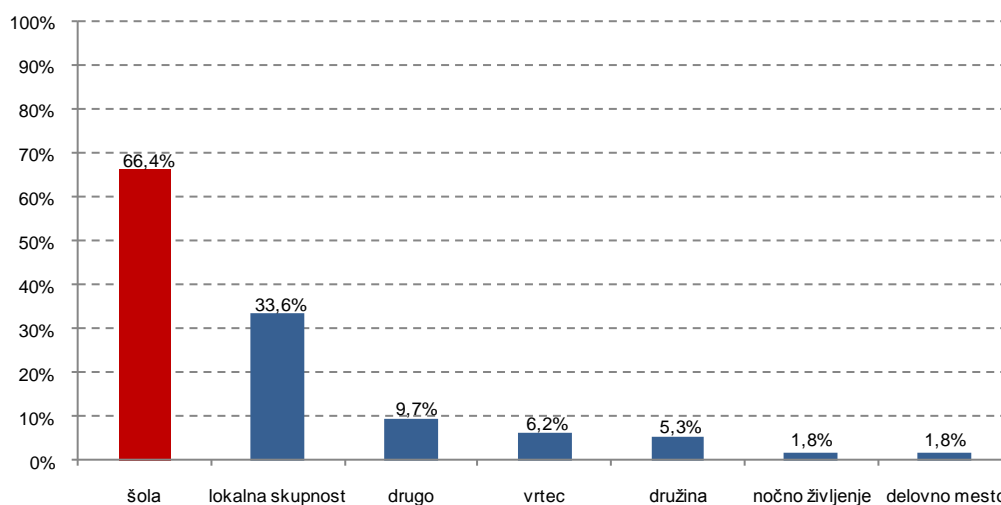
Osrednja tema preventivnega meseca v letu 2010 pa je bila osredinjena na lokalne skupnosti s sloganom Lokalna skupnost v akciji – sodelovanje in izzivi v preventivi. Z različnimi aktivnostmi se je poudarjala moč povezovanja znanj, idej in zmožnosti krajevnih akterjev pri iskanju in udejanjanju najboljših rešitev za preprečevanje zasvojenosti.

### 3.1 Pregled preventivnih dejavnosti v Sloveniji

42

V prvi polovici leta 2011 je v okviru projekta Vzpostavitev platforme nevladnih organizacij na področju preprečevanja zasvojenosti potekal pregled preventivnih dejavnosti v Sloveniji. Pregled, ki je zajel 116 različnih preventivnih dejavnosti, je pokazal, da se glede na okolje, v katerem se preventivne dejavnosti pojavljajo, največ (66,4 %) zaznanih preventivnih dejavnost usmerja v šolski prostor, precej manj v lokalno skupnost (predvsem aktivnosti t. i. lokalnih akcijskih skupin – LAS), v preostalih okoljih pa je zelo malo preventivnih dejavnosti (Slika 3.1).

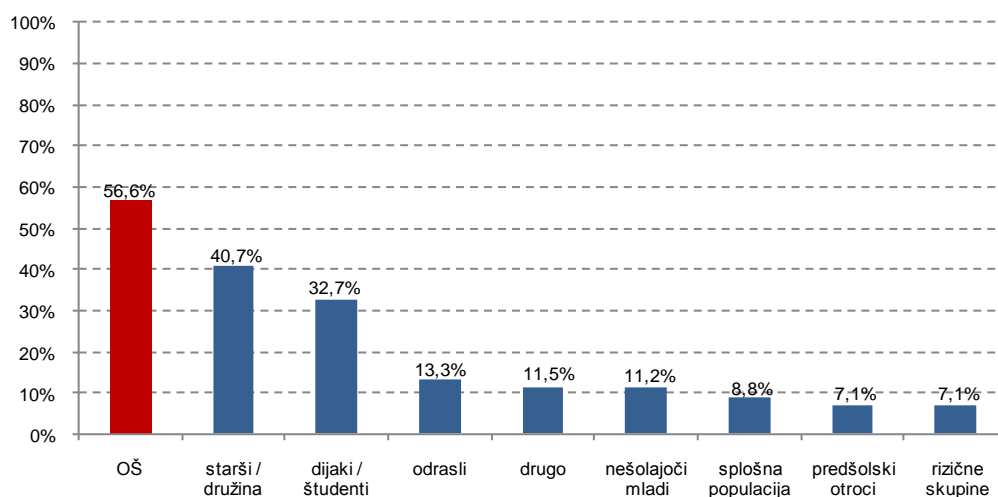
Slika 3.1: *Okolje, v katerem se izvaja preventivna dejavnost v Sloveniji*



Vir: Košir in Talič, 2011

Glede na neposredno ciljno skupino, v katero so usmerjene preventivne dejavnosti, jih je največ (56,6 %) usmerjenih v osnovnošolsko populacijo, 40,7 % v starše in družine, 32,7 % v dijaško in študentsko populacijo itn. Druge neposredne ciljne skupine so v preventivnih dejavnostih precej manj zastopane. Zlasti se majhen delež preventive usmerja v predšolsko populacijo in rizične oziroma ranljive skupine prebivalstva (Slika 3.2).

Slika 3.2: *Neposredne ciljne skupine preventivnih dejavnosti v Sloveniji*



Vir: Košir in Talić, 2011

Glede na način izvedbe preventivnih dejavnosti prednjačijo delavnice (61,1 %) in predavanja (46,9 %), drugi načini (množični dogodek, izobraževanje, brošura, seminar, radio/televizija) so precej manj zastopani.

### 3.2 Univerzalna preventiva

Univerzalna preventiva je najpogosteje uporabljen pristop v Sloveniji. Programi se osredinjajo predvsem na razvoj in krepitev življenjskih spretnosti ter vzpostavitev varnih in spodbujajočih okolij. Le manjši delež je programov, ki so usmerjeni samo k ozaveščanju in zagotavljanju informacij.

#### Preventiva v vzgojno-izobraževalnih ustanovah

Odgovorni nosilec programov v vrtcih in šolah je Ministrstvo za šolstvo in šport RS, pomembno strokovno podporo pa nudi Zavod za šolstvo RS. Univerzalna preventiva v vzgojno-izobraževalnih ustanovah se najpogosteje izvaja v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah, manj je zastopana na univerzah pri študentih. Vsebine s področja dovoljenih in prepovedanih drog so umeščene v redni vzgojno-izobraževalni proces na osnovnih in srednjih šolah. Prav tako se na šolah izvajajo dodatni preventivni programi in projekti glede na zaznane potrebe. Poleg pedagoških delavcev in sodelavcev te programe izvajajo zunanji izvajalci (predstavniki vladnih in nevladnih ustanov ter društev).

Vsebinsko se preventivni programi v vrtcih osredinjajo na splošne elemente razvijanja in krepitev socialnih, emocionalnih in kognitivnih spretnosti. V osnovnih in srednjih šolah je poudarek predvsem na spodbujanju zdravega načina življenja, ohranjanju abstinence posameznika ter na vzpostavitvi varnih in spodbudnih okolij. Pristopi vključujejo zmanjševanje dejavnikov tveganja in tudi prizadevanja za vzpostavitev in krepitev dejavnikov varovanja, ki vplivajo na (ne-)uporabo psihoaktivnih snovi. Vzgojno-izobraževalne ustanove se povezujejo tudi s preventivnimi programi, ki potekajo na različnih ravneh v krajevnem okolju.

Pomanjkljivost, ki se opaža, je, da ni programov, ki bi se načrtno izvajali in vrednotili po vsej državi. Pogostejše so tudi aktivnosti v obliki enkratnih dogodkov, manj je aktivnosti, ki bi si sledile v več sejah.

### **EU-DAP – Izštekani (Unplugged)**

V šolskem letu 2010/2011 je Inštitut za raziskave in razvoj Utrip v izbranih osnovnih šolah začel pilotsko izvajati mednarodni projekt EU-DAP z naslovom Izštekani (Unplugged). V programu sodeluje 23 intervencijskih in 22 kontrolnih osnovnih šol. Program je bil izdelan na osnovi modela celostnega socialnega vpliva in je interaktiven, združuje življenjske veščine in normativna prepričanja (mladostniki oblikujejo svoje mišljenje, ideje in vrednote, na katere imajo velik vpliv mediji, glasba, prijatelji in filmi, omenjeni vplivi pa so velikokrat v nasprotju z vrednotami, ki se jih mladi naučijo doma ali v šoli). Ciljno skupino predstavljajo mladostniki v starosti od 12 do 14 let, saj v tem obdobju nekateri med njimi že začnejo poskušati droge (zlasti cigarete, alkohol in marihuano). Cilj programa je zmanjšati število mladostnikov, ki začnejo uporabljati droge, prestaviti prehod od eksperimentiranja z drogami do redne uporabe drog in/ali prestaviti začetek uporabe drog na čim poznejše obdobje.

Učni načrt »Izštekani« sestavlja 12 lekcij, ki se izvajajo med rednim poukom, in sicer ena lekcija tedensko, kar pomeni, da program traja 3 mesece. Lekcije učnega načrta »Izštekani« so: Uvod v program »Izštekani«, Biti ali ne biti v skupini, Izbire – alkohol, tveganje in zaščita, Tvoja prepričanja, norme in informacije – ali odsevajo resničnost, Kajenje cigarete – informiraj se, Izrazi se, Ostani zvest svojim prepričanjem, Žurer, Droge – informiraj se, Sposobnost spopadanja s problemi, Reševanje problemov in sprejemanje odločitev ter Postavljanje ciljev. Program vsebuje tudi starševsko komponento. Sodelovanje s starši je pomembno, saj številne raziskave kažejo na potrebo po vključevanju staršev v preventivni program na področju drog za učence, saj so izsledki preventivnih programov lahko s tem občutno boljši (Bauman in sod., 2001; Cohen in Linton, 1995; Kumpfer in sod., 2002). V okviru programa Izštekani so za starše predvidene tri delavnice: Boljše razumevanje mladostnikov, Biti starš najstniku pomeni skupno odraščanje in Dober odnos z mojim otrokom pomeni tudi postavljanje meja.

Strokovni pregled gradiv, ki se uporabljajo v programu (priročnik za učitelje, delovni zvezek za učence, informativne kartice za učence), je pokazal, da bi bilo smiselno vnesti nekatere vsebinske popravke, saj določene vsebine niso bile primerne za ciljno skupino, poleg tega je treba podatke prilagoditi glede na razmere v Sloveniji.

V okviru projekta so bila izvedena usposabljanja za učitelje, ki se jih je udeležilo 159 učiteljev. Za učitelje je vzpostavljen tudi spletni forum (<http://www.institut-utrip.si/forum/>), s pomočjo katerega si lahko učitelji izmenjujejo mnenja in izkušnje.

Izvedenih je bilo tudi 35 delavnic za starše, ki se jih je udeležilo skupaj 644 staršev. Vrednotenje delavnic je pokazalo, da je bil odziv staršev slab. Kot vzroke so straši navedli: da so že »zasičeni« z različnimi predavanji, na katerih ne izvejo nič novega, da imajo že ogromno znanja o vsem, kar je povezano z njihovimi najstniki, da so poslušali že nešteto predavanj, da nimajo dovolj časa. Na delavnicah so bili predvsem tisti straši, ki doma nimajo večjih težav. Izziv je tako v razmisleku, na kakšen način privabiti v šole starše rizičnih otrok. Interaktivno delo (npr. delo v skupinah, igra vlog) je bilo učinkovitejše v manjših skupinah in med tistimi starši, ki so se med seboj nekoliko bolje poznali. Izvajalci projekta so tudi opazili, da so starši bolj sodelovali, če so bili prisotni tudi razredniki oziroma učitelji, ki so izvajali program. Vredno bi bilo premisliti o tem, da bi učitelji sami izvajali delavnice za starše. Odnos med starši, njihovimi otroki in učitelji ter drugimi pomembnimi strokovnimi delavci na šoli je zelo pomemben dejavnik za uspešno preventivno delo (Petrie in sod., 2007). Izvajalci projekta so opazili, da ti odnosi pogosto niso dovolj tesni in da med njimi ni prave sinergije. Nadalje so opazili tudi, da se starši ne zavedajo, da je alkohol droga, s katero večina otrok najprej pride v stik in da šele pozneje posegajo po tobaku in prepovedanih drogah. Poleg tega pa še vedno menijo, da je najboljši način, kako mlade odvrti od drog, metoda zastraševanja (npr. grozljivi filmi, ki kažejo posledice rabe drog, pričanje nekdanjih zasvojenecv itn.), kar je s strokovnega vidika zmotno prepričanje (UNODC, 2004; Morgan, 2001).

Vrednotenje uspešnosti programa poteka s pomočjo anonimnih vprašalnikov, ki so jih učenci intervencijskih (približno 1.800 učencev) in kontrolnih šol (približno 1.690 učencev) prejeli na začetku izvajanja programa. S pomočjo vprašalnika se ovrednotijo njihovo znanje, odnos ter obnašanje glede uporabe tobaka, alkohola in drugih drog. Na osnovi tega se določi začetno stanje, ki služi za primerjavo stanja po nekaj mesecih od konca programa (junij 2011) ter približno eno leto po koncu programa (januar 2012). Zunanjo evalvacijo izvaja raziskovalna ustanova Piedmont Centre for Drug Addiction Epidemiology (OED), ki je pristojna za vrednotenje tega projekta v sklopu evropske ustanove EU-Dap Faculty ([www.eudap.net](http://www.eudap.net)). Izvajalci projekta podatke iz vprašalnikov vnašajo v enotno bazo programa EU-Dap, kar bo omogočilo tudi mednarodne primerjalne izsledke izvajanja programa.

Junija 2011 so izvajalci projekta z učenci intervencijskih in kontrolnih šol izvedli drugi krog izpolnjevanja anonimnih vprašalnikov. Ko bosta končani vsaj prvi dve fazi vrednotenja (začetna analiza in analiza po izvedbi programa v vseh vključenih šolah), bodo na voljo tudi izsledki učinkov izvajanja programa na ciljno skupino osnovnošolcev ter druge ugotovitve vrednotenja. Učitelji in učenci so izpolnili tudi evalvacijske vprašalnike; analizo teh bodo izvajalci opravili jeseni 2011.

### **Delavnice Izberi sam**

V letu 2010 je Slovensko združenje za zmanjševanje škodljivih posledic drog DrogArt izvajalo program Izberi sam, ki je usmerjen v zmanjševanje škodljivih posledic alkohola med mladimi in razvijanje odgovornosti za bolj informirane in manj tvegane odločitve mladih. V

programu so zasledovali naslednje cilje: seznaniti mlade o mogočih škodljivih posledicah uporabe alkohola in načinih za zmanjševanje tveganj (prek tiskanih gradiv, spletne strani in delavnic); seznaniti mlade voznike o mogočih posledicah uporabe alkohola v prometu; ozaveščati mlade o prevzemanju odgovornosti za lastne odločitve, vedenje in zdravje; usmerjati mlade, ki imajo težave, povezane z alkoholom, v individualno svetovanje.

Program poteka v obliki delavnic, ki jih vodita hkrati po dva usposobljena mladinska delavca; velikost skupine je med 12 in 15 posameznikov. Delavnice so izvajali na osnovnih in srednjih šolah, v dijaških domovih, mladinskih centrih in v vzgojnih zavodih po vsej Sloveniji, in sicer po metodi vrstniškega izobraževanja. Izvajali so dve vrsti delavnic, in sicer delavnico Miti in resnica, ki poteka dve uri, namenjena pa je preverjanju mitov o alkoholu, prek katerih se na nevsiljiv način mlade seznanja o škodljivih posledicah alkohola in se jih spodbudi k zmanjšanju tveganj, povezanih s pitjem alkohola. Druga delavnica je Vožnja na zabavo in nazaj. Delavnica poteka 3 šolske ure in je namenjena dijakom v zadnjem letniku srednjih šol, ki so tik pred pridobitvijo voziškega izpita ali pa so v prometu že udeleženi kot mladi vozniki. Interaktivna delavnica mlade seznanja o tveganjih vožnje pod vplivom alkohola.

V letu 2010 so izvedli 186 delavnic, od tega 99 delavnic za osnovnošolsko in 87 delavnic za srednješolsko ciljno skupino. Sedem od teh je bilo izvedenih v dijaških domovih, ena v mladinskem centru in dve v vzgojno-izobraževalnem zavodu. V delavnice je bilo vključenih 2.264 mladostnikov.

Vrednotenje programa temelji na številu izvedenih delavnic in evalvacijskem vprašalniku o zadovoljstvu z delavnico, ki ga po koncu vsake delavnice prejmejo udeleženci. Analiza evalvacijskih vprašalnikov je pokazala, da so bile za 40,5 % udeležencev najzanimivejše informacije o alkoholu, 56,3 % udeležencev je ocenilo, da so pridobili nova znanja o alkoholu, 49,5 % udeležencev je odgovorilo, da se bo o temah, o katerih so se pogovarjali na delavnici, pogovarjalo še s prijatelji, 64,3 % udeležencev pa ne bi pri delavnici spremenilo ničesar. Pisni povzetek evalvacije po vsaki delavnici prejmejo tudi svetovalni delavci v šoli, da lažje načrtujejo nove preventivne aktivnosti. Evalvacija izvajanja delavnic pa je potekala na rednih mesečnih mentorskih srečanjih.

V sklopu programa Izberi sam se poleg delavnic izvaja tudi seznanjanje mladih o škodljivih posledicah uporabe alkohola prek spletne strani [www.izberisam.org](http://www.izberisam.org) in na prireditvah, ki potekajo v nočnem času. Za mlade, ki imajo težave zaradi pitja alkohola, pa je na voljo tudi individualno svetovanje.

### **Preventiva za starše**

Različni preventivni programi za starše otrok in mladostnikov potekajo predvsem v okviru vzgojno-izobraževalnih ustanov. Izvajajo jih strokovni delavci na šolah in zunanji izvajalci (predstavniki vladnih in nevladnih ustanov in društev). Najpogosteje se izvajajo posamezne aktivnosti, ki so osredinjene na seznanitev staršev s problematiko uporabe drog med mladimi, sodobnim znanjem o tej problematiki, predvsem pa na varovalne dejavnike in možnosti iskanja ustreznih rešitev ob stiskah. Aktivnosti potekajo v različnih oblikah, od enournega predavanja do sklopa delavnic, sestavljenih iz več srečanj. Izvajalci se srečujejo predvsem s težavo manjše zainteresiranosti ciljnega prebivalstva za te vsebine.

## Ne-odvisen.si

Starši predstavljajo eno izmed ciljnih skupin, ki jih naslavlja preventivni program Ne-odvisen.si, ki ga vodi nevladna organizacija Zavod 7. Program izhaja iz regijske kampanje, ki se je začela leta 2007, zaradi potreb in pozitivnega odziva pa se je nekajmesečna kampanja razvila v kontinuiran program, ki se izvaja po vsej Sloveniji. Častni pokrovitelj programa je predsednik Republike Slovenije, program pa je podprlo tudi šest resornih ministrstev. Osrednja ciljna skupina programa so starši, ki jih dosegajo s pomočjo različnih aktivnosti, namenjenih otrokom in mladostnikom. Program poteka tako, da v izbranih lokalnih skupnostih organizirajo celodnevne interaktivne dogodke v treh starostnih skupinah, in sicer za otroke od 5 do 9 let, mladostnike od 10 do 18 let in za odrasle nad 18 let. Namen programa je sprožanje medgeneracijskega komuniciranja na temo preprečevanja kemičnih in nekemičnih zasvojenosti ter preventivo pred nalezljivimi boleznimi. Nosilci programa dajejo velik poudarek na gradnji mreže strokovnjakov iz različnih strokovnih disciplin. Prav tako v svoj program vključujejo znane osebnosti, kot so: ugledni umetniki, politiki, športniki, novinarji idr., s katerimi so posneli 35 kratkih spotov z motivacijskimi sporočili.

Program so podkrepili s pesmijo in z videospotom z naslovom Nariši nov dan ter s spletno stranjo [www.ne-odvisen.si](http://www.ne-odvisen.si). Omenjena spletna stran je vsebinsko razdeljena na tri ciljne skupine, in sicer na otroke, mladostnike in na odrasle. Spletna stran vključuje številno gradivo, ki ga lahko izvajalci preventivnih aktivnosti tudi natisnejo (10 tematskih gradiv s ključnimi informacijami o posameznih drogah, 5 tematskih gradiv na temo medosebnih odnosov in 3 ozaveščevalne knjižice o internetu, klasičnih igrah na srečo in o igrah na srečo prek interneta). V razvoju je tudi e-svetovalec, ki bo namenjen preventivi in tudi kurativi. Strokovnjaki bodo odgovarjali na vprašanja s področjih medsebojnih odnosov, alkohola, prepovedanih drog, zasvojenosti z računalnikom in internetom ter z igrami na srečo.

Z otroki, starimi od 5 do 9 let, so skozi zgodbo Zarje in Svita krepili različne življenjske veščine. Kot podporno gradivo so pripravili družabno igro v obliki zemljevida, dogodek pa so popestrili z lutkovno predstavo. Vsebine so povezali z »domačo nalogo« – otroci so doma skupaj s straši narisali risbice, ki so jih potem poslali organizatorju programa. V desetih mesecih so prejeli 1.285 risbic. Za mladostnike so dogodki temeljili predvsem na dvostranski komunikaciji mladih s strokovnjaki na temo sprejemanja samega sebe, odgovornega ravnanja do sebe in drugih ter preživljanja prostega časa. Vse te vsebine so povezali z elementi uporabe drog. Vključitev odraslih v aktivnosti so dosegali s pomočjo organiziranih družabnih večerov, prepletenih s strokovnimi temami in sproščajočimi nastopi (govori) znanih osebnosti. Teme, ki jih vključujejo, so: odgovorno starševstvo, usklajenost vzgojnega ravnanja in postavljanje mej. Starši na dogodku lahko individualno spregovorijo s prisotnimi strokovnjaki, prejeli pa so tudi priročnik Tukaj sem.

Evalvacija programa je pokazala, da so v obdobju od 25. januarja 2010 do 25. novembra 2010 s svojim programom obiskali 25 slovenskih občin in eno občino v Italiji. V okviru tega je bilo izvedenih 35 dogodkov za predšolske otroke in prvo triado osnovne šole, 66 dogodkov z učenci druge in tretje triade osnovne šole ter 26 družabnih srečanj za odrasle. Zajeli so 40.000 otrok, mladostnikov in odraslih. Po dogodkih je navezalo stik z organizacijo 64 ljudi (forum, telefonski klic, neposredni stik), predvsem v smislu iskanja pomoči strokovnjakov in

individualnega svetovanja. Posebnost programa je, da v enem dnevu ozavešča vse generacije, aktivnosti se med seboj prepletajo in nadgrajujejo, s tem pa v lokalnem okolju sprožajo veliko pozornosti in zanimanja. Celodnevna navzočnost v enem kraju oz. občini in ozaveščanje različnih ciljnih skupin sta se izkazali za učinkovito, saj so se ciljne skupine medsebojno spodbujale, da so se udeleževali dogodkov (predvsem otroci starše) in tudi pozneje navezovali stike z izvajalci programa (Kodelja, 2011). V letu 2011 na osnovi izsledkov ekspertne evalvacije, ki je izpostavila nekatere vsebinske pomanjkljivosti, načrtujejo spremembe in dopolnitev programa, predvsem glede pristopov in gradiva za otroke in mladostnike (Zavod 7, 2010).

### **Preventivni program za krepitev družin na področju preprečevanja zasvojenosti**

Inštitut Utrip bo v šolskem letu 2011/2012 pilotsko izvedel preventivni program za krepitev družin na področju preprečevanja zasvojenosti (v izvorniku: The Strengthening Families Program – SFP), ki ga je razvila Karol Kumpfer s sodelavci. Program je – znanstveno dokazano – učinkovit družinski preventivni program, ki temelji na treningu veščin v družinah (Kumpfer in sod., 2008). V začetku se bo izvajal program za družine otrok v starostni skupini od 6 do 12 let, čeprav obstaja program tudi za druge starostne skupine. Do zdaj je že bilo izvedeno tridnevno usposabljanje za 7 bodočih izvajalcev programa, poleg tega so bila prevedena vsa potrebna gradiva. V šolskem letu 2011/2012 bo v pilotsko izvajanje programa vključenih približno 10 družin iz osrednjeslovenske regije.

Program vključuje učence osnovnih šol, stare od 6 do 12 let, in njihove starše. Izvaja se v 14 skupinskih srečanjih, na katerih poteka t. i. trening veščin. Vsako srečanje traja približno 2 uri. Program uporablja družinska omrežja in kognitivno-vedenjske pristope za povečanje odpornosti in zmanjšanje dejavnikov tveganja za vedenjske, emocionalne, učne in za socialne probleme. Program gradi na varovalnih dejavnikih, kot so: izboljšanje družinskih odnosov, izboljšanje starševskih veščin ter povečanje socialnih in drugih življenjskih veščin pri otrocih in mladostnikih. Ponuja tudi spodbude za navzočnost družinskih članov v programu, takojšnje izboljšanje vedenja otrok in izpolnjevanje domačih nalog, kar poveča krepitev odnosov in sodelovanje znotraj družine.

### **Lokalna skupnost**

Preventivo v lokalnih skupnostih izvajajo različni akterji. Od vladnih ustanov so najpogostejši akterji zdravstvene organizacije (zdravstveni domovi, zavodi za zdravstveno varstvo), policija, centri za socialno delo, krizni centri za mlade in šole, od nevladnih pa različna društva in neprofitne organizacije, lokalne akcijske skupine, Rdeči križ, verske organizacije, mladinski centri idr. Preventiva v lokalnih skupnostih je usmerjena v vzpostavljanje takih življenjskih razmer, ki bodo prebivalce usmerjale in jim omogočale razvijati življenjske sloge brez uporabe drog oziroma če se te že uporabljajo, da bo njihova uporaba čim manj tvegana. Poudarek je na zagotavljanju različnih možnosti za varno preživljanje prostega časa otrok, mladostnikov in odraslih.

V letu 2011 se skladno z nacionalnim programom načrtuje implementacija Alkoholne politike v vsa lokalna okolja Slovenije. Poudarek bo predvsem na identifikaciji družbeno/skupnostno problematičnih pivskih okolij, skupin in dogodkov v regiji in lokalnih skupnostih. S pomočjo



različnih akterjev se bo pripravil regijski akcijski načrt za preprečevanje tvegane in škodljive rabe alkohola v regiji in lokalnih okoljih (Ministrstvo za zdravje, 2011).

### 3.3 Selektivna preventiva

Selektivna preventiva se izvaja v različnih skupinah ranljivih otrok, mladostnikov in družin, pri katerih obstaja večja verjetnost uporabe drog in drugih oblik tvegane vedenja. V šolah se v okviru selektivne preventive osredinjajo predvsem na zgodnje prepoznavanje otrok in mladostnikov s težavami ter vključitev teh posameznikov v posebne skupinske programe, npr. program »Fred goes net«. Programi ponujajo: svetovanje, psihoterapijo, krepitev socialnih veščin, refleksijo lastnega vzorca vedenja in promoviranje pozitivnih (osebno in družbeno sprejemljivih) alternativ. Najbolj razširjeni programi selektivne preventive v rizičnih družinah se izvajajo v družinah, kjer je nekdo izmed članov družine zasvojen z alkoholom. Gre za obliko individualne družinske obravnave in obliko skupinske pomoči. Dobro razvito imamo tudi preventivo v rekreativnih okoljih s ciljem zmanjševanje uporabe drog in zmanjševanje škode, nastale zaradi uporabe alkohola in prepovedanih drog. Ugotavlja se, da so programi v rekreativnih okoljih bolj razširjeni v večjih mestih, na periferiji pa se srečujemo s pomanjkanjem teh programov. Izvajajo se tudi informacijsko-svetovalni programi za starše, učitelje in za svetovalne delavce, ki se srečujejo s problematiko uporabe drog pri otrocih in mladih. Selektivno preventivo izvajajo vladne in nevladne ustanove ter društva, s tem da prevladuje nevladni sektor.

Pri zajemu ciljnega prebivalstva v programe selektivne preventive se srečujemo s pomanjkanjem standardiziranih orodij za identificiranje rizičnih skupin in posameznikov.

#### Program After taxi

DrogArt je v letu 2010 izvajal program After taxi, katerega namen je spodbujanje mladih k načrtovanju varnejše zabave z vnaprejšnjim načrtovanjem varnega prevoza domov. Program zasleduje naslednje cilje: vplivati na sprejemanje odločitev mladih in mladih odraslih, da ne bodo vozili pod vplivom alkohola; zmanjševati število alkoholiziranih mladih in mlajših odraslih na cestah mest, vključenih v akcijo; spodbujati mlade k odgovornosti pri načrtovanju zabave; dosegati dolgoročne spremembe na področju varne vožnje in odgovornosti mladih; usmerjati mlade, ki že imajo težave z alkoholom, v programe pomoči; seznanjati mlade o škodljivih posledicah in odgovornejši rabi alkohola.

Projekt nagovarja skupino mladih, ki obiskuje nočne zabave, in zato predstavljajo skupino z višjo stopnjo tveganja, saj na zabavah uporabljajo prepovedane droge in alkohol, veliko izmed njih pa jih kljub uporabi psihoaktivnih substanc po končani zabavi sede za volan.

V sklopu projekta After taxi se mladim med 16. in 30. letom zagotavlja subvencioniran prevoz s taksijem. V letu 2010 jim je to bilo omogočeno s kuponi, ki so jih lahko prevzeli v infotočkah v dveh večjih mestih, in sicer v Ljubljani in Mariboru. Pred prevzemom kuponov so se uporabniki prijavi v bazo prek spletne strani [www.aftertaxi.si](http://www.aftertaxi.si). Vsak uporabnik je lahko kupone dvignil samo enkrat. Skupna vrednost petih kuponov je bila v Ljubljani 20 evrov, v Mariboru pa 15 evrov. Kupone so lahko uporabniki unovčili ob sobotah in nedeljah med

polnočjo in sedmo uro zjutraj. Kupone so za svoje otroke lahko naročili in prevzeli tudi starši. Dvakrat so lahko mladi kupone prevzeli tudi neposredno na prireditvah, in sicer na Žuru z razlogom v Ljubljani (28. 8. 2010) ter na koncertu Davida Guette (17. 12. 2010).

Projekt je DrogArt začel izvajati aprila 2010 z zagonom spletne strani [www.aftertaxi.si](http://www.aftertaxi.si) in začetkom izdajanja kuponov za območje Ljubljane z okolico. V letu 2010 so v Ljubljani izvedli tri kroge razdeljevanja kuponov (aprila, avgusta in novembra) in skupaj izdali 544 kuponov. Decembra 2010 se projekt začel izvajati tudi v Mariboru, v letu 2011 pa še na obalnem območju.

Evalvacija je potekala s pomočjo vprašalnikov, ki so jih izvajalci razdelili taksistom in uporabnikom. S taksisti so po analizi vprašalnikov in analizi uporabljenih kuponov opravili tudi dva sestanka, kjer so odpravljali tekoče težave in skušali še izboljšati sodelovanje. Od uporabnikov so prejeli 93 izpolnjenih anket, katerih analiza je pokazala, da mladi podpirajo projekt in si želijo nadaljevanja akcije. Kar 83,9 % anketiranih bi še enkrat prišlo po kupone, od tega jih je 45,2% zanje pripravljenih tudi plačati. Večina je projekt pohvalila. Kritike so se nanašale predvsem na račun omejene veljavnosti kuponov, termina delovanja akcije (dnevi v tednu) in na izvedbo storitve prevoza (Taxi društvo Ljubljana). Med akcijo je 27 % anketiranih unovčilo vseh 5 kuponov, podoben delež (24 %) pa nobenega. Kot vzrok za nekoriščenje vseh kuponov so mladi med drugimi navedli: pomanjkanje potrebe po tem, neustrezen dan (ob koncu tedna niso žurali v Ljubljani), prekratek rok veljavnosti kuponov, prezasedenost taksijev in previsoko ceno taksi službe. Razveseljiv je podatek, da se je kar 49 % vprašanih domov z zabave vozilo skupaj s prijatelji (ali pa včasih sami, včasih s prijatelji – 19 %).

50

Evalvacijo izvedene akcije so izvajalci opravili tudi s predstavnico Infopeke v Mariboru, kjer so iskali predvsem vzroke za opazno manjše zanimanje mladostnikov za projekt. Ugotovili so, da mladi na Štajerskem žurajo pretežno v lokalih blizu doma. Po zabavi se zato domov odpravijo peš ali jih pridejo iskat starši. Mladi v Mariboru, tudi zaradi bližine staršev, bolj skrbijo za varno pot domov kot njihovi ljubljanski kolegi.

V letu 2010 je bilo unovčenih 544 kuponov v Ljubljani in 100 v Mariboru, iz česar se lahko sklepa, da je program dosegel ciljno skupino mladih, ki obiskuje nočne zabave, ter pri njih spodbudil odgovornejše načrtovanje zabave in varno vrnitev domov.

### **Evropski projekt 'Club Health – zdrava in varnejša nočna zabava mladih'**

V letu 2010 je Inštitut Utrip v okviru evropskega projekta z izvirnim naslovom »Club Health – Healthy and Safer Nightlife of Youth« izvedel več aktivnosti, namenjenih varnejši nočni zabavi mladih v Sloveniji.

Tako je Ministrstvo za notranje zadeve RS v sodelovanju z Inštitutom Utrip in projektnimi partnerji pripravilo Uredbo o obveznem organiziranju službe varovanja na javnih prireditvah (Uradni list RS, št. 22/2010), ki določa način organiziranja službe varovanja, vsebino načrta varovanja in kazenske določbe za zavezance, ki morajo skladno z zakonom, ki ureja javna zbiranja, zagotoviti varovanje javnih prireditev glede na predpise, ki urejajo zasebno varovanje. Pod omenjeno uredbo sodi zlasti organiziranje službe varovanja za gostinske lokale in diskoteke, kar se je v preteklih letih izkazalo kot velik problem v naši državi (npr.

zaradi neurejenih razmer na tem področju so se zgodili tudi tragični dogodki s smrtnimi žrtvami med mladimi).

Septembra 2010 pa je bilo v Ljubljani izvedeno pilotsko usposabljanje osebja v nočnem lokalu. Usposabljanje je obsegalo naslednje vsebine: splošno o problematiki nočnega življenja z vidika zdravja in varnosti, varovanje nočnih lokalov z vidika zagotavljanja varnosti obiskovalcev in osebja, problematika prepovedanih drog v kontekstu nočnega življenja, zakonodaja (zlasti s področja alkohola, tobaka, prepovedanih drog in varnosti), programi zmanjševanja škode (predstavitev Združenja DrogArt), rizična spolnost, prva pomoč ter strategije komuniciranja in obvladovanja konfliktov.

S projektom se sicer skuša spodbuditi doslednejše izvajanje strategij in zakonov na področju tveganega obnašanja mladih na eni strani ter na drugi strani povečati občutljivost medijev, oglaševalske industrije in pomembnih političnih akterjev (npr. politikov in drugih nosilcev odločanja) glede njihovega deleža odgovornosti za ukrepanje. Eden izmed pomembnejših delov projekta pa je priprava in izvedba obsežne evropske primerjalne študije na temo izvajanja zakonodajnih in političnih ukrepov (zakonov in drugih predpisov, strategij in akcijskih načrtov), ki so kakor koli povezani s preprečevanjem tveganega obnašanja mladih v nočnem življenju, in to v vseh državah, vključenih v projekt. Posebna pozornost je namenjena zlasti področjem alkoholne in tobačne politike, politike do prepovedanih drog, preprečevanju nasilja, preprečevanju spolno prenosljivih okužb ter varnosti v cestnem prometu. V sklopu tega delovnega paketa je v teku izdelava študije, preliminarni izsledki pa jasno kažejo, da so problemi glede tveganega obnašanja mladih v nočnem življenju večine pomembnejših akterjev podcenjeni, na drugi strani pa je z njihove strani precenjena učinkovitost izvajanja zakonskih in drugih političnih ukrepov za preprečevanje tovrstnega početja v nočnem času. Med ključnimi akterji, ki so sodelovali v študiji, so bili nacionalni politiki (npr. poslanci ali ministri), regionalne in lokalne oblasti, javni uslužbenci na pristojnih ministrstvih ali vladnih uradih, znanstveniki in raziskovalci, ki se neposredno ali posredno ukvarjajo s tveganim obnašanjem mladih, zdravstveni in socialni delavci, policisti, predstavniki industrije zabave (npr. lastniki in zaposleni v nočnih lokalih) in predstavniki nevladnih organizacij. Preliminarni izsledki študije kažejo tudi, da so politike in ukrepi za zajezitev tveganega obnašanja mladih v nočnem času dobro definirani in sorazmerno strogi, težave pa nastanejo pri izvedbi v praksi in nadzoru nad izvajanjem.

### 3.4 Indicirana preventiva

Indicirana preventiva je usmerjena v prepoznavanje in obravnavo posameznikov, ki imajo povečano tveganje za razvoj zasvojenosti v poznejšem življenju. Poudarek te preventive je na posamezniku in individualni obravnavi s posebnimi intervencijami. Indicirana preventiva deluje v tesnem sodelovanju strokovnjakov različnih strokovnih disciplin in staršev oz. skrbnikov. Izvajajo jo vladne organizacije in posebej specializirana društva na nacionalni, regijski in na lokalni ravni. V glavnem je namenjena otrokom s posebnimi potrebami, npr. otrokom z motnjo pozornosti, otrokom z različnimi duševnimi motnjami (npr. depresijo) idr. Večina teh programov poteka znotraj organiziranega terapevtskega in vzgojno-svetovalnega

konteksta. Vključuje zdravstveno, psihoterapevtsko in psihosocialno podporo, izobraževalno podporo v vrtcu ali šoli ter poglobljeno delo s starši oz. skrbniki otrok.

### 3.5 Nacionalne in lokalne medijske aktivnosti

V letu 2010 so v Sloveniji potekali številni enkratni medijski dogodki s ciljem opozoriti strokovno in splošno javnost na težave, povezane z uporabo dovoljenih in prepovedanih drog. Prav tako so potekale tudi kampanje, ki so trajale daljši čas in ki se ponavljajo vsako leto.

#### 40 dni brez alkohola s sloganom Za več pravega veselja brez alkohola

V letu 2010 je potekala že peta preventivna nacionalna akcija 40 dni brez alkohola, tokrat z nosilnim sporočilom Za več pravega veselja brez alkohola. Nosilci akcije – Slovenska Karitas, Svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu in Zavod Med.Over.Net – v sodelovanju z Zavodom Varna pot, s Katedro za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani s projektom Sporočilo v steklenici in Celjsko interdisciplinarno akcijsko skupino za varnost v cestnem prometu so želeli s tokratno kampanjo opozoriti na posledice prekomerne uporabe alkohola; izraziti solidarnost z vsemi, ki trpijo zaradi nasilja v družinah, nesreč v prometu in zaradi bolezni, ki so posledica alkohola; spodbuditi širšo javnost k veselju brez alkohola.

Akcija je trajala v obdobju med februarjem in aprilom. Uporabili so naslednje komunikacijske pristope: tiskovna konferenca, spletna stran [www.brezalkohola.si](http://www.brezalkohola.si) in forum, radijski oglas, plakati in magneti v obliki solzice.

#### Nacionalna kampanja: akcija 0,0 šofer

Kampanja 0,0 šofer je nacionalna akcija, ki je nastala v okviru preventivnega projekta »Preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola« Ministrstva za promet RS, s katerim želijo opozoriti udeležence v prometu na nevarnosti, ki jih prinaša vožnja pod vplivom alkohola. Gre za usklajeno akcijo več ministrstev, policije, inšpekcijskih služb, strokovnih ustanov in nevladnih organizacij. Z akcijo želijo zmanjšati škodljivo in tvegano rabo alkohola v povezavi z varnostjo v cestnem prometu in število prometnih nesreč, ki se zgodijo zaradi vožnje pod vplivom alkohola. Prav tako je cilj akcije 0,0 šofer povečati promocijo varne vožnje, ozaveščenost udeležencev v prometu glede pitja alkohola in uporabe preostalih drog ter izboljšati poznavanje nevarnosti vožnje pod vplivom drog in posledic, povezanih s takšnim vedenjem.

Akcija je trajala v mesecih juniju, novembru in decembru. Ciljna skupina so bili vozniki na slovenskih cestah. V tem času so policisti in pristojne inšpekcijske službe vršili poostren nadzor nad spoštovanjem določb Zakona o omejevanju porabe alkohola, potekale pa so tudi številne preventivne in medijske aktivnosti (TV- in radijskimi spoti, obcestni plakati, spletni portal <http://nulanulasofer.si> ).

## Nacionalna kampanja v mesecu preprečevanja zasvojenosti – Lokalna skupnost v akciji – sodelovanje in izzivi v preventivi

Slovenija je v letu 2010 zaznamovala že 10. preventivni mesec. Osrednja tema je bila osredinjena na lokalne skupnosti s sloganom Lokalna skupnost v akciji – sodelovanje in izzivi v preventivi. V času, ko se številni ljudje počutijo preobremenjeni z zahtevami, s tveganji in z izzivi sodobnega sveta, je pomembno, da se v skupnosti odkrivajo novi viri moči in krepijo že obstoječe dobre prakse. Z različnimi aktivnostmi in vsebinami je bila poudarjena moč povezovanja znanj, idej in zmožnosti lokalnih akterjev pri iskanju in udejanjanju najboljših rešitev za preprečevanje zasvojenosti. Upoštevan je bil širši koncept zasvojenosti, ki se ne osredinja le na zasvojenost s psihoaktivnimi substancami (npr. alkohol, tobak, zdravila, prepovedane droge), ampak tudi na zasvojenosti, povezane z drugimi oblikami tveganega obnašanja (npr. igre na srečo, motnje hranjenja).

V okviru kampanje so se izvedle naslednje aktivnosti: oblikovanje in distribucija tematske poslanice, slogana in logotipa vladnim in nevladnim ustanovam ter medijem; zaradi aktualne problematike so v vzgojno-izobraževalnih ustanovah izpostavili področje energijskih pijač in pripravili ustrezno podporno gradivo; z namenom podpore lokalnih akcijskih skupin se je izoblikovala namenska spletna stran, kjer lahko te skupine lokalno javnost sprotno seznanjajo o aktivnostih v lokalnih skupnostih in tudi širše; nacionalna strokovna konferenca; novinarska konferenca; medijske aktivnosti; priprava, tisk in distribucija publikacije Vodič po programih: Kam po pomoč in informacije v primeru težav z zasvojenostjo na območju celotne Slovenije; različni dogodki v lokalnih skupnostih po državi: strokovna srečanja, okrogle mize, delavnice in predavanja za otroke, mladostnike in starše, nagradni natečaji, infotočke, javne prireditve, dnevi odprtih vrat, debatni večeri, gledališke igre itn. Vsebinsko so se aktivnosti osredinjale predvsem na krepitev osebnih, socialnih in kognitivnih veščin v povezavi z vsebinami, vezanimi na droge in različne zasvojenosti. Izvajale so se tudi različne medijske aktivnosti (npr. članki v tiskanih medijih, kontaktne oddaje na TV- in radijskih postajah). Primer aktivnosti na lokalni ravni so aktivnosti, ki jih je koordinirala lokalna akcijska skupina v občini Jesenice. V mesecu novembru so v svoji občini organizirali in sodelovali pri 14 aktivnostih za splošno javnost in 16 aktivnostih na šolah (Kašnik Janet, 2011).

# 4.

## PROBLEMATIČNA UPORABA DROG

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

V poročilu je predstavljena raziskava o uporabnikih drog iz nizkopražnih programov, ki se po definiciji različnih strok uvrščajo med problematične uporabnike drog. Izsledki raziskave, pridobljeni s pomočjo anketnega vprašalnika in fokusne skupine med uporabniki nizkopražnih programov ter telefonske ankete med zaposlenimi v nizkopražnih programih, so pokazali, da se populacija problematičnih uporabnikov drog, zajetih v nizkopražne programe, stara, po drugi strani pa je vse več mladih problematičnih uporabnikov drog, ki jih programi ne zajamejo. Med problematični uporabniki drog je zelo pogosta uporaba več kot ene droge. Sicer med uporabniki še vedno prevladuje uporaba heroina (66,4 %), sledijo kokain (44,3 %), marihuana (41,4 %) in sintetične droge (13,6 %), v porastu pa je uporaba alkohola (47,1 %). Večina tistih, ki uporabljajo heroin in kokain, si ju vbrizgavajo. Po podatkih raziskave je med problematičnimi uporabniki drog zaznati manj vbrizgavanja heroina, več vbrizgavanja kokaina, več vbrizgavanja mešanice heroina in kokaina, več vbrizgavanja zdravil ter več vbrizgavanja benzodiazepinov, metadona in substitucijskih zdravil. Vzrok za to je v slabši dostopnosti heroina in njegovi slabši kakovosti. Med tistimi, ki si droge vbrizgavajo, jih nekaj manj kot dve tretjini vedno uporablja sterilni pribor, ki ga večinoma dobijo v programu.

### 4.1 Ocene o razširjenosti problematične uporabe drog v Sloveniji

Ocena razširjenosti problematične uporabe drog je bila v Sloveniji narejena dvakrat, in sicer prvič za leti 2000 in 2001 ter drugič za leto 2004. V obeh primerih je bila uporabljena metoda capture – recapture, zajeti pa so bili podatki iz dveh virov, in sicer podatki o povpraševanju po zdravljenju in obravnavi v mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ter podatki policije o kaznivih dejanjih, povezanih z drogami. Ocena za leto 2004 je bila 10.654 problematičnih uporabnikov v starostni skupini 15–64, za leti 2000 in 2001 pa 7.535 in 7.399. Podrobnejši opis je zajet v poročilu za leto 2008.

## 4.2 Problematična uporaba drog med uporabniki nizkopražnih programov

Zavod za zdravstveno varstvo Koper je v obdobju od junija 2010 do junija 2011 izvedel raziskavo, s katero je med drugimi pridobil podatke o profilu uporabnikov drog iz nizkopražnih programov, ki se po definiciji različnih strok uvrščajo med problematične uporabnike drog. Po priporočilih EMCDDA so bili med ciljno skupino problematičnih uporabnikov drog vključeni uporabniki, ki redno in dolgotrajno uživajo heroin, kokain, amfetamine in metadon in katerih prevladujoč način uporabe droge je vbrizgavanje.

V raziskavi je bilo zbranih 140 anonimnih vprašalnikov o profilu uporabnikov nizkopražnih programov, ki so jih izpolnjevali uporabniki programov<sup>3</sup>. Poleg tega je bila med zaposlenimi v programih nizkega praga<sup>4</sup> izvedena telefonska raziskava o problematični uporabi drog med uporabniki nizkopražnih programov, narejena pa je bila tudi fokusna skupina z uporabniki<sup>5</sup> Društva za pomoč odvisnikom in njihovim družinam SVIT Koper (v nadaljevanju: društvo Svit).

### Izsledki

Zaposleni v nizkopražnih organizacijah na področju drog po eni strani navajajo, da se populacija problematičnih uporabnikov drog stara in da je med njimi vse več brezdomnih uporabnikov drog. Analiza fokusne skupine med uporabniki drog pa na drugi strani pokaže, da se število problematičnih uporabnikov drog v skupnosti povečuje in da je vse več tvegane uporabe drog med mladimi, ki jih omenjeni programi ne dosegajo. (»Mladi se izogibajo našim programom.«) Večina problematičnih uporabnikov drog je po mnenju uporabnikov društva Svit stara od 20 do 35 let. Ocenjujejo, da je med njimi 60 % moških in 40 % žensk. Po njihovem mnenju ženske bolj problematično uporabljajo droge in hitreje propadajo. (»Ko gredo na drogo, so vodnjak brez dna.«) Staranje populacije problematičnih uporabnikov drog pa poleg stigme vpliva na trajnejšo izključenost problematičnih uporabnikov drog s trga dela, kar neposredno vodi v revščino, odvisnost od svojcev ali v brezdomstvo.

Med 140 anketiranimi uporabniki nizkopražnih programov je bilo 112 moških, kar predstavlja 80,6 % vseh anketiranih, in 27 žensk (19,4 % vseh anketiranih) (Slika 4.1). Povprečna starost anketiranih je bila 32,8 leta; najmlajši ima 20 let, najstarejši pa 58 let. Največ anketirancev je starih 26–35 let. V to skupino sodi kar 56,2 % vseh anketiranih.

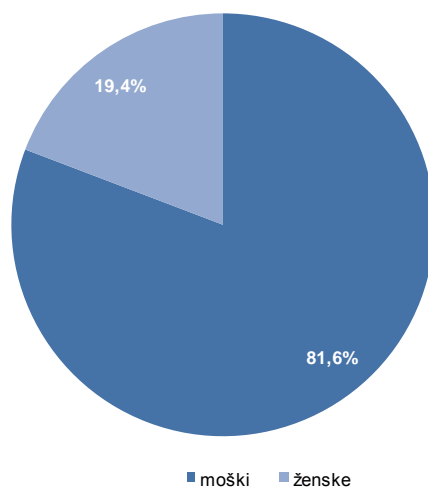
---

<sup>3</sup>Vzorec sestavlja 140 uporabnikov nevladnih nizkopražnih programov na področju drog s celotnega območja Slovenije (Koper, Izola, Piran, Ilirska Bistrica, Sežana, Ljubljana, Celje, Maribor in Žalec).

<sup>4</sup>Vzorec je bil sestavljen iz zaposlenih v nizkopražnih programih, med katerimi je bilo 9 programov, ki so namenjeni intravenoznim uživalcem drog (ALTRA – odbor za novosti v duševnem zdravju/Zavetišče Zoran, Društvo POT Ilirska Bistrica, Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma, Društvo za pomoč in samopomoč ŽELVA – EUREKA Žalec, Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam SVIT Koper, Društvo za pomoč zasvojenim in njihovim bližnjim PO MOČ Sežana, Društvo Zdrava pot, Javni zavod SOCIO Celje, ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, enota Nova Gorica), program, ki je specializiran za področje zmanjševanja škode na področju plesnih drog (Združenje DrogArt), in program, ki je namenjen širši populaciji brezdomcev, med katerimi so tudi brezdomni uživalci drog (Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev KRALJI ULICE).

<sup>5</sup>Fokusne skupine se je udeležilo sedem uporabnikov društva Svit.

Slika 4.1: Struktura anketiranih uporabnikov nizkopražnih programov glede na spol



Vir: Anonimni vprašalnik, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010

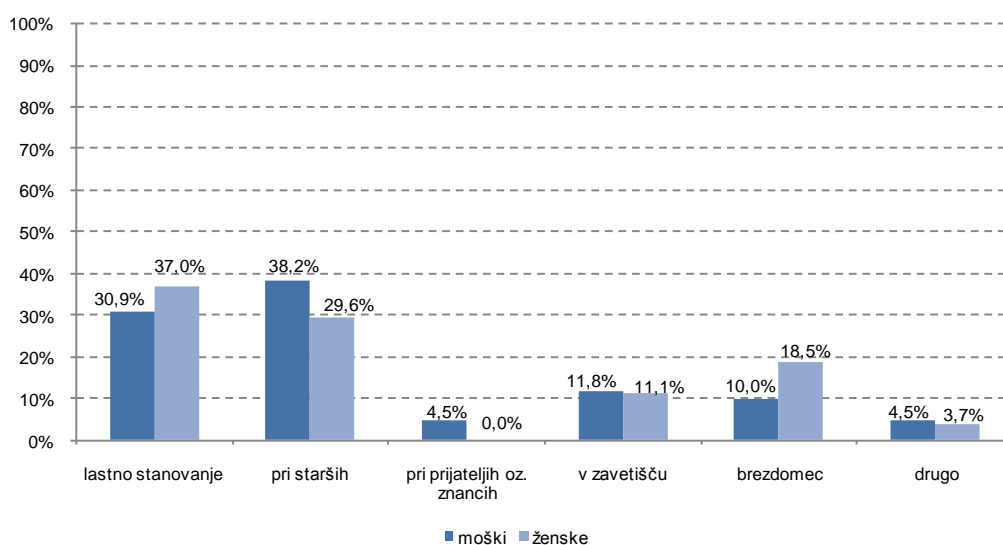
Več kot polovica (58 %) vseh anketirancev ima poklicno ali srednjo izobrazbo, dokončano osnovno šolo jih ima 31,9 %, nedokončano osnovno šolo 7,2 %, le 2,9 % ima visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo.

Anketirani uporabniki nizkopražnih programov so večinoma nezaposleni (70,5 %); le 18 % je zaposlenih, 11,5 % anketiranih pa je navajalo, da so upokojeni, pridobivajo socialno pomoč ali delajo na črno.

56

Največji delež (36,2 %) anketiranih uporabnikov drog živi pri starših, nekoliko manj (31,9 %) jih živi v lastnem stanovanju (upoštevali smo lastninsko ali najemniško), 12,3 % je brezdomcev, 11,6 % jih stanuje v zavetišču, 3,6 % pri prijateljih oziroma znancih, 4,3 % pa drugje (pri babici, bratu, v motelu, v kolizeju ...).

Slika 4.2: Struktura anketiranih v nizkopražnih programih na področju drog po bivalnem statusu in spolu



Vir: Anonimni vprašalnik, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010

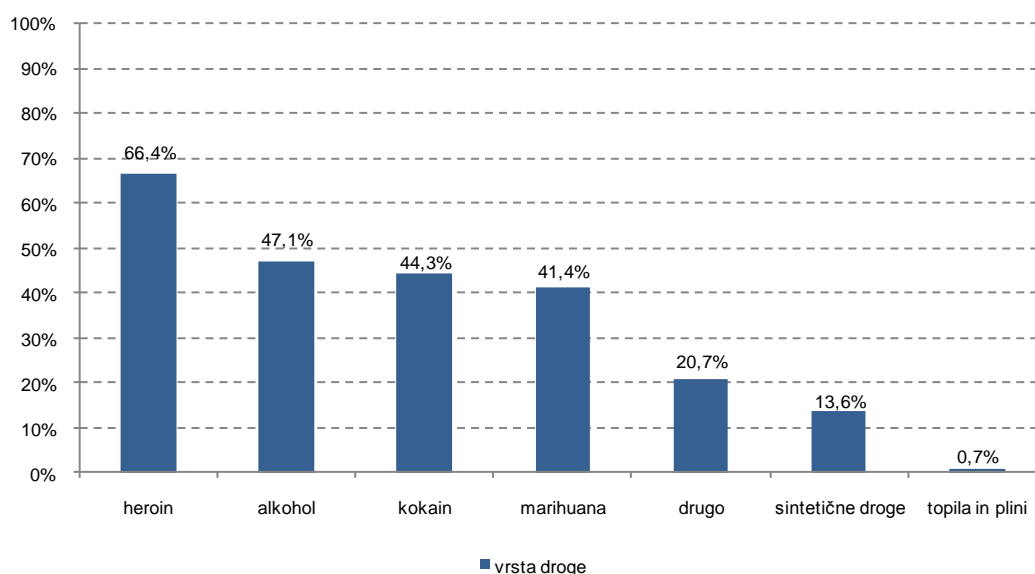


Iz Slike 4.2 izhaja, da največji delež (38,2 %) med anketiranimi moškimi živi pri starših, 30,9 % jih ima lastno stanovanje, 11,8 % jih živi v zavetiščih. Med anketiranimi ženskami jih ima največji delež (37 %) lastno stanovanje, 29,6 % jih živi pri starših, 11,1 % v zavetišču. Vidimo, da je delež brezdomnih uporabnic drog višji kot delež brezdomnih uporabnikov. Med moškimi je 10 % takih, ki so se opredelili za brezdomce, med vsemi anketiranimi ženskami pa je ta delež višji, saj predstavlja 18,5 % žensk.

### Uporaba drog

Zaposleni v nizkopražnih programih ugotavljajo, da med problematičnimi uporabniki drog obstaja več podskupin uporabnikov: skupina, ki uporablja mešanico drog, pri kateri prevladuje souporaba metadona, alkohola in pomirjeval; skupina, ki intravenozno uporablja kokain; skupina, ki intravenozno uporablja benzodiazepine (v največji meri Apaurin in Helex), hipnotike (Dormicum, Sanval) in pomirjevala; skupina, ki poleg mešanice drog uporablja alkohol; skupina brezdomnih uporabnikov drog, ki nima urejenega stalnega prebivališča in zdravstvenega zavarovanja ter uporablja mešanico heroina in alkohola. Analiza pogovorov z uporabniki društva Svit pokaže, da se v skupini starejših problematičnih uporabnikov drog poleg alkohola in marihuane najpogosteje uporablja mešanico kokaina in heroina. (»Moja družba pije alkohol, kadi travo in uporablja največ kokaina.«)

Slika 4.3: Število anketirancev v nizkopražnih programih na področju drog glede na vrsto droge, ki jo uporabljajo



Vir: Anonimni vprašalnik, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010

Med anketiranimi uporabniki, ki v večini uporabljajo več kot eno vrsto droge hkrati, jih je 66,4 % takih, ki uporabljajo heroin (Slika 4.3). Med uporabniki heroina je 76,3 % takih, ki si heroin vbrizgavajo, 3,2 % heroin njuha, 7,5 % ga inhalira, 1,1 % heroin kadi. 11,9 % uporabnikov heroina pa poleg vbrizgavanja, heroin tudi inhalira in njuha.

44,3 % vseh anketiranih uporablja kokain. Med uporabniki kokaina ga 82,3 % vbrizgava, 4,8 % njuha in 1,6 % kadi. 11,3 % je tistih, ki poleg vbrizgavanja heroin tudi inhalirajo in njuhajo.

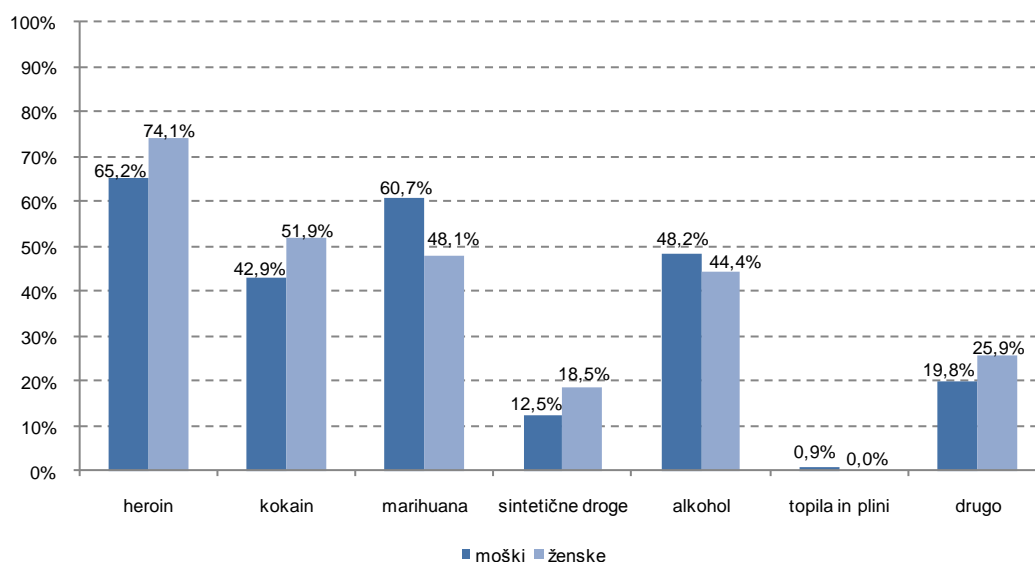
Med vsemi anketiranimi jih 13,6 % uporablja sintetične droge. Skoraj polovica (47,3 %) uporabnikov sintetičnih drog te zaužije oralno, 15,8 % si sintetične droge vbrizgava, 10,5 % jih sintetične droge njuha in 26,3 % kombinira njuhanje z vbrizgavanjem in oralnim uživanjem.

Med vsemi anketiranimi jih 41,4 % uporablja marihuano.

Med vsemi anketiranimi jih je 47,1 % navedlo, da pijejo alkohol, kar v precejšnji meri sovпада tudi z izsledki raziskave med zaposlenimi v nizkem pragu, ki opažajo naraščajoč trend problematičnega pitja alkohola med uporabniki njihovih programov. 68,6 % anketiranih kadi tobak, samo eden izmed anketirancev, kar predstavlja 0,7 % vseh, uživa topila in pline.

20,7 % vseh anketirancev je navedlo, da uporablja tudi druge vrste drog: substitucijska zdravila (Metadon, Suboxon, Substitol), benzodiazepine (Helex, Apaurin), hipnotike (Dormicum, Sanval) in uspavala ter druga zdravila. Zaposleni v nizkopražnih programih na področju drog opažajo, da se med uporabniki programov nizkega praga povečuje vbrizgavanje mešanice heroina in kokaina. Na jugozahodnem delu Slovenije (obalno-kraška regija) opažajo pojav vbrizgavanja Substitola, na severozahodnem delu Slovenije (štajerska regija) pa se je povečalo vbrizgavanje metadona skupaj s sokom. Po vsej Sloveniji se je povečala tudi poraba benzodiazepinov, ki jih uporabniki drog najpogosteje njuhajo, vbrizgavajo in ponekod tudi oralno uporabljajo. Po mnenju uporabnikov društva Svit se je vbrizgavanje zdravil (v večji meri Dormicuma) povečalo tudi zato, ker je heroin na črnem trgu slabše kakovosti in dražji.

Slika 4.4: Struktura anketiranih uporabnikov nizkopražnih programov po spolu in vrsti droge



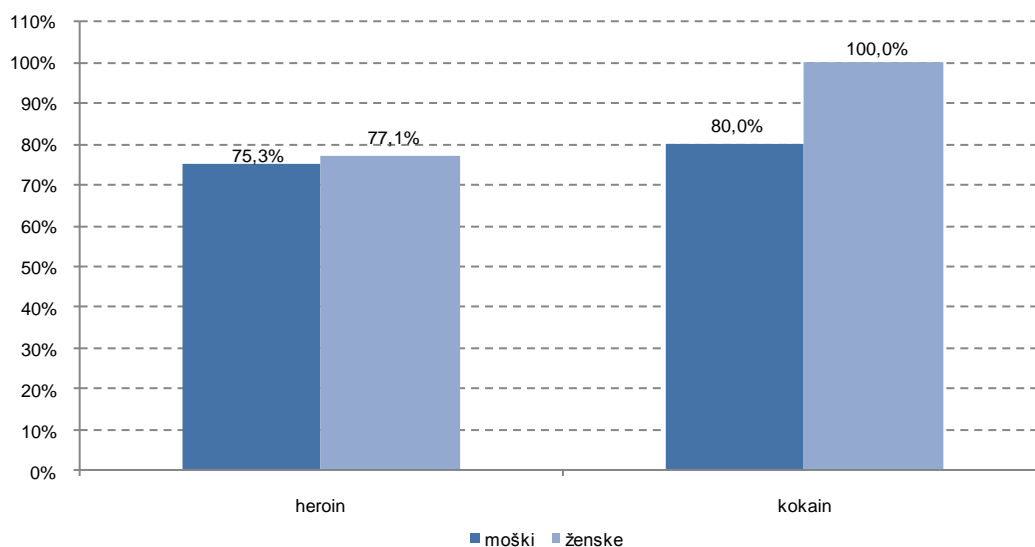
Vir: Anonimni vprašalnik, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010

Iz Slike 4.4 je razvidno, da je med anketiranimi moškimi 65,2 % takih, ki uporabljajo heroin. Med anketiranimi ženskami je delež tistih, ki uporabljajo heroin, višji kakor v moški populaciji, saj ga uporablja kar 74,1 % anketirank. Podobnost se kaže tudi pri uporabi kokaina, saj ga uporablja 51,9 % vseh anketiranih žensk in 42,9 % vseh anketiranih moških. Podobno

razmerje opazimo pri uporabi sintetičnih drog in zdravil (drugo), le marihuano in alkohol v večjem deležu uživajo moški kakor ženske.

Zaposleni v programih nizkega praga ugotavljajo, da se je v subkulturi problematičnih uporabnikov drog sicer zmanjšalo vbrizgavanje heroina, nekoliko povečalo vbrizgavanje kokaina in v večji meri povečalo vbrizgavanje benzodiazepinov, metadona in substitucijskih zdravil. Vzrok spremenjenih trendov vidijo v slabši dostopnosti heroina in njegovi slabši kakovosti. Zaradi slabe kakovosti heroina zaznavajo povečano število aplikacij – z 2 aplikacij na od 3 do 4 aplikacije drog dnevno.

Slika 4.5: Injiciranje heroina in kokaina med anketiranimi uporabniki po spolu



Vir: Anonimni vprašalnik, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010

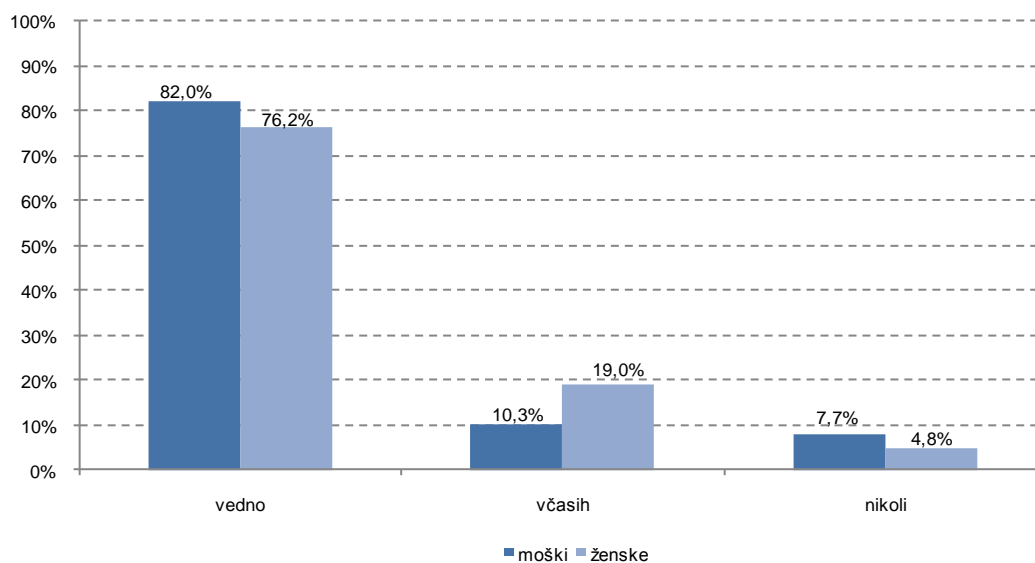
Iz Slike 4.5 je razvidno, da ni bistvene razlike po spolu glede vbrizgavanja heroina, medtem ko ugotavljamo, da si kokain vbrizga 80 % moških in vse anketirane ženske (100 %).

### Uporaba sterilnega pribora

Na vprašanje o uporabi sterilnega pribora za vbrizganje drog je odgovorilo 124 anketirancev. Med njimi jih 64,5 % vedno uporablja sterilni pribor za vbrizgavanje, 9,7 % včasih in 5,6 % nikoli. 20,2 % anketirancev si drog ne vbrizgava. Te smo iz analize spremenljivk, ki se nanašajo na uporabo sterilnega pribora, izločili (Slika 4.6).

78 % jih dobi sterilni pribor v programu, 17,8 % v terenskem vozilu, 35,6 % v lekarni, 3,6 % od preprodajalca, 6,8 % pa si jih sposodi sterilno iglo od prijateljev in znancev. Nihče od anketiranih, ki si droge injicira, ne souporablja pribora za injiciranje od prijateljev in znancev. 66,1 % teh uporabljeno iglo vrnejo v program, 37,3 % iglo vržejo v smeti, 4,2 % pa jih uporabljeno pribor pusti na mestu, kjer si vbrizgavajo drogo. 9,3 % jih je odgovorilo z drugo (»Doma jih posebej shranim in vržem v smeti.«; »Imamo svoje smeti.«; »Uničim in vržem v kanalizacijo.«).

Slika 4.6: Pogostost uporabe sterilnega pribora po spolu



Vir: Anonimni vprašalnik, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010

Iz Slike 4.6 je razvidno, da je med vsemi moškimi, ki si vbrizgavajo droge, 82 % takih, ki sterilni pribor uporablja vedno, 10,3 % včasih in 7,7 % nikoli. Struktura med ženskami je nekoliko drugačna, saj sterilni pribor za vbrizgavanje drog vedno uporablja 76,2 % žensk, kar je manjši delež kot med moškimi, včasih 19 % in nikoli 4,8 %.

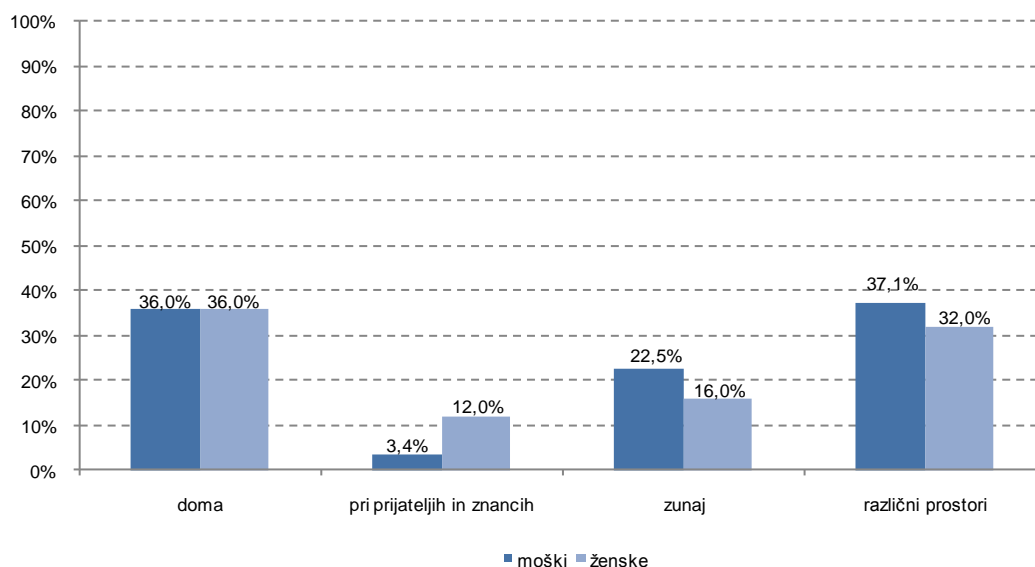
60

Zaposleni v nizkopražnih programih opažajo tudi povečano vbrizgavanje v dimlje, ki je po eni strani vzrok slabih žil, po drugi strani pa skrivanja uživanja. Posledice omenjenega načina injiciranja so v pogostih krvavitvah. Uporabniki programov menijo, da je med problematičnimi uporabniki drog še vedno prevladujoč način uporabe drog vbrizgavanje. (»Deset odstotkov je tistih, ki kadijo pipe, dvajset odstotkov je tistih, ki njuhajo, in vse drugo injicira.«) Med problematičnimi uporabniki drog zaznavajo zelo veliko tveganih načinov injiciranja, med katerimi izstopata injiciranje v dimlje in vratne žile. Analiza pogovorov z uporabniki društva Svit kaže, da mlajši uporabniki droge še vedno vbrizgavajo v skupinah in pogosto ne upoštevajo osnov zmanjševanja zdravstvenih posledic uporabe. Pri intravenozni uporabi drog so po mnenju uporabnikov še vedno največji problem poškodbe žil in mišic. (»Največji problem so outi. Pri injiciranju s kokainom, ko zgrešiš, ti omrtviči tkivo – mišico.«) Med vzroke, zaradi katerih nastajajo poškodbe žil in mišic ter virusne okužbe, so uporabniki umeščali tudi večkratno uporabo injekcijske igle – »Ti, ki jih je sram, imajo po navadi eno iglo, ki jo večkrat uporabijo. So ljudje, ki uporabijo od 3- do 4-krat isto iglo.«, malomarnost pri postopku injiciranja in neupoštevanje navodil za zmanjševanje zdravstvenih tveganj – »Ljudje, večinoma 10 odstotkov je takih, ki pazi, ko se injicira in ima lahko robčke s seboj in nove gane in to full, full malo.«

## Prostori uporabe drog

Na vprašanje, kje po navadi uporabljajo droge, je odgovorilo 114 od vseh anketirancev. 36 % droge uporablja doma, 5,3 % pri prijateljih in znancih, 21,1 % jih droge uporablja zunaj, kar je skoraj četrtina anketiranih. 35,9 % uporabnikov, ki je odgovorilo na to vprašanje, pa droge uporablja na različnih prostorih (doma, zunaj in pri prijateljih).

Slika 4.7: Prostori uporabe drog po spolu



Vir: Anonimni vprašalnik, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010

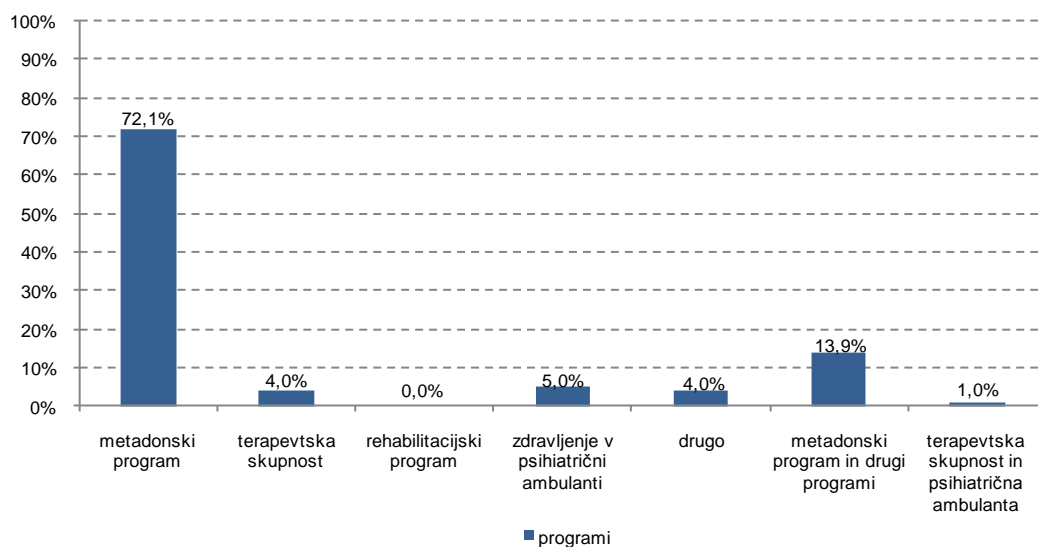
Iz Slike 4.7 izhaja, da doma uporablja drogo enak delež moških in žensk. Med ženskami je delež tistih (12 %), katerih prostor uporabe droge je pri prijateljih in znancih, večji kakor med moškimi (3,4 %). Več moških (22,5 %) kakor žensk (16 %) pa je navedlo, da je njihov prostor uživanja droge zunaj. 37,1 % moških je navedlo, da uporabljajo drogo na različnih prostorih, medtem ko je na isti odgovor odgovorilo 32 % žensk.

## Dostop do programov

Med anketiranimi uporabniki nizkopražnih programov se jih 24,3 % od vseh v program pripelje z avtomobilom, 27,1 % od vseh s kolesom, 4,3 % od vseh z motorjem, 62,1 % od vseh pa jih v program pride peš. Podatki kažejo, da se skoraj četrtina od vseh anketiranih uporabnikov odloča za precej tvegano ravnanje v cestnem prometu.

## Vključenost v druge programe

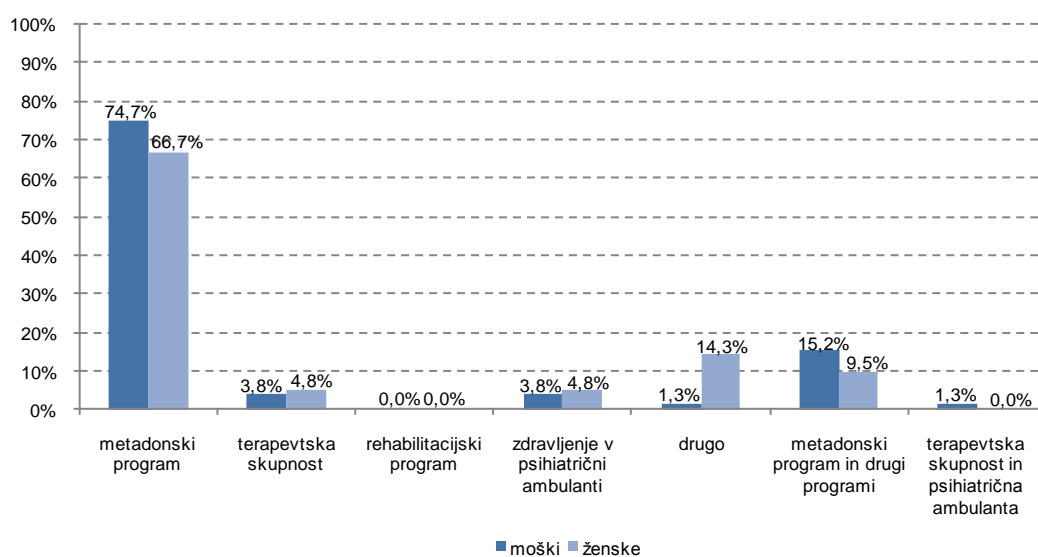
Slika 4.8: Vključenost anketiranih uporabnikov nizkopražnih programov v druge programe obravnave za uporabnike drog



Vir: Anonimni vprašalnik, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010

Med anketiranimi uporabniki nizkopražnih programov je skoraj 70 % takih, ki so vključeni sočasno tudi v druge programe. Med njimi prevladujejo programi Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju: CPZOPD), v katere je vključenih 72,1 % anketiranih (Slika 4.8), sledi vključenost anketiranih v programe CPZOPD in tudi v druge programe, 4 % anketiranih uporabnikov nizkopražnih programov je vključenih v terapevtsko skupnost. Navedeni podatki kažejo na vprašanje učinkovitosti programov zdravljenja v CPZOPD.

Slika 4.9: Vključenost anketiranih uporabnikov programov nizkega praga v druge programe obravnave za uporabnike drog po spolu



Vir: Anonimni vprašalnik, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010

Iz Slike 4.9 je razvidno, da se večji delež anketiranih moških (74,7 %) odloča za pomoč v programih CPZOPD, kakor to počnejo ženske (66,7 %).

V poglavju Z drogami povezano zdravljenje: povpraševanje po zdravljenju ter dostopnost do zdravljenja je predstavljena analiza podatkov o indikatorju »povpraševanje po zdravljenju«, ki je bila narejena na zbranih izpolnjenih vprašalnikih iz 18 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) ter Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani (CZOPD) in iz 3 enot v zaporih. Podatki so bili obdelani na IVZ.

Evidentiranih je bilo 797 ljudi, ki so v letu 2010 prvič ali ponovno iskali pomoč v programih zdravljenja. Razvidno je, da je bila glavna droga, zaradi katere so uporabniki v letu 2010 iskali pomoč in bili prvič ali ponovno vključeni v programe zdravljenja, heroin, in to v 88 %. Kot prva dodatna droga je bil najpogosteje naveden kokain (27,5 %), sledijo alkohol (18,9 %), kanabis (18,3 %) ter hipnotiki in sedativi (5,4 %).

Zaradi kokaina kot prve droge je iskal pomoč manjši delež uporabnikov kot preteklo leto, in sicer 2,5 %, zaradi kanabisa kot prve droge pa 5,4 % uporabnikov. Glavno drogo, heroin, je več kot polovica uporabnikov uporabljala vsak dan, vendar ga je znatno manjši delež uporabljala intravenozno v zadnjih 30 dneh (29,1 %), kot je bilo to v prejšnjem letu (40,2 %).

Velika večina uporabnikov drog, ki je prvič ali ponovno vstopila v program zdravljenja, je brezposelna. Delež uporabnikov, ki so zaposleni, stagnira, viden pa je trend naraščanja ljudi s končano višjo, visoko šolo oz. akademijo ter z nedokončano osnovno šolo.

V poglavju je zajet tudi pregled sprejemanja novega predloga nacionalnega programa na področju drog za obdobje 2011–2020 ter način delovanja in organiziranost obravnave uporabnikov drog v okviru zdravstvenega varstva. Poleg tega je opisan še razvoj dveh področij v okviru zdravstvene oskrbe, kjer gre za skupini, ki se v zdravstvu posebej obravnavata: uporabniki s pridruženo duševno motnjo in brezdomci.

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

Temeljni dokumenti na področju obravnave odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji so naslednji: Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/99, 44/00), Zakon o spremembi zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 2/04, 47/04) ter Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/99). Zadnji 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.

Nacionalni program na področju drog v Sloveniji (Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2011–2020) bo v Sloveniji tokrat sprejet tretjič. Predlog novega nacionalnega programa na področju drog 2011–2020 je trenutno je na ravni diskusije; 17. 12. 2010 je bil potrjen na seji Komisije Vlade RS za droge, ni pa še bil v javni razpravi in formalnem medresorskem usklajevanju. Temu sledita še obravnava in sprejetje v Državnem zboru RS.

Nacionalni program na področju drog 2011–2020 bo podpiral programe zdravljenja in druge obravnave (v nadaljevanju: obravnave) uporabnikov drog, ki so celovite, kontinuirane in dostopne vsem uporabnikom. V tem smislu zagotavlja sodelovanje med izvajalci različnih programov zdravljenja, psihosocialne obravnave in psihosocialne rehabilitacije. Obravnava vključuje vse skupine uporabnikov prepovedanih drog. V vseh programih, razen tistih, ki so posebej usmerjeni v določeno skupino prebivalstva, je zagotovljena prilagojenost programov obema spoloma in različnim starostnim skupinam.

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

- obravnava v okviru zdravstva;
- obravnava v okviru socialnega varstva;
- obravnava v okviru nevladnih organizacij.

Ti programi so medsebojno usklajeni in zagotovljena mora biti možnost prehajanja med različnimi programi. V tem poročilu se bomo omejili na zdravstveno obravnavo uporabnikov drog, ki obsega diagnostične postopke, terapijo in preprečevanje škodljivih posledic uporabe drog, kamor sodi preprečevanje zdravstvenih zapletov pri uporabniku ter širjenja nalezljivih bolezni v prebivalstvu in kriminala.

V naslednjih dveh podpoglavjih je prikazan razvoj dveh pomembnih področij, ki sta se začeli strokovno razvijati in uveljavljati v Sloveniji.

### **Razvoj na področju zdravljenja odvisnosti s pridruženimi duševnimi motnjami**

Dvojna diagnoza je izraz, ki označuje soboleznost motnje, vezane na uporabo prepovedanih in/ali drugih psihoaktivnih snovi z duševno/s psihiatrično motnjo. Duševne motnje neugodno vplivajo na potek zdravljenja odvisnosti in na napoved izida obeh duševnih motenj. V obravnavi tovrstnih bolnikov se v svetu uporabljajo trije modeli zdravljenja: zaporedni, vzporedni in integrativni model.

Terapevtski pristopi pri obravnavi ljudi z dvojno diagnozo vključujejo predvsem izobraževanje o učinkih psihoaktivnih snovi in duševni motnji, motivacijski intervju, vedenjsko kognitivno terapijo, učenje socialnih spretnosti in zdravljenje z zdravili.



Program obravnave ljudi z duševno motnjo ter motnjo, vezano na uporabo alkohola in prepovedanih drog, se v Sloveniji že razvija. Največ obeta in najbolj se priporoča t. i. integrativni model zdravljenja. Teh programov za zdravljenje bolnikov z dvojno diagnozo še nismo dovolj razvili, je pa tovrstno zdravljenje v omejenem obsegu pacientom z dvojno diagnozo na voljo v CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana, kjer so jeseni 2009 uvedli prvi pilotski program dnevne bolnišnice za zdravljenje teh bolnikov. Spomladi 2010 pa se je program uveljavil ob upoštevanju izkušnje z obiskov tovrstnih programov v tujini in prilagojenih mednarodnih smernic. V drugih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji te bolnike večinoma zdravijo le v najakutnejših stadijih bolezni, saj nimajo programov za njihovo celostno zdravljenje in rehabilitacijo.

Nevladne organizacije (komune in terapevtske skupnosti) za zdaj nimajo dovolj usposobljenih strokovnjakov in zato ne morejo učinkovito izvajati programov psihosocialne obravnave in zdravstvene rehabilitacije ljudi z dvojno diagnozo. Neustrezna obravnava teh bolnikov pa ima lahko za posledico poslabšanje obeh motenj ter povečanje različnih zdravstvenih in socialnih tveganj.

Ti bolniki so pogosto brezdomni, brezposelni, socialno izključeni in velikokrat storilci kaznivih dejanj; v tej povezavi prestajajo zaporne kazni, kjer tudi ni na voljo dovolj ustrezne pomoči za zdravljenje obeh motenj. Pogosteje so lahko tudi heteroagresivni in/ali samomorilni. Zato bomo tej posebej ogroženi skupini (opazovanja kažejo, da je številčno v porastu, vendar zanesljivih podatkov še nimamo) tudi v Sloveniji posvečali pomembno več pozornosti tudi v programih ambulantne obravnave, npr. v CPZOPD ter na splošno na primarni zdravstveni ravni.

V psihiatričnih bolnišnicah pa bo treba vzpostaviti nove programe bolnišničnega zdravljenja in zdravstvene ter psihosocialne rehabilitacije za to populacijo. Tovrstni program je že pripravilo osebje CZOPD Psihiatrične klinike v Ljubljani in je bil potrjen 15. 12. 2009 na seji Zdravstvenega sveta pri Ministrstvu za zdravje RS. Program se v omejenem obsegu že izvaja.

### **Dostopnost zdravstvenih storitev za brezdomce, ki so odvisni od prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi**

Na osnovi raziskave iz junija 2009, kjer so sodelovali: nevladna organizacija Kralji ulice, Pedagoška fakulteta v Ljubljani in IVZ, so bila pripravljena posebna priporočila glede zdravstvenega varstva, intervencij na terenu in dispanzerske oblike dela s slovenskimi brezdomci, med katerimi je bilo zaznanih veliko težav z alkoholom, drogami in z duševnim zdravjem. Obravnavan je bil vzorec 122 brezdomnih ljudi iz šestih slovenskih mestih in zbirani podatki o zdravstvenem stanju brezdomcev, njihovih izkušnjah z zdravstvenim sistemom in o njihovi oceni dostopnosti tega sistema.

Osnovni ugotovitvi raziskave sta dve: 1) za raziskovano populacijo ljudi s precejšnjo mero gotovosti velja, da je zdravstveno bolj ogrožena oziroma je njeno psiho- in biosocialno stanje/zdravje slabše od stanja v splošni (slovenski) populaciji; ta ugotovitev velja predvsem za področje duševnega zdravja in odvisnosti ter za druge telesne bolezni in stanja, ki so

povezani z načinom življenja na cesti; tak rezultat je tudi skladen z večino tujih raziskav na tem področju; 2) dostopnost do zdravstvenega sistema in storitev v proučevani skupini ljudi je slabša kot dostopnost obojega v splošni (slovenski) populaciji; tudi ta ugotovitev je skladna z ugotovitvami večine tujih raziskav o brezdomstvu.

Daljša priporočila so objavljena v knjigi Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev in so tu le povzeta kot Priporočila glede zdravstvenega varstva, intervencij na terenu in dispanzerske oblike dela. Terensko delo kot pomoč brezdomcem na področju problematike prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi se lahko opredeli kot v skupnost usmerjeno dejavnost, ki se izvaja z namenom, da bi se vzpostavili stiki z brezdomnimi posamezniki, ki uporabljajo različne droge in niso dosegljivi obstoječim službam oziroma jih ni mogoče doseči s tradicionalnimi zdravstvenimi, socialnimi in z drugimi programi. Dispanzerska skrb za zdravstveno varstvo brezdomnih odvisnikov ter proaktivni programi informiranja, ozaveščanja in zagotavljanja zdravstvenih storitev posebej ogroženim populacijskim skupinam na ulici naj postanejo pomembna naloga ter del politike zmanjševanja rabe prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi.

## 5.2 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 uporabnikov drog je umeščena v redni program zdravstvenega varstva, ki se financira iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Zdravljenje je definirano tudi v Priporočilih zdravnikom za zdravljenje odvisnih od drog, ki jih je že leta 1994 potrdil Zdravstveni svet.

Zdravstvena obravnava uporabnika drog poteka v javnih zdravstvenih zavodih in pri zasebnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti – ambulantno in bolnišnično.

Od leta 1995 naprej se je vzpostavljala mreža CPZOPD, ki jih je zdaj 19. V teh delujejo timi z zdravnikom splošne medicine, psihiatrom, psihologom, z diplomirano in s srednjo medicinsko sestro oz. z zdravstvenim tehnikom. Od leta 2003 pa deluje visoko specializirani CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana, kjer poteka bolnišnična obravnava, prav tako pa tudi ambulantni del zdravljenja, dnevna bolnišnica ter podaljšana bolnišnična obravnava z rehabilitacijo.

V Zakonu o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog so med drugim opredeljeni zdravljenje ter ustanovitev in delovanje CPZOPD (ki so strokovno in organizacijsko povezani v Koordinacijo centrov). Sestavo in način dela Koordinacije CPZOPD ter vsebino in način opravljanja nadzora nad delom CPZOPD pa določata Pravilnik o sestavi in načinu dela koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in Pravilnik o izvajanju nadzora nad delom centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

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

njihovo strokovno sodelovanje. Doktrina je utemeljena na osnovi tujih in domačih izkušenj ter na osnovi znanstvenih spoznanj in učinkovitosti, ki ovrednotijo ustreznost obstoječih in novih programov. Zagotavlja se usklajenost zdravstvenih programov s socialno obravnavo uporabnikov pred vstopom v zdravstvene programe, med obravnavo in po končani obravnavi v zdravstvu.

Na primarni ravni zdravstvenega varstva uporabnike obravnavajo v za to specializiranih CPZOPD. Dejavnosti centrov so naslednje: posvetovalnica za uporabnike 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.

Na sekundarni in terciarni ravni poteka bolnišnično zdravljenje v CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana in obsega detoksikacijo, obravnavo kriznih stanj, obravnavo odvisnosti pri bolnikih s pridruženo duševno motnjo, specialistično ambulantno dejavnost, obravnavo v dnevni bolnišnici in podaljšano bolnišnično obravnavo z rehabilitacijo.

Po podatkih Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog se je v letu 2010 v obravnavo vključilo 4.197 ljudi; od tega jih je bilo 3.547 vključenih v substitucijsko zdravljenje. Kot substitucijska zdravila so se uporabljali: Metadon, Suboxon, Buprenorfin in SR-morfin (Kastelic, 2011), kot je razvidno v Tabeli 5.1. Zaradi uporabe različne metodologije se število ljudi, ki so bili obravnavani oz. vključeni v substitucijsko zdravljenje in jih navaja Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, razlikuje od številke, ki smo jo dobili z pomočjo vprašalnikov TDI.

Tabela 5.1: Število obravnavanih ljudi v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v letu 2010

Število vseh obravnavanih	Število vključenih v substitucijsko zdravljenje	Metadon	Suboxon	Buprenorfin	SR-morfin
4.197	3.547	2.615	577	97	258

Vir: Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, 2011

Zdravstveni delavci in sodelavci zagotavljajo zdravstveno dejavnost, kadar jo potrdi ustrezno strokovno telo, skladno z zdravstveno zakonodajo v javnih organizacijah in ustanovah zunaj zdravstva, ki izvajajo potrjene programe obravnave uporabnikov drog. Enako velja za kontinuiteto zdravljenja odvisnosti med policijskim pridržanjem, v priporih in zaporih, ki mora biti usklajena z drugimi programi zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog, v katere je bil uporabnik vključen pred odvzemom prostosti. Po prestajanju kazni se uporabniku omogoči ustrezno nadaljevanje zdravljenja.

Ob pojavu novih drog, ki še niso regulirane, predstavljajo pa nevarnost za zdravje ljudi, ali oblik uporabe drog, ki ogrožajo življenje uporabnika oziroma pomenijo nevarnost za širjenje

nalezljivih boleznih med prebivalstvom, se za hitro uvajanje novih programov obravnave uporabnikov drog, obveščanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev ter za obveščanje javnosti zagotavljajo sredstva iz proračuna Ministrstva za zdravje RS. Na predlog ustreznih strokovnih teles se lahko iz proračunskih sredstev začasno sofinancira tudi uvajanje novih oblik zdravljenja odvisnosti, pri čemer imajo prednost programi in metode, ki so usmerjeni v abstinenco od drog, ter tisti, ki preprečujejo škodljive posledice uporabe drog, širjenje nalezljivih boleznih in kriminala.

V vseh programih zdravljenja odvisnih od prepovedanih drog v zdravstvu sta ob zdravstveni zagotovljena tudi psihoterapevtska in psihosocialna obravnava, ki jo izvajajo za obravnavo uporabnikov drog usposobljeni strokovnjaki, in programi reševanja socialne problematike. Za vsak program je zagotovljena ustrezna povezava s službami socialnega varstva.

Skupine, ki se v zdravstvu posebej obravnavajo, so uporabniki s pridruženo duševno motnjo, nosečnice, matere z otroki, okuženi z virusom HIV in virusom hepatitisa B in C, brezdomci, otroci in mladostniki ter uporabniki drog s kroničnimi obolenji. Tistim uporabnikom prepovedanih drog, ki so hkrati odvisni od alkohola in/ali zdravil ter hlapljivih snovi, se v zdravstvu zagotovi usklajena obravnava in sodelovanje strokovnjakov za vsa področja. Ob uvajanju novih programov in za presojo ustreznosti obstoječih programov obravnave uporabnikov prepovedanih drog v zdravstvu se zagotovi sprotno spremljanje in vrednotenje programov.

Zdravljenje odvisnosti s substitucijskimi zdravili je seveda le del od možnosti za obravnavo odvisnih uporabnikov drog v okviru zdravstvenega sektorja. Zdravstveni delavci poznajo in upoštevajo tudi vse druge možnosti obravnave, ki se večinoma izvajajo v socialnem sektorju, vendar so zadnje nekoliko slabše raziskane in ovrednotene.

Zdravstvena obravnava mora biti tesno povezana s strokovnimi dejavnostmi, ki so namenjene reševanju socialne problematike in se izvajajo v okviru socialnovarstvenih storitev, programov socialnega varstva in drugih oblik pomoči skladno z zakonodajo s področja socialnega varstva. V okviru socialnovarstvenih storitev se izvajata zlasti prva socialna pomoč in svetovanje, v okviru socialnovarstvenih programov pa javni socialnovarstveni programi, eksperimentalni programi in razvojni programi. Izvajanje različnih oblik pomoči v okviru programov socialnega varstva zagotavljajo pretežno nevladne organizacije. V okviru teh so vključeni tudi programi, namenjeni posamezniku, družinam in skupinam prebivalstva pri premagovanju socialnih stisk in težav, povezanih z uporabo drog. Sem se štejejo tudi organizirane oblike medsebojne pomoči uporabnikom prepovedanih drog, njihovim bližnjim in drugim zainteresiranim ljudem.

Poleg utrjevanja mreže že obstoječih programov bomo pospeševali tudi nastajanje novih, »eksperimentalnih« programov, ki se odzivajo na družbene spremembe. Strokovno delo izvajalcev na tem področju je lahko uspešno samo ob medsebojnem dopolnjevanju dejavnosti izvajalcev na različnih ravneh. Strokovno delo se zato opravlja skozi različne načine dela: npr. terensko delo, s pomočjo katerega se vzpostavlja stik z uporabniki; »drop in centri« in visokopražni dnevni centri, v katerih se izvaja individualiziran program pomoči

(informiranje, svetovanje, prepoznavanje socialnih stisk); spodbujanje različnih oblik medsebojne pomoči uporabnikov in medsebojne pomoči svojcev (skupine za samopomoč, socialne mreže); nočna zavetišča; nudenje svetovanja in drugih terapevtskih oblik za uporabnike, ki ne potrebujejo celodnevni vrst obravnave ali obravnave v rezidenčnih centrih (načelo zmanjševanja škode); različne oblike visokopražnih programov, katerih delo je usmerjeno v doseganje abstinence; sprejemni in dnevni centri; terapevtske skupnosti in komune. V te programe se vključujejo posamezniki, ki želijo prenehati uporabljati droge; v visokopražnih programih, ki temeljijo na delu strokovnih delavcev, se zagotavljajo ustrezni diagnostični postopki (socialna anamneza, družinska anamneza, psihološka anamneza), svetovalno in psihoterapevtsko delo in vzporedna obravnava družine; v centrih za reintegracijo kot strokovno obliko dela s stabilnimi abstinenti in z njihovimi bližnjimi se omogoča konkretno socialno vključitev v družbo.

Zaključku terapevtske obravnave oziroma zdravljenja sledi eden najpomembnejših sestavnih delov, to je socialna reintegracija ali ponovno vključevanje nekdanjih uporabnikov drog v družbo.

### **5.3 Značilnosti uporabnikov, ki so v letu 2010 ponovno ali prvič vstopili v programe zdravljenja**

Vprašalnik Evidenca obravnave uživalcev drog (oz. vprašalnik TDI – Treatment Demand Indicator) je obrazec, s katerim se v Sloveniji zbira podatke o povpraševanju po zdravljenju; s tem se spremlja in proučuje razširjenost in značilnosti problematične uporabe drog. V letu 2010 so bili za analizo zbrani izpolnjeni vprašalniki iz 18 CPZOPD in CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana ter iz 3 enot v zaporih.

Tako je bilo v letu 2010 z vprašalnikom zajetih 3.332 ljudi, od katerih jih je bilo 2.535 vključenih v neprekinjeno vzdrževalno zdravljenje, 797 ljudi pa je bilo v letu 2010 prvič ali ponovno vključenih v program zdravljenja. V tem poglavju je predstavljena populacija, ki je bilo prvič ali ponovno vključeno v program zdravljenja v CPZOPD, CZOPD oz. v zaporu.

#### **Demografska struktura uporabnikov programa**

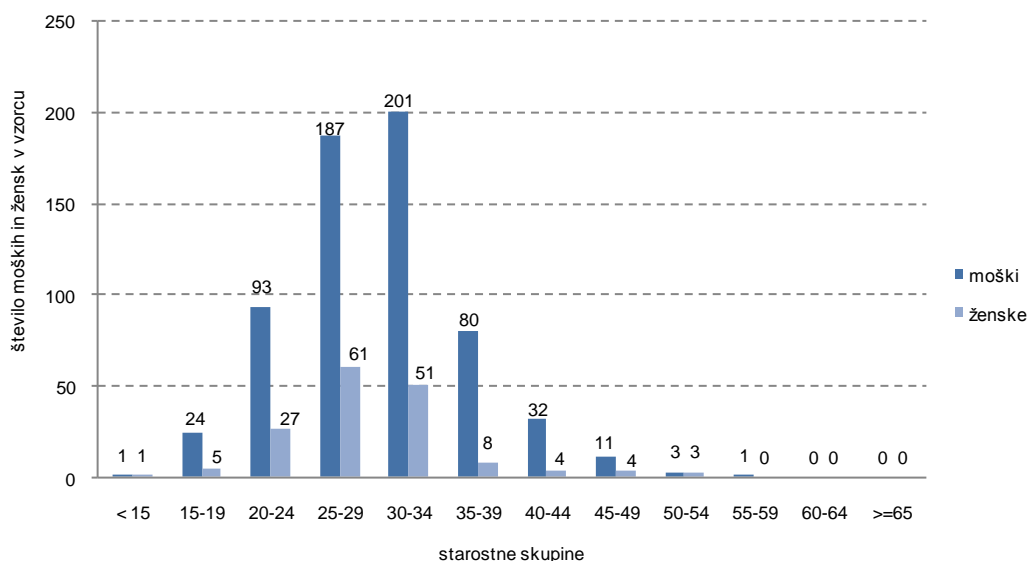
Z vprašalnikom TDI je bilo zajetih 797 obravnavanih uporabnikov, od tega 633 moških (79,4 %) in 164 žensk (20,6 %). Od 797 uporabnikov jih je v program prvič vstopilo 277 (34,8 %), ponovno pa je v letu 2010 v program vstopilo 520 ljudi (65,2 %).

Povprečna starost vseh uporabnikov, ki so bili prvič ali ponovno vključeni v program, je bila 29,9 leta, od tega je bila povprečna starost moških 30 let, povprečna starost žensk pa je bila 29,2 leta.

Od prvič evidentiranih 277 ljudi je bilo obravnavanih 214 moških (77,3 %) – njihova povprečna starost je bila 28,1 leta – ter 63 žensk (22,7 %) – povprečna starost teh iskalk prvega zdravljenja pa je bila 27,1 leta.

Večino vseh uporabnikov (797 ljudi) se lahko uvrsti v starostno skupino od 30 do 34 let (Slika 5.1), medtem ko je starostna skupina pri večini uporabnikov, ki so bili prvič vključeni v program zdravljenja (277 ljudi), od 25 do 29 let.

Slika 5.1: Porazdelitev uporabnikov programa v letu 2010 glede na starostno strukturo v letih pri vseh obravnavanih, Slovenija, 2010



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011

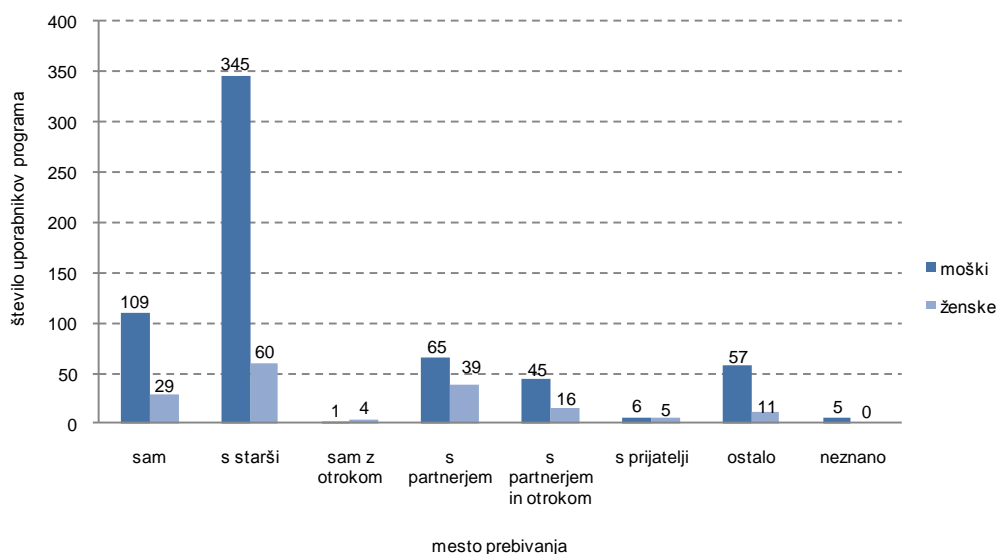
V program so večinoma prišli sami (545 uporabnikov, kar je 68,4 %), 65 jih je prišlo na pobudo staršev (8,1 %), 5,3 % jih je prišlo z napotnico drugega centra, 5,4 % jih je v program zdravljenja napotilo sodišče, 3 % so prišli iz bolnišnice, 12 uporabnikov so v program napotili splošni zdravniki, 2 socialna služba, za preostale pa vir napotitve ni znan.

70

### Mesto prebivanja uporabnikov programa

Večina uporabnikov (405 ljudi) programa, ki je bila prvič ali ponovno vključena v program zdravljenja, živi doma pri starših (50,8 %), 138 (17,3 %) jih živi samih, 104 (13 %) pri partnerju, z otrokom in s partnerjem pa jih živi 7,6 % oz. 61 ljudi (Slika 5.2).

Slika 5.2: Število uporabnikov programa glede na mesto prebivanja, Slovenija, 2010



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011

17 (2,1 %) od prvič ali ponovno obravnavanih uporabnikov jih je navedlo, da nimajo stalnega prebivališča, 7,4 % pa jih je prišlo iz ustanove.

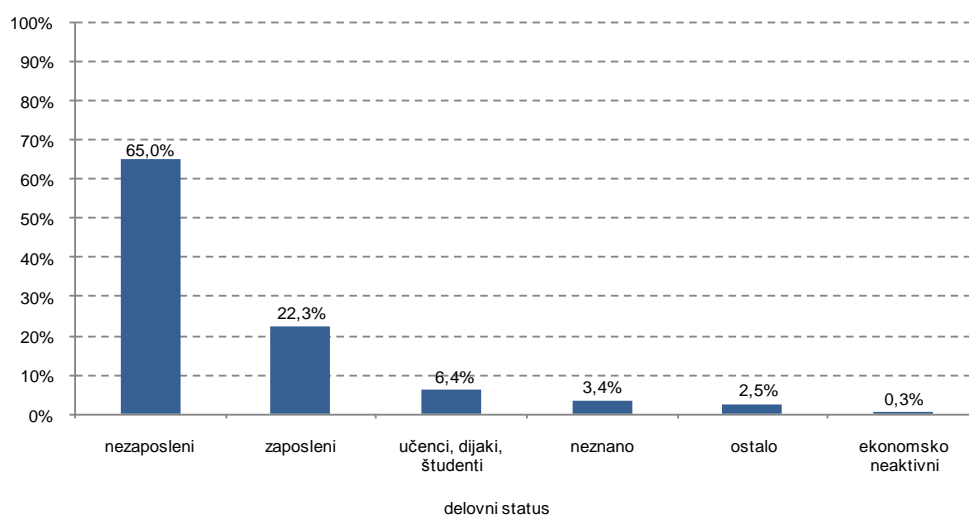
Od prvič obravnavanih jih je bilo takšnih 4,7 %, brezdomna pa sta bila 2 človeka, pri 11 stanje ni bilo jasno.

### Zaposlitveni status uporabnikov programa

Med uporabniki, ki so bili v letu 2010 prvič ali ponovno vključeni v program, so prevladovali nezaposleni, ki jih je bilo v tem letu 65 % (518 ljudi), od tega je bilo nezaposlenih 49,7 % moških in 74,4 % žensk. Zaposlenih iskalcev pomoči je bilo 178, kar je 22,3 % (Slika 5.3).

Med tistimi, ki so prvič vstopili v program, je bilo nezaposlenih 153 (55,2 %), redno zaposlenih pa je bilo 67 ljudi, kar je 24,2 %.

Slika 5.3: Delež uporabnikov programa glede na zaposlitveni status, Slovenija, 2010



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011

### Izobrazba uporabnikov programa

Med prvič ali ponovno vključenimi v program so največji delež predstavljali ljudje, ki so končali srednjo šolo (50,7 %). 276 ljudi je končalo osnovno šolo (34,6 %), 2,6 % osnovne šole ni končalo, visok ali višji univerzitetni študij je končalo 4,5 % uporabnikov, za preostale uporabnike pa ni podatkov.

Med prvič sprejetimi je stanje podobno: srednjo šolo je končalo 50,9 % uporabnikov, 28,9 % jih je končalo osnovno šolo, 3,6 % pa jih le-te ni dokončalo. Visok ali višji univerzitetni študij je končalo 6,1 % uporabnikov, za preostale uporabnike pa ni podatkov.

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

Največ prvič in ponovno evidentiranih, ki so v letu 2010 iskali zdravstveno pomoč v centrih oz. zaporih, je navajalo težave z opiat. Od 797 evidentiranih se jih je 722 zdravilo zaradi zlorabe opiatov (90,6 %). 702 uporabnika (88 %) sta kot prvo drogo uporabljala heroin (97,2 % od vseh, ki so kot glavno drogo uporabljali opiate), 16 (2 %) jih je zlorabljalo metadon, ki jim

ni bil predpisan kot zdravilo. Zaradi kokaina je iskalo pomoč 20 ljudi, kar je 2,5 %, zaradi težav odvisnosti od kanabisa pa je zdravljenje potrebovalo 43 ljudi (5,4 %). Zaradi težav s sedativi oz. hipnotiki je bilo v program zdravljenja vključenih 6 ljudi, zaradi zlorab sintetičnih drog pa 3 ljudje.

Med 277 uporabniki, ki so prvič vstopili v program, se jih je 229 (82,7 %) zdravilo zaradi zlorabe opiatov. 224 ali 80,9 % jih je kot prvo drogo uporabljalo heroin (97,8 % od vseh, ki so kot glavno drogo uporabljali opiate), 3 ljudje (1 %) so zlorabljali metadon, ki jim ni bil predpisan kot zdravilo. 10 ljudi je iskalo pomoč zaradi kokaina, kar predstavlja 3,6 %, 31 ljudi pa zaradi težav odvisnosti od kanabisa (11,2 %). Samo 2 človeka sta bila vključena v program zaradi zlorabe sintetičnih drog in 3 ljudje zaradi težav z uporabo sedativov oz. hipnotikov.

### **Način uporabe prve droge**

Od 797 evidentiranih se jih je 722 zdravilo zaradi zlorabe opiatov, od tega sta 702 uporabnika (88 %) uporabljala heroin, ki so ga v večini injicirali – 52,8 %, kar je 370 uporabnikov. Kadilo ga je 35,8 %, kar je 251 uporabnikov, 10,8 % pa ga je njuhalo. 14 uporabnikov, ki so zlorabljali metadon, ki jim ni bil predpisan kot zdravilo, ga je uporabljalo per os, 2 sta ga vbrizgavala. 20 ljudi je iskalo pomoč zaradi kokaina kot glavne droge, kar predstavlja 2,5 %, od teh ga je 10 vbrizgavalo, 6 pa jih je kokain njuhalo.

Moških je bilo med prvič ali ponovno vključenimi v program 633 ali 79,42 %. Od tega jih je 575 (90,8 %) kot prvo drogo uporabljalo opiate: 559 (88,3 %) jih je uporabljalo heroin, in sicer intravenozno v 54 %, kar sta 302 uporabnika. Kadilo ga je 35 %, kar je 196 uporabnikov, 10,5 % pa ga je njuhalo. 11 uporabnikov, ki so zlorabljali metadon, ki jim ni bil predpisan kot zdravilo, ga je uporabljalo per os, eden ga je vbrizgaval. 15 ljudi je iskalo pomoč zaradi kokaina, kar predstavlja 2,3 %, od teh ga je 7 vbrizgavalo, 4 pa so kokain njuhali.

V evidentirani skupini je bilo 164 žensk (20,6 %). Od tega je opiate kot prvo drogo uporabljalo 147 (89,6 %), heroin jih je uporabljalo 143 ali 87,2 %. Vbrizgavalo si ga je 47,5 %, kadilo 38,5 %, kar je 55 uporabnic, njuhalo pa ga je 11,9 %. Kokain kot glavno drogo je uporabljalo 5 žensk (3 %), 3 so ga injicirale, 2 pa njuhali. 8 žensk je kot prvo drogo uporabljalo kanabis (4,9 %), 3 so iskale pomoč zaradi zasvojenosti s sedativi oz. hipnotiki.

Med prvič sprejetimi se stanje le rahlo razlikuje: od 277 evidentiranih se jih je 229 zdravilo zaradi zlorabe opiatov (82,7 %), 224 uporabnikov je jemalo heroin (80,7 %), 42,8 %, kar je 96 uporabnikov, ga je injiciralo. Kadilo ga je 41,9 %, kar je 94 uporabnikov, 13,8 % pa ga je njuhalo. 3 uporabniki, ki so zlorabljali metadon, ki jim ni bil predpisan kot zdravilo, ga je uporabljalo per os, 10 ljudi je iskalo pomoč zaradi kokaina kot glavne droge, kar predstavlja 3,6 %; od teh so ga 3 vbrizgavali, 4 pa so kokain njuhali.



## Pogostost uporabe prve droge

411 uporabnikov (56,9 %) od 722 evidentiranih uporabnikov opiatov je le-te uporabljalo vsak dan. Heroin je kot prvo drogo vsak dan uporabljalo 397 (56,5 %) od skupno 702 uporabnikov heroina, sledijo uporabniki, ki heroina niso uporabljali v zadnjem mesecu, v 22,3 % (157 uporabnikov).

Pri uporabnikih, ki so v program vstopili prvič, je 140 ljudi (61,1 %) od 229 evidentiranih uporabnikov opiatov le-te uporabljale vsak dan. Heroin jih je vsak dan uporabljalo 138 (61,6 %) od skupno 224 uporabnikov, sledijo uporabniki, ki heroina niso uporabljali v zadnjem mesecu, v 17,4 % (39 uporabnikov).

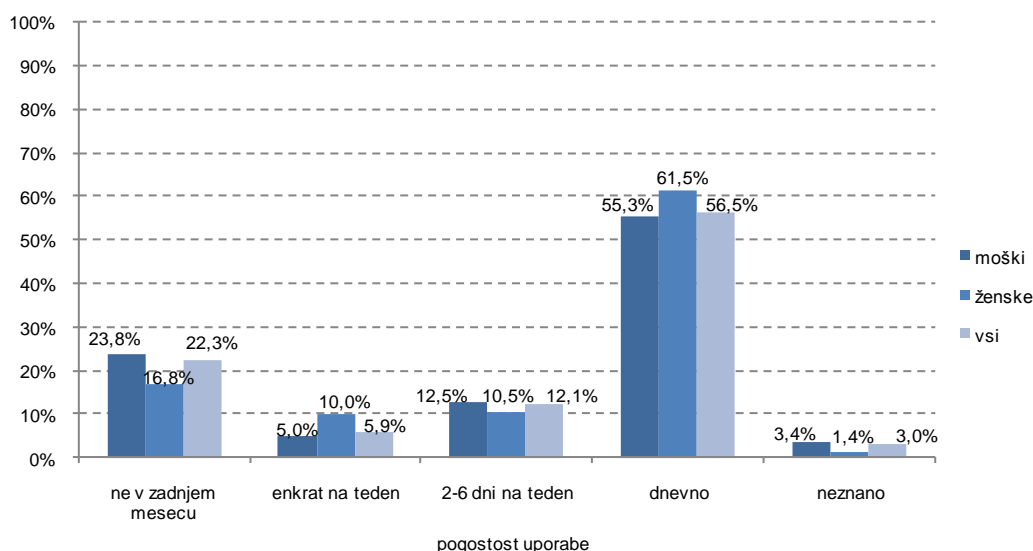
Med moškimi je heroin kot prvo drogo uporabljalo 559 uporabnikov (88,3 %), od tega 309 vsak dan, kar predstavlja 55,3 %, sledi 133 moških, ki heroina niso uporabljali v zadnjem mesecu (23,8 %).

Pri moških, ki so v program vstopali prvič, je bilo 171 uporabnikov heroina kot prve droge (79,9 %); od tega jih je heroin vsak dan uporabljalo 60,2 %, sledijo moški, ki heroina niso uporabljali v zadnjem mesecu, v 18,7 %.

Pri ženskah je heroin uporabljalo skupaj 143 ljudi (87,2 %), od tega 88 vsak dan (61,5 %), sledijo ženske, ki heroina niso uporabljale v zadnjem mesecu, v 16,8 %.

Pri uporabnicah, ki so v program vstopile prvič, je bilo 53 uporabnic heroina kot prve droge, od tega jih je 66 % heroin uporabljalo vsak dan (kar je 35 ljudi), sledijo uporabnice, ki heroina niso uporabljale v zadnjem mesecu, v 13,2 % (Slika 5.4).

Slika 5.4: Pogostost uporabe glavne droge, po spolu, Slovenija, 2010



## 5.4 Trendi pri uporabnikih v programih zdravljenja

Trendi deleža uporabnikov, ki so prvič ali ponovno iskali pomoč v CPZOPD oz. zaporih v tekočem letu glede na glavno drogo

Največji delež iskalcev zdravljenja med letoma 2005 in 2010 predstavljajo ljudje, ki imajo težave zaradi odvisnosti s heroinom. Največ jih je bilo leta 2007 (93,6 %), nato je njihov delež v letih 2008 in 2009 znatno padel, v letu 2010 pa se je spet dvignil, in sicer na 88 %. Ta dvig se lahko pripiše padcu deleža ljudi, ki so v letu 2010 iskali pomoč zaradi odvisnosti od kokaina, ki je bil v tem letu 2,5 %, medtem ko je bil v letu 2009 4,6 %. Pri deležu ljudi, ki so imeli težave s kanabisom, je od leta 2007 vidno naraščanje deleža – od 3 % v 2007 do najvišje vrednosti v 2009 (6,4 %), v letu 2010 pa je delež teh iskalcev 5,4 %. V prejšnjih letih je bilo videti upad gibanja pri benzodiazepinih, v letu 2009 je viden porast deleža na 0,9 %, v letu 2010 je delež spet nekoliko padel, na 0,6 % (Tabela 5.2).

Tabela 5.2: *Trendi deleža uporabnikov glede na prvo drogo med tistimi, ki so prvič ali ponovno iskali pomoč, Slovenija, 2010*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Skupaj
<b>Heroin</b>	90,1 %	92,4 %	93,6 %	91,0 %	84,9 %	88,0 %	<b>90,0 %</b>
<b>Metadon nepredpisan</b>	0,8 %	0,5 %	1,5 %	0,6 %	1,9 %	2,0 %	<b>1,2 %</b>
<b>Drugi opiodi</b>	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,5 %	<b>0,3 %</b>
<b>Kokain</b>	1,4 %	0,8 %	0,9 %	1,3 %	4,6 %	2,5 %	<b>1,9 %</b>
<b>Amfetamini</b>	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %	<b>0,1 %</b>
<b>MDMA in drugi sint. derivati</b>	0,5 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	<b>0,2 %</b>
<b>Benzodiazepini, sedativi</b>	0,5 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,9 %	0,6 %	<b>0,5 %</b>
<b>Hlapljive snovi za vdihavanje</b>	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
<b>Kanabis</b>	5,7 %	5,0 %	3,0 %	3,1 %	6,4 %	5,4 %	<b>4,7 %</b>
<b>Neznano</b>	0,6 %	0,6 %	0,4 %	3,3 %	0,3 %	0,4 %	<b>0,9 %</b>
<b>Skupaj</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

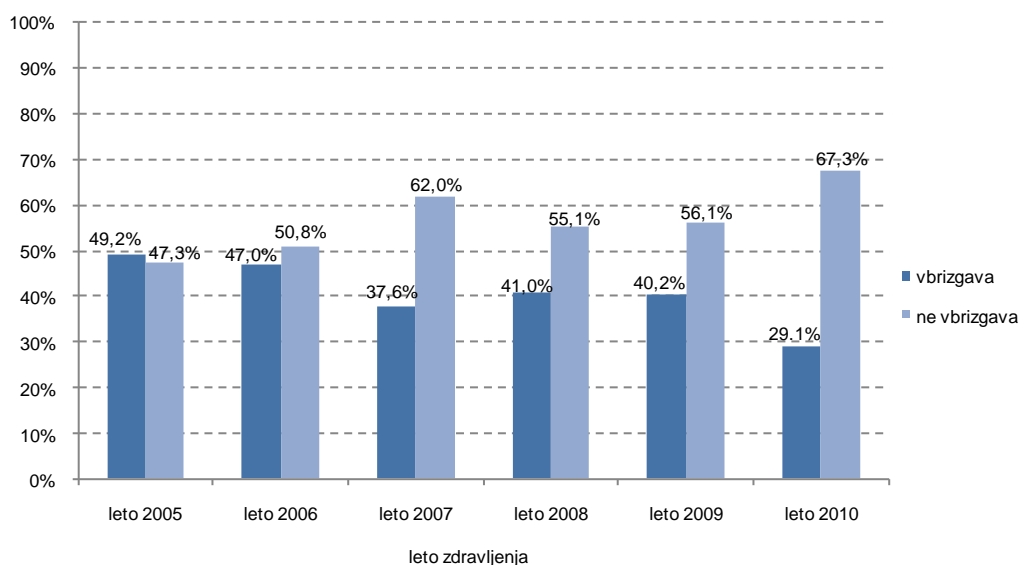
Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011

### Tvegano vedenje – vbrizgavanje drog

Injiciranje drog pri uporabnikih drog predstavlja večje tveganje za okužbo z virusi hepatitisa C, B in HIV. Med letoma 2005 in 2007 je vidno gibanje upadanja deleža ljudi, ki so v zadnjih 30 dneh uporabili drogo intravenozno, v letu 2008 pa je ta delež dvignil na 41 %. V letu 2009 je bilo gibanje stabilno, saj je bil delež 40,2 %, v letu 2010 pa je delež pomembno padel, na 29,1 %, kar pomeni izboljšanje v tveganim vedenju uporabnikov (Slika 5.5).

Podatek se razlikuje pri uporabnikih, ki so prvič vstopili v program (Tabela 5.3); delež ljudi, ki so v zadnjih 30 dneh uporabili drogo intravenozno, je 20,2 %.

Slika 5.5: Delež uporabnikov, ki so prvič ali ponovno vstopili v program zdravljenja v posameznem letu glede na način uporabe droge v zadnjih 30 dneh, Slovenija, 2010



Opomba: primeri z odgovori Neznano so izpuščeni iz slike

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011

Tabela 5.3: Tvegano vedenje med prvič obravnavanimi po spolu, Slovenija, 2010

Tvegano vedenje	Moški	Ženske	Skupaj
Trenutno vbrizgavanje: v zadnjih 30 dneh	14,4 %	5,8 %	20,2 %
Vbrizgavanje kadar koli, a ne trenutno	27,0 %	7,2 %	34,3 %
Nikoli vbrizgavalo	33,2 %	8,7 %	41,9 %

Opomba: primeri z odgovori Neznano so izpuščeni iz tabele

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS

### Trend deleža uporabnikov, ki so prvič ali ponovno iskali pomoč v CPZOPD oz. zaporih v tekočem letu glede na socialno kategorijo

Iz Tabele 5.4 je razvidno, da je večina uporabnikov drog, ki je prvič ali ponovno vstopila v program zdravljenja, brezposelna. Med letoma 2007 in 2008 je bil viden rahel upad deleža nezaposlenih (s 60,6 % v letu 2005 na 54,8 % v letu 2008), vendar se je trend obrnil v letu 2009, ko se je delež nezaposlenih dvignil na 62,5 % in še narastel na 65 % v letu 2010. Pri učencih, dijakih in pri študentih je bil viden upad deleža te populacije od leta 2005 (s 13,9 % v letu 2005 na 6,3 % v letu 2008), nato se je trend obrnil v letu 2009 (9 %), v letu 2010 pa je bil delež te populacije 6,4 %. Pri redno zaposlenih so vidna nihanja, ko je od leta 2005 do leta 2008 naraščal delež zaposlenih, nato pa je ta padel na 22,5 % v letu 2009 in se v letu 2010 obdržal na 22,3 % (Tabela 5.4).

Tabela 5.4: *Trend v deležu zaposlenih, brezposelnih ter učencev in dijakov v letih 2005–2010 v programih, Slovenija, 2010*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Skupaj
Redno zaposlen(a)	20,5 %	21,8 %	24,7 %	25,2 %	22,5 %	22,3 %	<b>22,8 %</b>
Učenec, dijak, študent	13,9 %	11,1 %	9,3 %	6,3 %	9,0 %	6,4 %	<b>9,3 %</b>
Ekon. neaktiven	0,2 %	0,6 %	0,4 %	0,6 %	0,6 %	0,3 %	<b>0,4 %</b>
Nezaposlen/občasna dela	60,6 %	62,3 %	56,9 %	54,8 %	62,5 %	65,0 %	<b>60,3 %</b>
Drugo	4,4 %	3,7 %	6,5 %	5,1 %	2,0 %	2,5 %	<b>4,0 %</b>
Neznano	0,5 %	0,6 %	2,2 %	8,1 %	3,2 %	3,4 %	<b>3,0 %</b>
<b>Skupaj</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011

Glede izobrazbene ravni ljudi, ki so prvič ali ponovno iskali pomoč v programih zdravljenja med letoma 2005 in 2010, je vidno, da se je trend, da ima vse manj ljudi nedokončano osnovno šolo, v letu 2010 obrnil in je ta delež poskočil na 2,6 %. Delež ljudi s končano osnovno šolo je stabilen od leta 2007, od leta 2008 pa narašča delež uporabnikov, ki imajo končano srednjo šolo, ko je bil na najnižji vrednosti (45,1 %), v letu 2009 je narasel na 51,7 %, v letu 2010 pa se je obdržal na 50,7 %. Povečuje se delež ljudi s končano višjo, visoko šolo oz. z akademijo, ki je bil najnižji leta 2008 (1,2 %), v letu 2009 je narasel na 2,9 %, v letu 2010 pa na 7,5 % (Tabela 5.5).

76

Tabela 5.5: *Delež uporabnikov, prvič ali ponovno sprejetih v program, glede na stopnjo končane izobrazbe v letih 2005–2010, Slovenija, 2010*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Skupaj
Nedokončana osnova šola	3,5 %	3,7 %	3,0 %	1,9 %	1,7 %	2,6 %	<b>2,7 %</b>
Osnovna šola	45,0 %	42,2 %	37,2 %	35,1 %	35,7 %	34,6 %	<b>38,3 %</b>
Srednja šola	47,0 %	51,4 %	55,6 %	45,1 %	51,7 %	50,7 %	<b>50,2 %</b>
Višja, visoka šola ali akademija	1,7 %	2,1 %	1,7 %	1,2 %	2,9 %	4,5 %	<b>2,3 %</b>
Neznano	1,4 %	np	np	7,5 %	7,8 %	7,5 %	<b>6,0 %</b>
<b>Skupaj</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

np: ni podatka

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011

V Sloveniji je 1. 1. 2009 zdravstveno varstvo pripornikov in obsojencev prešlo pod javno zdravstveno službo. Programe zdravljenja odvisnih od prepovedanih drog izvaja zdravstveno osebje iz CPZOPD. Tako so bili letos prvič iz 3 od 12 zaporov pridobljeni podatki iz izpolnjenih vprašalnikov TDI.

Iz Tabele 5.6 je razvidno, da so moški na splošno socialno bolj ogroženi od žensk; prikazani so podatki glede na spol med prvič obravnavanimi uporabniki.

Tabela 5.6: Socialna ogroženost med prvič obravnavanimi glede na spol, Slovenija, 2010

Socialna ogroženost	Moški	Ženske
Nezaposleni	40,4 %	14,8 %
Nizka stopnja izobrazbe	26,0 %	6,5 %
Brezdomstvo	0,7 %	0,0 %
Živi v instituciji	4,3 %	0,3 %

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011

## 5.5 Sklepi

V letu 2010 je bilo iz programov 18 CPZOPD, iz CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana in iz 3 zaporov zbranih 797 vprašalnikov TDI. Tako je bilo evidentiranih 797 ljudi, ki so v letu 2010 prvič ali ponovno iskali pomoč v programih zdravljenja. Prvič je bilo sprejetih 277 ljudi, ponovno pa 520. V Tabeli 5.7 so prikazane značilnosti glede na vrsto stika pri obravnavanih v programih zdravljenja v letu 2010. V tem letu se je rahlo dvignila starost iskalcev pomoči glede na leto 2009. Večji delež obravnavanih v letu 2010 je iskal pomoč zaradi heroina, vendar je bil delež vsakdanje uporabe glavne droge heroina manjši glede na prejšnje leto, hkrati pa je bil delež obravnavanih glede na uporabo heroina v zadnjem mesecu višji v letu 2010 kot v letu 2009.

77

Tabela 5.7: Značilnosti glede na vrsto stika pri obravnavanih, Slovenija, 2010

	2009		2010	
	Prvič obravnavani	Prvič ali ponovno obravnavani	Prvič obravnavani	Prvič ali ponovno obravnavani
Povprečna starost ob vstopu v program (leta)	26,9	28,4	27,9	29,9
Iskanje pomoči zaradi heroina	77,6 %	84,9 %	80,8 %	88,0 %
Povprečna starost pri prvi uporabi glavne droge (leta)	20,4	19,6	20,2	20,5
Vsakdanja uporaba glavne droge (heroina)	68,4 %	57,6 %	60,2 %	55,2 %
Glavne droge ni uporabljal v zadnjem mesecu	9,7 %	17,6 %	18,7 %	23,8 %

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011

Razvidno je, da je bila glavna droga, zaradi katere so uporabniki v letu 2010 iskali pomoč in bili prvič ali ponovno vključeni v programe zdravljenja, heroin, in to v 88 %, kar glede na prejšnje leto pomeni dvig deleža ljudi, ki so v program vstopali zaradi težav s heroinom v letu 2009 (84,9 %). Kot prva dodatna droga je bil najpogosteje naveden kokain (v 27,5 %, lani v 47,7 %), sledijo alkohol (18,9 %), kanabis (18,3 %) ter hipnotiki in sedativi v 5,4 %.

Zaradi kokaina kot prve droge je iskal pomoč manjši delež uporabnikov kot preteklo leto, in sicer 2,5 % (v letu 2009 pa 4,6 % uporabnikov). Zaradi kanabisa kot prve droge je v letu 2010 iskalo pomoč 5,4 % uporabnikov. Glavno drogo heroin je več kot polovica uporabnikov uporabljala vsak dan, vendar ga je znatno manjši delež uporabljal intravenozno v zadnjih 30 dneh (29,1 %), kot je bilo to v prejšnjem letu (40,2 %).

Velika večina uporabnikov drog, ki je prvič ali ponovno vstopila v program zdravljenja, je brezposelna; glede na prejšnje leto je ta trend še narastel. Delež uporabnikov, ki so zaposleni, stagnira, vidno pa je gibanje naraščanja ljudi s končano višjo, visoko šolo oz. z akademijo ter z nedokončano osnovno šolo.

Trend povpraševanja po zdravljenju v Evropi glede na glavno drogo kaže rast deleža iskalcev pomoči zaradi heroina, kokaina in kanabisa. Glede heroina trend povpraševanja po zdravljenju v Sloveniji ne sledi popolnoma trendu v Evropi (zmanjševanje deleža iskalcev pomoči od leta 2008, vendar dvig deleža ljudi, ki so v program vstopali zaradi težav s heroinom v letu 2010 glede na leto 2009); glede kokaina in kanabisa pa se v Sloveniji opažajo nihanja, predvsem v letu 2010 je pomoč iskal manjši delež uporabnikov kot preteklo leto.

Razširjenost okužb s HIV, z virusom hepatitisa C (HCV) in virusom hepatitisa B (HBV) se spremlja z zbiranjem podatkov o prostovoljnih diagnostičnih testih za ugotavljanje okužb s HIV, HCV in HBV, opravljenih znotraj nacionalne mreže CPZOPD, 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 IVZ 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.

V vzorcih sline, zbranih med injicirajočimi uporabniki drog v okviru anonimnega nevezanega testiranja za namene nadzora nad okužbami s HIV, je bil v letu 2010 en vzorec pozitiven na protitelesa HIV.

Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV; anti-HBc) med anonimno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so bili na zdravljenju v CPZOPD, je v letu 2010 znašala 5,3 %, razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) pa 21,5 %.

Urgentne internistične ambulante v Ljubljani so v letu 2010 obravnavale 51 bolnikov zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami. Največji delež zastrupitev je bil povezan z uporabo heroina ter kombinacije heroina in drugih drog.

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

V letu 2010 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih zaradi uporabe prepovedanih drog registriranih 25 neposrednih smrti. Umrlo je 21 moških in 4 ženske, kar pomeni razmerje 5 : 1 v korist žensk. Heroin je bil v nekaj manj kot polovici primerov vzrok smrtne zastrupitve, kar je za 23 odstotkov manj kot v letu 2009, petina smrti je bila zaradi kokaina, medtem ko v letu 2009 smrti zaradi kokaina ni bilo. Število smrti zaradi metadona in drugih opioidov je ostalo enako.

## 6.1 Z drogo povezane nalezljive bolezni

Z drogo povezane nalezljive bolezni med injicirajočimi uporabniki drog (IUD) so pomemben izziv na področju javnega zdravja. Te bolezni vključujejo okužbe s HIV, z virusom hepatitisa C (HCV) in virusom hepatitisa B (HBV) ter druge hude bolezni. Ker se okužbe s HIV ter v manjši meri tudi okužbe s HBV in HCV prenašajo s spolnimi odnosi, se lahko med nezaščitenimi 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 prepovedanih drog intravenozno. Vse tri okužbe se prenašajo tudi vertikalno (z matere na otroka), poleg tega pa predstavljajo tveganje za bolnišnične prenose (okužbe v bolnišničnem okolju, če se ne upošteva preventivnih varnostnih ukrepov). Okužbe s hepatitisom B lahko preprečimo s cepljenjem, ki je namenjeno predvsem injicirajočim uporabnikom 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 nezaščitenih spolnih odnosov. Pravzaprav je ciljna skupina cepljenja lahko tudi celotno prebivalstvo. V nasprotju s tem pa cepiva proti okužbam s HIV in HCV ne poznamo in verjetno tudi v bližnji prihodnosti še ne bo na voljo. Zato preventivni ukrepi večinoma temeljijo na preprečevanju tveganega vedenja in spodbujanju sprememb v vedenju.

V nadaljevanju so predstavljeni razpoložljivi podatki o okužbah s HIV, HBV in HCV med injicirajočimi uporabniki drog v Sloveniji v obdobju 2006–2010.

80

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

Poleg tega IVZ 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 sporočiti 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., 2011; IVZ, 2011).



## 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 2006–2010 je razširjenost HIV med injicirajočimi uporabniki drog, anonimno testiranimi znotraj mreže CPZOPD, vedno ostala pod 1 %, z izjemo leta 2009, ko se je zvišala na 1,3 %. Med 922 vzorci sline, ki so bili zbrani v istem obdobju za anonimno nevezano testiranje za namene nadzora na treh ali štirih kontrolnih točkah, je bil v letu 2010 en vzorec pozitiven na protitelesa HIV (Tabela 1.6).

Tabela 6.1: *Delež okuženih s HIV med injicirajočimi uživalci drog, Slovenija, 2006–2010*

	Leto	Število kontrolnih mest	Število testiranih ljudi		Število okuženih z virusom HIV		% okuženih z virusom HIV	
			Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske
IUD	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 %
	2010	4	179	74	1	0	0,6 %	0 %

Vir podatkov: Nevezano anonimno testiranje za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, Slovenija, 2006–2010

V zadnjih petih letih oz. v obdobju 2006–2010 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 IVZ 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 IUD.

V EU primerjava trendov novoodkritih okužb, povezanih z vbrizgavanjem drog, s trendi razširjenosti virusa HIV med IUD kaže, da se pojavnost okužbe z virusom HIV med IUD v večini držav na nacionalni ravni zmanjšuje (EMCDDA, 2010).

## HBV

Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV; anti-HBc) med anonimno testiranimi IUD, ki so bili na zdravljenju v CPZOPD, je v letu 2010 znašala 5,3 %. V obdobju 2006–2010 se je stopnja razširjenosti gibala med najvišjo (5,6 %) leta 2006 in najnižjo (3,6 %) leta 2007.

V EU so štiri od devetih držav, ki so poročale podatke o okužbah z anti-HBc med IUD, za obdobje 2007–2008 poročale o stopnjah razširjenosti nad 40 % (EMCDDA, 2010).

Stopnja pojavnosti akutne in kronične okužbe s HBV med slovenskim prebivalstvom je leta 2010 znašala 2,0 na 100.000 ljudi. V obdobju 2006–2010 je stopnja pojavnosti nihala med najvišjo (2,8 na 100.000 ljudi) leta 2006 in najnižjo (2,0 na 100.000 ljudi) v letih 2007 in 2010. 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 IUD, ki so bili na zdravljenju v CPZOPD, je v letu 2010 znašala 21,5 %. V obdobju 2006–2010 se je stopnja razširjenosti gibala med najvišjo (23,4 %) leta 2009 in najnižjo (21,5 %) leta 2010.

V EU so se v obdobju 2007–2008 ravni protiteles HCV v nacionalnih vzorcih IUD gibale med 12 % in 85 %, osem od dvanajstih držav pa je poročalo o ravneh nad 40 %. Tri države, vključno s Slovenijo, so poročale o manj kot 25-odstotni razširjenosti v nacionalnih vzorcih IUD, vendar so tudi take stopnje okužb še vedno velika težava za javno zdravstvo (EMCDDA, 2010).

Stopnja pojavnosti akutne in kronične okužbe s HCV med slovenskim prebivalstvom je leta 2010 znašala 4,2 na 100.000 ljudi. V obdobju 2006–2010 se je stopnja pojavnosti gibala med najvišjo (6,3 na 100.000 ljudi) leta 2006 in najnižjo (4,1 na 100.000 ljudi) leta 2008. Zaradi nezadostnega poročanja podatki o stopnjah pojavnosti močno podcenjujejo breme te okužbe.

Prednosti spremljanja razširjenosti okužb s HIV, HCV in s HBV med IUD na zdravljenju v CPZOPD 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 IUD ne morejo prikazati zanesljive slike pojavnosti okužb s HIV. Vseeno verjamemo, da je obveščanje o odkritih okužbah s HIV popolno in pojavnost okužb s HIV med IUD zelo nizka. Poleg tega skoraj vse prijave novih primerov okužb s HIV, ki jih javijo IVZ, vsebujejo tudi podatke o verjetni poti prenosa. Zato je vsako podcenjevanje pojavnosti okužbe s HIV med IUD 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 IUD. Poleg tega so podatki o poteh prenosa (npr. IUD) na voljo le za majhen odstotek prijavljenih primerov okužb s HBV in HCV.

## 6.2 Druge z uporabo drog povezane zdravstvene težave in posledice

### Nujna stanja zaradi zastрупitev z drogami

V tem poglavju so predstavljeni bolniki, zastrupljeni s prepovedanimi drogami, ki so bili obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani (Internistična prva pomoč) v letu 2010.

Urgentne internistične ambulante v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani so namenjene približno 600.000 prebivalcem osrednje Slovenije. Leta 2010 je bilo v urgentnih internističnih ambulantah v Ljubljani obravnavanih 21.700 bolnikov; v nadaljevanju prispevka je predstavljeno število obravnavanih bolnikov, ki so bili pregledani in zdravljeni zaradi zastрупitev s prepovedanimi drogami.

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

Pogostost zastrupitev s prepovedanimi drogami v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani je preverjena z dvema metodama. Najprej je število zastrupitev s prepovedanimi drogami preverjeno s pomočjo računalniškega sistema bolnišnice, kjer so diagnoze šifrirane glede na MKB-10. Žal pa je pri bolnikih, obravnavanih le v ambulantah, v računalniškem sistemu bolnišnice šifrirana le glavna oziroma prva diagnoza, preostale diagnoze pa so vpisane le opisno. Poleg tega je šifriranje zastrupitev s prepovedanimi drogami s pomočjo šifranta MKB-10 zelo zapleteno in pomanjkljivo. Na primer: amfetamini so uvrščeni v veliko in nepregledno skupino »psihostimulansi z možnostjo abuzusa«. Šifriranje novejših drog, na primer GHB, pa je dejansko nemogoče. V nadaljevanju analize pogostosti zastrupitev s prepovedanimi drogami se zato preveri število zastrupitev s prepovedanimi drogami še s pregledom knjige pregledanih bolnikov, kjer so zapisani vsi pregledani bolniki z napotnimi in odpustnimi diagnozami (ena ali več).

S pomočjo računalniškega sistema in vpisanih šifer glavnih diagnoz glede šifranta MKB-10 ter s pregledom nešifriranih diagnoz napotnih in odpustnih diagnoz vseh bolnikov, ki so bili ročno vpisani v knjigo vseh pregledanih bolnikov, je ugotovljenih 51 bolnikov obravnavanih zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami v urgentnih internističnih ambulantah v Ljubljani (Tabela 6.2). Z analizo vseh opisnih diagnoz so bile ugotovljene tudi kombinirane zastrupitve z drogami in zastrupitve z drogami, ki jih glede na šifre MKB-10 ni mogoče šifrirati.

Tabela 6.2: *Zastrupljeni s prepovedanimi drogami, ki so bili obravnavani v letu 2010*

Prepovedane droge in njihove kombinacije	Število bolnikov
Heroin	24
Heroin + etanol	2
Heroin + metadon	1
Heroin + amfetamin	1
Heroin + kokain	6
Heroin + kokain + etanol	1
Kokain	5
Mefedron + ekstazi	1
Mefedron + etanol	1
2-CI	1
GHB	1
GHB + amfetamin	1
Kanabis	6

Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana

Število prepovedanih drog, ki so jih zastrupljenci uporabili, je predstavljeno v Tabeli 6.3. Število uporabljenih drog je pričakovano večje od števila bolnikov, zastrupljenih z drogami (Tabela 6.2), saj se je 13 bolnikov (25 %) zastrupilo s kombinacijo več drog.

Tabela 6.3: Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljenci, obravnavani v letu 2010

Prepovedane droge	Število drog
Heroin	35
Kokain	12
Kanabis	6
Mefedron	2
Amfetamin	2
GHB	2
Ekstazi	1
2-CI	1

Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana

Ob tem se lahko omeni še, da je bilo leta 2010 v urgentni internističnih ambulantah v Ljubljani obravnavanih še 127 bolnikov zaradi akutne zastrupitve z etanolom.

84

Povprečna starost zastrupljencev s prepovedanimi drogami je bila 29,5 leta; med zastrupljenci s prepovedanimi drogami so prevladovali moški (79 %). Med bolniki, ki so se zastrupili samo s heroinom, je bilo 83 % moških; njihova povprečna starost je bila 31,5 leta. Zanimivo je, da je bilo med zastrupljenci, ki so hkrati s heroinom vzeli še kokain, približno enako število moških (43 %) in žensk (57 %) ter da je bila povprečna starost moških 33 let, žensk pa le 26 let. Samo s kokainom pa so se zastrupili le moški (100 %) s povprečno starostjo 33 let. Trije zastrupljenci z ekstazijem, mefedronom in z 2-CI so bili povprečno stari le 20,6 leta. Zaradi zastrupitve s kanabisom so prišli na pregled v urgentne internistične ambulante samo moški, ki so bili povprečno stari 26 let.

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

Pravo število zastrupljencev z drogami bi lahko ugotovili le, če bi pregledali vso medicinsko dokumentacijo vseh bolnikov, pregledanih v ambulantah, in tudi medicinsko dokumentacijo bolnikov, sprejetih v bolnišnico, saj se včasih prava diagnoza zastrupitve ugotovi šele med zdravljenjem v bolnišnici. Žal pa je tako obsežen pregled medicinske dokumentacije vseh bolnikov, napotenih v urgentne internistične ambulante, dejansko neizvedljiv, zato smo leta 2001 v Sloveniji uvedli Register zastrupitev Slovenije, ki deluje na osnovi Pravilnika o sporočanju, zbiranju in urejanju podatkov o zastrupitvah na območju Slovenije. Glede na

omenjeni pravilnik so vse pravne in fizične osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, dolžne sproti pošiljati podatke o zastrupitvah, vključno z zastrupitvami s prepovedanimi drogami, v Center za zastrupitve v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, in sicer na obrazcu »Prijava zastrupitve«, ki je bil objavljen v Uradnem listu RS. Omenjeni obrazec vsebuje podatke o bolniku (spol, starost, izobrazba, razvade, bolezni, itn.) in zastrupitvi (ime in količina zdravila/strup/a/droge, mesto in okoliščine zastrupitve, klinična slika in zdravljenje zastrupitve itn.). Na žalost pa slovenski zdravniki te obveznosti ne izpolnjujejo pogosto, kljub večkratnim spodbudam in opozorilom.

Sklenemo lahko, da urgentni pregledi zastrupljenecv s prepovedanimi drogami predstavljajo vsaj 0,24 % vseh pregledanih bolnikov v internističnih ambulantah v Ljubljani in da je ugotovljeno število zastrupljenecv s prepovedanimi drogami odvisno od načina zbiranja podatkov o bolnikih.

### Soobolevnost

Po podatkih IVZ je bilo leta 2009 zaznanih 3.015 hospitalizacij zaradi duševnih in vedenjskih motenj, povezanih z uporabo psihoaktivnih snovi, v letu 2008 je bilo zaznanih 3.058 tovrstnih hospitalizacij, v letu 2007 pa 3.042 tovrstnih hospitalizacij (Tabela 6.4). V vseh treh letih je bilo največje število hospitalizacij zaradi duševnih in vedenjskih motenj povezanih z uporabo alkohola, sledijo hospitalizacije zaradi uporabe več drog hkrati, hospitalizacije zaradi uporabe sedativov in hipnotikov, hospitalizacije zaradi uporabe opioidov in kanabinoidov. V obdobju 2007–2009 se zaznava porast števila hospitalizacij zaradi duševnih in vedenjskih motenj, povezanih z uporabo sedativov in hipnotikov ter kanabinoidov.

Tabela 6.4: Število hospitalizacij zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uporabe psihoaktivnih snovi, 2007–2009

	2009	2008	2007
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	2.435	2.544	2.540
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja opioidov	53	65	62
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja kanabinoidov	25	19	11
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja sedativov in hipnotikov	121	108	87
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja kokaina	4	6	4
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja drugih stimulansov, vključno kofeina	2	3	5
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja halucinogenov	3	np	2
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja hlapljivih topil	2	4	2
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja več drog in drugih psihoaktivnih snovi	370	309	329
<b>Skupaj</b>	<b>3.015</b>	<b>3.058</b>	<b>3.042</b>

np: ni podatka

Vir: Zbirka bolnišničnih obravnav (hospitalizacij) zaradi bolezni, Inštitut za varovanje zdravja RS

### 6.3 Umrljivost zaradi drog

Umrljivost zaradi prepovedanih drog (v nadaljnjem besedilu: drog) je pojav, ki sodi – tako kot druge zasvojenosti – v obravnavo javnega zdravja; zadeva mlade ljudi na začetku samostojne življenjske poti, še preden so komaj začeli živeti. Je pojav, ki bi ga bilo mogoče v teoriji v celoti preprečiti ali s preventivnim delovanjem vsaj zmanjšati.

Ker so smrt in vzroki smrti samo končne posledice delovanja notranjih in zunanjih dejavnikov, ki v določeni starosti pripeljejo do prenehanja življenja, je za to, da bi se smrti zaradi uporabe drog preprečevale, treba poznati čim več dejavnikov, ki se vpletajo v proces uporabe prepovedanih drog in nastanek posledičnih zdravstvenih težav. Iz vzrokov smrti se za nazaj lahko sklepa na dejavnike tveganja za bolezen ali zdravstvene težave, ki so v končnem poteku pripeljali do smrti. Da bi se te smrti lahko preprečevale, je treba vedeti, koliko smrti je v določeni populaciji povezanih z uporabo drog, in poznati osnovne epidemiološke lastnosti skupaj s časovnimi trendi pojava.

V analizi so predstavljeni umrljivost v Sloveniji v letu 2010 zaradi neposrednega učinkovanja drog v telesu, gibanje neposredne umrljivosti v obdobju 2004–2010 in podatki kohortne raziskave o smrtih ljudi, ki se zdravijo zaradi uporabe prepovedanih drog in so bili spremljani v obdobju 2004–2009.

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

Spremljajo se podatki o:

- neposrednih smrtih, to so smrti tistih ljudi, ki so umrli zaradi neposrednega delovanja prepovedanih drog v telesu; ti podatki, to je osnovni vzrok smrti, se pridobivajo iz Zbirke podatkov o umrlih (ZPU ali General Mortality Register – GMR) IVZ;
- posrednih smrtih, to so podatki o tistih umrlih ljudeh, ki so umrli zaradi posrednega vpliva prepovedanih drog na zdravje, kjer je bilo delovanje drog pridružen vzrok smrti; to so podatki kohortne analize.

Za neposredne smrti so analizirani demografski in drugi podatki, ki se zbirajo na Zdravniškem potrdilu o smrti in poročilu o vzrokih smrti (mrliški list) in obrazcu DEM-2. Smrti so obravnavane po osnovnih epidemioloških kazalnikih, stopnje umrljivosti so računane na 1.000 opazovanih let (osebe/leto) pripadajoče populacijske skupine. Za izračune stopenj umrljivosti slovenske populacije je uporabljeno število umrlih in prebivalcev v letu 2007, ker je to približno srednjemu letu obdobja 2004–2009; za standardiziranje na starost pa je bila uporabljena evropska standardna populacija. Računana sta tudi razlika v umrljivosti uporabnikov drog, evidentiranih v kohorti, in v umrljivosti slovenske enako stare populacije moških oziroma žensk ter presežni delež umrljivosti uporabnikov drog nad preostalimi prebivalci.

Ljudje, ki so sledeni v kohortni raziskavi, so uporabniki prepovedanih drog, ki so bili prvič ali ponovno evidentirani v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) v Sloveniji v letih 2004–2006. Njihovi podatki so vpisani v Evidenci

obravnave uživalcev drog (v nadaljevanju: Zbirka podatkov o drogah). Vključene so bile vse vrste obravnave (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 ljudi, 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 CPZOPD, je bilo treba povezati zbirke podatkov evidence obravnave uživalcev drog v letih 2004, 2005 in 2006 s podatki iz zbirk podatkov o umrlih v letih 2004–2009. Podrobneje je proces povezovanja podatkov opisan v sestavku »Umrljivost zaradi prepovedanih drog« v Nacionalnem poročilu 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji, v razdelku »Kohortna raziskava«.

Kode za bolezni so povzete po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene – Deseti reviziji (MKB-10). Osnovni vzroki smrti so tako kot v letih 2002–2009 izbrani po kodah, ki jih zahteva EMCDDA; izbrane so samo kode, ki imajo v spremenljivki Filter B vrednost 1.

### Neposredne smrti zaradi prepovedanih drog v Sloveniji v letu 2010

#### Število umrlih v različnih skupinah uporabnikov drog

V letu 2010 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih zaradi uporabe prepovedanih drog registriranih 25 neposrednih smrti. Umrlo je 21 moških in 4 ženske, kar pomeni razmerje 5 : 1 v korist žensk (Tabela 6.5).

Tabela 6.5: Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po starostni skupini in spolu

Spol/Starostna skupina	Spol		Skupaj
	Moški	Ženske	
20–24	1	0	1
25–29	6	1	7
30–34	7	2	9
35–39	3	0	3
40–44	1	1	2
45–49	2	0	2
50–54	1	0	1
<b>Skupaj</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>25</b>

Vir: Zbirka podatkov o umrlih 2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

Število moških, ki so umrli zaradi posledic delovanja drog, je bilo vsa opazovana leta višje kot število žensk. Petdeset odstotkov moških, umrlih zaradi zastrupitve z drogami, je bilo ob smrti mlajših od 31,4 leta (najnižja starost 22,7 in najvišja 52,6 leta) in žensk prav tako. Najmlajša ženska je bila ob smrti stara 29,2 leta in najstarejša 42,9 leta.

Tabela 6.6: Vrsta uporabljene droge po spolu

Spol/Vrsta droge	Spol		Skupaj
	Moški	Ženske	
T40.1 – Heroin	9	2	11
T40.2 – Drugi opiodi	1	0	1
T40.3 – Metadon	6	0	6
T40.4 – Drugi sintetični narkotiki	0	1	1
T40.5 - Kokain	4	1	5
T40.6 – Drugi neopredeljeni narkotiki	1	0	1
<b>Skupaj</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>25</b>

Vir: Zbirka podatkov o umrlih 2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

Heroin je bil v nekaj manj kot polovici primerov vzrok smrtne zastrupitve, kar je za 23 odstotkov manj kot v letu 2009. Število smrti zaradi metadona in drugih opiodov je ostalo v obeh letih enako. Med vsemi zastrupitvami s prepovedanimi drogami je bila petina smrti zaradi kokaina, smrti zaradi kokaina prejšnje leto pa ni bilo (Tabela 6.6).

Tabela 6.7: Število uporabnikov drog po zunanjem vzroku in vrsti droge, Slovenija, 2010

Zunanji vzroki/Vrsta droge	Nenamerne zastrupitve X420-X429		Namerne zastrupitve X620		Namen zastrupitev ni bil ugotovljen Y120		Skupaj	
	Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske
Heroin - T401	8	2	0	0	1	0	9	2
Drugii opiodi - T402	1	0	0	0	0	0	1	0
Metadon - T403	6	0	0	0	0	0	6	0
Drugii sintetični narkotiki - T404	0	0	0	1	0	0	0	1
Kokain - T405	4	1	0	0	0	0	4	1
Drugii in nespecifični narkotiki- T406	1	0	0	0	0	0	1	0
<b>Skupaj</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>4</b>

Vir: Zbirka podatkov o umrlih 2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

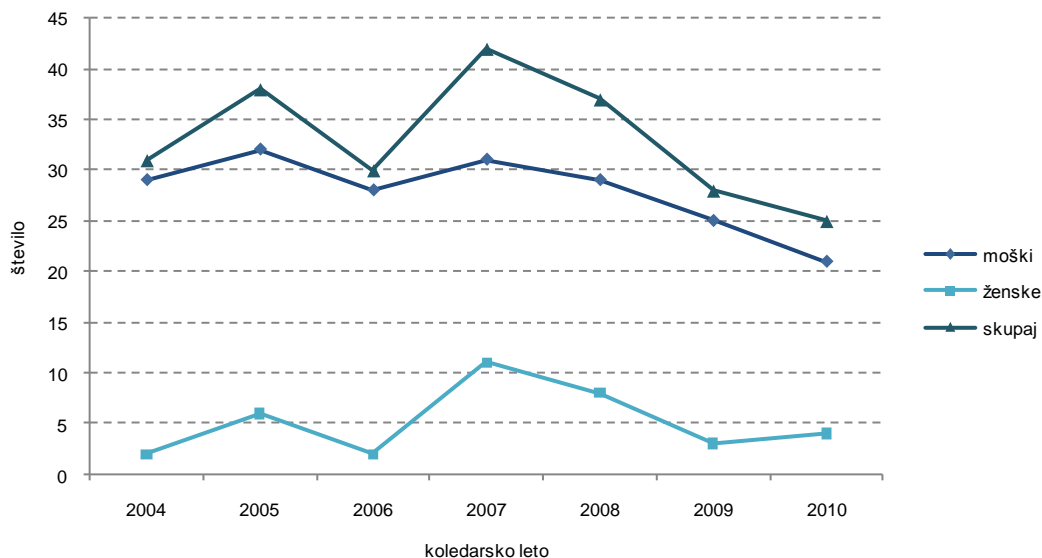
V vseh razen v dveh primerih zastrupitev so bila predoziranja nenamerna. Med preostalima dvema zastrupitvama je bil en samomor s sintetičnim narkotikom, ki ni bil ne opij ali heroin ali druge vrste opijat ne metadon, in ena zastrupitev s heroinom, za katero ni bilo ugotovljeno, ali je bila posledica predoziranja ali namerne zastrupitve (Tabela 6.7).

Po podatkih državne Zbirke podatkov o umrlih je v Sloveniji v obdobju 2004–2010 umrlo 231 ljudi zaradi neposrednega delovanja prepovedanih drog v telesu, kar pomeni 7.508 izgubljenih let zaradi smrti pred 65. letom starosti v vsem obdobju oziroma 1.073 povprečno izgubljenih let v enem letu.



## Gibanje neposrednih smrti zaradi prepovedanih drog v letih 2004–2010

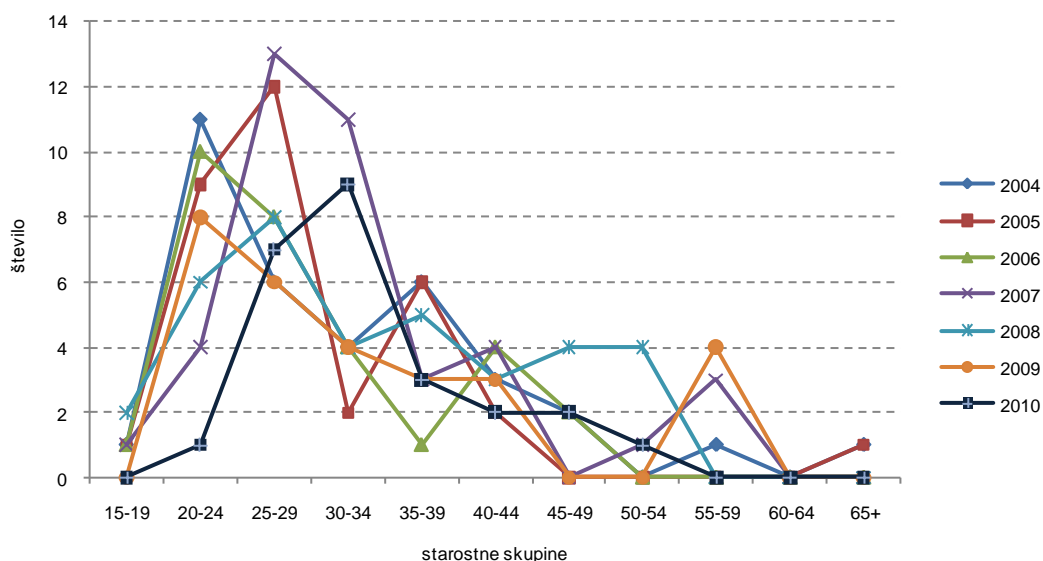
Slika 6.1: *Gibanje števila neposrednih smrti, povzročenih s prepovedanimi drogami v Sloveniji v obdobju 2004–2010, po spolu*



Vir: Zbirka podatkov o umrlih 2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

V opazovanem obdobju je število umrlih zaradi prepovedanih drog raslo do leta 2007, ko je trend dosegel vrh, nato je začelo padati. Gibanje umrljivosti obeh spolov je neznačilno in prav tako ločeno gibanje umrljivosti žensk, medtem ko je pri moških umrljivost v tem obdobju značilno padala ( $R^2 = 0,576$ ) (Slika 6.1).

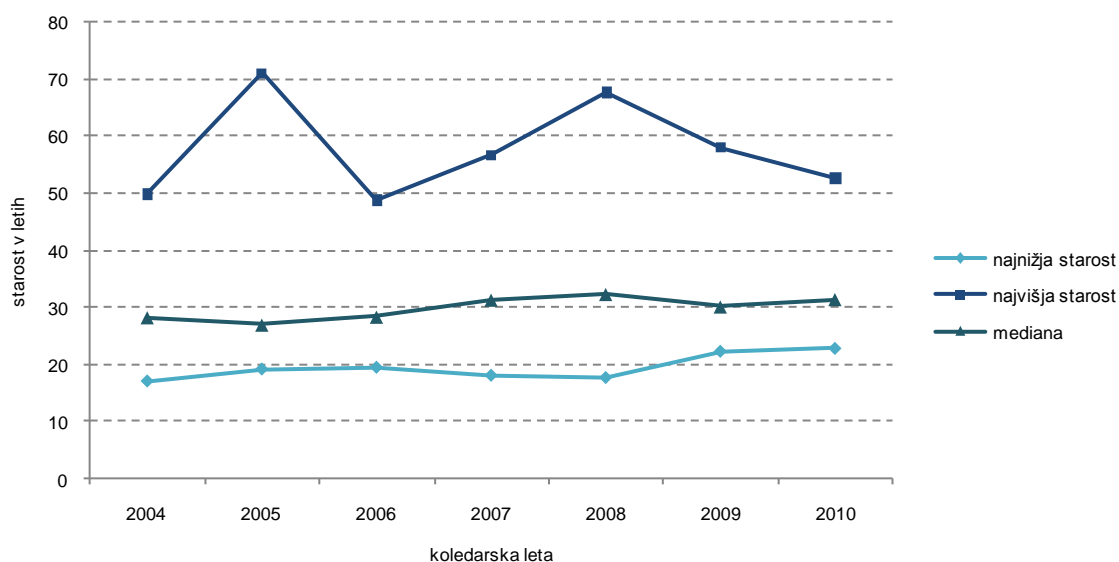
Slika 6.2: *Gibanje števila neposrednih smrti zaradi opioidov in kokaina (T400–T406), po petletnih starostnih skupinah, Slovenija, 2004–2010*



Vir: Zbirka podatkov o umrlih 2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

Število umrlih zaradi opioidov in kokaina se je v letih do 2007 povečevalo, medtem ko je po letu 2007 padalo. V vsem opazovanem obdobju je bilo največ neposrednih smrti med ljudmi, starimi 20–29 let, a v letu 2010 se je največje število smrti premaknilo v starostno skupino starih 30–34 let (Slika 6.2).

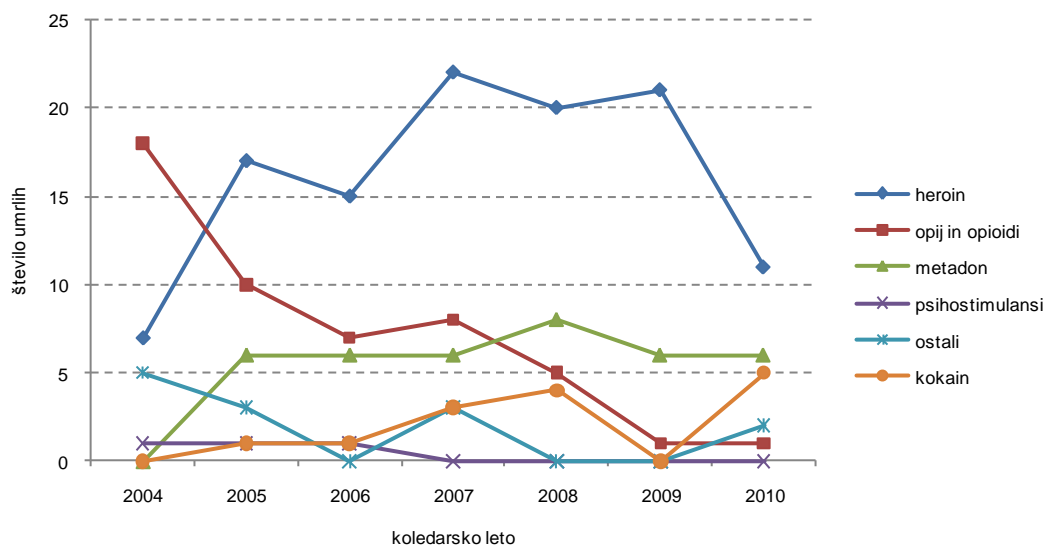
Slika 6.3: Gibanje najvišje in najnižje starosti ob smrti ter mediana starosti ob smrti umrlih zaradi prepovedanih drog v Sloveniji v obdobju 2004–2010



Vir: Zbirka podatkov o umrlih 2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

Najvišja starost ob smrti uporabnikov drog je nihala od 49 do 71 let, mediana je v opazovanem obdobju rahlo naraščala med 27. in 32. letom ( $R^2 = 0,5862$ ), medtem ko so bili najmlajši umrli stari od 17 do 22 let (Slika 6.3).

Slika 6.4: Gibanje števila zastrupitev po vrsti prepovedane droge, Slovenija, 2004–2010

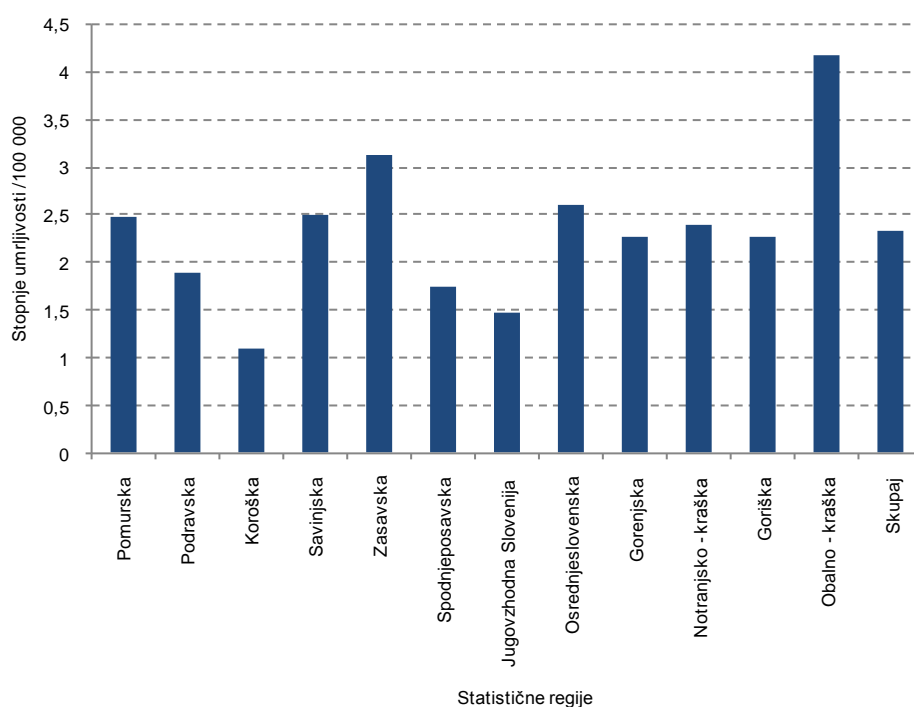


Vir: Zbirka podatkov o umrlih 2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

V opazovanem obdobju je slaba polovica (48,5 %) smrti nastopila zaradi zastrupitve s heroinom, 20 % zaradi zastrupitve z opijem in opiodi, 16 % zaradi metadona, 10 % zaradi kokaina in drugih psihostimulansov z močjo abuzusa ter preostalih 5,5 odstotka zaradi drugih prepovedanih drog. Število smrti zaradi metadona in kokaina se je v opazovanem obdobju povečevalo ( $R^2 = 0,3788$ ;  $R^2 = 0,3810$ ) (Slika 6.4).

### Stopnje umrljivosti in deleži nekaterih spremenljivk v letih 2004–2010 po regijah

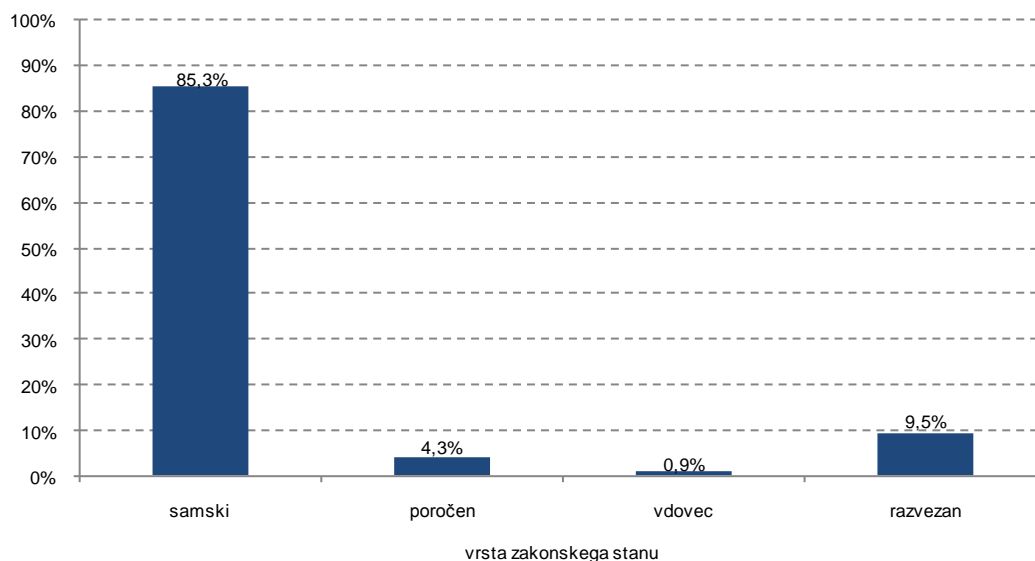
Slika 6.5: Povprečne letne stopnje umrljivosti zaradi prepovedanih drog, prebivalcev, starih 15–64 let v Sloveniji, v letih 2004–2010, po regijah



Vir: Zbirke podatkov o umrlih 2004–2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

Najvišjo stopnjo umrljivosti glede na slovensko povprečje sta imeli obalno-kraška in zasavska regija. Prva za 78 in druga za 33 odstotkov višjo od slovenskega povprečja. Umrljivost je bila najnižja na Koroškem in v jugovzhodni regiji, kjer je bila v prvi za 54 odstotkov pod slovenskim povprečjem in v drugi za 38 odstotkov (Slika 6.5).

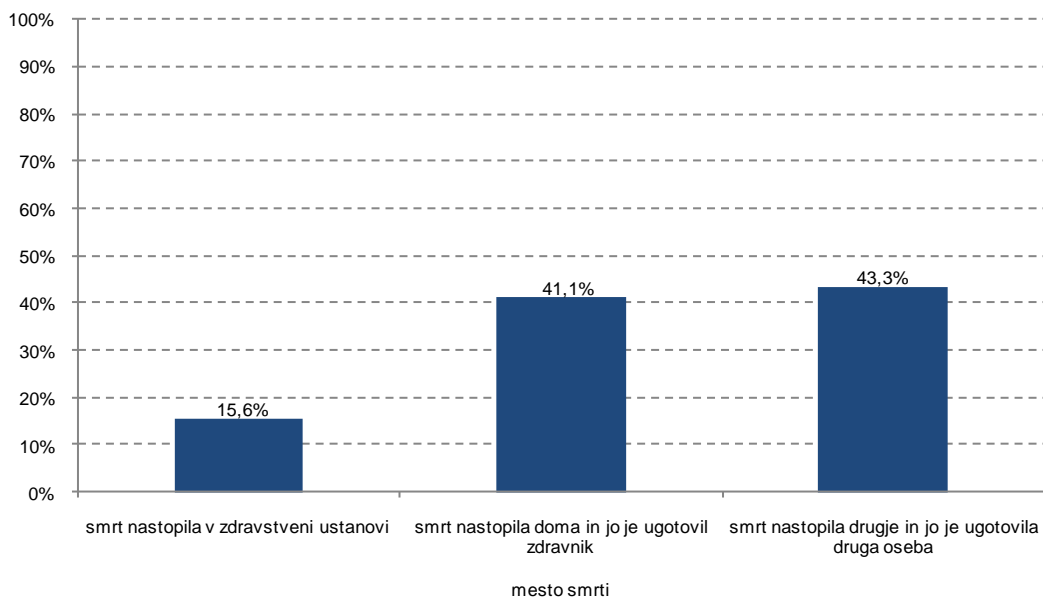
Slika 6.6: Deleži umrlih zaradi drog po zakonskem stanu, Slovenija, 2004–2010



Vir: Zbirke podatkov o umrlih 2004–2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

Med umrlimi zaradi drog je bil daleč največji delež samskih ljudi, ena desetina je bila razvezana, zanemarljivo malo pa je bilo poročenih in ovdovelih (Slika 6.6).

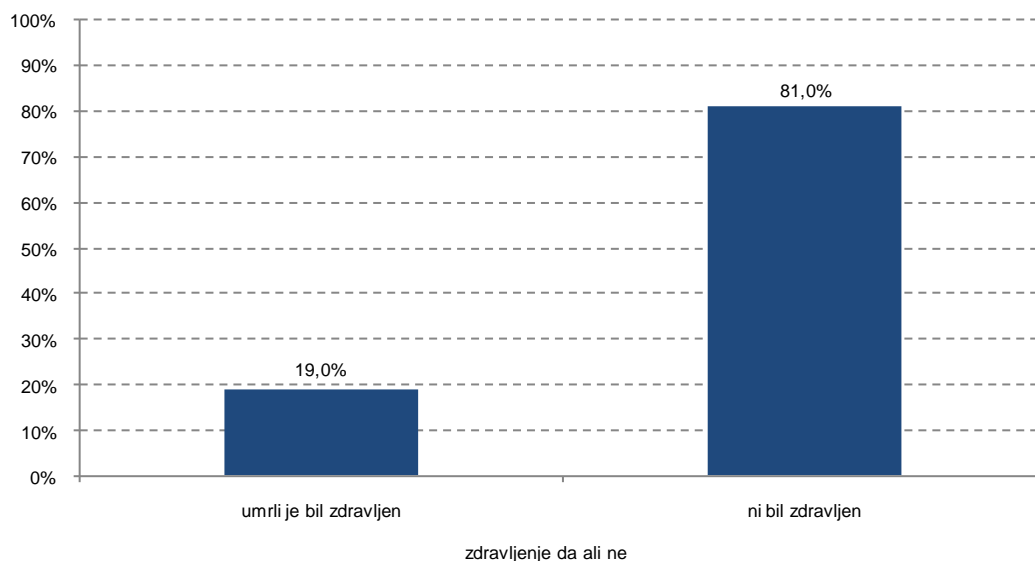
Slika 6.7: Mesto smrti umrlih, Slovenija, 2004–2010



Vir: Zbirke podatkov o umrlih 2004–2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

Nekaj več kot 2/5 žrtev prepovedanih drog umre zunaj naslova svojega stalnega prebivališča in nekaj manjši delež doma, a 15 % je takih, ki po podatkih Zbirke podatkov o umrlih IVZ umrejo v zdravstvenih ustanovah (Slika 6.7).

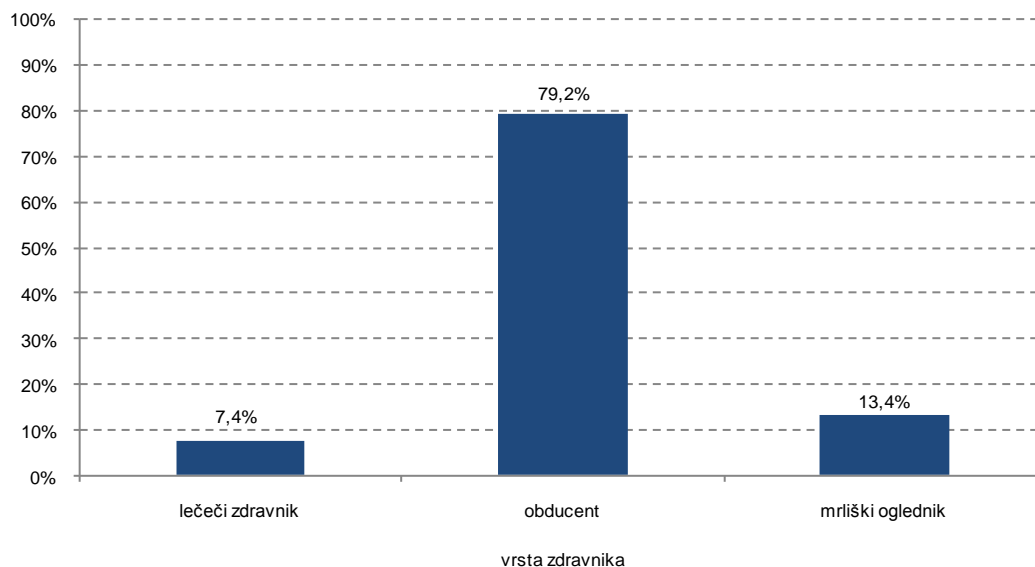
Slika 6.8: Zdravljenje umrlih zaradi drog, Slovenija, 2004–2010



Vir: Zbirke podatkov o umrlih 2004–2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

Pred smrtjo so bili zdravljeni zaradi osnovnega ali neposrednega vzroka smrti tisti, ki so umrli v zdravstveni ustanovi; mogoče je tudi, da se pod zdravljenjem razume tudi zdravljenje v CPZOPD (Slika 6.8).

Slika 6.9: Vrsta zdravnika, ki je izpolnil podatke v zdravniškem potrdilu o smrti in poročilu o vzrokih smrti, Slovenija, 2004–2010



Vir: Zbirke podatkov o umrlih 2004–2010, Inštitut za varovanje zdravja RS

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 (Slika 6.9).

## Sklepi

- Od leta 2007 skupno število umrlih zaradi uporabe drog, tistih, ki so registrirani v Zbirkah podatkov o umrlih, pada; vendar se je število umrlih žensk povečevalo ob hkratnem padanju števila umrlih moških.
- S staranjem populacije uporabnikov drog se je tudi največje število umrlih premaknilo iz tretjega v četrto desetletje starosti. Vzporedno raste tudi mediana starosti ob smrti.
- Naraščanje števila smrti zaradi metadona in kokaina ob padanju tistih zaradi opija in drugih opioidov bi bilo lahko posledica navzkrižne klasifikacije med opijem in opioidi ter heroinom, ker je število smrti zaradi slednjega naraščalo takrat, ko je zaradi prvih padalo.
- Z nadaljnjimi postopki bo treba ugotoviti, zakaj se stopnje umrljivosti med posameznimi regijami razlikujejo za 3 umrle na 1.000 prebivalcev.
- Podatki v Zbirkah podatkov o umrlih predstavljajo skoraj izključno (23 od 25) nezgodne zastrupitve, tj. zaradi načina, kako se zbirajo. Zbirke podatkov o umrlih IVZ se ne povezujejo več s podatki o tistih umrlih, pri katerih so bile v telesnih tekočinah ugotovljene droge, pa naj bo to na Inštitutu za sodno medicino v Ljubljani ali patomorfoloških oddelkih bolnišnic oziroma Generalne policijske uprave ali z drugimi zbirkami zdravstvene statistike. Tako ni mogoče zajeti samomorov, izvršenih z drugimi sredstvi – ne s prepovedanimi drogami ne prometnih nezgod in drugih nasilnih smrti, ki jih naredijo ali so v njih udeleženi uporabniki drog. Tako manjka pomemben del umrljivosti te populacije, kar deloma nadomesti kohortna raziskava, a samo z umrlimi zdravljenimi uporabniki drog, o indirektnih smrtih preostalih pa se ne ve ničesar. Če se v prihodnosti ne bo več povezovalo različnih podatkov, bo treba oceniti prevalenco uporabnikov drog in s pomočjo te oceniti število indirektnih smrti tistih, ki se ne zdravijo. Šele s temi podatki skupaj z obstoječimi se bo lahko naredila ocena števila vseh smrti uporabnikov nedovoljenih drog.
- Zaradi naštetih predpostavk o mogoči nezadostni oceni števila smrti uporabnikov drog in ker se indirektno smrti izgubljajo pod drugimi kodami osnovnih vzrokov, bi bilo treba razmisliti, ali ne bi veljalo nazaj vzpostaviti sistema povezovanja zbirk podatkov Inštituta za sodno medicino in Generalne policijske uprave, kar bi omogočilo boljše približanje oceni smrti uporabnikov drog v Sloveniji.

## Kohortna raziskava

### Umrlijivost

V Zbirki podatkov o umrlih IVZ so registrirani samo tisti umrli uporabniki prepovedanih drog, ki so umrli zaradi neposredne zastrupitve z drogami, vsi drugi uporabniki, umrli zaradi drugih vzrokov, kot so: smrti zaradi drugih nasilnih smrti (samomorov, prometnih nezgod ...) ali bolezni, se izgubijo, ker v zbirki podatkov o umrlih ni podatka, da je bil umrli tudi zasvojen z drogami, po katerem bi ga bilo mogoče identificirati. Zato so vzroki posrednih smrti uporabnikov drog pridobljeni iz podatkov kohortne raziskave in hkrati izračunane stopnje umrljivosti članov kohorte.

V raziskavo je vključenih 6.482 zapisov ljudi, ki so se v obdobju 2004–2006 zdravili v centrih za zdravljenje odvisnosti v Sloveniji. Iz teh zapisov je identificiranih 3.944 ljudi, med katerimi jih je v 20 044, 31 letih opazovanja (person years) v obdobju 2004–2009 umrlo 142.

Tabela 6.8: Število umrlih uporabnikov drog, vključenih v kohorto, in vseh umrlih zaradi drog, registriranih v Zbirkah podatkov o umrlih v Sloveniji, v letih 2004–2009

Leto	Umrli uporabniki, vključeni v kohorto (med njimi zastrupitve z drogami)	Umrli uporabniki registrirani v ZPU	Potencialno skupno število umrlih
2004	14 (3)	30	41
2005	27 (3)	38	62
2006	28 (0)	30	58
2007	31 (5)	42	68
2008	23 (10)	37	50
2009	19 (8)	28	39
Skupaj	142 (29)	205	318

Vir: Zbirke podatkov o umrlih 2004–2009; Kohortna raziskava, umrli 2004–2009; Inštitut za varovanje zdravja RS

Število umrlih, vključenih v kohorto, je bilo najnižje v prvem letu opazovanja, vrh je doseglo v letu 2007 in v nadaljnjih dveh letih padalo. Prav tako je bilo število umrlih, registriranih v Zbirki podatkov o umrlih, najvišje v letu 2007 in je nato začelo padati. Obe gibanji sta bili v obdobju 2004–2009 skoraj vzporedni (Tabela 6.8). Če izključimo člane kohorte, ki so umrli zaradi nezgodnih zastrupitev, in jih pustimo v Zbirki podatkov o umrlih, dobimo potencialno število umrlih zaradi drog v Sloveniji, a manjkajo tisti umrli uporabniki drog, ki se niso zdravili in ki so umrli zaradi drugih vzrokov smrti.

Tabela 6.9: Stopnje umrljivosti uporabnikov prepovedanih drog na 1.000 opazovanih let, ljudi, vključenih v kohorto in starih 15–59 let, v Sloveniji, v letih 2004–2009

Spol/Starost	Moški		Ženske		Skupaj	
	Uporabniki drog	Vsi moški	Uporabnice drog	Vse ženske	Vsi uporabniki drog	Celotna populacija
Umrlijivost/1.000	7,85	3,36	4,72	1,36	7,09	2,39
Umrlijivost, standardizirana na evropsko s. populacijo	17,36	2,80	41,19	1,16	17,62	2,00
Presežni delež umrljivosti uporabnikov drog*	233,6%*		347,1%*		296,7%*	

\*Presežni delež umrljivosti uporabnikov drog nad umrljivostjo enako starih prebivalcev Slovenije

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

Umrlijivost ljudi, ki so se zdravili v CPZOPD, je bila med moškimi več kot enkrat in med ženskami več kot dvakrat višja, kot je bila umrljivost enako starih prebivalcev Slovenije, in sicer istega spola.

Na starost standardizirane stopnje umrljivosti uporabnikov drog so 8,8-krat višje kot na starost standardizirane stopnje umrljivosti enako starih preostalih prebivalcev Slovenije (Tabela 6.9). Del tega visokega koeficienta bi bil lahko posledica nizkega števila umrlih in opazovanih let v posameznih starostnih skupinah uporabnikov drog v kohorti v primerjavi s številom opazovanih let prebivalcev Slovenije pa tudi dejstva, da glavnina smrti uporabnikov drog nastopi precej prej kot glavnina smrti enako stare slovenske populacije (mediana starosti ob smrti uporabnikov drog 32,7 leta, preostale enako stare slovenske populacije 51,1 leta).

Tabela 6.10: Posamezne osebne značilnosti uporabnikov drog, prikazane po šestnajstih CPZOPD v Sloveniji, opazovano obdobje 2004–2009

Center	SU	Čas opazovanja	Starost ob smrti	H	K	Nasilne smrti		
						Zastr.	Sam.	Nedol.
Ljubljana	8,5	5,13	38,0	94,5 %	0,7 %	1,86	1,67	1,12
Trbovlje	4,4	5,13	24,3	98,3 %	0,6 %	3,31	0	0
Logatec	2,1	5,00	26,4	85,3 %	10,1 %	0	0	0
Kočevje	4,4	4,94	34,6	95,0 %	0,7 %	2,10	0	0
Maribor	14,8	5,26	39,8	74,9 %	4,8 %	2,10	1,40	2,81
Celje	11,4	4,82	29,7	97,3 %	0 %	0,71	4,26	4,26
Velenje	6,0	4,90	37,7	84,7 %	10,3 %	0	1,20	0
Kranj	9,5	5,23	27,5	96,7 %	1,0 %	3,79	3,79	0
Nova Gorica	6,1	5,00	30,7	88,1 %	10,2 %	0,51	1,01	2,53
Ilirska Bistrica	4,6	5,26	22,6	90,4 %	1,2 %	0	2,29	2,29
Sežana	6,8	4,95	25,4	84,9 %	3,5 %	3,40	1,70	0
Piran	6,4	5,09	38,6	69,1 %	1,0 %	1,60	1,60	1,60
Izola	2,8	5,05	44,1	87,0 %	4,6 %	0	1,90	0
Novo mesto	3,5	4,83	30,9	90,5 %	8,6 %	0	1,75	0
Brežice	3,8	4,97	37,1	62,6 %	34,2 %	0	1,27	1,27
Murska Sobota	6,2	5,66	29,7	52,6 %	46,7 %	0	0,77	2,32
<b>Skupaj</b>	<b>7,09</b>	<b>20.044,3</b>	<b>34,6</b>	<b>85,2 %</b>	<b>4,2 %</b>	<b>20,4</b>	<b>19,7</b>	<b>21,1</b>

SU. = stopnja umrljivosti, Starost ob smrti = povprečna starost ob smrti, H = heroin, K = kanabis, Zastr. = zastrupitev, Sam. = samomor, Nedol. = nedoločen namen

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

Stopnje umrljivosti v posameznih CPZOPD se gibljejo od najmanjše 2,1 v CPZOPD Logatec do 14,8 v CPZOPD Maribor. So pozitivno povezane s stopnjami umrljivosti zaradi samomorov ( $R^2 = 0,4894$ ) in smrtmi, za katere ni ugotovljeno, ali so bile posledica namernih ali nezgodnih zastrupitev ( $R^2 = 0,6866$ ). V CPZOPD Maribor, kjer so bile stopnje umrljivosti najvišje, je bila povprečna starost umrlih skoraj 40 let, kar je 7,6 leta več, kot je bila povprečna starost vseh umrlih. Tri četrtine vseh je ob vstopu v zdravljenje jemalo heroin, med umrlimi sta bili, glede na vse, sorazmerno visoki stopnji smrti zaradi nezgodnih zastrupitev in smrti, pri katerih ni bilo ugotovljeno, ali je bila smrt namerna ali nezgodna. Za CPZOPD Celje, ki ima drugo najvišjo stopnjo umrljivosti, je značilna 2,5 leta nižja povprečna starost umrlih od povprečja v kohorti; skoraj vsi umrli so ob vstopu v zdravljenje jemali heroin; med zdravljenimi v tem CPZOPD so bile med vsemi centri najvišje stopnje



samomorov in smrti nedoločenega namena. Člani kohorte, zdravljeni v CPZOPD Kranj, ki so umrli med opazovanim obdobjem, so bili v povprečju ob smrti mlajši za pet let, kot je bila povprečna starost ob smrti vseh umrlih članov kohorte, in bili so vzrok za visoko stopnjo nezgodnih zastrupitev in samomorov v tem CPZOPD (Tabela 6.10).

### Demografski podatki o umrlih in preživelih članih kohorte

Tabela 6.11: Srednje vrednosti starosti ob smrti umrlih ali na dan 31. 12. 2009 preživelih ljudi, vključenih v kohorto, po šestih opazovanih lastnostih

Lastnosti	Število umrlih	Umrli		Živi		P
		Povprečna starost	SD	Povprečna starost	SD	
Moški	119	34,4	(9,4)	32,2	(6,6)	0,001
Ženske	23	36,0	(11,0)	30,9	(6,0)	0,001
Prvič na zdravljenju	10	33,9	(11,5)	28,5	(5,6)	0,004
Dolgotrajno zdravljenje	132	34,7	(9,6)	32,3	(6,5)	0,001
Heroin – glavna droga ob vstopu	121	34,7	(9,5)	32,2	(6,1)	0,001
Centri						
Ljubljana	38	39,3	(9,3)	34,4	(6,4)	0,001
Maribor	15	40,8	(9,7)	34,3	(6,7)	0,001
Velenje	z	40,1	(10,0)	32,3	(5,9)	0,030
Kranj	z	27,5	(4,7)	34,5	(6,1)	0,012
Ilirska Bistrica	z	22,6	(4,9)	30,5	(4,5)	0,016
Izola	z	44,1	(4,1)	34,7	(6,8)	0,020
Starost ob vstopu v kohorto	142	32,1	(9,4)	26,7	(6,4)	0,001
Skupni čas opazovanja	142	2,5	(1,6)	5,2	(0,9)	0,001

z: statistično zaupno, P= verjetnost napake; SD= standardni odkolon

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

Povprečna starost umrlih ob koncu opazovanja je bila višja kot povprečna starost preživelih – moških in žensk. Višja je bila pri tistih, ki so bili prvič na zdravljenju, in onih na dolgotrajnem zdravljenju pa tudi pri tistih, ki so prišli na zdravljenje zaradi uporabe heroina. Primerjava med CPZOPD je pokazala, da so imeli klienti v večini take osebne značilnosti tudi, če so bili razdeljeni po CPZOPD. Povprečni skupni čas opazovanja je bil pri umrlih za 2,7 leta krajši kot pri preživelih (Tabela 6.11).

Tabela 6.12: Število umrlih in število vseh klientov posamezne skupine, delež umrlih in verjetnost napake v oceni razlike med umrlimi in preživelimi

Skupine spremenljivk	Št. umrlih	Št. vseh	Delež umrlih	P – verjetnost napake
Moški	119	2999	4,0 %	0,027
Ženske	23	945	2,4 %	
Novi klienti	10	412	2,4 %	0,177
Stari klienti	132	3532	3,7 %	
Heroin, metadon, drugi opiodi	124	3418	3,6 %	0,814
Preostale droge	18	526	3,4 %	

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

Delež umrlih moških med vsemi spremljanimi moškimi je bil višji kot delež umrlih žensk, prav tako delež starih v primerjavi z novimi klienti in tistih, ki so ob vstopu v zdravljenje uporabljali heroin, metadon ali druge opioide v primerjavi z deležem tistih, ki so uporabljali druge droge (Tabela 6.12).

## Vzroki smrti

Tabela 6.13: Stopnje umrljivosti med kohorto uporabnikov prepovedanih drog, starimi od 15 do 59 let, v primerjavi z deleži umrljivosti med prebivalci Slovenije, po vzrokih smrti

Vzroki smrti	Število umrlih uporabnikov drog	Deleži umrlih uporabnikov drog 2004-2009	Deleži umrlih v slovenski populaciji 2007	Umrlijivost uporabnikov drog 2004-2009	Umrlijivost slovenske populacije 2007	Razlika stopenj
Nalezljive in parazitarne bolezni	6	4,2 %	0,7 %	<b>0,299</b>	0,016	0,283
Neoplazme	3	2,1 %	35,2 %	0,150	0,841	-0,691
Duševne motnje	7	4,9 %	1,05 %	<b>0,349</b>	0,025	0,324
Bolezni obtočil	9	6,3 %	17,6 %	<b>0,445</b>	0,419	0,026
Bolezni dihal	2	1,4 %	1,8 %	<b>0,100</b>	0,043	0,057
Bolezni prebavil	10	7,0 %	11,8 %	<b>0,499</b>	0,281	0,218
Prirojene nepravilnosti	1	0,7 %	0,4 %	<b>0,050</b>	0,011	0,039
Neznani vzroki smrti	1	0,7 %	3,0 %	0,050	0,072	-0,022
Zunanji vzroki	103	77,6 %	24,6 %	<b>5,139</b>	0,588	4,551
Skupaj	142	100,0 %	95,1 %	<b>7,084</b>	2,386	4,698

Več kot tri četrtine vzrokov smrti med vsemi vzroki tistih članov kohorte, ki so umrli v obdobju 2004–2009, predstavljajo nasilne smrti. Stopnje vseh v Tabeli 6.13 prikazanih vzrokov, razen neoplazem in neznanih vzrokov smrti, so bile višje med populacijo zdravljenih uporabnikov drog kot med preostalo enako staro slovensko populacijo.

Med nasilnimi smrtmi so bile najpogostejše nezgodne zastrupitve in smrti, za katere se ne ve, ali so bile posledice samomora ali nezgode. Tem so sledili potrjeni samomori in njim transportne nezgode. Vse stopnje umrljivosti, razen padcev in smrti zaradi neživih mehaničnih sil, so bile med zdravljenimi uporabniki drog višje kot med enako staro slovensko populacijo.

### Nalezljive bolezni (A00.0–B99.9)

Nalezljive bolezni kot vzrok smrti so nastopile pri šestih klientih, štirih moških in pri dveh ženskah, starih od 29 do 44 let; vsi so bili obravnavani v CPZOPD pred vstopom v kohorto. Ob vstopu v raziskavo so bili v povprečju stari nekaj manj kot 35 let. V petih primerih je bila glavna droga ob vstopu v kohorto heroin in v enem kokain. Vsi so umrli v prvih dveh zimskih mesecih leta. V štirih primerih je bil vzrok smrti kronični virusni hepatitis C (B182) in v dveh primerih bolezni, ki jo povzroča virus HIV (B240).

### Maligne neoplazme (C00.0–C99.9)

Rak je bil vzrok smrti pri dveh moških in eni ženski, starih od 25 do 58 let. Eden med njimi je bil obravnavan v CPZOPD že pred vstopom v raziskavo, za druga dva pa ni podatkov. V

dveh primerih je bil vzrok smrti rak pljuč (starost 49 in 58 let) in pri enem (starost 25 let) rak vezivnega in mehkega tkiva.

#### Bolezni srca in žilja (I00.0–I99.9)

Smrt zaradi bolezni srca in žilja je nastopila pri osmih moških in eni ženski, ki so bili stari od 23,7 do 53,3 leta. Vsi, razen enega, so bili stari klienti in pri vseh je bila najpomembnejša droga ob vstopu v raziskavo heroin. Štirje klienti, stari od 27 do 40 let, so umrli zaradi akutnega srčnega infarkta, najstarejši in najmlajši sta umrla zaradi endokarditisa, eden zaradi neopredeljene srčne odpovedi in dva zaradi možganske krvavitve.

#### Bolezni prebavil (K00.0–K99.9)

V vseh desetih primerih bolezni prebavil je bil vzrok smrti alkoholna jetrna ciroza, in to pri osmih moških in dveh ženskah, starih od 32,9 do 54,9 leta. Osem med desetimi umrlimi jih je bilo v CPZOPD na dolgotrajni obravnavi. V osmih primerih je bila ob vstopu v kohorto najpomembnejša droga heroin, v enem drugi opiodi in v enem najpomembnejša droga ni bila znana. Čas opazovanja vsakega posameznega umrlega zaradi jetrne ciroze je bil od 1,3 leta do 6 let.

#### Nasilne smrti (V01.0–Y98.9 ter F11.2 in F19.2)

Tabela 6.14: Stopnje umrljivosti zaradi nasilnih vzrokov smrti med člani kohorte v primerjavi s stopnjami umrljivosti nasilnih smrti med preostalimi umrlimi prebivalci Slovenije, starimi od 15 do 59 let

Vzroki smrti	Št. umrlih uporabnikov drog	Stopnje umrljivosti uporabnikov drog	Stopnje umrljivosti v slov. populaciji	Razlika
Transportne nezgode	12	<b>0,599</b>	0,184	0,415
Padci	z	0,050	0,053	-0,003
Nežive mehanične sile	0	0,000	0,013	-0,013
Utopitve	z	0,050	0,011	0,039
Druge nezgode	z	<b>0,100</b>	0,035	0,065
Nezgodne zastrupitve	30	<b>1,497</b>	0,021	1,476
Samomori	28	<b>1,397</b>	0,203	1,194
Napad	z	<b>0,150</b>	0,012	0,138
Nedoločen namen	30	<b>1,497</b>	0,045	1,452
Zapleti medicinske oskrbe	z	0,050	0,008	0,042
Pozne posledice	z	0,050	0,002	0,048
Skupaj	109	5,438	0,588	4,85

z: statistično zaupno

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

Med nasilnimi smrtmi so bile najpogostejše nezgodne zastrupitve in zastrupitve, katerih namen ni bil ugotovljen. Tesno so jim sledili samomori in s precejšnjim zaostankom transportne nezgode. Poleg teh, za katere so bile stopnje umrljivosti med uporabniki drog višje kot med preostalo populacijo, so imeli višje stopnje še druge nezgode in napadi, a pri obeh so bile absolutne številke majhne (Tabela 6.14).

### Transportne nezgode

Zaradi transportnih nezgod je umrlo 12 ljudi, starih od 20,9 do 43,1 leta. Deset jih je kot glavno drogo ob stopu v raziskavo navedlo heroin in eden kanabis, za enega ni bilo podatka. Smrtno sta bila poškodovana dva pešca; umrla sta zaradi poškodb glave, trije motoristi, trije vozniki avtomobila, dva potnika v avtomobilu in dva človeka, za katera vloga v prometni nezgodi ni bila opredeljena. Vsi ti so umrli zaradi poškodb glave ali težkih multiplih poškodb telesa. Vsi, za katere so bili na voljo podatki, teh je bilo devet, so bili v CPZOPD zdravljeni, tj. stare stranke.

### Nezgodne zastrupitve

Smrt zaradi nezgodne zastrupitve je nastopila pri 23 moških in sedmih ženskah, starih od 18 do 58 let. Med njimi je bilo 7 novih strank, preostale so vstopile na zdravljenje ponovno ali so bile na dolgotrajnem zdravljenju. Glavna droga ob vstopu v raziskavo je bila v 26 primerih heroin ter v po enem metadon, kokain, benzodiazepini in kanabis. Vzroki nezgodne zastrupitve so bili pri odvisnih od heroina v desetih primerih heroin, sedmih drugi opiodi in v šestih metadon ter v po enem benzodiazepini in alkohol. Pri odvisnih od metadona, benzodiazepinov in kanabisa je bil vzrok smrti zastrupitev s heroinom ter pri kokainskem odvisniku zastrupitev z metadonom.

### Samomori

Med 3.944 opazovanimi ljudmi je med spremljanjem, to je od leta 2004 do leta 2009, naredilo samomor 28 oseb, starih od 22,1 do 50,7 leta. Med temi so trije v obdobju 2004–2006 vstopili v obravnavo prvič, preostali pa so bili obravnavani že dlje časa. V 21 primerih je bila glavna droga ob vstopu v zdravljenje heroin, v po dveh benzodiazepini in kanabis, v enem primeru pa glavna droga ni bila zaznana.

Med štirimi zastrupitvami s prepovedanimi drogami sta bila dva samomora s heroinom in po eden z drugimi opiodi in metadonom. Sedem je bilo zastrupitev z ogljikovim monoksidom in osem samomorov z obešanjem, štirje s skokom z višine, dva z ostrim predmetom in po eden s strelnim orožjem, skokom pod vlak ter eden, pri katerem način poškodovanja ni bil zapisan.

### Smrti, pri katerih namen ni znan

Takih smrti je bilo med opazovanjem 30, umrli ljudje so bili stari od 19,9 do 48,7 leta. V 26 primerih je bila glavna droga ob vstopu v obravnavo heroin, v enem kanabis in v enem primeru glavna droga ni bila znana. V enem primeru je smrt nastopila zaradi padca z višine, kakšne vrste je bil padeč, pa se ni vedelo, niti ali je bil padeč posledica nezgode, uboja ali samomora.

V 19 primerih je smrt povzročil heroin, v štirih nespecifični narkotiki, v dveh metadon in v po enem nespecifične droge in alkohol, v dveh primerih neposredni vzrok smrti ni bil opisan.

## Sklepi

- Število umrlih, vključenih v kohorto, je bilo najnižje v prvem letu opazovanja, vrh je doseglo v letu 2007 in v nadaljnjih dveh letih padalo.
- Umrljivost uporabnikov drog, ki so se zdravili v CPZOPD, je bila med moškimi več kot enkrat in med ženskami več kot dvakrat višja, kot je bila umrljivost enako starih prebivalcev Slovenije istega spola.
- Povprečna starost umrlih moških in žensk, tistih, ki so bili prvič na zdravljenju, ali onih na dolgotrajnem zdravljenju je bila višja kot povprečna starost preživelih ob koncu opazovanja.
- Največje število umrlih med uporabniki drog je bilo med starimi od 20 do 29 let.
- Glede na slovensko povprečje sta imeli najvišjo stopnjo umrljivosti obalno-kraška in zasavska regija. Večina umrlih v Sloveniji je bila samska, umirali so zunaj kraja stalnega prebivališča, samo tisti, ki so umrli v zdravstvenih ustanovah, so bili zaradi različnih bolezni pred smrtjo zdravljeni.
- 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.
- Vzroki smrti tistih, ki se zdravijo v CPZOPD, se značilno razlikujejo od vzrokov smrti preostalih uporabnikov drog. Stopnje umrljivosti zaradi vseh vzrokov smrti razen raka in neznanih vzrokov smrti so bile pri klientih, vključenih v kohorto, višje kot pri enako stari slovenski populaciji. Med nasilnimi smrtmi so prevladovale hude telesne poškodbe kot posledice transportnih nezgod ali samomorov.

## Sklepi

- S sprejetjem metodologije zbiranja podatkov o umrlih zaradi prepovedanih drog, ki jo vodi EMCDDA, se je v Sloveniji začelo spremljanje to vrsto umrljivosti v letu 2003 in od tedaj naprej je mogoče spremljati tudi časovne trende.
- Podatki, ki se nahajajo v Zbirkah podatkov o umrlih, predstavljajo osnovni vzrok smrti in tako samo neposredne smrti, ki nastopijo zaradi zastrupitve z drogami, zato so nujne tudi analize podatkov iz drugih virov (kohortna raziskava).
- Spremljanje umrljivosti v kohorti zdravljenih uporabnikov drog je omogočilo ugotoviti tudi posredne vzroke smrti populacije, ki se zdravi, a vzroki smrti populacije, ki se ne zdravi, in tudi število teh smrti ter starost ob smrti teh žrtev drog ostajajo neznani.
- Posredne vzroke smrti celotne populacije uporabnikov drog smo v Sloveniji že spremljali s povezovanjem različnih zbirk podatkov od leta 2003 do leta 2007, a je bil ta način, z administrativnim odlokom, zaradi varovanja osebnih podatkov, ukinjen leta 2008.
- Gibanje neposrednih zastrupitev s prepovedanimi drogami je pokazalo, da te od leta 2007 upadajo, vendar so v obdobju 2004–2010 naraščale zastrupitve z metadonom in s kokainom.
- Največje število smrti se je iz starostne skupine 25–29 let v letu 2010 premaknilo v skupino 30–34 let.
- Ker je večina uporabnikov drog, ki so umrli neposredne smrti, samska in jih nekaj manj kot polovica umre zunaj mesta stalnega prebivališča, bo treba ukrepe za preprečevanje

smrti usmeriti na delovanje na terenu, med tiste, ki bi jih smrt potencialno lahko zatekla zunaj doma, ko so sami.

- Štiri petine zdravniških potrdil o smrti in poročil o vzrokih smrti umrlih zaradi drog napišejo obducenti, zato bi sodelovanje z njimi lahko odkrilo tudi večino tistih, ki uporabljajo droge, a umrejo zaradi drugih vzrokov smrti, ne zaradi neposredne zastrupitve (samomorov, prometnih nezgod ...).

Najpomembnejši sklepi analize podatkov kohorte so:

- izračuni stopenj umrljivosti zdravljenih uporabnikov drog v primerjavi s preostalo enako staro slovensko populacijo;
- da je umrljivost klientov posameznih CPZOPD različna in da je povprečna starost umrlih, ki pripadajo posameznim centrom različna;
- da je umrljivost v centrih sorazmerna z umrljivostjo zaradi samomorov in zastrupitev, za katere ni določeno, ali so bile posledica samomora ali nezgode;
- med vzroki smrti izrazito izstopajo nasilni vzroki smrti, med boleznimi kot vzroki smrti pa boleznimi srca in žilja s srčnim infarktom ter nalezljive bolezni in jetrna ciroza; te se vse pojavljajo med uporabniki drog v mlajših letih kot med preostalo populacijo.

Na osnovi ugotovitev kohortne raziskave se zdravnikom, ki zdravijo v CPZOPD, lahko priporoči naslednje:

- da naj bodo pozorni pri svojih klientih na napovedne znake samomora, ker so samomori značilno povezani s stopnjo umrljivosti v posameznih centrih;
- da se posamezne bolezni pri njihovih klientih pojavljajo prej kot pri preostali populaciji;
- delavce v javnem zdravstvu je treba opozoriti na poseben problem alkoholizma med uporabniki drog, ki se kaže v velikem številu alkoholnih jetrnih ciroz in da je treba bolj skrbno ugotoviti namen ter nato klasificirati zastrupitve v Zbirki podatkov o umrlih v namerne in nenamerne zastrupitve, ker se bo lahko le tako približalo realnemu številu samomorov in nezgodnih zastrupitev med zdravljenimi uporabniki drog.

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

V programih preprečevanja in zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog pridobijo vsi uporabniki drog, ki se zdravijo v njih, osnovna znanja o nevarnostih drog in metodah preprečevanja predoziranja z drogo in smrti zaradi drog. Odvisni od drog imajo na voljo brezplačno cepljenje proti hepatitisu B in brezplačno testiranje za HIV ter hepatitis C. Ob pozitivnem testu ima vsak človek, odvisen od drog, zagotovljeno brezplačno zdravljenje HIV in hepatitisa C.

V okviru nizkopražnih programov potekata brezplačno razdeljevanje sterilnega materiala med intravenozne uporabnike drog in svetovanje. Programi zamenjave igel potekajo v dnevnih centrih in v sklopu terenskega dela, ki ga delavci nevladnih organizacij izvajajo na lokacijah, kjer se zadržujejo uporabniki. Tako imenovana mobilna zamenjava igel se izvaja v za to prilagojenih kombijih. Poleg zamenjave igel in distribucije drugih pripomočkov za injiciranje (alkoholne krpice, askorbinska kislina), terenski delavci in delavci v dnevnih centrih razdeljujejo tudi informativna gradiva o nalezljivih boleznih in manj tveganem injiciranju. Opravljajo tudi osebna svetovanja in nudijo pomoč za motivacijo uporabnikov drog k pozitivnim vedenjskim spremembam. V letu 2010 je bilo med nizkopražne programe razdeljenih 732.592 igel.

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

Pod okriljem Ministrstva za zdravje RS deluje medresorska delovna skupina Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi, v katero so vključeni: IVZ, Ministrstvo za zdravje RS, Oddelek Europol pri Generalni policijski upravi, Oddelek za prepovedane droge pri Generalni policijski upravi, Nacionalni forenzični laboratorij pri Generalni policijski upravi, Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Center

za zastrupitve pri Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana ter nevladni organizaciji DrogArt in Stigma. Ena izmed nalog skupine je tudi, da strokovno javnost in uporabnike drog ažurno obvešča o pojavu novih in nevarnih psihoaktivnih snovi ter njihovih posledicah. Obveščanje poteka prek e-pošte in ob večji nevarnosti za zdravje uporabnikov tudi s pomočjo množičnih medijev. Na regionalni in krajevni ravni se v Sistem za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi kot prejemniki obvestil vključujejo: zavodi za zdravstveno varstvo, zdravstveni domovi, nevladne organizacije s področja prepovedanih drog, službe oziroma ambulate za nujno medicinsko pomoč ter mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

V CPZOPD med zdravljenjem potekajo izobraževanja uporabnikov prepovedanih drog o predoziranju, ki ga izvajajo med programom zdravljenja zdravniki in tudi osebje zdravstvene nege. Izobraževanje vključuje prepoznavanje predoziranja (kateri so najpogostejši znaki) in osnovne ukrepe ob sumu na predoziranje, ki so dajanje prve pomoči in klic na tel. št. 112. Izobraževanje in informiranje vsebujeta tudi pogovor o zmotah o drogah, saj so lahko zmotna prepričanja vzrok za predoziranje (npr. da se pojavljajo predoziranja pri uporabnikih drog, ki so začetniki) ter pogovor o tem, kako preprečiti predoziranje (načrtovanje, kako bodo ravnali ob predoziranju, uporaba le ene droge naenkrat, naj nikoli ne uporabljajo drog sami, naj si drogo sami tudi pripravijo, previdnost, če droge ne poznajo, da se predoziranje lahko zgodi tudi, če nekaj časa niso jemali drog). Centri so izdali tudi posebno zloženko »Predoziranje«, ki obravnava nenadne zastrupitve z drogami in ustrezne ukrepe prve pomoči zastrupljenim z drogami.

104

Na prireditvah elektronske glasbe usposobljeni terenski delavci izvajajo informiranje o zmanjševanju tveganj zaradi uporabe stimulantnih drog, distribucijo izotoničnih napitkov (preprečevanje dehidracije in možganskega edema pri uporabnikih ekstazija), lističev za njuhanje (zmanjševanje tveganj za prenos hepatitisa in HIV-a pri souporabi pribora za njuhanje) in kondomov. Izvajajo tudi prvo pomoč za uporabnike z zdravstvenimi zapleti zaradi uporabe stimulantnih drog.

V sklopu Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani deluje Center za zastrupitve, ki je bil ustanovljen pred več kot 30 leti. V Centru za zastrupitve je zaposlenih pet zdravnikov, ki se ukvarjajo s klinično toksikologijo in farmakologijo ter oblikujejo smernice za zdravljenje zastrupitev, vključno z zastrupitvami s prepovedanimi drogami. V Centru za zastrupitve je bolnišnični oddelek z 12 posteljami; zdravijo se vse vrste akutnih in kroničnih zastrupitev, nudijo pa 24-urno informacijsko-konzultativno službo s področja klinične toksikologije vsem zdravnikom in tudi drugim strokovnjakom v Sloveniji, na primer farmacevtom, veterinarjem, policistom itn. Pri delu zdravniki uporabljajo in redno vzdržujejo podatkovne zbirke o toksičnem delovanju zdravil, prepovedanih drogah, kemikalijah, fitofarmaceutskih sredstvih, strupenih rastlinah, gobah in o živalih. Poleg tega vodijo Register zastrupitev Republike Slovenije. V Centru za zastrupitve je tudi depo pomembnejših antidotov, s katerim se lahko pomaga zdravnikom po vsej Sloveniji, ko se ti srečajo z redko zastrupitvijo in nimajo ustreznih zdravil.



V sklopu 24-urne toksikološke informacijsko-konzultativne službe se nudi pomoč vsem slovenskim zdravnikom pri zdravljenju bolnikov, zastrupljenimi s prepovedanimi drogami. Letno prejmejo približno 2.000 klicev zdravnikov o različnih zastrupitvah, od tega je približno 8 % klicev povezanih z zastrupitvami s prepovedanimi drogami. Večina zdravnikov se z zastrupitvami s prepovedanimi drogami ne srečuje vsakodnevno in jim je pomoč pri obravnavi takšnih bolnikov velikokrat v veliko pomoč, posebno pri zastrupitvah z novjšimi sintetičnimi drogami. Običajno se jim svetuje glede zdravljenja zastrupitev, na primer odmerjanja antidotov. Opozori se jih na mogoče zaplete zastrupitev in kako morajo ukrepati. Poleg tega se jim svetuje glede toksikološke analitike prepovedanih drog, na primer katere biološke vzorce je smiselno vzeti bolniku, kako je treba vzorec shraniti in transportirati ter tudi katere toksikološke preiskave prepovedanih drog so v Sloveniji sploh izvedljive in kje.

V sklopu 24-urne toksikološke informacijsko-konzultativna službe zdravnike seznanjajo tudi z možnostmi zastrupitve z novjšimi sintetičnimi drogami, ki jih zdravniki ne poznajo oziroma sami še niso zdravili zastrupljenec z njimi, in zato nimajo ustreznih izkušenj.

## **7.2 Preventiva pred nalezljivimi boleznimi in zdravljenje nalezljivih bolezni, povezanih z uporabo drog**

Preventiva pred nalezljivimi obolenji poteka v vseh programih obravnave in zdravljenja odvisnih od drog. Posebno pozornost se daje rednemu preventivnemu cepljenju odvisnih od drog proti hepatitisu B, ki je brezplačno in dostopno vsem odvisnim od drog. Ker je veliko intravenskih uporabnikov drog vključenih v mrežo programov zdravljenja opioidne odvisnosti s substitucijskimi zdravili v CPZOPD, imajo tam uporabniki tudi dostop do testiranja na okužbo s HCV in svetovanja ter možnost napotitve na nadaljnjo klinično obravnavo in morebitno zdravljenje hepatitisa C pri specialistih za hepatitis, tj. infektologih. Poleg tega imajo vsi ljudje, odvisni od drog, tudi brezplačno testiranje za HIV. Če se odkrije HIV, ima vsak človek, odvisen od drog, zagotovljeno brezplačno zdravljenje. Vsem uporabnikom drog s pozitivnim izidom katerega koli testa se svetuje, da se testirajo njihovi spolni partnerji, ožji družinski člani oz. člani skupnega gospodinjstva in souporabniki okuženega pribora za vbrizgavanje drog.

Leta 2007 so bile izdelane »Slovenske nacionalne smernice za obravnavo hepatitisa C pri uporabnikih drog v programih substitucijske terapije«. Smernice predstavljajo tesno sodelovanje med specialisti za virusne hepatitis in terapevti v programih zdravljenja odvisnosti od drog, tj. ob podpori posebej izurjenega preostalega medicinskega tima, nekdanjih uspešno pozdravljenih uporabnikov drog in svojcev ali prijateljev obolelega. Temeljni poudarki v smernicah so: ozaveščanje uporabnikov drog o tveganem vedenju, uporabnike drog spodbujati, da se testirajo na okužbe s HCV, HBV in HIV ter da se cepijo proti hepatitisoma B in A.

Enkrat letno poteka akcija anonimnega testiranja na hepatitis C. Testiranje poteka na Infekcijski kliniki v Ljubljani in v mobilnih točkah, kjer lahko uporabniki oddajo kri v prirejenem

reševalnem vozilu na nekaterih mestih, kjer se sicer izvaja terenska zamenjava igel. Za tovrstno testiranje uporabniki ne potrebujejo zdravstvenega zavarovanja.

Razdeljevanje sterilnega materiala med intravenozne uporabnike drog, svetovanje in reševanje socialnih stisk uporabnikov drog ima v Sloveniji že dolgoletno tradicijo. Prvi začetki teh aktivnosti segajo v leto 1990, ko so nevladne organizacije v Ljubljani, Mariboru in v Kopru začele aktivnosti razdeljevanja sterilnega pribora intravenoznim uporabnikom drog. Tedaj je bilo to še nezakonito početje; prostovoljce, ki so izvajali te aktivnosti, je občasno tudi preganjala policija. Pozneje se je razvila mreža nizkopražnih programov v Sloveniji, ki razdeljuje sterilni material vsem uporabnikom drog; pristop »harm reduction« je postal pomemben del aktivnosti na področju obvladovanja uporabe drog in zmanjševanja škode v Sloveniji.

Sterilni material za injiciranje drog lahko pridobijo uporabniki drog v Sloveniji:

- prek mreže nizkopražnih programov, ki zagotavljajo sterilni material, ki ga pridobijo od Zavoda za zdravstveno varstvo Koper vsem, ki ga potrebujejo, v neomejenih količinah;
- prek lekarn, ki so v mreži in pridobijo sterilni material od Zavoda za zdravstveno varstvo Koper;
- z nakupom materiala v lekarnah za svoj denar.

Mreža nizkopražnih programov v Sloveniji je enakomerno razporejena po slovenskem prostoru. Kljub temu nimamo pokritih nekaj območij, kot je npr. Koroška, kjer bi bilo treba čim prej vzpostaviti nizkopražni program.

106

Nakup in razdeljevanje sterilnega materiala za injiciranje drog potekata v Sloveniji prek Zavoda za zdravstveno varstvo Koper, ki oskrbuje vse programe nizkega praga v Sloveniji s potrebnim sterilnim materialom. Nakup materiala financira Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije, ki se zaveda, da s takim pristopom zmanjšuje tveganja za okužbo s HIV in hepatitisom C. V mreži je tudi pet lekarn, katerim Zavod za zdravstveno varstvo Koper redno dostavlja sterilne materiale, ki jih potem lekarne brezplačno delijo uporabnikom drog. Zavod za zdravstveno varstvo Koper vsako leto prek javnega razpisa zagotovi dovolj veliko količino sterilnih materialov (inzulinske brizge, razkužilne robčke, saniteti material, razkužila, kondome, gumijaste rokavice itn.). Vsem programom nizkega praga, ki izvajajo terensko delo, Zavod za zdravstveno varstvo Koper večkrat letno dostavlja materiale. Programi razdeljujejo sterilni material v svojih prostorih in tudi s pomočjo terenskih vozil ter terenskih delavcev. Ocenjuje se, da se pokriva s programi nizkega praga prek 80 % površine Slovenije. Tako ima večina uporabnikov drog možnost priti do brezplačnega sterilnega materiala za injiciranje drog. S tem se pomembno zmanjšuje tveganje za prenos nalezljivih bolezni, kot so HIV in hepatitis.

V vseh 308 lekarnah v Sloveniji lahko uporabniki drog kupijo za svoj denar sterilni pribor za injiciranje drog. Sterilni pribor pa se deli tudi prek terenskih vozil. To so prirejena vozila, ki omogočajo tudi pogovore z uporabniki drog v posebnem za to prirejenem prostoru vozila. Prednost vozil je, da se približajo uporabnikom in da ohranjajo anonimnost uporabnikov drog, hkrati pa poberejo večjo količino že uporabljenih igel, ki bi bile lahko odvržene kjer koli in kot take nevarne za preostale prebivalce. Terenska vozila delijo sterilni material predvsem v

mestih, kjer ni organiziranega dnevnega nizkopražnega programa za uporabnike drog. S tem se približa storitev tudi ljudem, ki nimajo ustreznih prevoznih sredstev in so oddaljeni od nizkopražnega dnevnega centra.

Vsi programi zbirajo okužene materiale (igle, sanitetni material itn.) v za to posebej prirejene kontejnerje. Ko so kontejnerji polni, jih posebej usposobljena ekipa odpelje iz programa in ustrezno uniči. Tako se prepreči ponovno uporabo materiala ali da bi material prišel v stik z drugimi ljudmi in bi se zgodil prenos kužnih bolezni.

V letu 2010 je Zavod za zdravstveno varstvo Koper med nizkopražne programe razdelil 732.592 igel. Te igle so se razdeljevale prek 10 nevladnih organizacij, ki so enakomerno razdeljene po vsej Sloveniji, in prek petih lekarn. V letu 2010 je te programe obiskovalo 2.030 ljudi, odvisnih od drog. Primerjalno bi to pomenilo, da sta v teh programih iskala pomoč 2 človeka na 100 prebivalcev v starosti 16–50 let. V letu 2010 je na novo vstopilo v programe 354 ljudi. Opravljenih je bilo 17.319 stikov z ljudmi, odvisnimi od drog, ki so prišli po pomoč v nizkopražne programe v Sloveniji, kar bi primerjalno lahko prikazali kot 6 obiskov na 100 prebivalcev Slovenije v starosti 16–50 let. Ocenjuje se, da so uporabniki drog prek lekarn kupili okoli 300.000 igel. Raziskava Zavoda za zdravstveno varstvo Koper je namreč pokazala, da – čeprav imajo uporabniki nizkega praga vedno prosti dostop do sterilnega materiala – jih še vedno 33 % kupuje igle in drug sterilni material v lekarnah. Uporabniki drog prinašajo v nizkopražne programe na zbirna mesta za okužen material tudi te igle.

Mreža nizkopražnih programov dobro sodeluje s centri za socialno delo, z zdravstvenimi domovi ter drugimi vladnimi in nevladnimi organizacijami, zato predstavljajo pomembno informacijsko točko za uporabnike drog in tudi vstopno točko v programe pomoči za številne uporabnike drog. Vzpostavljeno je dobro strokovno sodelovanje med nizkopražnimi programi in drugimi programi, ki nudijo pomoč odvisnim od drog. Zato lahko ljudje, odvisni od drog, prehajajo iz programov nizkega praga v preostale programe in nasprotno. V mreži pomoči odvisnim predstavljajo nizkopražni programi za posameznika pomembno vstopno točko v mrežo pomoči odvisnim od drog v Sloveniji.

Zakonski okvir za delovanje sistema socialnega varstva postavlja Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/2007 in naslednji), temeljna izhodišča za obravnavo socialnih stisk in težav uporabnikov pa nacionalni program socialnega varstva, ki ga država sprejme za večletno obdobje (za pet ali deset let). Nacionalni program socialnega varstva opredeljuje osnovna izhodišča za razvoj sistema, cilje in strategije razvoja socialnega varstva, določa mrežo javne službe socialnovarstvenih storitev in javnih socialnovarstvenih programov ter opredeljuje način njegovega izvajanja in spremljanja ter odgovornost posameznih akterjev na različnih ravneh.

Osnovna izhodišča za obravnavo uporabnikov, ki imajo stiske in težave, povezane z uporabo prepovedanih drog, v sistemu socialnega varstva, so opredeljena v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 (Uradni list RS, št. 39/2006). Omenjeni nacionalni program se je z letom 2010 končal; v postopku sprejemanja pa je nov nacionalni program za obdobje 2011–2020 (spletno mesto Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ)).

Pomembni zakoni s področja socialnega varstva, ki so za uporabnike prepovedanih drog pomembni z vidika socialnih prejemkov in strokovne obravnave, so še: Zakon o socialnovarstvenih prejemkih (Uradni list RS, št. 61/2010, 40/2011), Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/2010, 40/2011), Zakon o posebnem dodatku za socialno ogrožene (Uradni list RS, št. 57/2009) in Zakon o socialnem podjetništvu (Uradni list RS, št. 20/2011).

Strokovne aktivnosti, namenjene reševanju socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog, se izvajajo v okviru javne službe (62 centrov za socialno delo) ter v okviru zasebnikov in nevladnih organizacij, ki izvajajo dopolnilne programe socialnega varstva.

V letu 2010 so v centrih za socialno delo zabeležili 357 obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog. V socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog, ki jih sofinancira MDDSZ, pa je bilo v letu 2010 vključenih prek 8.400 uporabnikov.

V letu 2010 je bila po enotnem modelu evalviranja prvič izvedena zunanja evalvacija programov socialne rehabilitacije zasvojenih, ki jih za obdobje petih let financira MDDSZ. Evalvirani so bili nizkopražni in visokopražni programi s področja prepovedanih drog ter programi za urejanje socialnih stisk zaradi alkoholizma in motenj hranjenja.

## 8.1 Socialna izključenost in uporaba drog

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

V okviru centrov za socialno delo se problematika prepovedanih drog najpogosteje obravnava v okviru prve socialne pomoči. Ugotovimo lahko, da se problematika prepovedanih drog na centrih za socialno delo ne obravnava prav pogosto. Med letoma 2008 in 2010 je bilo na letni ravni tovrstnih obravnav od 304 do 363 (Tabela 8.1).

Tabela 8.1: Število obravnav na centrih za socialno delo, povezanih s problematiko prepovedanih drog v obdobju 2008–2010

Problematika	2008	2009	2010
Prepovedane droge	304	363	357

Vir: Izpis iz baze socialnih podatkov, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS

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

Podatki IRSSV kažejo, da je bilo v socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog, ki jih sofinancira MDDSZ, v letu 2010 vključenih prek 8.400 uporabnikov, pri čemer k omenjeni vsoti niso šteti uporabniki različnih spletnih forumov, telefonskih in internetnih svetovanj ter širših preventivnih akcij.

### Evalvacija programov s področja socialne rehabilitacije zasvojenih

V letu 2003 sta IRSSV in Fakulteta za socialno delo začela izvajati projekt enotnega modela evalviranja socialnovarstvenih programov. Od začetne eksperimentalne faze pa do danes, ko so vsi javni socialnovarstveni programi vključeni v enoten postopek evalviranja, je minilo približno osem let. V tem obdobju so v projekt vključili prek 70 javnih socialnovarstvenih programov.

Za potrebe enotnega modela evalvacije so priredili Yatesov (1996 v Rode in sod., 2006) model evalvacije stroškov (in hkrati virov, iz katerih se ti stroški krijejo), postopkov, procesov in izidov, ki zagotavlja pregled nad izvajanjem programov, njihovo uspešnostjo in učinkovitostjo. Model je uporaben za samoevalvacijo programov, kot osnova za zunanjo evalvacijo in primerjavo med istovrstnimi programi. V tem okviru so razvili izobraževalni program, merske instrumente, pripravili računalniško aplikacijo za vnos podatkov in pripravili priročnik za uporabo aplikacije<sup>6</sup>.

Izvajalci javnih socialnovarstvenih programov tako letno izvajajo samoevalvacijo, na vsakih nekaj let (od tri do pet) pa so programi vključeni v zunanjo evalvacijo. Namena zunanje evalvacije (prva je bila izvedena v letu 2009) sta poglobitev informacij, pridobljenih na osnovi samoevalvacijskih poročil, in primerjava med istovrstnimi programi.

Za veljavnost zunanje evalvacije je pomembno, da je zagotovljena čim večja nepristranskost ocen in stabilnost meril ocenjevanja. V ta namen IRSSV in Fakulteta za socialno delo uporabljata tako imenovani dialoški pristop k evalvaciji, kjer ocene podaja več zunanjih ocenjevalcev (najmanj dva), v celotnem procesu pa sodeluje tudi oseba iz evalviranega programa (Rode in sod., 2006).

V letu 2010 je bila po enotnem modelu evalviranja prvič izvedena zunanja evalvacija programov socialne rehabilitacije zasvojenih, ki jih za obdobje petih let financira MDDSZ. Evalvirani so bili nizkopražni in visokopražni programi s področja prepovedanih drog, programi za urejanje socialnih stisk zaradi alkoholizma in motenj hranjenja. Evalvacija se je nanašala na prvo polletje 2010.

Cilji evalvacije so bili: preverjanje vključenosti načrtovane ciljne skupine v program, pregled finančne konstrukcije in kadrovske strukture programov, pregled postopkov dela v programih ter ugotavljanje kakovosti izvajanega programa za uporabnika po merilih, ki so skupna posameznim skupinam programov. Kot merske instrumente so uporabili vprašalnike za uporabnike, protokole za izvajalce in evalvatorje, dokumentacijo o programu in dokumentacijo za uporabnike. Evalvatorji so v programih opravili tudi obiske.

Merila za merjenje kakovosti programov so bila določena skupaj z izvajalci programov, nekaj pa jih je dodal še MDDSZ.

V zunanjo evalvacijo nizkopražnih programov s področja prepovedanih drog je bilo vključenih osem programov, ki so bili razdeljeni še v podskupine: dnevni centri; programi, ki izvajajo delo na terenu in imajo dnevni center; preventivno-informativni programi; programi, ki izvajajo samo terensko delo.

Večinoma so bili programi v velikem deležu ali celoti financirani iz javnih sredstev. Izjema je bil en program, ki je bil v dobrih 20 % financiran iz zasebnih virov.

---

<sup>6</sup>Več v Rode, N., Rihter, L., Kobal, B. (2006). Evalvacija programov v socialnem varstvu: model in postopek izvedbe. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Inštitut RS za socialno varstvo.

V skupini nizkopražnih programov ima večina zaposlenih šesto ali sedmo stopnjo izobrazbe, delež zaposlenih s strokovnim izpitom s področja socialnega varstva pa je nizek (od 25 % do 50 % zaposlenih). V nekaterih programih precejšnje število ur dela opravijo prostovoljci in drugi plačani izvajalci.

V programih so v prvi polovici leta 2010 imeli od 74 do 650 vključenih uporabnikov, število rednih uporabnikov v istem obdobju pa je bilo nekoliko nižje (od 24 do 362). Uporabniki so bili v programe povprečno aktivno vključeni od 5 do 28 ur mesečno. Vključeni uporabniki so v vseh programih sodili v vnaprej opredeljene ciljne skupine uporabnikov.

Za postopke neposrednega dela z uporabniki so izvajalci namenili od 60 do 82 % časa, le v enem izmed preventivno-informativnih programov so za te postopke porabili manj kot polovico časa.

Doseganje ciljev programov so evalvatorji v nekaterih primerih težko merili oziroma doseganja posameznih ciljev sploh niso mogli izmeriti, saj niso uspeli pridobiti dovolj zanesljivih podatkov (iz vprašalnikov in dokumentacije) uporabnikov in izvajalcev programov. V grobem je evalvacija pokazala, da v programih dnevnih centrov v največji meri prispevajo k doseganju naslednjih ciljev: obisk programa/prostora (aktivna vključenost); preprečevanje okužb, zmanjševanje tveganih načinov uporabe drog; omogočanje izbire uporabnikom in dostopnost do storitev.

V programih, ki izvajajo delo na terenu in imajo dnevni center, v največji meri prispevajo k obisku programa/prostora (aktivna vključenost); povpraševanju po informacijah, svetovanju (obisk spletnih strani, povpraševanje po informacijah); omogočanju izbire uporabnikom; urejenosti življenjskih razmer; zvišani samopodobi; povečani funkcionalni pismenosti; k dostopnosti do storitev. V primerjavi s preostalimi podskupinami nizkopražnih programov prispevajo tudi k vključitvi v visokopražne programe.

V preventivno-informativnih programih v največji meri prispevajo k doseganju naslednjih ciljev: obisk programa/prostora (aktivna vključenost); omogočanje izbire uporabnikom in dostopnost do storitev.

Ocenjevali so en sam program, v okviru katerega opravljajo izključno terensko delo in ima podobno kot programi dnevnih centrov najboljše ocene pri doseganju naslednjih ciljev: obisk programa/prostora (aktivna vključenost); povpraševanje po informacijah, svetovanju (obisk spletnih strani, povpraševanje po informacijah); preprečevanje okužb in zmanjševanje tveganih načinov uživanja drog.

Slabše stanje pri vseh podskupinah nizkopražnih programov pa je bilo zaznano pri doseganju naslednjih ciljev: ozaveščanje in opolnomočenje svojcev, odzivi javnosti na delo programa; v dveh podskupinah nizkopražnih programov tudi vzpostavitev izkustvenega laičnega dela in sekundarna menjava igel.

V zunanjo evalvacijo visokopražnih programov s področja prepovedanih drog je bilo prav tako vključenih osem programov.

Večinoma so bili programi v velikem deležu ali celoti financirani iz javnih sredstev. Izjema je bil en program, ki so ga v dobri tretjini financirali donatorji in drugi zasebni viri.

V skupini visokopražnih programov ima večina zaposlenih šesto ali sedmo stopnjo izobrazbe, delež zaposlenih s strokovnim izpitom s področja socialnega varstva pa je zadovoljiv (okoli polovice zaposlenih). V dveh programih precejšnje število ur dela opravijo prostovoljci in drugi plačani izvajalci.

V visokopražne programe je bilo v prvi polovici leta 2010 vključenih od 119 do 768 uporabnikov, število rednih uporabnikov v istem obdobju pa je bilo nekoliko nižje (od 77 do 523). Uporabniki so bili v programe povprečno aktivno vključeni od pet do dobrih dveh ur, mesečno do 422 ur. Razlike v količini aktivne vključenosti uporabnikov v program so precejšnje, kar je zlasti posledica dejstva, da imajo nekateri programi namestitvene zmogljivosti in celodnevne programe; ti programi imajo tudi višjo povprečno mesečno aktivno vključenost uporabnikov; drugi z nižjo povprečno mesečno aktivno vključenostjo uporabnikov pa namestitvenih zmogljivosti nimajo.

Vključeni uporabniki so v vseh programih sodili v vnaprej opredeljene ciljne skupine uporabnikov.

Za postopke neposrednega dela z uporabniki so izvajalci namenili od 65 do 80 % časa, le v enem programu je bilo tega dela bistveno manj, in sicer slabih 30 %. V programih v največji meri prispevajo k doseganju naslednjih ciljev: izboljšanje komunikacije; uvid v problem, sprejetje problematike s strani uporabnikov; varna, dobra socialna mreža; konstruktivno reševanje konfliktov; spremenjen odnos do zdravja – skrb za lastno zdravje; stabilna abstinenca; konstruktivno preživljanje prostega časa; zastavljanje in uresničevanje ciljev; boljša samopodoba in izboljšanje odnosov v družini. V nekoliko manjši meri pa v programih dosegajo cilj pridobitev novih spretnosti in znanj ter nadaljevanje šolanja.

## 8.2 Socialna reintegracija

### Programi socialne reintegracije

V letu 2010 je MDDSZ sofinanciral pet programov, v okviru katerih so izvajali reintegracijske (pod)programe (Tabela 8.2). Edini program, ki je v celoti reintegracijski, je Reintegracijski center, ki ga izvaja Center za socialno delo Kranj; preostali predstavljajo le del obširnih programov socialne rehabilitacije zasvojenih s prepovedanimi drogami. V vseh reintegracijskih (pod)programih, razen v enem, je uporabnikom na voljo stanovanjski in nestanovanjski del programa. Običajno so uporabniki določen čas vključeni v stanovanjski del, pozneje pa v nestanovanjskega oziroma ambulantnega.



Tabela 8.2: Programi socialne reintegracije, 2010

Izvajalec	Program (podprogram)	Število uporabnikov	Nastanitvene kapacitete (št. postelj)	Tip reintegracijskega (pod)programa
Center za socialno delo Kranj	Reintegracijski center	52	10	Stanovanjski in nestanovanjski
Projekt Človek	Projekt Človek (center za reintegracijo)	20	6	Stanovanjski in nestanovanjski
Društvo Svit Koper	Delo z uporabniki nedovoljenih drog in njihovimi svojci (reintegracijska skupina)	5	0	Nestanovanjski
Društvo UP	Pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem (reintegracija)	11	13	Stanovanjski in nestanovanjski
Zavod Pelikan Karitas	Program pomoči in celodnevne prebivanja za zasvojene (reintegracija)	11	4	Stanovanjski in nestanovanjski

Vir: Smolej in sod., 2011

Temeljno zakonsko podlago za represivno delo policije na področju prepovedanih drog predstavljata Kazenski zakonik Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 55/2008, 66/2008 – popr. in 39/2009) ter Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/1999, 44/2000, 2/2004 – ZZdl-A in 47/2004 – ZdZPZ).

Kazenski zakonik pojmuje dve glavni kaznivi dejanji s področja prepovedanih drog, in sicer v členu 186 prepoveduje in sankcionira neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami, v členu 187 pa inkriminira omogočanje uživanja prepovedanih drog. Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami pa v 33. členu z denarno kaznijo kaznuje posest manjše količine prepovedane droge za enkratno lastno uporabo.

Ministrstvo za notranje zadeve RS zbira podatke o kriminaliteti s pomočjo centralnega računalnika, v katerega se vnašajo podatki državne, regionalne in krajevne ravni policije.

V letu 2010 je policija zaznala 1.969 kaznivih dejanj (po Kazenskem zakoniku) in 3.328 prekrškov (opredeljenih po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami) s področja prepovedanih drog ter obravnavala 2.240 oseb zaradi suma storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog. Konoplja tudi v letu 2010 ostaja tista prepovedana droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov.

V letu 2010 je policija odredila 1.501 strokovni pregled, pri katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi; od tega je bil v 870 primerih izid analize pozitiven. Vozniki so najpogosteje vozili pod vplivom opiatov, metadona in kokaina.

Po slovenski zakonodaji se kot nadomestna kazen zaporu lahko omogoča opravljanje dela v splošno korist. V letu 2010 je nadomestno kazen zaporu v obliki opravljanja del v splošno korist izvajalo 12 obsojencev. Poleg tega zakonodaja omogoča še prestajanje kazni ob koncih tedna in hišni pripor; v letu 2010 je 65 obsojencev kazen prestajalo na enega izmed teh načinov.

Generalni urad Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij RS redno spremlja stanje na področju drog v zavodih za prestajanje kazni zapora, in sicer vsake tri mesece na določen dan preveri številčno stanje zaprtih oseb, ki imajo težave s prepovedanimi drogami. V letu 2010 je imela težave s prepovedanimi drogami dobra četrtina vseh zaprtih oseb.

V letu 2010 so pravosodni policisti prepovedane droge v zaporih odkrili v 105 primerih, pri čemer je bila konoplja tista prepovedana droga, s katero je povezano največje število najdb, sledi heroin. Glede na skupno količino najdenih drog pa so pravosodni policisti našli največ heroina, in sicer 352,36 g, sledijo kanabis z 254,75 g, kokain s 25 g in hašiš z 9,46 g.

## 9.1 Z drogami povezana kriminaliteta

### Kazniva dejanja in prekrški

Leta 2010 je policija v Republiki Sloveniji evidentirala 89.489 kaznivih dejanj, od tega je bilo 1.969 kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog, kar pomeni 2,3 % vseh evidentiranih kaznivih dejanj (Tabela 9.1). Približno enak odstotek evidentiranih kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog v razmerju do vseh kaznivih dejanj je zaznan tudi v zadnjih petih letih. V letu 2010 je policija obravnavala 2.240 oseb, osumljenih storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog.

Podatki, prikazani v Tabeli 9.1, se nanašajo na kazniva dejanja, ki jih opredeljujeta 186. in 187. člen Kazenskega zakonika Republike Slovenije<sup>7</sup>, ne zajemajo pa tako imenovane sekundarne kriminalitete (izvršitev drugega kaznivega dejanja zaradi pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge). Kar dve tretjini vseh evidentiranih kaznivih dejanj se nanašata na področje proizvodnje in prometa s prepovedanimi drogami (186. člen), in sicer gre najpogosteje za nakup prepovedanih drog zaradi prodaje, ponujanje na prodaj in za prodajo.

Tabela 9.1: *Skupno število evidentiranih kaznivih dejanj, število kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog, število osumljenih storitve kaznivega dejanja in število prekrškov s področja prepovedanih drog, 2006–2010*

	2006	2007	2008	2009	2010
Število vseh kaznivih dejanj	90.354	88.197	81.917	87.463	89.489
Število kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog	1.794	1.612	1.681	2.231	1.969
Število osumljenih zaradi storitve kaznivih dejanj s področja PD	2.102	1.783	1.963	2.570	2.240
Število prekrškov po Zakonu o proizvodnji in prometu s PD	2.974	3.077	3.314	3.338	3.328

Vir: Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra Ministrstva za notranje zadeve RS

V letu 2010 je policija zaznala 15,5-odstotni upad kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog v primerjavi z letom prej, medtem ko je še leta 2009 v primerjavi z letom 2008 zaznala 32-odstotni porast tovrstnih kaznivih dejanj. Vzrokov za upad evidentiranih kaznivih dejanj je več, poglobitna pa sta dva, in sicer obravnava kompleksnejših, torej dolgotrajnih kriminalističnih preiskav večjih mednarodnih kriminalnih združb in delna reorganizacija kriminalistične policije.

Največji odstotek evidentiranih kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog je evidentiran v vseh treh največjih policijskih upravah, torej Policijski upravi Ljubljana, Policijski upravi Maribor in Policijski upravi Celje. Na območju navedenih policijskih uprav je bila tako v letu 2010 evidentirana več kot polovica vseh kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog

<sup>7</sup>Člen 186 Kazenskega zakonika Republike Slovenije – »Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog« in člen 187 Kazenskega zakonika Republike Slovenije – »Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu«.

(1.194). Tako je bilo v istem obdobju na preostalih petih policijskih upravah evidentirano skupno 775 kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog. Takšno stanje je evidentno tudi za pretekla leta, in sicer so navedene tri največje policijske uprave evidentirale prek 50 % vseh kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog. Pri tem je treba poudariti, da gre za tri velike policijske uprave z večjim številom policistov.

Poleg tega je policija v letu 2010 zaznala tudi 3.328 prekrškov s področja prepovedanih drog, ki so opredeljeni po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami. Konoplja še naprej ostaja tista prepovedana droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov s področja prepovedanih drog, sledita heroin in kokain (glej Tabelo 10.2).

### Kazniva dejanja, storjena pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog

Zakon o kazenskem postopku (Uradni list RS, št. 32/2007) daje policistom tudi pooblastilo, da lahko v okviru predkazenskega postopka pri osumljenih storitve kaznivega dejanja preverjajo vpliv alkohola in prepovedanih drog. To naredijo z odreditvijo strokovnega pregleda, ki ga izvede pristojna zdravstvena institucija in zajema odvzem in analizo krvi ter urina.

V letu 2010 je policija obravnavala 65.346 osumljencev storitve kaznivih dejanj, od katerih jih je bilo 535 ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom alkohola, 94 pa pod vplivom prepovedanih drog (Tabela 9.2). To pomeni, da je bil le slab odstotek osumljencev ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog. V letu 2010 se je v primerjavi z letom 2009 delež osumljencev, ki so dejanje storili pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, zmanjšal, čeprav je bilo obravnavanih 12 % več osumljenih kot leto prej.

Tabela 9.2: Skupno število osumljenih storitve kaznivega dejanja in osumljenci, ki so kaznivo dejanje izvršili pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, 2006–2010

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Skupno število osumljenih storitve KD</b>	<b>53.431</b>	<b>55.879</b>	<b>50.232</b>	<b>58.132</b>	<b>65.346</b>
Število osumljenih storilcev KD, ki so dejanje izvršili pod vplivom alkohola	393	393	417	625	535
Število osumljenih storilcev KD, ki so dejanje storili pod vplivom prepoved. drog	139	126	138	137	94
<b>Skupno št. osumljenih pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog</b>	<b>532</b>	<b>519</b>	<b>555</b>	<b>762</b>	<b>629</b>

Vir: Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra Ministrstva za notranje zadeve RS

Največ kaznivih dejanj (opredeljenih po Kazenskem zakoniku), ki so bila storjena pod vplivom prepovedanih drog, se uvršča v premoženjsko kriminaliteto ter neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami (Tabela 9.3).

Tabela 9.3: Število osumljencev, ki so kaznivo dejanje storili pod vplivom prepovedanih drog po posameznih vrstah kaznivih dejanj iz Kazenskega zakonika, 2006–2010

Kaznivo dejanje po dikciji iz KZ	2006	2007	2008	2009	2010
Tatvina, čl. 204 KZ	18	12	28	7	18
Velika tatvina, čl. 205 KZ	28	30	39	11	10
Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog, čl. 186 KZ	50	32	16	36	11
Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu, čl. 187 KZ	9	9	18	5	0
Nasilništvo, čl. 296 KZ	3	2	5	3	10
Rop, čl. 206	0	8	11	1	2
Preprečitev uradnega dejanja ali maščevanje uradni osebi, čl. 299 KZ	2	9	1	7	2
Lahka telesna poškodba, čl. 122	2	3	1	6	3
Uboj, čl. 115	3	0	1	2	3
Poškodovanje tuje stvari, čl. 220 KZ	0	0	1	1	5

Vir: Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra Ministrstva za notranje zadeve RS

### Sekundarna kriminaliteta

V letu 2010 so policisti obravnavali 316 kaznivih dejanj, ki so bila storjena zaradi pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge, v letu 2009 je bilo takih kaznivih dejanj 783, v letu 2008 jih je bilo 575, v letu 2007 pa 459. Večina kaznivih dejanjih, ki so storjena zaradi pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge, se uvršča med premoženjske delikte (tatvine, velike tatvine, ropi, goljufije).

### Vožnja pod vplivom psihoaktivnih snovi

Psihoaktivne snovi zmanjšajo posameznikove sposobnosti zaznavanja in predelave informacij, sposobnosti učinkovitega mišljenja in ustrezne motorične reakcije. Tako neposredno vplivajo na zmanjšanje prometne varnosti in povečajo možnost povzročitve prometne nesreče. Uporabniki prepovedanih drog se najpogosteje ne odzovejo dovolj hitro, imajo moteno zbranost, so nepozorni pri prehitevanju, saj je motena njihova ocena časa in razdalje, imajo omejeno giblivoost oči, prepozno zavirajo. Opazni sta tudi povečana pripravljenost za tveganje in agresija do soudeležencev v prometu.

V letu 2010 je policija odredila 1.501 strokovni pregled, pri katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi; od tega je bil v 870 primerih izid analize pozitiven (Tabela 9.4). V letu 2010 je bilo v primerjavi z letom prej odrejenih 17,6 % manj strokovnih pregledov, pri katerih se je ugotavljala prisotnost prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi, za dobrih 16 % pa se je zmanjšala tudi ugotovljena prisotnost navedenih snovi pri kontroliranih voznikih. Sicer pa je prisotnost psihoaktivnih snovi med udeleženci v cestnem prometu vse do leta 2009 naraščala. Vzrok za upad v letu 2010 je delno v večjem zavedanju voznikov in delno v večjih kaznih.

Tabela 9.4: Število odrejenih strokovnih pregledov za ugotavljanje prisotnosti prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi ter število pozitivnih primerov, 2009–2010

	2009	2010
Odrejeni pregledi	1.821	1.501
Pozitivni pregledi	1.038	870

Vir: Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra Ministrstva za notranje zadeve RS

Izidi pozitivnih analiz krvi in urina, ki so bili opravljeni pri strokovnih pregledih, so pokazali, da so vozniki najpogosteje vozili pod vplivom opiatov, sledi vožnja pod vplivom metadona in kokaina (Tabela 9.5).

Tabela 9.5: Odkrite prepovedane droge in druge psihoaktivne snovi (zdravila) v izidih pozitivnih analiz, 2009–2010

	2009	2010
Amfetamini	66	48
Benzodiazepini	179	173
Kanabinoidi	189	115
Kokain	271	210
Metadon	336	239
Opijati	352	309
Antidepresivi	2	2
Antipsihotiki	3	1
Hipnotiki/sedativi	4	1
Opioidi	18	18
Drugo	674	614

Vir: Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra Ministrstva za notranje zadeve RS

Prvega julija letos so stopile v veljavo spremembe Zakona o varnosti cestnega prometa (Uradni list RS, št. 56/2008), po katerih se bo po novem ugotavljal vpliv psihoaktivnih snovi na zmanjšane sposobnosti varnega upravljanja vozila, medtem ko je po stari zakonodaji zadoščala že potrditev prisotnosti takšne snovi v organizmu, ni pa se ugotavljalo, ali je med vožnjo snov imela neposreden vpliv na sposobnosti voznika.

Skladno z novo zakonodajo se šteje, da je voznik pod vplivom prepovedane droge, psihoaktivnih zdravil in drugih psihoaktivnih snovi, pri katerem se s posebnimi sredstvi, z napravami ali s strokovnim pregledom ugotovi prisotnost takih snovi v krvi in/ali slini.

Za kršilce se na osnovi višjega dokaznega standarda in nedvomno dokazanega vpliva na vožnjo predvideva globa 1.200 evrov in 18 kazenskih točk. Vozniku bo prepovedana nadaljnja vožnja in začasno odvzeto vozniško dovoljenje (24 ur).

Če vpliv ne bo dokazan, ugotovljena pa bo prisotnost teh snovi v urinu, bo voznik napoten na kontrolni zdravstveni pregled. Za takšnega kršilca ni predpisane globe ali drugih sankcij. Vozniku bo prepovedana nadaljnja vožnja in začasno odvzeto vozniško dovoljenje (24 ur).

## 9.2 Preventiva pred kriminaliteto, povezano s prepovedanimi drogami

Preventivno delo policije na področju kriminalitete, povezane s prepovedanimi drogami, temelji predvsem na ozaveščanju ciljnih skupin o škodljivih posledicah uporabe prepovedanih drog in samozaščitnega ravnanja. Policija pri tem sodeluje z nevladnimi organizacijami, občinskimi sosveti, vzgojno-izobraževalnimi ustanovami in z vsemi drugimi akterji, ki delujejo na področju zmanjševanja problematike prepovedanih drog, in sicer na nacionalni, regionalni in krajevni ravni. Preventivno delo se izvaja v obliki predavanj ciljnim skupinam, v obliki svetovanja državnim ustanovam in pri pripravi različnih preventivnih gradiv, kot so npr. zloženke.

## 9.3 Nadomestne kazni zaporu

13. člen Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 22/2000) predvideva tudi izvrševanje dela v splošno korist, s katerim sodišče nadomesti kazen zaporu do dveh let. Postopek pripravi, vodi in nadzoruje center za socialno delo v sodelovanju z območnimi zavodi, pristojnimi za zaposlovanje. Dogovor o začetku opravljanja nalog, ki ga sklenejo obsojenec, organizacija, pri kateri se delo opravlja, in pristojni center, se šteje kot poziv za nastop kazni.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o prekrških (Uradni list RS, št. 9-318/2011) v 58. členu razveljavlja drugi odstavek 128. člena Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij, ki je določal, da lahko oseba na prestajanju uklonilnega zaporu sodišču predlaga nadomestitev plačila globe z opravljanjem nalog v splošno korist ali v korist lokalne skupnosti. V letu 2010 je bilo 33,1 % vsem uklonilno zaprtim osebam ugodeno delo v splošno korist med prestajanjem uklonilnega zaporu. Zaradi omejitve alternativne oblike poravnave globe se pričakuje večja prostorska obremenjenost zaporov, povečanje stroškov ter večanje socialnih stisk uklonilno zaprtih oseb.

132. člen Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij govori, da se sme prestajanje uklonilnega zaporu prekiniti oziroma odložiti zaradi zdravstvenih vzrokov. Na osnovi omenjenih predpisov se je v praksi izvajanja uklonilnega zaporu oseb, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog, izoblikovala praksa, da – če zavod ugotovi, da zaradi zdravstvenih težav oseba ni sposobna prestajati uklonilnega zaporu in nima sredstev za poravnavo globe – poda predlog za prekinitev.

Predlogi zaradi zdravstvenih vzrokov so v večini primerov odobreni – predvsem ko gre za odvisnosti (alkohol, droge ...). Postopek poteka tako, da se osebo pelje na zdravniški pregled v zavodsko ambulanto, zdravnik oceni, da gre za odvisnika in nato zavod sodišču predlaga neizvršitev uklonilnega zaporu. Evidenc glede odvisnosti uklonilno zaprtih sistematično zavodi ne vodijo.

V zadnjem obdobju je bilo na področju izvrševanja kazni uspešno vpeljanih nekaj milejših oblik prestajanja kazni, in sicer prestajanje zaporne kazni ob koncih tedna, hišni zapor in nadomestna kazen z opravljanjem dela v splošno korist (12., 12. a-člen in 13. člen Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij).

Pri prestajanju zaporne kazni ob koncih tedna (12. čl. Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij) direktor zavoda lahko dovoli obsojencem, ki so bili obsojeni na kazen zapora do 36 mesecev in če niso bili obsojeni na kazen zapora zaradi storitve kaznivega dejanja zoper spolno nedotakljivost, če so osebno urejeni ter so redno zaposleni ali se izobražujejo, da med prestajanjem kazni zapora še naprej ostajajo v delovnem ali izobraževalnem razmerju in prebivajo doma, razen ob prostih dneh, navadno ob koncu tedna, ko morajo biti v zavodu.

V letu 2010 je zaporno kazen ob koncih tedna prestajalo 63 obsojencev (Tabela 9.6), v letu 2009 pa 25. Večina je bila redno zaposlena in ni prekinila delovnega razmerja, en obsojenec se je izobraževal. Kazen zapora so v glavnem prestajali na odprtih oddelkih ali v regionalnih zavodih. Proste dneve (konec tedna, praznike, dopust) so preživljali v zavodu.

Kazen zapora do devetih mesecev lahko sodišče s sklepom nadomesti s hišnim zaporom (12. a-člen Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij). V tem primeru obsojenec kazen prestaja v poslopju, v katerem stalno ali začasno prebiva, oziroma v javni ustanovi za zdravljenje ali oskrbo, v kateri je nameščen. V letu 2010 je dvema obsojencema sodišče odobrilo izvrševanje kazni v obliki hišnega zapora (Tabela 9.6).

Nadomestno kazen z opravljanjem dela v splošno korist (13. čl. Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij), s katero sodišče nadomesti kazen zapora do dveh let, pripravi, vodi in nadzoruje center za socialno delo. Dogovor o začetku opravljanja nalog, ki ga sklenejo obsojenec, organizacija, pri kateri bo delo opravljal, in pristojni center, se šteje kot poziv za nastop kazni. V letu 2010 je bilo na nadomestno kazen dela v splošno korist napotenih 12 obsojencev (Tabela 9.6), v letu 2009 pa 26 obsojencev.

Tabela 9.6: Število obsojencev, ki so prestajali nadomestno kazen, po obliki nadomestne kazni, 2010

Zavod	Kazen – ob koncu tedna	Hišni pripor	Delo v splošno korist
Dob	0	0	0
Slovenska vas	4	0	0
Puščava	6	0	0
Ig	1	0	1
Celje	1	0	0
Ljubljana	0	0	1
OO Ig	14	0	0
Novo mesto	0	0	2
Koper	4	1	0
Nova Gorica	2	0	0
Maribor	6	1	6
Rogoza	24	0	2
Murska Sobota	1	0	0
<b>Skupaj</b>	<b>63</b>	<b>2</b>	<b>12</b>



## 9.4 Uporaba drog v zaporih

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 določen dan preveri številčno stanje zaprtih oseb, ki imajo težave s prepovedanimi drogami, in tudi število okuženih z virusom HIV, s hepatitisom in tuberkulozo. V letu 2010 je tako imela dobra četrtina vseh zaprtih oseb težave s prepovedanimi drogami, kar predstavlja podoben delež kot v zadnjih nekaj letih.

Tabela 9.7: Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih ljudi na določen dan v letih 2002–2010

Leto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Število vseh zaprtih oseb	5.219	4.725	4.344	3.097	3.572	4.311	4.383	4.730	4.592
Osebe s težavami zaradi droge	703	727	944	868	948	1.090	1.210	1.209	1.215
Delež	13,47 %	15,38 %	21,73 %	28,03 %	26,5 %	25,3 %	27,6 %	25,6 %	26,5 %

Vir : Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2010

V letu 2010 je bilo zaprtih 4.592 oseb, od tega jih je 1.215 imelo težave zaradi uporabe prepovedanih drog. V primerjavi z letom prej se je njihovo število povečalo za 6 oziroma za 0,9 %. Med njimi je bilo 30 oseb z izrečenim ukrepom obveznega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog (29 obsojencev in ena obsojenka).

Iz Tabele 9.7 je razvidno, da se je število oseb s težavami zaradi prepovedanih drog od leta 2002 do leta 2005 podvojilo, v zadnjih petih letih pa se ne zaznava več statistično pomembnega naraščanja oziroma padanja. Nacionalni strateški ukrepi na področju preprečevanja uporabe drog so naraščanje tovrstne problematike zajezili in to se verjetno odraža tudi v zaporih.

### Vnos prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi v zapor

V letu 2010 so pravosodni policisti psihoaktivne snovi odkrili v 105 primerih, pri čemer je bilo vseh najdb, vključno s pribori za uporabo, tabletami, z alkoholom, kar 216 (Tabela 9.8). Konoplja je tista prepovedana droga, s katero je povezano največje število najdb, in sicer so jo našli 58-krat, sledi heroin, ki so ga našli 40-krat. Poleg prepovedanih drog so pravosodni policisti odkrili različne vrste tablet, pribor za uporabo droge in tudi alkohol, pri čemer gre največkrat kar za pridelavo alkohola v zavodu s fermentacijo sadja in sladkorja ter kvasa.

Tabela 9.8: Število najdb prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi po posameznih vrstah, 2010

Zavod	Število najdb heroina	Število najdb kanabisa	Število najdb kokaina	Število najdb hašiša	Število najdb alkohola	Število najdb metadona	Število najdb tablet	Število najdb pribora	Število vseh najdb	Število vseh najdb droge
Dob	16	3	0	1	3	0	11	0	34	20
Slov. vas	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Puščava	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ig	1	1	0	1	1	0	13	6	23	3
Celje	3	7	1	0	1	0	9	1	22	11
Koper	5	7	0	0	0	0	12	1	25	12
N. Gorica	1	1	0	0	0	0	2	0	4	2
Ljubljana	8	20	2	0	1	0	15	3	49	30
N. mesto	1	1	0	1	0	0	2	1	6	3
OO Ig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maribor	5	12	1	0	0	1	14	7	40	18
M. Sobota	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Rogoza	0	1	0	0	0	0	2	0	3	1
Radeče	0	4	0	0	0	0	3	1	8	4
<b>Skupaj</b>	<b>40</b>	<b>58</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>83</b>	<b>20</b>	<b>216</b>	<b>105</b>

Vir : Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij

Glede na skupno količino najdenih drog so v letu 2010 pravosodni policisti našli največ heroina, in sicer 352,36 g, sledijo kanabis z 254,75 g, kokain s 25 g in hašiš z 9,46 g (Tabela 9.9). Poleg tega so pravosodni policisti našli še 30,8 l alkohola, 3 ml metadona in 2.800 kosov tablet. Največje količine posamezne vrste droge so bile najdene v Ljubljani, in sicer 56,8 g heroina, 15,4 g kokaina in 30,6 g kanabisa. Pravosodni policisti so v teh primerih drogo odkrili že pri vnašanju v zavod, torej še preden je prišla do zaprtih oseb. Sicer pa se v večjem številu primerov prepovedane droge odkrijejo po tem, ko so že vnesene v zavod oz. zapor.

Zaprte osebe so drogo v zavod vnašale na različne načine, in sicer je pogost način skrivanja droge na telesu ali v oblačilih (všito v robove itn.), metanje droge prek ograje in vnosa s paketi ter predvsem v tovarniško pakiranih živilih, v pisemskih pošiljkah. Ocenjuje pa se, da se večina droge v zavode pretihotapi v telesnih odprtinah.

Vnos prepovedanih drog v zapore se preprečuje s temeljitejšim nadzorom ob vstopu v zavod, z rednimi pregledi prostorov in oseb, s sodelovanjem s policijo pri zbiranju informacij in z odkrivanjem drog s pomočjo šolanih psov.

Tabela 9.9: *Količina najdenih prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi po vrsti snovi, 2010*

Zavod	Skupna količina heroina v g	Skupna količina kanabisa v g	Skupna količina kokaina v g	Skupna količina hašiša v g	Količina alkohola/l	Skupna količina metadona/ml	Skupna količina tablet/kos
Dob	158,6	12,16	0	5,7	23	0	1.355
Slovenja vas	0	0	0	0	3	0	0
Puščava	0	0	0	0	0	0	0
Ig	1	0,1	0	0,2	0,3	0	218
Celje	9,7	3	0,4	0	4	0	116
Koper	25,8	34,6	0	0	0	0	213
Nova Gorica	4,96	9	0	0	0	0	12
Ljubljana	129,6	165,3	22,4	0	0,5	0	740,5
Novo mesto	5	1	0	3,56	0	0	58
OO Ig	0	0	0	0	0	0	0
Maribor	17,7	16,3	2,2	0	0	3	55
Murska Sobota	0	1	0	0	0	0	0
Rogoza	0	0,09	0	0	0	0	25
Radeče	0	12,2	0	0	0	0	8
<b>Skupaj</b>	<b>352,36</b>	<b>254,75</b>	<b>25</b>	<b>9,46</b>	<b>30,8</b>	<b>3</b>	<b>2.800,5</b>

Najdena snov se tehta v bruto količini, kar pomeni skupaj z zavitkom, ki se v celoti izroči policiji

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij

## 9.5 Odzivi na z drogami povezane težave z zdravjem v zaporih

Glej izbrano poglavje o drogah in zaporu.

# 10. TRG Z DROGAMI

Po slovenski zakonodaji (Zakon o kazenskem postopku) je policija edini organ, odgovoren za zasege stvari, ki lahko služijo kot dokaz v kazenskem postopku. Tako v primerih, ko Carinska uprava RS odkrije prepovedane droge, o tem obvesti policijo ta pa potem izvede zaseg. Slovenska policija 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 načrtno zbira in analizira cene prepovedanih drog na drobno in debelo. Povprečna cena za celotno državo se izračuna na osnovi podatkov enajstih uprav, ki na terenu ugotavljajo cene drog.

V Sloveniji je v letu 2010 v primerjavi z letom prej zaznan upad skupnih količin zaseženih prepovedanih drog, kot so: heroin, kokain, ekstazi, kanabis. Izjema so le tablete amfetaminov, kjer je količina zaseženih tablet v porastu. Vzroka za upad zaseženih količin sta v tem, da se po klasični balkanski poti skozi nekdanjo Jugoslavijo v Evropsko unijo (EU) vozi manj prepovedane droge, saj se uporablja nekoliko več severovzhodna trasa, na kateri zaradi vstopa Bolgarije in Romunije v EU ni več strogega nadzora, poleg tega tihotapci prepovedane droge skozi Slovenijo tihotapijo v manjših količinah pa tudi način tihotapstva je bolj sofisticiran in ga je zato težje odkriti. Sicer pa Slovenija velja za tranzitno državo in državo uporabnico prepovedanih drog, ne pa tudi za proizvajalko prepovedanih drog, saj policija do zdaj ni zaznala proizvodnje heroina, kokaina ali sintetičnih drog. Izjema je le proizvodnja prepovedane droge konoplje, ki je v zadnjih letih v porastu. Tako je slovenska policija v letu 2009 evidentirala 11 prostorov, ki so bili prirejani za gojenje konoplje pod umetno ustvarjenimi pogoji, v letu 2010 pa kar 42 tovrstnih prostorov.

Cene prepovedanih drog – heroina, konoplje, ekstazija in amfetamina – se bistveno ne spreminjajo in v zadnjih petih letih ostajajo na približno isti ravni. Zaznana je bila le sprememba v ceni kokaina. Glavni vzrok za povečanje cene kokaina je višja čistost kokaina, ki je dostopen na nezakonitem trgu.

Povprečne koncentracije prepovedanih drog v Sloveniji, kot sta kokain in amfetamin, so bile tudi v letu 2010 konstantne, podobno kot v preteklih letih, manjša odstopanja so le pri koncentraciji heroina, ki se je v letu 2010 znižala.

## 10.1 Razpoložljivost in zasegi prepovedanih drog

V obdobju od leta 2006 do leta 2010 je v Sloveniji zaznan upad skupnih količin zaseženih prepovedanih drog. To velja predvsem za tiste droge, ki so najbolj razširjene in katerih

uporaba je nevarnejša. Izjema so le tablete amfetaminov, kjer je zaznan očiten porast količine teh zaseženih tablet (Tabela 10.1). Vzrok za upad zaseženih količin je težko razložljiv, gre pa predvsem za dejstvo, da se po klasični »balkanski poti« skozi nekdanjo Jugoslavijo v EU vozi manj prepovedane droge, saj se uporablja nekoliko severovzhodna trasa, na kateri zaradi vstopa Bolgarije in Romunije v EU ni več strogega nadzora. Drugi vzrok pa je ta, da tihotapci prepovedane droge drogo skozi Slovenijo tihotapijo v manjših količinah in so pri tem postali bolj sofisticirani predvsem v načinu tihotapstva, ki ga je težje odkriti. Dejstvo namreč je, da carinska služba na državni meji s Hrvaško že nekaj let ni evidentirala večjega zasega prepovedanih drog. Prav tako ni bilo v letu 2010 izvedenega večjega zasega prepovedanih drog na vseh treh mednarodnih letališčih kot tudi v Luki Koper. Kljub temu pa se iz podatkov, pridobljenih s kriminalistično obveščevalno dejavnostjo ocenjuje, da se prek Slovenije še vedno izvaja tihotapljenje prepovedanih drog, in sicer iz Balkanskega polotoka v druge države EU. Večina zaseženih prepovedanih drog je sicer namenjena v države EU, del pa je namenjen tudi območju Slovenije.

Kljub zaznanemu upadu skupnih količin zaseženih drog pa se po drugi strani povečuje število zasegov prepovedanih drog v notranjosti države. V letu 2010 je policija zaznala 5.015 zasegov prepovedanih drog. Največje število zasegov glede na posamezno prepovedano drogo se zaznava za konopljo, sledijo heroin, kokain in amfetamini (Tabela 10.2).

Slovenijo 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.

Slovenije ne moremo označiti kot proizvajalke prepovedanih drog, saj policija do zdaj v državi ni zaznala proizvodnje sintetičnih drog, prav tako 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. Če je slovenska policija v letu 2009 evidentirala 11 prostorov, ki so bili prirejeni za gojenje konoplje pod umetno ustvarjenimi pogoji, je bilo v letu 2010 evidentiranih 42 tovrstnih prostorov. Nekateri od teh laboratorijev so bili zelo sofisticirani; v njih se je do štirikrat letno pridelovalo skoraj do 1.000 rastlin. Vzrokov za povečanje te problematike je več. Po vsej verjetnosti sta k porastu tovrstne dejavnosti posameznikov in nekaterih kriminalnih skupin prispevala svetovna gospodarska kriza in naraščajoča brezposelnost. Kot je bilo neposredno v nekaterih primerih ugotovljeno, je bila za nekatere posameznike ta inkriminirana dejavnost edini vir zaslužka.

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.

Tabela 10.1: Skupna količina zaseženih prepovedanih drog po vrsti droge, 2006–2010

Vrsta prepovedane droge	Enota	2006	2007	2008	2009	2010
Heroin	Kg	182,29	60,443	136,524	41,787	36,203
Kokain	Kg	4,670	41,749	90,747	2,867	2,012
Ekstazi	Tbl	2950	1246	3539	16872	399
	Kg	0,818	0,0184	0	0,0361	0,003
Amfetamin	Tbl	201	1070	64	778	7524
	Kg	3,410	0,994	2,735	3,214	2,831
Kanabis biljka	Kos	2557	9483	7116	9373	9278
Kanabis marihuana	Kg	552,976	157,015	404,202	242,025	188,760
Kanabis smola – hašiš	Kg	4,340	0,684	0,429	0,689	0,224
Benzodiazepini	Tbl	1503	1249	2768	5116	1927
Anhidrid očetne kisline	Kg	0	6990	60000	0	0

Vir: Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra Ministrstva za notranje zadeve RS

Tabela 10.2: Število zasegov po posameznih vrstah prepovedanih drog, razdeljeno po prekrških in kaznivih dejanjih ter skupaj, 2007–2010

		2007			2008			2009			2010		
		P	KD	S	P	KD	S	P	KD	S	P	KD	S
Amfetamin	S	128	50	178	151	52	203	111	46	157	135	62	197
Benzodiazepini	S	44	14	58	40	16	56	67	49	116	56	40	96
Ekstazi	S	24	16	40	24	23	47	8	8	16	4	5	9
Konoplja – smola (hašiš)	S	116	19	135	105	21	126	74	9	83	48	9	57
Heroin	S	423	227	650	496	276	772	487	285	772	441	279	720
Kokain	S	129	97	226	143	103	246	158	113	271	145	133	278
Konoplja – rastlina	S	283	101	384	317	72	389	219	83	302	85	93	178
Konoplja – marihuana	S	2.014	331	2.345	2.041	406	2.447	2.285	460	2.745	2.600	490	3.090
Metamfetamin	S	22	5	27	14	7	21	1	1	2	0	0	0
Metadon	S	40	9	49	50	27	77	62	23	85	50	14	64
Morfin	S	0	2	2	3	1	4	6	3	9	5	2	7
Nedovoljene snovi v športu	S	0	0	0	0	5	5	1	31	32	4	164	168
Druge droge, ki se lahko uporabljajo v medicini	S	81	8	89	120	3	123	107	18	125	111	16	127
Druge droge, ki se ne uporabljajo v medicini	S	14	2	16	14	10	24	12	7	19	21	0	21
Predhodne sestavine	S	0	5	5	0	5	5	0	1	1	1	2	3
	S			4.204			4.545			4.735			5.015

P=prekrški, KD=kazniva dejanja, S=skupaj

Vir: Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra Ministrstva za notranje zadeve RS

V nadaljevanju so prikazane fotografije nekaterih odkritih prostorov za proizvodnjo konoplje, ki jih je obravnavala slovenska kriminalistična policija v letu 2010.

Fotografije 10.1–10.5: Fotografije odkritih prostorov za nezakonito hidroponično gojenje konoplje



## 10.2 Cene prepovedanih drog

Cene prepovedanih drog heroina, konoplje in amfetamina se bistveno ne spreminjajo in v zadnjih petih letih ostajajo na približno isti ravni. Tako se cena za gram heroina na nezakonitem trgu giba od 20 do 50 evrov, za konopljo od 3 do 10 evrov, za hašiš od 7 do 15 evrov, za gram amfetamina se cena giba od 5 do 40 evrov, cena za tableto ekstazija pa je od 3 do 10 evrov. Zaznana je bila le sprememba v ceni kokaina. Tako se je cena za gram kokaina v letu 2009 gibala okoli 50 evrov, v letu 2010 pa tudi do 100 evrov. Glavni vzrok za povečanje cene kokaina je višja čistost kokaina, ki je dostopen na nezakonitem trgu.

V Tabeli 10.3 so prikazane cene posameznih najbolj razširjenih prepovedanih drog na nezakonitem trgu v Sloveniji. Cene so v vseh primerih predstavljene v terminologiji od najmanjše do največje vrednosti in so ugotovljene predvsem pri operativnem delu kriminalistične policije ter z izvajanjem od pristojnih državnih tožilcev odobrenimi prikritimi preiskovalnimi ukrepi iz Zakona o kazenskem postopku. V večini primerov je cena odvisna od čistosti posamezne droge.

Tabela 10.3: Cene prepovedanih drog na nezakonitem trgu Slovenije v evrih, 2010

		1 GRAM	1 KG	1 TBL.	1000 TBL.
Konoplja	min.	3	1.500		
	maks.	10	3.000		
	tipično	6,50			
Hašiš	min.	7	3.000		
	maks.	15	8.000		
	tipično	11			
Heroin	min.	30	15.000		
	maks.	50	20.000		
	tipično	40			
Kokain	min.	40	30.000		
	maks.	100	70.000		
	tipično	70			
Amfetamin	min.	5			
	maks.	40			
	tipično	22			
Ekstazi	min.			3	1.500
	maks.			10	5.000
	tipično			6,50	

Vir: Zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra Ministrstva za notranje zadeve RS

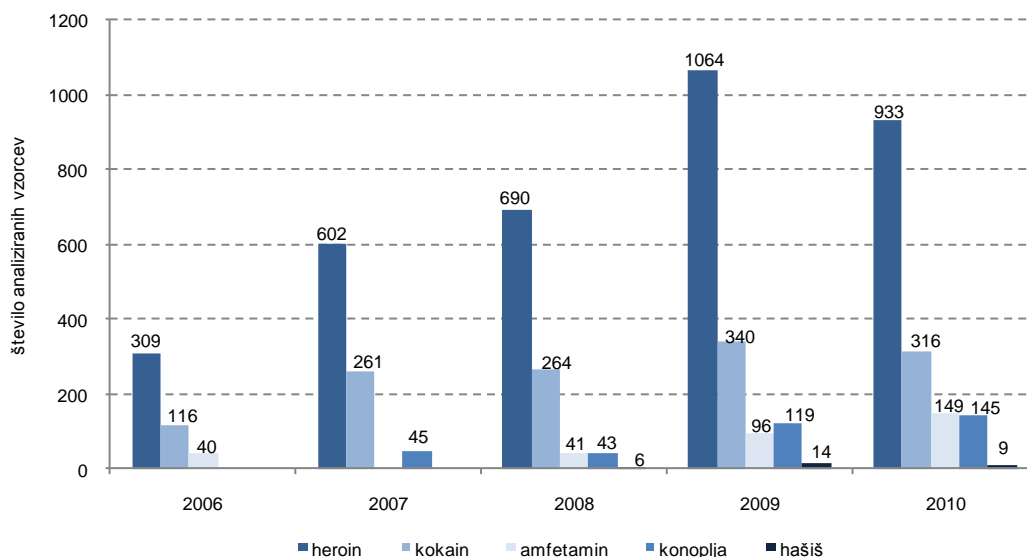
## 10.3 Kakovost in čistost prepovedanih drog

Kvantitativne analize najbolj razširjenih prepovedanih drog v Sloveniji se opravljajo v kemijskem laboratoriju Nacionalnega forenzičnega laboratorija (NFL) z različnimi instrumentalnimi metodami. V merjenje so vključene droge, ki jih policija zaseže v okviru odkrivanja kaznivih dejanj. V ta namen se zbirajo reprezentativni vzorci iz zadev po vnaprej določenih merilih. Kvantitativno se vrednotijo heroin, kokain, amfetamin ter celokupni



tetrahidrokanabinol (THC + THC-kislina) v konoplji in hašišu. Rezultati se poročajo mednarodnim ustanovam UNODC in EMCDDA. Število analiziranih vzorcev (v letih 2006–2010) glede na vrsto droge je prikazano v Sliki 10.1.

Slika 10.1: Število vzorcev prepovedanih drog za kvantitativne analize v obdobju 2006–2010

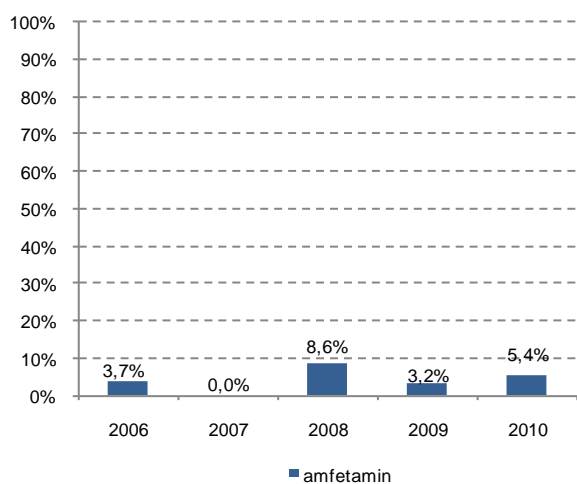
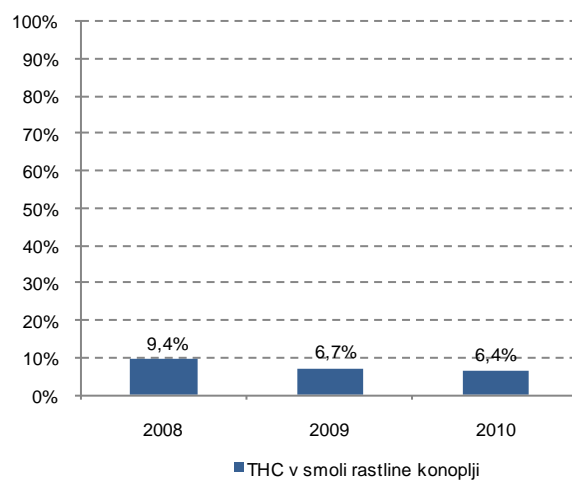
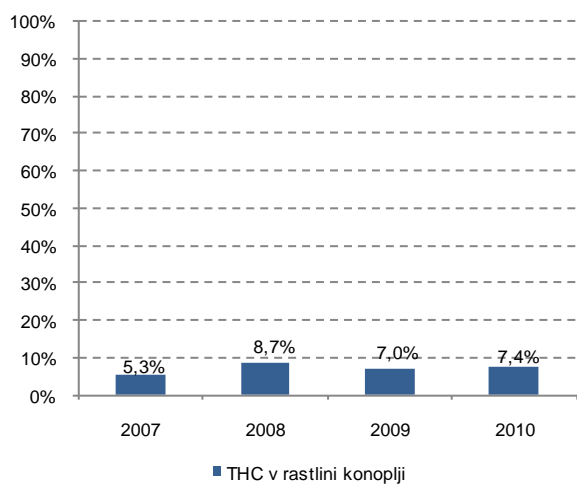
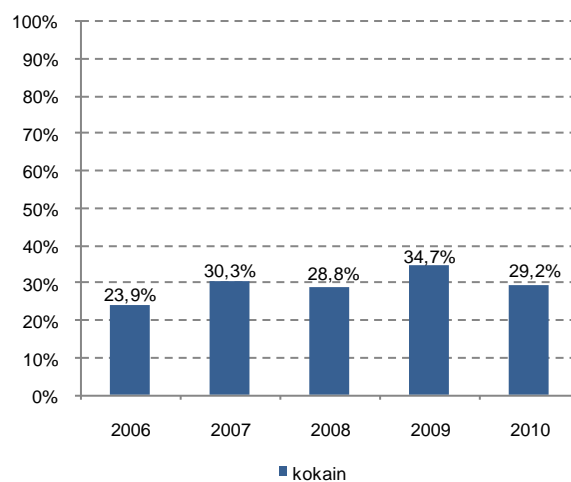
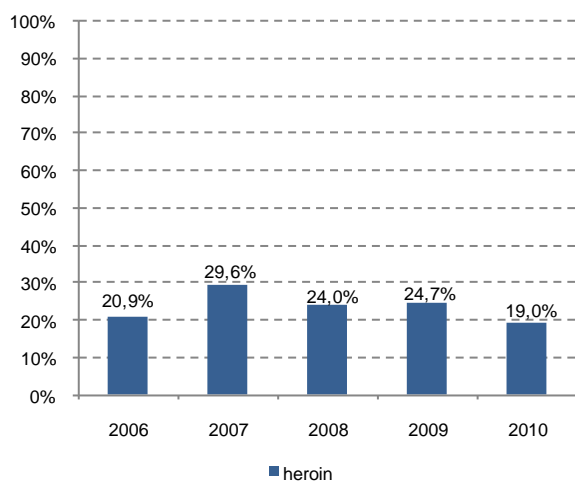


Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

Povprečne koncentracije nekaterih klasičnih prepovedanih drog v Sloveniji, kot sta kokain in amfetamin, so bile v obdobju 2006–2010 precej konstantne. Manjša odstopanja so le pri koncentraciji heroina, ki se je v letu 2010 znižala. Prav tako ni bistvenih odstopanj pri koncentracijah celokupnega THC v rastlini konoplji oz. hašišu.

Večina heroina, zaseženega v Sloveniji od leta 2006, je bila v obliki baze. Ta oblika je primerna za kajenje in ob dodatku citronske kisline tudi za injiciranje. V obdobju od leta 2007 do leta 2010 se je povprečna koncentracija heroina v analiziranih vzorcih s cca 30 % v letu 2007 znižala na cca 19 % v letu 2010 (Slika 10.2). Koncentracija heroina v uličnih vzorcih je v povprečju podobna koncentraciji heroina pri večjih zasegih, kar nakazuje, da se heroina v preprodajalski verigi na slovenskem trgu večinoma ne razredčuje. Skoraj vsi vzorci so vsebovali običajna dodatka paracetamol in kofein (Klemenc, 2010).

Slika 10.2: Povprečne koncentracije THC + THC-kislina ter heroina, kokaina in amfetamina baze v vzorcih, zaseženih v obdobju 2006–2010



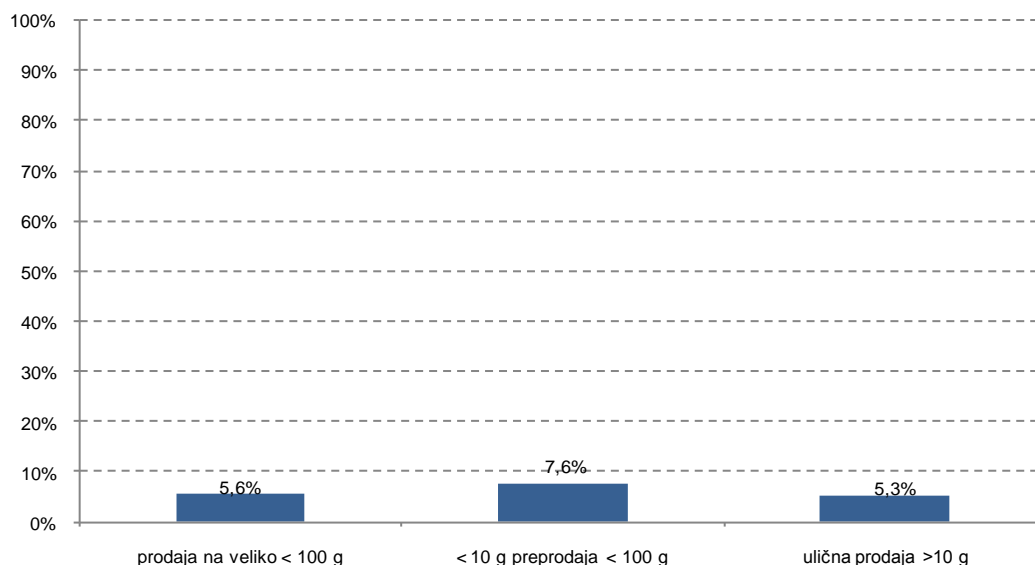
Koncentracija kokaina je bila skozi obdobje 2007–2010 med 29 in 35 %, pri čemer je koncentracija kokaina v uličnih vzorcih približno enaka koncentraciji kokaina v vzorcih iz večjih zasegov (Slika 10.2). Povprečna koncentracija kokaina je v letu 2010 znašala 29,0 % za mase vzorcev nižje od 1 g, 27,3 % za mase vzorcev med 1 in 10 g in 33,6 % za mase vzorcev nad 10 g.

Najpogostejši dodatek kokainu v letu 2009 je bil levamisol, drugi pogostejši dodatki pa so bili še lidokain, kreatinin, kofein, fenacetin, paracetamol, aspirin in salicilna kislina (Gostič in Kalinger, 2010). Podobni dodatki kokainu so zaznani tudi v letu 2010.

V rastlinskem materialu konoplje (vršički, listi – marihuana) in produktih konoplje (hašiš, tinkture itd.) se določajo koncentracije celokupnega tetrahidrokanabinola (THC). Večina analiziranih vzorcev je bila marihuana. Kvantitativne analize konoplje in hašiša niso pokazale bistvenih trendov v vsebnosti celokupnega THC v obdobju 2007–2010 (Hiti in sod., 2010). Tudi koncentracije celokupnega THC v konoplji in hašišu so medsebojno primerljive.

Podatke o povprečnih koncentracijah amfetamina NFL zbira od leta 2004, pri čemer podatka za leto 2007 ni. Večina zaseženih vzorcev amfetamina v tem obdobju je vsebovala aktivni dodatek kofein, razredčeni pa so bili najpogosteje s kreatinom. Povprečne izmerjene koncentracije amfetamina skozi obdobje 2006–2010 (razen za leto 2007) so bile konstantne, odstopanje je zapisano le v letu 2008. V letu 2010 ni opaziti bistvenih razlik v čistosti amfetamina med večjimi zasegi in uličnimi vzorci (Slika 10.3).

Slika 10.3: Povprečne koncentracije amfetamina za leto 2010 v vzorcih iz večjih zasegov in ulični vzorci



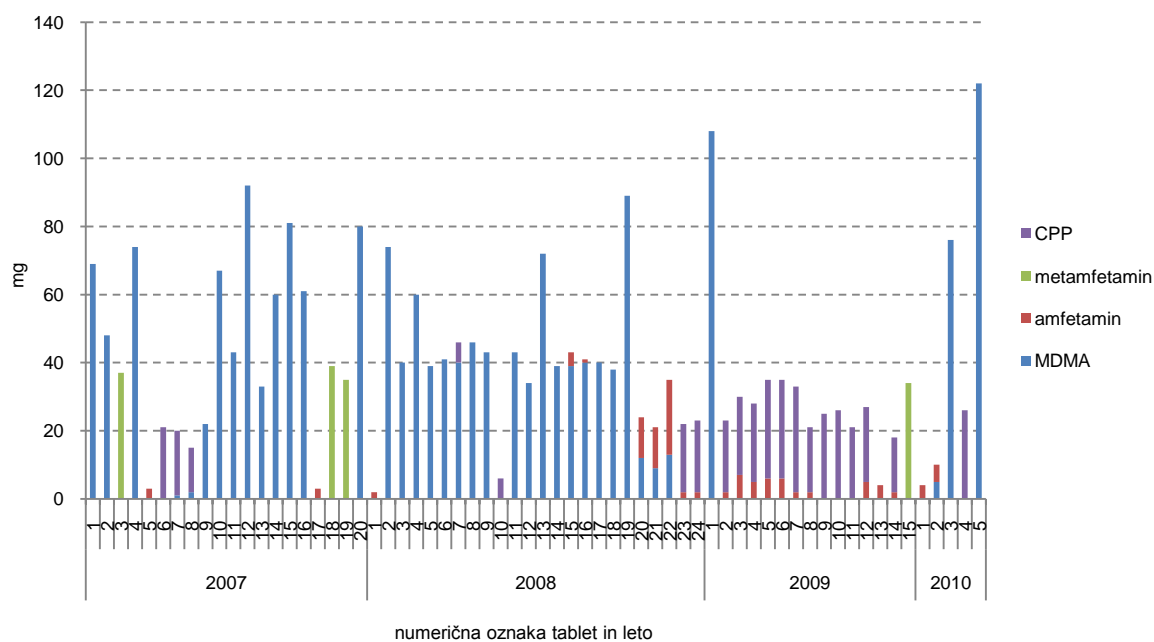
Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

Metamfetamin se v Sloveniji pojavlja redko. V letu 2010 je zaznanih le nekaj zasegov vzorcev metamfetamina, deloma v praškasti obliki in deloma v obliki tablet. Delež metamfetamina je bil določen le v tabletah.

Izrazita so nihanja v kemijskih sestavah nezakonitih sintetičnih drog. MDMA, ki je bil glavna sestavina nezakonitih tablet v obdobju 2007–2008, je leta 2009 nadomestil klorofenilpiperazin (CPP), po psihofizičnih učinkih podoben MDMA. CPP je bil najpogostejša aktivna komponenta v nezakonitih tabletah v letu 2009 (Janežič, 2010). Od 15 različnih vrst tablet, analiziranih v letu 2009, je le ena vrsta tablete vsebovala MDMA, v katerih pa je dokazana visoka koncentracija te spojine.

V letu 2010 so bile sestave nezakonitih tablet sintetičnih drog precej raznolike, zasegi pa maloštevilni. Pojav CPP je bil v letu 2010 manj izrazit. Analiziranih je bilo 5 različnih vrst nezakonitih tablet; od tega sta dve vrsti tablet vsebovali nadpovprečno množino MDMA, ena pa kombinacijo MDMA in amfetamina (Slika 10.4). Upad pojava nezakonitih tablet od leta 2009 sovpada s pojavom novih drog, imenovanih »legal highs«, še posebej mefedrona v praškasti obliki, ki je bil avgusta 2011 uvrščen na seznam prepovedanih drog v 1. skupino.

Slika 10.4: Mase aktivnih komponent MDMA, amfetamina, metamfetamina in mCPP v nezakonitih tabletah



Opomba: o-, m- ali p- pozicije klora v klorofenilpiperazinu NFL ne določa

Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

Podatki o čistosti različnih prepovedanih drog na ravni ulične prodaje so prikazani v Tabeli 10.4.

Tabela 10.4: Čistost različnih prepovedanih drog na ravni ulične prodaje

		Konoplja	Hašiš	Heroin	Kokain	Amfetamin	Ekstazi
Čistost	min.	0,1 %	1,0 %	10,0 %	4,05 %	0,3 %	np
	maks.	23,6 %	11,6 %	30,0 %	29,2 %	5,0 %	np
	tipično	7,4 %	6,4 %	17,0 %	86,5 %	22,3 %	np

np: ni podatka

Vir: Policija

**B**

**IZBRANA POGLAVJA**

### 11.1 Zaporski sistem in zaporniki

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

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

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

Glede na kategorijo zaprtih oseb se loči:

**Obsojenec:** oseba, zoper katero je s pravnomočno sodbo ugotovljeno, da je kazensko odgovorna.

**Pripornik:** oseba, k ji je začasno odvzeta prostost zaradi kazenskega postopka.

Uklonilno zaprti: osebe, ki deloma ali v celoti ne plačajo globe v določenem roku in so k plačilu prisiljene tako, da se jim izreče uklonilni zapor.

Pridrzan: oseba, kateri je odvzeta prostost na osnovi zakonsko določenih razlogov. Pridržanje sme trajati največ 24 ur od tiste ure, ko je bil obdolženec pridrzan.

Mladoletni obsojenec: oseba, mlajša od 18 let, zoper katero je s pravnomočno sodbo ugotovljeno, da je kazensko odgovorna.

Mladostniki v prevzgojnem domu: Mlajši mladoletniki/-ce (14.–16. leta), ki jim je bil izrečen vzgojni ukrep oddaje v prevzgojni dom.

Podatke o zaporskem sistemu in zaprtih osebah zbira in obdeluje Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij ter jih objavlja v letnih poročilih, ki so objavljena na spletu ([http://www.mp.gov.si/si/o\\_ministrstvu/ursiks\\_organ\\_v\\_sestavi/dokumenti/letna\\_porocila/](http://www.mp.gov.si/si/o_ministrstvu/ursiks_organ_v_sestavi/dokumenti/letna_porocila/)).

Tudi podatki, ki jih vsebuje to poglavje, so zajeti iz Letnega poročila 2010 ali pa pridobljeni neposredno od Uprave RS za izvrševanje kazenskih sankcij.

Po podatkih Letnega poročila 2010 je bilo v letu 2010 v vseh zavodih skupaj obravnavanih 4.765 oseb (Tabela 11.1); v primerjavi z letom 2009 se je skupno število obravnavanih oseb zmanjšalo za 3,7 % oziroma 185 oseb.

Tabela 11.1: Število zaprtih oseb po zavodih v letu 2010

Zavod	1.1.2010	Sprejeti	Skupaj	Priliv	Odpuščeni	Odliv	31.12.2010	Povprečno število
Dob	410	175	<b>585</b>	33	119	99	400	412,4
Slo. vas	50	1	<b>51</b>	70	27	37	57	51,3
Puščava	11	0	<b>11</b>	27	14	9	15	16,2
Ig	46	149	<b>195</b>	3	133	3	62	49,6
Celje	87	341	<b>428</b>	32	360	15	85	90,9
Koper	127	205	<b>332</b>	78	229	57	124	133,7
N. Gorica	27	227	<b>254</b>	29	242	5	36	29,8
Ljubljana	263	955	<b>1218</b>	45	887	143	233	245
N. mesto	37	460	<b>497</b>	16	427	40	46	45,3
OO Ig	28	0	<b>28</b>	54	55	14	13	18,1
Maribor	159	669	<b>828</b>	84	642	129	141	178,8
M. Sobota	37	181	<b>218</b>	26	202	10	32	37,6
OO Rogoza	32	50	<b>82</b>	54	98	3	35	38,9
PD Radeče	25	13	<b>38</b>	3	11	5	25	26,1
<b>Skupaj</b>	<b>1.339</b>	<b>3.426</b>	<b>4.765</b>	<b>554</b>	<b>3.446</b>	<b>569</b>	<b>1.304</b>	<b>1.373,7</b>

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2010

Med zaprtimi je bilo glede na kategorijo največ obsojencev, sledijo uklonilo zaprti in priporniki (Tabela 11.2). Med novo sprejetimi osebami jih je več kot 60 % že imelo izkušnjo z drogo, več kot 40 % pa jih je imelo predpisano substitucijsko terapijo; približno 30 % vseh zaprtih pa je bilo uporabnikov prepovedanih drog.

Tabela 11.2: Število zaprtih oseb po kategorijah, 2010

Zaprte osebe po kategorijah	Število
Obsojenci	1.967
Uklonilno zaprti	1.293
Priporniki	1.292
Pridržani	173
Mladoletni obsojenci	2
Mladoletniki v popravnem domu	38
<b>Skupaj</b>	<b>4.765</b>

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2010

Glede na vrsto kaznivega dejanja (po Kazenskem zakoniku) je bilo v letu 2010 največ obsojencev in mladoletnikov zaprtih zaradi storitve kaznivega dejanja s področja premoženjskih deliktov, sledijo kazniva dejanja zoper človekovo zdravje, zoper človekovo življenje in telo ter zoper spolno nedotakljivost (Tabela 11.3). Z uporabo prepovedanih drog so povezana predvsem kazniva dejanja zoper premoženje, zoper življenje in telo ter zoper človekovo zdravje.

Tabela 11.3: Kazniva dejanja obsojencev in mladoletnikov po vrsti kaznivega dejanja, 2010

Kaznivo dejanje zoper	Obsojenci	Mladoletniki
Življenje in delo	213	4
Človekove pravice in svoboščine	31	2
Spolno nedotakljivost	184	3
Človekovo zdravje	241	2
Zakonsko zvezo, družino	48	1
Delovno razmerje in socialno varnost	2	0
Premoženje	949	23
Gospodarstvo	67	0
Pravni promet	14	0
Uradno dolžnost in javna pooblastila	3	0
Pravosodje	2	0
Javni red in mir	126	5
Splošno varnost	12	0
Varnost javnega prometa	73	0
Okolje, prostor, naravne dobrine	1	0
Človečnost in mednarodno pravo	1	0
<b>Skupaj</b>	<b>1.967</b>	<b>40</b>

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2010



V letu 2010 je bilo zaprtim osebam izrečenih 316 stranskih kazni in varnostnih ukrepov, od tega je bil 30 osebam (9,5 %) izrečen ukrep obveznega zdravljenja narkomanov.

## 11.2 Organiziranost zdravstvene službe v zaporih

V letu 2009 so se zavodske ambulante vključile v javnozdravstveno mrežo, s čimer so regionalni zdravstveni domovi postali izvajalci zdravstvenega varstva za zaprte osebe, poleg tega se organizirajo tudi vsa potrebna specialistična in bolnišnična zdravljenja zunaj zaporov. Tako je zagotovljen enak standard oskrbe, kot je sicer v družbi, in kontinuiteta obravnave pred prebivanjem v zaporu, med njim in po njem.

Ob vstopu v javnozdravstveno mrežo je bil med drugimi določen tudi delež zdravstvenih timov na posamezno lokacijo. Zdravstveno osebje navadno sestavljajo medicinske sestre (tehnik), ki so zaposlene v okviru Uprave RS za izvrševanje kazenskih sankcij, ter zdravniki in medicinske sestre, ki jih zagotavljajo regionalni zdravstveni domovi. Odgovornost za izvajanje zdravstvene nege – ne glede na to, da so nekateri zdravstveni delavci (medicinske sestre) zaposleni v okviru Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij – imajo regionalni zdravstveni domovi. Zdravstveni domovi zagotavljajo kakovost in varnost zdravstvene obravnave. Za koordinacijo dela v splošni ambulanti v zavodu je odgovoren zdravnik.

Zaprtim osebam, ki imajo težave s prepovedano drogo, se v okviru zdravstvene nege zagotavlja:

- prvi pregled pri zdravniku najpozneje v 24 urah od sprejema v zavod;
- obravnavo pri splošnih zdravnikih in specialistih;
- substitucijsko terapijo (vzdrževalno, redukcijsko, na novo vzpostavljeno, terapijo pred odpustom);
- urinsko preverjanje prisotnosti drog v telesu;
- celostno obravnavo psihofizičnega stanja;
- testiranje na HIV in hepatitise ter cepljenje proti hepatitisu B;
- zdravljenje okuženih pri specialistih infektologih;
- ozaveščanje o preprečevanju širjenja okužb s tveganimi vedenji ter zagotavljanje razkužil in rokavic iz lateksa.

Regionalni zdravstveni domovi zagotavljajo zavodom za prestajanje kazni zapora tudi ambulante za odvisnike, ki pa so v različnih zavodih za prestajanje kazni zapora oziroma v regionalnih zdravstvenih domovih organizirane različno (Tabela 11.4). Manjšim oddelkom ambulantne storitve za odvisnike navadno zagotavljajo matični zavodi. Sicer pa je delovanje ambulant za odvisnike v nekaterih zavodih za zdaj še vedno omejeno bolj ali manj na izvajanje substitucijske terapije, čeprav naj bi bila zagotovljena celostna obravnava odvisnika.

Tabela 11.4: Izvajanje ambulante za odvisnike in število zdravstvenega osebja

Zavod	Ambulante za odvisnike	Št. zdravnikov in psihiatrov v okviru javne zdrav. mreže	Zdrav. tehniki (med. sestre) v okviru UIKS
ZPKZ Dob	Ambulanto za odvisnike vodi pogodbeni zdravnik Zdravstvenega doma Trebnje. Omogočeni so: psihoterapevtska obravnava odvisnikov (psihoterapevtski ukrep), suport, substitucijski tretma.	2+1*	3
ZPKZ Ljubljana	Ambulanta za odvisnike deluje v okviru zavodske ambulante, izvajalec je Zdravstveni dom Ljubljana. Obravnava zagotavlja podeljevanje metadona, terapije, psihiatrične preglede, sodelovanje s CZOPD.	2+1*	2
ZPKZ Maribor	Ambulanto za odvisnike izvaja specialist psihiater, ki hkrati pokriva tudi psihiatrično ambulanto. Vzpostavljeno je sodelovanje z zavodskimi terapevti in metadonskim centrom Maribor (substitucijska terapija). V OO Rogoza zaradi majhnega števila odvisnikov te vključujejo v obravnavo v psihiatrično ambulanto v matičnem zavodu.	2+1*	2
ZPMZKZ Celje	Ambulanta za odvisnike se izvaja v sklopu ZD Celje. Psihiatrična obravnava psihiatričnih pacientov in pacientov s težavami z odvisnostjo se izvaja vsakih 14 dni. Pri pacientih s težavami z odvisnostjo se izvajajo obravnava odvisnikov brez terapije, obravnava s substitucijsko terapijo, druge terapije (nesubstitucijske).	2+1*	2
ZPKZ Ig	V okviru zavodske ambulante ambulanta za odvisnost ne deluje. ZD Ljubljana nudi psihiatrično oskrbo za vse zaprte osebe (dvakrat mesečno).	2+1*	1
ZPKZ Koper	V zavodu enkrat tedensko poteka ambulanta za odvisnike, ki jo izvajajo v okviru ZD Koper.	2+1*	2
Oddelek Novo mesto	V oddelku Novo mesto zagotavlja storitve ambulante za odvisnike psihiater, ki je tudi vodja Centra za obravnavo odvisnosti v Novem mestu, ki deluje v okviru ZD Novo mesto.	2+1*	1

\*Medicinske sestre, ki sodelujejo z zdravnikom in ki jih dodatno zagotavljajo regionalni ZD (ne UIKS)

Številka 2 v drugem stolpcu pomeni 1 zdravnik, 1 psihiater

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij

### 11.3 Zagotavljanje obravnave za osebe s težavami zaradi drog

Zakonsko osnovo za izvajanje obravnave oseb s težavami zaradi prepovedanih drog v zavodih za prestajanje kazni zapora tvorijo: Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 22/2000), Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi

uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/99) in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92; št. 72/06).

Zaprte osebe, odvisne od prepovedanih drog, se obravnava skladno s strategijo (Strokovna navodila za obravnavo zaprtih oseb uživalcev drog, Navodilo o oddajanju urina in izvedbi kontrolnega preizkusa), ki omogoča vzpostavitev in vzdrževanje abstinence, izvedbo spremembe življenjskega sloga brez drog in pripravo na odpust.

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

Generalni urad Uprave RS za izvrševanje kazenskih sankcij redno spremlja stanje na področju drog v zavodih za prestajanje kazni zapora, in sicer z zajemanjem podatkov za letno poročilo. Vsake tri mesece na določen dan preveri številčno stanje zaprtih oseb s težavami s prepovedanimi drogami in tudi število okuženih z virusom HIV, hepatitisi in s tuberkulozo. Z dnevno komunikacijo z zavodi pa med drugim spremlja tudi vse izredne dogodke, povezane s to problematiko.

V letu 2010 je dobra četrtnina vseh zaprtih oseb imela težave s prepovedanimi drogami, sicer pa se je trend števila oseb s težavami zaradi prepovedanih drog od leta 2002 do leta 2005 podvojil, v zadnjih petih letih pa se ne zaznava več statistično pomembnega naraščanja oziroma padanja (Tabela 11.5).

Tabela 11.5: Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih oseb na določen dan v letih 2002–2010

Leto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Osebe s težavami zaradi droge	703	727	944	868	948	1.090	1.210	1.209	1.215
Delež	13,47 %	15,38 %	21,73 %	28,03 %	26,5 %	25,3 %	27,6 %	25,6 %	26,5 %

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2010

V letu 2010 je bilo prepoznanih 1.215 zaprtih oseb, ki so imele težave zaradi uporabe prepovedanih drog. V primerjavi z letom prej se je njihovo število povečalo za 6 oseb oziroma za 0,9 %. Med njimi je bilo 30 oseb z izrečenim ukrepom obveznega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog (29 obsojencev in ena obsojenka).

256 oseb je imelo abstinenci krize, ki so jih obravnavali v zavodskih ambulantah. Težave so lajšali predvsem z zdravljenjem pa tudi s povečanjem odmerka metadona.

## Metadonska terapija

Metadonska terapija se izvaja v sodelovanju z zdravniki specialisti regionalnih centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. V sodelovanju s Koordinacijo centrov za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog so bila izdelana Strokovna navodila za obravnavo zaprtih oseb, odvisnih od prepovedanih drog, ki vsebujejo enotno doktrino zdravljenja z nadomestnimi zdravili v zavodih.

Substitucijsko zdravilo pacient zaužije pod nadzorom. Kadar je substitucijsko zdravilo metadon, se podeljuje v obliki razstopine, pomešane s sadnim sokom. V zaporih težko pride do prekomernega odmerka, če pa že, se to dogaja v obliki podtalnega trgovanja s substitucijskimi zdravili med zaprtimi.

Med 1.215 zaprtimi osebami, ki so bile odvisne od prepovedanih drog ali so imele težave zaradi uporabe drog, je prejelo metadonsko terapijo 538 ali 44,2 % zaprtih oseb (Tabela 11.6). Največ je bilo vzdrževalne terapije. V primerjavi z letom 2009 se je število oseb na metadonski terapiji zmanjšalo za 1,6 %.

Med 969 novosprejetimi osebami s težavami z drogo je bilo 418 ali 43,1 % oseb z že predpisano metadonsko terapijo. Metadonsko terapijo je prejelo 45 oseb, ki so bile ukлонilno zaprte.

Tabela 11.6: Število zaprtih oseb na metadonski terapiji, 2004–2010

Leto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Število	380	382	532	586	542	547	538

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2010

## Testiranja

Imunokemijsko urinsko testirane so bile zaprte osebe, ki so se vključile v program obravnave odvisnosti od prepovedanih drog in so pisno potrdile terapevtski dogovor z izvajalci programov obravnave. Testi so bili uporabljeni predvsem za ugotavljanje prisotnosti opiatov, kanabisa in benzodiazepinov. Z urinskimi testi so bile preverjane tudi vse zaprte osebe na metadonski terapiji. Ob pozitivnem testu jim je bila terapija postopno ukinjena. V letu 2010 je bilo porabljenih 3.933 urinskih testov.

Za testiranje na HIV in hepatitis se je odločilo več zaprtih oseb kot v letu 2009. Bolniki so iskali pomoč in svetovanje tudi v ambulantah za aids. Po razpoložljivih podatkih o izidih testiranj v letu 2010 je bila ena oseba okužena z virusom HIV. Hepatitis B je bil potrjen pri 11 obsojencih, hepatitis C pa pri 60 zaprtih oseb (Tabela 11.7). Tudi v letu 2010 so v zavodih izvajali preventivne dejavnosti za preprečevanje obolevnosti za omenjenimi boleznimi.

Tabela 11.7: *Izsledki prostovoljnih in zaupnih testiranj na hepatitis in HIV v letih 2002–2010*

Leto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Število testiranih na HIV	140	134	179	305	242	297	235	202	197
Število testiranih na hepatitis	247	183	269	303	322	378	326	271	284
HIV	4	0	0	0	2	1	1	2	1
Hepatitis A	0	3	3	2	1	2	0	0	0
Hepatitis B	15	14	10	7	12	15	7	13	11
Hepatitis C	28	63	90	85	87	97	75	47	60
Skupaj	47	80	103	94	102	115	83	62	72

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2010

Sicer na ravni zavodov za prestajanje kazni zapora ne obstaja posebna strategija ali politika obvladovanja okužb s HIV, ampak se smiselno uporablja nacionalna Strategija preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV za obdobje od leta 2010 do leta 2015.

### Programi pomoči

Osebe, ki imajo težave zaradi prepovedanih drog, se lahko vključujejo tudi v nizkopražne, višjepražne ali visokopražne programe. V letu 2010 se je v tovrstne programe vključevalo 619 oseb s težavami zaradi drog (Tabela 11.8).

Tabela 11.8: *Število zaprtih oseb, vključenih v programe obravnave po kategorijah, 2010*

Nizkopražni programi	Višjepražni programi	Visokopražni programi
353	186	80

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2010

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. Za tovrstno obliko obravnave se je v letu 2010 odločilo 95 zaprtih oseb, kar je za 28 več kot v letu 2009. Po prestani kazni je obravnavo v zunanjih ustanovah nadaljevalo 62 zaprtih oseb, to pa je 13 oseb več kot v letu 2009.

Zunanje organizacije (Tabela 11.9) prilagojeno zaprtim osebam izvajajo svoje programe. Osnovni metodi dela sta svetovanje in informiranje. Obe aktivnosti sta največkrat tesno povezani. Odvisni sta od potreb, v glavnem pa se dotikata težav, povezanih z zasvojenostjo: pomoč pri odkrivanju pojava, opredelitev kompleksnosti problema glede na farmakologijo, starost, spol, socialni status ali vlogo, osebnostne lastnosti, družinske razmere. Nudijo pomoč pri interpretaciji in oceni problema, načrtovanju reševanja le-tega in praktično pomoč pri reševanju. Informacije so največkrat potrebne glede naslovov služb pomoči in vstopnih pogojev, dejstev, nevarnosti in drugih podatkov v povezavi z drogami, zmanjševanja škode in preventivnih ukrepov. Del storitev programa poleg informiranja in svetovanja vključuje tudi praktično pomoč (pomoč pri pisanju prošenj, vlog in pritožb, spremljanje in zagovorništvo v

različnih službah in ustanovah, zbiranje konkretnih informacij, pomembnih za reševanje težav, navezavo prvih stikov in dogovore ...). Pomemben del programa je tudi možnost spremljanja obsojenk in obsojencev na namenskih izhodih, v okviru katerih si urejajo življenje in rešujejo trenutne težave ter pripravljajo temelje za uspešno reintegracijo po končani kazni. Svetovalni pogovori trajajo približno uro, tudi do uro in pol, različno, v nekaterih zavodih od enkrat do dvakrat tedensko, ponekod (manjši) enkrat mesečno.

Sodelovanje zaprtih oseb, odvisnih od nedovoljenih drog, z nevladnimi organizacijami poteka različno, lahko samo v zavodu, lahko pa tudi zunaj. Odvisno je od uspešnosti v obravnavi, ki si jo pridobijo med prestajanjem kazni, režima, v katerem prebiva (zaprti, polodprti, odprti), in od formalnih razlogov (odprt kazenski postopek, čakajoča kazen itn.).

Tabela 11.9: *Nevladne organizacije, ki izvajajo dejavnosti v posameznih zavodih, 2010*

Zavod	Sodelovanje z nevladnimi organizacijami
Dob	Društvo Projekt Človek, Stigma
Slovenja vas	Društvo Projekt Človek, Stigma
OO Puščava	Društvo Projekt Človek, Stigma
Ig	Društvo Projekt Človek, Stigma, Društvo zdrava pot Maribor, Društvo Up, Zavod Vir, Ozara, Altra
Celje	Inštitut Vir, Društvo Projekt Človek
Koper	Društvo Projekt Človek, Društvo Križišče
Nova Gorica	Društvo Projekt Človek, Društvo Križišče
Ljubljana	Stigma
Novo mesto	Društvo Projekt Človek, Društvo Srečanje
OO Ig	Stigma
Maribor	Društvo Projekt človek
Murska Sobota	Društvo Projekt človek
OO Rogoza	Društvo Projekt človek
PD Radeče	/

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij

V zavodih za prestajanje kazni zapora se ne izvajajo programi zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog.

### Reintegracija

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, v izvajanje interesnih dejavnosti, razvoj odnosov s svojci, obvladovanje osebnostnih težav in težav z mogočo odvisnostjo. Pomemben je tudi obsojenčev odnos do kaznivega dejanja, ki se odraža med prestajanjem kazni.

Za vsakega posameznika se ta proces konkretizira v obliki osebnega načrta 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 na 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, v domovih obsojencev, na zavodih za zaposlovanje, deloviščih in pri delodajalcih ter v 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.

### 12.1 Obseg problematike

#### Porodnice, uporabnice drog

Za potrebe Nacionalnega poročila 2008 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji je bila na IVZ narejena analiza podatkov nacionalnega Perinatalnega informacijskega sistema Slovenije o številu porodnic, uporabnic prepovedanih drog. Analiza podatkov (Mihevc Ponikvar, 2008) je pokazala, da je bilo v obdobju 2006–2007 med 38.280 ženskami, ki so rodile v Sloveniji, 99 porodnic, ki so imele v svoji zdravniški kartoteki vpisano diagnozo odvisnosti od prepovedanih drog. 25 porodnic je uporabljalo droge v zadnji nosečnosti. Največje število porodnic, ki so uporabljale droge med nosečnostjo, je bilo v obalno-kraški regiji. Povprečna starost teh žensk je bila 29 let. Ženske, ki so med nosečnostjo uporabljale droge, so bile pogosteje samske in so imele nižjo izobrazbo v primerjavi s preostalimi porodnicami, ki niso imele težav z drogo. Na prvi ginekološki pregled so prišle pet tednov pozneje in so v nosečnosti pogosteje kadile kot druge porodnice. Med novorojenčki mater uporabnic drog je bilo več prezgodnjih porodov z nižjo porodno težo kot med preostalimi novorojenčki. Za podatke, zajete iz nacionalnega Perinatalnega informacijskega sistema Slovenije, se glede na metodologijo zbiranja podatkov ocenjuje, da so pomanjkljivi in da je število porodnic, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog, večje (Mihevc Ponikvar, 2008).

Raziskava Breganta (2003) o uporabi drog v nosečnosti v Sloveniji, v kateri je bila narejena retrogradna analiza iz 90.000 porodnih zapisnikov v obdobju 1997–2001, je razkrila 50 porodnic, ki so v nosečnosti uporabljale prepovedane droge. Pri 32 porodnicah, uporabnicah drog, so imeli novorojenčki po porodu abstinenčne težave, 23 otrok je imelo neonatalni sindrom. Povprečna starost mater, uporabnic prepovedanih drog, je bila 22,75 leta. Največji delež porodnic je predstavljal samske ženske (62,5 %) ali pa so živele v zunajzakonski skupnosti. Njihova izobrazbena struktura je bila nizka; največji delež jih je imelo le poklicno izobrazbo (31,3 %) ali pa so bile brez izobrazbe (21,9 %). Kar tri četrtine teh nosečnic je kadilo cigarete. Med novorojenčki uporabnic drog je bilo več nedonošenčkov od slovenskega povprečja in kar štirikrat več je bilo zahirančkov. Njihova porodna teža je bila nižja tudi od porodne teže otrok kadilk, ki niso uporabljale prepovedanih drog. 40 % otrok, rojenih materam uporabnicam drog, je bilo premeščenih na intenzivne oddelke in tudi delež dojenih otrok je bil nižji od slovenskega povprečja.

Raziskava Dularjeve (2007), ki je bila narejena za potrebe diplomske naloge, je zajela 53 porodnic, uporabnic prepovedanih drog, in njihovih novorojenčkov, ki so se rodili v ljubljanski



porodničnici v obdobju 2001–2006. Podatke za uporabnice drog je avtorica primerjala s podatki nacionalnega Perinatalnega sistema za leto 2005 o porodnicah, ki niso uporabnice drog (4.897 nosečnic, ki so rodile v osrednjeslovenski regiji). Izsledki za uporabnice drog kažejo, da so bile tri četrtine teh mater vključene v substitucijsko terapijo z metadonom, ena četrtina je poročala o uporabi heroina. Povprečna starost teh mater je bila 27,17 leta, kar pomeni, da rojevajo mlajše kot ženske splošne populacije (29,9 leta). 36 % jih je bilo samskih, 45 % jih je živelo v zunajzakonski skupnosti, 19 % pa jih je bilo poročenih, kar pomeni, da so v večji meri samske ali pa živijo v zunajzakonski skupnosti kot ženske iz splošne populacije (62 % poročenih, 31 % zunajzakonska skupnost). Največji delež (42 %) jih je imel srednjo izobrazbo, sledijo tiste z nižjo izobrazbo (26 %), četrtina jih ni navedla svoje izobrazbe; ti podatki kažejo, da imajo uporabnice drog nižjo izobrazbeno strukturo kot ženske iz splošne populacije (40 % visoka izobrazba). 64 % mater, uporabnic drog, je ob porodu imelo navzočega tudi očeta, kar kaže na nižjo prisotnost partnerja ob porodu kot pri ženskah iz splošne populacije (81 %). 72 % jih je med nosečnostjo kadilo, kar kaže na precej višji delež kajenja med nosečnostjo kot pri ženskah v splošni populaciji (9 %). Največji delež (32 %) jih je na prvi pregled v nosečnosti prišlo šele med 17. in 41. tednom, kar kaže, da uporabnice drog pozneje obiščejo ginekologa kot ženske v splošni populaciji (najpogosteje gredo na pregled med 9. in 12. tednom). 72 % porodnic uporabnic drog je rodilo prvega otroka, 23 % drugega in 6 % tretjega, medtem ko so ženske v splošni populaciji v večjem deležu rojevale drugega ali tretjega otroka. S carskim rezom jih je rodilo 28 %, kar nakazuje, da imajo uporabnice drog med porodom več težav kot ženske v splošni populaciji (3 % carski rez). Nekaj več kot 16 % novorojenčkov teh mater je bilo zahirančkov, medtem ko je bilo v splošni populaciji žensk le 4 %. 15 (29 %) novorojenčkov mater uporabnic drog je bilo prizadetih, 32 (61 %) otrok je imelo diagnozo neonatalnega abstinencijskega sindroma, 5 (10 %) novorojenčkov pa je bilo razdražljivih. 33 novorojenčkov je bilo po rojstvu premeščenih na enoto za intenzivno nego. 2 otroka sta umrla, 4 otroci so bili oddani v rejo ali posvojitev. Redno je dojilo 31 % mater, uporabnic prepovedanih drog, kar je precej manj kot v splošni populaciji žensk, kjer jih redno doji kar 92 %.

### **Straši, uporabniki drog, vključeni v centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog**

Raziskava Mejakove (2010) pa je pokazala, da je v mrežo 17 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in v Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani skupaj vključenih 166 mater, uporabnic prepovedanih drog. Centri materam uporabnicam drog nudijo zelo različne oblike pomoči, kot so: substitucijska in metadonska terapija, obravnava pri zdravniku, psihiatru in pri psihologu, pomoč pri vzgoji otroka, napotitev h ginekologu, napotitev k pediatru, skupina za osebno rast, sodelovanje s centrom za socialno delo, detoksikacija, psihoterapija, gender skupina, delo s svojci, obisk otrok, apartma za mater z otrokom v procesu zdravljenja. Oblike pomoči se razlikujejo po posameznih centrih; nekateri nudijo več oblik pomoči, drugi manj. Raziskava je nadalje tudi pokazala, da ima 41 centrov za socialno pomoč (od skupaj 62), ki so se vključili v raziskavo, zaznanih 43 mater uporabnic drog. Najpogostejše oblike pomoči, ki jih centri za socialno delo nudijo tem materam, obsegajo različne oblike socialne denarne

pomoči, osebno pomoč, namenjeno urejanju njenega življenja, nadalje pomoč družini za dom, v okviru katere svetovalke materi pomagajo pri različnih opravilih, centri nudijo tudi pomoč in svetovanje glede zdravljenja in vključevanja v različne programe (substitucijske, nizkopražne, terapevtske skupnosti) ter preverjajo ogroženost mladoletnega otroka.

V okviru Koordinacije mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog je bila leta 2006 opravljena raziskava (Čuk Rupnik, 2009), s katero so želeli ugotoviti, v kakšnih razmerah živijo otroci teh uporabnikov. V raziskavo se je vključilo 12 od 18 slovenskih centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

Uporabnikov očetov je bilo v 12 centrih, ki so sodelovali v raziskavi, skupno 150. Njihova povprečna starost je bila 34,5 leta. Poročenih je bilo 20 uporabnikov (13,3 %). Partnerko, ki je bila tudi vključena v program zdravljenja v centru, je imelo 27 moških (18 %). Socialno podporo je med raziskavo prejelo 61 uporabnikov očetov (40,6 %). Za nedoločen čas je bilo zaposlenih 47 očetov (31,3 %), za določen čas pa 20 (13,3 %). Priložnostna dela jih je opravljalo 37 (24,7 %), dva sta bila dijaka oz. študenta, upokojenih pa je bilo šest moških (4 %). Uporabniki očetje so imeli skupaj 185 otrok, od tega 97 predšolskih otrok (52,4 %), 58 šoloobveznih (31,4 %), več kot 15 let pa je bilo starih 30 njihovih otrok (16,2 %). 104 otroci so živeli v družinah z obema od staršev (56,2 %), pri mami je živelo 63 njihovih otrok (34 %), pri očetu pet (2,7 %), pri starih starših pa štirje (2,2 %). V reji so bili trije otroci takšnih očetov (1,6 %), samostojno so živeli štirje. Noben otrok uporabnikov očetov med raziskavo ni živel v vzgojnem zavodu. En otrok je bil v zaporu.

146

V navedenih 12 centrih je bilo skupno 78 mamic s povprečno starostjo 30,9 leta. Med njimi je bilo le pet poročenih (6,4 %). Partnerja, vključenega v zdravljenje odvisnosti v istem ali drugem centru, je imelo kar 42 mamic (53,8 %). Socialno podporo je prejelo 45 žensk (57,7 %). 17 (21,8 %) jih je bilo zaposlenih za nedoločen čas. Priložnostna dela je opravljalo 9 žensk (11,5 %). 6 (7,7 %) jih je bilo dijakinj oz. študentk. Ena je bila upokojena. Uporabnice mame so imele skupno 102 otroka, od tega 59 predšolskih otrok (57,8 %), 29 šoloobveznih (28,4 %) in 14 otrok, starejših od 15 let (13,7 %). Tri ženske so bile med raziskavo noseče. 69 otrok je živelo v družini z obema od staršev (67,6 %). Samo pri mami je živelo sedem otrok (6,9 %), le pri očetu pet (4,8 %) in pri starih starših prav tako pet. V rejništvu je bilo 11 njihovih otrok (10,7 %). Samostojno sta živela dva otroka. V vzgojnem zavodu je živel en. Noben otrok ni bil v zaporu. Za tri otroke podatek o prebivališču v raziskavi ni bil znan.

## 12.2 Politike in zakonodajni okvir

### Socialno varstvo

V Sloveniji ni posebnih zakonov, ki bi naslavljali izključno starše, ki so uporabniki drog. Težave in stiske staršev uporabnikov drog se rešujejo v okviru sistema socialnega varstva, ki mu zakonski okvir postavlja Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/2007), temeljna izhodišča za obravnavo socialnih stisk in težav uporabnikov pa predstavlja nacionalni program socialnega varstva, ki ga država sprejme za večletno obdobje (glej osmo poglavje).

Socialnovarstvena dejavnost obsega preprečevanje in reševanje stisk in težav posameznikov, družin in skupin prebivalstva, ki si same gmotne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi okoliščin, na katere ne morejo vplivati. Upravičenci do socialnovarstvenih storitev so državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Sloveniji in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje v Sloveniji.

Strokovne aktivnosti, namenjene reševanju socialne problematike, vključno s socialno problematiko, povezano z uporabo prepovedanih drog, se izvajajo v okviru javne službe (62 centrov za socialno delo<sup>8</sup>) ter v okviru zasebnikov in nevladnih organizacij, ki izvajajo dopolnilne programe socialnega varstva.

Storitve, namenjene odpravljanju socialnih stisk in težav, so:

1. prva socialna pomoč;
2. osebna pomoč;
3. pomoč družini;
4. institucionalno varstvo;
5. vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji;
6. pomoč delavcem v podjetjih, zavodih in pri drugih delodajalcih.

Po Mejakovi (2010) matere, ki imajo težave zaradi uporabe drog, in njihovi otroci v centrih za socialno delo prejmejo predvsem naslednje oblike pomoči:

- Prva socialna pomoč: obsega pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave, oceno mogočih rešitev ter seznanitev upravičenca o vseh mogočih oblikah socialnovarstvenih storitev in dajatev, ki jih lahko uveljavi, ter o obveznostih, ki so povezane z oblikami storitev in dajatev, kakor tudi seznanitev upravičenca o mreži in programih izvajalcev, ki nudijo socialnovarstvene storitve in dajatve.
- Pomoč družini za dom: obsega pomoč za dom, pomoč na domu in socialni servis. Pomoč družini za dom obsega strokovno svetovanje in pomoč pri urejanju odnosov med družinskimi člani ter pri skrbi za otroke in usposabljanje družine za opravljanje njene vloge v vsakdanjem življenju.
- Osebna pomoč: obsega svetovanje, urejanje in vodenje z namenom, da bi posamezniku omogočili razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje in izboljšanje socialnih zmožnosti.

Drugi pomembni zakoni s področja socialnega varstva, ki so za uporabnike prepovedanih drog pomembni z vidika socialnih prejemkov in strokovne obravnave, so podrobneje opisani v osmem poglavju tega poročila.

V pristojnost centrov za socialno delo sodi tudi del družinske politike, ki se nanaša na zakonsko zvezo, razmerja med starši in otroki, posvojitve, rejništvo in skrbništvo ter na

---

<sup>8</sup>Zakonsko osnovo za izvajanje dejavnosti centrov za socialno delo predstavljajo: Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/2007), Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 110/2006), Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (Uradni list SRS, št. 41/1983), Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (Uradni list RS, št. 69/2004), Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 3/2007), Zakon o izvajanju rejniške dejavnosti (Uradni list RS, št. 110/2002), Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 110/2006), Zakon o splošnem upravnem postopku (Uradni list RS, št. 24/2006).

področje starševskega varstva in družinskih prejemkov.<sup>9</sup> Tako Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (Uradni list RS, št. 69/2004) ureja ukrepe centrov za socialno delo, ki se nanašajo na odvzem roditeljske pravice, odvzem otroka in na oddajo v rejništvo. Tako se roditelju, ki zlorablja roditeljsko pravico ali je otroka zapustil ali je s svojim ravnanjem očitno pokazal, da ne bo skrbel za otroka, ali drugače hudo zanemarja svoje dolžnosti, odvzame roditeljska pravica s sodno odločbo. Center za socialno delo sme odvzeti otroka staršem in ga dati v vzgojo in varstvo drugi osebi ali zavodu, če so starši zanemarili otrokovo vzgojo in varstvo ali če je to zaradi drugih pomembnih razlogov v otrokovo korist. S tem odvzemom ne prenehajo druge dolžnosti in pravice staršev do otroka. V rejništvo pa lahko center za socialno delo odda otroka, ki nima svoje družine, otroka, ki zaradi različnih vzrokov ne more živeti pri starših, ali otroka, katerega telesni in duševni razvoj je ogrožen v okolju, v katerem živi. Po oddaji v rejništvo si mora center za socialno delo prizadevati, da se odpravijo vzroki, zaradi katerih je bil otrok oddan v rejništvo. Sicer pa rejniško dejavnost načrtno ureja Zakon o izvajanju rejniške dejavnosti (Uradni list RS, št. 110/02). V vseh treh primerih se otrok lahko vrne staršem oz. se lahko povrne roditeljska pravica, če so odpravljeni vzroki, zaradi katerih je bil sprejet ukrep.

Pri starših, ki imajo težave zaradi drog, uporaba drog ni zadosten vzrok za ukrep centra za socialno delo, dokler to ne vpliva na starševsko skrb in posledice niso opazne na otroku. Če center za socialno delo prejme informacijo, da otrok uporabnikov drog živi v slabih razmerah, je dolžen situacijo preveriti. Če se prijava izkaže za utemeljeno, za družino pripravijo načrt pomoči. Staršem nudijo pomoč in pogovore ter jih redno spremljajo na domu. O stanju otroka prejemajo poročila šole ali vrtca in zdravstvenega doma. Ko presodijo, da gre družini bolje in nadzor ni več potreben, ga prenehajo. Če je starševska skrb za otroka kljub pomoči in angažiranju centra za socialno delo še vedno slaba, lahko sprožijo postopek odvzema otroka.

Če je posameznik obsojen na zaporno kazen, Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 22/2000) določa, da se lahko obsojencu, ki je na prostosti, na njegovo prošnjo ali z njegovo privolitvijo, na prošnjo ožjih družinskih članov, rejnika in skrbnika ali na predlog pristojnega centra odloži izvršitev kazni zapora:

- če mu je potrebna odložitev, da poskrbi za varstvo in vzgojo otrok, o čemer da mnenje pristojni center, na območju katerega prebivajo obsojenčevi otroci (prestavitev prestajanja kazni za maksimalno 3 mesece);
- če ima obsojenka otroka, ki še ni star eno leto, ali če je obsojenka noseča in do poroda ni ostalo več kot pet mesecev, ali če ima otroka, ki še ni star dve leti, in zahtevajo posebni zdravstveni, socialni ali drugi razlogi, da sama skrbi zanj (prestavitev prestajanja kazni od 1 do 2 let).

Obsojenkam, ki so noseče ali ki so rodile med prestajanjem kazni zapora, so zagotovljeni ustrezna zdravniška nega in pogoji za nego otroka. Otrok sme ostati pri materi na njeno

<sup>9</sup>Poleg nacionalnih zakonov osnovo za delo na tem področju dajejo tudi mednarodni dokumenti: Konvencija ZN o otrokovih pravicah, Evropska konvencija o uresničevanju otrokovih pravic, Konvencija ZN o izterjavi preživninskih zahtevkov v tujini ter Konvencija o varstvu otrok in sodelovanju pri meddržavnih posvojitvah.

zahtevo do dopolnjenega prvega leta starosti, potem pa se odda v sporazumu z materjo otrokovemu očetu ali sorodnikom. Če to ni mogoče ali ni v otrokovo korist, izvede pristojni center potrebne ukrepe za varstvo in vzgojo otroka skladno z določbami zakona, ki ureja zakonsko zvezo in družinska razmerja.

Preden eden od staršev začne prestajati kazen zapora, center za socialno delo v sodelovanju z njim pripravi načrt skrbi za otroka v tem času. S starši in potencialnimi skrbniki (npr. s starimi starši) se center za socialno delo dogovori, kdo bo prevzel vlogo skrbnika otroka. Med prestajanjem kazni zapora roditeljska pravica preide na skrbnike. Med prestajanjem kazni je otrokom dovoljeno ohranjanje stikov s starši (obiski, video konference). Po prestani zaporni kazni se otrok lahko vrne staršem, izjema je, če je eden od staršev kazen prestajal zaradi dejanj, s katerimi je škodoval svojemu otroku. V tem primeru je postopek vrnitve otroka staršem težji.

Drugi pomembni zakoni s področja socialnega varstva, ki so za uporabnike prepovedanih drog pomembni z vidika socialnih prejemkov in strokovne obravnave, so podrobneje opisani v osmem poglavju tega poročila.

### 12.3 Odzivi

Poleg oblik pomoči, ki jih staršem s težavami zaradi prepovedanih drog nudijo centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ter centri za socialno delo, je v Sloveniji na voljo še naslednje:

**Sopotnica – visokopražni program za starše, ki imajo težave s prepovedanimi drogami**  
Novembra 2010 je Društvo Projekt Človek v Sopotnici pri Škofji Loki začelo izvajati visokopražni program za zasvojenе mame oz. starše z otroki. Program poteka v ločenem objektu poleg Terapevtske skupnosti in je namenjen mamicam (staršem), ki imajo težave z zasvojenostjo (z drogami, alkoholom, s hazarderstvom, z motnjami hranjenja ...) in njihovim otrokom. To je prvi program v Sloveniji, ki omogoča, da se otroci vključijo skupaj z mamicami (starši) in ki traja 24 ur dnevno. V Terapevtski skupnosti lahko sočasno prebivajo 3 družine. Program predstavlja celostno in kontinuirano delo z uporabniki, otroki, s partnerji in z drugimi ključnimi bližnjimi osebami (ter njihovimi družinami.) Program poleg socialne rehabilitacije in obravnave zasvojenosti poudarja vlogo starševstva in sobivanja z otrokom.

Uporabnice/-ki si medsebojno pomagajo pri vsakodnevnih opravilih in skrbi za otroke (samopomoč). Terapevtsko delo je poleg obravnave zasvojenosti usmerjeno v vzgojo za življenje, skrb za otroka, spoprijemanje z vsakodnevnimi težavami ter hkrati nudi pomoč otrokom, ki so bili zaradi zasvojenosti staršev prikrajšani za normalno zdravo življenje.

Z lokalnim vrtcem je sklenjen dogovor, da je otroke med rehabilitacije v programu mogoče vpisati v varstvo. Tako imajo starši med vključenostjo otrok v vrtec čas za odgovornosti v programu ter zunaj njega in terapevtsko delo na sebi, hkrati pa so otroci deležni vrstniške socializacije in vzgojnega kurikulumu. V popoldanskem času je v programu prisotna

strokovna delavka (vzgojiteljica), ki spremlja interakcijo otrok in staršev ter jim pomaga pri vzgoji.

V dopoldanskem času, ko so otroci v varstvu, se izvajajo terapevtske aktivnosti (individualni pogovori, terapevtske skupine, seminarji, družinska in partnerska srečanja), poleg teh pa potekajo tudi delovne, športne in kulturne aktivnosti. V popoldanskem času imajo uporabniki čas in odgovornost za otroke/družino in se posvečajo igri, vzgoji, skrbi za otroke. V program so vzporedno vključene tudi ključne bližnje osebe (starši, partnerji).

Zaradi potrebe po zaščiti otrok je zagotovljeno redno sodelovanje s pristojnimi centri za socialno delo, z zdravstvenimi službami, vrtci, s sodstvom, šolami in z delodajalci.

Pogoji za vključitev v program:

Podana prošnja za vstop v program z navedbo težav in pričakovanj.

- Izražena svobodna volja za vstop ali vsaj sprejemanje zunanje motivacije za vstop.
- Jasno prepoznane ali (od zdravnika) diagnosticirane težave in stiske, povezane z drogami, alkoholom, s hazarderstvom, z motnjami hranjenja.
- Uporabnica/-k, ki se vključuje, ima težave z zasvojenostjo in je roditelj enega ali več otrok, ki se vključujejo z njo/-im.
- Dosežena začetna abstinenca.

Do zdaj je bilo v program vključenih: 5 mamic, 5 otrok (stari od 1,5 leta do 5 let) in 5 ključnih bližnjih oseb. Dve uporabnici (njuna otroka in ključni bližnji osebi) sta zaradi nemotiviranosti sodelovanje prekinili. Trenutno so vključeni: 3 mamice, 3 otroci in 2 ključni bližnji osebi.

150

V programu imajo možnost konce tedna s svojimi družinami preživljati tudi uporabniki, ki so v klasični Terapevtski skupnosti. Trenutno so to 3 očetje (uporabniki klasičnega TS) z otroki, starimi od 1,5 leta do 14 let) in ena partnerka.

Ker program poteka šele nekaj mesecev, njegove uspešnosti še ni mogoče meriti. Uporabniki, ki so trenutno vključeni, pa dovolj dobro sledijo zastavljenim terapevtskim ciljem.

Uspešno vzdržujejo abstinence, izboljšujejo starševsko vlogo v skrbi in vzgoji otrok, znižujejo ali/in odpravljajo socialne, duševne in odnosne stiske zaradi zasvojenosti, se učijo spreminjati življenjski slog, si krepijo zdravo socialno mrežo, se učijo preudarno ravnati s financami, se postopoma integrirajo v družbo (ena uporabnica nadaljuje šolanje), se učijo spreminjati življenjske navade in si pridobivajo nove socialne veščine.

### Zavod Tamala

Zavod Tamala ponuja izobraževanje, svetovanje in socialno pomoč mladim družinam ter jim omogoči lažji prehod v starševstvo. Njihove glavne dejavnosti so: Šola za starševstvo, vadbe, Nadomestna babica, Podporni center za babice z dojenčki. V vse te dejavnosti se lahko vključijo tudi nosečnice in matere, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog. Strokovne sodelavke in prostovoljke hodijo k materam tudi na dom ter jim pomagajo pri skrbi in negi otroka (Mejak, 2010).

## **Društvo Mama Zofa**

Društvo pomaga ženskam, ki želijo zanositi, nosečnicam, porodnicam in ženskam po porodu, ženskam, ki so izgubile otroka, ženskam v stiski ob poporodnem obdobju in njihovim svojcem.

Glavne dejavnosti društva so: obveščanje in povečevanje možnosti odločanja ter ustvarjanja različnih izbir in razmer, v katerih bi bili zagotovljeni najboljša mogoča skrb, nega in zdravljenje med nosečnostjo, ob porodu in po porodu z upoštevanjem različnosti, kar pomeni, da pomagajo materam, ki se znajdejo v stiski, ali zaradi odvisnosti ali s težavami v duševnem zdravju (Mejak, 2010).

**C**

**VIRI, LITERATURA IN PRILOGE**



Akcija 0,0 šofer. (2010). Spletna stran: <http://nulanulasofer.si> [datum dostopa: 5.8.2011].

Bauman, K. E., Ennett, S. T., Foshee, V. A., Pemberton, M., Hicks, K. (2010). Correlates of participation in a family-directed tobacco and alcohol prevention program for adolescents. *Health Educ Behav* 28 (4) 440–461.

Bölsing, B., Štokelj, R. (2010). Raziskava o alkoholu, tobaku in drugih drogah. Pilot – november/december 2010. Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Bregant, L. (2003). Pregled zlorabe drog v nosečnosti v Sloveniji v letih 1997-2001. Zbornik predavanj -13. srečanje pediatrov v Mariboru. Splošna porodnišnica Maribor, Maribor.

Cohen, D. A., Linton, K. L. P. (1995). Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *J Drug Educ* 25 (2) 159-169.

Čuk Rupnik, J. (2009). Otroci staršev, ki se zdravijo v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. In: Nacionalno poročilo 2009 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Dekleva, B., Sande, M., editors (2003). Tri leta kasneje – uporaba drog ob koncu srednje šole. *DrogArt*, Ljubljana.

Dular, K. (2007). Nosečnost in odvisnost od drog. Diplomsko delo. Filozofska fakulteta, Ljubljana.

EMCDDA (2010). Letno poročilo 2010: stanje na področju problematike drog v Evropi. Urad za publikacije Evropske unije, Luksemburg.

Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction* 98 (4) 397-411.

Gostič, T., Kalinger, C. (2010). Cocaine samples seized in Slovenia in the period from September 2008 and January 2010 – an overview: poster, 16. ENFSI DWG srečanje, Bled.

Hiti, A., Zajec, Ž., Koren, R. (2010). Cannabis seizures – an overview: poster, 16. ENFSI DWG srečanje, Bled.

Inštitut za varovanje zdravja RS. (2011). Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2010. Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Inštitut za varovanje zdravja RS (2007). Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu. Spletna stran: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1662> [datum dostopa: 19.7.2011].

Janežič, M., Nemec, B., Kos, K. (2010). An overview of illicit tablets seized in Slovenia in the period 2007-2009: poster, 16. ENFSI DWG srečanje, Bled.

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

Kastelic, A. (2001). Network of centres for the prevention and treatment of drug addiction. In: United nations office for drug control and crime prevention. Drug abuse and HIV/AIDS: lessons learned : case studies booklet : central and eastern Europe and the central Asian states, pp.48-52. United nations office for drug control and crime prevention, New York.

Kastelic, A. (1995). Priporočila zdravnikom za zdravljenje odvisnih od ilegalnih drog. In: Zbornik o posvetovanju o metadonu, Kostnapfel-Rihtar, T. (ed.), pp.17–62. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana.

Kastelic, A., Dubajic, G., Strbad, E. (2008). Slow-release oral morphine for maintenance treatment of opioid addicts intolerant to methadone or with inadequate withdrawal suppression. *Addiction* 103 (11) 1837–1846.

Kastelic, A., Kostnapfel Rihtar, T. (2010). Substitucijski programi zdravljenja odvisnosti od opioidov v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 79 575–581.

Kastelic, A., Kostnapfel Rihtar, T. (2001). The network of centres for the prevention and treatment of drug addiction in the Republic of Slovenia. *Med Arh* 55 (3) 135–139.

Kastelic, A., Kostnapfel Rihtar, T. (2000). Predoziranje, druga dopolnjena izdaja. *Odsev se sliši*, Ljubljana.

Kašnik Janet, M. (2011) Poročilo za Komisijo za droge. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana.

Kašnik Janet, M., Lorber, J., Pogorevc, N., Rebula, M. (2011) Poročilo ekspertne analize gradiva programa »Izštekani«. Inštitut za raziskave in razvoj Utrip, Grosuplje.

Klavs, I., Kustec, T., Kastelic, Z. (2011). Okužba s HIV v Sloveniji: letno poročilo 2010. Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

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* 44 (5) 545–549.

Klemenc, S. (2010). Heroin in Slovenia – an overview and quick look into the past: poster, 16. ENFSI DWG srečanje, Bled.

Klemenc, S. (2003). Forenzične preiskave ilegalnega heroina: doktorska disertacija. Fakulteta za kemijo in kemijsko tehnologijo, Ljubljana.

Kodelja, B. (2011). Poročilo vseslovensko družbeno odgovornega programa Ne-odvisen.si. Zavod 7, Nova Gorica.

Koprivnikar, H. (2008) Izpostavljenost tobačnemu dimu in kadilske navade polnoletne populacije RS v letih 2006 in 2008. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu brez tobaka 2008. Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Koprivnikar, H., Zupanič T. (2011). Razširjenost kajenja v Sloveniji. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu brez tobaka 2011. Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Kostnapfel Rihtar, T. (2001). Kakovost storitve vzdrževalnega metadonskega programa v letih 1995 in 1997. *Odvisnosti* 2 13–54.

Kostnapfel Rihtar, T. (1997). Kakovost storitve vzdrževalnega metadonskega programa. *Zdrav Var* 36 (Suppl 1) 80.

Kostnapfel Rihtar, T., Kastelic, A. (1995). Vzpostavitev mreže centrov za zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog. *Lekarništvo* 23 26–30.

Košir, M. (2011). Analiza stanja mreže lokalnih akcijskih skupin (LAS) za preprečevanje zasvojenosti. (Neobjavljeno).

Košir, M., Talič, S. (2011). Analiza rezultatov posnetka stanja na področju preventivnih dejavnosti (preliminarni rezultati) (delovno gradivo). Inštitut za raziskave in razvoj Utrip, Ljubljana.

Krek, M., Drev, A. (2010). Nacionalno poročilo 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Krek, M., Štokelj, R. (2009). Uporaba drog v splošni populaciji. In: Nacionalno poročilo 2009 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji, Krek, M., Drev, A., Cerar, M., Štokelj, R. (ed). Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Tait, C., Turner, C. (2002). Effectiveness of school-based family and children's skills training for substance abuse prevention among 6-8-year-old rural children. *Psychology of Addictive Behaviours* 16 (Suppl 4) 65-71.

Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., Teixeira de Melo, A., Whiteside, H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. *Eval Health Prof* 31 (2) 226–239.

Matičič, M., Kastelic, A. (2009). Nacionalne usmeritve obvladovanja okužbe z virusom hepatitisa C pri uživalcih drog v Sloveniji. *Zdravniški Vestnik* (78) 529-539.

Mejak, V. (2010). Doživljanje materinstva in potrebe po pomoči pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog. Magistrsko delo. Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.

Mesec, B. (1998). Uvod v kvalitativno analizo. Visoka šola za socialno delo, Ljubljana.

Mihevc Ponikvar, B. (2008). Pregnancies and children born to drug users. In: Report on the Drug Situation 2008 of the Republic of Slovenia. Institute of Public Health, Ljubljana.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2011). Izpis iz BSP. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Ljubljana.

Ministrstvo za zdravje (2011). Osnovni letni program javne službe zavodov za zdravstveno varstvo v letu 2011. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana.

Morgan, M. (2001). Drug use prevention – overview of research. National Advisory Committee on Drugs. Government of Ireland, Dublin.

Navodilo o oddajanju urina in izvedbi kontrolnega preizkusa. Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij. Ministrstvo za pravosodje, Ljubljana.

Nolimal, D. (2009). Priloga 2: Razmišljanja o možnih ukrepih na področju zmanjševanja rabe psihoaktivnih snovi med brezdomci. In: Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev, Razpotnik, Š., Dekleva, B., (ed), pp.135-40. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana.

Obdobni načrt za zagotavljanje varnosti cestnega prometa v letih 2010 in 2011 (2009). Vlada RS, Ljubljana.

Osnutek resolucije o nacionalnem programu na področju drog 2011– 2020 (2010). Spletna stran: [http://www.zzv-kp.si/wp-content/uploads/Osnutek\\_Resolucija\\_NP.pdf](http://www.zzv-kp.si/wp-content/uploads/Osnutek_Resolucija_NP.pdf) [datum dostopa: 12.9.2011].

Petrie, J., Bunn, F., Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Educ Res* 22 (2) 177–191.

Računalniška evidenca policije 2011 (2011). Ministrstvo za notranje zadeve RS, Ljubljana.

Razpotnik, Š., Dekleva, B., editors (2009). Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana.

Rode, N., Rihter, L., Kobal, B. (2006). Evalvacija programov v socialnem varstvu: model in postopek izvedbe. Fakulteta za socialno delo, Inštitut RS za socialno varstvo, Ljubljana.

Sande, M. (2008). Uporaba alkohola med udeleženci maturantskih izletov : končno poročilo raziskovalne naloge. Združenje DrogArt, Ljubljana.

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

Sande, M. (2002). Na spidu. Združenje DrogArt, Ljubljana.

Schools: school-based education for drug abuse prevention (2004). United Nations Office on Drugs and Crime, Global Youth Network. United Nations Publications, New York.

Smolej, S., Marčič, R., Žiberna, V., Jakob Krejan, P. (2011). Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva: poročilo o izvajanju programov v letu 2010: končno poročilo. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, Ljubljana.

Spletno mesto Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (2011). Spletna stran: [http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/npsv\\_11\\_20\\_pr\\_08071\\_1.pdf](http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/npsv_11_20_pr_08071_1.pdf) [datum dostopa: 8.8.2011].

Stergar, E. (2010). Razširjenost uporabe prepovedanih psihoaktivnih snovi v splošni populaciji 18-65 let v Sloveniji. In: Nacionalno poročilo 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji, Krek, M., Drev, A. (ed). Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Stergar, E., Draksler, K., Besednjak, K., Udrih Lazar, T. (2010). Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Univerzitetni klinični center, Ljubljana.

Strokovna navodila za obravnavo zaprtih oseb uživalcev drog (2005). Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Ljubljana.

Šegrec, N., Kastelic, A. (2010). Obravnava bolnika z motnjo, vezano na uživanje psihoaktivnih snovi, in komorbidno psihotično motnjo. *Zdrav Vestnik* 79: 566–574.

40 dni brez alkohola s sloganom »Za več pravega veselja brez alkohola" (2011). Spletna stran: [www.brezalkohola.si](http://www.brezalkohola.si) [datum dostopa: 5.8.2011].

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

Toš, N., Mlinar, Z. in skupina (1994) Slovensko javno mnenje 1994/1. Fakulteta za družbene vede, CJMMK, Ljubljana.

Trautmann, F., Rode, N., Gageldonk, V.A., Gouve, V.D, Croes, E., Zidar, R. et al. (2007). Evalvacija vzdrževalnega substitucijskega programa zdravljenja v Sloveniji–ocena kvalitete in učinkovitosti. Inštitut Trimbos, Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.

Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij. Letno poročilo 2010. Dostopno na spletni strani: [http://www.mp.gov.si/si/organi\\_v\\_sestavi/izvrsevanje\\_kazenskih\\_sankcij/](http://www.mp.gov.si/si/organi_v_sestavi/izvrsevanje_kazenskih_sankcij/) [datum dostopa: 18.9.2011].

Zapisnik srečanja Zavoda 7 in ekspertne skupine v Ljubljani, dne 13.12.2010.

Zveza društev na področju drog v Sloveniji (2010). Perspektiva Nacionalnega programa na področju drog Slovenije za obdobje 2010 -14 – pogled in predlogi NVO sektorja. Zaključno poročilo raziskave. Zveza društev na področju drog v Sloveniji, Ljubljana.

Žiberna, V., Rihter, L., Jakob Krejan, P., Nagode, M., Smolej, S., Akerman, B., Kobal Tomc, B. (2011). Zunanje evalvacije javnih socialnovarstvenih programov : poročilo o zunanji evalvaciji programov socialne rehabilitacije zasvojenih. Inštitut RS za socialno varstvo, Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.

Živič, Z. (2001). Medicinske sestre o zdravju, zdravstvenih navadah in zdravstveni službi. In: Medicinske sestre v Sloveniji. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, Ljubljana.

- Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 55/2008, 66/2008 - popr. in 39/2009)
- Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006 - 2010 (Uradni list RS, št. 39/2006)
- Uredba o obveznem organiziranju službe varovanja na javnih prireditvah (Uradni list RS, št. 22/2010)
- Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 49/2000, 8/2001 – popr., 49/2001, 78/2002, 53/2004, 122/2007, 102/2009 in 95/2010)
- Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (Uradni list SRS, št. 41/1983)
- Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 22/2000)
- Zakon o kazenskem postopku (Uradni list RS, št. 32/2007)
- Zakon o posebnem dodatku za socialno ogrožene (Uradni list RS, št. 57/2009)
- Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/1999)
- Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/1999, 44/2000, 2/2004 – ZZdrI-A in 47/2004 - ZdZPZ)
- Zakona o prostovoljstvu (Uradni list RS, št. 10/2011)
- Zakon o izvajanju rejniške dejavnosti (Uradni list RS, št. 110/2002)
- Zakon o socialnem podjetništvu (Uradni list RS, št. 20/2011)
- Zakon o socialnovarstvenih prejemkih (Uradni list RS, št. 61/2010, 40/2011)
- Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/2007 in naslednji)
- Zakon o splošnem upravnem postopku (Uradni list RS, št. 24/2006)
- Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 110/2006)
- Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 3/2007)
- Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/2010, 40/2011)
- Zakon o varnosti cestnega prometa (Uradni list RS, št. 56/2008)
- Zakon o voznikih (Uradni list RS, št. 109/2010)
- Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (Uradni list RS, št. 69/2004)
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/1992)

Tabela 1.1: Sredstva MDDSZ za socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog.....	19
Tabela 1.2: Zbirna tabela sredstev iz proračuna RS za leto 2010.....	20
Tabela 1.3: Zbirni podatki porabljenih sredstev za področje drog v letu 2010.....	21
Tabela 2.1: Delež anketirancev, ki so v življenju že uporabili katero izmed naštetih prepovedanih drog.....	27
Tabela 2.2: Delež anketiranih po posameznih raziskavah, ki so kadar koli v življenju že uporabili prepovedano drogo, in delež anketiranih, ki so že uporabili marihuano ali hašiš.....	28
Tabela 2.3: Delež 15-letnikov, ki so kadar koli v življenju poskusili marihuano, ki so kadili marihuano v zadnjem letu in ki so kadili marihuano v zadnjem mesecu, skupaj in po spolu, Slovenija, 2002, 2006, 2010....	31
Tabela 2.4: Delež 11-, 13- in 15-letnikov, ki pijejo alkohol, ki alkohol pijejo vsaj enkrat tedensko in ki so bili v življenju že vsaj dvakrat opiti, skupaj in po spolu, Slovenija, 2006–2010.....	32
Tabela 2.5: Delež 11-, 13- in 15-letnikov, ki so poskusili kaditi in ki kadijo vsaj enkrat tedensko ali pogosteje (tedensko kajenje), skupaj in po spolu, Slovenija, 2002, 2006, 2010.....	34
Tabela 2.6: Prevalenca uporabe drog – primerjava med različnimi raziskavami.....	36
Tabela 5.1: Število obravnavanih ljudi v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v letu 2010.....	67
Tabela 5.2: Trendi deleža uporabnikov glede na prvo drogo med tistimi, ki so prvič ali ponovno iskali pomoč, Slovenija, 2010.....	74
Tabela 5.3: Tvegano vedenje med prvič obravnavanimi po spolu, Slovenija, 2010.....	75
Tabela 5.4: Trend v deležu zaposlenih, brezposelnih ter učencev in dijakov v letih 2005–2010 v programih, Slovenija, 2010.....	76
Tabela 5.5: Delež uporabnikov, prvič ali ponovno sprejetih v program, glede na stopnjo končane izobrazbe v letih 2005–2010, Slovenija, 2010.....	76
Tabela 5.6: Socialna ogroženost med prvič obravnavanimi glede na spol, Slovenija, 2010.....	77
Tabela 5.7: Značilnosti glede na vrsto stika pri obravnavanih, Slovenija, 2010.....	77
Tabela 6.1: Delež okuženih s HIV med injicirajočimi uživalci drog, Slovenija, 2006–2010.....	81
Tabela 6.2: Zastrupljeni s prepovedanimi drogami, ki so bili obravnavani v letu 2010.....	83
Tabela 6.3: Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljeni, obravnavani v letu 2010.....	84
Tabela 6.4: Število hospitalizacij zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uporabe psihoaktivnih snovi, 2007–2009.....	85
Tabela 6.5: Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po starostni skupini in spolu.....	87
Tabela 6.6: Vrsta uporabljene droge po spolu.....	88

Tabela 6.7: Število uporabnikov drog po zunanjem vzroku in vrsti droge, Slovenija, 2010 .....	88
Tabela 6.8: Število umrlih uporabnikov drog, vključenih v kohorto, in vseh umrlih zaradi drog, registriranih v Zbirkah podatkov o umrlih v Sloveniji, v letih 2004–2009.....	95
Tabela 6.9: Stopnje umrljivosti uporabnikov prepovedanih drog na 1.000 opazovanih let, ljudi, vključenih v kohorto in starih 15–59 let, v Sloveniji, v letih 2004–2009.....	95
Tabela 6.10: Posamezne osebne značilnosti uporabnikov drog, prikazane po šestnajstih CPZOPD v Sloveniji, opazovano obdobje 2004–2009.....	96
Tabela 6.11: Srednje vrednosti starosti ob smrti umrlih ali na dan 31. 12. 2009 preživelih ljudi, vključenih v kohorto, po šestih opazovanih lastnostih .....	97
Tabela 6.12: Število umrlih in število vseh klientov posamezne skupine, delež umrlih in verjetnost napake v oceni razlike med umrlimi in preživeli.....	97
Tabela 6.13: Stopnje umrljivosti med kohorto uporabnikov prepovedanih drog, starimi od 15 do 59 let, v primerjavi z deleži umrljivosti med prebivalci Slovenije, po vzrokih smrti.....	98
Tabela 6.14: Stopnje umrljivosti zaradi nasilnih vzrokov smrti med člani kohorte v primerjavi s stopnjami umrljivosti nasilnih smrti med preostalimi umrlimi prebivalci Slovenije, starimi od 15 do 59 let.....	99
Tabela 8.1: Število obravnav na centrih za socialno delo, povezanih s problematiko prepovedanih drog v obdobju 2008–2010.....	109
Tabela 8.2: Programi socialne reintegracije, 2010.....	113
Tabela 9.1: Skupno število evidentiranih kaznivih dejanj, število kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog, število osumljenih storitve kaznivega dejanja in število prekrškov s področja prepovedanih drog, 2006–2010.....	115
Tabela 9.2: Skupno število osumljenih storitve kaznivega dejanja in osumljenci, ki so kaznivo dejanje izvršili pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, 2006–2010.....	116
Tabela 9.3: Število osumljencev, ki so kaznivo dejanje storili pod vplivom prepovedanih drog po posameznih vrstah kaznivih dejanj iz Kazenskega zakonika, 2006–2010.....	117
Tabela 9.4: Število odrejenih strokovnih pregledov za ugotavljanje prisotnosti prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi ter število pozitivnih primerov, 2009–2010 .....	118
Tabela 9.5: Odkrite prepovedane droge in druge psihoaktivne snovi (zdravila) v izidih pozitivnih analiz, 2009–2010 .	118
Tabela 9.6: Število obsojencev, ki so prestajali nadomestno kazen, po obliki nadomestne kazni, 2010.....	120
Tabela 9.7: Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih ljudi na določen dan v letih 2002–2010 .....	121
Tabela 9.8: Število najdb prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi po posameznih vrstah, 2010.....	122
Tabela 9.9: Količina najdenih prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi po vrsti snovi, 2010 .....	123
Tabela 10.1: Skupna količina zaseženih prepovedanih drog po vrsti droge, 2006–2010 .....	126
Tabela 10.2: Število zasegov po posameznih vrstah prepovedanih drog, razdeljeno po prekrških in kaznivih dejanjih ter skupaj, 2007–2010 .....	126
Tabela 10.3: Cene prepovedanih drog na nezakonitem trgu Slovenije v evrih, 2010.....	128
Tabela 10.4: Čistost različnih prepovedanih drog na ravni ulične prodaje.....	132
Tabela 11.1: Število zaprtih oseb po zavodih v letu 2010.....	135



Tabela 11.2: Število zaprtih oseb po kategorijah, 2010 .....	136
Tabela 11.3: Kazniva dejanja obsojencev in mladoletnikov po vrsti kaznivega dejanja, 2010.....	136
Tabela 11.4: Izvajanje ambulante za odvisnike in število zdravstvenega osebja .....	138
Tabela 11.5: Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih oseb na določen dan v letih 2002–2010 .....	139
Tabela 11.6: Število zaprtih oseb na metadonski terapiji, 2004–2010.....	140
Tabela 11.7: Izsledki prostovoljnih in zaupnih testiranj na hepatitis in HIV v letih 2002–2010.....	141
Tabela 11.8: Število zaprtih oseb, vključenih v programe obravnave po kategorijah, 2010.....	141
Tabela 11.9: Nevladne organizacije, ki izvajajo dejavnosti v posameznih zavodih, 2010.....	142

Slika 2.1: Povprečna starost anketirancev ob prvi uporabi prepovedane droge .....	27
Slika 2.2: Delež kadilcev v letih 2006–2011 glede na izsledke telefonskih raziskav.....	29
Slika 2.3: Trendi 2002, 2006, 2010 v deležih 15-letnikov, ki so poskusili kaditi marihuano, ki so kadili marihuano v zadnjem letu in ki so kadili marihuano v zadnjem mesecu.....	31
Slika 2.4: Pitje alkohola pri mladostnikih in opitost deklet vsaj dvakrat v življenju – primerjava med letoma 2006 in 2010 .....	33
Slika 2.5: Trendi 2002, 2006, 2010 v deležih mladostnikov, starih 11-, 13- in 15 let, ki so poskusili kaditi, ki so tedensko kadili in ki so poskusili kaditi v starosti 13 let ali manj.....	34
Slika 3.1: Okolje, v katerem se izvaja preventivna dejavnost v Sloveniji .....	42
Slika 3.2: Neposredne ciljne skupine preventivnih dejavnosti v Sloveniji .....	43
Slika 4.1: Struktura anketiranih uporabnikov nizkopražnih programov glede na spol .....	56
Slika 4.2: Struktura anketiranih v nizkopražnih programih na področju drog po bivalnem statusu in spolu .....	56
Slika 4.3: Število anketirancev v nizkopražnih programih na področju drog glede na vrsto droge, ki jo uporabljajo ..	57
Slika 4.4: Struktura anketiranih uporabnikov nizkopražnih programov po spolu in vrsti droge .....	58
Slika 4.5: Injiciranje heroina in kokaina med anketiranimi uporabniki po spolu.....	59
Slika 4.6: Pogostost uporabe sterilnega pribora po spolu.....	60
Slika 4.7: Prostori uporabe drog po spolu.....	61
Slika 4.8: Vključenost anketiranih uporabnikov nizkopražnih programov v druge programe obravnave za uporabnike drog .....	62
Slika 4.9: Vključenost anketiranih uporabnikov programov nizkega praga v druge programe obravnave za uporabnike drog po spolu.....	62
Slika 5.1: Porazdelitev uporabnikov programa v letu 2010 glede na starostno strukturo v letih pri vseh obravnavanih, Slovenija, 2010.....	70
Slika 5.2: Število uporabnikov programa glede na mesto prebivanja, Slovenija, 2010.....	70
Slika 5.3: Delež uporabnikov programa glede na zaposlitveni status, Slovenija, 2010.....	71
Slika 5.4: Pogostost uporabe glavne droge, po spolu, Slovenija, 2010 .....	73
Slika 5.5: Delež uporabnikov, ki so prvič ali ponovno vstopili v program zdravljenja v posameznem letu glede na način uporabe droge v zadnjih 30 dneh, Slovenija, 2010.....	75
Slika 6.1: Gibanje števila neposrednih smrti, povzročenih s prepovedanimi drogami v Sloveniji v obdobju 2004–2010, po spolu .....	89

Slika 6.2: Gibanje števila neposrednih smrti zaradi opioidov in kokaina (T400–T406), po petletnih starostnih skupinah, Slovenija, 2004–2010 .....	89
Slika 6.3: Gibanje najvišje in najnižje starosti ob smrti ter mediana starosti ob smrti umrlih zaradi prepovedanih drog v Sloveniji v obdobju 2004–2010 .....	90
Slika 6.4: Gibanje števila zastrupitev po vrsti prepovedane droge, Slovenija, 2004–2010 .....	90
Slika 6.5: Povprečne letne stopnje umrljivosti zaradi prepovedanih drog, prebivalcev, starih 15–64 let v Sloveniji, v letih 2004–2010, po regijah .....	91
Slika 6.6: Deleži umrlih zaradi drog po zakonskem stanu, Slovenija, 2004–2010 .....	92
Slika 6.7: Mesto smrti umrlih, Slovenija, 2004–2010 .....	92
Slika 6.8: Zdravljenje umrlih zaradi drog, Slovenija, 2004–2010 .....	93
Slika 6.9: Vrsta zdravnika, ki je izpolnil podatke v zdravniškem potrdilu o smrti in poročilu o vzrokih smrti, Slovenija, 2004–2010 .....	93
Slika 10.1: Število vzorcev prepovedanih drog za kvantitativne analize v obdobju 2006–2010 .....	129
Slika 10.2: Povprečne koncentracije THC + THC-kislina ter heroina, kokaina in amfetamina baze v vzorcih, zaseženih v obdobju 2006–2010 .....	130
Slika 10.3: Povprečne koncentracije amfetamina za leto 2010 v vzorcih iz večjih zasegov in ulični vzorci .....	131
Slika 10.4: Mase aktivnih komponent MDMA, amfetamina, metamfetamina in mCPP v nezakonitih tabletah ....	132