

NACIONALNO POROČILO 2012 O STANJU NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG V REPUBLIKI SLOVENIJI



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE

NACIONALNO POROČILO 2012 O STANJU NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG V REPUBLIKI SLOVENIJI

SLOVENIJA

Novosti, trendi in poglobljene informacije
o izbranih temah

REITOX

Avtorji: Andreja Drev, Romana Štokelj, Milan Krek, dr. Ines Kvaternik, Jože Hren, Mircha Poldrugovac, Matej Košir, prim. dr. Jožica Šelb Šemerl, izr. prof. dr. Irena Klavs, Tanja Kustec, Staša Šavelj, Mojca Janežič, Sanela Talić, mag. Simona Smolej, dr. Miran Brvar, Helena Koprivnikar, dr. Maja Zorko, Branka Božank, mag. Eva Stergar, Eva Salecl Božič, Darja Lavtar, Nataša Delfar, Mina Paš, Tadeja Hočever, mag. Tadeja Kodele, Nina Pogorevc, dr. Katja Benčina, Nataša Blažko, Maša Crnkovič, Manca Rebula, dr. Tomaž Gostič, Andreja Vidic, dr. Sonja Klemenc, Tea Sulič, Ingrid Kristančič Šomen.

Za vsebino prispevkov so odgovorni avtorji.

Uredniki: Andreja Drev, Romana Štokelj, Milan Krek

Oblikovanje: Andreja Frič

Izdajatelj: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2

Lektoriranje: Optimus Lingua, d.o.o.

Strokovni pregled: Vesna Kerstin Petrič, Ada Hočever Grom, Metka Zaletel

Odobrila Komisija Vlade Republike Slovenije za droge

Digitalna produkcija: Studio Kreator

Število izvodov: 150

Leto izdaje: Ljubljana, 2012

Elektronski vir.

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

ISSN 1855-864X

KAZALO

POVZETEK	7
A: NOVOSTI IN TRENDI	14
1. POLITIKE NA PODROČJU DROG: ZAKONODAJA, STRATEGIJA IN EKONOMSKA ANALIZA	15
1.1 Pravni okvir.....	16
1.2 Akcijski načrt, strategija, vrednotenje in koordinacija.....	18
1.3 Ekonomska analiza	19
2. UPORABA DROG V SPLOŠNI POPULACIJI IN POSAMEZNIH CILJNIH SKUPINAH	25
2.1 Uporaba drog v splošni populaciji	26
2.2 Uporaba drog med šolsko populacijo.....	32
2.3 Uporaba drog med ciljnimi skupinami	36
3. PREVENTIVA	42
3.1 Okoljska preventiva	43
3.2 Univerzalna preventiva.....	48
3.3 Selektivna preventiva	58
3.4 Indicirana preventiva	61
4. PROBLEMATIČNA UPORABA DROG	63
4.1 Ocene o razširjenosti problematične uporabe drog v Sloveniji	63
4.2 Problematična uporaba drog med uporabniki programov zmanjševanja škode v Sloveniji.....	64
5. Z DROGAMI POVEZANO ZDRAVLJENJE IN OBRAVNAVA	69
5.1 Opis sistema zdravljenja in obravnave ter zagotavljanje kakovosti	69
5.2 Dostopnost do zdravljenja in obravnave	72
5.3 Trendi	81
5.4 Sklep.....	91
6. TEŽAVE Z ZDRAVJEM IN DRUGE POSLEDICE, POVEZANE Z UPORABO DROG	93
6.1 Z drogami povezane nalezljive bolezni	94
6.2 Druge z uporabo drog povezane zdravstvene težave in posledice	97
6.3 Umrljivost zaradi drog.....	101
7. ODZIVI NA Z DROGAMI POVEZANE TEŽAVE Z ZDRAVJEM IN DRUGE POSLEDICE	121
7.1 Preventiva pred zastrupitvami in smrtnimi primeri, povezanimi z uporabo drog	121
7.2 Preventiva pred nalezljivimi boleznimi in zdravljenje nalezljivih bolezni, povezanih z uporabo drog.....	122

8. Z UPORABO DROG POVEZANA SOCIALNA PROBLEMATIKA IN SOCIALNA REINTEGRACIJA	124
8.1 Socialna izključenost in uporaba drog	125
9. Z DROGAMI POVEZANA KRIMINALITETA, PREVENTIVA IN ZAPORI	127
9.1 Z drogami povezana kriminaliteta	128
9.2 Preventiva pred kriminaliteto, povezano s prepovedanimi drogami	131
9.3 Nadomestne kazni zaporu	131
9.4 Uporaba drog v zaporih	132
9.5 Odzivi na z drogami povezane težave z zdravjem v zaporih	135
10. TRG Z DROGAMI	139
10.1 Razpoložljivost in zasegi prepovedanih drog	140
10.2 Cene prepovedanih drog	143
10.3 Kakovost in čistost prepovedanih drog	144
B: IZBRANA POGLAVJA	151
11. TERAPEVTSKE SKUPNOSTI V SLOVENIJI	152
11.1 Uvod	152
11.2 Zgodovina terapevtskih skupnosti v Sloveniji in z njimi povezana politika	152
11.3 Dostopnost in značilnosti terapevtskih skupnosti	158
11.4 Zagotavljanje kakovosti	162
11.5 Razprava	163
12. TRENDI NA PODROČJU JAVNOFINANČNIH ODHODKOV IN STORITEV NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG IN OBSEG STORITEV	166
12.1 Ekonomski položaj Slovenije v obdobju 2005–2011	166
12.2 Javnofinančni odhodki na področju prepovedanih drog	167
12.3 Omejitve	170
12.4 Variacije odhodkov s področja prepovedanih drog skozi čas in vpliv krize	172
12.5 Sklepi	175
C: VIRI, LITERATURA IN PRILOGE	176
VIRI IN LITERATURA	177
Seznam virov in literature	177
Seznam zakonov	184
PRILOGE	186
Kazalo tabel	186
Kazalo slik	188

1. poglavje

V letu 2011 so bile sprejete spremembe in dopolnitve Kazenskega zakonika, ki zajemajo tudi oba člena, ki urejata problematiko prepovedanih drog. Spremembe 187. člena tega zakona tako po novem dopuščajo pridobitev in omogočanje uporabe prepovedanih drog pod določenimi pravnimi in zdravstvenimi pogoji, s čimer se omogoča vzpostavitev varnih sob za injiciranje. Vlada RS je v letu 2011 dopolnila Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog z novo snovjo, mefedronom. Ministrstvo za zdravje je v letu 2011 sprejelo dva pravilnika, ki se nanašata na vožnjo ter načine ugotavljanja telesne in duševne zmožnosti, vključno v primerih uporabe prepovedanih drog, in sicer Pravilnik o zdravstvenih pogojih voznikov motornih vozil in Pravilnik o seznamu prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ter drugih psihoaktivnih snovi in njihovih presnovkov. Julija letos je Vlada RS sprejela Nacionalno strategijo na področju preprečevanja in zatiranja kriminalitete, ki zajema tudi področje drog.

7

Večina programov na področju drog v Sloveniji 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 2011 reševanju problematike na področju prepovedanih drog namenjenih vsaj 10,416.949,61 evra. V ta znesek so tokrat prvič zajeta tudi finančna sredstva, ki jih za reševanje problematike na področju prepovedanih drog namenjujejo mestne občine.

2. poglavje

Po podatkih Ankete o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog je kadarkoli v življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog 16 % prebivalcev Slovenije. Med tistimi, ki so v življenju že uporabili prepovedano drogo, jih je največ, in sicer 15,8 % uporabilo marihuano ali hašiš. Anketa je opozorila tudi na pojav uporabe več drog hkrati, ki je še posebej značilen za mlajše odrasle. Primerjava z Evropsko unijo pa je pokazala, da je razširjenost uporabe marihuane in tudi nekaterih drugih drog v Sloveniji nižja od evropskega povprečja.

V letu 2011 je bila v Sloveniji že petič zapored izvedena Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD). Po podatkih raziskave je 24,8 % anketiranih

dijakov, starih 15 in 16 let, v vsem življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog. Podatki tudi kažejo podoben trend kot v drugih državah, in sicer umirjanje razširjenosti uporabe prepovedanih drog po letu 2007. Sicer pa Slovenija v primerjavi s povprečjem držav ESPAD izstopa predvsem pri uporabi hlapil in kanabisa v vsem življenju; tako je o vseživljenjski uporabi hlapil poročalo 20 % dijakov, o vseživljenjski uporabi kanabisa pa 23 %. Raziskava o pivskih okoljih in pivskem vedenju mladih v štirih evropskih mestih (Liverpool, Palma de Mallorca, Utrecht in Ljubljana) je pokazala, da se v Ljubljani občutno manj mladih kot v drugih mestih poslužuje popivanja v obdobju pred vstopom v nočne lokale. Lokali v Ljubljani so se glede na karakteristike, kot so: hrup, gneča, prezračevanje, temperatura, svetloba, čistoča, izkazali za manj problematične kot lokali v drugih vključenih mestih.

3. poglavje

Ukrepi okoljske preventive se v Sloveniji izvajajo predvsem na področju omejevanja dostopa do alkohola in tobaka ter zajemajo: Zakon o omejevanju porabe alkohola, Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, trošarine, omejevanje oglaševanja alkohola in tobačnih izdelkov, višanje obdavčitev in cen tobačnih izdelkov ter zakonsko določeno koncentracijo alkohola v krvi pri vožnji vozil. Fokusne skupine med dijaki, starimi od 15 do 19 let, so pokazale, da si želijo bolj izkustvenih preventivnih programov na področju drog in pogovorov v manjših skupinah, v katerih bi lahko brez sramu spraševali stvari, ki jih zanimajo. Fakulteta za socialno delo je razvila skupnostni model dela z otroki, njihovimi starši in s šolskimi strokovnimi delavci, katerega osnovni namen je skupnostni odziv na tvegane situacije v posameznem šolskem okolju. Inštitut Utrip je izdal Smernice in priporočila za delo na področju šolske preventive. Preliminarni podatki vrednotenja programa Izštekani so pokazali, da je program zmanjšal dejansko uporabo alkohola, tobaka in drugih drog v intervencijski skupini glede na predhodne napovedi osnovnošolskih otrok. Po podatkih raziskave o ovirah izvajanja družinskih preventivnih programov se v naši državi preventivnih aktivnosti udeležuje dobrih 63 % staršev. Med vzroki za neudeležbo starši najpogosteje navajajo pomanjkanje časa. Vrednotenje preventivnega programa Krepitev družin na področju preprečevanja zasvojenost je pokazalo pozitivne učinke pri 89 % merljivih kazalnikov. Največji učinek je program dosegel pri pozitivnih spremembah starševskih veščin in vzgojnega stila pri obeh starših, pozitivnem starševstvu in pri starševski učinkovitosti. V okviru mednarodnega projekta preprečevanja zasvojenosti v romskih skupnostih so raziskovalci ugotovili, da so tobak, alkohol, kanabis in heroin prisotni v življenju romske mladine, zdravila pa bolj v svetu odraslih. Društvo Svit izvaja program indicirane preventive, ki je namenjen otrokom, katerih starši so uporabniki drog; rizični skupini otrok; starši, uporabniki drog; dekleta s pridruženimi težavami; stari starši otrok uporabnikov drog. Program zajema problem uporabe drog in izvajanje oblik varnega pristočnega življenja.

4. poglavje

Izsledki raziskave o uporabnikih drog iz programov zmanjševanja škode, ki se po definiciji uvrščajo med problematične uporabnike drog, so pokazali, da se je v letu 2011 v primerjavi z letom prej bistveno povečala uporaba vseh drog razen heroina, kar je verjetno posledica slabše dostopnosti heroina in njegove slabše kakovosti. Sicer pa je po uporabi na prvem mestu konoplja, sledijo heroin, kokain in sintetične droge, zelo pa je porasla uporaba alkohola. Večina uporabnikov uporablja substitucijska zdravila, več kot polovica pa tudi druga zdravila (hipnotike in benzodiazepine). Heroin in kokain uporabniki večinoma vbrizgavajo. V primerjavi z letom 2010 se je v letu 2011 zmanjšalo vbrizgavanje heroina in povečalo vbrizgavanje kokaina, mešanice heroina in kokaina, zdravil.

5. poglavje

Po podatkih, zbranih s pomočjo vprašalnika Evidenca obravnave uživalcev drog, je bilo v 17 centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani v letu 2011 evidentiranih 3.021 ljudi, od katerih jih je bilo 2.500 vključenih v neprekinjeno vzdrževalno zdravljenje, 521 ljudi pa je bilo v letu 2011 prvič ali ponovno vključenih v program zdravljenja. Povprečna starost prvič ali ponovno vključenih je bila 30,58 leta, po spolu pa je bila večina uporabnikov moških (78 %).

Podatki za prvič ali ponovno vključene v program zdravljenja kažejo, da je bil heroin tista glavna droga, zaradi katere je največ uporabnikov v letu 2011 iskalo pomoč. V primerjavi s prejšnjimi leti se zaznava upad deleža uporabnikov, ki iščejo pomoč zaradi težav z uporabo heroina, in porast deleža tistih, ki pomoč iščejo zaradi težav z uporabo kanabisa. Sicer pa je bil v letu 2011 kot prva dodatna droga najpogosteje naveden kokain, sledijo alkohol, kanabis in hipnotiki. Glavno drogo, heroin, je več kot polovica uporabnikov uporabljala vsak dan, injiciranje heroina še naprej ostaja najpogostejši način uporabe, zanimivo pa je, da znaten delež uporabnikov to drogo tudi kadi. Dve tretjini uporabnikov drog, ki so prvič ali ponovno vstopili v program zdravljenja, je brezposelnih in v primerjavi s preteklimi leti se zaznava porast. Po izobrazbi pa ima največ uporabnikov končano srednjo 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 2011 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 2011 znašala 8,1 %, razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) pa 28,5 %. V obeh primerih je delež okuženih v letu 2011 najvišji glede na gibanje deležev okuženih v zadnjem petletnem obdobju (2007–2011). Urgentne internistične ambulante v Ljubljani so v letu 2011 obravnavale 43 bolnikov zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami. V letu 2011 je bilo obravnavanih veliko več primerov zastrupitve z ekstazijem, amfetamini in s kanabisom kot leta 2010, ko so prevladovali zastrupitve s heroinom. V letu 2011 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih zaradi uporabe prepovedanih drog registriranih 24 neposrednih smrti. Umrlo je 19 moških in 5 žensk. Najpogostejša prepovedana droga, ki je povzročila zastrupitev, je bil heroin, sledita metadon in kokain.

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 deluje tudi 24-urna toksikološka informacijsko-konzultativna služba, ki nudi pomoč vsem slovenskim zdravnikom pri zdravljenju bolnikov, zastrupljenih s prepovedanimi drogami. Nevladna organizacija Združenje DrogArt uporabnikom psihoaktivnih snovi omogoča testiranje psihoaktivnih snovi, za katere se sumi, da vsebujejo kaj nenavadnega. V okviru nizkopražnih programov potekata brezplačno razdeljevanje sterilnega materiala med intravenozne uporabnike drog in svetovanje. V letu 2011 je bilo med nizkopražne programe razdeljenih 632.462 igel in brizg.

8. poglavje

V letu 2011 so imeli v centrih za socialno delo 298 obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog. Centri za socialno delo problematiko prepovedanih drog najpogosteje obravnavajo v okviru prve socialne pomoči. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je v letu 2011 sofinanciralo 36 socialnovarstvenih programov, namenjenih uporabnikom prepovedanih drog, v skupni višini 4.490.697,60 evra. V te programe je bilo vključenih prek 6.400 uporabnikov, in sicer največ, 4.491 uporabnikov, je bilo vključenih v nizkopražne programe, v visokopražne programe je bilo vključenih 1.048 uporabnikov, v programe srednjega praga 890 in v programe reintegracije 12 uporabnikov.

9. poglavje

V letu 2011 je policija zaznala 1.925 kaznivih dejanj (po Kazenskem zakoniku) in 3.691 prekrškov (opredeljenih po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami) s področja prepovedanih drog ter obravnavala 2.229 ljudi zaradi suma storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog. Konoplja je bila tudi v letu 2011 tista prepovedana droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov. V letu 2011 je policija obravnavala 128 osumljencev, ki so bili ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom prepovedanih drog, in 210 kaznivih dejanj, ki so bila storjena z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge. Policija je odredila 1.162 strokovnih pregledov, pri katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi; od tega je bil v 648 primerih izid analize pozitiven. Vozniki so najpogosteje vozili pod vplivom metadona, opiatov in benzodiazepinov. V zaporih pa so pravosodni policisti prepovedane droge odkrili v 81 primerih, pri čemer je bila konoplja tista prepovedana droga, s katero je povezano največje število najdb. V letu 2011 je bilo v vseh zavodih za prestajanje kazni zapora skupaj obravnavanih 4.975 ljudi. Med zaprtimi je bilo 1.073 ljudi, ki so imeli težave zaradi uporabe prepovedanih drog; od tega jih je 623 prejelo metadonsko terapijo. Po izvidih testiranj na okužbo z virusi HIV in s hepatitisi ni bil v letu 2011 nihče okužen z virusom HIV, hepatitis B je bil potrjen pri 15 ljudeh, hepatitis C pa pri 55 zaprtih ljudeh.

10. poglavje

V Sloveniji je bil v letu 2011 v primerjavi z letom prej zaznan upad skupnih zaseženih količin večine prepovedanih drog. Izjema sta bila le konoplja in hašiš, pri katerih je policija zaznala porast tihotapljenja prek ozemlja Slovenije in porast količine za prodajo na slovenskem trgu. Policija je zaznala tudi porast proizvodnje konoplje; tako je v letu 2010 evidentirala 42 prostorov, ki so bili prirejeni za gojenje konoplje pod umetno ustvarjenimi pogoji, v letu 2011 pa 52. Povprečne cene heroina, kokaina, amfetaminov, konoplje in hašiša so se leta 2011 v primerjavi z letom prej malo povečale, predvsem zaradi dostopnosti do posameznih prepovedanih drog višje čistosti. Povprečne koncentracije prepovedanih drog, kot so: kokain, amfetamin, konoplja in hašiš, so bile v letu 2011 podobne kot v preteklih letih, le povprečna koncentracija heroina se je v letu 2011 precej znižala.

11. poglavje

Z izbruhom epidemije uporabe heroina v začetku devetdesetih let so se slovenske nevladne organizacije začele povezovati s terapevtskimi skupnostmi iz sosednje Italije. Sprva so

nevladne organizacije uporabnikom drog predvsem urejale odhode v različne terapevtske skupnosti v Italiji, pozneje pa so začele ustanavljati terapevtske skupnosti v Sloveniji. Danes je v Sloveniji 8 terapevtskih skupnosti, ki skupaj zagotavljajo 116 ležišč. Poleg tega so na voljo tudi prosta mesta v tujini, saj nekatere nevladne organizacije sodelujejo s tovrstnimi programi v tujini.

Temeljno zakonsko osnovo za delovanje terapevtskih skupnosti v Sloveniji dajejo: Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog, Zakon o socialnem varstvu in Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009. Financiranje terapevtskih skupnosti je zagotovljeno iz različnih virov; največji delež (do 80 %) prek javnega razpisa zagotavlja Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, druga sredstva terapevtske skupnosti pridobijo prek donacij, prispevkov uporabnikov programa in razpisov lokalnih skupnosti.

Sicer pa je večina terapevtskih skupnosti v Sloveniji samopomočnih in temeljijo na medsebojni pomoči članov, le dve terapevtski skupnosti se povezujeta z zunanjimi strokovnjaki oziroma imata strokovno usposobljeno osebje, da lahko uporabniki programa prejema tudi terapijo z zdravili. Se pa programi terapevtskih skupnosti povezujejo z mrežo Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki jim omogoča zdravniški pregled pred vstopom v terapevtsko skupnost, cepljenje proti hepatitisu B in testiranje na okužbo z virusom HIV in hepatitisom C. Terapevtske skupnosti uporabnikom po večini nudijo možnost šolanja in pridobivanja novih delovnih veščin, prenašanje pozitivnih osebnih izkušenj, stopenjsko osamosvajanje, le redke pa tudi diagnostiko, program za prehod iz terapevtske skupnosti v vsakodnevno življenje, individualno in skupinsko terapevtsko delo, vedenjsko terapijo, sistemsko družinsko terapijo.

Sicer pa terapevtske skupnosti sodelujejo med seboj in tudi z drugimi programi obravnave odvisnosti od prepovedanih drog; uporabnikom je tudi omogočen prehod med terapevtskimi skupnostmi in med drugimi programi.

Terapevtske skupnosti imajo javno objavljen program in pogoje za sprejem v terapevtsko skupnost. V vseh programih potekajo notranje evalvacije programa in uresničevanja ciljev. Zunanjo evalvacijo občasno izvede Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, ki lahko skladno s pogodbo vrednoti program in preveri, ali so bila sredstva porabljena namensko. Zadnja taka evalvacija je bila narejena leta 2011.

12. poglavje

Bruto domači proizvod (BDP) na prebivalca, popravljen za kupno moč, je v Sloveniji leta 2010 znašal 27.545 USD. Ekonomska kriza, ki se je začela leta 2008, je prizadela tudi Slovenijo; tako je bil leta 2009 padec realnega BDP v odstotkih drugi največji v državah OECD. Javnofinančni primanjkljaj se je od leta 2009, ko je bila rast negativna, povečal, kar

kaže na to, da do leta 2011 radikalnejši varčevalni ukrepi pri državnih izdatkih še niso bili opazni. Maja 2012 je bil sprejet Zakon o uravnoteženju javnih financ, ki predstavlja prvi korak vlade k zmanjšanju javnofinančnega primanjkljaja, načrtovan v obsegu 3 % BDP v letu 2013. Skupni seštevek spremljanih (stalnih) odhodkov na področju prepovedanih drog v obdobju od leta 2005 do leta 2011 kaže na stalno zmerno povečanje skupne višine sredstev; tako je bilo za financiranje programov s strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, za izdatke na področju drog s strani Ministrstva za zdravje, za sterilni material za varno injiciranje drog, delovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in substitucijska zdravila, akutne hospitalizacije, izvajanje preiskovalnih ukrepov in za materialno tehnično opremo policije leta 2005 namenjenih 6,967.107,49 evra in leta 2011 10,054.779,54 evra.

Učinki ekonomske krize se do leta 2011 še niso odrazili v obsežnem zmanjšanju javnofinančnih odhodkov in tudi ne v zmanjšanju obsega javnofinančnih odhodkov na področju prepovedanih drog. Ker so bili radikalnejši varčevalni ukrepi za uravnoteženje javnih financ prvič sprejeti v letu 2012, bodo učinki v obsegu javnofinančnih odhodkov na področju prepovedanih drog ter v obsegu ponujenih storitev in programov na tem področju vidni šele v prihodnje.

A

NOVOSTI IN TRENDI

POLITIKE NA PODROČJU DROG: ZAKONODAJA, STRATEGIJA IN EKONOMSKA ANALIZA

Jože Hren

1.

V letu 2011 je Državni zbor RS sprejel predlog sprememb in dopolnitev Kazenskega zakonika (Uradni list RS, št. 91/2011), ki zajema tudi oba člena, ki urejata problematiko prepovedanih drog. 187. člen tega zakona tako po novem dopušča pridobitev in omogočanje uporabe prepovedanih drog pod natančno določenimi pravnimi in zdravstvenimi pogoji, s čimer omogoča vzpostavitev varnih sob za injiciranje.

Vlada RS je lani dopolnila Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog z novo snovjo, mefedron (4-metilmetkatinon), in jo razvrstila v I. skupino prepovedanih drog oziroma v isto skupino, kot je MDMA, ki se ne uporablja v zdravstvene namene.

Ministrstvo za zdravje je v letu 2011 sprejelo dva pravilnika, ki se nanašata na vožnjo ter načine ugotavljanja telesne in duševne zmožnosti, vključno v primerih uporabe prepovedanih drog, in sicer: Pravilnik o zdravstvenih pogojih voznikov motornih vozil (Uradni list RS, št. 47/11) in Pravilnik o seznamu prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ter drugih psihoaktivnih snovi in njihovih presnovkov (Uradni list RS, št. 83/11).

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

Najnovejša analiza delovanja mreže lokalnih akcijskih skupin (LAS) v Sloveniji je pokazala določen upad števila LAS v Sloveniji. Po podatkih omenjene analize je trenutno v Sloveniji skupno število delujočih skupin LAS 42¹.

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. V letošnjem letu prvič predstavljamo podatke o finančnih sredstvih, ki jih za reševanje problematike na področju prepovedanih drog namenjajo slovenske mestne občine. Na osnovi razpoložljivih podatkov se lahko oceni, da je bilo v letu 2011 reševanju problematike na področju prepovedanih drog v RS namenjenih vsaj 10,416.949,61 evrov.

¹Vir: Poročilo Zavoda za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem, dostopno pri avtorju.

1.1 Pravni okvir

Prepovedane droge v RS urejajo naslednji predpisi:

- Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 55/08,66/08 – popr. in 39/09) v poglavju o kaznivih dejanjih zoper človekovo zdravje ureja dve (večji) kaznivi dejanji v povezavi s prepovedanimi drogami, in sicer neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami, z nedovoljenimi snovmi v športu in s predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog ter omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu.
- Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/99, 44/00, 2/04 – ZZdrl-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. Razvrstitev prepovedanih drog je sprejela Vlada Republike Slovenije z Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog leta 2000.
- Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/99) med drugimi definira zdravljenje in reševanje socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog.

Novosti na področju zakonodaje

Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 55/08, 66/08 – popr., 39/09 in 91/2011) 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 omogočanja uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu. Državni zbor RS je 14. 11. 2011 sprejel predlog dopolnitev in sprememb Kazenskega zakonika, ki vključuje tudi nekatere predloge sprememb obeh členov s področja drog. Najpomembnejša sprememba se nanaša na možnost oblikovanja varnih sob za injiciranje, ki lahko postanejo del uradno potrjenih programov zdravljenja oziroma obvladovanja ali zmanjševanja in nadzorovanja odvisnosti. S spremembo Kazenskega zakonika omogočanje uporabe drog (varne sobe za injiciranje) ni protipravno, kadar bi bilo omogočeno v okviru programa zdravljenja odvisnosti ali nadzorovane uporabe drog, ki je skladno z zakonom potrjen in se izvaja v okviru javnega zdravstva. Temeljni namen varnih sob za injiciranje je preprečevanje pred okužbami s krvjo prenosljivih virusov (HIV, hepatitis) in pred bakterijskimi okužbami, preprečevanje možnosti predoziranja in možnost učinkovitejše socialne obravnave uporabnikov drog. Hkrati se zmanjša tudi uporaba drog v javnosti ter na javnih mestih in število odvrženih igel.

V letu 2011 je Vlada RS dopolnila Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog z novo snovjo, mefedron (4-metilmetkatinon), in ga razvrstila v I. skupino prepovedanih drog oziroma v isto skupino, kot je MDMA, ki se ne uporablja v zdravstvene namene. Svet Evropske unije je

namreč 30. novembra 2010 sprejel odločbo, da države članice Evropske unije uravnavajo psihoaktivno snov 4-metilmetkatinon (mefedron) na osnovi obveznosti do Konvencije Združenih narodov o psihotropnih snoveh iz leta 1971.

Glavni vzroki za uravnavanje te snovi so bili:

1. Mefedron je sintetični katinon. Njegovi fizični učinki so podobni učinkom, ki jih povzroča ekstazi (MDMA) ali kokain, in se uporablja kot nadomestek omenjenih snovi.
2. Mefedron lahko povzroča akutne zdravstvene težave in odvisnost.
3. Ta snov se ne uporablja v zdravstvene namene.

Ministrstvo za zdravje je v letu 2011 sprejelo dva pravilnika, ki se nanašata na vožnjo ter načine ugotavljanja telesne in duševne zmožnosti, vključno v primerih uporabe prepovedanih drog, in sicer: Pravilnik o zdravstvenih pogojih voznikov motornih vozil in Pravilnik o seznamu prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ter drugih psihoaktivnih snovi in njihovih presnovkov.

Prvi pravilnik v prilogi predpisuje merila in način za ugotavljanje telesne in duševne zmožnosti za kandidate za voznike in voznike za različna zdravstvena stanja, tudi za primere uporabe prepovedanih drog, prepovedanih psihotropnih snovi in njihovih presnovkov ter zlorabo psihoaktivnih zdravil v preteklosti ali uspešnega zdravljenja odvisnosti ob vzpostavljeni stabilni fazi abstinence od omenjenih snovi.

Drugi pravilnik omogoča, da voznik, ki se zdravi od prepovedanih drog v programu zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog (skladno s predpisi, ki urejajo zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog) s substitucijsko terapijo, torej z zdravili, ki so skladno s predpisi o označevanju zdravil označena kot trigoniki (absolutna ali relativna prepoved upravljanja vozil) in vsebujejo prepovedane droge iz I., II. in III. skupine prepovedanih drog (skladno z Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog), lahko vozi vozilo, če je njegova sposobnost za vožnjo ugotovljena na kontrolnem zdravstvenem pregledu skladno s predpisi, ki urejajo ugotavljanje zdravstvene zmožnosti voznikov. To pomeni, da je osebam, ki so vključene substitucijsko terapijo v okviru programov zdravljenja, čeprav substitucijska terapija vsebuje prepovedane droge (npr. metadon), pod določenimi pogoji in ob rednih kontrolah dovoljena vožnja motornega vozila, saj je to zelo pomembno za njihovo celovito resocializacijo in reintegracijo.

Predlog sprememb in dopolnitev Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami je zastal v koalicijskem usklajevanju. Nadaljnjo obravnavo tega zakona so konec leta 2011 ustavile predčasne državnozborske volitve. Zaradi omenjenega razloga je zastala tudi nadaljnja obravnava novega Nacionalnega programa na področju prepovedanih drog.

1.2 Akcijski načrt, strategija, vrednotenje in koordinacija

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

Najvišje koordinativno telo na področju drog je Komisija za droge pri Vladi RS, ki je medresorski organ na vladni ravni in se je v letu 2011 sešla dvakrat. Med drugim je Komisija obravnavala letno nacionalno poročilo o stanju na področju drog ter poročila o izvajanju programov zmanjševanja škode v RS in poročilo ter predlog o delovanju lokalnih akcijskih skupin. Ministrstvo za zdravje zagotavlja operativnost Komisije za droge, saj pripravlja gradivo 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, Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, Ministrstva za šolstvo in šport, Ministrstva za pravosodje, Ministrstva za finance, Ministrstva za zunanje zadeve, Ministrstva za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, Ministrstva za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano, Ministrstva za obrambo in Ministrstva za zdravje.

S ciljem revitalizacije lokalnih akcijskih skupin je Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem pripravil načrt, ki ga je potrdila Komisija Vlade RS za droge. Slovenija je že pred leti uvedla učinkovit model dela v lokalnih skupnostih v obliki Lokalnih akcijskih skupin za preprečevanje zasvojenosti (LAS), ki deluje v obliki strokovnega posvetovalnega telesa župana in občinskega sveta. Dozdajšnje analize in izkušnje kažejo, da sta glavna problema pri delovanju LAS-ov ohlapna struktura in pomanjkljiva koordinacija med skupinami. Zaradi tega je v prihodnje treba zagotoviti večjo povezanost in boljšo koordinacijo LAS-ov, to pa bo hkrati osnova za uspešno sodelovanje.

Komisija za droge je potrdila, da je na nacionalni ravni nacionalni koordinator za LAS-e Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem. Nacionalni koordinator predstavlja osrednjo koordinacijsko in strokovno-raziskovalno razvojno telo, ki skrbi za interdisciplinarno in multidisciplinarno usklajevanje, implementacijo nacionalnih usmeritev in programov v lokalne skupnosti ter izvaja spremljanje in vrednotenje programov. Je usklajevalno telo med državo, regijo in lokalno skupnostjo.

Poleg nalog koordinacije bi prevzel tudi naloge za vzpostavitev:

- sistema permanentnega izobraževanja, usposabljanja in izpopolnjevanja regijskih koordinatorjev in članov LAS (strokovni dogodki, edukacija edukatorjev itn.);
- enotnega sistema za spremljanje in vrednotenje (evalvacija) vseh dejavnosti LAS-ov (merila kakovosti in strokovne smernice);
- informacijskega sistema (enoten sistem zbiranja podatkov; kontinuirano vodenje in analiza aktualne situacije v lokalni skupnosti; redno obveščanje med pomembnimi akterji itd.);
- Cilji delovanja LAS-ov ostajajo osrediščeni na promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga, vključno s konkretnim izvajanjem in spodbujanjem preventivnih in z

razvojem prostočasnih dejavnosti, informiranjem, s koordinacijo, z ocenjevanjem problematike in s spodbujanjem javnosti k večji participaciji.

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 2011 in 2012 prek javnega razpisa namenilo za financiranje programov s področja prepovedanih drog 140.000 evrov. Polovica tega zneska je bila izbranim programom nakazana v letu 2011. Ministrstvo je tega leta sofinanciralo še nekatere druge dogodke in dejavnosti v višini 177.326,67 evra (preventivni mesec, študentsko areno, srečanje stalnih korespondentov Pompidoujeve skupine in v tem okviru regionalno ministrsko konferenco, konferenco Correlation, populacijsko študijo o rabi prepovedanih drog ter alkohola in tobaka ter sorazmerni delež za delovanje enote za prepovedane droge na Inštitutu za varovanje zdravja). Finančna sredstva, ki jih je Ministrstvo zdravje v letu 2011 namenilo obravnavi in reševanju problematike prepovedanih drog, znašajo 247.326,67 evra.

Urad RS za mladino je v okviru svojih instrumentov v letu 2011 sofinanciral dejavnosti ali vrste programov, ki jih je mogoče prepoznati kot neposredno izvajanje aktivnosti na področju prepovedanih drog, in sicer v višini 58.994 EUR.

V letu 2011 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 3,213.519 EUR.

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 Leto:	Programi socialne rehabilitacije zasvojenih (EUR)	Programi terapevtskih skupnosti in drugih programov, ki omogočajo nastanitev za uporabnike drog, skupaj s pripadajočimi mrežami sprejemnih in dnevnih centrov, centrov za reintegracijo, programov za vzporedno terapevtsko pomoč družinam uporabnikov drog in terapevtskim skupnostim alternativnih programov za uporabnike drog (EUR)	Nizkopražni programi za uporabnike drog, mreže centrov za svetovanje in socialno rehabilitacijo zasvojenih s prepovedanimi drogami, potrebnih vsakodnevnih obravnave (EUR)
2011	3,213.519,00		
2010	2,713.129,37*	1,575.993,26	587.876,52
2009	2,558.798,00*	1,514.458	544.492,50
2008	2,290.728,00*	1,445.691	399.013,40

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

Vir: Poročilo Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve RS²

Ministrstvo za javno upravo je prek javnega razpisa za izvedbo projektov evropske kohezijske politike v Republiki Sloveniji za obdobje 2010–2012 izbralo dve vsebinski mreži nevladnih organizacij. Inštitut za raziskave in razvoj (Utrip) je za dejavnosti vzpostavitve preventivne platforme NVO na področju preprečevanja zasvojenosti prejelo 160.000 EUR. Za projekt opolnomočenja nevladnih organizacij na področju zmanjševanja škode je Združenje DrogArt prejelo 156.426,00 EUR. Namen javnega sofinanciranja je spodbujanje razvoja nevladnega sektorja in civilnega dialoga na izbranih vsebinskih področjih. Sredstva so bila namenjena za realizacijo vseh aktivnosti v obdobju dveh let in jih v letošnjem finančnem poročilu v zbirnih tabelah ne omenjamo.

Slovenska kriminalistična policija za boj zoper organizirano kriminaliteto letno porabi več kot pol milijona EUR. Konkretni podatki za leto 2011 kažejo, da je bilo za izvajanje prikritih preiskovalnih ukrepov in materialno-tehnično opremo porabljenih 657.254,05 EUR, v letu prej pa je bil ta znesek 576.040,00 EUR. Večji del tega zneska je namenjenega področju boja zoper prepovedane droge. Ker preiskovanje kriminalitete pogosto zajema več različnih kaznivih dejanj, konkretnih oz. natančnih podatkov o višini finančnih sredstev, namenjenih področju prepovedanih drog ne moremo podati.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je v letu 2011 namenil za financiranje delovanja centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti 5,623.535,27 evrov. Za delovanje centrov (kadri, prostori itn.) je bilo namenjenih 2,709.098 evrov, za substitucijska zdravila (metadon in druga zdravila) pa 2,914.437,27 evra.

²Dostopno pri avtorju, prejeta na e-naslov. Poročilo še ni javno objavljeno (september 2012).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je za leto 2011 namenil tudi 152.850 evrov za nakup sterilnega materiala za varno injiciranje drog, ki ga je Zavod za zdravstveno varstvo Koper razdelil med programe zmanjševanja škode.

V letu 2011 je fundacija FIHO namenila programom s področja drog, ki so bili vsi organizirani kot nevladne organizacije, 342.991,97 evra.

V letošnjem poročilu prvikrat poročamo o sofinanciranju programov na področju prepovedanih drog slovenskih mestnih občin. Mestna občina je občina, ki zaobseže večje mesto, natančneje: »gosto in strnjeno naselje ali več naselij, povezanih v enoten prostorski organizem in mestno okolico, ki jo povezuje dnevna migracija prebivalstva«. V Sloveniji Zakon o lokalni samoupravi (Uradni list RS, št. 94/2007) v 16. členu določa, da lahko mesto dobi status mestne občine, če ima »najmanj 20.000 prebivalcev in najmanj 15.000 delovnih mest, od tega najmanj polovico v terciarnih in kvartarnih dejavnostih in je geografsko, gospodarsko in kulturno središče svojega gravitacijskega območja«. Izjemoma lahko pridobi status mestne občine mesto zaradi zgodovinskih razlogov. Na mestno občino država lahko prenese del svojih nalog, ki se nanašajo na razvoj mesta. Slovenija ima 11 mestnih občin. To so: Ljubljana, Maribor, Celje, Novo mesto, Kranj, Koper, Nova Gorica, Murska Sobota, Velenje, Ptuj in Slovenj Gradec. Sofinanciranje programov, ki delujejo na področju prepovedanih drog, je razvidno iz spodnje tabele.

Tabela 1.2: Podatki o porabljenih sredstvih za področje drog v letu 2011 po posameznih mestnih občinah

	Občina	Znesek
1.	Celje	28.545,63
2.	Koper	45.000,00
3.	Kranj	87.210,00
4.	Ljubljana	342.214,30
5.	Maribor	106.773
6.	Murska Sobota	700,00
7.	Nova Gorica	38.831,00
8.	Novo mesto	30.000,00
9.	Ptuj	22.801,93
10.	Slovenj Gradec	66.786,84
11.	Velenje	8.870
	Skupaj	777.732,70

Vir: mestne občine

Tabela 1.3: Zbirni podatki porabljenih sredstev za področje drog v letu 2011

	Financer	Znesek
1.	Mestne občine	777.732,70
2.	FIHO	342.991,97
3.	Urad za mladino	58.994,00
4.	ZZZS	5.776.385,27
5.	MZ	247.326,67
6.	MDDSZ	3.213.519,00
	Skupaj	10.416.949,61

Viri: Proračun RS, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, FIHO, mestne občine

V poročilu so zajeta samo dostopna poročila o financiranju različnih programov na področju prepovedanih drog. Iz poročil nekaterih sofinancerjev programov izhaja, da le-ti sofinancirajo različne organizacije in projekte kot celoto in je zaradi tega težko izluščiti, koliko sredstev je šlo za izvajanje celotnega programa in koliko posebej za področje drog. Oceni se lahko, da je bilo v letu 2011 reševanju problematike na področju prepovedanih drog v Sloveniji namenjenih vsaj 10,416.949,61 evra (tabela 1.3).

Poročilo o sestanku Pompidoujeve skupine v Ljubljani

Na pobudo Ministrstva za zdravje in stalnih korespondentov Pompidoujeve skupine je 13. 12. 2011 v Ljubljani potekalo srečanje na visoki ravni, ki se ga je udeležilo 72 delegatov iz 30 držav Evrope in severne Afrike, konkretno iz Maroka. Namen tega srečanja in celotne pobude je bil ponovno spodbuditi regionalno sodelovanje v jugovzhodni Evropi pristojnih teles za zakonodajo, politiko, programe zdravljenja in za programe preprečevanja ponudbe prepovedanih drog.

Na srečanju na visoki ravni je bila sprejeta posebna politična deklaracija, ki poudarja pomen regionalnega sodelovanja na področju drog in vlogo Pompidoujeve skupine pri tem. Deklaracija daje možnost državam, da oblikujejo konkretne programe in vsebine, ki naj upoštevajo potrebe in interese sodelujočih držav pri soočanju s problematiko prepovedanih drog. S tem je dana možnost, da se znotraj Pompidoujeve skupine oblikuje posebna delovna skupina, ki naj se poglobljeno ukvarja z izbranimi vsebinami na področju drog v regiji, ki je znana tudi po tem, da po njej poteka ena izmed najbolj znanih tihotapskih poti za prevoz različnih drog, ne le heroína, z vzhodnega v zahodno in srednjo Evropo ter za prevoz prekurzorjev v nasprotni smeri.

Podarjeno je tudi, da mora biti politika na področju drog uravnotežena, celovita, multidisciplinarna in pregledna, če naj bo uspešna. Pri tem je treba enakovredno upoštevati in razvijati vse preverjene ukrepe in aktivnosti s področja zmanjševanja ponudbe in zmanjševanja povpraševanja po drogah, vključno s programi zmanjševanja škode.

Poudarjena je bila tudi pomembna vloga civilne družbe, saj je v splošnem prav civilna družba tisti subjekt, ki se zavzema za napredek družbe v vse smeri, v dobro vseh ali vsaj večine, in s tem ohranjanje bogastva družbene raznolikosti, ki je predpogoj socialne kohezije, miru, sobivanja in sodelovanja.

Na srečanju na visoki ravni sta k Pompidoujevi skupini pristopili dve novi članici, in sicer Črna gora in Maroko. Danes je tako v Pompidoujevi skupini aktivnih osemtrideset držav članic Sveta Evrope.

Spremembe Kazenskega zakonika -1B (KZ-1B) glede drog

Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog

186. člen

(1) Kdor neupravičeno proizvaja, predeluje, prodaja ali ponuja naprodaj ali zaradi prodaje »ali dajanja v promet« kupuje, hrani ali prenaša ali posreduje pri prodaji ali nakupu ali kako drugače neupravičeno daje v promet rastline ali substance, ki so razvrščene kot prepovedane droge ali nedovoljene snovi v športu, ali predhodne sestavine, ki se uporabljajo za izdelavo prepovedanih drog, se kaznuje z zaporom od enega do desetih let.

(2) Kdor prodaja, ponuja na prodaj ali brezplačno deli prepovedano drogo »ali nedovoljeno snov v športu« ali predhodno sestavino za izdelavo prepovedanih drog mladoletni osebi, duševno bolni osebi, osebi z začasno duševno motnjo, hujšo duševno zaostalostjo ali osebi, ki je v postopku odvajanja od odvisnosti ali rehabilitacije ali če stori dejanje v vzgojnih ali izobraževalnih ustanovah ali v njihovi neposredni bližini, v zaporih, v vojaških enotah, v javnih lokalih ali na javnih prireditvah, ali stori dejanje iz prvega odstavka javni uslužbenec, duhovnik, zdravnik, socialni delavec, učitelj ali vzgojitelj in pri tem izkorišča svoj položaj ali kdor za izvrševanje omenjenega dejanja uporablja mladoletne osebe se kaznuje z zaporom od treh do petnajst let.

(3) Če je dejanje iz prvega »ali« drugega odstavka storjeno v hudodelski združbi za izvedbo takih dejanj, ali če je storilec tega dejanja organiziral mrežo prekupčevalcev ali posrednikov, se kaznuje z zaporom od petih do petnajstih let.

(4) Kdor brez pooblastila izdeluje, nabavlja, ima ali daje v uporabo opremo, snovi ali predhodne sestavine, za katere ve, da so namenjene za izdelavo prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let.

»(5) Prepovedane droge ali nedovoljene snovi v športu in sredstva za njihovo izdelovanje se vzamejo. Prevozna sredstva, uporabljena za prevoz in hrambo drog ali nedovoljenih snovi v športu, se odvzamejo, če imajo za prevoz in hrambo drog ali nedovoljenih snovi v športu posebej prirejene prostore ali če je njihov lastnik vedel ali bi bil mogel vedeti, da bodo uporabljena za tak namen.«

Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu

187. člen

(1) Kdor napelje drugega k uživanju prepovedanih drog ali prepovedanih doping snovi ali mu jih da, da jih uživa on ali kdo drug, ali kdor da na razpolago prostore za uživanje prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu ali kako drugače omogoči drugemu, da uživa prepovedane droge ali nedovoljene snovi v športu, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do osmih let.

(2) Kdor stori dejanje iz prvega odstavka proti več osebam, proti mladoletni osebi, duševno bolni osebi, osebi z začasno duševno motnjo, hujšo duševno zaostalostjo ali osebi, ki je v postopku odvajanja od odvisnosti ali rehabilitacije ali če stori dejanje v vzgojnih ali izobraževalnih ustanovah ali v njihovi neposredni bližini, v zaporih, v vojaških enotah, v javnih lokalih ali na javnih prireditvah, ali stori dejanje iz prvega odstavka javni uslužbenec, duhovnik, zdravnik, socialni delavec, učitelj ali vzgojitelj in pri tem izkorišča svoj položaj, se kaznuje z zaporom od enega do dvanajstih let.

(3) Prepovedane droge, nedovoljene snovi v športu in pripomočki za njihovo uživanje se vzamejo.

(4) Dejanje iz prvega in drugega odstavka tega člena ni protipravno, če storilec ravna po programu zdravljenja odvisnosti ali nadzorovane uporabe droge, ki je v skladu z zakonom potrjen in se izvaja v okviru ali pod nadzorom javnega zdravstva.

Inštitut za varovanje zdravja je v letih 2011 in 2012 izvedel Anketo o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog. Ciljna populacija ankete so bile osebe, stare med 15 in 64 let, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih. V vzorec je bilo vključenih 15.200 ljudi, starih od 15 do 64 let. Na anketo je odgovorilo 7514 oseb, kar pomeni, da je stopnja odgovora v anketi 50 %. Za preverjanje razširjenosti uporabe drog v splošni populaciji so bili uporabljeni trije standardni časovni okviri, in sicer uporaba droge kadarkoli v življenju (uporaba droge v katerem koli trenutku v življenju posameznika), uporaba droge v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo (uporaba droge v zadnjem letu) in uporaba droge v zadnjih 30 dneh pred raziskavo (uporaba droge v zadnjem mesecu). Po podatkih Ankete o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog je kadarkoli v življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog 16 % prebivalcev Slovenije. Med tistimi, ki so v življenju že uporabili prepovedano drogo, jih je največ, in sicer 15,8 % uporabilo marihuano ali hašiš. Kokain je uporabilo 2,1 % prebivalcev Slovenije, enak odstotek ljudi je uporabilo ekstazi, LSD je uporabil 1 % ljudi, amfetamine in heroin pa manj kot odstotek. Več drog hkrati ob eni priložnosti pa je uporabilo kar 6,4 % ljudi. Pri vseh posameznih drogah je bila razširjenost uporabe večja med moškimi kot med ženskami. Primerjava z Evropsko unijo pa je pokazala, da je razširjenost uporabe marihuane in tudi nekaterih drugih drog v Sloveniji nižja od evropskega povprečja.

V letu 2011 je bila v Sloveniji že petič zapored izvedena Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD), ki je narejena na reprezentativnem vzorcu dijakov, ki v letu zbiranja podatkov dopolnijo 16 let. Poglavitni cilj raziskave ESPAD je zbrati primerljive podatke o uporabi različnih psihoaktivnih snovi med 15- in 16-letnimi dijaki v Evropi za spremljanje trendov v državah in med njimi. V raziskavo so vključena vprašanja o pogostosti uporabe različnih drog v vsem življenju, zadnjem letu in v zadnjem mesecu pred anketo. Po podatkih raziskave je 24,8 % anketiranih dijakov v vsem življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog. Podatki tudi kažejo podoben trend kot v drugih državah, in sicer umirjanje razširjenosti uporabe prepovedanih drog po letu 2007. Sicer pa Slovenija v primerjavi s povprečjem držav ESPAD izstopa predvsem pri uporabi hlapil in kanabisa v vsem življenju; tako je o vseživljenjski uporabi hlapil poročalo kar 20 % dijakov, o vseživljenjski uporabi kanabisa pa 23 %.

Raziskava o pivskih okoljih in pivskem vedenju mladih v štirih evropskih mestih (Liverpool, Palma de Mallorca, Utrecht in Ljubljana) je pokazala, da se v Ljubljani občutno manj mladih kot v drugih mestih poslužuje popivanja v obdobju pred vstopom v nočne lokale. Tudi

vsebnost alkohola v krvi je bila najnižja pri ženskah v Ljubljani in druga najnižja pri moških v Ljubljani. Lokali v Ljubljani so se glede na karakteristike, kot so: hrup, gneča, prezračevanje, temperatura, svetloba, čistoča, izkazali za manj problematične kot lokali v drugih vključenih mestih.

2.1 Uporaba drog v splošni populaciji

Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog v populaciji 15–64 let

Romana Štokelj, Andreja Drev, Darja Lavtar, Nataša Delfar

Inštitut za varovanje zdravja je v letih 2011 in 2012 izvedel Anketo o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog. Ciljna populacija ankete so bili prebivalci Slovenije, stari od 15 do 64 let, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih.

Metodologija in vzorec

Osnovo za vzorčni okvir sta predstavljala okvir popisnih okolišev in Centralni register prebivalcev. Vzorec je pripravil Statistični urad RS skladno z Zakonom o državni statistiki. Vzorec je dvostopenjsko stratificiran. Vsaka oseba, vključena v vzorec, je bila določena z imenom in s priimkom.

Anketa je bila izvedena v dveh delih – v letih 2011 in 2012. V letu 2011 je vzorec vključeval 7.200 oseb, v letu 2012 pa 8.000 oseb. Skupaj je bilo v vzorec vključenih 15.200 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Na anketo je odgovorilo 7.514 oseb, kar pomeni, da je stopnja odgovora v anketi 50-odstotna. Med anketiranimi je 51,4 % moških in 48,6 % žensk. Dobra tretjina oseb (36,9 %), ki so odgovarjale na anketo, je stara od 15 do 34 let, 63,1 % oseb pa je starih od 35 do 64 let. Med vprašanimi je imelo 57,9 % oseb končano nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo ali srednjo strokovno ali srednjo splošno izobrazbo; osnovno šolo ali manj je končalo 13,1 % oseb, preostalih 28,9 % oseb ima končano vsaj višješolsko izobrazbo. Dobra polovica (55,1 %) anketiranih oseb je zaposlena, 13,9 % je učencev, dijakov ali študentov, 13,3 % je upokojenih, 9,1 % je brezposelnih, 4,7 % pa je samozaposlenih. Preostalih 3,9 % oseb je kmetovalcev, gospodinj, pomagajočih družinskih članov ali nezmožnih za delo zaradi starosti, bolezni, invalidnosti.

Raziskava je bila izvedena z mešanim načinom anketiranja (»mixed-mode survey«), in sicer je vključevala:

- spletno anketiranje;
- telefonsko anketiranje (v telefonsko anketiranje so bili vključeni vsi anketiranci, ki niso izpolnili spletne ankete in za katere je bila na voljo telefonska številka);
- osebno anketiranje (v osebno anketiranje so bili vključeni vsi anketiranci, ki niso izpolnili spletne ankete, vsi tisti, ki niso bili dosegljivi prek telefona, in tisti, za katere telefonska številka ni bila na voljo).

Izbrane osebe so bile o anketi obveščene z obvestilnim pismom, ki ga je poslal IVZ; s tem jih je obvestil o anketi, možnosti spletnega anketiranja in o predvidenem obisku anketarja oz. telefonskem klicu.

Pri pripravi vprašalnika so bila upoštevana priporočila EMCDDA: Handbook for surveys on drug use among the general population³. Vprašalnik vsebuje vprašanja o kajenju, prepovedanih drogah (marihuana, ekstazi, amfetamini, kokain, heroin, LSD, druge droge) in o stališčih do uporabe drog. Poleg vprašanj o rabi tobaka in drog je bil dodan še obsežen sklop vprašanj o alkoholu, in sicer o uživanju alkohola (pivo, vino, žgane pijače) in stališčih do uporabe alkohola.

Za preverjanje razširjenosti uporabe drog v splošni populaciji so bili uporabljeni trije standardni časovni okviri, in sicer uporaba droge kadar koli v življenju (uporaba droge v katerem koli trenutku v življenju posameznika), uporaba droge v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo (uporaba droge v zadnjem letu) in uporaba droge v zadnjih 30 dneh pred raziskavo (uporaba droge v zadnjem mesecu).

V nadaljevanju so predstavljeni preliminarni podatki.

Rezultati

Stališča do prepovedanih drog

Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog je zajela tudi vprašanja, ki so poizvedovala po mnenjih oziroma stališčih ljudi o uporabnikih drog in uporabi posameznih drog ter s tem povezanih tveganjih. Tako več kot polovica (56 %) prebivalcev Slovenije uporabnike drog dojema bolj kot bolnike. Več kot dve tretjini (64,3 %) prebivalcev Slovenije se ne strinja, da bi bila uporaba marihuane dovoljena, 16,5 % je glede tega vprašanja neopredeljenih, 13 % pa se jih s tem strinja. S tem, da bi morala biti uporaba marihuane dovoljena, se strinja večji delež moških kot žensk. 35,8 % prebivalcev tudi ne nasprotuje temu, da posamezniki občasno pokadijo marihuano, medtem ko jih temu nasprotuje ali močno nasprotuje nekaj več kot dve tretjini (64,2 %). 65 % ljudi tudi meni, da je redna uporaba marihuane zelo tvegana, 31,8 % jih meni, da redna uporaba marihuane prinaša rahla ali zmerna tveganja, le 3,1 % ljudi meni, da redna uporaba marihuane ni povezana z nobenim tveganjem. Sicer pa od enkrat do dvakrat uporabo ekstazija z velikimi tveganji povezuje 35 % ljudi, od enkrat do dvakrat uporabo kokaina pa z velikimi tveganji povezuje 47 % ljudi.

Uporaba prepovedanih drog

Po podatkih Ankete o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog je kadar koli v življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog 16 % prebivalcev Slovenije. Med tistimi, ki so v življenju že uporabili prepovedano drogo, jih je največ, in sicer jih je 15,8 % uporabilo marihuano ali hašiš. Kokain sta uporabila 2,1 % prebivalcev Slovenije, enak odstotek ljudi je uporabilo ekstazi, LSD je uporabil 1 % ljudi, amfetamine in heroin pa manj kot odstotek. Več drog hkrati⁴ ob eni priložnosti pa je uporabilo kar 6,4 % ljudi (tabela 2.1). Pogled po spolu pokaže, da je pri vseh posameznih drogah razširjenost uporabe večja med moškimi kot med ženskami (tabela 2.1). Tako je razmerje med moškimi in ženskami 2: 1 pri uporabi

³ Dostopno na <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58052EN.html>

⁴ Pri uporabi več drog hkrati je vprašalnik zajemal naslednje kombinacije drog: alkohol in kokain oziroma LSD oziroma heroin, ali alkohol in marihuano oziroma hašiš, ali alkohol in pomirjevala, ali kokain in heroin oziroma LSD oziroma amfetamine (speed) oziroma marihuano.

marihuane ali hašiša, ekstazija in LSD-ja kadar koli v življenju, pri kokainu, amfetaminih in heroinu pa je to razmerje celo 3: 1.

Tabela 2.1: *Uporaba prepovedanih drog kadar koli v življenju po vrsti prepovedane droge, po spolu in skupaj*

Vrsta prepovedane droge	Moški (%)	Ženske (%)	Skupaj (%)	Okvirno število oseb
Marihuana/hašiš	19,6	11,8	15,8	223,000
Kokain	2,9	1,2	2,1	29,000
Ekstazi	2,7	1,4	2,1	29,000
LSD	1,4	0,6	1,0	14,000
Amfetamini	1,4	0,5	0,9	13,000
Heroin	0,7	0,3	0,5	7,000
Več drog ob eni priložnosti	8,5	4,3	6,4	91,000

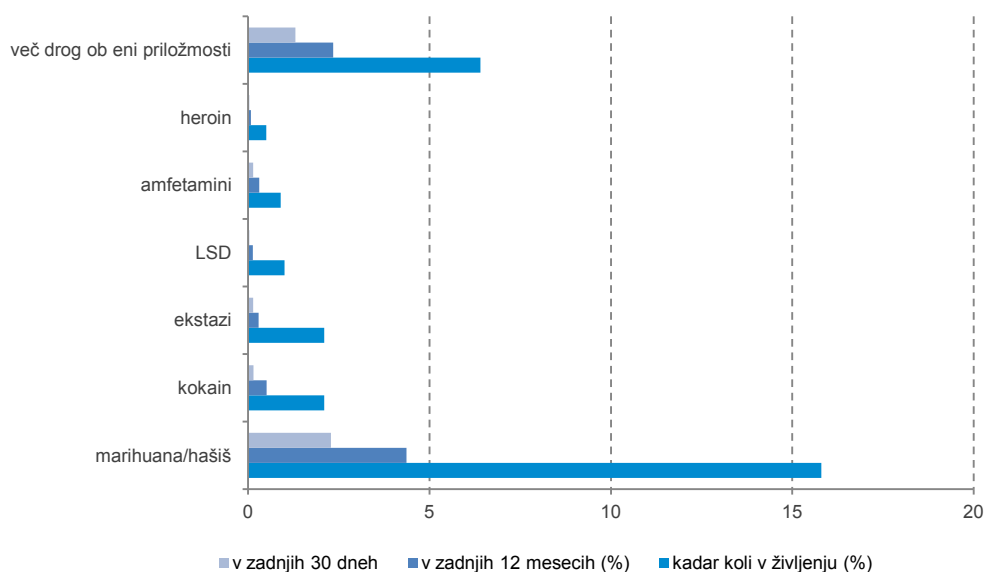
Vir: IVZ, Anketa o tobaku, alkoholu in drugih drogah 2011–2012

Podatki o uporabi prepovedanih drog v zadnjih 12 mesecih kažejo, da je 4,4 % ljudi uporabljalo marihuano ali hašiš, druge prepovedane droge, kot so: kokain, ekstazi, LSD, amfetamini, heroin, pa je uporabljalo manj kot 1 % ljudi. Več drog ob eni priložnosti pa je v zadnjih 12 mesecih uporabljalo 2,3 % ljudi (slika 2.1).

28

V zadnjih 30 dneh pred anketo je marihuano ali hašiš uporabljalo 2,3 % ljudi, od tega jih je 8 % to drogo uporabljajo vsak dan. Druge prepovedane droge je v zadnjem mesecu pred anketiranjem uporabljal manj kot 1 % ljudi, več drog ob eni priložnosti pa 1,3 % ljudi (slika 2.1).

Slika 2.1: *Uporaba prepovedanih drog kadar koli v življenju, zadnjem letu in zadnjem mesecu, po vrsti prepovedane droge*



Vir: IVZ, Anketa o tobaku, alkoholu in drugih drogah 2011–2012

Sicer pa je bila marihuana tista prepovedana droga, ki so jo ljudje v zadnjih 30 dneh pred anketiranjem uporabljali najpogosteje, in sicer v povprečju 8 dni (podatek velja za tiste, ki so marihuano uporabljali v zadnjih 30 dneh pred anketiranjem). Sledijo amfetamini, ki so jih uporabljali v povprečju 4 dni, ter kokain s povprečjem 3 dni uporabe. Povprečno število dni za uporabo več drog hkrati ob eni priložnosti pa je 4.

Povprečna starost ob prvi uporabi katere izmed prepovedanih drog je bila najvišja, in sicer 22 let za kokain, sledijo heroin z 21 leti, LSD z 20 leti in marihuana, ekstazi ter amfetamini z 19 leti. Zanimivo je tudi, da je bila povprečna starost ob prvi uporabi več drog hkrati ob eni priložnosti 18 let. Vzrok za nekoliko nižjo povprečno starost ob prvi uporabi več drog hkrati ob eni priložnosti je verjetno v tem, da se je v anketi kot kombinacija drog med drugimi zajela tudi uporaba alkohola in pomirjeval hkrati.

Primerjava z Evropsko unijo

V Sloveniji je podobno kot v Evropski uniji (EU) marihuana najbolj razširjena droga v splošni populaciji. Primerjava pokaže, da je uporaba marihuane kadar koli v življenju v Sloveniji nižja od povprečja EU, ki znaša 23,2 % (tabela 2.2). Med posameznimi državami EU so sicer precejšnje razlike; nacionalni deleži razširjenosti se gibajo od 1,5 % do 32,5 % (EMCDDA 2011a). Slovenija pa se uvršča v največjo skupino držav, za katere je značilna razširjenost uporabe od 10 % do 30 % vseh odraslih. Sicer pa imata Sloveniji primerljivo razširjenost uporabe marihuane kadar koli v življenju Slovaška (16,1 %) in Norveška (14,6 %) (EMCDDA Statistical bulletin 2012). Nadalje tudi primerjava podatkov o uporabi marihuane v zadnjem letu in zadnjem mesecu pokaže, da sta le-ti v Sloveniji nižji od evropskega povprečja, ki je 6,7 % in 3,6 % (tabela 2.2).

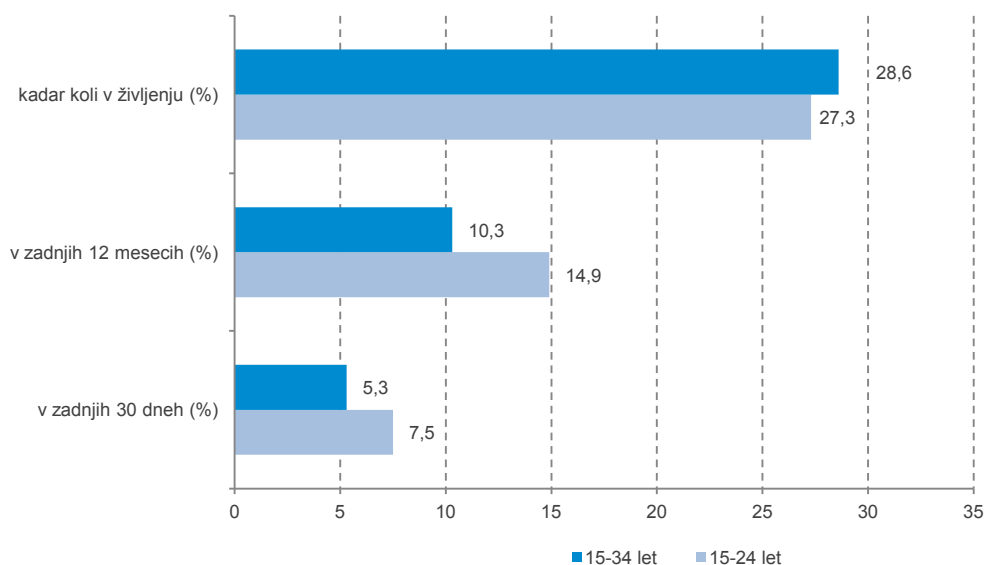
Tabela 2.2: Uporaba marihuane kadar koli v življenju, zadnjem letu in zadnjem mesecu, v splošni populaciji v Sloveniji in povprečje v Evropski uniji

	Slovenija (%)	Povprečje EU (%)
Uporaba kadar koli v življenju	15,8	23,2
Uporaba v zadnjih 12 mesecih	4,4	6,7
Uporaba v zadnjih 30 dneh	2,3	3,6

Vir: IVZ, Anketa o tobaku, alkoholu in drugih drogah 2011–2012; EMCDDA 2011a

Sicer pa je uporaba marihuane razširjena predvsem med mladimi (15–34 let), o najvišjih ravneh uporabe v zadnjem letu pa se na splošno poroča pri osebah, starih 15–24 let (EMCDDA 2011a). Tudi v Sloveniji je po podatkih ankete razširjenost uporabe marihuane kadar koli v življenju največja v skupini 15–34 let, v skupini 15–24 let pa se zaznava najvišja raven uporabe marihuane v zadnjem letu (slika 2.2).

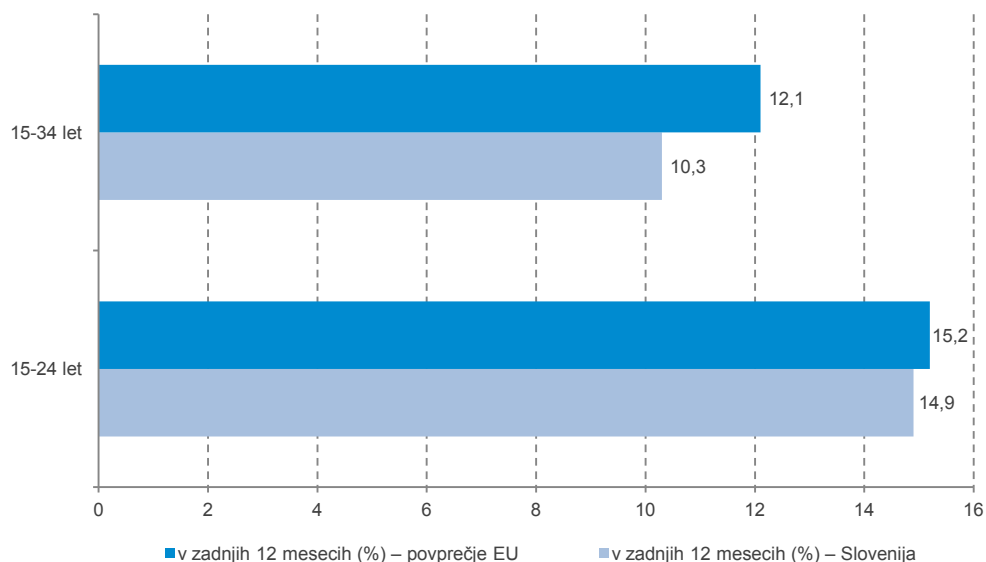
Slika 2.2: Uporaba marihuane kadar koli v življenju, zadnjem letu in v zadnjem mesecu, v starostnih skupinah 15–34 let in 15–24 let



Vir: IVZ, Anketa o tobaku, alkoholu in drugih drogah 2011–2012

Primerjava z EU pokaže, da so naši mladi pri uporabi marihuane kadar koli v življenju, zadnjem letu in v zadnjem mesecu pod evropskim povprečjem (slika 2.3).

Slika 2.3: Primerjava uporabe marihuane v zadnjem letu v Sloveniji s povprečjem EU



Vir: IVZ, Anketa o tobaku, alkoholu in drugih drogah 2011–2012; EMCDDA 2011a

Razširjenost uporabe kokaina kadar koli v življenju v EU v povprečju znaša 4,3 %, uporaba ekstazija 3,2 %, amfetaminov 3,8 % in LSD-ja od 0 do 5,5 % (EMCDDA 2011a). Primerjava s Slovenijo pokaže, da je razširjenost uporabe teh drog v Sloveniji nižja od povprečja EU.

Pogled po starostnih skupinah pokaže, da v Sloveniji kokain v največji meri uporabljajo ljudje, stari nekoliko pod 30 let, po ekstaziju in amfetaminih v največji meri segajo ljudje, stari okoli 30 let ali malo čez, po LSD-ju in heroinu pa v največji meri segajo nekoliko starejši, in sicer v starosti 35–39 let.

Trendi

Podatke o vseživljenjski uporabi prepovedanih drog v Sloveniji, pridobljene iz predhodnih raziskav, je izjemno težko primerjati zaradi različnega vzorčenja in uporabljenih metodologij anketiranja, zato trendov v tem trenutku ni mogoče izračunati. Trendi, pridobljeni s pomočjo raziskav ESPAD 2011 in HBSC 2010, pa kažejo, da sta se razširjenost uporabe prepovedanih drog in razširjenost uporabe marihuane med mladostniki stabilizirala (Stergar in sod. v tisku, Jeriček in sod. 2012).

Sklep

Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog je pokazala, da je v Sloveniji katero koli prepovedano drogo v življenju že uporabilo 16 % prebivalcev v starosti od 15 do 64 let. Sicer pa je med splošno populacijo najbolj razširjena uporaba marihuane. Primerjava z Evropsko unijo pokaže, da je razširjenost uporabe marihuane in tudi nekaterih drugih drog nižja od evropskega povprečja. Sicer pa marihuano v večji meri uporabljajo moški kot ženske, poleg tega je uporaba razširjena predvsem med mlajšimi odraslimi. Čeprav je marihuana najbolj razširjena droga v Sloveniji, pa več kot dve tretjini ljudi nasprotujeta temu, da bi bila uporaba te droge dovoljena.

Anketa pa je opozorila tudi na pojav uporabe več drog hkrati, ki je še posebej značilen za mlajše odrasle. Uporaba več drog hkrati pri mlajših odraslih je lahko znak za že uveljavljene vzorce uporabe več različnih drog, ki je zelo pogosto povezana tudi s pogostim in čezmernim pitjem alkohola (EMCDDA 2009). Zaradi večjih tveganj in dolgoročnih posledic za zdravje uporabnikov ter drugih posledic, ki jih prinaša uporaba več drog hkrati, bi bilo treba ta pojav zato v prihodnje pozorneje spremljati.

Pregled drugih do zdaj izvedenih raziskav na področju drog v splošni populaciji

Po podatkih leta 2008 izvedene raziskave o razširjenosti uporabe prepovedanih drog med prebivalci Slovenije, starimi 18–65 let, je prepovedane droge kadar koli v življenju že uporabilo 15,8 % vprašanih, od tega marihuano 15 % (Stergar 2010). Po podatkih raziskave EHIS 2007 (Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu) je marihuano v zadnjih 12 mesecih uporabilo 2,6 % ljudi v starosti 15 let in več, o uporabi drugih prepovedanih drog v zadnjih 12 mesecih 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 2.3).

Tabela 2.3: 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=1.251 (%)	EHIS 2007 (uporaba prepovedane droge v zadnjem letu) N=2.112 (%)	SJM 1999 N=1.012 (%)	SJM 1994 N=1.037 (%)
Katera koli prepovedana droga	15,8	0,9	10,6	4,3
Marihuana/Hašiš	15,0	2,6	8,1	3,9

Vir: Drev in sod. 2011

2.2 Uporaba drog med šolsko populacijo

ESPAD 2011

Mag. Eva Stergar

Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino – ESPAD – poteka po standardizirani mednarodni metodologiji v koordinaciji Švedskega sveta za informacije o alkoholu in preostalih drogah (CAN) od leta 1995 naprej v štiriletnih razmikih. Poglavitni cilj raziskave ESPAD je zbrati primerljive podatke o uporabi različnih psihoaktivnih snovi med 15- in 16-letnimi dijaki v Evropi za spremljanje trendov v državah in med njimi. Slovenija je sodelovala v vseh petih do zdaj opravljenih raziskavah.

32

Metodologija

Vzorec

Podatke se zbira v stratificiranih naključnih vzorcih, reprezentativnih za dijake, ki v letu zbiranja dopolnijo 16 let – torej je raziskava leta 2011 zajela šolsko mladino, rojeno leta 1995. Enota vzorčenja je razred. Razrede se po naključju izbere s seznamov vseh oddelkov prvega letnika slovenskih srednjih šol za štiri vrste programov srednjega izobraževanja. Leta 2011 je bilo v vzorec izbranih 4.386 oseb iz 180 oddelkov prvega letnika; anketo jih je izpolnilo 3.851. V končno obdelavo je bilo vključenih 3.186 oseb (1.561 fantov in 1.625 deklet), rojenih leta 1995. Povprečna starost je bila 15,8 leta.

Vprašalnik

Vprašalnik je sestavljen iz jedrnih vprašanj, izbirnih vprašanj in modulov. Jedrna vprašanja so obvezna za vse države in se nanašajo na izbrane demografske spremenljivke, pogostost uporabe različnih drog v vsem življenju, v zadnjih 12 mesecih in v zadnjih 30 dneh pred anketo, starost ob iniciaciji oz. začetku redne uporabe drog, stališča do uporabe drog (dostopnost, tveganje za zdravje), oceno pogostosti uporabe drog med vrstniki in starejšimi sorojenci, družinske okoliščine, šolsko uspešnost, dejavnost v prostem času, zadovoljstvo z odnosi (starši, vrstniki). Vsaka država se lahko odloči še za nekaj izbirnih vprašanj in vprašanja največ dveh modulov. Slovenski vprašalnik poleg jedrnih vprašanj vsebuje še vprašanja psihosocialnega modula in modula integracija.

Vnos in obdelava podatkov potekata s programom SPSS.

Opredelevanje izbranih terminov

Redna uporaba: med redne uporabnike štejemo tiste anketirance, ki so na vprašanje o uporabi neke droge v vsem življenju odgovorili, da so jo uporabili 40-krat ali pogosteje.

Katera koli prepovedana droga: v spremenljivki upoštevamo kanabis, amfetamine, kokain, krek, ekstazi, LSD ali druge halucinogene, heroin in GHB.

Države ESPAD: države, ki so sodelovale v raziskavi leta 2011 in katerih podatki so vključeni v mednarodno poročilo za leto 2011⁵.

Izsledki

Katera koli prepovedana droga; kanabis

Skoraj vsak drugi slovenski anketiranec/ka (45 %) meni, da mu/ji je kanabis precej oziroma zlahka dostopen, pomirjevala zaznava kot dostopna četrtina, ekstazi petina, medtem ko ocenjuje amfetamine kot precej oziroma zlahka dostopne 13 % vprašanih. Četrtnina anketiranih je odgovorila, da je v življenju že uporabila katero izmed prepovedanih drog – fantje statistično značilno pogosteje kot dekleta ($\chi^2 = 27,831$, $df = 5$, $p < 0,0001$, $C = 0,09$) (tabela 2.4).

Tabela 2.4: Uporaba katere koli prepovedane droge v vsem življenju (v %), 1995–2011

Leto	Uporabili katero koli prepovedano drogo (%)		
	Moški	Ženske	Vsi
1995	14,8	11,9	13,4
1999	27,6	23,3	25,6
2003	31,0	26,6	28,8
2007	25,9	21,3	23,6
2011	27,3	22,3	24,8

Viri: Stergar 1999, Stergar in sod. 2001, Stergar in sod. 2005, Stergar in sod. 2010, Stergar in sod. v tisku

Spremembe v uporabi katere koli prepovedane droge v obdobju 1995–2011 so statistično značilne ($\chi^2 = 227,391$, $df = 20$, $p < 0,0001$, $C = 0,13$), in sicer je izrazitemu skoku med letoma 1995 in 1999 sledilo zmerno naraščanje do leta 2003, temu pa značilen upad leta 2007 in stabilno stanje leta 2011.

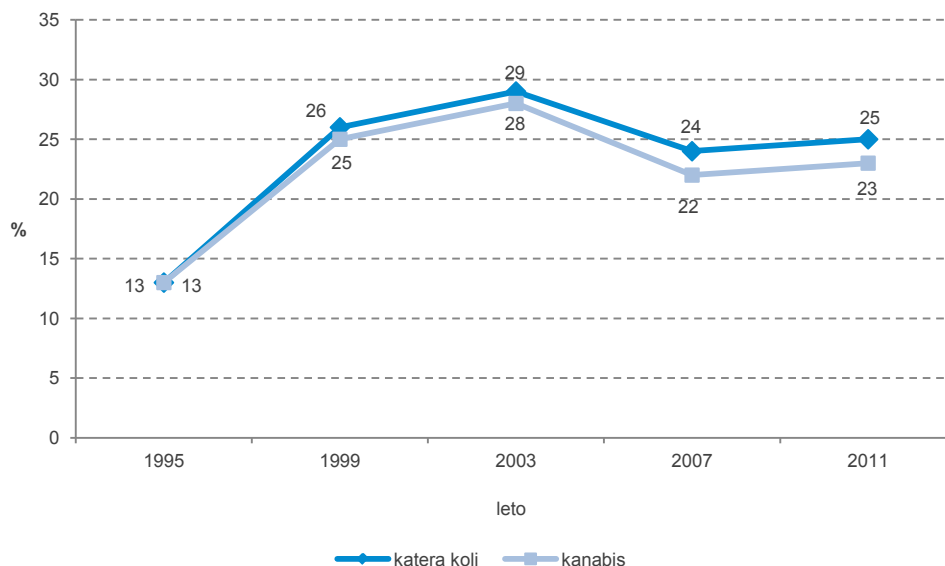
Večino vseživljenjske uporabe katere koli prepovedane droge pojasnimo z uporabo kanabisa, s katerim je imelo leta 2011 izkušnjo 23 % vprašanih. V letu pred anketo je kanabis uporabilo 19 % vprašanih, v mesecu pred anketo pa 10 %. Razlike med spoloma so statistično značilne: kanabis je uporabilo več fantov kot deklet. Ocena zaznane dostopnosti kanabisa je statistično značilno povezana s pogostostjo uporabe kanabisa v vsem življenju –

⁵ Albanija, Belgija (Flandrija), Bosna in Hercegovina (Republika Srbska), Bolgarija, Ciper, Češka republika, Črna gora, Danska, Estonija, Ferski otoki, Finska, Francija, Grčija, Hrvaška, Irska, Islandija, Italija, Latvija, Liechtenstein, Litva, Madžarska, Malta, Moldavija, Monako, Nemčija (5 zveznih dežel), Norveška, Poljska, Portugalska, Romunija, Ruska federacija (Moskva), Slovaška, Slovenija, Srbija, Švedska, Ukrajina in Združeno kraljestvo.

tisti, ki ocenjujejo nabavo kanabisa kot nemogočo, zelo ali precej težko, so pogosteje odgovorili, da ga niso nikoli uporabili ($\chi^2 = 977,273$, $p < 0,0001$, $C = 0,49$).

Trendi 1995–2011 v uporabi kanabisa so skoraj enaki trendom uporabe katere koli prepovedane droge (slika 2.4).

Slika 2.4: Vseživljenjska uporaba katere koli prepovedane droge in kanabisa, 1995–2011



Viri: Stergar 1999, Stergar in sod. 2001, Stergar in sod. 2005, Stergar in sod. 2010, Stergar in sod. v tisku

Primerjava s povprečjem držav ESPAD kaže, da je v Sloveniji 7 % več anketiranih odgovorilo, da imajo izkušnje z uporabo katere koli prepovedane droge v vsem življenju. O izkušnjah z uporabo kanabisa je v Sloveniji poročalo 6 % več anketiranih, kot je bilo povprečje držav ESPAD.

Katera koli prepovedana droga razen kanabisa

6 % anketiranih je odgovorilo, da so v vsem življenju uporabili katero koli drogo razen kanabisa, kar je enako povprečju držav ESPAD za to spremenljivko. Spremljanje trenda 1995–2011 v Sloveniji kaže statistično značilne razlike v pogostosti uporabe, ki jih zaznamuje predvsem izrazito povečanje med letoma 1995 in 1999 in nato nihanje med 5 in 7 % (tabela 2.5).

Tabela 2.5: Uporaba katere koli prepovedane droge razen kanabisa, 1995–2011

Leto	Vse življenje (%)		
	Moški	Ženske	Vsi
1995	3,3	2,2	2,8
1999	7,1	6,6	6,9
2003	4,3	5,0	4,7
2007	6,7	7,9	7,3
2011	6,6	6,0	6,3

Viri: Stergar 1999, Stergar in sod. 2001, Stergar in sod. 2005, Stergar in sod. 2010, Stergar in sod. v tisku

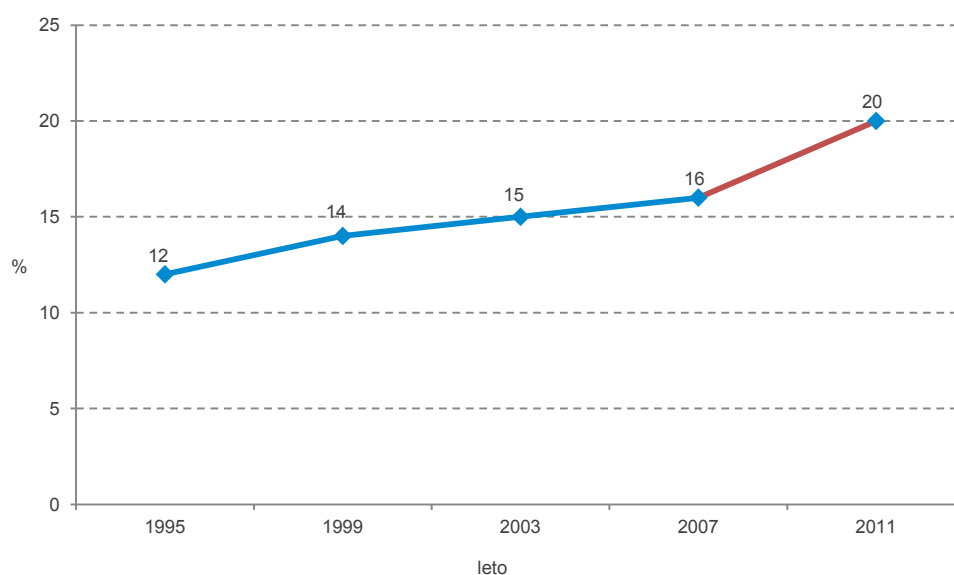
Ekstazi, heroin, kokain, krek

Leta 2011 sta 2 % anketiranih odgovorila, da sta v vsem življenju uporabila ekstazi, 3 % so uporabili kokain, po 2 % amfetamine, krek, LSD ali neki drug halucinogen in po 1 % heroin oz. GHB. Kot v preteklih raziskavah ESPAD tudi za leto 2011 ugotavljamo, da je uporaba naštetih drog v raziskovani skupini sorazmerno redek pojav.

Hlapila

Leta 2011 je o vseživljenjski uporabi hlapil poročalo 20 % anketiranih, uporabi v zadnjih 12 mesecih 9 % in o uporabi v zadnjih 30 dneh 4 %. Spremljanje trendov 1995–2011 kaže statistično značilno naraščanje pogostosti uporabe hlapil ($\chi^2 = 86,737$, $p < 0,0001$, $C = 0,08$) z izrazitim povečanjem v obdobju 2007–2011 (slika 2.5).

Slika 2.5: Vdihavanje hlapov v vsem življenju, 1995–2011



Viri: Stergar 1999, Stergar in sod. 2001, Stergar in sod. 2005, Stergar in sod. 2010, Stergar in sod. v tisku

Primerjava s povprečjem držav ESPAD, ki znaša 9 %, kaže, da je med slovenskimi všolanimi mladostniki vdihavanje hlapov značilno bolj pogosto (slika 2.6).

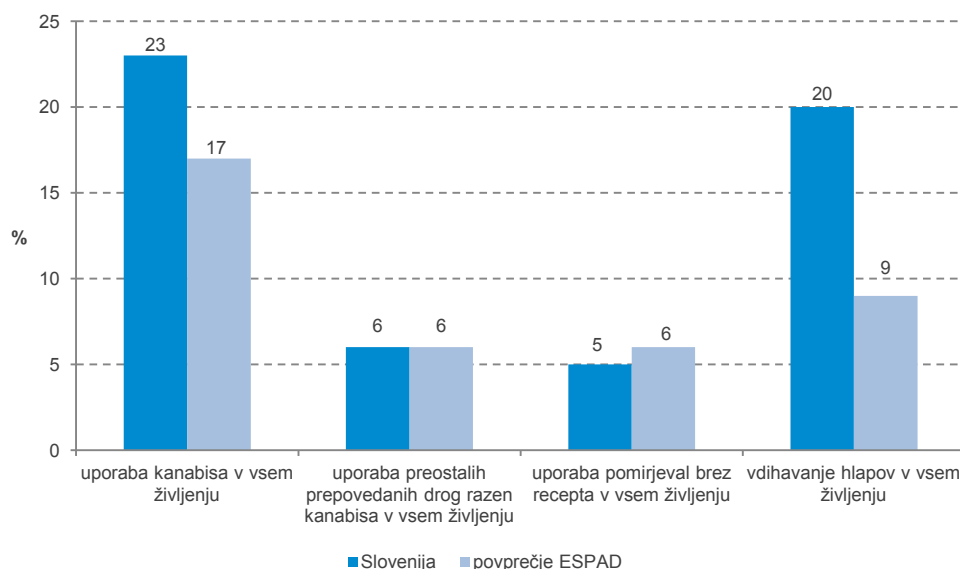
Pomirjevala, ki jih ni predpisal zdravnik

5 % anketiranih je v vsem življenju uporabilo pomirjevala ali sedative, ki jim jih ni predpisal zdravnik. Povezava s spolom, ki kaže, da so dekleta pogosteje uporabila pomirjevala brez zdravnikovega recepta, je sicer statistično značilna pri $p < 0,01$, a šibka ($C = 0,07$).

Spremljanje trendov 1995 – 2011 kaže sicer statistično značilno, a šibko povezavo med pogostostjo uporabe pomirjeval, ki jih ni predpisal zdravnik, in letom: 1995 in 1999 je bila uporaba pomirjeval brez recepta pogostejša kot v letih 2003, 2007 in 2011.

Primerjava pogostosti uporabe prepovedanih drog s povprečji držav ESPAD
Slovenski anketiranci v primerjavi s povprečjem držav ESPAD izstopajo predvsem na dveh ključnih spremenljivkah in sicer razširjenosti vdihavanja hlapov in uporabi kanabisa v vsem življenju.

Slika 2.6: Primerjava izbranih spremenljivk s povprečjem držav ESPAD, 2011



Vir: Hibell in sod. 2012

Sklep

Podatki ESPAD 2011 o razširjenosti uporabe prepovedanih drog med všolano mladino, staro od 15 do 16 let, kažejo v Sloveniji podoben trend kot v preostalih državah: umirjanje razširjenosti uporabe katerekoli prepovedane droge po vrhu, ki smo ga dosegli leta 2003, in ustalitev deleža mladih, ki imajo izkušnjo z uporabo katere koli prepovedane droge – za Slovenijo je to 25 %.

Skrb vzbujajoče je vztrajno naraščanje razširjenosti vdihavanja hlapov za to, da bi bili zadeti, ki ga med slovenskimi anketiranci zaznavamo od prve raziskave ESPAD naprej.

Podatki o razširjenosti uporabe marihuane so primerljivi s tistimi, ki so bili ugotovljeni za 15-letnike v raziskavi HBSC 2010 (Drev in sod. 2011), kar podpira hipotezo o stabilizaciji pojava.

2.3 Uporaba drog med ciljnim skupinami

AMPHORA – raziskava o pivskih okoljih

Matej Košir

V sklopu projekta AMPHORA (www.amphoraproject.net) so partnerske ustanove iz Velike Britanije, Španije, Nizozemske in iz Slovenije izvedle študijo o pivskem vedenju mladih in pivskih okoljih v štirih različnih evropskih mestih: Liverpool, Palma de Mallorca, Utrecht in Ljubljana. V raziskavi, ki je potekala med septembrom in novembrom 2010, so raziskovalci

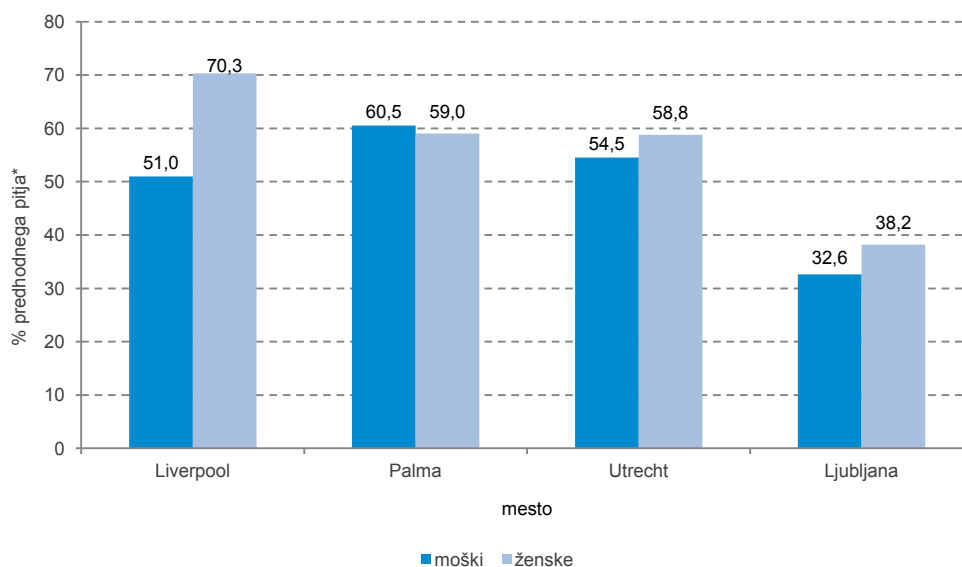
izvedli presečno anketiranje skupaj s testiranjem alkoholiziranosti med mladimi pivci v omenjenih mestih ter kvantitativno opazovalno študijo v nočnih lokalih (Hughes in sod. 2012). V Ljubljani je Inštitut Utrip izvedel 221 presečnih anket s testiranjem alkoholiziranosti in opazovalno študijo v 15 nočnih lokalih, v katere najpogosteje zahajajo mladi.

Izsledki

Predhodno popivanje

Izsledki raziskave so pokazali, da se v Ljubljani občutno manj mladih kot v drugih vključenih mestih poslužuje tako imenovanega predhodnega pitja oziroma popivanja (»preloading«) v obdobju pred vstopom v nočne lokale (slika 2.7). V vseh štirih mestih skupaj je takšnih mladih skoraj polovica (45,1 %).

Slika 2.7: Delež anketirancev, ki so predhodno pili oz. popivali*, po mestu in spolu



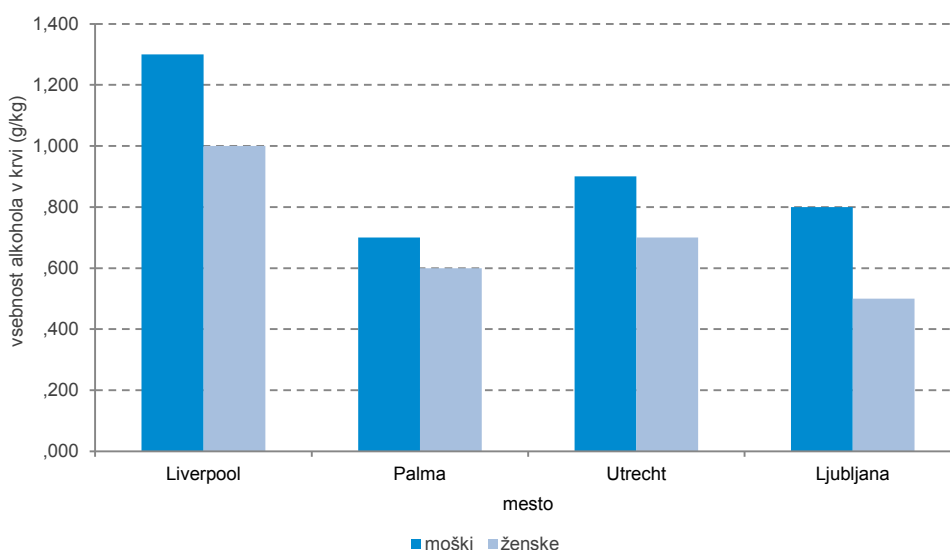
*Vključno s sodelovanjem v »botellón« (tj. pitju alkohola, kupljenega v trgovinah in drugih prodajalnah, na javnih mestih, kot so npr. ulice in parki) v Palmi de Mallorci.

Vir: Hughes in sod. 2012

Vsebnost alkohola v krvi

Vsebnost alkohola med anketiranjem je bila v Ljubljani v povprečju 0,50 grama alkohola na kilogram krvi med ženskami in 0,80 grama med moškimi. V primerjavi z drugimi mesti je bila v Ljubljani najnižja vsebnost alkohola v krvi pri ženskah, pri moških pa so nižjo vsebnost zaznali le v Palmi de Mallorci (slika 2.8).

Slika 2.8: Povprečna vsebnost alkohola (g/kg) v krvi po mestu in spolu



Vir: Hughes in sod. 2012

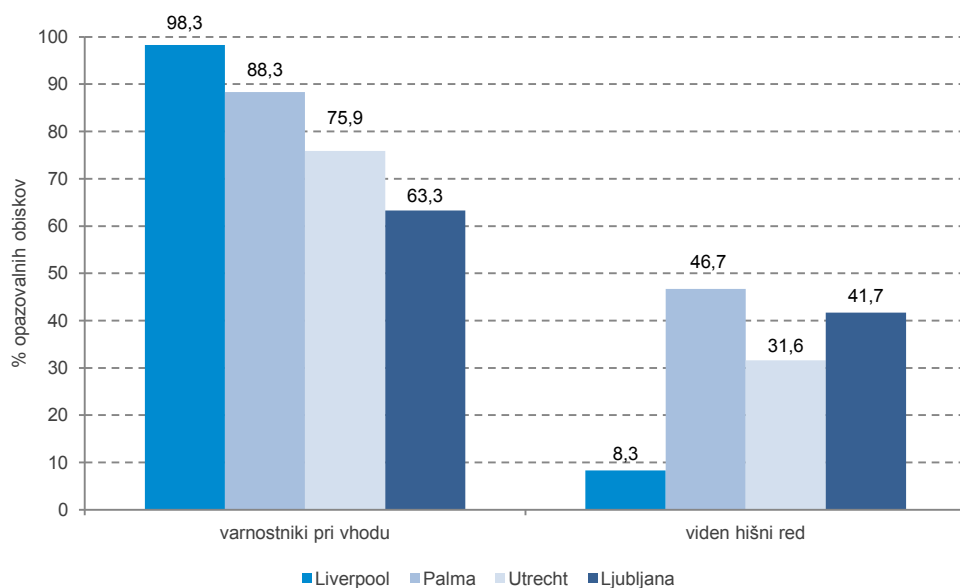
Moški v Ljubljani so pred anketiranjem v največjem deležu pili žgane pijače (39,3 %), sledili so pivo (35,2 %), vino (24,6 %) in mešane gazirane alkoholne pijače (»alcopops«) (0,9 %). Med ženskami jih je največ (45,8 %) pred anketiranjem pilo vino, 36,5 % žgane pijače, 17,2 % pivo in le 0,5 % mešane gazirane alkoholne pijače. V drugih vključenih mestih so deleži po posameznih vrstah alkoholnih pijač občutno drugačni. Med moškimi so pred anketiranjem največ piva pili v Utrechtu (72,9 %) in Liverpoolu (53,1 %), najmanj pa v Palmi de Mallorci (20,8 %). Pri žganih pijačah so prednjačili moški v Palmi (63,3 %), manj kot v Ljubljani pa so žgane pijače pili moški v Liverpoolu (33,6 %) in Utrechtu (14,3 %). Največ piva so spile ženske v Utrechtu (39,6 %), manj kot v Ljubljani pa ženske v Palmi (14 %) in Liverpoolu (12 %). Manj vina kot v Ljubljani so pile ženske v vseh preostalih mestih (Utrecht – 37,6 %; Liverpool 20,7 %; Palma 11,8 %). Največ mešanih gaziranih alkoholnih pijač so pili anketiranci v Palmi (moški – 12,1 %; ženske – 9,6 %).

Opazovanje nočnih lokalov

V drugem delu študije so raziskovalci v vseh izbranih mestih opravili 238 ur opazovanj po nočnih lokalih, v katerih so preverjali delovanje lokalov in njihove fizične ter socialne karakteristike, ki vplivajo ali ne na pitje alkoholnih pijač in druge oblike tveganega vedenja. V Ljubljani so raziskovalci opazovanja opravili v 15 izbranih nočnih lokalih v širšem središču mesta, v katere najpogosteje zahajajo mladi.

Za nočne lokale v Ljubljani je značilno, da imajo v najmanjšem deležu ob vhodu prisotne varnostnike (le 63,3 %), ki upravljajo z vstopanjem v lokal. Bolje so bili ljubljanski lokali ocenjeni glede vidnosti hišnega reda oziroma pravil ob vhodu. Ta delež je za Ljubljano kar 41,7-odstoten (slika 2.9).

Slika 2.9: Delež opazovalnih obiskov z evidentiranjem izbranih značilnosti ob vstopu na prizorišče

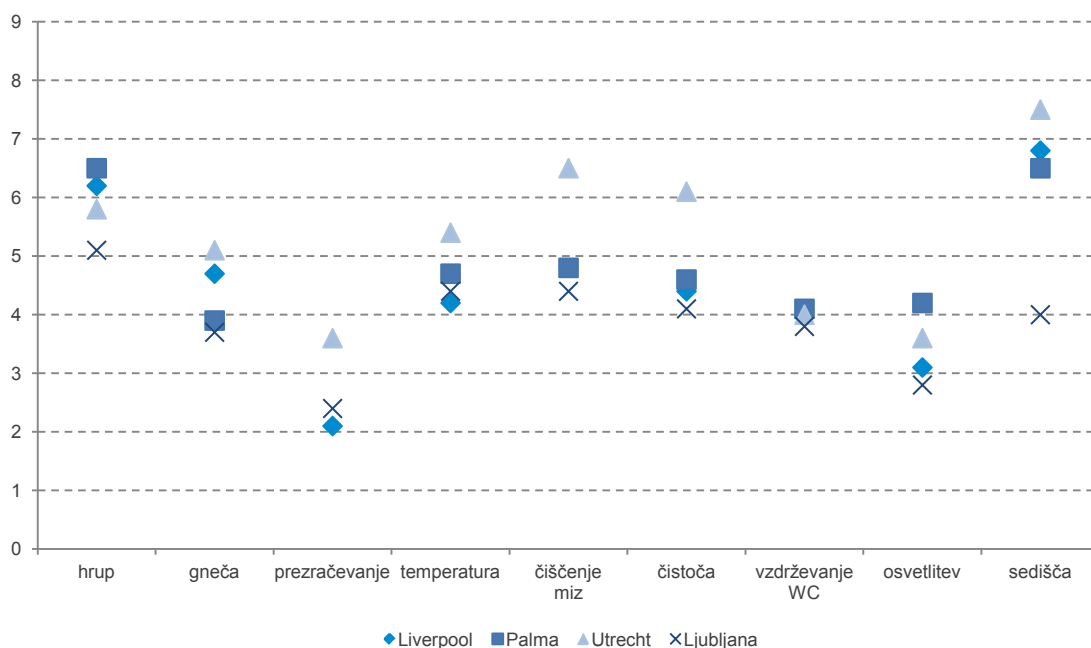


Vir: Hughes in sod. 2012

Fizično okolje

Fizično okolje znotraj lokalov so raziskovalci ocenjevali z uporabo ocenjevalnih lestvic (od 0 do 9) za merjenje ravni hrupa, gneče, prezračevanja, temperature, stopnje osvetljenosti in dejavnikov glede čistoče. Višje vrednosti predstavljajo večjo »problematičnost«. Lokali v Ljubljani so se glede na ocenjene karakteristike izkazali manj problematični kot lokali v drugih mestih (slika 2.10).

Slika 2.10: Povprečne ocene karakteristik fizičnega okolja znotraj nočnih lokalov v izbranih mestih



Vir: Hughes in sod. 2012

Prodaja hrane in pijače

Hrana (večinoma prigrizki in hitra prehrana) je bila le redko na voljo v vseh izbranih mestih, najpogosteje pa je bila na voljo v nočnih lokalih v Ljubljani (16,7 % opazovanj), najmanj pogosto pa v Liverpoolu in Utrechtu (4 %). Strežba alkohola pri mizah (in ne samo pri šanku) je bila najpogostejša v Ljubljani (78,3 % opazovanj), najmanj pa v Liverpoolu (3,3 %). V Ljubljani je bil tudi največji delež opazovanj, pri katerih so zaznali uporabo plastičnih kozarcev ali plastenk (73,3 %), v Utrechtu pa je bil ta delež najnižji (8,6 %). Promocijo alkoholnih pijač so najpogosteje opazili v Liverpoolu (46,7 % obiskov), najmanj pa v Palmi (13,3 %). V Palmi so zaznali tudi najvišje povprečne cene alkoholnih pijač v štirih mestih.

Osebje v nočnih lokalih

Lokali v Palmi imajo najmanjše število zaposlenih glede na število obiskovalcev, hkrati pa tudi najmanjši delež mlajših zaposlenih in zaposlenih moškega spola, ki strežejo pijačo. V Ljubljani so zaznali najmanj zaposlenih v lokalih, katerih naloga je izključno pobiranje steklenic in kozarcev. Spremljanje dogajanja v lokalih je bilo najslabše ocenjeno v Utrechtu, medsebojno usklajevanje nalog osebja pa v Palmi. Permisivnost (npr. strpnost do nasilnega obnašanja) je bila najvišje ocenjena v Liverpoolu.

Tip obiskovalcev in njihovo obnašanje

V Ljubljani so zaznali najvišji odstotek obiskovalcev moškega spola (81,7 %), najmanjšega (60,0 %) pa v Liverpoolu. V nočnih lokalih v Palmi se zadržuje najmanj obiskovalcev, starih 21 let ali manj (8,3 %), največ (32,8 %) pa v Utrechtu. Vsaj v 70 % opazovanj v Liverpoolu in Utrechtu so ugotovili, da je bila večina (50 %) obiskovalcev v skupinah istega spola, v Palmi in Ljubljani pa je bilo takšnih približno tretjina.

Opitost obiskovalcev in incidenti

Med mesti ni bilo značilnih razlik glede opažene opitosti obiskovalcev ali incidentov zaradi pitja alkohola (npr. izrazita opitost, nesreče, bruhanje in agresivnost). Na osnovi lestvice od 0 (ni znakov opitosti) do 9 (vsi opiti) so bile povprečne ocene 3,5 v Ljubljani, 3,7 v Utrechtu ter 4,0 v Palmi in Liverpoolu. Obstajajo pa pomembne razlike v deležih obiskov, pri katerih je bila zaznana škoda zaradi pitja alkohola (Palma 3,3 %, Utrecht 20,7 %, Ljubljana 21,7 % in Liverpool 45 %).

Sklep

Raziskava je pokazala, da se v Ljubljani občutno manj mladih kot v drugih vključenih mestih poslužuje tako imenovanega predhodnega pitja oziroma popivanja v obdobju pred vstopom v nočne lokale. Tudi glede vsebnosti alkohola med anketiranjem je bila v Ljubljani v primerjavi z drugimi mesti ta najnižja v krvi pri ženskah, pri moških pa so nižjo vsebnost zaznali le v Palmi de Mallorci. Moški v Ljubljani so v največjem deležu pili žgane pijače, ženske pa vino, medtem ko so bili deleži v drugih vključenih mestih povsem drugačni.

Za nočne lokale v Ljubljani je značilno, da imajo v najmanjšem deležu ob vhodu prisotne varnostnike, ki upravljajo z vstopanjem v lokal, nekoliko bolje pa so bili ocenjeni glede vidnosti hišnega reda oziroma pravil ob vhodu. Lokali v Ljubljani so se glede na različne

ocenjene karakteristike izkazali za manj problematične kot lokali v drugih vključenih mestih. Hrana (večinoma prigrizki in hitra prehrana) je bila redko na voljo v izbranih mestih, najpogosteje pa je bila na voljo ravno v nočnih lokalih v Ljubljani. Tudi strežba alkohola pri mizah (in ne samo pri šanku) je bila najpogostejša v Ljubljani. V slovenski prestolnici je bil največji tudi delež opazovanj, pri katerih so zaznali uporabo plastičnih kozarcev ali plastenk. V Ljubljani so zaznali najmanj t. i. »pobiralcev steklenic in kozarcev« v lokalu.

V Ljubljani so zaznali najvišji odstotek obiskovalcev moškega spola, obiskovalcev v skupinah istega spola pa je bilo v slovenski prestolnici približno tretjina. Med mesti ni bilo značilnih razlik glede opažene opitosti obiskovalcev ali incidentov zaradi pitja alkohola (npr. izrazita opitost, nesreče, bruhanje in agresivnost), kljub temu pa je imela Ljubljana najnižjo povprečno oceno opitosti. Obstajajo pa pomembne razlike med vključenimi mesti v deležih obiskov, pri katerih je bila zaznana škoda zaradi pitja alkohola. Glede tega je bil delež v Ljubljani sorazmerno visok.

3.

PREVENTIVA

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), saj je predlog nove resolucije za obdobje 2011–2020 zastal v koalicijskem usklajevanju.

V Sloveniji se uporablja delitev preventive na okoljsko, univerzalno, selektivno in na indicirano, za katere se uporabljajo definicije Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA). Okoljska preventiva je usmerjena v spreminjanje kulturnih, socialnih, fizičnih in gospodarskih okolij, v katerih posamezniki sprejemajo odločitve o uporabi drog. Univerzalna preventiva zajema vse tiste intervencije in programe, ki so oblikovani in usmerjeni na celotne populacije (npr. lokalne skupnosti, učenci ...) in katerih cilj je odvrniti ali odložiti začetek uporabe drog z zagotavljanjem vseh potrebnih informacij in veščin. Selektivna preventiva se nanaša na strategije, katerih ciljne populacije so specifične podskupine splošne populacije in za katere se domneva, da je tveganje za razvoj različnih oblik zasvojenosti večje kot pri splošni populaciji. Indicirana preventiva pa je usmerjena v preprečevanje uporabe drog pri posameznikih, ki kažejo zgodnje ogrožajoče znake, kot je na primer upad šolskega uspeha ali uporaba alkohola in drugih drog.

Ker v Sloveniji zbiranje podatkov s področja preventive preprečevanja uporabe drog ni urejeno sistematično, se za potrebe priprave Nacionalnega poročila o stanju na področju prepovedanih drog zaprosi nosilce in izvajalce preventive, da posredujejo podatke.

Ukrepi okoljske preventive se izvajajo predvsem na področju omejevanja dostopa do alkohola in tobaka, in sicer z Zakonom o omejevanju porabe alkohola in Zakonom o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, s trošarinami, z omejevanjem oglaševanja alkohola in tobačnih izdelkov, višanjem obdavčitev in cen tobačnim izdelkom ter z zakonsko določeno koncentracijo alkohola v krvi pri vožnji vozil.

Fokusne skupine med dijaki, starimi od 15 do 19 let, so pokazale, da se jim zdijo preventivni programi na področju drog podobni in večinoma nezanimivi. Želijo si bolj izkustvenih programov in pogovorov v manjših skupinah, v katerih bi lahko brez sramu spraševali stvari, ki jih zanimajo.

Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani je razvila skupnostni model dela z otroki, njihovimi starši in s šolskimi strokovnimi delavci, katerega osnovni namen je skupnostni odziv na tvegane situacije v posameznem šolskem okolju oziroma razredni skupnosti.

Inštitut Utrip je izdal Smernice in priporočila za delo na področju šolske preventive, ki so nastale v sklopu projekta pilotske izvedbe šolskega preventivnega programa Izštekani. Sicer pa so preliminarni podatki vrednotenja učinka in rezultatov programa Izštekani pokazali, da je program zmanjšal dejansko uporabo alkohola, tobaka in drugih drog v intervencijski skupini glede na predhodne napovedi otrok. Zlasti so opazne razlike pri kajenju tobaka (napoved 8 %, dejansko 3,8 %), pitju alkohola (napoved 31,7 %, dejansko 18,4 %) in pri opitosti od alkohola (napoved 10,5 %, dejansko 2,8 %).

Raziskava o ovirah izvajanja družinskih preventivnih programov je pokazala, da se v naši državi preventivnih aktivnosti udeležuje dobrih 63 % staršev. Med vzroki za neudeležbo starši najpogosteje navajajo pomanjkanje časa, dejstvo, da šola teh aktivnosti ne omogoča, in da te teme raje obravnavajo doma.

Vrednotenje učinkov Preventivnega programa Krepitev družin na področju preprečevanja zasvojenosti pa je pokazalo odlične rezultate pri 89 % merljivih kazalnikov. Največji učinek je program dosegel pri pozitivnih spremembah starševskih veščin in vzgojnega stila pri obeh starših, pozitivnem starševstvu in pri starševski učinkovitosti.

V okviru mednarodnega projekta preprečevanja zasvojenosti v romskih skupnostih so raziskovalci do zdaj pregledali zakonodajo s področja statusne ureditve romske skupnosti, zdravstvene in socialne urejenosti ter uporabe dovoljenih in prepovedanih drog. Poleg tega so raziskali umeščenost problematike zasvojenosti z dovoljenimi in s prepovedanimi drogami med romsko populacijo.

Društvo Svit je nizkopražni program nadgradilo s Programom za družine, otroke in mladostnike, ki je namenjen otrokom, katerih starši so uporabniki drog; rizični skupini otrok; staršem, uporabnikom drog; dekletom s pridruženimi težavami; starim staršem otrok uporabnikov drog. Program poleg problema uporabe drog zajema tudi promocijo in izvajanje oblik varnega pristočasnega življenja.

3.1 Okoljska preventiva

Okoljska preventiva je usmerjena v spreminjanje kulturnih, socialnih, fizičnih in gospodarskih okolij, v katerih posamezniki sprejemajo odločitve o uporabi drog. V kontekstu okoljske preventive na uporabo drog posameznika ne vplivajo samo osebne značilnosti, ampak kompleksen sklop dejavnikov v okolju, kot so: kaj je pričakovano oziroma sprejeto v skupnosti, v kateri posamezniki živijo, nacionalna zakonodaja, pravila in obdavčitve, javna sporočila, ki so jim posamezniki izpostavljeni, dostopnost alkohola, tobaka in prepovedanih drog (EMCDDA 2011). V Sloveniji se ukrepi okoljske preventive izvajajo predvsem na področju omejevanja dostopnosti tobaka in alkohola.

Nekateri ukrepi okoljske preventive na področju preprečevanja tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji

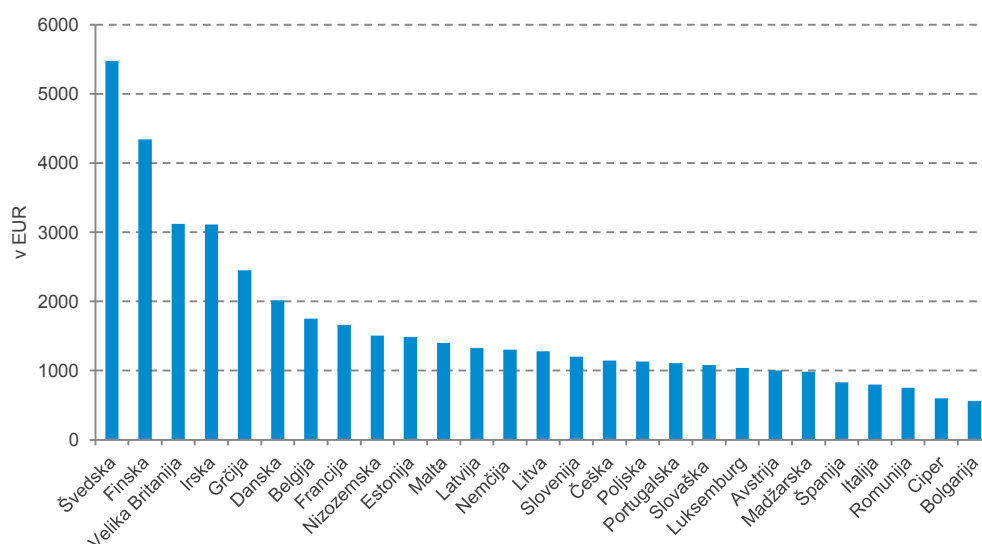
Dr. Maja Zorko, Tadeja Hočevar, Nataša Blažko

Med odraslimi prebivalci Slovenije je v obdobju 2001 in 2008 odstotek abstinentov v zadnjem letu narasel, odstotek zmernih pivcev je ostal enak, odstotek čezmernih pivcev pa je padel (Maučec Zakotnik in sod. v tisku). Med mladostniki je v obdobju 2002 in 2010 naraslo opijanje, predvsem med dekletimi. V tedenskem pitju, pri katerem je odstotek višji od mednarodnega, pa razlik ni bilo (Jeriček in sod. 2012). Študije kažejo, da bi s hkratno uvedbo dokazano učinkovitih ukrepov alkoholne politike problematiko alkohola lahko zmanjšali (WHO 2009, Babor in sod. 2010, DHS 2008).

Omejevanje fizičnega in finančnega dostopa do alkohola je eden najučinkovitejših ukrepov alkoholne politike (WHO 2009, Babor in sod. 2010). V Sloveniji je bil leta 2003 sprejet Zakon o omejevanju porabe alkohola – ZOPA (Uradni list RS, št. 15/2003), ki je omejil fizično dostopnost alkohola vsem prebivalcem Slovenije⁶. S prepovedjo prodaje in ponudbe alkoholnih pijač in pijač, ki so jim dodane alkoholne pijače, osebam, mlajšim od 18 let, pa se je ZOPA posebej usmeril v omejevanje dostopa do alkohola med mladoletnimi. Ker kljub zakonodaji več kot polovica mladostnikov oz. mladih odraslih v Sloveniji brez težav kupi ali naroči alkohol (Eurobarometer 2011, Boben Bardutzky 2009), je treba nadaljnjo pozornost usmeriti v nadzor nad izvajanjem tega zakona.

44

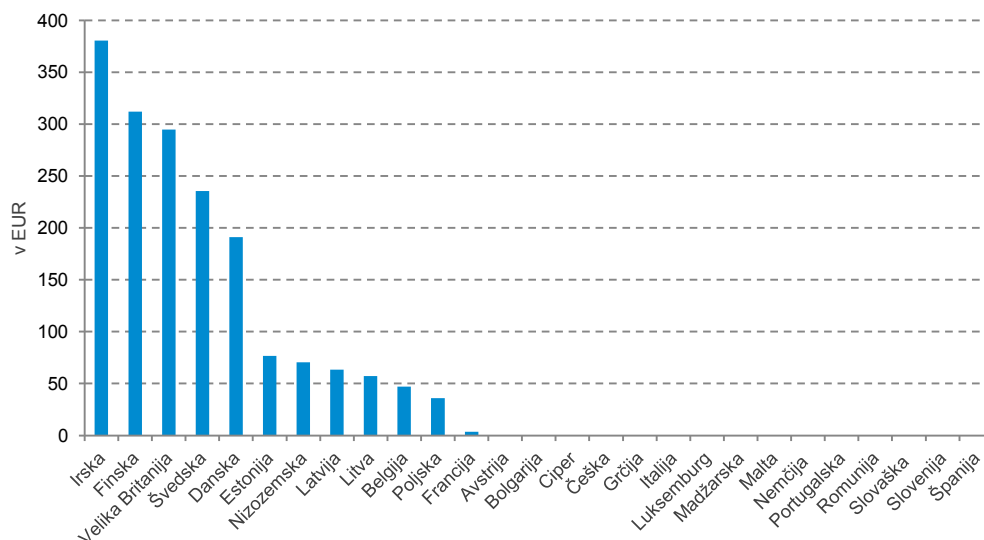
Slika 3.1: Trošarina na hl etilnega alkohola po državah EU



Vir: EC 2012

⁶ Prepoved prodaje alkoholnih pijač med 21. in 7. uro naslednjega dne.

Slika 3.2: Trošarina na hl vina po državah EU



Vir: EC 2012

V Sloveniji se je trošarina za pivo od leta 2007 do leta 2012 povišala za 38 %⁷, trošarina na vmesne pijače⁸ se je povišala za skoraj 50 % in trošarina za etilni alkohol⁹ za 42 %, vendar kljub temu ostaja med najnižjimi v EU (slika 3.1) (Uradni list RS, št. 84/1998–48/2012). Še vedno pa sodimo med tiste države, ki ne plačujejo trošarin za mirna vina, peneča vina in druge fermentirane pijače (slika 3.2) (EC 2012). V obdobju od junija 2011 do junija 2012 so se v Sloveniji povprečne prodajne cene za pivo zvišale za 8 %, vino za 12 % in za domače žgane pijače za 7 % (SURs 2011 in 2012¹⁰). V zadnjem obdobju si je Ministrstvo za zdravje prizadevalo za čim višji dvig trošarin na alkoholne pijače in da bi se pri tem poleg javnofinančnih upoštevali tudi javnozdravstveni razlogi.

Za zmanjševanje pitja alkohola so učinkoviti tudi ukrepi omejevanja oglaševanja alkohola, pokroviteljstev in donacij (WHO 2009). Izpostavljenost oglaševanju alkoholnih izdelkov namreč vpliva na posameznikovo željo, namen in odločitev za pitje alkohola (Anderson 2007; Anderson 2009, Anderson in sod. 2009, Babor in sod. 2010). Zakon o medijih (Uradni list RS, št. 35/2001) je leta 2001 v celoti prepovedal oglaševanje alkohola, ki pa je bilo leta 2002 s spremembo Zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (Uradni list RS, št. 42/2002), spet dovoljeno. Po tem zakonu je dovoljeno oglaševanje alkoholnih pijač, ki vsebujejo manj kot 15 volumenskih odstotkov alkohola pod posebnimi pogoji, ki jih ta zakon določa. Kljub zakonodaji je veliko oblik tržnega komuniciranja (npr.

⁷ S 6,86 EUR za 1 % prostorninske vsebnosti alkohola na en hektoliter piva v letu 2007 na 11 EUR v letu 2012.

⁸ Z 62,59 EUR za en hektoliter vmesnih pijač v letu 2007 na 120 EUR v letu 2012.

⁹ S 694,79 EUR za 100 % prostorninske vsebnosti alkohola na 1 hl etilnega alkohola v letu 2007 na 1.200 EUR v letu 2012.

¹⁰ Vir: SURs 2011 in 2012. Oddelek za cene življenjskih potrebščin. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije (neobjavljeno gradivo).

pospeševanja prodaje, umeščanja izdelkov, pokroviteljstva, donatorstva itn.), ki zakon zaobidejo in s katerim alkoholna industrija spodbuja porabo alkohola.

Pomembno področje preventive je tudi preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola. Leta 2007 je Resolucija o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa (Uradni list RS, št. 2/2007) okrepila ukrepe za doseganje varnosti cestnega prometa. Kot najučinkovitejša ukrepa za zmanjševanje vožnje pod vplivom alkohola sta se izkazala zniževanje zakonsko določene koncentracije alkohola v krvi (ali izdihanem zraku) in pogosto naključno preverjanje voznikov na vsebnost alkohola v izdihanem zraku (DHS 2008). Pozitivne učinke ima tudi ukrep koncentracija alkohola 0,0 za voznike začetnike (DHS 2008). Vse te ukrepe ima tudi Slovenija, kjer se v zadnjih letih zaznava pomemben upad števila alkoholiziranih povzročiteljev prometnih nezgod in upad deleža alkoholiziranih povzročiteljev prometnih nezgod s smrtnim izidom (MZ 2012).

Pregled preventivnih promocijskih programov s področja problematike alkohola v Sloveniji kaže (MOSA 2012), da obstaja 42 tovrstnih programov; večina je namenjena mladim in vključuje seznanjanje o škodljivih posledicah tvegane pitja alkohola ter varno vožnjo. Med programi pa so tudi taki, ki posegajo v okolja z namenom oblikovanja okolij, ki bodo krepila zdrav življenjski slog in oteževala dostop do alkohola. Med zadnjimi je program »18 je zakon!«, ki skuša doseči, da bi postalo pregledovanje osebnih dokumentov za vse, ki želijo kupiti ali naročiti alkohol, dosledno in samoumevno.

Nekateri ukrepi nadzora nad tobakom v Sloveniji

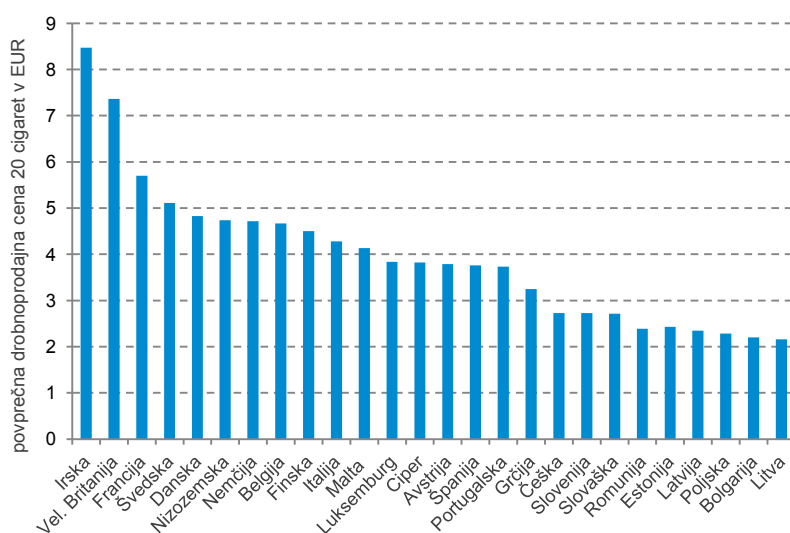
Helena Koprivnikar

Z uvedbo dokazano učinkovitih ukrepov nadzora nad tobakom se lahko doseže pomembne zdravstvene in ekonomske koristi (World Bank 2011). Slovenija je uvedla že številne, nazadnje v letu 2007 popolno prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih (Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov - ZOUTI Uradni list RS, št. 93/2007). Ta je v omenjenih prostorih pomembno zmanjšala izpostavljenost tobačnemu dimu, zmanjšala pa se je tudi v stanovanjih oziroma bivalnem okolju (EC 2012a, Koprivnikar 2008). Do uvedbe prepovedi se delež kadilcev dlje časa ni pomembneje spreminjal in je znašal okoli četrtno polnoletnih prebivalcev, po njeni uvedbi pa se je pomembno znižal. Znižanje je bilo le začasno. Po letu 2008 in vse do leta 2011 je delež kadilcev namreč ponovno postopoma naraščal v tolikšni meri, da se je najverjetneje povrnil na raven pred letom 2007 – zaradi različne metodologije raziskav niso možne neposredne primerjave (Koprivnikar in Zupanič 2011). To je v veliki meri tudi odraz tega, da se na področju nadzora nad tobakom niso zgodile pomembnejše spremembe oziroma novi ukrepi.

Višanje obdavčitve in cen tobačnih izdelkov je najučinkovitejši ukrep nadzora nad tobakom, tudi glede na stroške (World Bank 2011, WHO 2010, WHO 2008, NSSP 2006). Cene tobačnih izdelkov v Sloveniji so se v preteklih letih res znatno zvišale, a vseeno ostajajo med nižjimi v Evropi (slika 3.3) (EC 2012b). V letu 2012 so se drobnoprodajne cene tobačnih izdelkov zvišale v aprilu za 3,5 %. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o trošarinah

(Uradni list RS, št. 48/2012) določa nadaljnje zvišanje trošarin v juliju (drobnoprodajne cene cigaret so se že zvišale za 3,5 %). S tem je Slovenija dosegla ciljni znesek trošarin za cigarete, ki ga Tobačna direktiva EU določa kot minimum, ki ga morajo države članice doseči v januarju 2014. V Zakonu so predvidena nadaljnja zvišanja, in sicer v oktobru 2012 (drobnoprodajne cene cigaret se bodo po predvidevanjih zvišale za 3,9 %) in januarju 2013 (obseg zvišanja cen ni predviden), ko bo dosežen znesek trošarine 97 EUR na 1.000 kosov cigaret. Trenutno ima Slovenija nizko raven specifične trošarine (20 % od skupne davčne obremenitve cigaret v razredu tehtane povprečne drobnoprodajne cene) (EC 2012b). Zakon predvideva postopno zvišanje specifične trošarine, ki bo januarja 2013 znašala 50 % od skupne davčne obremenitve cigaret v razredu tehtane povprečne drobnoprodajne cene. Predlog obravnava le spremembe obdavčitve cigaret, ne pa tudi drugih tobačnih izdelkov (Uradni list RS, št. 48/2012).

Slika 3.3: Tehtana povprečna drobnoprodajna cena 20 cigaret v državah članicah EU v januarju 2012



Vir: European Commission, Taxation and Customs Union, EC 2012b

Prepovedi oglaševanja in marketinga tobačnih izdelkov so prav tako pomemben ukrep za preprečevanje in zmanjševanje kajenja, predvsem med mladostniki in mladimi odraslimi (World Bank 2011, WHO 2008). Prepovedi ne smejo biti le delne, saj se je v preteklosti izkazalo, da se le-tem tobačna industrija spretno prilagaja in jih zaobide (NCI 2008, WHO 2008, Krugman in sod. 2005). V Sloveniji trenutno veljavna zakonodaja omogoča oglaševanje tobačnih izdelkov na mestih prodaje (ZOUTI Uradni list RS, št. 93/2007), ki se je v zadnjih letih močno razmahnilo (TIRS 2011). V Sloveniji imamo visoko število prodajnih mest tobačnih izdelkov, enega na okoli 1.000 prebivalcev (Cigut 2008), kar nudi ne le obsežne možnosti oglaševanja, ampak tudi veliko dostopnost tobačnih izdelkov. Kar 71 % slovenskih mladostnikov, starih 15–16 let, navaja, da lahko ali zelo lahko pridejo do tobačnih izdelkov (Hibell in sod. 2012). Nevladne organizacije tudi opozarjajo, da je posebej skrb vzbujajoče, da se nova prodajna mesta (kioski) pojavljajo predvsem pred fakultetami, srednjimi šolami in na avtobusnih postajah, torej tam, kjer se zbirajo mladi (Mladinsko združenje brez izgovora 2011). Veliko število in bližina prodajnih mest tobačnih izdelkov v

bližini šol ali doma povečata verjetnost kajenja med mladostniki, zmanjševanje števila prodajnih mest in učinkovita omejitev dostopa do tobačnih izdelkov pa lahko zmanjšata kajenje med mladostniki (Chan in Leatherdale 2011, Chilenski 2011, Leatherdale in Strath 2011, Ranney in sod. 2006, USDHHS 2001). V Sloveniji sicer velja prepoved nakupa in prodaje tobačnih izdelkov mlajšim od 18 let, a je ukrep težko uveljavljati in nadzorovati (TIRS 2011, Chen in Lancaster 2006, Stead in Lancaster 2000).

Tobačna industrija povečuje privlačnost tobačnih izdelkov z dodajanjem okusov, ki olajšajo začetke kajenja (osvežilni, sladki in sadni okusi). Dokumenti tobačne industrije kažejo, da so takšne izdelke namenili predvsem mladostnikom in dekletom oziroma ženam (EC 2010). Tobačni izdelki z dodanimi okusi so prisotni tudi v Sloveniji in morda lahko nekatere spremembe kadilskih navad delno pripišemo tudi tem izdelkom, a podatki o prodaji tovrstnih izdelkov za potrditev te trditve niso na voljo.

Kot omenjeno, je Slovenija uvedla že številne učinkovite ukrepe na področju nadzora nad tobakom, vendar bi morali s čimprejšnjo uvedbo novih ali spremembami obstoječih ukrepov dodatno izpopolniti paket ukrepov nadzora nad tobakom. Predvsem bi izpostavili nadaljnje znatno višanje cen tobačnih izdelkov z uvedbo primerljivih in usklajenih stopenj trošarin in zvišanj za vse različne tobačne izdelke, popolno prepoved oglaševanja in razstavljanja tobačnih izdelkov na prodajnih mestih, prepoved dodanih okusov ter zmanjšanje dostopnosti tobačnih izdelkov z uvedbo licenciranja trgovcev, ki prodajajo tobačne izdelke ter omejitvami števila, lokacije in vrst prodajnih mest tobačnih izdelkov.

3.2 Univerzalna preventiva

Aktivnosti na področju univerzalne preventive zajemajo vse tiste intervencije in programe, ki so oblikovane in usmerjene na celotne populacije ali njene podskupine (npr. posamezne lokalne skupnosti, šole ...). Za vsakega posameznika znotraj te populacije se domneva, da pri njem obstaja enaka stopnja tveganja za uporabo drog kot pri vseh drugih ter da ima lahko ta posameznik od preventivnih programov enake koristi kot drugi člani skupine. Programi univerzalne preventive se najpogosteje izvajajo v velikih skupinah, brez predhodnega preverjanja lastnosti ciljne populacije (EMCDDA 2011). Otroci in mladostniki še vedno ostajajo osrednja ciljna populacija ukrepov univerzalne preventive, ki so usmerjeni predvsem na preprečevanje tveganih vedenj, ki lahko vodijo v zlorabo psihoaktivnih snovi.

Preventivni programi na področju drog in mladi: analiza fokusnih skupin

Branka Božank, Nina Pogorevc, Manca Rebula

Zavod za zdravstveno varstvo Ravne je v letih 2011 in 2012 med dijaki srednjih šol izvedel fokusne skupine, na katerih so se z mladimi pogovarjali o programih preprečevanja zasvojenosti. Zanimalo jih je, ali mladi poznajo tovrstne programe, kakšne so njihove izkušnje, katere vsebine bi si želeli, kdo bi moral po njihovem mnenju izvajati te programe, o uspešnosti teh programov in vrstniškem izobraževanju. Izvedli so šest fokusnih skupin, v

katere je bilo skupaj vključenih 28 dijakov in dijakinj, starih 15–19 let. V nadaljevanju so predstavljene nekatere najpomembnejše ugotovitve.

Programi preprečevanja zasvojenosti

Kot programe preventive zasvojenosti mladi prepoznajo različne (medijske) preventivne akcije, predavanja zdravstvenih delavcev v okviru zdravstvene vzgoje, predavanja policistov v povezavi s prometno varnostjo ter druga predavanja in delavnice, ki so jih bili deležni pri različnih strokovnjakih (medicinske sestre, policisti, zdravniki in drugi strokovni delavci) v osnovni in srednji šoli. Prav tako so nekateri omenili tudi filme, knjige in plakate na to temo ter programe v okviru programa Projektno učenje za mlade (PUM).

Po izkušnjah mladih je šlo pri preventivnih programih bolj ali manj za predavanja v kombinaciji s predstavitvami PowerPoint; z njimi so se različni strokovnjaki pogovarjali tudi o učinkih različnih PAS in škodljivih posledicah, ki jih povzroča njihova uporaba. Programi so bili namenjeni predvsem informiranju.

Aktivnosti se mladim zdijo na neki način zelo podobne. Kot pravi ena izmed dijakinj: *»... dvakrat so prišli in govorijo vedno iste stvari, konkretno se mi zdi, da ne povejo nikoli nič in da ljudem se zdi to dolgočasno in v bistvu ena dobra šansa za izgubo pouka.«* Mladi si želijo *»nekaj drugega«*, bolj izkustvenega. Želeli bi, da jim te vsebine predstavlja nekdo z izkušnjami, saj so po njihovem mnenju te informacije zanje bolj verodostojne, kot pa če o njih govori strokovnjak, ki je brez osebne izkušnje. Po drugi strani pa so nekateri poudarili, da bi jim bila vseč kombinirana dejavnost več strokovnjakov, predvsem praktikov, ki imajo izkušnje z delom na področju zasvojenosti – npr. policisti, zdravniki, zaposleni v programih zdravljenja; tako bi vsak s svojega področja predstavil problematiko.

Kot preventivo razumejo tudi sposobnosti reševanja problemov in sposobnost odločanja. Vsi udeleženci so poudarjali, da pri uporabi drog igra pomembno vlogo posameznikova odločitev. Preventivno po njihovem mnenju deluje tudi aktivno preživljanje prostega časa v dobri, zdravi družbi ter obveznosti in cilji, naravnani na prihodnost.

Vzroki za (ne)uporabo drog med mladimi

Kot vzroke za uporabo psihoaktivnih snovi (PAS) mladi največkrat navajajo težave, s katerimi se posamezniki soočajo v svojem življenju oziroma nesposobnost reševanja problemov na drug način kot prek iskanja rešitve in tolažbe v uporabi PAS. Prav tako se jim zdi pomemben dejavnik družbeno okolje, težave znotraj družinskega kroga, predvsem pa *»družba«* (prijateljev). Nezanemarljiv je prav tako še učinek PAS, ki daje občutek ugodja. V veliki meri izpostavljajo tudi posameznika in njegove osebne značilnosti ter dolgčas in radovednost. *»Če te zanima, tej lahko rečeš, ne, ne bom. Če pa se zatečeš, tej pa težko prideš sam vn.«* Seveda pa ločujejo tudi eksperimentiranje in redno uporabo ter pot v zasvojenost, pri čemer se jim eksperimentiranje ne zdi problematično oz. škodljivo. *»Da zapadeš v tako družbo, je pa čisto neki drugega, ko pa če samo en petek zvečer probaš iz radovednosti.«*

Starši imajo po njihovem mnenju preventivni vpliv v smislu postavljanja mej in nadzora – *»... starši, recimo, če bi vedli s komu se njihov otrok druží, ..., bi mogli tud oni kaj narest, ..., da bi*

se pogovorli, ..., da mu tut prepovejo druženje s to družbo, ko je pač 'zasvojen', recimo.» Pravijo tudi, da nekaj, kar je prepovedano, ima neki »čar«, ko se npr. skrivaš pred starši, ko začneš kaditi, te to privlači. Kot vzroke za neuporabo PAS največkrat vidijo postavljene cilje in obveznosti, ki jih ne želijo zapraviti s tem, da bi posegali po PAS. Pomembno se jim zdi, da ima posameznik v sebi (privzgojen) občutek za mejo, tudi če eksperimentira z drogami, da ga to ne pelje naprej na pot zasvojenosti.

Vsebine in način izvedbe, ki bi si ga želeli v preventivnih programih

Glede načina izvedbe programov, ki bi jim bil najbolj všeč, bi si večina želela pogovora z (nekdanjim) zasvojenim pa tudi različne aktivnosti – predvsem razprave, obiske konkretnih programov zdravljenja itn. Želeli bi si diskusije, v kateri lahko tudi kaj vprašajo, predvsem pogovor v manjših skupinah, saj si v večjih ne upajo vprašati – *»Glih to, ne upaš si, ko jih je preveč.»* Sicer bi se po njihovem mnenju tudi strokovnjaki morali pogovoriti z njimi o nekih osnovah, kot so klasifikacija drog in njihovih učinkov, sestavine, želeli pa bi si predvsem osebnih pripovedi praktikov, ki delujejo na nekem strokovnem področju, povezanim z zasvojenostjo.

Mediji imajo po mnenju nekaterih sodelujočih lahko preventivni vpliv – *»Mogoče celo večji, ko pa tta predavanja pa to.»* Zato se jim zdi smiseln pristop ogled filma, ki pa bi po ogledu vključeval razpravo. Krepitev socialnih veščin nekateri udeleženci fokusnih skupin prepoznavajo kot dober začetek sicer kontinuiranega programa, ki bi se z leti nadgrajeval z drugimi, konkretnjšimi vsebinami, ki ne bi bile vezane le na zasvojenost, ampak bi vključevale še druge teme, ki so mladim blizu in jih zanimajo (fizično in psihično nasilje, spolna vzgoja ...). Prav tako si želijo konkretnih informacij o tem, kam se lahko obrnejo po pomoč. Preventivne programe bi po njihovem mnenju morali začeti čim bolj zgodaj, prilagojeni pa bi morali biti starosti ciljne populacije in se smiselno nadgrajevati.

Programi, ki bi jih bili deležni le določeni dijaki

Večinoma tudi menijo, da bi se iz 'posebnih' programov selektivne in indicirane preventive, v katere bi bili vključeni le določeni mladostniki, 'norčevali' in da bi bili hkrati posamezniki, vključeni v te programe, stigmatizirani, preveč izpostavljeni – *»Ker bi hodili recimo enkrat na teden na ta predavanja, delavnice, kot en krožek, krožek mamilašev za rečt skoraj, mislim, zelo tako, figurativno.»* *»Potem bi se počutili izključeni, ne vem, verjetno ni pravično.»* V preventivne aktivnosti ob aktualnih problemih na šolah bi vključili celoten razred, ne le »prekrškarjev«. Menijo tudi, da bi jih to bolj 'izučilo', če bi še ostali prisostvovali. Do vrstniškega izobraževanja dijaki niso pokazali posebnega navdušenja, saj se jim na splošno zdijo predavanja dolgočasna, *»eno in isto govorijo»*, ... raje bi imeli diskusijo z nekom, ki je imel izkušnje z drogami.

Preventiva za starše

Nekateri mladostniki staršem v veliki meri pripisujejo odgovornost za to, kaj delajo njihovi otroci. Po njihovem mnenju bi morali starši otroke kaznovati, jim odvzeti nekatere ugodnosti, če se ne bi držali dogovorov (npr. kdaj morajo priti domov itn.). Starši bi po njihovem mnenju morali poznati tudi znake uporabe drog, s čimer bi lahko prepoznali in ukrepali pri svojem

otroku, če bi se znašli v takšni situaciji. Starši so pomemben zgled svojim otrokom, zato v njih v veliki meri vidijo na eni strani potencialno preventivno vlogo, na drugi pa jih, če gre za nezdrav način življenja staršev, dojemajo tudi kot dejavnik tveganja. Večina udeležencev prepoznava, da bi starši morali biti deležni preventivnih programov, da pa bi jih težko pritegnili, sploh tiste, ki imajo težave – *»starši, ko imajo najbolj problematičnega otroka, mislijo, ne vem, kaj vi tu meni neki solite, jst mam v redu vzgojo in z mojim otrokom ni nič narobe. Ne vem, tk si prikrivajo.«; »Al pa ne pridejo.«*

Uspešnost preventivnih programov

Glede učinkovitosti preventivnih programov se mladi strinjajo, da 'nekaj prispevajo', ni pa to vse. Preventivne programe bi začeli že v osnovni šoli, ne le z vsebine, vezane na droge, ampak tudi na odgovornost. Kot napotek pri oblikovanju preventivnih programov je ena izmed udeleženk izpostavila: *»... ja, če je nekaj očitajočega, to ne bo učinkovito ...«* Pomembna se jim zdi preventivna vloga staršev, ki jo vidijo v *»dobri vzgoji«* – izpostavljajo predvsem postavljanje meja otrokom in kaznovanje za neprimerno vedenje. Prav tako se jim zdi v tem najstniškem obdobju določeno (manj) tvegano vedenje nujno, da lahko potem kot odrasli zaživijo odgovorno.

Zadovoljstvo udeležencev v programih preprečevanja zasvojenosti je sicer pomemben dejavnik kakovosti posameznega programa, vendarle je treba dovolj pozornosti nameniti tudi spremljanju nenehnega spreminjanja udeležencev, njihovih vrednot, pričakovanj. Dejstvo je, da je treba včasih zaradi doseganja zastavljenih ciljev uporabiti metodo ali prijem, nad katerim udeleženci ne bodo najbolj navdušeni.

Preventiva v vzgojno-izobraževalnih ustanovah

Smernice in priporočila za delo na področju šolske preventive

Matej Košir in Sanela Talić

Inštitut Utrip je junija 2012 izdal dokument z naslovom Smernice in priporočila za delo na področju šolske preventive, ki je v sodelovanju z Mentor Foundation International nastal v sklopu projekta pilotske izvedbe šolskega preventivnega programa Izštekani v šolskem letu 2010/2011.

V dokumentu so podrobneje predstavljene nekatere izmed ključnih predpostavk učinkovite preventive v šolskem prostoru in temeljna načela, ki jih bodo šole lahko uporabile v praksi ter si z njimi pomagale pri razvoju in izvajanju kakovostnih preventivnih programov. Smernice in priporočila upoštevajo znanstvene dokaze in raziskave, ki so na voljo, ter praktične izkušnje, ki izhajajo iz dolgoletnega preventivnega delovanja strokovnjakov in strokovnih delavcev z vsega sveta.

Smernice in priporočila so v angleškem in slovenskem jeziku objavljene kot primer dobre prakse na področju standardov in smernic na spletnem portalu EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention>.

Soustvarjanje skupnostnih odzivov v šolskem okolju

Dr. Ines Kvaternik in mag. Tadeja Kodele

Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani (FSD) je razvila skupnostni model dela z otroki, njihovimi starši in s šolskimi strokovnimi delavci. Osnovni namen programa je skupnostni odziv na tvegane situacije v posameznem šolskem okolju oziroma razredni skupnosti. Zato, da bi bili na področju univerzalne preventive učinkovitejši, so v razpravo o tveganih situacijah in načinih njihovega obvladovanja, ki so povezane z (zlo)rabo prepovedanih drog in alkohola, aktivno vključili otroke, njihove starše in šolske strokovne delavce (učitelje, svetovalne delavce). Varno okolje, sproščen govor o (zlo)rabi prepovedanih drog in alkohola ter neodgovornem ravnanju z moderno tehnologijo, tveganjih, povezanih z njihovo uporabo, in o načinih obvladovanja teh tveganj, spoštljiv odnos do otrok, ki so »eksperti iz izkušenj« (Čačinovič Vogrinčič 2008), so se izkazali kot predpogoj za izvajanje ukrepov, s katerimi naj bi v okviru šolskega okolja vplivali na otroke, da abstinenco ponotranjijo kot vrednoto in morebitno eksperimentiranje s psihoaktivnimi substancami odložijo za poznejše obdobje. Cilji programa so: izdelan zemljevid potreb in interesov vseh ciljnih skupin za pripravo delavnic na izbrane teme; večje sodelovanje med učenci, starši in šolskimi delavci; večje angažiranje šolske skupnosti s pristopi, ki omogočajo ustvarjanje zaupnega in kreativnega vzdušja; večje informiranje ciljnih skupin o odgovornem ravnanju s psihoaktivnimi substancami in z modernimi tehnologijami tero tveganjih, ki se pojavljajo ob eksperimentiranju s psihoaktivnimi substancami in z modernimi tehnologijami; prepoznavanje strategije, ki nadzira stik z omenjenimi substancami in modernimi tehnologijami, pri otrocih in tudi starših.

Raziskovalke FSD so med letoma 2007 in 2009 med 33 osnovnimi šolami v Mestni občini Ljubljana (MOL) izvedle raziskavo, s katero so želele na eni strani raziskati, zakaj so aktivnosti, ki so namenjene preprečevanju zasvojenosti, kot so »šole za starše«, slabo obiskane, na drugi strani pa izvedeti, kakšne so potrebe in interesi staršev glede načrtovanja in izvajanja omenjenih aktivnosti. Identificirale so pereče teme, raziskale načine, na katere bi bili starši bolj pripravljeni sodelovati, raziskale ovire, zaradi katerih se obstoječih aktivnosti ne udeležujejo, itn. V raziskavo je bilo vključenih 2.077 staršev otrok od 1. do 9. razreda. Na osnovi dobljenih podatkov so oblikovale skupnostni model dela z otroki in njihovimi starši ter ga pilotsko preizkusile na izbrani osnovni šoli. V preizkušanje modela dela je bilo vključenih 56 otrok, ki so v šolskem letu 2008/2009 obiskovali 8. Razred, ter njihovi starši in učitelji. Model dela so raziskovalke pozneje nadgradile in v nadgradnjo projekta vključile dve šoli na območju MOL, in sicer so sodelovali učenci enega izbranega 7. razreda na obeh OŠ (v šol.l. 2010/2011), njihovi starši in šolski strokovni delavci (skupaj 41 učencev, njihovi starši, 2 razredničarki in 2 šolski svetovalni delavki). Izvedba programa je potekala na način, da soizvajalci z učenci v celotnem šolskem letu približno enkrat mesečno izvajali delavnice, na katerih so se pogovarjali o temah, ki so za učence tvegane in ki jih zanimajo. Na osnovi vsebine teh delavnic so izvajalci načrtovali srečanje z njihovimi starši in s šolskimi strokovnimi delavci (približno dve srečanja v enem šolskem letu). Model so sproti vrednotili s pomočjo vnaprej pripravljenih obrazcev za vrednotenje, s pomočjo katerih so vrednotili vsebino in način dela, odnos izvajalcev do udeležencev delavnic, odnos med udeleženci,

ново znanje, ki so ga na delavnici udeleženci pridobili. Prav tako so izvajalci po končani delavnici izpolnili tudi obrazec za spremljanje poteka dela, pri čemer jih je zanimal proces dela. Pridobljeni podatki kažejo, da so bili starši in šolski strokovni delavci z izvedbo srečanj v povprečju zelo zadovoljni. Všeč jim je bilo, ker je bila vsebina srečanja aktualna in podana jasno, konkretno, podkrepjeno z izkušnjami iz vsakdanjega življenja. Odnos izvajalcev do njih samih so udeleženci opisali kot odprt in korekten, ker je omogočal varen prostor za pogovor. Menili so, da so imeli dovolj priložnosti in prostora za vključevanje v diskusijo, za postavljanje vprašanj in podajanje lastnega mnenja. Všeč jim je bilo, ker so na srečanju pridobili novo znanje ter nove informacije in obenem utrdili svoje dozdajšnje znanje.

Omenjeni model dela je prikazan v znanstveni monografiji z naslovom Pogovarjajmo se. Skupnostni pristop v šoli, ki je leta 2010 izšla pri Založbi Fakultete za socialno delo.

Vrednotenje šolskega preventivnega programa Izštekani (EU-Dap)

Sanela Talić in Matej Košir

Vrednotenje učinka in rezultatov šolskega preventivnega programa Izštekani

Stanje pred začetkom izvajanja programa

V pilotski fazi izvedbe šolskega preventivnega programa Izštekani je sodelovalo 48 slovenskih osnovnih šol (26 intervencijskih in 22 kontrolnih). Vendar pa so se 4 šole iz intervencijske skupine odločile, da ne bodo sodelovale pri vrednotenju učinkov. Tako je bilo v vrednotenju učinkov programa v šolskem letu 2010/2011 zajetih 2.937 učencev iz 44 šol oziroma 155 razredov.

Med učenci, ki so sodelovali v raziskavi, je bilo 49,3 % fantov. 27,5 % jih je bilo starih 12 let, 50,4 % 13 let in 21,5 % 14 let. 66,6 % učencev je živel z obema staršema, 83,6 % jih ima brate in sestre. 98 % učencev je poročalo o tem, da imajo v družini en avtomobil. Delež učencev, ki imajo doma vsaj en računalnik, pa je bil 99 %.

Na splošno je 17,9 % učencev navedlo, da so pokadili vsaj eno cigareto v svojem življenju, in samo 2,8 % učencev je navedlo, da so pokadili vsaj eno cigareto v zadnjih 30 dneh. Okoli 59 % učencev je poročalo o tem, da so že pili alkohol, v zadnjih 30 dneh pa je alkohol pilo 26 % učencev. 15 % odstotkov učencev je bilo v življenju opitih vsaj enkrat, medtem ko je bilo v zadnjih 30 dneh opitih 4,3 % učencev. Približno 2 % učencev sta že kadila marihuano vsaj enkrat v življenju, 0,5 % učencev pa je kadilo marihuano v zadnjih 30 dneh. Manj kot 1 % učencev je vsaj enkrat v življenju uporabljal druge prepovedane droge, medtem ko je v zadnjih 30 dneh prepovedane droge uporabljalo 0,3 % učencev.

Kar zadeva namero učencev glede uporabe alkohola in drugih drog v enem letu od izpolnjevanja vprašalnikov (začetno stanje), je 8 % anketiranih učencev izjavilo, da nameravajo v naslednjem letu kaditi cigarete, 31,7 % učencev je nameravalo piti alkoholne pijače, 10,5 % se jih je nameravalo opiti, 2,0 % kaditi marihuano in 1,4 % uporabiti druge prepovedane droge.

82 % učencev je izjavilo, da bodo imeli težave s starši, če bodo kadili cigarete, 72 % učencev pa je izjavilo, da lahko zaradi kajenja postanejo zasvojeni. Nekaj učencev je izjavilo, da ima lahko kajenje pozitivne učinke na njihovo življenje.

Zaznavanje negativnih posledic pitja alkoholnih pijač pri učencih se na splošno zdi visoko, vendar je le manjši delež učencev (62 %) izjavil, da lahko postaneš zasvojen z alkoholom. Uživanje alkohola učenci zaznavajo kot obliko tvegane vedenja, zaradi katerega imajo lahko težave s starši, v šoli, s policijo, z denarjem (npr. dolgovi) in izgubo oziroma iskanjem delovnega mesta. Le nekaj učencev je izjavilo, da ima lahko pitje alkohola pozitivne posledice, toda 34 % učencev jih je menilo, da se bodo bolje zabavali, če bodo pili.

Velik delež učencev meni, da je uporaba marihuane povezana s »slabimi« posledicami, vendar pa je bil delež učencev, ki menijo, da uporaba marihuane prinaša pozitivne posledice (sprostitvev in dejstvo, da lažje pozabiš na težave), višji v primerjavi z alkoholom in s tobakom, in sicer je bilo takšnega mnenja kar 38 % učencev.

Učinkovitost programa pri zmanjševanju uporabe tobaka, alkohola in drugih drog

Za oceno učinkovitosti programa Izštekani pri zmanjševanju kajenja, pitja alkohola, opitosti ter uporabe marihuane so raziskovalci uporabili ujemajoče vprašalnike s posnetka stanja ter v obeh naslednjih fazah (štiri mesece po izvedbi programa in eno leto po izvedbi programa). Končni vzorec prve faze vrednotenja, ki so ga lahko primerjali z začetnim stanjem (pred začetkom izvedbe programa), je obsegal 2.218 učencev, kar pomeni 75,5 % vseh sodelujočih v prvi fazi izpolnjevanja vprašalnikov.

Preliminarni rezultati vrednotenja kažejo zelo dobro učinkovitost programa v intervencijskih šolah v primerjavi s kontrolnimi. Primerjava je bila torej izvedena na osnovi začetnega stanja in vrednotenja, ki je bilo izvedeno štiri mesece po izvedbi programa v intervencijskih šolah. Kot je razvidno iz rezultatov, so pri učencih, ki so bili vključeni v izvajanje programa (intervencijska skupina), v primerjavi s kontrolno skupino opazni zmanjšana uporaba cigaret, zmanjšano občasno pitje alkohola, redno pitje alkohola in opijanje ter zmanjšana uporaba konoplje in drugih prepovedanih drog.

Glede razširjenosti kajenja cigaret v zadnjih 30 dneh se je pri kontrolni skupini zgodil 3,7-odstotni porast (z 2,5 na 6,2 %), pri intervencijski pa samo za 0,9 % (z 2,9 na 3,8 %). Pri razširjenosti pitja alkohola v zadnjih 30 dneh študija zaznava najboljše rezultate, saj se je pri intervencijski skupini zgodil občuten padec, za 6,7 % (s 25,1 na 18,4 %), medtem ko se je pri kontrolni skupini zgodil porast za 8,3 % (s 27,7 na 36,0 %). Čeprav se je tudi pri rednem pitju alkohola v intervencijski skupini pojavilo zmanjšanje (0,2 %), pri kontrolni pa porast (0,6 %), razlike niso tako občutne. Pri opitosti v zadnjih 30 dneh se je ponovno pojavila občutna razlika med intervencijsko in kontrolno skupino, saj pri kontrolni skupini skoraj ni bilo sprememb (porast za 0,1 %, s 4,5 na 4,6 %), pri intervencijski pa zmanjšanja za 1 % (s 3,8 % na 2,8 %). Pri uporabi konoplje ni bilo pomembnih razlik med obema skupinama pa tudi sicer je bila uporaba te droge izjemno nizka pri vseh anketiranih osnovnošolcih. Tudi pri drugih prepovedanih drogah so bili razlike in deleži zelo majhni.

Če te podatke primerjamo z začetnim stanjem tudi z vidika napovedi otrok po uporabi alkohola, tobaka in drugih drog v prihodnje, lahko ugotovimo, da je program Izštekani bistveno zmanjšal dejansko uporabo v intervencijski skupini glede na lastne napovedi otrok. Dejanska uporaba je bila tudi v kontrolni skupini nekoliko nižja od napovedi, vendar ne tako občutno nižja kot v intervencijski skupini. Zlasti so opazne razlike pri kajenju tobaka (napoved 8 %, dejansko 3,8 %), pitju alkohola (napoved 31,7 %, dejansko 18,4 %) in pri opitosti od alkohola (napoved 10,5 %, dejansko 2,8 %).

Procesno vrednotenje šolskega preventivnega programa Izštekani

V letu 2011 je Inštitut Utrip izvedel tudi procesno vrednotenje programa, v katerem je sodelovalo 63 učiteljev ter 406 učencev sedmih in osmih razredov.

Večina (80 %) sodelujočih učiteljev je bila na splošno zelo zadovoljna ali zadovoljna s programom Izštekani, petina pa se jih ni opredelila glede splošnega zadovoljstva. Večina učiteljev je med izvajanjem kar precej ali vsaj delno izboljšala svoje veščine in znanje o preventivi na področju drog ter svoje pedagoške spretnosti. Nekaj manj kot polovica učiteljev (45 %) je po izvedbi programa izboljšala odnos z učenci, izboljšalo pa se je tudi vzdušje v razredu. Sicer pa je večina učiteljev (87 %) tudi ocenila, da sta bila interes za sodelovanje v programu in stopnja interaktivnosti učencev precejšnja ali zelo velika, 13 % učiteljev pa je menilo, da so učenci pokazali skromen interes za sodelovanje in skromno interaktivnost. Med izvajanjem programa je bilo izvedenih 87 % vseh predvidenih aktivnosti znotraj lekcij, realizacija pa se je precej razlikovala po posameznih lekcijah. Med 12 lekcijami je bila problematična izvedba posameznih aktivnosti v sklopu štirih lekcij. Težava je bila predvsem v pomanjkanju časa za izvedbo celotne lekcije oziroma vseh predvidenih aktivnosti. Glede uporabnosti priročnika za učitelje jih je 70 % ocenilo, da jim je bil kar precej v pomoč pri izvajanju programa, 25 % pa, da jim je bil vsekakor v pomoč. Usposabljanje glede spretnosti in znanja pa je vsem učiteljem koristilo pri izvedbi programa.

Učenci so program Izštekani na lestvici od 1 do 5 ocenili s povprečno oceno 3,6. V programu jim je bilo najbolj všeč, da te dni niso imeli pouka po običajnem urniku, sicer pa so bili zelo zadovoljni z načinom izvajanja tega programa; všeč jim je bil drugačen način dela, med drugimi igranje različnih iger, delo v skupinah, veliko pogovarjanja in druženja ter različni primeri, ki so bili predstavljeni v lekcijah. Všeč jim je bilo tudi, da so izvedeli veliko novega; najzanimivejša se jim je zdela tematika o drogah, zlasti alkoholu.

Precejšnje število učencev je bilo nezadovoljno z reševanjem delovnega zvezka. Nekatere je zmotilo, da so morali svoje misli, ki so jih zapisali v zvezek, deliti z drugimi v razredu, še posebej z učitelji. Sicer pa je dobra polovica (51 %) učencev menila, da jim je program pomagal odgovoriti na vprašanja, ki so jih imeli o sebi in svojih odločitvah; 40 % jih je menilo, da je program spremenil njihovo razmišljanje o sebi. Večina (75 %) učencev pa je s pomočjo programa dobila nove informacije o posledicah uporabe tobaka, alkohola in drugih drog.

Preventiva v družini

Raziskava o ovirah izvajanja družinskih preventivnih programov

Sanela Talić

Glavni namen projekta »European Family Empowerment«, v katerem poleg Španije, Portugalske, Velike Britanije, Češke in Švedske sodeluje tudi Slovenija, je raziskati stanje na področju preventivnega delovanja sodobnih evropskih družin ter na osnovi tega najti primerne načine oziroma pristope, ki bodo učinkovitejši pri preprečevanju tveganega obnašanja otrok in mladostnikov. Najpogostejše ovire pri izvajanju družinskih preventivnih programov so predvsem: slab obisk staršev, omejenost programov samo na ožje družinsko okolje, pri tem pa je na stran potisnjena vloga, ki jo imajo lahko družine v širši skupnosti, ter potencialne vrzeli med starši in njihovimi otroki. Te vrzeli se lahko še povečajo v obdobju adolescence, ko imajo starši vedno manj nadzora nad okolji, v katerih se zadržujejo njihovi otroci. Dejavniki, ki še dodatno povečujejo te vrzeli, so nove informacijske tehnologije, prijatelji, novodobni življenjski stil mladih ter interesi »nezdrave« industrije (npr. alkoholne in tobačne) in industrije zabave. V ta namen so projektni partnerji (vključno z Inštitutom Utrip) izvedli raziskavo, ki skuša pomagati razumeti naštetih ovire in najti načine, kako jih odpraviti in mobilizirati družine, da bodo imele večji vpliv na različne negativne okoljske dejavnike, ki odraščanju otrok in mladih niso naklonjeni. Raziskovalce so zanimale teme, kot so npr.: uporaba drog staršev in njihovih otrok, norme glede uporabe drog ter družinsko življenje (pravila, struktura družine, starševske veščine, vzgojni stili, uporaba interneta itn.). V raziskavi so sodelovali mladostniki, stari od 12 do 18 let, ter njihovi starši. Na vprašalnik so v vseh vključenih državah večinoma odgovarjale mame. Skupno število izpolnjenih vprašalnikov je bilo 12.143, od tega so 3.878 anket izpolnili starši, 8.256 pa otroci (v Sloveniji je bilo skupno izpolnjenih 2.163 vprašalnikov, od tega so jih 785 izpolnili starši in 1.378 otroci).

Pri odgovorih, ki so se nanašali na uporabo drog in družinska pravila glede tega, je bilo največ odstopanj pri odgovorih staršev in otrok glede alkohola. Starši imajo glede uporabe alkohola in drugih drog navadno stroga pravila in bi ob opitosti njihovih otrok svoje otroke okregali in se z njimi pogovorili, 37,5 % slovenskih staršev bi svoje otroke celo kaznovalo. Zanimivo je dejstvo, da le okoli 20 % staršev pravi, da se s svojimi otroki pogovarjajo o alkoholu, tobaku, drugih drogah in o spolnosti (odgovori otrok kažejo, da je ta odstotek še nižji, saj le slabih 10 % otrok pravi, da se doma pogovarjajo o teh vsebinah). 81 % slovenskih staršev meni, da njihovi otroci še nikoli v življenju niso pili alkohola, pri analizi odgovorov otrok pa so raziskovalci ugotovili, da je takšnih otrok, ki nikoli niso pili alkohola, le 48 %. Le 6 % staršev v Sloveniji je zatrdilo, da je bil njihov otrok že opit, odgovori otrok pa so pokazali, da je bilo že opitih kar 31 % otrok. Skrb vzbujajoče je tudi, da mladoletni otroci alkohol najpogosteje dobijo v gostinskih lokalih, od prijateljev in tudi doma. Najpogosteje ga ukradejo ali pa dobijo od bratov oziroma sester, kar kaže na slab nadzor doma ali pa mogoče tudi na zanikanje staršev. Do podobnih ugotovitev so raziskovalci prišli tudi pri vprašanih o uporabi tobaka in prepovedanih drog.

Glede družinskega življenja so starši poročali, da se s svojimi otroki najpogosteje pogovarjajo o šolskem delu, gospodinjskih opravilih, otrokovih prijateljih, prostočasnih dejavnostih itn. V vseh primerih se odgovori staršev in otrok bistveno razlikujejo. Dojemanje otrok je, da se o vseh naštetih vsebinah ne pogovarjajo v takšni meri, kot o tem poročajo starši. Večina staršev je poročala, da v njihovih družinah obstajajo pravila in meje. V primerjavi z drugimi družinami po Evropi je pri naših družinah opaziti pomanjkanje medsebojne komunikacije ter očetove oziroma matere pozornosti in topline.

Splošna ugotovitev raziskave je, da med starši in otroki resnično obstaja vrzel, tako npr. starši zaznavajo več konfliktov z njihovimi otroki kot otroci sami ter menijo, da imajo večji nadzor, kot ga imajo v resnici.

Raziskava je tudi pokazala, da se v naši državi preventivnih aktivnosti udeležuje dobrih 63 % staršev. Med vsemi udeleženi državami je bila najnižja udeležba staršev ugotovljena na Češkem (skoraj 90 % čeških staršev je navedlo, da se preventivnih aktivnosti ne udeležuje), najvišja pa na Portugalskem (73,5 %) in Švedskem (slabih 69 %). Pri tem je treba upoštevati vse preventivne aktivnosti, ki so se jih starši kadar koli udeležili med dotedanjim šolanjem svojih otrok. Med razlogi za neudeležbo starši najpogosteje navajajo pomanjkanje časa (dobrih 44 %), dejstvo, da šola teh aktivnosti ne omogoča (slabih 35 %), dobrih 31 % pa jih te teme raje obravnava doma (mogočih je bilo več odgovorov).

Preventiva v lokalni skupnosti

Analiza mreže lokalnih akcijskih skupin na področju preprečevanja zasvojenosti

Matej Košir in Maša Crnkovič

V analizi stanja mreže lokalnih akcijskih skupin (LAS), ki jo je v letu 2011 opravil Inštitut za raziskave in razvoj Utrip¹¹, je sodelovalo 24 LAS od ocenjeno 42 še delujočih. Analiza je pokazala, da se večina LAS posveča preventivnemu delovanju, in sicer na področju prepovedanih drog, tveganega in škodljivega pitja alkohola ter drugih oblik zasvojenosti (nekemične zasvojenosti). Svoje aktivnosti usmerjajo predvsem v osnovnošolsko populacijo in družine, nekateri LAS pa izvajajo programe tudi za srednješolce, študente in za predšolske otroke. Najpogosteje izvajajo predavanja in delavnice, šola pa je tisto okolje, v katerem najpogosteje izvajajo svoje aktivnosti. Sicer pa skoraj polovica LAS nikoli ne vrednoti svojega dela pa tudi sicer je vrednotenje dela preostalih LAS usmerjeno pretežno v interno procesno vrednotenje.

Večino LAS 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. 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

¹¹ Analiza mreže lokalnih akcijskih skupin na področju preprečevanja zasvojenosti v Sloveniji je v celoti dosegljiva pri avtorju.

konference (kratek povzetek predhodnih analiz je predstavljen v Nacionalnem poročilu 2011 o stanju na področju prepovedanih drog).

3.3 Selektivna preventiva

Selektivna preventiva se nanaša na strategije, katerih ciljne populacije so specifične podskupine splošne populacije in za katere se domneva, da je tveganje za razvoj različnih oblik zasvojenosti večje kot pri splošni populaciji (EMCDDA 2011). Namen selektivne preventive je odložiti začetek uporabe psihoaktivnih snovi pri članih podskupin z večjim tveganjem, tako da se s programi krepí dejavnike varovanja (kot je na primer samozavest, sposobnost reševanja problemov itn.) ter jih uči, kako se učinkovito spoprijemati z dejavniki tveganja (na primer genetska predispozicija ali povezanost z osebami, ki uporabljajo droge).

Preventivni program za krepitev družin na področju preprečevanja zasvojenosti

Matej Košir in Sanela Talić

Preventivni program Krepitev družin na področju preprečevanja zasvojenosti (The Strengthening Families Program) je znanstveno dokazano učinkovit družinsko preventivni program, ki temelji na treningu veščin v družinah. Program gradi na varovalnih dejavnikih, kot so: izboljšanje družinskih odnosov, izboljšanje starševskih veščin in povečanje socialnih ter drugih življenjskih veščin pri otrocih in mladostnikih. Primerjalni pregled učinkovitih preventivnih programov na področju alkohola in prepovedanih drog je pokazal, da je program Krepitev družin najučinkovitejši preventivni program na svetu (Foxcroft in sod. 2003).

58

Inštitut Utrip je v letih 2011 in 2012 pilotsko izvedel program z 8 družinami, ki jih je pridobil za sodelovanje prek šolskih svetovalnih služb. Glede na starost otrok izbranih družin so izvedli različico programa za starostno skupino otrok od 6. do 11. leta starosti. Zunanje vrednotenje pilotske izvedbe programa je pripravila skupina strokovnjakov pod vodstvom dr. Karol Kumpfer z Univerze v Utahu, ZDA.

Vrednotenje učinkov je potekalo s pomočjo kvaziekperimentalnega ponavljanja merjenj različnih spremenljivk in merljivih kazalnikov¹² ter testiranja vedenja in stališč staršev ter otrok pred izvedbo programa in po izvedbi programa¹³ po priporočilu Campbella in Stanleyja (1967). Učni načrt so izvajalci izvedli v sklopu 14 družinskih srečanj na organiziran in interaktiven način. Med spremljanjem izvajanja programa so ocenjevalci ugotovili, da so bile

¹² Pri tej metodi gre za longitudinalno ponavljajoče se merjenje istih spremenljivk in kazalnikov pri intervencijah, pri čemer merimo spremembe skozi čas. Pri kvaziekperimentu gre za empirično študijo, s katero ocenjujemo učinek ali rezultat intervencije na ciljno skupino. Gre za sorodno metodo kot pri eksperimentu ali naključnem nadzorovanem poskusu, vendar pa v tem primeru manjka t. i. »naključnost« (vzorec ciljne skupine za pilotsko fazo izvedbe SFP v Sloveniji ni bil izbran naključno). Kljub temu smo pri izboru ciljne skupine upoštevali določena merila, kot so npr. ranljivost otrok (hiperaktivnost, vedenjske ali učne težave itn.).

¹³ Testiranje pred izvedbo in po izvedbi intervencije je raziskovalna metoda, pri kateri primerjamo ciljne skupine med seboj in stopnjo sprememb kot rezultata programa ali intervencije. Lahko jo uporabimo za merjenje stopnje sprememb tudi znotraj ene ciljne skupine pred izvedbo in po izvedbi programa ali intervencije.

družine aktivno vključene v izvedbo programa in da so dejansko okrepile načrtovane družinske veščine.

Vrednotenje je pokazalo odlične rezultate pri 16 od 18 (89 %) merljivih kazalnikov, v nekaterih točkah celo boljše od povprečnih rezultatov in učinkov predhodnih študij. Med merljivimi indikatorji (dejavniki zaščite ali tveganja) so: organizacija družin, družinska kohezija, družinska komunikacija, družinski konflikti, družinska odpornost, pozitivno starševstvo, vključenost staršev, starševske veščine, starševski nadzor, starševska (vzgojna) učinkovitost, odkrita in prikrita agresija, težave s koncentracijo, kriminalno vedenje, hiperaktivnost, socialno vedenje, depresija ter uporaba alkohola in drugih drog. Največji učinek je program dosegel pri pozitivnih spremembah starševskih veščin in vzgojnega stila pri obeh starših (pri posameznih spremenljivkah je bil učinek od $d = .78^{14}$ (visok obseg učinka), pri pozitivnem starševstvu do $d = .60$ (srednji obseg učinka) pri starševski učinkovitosti). Program je tudi v segmentu družinskih sprememb dosegel občutne spremembe na bolje pri vseh spremenljivkah, in sicer je bil učinek od $d = .95$ (visok obseg učinka) pri družinski moči in odpornosti do $d = .50$ (srednji obseg učinka) pri družinskih konfliktih. Omenjene spremembe, izmerjene pri sodelujočih slovenskih družinah, so boljše, kot jih je program dosegel pri številnih drugih študijah učinkovitosti programa v ZDA in drugod. Tudi pri otrocih, ki so sodelovali v programu, so se pokazale spremembe na bolje. Kar pri 6 od 7 spremenljivk se je pokazalo izboljšanje, in sicer se je zmanjšala odkrita ali prikrita agresivnost, izboljšalo se je stanje glede pomanjkanja pozornosti, hiperaktivnosti in depresije, izboljšale pa so se tudi socialne veščine in koncentracija otrok. Izsledki kažejo, da je zelo pomembno vzdrževati visoko udeležbo družin skozi celoten program ter se osredinjati na izboljševanje starševske prakse glede disciplinskih tehnik pri vzgoji otrok. Starši so v sklopu vrednotenja poročali o zelo skromni uporabi alkohola, tobaka ali drugih drog, preden so se udeležili programa, s tem da so po izvedbi programa poročali še o zmanjšani uporabi le-teh. Zaradi zelo nizke uporabe alkohola, tobaka in drugih drog pred začetkom programa tudi učinki niso bili občutno boljši. Gledano v celoti, je program pokazal srednje do velike izboljšave pri starševskih veščinah in majhne do velike izboljšave pri družinskih odnosih ter otrokovem vedenju.

Zunanji ocenjevalci (Kumpfer in sod. 2012) so v sklopu evalvacijskega poročila pripravili tudi nekaj priporočil, in sicer predlagajo, da se izvajanje programa v Sloveniji nadaljuje, saj je bil pilotsko izveden skladno z vsemi smernicami in priporočili, ter da se uporablja enak postopek vrednotenja tudi v prihodnje, vključno z vrednotenje učinkov in rezultatov (kar bo omogočalo mednarodne primerjave). Ocenjevalci še priporočajo, da se program v Sloveniji razširi na rizične, visokorizične in socialno izključene oziroma izolirane družine ter da se sproti zagotovi financiranje programa za vse nadaljnje cikle ter izvedbe na osnovi načrta dela nosilcev in izvajalcev.

¹⁴ Cohenov d sodi med najbolj znane mere za ocenjevanje razlik (poleg Glassovega Δ in Hedgesove g statistike). Po Cohenu pomeni $d = .20$ majhen obseg učinka, $d = .50$ srednji obseg učinka in $d = .80$ velik obseg učinka. Največji obseg učinka $d = 1.00$ pomeni, da se je pri posamezniku ali skupini zgodila sprememba za eno standardno deviacijo. Kumpfer pri ocenjevanju učinkov preventivnih programov (glede na specifične tovrstnih intervencij) uporablja nekoliko prilagojeno lestvico obsega učinkov, in sicer pomeni od $d = .00$ do $.30$ majhen obseg učinka, od $d = .31$ do $.60$ srednji obseg učinka in $d = .61$ velik obseg učinka.

Inštitut Utrip bi bil lahko po njihovem mnenju uspešnejši pri izvajanju programa, če bi si zagotovil širšo podporo skupnosti, zlasti centrov za socialno delo ter drugih ustanov in organizacij, ki delujejo na področju socialnega varstva in družine (npr. organizacije za zaščito otrok, svetovalnice za otroke, mladostnike in starše itn.).

SRAP – Preprečevanje zasvojenosti v romskih skupnostih

Tea Sulič in Branka Božank

Kot eno izmed populacij z večjim tveganjem za razvoj različnih oblik zasvojenosti predstavljajo v Sloveniji Romi. Večina Romov namreč še vedno živi v naseljih, ki so izolirana od preostalega prebivalstva ali na robu naseljenih območij v razmerah pod minimalnimi bivalnimi standardi. Podatki kažejo, da 39 % Romov živi v zidanih stanovanjskih hišah, samo 12 % jih živi v stanovanjih (Ministrstvo za zdravje 2010). Preostali živijo v zasilnih prebivališčih – v barakah, kontejnerjih, v prikolicah in podobno. Le manjši del Romov živi skupaj z večinskim prebivalstvom (večinoma v Prekmurju), ki so dosegli zadovoljivo stopnjo socializacije ter se vključili v okolje in družbo.

Nizka izobrazbena stopnja, nizka stopnja zaposlenosti ter družbena in prostorska osamitev so razlogi za zdravstveno neinformiranost in neozaveščenost, kar se odraža v odsotnosti preventivnih oblik zdravstvenega varstva.

Problematiko zasvojenosti med Romi je težko tudi raziskovalno zajeti oz. jo primerjati s preostalo populacijo. Študije o zdravstvenem stanju Romov so bolj usmerjene v možnosti njihovega dostopa do zdravstvenega varstva. Kadar so na voljo podatki, pa ti kažejo na visoko stopnjo različnih obolenosti.

Zloraba drog med Romi se običajno naslavlja z vidika varnosti in kazenskega pregona, medtem ko ostanejo vprašanja, povezana z zdravjem, prezrta. Predstavniki Razvojno-izobraževalnega centra Novo mesto (RIC) so se z desetimi partnerji iz Bolgarije, Francije, Italije, Romunije, Slovaške in iz Španije združili v projektu SRAP – Preprečevanje zasvojenosti v romskih skupnostih, katerega glavni namen je preprečevanje zasvojenosti z dovoljenimi in s prepovedanimi drogami med mladimi Romi, ki so stari od 11 do 24 let.

Do zdaj so vsi partnerji iz posameznih držav opravili naslednje:

- Pregledali zakonodajo s področja statusne ureditve romske skupnosti, zdravstvene in socialne urejenosti romske skupnosti, uporabe dovoljenih in prepovedanih drog.
- S pomočjo fokusnih skupin so med tremi ciljnimi skupinami, in sicer predstavniki lokalne skupnosti, predstavniki romske mladine ter predstavniki strokovnih delavcev v zdravstvu in sociali, ugotavljali umeščenost problematike zasvojenosti z dovoljenimi in s prepovedanimi drogami med romsko populacijo. Ugotovili so da primanjkujejo informacije o vrednostnem sistemu in življenjskem stilu Romov ter njihovi pripravljenosti ter seznanjenosti z možnostmi pomoči in podpore ob zasvojenosti (SRAP Network 2012).
- Ugotavljali so odnos mladostnikov do drog s pomočjo akcijske raziskovalne metode med tremi starostnimi skupinami (1. skupina: 11–14 let, 2. skupina: 14–16 let, 3. skupina: 17–

24 let). V starostnih skupinah 11–14 let in 14–16 let so izpeljali delavnico v romskem naselju, v kateri so mladostniki s pomočjo tehnike dela s slikami predstavili svoj odnos do drog in težave, ki jih oni vidijo v povezavi s drogami. S starejšimi mladostniki so opravili intervjuje. Ugotovili so, da so dovoljene droge (tobak, alkohol) in prepovedane droge (kanabis, heroin) prisotne v življenju romske mladine, zdravila pa bolj v svetu odraslih. Pokazalo se je, da je tobak sprejemljiva droga med romsko mladino, opisali so tudi negativne socialne in ekonomske posledice v družini, ki jih povzroča pitje alkohola oz. alkoholizem. Pri prepovedanih drogah pa se je pokazalo pomanjkljivo znanje, zaskrbljenost. Menijo, da vodi zasvojenost s prepovedanimi drogami v smrt. Ne vedo natančno, kdo bi jim lahko pomagal (SRAP Network 2012).

- S partnerji so se na srečanju v Dolenjskih Toplicah usposabljali za preventivno delo z romsko mladino. S strokovnjakoma (Gian Paolo Guelfi in Richard Ives) so spoznali metodo razvijanja življenjskih veščin in motivacijski intervju.

Izvedli bodo še delavnice in motivacijske intervjuje med romsko mladino v treh starostnih skupinah ter izsledke predstavili na srečanju partnerjev v Bukarešti. Sledita oblikovanje programa usposabljanja ter njegova izvedba za socialne in zdravstvene delavce, s katerim želijo okrepiti zavedanje o pomenu upoštevanja kulturnih in socialnih razlik pri delu z romsko mladino. V okviru projekta je bila oblikovana spletna stran www.srap-project.eu, na kateri so objavljeni vsi dogodke, povezani z delom na projektu ali aktivnostmi iz življenja Romov in različna gradiva.

3.4 Indicirana preventiva

EMCDDA (2011) definira strategije indicirane preventive kot strategije, ki so oblikovane za to, da bi preprečile začetek uporabe drog pri tistih posameznikih, ki kažejo zgodnje ogrožajoče znake, kot je na primer upad šolskega uspeha ali uporaba alkohola in drugih drog. Cilj programov indicirane preventive ni samo zmanjšanje števila prve uporabe drog, ampak tudi časovna omejitev znakov uporabe, odložitve začetka uporabe drog ter znižanje stopnje uporabe drog.

Društvo Svit Koper – Podporni program za družine, otroke in mladostnike

Ingrid Kristančič Šomen in Branka Božank

Program, ki vsebuje preplet elementov selektivne in tudi indicirane preventive in v katerega je bilo v letu 2011 vključenih 112 uporabnikov, izvaja Društvo Svit iz Kopra. Z vidika zdravstva je v sistemu dobro poskrbljeno za nosečnice (uporabnice drog in nekdanje uporabnice), ki so v tem obdobju najbolj motivirane za različne oblike pomoči. Težave nastanejo z vrnitvijo v domače, z drogo zaznamovano okolje in s soočanjem s starševsko vlogo, ki z razvojem otroka postaja vse zahtevnejša in težje obvladljiva.

Program za družine, otroke in za mladostnike je socialni preventivni program, ki deluje znotraj Društva Svit kot nadgradnja obstoječega nizkopražnega programa za zasvojenost z

prepovedanimi PAS. Ciljna skupina programa so otroci, katerih starši so uporabniki prepovedanih PAS; rizična skupina otrok; starši, uporabniki prepovedanih PAS; dekleta s pridruženimi težavami; stari starši otrok zasvojenih. Na društvo pa se lahko obrne tudi katera koli družina, ki se znajde v stresni situaciji zaradi težav, povezanih z uporabo drog. Program je pomemben kot dopolnitev obstoječim programom v lokalni in širši skupnosti.

Program naslavlja problematiko uporabe drog in promocijo ter izvajanje oblik varnega prostočasnega življenja, ki je usmerjena v zdrav način življenja. Njihove osnovne metode dela so individualno delo (z otrokom, materjo ...); delo s pari; delo s skupino; počitniško ustvarjalno druženje, pomoč z umetnostjo (likovna in integrativna psihoterapija) in sistemska psihoterapija.

Programske cilje dosegajo prek različnih aktivnosti: ustvarjalne, počitniške in mladinske delavnice, učna pomoč, individualno delo s posameznikom ali z družino, izvajanje preventivnih delavnic v šoli, terensko delo ter organizacija izobraževanj za strokovne delavce in študente. Počitniške dejavnosti v letu 2011 so bile namenjene osnovnošolskim otrokom uporabnikov, ki so vključeni v programe društva, ter otrokom iz socialno ogroženih družin, pri čemer pa se je med aktivnostmi pokazala tudi potreba po učni pomoči otrokom, predvsem učni podpori otrokom migrantov, ki so se te dejavnosti največ udeleževali. Prek individualnega dela z otroki v okviru učne pomoči so na društvu prišli v stik tudi z družinami migrantov, ki jim poleg finančne pomoči nihče ne nudi pomoči pri vključevanju v okolje.

Kot enega izmed večjih problemov v programu na društvu prepoznavajo stigmatizacijo otrok, ki se v program vključujejo, saj je društvo kot tako v svojem okolju poznano kot organizacija, ki se ukvarja z zasvojenimi

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, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode in ki se po definiciji uvrščajo med problematične uporabnike drog. Izsledki raziskave, pridobljeni s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika med 204 uporabniki programov zmanjševanja škode, so pokazali, da se je v letu 2011 v primerjavi z letom prej bistveno povečala uporaba vseh drog razen heroina, kar je verjetno posledica slabše dostopnosti heroina in njegove slabše kakovosti. Sicer pa 62 % uporabnikov programov zmanjševanja škode uporablja konopljo, 61 % heroin, 60 % kokain, 30 % sintetične droge in alkohol 69 %. Večina uporabnikov omenjenih programov uporablja substitucijska zdravila, več kot polovica pa tudi druga zdravila, in sicer hipnotike ter benzodiazepine.

Heroin in kokain uporabniki programov zmanjševanja škode večinoma vbrizgavajo. V primerjavi z letom 2010 se je v letu 2011 zmanjšalo vbrizgavanje heroina in povečalo vbrizgavanje kokaina, mešanice heroina in kokaina, zdravil. Najpogostejša tvegana vedenja uporabnikov programov zmanjševanja škode so: vbrizgavanje droge, mešanje drog ob enkratni uporabi, nezaščiteni spolni odnosi, podaja džointov. Med tistimi, ki si droge vbrizgavajo, jih okoli dve tretjini vedno uporablja sterilni pribor, ki ga večinoma dobijo v programu zmanjševanja škode.

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 let, 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 programov zmanjševanja škode v Sloveniji

Dr. Ines Kvaternik in Živa Žerjal

Zavod za zdravstveno varstvo Koper (ZZV Koper) je v obdobju od novembra 2011 do januarja 2012 s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika izvedel raziskavo, s katero je pridobil podatke o profilu uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode, 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 ter katerih prevladujoč način uporabe droge je vbrizgavanje.

V raziskavo so bili vključeni 204 uporabniki programov zmanjševanja škode na področju drog s celotnega območja Slovenije (Koper, Izola, Piran, Ilirska Bistrica, Nova Gorica, Sežana, Ljubljana, Celje, Maribor, Velenje in Žalec).

Izsledki

Med 204 anketiranci je 162 moških, kar predstavlja 80 % anketiranih, in 40 žensk, kar predstavlja 20 % anketiranih. Povprečna starost anketiranih je 33,3 leta; najmlajši anketiranec ima 20 let, najstarejši pa 58 let. Največ anketirancev je v starostni skupini 31–35 let; v to skupino sodi kar 34 % vseh anketiranih. Najmlajših anketirancev, starih od 20 do 25 let, je 11 %. V naslednji starostni skupini (26–30 let) je kar četrtnina anketirancev, 15 % pa je starih 36 do 40 let. 9 % jih ima od 41 do 45 let, 4 % od 46 do 50 let in le 1 % je star 51 let in več. Čeprav podatki kažejo, da je še vedno največ uporabnikov programov starih do 40 let (skupno 85 %), pa opazamo, da se njihova starost iz leta v leto povišuje, saj je bila povprečna starost v prejšnjem letniku anketiranja za eno leto nižja.

Več kot polovica (63,5 %) vseh anketirancev ima poklicno ali srednjo izobrazbo, dokončano osnovno šolo jih ima 31 %, nedokončano osnovno šolo 3 %, le 2,5 % ima visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo.

Anketiranci so večinoma nezaposleni (66,5 %); le 4,9 % je zaposlenih, 21,2 % jih občasno dela, 3,4 % anketiranih pa je navajalo, da so upokojeni, pridobivajo socialno pomoč ali delajo na črno.

Največji delež (38 %) anketiranih uporabnikov programov zmanjševanja škode živi pri starših, nekoliko manj (29 %) jih živi samih, 2 % živita sama z otrokom, 15 % jih živi s partnerji, 4 % živijo s partnerji in z otroki, 8 % jih stanuje v zavetišču ali zunaj (park, ulica, zapuščene stavbe), 1 % pri prijateljih oziroma znancih, 3 % pa drugje (pri babici, bratu, v motelu, v kolizeju ...). 20 % anketiranih ima otroke, večina enega.

Med anketiranimi uporabniki programov zmanjševanja škode je 85 % takih, ki so hkrati vključeni tudi v druge programe – dobra polovica (57 %) samo v Centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog, 2 % sta bila vključena samo v programe doseganja abstinence in 4 % samo v programe bolnišnične detoksikacije. 34 % jih je odgovorilo, da so

bili vključeni v kombinacijo substitucijskih in drugih programov za uporabnike prepovedanih drog. Med vsemi anketiranimi jih le 15 % ni bilo nikoli obravnavanih v katerem koli drugem programu za uporabnike prepovedanih drog.

95 % anketiranih ima urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje in 82 % jih ima urejeno dodatno zdravstveno zavarovanje. Ker je večina anketirancev brezposelna in odvisna od socialne pomoči, stroške zdravstvenega zavarovanja pokriva država, lahko zaradi varčevalnih ukrepov, s katerimi naj bi Slovenija uravnavala javno porabo v letu 2012, a hkrati omejila dostop nekaterim družbenim skupinam do zdravstvenih in socialni pravic, pričakujemo, da bo odstotek tistih uporabnikov programov zmanjševanja škode, ki bodo imeli urejeno zdravstveno zavarovanje, v naslednjem letu bistveno nižji.

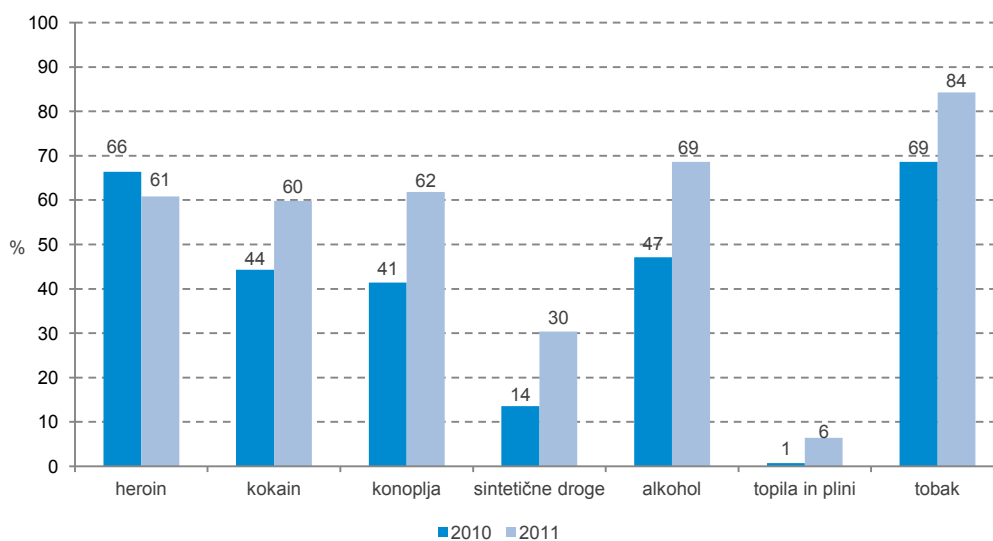
48 % anketiranih je navedlo, da imajo poleg težav z zasvojenostjo z drogami tudi druge zdravstvene težave. Najpogosteje navajajo hepatitis C, sledijo težave v duševnem zdravju, težave z želodcem, astma, alergije, slabo zobovje in ožilje. Skoraj 70 % anketiranih so obravnavali organi pregona.

Uporaba drog

Med uporabniki programov zmanjševanja škode je zelo pogosta uporaba več kot ene droge hkrati. Če je za leto 2010 veljalo, da med uporabniki še vedno prevladuje uporaba heroina (66 %), čemer so sledili kokain (44 %), marihuana (41 %), sintetične droge (14 %), alkohol (47 %) (Drev in in sod. 2011), se je v letu 2011 situacija zelo spremenila. Izsledki raziskave kažejo, da se je v letu 2011 bistveno povečala uporaba vseh drog razen heroina. To je verjetno posledica slabše dostopnosti heroina in njegove slabše kakovosti. In podobno kot v nekaterih drugih državah Evropske unije se verjetno tudi v Sloveniji pomanjkanje heroina odraža v iskanju nadomestkov in v večji uporabi nekaterih drugih drog, kot so sintetične droge, mešanice zdravil (EMCDDA, še neobjavljeno). Sicer pa jih med uporabniki programov zmanjševanja škode 61 % uporablja heroin, 60 % kokain, 62 % konopljo, 30 % sintetične droge, zelo pa je porasla uporaba alkohola (69 %) (slika 4.1). Kar 80,4 % uporabnikov omenjenih programov uporablja substitucijska zdravila (metadon, suboxon, substitol), 60,8 % anketiranih uporablja tudi druga zdravila, in sicer: hipnotike (dormikum, sanval), benzodiazepine (apaurin, xanax, helex).

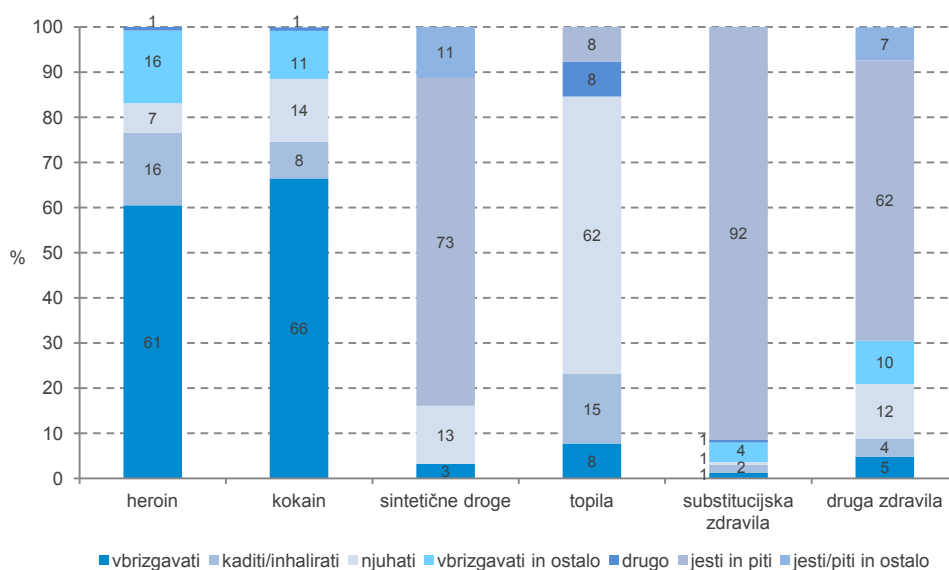
Heroin in kokain uporabniki programov zmanjševanja škode večinoma vbrizgavajo. V primerjavi z letom 2010 se je v letu 2011 zmanjšalo vbrizgavanje heroina (61 %) in povečalo vbrizgavanje kokaina (66 %), mešanice heroina in kokaina, zdravil (benzodiazepinov, metadona in drugih substitucijskih zdravil). 3 % anketiranih si vbrizgavajo sintetične droge, 6 % je takih, ki substitucijska zdravila tudi vbrizgavajo, med tistimi, ki uporabljajo druga zdravila, pa si jih kar 14 % vbrizgava (slika 4.2).

Slika 4.1: Delež anketirancev v programih zmanjševanja škode na področju drog glede na vrsto droge, ki jo uporabljajo, 2010–2011



Vir: Anonimni vprašalnik, ZZV Koper, 2011

Slika 4.2: Delež anketirancev v programih zmanjševanja škode na področju drog glede na vrsto droge in način uporabe, 2011



Vir: Anonimni vprašalnik, ZZV Koper, 2011

Tvegana vedenja

Najpogostejša tvegana vedenja uporabnikov programov zmanjševanja škode so še vedno vbrizgavanje droge, nedosledna uporaba sterilnega pribora, souporaba igel in preostalega pribora ter poškodbe, ki so posledica tvegane aplikacije (slika 4.3). Omenjenim oblikam tvegane vedenja pa sledi tvegana spolnost, saj kar 87 % anketiranih navaja, da ima nezaščitene spolne odnose včasih ali vedno, le dobra petina anketiranih je pri spolnih odnosih vedno zaščitena.

Med tistimi, ki si droge vbrizgavajo, jih nekaj manj kot dve tretjini vedno uporablja sterilni pribor, ki ga večinoma dobijo v programu zmanjševanja škode (73 %). Od tega jih 42 % po sterilni pribor prihaja samo v program, 10 % anketiranih pribor dobi v okviru terenskega dela, 13 % anketiranih pa dobi pribor v lekarni. 31 % pa jih je navedlo, da sterilni pribor dobijo drugje («si sposodim od prijatelja, preprodajalca»). Samo dobra petina anketiranih si nikoli ne vbrizgava droge, 38 % to počne včasih in 42 % si drogo vbrizgava vedno. Le dobra polovica anketiranih (54 %) nikoli ne uporablja iste igle za vbrizgavanje. 41 % to počne večkrat in 5 % vedno.

21 % anketiranih vedno ali včasih souporablja igle, 79 % pa je navedlo, da tega ne počnejo nikoli. Pri souporabi preostalega pribora je situacija nekoliko drugačna, saj jih 44 % včasih ali vedno souporablja preostali pribor in 56 % tega ne počne.

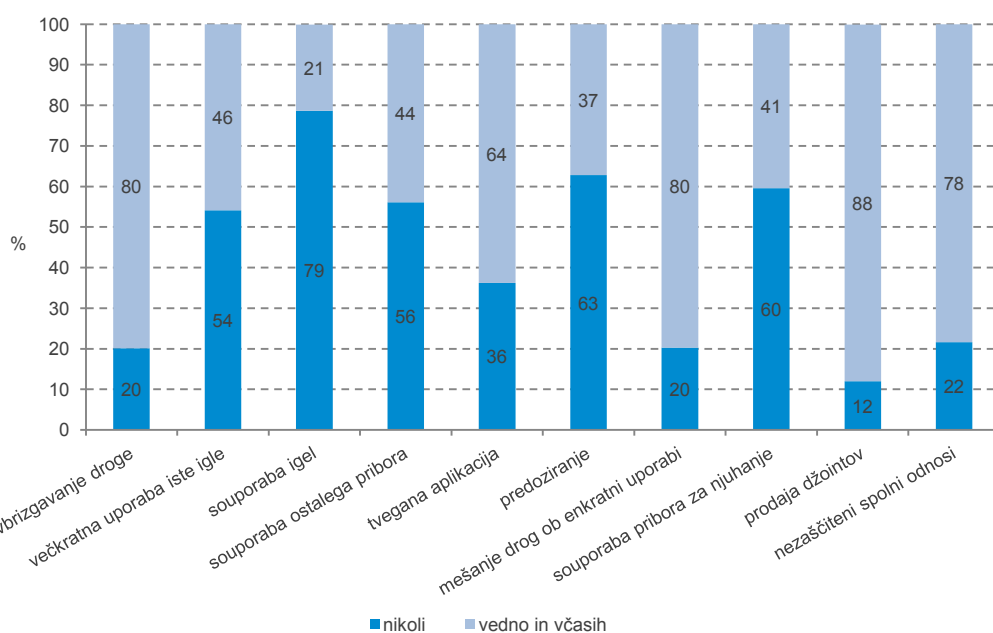
7 % anketiranih si drogo vedno vbrizgava tvegano, 36 % pa še nima izkušenj s tvegano aplikacijo. Kar 37 % anketiranih pa je že imelo izkušnjo s predoziranjem.

80 % anketiranih meša droge ob enkratni uporabi, skoraj 8 % pa jih to počne vedno. 41 % anketiranih souporablja pribor za njuhanje.

Kar 88 % konopljo kadi v družbi in si džointe podaja včasih oziroma vedno. To je za širjenje nalezljivih bolezni gotovo lahko zelo tvegano, saj ima omenjena ciljna skupina pogosto težave s slabim zobovjem in krvavitvami iz dlesni.

Slika 4.3: Delež anketiranih v programih zmanjševanja škode na področju drog glede na tvegano vedenje, 2011

Slika 4.3: Delež anketiranih v programih zmanjševanja škode na področju drog glede na tvegano vedenje, 2011



Vir: Anonimni vprašalnik, ZZV Koper, 2011

93 % anketirancev najpogosteje uporablja droge doma, 81 % anketiranih je odgovorilo, da droge uporabljajo pri prijateljih/znancih.

V zavetišču oziroma dnevnem centru vedno uporablja droge 5 % anketiranih, 5 % včasih in 90 % nikoli.

Kar 57 % anketiranih uporablja droge v javnih prostorih, od teh 5,5 % vedno in 51 % včasih, zunaj (v avtu, gozdu, parku, zapuščenih hišah, v kletnih prostorih, na vlaku, v okolici dnevnega centra, na pokopališču) pa vedno uporablja droge 14 % anketiranih, včasih 52 % in nikoli 35 %.

81 % anketiranih uporabljeno iglo večinoma vrne v program, 31 % anketiranih iglo vedno vrže v smeti, 47 % včasih in 22 % nikoli. Skoraj 18 % anketiranih uporabljen pribor pusti na mestu, na katerem si vbrizgavajo drogo, vsi preostali (82) % pa tega ne storijo nikoli. 13 % za uporabljen pribor poskrbi drugače (»Doma jih posebej shranim in vržem v smeti.«; »Imamo svoje smeti.«; »Uničim in vržem v kanalizacijo.«; »Jih zažgem.« »Vržem jih v reko Ljubljanico«).

Sklep

Izsledki kažejo, da so uporabniki programov zmanjševanja škode v Sloveniji večinoma podvrženi prenekaterim tveganim situacijam, ki so vezane na načine uporabe drog, in to kljub sorazmerno dolgi tradiciji izvajanja programov zmanjševanja škode in sorazmerno dobri pokritosti s programi. To gotovo pomeni, da se bodo morali v prihodnje usmeriti tudi v druge aktivnosti, ki so vezane na spreminjanje ravnanja z uporabljenimi iglami in s pripomočki za injiciranje pa tudi na spodbujanje uporabnikov k uporabi kondomov. Glede na to, da se omenjena populacija stara in da ima vedno več kombiniranih potreb in zdravstvenih težav ter težav z nastanitvijo, bo treba razmišljati o večjem številu zavetišč za brezdomne uporabnike drog in vzpostavitvi stanovanjskih skupin za uživalce drog. Vzpostavitev varne sobe za injiciranje drog bi gotovo pripomogla, da bi bili cilji zmanjševanja škode v večji meri tudi doseženi.

Obravnavo uporabnikov prepovedanih drog je opredeljena v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 ter v zakonodaji na področju drog, zdravstva in socialnega varstva (gl. prvo in osmo poglavje).

Na področju zdravstvenega varstva je vzpostavljena mreža 18 Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) in Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani (CZOPD). V sistemu socialnega varstva pa se izvajajo aktivnosti za obravnavo socialnih stisk uporabnikov drog in drugih oblik pomoči, ki jih izvajajo centri za socialno delo in nevladne organizacije. V okviru nevladnih organizacij se izvajajo programi zmanjševanja škode, programi dnevnih centrov, zavetišč, terapevtskih skupnosti, rehabilitacije in svetovanja.

Analiza podatkov o indikatorju »povpraševanje po zdravljenju« (TDI), ki je bila narejena na zbranih izpolnjenih vprašalnikih iz 17 CPZOPD in CZOPD, je pokazala, da je bilo v letu 2011 evidentiranih 521 oseb, ki so prvič ali ponovno iskale pomoč v programih zdravljenja. Od tega jih je bilo prvič sprejetih 207 in ponovno 314. Povprečna starost uporabnikov ob prvem ali ponovnem vstopu v sistem zdravljenja odvisnosti je bila 30,58 leta, po spolu pa je bila večina moških (78 %). Večina je vstopala v program na lastno pobudo. Glavna droga, zaradi katere so uporabniki prvič ali ponovno iskali pomoč, je bila heroin (84 %), sledita kanabis (8 %) in kokain (3 %). V primerjavi s prejšnjimi leti se zaznavata upad deleža uporabnikov, ki iščejo pomoč zaradi težav z uporabo heroina, in porast deleža tistih, ki pomoč iščejo zaradi težav z uporabo kanabisa. Kot prva dodatna droga je bil najpogosteje naveden kokain, sledijo alkohol, kanabis in hipnotiki. Dobra polovica uporabnikov drog, ki so prvič ali ponovno vstopili v program, je že bila cepljena proti hepatitisu B. Dve tretjini sta bili brezposelni in v primerjavi s preteklimi leti se zaznava porast. Glede na izobrazbeni status pa jih je največji delež, in sicer polovica, končalo osnovno šolo.

5.1 Opis sistema zdravljenja in obravnave ter zagotavljanje kakovosti

Strategija in zakonodaja

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 zmanjšanju povpraševanja po drogah.

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

Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 je opredeljevala tudi področje obravnave odvisnih od prepovedanih drog. Ker še ni sprejeta nova strategija, se še vedno upošteva usmeritve te strategije, ki določajo, da mora biti visoka dostopnost do programov pomoči, da se morajo upoštevati človekove pravice in da morajo biti ukrepi prilagodljivi različnim skupinam prebivalstva. Strategija podpira programe, ki zmanjšujejo število okuženih s HIV in hepatitisom C. Strategija sprejema ukrepe za povečanje večje kakovosti programov zdravljenja odvisnosti od drog z uvedbo različnih pristopov, nadgradnjo in širitev zdravljenja odvisnosti v zavodih za prestajanje kazni, vzgojnih zavodih in prevzgojnem domu. Hkrati pa je strategija zagotovila tudi razvoj socialne obravnave uporabnikov drog v terapevtskih skupnostih – v progamih zmanjševanja škode – in s tem pomembo prispevala k zmanjšanju socialne izključenosti uporabnikov drog. Strategija je podrobneje opredelila tudi naloge zdravstvenega in socialnega sistema na področju obravnave dvisnih od drog in določila načine spremljanja podatkov o odvisnih od drog, ki so vključeni v različne sisteme obravnave (Resolucija o nacionalnem programu 2004).

S pomočjo vprašalnika Evidenca obravnave uživalcev prepovedanih drog se podatki zbirajo za indikator "povpraševanje po zdravljenju" (TDI) v mreži CPZOPD in CZOPD. Nevladne organizacije (nizkopražni programi) pa uporabljajo drug vprašalnik. Zato v okviru implementacije novega vprašalnika, s katerim se zbirajo podatki o indikatorju "povpraševanje po zdravljenju" (TDI), potekajo tudi dogovori s predstavniki nevladnih organizacij o možnostih uporabe poenotenega vprašalnika. Tako se skuša vzpostaviti preglednejši način zbiranja podatkov o uporabnikih drog v Sloveniji.

Sistem zdravljenja in obravnave

Obravnavna odvisnih od drog se v Sloveniji izvaja skladno z obstoječo zakonodajo, ki v letu 2011 ni doživela sprememb. Sicer pa obravnavna odvisnih od drog poteka v okviru zdravstvenega in socialnega varstva ter nevladnih organizacij.

Na ravni države je izdelan seznam programov z ustreznimi pojasnili in s predstavitvijo vseh programov, ki je dostopen v vseh programih in ki omogoča uporabniku programov lažjo odločitev za vstop v posamezni program (Božak in sod. 2010).

Obravnavna v okviru socialnega varstva

Strokovne dejavnosti, namenjene reševanju socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog, se izvajajo v okviru javnih služb (62 centrov za socialno delo),

zasebnikov in nevladnih organizacij. Probelematika prepovedanih drog se v centrih za socialno delo najpogosteje obravnava v okviru prve socialne pomoči. Obravnava v sklopu centrov za socialno delo je brezplačna, čakalnih vrst ni. Delo centrov za socialno delo je nadzorovano v sklopu rednega nadzora in inšpekcijske službe. Ta preverja, ali je delovanje centrov za socialno delo usklajeno z obstoječo zakonodajo.

Nevladne organizacije

Dopolnile programe socialnega varstva izvajajo nevladne organizacije, in sicer so to: programi zmanjševanja škode (nizkopražni pristop), dnevni centri, bivalne oblike zavetišč, informiranje, svetovanje, različne oblike visokopražnih programov, centri za reintegracijo, programi za uporabnike drog v zaporih, programi delovnega usposabljanja in integracije. Programi so do 80 % financirani iz sredstev Ministrstva za delo družino in socialne zadeve, ki jih razdeli prek javnega razpisa izvajalcem, ki imajo pogoje za izvajanje programa. Osnovni pogoji so ustrezni prostori, ki jih običajno dodeli lokana skupnost, strokovno znanje, ki se zagotovi s tem, da mora imeti vsak vodja programa strokovni izpit iz socialnega dela, ter redno poročanje o razvoju programa. V pogodbi o sofinanciranju programa so opredeljeni tudi nadzor nad kakovostjo dela in pogoji, pod katerimi se lahko dodeljena sredstva odvzamejo, v če program ni bil izvajan skladno s strokovnimi usmeritvami in z dogovori v pogodbi. Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve (MDDSZ) redno vrednoti programe in glede na rezultate vrednotenja tudi prilagaja financiranje posameznega programa.

Nizkopražni programi so organizirani v večjih mestih in enakomerno razporejeni po Sloveniji. Nudijo svetovanje in izmenjavo sterilnega pribora za varno injiciranje drog. Pri svojem delu uporabljajo tudi tehnike skupinskega dela in nudijo izobraževanje uporabnikom programa. Na področju zmanjševanja škode zaradi uporabe drog so usmerjeni predvsem v izobraževanje uporabnikov drog o nevarnostih prenosa HIV in hepatitisa C ter nevarnih načinih injiciranja drog.

Programi rehabilitacije so namenjeni uporabnikom drog, ki so končali enega izmed programov zdravljenja odvisnosti ali obravnave odvisnosti v terapevtski skupnosti. Skrbijo predvsem za vzdrževanje abstinence in urejanja socialnega stanja osebe, ki je prenehala uporabljati prepovedane droge. Pri tem uporabljajo metode svetovanja in skupinske terapije ter izmenjave izkušenj med uporabniki programa. Vstop v program je prost za vse, ki potrebujejo program. Glavni izključitveni vzrok v vseh programih je nasilje uporabnika programa.

Terapevtske skupnosti so podrobneje opisane v izbranem poglavju.

Obravnava in zdravljenje v okviru zdravstvenega varstva

Zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog poteka v zdravstvenih ustanovah skladno z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost. Zdravljenje je definirano tudi v Priporočilih zdravnikom za zdravljenje odvisnih od drog, ki jih je že leta 1994 prvič potrdil Zdravstveni svet. Zdravstvena obravnava uporabnikov drog je umeščena v redni program zdravstvenega varstva, ki se financira iz sredstev ZZZS. Na začetku leta 2012 je zavod zaradi finančnih težav znižal sredstva za delovanje teh programov.

V Zakonu o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog so med drugim opredeljeni zdravljenje ter ustanovitev in delovanje CPZOPD, ki se strokovno in organizacijsko povezujejo 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.

Zdravljenje uporabnikov drog v Sloveniji poteka v mreži 18 CPZOPD in CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana. V CPZOPD delujejo strokovni timi, sestavljeni iz družinskega zdravnika, psihiatra, medicinske sestre in iz laboranta. V centrih se uporabljata psihosocialna terapija in medikamentozna terapija. Pomembno je substitucijsko zdravljenje, pri katerem se uporabljajo vsa sodobna zdravila, razen heroina na recept. 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; vzdrževalni programi.

V okviru CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana poteka bolnišnična obravnavo, prav tako pa tudi ambulantni del zdravljenja, dnevna bolnišnica in podaljšana bolnišnična obravnavo z rehabilitacijo. V CZOPD med drugimi izvajajo detoksikacijo, obravnavo kriznih stanj in obravnavo odvisnosti pri bolnikih s pridruženo duševno motnjo.

Programi zdravljenja odvisnosti v mreži CPZOPD imajo doktrinarna načela in navodila, kako zdraviti odvisne od prepovedanih drog. Nacionalna koordinacija CPZOPD redno spremlja razvoj potreb in pomoči uporabnikom drog ter po potrebi na svojih srečanjih dopolnjuje doktrinarna načela in navodila za zdravljenje odvisnosti v centrih. Srečujejo se vsak mesec. Ministrstvo za zdravje z multidisciplinarno komisijo za nadzor nad delovanjem centrov občasno izvaja strog nadzor nad izvajanjem programa in po potrebi zahteva tudi spremembe.

5.2 Dostopnost do zdravljenja in obravnave

Dostopnost do programov pomoči v Sloveniji je omogočena na celotnem območju Slovenije, razen v statistični regiji Koroška, v kateri še ni na voljo CPZOPD in tudi ne programa za zmanjševanje škode. V programih nevladnega sektorja ni čakalni dob, z izjemo terapevtskih skupnosti, v katerih je za vstop treba predhodno opraviti pripravljalni program, ki lahko glede na posameznika traja različno dolgo. Programi v okviru zdravstvenega sektorja nimajo čakalne dobe in so brezplačni, tudi programi nevladnih organizacij na področju zmanjševanja škode so brezplačni in dostopni vsem. So pa v nevladnem sektorju za nekatere druge programe lahko občasno prisotna tudi doplačila. Ta doplačila niso višja od socialne podpore, ki jo dobi uporabnik na centru za socialno delo. Z vzpostavljanjem novih programov, kot so programi za osebe z pridruženimi duševnimi motnjami in dnevna bolnišnica ter vrsta novih

rehabilitacijskih programov, se je dostopnost do zdravljenja še povečala. Novost na področju socialnih programov je odprtje terapevtske skupnosti za uporabnike drog z dvojnimi diagnozami.

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

Podatki koordinacije CPZOPD za leto 2011

Po podatkih Koordinacije CPZOPD se je v letu 2011 v obravnavo vključilo 4.178 oseb; od tega jih je bilo 3.557 vključenih v substitucijsko zdravljenje. Kot substitucijska zdravila so se uporabljali: metadon, suboxon, buprenorfin in SR-morfin, kot je razvidno v tabeli 5.1. Na vzdrževalnem zdravljenju je bilo 3.557 oseb ali 85 % od vseh vključenih v program. Med osebami, ki so bile na vzdrževalni terapiji, jih je bilo 2.446 (68,77 %) na metadonskem vzdrževalnem zdravljenju, 476 (13,38 %) na subotexu, 335 (9,42 %) na buprenorfinu in 8,43 % na SR-morfinu. Osebe na metadonskem vzdrževalnem programu predstavljajo 59 % od celotne populacije uporabnikov programa, na subotexu 11 %, na buprenorfinu 8 % in na SR-morfinu 7 %. 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, pridobljene s pomočjo vprašalnika Evidenca obravnave uživalcev drog.

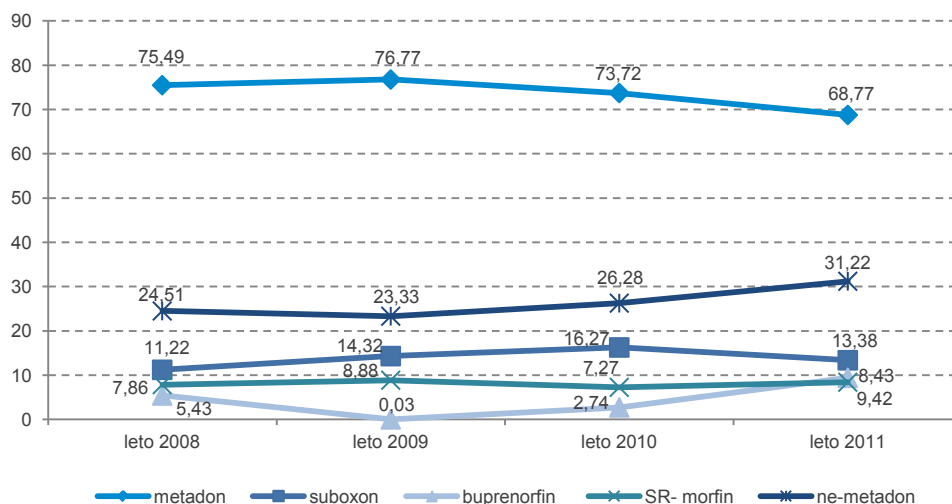
Tabela 5.1: Število obravnavanih ljudi v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v letu 2011

Število vseh obravnavanih	Število vključenih v substitucijsko zdravljenje	Metadon	Suboxon	Buprenorfin	SR-morfin
4178	3557	2446	476	335	300

Vir: Koordinacija CPZOPD 2012

Primerjanje trendov v zadnjih štirih letih pokaže, da se je delež uporabnikov na substitucijski terapiji, ki so bili vključeni v nadomestno zdravljenje z metadonom, počasi zmanjševal v letih od 2008 do 2011 in leta 2011 padel na 68,77 %. Po letu 2008 se je počasi večal delež uporabnikov, ki so bili vključeni v nadomestno terapijo z buprenorfinom. Delež uporabnikov programa, ki je bil na nadomestni terapiji z SR-morfinom, je ostal sicer nizek, vendar vsa leta približno enak. Delež oseb, ki je bil vključen v nadomestno zdravljenje s suboxonom, je sprva naraščal do 16,27 % leta 2010, nato pa je v letu 2011 padel na 13,38 % (slika 5.1)

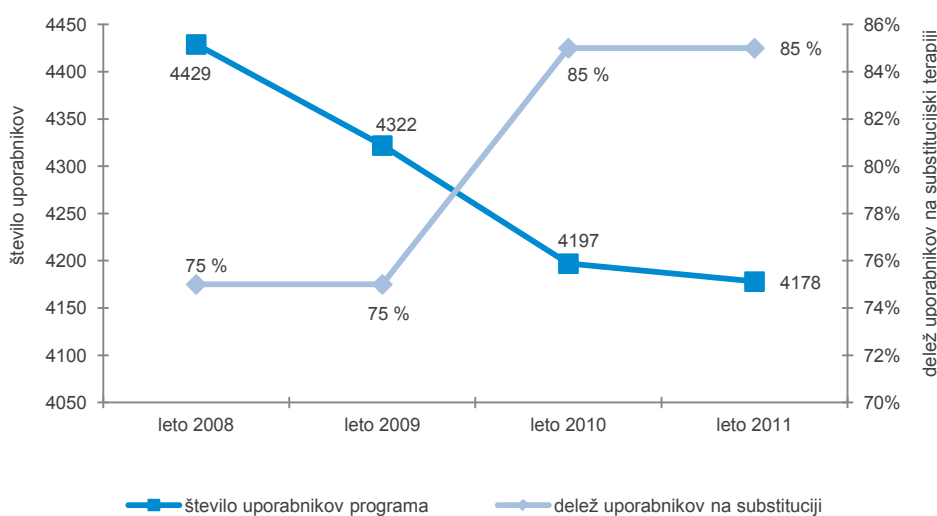
Slika 5.1: Delež uporabnikov programa zdravljenja, ki je uporabljal posamezno substitucijsko zdravilo med vsemi uporabniki substitucijske terapije, 2008–2011



Vir: Koordinacija CPZOPD 2012

Delež oseb, ki je bil v CPZOPD na vzdrževalni terapiji, je z leti porastel, ob tem pa se zaznava znižanje števila uporabnikov drog, ki so bili v posameznih letih obravnavani v CPZOPD, in sicer s 4.429 v letu 2008 na 4.178 v letu 2011 (slika 5.2). Raziskava ESPAD in raziskave problematičnih uporabnikov drog v nizkopražnih programih (gl. drugo in četrto poglavje) pa kažejo, da se število uporabnikov na terenu ne zmanjšuje, spreminja pa se njihova struktura glede na droge, ki jih uporabljajo. Zato bi bilo treba razmisliti o hitrejšem prilagajanju programov CPOZPD trenutni situaciji na področju uporabe drog. Podatki iz nizkopražnih programov kažejo na večjo prisotnosti kokaina med uporabniki drog, medtem ko iskanje pomoči v CPOZPD tega ne odraža. Tudi podatki o zastupitvah s prepovedanimi drogami kažejo, da zastupitve z opijati upadajo, v porastu pa so zastupitve z amfetamini, ekstazijem in s kanabisom ter zastupitve s kombinacijo drog (gl. poglavje šest).

Slika 5.2: Število uporabnikov programa zdravljenja in delež uporabnikov substitucijske terapije, 2008–2011



Vir: Koordinacija CPZOPD 2012

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

Značilnosti uporabnikov, ki so v letu 2011 prvič ali ponovno vstopili v programe zdravljenja

Z vprašalnikom Evidenca obravnave uživalcev drog se v Sloveniji zbira podatke o indikatorju povpraševanja po zdravljenju (TDI). V letu 2011 so bili za analizo zbrani izpolnjeni vprašalniki iz 17 CPZOPD in CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana. Glede na zbrano število vprašalnikov se opaža zmanjševanje števila vstopov v program CPZOPD. V letu 2011 zapori niso izpolnjevali vprašalnika. Tako je bilo v letu 2011 z vprašalnikom zajetih 3.021 ljudi, od katerih jih je bilo 2.500 vključenih v neprekinjeno vzdrževalno zdravljenje, 521 ljudi pa je bilo prvič ali ponovno vključenih v program zdravljenja v mreži CPOZPD in CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana.

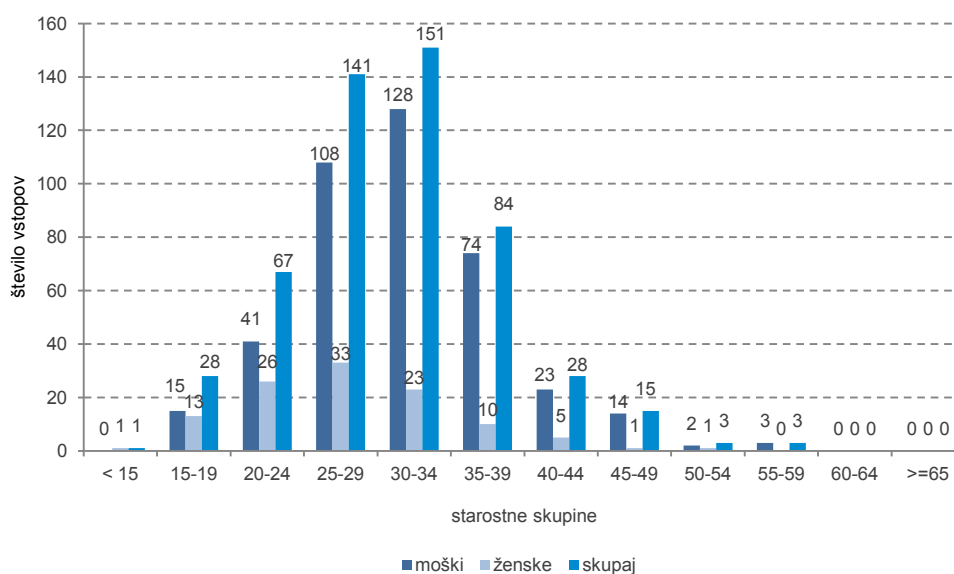
Demografska struktura uporabnikov programa

Z vprašalnikom TDI je bilo zajetih 521 obravnavanih uporabnikov, ki so v letu 2011 prvič ali ponovno vstopili v program CPZOPD; od tega je bilo 408 moških (78,3 %) in 113 žensk (21,7 %). Povprečna starost vseh uporabnikov, ki so bili prvič ali ponovno vključeni v program, je bila 30,58 leta, od tega je bila povprečna starost moških 31,44 leta, povprečna starost žensk pa je bila 27,48 leta.

Od 521 uporabnikov jih je v program prvič vstopilo 207 (40 %). Od prvič evidentiranih 207 uporabnikov programa je bilo obravnavanih 151 (73 %) moških. Njihova povprečna starost je bila 28,65 leta. Prvič je vstopilo v program 56 žensk (27 %); njihova povprečna starost je bila 25,77 leta.

Ponovno pa je v letu 2011 v program vstopilo 314 ljudi (60 %), od tega je bilo 257 (82 %) moških in 57 (18 %) žensk. Med uporabniki drog ki so ponovno vstopili v program, je bistveno manjši delež žensk kot v skupini, ki je prvič vstopila v program v letu 2011 (slika 5.3).

Slika 5.3: Prvi in ponovni iskalci pomoči po starostnih skupinah in spolu, 2011



Viri napotitev

Med osebami, ki so prvič in ponovno vstopale v program v letu 2011, je v program prišlo na lastno pobudo 376 (72 %) oseb, 42 (9 %) jih je prišlo na pobudo staršev, 6 % jih je prišlo z napotnico drugega centra, 4 % jih je v program zdravljenja napotil družinski zdravnik, 3 % so prišli iz bolnišnice, 5 jih je napotilo sodišče in 1 socialna služba; za preostale vir napotitve ni znan.

Prvič je v programe zdravljenja v letu 2011 vstopilo 207 oseb. Od tega se jih je 69 % odločilo samih, da vstopijo v program, 14,5 % pa je vstopilo v program na pobudo družine in prijateljev. 7 % jih je v center poslal splošni zdravnik.

Med tistimi, ki so v letu 2011 ponovno vstopali v program, jih je največ vstopilo na lastno pobudo (76,8 %), 9 % pa jih je v zdravljenje prišlo iz drugih programov. 4,2 % jih je prišlo na pobudo prijateljev in družine, 3,5 % jih je prišlo z napotnico iz bolnišnice ali druge ustanove, 2,6 % pa jih je napotil splošni zdravnik.

S kom so živeli uporabniki programa v skupnem gospodinjstvu

Med uporabniki, ki so prvič in ponovno vstopali v program, jih je 47 % živelo s starši, 19,5 % jih je živelo samih, 15,4 % s partnerjem ter 7 % s partnerjem in z otrokom.

Med uporabniki, ki so prvič vstopali v program, jih je 53,1 % živelo pri starših, 15,5 % jih je živelo samih in 14,5 % s prijateljem ter 6,3 % s partnerjem in otrokom.

Med uporabniki, ki so ponovno vstopali v program, jih je 42,9 % živelo s starši, 22,1 % jih je živelo samih, 16 % s partnerjem ter 8 % s partnerjem in z otrokom.

Med uporabniki, ki so ponovno vstopali v program, jih je več živelo s partnerjem in z otrokom kot ob prvem obisku. Tudi delež tistih, ki so živeli sami, se je povečal. Zmanjšal pa se je delež tistih, ki so živeli pri starših.

Zaposlitveni status uporabnikov programa

Med uporabniki, ki so bili v letu 2011 prvič ali ponovno vključeni v program, so prevladovali nezaposleni, ki jih je bilo v tem letu 67,1 % (345 ljudi). Zaposlenih iskalcev pomoči je bilo 106 (20,6 %).

Med tistimi, ki so prvič vstopili v program, je bilo nezaposlenih 120 (58,8 %), redno zaposlenih pa je bilo 45 ljudi, kar znese 22,1 %. Šolajočih se pa je bilo 32 (15,7 %).

Med tistimi, ki so ponovno vstopili v program, jih je bilo več 225 (72,6 %) brezposelnih kot med tistimi, ki so prvič vstopali v program. Manj – 61 (19,7 %) – jih je bilo redno zaposlenih in manj se jih je šolalo – 10 (3,2 %).

Kje so prebivali uporabniki drog v letu 2011

Uporabniki, ki so prvič vstopali v program, so imeli v 77,7 % stalno prebivališče. Začasno prebivališče jih je imelo 17 %, 1,9 % pa jih je bilo brezdomnih.

Med tistimi, ki so ponovno vstopali v program, jih je imelo 77,8 % stalno prebivališče, 16,1 % jih je imelo začasno prebivališče in 3,2 % jih je bilo brezdomcev. Delež brezdomcev se je pri ponovnih sprejemih v program povečal skoraj za dvakrat.

Izobrazba uporabnikov programa

Med prvič in ponovno vključenimi v program so največji delež predstavljali ljudje, ki so končali srednjo šolo 260 (50,7 %). 184 (35,9 %) ljudi je imelo končano osnovno šolo, 2,5 % osnovne šole ni končalo, visok ali višji univerzitetni študij je končalo 2,7 % uporabnikov, za preostale uporabnike pa ni podatkov.

Med prvič sprejetimi je srednjo šolo končalo 54,4 % uporabnikov, 32,8 % jih je končalo osnovno šolo, 3,9 % pa jih te ni dokončalo. Visok ali višji univerzitetni študij je končalo 3,4 % uporabnikov, za preostale uporabnike pa ni podatkov.

Med ponovno sprejetimi jih je končalo srednjo šolo 149 (48,2 %), osnovno šolo 117 (37,9 %), 1,6 % jih le-te ni končalo. Visok ali višji univerzitetni študij pa je končalo 2,3 % uporabnikov, ki so ponovno vstopili v program.

Prva droga, zaradi katere so bili uporabniki vključeni v program

Prva droga pri prvih in ponovnih sprejemih

Največ prvič in ponovno evidentiranih, ki so v letu 2011 iskali zdravstveno pomoč v centrih, je navajalo težave z opiaty. Od 521 evidentiranih se jih je 451 zdravilo zaradi zlorabe opiatov (87 %). 435 (83,5 %) uporabnikov od skupno 521 je kot prvo drogo uporabljalo heroin ali 96,5 % od vseh, ki so kot glavno drogo uporabljali opiate, 11 (2,1 %) jih je zlorabljalo metadon, ki jim ni bil predpisan kot zdravilo. Zaradi kokaina je iskalo pomoč 18 ljudi, kar je 3 %, zaradi težav odvisnosti od kanabisa pa je zdravljenje potrebovalo 44 ljudi (8,4 %). Zaradi težav s sedativi oz. hipnotiki so bili v program zdravljenja vključeni 4 ljudje. Zanimivo je, da med prvo drogo, zaradi katere so bile v program vključene osebe, odvisne od drog, ni inhalantov, ki so med 15 in 16 let starimi dijaki zelo razširjeni, saj je po navedbi v raziskavi ESPAD leta 2011 20 % dijakov že kadar koli v življenju uporabljalo inhalante. Opozoriti pa je treba tudi na sorazmerno nizek delež uporabnikov kokaina, ki je iskal pomoč zaradi kokainske odvisnosti, saj so raziskave na terenu v programih zmanjševanja škode zaznale, da se povečuje uporaba kokaina med uporabniki na terenu in predvsem znižuje delež uporabnikov heroina (četrto poglavje).

Pogostost uporabe prve droge pri prvih in ponovnih sprejemih

Med vsemi 521 prvimi in ponovnimi vstopi je bilo 451 (87 %) oseb takih, ki so jim opijati predstvaljali glavno drogo, zaradi katere so vstopili v program. Več kot povica (253 oz. 55,9 %) je opijate uporabljala vsak dan, 112 (25 %) občasno, 53 (12 %) od 2- do 6-krat v tednu, 26 (5,7 %) pa enkrat tedensko. Med uporabniki heroina jih je 55 % uporabljalo to drogo vsak dan, 26 % občasno, 12 % od 2- do 6-krat tedensko, 6 % enkrat tedensko in za 1 % ni bila znana pogostnost uporabe heroina. Zaradi težav s kokainom je vstopilo v program 18 (3 %) oseb od skupno 521. Pet je bilo takih, ki so kokain uživali dnevno, pet takih, ki so kokain

uživali 2–6 dni v tednu, štirje so bili taki, ki so ga uživali občasno, in dva sta uživala kokain vsak dan. Med osebami, ki so vstopile v program zaradi težav, ki jih je povzročila uporaba marihuane kot glavna droga, jih je 12 (27 %) uporabljalo marihuano od 2- do 6-krat tedensko, 11 (25 %) jih je uporabljalo marihuano enkrat tedensko, 10 (23 %) jih je uporabljalo marihuano vsak dan in 9 (20 %) občasno.

Pogostnost uporabe prve droge ob prvem in ponovnem vstopu po spolu

Med 521 uporabniki programa, ki so se prvič ali ponovno vključili v program, je bilo 408 moških; od teh jih je 362 uporabljalo opijate. Od 362 moških, ki so uporabljali opijate, jih je 90 (25 %) uporabljalo opijate občasno, 19 (5 %) je uporabljalo opijate enkrat tedensko, 41 (11 %) od dva do šest dni v tednu, 206 (57 %) dnevno, za šest pa ni bila znana pogostnost uporabe opijatov. 32 (7,8 % od vseh moških) jih je uporabljalo kanabis. Sedem (22 %) jih je uporabljalo kanabis občasno, 7 (22 %) enkrat tedensko, 9 (28 %) 2–6 dni v tednu, devet (28 %) od dva do šestkrat tedensko, osem (25 %) vsak dan. Kokain je uporabljalo 12 (2,9 %) moških. Od tega je eden uporabljal kokain občasno, pet jih je uporabljalo kokain enkrat tedensko, trije 2–6 dni v tednu, eden vsakodnevno, za dva pa ni bilo mogoče dobiti podatkov o pogostnosti uporabe kokaina.

Med 521 uporabniki programa, ki so prvič ali ponovno vstopili v program, je bilo 113 (22 %) žensk. Od teh jih je 89 (79 %) uporabljalo opijate. 22 (24,7 %) jih je uporabljalo opijate občasno, 7 (7,9 %) jih je uporabljalo opijate enkrat tedensko, 12 (13,5 %) 2–6 dni tedensko, 47 (52,8 %) pa je uporabljalo heroin dnevno. Za eno obiskovalko programa pa ni bilo mogoče ugotoviti pogostnosti uporabe opijatov. Kanabis je uporabljalo 12 žensk (10,6 %), obiskovalk, ki so prvič ali ponovno prišle v program. Dve ženski sta občasno uporabljali marihuano, štiri enkrat tedensko, 3 od 2- do 6-krat tedensko, 2 dnevno in za eno ni bilo mogoče dobiti podatkov o pogostnosti uporabe kanabisa. Kokain je uporabljalo šest (5,3 %) uporabnic programa ob vstopu v program. Od teh so tri uporabljale kokain občasno, dve od dva do šestkrat tedensko in ena dnevno.

Način uporabe prve droge pri prvem in ponovnem vstopu

Med 521 uporabniki programov, ki so prvič ali ponovno vstopili v program v letu 2011, jih je 57 % injiciralo opijate, 29 % kadilo in 12 % njuhalo. 44 % jih je kokain injiciralo, 17 % kadilo in 39 % njuhalo. Heroin je uporabljalo 435 oseb, od tega jih je 59 % heroin injiciralo, 30 % kadilo in 11 % njuhalo.

Prva droga pri prvem sprejemu v program

V Sloveniji je v letu 2011 vstopilo prvič v program zdravljenja odvisnosti v mreži CPOZPD 207 uporabnikov drog. 155 (75 %) jih je kot glavno drogo, zaradi katere so iskali pomoč, navedlo opijate; med njimi je bilo 149 (96 %) takih, ki so uporabljali heroin. 39 (19 %) jih je kot glavno drogo uporabljalo kanabis in 8 (4 %) kokain, 2 hipnotike in 2 stimulanse. Med uporabniki opijatov jih je bilo 149 (96 %) takih, ki so kot glavno drogo uporabljali heroin, in 5 (3 %) takih, ki so uporabljali kot glavno drogo metadon.

Pogostnost uporabe prve droge ob prvem sprejemu

Med tistimi, ki so označili opijate kot glavno drogo, jih je 95 (61 %) uporabljalo opijate vsak dan, 34 (22 %) občasno, 17 (11 %) od 2- do 6-krat tedensko, 6 (4 %) enkrat tedensko. Med tistimi, ki so kot glavno drogo izbrali kanabis, pa jih je 11 (28 %) uporabljalo marihuano enkrat tedensko, 11 (28 %) od 2- do 6-krat tedensko, 9 (23 %) vsak dan in 7 (18 %) občasno. Med 149 uporabniki heroina jih je to drogo uživalo vsak dan 60 %, občasno 23 %, od 2- do 6-krat tedensko 11 %, enkrat tedensko 4 % in neznankokrat 2 %.

Uporaba prve droge po spolu ob prvem sprejemu v program

V letu 2011 je prvič vstopilo v program 151 moških in 56 žensk. Med 151 moškimi jih je vstopilo v program zaradi težav z opijati 117 (77,5 %), s kokainom 5 (3,3 %), hipnotiki 1 (0,7 %) in kanabisa 28 (18,5 %).

Med 56 ženskami, ki so vstopile prvič v program, jih je prišlo zaradi težav z opijati 38 (68 %), s kokainom 3 (5,4 %), hipnotiki 1 (1,8 %), kanabisom 11 (19,6 %) ter s stimulansi 2 ženski ali 3,6 % od vseh žensk, ki so prvič vstopile v program zdravljenja odvisnosti v letu 2011. Opazen je bistveno večji delež vključitev zaradi kanabisa pri moških in ženskah kot v skupini prvih in ponovnih obiskov. Pri ženskah je delež oseb, ki so prišle zaradi težav z opijati (68 %), bistveno nižji kot pri moških (77,5 %). Med prvimi obiski v programu je bilo med moškimi, ki so uporabljali opijate, 98 % takih, ki so uporabljali heroin, med ženskami pa samo 89 %.

Način uporabe prve droge ob prvem sprejemu v program

Kot primarno drogo jih je med 207 osebami, ki so prvič prišle v program, uživalo heroin 72 % in opijate 75 %. 50 % jih je opijate injiciralo, 32 % kadilo in 15 % njuhalo. Med 149 uporabniki heroina jih je 51 % heroin injiciralo, 34 % jih je heroin kadilo in 15 % njuhalo. 25 % jih je kokain injiciralo, 25 % kadilo in 50 % njuhalo. Med uporabniki programa, ki so prvič vstopali v program, je opazen velik porast deleža oseb, ki so vstopale v program prvič in imele v glavnem težavo s kanabisom, in sorazmerno nizek delež oseb, ki je imel kot glavno težavo uporabo opijatov.

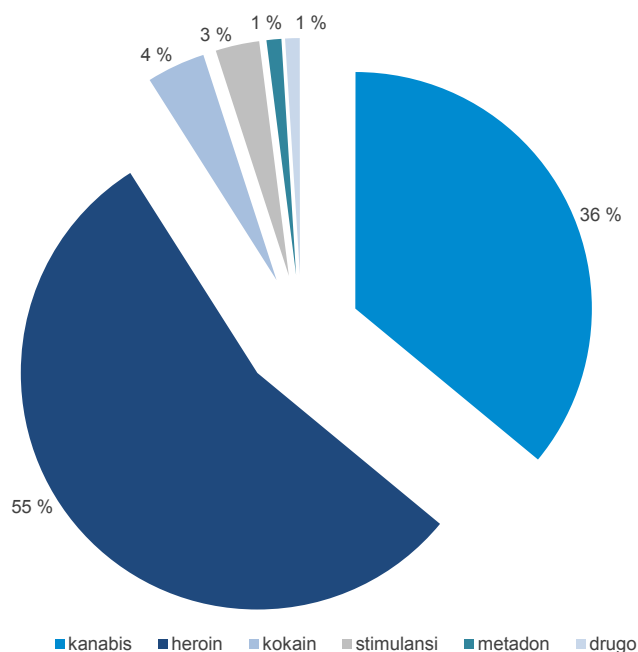
Način uporabe prve droge po spolu ob prvem sprejemu v program

Med ženskami, ki so prvič vstopile v program, jih je 20 (52,6 %) injiciralo opijate, 10 (26 %) jih je opijate kadilo in 3 (7,9 %) so opijate njuhale; 5 (13 %) jih je uživalo opijate per os. Med uporabnicami heroina si je to drogo injiciralo 56 %, kadilo 29 % in njuhalo 15 %. Med moškimi, ki so prvič vstopili v program, je uporabljalo opijate 115 oseb. 57 (49,6 %) jih je opijate injiciralo, 40 (34,8 %) je opijate kadilo in 18 (15,6 %) jih je njuhalo. Med uporabniki heroina, ki jih je bilo 115, jih je 50 % heroin injiciralo, 35 % kadilo in 15 % njuhalo. Med moškimi je bistveno višji delež kadičev opijatov kot med ženskami, med ženskami pa je bil bistveno višji delež tistih, ki so si opijate injicirale.

Delež oseb, ki so prvokrat vstopile v program glede na starostno skupino

V starostni skupini do 24 let je večina oseb vstopila prvič v program zaradi težav s heroinom (55 %), sledi skupina, ki je vstopila zaradi težav s kanabisom (36 %), in skupina, ki je prišla zaradi težav s kokainom (4 %) (slika 5.4).

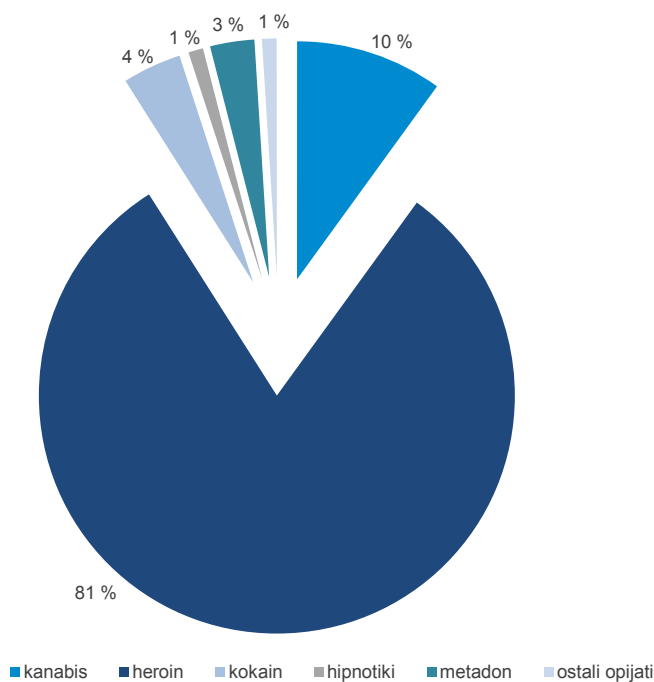
Slika 5.4: Delež uporabnikov drog po vrsti droge, zaradi katere so prvič vstopili v program zdravljenja v starostni skupini do 24 let, 2011 (N=69)



Vir: IVZ 2012

V starostni skupini 25 let in več je vodilni vzrok za prvi prihod v program heroin (81 %), sledita kanabis z 10 % in kokain s 4 %. 3 % pa jih je vstopilo prvič v program zaradi težav, ki so jih imeli pri zlorabi zdravila metadon (slika 5.5).

Slika 5.5: Delež uporabnikov drog po vrsti droge, zaradi katere so prvič vstopili v program zdravljenja v starostni skupini 25 let in več, 2011 (N=138)



Vir: IVZ 2012

Po starostnih skupinah se vzroki za prvi vstop zelo razlikujejo. Pri mlajših uporabnikih se zaznavata višji delež vstopov zaradi težav s kanabisom in nižji delež vstopov zaradi težav z uporabo heroina kot pri starejših uporabnikih.

Uporaba druge droge med uporabniki, ki so bili vključeni v program

Druga droga med prvič in ponovno vključenimi v program

Najpogostejša druga droga v populaciji oseb (521 oseb), ki so v letu 2011 vstopale prvič ali ponovno v programe CPOZD, je bil v 152 (29 %) primerih kokain, v 62 (12 %) primerih kanabis, v 79 (15 %) primerih alkohol, v 46 (9 %) primerih hipnotična zdravila in v 41 (8 %) primerih opijati. Pogostnost pojavljanja kokaina in kanabisa kot sekundarne droge, zaradi katere so prihajali uporabniki drog po pomoč v CPOZD, govorijo o tem, da sta tudi kokain in kanabis problema, ki bosta v prihodnosti verjetno postala v naši populaciji izrazitejša. V 15 % je druga droga alkohol, ki je zelo dostopna droga v Sloveniji. Ti podatki opozarjajo, da bo treba intenzivneje prilagajati metode in oblike zdravljenja odvisnosti potrebam populacije.

Ob prvem in ali ponovnem vstopu v program CPOZD je bilo 16 % uporabnikov programa vključenih v vsaj še en drugi program obravnave odvisnih na področju prepovedanih drog.

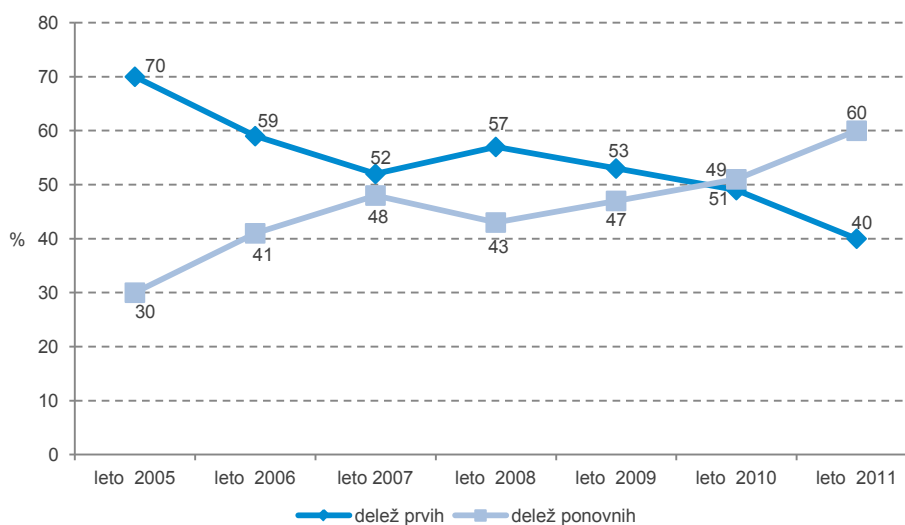
100 (19 %) uporabnikov, ki je prvič ali ponovno vstopilo v program zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v mrežo CPOZD, je imelo ob vstopu otroke – 63 % enega in 34 % dva otoka.

5.3 Trendi

Trend deleža prvih in ponovnih vstopov v program mreže CPZOPD v obdobju 2005–2011

Trend deleža prvih in ponovnih vstopov v program CPZOPD se po letih spreminja. Sprva je bil zelo velik delež prvih vstopov v program, z leti pa se je delež prvih vstopov počasi zmanjševal in v letu 2011 dosegel le še 40 %. Delež ponovnih vstopov v program pa se počasi povečuje in je v letu 2011 dosegel že 60 % od vseh vstopov v program v tem letu. S tem pa vstopa v program vse več uporabnikov drog, ki imajo zaradi dolge kariere uporabnika drog številne zdravstvene in socialne težave, zato je delo s temi osebami vse zahtevnejše (slika 5.6).

Slika 5.6: Delež prvih in ponovnih vstopov v program zdravljenja, 2005–2011



Gibanje deleža uporabnikov drog, ki so prvič ali ponovno vstopili v program glede na glavno drogo

Največji delež iskalcev zdravljenja med letoma 2005 in 2011 predstavljajo ljudje, ki so imeli težave zaradi odvisnosti od heroina. 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 zvišal, in sicer na 88 %, in v letu 2011 padel na 83,49 % (tabela 5.2). Ta padec se lahko pripiše porastu deleža ljudi, ki so v letu 2011 iskali pomoč zaradi odvisnosti od kanabisa, ki je v letu 2011 predstavljal 8,45-odstotni delež, v letu 2010 pa je predstavljal 5,4 %. Tudi sicer se opaža pri deležu ljudi, ki so imeli težave s kanabisom, od leta 2007 vidno naraščanje deleža – od 3 % v 2007 do najvišje vrednosti v 2009 (6,4 %), v letu 2010 pa je bil ta delež iskalcev pomoči 5,4 % in v letu 2011 je porastel na 8,45 %. Ta trend je tudi skladen s podatki iz raziskave ESPAD, po kateri sodimo med države, v katerih manjšina mladostnikov meni, da je občasna uporaba kanabisa nevarna. V letu 2011 je porastel tudi delež oseb, ki so prišle v program zaradi problemov, ki so jih imele zaradi uživanja kokaina (3,45 %). Le malo se je povečal delež oseb, ki so prišle v program zaradi težav ob uporabi nepredpisanega metadona (tabela 5.2). Povečanje deleža oseb, ki so imele največji problem ob vstopu v program zaradi uživanja kanabisa, pa se še bolj pozna pri prvih vstopih v program, pri katerih se delež uporabnikov, ki so imeli glavne težave predvsem zaradi uporabe marihuane, približuje 20 %.

Tabela 5.2: Delež prvih in ponovnih iskalcev pomoči po vrsti prve droge, 2006–2011

	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)
Heroin	90,1	92,4	93,6	91,0	84,9	88,0	83,49
Metadon nepredpisan	0,8	0,5	1,5	0,6	1,9	2,0	2,12
Drugi opiodi	0,3	0,2	0,3	0,1	0,3	0,5	0,97
Kokain	1,4	0,8	0,9	1,3	4,6	2,5	3,45
Amfetamini	0,2	0,2	0,0	0,0	0,4	0,2	0,38
MDMA in drugi sint. derivati	0,5	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,19
Benzodiazepini, sedativi	0,5	0,2	0,1	0,1	0,9	0,6	0,76
Hlapljive snovi	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Kanabis	5,7	5,0	3,0	3,1	6,4	5,4	8,45
Neznano	0,6	0,6	0,4	3,3	0,3	0,4	0,19
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

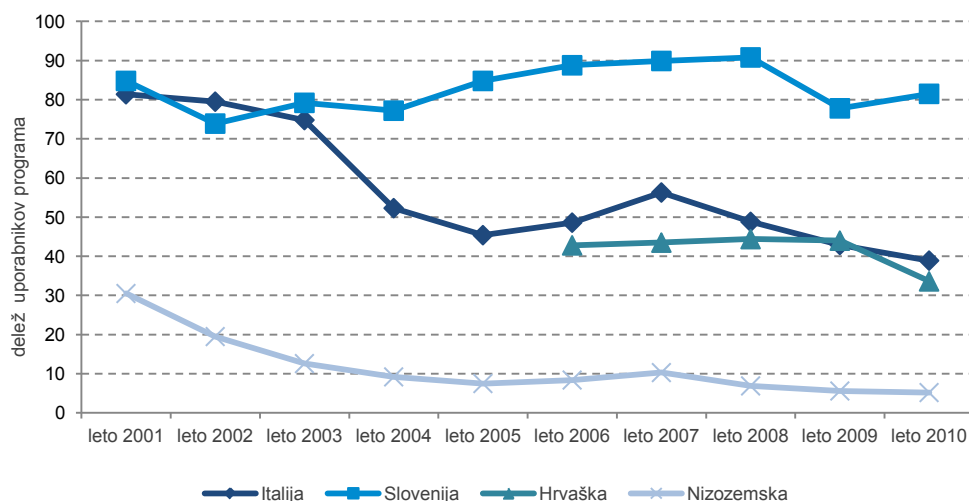
Vir: IVZ 2012

Primerjava s posameznimi državami

Države, ki zbirajo podatke na podoben način kot Slovenija, so: Hrvaška, Nizozemska in Italija. Primerjava prvih vstopov v program zaradi heroina kot glavne droge pokaže, da ima Slovenija zelo visok delež teh uporabnikov. Po letu 2008 se nakazuje počasni padec deleža teh oseb. Medtem pa se ta delež uporabnikov vztrajno znižuje že nekaj let na Nizozemskem in je dosegel že deleže pod 10 %. V Italiji se je ta delež z leti zmanjševal bistveno hitreje kot

v Sloveniji, vendar je v primerjavi z Nizozemsko ta delež še vedno visok. Hrvaški epidemiološki podatki so podobni kot v Italiji. Ob tem se poraja vprašanje, zakaj je v Sloveniji še vedno visok delež prvih iskalcev pomoči zaradi težav s heroinom kot glavne droge (slika 5.7).

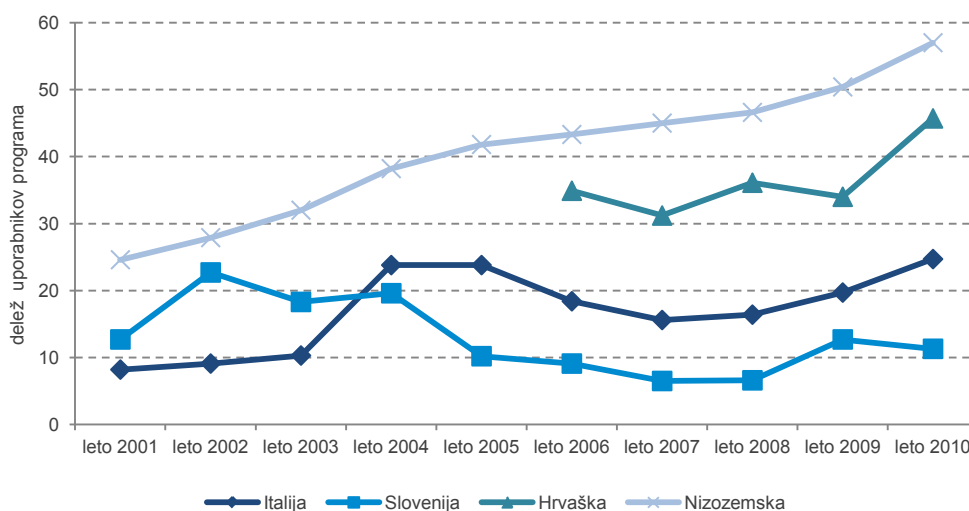
Slika 5.7: Delež uporabnikov, ki so prvič vstopili v program zdravljenja zaradi heroina kot glavne droge v posamezni državi, 2001–2010



Vir: IVZ 2012

Pri spremljanju deleža oseb, ki so prvič vstopile v program zdravljenja odvisnosti zaradi težav s kanabismom, je ta delež v porastu na Nizozemskem že od leta 2001. Tudi na Hrvaškem je opazna počasna rast trenda deleža teh oseb vse od leta 2007 naprej. V Sloveniji pa je po letu 2002 počasi padel delež oseb, ki so v programih prvič iskale pomoč zaradi težav z uporabo marihuane, in se v zadnjih letih spet počasi zvišuje. Podoben trend kot v Sloveniji je mogoče zaznati tudi v sosednji Italiji (slika 5.8).

Slika 5.8: Delež uporabnikov, ki so prvič vstopili v program zdravljenja zaradi kanabisa kot glavne droge v posamezni državi, 2001–2010

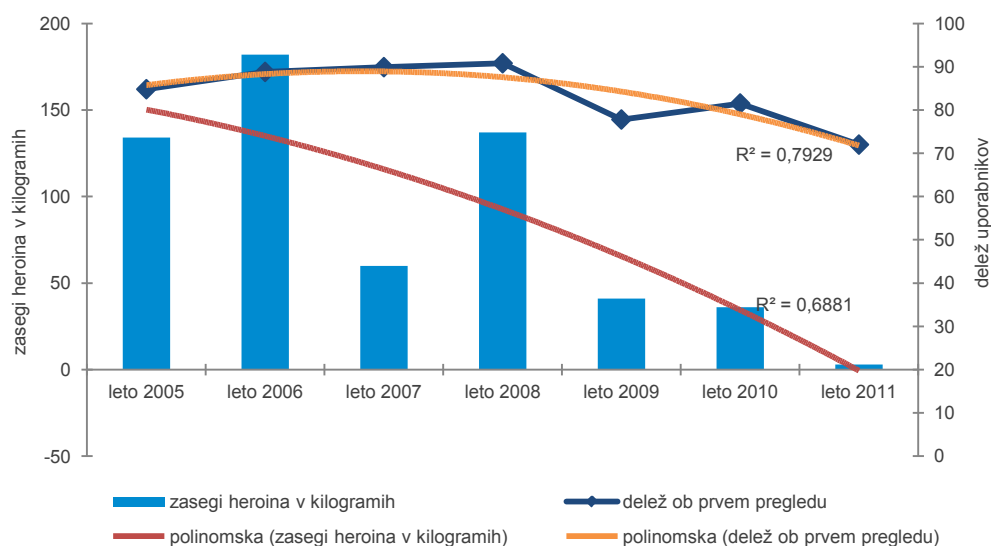


Vir: IVZ 2012

Povezava med prvimi in ponovnimi vstopi v program zaradi težav s heroinom in z zasegi heroina v kilogramih

Pri povezovanju razpoložljivih podatkov s področja zasega heroina od policije in podatkov iz vprašalnika TDI se je pokazala povezanost (korelcijski koeficient 0,75) med zasegi in padanjem deleža uporabnikov drog, ki vstopajo prvič v program zaradi težav s heroinom. Z zmanjšanjem količine zaseženega heroina na terenu se je tudi zmanjšal delež oseb, ki so prvič in ponovno prišle v program zaradi težav s heroinom. To kaže na pojav, ki se je dogajal v zadnjih letih tudi v državah EU, ko so imele posamezne države nekaj časa težave s preskrbo s heroinom na črnem trgu. Kaže pa tudi na trend upadanja uporabe heroina v Sloveniji, kar pa je tudi prisoten trend v nekaterih drugih državah EU (slika 5.9).

Slika 5.9: Povezava med zasegi heroina v kilogramih in deležem prvih vstopov v program zdravljenja, zaradi heroina kot glavne droge, 2005–2011

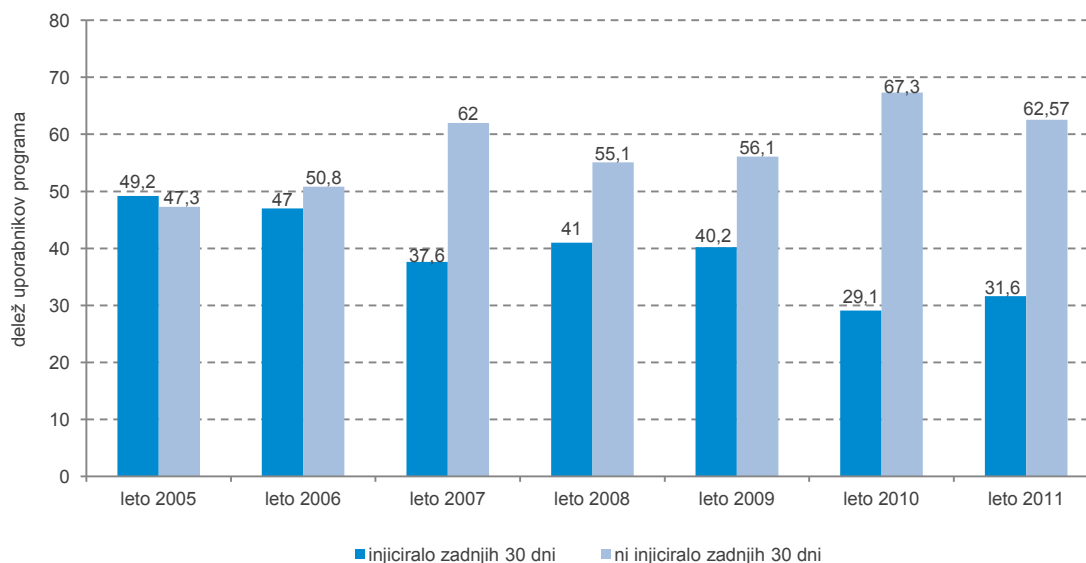


Vir: IVZ 2012

Tvegano vedenje – injiciranje drog

Injiciranje drog pri uporabnikih drog predstavlja večje tveganje za okužbo z virusi hepatitisov C, B in HIV. Med letoma 2005 in 2007 je vidno upadanje deleža prvih in ponovnih iskalcev pomoči, ki so v zadnjih 30 dneh uporabili drogo intravenozno, v letu 2008 pa je ta delež dvignil na 41 % in se v letu 2011 ustavil na 31,6 %, kar pomeni bistveno izboljšanje v tveganem vedenju uporabnikov drog (slika 5.10). Ob tem je treba spomniti, da se povečuje delež uporabnikov heroina, ki to drogo kadijo, kar vpliva na zmanjšanje tveganega vedenja pri uporabnikih heroina.

Slika 5.10: Delež prvih ali ponovnih vstopov v program zdravljenja v posameznem letu glede na način uporabe droge, v zadnjih 30 dneh, 2011



Opomba: Primeri z odgovori »neznano« so izpuščeni iz slike 5.10
Vir: IVZ 2012

Pri proučevanju tveganega vedenja med uporabniki, ki so prvič vstopili v program, se pokaže, da je delež tistih, ki so si vbrizgavali droge v zadnjih 30 dni pred vstopom v program, le 20 %. Med ženskami jih je precej manj kot med moško populacijo (tabela 5.3).

Tabela 5.3: Tvegano vedenje med prvič obravnavanimi po spolu, 2011

Tvegano vedenje	Moški 2011 (%)	Ženske 2011 (%)	Skupaj 2011 (%)
Trenutno vbrizgavanje v zadnjih 30 dneh	22,5	14,18	20
Vbrizgavanje kadar koli, a ne trenutno	27,8	33,9	29,4
Nikoli vbrizgavalo	47,6	50	48,3

Opomba: Primeri z odgovori »neznano« so izpuščeni iz tabele 5.3
Vir: IVZ 2012

Brizgo je souporabljal v zadnjem mesecu 2 % oseb, ki so prvokrat vstopale v program, in 3,4 % oseb, ki so ponovno vstopale v program. Preostali pribor pa je souporabljal v zadnjem mesecu pred prvim vstopom v program 6 % oseb in pred ponovnim vstopom v program 7,3 % oseb.

V populaciji prvih in ponovnih vstopov v program je 9,4 % oseb trideset dni pred vstopom v program souporabljal preostali pribor, kadar koli v življenju pa 38 %.

V povezavi z možnostjo okužbe s hepatitisom B je pomemben podatek, da je bilo že 52 % oseb, ki so prvič ali ponovno vstopale v program, cepljenih proti hepatitisu B. V skupini, ki je ponovno vstopila v program v letu 2011, pa je prejelo trikratno dozo cepiva že 86 %, kar je

rezultat izvajanja cepljenja odvisnih od drog v programih CPOZD proti hepatitisu B, ki je v Sloveniji za njih brezplačno. V skupini, v kateri so prvič vstopili v program v letu 2011, pa je le 67 % takih, ki so prejeli vse tri doze cepiva, ker je večina uporabnikov drog, starejših od generacije otrok, ki je bila že sistematično cepljena.

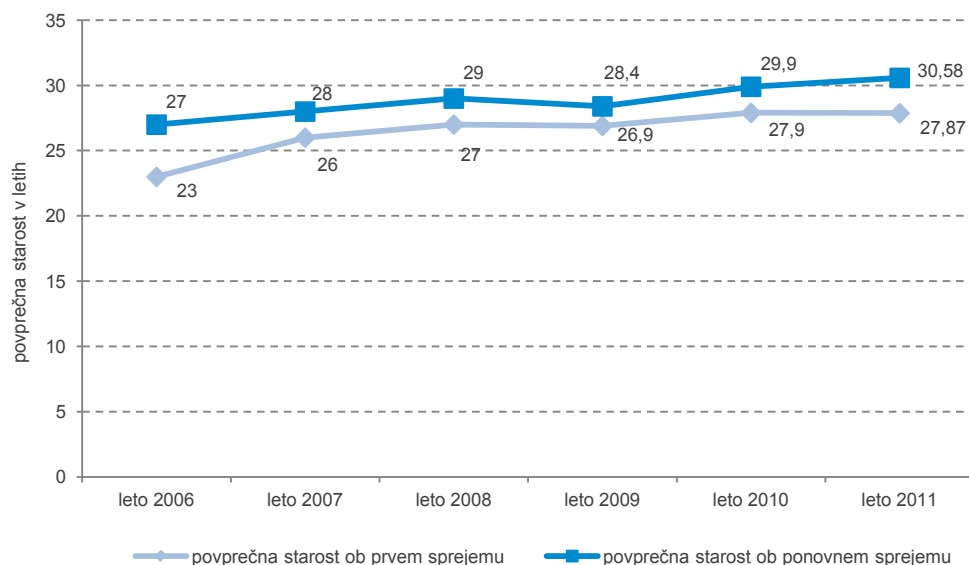
Med tistimi, ki so prvič vstopali v program v letu 2011, je bilo 61,4 % takih, ki še niso bili testirani na prisotnost hepatitisa C. Med tistimi, ki ponovno vstopajo v program in so bili vsaj enkrat že v programu, pa je bilo takih oseb le še 42 %, kar je posledica aktivnosti programov na področju preprečevanja širjenja hepatitisa C med uporabniki drog. Poleg tega pa je pomemben tudi podatek, da je bilo med tistimi, ki so v letu 2011 prvič vstopali v program, tj. med osebami, ki so se testirale na hepatitis C, pozitivnih 8,7 %. V skupini, ki je ponovno vstopala v programe, pa je bilo pozitivnih med tistimi, ki so se testirali, 37 % oseb. To govori o tem, da se s trajanjem odvisnosti povečuje tudi delež oseb, ki so okužene s hepatitisom C.

Prek spolnega prenosa se prenašajo hude nalezljive bolezni, kot je na primer HIV. Iz vprašalnika TDI je razvidno, da je imelo med tistimi, ki so prvič prišli v program v letu 2011, 54 % oseb spolne odnose z osebami, ki niso bile uporabnice drog. Med tistimi, ki so ponovno vstopili v program v letu 2011, pa je bilo takih 46 %. Med uporabniki, ki so prvič in ponovno vstopili v program, jih je uporabljalo kondom 17 %, med tistimi, ki so prvič vstopili v program, 22 % in med tistimi, ki so vstopili ponovno, le 13 %. Med tistimi, ki so prvič vstopili v program, je bilo 49 % takih, ki se še nikoli niso testirali za HIV, in med tistimi, ki so ponovno vstopili v program v letu 2011, jih je bilo takih le 13 %. Tak rezultat je mogoč le zato, ker je testiranje na HIV v programih prostovoljno in brezplačno in ker strokovnjaki, ki delajo v teh programih, sistematično vlagajo veliko naporov v motiviranje uporabnikov programov, da se testirajo na prisotnost HIV. Veliko energije vložijo tudi v izobraževanje uporabnikov programa o tveganem vedenju.

Trend deleža uporabnikov, ki so prvič ali ponovno iskali pomoč v CPZOPD v tekočem letu glede na starost ob vstopu v program

V letih 2006–2011 se je povprečna starost uporabnikov drog, ki so prvič vstopali v program v posameznem letu, povečevala, razen v letu 2009, ko se je nekoliko znižala v primerjavi z letom prej. Od leta 2006, ko je bila povprečna starost ljudi, ki so prvič vstopili v program zdravljenja, 23 let, se je do leta 2011 povišala na 27,87 leta. Ravno tako se je povprečna starost uporabnikov programa, ki so prvič in ponovno vstopali v program, v teh letih vseskozi višala, razen leta 2009, ko se je malenkostno znižala glede na predhodno leto. V letu 2006 je bila povprečna starost te skupine ob vstopu v program 27 let. Do leta 2011 se je povprečna starost ob vstopu v program pri tej skupini dvignila na 30,58 leta (slika 5.11).

Slika 5.11: Povprečna starost uporabnikov drog ob prvem vstopu v program zdravljenja in ob prvem ali ponovnem vstopu v program zdravljenja, 2006–2011



Vir: IVZ 2012

Trend deleža uporabnikov, ki so prvič ali ponovno iskali pomoč v CPZOPD v tekočem letu glede na zaposlenost ob vstopu v program

Iz tabele 5.4 je razvidno, da je bila 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 (začetek finančne krize v EU in Sloveniji), ko se je delež nezaposlenih zvišal na 62,5 % in še narasel na 65 % v letu 2010 ter v letu 2011 na 66,3 %. 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 % in v letu 2011 je ta delež spet porasel na 8 %. Pri redno zaposlenih so vidna nihanja; od leta 2005 do leta 2008 je naraščal delež zaposlenih, nato pa je ob nastopu finančne krize ta padel na 22,5 % v letu 2009 in se v letu 2010 obdržal na 22,3 % ter se leta 2011 znižal na 20,4%. Verjetno na to vpliva tudi ekonomska kriza, ko se večja stopnja brezposelnosti tudi v splošni populaciji in je delo vse težje dobiti. V rahlem porastu je tudi delež ekonomsko neaktivnih (tabela 5.4).

Tabela 5.4: Trend v deležu zaposlenih, brezposelnih ter učencev in dijakov v programih, 2005–2011

	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)
Redno zaposlen	20,5	21,8	24,7	25,2	22,5	22,3	20,4
Učenec, dijak študent	13,9	11,1	9,3	6,3	9,0	6,4	8
Ekon. neaktiven	0,2	0,6	0,4	0,6	0,6	0,3	1,7
Nezaposlen/občasna dela	60,6	62,3	56,9	54,8	62,5	65,0	66,3
Drugo	4,4	3,7	6,5	5,1	2,0	2,5	1,3
Neznano	0,5	0,6	2,2	8,1	3,2	3,4	2,3
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Vir: IVZ 2012

Delež oseb, ki je imel nedokončano šolo, je bil leta 2005 3,5 % in se je leta 2011 spustil na 2,5 %. Vmes je bil leta 2009 le še 1,7 %. Delež ljudi s končano osnovno šolo je bil leta 2005 najvišji (45 %), potem je leta 2006 padel na 42,2 % in leta 2007 na 37,2 %. Najnižji je bil leta 2010 in se nato leta 2011 dvignil na 35,3 %. Od leta 2008 pa narašča delež uporabnikov, ki ima končano srednjo šolo; ta je bil na najnižji vrednosti v letu 2008 (45,1 %), v letu 2009 je narastel na 51,7 %, v letu 2010 pa se je obdržal na 50,7 in se leta 2011 spustil na 50 %. Povečuje se delež ljudi s končano višjo, visoko šolo oz. z akademijo, ki je bil najnižji leta 2008 (1,2 %), v letu 2009 je narastel na 2,9 %, v letu 2010 na 7,5 % in potem spet padel leta 2011 na 2,7 %. V primerjavi let 2011 in 2005 vidimo, da se nam manjša delež nizkoizobraženih ter povečuje delež srednje- in visokoizobraženih, kar je tudi skladno s splošnim trendom, da je vse večji delež mladih v Sloveniji dobro izobražen (tabela 5.5).

Tabela 5.5: Delež uporabnikov, prvič ali ponovno sprejetih v program, glede na stopnjo končane izobrazbe, 2005–2011

	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)
Nedokončana osnovna šola	3,5	3,7	3,0	1,9	1,7	2,6	2,5
Osnovna šola	45,0	42,2	37,2	35,1	35,7	34,6	35,3
Srednja šola	47,0	51,4	55,6	45,1	51,7	50,7	50
Višja, visoka ali akademija	1,7	2,1	1,7	1,2	2,9	4,5	2,7
Neznano	1,4	np	np	7,5	7,8	7,5	9,5
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

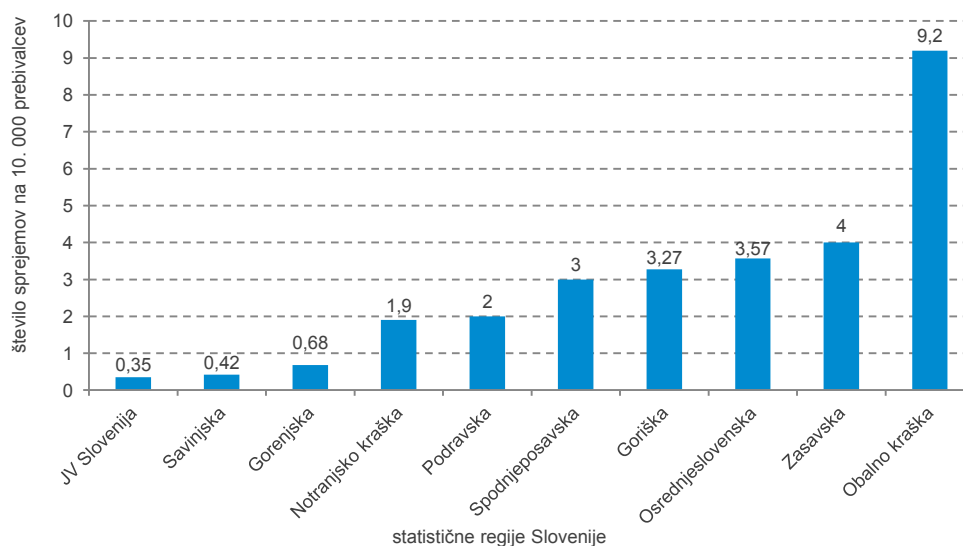
Np: ni podatka

Vir: IVZ 2012

Število prvih in ponovnih sprejemov na 10.000 prebivalcev posamezne regije

V Sloveniji se od samega začetka pojava epidemije uporabe drog opaža, da sodijo statistične regije na zahodu države, ki mejijo na Italijo, med bolj obremenjene regije z boleznimi odvisnosti od prepovedanih drog. Tako je število uporabnikov, ki so bili v letu 2011 vključeni v programe CPOZPD, na 10.000 prebivalcev najvišje v obalno-kraški regiji (9,2/10.000 prebivalcev), ki meji na sosednjo Italijo (slika 5.12). Na tem območju delujejo štiri CPZOPD in je zato tudi velika dostopnost do programov zdravljenja. Regija je poznana kot turistično razvita regija in regija, ki ima pristanišče Koper, v neposredni bližini je tudi italijansko pristanišče Trst. Sosednja italijanska regija je tudi obremenjena z uporabo drog in ima daljšo zgodovino uporabe drog in pomoči uporabnikom drog kot obalno-kraška regija. Gledano zgodovinsko, je prek obalno-kraške regije prek meje med Slovenijo in Italijo v italijanski prostor vstopala večina droge za območje severne Italije.

Slika 5.12: Število prvih in ponovnih sprejemov v program zdravljenja na 10.000 prebivalcev v posamezni regiji, 2011

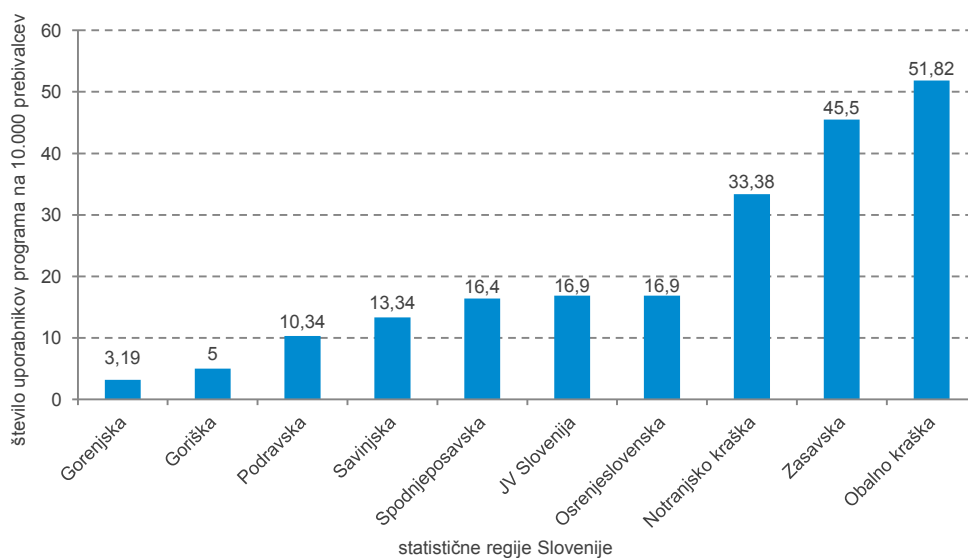


Vir: IVZ 2012

Število vseh uporabnikov v programu po regijah na 10.000 prebivalcev

V letu 2011 je bilo v Sloveniji 2.500 uporabnikov drog, ki so več kot eno leto vključeni v program. Povprečna starost teh uporabnikov je bila 33,7 leta. Če k temu prištejemo še vse prve in ponovne obiske, dobimo skupaj podatke o 3.021 osebah, ki so bile na osnovi izpolnjenih poslanih vprašalnikov vključeni v program. V letu 2011 je bilo število uporabnikov v programih CPOZPD v obalno-kraški regiji na 10.000 prebivalcev najvišje (51,82 osebe na 10.000 prebivalcev) med statističnimi regijami v Sloveniji. Po obremenjenost ji sledita zasavska regija in notranjsko-kraška regija. Preostale regije pa so manj obremenjene (slika 5.13). Ob tem je treba poudariti, da ni podatkov iz dveh regij, to je koroške in prekmurske. Ti podatki kažejo na to, da je treba politiko razvoja programov in pristopov do reševanja problematike drog v Sloveniji prilagajati tudi regijskim potrebam.

Slika 5.13: Število uporabnikov v programu zdravljenja na 10.000 prebivalcev posamezne regije, 2011

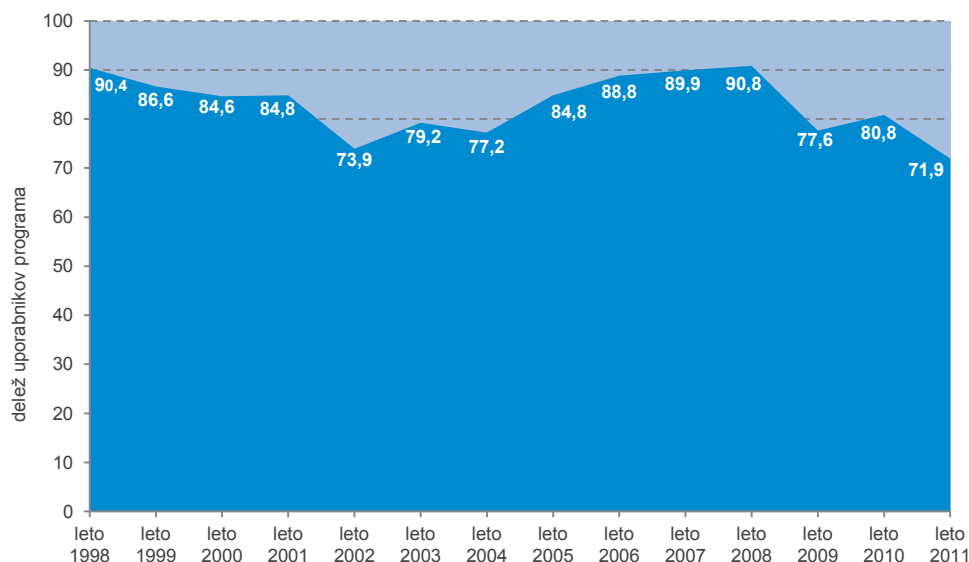


Vir: IVZ 2012

Trend deleža uporabnikov, ki so kot glavno drogo navedli heroin ali kokain ali kanabis ob prvem vstopu v program

Delež uporabnikov programov, ki so prvič vstopali v programe in so navedli heroin kot prvo drogo, je bil leta 1998, 90,4 %. Pozneje je ta delež počasi padel in leta 2002 dosegel 73,9 % in se potem postopoma zviševal do leta 2008, ko je spet dosegel visoko vrednost – 90,8 % – in začel nato padati vse do vrednosti 71,9 %, ki jo je dosegel leta 2011. Leta 2011 se je občasno zaznavalo pomanjkanje heroina, kar so uporabniki drog nadomestili tudi z uporabo nezakonito pridobljenih zdravil in nadomestnih zdravil, kot je metadon. Od tod tudi povečan delež uporabnikov nezakonito pridobljenega metadona med osebami, ki so ponovno ali prvič vstopile v programe CPZOPD v letu 2011. Povečana uporaba heroina v letih od 2005 do 2008 se pokriva z večjo produkcijo heroina na svetovni ravni. Povečana proizvodnja heroina je omogočila tudi boljše oskrbovanje trga s heroinom. Ravno tako je tudi poznejša manjša uporaba heroina povezana z zmanjšano produkcijo heroina v zadnjih letih v svetovnem merilu (UNODC 2012) (slika 5.14).

Slika 5.14: Delež uporabnikov heroina kot glavne droge ob prvem vstopu v zdravljenje, 1998–2011

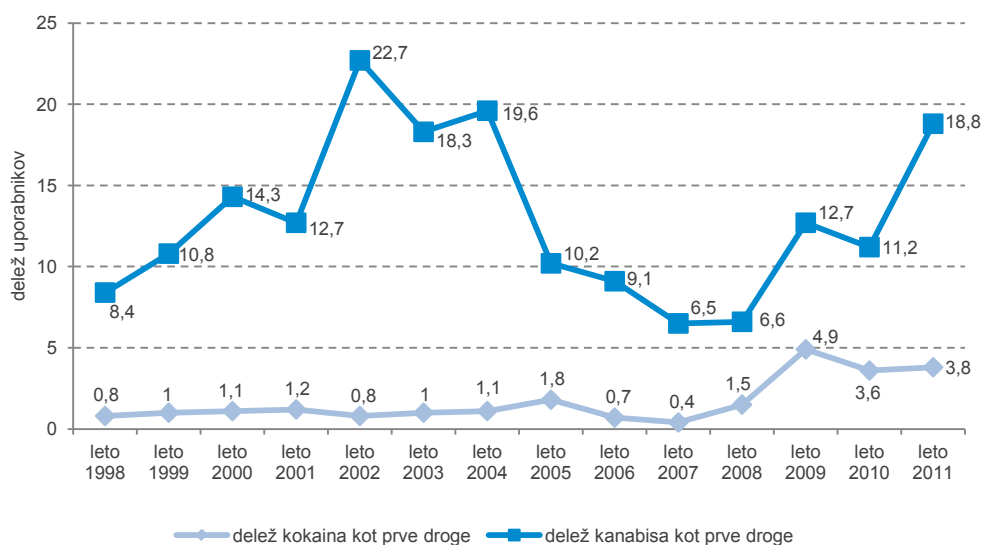


Vir: IVZ 2012

Delež uporabnikov programov, ki je kot glavno drogo, zaradi katere so poiskali pomoč, opredelil kanabis, je bilo leta 1998, 8,4 % in je do leta 2002 porastel na 22,7 %. Od takrat naprej je do leta 2007 padel na najnižji delež v vsem opazovanem obdobju (6,4 %) in se potem v zadnjih letih spet dvignil na 18,8 % v letu 2011. To je verjetno tudi posledica odnosa mladine v Sloveniji do uživanja marihuane, saj le 58 % mladostnikov v študiji ESPAD iz leta 2011 ocenjuje, da je redno uživanje marihuane tvegano in 32 %, da je tvegana občasna uporaba marihuane in da je od dva- do trikratna uporaba marihuane tvegana, je odgovorilo le 28 % vprašanih mladostnikov (Hibell in sod. 2011). Delež uporabnikov programov, ki so vstopali v program zaradi težav s kokainom, je bil v letu 1998 zelo nizek (0,8 %). Nato je do leta 2001 porastel delež do 1,2 % in spet v naslednjih letih padel in se potem zvišal postopoma na 1,8 % v letu 2005, nakar je bil spet na vrsti opazen padec na 0,4 % v letu

2007 in potem dvig na 4,9 % v letu 2009; leta 2011 je končal pri 3,8 % uporabnikov programov, ki so prvič vstopali v program. Povečan delež uporabnikov kokaina sovпада s povečanjem deležev v nekaterih drugih državah EU (UNODCP 2012) (slika 5.15).

Slika 5.15: *Delež uporabnikov, ki so prvič vstopali v program zdravljenja in so kot glavno drogo navedli kokain ali kanabis, 1998–2011*



Vir: IVZ 2012

5.4 Sklep

Uporaba drog v slovenskem prostoru ima svoje značilnosti in tudi svoj razvoj, ki je specifičen za to okolje. V zadnjem času se pri terenskih raziskavah opaža, da je vse več uporabnikov novih psihoaktivnih snovi in inhalantov, to pa se ne odraža v podatkih, pridobljenih iz obstoječe mreže zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog. Slovenija v kontekstu EU še vedno ostaja dežela, v kateri večina ljudi išče pomoč v centrih predvsem zaradi uporabe opijatov. Struktura uporabnikov, ki vstopajo v programe, se razlikuje tudi glede na starost. Med mlajšimi, ki iščejo pomoč, je manj uporabnikov opijatov in več uporabnikov kanabisa.

Opazni so naslednji trendi:

1. V zadnjih sedmih letih je bila vseskozi glavna droga, zaradi katere so vstopali pacienti v program, heroin, vendar pa delež oseb, ki vstopajo v program zaradi heroina kot glavne droge, počasi pada in je bil v letu 2005 90,1 % in leta 2011 83,49 %. Sorazmerno visok delež moških (29 %) in žensk (30 %) kadi heroin, kar je manj nevaren način injiciranja kot uporaba i. v. V porastu pa je delež oseb, ki so prvič in ponovno vstopile v program zaradi težav, ki jih je povzročilo uživanje kanabisa. Leta 2005 je bil ta delež 5,7 % in leta 2011 že 8,45 %. Ravno tako nam počasi narašča delež uporabnikov kokaina – z 1,4 % leta 2005 na 3,45 % v letu 2011.
2. Zmanjševanje deleža uporabnikov heroina je povezano z zmanjševanjem količine zaseženega heroina na terenu, kar pa je verjetno v povezavi z vse manjšim vnosom

heroina v državo zaradi manjše produkcije heroina v svetovnem merilu. Zaradi tega uporabniki drog iščejo druge droge, ki bi jim lahko nadomestile heroin.

3. Med mlajšimi uporabniki drog, ki vstopajo v programe zdravljenja, je manjši delež odvisnih od heroina in večji delež tistih, ki imajo težave zaradi uporabe kanabisa.
4. Upada delež oseb, ki so si vbrizgavali droge v zadnjih 30 dneh pred vstopom v program, z 49,2 % v letu 2005 na 31,6 % v letu 2011. Med tistimi, ki so v letu 2011 prvič vstopili v program, jih je bilo le še 20 %. Tudi delež tistih, ki so souporabljali igle, je med tistimi, ki so prvič vstopili v program, le 2 % in med tistimi, ki so ponovno vstopili, 3,45 %.
5. Povprečna starost uporabnikov drog, ki ponovno in prvič vstopajo v program, v letih od 2005 do 2011, neprenehoma raste. Tako je povprečna starost uporabnikov drog ob prvem vstopu v program, ki je bila leta 2005 23 let, do leta 2011 porasla na 27,87 leta. In tudi povprečna starost med tistimi, ki so ponovno vstopali v program, je porasla s 27 let v letu 2005 na 30,58 leta v letu 2011.
6. Delež redno zaposlenih uporabnikov ob prvem in ponovnem vstopu v program v zadnjih letih pada in je bil v letu 2011 20,45 %. To je tudi posledica zapletenih ekonomskih razmer v EU in Sloveniji. Delež nezaposlenih je s 60,6 % v letu 2005 porasel na 66,3 % v letu 2011.
7. Z leti se nam manjša delež nizkoizobraženih ter povečuje delež srednje- in visokoizobraženih uporabnikov, ki vstopajo prvič ali ponovno v programe zdravljenja, kar je tudi skladno s splošnim trendom, da je vse večji delež mladih v Sloveniji bolje izobražen kot v preteklosti.
8. V CPOZD se delež oseb, ki so na vzdrževalnem programu, povečuje. Med njimi pa se zmanjšuje delež oseb, ki so na metadonskem vzdrževalnem programu, in povečuje delež oseb, ki so na drugih oblikah vzdrževalnega programa.
9. Razmerje med deležem prvih in ponovnih vstopov v program se z leti spreminja. Sprva je bil bistveno večji delež prvih vstopov v program, v letu 2011 pa je bistveno večji delež ponovnih vstopov (60 %) kot prvih (40 %).
10. Pri primerjavi števila prvih in ponovnih sprejemov na 10.000 prebivalcev je v ospredju obalno-kraška regija, ki močno izstopa od preostalih regij z 9,2 novih in ponovnih sprejemov na 10.000 prebivalcev. Ista regija tudi izstopa po številu vseh uporabnikov, vključenih v program CPZOD, na 10.000 prebivalcev. Regiji, ki mejita na severnoitalijanske regije, močno izstopata navzgor po številu uporabnikov programa na 10.000 prebivalcev.
11. Programi obravnave odvisnih od drog se bodo morali v Sloveniji prilagoditi razmeram na terenu in vpeljati programe; tako bodo prilagodljivejši tudi za nove trende uporabe drog v slovenskem prostoru; postali bodo dostopnejši tudi za uporabnike drugih drog, kot so: kokain, kanabis itn. Podatki o glavni drogi pri osebah, ki so bile prvič sprejete v program, zaznavajo sorazmerno visok delež (19 %) takih, ki so imeli težavo s kanabisom.

Razširjenost okužb s HIV, z virusom hepatitisa C (HCV) in virusom hepatitisa B (HBV) se spremlja z zbiranjem podatkov o prostovoljnih diagnostičnih testih za ugotavljanje okužb s HIV, HCV in HBV, opravljenih znotraj nacionalne mreže Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (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 Inštitut za varovanje zdravja (IVZ) zbira podatke o odkritih primerih okužb s HIV, HBV in s HCV, ki vključujejo tudi podatke o načinu prenosa. Vse diagnoze okužb z omenjenimi virusi je treba prijaviti skladno z zakonom o nalezljivih boleznih.

V vzorcih sline, zbranih med injicirajočimi uporabniki drog v okviru anonimnega nevezanega testiranja za namene nadzora nad okužbami s HIV, je bil v letu 2011 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 2011 znašala 8,1 %, razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) pa 28,5 %. V obeh primerih je delež okuženih v letu 2011 najvišji glede na gibanje deležev okuženih v zadnjem petletnem obdobju (2007–2011).

Urgentne internistične ambulante v Ljubljani so v letu 2011 obravnavale 43 bolnikov zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami. V letu 2011 je bilo obravnavanih veliko več primerov zastrupitve z ekstazijem, amfetamini in s kanabisom kot leta 2010, ko so prevladovala zastrupitve s heroinom.

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, torej 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 osebah, ki so umrle zaradi posrednega vpliva prepovedanih drog na zdravje, kjer je bilo delovanje drog pridružen vzrok smrti.

V letu 2011 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih zaradi uporabe prepovedanih drog registriranih 24 neposrednih smrti. Umrlo je 19 moških in 5 žensk, kar pomeni razmerje 4: 1 v korist žensk. Heroin je bil najpogosteje vzrok smrtne zastrupitve, sledita metadon in kokain.

6.1 Z drogami povezane nalezljive bolezni

Izr. prof. dr. Irena Klavs in Tanja Kustec

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

V nadaljevanju so predstavljeni razpoložljivi podatki o okužbah s HIV, HBV in HCV med IUD v Sloveniji v obdobju 2007–2011.

94

Metode

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 epidemiološkega spremljanja okužb s HIV izvaja nevezano anonimno testiranje na okužbo s HIV med IUD, ki prvič zaprosijo za zdravljenje. Nevezano anonimno testiranje poteka v največjem Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Ljubljani od leta 1995. Po letu 2002 so se priključili štirje programi za zmanjševanje škode, katerih nosilci so nevladne organizacije; to so programi zamenjave igel AIDS Fundacija Robert (le leta 2003 v Ljubljani), Stigma (od leta 2005 v Ljubljani), Svit (od leta 2004 v Kopru) in Zdrava pot (od leta 2010 v Mariboru). Podrobni opisi metod so bili že objavljeni (Klavs in Poljak 2003). IUD, ki se vključijo v zdravljenje v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Ljubljani, ter tisti, ki sodelujejo v omenjenih programih zamenjave igel, prostovoljno prispevajo vzorec slin za nevezano anonimno testiranje na okužbo s HIV.

Poleg tega IVZ zbira podatke o odkritih primerih okužb s HIV, HBV in s HCV, ki vključujejo tudi podatke o načinu prenosa. Vse diagnoze okužb z omenjenimi virusi je treba sporočiti skladno z Zakonom o nalezljivih boleznih. Skoraj vse prijave odkritih primerov okužbe s HIV vsebujejo tudi podatke o 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. 2012, IVZ 2012).

Okužbe z virusom HIV

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

V obdobju 2007–2011 je razširjenost HIV med IUD, prostovoljno zaupno testiranimi znotraj mreže CPZOPD, ostala pod 1 %, z izjemo leta 2009 z 1,3 % in leta 2011 z 1,9 %. Med 948 vzorci slin, ki so bili zbrani v istem obdobju za nevezano anonimno testiranje za epidemiološka spremljanja na treh ali štirih mestih vzorčenja, sta bila na protitelesa proti HIV pozitivna le dva vzorca (leta 2010 in 2011) (tabela 6.1).

Tabela 6.1: Delež okuženih s HIV med injicirajočimi uporabniki drog, 2007–2011

	Leto	Število mest vzorčenja	Število testiranih ljudi		Število okuženih z virusom HIV		% okuženih z virusom HIV	
			Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske
IUD	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
	2011	4	136	50	1	0	0,7	0

Vir podatkov: Nevezano anonimno testiranje za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, Slovenija, 2007–2011

V zadnjih petih letih oz. v obdobju 2007–2011 ni bilo niti enega prijavljenega primera odkrite okužbe s HIV z zgodovino IUD. Zadnja okužba s HIV pri IUD je bila diagnosticirana in prijavljena IVZ leta 2001. Vendar pa je bilo od leta 1986, ko smo v Sloveniji začeli epidemiološko spremljanje okužb z virusom HIV, ki temelji na zakonsko obvezni prijavi vseh diagnosticiranih primerov okužbe s HIV, prijavljenih 13 novih okužb s HIV med IUD.

V Evropski uniji (EU) primerjava trendov odkritih okužb, povezanih z vbrizgavanjem drog s trendi razširjenosti virusa HIV med IUD kaže, da se pojavnost okužbe z virusom HIV med IUD v večini držav na nacionalni ravni zmanjšuje (EMCDDA 2011a).

HBV

Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV; anti-HBc) med prostovoljno zaupno testiranimi IUD, ki so bili na zdravljenju v CPZOPD, je v letu 2011 znašala 8,1 %. V obdobju 2007–2011 se je delež okuženih gibal med najvišjim 8,1 % leta 2011 in najnižjim 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 2011a).

Stopnja pojavnosti akutne in kronične okužbe s HBV med slovenskim prebivalstvom je leta 2011 znašala 3,4 na 100.000 prebivalcev. V obdobju 2007–2011 je stopnja pojavnosti nihala med najvišjo 3,4 na 100.000 prebivalcev leta 2011 in najnižjo 2,0 na 100.000 prebivalcev 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 prostovoljno zaupno testiranimi IUD, ki so bili na zdravljenju v CPZOPD, je v letu 2011 znašala 28,5 %. V obdobju 2007–2011 se je delež okuženih gibal med najvišjim 28,5 % leta 2011 in najnižjim 21,5 % leta 2010.

V EU so bile v obdobju 2008–2009 ravni protiteles HCV v nacionalnih vzorcih IUD med 22 % in 83 %, osem od dvanajstih držav pa je poročalo o ravneh nad 40 %. Tri države (Češka, Madžarska, Slovenija) so poročale o manj kot 25-odstotni razširjenosti, vendar so tudi take stopnje okužb še vedno velika težava za javno zdravstvo (EMCDDA 2011a).

Stopnja pojavnosti akutne in kronične okužbe s HCV med slovenskim prebivalstvom je leta 2011 znašala 4,6 na 100.000 prebivalcev. V obdobju 2007–2011 se je stopnja pojavnosti gibala med najvišjo 5,5 na 100.000 prebivalcev leta 2007 in najnižjo 4,1 na 100.000 prebivalcev leta 2008. Zaradi nezadostnega poročanja podatki o stopnjah pojavnosti močno podcenjujejo breme te okužbe.

Razprava

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

Prednost spremljanja stopnje pojavnosti okužb s HIV, HBV in 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 zastrupitev z drogami

Dr. Miran Brvar

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 2011.

Urgentne internistične ambulante v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani so namenjene približno 600.000 prebivalcem osrednje Slovenije. Leta 2011 so v urgentnih internističnih ambulantah v Ljubljani obravnavali 22.937 bolnikov in v nadaljevanju prispevka bo predstavljeno število obravnavanih bolnikov, ki so bili pregledani in zdravljeni zaradi zastrupitev 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 preverjena 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 glava 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 je zato preverjeno 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 v letu 2011, je ugotovljenih 43 bolnikov, obravnavanih zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami v urgentnih internističnih ambulantah v Ljubljani (tabela 6.2). Leta 2010 je bilo takšnih bolnikov 51. Z analizo vseh opisnih diagnoz so 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 urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010 in 2011

Prepovedane droge in njihove kombinacije	Število bolnikov I. 2010 (n=51)	Število bolnikov I. 2011 (n=42)
Heroin	24	3
Heroin + etanol	2	2
Heroin + metadon	1	2
Heroin + metadon + etanol		1
Heroin + amfetamin	1	
Heroin + kokain	6	1
Heroin + kokain + etanol	1	
Kokain	5	4
Kokain + ekstazi + kanabis + etanol		1
Kokain + ekstazi + amfetamin + etanol		1
Kokain + kanabis + metadon		1
Kokain + metadon		1
Kokain + morfin		1
Ekstazi + etanol		4
Ekstazi + amfetamin + etanol		2
Ekstazi + mefedron	1	
Ekstazi + amfetamin + mefedron + kanabis		1
Amfetamin		1
Amfetamin + etanol		2
Amfetamin + THC		1
Mefedron + etanol	1	
2-ci	1	
Ghb	1	1
Ghb + amfetamin	1	
Ghb + etanol		1
Kanabis	6	8
Kanabis + etanol		1
Kanabis + mefedron		2
Kanabis + mefedron + buprenorfin		1

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 leta 2010 13 bolnikov (25 %) zastrupilo s kombinacijo več drog, leta 2011 pa je bilo takšnih bolnikov 26 oziroma 60 % vseh zastrupljencev s prepovedanimi drogami.

Tabela 6.3: Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljenci, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010 in 2011

Prepovedane droge	Število drog l. 2010	Število drog l. 2011
Heroin	35	9
Kokain	12	10
Kanabis	6	16
Mefedron	2	1
Amfetamin	2	8
Ghb	2	2
Ekstazi	1	9
2-ci	1	0

Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana

Povprečna starost zastrupljencev s prepovedanimi drogami je bila okoli 29 let, leta 2010 pa 29,5 leta. Med zastrupljeni s prepovedanimi drogami so prevladovali moški; leta 2010 jih je bilo 79 % in leta 2011 67 %.

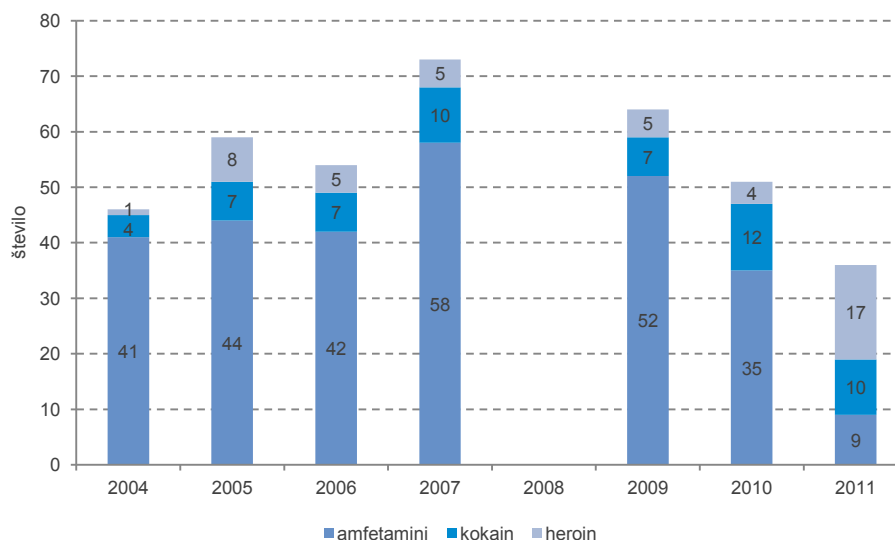
Med bolniki, ki so se zastrupili samo s heroinom, je bilo leta 2010 83 % moških in njihova povprečna starost je bila 31,5 leta. Leta 2011 so bile zastrupitve samo s heroinom ugotovljene le pri moških (100 %) s povprečno starostjo 25 let.

Zanimivo je, da je bilo leta 2010 veliko zastrupitev s heroin in kokainom hkrati, leta 2011 pa je bil takšen le en zastrupljenec.

V letu 2011 je bilo tako obravnavanih veliko več primerov zastrupitve z ekstazijem, amfetamini in s kanabisom kot leta 2010, ko so prevladovale zastrupitve s heroinom. Število zastrupitev s kokainom pa je bilo v letih 2010 in 2011 podobno. V letu 2011 je bilo tudi bistveno več kombiniranih zastrupitev z več drogami hkrati glede na preteklo leto.

Število zastrupitev z amfetamini je leta 2011 naraslo tudi v primerjavi s prejšnjimi leti (2004–2010), medtem število zastrupitev s heroinom zadnja 3 leta upada (slika 6.1).

Slika 6.1: Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljenci, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2004–2011



Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana

Zastrupitve s prepovedanimi drogami so leta 2011 predstavljale 0,19 % vseh bolnikov v urgentnih internističnih ambulantah, leta 2010 pa je bilo takšnih bolnikov 0,24 %

Njihovo dejansko število je verjetno večje, saj diagnoze zastrupitev pogosto niso pravilno šifrirane glede na šifre MKB-10 in velikokrat tudi niso pravilno oziroma v celoti ročno prepisane v knjigo pregledanih bolnikov.

Pravo število zastrupljenecv 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 je bil leta 2001 v Sloveniji uveden Register zastrupitev Slovenije, ki deluje na osnovi Pravilnika o sporočanju, zbiranju in o urejanju podatkov o zastrupitvah na območju Slovenije (Uradni list RS, št 38/2000). Glede na omenjeni pravilnik so vse pravne in fizične osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, dolžne sproti pošiljati podatke o zastrupitvah, vključno z zastrupitvami s prepovedanimi drogami, v Center za zastrupitve v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani na obrazcu »Prijava zastrupitve«, ki je bil objavljen v Uradnem listu RS. Omenjeni obrazec vsebuje podatke o bolniku (spol, starost, izobrazba, razvade, bolezni itn.) in zastrupitvi (ime in količina zdravila/strup/drage, 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 0,20 % vseh pregledanih bolnikov v internističnih ambulantah v Ljubljani in da narašča število kombiniranih zastrupitev, predvsem z amfetamini, medtem ko število zastrupitev s heroinom upada.

6.3 Umrljivost zaradi drog

Prim. dr. Jožica Šelb Šemerl

Umrljivost zaradi prepovedanih drog je pojav, ki sodi – tako kot druge zasvojenosti – v polje javnega zdravja; zadeva mlade ljudi na začetku samostojne življenjske poti, še preden so ali ko komaj so 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 konca življenja, je za to, da bi se smrti zaradi uporabe drog preprečevale, treba poznati čim več dejavnikov, ki se vpletajo v proces jemanja prepovedanih drog in nastanek posledičnih zdravstvenih problemov. Iz vzrokov smrti se za nazaj lahko sklepa o dejavnikih tveganja za bolezni ali zdravstvene težave, ki so v končnem poteku pripeljale do smrti. Da bi se te smrti uspele preprečevati, je treba vedeti, koliko jih je v določeni populaciji povezanih z uporabo drog, ter poznati osnovne epidemiološke lastnosti skupaj s časovnimi poteki pojava.

V prispevku so predstavljeni: umrljivost v Sloveniji v letu 2011 zaradi neposrednega učinkovanja drog v telesu, gibanje neposredne umrljivosti v obdobju 2004–2011 in podatki kohortne raziskave o smrtih ljudi, ki se zdravijo zaradi uporabe prepovedanih drog in so bili spremljani v obdobju 2004–2011.

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 vzroki smrti, se pridobivajo iz zbirke podatkov o umrlih IVZ 46: Zdravniško poročilo o umrli osebi;
- 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 raziskave.

Za neposredne smrti so analizirani demografski in drugi podatki, ki se zbirajo na Zdravniškem potrdilu o smrti in poročilu o vzrokih smrti (mrliški list) ter na 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; za standardiziranje na starost je bila uporabljena evropska standardna populacija. Računan je tudi presežni delež umrljivosti uporabnikov drog nad preostalimi prebivalci Slovenije. Računana je korelacija med umrljivostjo po statističnih regijah in 17 CPZOPD, ki so uvrščeni v pripadajoče statistične regije, in vrednostmi socialno-ekonomskih parametrov statističnih regij. Meja statistične značilnosti korelacijskega koeficienta je postavljena na 0,400 ($R^2 > 0,399$).

Ljudje, ki so sledeni v kohortni raziskavi, so uporabniki prepovedanih drog, ki so bili prvič ali ponovno evidentirani v sedemnajstih od osemnajstih CPZOPD (manjka CPZOPD Koper) v

Sloveniji v letih 2004–2006. Njihovi podatki so vpisani v Evidenci obravnave uživalcev drog (v nadaljevanju: podatki o drogah). Iz poročevalskih enot, ki so v tem obdobju sporočile podatke, so bile vključene vse vrste obravnave: prve, ponovne in dolgotrajne. Zaradi drugačne vrste obravnave so bili zapisi oseb, obravnavanih v Kliničnem oddelku za mentalno zdravje (hospitalna enota), izključeni (skupaj 382 zapisov) iz vključitve v raziskavo in sledenja.

V raziskavi se povezuje zbirka podatkov Evidenca obravnave uživalcev drog v letih 2004, 2005 in 2006 s podatki iz zbirk podatkov o umrlih v letih 2004–2011. Podrobneje je proces povezovanja podatkov opisan v prispevku »Umrljivost zaradi nedovoljenih drog« v Nacionalnem poročilu 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v Sloveniji pod naslovom »Kohortna raziskava«.

Kode za vzroke smrti 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 2002–2011 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 2011

Število umrlih v različnih skupinah uporabnikov drog

V letu 2011 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih zaradi uporabe prepovedanih drog registriranih 24 neposrednih smrti. Umrlo je 19 moških in 5 žensk, kar pomeni razmerje 4 : 1 v korist žensk (tabela 6.4).

Tabela 6.4: Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po starostni skupini in spolu, 2011

Spol/Starostna skupina	Spol		Skupaj
	Moški	Ženske	
15–19	0	2	2
20–24	1	0	1
25–29	4	0	4
30–34	9	0	9
35–39	1	2	3
40–44	4	1	5
Skupaj	19	5	24

Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

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 in žensk prav tako. Najmlajši umrli moški je bil star 22,7 leta in najstarejši 52,6 leta; najmlajša ženska je bila ob smrti stara 29,2 leta in najstarejša 42,9 leta.

Tabela 6.5: Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po vrsti uporabljene droge in spolu, 2011

Spol/ Vrsta droge	Spol		Skupaj
	Moški	Ženske	
F192 Sindrom odvisnosti zaradi uživanja več drog in drugih psihoaktivnih snovi	1	0	1
T401 Heroin	9	1	10
T403 Metadon	5	3	8
T405 Kokain	3	0	3
T407 Kanabis (derivati)	1	0	1
T436 Psihostimulansi z možnostjo abuzusa	0	1	1
Skupaj	19	5	24

Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

Heroin je bil podobno kot v letu 2010 v nekaj manj kot polovici primerov vzrok smrtne zastrupitve. Število smrti zaradi metadona in preostalih opioidov je bilo podobno kot v letu 2010, število smrti zaradi kokaina je v primerjavi z letom prej upadlo (tabela 6.5).

Tabela 6.6: Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po zunanjem vzroku in vrsti uporabljene droge, 2011

External cause/ Type of drug	Nenamerne zastrupitve X410-X429		Namerne zastrupitve X610-X629		Namen zastrupitve ni bil ugotovljen Y110-Y129		Skupaj	
	Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske
T401 Heroin	7	0	1	0	1	1	9	1
T403 Metadon	4	2	0	0	1	1	5	3
T405 Kokain	3	0	0	0	0	0	3	0
T407 Kanabis (derivati)	1	0	0	0	0	0	1	0
T436 Psihostimulansi z možnostjo abuzusa	0	1	0	0	0	0	0	1
Skupaj	15	3	1	0	2	2	18	5

Opomba: Izključene so F-diagnoze

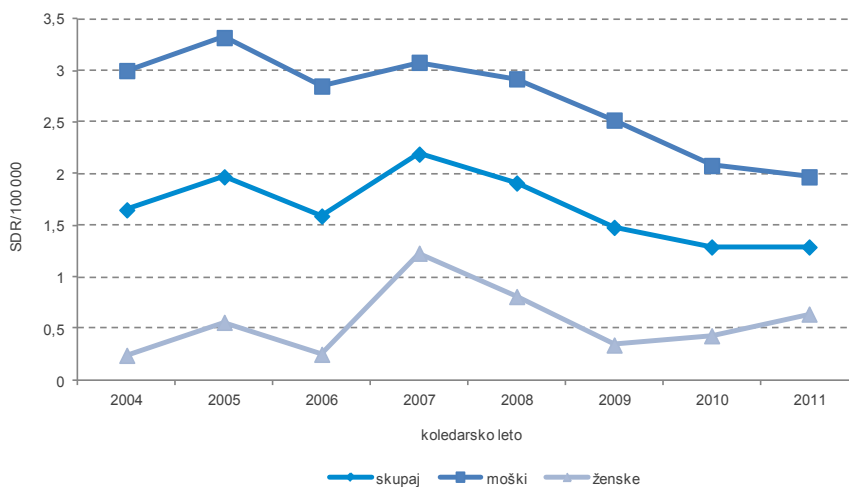
Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

V vseh razen 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 opiat, ne metadon in ena zastrupitev s heroinom, za katero ni bilo ugotovljeno, ali je bila posledica predoziranja ali namerne zastrupitve.

Po podatkih slovenske zbirke podatkov o umrlih je v Sloveniji v obdobju 2004–2011 umrlo 231 oseb 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 2004–2011

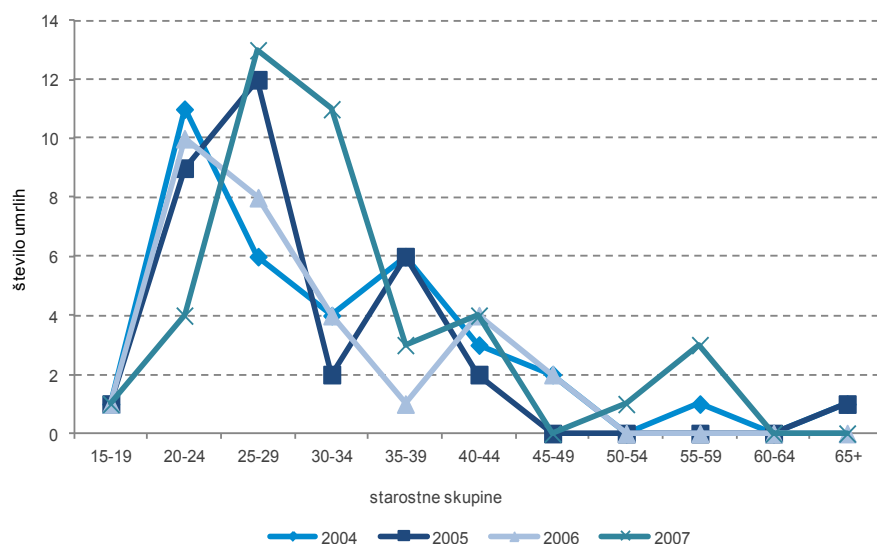
Slika 6.2: *Gibanje na starost standardiziranih stopenj neposrednih smrti zaradi drog po spolu, 2004–2011*



Vir: IVZ, Zbirke podatkov o umrlih 2004–2011

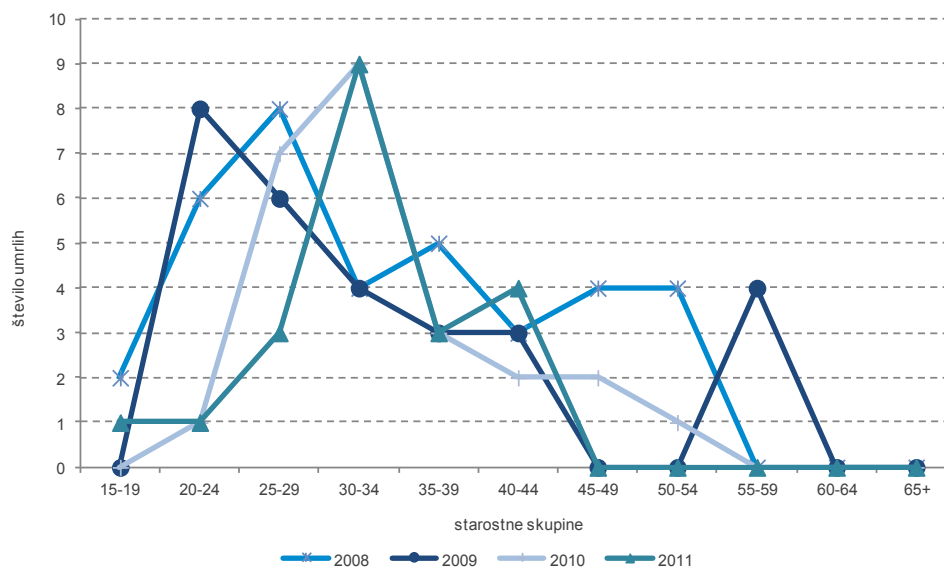
V opazovanem obdobju so stopnje umrljivosti zaradi prepovedanih drog rasle do leta 2007, ko je trend dosegel vrh, nato so začele padati: celotno gibanje je bilo neznačilno in prav tako gibanje umrljivosti žensk, medtem ko je pri moških umrljivost v tem obdobju značilno padala ($R^2 = 0,576$) (slika 6.2).

Slika 6.3: *Gibanje števila neposrednih smrti zaradi opioidov in kokaina (T400–T406), po petletnih starostnih skupinah, 2004–2007*



Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

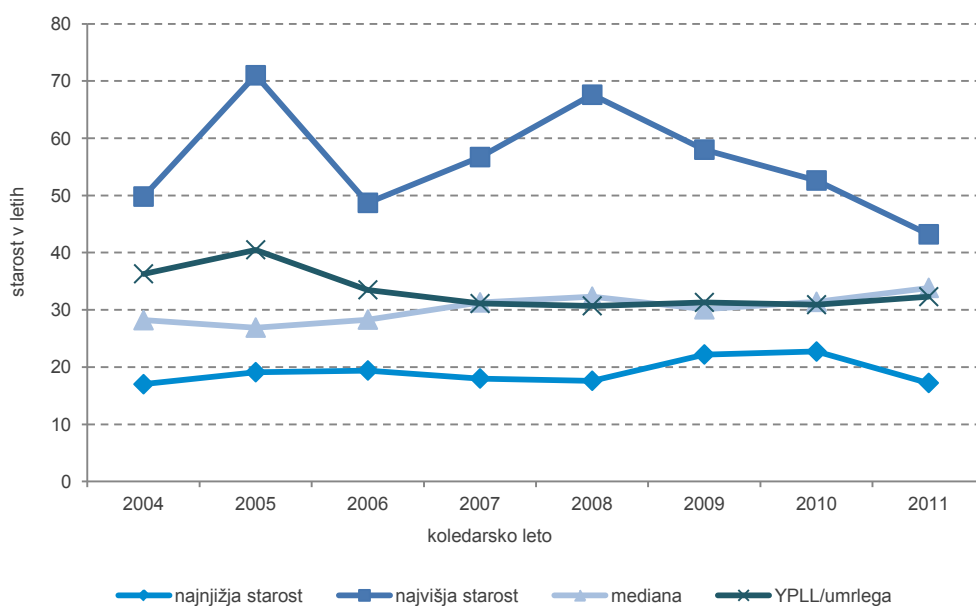
Slika 6.4: Gibanje števila neposrednih smrti zaradi opioidov in kokaina (T400–T406), po petletnih starostnih skupinah, 2008–2011



Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

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 osebami, starimi 20–29 let, a v letu 2010 se je največje število smrti premaknilo v starostno skupino starih 30–34 let (slika 6.3, slika 6.4).

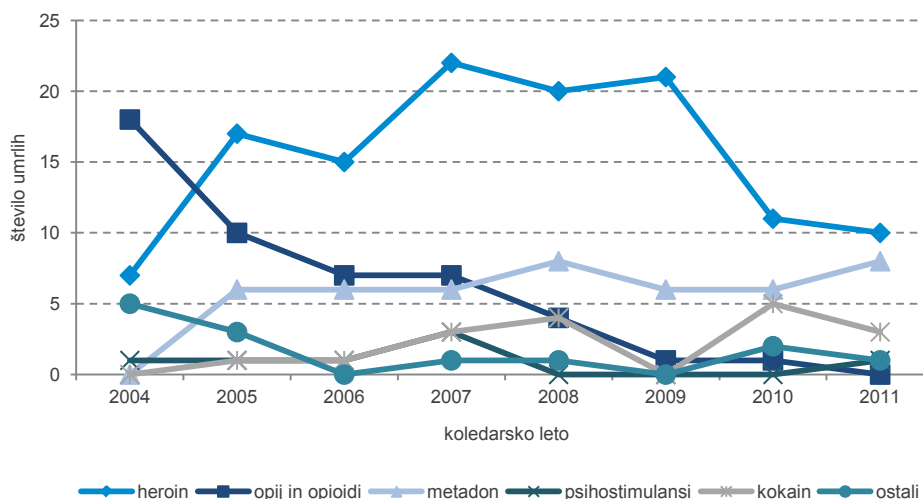
Slika 6.5: Gibanje najvišje in najnižje starosti ob smrti, mediana starosti ob smrti umrlih zaradi drog ter povprečno število izgubljenih let na umrlega, 2004–2011



Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

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. Število izgubljenih let na 1.000 prebivalcev je z leta 2005 na leto 2007 padlo in ostalo na enaki višini vsa nadaljnja opazovana leta (slika 6.5).

Slika 6.6: Gibanje števila zastrupitev po vrsti prepovedane droge, 2004–2011

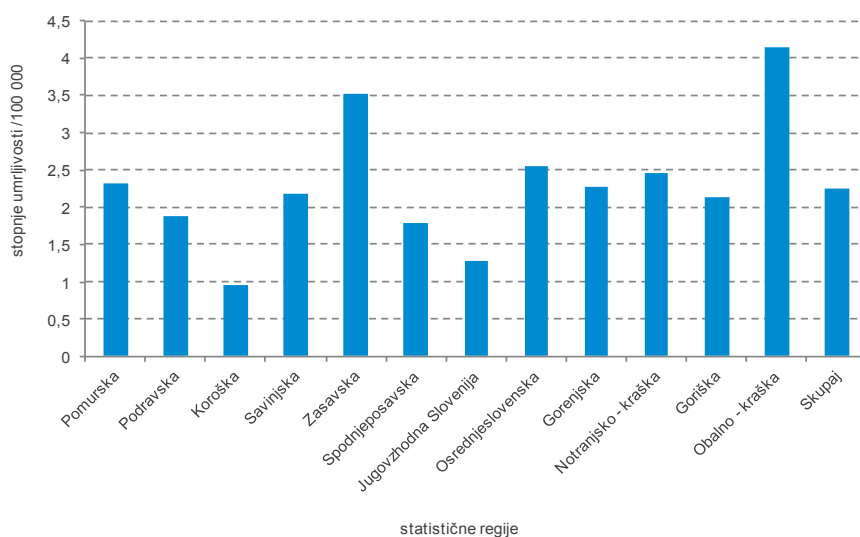


Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

V opazovanem obdobju je 41,7 % smrti nastopilo zaradi zastrupitve s heroinom, 33,3 % zaradi metadona, 12,5 % zaradi kokaina in po 4,2 % kanabisa, preostalih psihostimulansov z močjo abuzusa ter zastrupitve z več drogami. Število smrti zaradi metadona in kokaina se je v opazovanem obdobju povečevalo ($R^2 = 0,4603$; $R^2 = 0,364$), zaradi opija in opioidov je padalo ($R^2 = 0,8725$) (slika 6.6).

Stopnje umrljivosti in deleži nekaterih spremenljivk v letih 2004–2011, po regijah

Slika 6.7: Povprečne letne stopnje umrljivosti zaradi prepovedanih drog prebivalcev, starih 15–64 let, po regijah, 2004–2011



Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

Najvišjo stopnjo umrljivosti glede na slovensko povprečje sta imeli obalno-kraška in zasavska regija. Prva za 87 % in druga za 56 % višjo od slovenskega povprečja. Umrljivost je bila najnižja na Koroškem in v jugovzhodni regiji, kjer je bila v prvi za 58 odstotkov pod slovenskim povprečjem in v drugi za 42 odstotkov (slika 6.7).

Nekatere skupne osebne značilnosti umrlih zaradi neposrednega delovanja drog v telesu v obdobju 2004–2011

Med umrlimi zaradi prepovedanih drog je bil daleč največji delež samskih oseb, ena desetina je bila razvezana in zanemarljivo malo je bilo poročenih in ovdovelih. Nekaj več kot 2/5 žrtev je umrlo zunaj naslova svojega stalnega prebivališča in enak delež doma, a 16 % je bilo takih, ki so po podatkih Zbirke podatkov o umrlih IVZ umrli v zdravstvenih ustanovah, kjer so bili pred smrtjo zdravljeni zaradi osnovnega ali neposrednega vzroka smrti. Ni povsem jasno, kaj pomeni, da je bil umrli pred smrtjo zdravljen; mogoče je, da se pod tem razume zdravljenje v CPZOPD. Večino zdravniških potrdil o smrti in poročil o vzrokih smrti so namreč izpolnili zdravniki, ki so na umrlem opravili obdukcijo, in ne zdravniki, ki so opravili mrliški pregled.

Razprava

Podatki o neposrednih smrtih uporabnikov drog so zajeti iz Zbirke podatkov o umrlih, ki predstavlja Nacionalni register smrti. V njem se v elektronski obliki hranijo samo osnovni vzroki smrti, vse druge informacije, ki so zapisane na zdravniškem potrdilu o smrti in poročilu o vzrokih smrti in bi lahko govorile za to, da je bil umrli uporabnik prepovedanih drog, se hranijo le v papirnati obliki. Postopek za njihovo pridobitev je dolgotrajen in se zaradi pomanjkanja osebja ne izvaja rutinsko.

Posebej kakovost podatkov o vzrokih smrti uporabnikov prepovedanih drog v Sloveniji ni bila ocenjena, je pa bilo objavljenih nekaj strokovnih prispevkov na temo kakovosti podatkov o vzrokih smrti z namenom, da bi se vpisovanje vzrokov smrti in posledično tudi določanje osnovnega vzroka smrti izboljšalo. Pri izbiranju in kodiranju osnovnega vzroka smrti umrlih uporabnikov drog naj bi se opirali na priporočila, povzeta po evropskem projektu Anamort, ki ga je koordiniral Institut de Veille Sanitarie iz Francije (vir: spletna stran Institut de Veillesanitarie). Tri najpomembnejša priporočila opozarjajo, da naj se tisti, ki izbira in kodira osnovni vzrok smrti umrlega zaradi drog, vedno opre tudi na toksikološko analizo telesnih tekočin umrlega; pri zastrupitvah z drogami je poleg namena zastrupitve treba poznati in kodirati tudi substanco, s katero se je posameznik zastrupil, in tretjič, da je treba pri smrtih mladih ljudi, ki so posledica nenadnega zastoja srca ali vzrok smrti pri njih ni jasen, pomisliti tudi na možnost zastrupitve z drogami. Tudi v Sloveniji je smo imeli do še pred kratkim skoraj polovico zastrupitev z drogami, katerih namen ni bil znan. Zaradi izboljšanja kodiranja osnovnega vzroka smrti se je ta kategorija v letu 2011 zelo zmanjšala, hkrati se je povečalo število nezgodnih zastrupitev.

Ugotovitve predstavljene analize kažejo, da skupno število neposrednih smrti zaradi uporabe prepovedanih drog od leta 2007 pada, a se je povečevalo število umrlih žensk ob hkratnem padanju števila umrlih moških. V letu 2011 je bilo v Sloveniji 1,7 neposredne smrti zaradi prepovedanih drog na 100.000 prebivalcev. Vzporedno z rastjo mediane starosti ob smrti se

je največje število umrlih premaknilo iz tretjega v četrto desetletje starosti. Narašča število smrti zaradi metadona in kokaina in padajo tiste zaradi heroina, opija in drugih opioidov. Stopnje umrljivosti se med posameznimi CPZOPD razlikujejo tudi do 3 umrle na 100.000 opazovanih let. Največ umrlih je samskih in veliko jih ne umre doma, ampak zunaj naslova stalnega prebivališča.

Podatki v ZPU predstavljajo skoraj izključno (23 od 25) nezgodne zastrupitve, zaradi načina, kako se zbirajo. Zbirke podatkov o umrlih IVZ se sistematično ne povezujejo več s podatki o tistih umrlih, pri katerih so bile v telesnih tekočinah ugotovljene prepovedane droge, pa naj bo to na Inštitutu za sodno medicino v Ljubljani ali patomorfoloških oddelkih bolnišnic po Sloveniji oziroma Generalne policijske uprave ali z drugimi zbirkami zdravstvene statistike. Kljub temu se je zmanjšalo število neposrednih smrti, za katere ni bilo znano, ali so nastopile kot posledica nenamerne ali namerne zastrupitve, in zvišalo število namernih zastrupitev, kar je posledica truda koderjev, da za smrti neznanega namena pridobijo dodatne podatke. Če se v prihodnosti ne bo več sistematično povezovalo podatkov o uporabnikih drog iz različnih virov, bo treba oceniti prevalenco uporabnikov prepovedanih drog in s pomočjo te oceniti število posrednih smrti tistih, ki se ne zdravijo. Šele s temi podatki skupaj z obstoječimi se bo lahko naredila ocena celotnega števila vseh smrti uporabnikov prepovedanih drog.

Zaradi zgoraj naštetih predpostavk o mogoči nezadostni oceni števila smrti uporabnikov drog in ker se posredne smrti izgubljajo pod drugimi kodami osnovnih vzrokov smrti, bi bilo treba razmisliti, ali ne bi veljalo nazaj vzpostaviti sistema povezovanja zbirk podatkov IVZ s podatki Inštituta za sodno medicino in Generalne policijske uprave, kar bi omogočilo, da bi se bolj približali oceni števila smrti uporabnikov prepovedanih drog v Sloveniji.

Podatek, da je bilo v Sloveniji tri in pol (1,7/100.000) neposrednih smrti zaradi prepovedanih drog na 200.000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let, nas v okviru 95-odstotnega intervala zaupanja (10,7–24,5) uvršča med Nemčijo, Litvo, Malto, Grčijo, Španijo in Belgijo ter na 15. mesto med 30 državami, ki pošiljajo podatke na EMCDDA in zelo blizu povprečja (2,0/100 000) teh držav (vir: spletna stran EMCDDA). Razmerje med smrtni moških in žensk je v vseh državah v korist žensk. V Sloveniji je razmerje 4 : 1 v korist žensk boljše, kot je 5 : 1, povprečje opisanih držav. Med trinajstimi državami, ki poročajo podatke po metodi za splošne registre (selection B) in je med njimi razpon povprečne starosti ob smrti med najvišjo Dansko 44 let in najnižjo Latvijo 25,7 leta, se je Slovenija s povprečno starostjo ob smrti 34 let uvrstila na deveto mesto – med Belgijo in Hrvaško.

Z 48 % tistih, pri katerih so bili ob smrti v telesnih tekočinah prisotni opioidi, sodi Slovenija med zgornjo petino držav. Padanje umrljivosti zaradi neposredne zastrupitve s heroinom v začetnem opazovanem obdobju 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 (vir: spletna stran EMCDDA).

Na starost standardizirane stopnje umrljivosti moških od leta 2005 padajo, medtem ko ženske niso kazale značilnega trenda, a od leta 2009 umrljivost žensk zaradi neposrednih smrti narašča. Ni raziskan vzrok, zakaj je v letu 2007 umrljivost žensk v primerjavi z letom

2006 narasla štirikrat in nato spet padla, a gotovo na skoke vplivajo majhne absolutne številke umrlih žensk v posameznem letu. Z nadaljnjimi postopki bo treba ugotoviti, zakaj se stopnje umrljivosti med posameznimi regijami razlikujejo za 3 umrle na 100.000 prebivalcev; tudi na ta pojav deloma vplivajo izračuni na majhnih številkah.

Po podatkih avstralskega statističnega urada so neporočene osebe največkrat žrtve zastrupitve z drogami, sledijo ločeni, veliko manj je poročenih žrtev (Bureau of Statistic 2002). Po nekaterih razlagah naj bi pomoč tistim, ki živijo sami, prišla pozneje ali pa sploh ne, meni se tudi, da naj bi manj poročenih uporabljalo prepovedane droge, predvsem heroin, kot samskih ali ločenih (Bureau of Statistic 2002).

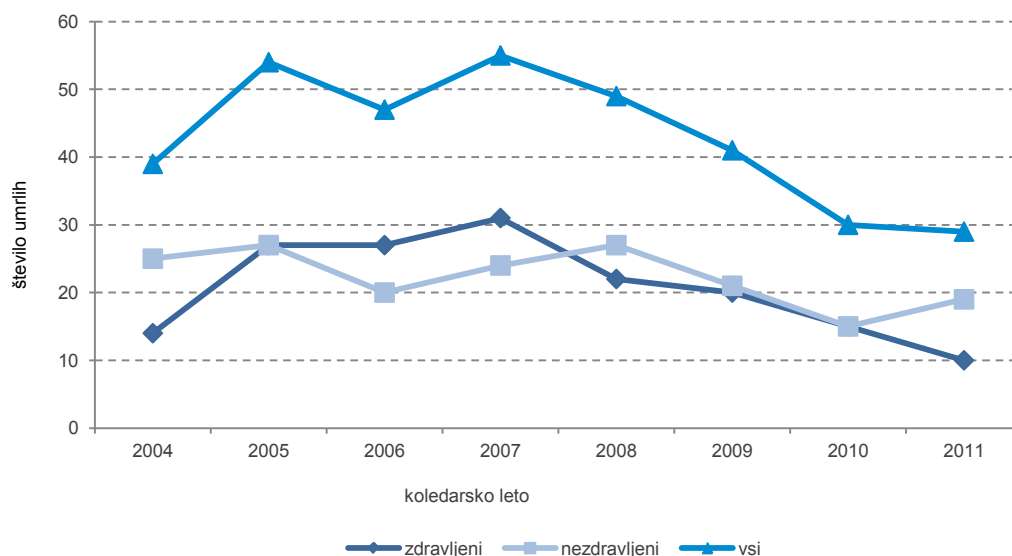
Kohortna raziskava

Umrljivost

V Zbirki podatkov o umrlih IVZ so registrirani samo tisti, ki so umrli zaradi neposredne zastrupitve s prepovedanimi drogami. Vsi drugi uporabniki prepovedanih drog, umrli zaradi drugih vzrokov, kot so smrti zaradi nekaterih drugih nasilnih smrti (samomorov, prometnih nezgod ...) ali bolezni, se v elektronski zbirki podatkov ne hranijo, zato iz nje ni mogoče ugotoviti, kateri umrli je bil tudi zasvojen z drogami. Posredne vzroke smrti uporabnikov prepovedanih drog je treba pridobiti na drugačen način, iz specialnih registrov ali kohortnih raziskav.

Za kohortno raziskavo je bilo najprej identificiranih 6.482 zapisov oseb, ki so se v obdobju 2004–2006 zdravile v CPZOPD v Sloveniji. Iz teh zapisov je bilo vključenih v samo raziskavo in nadaljnjo sledenje 3.944 klientov, med katerimi je v 27.659,9 leta opazovanja v obdobju 2004–2011 umrlo 166 oseb (slika 6.8)

Slika 6.8: Število umrlih uporabnikov prepovedanih drog, vključenih v kohorto, in smrtnih zastrupitev z drogami med nezdravljenimi uporabniki, 2004–2011



V tem obdobju je umrlo tudi 178 tistih, ki se niso zdravili in so umrli zaradi neposredne zastrupitve s prepovedanimi drogami. Največ smrti tistih, ki so bili vključeni v zdravljenje, je bilo v letu 2007, a tistih, ki se niso zdravili, v letih 2005 in 2008. Od leta 2008 je število smrti v obeh skupinah padalo, toda v skupini nezdravljenih je med letoma 2010 in 2011 poraslo. Med prikazanimi umrlimi niso zajete posredne smrti uporabnikov, to je tistih, ki se niso zdravili.

Tabela 6.7: Stopnje umrljivosti uporabnikov prepovedanih drog na 1.000 opazovanih let oseb, vključenih v kohorto, starih 15–59 let, v primerjavi z umrljivostjo enako stare slovenske populacije, 2004–2011

Spol/Starost	Moški		Ženske		Skupaj	
	Uporabniki drog	Vsi moški	Uporabnice drog	Vse ženske	Vsi uporabniki drog skupaj	Celotna populacija
Umrlijivost/1.000	6,69	3,36	3,87	1,69	6	2,69
Umrlijivost, standardizirana na evropsko s. populacijo	15,29	3,4	34,23	1,52	32,35	2,47
Presežni delež umrljivosti uporabnikov drog RT (relativno tveganje)*	1,99	4,5	2,29	22,52	2,23	13,1

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

Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

110

Umrlijivost oseb, ki so se zdravile 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. Na starost standardizirane stopnje umrljivosti uporabnikov drog so bile 8,8-krat višje kot na starost standardizirane stopnje umrljivosti enako starih preostalih prebivalcev Slovenije (tabela 6.7).

Tabela 6.8: Posamezne osebne značilnosti uporabnikov drog, prikazane po šestnajstih centrih za zdravljenje odvisnosti, 2004–2011

Center	Število umrlih	Leta opazovanja	Stopnje umrljivosti	Mediana starosti ob smrti	% opioidov	% drugih drog	Nasilne smrti		
							Stopnje/1.000 py		
							Zastr.	Sam.	Nedol.
	Vsi	Vsi	Vsi						
Ljubljana	53	7.391	7,2	37,5	92,4	3,8	1,89	1,49	1,08
Trbovlje	7	1.265	5,5	28,9	100	0	3,16	0,79	0
Logatec	3	1.327	2,3	27	100	0	0,75	0	0
Kočevje	3	964	3,1	30,6	66,7	33,3	2,07	0	0
Maribor	25	1.921	13	40,7	68	0	3,12	1,04	2,601
Celje	17	1.974	8,6	27,3	82,4	0	0,51	3,55	3,04
Velenje	6	1.168	5,1	36,2	100	0	2,57	0,86	0
Kranj	5	720	6,9	26,5	100	0	2,78	2,78	0

Tabela 6.8 se nadaljuje ...

Center	Število umrlih	Leta opazovanja	Stopnje umrljivosti	Mediana starosti ob smrti	% opioidov	% drugih drog	Nasilne smrti		
							Stopnje/1.000 py		
							Zastr.	Sam.	Nedol.
Vsi	Vsi	Vsi							
Nova Gorica	13	2.753	4,7	29,6	84,6	7,7	0,36	0,73	2,18
Ilirska Bistrica	2	605	3,3	22,6	100	0	0	1,65	1,65
Sežana	5	822	6,1	29,7	80	20	4,87	0	0
Piran	8	1.450	5,5	34,6	75	0	2,07	0,69	1,38
Izola	4	783	5,1	42,4	75	25	1,28	2,55	0
Novo mesto	2	802	2,5	30,9	50	50	1,25	0	0
Brežice	3	1.096	2,7	38,7	66,7	33,3	0	0,91	0,91
Murska Sobota	10	1.735	5,8	30,2	90	10	1,15	0	1,73
Skupaj	166	26.776	6,23	33,1	84,9	5,5	1,68	1,16	1,2

Zastr. = zastrupitve, Sam. = samomori, Nedol. = nedoločen namen

Manjkajoči odstotki do 100 glavne droge predstavljajo neznano

Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

Največje število umrlih je bilo v CPZOPD, ki pokrivajo tri največja slovenska mesta, čeprav stopnje umrljivosti zaporedju števila prebivalcev v mestih niso sledile, saj so bile najvišje v Mariboru in Celju, šele na tretjem mestu je bila Ljubljana in za njo Kranj. Mediana starosti ob smrti se je gibala od 22,6 leta v Ilirski Bistrici, kjer sta umrli samo dve osebi, do najvišje – 42,4 – v Izoli, kjer so umrli štirje uporabniki (tabela 6.8).

Med zdravljenimi in umrlimi uporabniki prepovedanih drog je bilo največ tistih, pri katerih so največ težav povzročale opioidne učinkovine, in le malo je bilo onih, ki so prišli na zdravljenje zaradi zasvojenosti s kokainom ali kanabisom.

Med nasilnimi smrtmi so prevladovale nenamerne zastrupitve, sledile so jim zastrupitve, katerih namen ni bil določen, in samomori, v skoraj enakem številu in daleč za temi tremi prometne nezgode. V nekaterih CPZOPD so uporabniki prepovedanih drog umrli samo zaradi nenamernih zastrupitev, v CPZOPD Celje so prevladovali samomori in smrti nedoločenega namena, v CPZOPD Kranj je bilo enako število tistih, ki so storili samomor, in onih, ki so se nenamerno zastrupili.

Izračuni korelacije med umrljivostjo zdravljenih uporabnikov prepovedanih drog, razdeljeno po CPZOPD, v pripadajočih statističnih regijah in nekaterimi izbranimi kazalniki izobraževanja, trga dela, socialne zaščite, bruto domačega proizvoda in poslovnih subjektov so pokazali značilno pozitivno korelacijo med umrljivostjo v posameznem CPZOPD in številom, v regiji, brezposelnih s srednješolsko izobrazbo ter številom prejemnikov denarnih socialnih pomoči na 1.000 prebivalcev ter podjetij, ki so prenehala poslovati in so bila brez naslednikov. V regijah z večjim številom brezposelnih z osnovnošolsko izobrazbo in večjim številom študentov na višjih in visokih šolah je bila umrljivost značilno nižja kot v regijah z nižjim številom tako šolanih.

Ko je bila na enak način računana korelacija med umrljivostjo zaradi samomorov po regijah in zgoraj naštetimi kazalniki, je bilo ugotovljeno, da je bila umrljivost zaradi samomorov pozitivno povezana z registrirano brezposelnostjo ljudi z osnovno šolo in negativno s številom brezposelnih prebivalcev z višje- in visokošolsko izobrazbo, povprečno neto plačo na zaposlenega in deležem odraslih, včlanjenih v splošne knjižnice. Pomembna sta bila tudi bruto domači proizvod na prebivalca ter delež višje- in visokošolskih študentov v regiji.

Demografski podatki o umrlih in preživelih članih kohorte

Tabela 6.9: Lastnosti, ki se značilno razlikujejo med umrlimi in do konca leta 2011 preživeli zdravljenimi uporabniki drog, 2004–2011

Spremenljivke	Kategorije spremenljivk	Število		Deleži %		Verjetnost napake P
		Umrli	Živi	Umrli	Živi	
Spol	Moški	140	2.863	84,3	75,7	0,011
	Ženske	26	918	15,7	24,3	
Vrsta obravnave ob vstopu	Nova prvič	23	962	13,9	25,4	0,002
	Stara	137	2.611	82,5	69	
Zaposlitveni status	Redno zaposlen	25	759	18,6	22,5	0,001
	Učenec, dijak, študent	9	553	6	16,4	
	Nezaposlen, občasno	110	1.912	66,3	50,5	
Glavna droga	Opioidi	141	3.066	84,9	81	0,041
	Kokain, stimul.	4	32	2,4	0,8	
	Kanabis	5	250	3	6,6	
	Drugo	16	435	9,6	11,5	
Način vnosa glavne droge	Vbrizgavanje	113	2.091	75,3	62,1	0,001
	Kajenje/Njuhanje	20	947	13,3	28,1	
	Pitje/Žvečenje	1	32	0,7	1	
	Njuhanje	16	296	10,7	8,8	
Kdaj koli vbrizgaval	Da	134	2.544	90,5	76,4	0,001
	Ne	14	784	9,5	23,6	
Test. Anti HIV leta do 2006	Pozitiven	3	3	2,2	0,1	0,001
	Negativen	131	2.500	97,8	99,9	
Test. Anti HBC leta do 2006	Pozitiven	11	81	6,6	2,1	0,001
	Negativen	94	1.659	56,6	43,9	
Test. Anti HCV leta do 2006	Pozitiven	44	488	39,3	25,3	0,001
	Negativen	68	1.441	60,7	74,7	
Vrsta centrov za zdravljenje	Krajevni z. c.	33	985	19,9	26	0,025
	Drugi nebivalni specializirani	63	1.089	38	28,8	
	Ambulantni c. a ment. zdravje	41	882	24,7	23,3	
	Splošni zdravniki	28	822	16,9	21,7	

z. c. = zdravstveni center, ment. = mentalno

Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

IVZ (Evidenca obravnave uživalcev drog – IVZ 14)

Med umrlimi je bil delež moških višji kot med preživelimi, prav tako je bilo med umrlimi več po vključenosti v zdravljenje starih klientov, nezaposlenih ali občasno zaposlenih, več tistih, ki so prišli na zdravljenje zaradi uporabe opioidov ali kokaina, intravenskih uporabnikov, tistih, ki so kadar koli v življenju za uporabo droge uporabljali injekcijske igle, tistih, ki so imeli v obdobju 2004–2006 pozitiven test na protitelesa proti HIV, HBC in/ali HCV (tabela 6.9). Več umrlih se je zdravilo v drugih specializiranih nebivalnih centrih in večji delež živih v preostalih. Razlike med deležem umrlih in preživelih so bile za vse zgornje spremenljivke statistično značilne.

Tabela 6.10: Povprečne vrednosti lastnosti, ki se značilno razlikujejo med umrlimi in do konca leta 2011 preživelimi zdravljenimi uporabniki drog, 2004–2011

Spremenljivke	Vitalni status	Število	Povprečna starost	Verjetnost napake P
Starost ob smrti na koncu opazovanja	umrli	149	35	0,025
	živi	3.361	33,8	
Starost ob vstopu v raziskavo	umrli	166	31,9	0,001
	živi	3.781	26,7	
Starost ob uporabi katere koli droge	umrli	150	16,6	0,012
	živi	3.364	15,9	
Starost ob prvi uporabi glavne droge	umrli	149	20,3	0,001
	živi	3.361	19,1	

Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

IVZ (Evidenca obravnave uživalcev drog – IVZ 14)

Povprečna starost umrlih ob koncu opazovanja je bila višja kot povprečna starost preživelih, moških in žensk. Višja je bila pri umrlih pri vstopu v raziskavo, ob prvi uporabi katere koli droge in ob prvi uporabi glavne droge (tabela 6.10).

Vzroki smrti

Tabela 6.11: Stopnje umrljivosti med kohorto uporabnikov prepovedanih drog, starimi od 15 do 59 let, v primerjavi z deleži umrljivosti med prebivalci Slovenije, po vzrokih smrti, 2004–2011

Vzroki smrti	Število umrlih uporabnikov drog	Deleži umrlih uporabnikov drog 2004–2011	Deleži umrlih v slovenski populaciji 2007	Umrljivost uporabnikov drog 2004–2011	Umrljivost slovenske populacije 2007	RR
Nalezljive in parazitarne bolezni	6	3,6	0,7	0,217	0,016	13,6
Neoplazme	4	2,4	35,2	0,145	0,841	0,2
Sladkorna bolezen	1	0,6	1,4	0,036	0,132	2,3
Duševne motnje	6	3,6	1,05	0,217	0,025	8,7
Bolezni obtočil	9	5,4	17,6	0,325	0,419	0,8
Bolezni dihal	2	1,2	1,8	0,072	0,043	1,7
Bolezni prebavil	12	7,2	11,8	0,434	0,281	1,5
Prirojene nepravilnosti	1	0,6	0,4	0,036	0,011	3,3
Neznani vzroki smrti	1	0,6	3	0,036	0,072	0,5
Zunanji vzroki	124	74,7	24,6	4,483	0,588	7,6
Skupaj	166	100,0	95,1	6,001	2,386	2,5

RR = relativno tveganje za smrt zdravljenih uživalcev drog v primerjavi s preostalo enako staro populacijo

Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

Več kot tri četrtine vzrokov smrti med vsemi vzroki tistih članov kohorte, ki so umrli v obdobju 2004–2011, so predstavljale nasilne smrti. Zaradi nalezljivih bolezni, duševnih motenj, bolezni dihal, bolezni prebavil in nasilnih smrti so bile stopnje umrljivosti zdravljenih uporabnikov drog višje kot stopnje umrljivosti enako starih prebivalcev Slovenije. Relativno tveganje za smrt je bilo pri uporabnikih drog za eno in pol pri boleznih prebavil, do trinajstkrat in pol višje pri infekcijskih boleznih kot pri drugih enako starih prebivalcih Slovenije (tabela 6.11).

Nalezljive bolezni (A00.0–B99.9)

Nalezljive bolezni kot vzrok smrti so nastopile pri šestih uporabnikih drog, 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 heroin in v enem kokain. V štirih primerih je bil vzrok smrti kronični virusni hepatitis C (B 182) in v dveh primerih bolezni, ki jo povzroča virus HIV (B 240).

Maligne neoplazme (C00.0–C99.9)

Rak je bil vzrok smrti pri petih uporabnikih drog, starih od 25 do 58 let. V treh primerih je bil vzrok smrti rak pljuč (starost 49 in 58 let) in pri enem (starost 25 let) rak vezivnega in mehkega tkiva. Pri dveh od treh umrlih zaradi raka pljuč je bila glavna droga ob vstopu v raziskavo heroin, pri enem o glavni drogi ni bilo podatka. Pri enem od treh umrlih sta bili spremljajoči drogi kanabis in alkohol in eden je imel pozitiven test na virus hepatitisa C.

Bolezni srca in žilja (I00.0–I99.9)

Smrt zaradi bolezni srca in žilja je nastopila pri devetih uporabnikih, ki so bili stari od 23 do 53 let. 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 dvanajstih primerih bolezni prebavil je bil vzrok smrti alkoholna jetrna ciroza, pri uporabnikih drog, starih od 31 do 59 let. V osmih od enajst primerov je bila ob vstopu v kohorto glavna droga heroin, v enem drugi opiodi, v treh primerih glavna droga ni bila znana. V treh primerih sta bili dodatni drogi kombinacija kokaina in alkohola, v dveh samo alkohol in v po enem kombinacija alkohola s heroinom v prvem in s kanabisom v drugem. Med devetimi osebami, testiranimi na prisotnost protiteles proti virusu hepatitisa B in C, sta bili dve osebi pozitivni na hepatitis B in sedem na hepatitis C. Med enajstimi testiranimi na HIV je bila ena oseba pozitivna.

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

Tabela 6.12: Stopnje umrljivosti zaradi nasilnih vzrokov smrti med člani kohorte v primerjavi s stopnjami umrljivosti nasilnih smrti med drugimi umrlimi prebivalci Slovenije, starimi od 15 do 59 let, 2004–2011

Vzroki smrti	Št. umrlih uporabnikov drog	Stopnje umrljivosti uporabnikov drog	Stopnje umrljivosti v slovenski populaciji	RR
Transportne nezgode	12	0,43	0,18	2,36
Padci	1	0,04	0,05	0,68
Utopitve	1	0,04	0,01	3,28
Druge nezgode	2	0,07	0,04	2,06
Nezgodne zastrupitve	45	1,63	0,02	77,43
Samomori	31	1,12	0,2	5,52
Napad	3	0,11	0,01	9,00
Nedoločen namen	32	1,16	0,05	25,71
Zapleti medicinske oskrbe	1	0,04	0,09	4,50
Pozne posledice	1	0,04	0	18,00
Skupaj	129	4,66	0,59	7,93

RR = relativno tveganje za smrt zdravljenih uživalcev drog v primerjavi s preostalo enako staro populacijo

Vir: IVZ (Zdravniško poročilo o umrli osebi – IVZ 46)

Med nasilnimi smrtmi so bile najpogostejše nezgodne zastrupitve in zastrupitve, katerih namen ni bil ugotovljen. Tesno so jim sledili samomori in z dokajšnjim zaostankom transportne nezgode. Poleg teh, za katere so bile stopnje umrljivosti med uporabniki drog višje kot med preostalo populacijo, so imele višje stopnje še druge nezgode in napadi, a pri obeh so bile absolutne številke majhne. Če izvezemo vzroke smrti, ki jih v populaciji v primerjavi s smrtmi med uporabniki drog skoraj ni, to so nezgodne zastrupitve in zastrupitve, katerih namen ni bil določen, je tveganje, da bodo umrli, v primerjavi s preostalo populacijo najvišje pri samomorih, sledijo jim prometne nezgode. Absolutna števila preostalih vzrokov smrti so tako majhna, da računanje relativnega tveganja ni primerno.

Transportne nezgode

Zaradi transportnih nezgod je umrlo dvanajst uporabnikov drog, ki so bili stari od 20 do 43 let. Deset jih je kot glavno drogo ob vstopu 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 dve osebi, za kateri 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 že dlje časa obravnavani v CPZOPD.

Nezgodne zastrupitve

Smrt zaradi nezgodne zastrupitve je nastopila pri 45 uporabnikih, starih od 18 do 58 let. Med njimi je bilo 10 novih strank, preostali so vstopili na zdravljenje ponovno ali so bili na dolgotrajnem zdravljenju. 8/39 umrlih je živel samih in za štiri življenjska skupnost ni bila znana. Sedem je bilo redno zaposlenih in šest je bilo učencev, dijakov ali študentov; preostali so bili nezaposleni ali ekonomsko neaktivni. Najvišja dokončana izobrazba je bila pri 39 od 40 od dve- do triletna strokovna šola ali manj.

Pri 38 od 45 je bila glavna droga ob vstopu na zdravljenje heroin, 35 si jih je heroin vbrizgavalo, preostali so ga njuhali ali inhalirali. Trije so jemali kokain, dve osebi sta ga vbrizgavali in ena je inhalirala; v po enem primeru je bila glavna droga ob vstopu v raziskavo metadon/kanabis. Ob heroinu kot glavni drogi je 21 ljudi jemalo še kanabis, 12 kokain, 4 benzodiazepine in 5 alkohol, 4 MDMA ali amfetamine in 2 metadon.

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. Med 45 umrlimi zaradi zastrupitve je poleg glavne droge jemalo še eno drogo 15 ljudi, najpogosteje kanabis in še MDMA, kokain, alkohol, heroin in metadon. Po dve drogi je uporabljalo tudi 15 ljudi, najpogosteje kombinacijo kanabisa in kokaina (6-krat), kokaina in MDMA ali amfetamine (4-krat), kanabis in benzodiazepine (2-krat) kokain in alkohol ali benzodiazepine (1-krat) ter enkrat benzodiazepine in metadon.

116 Vseh devetintrideset ljudi, ki so bili testirani na HIV, je bilo negativnih, med 29 testiranimi za hepatitis B sta bila dva pozitivna in med 36 testiranimi za HCV je bilo 15 pozitivnih, pri 4 rezultat ni bil znan.

Med umrlimi uporabniki drog, ki so umrli zaradi nenamerne zastrupitve, in uporabniki drog, ki so umrli zaradi drugih nasilnih smrti, so bile ugotovljene naslednje statistično značilne razlike ($P < 0,100$). Med nenamerno zastrupljenimi je bil značilno višji delež žensk kot med umrlimi zaradi preostalih vrst nasilnih smrti, večji je bil delež učencev, dijakov in študentov, večji delež tistih, ki so si ob vstopu v zdravljenje drogo vbrizgavali, in višji je bil delež oseb, ki so imele pozitivni test na virus C hepatitis, ob smrti so bili tudi starejši in dlje časa so sodelovali v raziskavi. Višji delež je bil tudi tistih, ki so bili že prej obravnavani v kateri izmed ustanov za vzdrževalno zdravljenje, a ne neprekinjeno.

Samomori

Med 3.944 zdravljenimi uporabniki drog je v obdobju od leta 2004 do leta 2011 naredilo samomor 31 ljudi, starih od 22 do 50 let. V 25 primerih je bila glavna droga ob vstopu v zdravljenje heroin, v dveh primerih kanabis in v štirih glavna droga ni bila zapisana. Dodatna droga je bila v največ primerih kanabis, sledili so ji kokain in benzodiazepini. Tri četrtine tistih, ki so naredili samomor, je živel s starši, 9/10 je bilo samskih in samo 8 od 27 je imelo stalnega spolnega partnerja več kot eno leto. Dva sta imela pozitiven test na hepatitis B in štirje na hepatitis C. Ena četrtina je bila redno zaposlena, od 2- do 3-letna strokovna šola ali manj je bila najvišja dosežena izobrazba pri skoraj večini in večina se je odločila za zdravljenje sama.

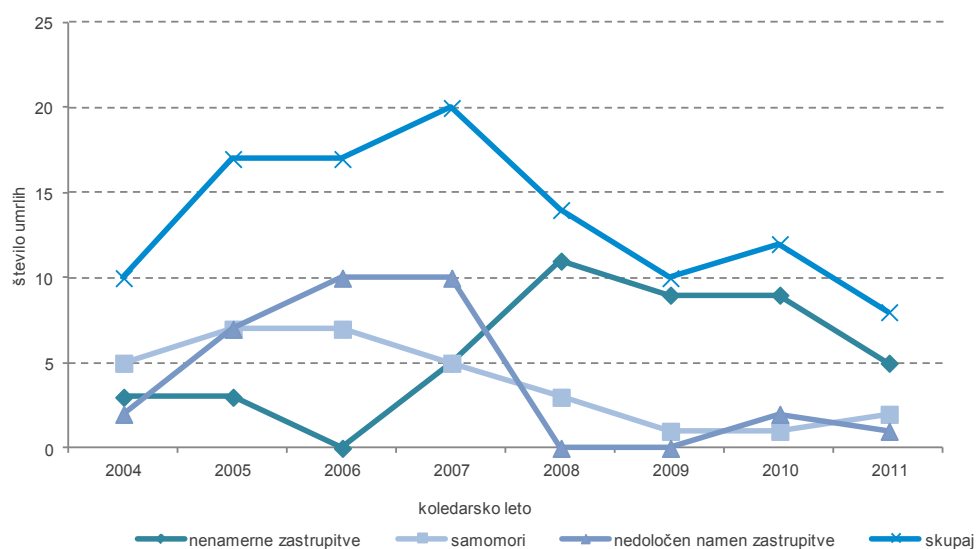
Med štirimi samomori s prepovedanimi drogami sta bila dva s heroinom in po eden z drugimi opioidi in metadonom. Sedem je bilo samomorov z ogljikovim monoksidom in deset z obežanjem, štiri s skokom z višine, dva z ostrim predmetom, dva s skokom pod vlak in eden s strelnim orožjem; pri enem način samomora ni bil zapisan.

Med tistimi, ki so naredili samomor, je bilo več takih, ki so bili na dolgotrajnem zdravljenju, in manj tistih, ki so v času zbiranja oseb za raziskavo prišli na zdravljenje prvič, več jih je živel s starši, več je glavno drogo kadilo ali inhaliralo, večji delež je bil tistih, ki so se zdravili v krajevnih CPZOPD kot med preostalimi zdravljenimi uporabniki drog, ki so bili tudi žrtve nasilnih smrti.

Smrti, pri katerih namen ni znan

Takih smrti je bilo med opazovanjem 32 pri uporabnikih, starih od 19 do 48 let. V 26 primerih je bila glavna droga ob vstopu v obravnavo heroin, v enem kanabis in v enem glavna droga ni bila znana. V enem primeru je smrt nastopila zaradi padca z višine, kakšne vrste je bil padec, se ni vedelo, niti ali je bil padec posledica nezgode, uboja ali samomora.

Slika 6.9: Število smrti v treh kategorijah nasilnih smrti med zdravljenimi uporabniki drog, 2004–2011



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

Na osnovi tega, da so bile v zadnjih štirih letih (od 2008 do 2011) zaznane samo štiri smrti, katerih namen ni bil določen, nadalje 34 nenamernih zastrupitev, med katerimi je bila večina zastrupitev z opioidi, se lahko sklepa, da bi večina zastrupitev, katerih namen ni določen, lahko pripadla nenamernim zastrupitvam.

Razprava

Da bi se ugotovilo, zaradi katerih posrednih vzrokov smrti umirajo uporabniki prepovedanih drog, smo spremljali zdravljenе uporabnike drog in ugotovili število njihovih smrti v obdobju osmih let. Opisani so tudi demografski in socialni kazalniki, kazalniki vedenja in okuženosti

ter vzroki smrti. Raziskav o deležu zajema in kakovosti podatkov ni, zato smo zajeli, v treh letih, vse, ki so bili registrirani v 17-ih med 18-imi CPZOPD-ji; njihov vitalni status smo sledili s povezovanjem podatkov zdravljenih uporabnikov drog in podatkov v zbirkah podatkov o umrlih v letih 2004–2011. Čeprav zbirki nista bili povezani z obeh strani z enoznačno kodo, ocenjujemo, da smo z nadaljnjimi postopki (izločanje enega v primeru dveh ali treh enakih) pridobili kakovostne podatke o umrlih. Predpostavljali smo, da so bili vsi, ki so vstopili v raziskavo, spremljani do smrti oziroma konca raziskave. Nismo ugotavljali, ali je kdo med člani kohorte umrl v tujini.

Analiza spremljanja umrljivosti zdravljenih uporabnikov prepovedanih drog v Sloveniji je pokazala, da je umrljivost med njimi nekaj več kot dvakrat višja kot med preostalimi enako starimi slovenskimi prebivalci. Razpon umrljivosti klientov, ki se zdravijo v posameznih CPZODP, je velik, umrljivost je višja v regijah, v katerih so posredni kazalniki socialno-ekonomskega stanja nižji. Pri umrlih zaradi samomora se je izkazalo, da je umrljivost nižja v regijah, v katerih so kazalniki ekonomskega stanja boljši, in tudi v onih, kjer je izobrazba višja.

Med umrlimi je bilo več starih klientov, več tistih slabšega ekonomskega stanja, več intravenskih uporabnikov in več onih z infekcijami kot posledicami uporabe drog kot med preživelimi. Tudi povprečna starost umrlih je bila višja kot preživelih.

Daleč največ klientov je umrlo nasilne smrti, sledijo tisti z boleznimi prebavil, srca in žilja ter z infekcijskimi boleznimi. Med nasilnimi smrtmi je bilo največ predoziranje s heroinom, z opijem in drugimi opiodi ter z metadonom. Med samomori je bilo največ obešanj in zastrupitev z ogljikovim monoksidom in drugimi izpušnimi plini. Med žrtvami samomora je bilo več takih na dolgotrajnem zdravljenju, in onih, ki so živeli s starši, kot med preostalimi žrtvami nasilnih smrti.

Del visokega koeficienta med umrljivostjo uporabnikov drog in preostale enako stare slovenske populacije 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 in tudi dejstva, da glavnina smrti uporabnikov drog nastopi veliko prej kot smrti enako stare slovenske populacije (mediana starosti ob smrti uporabnikov drog je 32,7 leta, preostale enako stare slovenske populacije 51,1 leta). Ocenjuje se, da velik del razlike v umrljivosti, predvsem žensk, ki so uporabnice prepovedanih drog, in umrljivostjo, standardizirano na starost, pripada razliki v dejanskem številu opazovanih let in številu opazovanih let v posameznih razredih EU standardne populacije, ki je predvsem v krajnih starostnih skupinah zelo velika. Treba bi bilo sestaviti enotno standardno populacijo opazovanih let iz vseh kohort, ki se med seboj primerjajo, ali izbrati eno populacijo med njimi za standard in nanjo računati standardizirane stopnje preostalih.

Po še neobjavljenih podatkih analize osmih kohortnih raziskav, ki so jo izdelali sodelavci EMCDDA, sodi Slovenija s svojimi 5,7 umrlega zdravljenega uporabnika drog na 1.000

opazovanih let na šesto mesto, za Hrvaško in pred Romunijo, prav tako na šesto mesto pri moških in na peto pri ženskah. Med vzroki smrti so bile v Sloveniji daleč večje stopnje umrljivosti zaradi samomorov, prometnih nezgod, smrti, katerih namen ni bil razjasnjen, ter bolezni prebavnega trakta, kot so bile skupne izračunane stopnje vseh osmih držav (EMCDDA 2012a). V raziskavi z naslovom »The Oslo Mortality Study« so ugotovili, da so pogoji življenja v mladosti povezani s smrtmi zaradi psihiatričnih bolezni, predvsem zaradi alkohola in odvisnosti od drog (Claussen in sod. 2003). V Sloveniji je prekomerno uživanje alkohola razširjeno in vsi omenjeni vzroki smrti, razen smrti, katerih namen ni bil razjasnjen, sodijo v kategorijo z alkoholom povezanih vzrokov smrti.

Sklepi

- Število moških, umrlih zaradi neposrednega delovanja drog v telesu, in tistih v kohorti je v obdobju 2004–2011 značilno padlo. Pri ženskah je neposredna umrljivost v obdobju 2007–2009 padla, v zadnjih dveh letih pa se spet dviguje. V kohorti umrljivost od 2007 naprej pada.
- Razmerje med smrtmi moških in žensk je okoli 4: 1 v korist žensk, vendar se je v osmih letih število umrlih žensk povečevalo ob hkratnem padanju števila umrlih moških. Razmerje umrljivosti moških in žensk v kohorti v posameznih letih variira od nekaj manj kot ena v korist moških do osemkrat večjega v korist žensk. Ta širok razpon je predvsem posledica majhnega števila umrlih žensk v primerjavi z moškimi v posameznem letu.
- S staranjem uporabnikov drog se je tudi najvišje število neposrednih smrti in smrti med zdravljenimi uporabniki drog premaknilo s starosti pod 30 let na starost nad 30 let. Vzporedno je v obeh skupinah smrti med zdravljenimi in neposrednimi smrtmi rasla tudi mediana starosti ob smrti, medtem ko se gibanje prezgodnjih smrti v obeh skupinah uporabnikov drog od leta 2007 ni bistveno spreminjalo. Tudi število potencialno izgubljenih let («years of potential life lost») na umrlega je bilo v obeh skupinah skoraj enako.
- Naraščanje števila smrti zaradi heroina ob padanju tistih zaradi opija in drugih opioidov med neposrednimi smrtmi bi bilo lahko v začetnem obdobju registriranja podatkov posledica nenatančnega ugotavljanja smrti zaradi heroina ter opija in drugih opioidov, ker je ob naraščanju smrti zaradi heroina padalo število smrti zaradi opija in drugih opioidov. Med zdravljenimi uporabniki opija in opioidov so tudi padale stopnje umrljivosti, a so bile stopnje od leta 2008 naprej višje kot med vsemi zdravljenimi uporabniki. Število smrti zaradi metadona se je od leta 2005 gibalo od 6 do 8 neposrednih smrti letno in od 1 do 3 med zdravljenimi uporabniki, a v letu 2011 je skočilo na 5. V opazovanem obdobju je počasi naraščalo število neposrednih smrti zaradi kokaina. Med zdravljenimi uporabniki drog so bile le v letu 2010 štiri smrti zaradi kokaina.
- Stopnje neposredne umrljivosti so se med posameznimi statističnimi regijami razlikovale tudi za 3 umrle na 1.000 opazovanih let v letu 2011, a med klienti posameznih centrov za zdravljenje so bile med 2,3 do 13,0 umrlih na 1.000 zdravljenih uporabnikov nedovoljenih drog. Poleg tega, da je vzrok za veliko razliko med umrljivostjo v sedemnajstih CPZOPD tudi majhno število umrlih v posameznem CPZOPD (najnižje število umrlih je bilo 2), bo treba preostale vzroke še ugotoviti. Izkazalo se je, da so

stopnje umrljivosti klientov posameznih CPZOPD povezane z indirektnimi socialno-ekonomskimi kazalniki okolice in pri samomorih tudi s stopnjo izobraženosti. Medtem ko je bila večina umrlih zaradi neposredne zastrupitve z drogami samska ali ločena, jih je med umrlimi zdravljenimi uporabniki drog samo deset odstotkov živel samih.

- S sprejetjem metodologije EMCDDA zbiranja podatkov o umrlih zaradi prepovedanih drog v letu 2003 je mogoče spremljati tudi trende gibanja umrljivosti. Podatki v uradnih zbirkah podatkov o umrlih (Državni Register umrlih op. avtorice) predstavljajo skoraj izključno (23 od 25) nezgodne zastrupitve, tj. zaradi načina, kako se zbirajo. Tako ni mogoče zajeti samomorov, izvršenih z drugimi sredstvi, ne prometnih nezgod in drugih nasilnih smrti niti nenasilnih vzrokov smrti, 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.
- Razmisliti bi bilo treba, ali ne bi veljalo vzpostaviti Specialnega registra smrti uporabnikov drog, kot se je že začelo s povezovanjem zbirk podatkov Inštituta za sodno medicino in Generalne policijske uprave ter državnega registra umrlih, a je bil z administrativnim ukrepom ukinjen. To bi omogočilo, da bi se bolj približali oceni števila vseh umrlih uporabnikov drog v Sloveniji zaradi neposrednih in tudi posrednih vzrokov smrti.
- S povezovanjem Specialnega registra smrti uporabnikov prepovedanih drog, podatkov iz državnega registra smrti in kohortnimi raziskavami bi lahko tudi ocenili veljavnost števila smrti v obeh registrih in kohortni analizi.
- 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, a tudi tiste, ki živijo z uporabnikom drog.
- 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 ...).
- V zadnjih dveh letih se je znižalo število smrti, katerih namen ni bil ugotovljen, in zvišalo število nenamernih zastrupitev. Ob tem, da se število samomorov ni občutno spremenilo, se lahko sklepa, da bi lahko najvišji delež smrti neugotovljenega namena pripadal nenamernim zastrupitvam.
- Na osnovi ugotovitev kohortne raziskave se zdravnikom v CPZOPD lahko priporoči, da naj bodo pozorni pri svojih klientih na napovedne znake samomora, ker so samomori značilno povezani s stopnjo umrljivosti v posameznih centrih in da se posamezne bolezni pri njihovih klientih pojavljajo prej kot pri preostali populaciji. Delavce v javnem zdravstvu kaže opozoriti na poseben problem alkoholizma med uporabniki drog, zaradi velikega števila alkoholnih jetrnih ciroz.

ODZIVI NA Z DROGAMI POVEZANE TEŽAVE Z ZDRAVJEM IN DRUGE POSLEDICE

Andreja Drev, Milan Krek, Mina Paš

7.

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

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 ter brezplačno testiranje za HIV in 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, na katerih se zadržujejo uporabniki. Tako imenovana mobilna zamenjava igel se izvaja v za to prilagojenih kombijih. V letu 2011 je bilo med nizkopražne programe razdeljenih 632.462 igel in brizg.

121

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. 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 ustanovam in nevladnim organizacijam, ki delujejo na področju prepovedanih drog, in ob večji nevarnosti

za zdravje uporabnikov tudi s pomočjo množičnih medijev. V centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) med zdravljenjem potekajo izobraževanja uporabnikov prepovedanih drog o predoziranju, ki vključuje prepoznavanje predoziranja in osnovne ukrepe ob sumu na predoziranje. Na prireditvah elektronske glasbe usposobljeni terenski delavci izvajajo obveščanje o zmanjševanju tveganj zaradi uporabe stimulantnih drog, distribucijo izotoničnih napitkov, 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 Ljubljana deluje Center za zastrupitve, ki je bolnišnični oddelek z 12 posteljami. Tu zdravijo vse vrste akutnih in kroničnih zastrupitev ter nudijo 24-urno informacijsko-konzultativno službo s področja klinične toksikologije, in sicer se med drugim nudi pomoč vsem slovenskim zdravnikom pri zdravljenju bolnikov, zastrupljenimi s prepovedanimi drogami. 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. (Podrobnejši opisi so na voljo v Nacionalnem poročilu 2011 o stanju na področju prepovedanih drog.)

Nevladna organizacija Združenje DrogArt, ki deluje na področju zmanjševanja škode zaradi klubskih drog, uporabnikom psihoaktivnih snovi omogoča testiranje novih psihoaktivnih snovi, za katere uporabniki sumijo, da vsebujejo kaj nenavadnega oziroma so njihovi učinki drugačni od pričakovanih. Uporabniki vzorec snovi prinesejo v prostore infotočke DrogArt, kjer najprej opravijo hitri barvni test z Marquisovim in Mandelinovim reagentom ter s Kobaltovim tiocianatom. Tako se lahko ugotovi, ali snov vsebuje kokain, MDMA, amfetamin in nekatere druge snovi. Če se s testom potrdi prisotnost pričakovane snovi, vzorec uporabniku vrnejo. Če je barvna reakcija drugačna od pričakovane snovi ali je barvna reakcija neznačilna ali če uporabnik poroča o »čudnih« učinkih, se snov ob strinjanju uporabnika posreduje v testiranje Nacionalnemu forenzičnemu laboratoriju. Če se izkaže, da zaznana snov predstavlja tveganje za zdravje, DrogArt o pojavu te snovi obvesti uporabnike prek spletne strani, facebooka in spletnega foruma (www.drogart.org/forum), v nekaterih primerih pa tudi na terenu. Tako so npr. ob pojavu serije tabletk ekstazija, ki so vsebovale tudi mCPP, v dogovoru z organizatorjem glasbene prireditve vsakemu obiskovalcu ob nakupu vstopnice dali še listič z opozorilom o vsebnosti mCPP-ja v tabletkah ekstazija.

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

Preventiva pred nalezljivimi obolenji poteka v vseh CPZOPD; uporabniki drog imajo na voljo brezplačno cepljenje proti hepatitisu B ter brezplačno testiranje za HIV in hepatitis C. Ob pozitivnem testu ima vsak uporabnik drog zagotovljeno brezplačno zdravljenje HIV in hepatitisa C. Leta 2007 so bile izdelane Slovenske nacionalne smernice za obravnavo hepatitisa C pri uporabnikih drog v programih substitucijske terapije. Enkrat letno poteka akcija anonimnega testiranja na hepatitis C. Testiranje poteka na Infekcijski kliniki v Ljubljani in mobilnih točkah, na katerih 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. (Podrobnejši opisi so na voljo v Nacionalnem poročilu 2011 o stanju na področju prepovedanih drog.)

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, na katerih 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.

Nakup in razdeljevanje sterilnega materiala za varno injiciranje drog potekata prek Zavoda za zdravstveno varstvo Koper (ZZV Koper), ki je v letu 2011 redno oskrboval deset programov nizkega praga in štiri mobilne enote (kombije), ki omogočajo izmenjavo sterilnega pribora na terenu. Poleg sterilnega materiala za injiciranje drog se razdeljujejo še: askorbinska kislina, gaze, povoji, kondomi, sredstva za razkuževanje rok in tal ter drugih delovnih površin. Materiale in delo v okviru programa financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zbiranje okuženega materiala je bilo organizirano v desetih programih in štirih kombijih. Uporabljen material se zbira v prostorih programov in mobilnih kombijih ter hrani v varno embalažo, ki zaščiti osebe pred poškodbo z že uporabljenim iglo ali s priborom. Odvoz materiala izvaja za to usposobljeno podjetje, ki ves material tudi ustrezno uniči. Strokovni odvoz in uničenje rabljenih igel sta bila omogočena 12 programom nizkega praga.

V letu 2011 je ZZV Koper med nizkopražne programe razdelil 632.462 igel in brizg. Vrnjenih igel in brizg je bilo 220.549, kar pomeni, da je bilo vrnjenih 35 % igel in brizg od vseh razdeljenih v nizkopražnih programih. V letu 2011 je bilo razdeljenih 173.611 igel in brizg manj kot v letu 2010. Povečala pa se je poraba velikih brizg (20 ml), ki se uporabljajo za pripravo substanc, ki se pridobijo s posebnim postopkom filtracije s pomočjo vate iz zdravil. To sovpada s podatki, da se je povečala zloraba različnih psihoaktivnih zdravil. Sicer pa je bilo v letu 2011 v programih nizkega praga, v katerih se izvaja zamenjava sterilnega pribora, izvedenih 13.851 stikov, od tega 11.480 moških in 2.443 žensk; povprečna starost prvih je bila 30,25 leta in drugih 29,25 leta.

V sklopu prizadevanj za zmanjševanje števila odvrženih igel v parkih in drugih prostorih je ZZV Koper oblikoval poseben program izobraževanja komunalnih delavcev, ki velikokrat pridejo v stik z odvrženimi iglami. Izobrazili so 60 ljudi na območju mesta Ljubljana. Seminar je obsegal osnove bolezni odvisnosti, načine injiciranja, poznavanja materiala za injiciranje, tehnike pobiranja okuženega materiala in uporabo zaščitnih sredstev ter zbiranje kontaminiranega materiala in končno uničenje tako zbranega materiala. Na izobraževanju so bili izvedeni tudi praktični prikazi pobiranja igel in njihove dezinfekcije v posebni zaščitni opremljeni ter načini zbiranja materiala v posebni zaščitni opremljeni in shranjevanje materiala v zato posebej prirejeni zaščitni embalaži.

Zakonski okvir za delovanje sistema socialnega varstva postavlja Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/2007 in naslednji), področje socialnih prejemkov pa urejajo zlasti Zakon o socialnovarstvenih prejemkih (Uradni list RS, št. 61/2010 in naslednji), Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/2010 in naslednji) in Zakon za uravnoteženje javnih financ (Uradni list RS, št. 40/2012). Vsi trije so se začeli izvajati v letošnjem letu, prva dva z januarjem, zadnji pa maja letos. Nova socialna zakonodaja je na področje socialnih prejemkov in subvencij uvedla določene pomembne novosti in spremembe, kot so: enoten način ugotavljanja gmotnega stanja posameznika ali družine, vrstni red uveljavljanja pravic, enotno vstopno točko za vse socialne prejemke, subvencije in plačila, določitev novih razredov oziroma izhodišč za upravičenost do socialnih prejemkov itn. Spremembe so dodobra zarezale v sistem socialnih prejemkov, odzivi uporabnikov in stroke nanje pa so različni, v večjem obsegu negativni kot pozitivni, čeprav o realnih učinkih izvajanja omenjene nove zakonodaje za zdaj še težko govorimo.

124

Temeljna vsebinska in normativna izhodišča za obravnavo socialnih stisk in težav uporabnikov so zapisana v nacionalnem programu socialnega varstva, ki ga država sprejme za večletno obdobje (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 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). Obdobje izvajanja Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva 2006–2010 se je z letom 2010 končalo, novega strateškega dokumenta na nacionalni ravni za področje socialnega varstva pa Slovenija še ni sprejela. V postopku nastajanja je nov nacionalni program do leta 2020.

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 2011 so na centrih za socialno delo zaznali 298 obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog. V socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog, ki jih sofinancira Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ), pa je bilo v letu 2011 vključenih prek 6.400 uporabnikov.

8.1 Socialna izključenost in uporaba drog

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

V okviru centrov za socialno delo se problematika prepovedanih drog najpogosteje obravnava v okviru prve socialne pomoči, in sicer v približno polovici primerov, v letu 2009 pa celo v 70 %. Ugotovimo lahko, da se problematika prepovedanih drog na centrih za socialno delo ne obravnava prav pogosto. Med letoma 2009 in 2011 je bilo na letni ravni tovrstnih obravnav od 275 do 365 leta 2010, ko je bilo število teh obravnav najvišje v zadnjih treh letih. V letu 2011 je to število spet zdrsnilo pod 300 (tabela 8.1).

Tabela 8.1: Število obravnav na centrih za socialno delo, povezanih s problematiko prepovedanih drog, 2009–2011

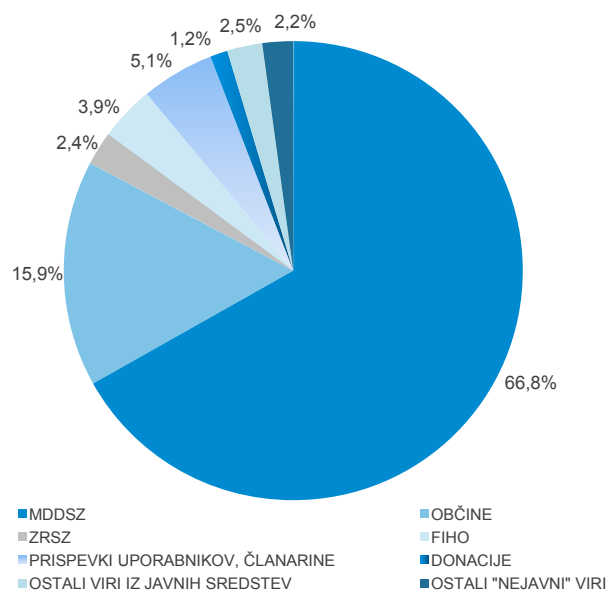
Problematika	2009	2010	2011
Prepovedane droge	275	365	298

Vir: Izpis iz baze socialnih podatkov, MDDSZ

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 Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS (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. Ocenjuje se, da je na področju socialnega varstva takih programov manjši delež.

MDDSZ je v letu 2011 sofinanciral 36 socialnovarstvenih programov s področja prepovedanih drog, ki so bili financirani v skupni višini 4,490.697,60 EUR. Največ sredstev so programi pridobili od MDDSZ, in sicer kar dobri dve tretjini. Med večjimi financerji omenimo še občine (15,91 % sredstev) in uporabnike programov s 5,14 % sredstev (slika 8.1).

Slika 8.1: Viri financiranja socialnovarstvenih programov s področja prepovedanih drog, 2011



Vir: IRSSV, lastni izračuni

Po podatkih IRSSV je bilo v socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog, ki jih sofinancira MDDSZ, v letu 2011 vključenih prek 6.400 uporabnikov, pri čemer k omenjeni vsoti niso šteti uporabniki različnih spletnih forumov, telefonskih in internetnih svetovanj ter širših preventivnih akcij. Največ uporabnikov (prek 4.000) je bilo vključenih v nizkopražne programe. V socialnovarstvenih programih s področja prepovedanih drog je bilo v letu 2011 na voljo 174 postelj, ki so omogočale nastanitev uporabnikov. Največ nastanitvenih kapacitet je bilo na voljo v visokopražnih programih (tabela 8.2).

Med socialnovarstvenimi programi, ki jih je na področju zasvojenosti v letu 2011 sofinanciral MDDSZ, je bil le en program, ki je v celoti namenjen reintegraciji. Gre za Reintegracijski center, ki ga izvaja Center za socialno delo Kranj. V tem programu je bilo nastanjenih 12 različnih uporabnikov, poleg njih pa je bilo v podprograme (zunajbivanjska obravnava, skupina reintegracije, uporabniki IPP, uvodni razgovori – informacije za vstop) vključenih še 66 uporabnikov. Reintegracijo so izvajali še v programu Društva za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem UP, kjer je bilo 14 uporabnikov, in v programu Društva Projekt Človek, kjer je bilo v reintegracijo vključenih 75 ljudi.

Tabela 8.2: Podatki o uporabnikih in kapacitetah v socialnovarstvenih programih s področja prepovedanih drog, 2011

Program	Število uporabnikov	Število postelj
Nizkopražni programi	4.491	28
Programi srednjega praga	890 (R:14)	41 (R:14)
Visokopražni programi	1.048 (R:75)	95 (R: 6)
Programi reintegracije	12	10
Skupaj	6,441	174

(R.): Nekateri programi »srednjega« in visokega praga kot del svojega programa izvajajo tudi reintegracijo. Podatki o le teh so navedeni v (R:)

Vir: Smolej in sod. 2012

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

Ministrstvo za notranje zadeve RS zbira podatke o kriminaliteti s pomočjo centralnega računalnika, v katerega se vnašajo podatki nacionalne, regionalne in krajevne ravni policije. V letu 2011 je policija zaznala 1.925 kaznivih dejanj (po Kazenskem zakoniku) in 3.691 prekrškov (opredeljenih po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami) s področja prepovedanih drog ter obravnavala 2.229 ljudi zaradi suma storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog. Konoplja tudi v letu 2011 ostaja tista prepovedana droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov.

V letu 2011 je policija obravnavala 128 osumljencev, ki so bili ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom prepovedanih drog, in 210 kaznivih dejanj, ki so bila storjena z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge. Policija je odredila tudi 1.162 strokovnih pregledov, pri katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi; od tega je bil v 648 primerih izid analize pozitiven. Vozniki so najpogosteje vozili pod vplivom metadona, opiatov in benzodiazepinov.

Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij je organ v sestavi Ministrstva za pravosodje RS, ki skrbi za izvrševanje kazenskih sankcij in ki organizira ter vodi zavode za prestajanje kazni zapora ter prevzgojni dom. V Sloveniji je šest zavodov za prestajanje kazni zapora in en prevzgojni dom. Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij vsake tri mesece na konkretni dan preveri številčno stanje zaprtih ljudi s težavami s prepovedano drogo in tudi število okuženih z virusom HIV, s hepatitisom in tuberkulozo. V letu 2011 je imela težave s prepovedanimi drogami dobra petina vseh zaprtih ljudi, od tega jih je 58 % prejelo substitucijsko terapijo. Pravosodni policisti so prepovedane droge v zaporih odkrili v 81 primerih, pri čemer je bila konoplja tista prepovedana droga, s katero je povezano največje število najdb in tudi največja skupna količina.

9.1 Z drogami povezana kriminaliteta

Staša Šavelj

Kazniva dejanja in prekrški

V letu 2011 je slovenska policija obravnavala 88.722 kaznivih dejanj, od tega je bilo 1.925 kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog, kar pomeni 2,2 % vseh evidentiranih kaznivih dejanj (tabela 9.1). Število obravnavanih kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog v letu 2011 ostaja približno enako številu iz leta 2010, kar pomeni, da se stanje na tem področju v Sloveniji ni poslabšalo. Tudi število osumljenih storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog se v primerjavi z letom 2010 ni bistveno spremenilo. V rahlem porastu pa je število kršitev in tudi število kršiteljev zakona s področja prepovedanih drog.

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

Tabela 9.1: *Skupno število evidentiranih kaznivih dejanj, število kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog, število osumljenih storitve kaznivega dejanja, število prekrškov s področja prepovedanih drog in število kršiteljev Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, 2009–2011*

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

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

V sredini leta 2011 je v Sloveniji nastala reorganizacija policije, in sicer združevanje regionalnih policijskih uprav, zato primerjava evidentiranih kaznivih dejanj oziroma prekrškov s področja prepovedanih drog na posameznih policijskih upravah s preteklimi leti ni ustrezna.

Poleg kaznivih dejanj je policija v letu 2011 zaznala tudi 3.691 prekrškov s področja prepovedanih drog, ki so opredeljeni v Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami. Prepovedana droga konoplja še naprej ostaja tista prepovedana droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov s področja prepovedanih drog, sledita heroin in kokain.

¹⁵ 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«.

Kazniva dejanja, storjena pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog

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

V letu 2011 je policija obravnavala 463 osumljencev, ki so bili ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom alkohola, 128 pa jih je bilo pod vplivom prepovedanih drog (tabela 9.2). To pomeni, da se je število osumljencev ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom alkohola zmanjšalo, medtem ko se je v primerjavi z letom 2010 delež osumljencev, ki so dejanje storili pod vplivom prepovedanih drog, povečal.

Tabela 9.2: Število osumljencev, ki so kaznivo dejanje izvršili pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, 2009–2011

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

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 še vedno 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 nekaterih posameznih vrstah kaznivih dejanj iz Kazenskega zakonika, 2009–2011

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

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

Sekundarna kriminaliteta

V letu 2011 so policisti obravnavali za 33,5 % manj kaznivih dejanj kot v letu 2010, in sicer 210 (leta 2010 je bilo obravnavanih 316 kaznivih dejanj), ki so bila storjena z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge. Večina kaznivih dejanjih, ki je bila storjena z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge, so premoženjski delikti (tatvina, velika tatvina, rop, zatajitev, goljufija) ter kaznivi dejanji izsiljevanja in ogrožanja varnosti.

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

V primerjavi z letom 2010 (1.501) je policija v letu 2011 odredila veliko manj strokovnih pregledov, in sicer 1.162, v katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi. Tako je bilo v primerjavi z letom prej odrejenih za 22,6 % manj strokovnih pregledov, pri katerih se je ugotavljala prisotnost nedovoljenih snovi, za 25,5 % pa se je zmanjšala tudi ugotovljena prisotnost navedenih snovi pri kontroliranih voznikih. Od odrejenih strokovnih pregledov je analiza krvi/sline ali urina v 648 primerih pokazala prisotnost nedovoljenih snovi (tabela 9.4). Slovenska policija zaznava upad prisotnosti psihoaktivnih snovi med udeleženci v cestnem prometu vse od leta 2010 naprej. Kot vzrok bi lahko navedli večje zavedanje voznikov in delno večje kazni.

Tabela 9.4: Število odrejenih strokovnih pregledov za ugotavljanje prisotnosti prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi ter število pozitivnih rezultatov pregleda krvi/sline in urina, 2010–2011

	2010	2011
Odrejeni pregledi	1.501	1.162
Pozitivni pregledi	870	648

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

Izidi pozitivnih analiz krvi in urina pri odrejenih strokovnih pregledih v letu 2011 so pokazali, da so vozniki najpogosteje vozili pod vplivom metadona, sledi vožnja pod vplivom opiatov in benzodiazepinov (tabela 9.5).

Tabela 9.5: Odkrite prepovedane droge, psihoaktivna zdravila ali druge psihoaktivne snovi v izidih pozitivnih analiz, 2010–2011

	2010	2011
Amfetamini	48	50
Benzodiazepini	173	103
Kanabinoidi	115	72
Kokain	210	88
Metadon	239	142
Opiati	309	134
Antidepresivi	2	0
Antipsihotiki	1	0
Hipnotiki/sedativi	1	3
Opioidi	18	10
Drugo	614	409

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

Prvega julija 2011 je stopil v veljavo Zakona o pravilih cestnega prometa (Uradni list RS, št. 109/2010, 57/2012), po katerem se ugotavlja vpliv prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih 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 ali drugih psihoaktivnih snovi, pri katerem se s posebnimi sredstvi, z napravami ali s strokovnim pregledom ugotovi prisotnost takih snovi v krvi in/ali slini oziroma urinu. 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

Staša Šavelj

Preventivno delo policije na področju kriminalitete, povezane s prepovedanimi drogami, temelji predvsem na ozaveščanju ciljnih skupin o škodljivih posledicah uporabe prepovedanih drog in 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 na 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.

131

9.3 Nadomestne kazni zaporu

Eva Salecl Božič

Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 22/2000) omogoča nekaj milejših oblik prestajanja kazni, in sicer prestajanje kazni zaporu ob koncih tedna, hišni zapor in nadomestno kazen z opravljanjem dela v splošno korist. V letu 2011 je zaporno kazen ob koncih tedna prestajalo 60 obsojencev. Vsi so bili redno zaposleni in niso prekinili delovnega razmerja. Dvema obsojencema je pristojno sodišče v letu 2011 odobrilo hišni zapor. Delo v splošno korist pa je v letu 2011 opravljal 9 obsojencev (tabela 9.6)¹⁶.

¹⁶ Podatki se nanašajo na vse obsojence (na tiste s težavami in tiste brez težav z drogami).

Tabela 9.6: Število obsojencev, ki so prestajali nadomestno kazen, 2009–2011

Leto	2009	2010	2011
Kazen ob koncu tedna	25	63	60
Hišni pripor	3	2	2
Delo v splošno korist	26	12	9

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2011

S spremembo Zakona o prekrških (Uradni list RS, št. 9-318/2011) oseba, ki prestaja uklonilni zapor, ne more več sodišču predlagati nadomestitve plačila globe z opravljanjem nalog v splošno korist ali korist lokalne skupnosti. Predvideva se, da je porast uklonilno zaprtih oseb v letu 2011 v primerjavi s predhodnim letom posledica spremembe omenjenega zakona. Za primerjavo: v letu 2011 je bilo v slovenskih zavodih 1.816 uklonilno zaprtih oseb. Število uklonilno zaprtih oseb se je v primerjavi z letom 2010, ko jih je bilo zaprtih 1.293, povečalo za 40,4 %.

Po Zakonu o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 22/2000) se sme prestajanje uklonilnega zapora prekiniti oziroma odložiti zaradi zdravstvenih razlogov. V praksi se je pri izvajanju uklonilnega zapora oseb, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog, izoblikovala naslednja praksa: če zavod ugotovi, da zaradi zdravstvenih težav oseba ni sposobna prestajati uklonilnega zapora in nima sredstev za poravnavo globe, poda predlog za prekinitve. Predlogi zaradi zdravstvenih razlogov so v večini primerov odobreni. Predvsem gre za osebe, ki imajo težave z odvisnostjo (alkohol, droge ...). Postopek poteka tako, da osebo pregleda zavodski ambulantni zdravnik pristojnega zdravstvenega doma, ki oceni, ali obstajajo zdravstveni razlogi, zaradi katerih bi zavod lahko sodišču predlagal neizvršitev uklonilnega zapora.

Zavodi za prestajanje kazni zapora zbirajo podatke glede odvisnosti uklonilno zaprtih oseb na osnovi zdravniškega poročila/mnenja oz. kar oseba sama pove. V letu 2011 je bilo v zavodih za prestajanje kazni zapora detektirano med uklonilno zaprtimi osebami 151 oseb s težavami zaradi odvisnosti od alkohola, kar predstavlja 8,3 % vseh uklonilno zaprtih oseb, in 135 oseb s težavami zaradi drog, kar predstavlja 7,4 % vseh uklonilno zaprtih oseb.

9.4 Uporaba drog v zaporih

Eva Salecl Božič

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij RS redno spremlja stanje na področju drog v zavodih za prestajanje kazni zapora, in sicer z zajemanjem podatkov za letno poročilo. Vsake tri mesece na konkretni dan preveri številčno stanje zaprtih oseb s težavami s prepovedano drogo in tudi število okuženih z virusom HIV, s hepatitisom in tuberkulozo. Z dnevno komunikacijo z zavodi pa med drugim spremlja tudi vse izredne dogodke, povezane z omenjeno problematiko.

Zaprte osebe, odvisne od prepovedanih drog, so obravnavane skladno z izdelano strategijo, ki opredeljuje medicinski del pomoči, program edukacije in motivacijski proces s ciljem, da zaprta oseba vzpostavi in vzdržuje abstinenco, se vključi v psihosocialne programe pomoči in postopno spreminja življenjski stil od pasivnega k aktivnemu. Obravnava se jih skladno s Strokovnimi navodili za obravnavo zaprtih oseb uživalcev drog ter z Navodilom o oddajanju urina in izvedbi kontrolnega preizkusa (Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, april, 2010).

Ob sprejemu v zavod je zaprta oseba pregledana v zavodski ambulanti. Zdravnik presodi, ali je potrebna medikamentna terapija za lajšanje abstinencične krize ali osebi predpiše substitucijsko terapijo. Medicinsko osebje ima nalogo ozaveščanja oseb o različnih nalezljivih boleznih, spodbujanja testiranja in cepljenja proti hepatitisu B ter obravnave okuženih s hepatitisom C pri zdravniku specialistu.

Tabela 9.7: Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih oseb¹⁷ na določen dan, 2003–2011

Leto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Število vseh zaprtih oseb	4.725	4.344	3.097	3.572	4.311	4.383	4.730	4.592	4.975
Osebe s težavami zaradi droge	727	944	868	948	1.090	1.210	1.209	1.215	1.073
Delež v %	15,38	21,73	28,03	26,5	25,3	27,6	25,6	26,5	21,6

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2011

V letu 2011 je bilo prepoznanih 1.073 zaprtih oseb, ki so imele težave zaradi uporabe prepovedanih drog (tabela 9.7). Med njimi je bilo 12 oseb z izrečenim ukrepom obveznega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog.

Število oseb s težavami zaradi prepovedanih drog se je v primerjavi s predhodnim letom v letu 2011 zmanjšalo za 178 oziroma s 26,5 % na 21,6 % vseh zaprtih oseb (tabela 9.7). Morebitni razlogi za upad so lahko tudi izrekanje alternativnih kazni uporabnikom prepovedanih drog (družbeno koristno delo, izrekanje ukrepa obveznega zdravljenja odvisnosti itn.), morebitno nižanje deleža uporabnikov heroina v širši družbi in višanje deleža uporabnikov drugih substanc, ki se jih v zavodih za prestajanje kazni zapora težje prepozna.

Nezakonit promet z drogami v zaporih

Zaprte osebe vnašajo drogo v zavod na različne načine. Pogost način skrivanja je na telesu ali v oblačilih (všito v robove itn.), metanje prek ograje in vnos s paketi, predvsem v tovarniško pakiranih živilih. Domneva se, da drogo zaprte osebe največkrat skrivajo v telesu,

¹⁷ Glede na kategorijo zaprtih oseb se ločijo: Obsojenec: oseba, zoper katero je s pravnomočno sodbo ugotovljeno, da je kazensko odgovorna. Pripornik: oseba, ki ji je začasno odvzeta prostost zaradi kazenskega postopka. Uklonilno 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. Pridržan: oseba, ki ji je odvzeta prostost na osnovi zakonsko določenih razlogov. Pridržanje sme trajati največ 24 ur od tiste ure, ko je bil obdolženec pridržan. 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.

kar povzroča dodatne težave pri odkrivanju, saj poseg v človeško telo ni dovoljen. Dejansko pa gre pri vseh odkritih vnosih droge v zavode za manjše količine.

Temeljitejši nadzor ob vstopu v zavod, redni pregledi prostorov in oseb, sodelovanje s policijo pri zbiranju informacij in odkrivanje drog s šolanimi psi silijo zaprte osebe v vse večjo iznajdljivost pri iskanju načinov vnašanja droge v zavod. Če se pojavi sum, v preiskavi teh dogodkov zaporsko osebo sodeluje s policijo.

Primer:

V zavodu so pravosodni policisti med rednim obhodom zavoda opazili, da iz bivalnega prostora skozi mrežo na oknu gleda (štrli) palica večje dolžine. Obsojenec je skušal s palico, ki je bila dolga cca 8 m in izdelana iz ročajev metel in okenskih zaključnih letev ter na spojih zvezana z bakrenimi nitkami električnega kabla, »ujeti« zavitek z drogo, ki se je nahajal na obzidju sprehajališča in ga je neznana oseba neuspešno skušala vreči na obsojeniško sprehajališče.

Fotografija 9.1: Palica, ki jo je naredil zapornik, da bi ujel zavitek z drogo



Fotografija je objavljena z dovoljenjem Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij

V letu 2011 je bila droga odkrita v 81 primerih, pri čemer je bilo vseh najdb 241 (tabela 9.8). Glede na skupno količino najdenih drog so v letu 2011 pravosodni policisti našli največ kanabisa v količini 155,85 g, sledijo heroin v količini 61,02 g, kokain z 38,38 g in hašiš z 2,9 g. Poleg tega so pravosodni policisti našli še 79,4 ml metadona, 11,05 l alkohola in 2585,5 kosov tablet (tabela 9.9).

Tabela 9.8: Število najdb prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah, 2011

	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
Skupaj	19	50	9	3	11	3	138	8	241	81

Opomba: Skupno število najdb (dogodkov) je bilo 241, v veliko primerih so pravosodni policisti odkrili več vrst droge hkrati

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2011

Tabela 9.9: *Količina najdenih prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah, 2011*

	Skupna količina heroina/g	Skupna količina kanabis/g	Skupna količina kokaina/g	Skupna količina hašiša/g	Količina alkohola /l	Skupna količina metadona/ml	Skupna količina tablet /kos
Skupaj	61,02	155,85	38,38	2,9	11,05	79,4	2585,5

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

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2011

9.5 Odzivi na z drogami povezane težave z zdravjem v zaporih

Eva Salecl Božič

Substitucijska terapija

Substitucijsko terapijo predpisujejo zdravniki specialisti v ambulanti za odvisnike, ki delujejo znotraj zavoda, v pristojnosti regionalnega zdravstvenega doma. 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 solucije, pomešane s sadnim sokom. V zaporih se težko pojavi/zgodi prekomeren odmerek, če pa že, se to dogaja v obliki podtalnega trgovanja z zdravili med zaprtimi. Prekomerni odmerek je vsak odmerek, večji od predpisanega, in ni nujno, da sproža kakšne dodatne postopke ravnanja. Teh podatkov ne zaznavamo.

Med 1.073 zaprtimi osebami, ki so bile odvisne od prepovedanih drog ali so imele težave zaradi uporabe drog, je prejelo substitucijsko terapijo 623 (58 %) zaprtih oseb (število zajema tudi 63 oseb, ki so bile ukлонilno zaprte in so prejemale substitucijsko terapijo). V primerjavi z letom 2010 se je število oseb na substitucijski terapiji povečalo za 13,8 % (tabela 9.10).

Tabela 9.10: *Število zaprtih oseb na substitucijski terapiji (brez števila ukлонilno zaprtih), 2005–2011*

Leto	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Število	382	532	586	542	547	538	560

Vir: Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2011

Testiranja

Imunokemijsko urinsko testirane so bile zaprte osebe, ki so se vključile v program obravnave odvisnosti od prepovedanih drog in so s ciljem samopotrjevanja in nadzora abstinence pisno potrdile terapevtski dogovor z izvajalci programov obravnave. Testi so bili uporabljeni predvsem za ugotavljanje prisotnosti opiatov, kanabisa in benzodiazepinov. Z urinskimi testi so bile preverjane tudi vse zaprte osebe na substitucijski terapiji. V letu 2011 je bilo porabljenih 3.774 urinskih testov.

Za testiranje na HIV in hepatitis (A, B, C) se je odločilo manj zaprtih oseb kot v letu 2010. Bolniki so iskali pomoč in svetovanje tudi v ambulantah za aids.

Po razpoložljivih podatkih o izidih testiranj v letu 2011 ni bila nobena oseba okužena z virusom HIV. Hepatitis B je bil potrjen pri 15 zaprtih, hepatitis C pa pri 55 zaprtih oseb (tabela 9.11)¹⁸. Tudi v letu 2011 so zavodi izvajali preventivne dejavnosti za preprečevanje obolenosti za omenjenimi boleznimi.

Tabela 9.11: Izidi prostovoljnih in zaupnih testiranj na hepatitis in HIV, 2003–2011

Leto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Število testiranih na HIV	134	179	305	242	297	235	202	197	134
Število testiranih na hepatitis	183	269	303	322	378	326	271	284	192
HIV	0	0	0	2	1	1	2	1	0
Hepatitis A	3	3	2	1	2	0	0	0	0
Hepatitis B	14	10	7	12	15	7	13	11	15
Hepatitis C	63	90	85	87	97	75	47	60	55
Skupaj	80	103	94	102	115	83	62	72	70

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2011

Programi pomoči

Osebe, ki imajo težave zaradi prepovedanih drog, se lahko vključujejo v nizkopražne, višjepražne ali visokopražne programe. V letu 2011 se je v tovrstne programe vključevalo 546 oseb s težavami zaradi drog (tabela 9.12).

Tabela 9.12: Število zaprtih oseb, vključenih v programe obravnave po kategorijah, 2011

Nizkopražni programi	Višjepražni programi	Visokopražni programi
248	181	117

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2011

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 (centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, psihiatrične bolnišnice, Društvo Up, Skupnost Srečanje, Karitas – Zavod Pelikan, Zavod Vir, Društvo Projekt Človek, Društvo Stigma, Društvo Križišče itn.). Obravnave potekajo že med prestajanjem kazni, ko se za zaprte osebe organizirajo srečanja v zavodu kakor tudi obravnave, ki so organizirane zunaj zavoda. Za tovrstno obliko se je v letu 2011 odločilo 94 zaprtih oseb. Po prestani kazni je obravnavo v zunanjih ustanovah nadaljevalo 30 zaprtih oseb.

¹⁸ Podatki se nanašajo na vse zaprte (na tiste s težavami in tiste brez težav z drogami).

Zunanje organizacije prilagojeno zaprtim osebam izvajajo svoje programe. Osnovni metodi dela sta svetovanje in informiranje. V glavnem se dotikata težav, povezanih z zasvojenostjo: pomoč pri odkrivanju pojava, opredelitev kompleksnosti problema glede na farmakologijo, starost, spol, socialni status ali vlogo, osebnostne lastnosti, na 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 prepovedanih drog, z vladnimi in nevladnimi organizacijami ter s posameznimi strokovnjaki (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 prebivajo (zaprti, polodprti, odprti), in od formalnih razlogov (odprt kazenski postopek, čakajoča kazen itn.).

Reintegracija

V slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora je delo z zaprtimi osebami usmerjeno in organizirano z namenom preprečevanja povratništva in lažje reintegracije zaprtih oseb v družbo. Zato se ob sprejemu v zapor za vsakega posameznika pripravi individualni osebni načrt obravnave s posebnim poudarkom na obravnavah, ki potekajo med prestajanjem kazni zapora (npr. obravnava odvisnosti od prepovedanih drog, alkohola ...).

Prestajanje kazni zapora je proces, v katerem se vsaki zaprti osebi omogoča vključevanje v aktivno preživljanje časa. Strokovni delavci različnih profilov (pedagogi, socialni delavci, psihologi) spodbujajo zaprte osebe k vzpostavljanju dnevnega ritma z delom, izobraževanjem, aktivnim preživljanjem prostega časa ter pomagajo k ponovnemu vzpostavljanju stikov s svojci.

Spremembe se skušajo doseči tudi na osebnostni ravni, in sicer v individualnih razgovorih in skupinskih srečanjih z načinom razmišljanja in s sistemom vrednot, z načinom premagovanja življenjskih težav, odnosom do sebe in drugih, reševanjem konfliktnih situacij, razvijanjem samospoštovanja, obvladovanjem impulzivnega vedenja ter s postavljanjem in z doseganjem življenjskih ciljev med prestajanjem kazni in po prestani kazni.

Pomembno vlogo pri reševanju težav posameznika imajo tudi centri za socialno delo na terenu. Zavodski strokovni delavci opravljajo obiske na centrih za socialno delo, na domovih obsojencev, v zavodih za zaposlovanje, deloviščih in pri delodajalcih ter v drugih ustanovah,

in sicer sami ali skupaj z obsojenci. 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. 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.

Po slovenski zakonodaji je policija edini organ, odgovoren za zasege stvari, ki lahko služijo kot dokaz v kazenskem postopku. Tako v primerih, ko Carinska uprava RS odkrije prepovedane droge, o tem obvesti policijo, ta pa potem izvede zaseg. Slovenska policija zato pri pregonu kriminalnih združb, ki tihotapijo prepovedane droge in predhodne sestavine zanje, sodeluje s slovensko carino, prav tako pa tudi z organi drugih držav. Od leta 2004 policija načrtno zbira in analizira cene prepovedanih drog na drobno in debelo. Metodologija zbiranja se je spremenila zato, ker se je število regionalnih policijskih uprav v letu 2011 v primerjavi z letom 2010 zmanjšalo z 11 na 8. Tako se je zaradi manjšega števila policijskih uprav, ki zdaj pokrivajo širše območje Slovenije kot v preteklosti, zbiranje razširilo še na nižjo raven, in sicer se v določenih primerih upoštevajo tudi cene, ki jih posredujejo posamezne policijske postaje. Cene so pridobljene z operativnim delom kriminalistične in uniformirane policije ter v okviru izvajanja prikritih preiskovalnih ukrepov na osnovi odredb pristojnih državnih tožilcev in preiskovalnih sodnikov. Redne letne monitoringe o kakovosti in čistosti zaseženih prepovedanih drog v Sloveniji opravlja Nacionalni forenzični laboratorij, in sicer od leta 2006 naprej.

V Sloveniji je v letu 2011 v primerjavi z letom prej zaznan upad zaseženih količin večine prepovedanih drog. Izjemi sta bili konoplja in hašiš, pri katerih je policija zaznala očiten porast tihotapljenja prek ozemlja Slovenije naprej v države članice EU in porast količine, namenjene za prodajo na slovenskem trgu. Skupno število zasegov prepovedanih drog v primerjavi s preteklimi leti sicer ostaja približno enako, razlike so v številu zasegov pri posameznih drogah. Tako se zaznava upad števila zasegov heroina, pri konoplji pa število zasegov še naprej narašča. Število zasegov amfetamina, metamfetamina in benzodiazepinov se je v primerjavi z letom 2010 povečalo, število zasegov kokaina pa ostaja stabilno. 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 konoplje, ki je v zadnjih letih v porastu. Tako je slovenska policija v letu 2010 evidentirala 42 prostorov, ki so bili prirejani za gojenje konoplje pod umetno ustvarjenimi pogoji, v letu 2011 je evidentirala že 52 tovrstnih prostorov, v prvi polovici letošnjega leta pa kar 43. Policija pa na slovenskem trgu zaznava tudi porast pojava novih psihoaktivnih snovi.

Na območju Slovenije delujejo organizirane kriminalne združbe, ki se ukvarjajo predvsem z organizacijo, logistično podporo in z izvajanjem kriminalne dejavnosti pri oskrbi evropskega trga s prepovedanimi drogami. So manjšega tipa in se povezujejo s kriminalnimi združbami iz

drugih držav. Večinoma niso specializirane za tihotapstvo samo določene prepovedane droge, ampak se obnašajo skladno s povpraševanjem in ponudbo na črnem trgu.

Povprečne cene heroina, kokaina, amfetaminov, konoplje in hašiša so se leta 2011 v primerjavi z letom prej rahlo dvignile, predvsem zaradi dostopnosti do posameznih prepovedanih drog višje čistosti.

Povprečne koncentracije prepovedanih drog, kot so: kokain, amfetamin, konoplja in hašiš, so bile v letu 2011 podobne kot v preteklih letih, le povprečna koncentracija heroina se je v letu 2011 precej znižala primerjavi s predhodnimi leti.

10.1 Razpoložljivost in zasegi prepovedanih drog

Staša Šavelj

Slovenska policija sistematično zbira in obdeluje podatke o zaseženih prepovedanih drogah in tudi podatke o cenah posameznih prepovedanih drog. Na osnovi omenjenih podatkov se lahko poda okvirno oceno razpoložljivosti posamezne droge na slovenskem trgu, seveda ob predpostavki, da ocena vključuje zgoraj navedene podatke organov pregona.

V Sloveniji še vedno zaznavamo upad zaseženih količin večine prepovedanih drog. Izjemi v letu 2011 sta bili prepovedani drogi konoplja in hašiš. Tu je policija zaznala očitni porast tihotapljenja prek ozemlja Slovenije naprej v države članice EU in dela prepovedane droge, namenjene za prodajo na slovenskem trgu. Omenjeni trend se nadaljuje tudi v letu 2012. Na tem mestu je treba omeniti največji zaseg prepovedane droge konoplje v letu 2011 na mejnem prehodu Gruškovje, in sicer 300 kg. Konoplja je bila skrita v dvojnem dnu priklopnika tovornjaka albanskih registrskih števil. Pot tihotapstva je potekala po klasični balkanski poti od Albanije prek Črne gore, BiH, Hrvaške, Slovenije in naprej v države EU s končnim naročnikom na Nizozemskem.

Policija spremlja tudi zasege prepovedanih drog, ki so zasežene slovenskim državljanom v tujini. V preteklosti sta jim bili večinoma zaseženi prepovedani drogi heroin in kokain, v zadnjem času pa se zaznava, da se slovenskim državljanom najpogosteje zasegata prepovedani drogi amfetamin ter benzodiazepin v večjih količinah, in sicer v državah članicah EU, kot so: Švedska, Nemčija, Belgija. Na osnovi teh podatkov se lahko oceni, da poteka tihotapska pot omenjenih prepovedanih drog iz zgoraj navedenih držav do Slovenije.

Skupno število zasegov prepovedanih drog pri kaznivih dejanjih in prekrških je v primerjavi s preteklimi leti približno enako. Število zasegov posameznih prepovedanih drog pa narašča oziroma je v upadu sorazmerno s količino zaseženih prepovedanih drog. Velik upad zasegov prepovedane droge heroin bi lahko imel vzrok v manjši ponudbi oziroma povpraševanju po njem. Trend rasti zasegov prepovedane droge konoplje se še kar nadaljuje, kar je tudi delno posledica večje ponudbe na našem trgu. Število zasegov prepovedanih drog amfetamina, metamfetamina in benzodiazepinov se je v primerjavi z letom 2010 povečalo, medtem ko

ponudba in povpraševanje po prepovedani drogi kokain glede na število zasegov ostajata stabilni.

Slovenijo se glede na razpoložljive podatke označuje kot državo uporabnico prepovedanih drog in tranzitno oziroma vmesno državo za tihotapstvo večine prepovedanih drog proti ciljnim trgov držav članic EU. Manjše količine posameznih prepovedanih drog ostajajo tudi na našem ozemlju. Na območju Slovenije delujejo organizirane kriminalne združbe, ki se ukvarjajo predvsem z organizacijo, logistično podporo in z izvajanjem kriminalne dejavnosti pri oskrbi evropskega trga s prepovedanimi drogami. So predvsem manjšega tipa, katerih člani se povezujejo s kriminalnimi združbami iz drugih držav. Člani organiziranih kriminalnih združb so predvsem državljani Slovenije, po svoji pripadnosti so večinoma Slovenci, izvirajo pa tudi iz držav zahodnega Balkana (Albanija, Kosovo, Srbija, Črna gora, Hrvaška, Bosna in Hercegovina ...), kot tudi državljani držav zahodnega Balkana, kar jim omogoča povezave z osebami iz držav, od koder po narodnosti izhajajo. Organizirane kriminalne združbe večinoma niso specializirane za tihotapstvo samo določene prepovedane droge, ampak se obnašajo skladno z danimi priložnostmi ter s povpraševanjem in ponudbo na črnem trgu.

Po razpoložljivih podatkih naše države ne moremo označiti kot proizvajalke prepovedanih drog. V zadnjem obdobju ni bil odkrit noben laboratorij za proizvodnjo sintetičnih drog, tudi ne za proizvodnjo kokaina in heroina. Zaznane pa so povečane aktivnosti kriminalnih združb, ki se na območju Slovenije ukvarjajo s pridelavo hidroponično gojene konoplje v za to prirejenih zaprtih prostorih. V letu 2009 je policija evidentirala 11 takih prostorov, v letu 2010 že 42 tovrstnih prostorov, medtem ko je bilo v letu 2011 odkritih 52 prirejenih zaprtih prostorov. Trend rasti odkrivanja zaprtih prostorov za hidroponično gojenje konoplje se nadaljuje tudi v letu 2012, saj jih je bilo v prvih šestih mesecih odkritih in uničenih že 43. Nekateri izmed njih so bili izjemno veliki in strokovno izdelani ter donosni. Ocenjuje se, da bi bili lahko razlogi v tako velikem številu odkritih zaprtih prostorov za hidroponično gojenje konoplje v tem, da s sorazmerno majhnim vložkom in z lahko dostopnim potrebnim materialom (semena konoplje, luči, grelci, ventilatorji, gnojila...), z iznajdljivostjo glede uporabe elektrike lahko posamezne kriminalne združbe oziroma posamezniki pridobijo nesorazmerno veliko premoženjsko korist. Letno namreč poteka žetev tako gojene konoplje približno 4-krat. Za zdaj se ocenjuje, da je prodaja tako gojene konoplje omejena na območje Slovenije, v prihodnosti pa bi se lahko razvili v državo proizvajalko hidroponično gojene konoplje.

Na slovenskem trgu se zaznava tudi porast pojava novih psihoaktivnih snovi. Največkrat se s temi snovmi najprej sreča carina, predvsem ob kontroli pošiljk. Nove psihoaktivne snovi v Sloveniji niso pravno urejene in niso samodejno uvrščene na seznam prepovedanih drog.

Tabela 10.1: Skupna količina zaseženih prepovedanih drog po vrsti prepovedane droge, 2009–2011

Vrsta prepovedane droge	Enota	2009	2010	2011
Heroin	Kg	41,787	36,203	4,394
Kokain	Kg	2,867	2,012	1,697
Ekstazi	Tbl	16.872	399	33,5
	Kg	0,0361	0,003	0,007
Amfetamin	Tbl	778	7.524	150
	Kg	3,214	2,831	0,724
Konoplja – rastlina	Pos	9.373	9.278	12.836
Konoplja – marihuana	Kg	242,025	188,760	613,045
Konoplja – smola/hašiš	Kg	0,689	0,224	4,240
Benzodiazepini	Tbl	5.116	1.927	5.012
Metadon	MI	5.111,4	3.654,1	926,92
Metamfetamin	Kg	0,003	0	0,124
	Tbl	0	0	61

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

Tabela 10.1: Število zasegov po posameznih prepovedanih drogah, razdeljeno po prekrških in kaznivih dejanjih ter skupaj, 2009–2011

	2009			2010			2011		
	P	KD	S	P	KD	S	P	KD	S
Heroin	487	285	772	441	279	720	285	218	503
Kokain	158	113	271	145	133	278	167	105	272
Ekstazi	8	8	16	4	5	9	9	5	14
Amfetamin	111	46	157	135	62	197	166	38	204
Konoplja – rastlina	219	83	302	85	93	178	87	91	178
Konoplja – marihuana	2.285	460	2.745	2.600	490	3.090	2.790	516	3.306
Konoplja – smola/hašiš	74	9	83	48	9	57	67	22	89
Benzodiazepines	67	49	116	56	40	96	92	42	134
Metadon	62	23	85	50	14	64	29	11	40
Metamfetamin	1	1	2	0	0	0	8	10	18
			4.549			4.689			4.758

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

10.2 Cene prepovedanih drog

Staša Šavelj

Slovenska policija sistematično zbira in analizira cene na trgu razpoložljivih prepovedanih drog. Metodologija zbiranja se je spremenila zato, ker se je število regionalnih policijskih uprav v primerjavi z letom 2010 zmanjšalo z 11 na 8. Tako se je zaradi manjšega števila policijskih uprav, ki zdaj pokrivajo širše območje Slovenije kot v preteklosti, zbiranje razširilo še na nižjo raven, in sicer se v določenih primerih tako upoštevajo tudi cene, ki jih posredujejo posamezne policijske postaje na tem območju. Cene so pridobljene z operativnim delom kriminalistične in uniformirane policije ter v okviru izvajanja prikritih preiskovalnih ukrepov na podlagi odredb pristojnih državnih tožilcev in preiskovalnih sodnikov.

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

Povprečne cene prepovedanih drog – heroin, kokain, amfetamin, konoplja in hašiš – so se v primerjavi z letom 2010 rahlo dvignile, predvsem zaradi dostopnosti do posameznih prepovedanih drog višje čistosti.

Tabela 10.2: Cene prepovedanih drog v Sloveniji v EUR, 2011

Vrsta prepovedane droge		1 gram	1 kg	1 tbl	1.000 tbl
Heroin	Min.	20			
	Maks.	70			
	Tipično	50			
Kokain	Min.	30			
	Maks.	120			
	Tipično	80			
Ekstazi	Min.			3	
	Maks.			10	
	Tipično			6	
Amfetamin	Min.	10			
	Maks.	40			
	Tipično	30			
Konoplja – marihuana	Min.	3	1.000		
	Maks.	15	3.500		
	Tipično	10	2.500		
Konoplja – smola/hašiš	Min.	7	2.500		
	Maks.	30	5.000		
	Tipično	15	3.500		

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve RS, Generalna policijska uprava

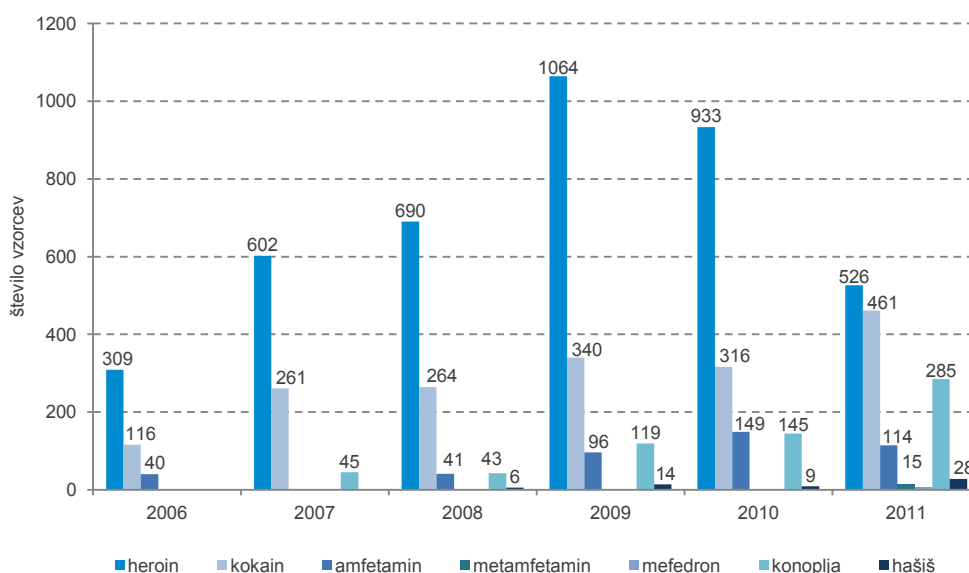
10.3 Kakovost in čistost prepovedanih drog

Mojca Janežič, dr. Katja Benčina, dr. Tomaž Gostič, Andreja Vidic, dr. Sonja Klemenc

Redne letne monitoringe o kakovosti in čistosti zaseženih prepovedanih drog v Sloveniji opravlja Nacionalni forenzični laboratorij (NFL), in sicer od leta 2006 naprej. V ta namen se skozi vse leto zbirajo vzorci po vnaprej določenih merilih. Za kvalitativne in kvantitativne kemijske preiskave se uporabljajo različne analitske metode (GC-MS, HPLC). Rezultate koncentracij prepovedanih substanc v vzorcih se vedno podaja za obliko baze. Rezultati se poročajo domačim ustanovam (IVZ) in mednarodnim ustanovam (UNODC in EMCDDA).

Število analiziranih vzorcev heroina, kokaina, amfetamina, konoplje in hašiša (v letih 2006–2011) glede na vrsto droge je prikazano na sliki 10.1. Podatki so povzeti iz Nacionalnega poročila 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v RS in dopolnjeni s podatki za leto 2011. Nižje število odvzetih vzorcev za leto 2011 je posledica spremenjenih meril odvzemanja vzorcev za kvantitativne analize.

Slika 10.1: Število vzorcev prepovedanih drog za kvantitativne analize, 2006–2011

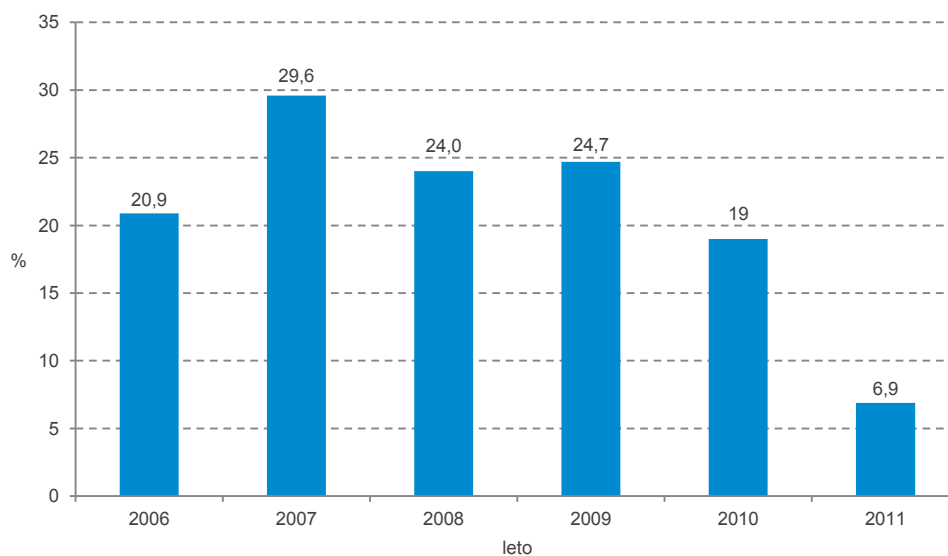


Vir: NFL

Heroin

V letu 2011 je bila povprečna izmerjena koncentracija heroina v zaseženih vzorcih bistveno nižja kot prejšnja leta in je znašala 6,9 % (slika 10.2). Vzrok nižje povprečne koncentracije je najverjetneje pomanjkanje heroina na nezakonitem trgu zaradi slabe letine (UNODC 2011). Vsi vzorci heroina so bili v obliki baze in so vsebovali običajna dodatka paracetamol in kofein (Klemenc 2003). Najvišja izmerjena vsebnost heroina v letu 2011 je bila 47,8 % (tabela 10.5).

Slika 10.2: Povprečne koncentracije baze heroina v vzorcih, zaseženih v obdobju 2006–2011

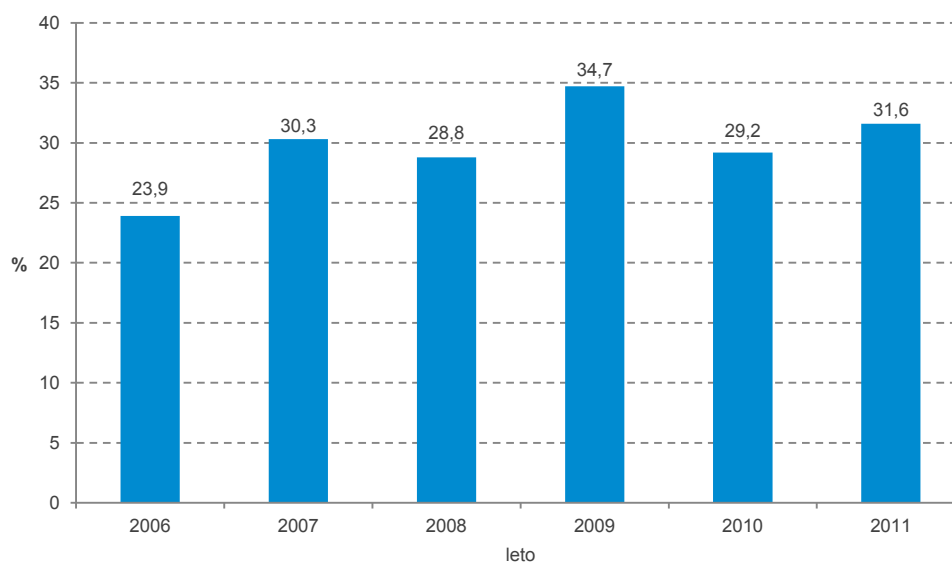


Vir: NFL

Kokain

Povprečna koncentracija kokaina v vzorcih, zaseženih v letu 2011, je znašala 31,6 % in je bila primerljiva s koncentracijami kokaina v vzorcih, zaseženih v obdobju 2007–2010 (slika 10.3). Najpogostejša dodatka kokainu sta bila levamisol in lidokain. Najvišja izmerjena koncentracija kokaina v vzorcu iz leta 2011 je bila 86,8 %, kar ustreza skoraj čistemu kokain hidrokloridu. Kokain hidroklorid je običajna oblika kokaina v nezakonitih vzorcih.

Slika 10.3: Povprečne koncentracije baze kokaina v vzorcih, zaseženih v obdobju 2006–2011



Vir: NFL

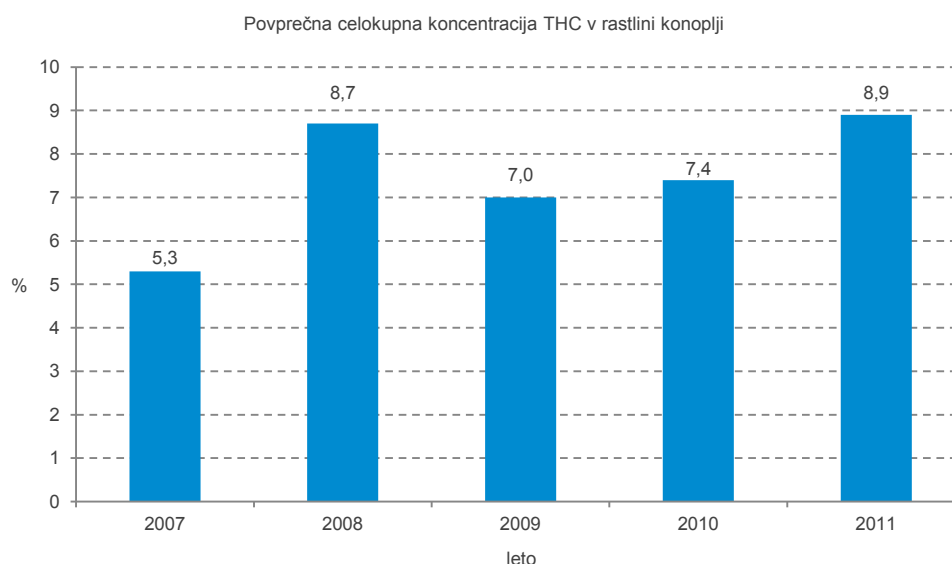
Konoplja

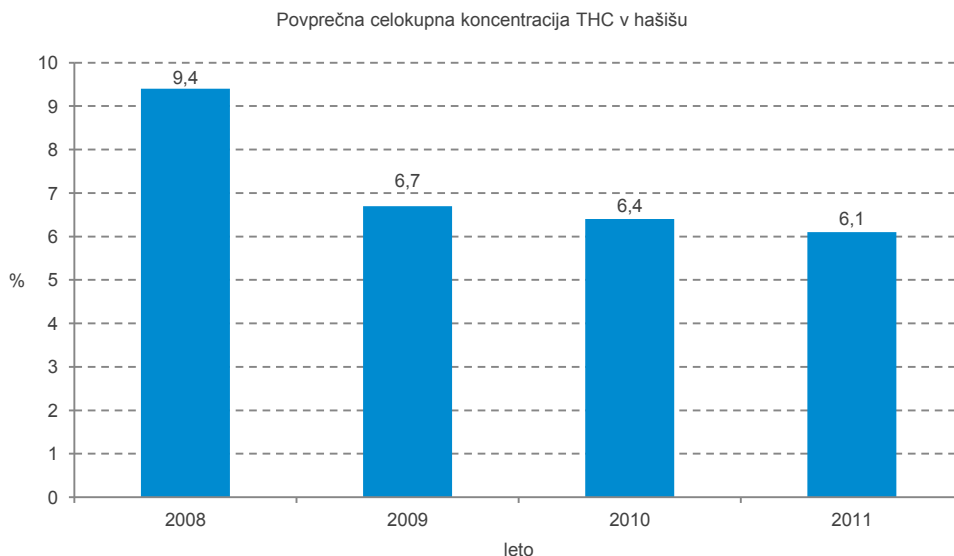
Najpogostejša oblika zaseženega rastlinskega materiala konoplje so rastlinski vršički in listi, imenovani marihuana. Hašiš, stisnjena smola ženskih cvetov konoplje, v Sloveniji ni zelo razširjen in se tihotapi od drugod, medtem ko večina vzorcev marihuane izvira iz slovenske nezakonite pridelave v zaprtih prostorih (indoor) in na prostem (outdoor). Konopljo je pod določenimi pogoji, ki so zapisani v Pravilnik o pogojih za pridobitev dovoljenja za gojenje konoplje in maka (Uradni list RS, št. 40/2011), dovoljeno pridelovati v Sloveniji. Eden izmed pogojev pridelave konoplje je, da je koncentracija THC-ja v posušeni rastlini pod 0,2 %.

THC je v rastlini prisoten tudi v obliki THC-kislina (THCA), ki ima šibke psihofizične učinke in pri višjih temperaturah (npr. pri kajenju, peki itn.) razpade v THC (Grotenhermen 2003). S HPLC-metodo so v NFL izmerili koncentracije THC in THCA v vzorcih marihuane in hašiša, vsota teh dveh koncentracij pa je celokupni THC.

Koncentracije celokupnega THC v marihuani za vzorce, zasežene v letu 2011, so znašale med 0,3 in 22,6 %, povprečno pa 8,8 % (slika 10.4). Različne koncentracije celokupnega THC so odvisne od genetske zasnove rastline konoplje ter od pogojev rasti in se razlikujejo celo znotraj ene rastline (več THC-ja je v vršičkih ženskih rastlin). Slika 10.5 prikazuje sestavo celokupnega THC v vzorcih rastlin konoplje in hašiša, zaseženih leta 2011. Večina celokupnega THC-ja, skoraj 90 %, je v marihuani prisotna v obliki THCA.

Slika 10.4: Povprečne koncentracije celokupnega THC v vzorcih konoplje (marihuane in hašiša), zaseženih v obdobju 2006–2011

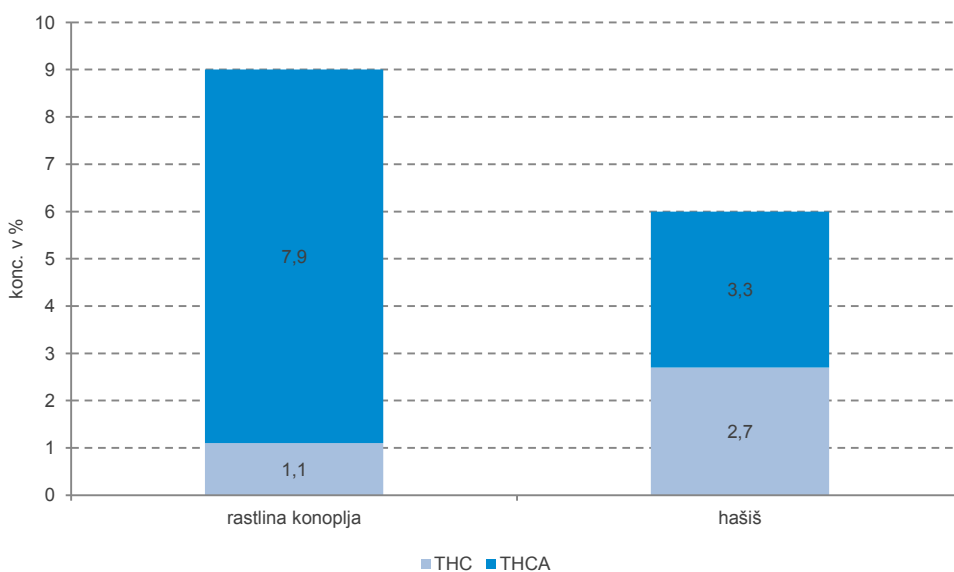




Vir: NFL

Izmerjene povprečne koncentracije celokupnega THC-ja pri vzorcih hašiša, zaseženih v letu 2011, so znašale od 1,2 do 16,1 %, povprečno pa 6,4 % (slika 10.4). Delež THCA v celokupnem THC, okoli 55 %, je nižji kot pri marihuani.

Slika 10.5: Sestava celokupnega THC-ja v rastlini konoplji in hašišu za vzorce, zasežene v letu 2011

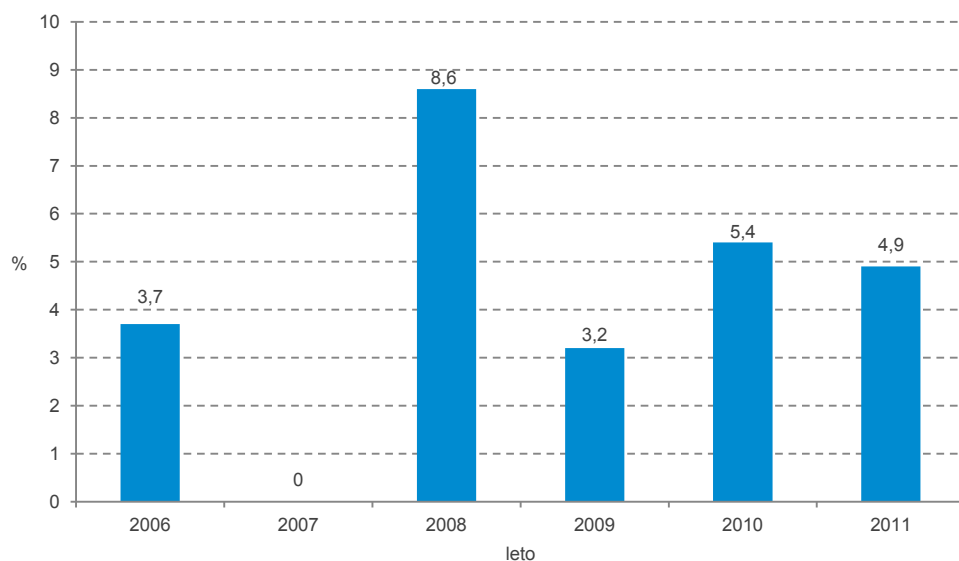


Vir: NFL

Stimulansi amfetaminskega tipa in »legal highs«

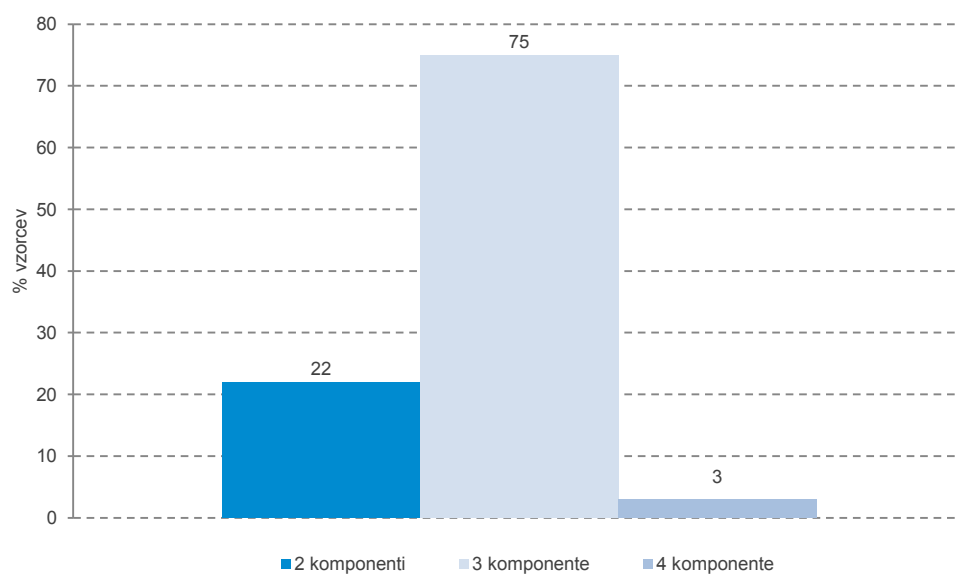
Izmerjena povprečna koncentracija amfetamina je bila za vzorce, zasežene v letu 2011, 4,9 %, kar je primerljivo s povprečnimi koncentracijami amfetamina iz prejšnjih let (slika 10.6). Običajni dodatek je bil v vseh vzorcih kofein, zelo pogost je bil tudi kreatin, saj je bilo kar 75 % vzorcev razredčenih z njim. V 3 % vzorcev amfetamina so dokazane še nizke koncentracije mefedrona. Sestave vzorcev amfetamina glede na število dokazanih aktivnih komponent in dodatkov (razen sladkorjev) so prikazane na sliki (slika 10.7).

Slika 10.6: Povprečne koncentracije baze amfetamina v vzorcih, zaseženih v obdobju 2006–2011



Vir: NFL

Slika 10.7: Sestava vzorcev amfetamina po številu dokazanih komponent (brez sladkorjev)



Vir: NFL

V primerjavi s prejšnjimi leti je v letu 2011 zaznано povečano število zasegov metamfetamina. Koncentracija metamfetamina v 15 analiziranih vzorcih je znašala med 1,3 in 21,4 %, povprečno 10,1 %. Aktivni dodatki v vzorcih metamfetamina niso dokazani.

V letu 2011 so v Sloveniji zasegli 11 različnih vrst tablet ekstazija (tablete z različnimi logi in drugimi fizikalnimi veličinami), od katerih je 7 vrst tablet vsebovalo edino aktivno komponento MDMA, tri vrste klorofenilpiperazin in ena vrsta tablet je bila z 2C-B (slika 10.8). Koncentracij teh komponent v tabletah za leto 2011 v NFL niso določili.

V letu 2011 sta carina in policija zasegli številne nove zakonite psihoaktivne droge, imenovane »legal highs«. Podatki o vrsti, številu in o masi zasegov teh drog so podani v tabeli 10.4.

Tabela 10.3: Vrsta, oblika, število zasegov in skupna masa »legal highs«, 2011

Substanca	Oblika snovi	Število zasegov	Skupna masa iz zasegov v g
4-metilmetkatinon (mefedron, 4-MMC)*	bela kristalična snov	4	2477,41
4-metietilkatinon (4-MEC)	bela kristalična snov	2	1,27
Fluoroamfetamin	bela praškasta snov	2	3,54
TFMPP	bela praškasta snov	1	20,48
Mitraginin (kratom)	rjava trdna snov	1	1,06
Metilon	bela praškasta snov	3	101,18
4-MEC + metilendioksirovaleron (MDPV)	bela praškasta snov	1	1,01
JWH-122	rjava praškasta snov	3	8,98
Klorofenilpiperazin	tablete	4	25,60

*Mefedron je bil v Sloveniji uvrščen na listo prepovedanih droge šele avgusta 2011 (Uredba o dopolnitvi Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog. Uradni list RS, št. 58/2011)

Vir: Policija

Od drog iz skupine »legal highs« so v NFZ izmerili koncentracije aktivne komponente v 7 vzorcih mefedrona (iz 4 zadev). Izmerjene koncentracije mefedrona so bile v območju od 0,1 do 33,0 %, povprečno pa 16,4 %.

Fotografija 10.8: Nezakonite tablete, zasežene v letu 2011, ki vsebujejo »legal highs«



Opomba: Levo in desno zgoraj ter levo spodaj so tablete, ki vsebujejo klorofenilpiperazin, desno spodaj tablete z 2C-B
Vir: NFL

Podatki o čistosti različnih prepovedanih drog na ravni ulične prodaje za leti 2010 in 2011 so zbrani v tabeli 10.5.

Tabela 10.4: Čistost različnih prepovedanih drog na ravni ulične prodaje, 2010-2011

		Konoplja		Hašiš		Heroin		Kokain		Amfetamin		Ekstazi	
		2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
Čistost v %	Min.	0,3	0,1	1,2	1,0	1,0	10	3,7	4,1	0,2	0,3	-	-
	Maks.	22,6	23,6	16,1	11,6	47,8	30	86,8	86,5	21,4	22,3	-	-
	Povprečje	8,8	7,4	6,4	6,4	6,9	17	31,6	29,2	4,9	5	-	-

Vir: NFL

B

IZBRANA POGLAVJA

11.1 Uvod

Izkušnje s področja delovanja terapevtskih skupnosti so vstopile v slovenski prostor v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, in sicer prek zdravnikov, ki so bili na izobraževanju v Veliki Britaniji in od tam prenesli prinesli nove izkušnje v naš prostor. Ob pojavu epidemije uporabe heroina v začetku 90. let prejšnjega stoletja se je pojavilo veliko povpraševanje po programih zdravljenja odvisnosti in tudi veliko želja za vstop v terapevtske skupnosti, vendar v slovenskem prostoru ni bilo dovolj razvitih terapevtskih skupnosti, da bi lahko zadovoljile vse potrebe. Zato so se strokovnjaki obrnili po pomoč h kolegom iz sosednje Italije, od koder so pozneje prenesli v slovenski prostor posamezne oblike terapevtskih skupnosti. Z razvojem epidemije uporabe prepovedanih drog se je povečalo tudi število terapevtskih skupnosti, ki danes tvorijo pomemben del celostnega pristopa k obravnavi odvisnosti v Sloveniji. S sprejetjem sodobne zakonodaje na tem področju, ki je usklajena z normativi Evropske unije, so se postavili tudi pravni okviri delovanja terapevtskih skupnosti. Sistem terapevtskih skupnosti sofinancira Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ), ki tudi nadzira izvajanje programov v terapevtskih skupnostih, ki jih sofinancira. Terapevtske skupnosti so danes v Sloveniji del celostnega pristopa k obravnavi problema odvisnosti v Sloveniji in so opredeljene v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 pa tudi v obstoječi zakonodaji.

11.2 Zgodovina terapevtskih skupnosti v Sloveniji in z njimi povezana politika

Zgodovina terapevtskih skupnosti

Prva spoznanja o terapevtski skupnosti so prinesli zdravniki, ki so bili na izobraževanju v Londonu. V Univerzitetno psihiatrično kliniko v Polju pri Ljubljani so te izkušnje prinesli že v šestdesetih letih prejšnjega stoletja. V tej kliniki so potem leta 1969 začeli načrtno uvajati metodo terapevtske skupnosti in jo uporabljali dejansko na vseh bolnišničnih oddelkih (Paš 1982). Pri pregledu terapevtskih skupin v Sloveniji ni mogoče iti mimo alternativne terapevtske skupine dr. Janeza Ruglja. To je bila dinamična skupnost, ki ni imela pravega terapevtskega objekta, v katerem bi ljudje prebivali 24 ur dnevno. Alternativna terapevtska skupina je štela okoli 120 ljudi, ki so prihajali in odhajali iz programa. Program je temeljil na socialnoandragoški metodi, ki jo je na osnovi literature in lastnih strokovnih spoznanj oblikoval dr. Janez Rugelj. Vanjo so se vključevali ljudje, ki so zašli v stiske zaradi alkoholizma, narkomanije, debelosti, odvisnosti od iger na srečo ... (Bagon 2000). Prvi klub – program za zdravljenje odvisnih od drog – sta prof. dr. Kobal in prof. dr. Milčinski ustanovila leta 1974 v Ljubljani in ga poimenovala Vsemirje. V začetku devetdesetih let prejšnjega

stoletja je v Sloveniji izbruhnila epidemija uporabe heroina. Tedanja mreža obstoječih, predvsem psihiatrično usmerjenih ustanov ni zmoгла ponuditi uporabnikom drog dovolj njim ustreznih programov pomoči. Poleg mreže Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, ki se je začela razvijati leta 1991, so se predvsem v nevladnem sektorju začele razvijati pobude po ustanavljanju terapevtskih skupnosti, predvsem po modelu terapevtskih skupnosti iz sosednje Italije. Tako je v letu 1991 Socialni forum za zasvojenosti in omame, ki je združeval večje število strokovnjakov s področja adiktologije, vzpostavil stik s Ce. I. S (Centro Italiano di Solidarieta), ki je imel takrat svoj program Progetto Uomo (Projekt človek), prisoten v več kot 42 državah. Strokovnjaki foruma so se odločili, da bodo to prakso na področju obravnave odvisnosti prenesli v Slovenijo in jo prilagodili slovenskim razmeram, zato so ustanovili slovenski program Projekt Človek. Ta se je razvil v obsežen program, ki danes zajema v osnovnem programu klasični sprejemni center, terapevtsko skupnost in rehabilitacijski program za pomoč ljudem, ki so končali program v terapevtski skupnosti pri vračanju v vsakodnevno življenje.

Poleg teh osnovnih programov so v Projektu Človek prisotni še programi za starše in drugi programi, med katere sodijo:

- program Infotel za obveščanje uporabnikov drog po telefonu;
- program Alfa, ki nudi pomoč uporabnikom drog, ki so vključeni v substitucijsko zdravljenje;
- dnevni center za uporabnike drog, ki deluje po metodah terapevtske skupnosti in traja do 3 leta;
- program za otroke in mladostnike, ki eksperimentirajo z drogami;
- program za individualne in partnerske terapije za abstinence od drog;
- terapevtsko skupnost za zasvojene starše in njihove otroke; zasvojeni starši skupaj s svojimi otroki vstopijo v program terapevtske skupnosti in tam prebivajo vsaj dve leti 24 ur dnevno (Socialni forum za zasvojenosti 1995).

Drugi tovrstni program se je začel razvijati prav tako leta 1991 pod okriljem Slovenske Karitas, ki je navezala stike s programom Comunita incontro iz sosednje Italije. Ta program je ne glede na to, da ni imel vzpostavljene terapevtske skupine v Sloveniji, vseeno takoj sprejemal odvisne od drog v terapevtske skupnosti v Italijo in druge države prek pripravljalnega centra v sosednji Italiji. Prek programa Srečanje so iz Slovenije v Italijo odhajali prvi uporabniki drog (Slovenska Karitas 1995).

Fotografija 11.1: *Stara šola, ki so jo uporabniki programa terapevtske skupnosti Srečanje v Čadrgu na Tolminskem preurediti v terapevtsko skupnost*



Foto: Neva Volarič

Skupnost je bila takrat in je še vedno tudi danes izrazito samopomočna skupnost. Pozneje je Slovenska Karitas razvila program Pelikan kot pripravljalo enoto za vstop v programe terapevtske skupnosti v Sloveniji in Italiji. Uspeli pa so vzpostaviti terapevtske skupine tudi v Sloveniji. Danes nudijo uporabnikom drog še naslednje programe:

- S. O. S.-telefon za vse informacije o odvisnostih in drogah ter programih;
- informativne pogovore;
- program za mladoletne uporabnike drog;
- pripravljalni center;
- skupino za starše odvisnih od drog;
- reintegracijski program;
- preventivno dejavnost v lokalni skupnosti (vir: spletna stran Pelikan Karitas).

Med njimi pa je tudi terapevtska skupnost za zasvojenca s pridruženimi težavami v duševnem zdravju (Inštitut za socialno varstvo 2012).

Fotografija 11.2: *Sprejemni center terapevtske skupnosti Srečanje v Bertokih pri Kopru*



Foto: Milan Krek

Leta 1993 je bilo ustanovljeno Društvo za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem Slovenije. To je nevladna neprofitna in nestrankarska humanitarna organizacija. Navezali so stik s terapevtsko skupnostjo Dianova. Če so se uporabniki drog odločili za obravnavo v terapevtski skupnosti, so v društvu izvedli pripravo uporabnika drog in mu omogočili vključitev v eno izmed terapevtskih skupin v sistemu Dianova. Pozneje so se navezali na Gruppo Valdinievole iz sosednje Italije in danes sodelujejo predvsem z njo in tudi še z Dianovo. V društvu spremljajo napredek posameznika v tujini in ga po enem letu in pol sprejmejo v program rehabilitacije, ki je vzpostavljen v Sloveniji. V program rehabilitacije, ki deluje po principu stanovanjske skupnosti, sprejemajo tudi ljudi, ki so končali detoksikacijski program ali kateri koli program terapevtske skupnosti v kateri izmed preostalih terapevtskih skupnosti (Slovenska Karitas 1995).

Program reintegracije vsebuje naslednje programe:

- abstinenco od vseh drog in alkohola;
- skrb za hišo in pozneje tudi za svoje domače stanovanje;
- organizirane terapevtske skupine, v katerih rešujejo svoje stiske;
- učenje jasnega izražanja svojih misli, čustev in potreb;
- tematski razgovori;
- učenje ustvarjalnosti;
- druženje s prostovoljci;
- ukvarjanje s športom;
- učenje računalništva;
- kako izkoristiti prosti čas; hoja v hribe, preživljanje prostega časa na taborih, obisk koncertov in kina ter gledališča itn.;
- nadaljevaje šolanja;
- priprava na zaposlitev in iskanje zaposlitve;
- učenje dobrega dialoga s svojci, saj konec tedna preživljajo že doma v družinskem okolju;
- učijo se živeti brez droge (vir: spletna stran Društva UP).

Danes ta program nudi uporabnikom programa še vrsto podpornih programov različnim ciljnim skupinam. Med njimi so: šola za svojce, terapevtska skupina za svojce, podporna skupina mladostnikom po vzpostavljeni abstinenci, preventivne delavnice za dijake, svetovanje v zaporih, zagovorništvo na sodišču.

Tem trem zgodnjim iniciativam na področju vzpostavitve terapevtskih skupnosti so pozneje sledile še druge. Terapevtska skupnost TAV v Starem trgu pri Kolpi je samopomočna skupnost, ki temelji na štirih temeljih: na bratstvu, redu in čistoči, delu in na molitvi. Njena matična terapevtska skupnost se nahaja v Međugorju v Bosni in Hercegovini. Leta 2004 se je v Škocjanu na Dolenjskem ustanovila terapevtska skupina Cenacolo. Običajno preživijo uporabniki drog v njej 3–5 let. To je samopomočna skupnost, ki se v celoti preživlja sama. Njena matična terapevtska skupnost je v Međugorju (vir: spletna stran Šentjošt). Nevladna organizacija Svit Koper je navezala strokovne stike s terapevtsko skupnostjo Lautari, ki ima

svoj center v Italiji. Nevladna organizacija Svit je prevzela pripravo in napotitev v terapevtsko skupnost Lautari. Zagotavljajo pa tudi spremljanje uporabnikov programa v skupnosti in vodenje skupine staršev uporabnikov drog, ki so na obravnavi v terapevtski skupnosti Lautari (vir: spletna stran Svit Koper). Terapevtsko skupnost je leta 2003 vzpostavila tudi nevladna organizacija Drevo življenja. Med pripravo na terapevtsko skupnost so izvajali tudi detoksikacijo s pomočjo zdravil. Terapevtska skupnost je imela tudi redno prisotnega zdravnika, ki je spremljal odvisne od drog tudi kot zdravnik in predpisoval ustrezna zdravila (Urad za droge 2004). Leta 2006 je svoja vrata odprla tudi terapevtska skupnost Žarek na Jesenicah, ki jo je ustanovila nevladna organizacija Žarek. Program traja dve leti. Uporabniki se prek dnevnega reda, delovne terapije, medsebojnega sprejemanja, skupinskih in individualnih pogovorov, terapevtskega spremljanja, gibanja v naravi in postopnega prevzemanja odgovornosti vzgajajo v odgovorne osebnosti (vir: spletna stran društva Žarek).

Strategija in politika na področju terapevtskih skupnosti

Zakonsko osnovo delovanju terapevtskih skupnosti v Sloveniji je dal Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/1999). Ta je predpisal, da so socialnovarstvene storitve, namenjene preprečevanju in odpravljanju socialnih stisk in težav, povezanih z uživanjem prepovedanih drog, ki se izvajajo v okviru javne službe, zlasti: socialna preventiva, prva socialna pomoč, osebna pomoč in pomoč družini. Te naloge v glavnem izvajajo centri za socialno delo, ki jih je v Sloveniji 62. Storitve se izvajajo skladno z Zakonom o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 36/2004) ter po normativih in standardih, ki jih predpiše minister, pristojen za socialne zadeve. Zakon je tudi določil, da so programi reševanja socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog, ki se izvajajo zunaj okvira javne službe, strokovno opredeljene celote socialnovarstvenih strokovnih ravnanj, namenjene posamezniku, družinam in skupinam prebivalstva pri odpravljanju socialnih stisk in težav, povezanih z uporabo prepovedanih drog. Za programe reševanja socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog, ki se izvajajo zunaj okvira javne službe, se lahko štejejo tudi organizirane oblike medsebojne pomoči uporabnikov prepovedanih drog, njihovih bližnjih ali drugih zainteresiranih ljudi. S tem pa je zakon že opredelil tudi terapevtske skupnosti in rehabilitacijske programe. Vendar pa jih je potem v dodatnem členu, ki govori o nevladnih organizacijah, še podrobneje opredelil z navedbo, da dejavnosti nevladnih organizacij lahko zajemajo programe vzpostavljanja, vzdrževanja abstinence, socialne rehabilitacije in reintegracije ter druge oblike obravnave uporabnikov prepovedanih drog in njihovih bližnjih. Te naloge lahko nevladne organizacije izvajajo v okviru stanovanjskih skupnosti, nestanovanjskih programih ter drugih z nacionalnim programom usklajenih oblikah dela. Kot stanovanjske skupine pa je zakon opredelil tudi terapevtske skupnosti, ki opravljajo strokovni terapevtski in rehabilitacijski program, komune s programom, ki temelji pretežno na medsebojni pomoči, ter azili s programom, ki temelji pretežno na skupnem prebivanju in delu. Med nestanovanjske programe pa je uvrstil dnevne centre s programom organizirane pomoči, v katerega so uporabniki prepovedanih drog in njihove bližnje osebe vključeni ob svojem vsakdanjem življenju, centri, v katerih se izvajajo programi, namenjeni zmanjševanju škodljivih posledic uporabe prepovedanih drog. Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS,

št. 36/2004) dodatno omenja vzpostavljanje programov pomoči odvisnim zunaj javne službe. Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 (Uradni list RS, št. 28/2004) je skladno s celostnim in z uravnoteženim pristopom na področju drog zagotovila tudi vzpostavitev in podporo terapevtskim skupnostim na območju Slovenije. Umestila jih je v socialne programe, za katere je odgovoren MDDSZ. Eden izmed ciljev, ki si jih je MDDSZ zadal na področju socialnega varstva, je oblikovanje novih pristopov za obvladovanje socialnih stisk uporabnikov drog. Na tem področju so pomembno vlogo odigrale nevladne organizacije, ki razvijajo vedno nove, za uporabnike prilagojene programe. Izvajalke teh programov naj bi bile pretežno nevladne organizacije, ki ravno zaradi svoje umeščenosti v civilno družbo lažje oblikujejo specifične potrebe posameznikov in skupin prebivalstva. MDDSZ nastopa v odnosu do nevladnih organizacij kot spodbujevalec njihovega razvoja, ureja zakonske možnosti za njihovo delovanje, skrbi za opredelitev mesta delovanja nevladnega sektorja pri izvajanju dejavnosti socialnega varstva, zagotavlja in prerazporeja sredstva za njihovo delovanje in izvaja razpise za sofinanciranje programov, podeljuje dovoljenja za delo ter skrbi za kakovostno opravljanje dejavnosti. Ministrstvo podpira nevladne organizacije s sofinanciranjem programov s področja socialnega varstva že od leta 1993 (vir: spletna stran MDDSZ). V Sloveniji na področju socialnega varstva že več kot desetletje poteka prenos izvajanja širitev različnih oblik strokovne pomoči na nevladne organizacije, ki pogosto dajejo pobudo za zagotavljanje posameznih storitev, ki jih vlada na osnovi ugotovljenega javnega interesa pogosto tudi sofinancira. Ker so se nekateri programi in njihovi izvajalci v preteklih letih izkazali s strokovnim načinom delovanja in z doseženimi rezultati, je ministrstvo leta 1998 začelo večletno sofinanciranje programov. Sklepanje večletnih pogodb se je v naslednjih letih nadaljevalo; na osnovi javnega razpisa so programom, ki jim je prvo petletno obdobje že poteklo in so še vedno izpolnjevali zahtevane pogoje, sofinanciranje podaljšali še za nadaljnjih pet let (vir: spletna stran MDDSZ). Ministrstvo programe sofinancira največ v višini do 80 % vrednosti projekta, preostala sredstva pa morajo izvajalci zagotoviti iz lokalnih skupnosti, donacij, participacije uporabnikov in drugih virov. Ocenjevanje programov postaja redna naloga vedno večjega števila izvajalcev. MDDSZ od izvajalcev zahteva delna in končna poročila o izvajanju programov. Če skrbnik pogodbe ugotovi, da se program ne izvaja skladno s pogodbo, lahko predlaga strokovni ali finančni nadzor ter na osnovi ugotovitev zahteva tudi prekinitve pogodbe in vrnitev sredstev. Tudi če izvajalci ne porabijo dodeljenih sredstev in ne prosijo pravočasno za prenos sredstev v prihodnje leto, se jim ta sredstva odzamejo (vir: spletna stran MDDSZ). Prioriteto ima financiranje mrež socialne pomoči. Med temi mrežami je tudi mreža terapevtskih skupnosti in drugih programov, ki omogočajo nastanitev za uporabnike drog, skupaj s pripadajočimi mrežami sprejemnih in dnevnihi centrov, centrov za reintegracijo abstinentov v družbo, programov za vzporedno terapevtsko pomoč družinam uporabnikov drog (vir: spletna stran MDDSZ). V Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 (Uradni list RS, št. 39/2006) je bila opredeljena mreža terapevtskih skupnosti in drugih programov, ki omogočajo nastanitev za uporabnike drog, z okvirno zmogljivostjo 280 mest, skupaj s pripadajočimi mrežami sprejemnih in dnevnihi centrov (za motiviranje in pripravo uporabnikov na vstop v terapevtske skupnosti), centrov za reintegracijo abstinentov v družbo, programov za vzporedno terapevtsko pomoč družinam

uporabnikov drog ter terapevtskim skupnostim alternativnih programov za uporabnike drog ter mreža sprejemališč in zavetišč za brezdomne uporabnike prepovedanih drog s skupno zmogljivostjo najmanj 80 mest v vseh statističnih regijah.

Financiranje terapevtskih skupnosti

Terapevtske skupnosti se financirajo iz različnih virov.

1. Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve: Vsako leto MDDSZ razpiše javni razpis, v katerem povabi vse terapevtske skupnosti k oddaji prošnje za sofinanciranje. Terapevtska skupnost lahko dobi sredstva iz tega vira v višini največ 80 % stroškov njihovega delovanja.
2. Donacije: Donacije pridobivajo terapevtske skupnosti od različnih donatorjev. Vendar je treba poudariti, da v Sloveniji še ni razvit donatorski čut do te mere, da bi lahko ta sredstva pomenila pomemben vir za delovanje terapevtske skupnosti
3. Prispevki uporabnikov programa se gibljejo od skromnih pa do 20 % stroškov delovanja programa.
4. Finančni prispevke lokalnih skupnosti pa pridobijo terapevtske skupnosti na razpisih, ki jih objavijo lokalne skupnosti.
5. Financiranje prostorov: Običajno dobijo terapevtske skupnosti prostore v brezplačen najem za svoje delovanje od lokalnih ali verskih skupnosti.

11.3 Dostopnost in značilnosti terapevtskih skupnosti

158

Dostopnost

Skupnost Srečanje ima dva pripravljalna centra – v Ljubljani in Kopru. V Ljubljani imajo 8 ležišč, v Kopru pa 4. Skupnost Srečanje ima še pet moških in eno žensko terapevtsko skupnost ter eno skupnost za osebe z dvojnimi diagnozami. Skupno lahko sprejmejo letno na obravnavo v terapevtsko skupnost 50 ljudi. Terapevtska skupnost Žarek ima sedem postelj. Terapevtska skupnost Cenacolo ima osem mest. Terapevtska skupnost Tav v Starem trgu pri Kolpi ima prostora za sedem ljudi. Nevladna organizacija Svit v Kopru ima v povprečju 25 ljudi na obravnavi v terapevtskih skupnostih v Italiji. Nevladna organizacija Up sodeluje s programom iz sosednje Italije Gruppo Valdinievole, kamor letno pošljejo v terapevtsko skupnost do 10 ljudi. Program Retocenter na Dobrovi nad Ljubljano ima prostora za 20 ljudi. Letno pa pošljejo na obravnavo v tujino v svoje centre do 15 ljudi. Projekt Človek pa ima v svoji terapevtski skupnosti 24 ležišč. Skupaj je v Sloveniji zagotovljenih 116 ležišč v terapevtskih skupnostih. Poleg teh je še veliko prostih mest v tujini, ki se uporabljajo le izjemoma in na željo uporabnika programa. Nekateri programi so namreč vključeni v širše programe in lahko pošiljajo osebe odvisne od drog na obravnavo tudi v tujino, število teh postelj pa je težko določiti. Vstop v terapevtsko skupnost je omogočen v Sloveniji vsakemu, ki se za to odloči. Običajno je pred odhodom v terapevtsko skupnost obdobje priprave, ki lahko traja različno dolgo. Uporabniki to obdobje včasih zamenjujejo za čakalno dobo, kar pa v resnici ni, saj gre za pripravljalno obdobje. V tem času uporabniki drog prenehajo uporabljati drogo, obiskujejo pripravljalna srečanja in opravijo vse zdravniške preglede, ki so potrebni za sprejem v skupnost, ter uredijo socialni status in zdravstveno zavarovanje. Prebivanje v skupnosti traja različno dolgo, vendar ne dlje kot 3 leta. Na željo posameznika

se prebivanje v skupnosti lahko podaljša. Nekateri pa ostanejo dlje časa in so tudi zaposleni kot vodje posameznih skupnosti.

Vrste in značilnosti terapevtskih skupnosti

Na začetku je treba povedati, da je večina terapevtskih skupnosti v Sloveniji samopomočnih skupnosti in temeljijo na medsebojni pomoči članov terapevtske skupnosti. Posamezne terapevtske skupnosti (Srečanje, Retocenter, Cinaccolo, Tav pri Starem trgu pri Kolpi in Žarek) temeljijo na medsebojni pomoči med nekdanjimi uporabniki drog in se v postopku obravnave navadno ne uporablja nobenih psihofarmakoloških sredstev (zdravil). Navadno tudi ni velike pomoči različnih strokovnjakov. Le-ti vstopajo v program samo po potrebi. Terapevtska skupnost Srečanje sodeluje intenzivneje z zdravstvom pri vodenju terapevtske skupnosti za osebe z dvojnimi diagnozami, ki prejemajo ustrezno medikamentozno terapijo. Terapevtska skupnost Projekt Človek pa je dobro podprta s strokovnim kadrom in uporabniki programa lahko uporabljajo pod nadzorom osebja tudi zdravila, ki jih predpiše zdravnik. V Centru za zdravljenje odvisnosti v sklopu Psihiatrične klinike Ljubljana pa pripravljajo program terapevtske skupnosti za osebe z pridruženimi duševnimi motnjami, ki bo imel poleg močne zdravstvene ekipe tudi strokovnjake z drugih področij.

Terapevtska skupnost Srečanje je predvsem samopomočna skupnost, ki ima jasna pravila in vsebino. Vpliv skupine se koristi, da se dosežejo spremembe vedenja posameznika in njegovega sprejemanja okolja. Zunanji strokovnjaki občasno pomagajo pri procesu obravnave odvisnih v tej terapevtski skupnosti, sicer pa uporabniki programa živijo sami in skrbijo za vsakodnevne življenjske potrebe popolnoma samostojno. V terapevtsko skupnost se vstopa prek pripravljalnih centrov v Ljubljani in Kopru.

Komuna Društva Žarek ima opredeljeno prebivanje uporabnikov v komuni v Pravilniku komune Skupnost Žarek, ki vsebuje osnovne indikacije za ureditev dnevnega reda ter drugih pravic in obveznosti. Program traja okvirno dve leti. Uporabniki se prek dnevnega reda, delovne terapije, medsebojnega sprejemanja, skupinskih in individualnih pogovorov, terapevtskega spremljanja, gibanja v naravi in postopnega prevzemanja odgovornosti vzgajajo v odgovorne osebnosti. V programu omogočajo tudi možnost dokončanja izobraževanja, glede na odločitev in sposobnosti posameznika, nudijo podporo pri obravnavah na sodišču, poskrbijo pa tudi za zdravstvene potrebe posameznika (zobozdravnik, infekcijska klinika, fizioterapija ...) (vir: spletna stran Društva Žarek). Terapevtsko skupnost Retrocenter so ustanovili in jo vodijo nekdanji uporabniki drog. Je izrazito samopomočna skupnost, ki se ne financira iz državnih virov. Vir preživetja je njihovo delo. Nimajo zaposlenih strokovnjakov. Imajo vzpostavljena jasna pravila, ki se jih morajo držati vsi člani skupnosti. Skupnost Cinaccolo je tudi izrazito samopomočna skupnost, ki ne prejema denarja od okolice in države, je samooskrbna in se sama preživlja. Nimajo zaposlenih strokovnjakov. Tudi terapevtska skupnost Tav je samooskrbna skupnost, ki jo vodijo nekdanji uporabniki drog. Je samooskrbna in od države ne dobiva sredstev.

Storitve, ki jih nudijo terapevtske skupnosti

Med vsemi programi je najbolj integriran v sistem Projekt človek, ki v program Alfa sprejema tudi paciente, ki so bili predhodno vključeni in so še vključeni v substitucijsko zdravljenje. Ti pacienti postopoma prenehajo v programu Alfa substitucijo in se vključijo v terapevtsko skupnost. Vsi programi terapevtskih skupnosti so povezani tudi z mrežo Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), ki jim omogoča zdravniški pregled pred vstopom v terapevtsko skupnost, cepljenje proti hepatitisu B in testiranje na HIV in hepatitis C. Samopomočni programi med obravnavo koristijo zdravstveno oskrbo le po potrebi v javni zdravstveni službi. Program projekta Srečanje, ki nudi pomoč osebam, odvisnim od drog, s pridruženo duševno motnjo, ima vzpostavljeno dobro sodelovanje z zdravstvenimi programi, ki nudijo ustrezno zdravstveno pomoč v enem izmed njihovih programov osebam s pridruženimi duševnimi motnjami. Vse terapevtske skupnosti imajo možnost šolanja in pridobivanja novih delovnih veščin, prenašanje pozitivnih osebnih izkušenj od nekdanjih uporabnikov drog, ki so postali izvajalci programa, stopenjsko osamosvajanje posameznika iz terapevtskega programa, vključevanje uporabnikov programa v šolanje. Projekt Človek ima v terapevtski skupini še zahtevnejše metode dela, kot so: diagnostika (psihološki testi in anamneze, testiranje urina) in različne oblike pomoči, kot so učna pomoč, izvajanje delovnih aktivnosti, vključevanje uporabnikov v šolanje, poseben program za prehod iz terapevtske skupnosti v vsakodnevno življenje, vzgojne in preventivne aktivnosti (HIV, hepatitis C itn.), motiviranje, izobraževanje in svetovanje, individualno in skupinsko terapevtsko delo po različnih principih (Integrativna, Gestalt, vedenjska terapija Bonding, sistemska družinska terapija, psihodrama, transakcijska analiza) (Stojanov in sod. 2012).

Navadno se terapevtske skupnosti povezujejo s CPZOPD in Centrom za zdravljenje odvisnosti psihiatrične klinike Ljubljana (CZOPD). Vendar pa ima samo terapevtska skupnost Projekt Človek v posebnem programu Alfa možnost uporabe substitucijskega programa. Program je neke oblika prehodnega programa med substitucijsko terapijo in abstinenčnim programom. Pacienti iz CPZOPD, ki so na substitucijskem zdravljenju, vstopajo v program Alfa, v katerem se postopoma pripravijo za vstop v terapevtsko skupnost. V vse druge terapevtske skupnosti lahko vstopajo uporabniki prek pripravljalnega programa posamezne terapevtske skupnosti, v kateri tudi s pomočjo CZOPD dosežejo določeno stopnjo abstinence, v skrajnem primeru pa izvedejo detoksikacijo tudi takoj po sprejemu v terapevtski skupnosti. Vsi programi delujejo na preventivi HIV in hepatitisa C ter na preventivi relapsov. V svojih programih imajo tudi izobraževanje uporabnikov glede predoziranja z drogami, kako izvesti prvo pomoč in kako pravilno ukrepati ob predoziranju. Vsi programi se trudijo, da bi imeli uporabniki programov čim večje možnosti za zaposlitev, zato vsi programi motivirajo uporabnike programov za doizobraževanje v času, ko so v programu. Posamezni programi so razvili tudi reintegracijske programe, drugi, ki jih niso, pa koristijo reintegracijske programe, ki so jih oblikovale posamezne vladne in nevladne organizacije, kot je npr. Center za socialno delo Kranj, ki je razvil programe resocializacije za osebe, ki končajo detoksikacijski program ali programe v terapevtskih skupnostih.

Povezovanje in sodelovanje terapevtskih skupnosti z drugimi programi

Stopnja 1: Informacije o programih

Na ravni države imamo informativno brošuro o vseh programih. To je že tretja brošura s temi podatki, ki jih je država izdala v zadnjih 15 letih. Vsak program ima te brošure, in ko človek vstopi v kateri koli program, dobi isto informacijo o vseh programih obravnave odvisnih v Sloveniji. Potem pa se sam odloči, v katerem programu bo poiskal pomoč. Posamezne lokalne akcijske skupine pripravljajo za svoje področje seznam programov obravnave odvisnih od drog (Božank in sod. 2010). Vsi programi imajo tudi svojo spletno predstavitev, v kateri natančneje opisujejo pogoje za vstop v programe.

Stopnja 2: Srečanja in sestanki

V Sloveniji deluje Zveza nevladnih organizacij na področju drog, ki redno usklajuje aktivnosti med nevladnimi programi (vir: spletna stran Zveze društev na področju drog v Sloveniji). V njeni organizaciji potekajo tudi različna izobraževanja za zaposlene v terapevtskih skupnostih. Občasno pa posamezna terapevtska skupnost tudi organizira predstavitve in seminarje, na katerih se obravnavajo različni vidiki obravnave odvisnih v terapevtskih skupnostih. Občasno potekajo tudi informativni sestanki na Ministrstvu za zdravje, na katerih se srečajo različni nosilci programov in si med seboj izmenjajo najnovejše spremembe. Navadno je vsaki dve leti kongres na področju odvisnosti, ki združi vse strokovnjake s tega področja.

Stopnja 3: Sodelovanje na področju obravnave

Terapevtske skupnosti sodelujejo med seboj in mogoč je tudi prehod uporabnikov drog med terapevtskimi skupnostmi. Poleg tega se je vzpostavilo tudi zelo dobro sodelovanje med mrežo CPZOPD in terapevtskimi skupnostmi. V mreži dobijo uporabniki drog vso zdravstveno oskrbo. Hkrati pa ta mreža izvede vse zdravniške preglede pred vstopom posameznika v terapevtsko skupnost in posreduje tudi v času, ko je oseba vključena v terapevtsko skupnost. Pri pregledu so še posebej pozorni na okužbe s HIV in hepatitisom C. Mreža CPZOPD tudi predstavi vsakemu uporabniku programa vse možnosti obravnave v Sloveniji, med drugim tudi terapevtske skupnosti. Če se oseba, ki se zdravi v mreži CPZOPD, odloči za zdravljenje odvisnosti v terapevtski skupnosti, ji zaposleni v mreži CPZOPD pomagajo pri navezavi stikov in prehodu v terapevtsko skupnost. Ravno tako se terapevtske skupnosti poslužujejo strokovne detoksikacije na CZOPD in napotujejo uporabnike svojega programa na CPZOPD.

Stopnja 4: Integrirana obravnava

Programi na področju obravnave odvisnosti v Sloveniji delujejo kot enotna mreža pomoči. Vsak program predstavlja vstopno točko v mrežo. In na vstopni točki se strokovnjaki odločijo, kateri program bodo ponudili odvisnemu od drog, da bo zanj najugodnejši. Osebe v obravnavi lahko prosto prehajajo iz programa v program. Terapevti si po predhodnem dovoljenju posameznika tudi izmenjujejo posamezne pomembne podatke o določeni osebi. Medsebojno se tudi dogovarjajo o vrsti in načinu zdravljenja ter o načinih prehoda osebe iz

programa v program, ki običajno poteka organizirano prek terapevtov in po predhodnem dogovoru med terapevti.

Primer: ko uporabnik drog vstopi v nizkopražni program izmenjave igel in svetovanja, ga ta lahko napoti v različne programe. Če ga napoti v mrežo CPZOPD, se v določenem trenutku le-ta na osnovi želje uporabnika dogovori za izvedbo detoksikacijskega postopka, ki se lahko izvrši strokovno le v enem centru v Ljubljani. Že ob sprejemu v ta center se ve, v katero terapevtsko skupnost bo posameznik vstopil po detoksikaciji, ker se je zdravnik iz centra po pogovoru in privoljenju pacienta o tem pogovoril s konkretno terapevtsko skupnostjo. Po odpustu iz detoksikacijskega centra se oseba preseli v terapevtsko skupnost. Če predčasno zapusti terapevtsko skupnost, se vrne nazaj v CPZOPD ali nizkopražni program. Če pa nadaljuje terapevtsko skupnost, se terapevtska skupnost, če nima rehabilitacijskega programa, poveže s programi, ki izvajajo rehabilitacijski program, in napoti osebo v ta program. Seveda vse poteka s prostovoljnim privoljenjem osebe. Ob ponovnem zagonu bolezni se običajno oseba ponovno pojavi v nizkopražnem programu in CPZOPD, ki spet skupaj z drugimi programi išče najboljšo možnost za konkretno osebo. Vmes pa je ta oseba deležna še preventivnih programov na področju HIV itn.

11.4 Zagotavljanje kakovosti

Smernice in standardi za zagotavljanje kakovosti storitev v terapevtskih skupnostih

Vse terapevtske skupnosti imajo javno objavljen program in pogoje za sprejem v terapevtsko skupnost. Vsak program ima svoja pravila obnašanja. Vsak program ima svoje metode dela, ki so javne, kar je dobro, saj imajo uporabniki drog tako možnost izbire. V vseh programih potekajo notranja vrednotenja programa in uresničevanja ciljev programa. Zunanjo vrednotenje naredi občasno MDDSZ, ki lahko skladno z določili, ki so opredeljena v pogodbi med programom in ministrstvom, tudi izvede vrednotenje programa in preveri, ali so bila sredstva porabljena namensko skladno z medsebojno pogodbo. Zadnje tako vrednotenje je bilo narejeno leta 2011 (Inštitut za socialno varstvo RS 2012a).

Leta 2011 je bilo opravljeno široko vrednotenje socialnih programov v Sloveniji, ki jih financira MDDSZ. V vrednotenje so bile vključene tudi terapevtske skupnosti Žarek, Up, Srečanje in Projekt Človek. Evalvatorji so ugotovili, da so bili ciljna skupina programov za uporabnike prepovedanih drog predvsem:

- osebe, ki uporabljajo droge (nekateri programi so namenjeni le uporabnikom prepovedanih drog, drugi pa uporabnikom različnih psihoaktivnih snovi) oziroma se nahajajo v različnih fazah razvoja/izraženosti zasvojenosti od drog (npr. eksperimentatorji);
- osebe, pri katerih stopnja zasvojenosti ni takšna, da bi bila potrebna izključitev iz domačega okolja;
- osebe, ki droge injicirajo in niso v stiku z drugimi ustanovami; aktivni uporabniki drog; osebe, ki želijo prenehati s takšnim načinom življenja; rizični uporabniki drog);
- osebe v različnih stopnjah urejanja zasvojenosti (npr. osebe, ki so same ali s pomočjo drugih vzpostavile abstinenco);

- osebe, ki so vključene v medikamentno terapijo;
- osebe, ki abstिनirajo najmanj tri mesece;
- nekdanji uporabniki drog po končanem terapevtskem programu ali prihodu iz komune;
- uporabniki drog s pridruženimi težavami v duševnem zdravju;
- uporabniki drog z izrečenim vzgojnim ukrepom ustanov (sodišča, centri za socialno delo, šole, delodajalci);
- posamezniki (dijaki, mladostniki) in družine iz manj spodbudnega okolja (preventivne dejavnosti);
- ključne bližnje osebe (starši, partnerji, otroci ...);
- zainteresirana strokovna in laična javnost (svetovalne, izobraževalne, informativne dejavnosti) (Smolej in sod. 2012)

Programi, ki jih financira MDDSZ, morajo vsako leto na obsežnem formularju poročati o svojem delu. V poročilu poročajo o naslednjih sklopih: ciljih programa; metodah, ki jih uporabljajo v programu pri delu z odvisnimi; opis programa, kjer se opišejo poteki dela v programu, in ključne elemente, ki so značilni za program; okolje, v katerem izvajajo program; opis certifikata kakovosti; naštejejo uporabnike, katerim je program namenjen, populacijske skupine; številčni prikaz uporabnikov posameznega programa po mesecih; starost uporabnikov; v kateri program so vključeni uporabniki (dnevni, nočni itn.); poročilo o tem, katero populacijsko skupino so vključili v program; poročilo o zaposlenih v programu, ki vsebuje ime in priimek, stopnjo izobrazbe in količino ur, ki jih je posameznik opravil za program; poročilo o delu prostovoljcev z načinom nagrajevanja prostovoljcev (Stojanov in sod. 2012).

Poročilo potem vsako leto skrbno pregledajo strokovnjaki, in če ne ustreza pogojem, ki so bili dogovorjeni v pogodbi, lahko MDDSZ za določen del zmanjša financiranje ali pa prekine sodelovanje s konkretnim programom. Program sme voditi le univerzitetno izobražen strokovnjak z opravljenim strokovnim izpitom iz socialnega dela, posebna znanja morajo imeti tudi preostali zaposleni v terapevtski skupnosti. Po svoje zagotavlja kakovost dela tudi kodeks etičnih načel v socialnem varstvu, ki zahteva dosledno spoštovanje človekovih pravic in pravice do pomoči, ne glede na biološke, osebne, statusne, nacionalne, verske, ideološke in politične razlike. Upoštevanje odločitev posameznika in spoštovanje človekove enkratnosti in dostojanstva (Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu, Uradni list RS, št. 59/2002).

11.5 Razprava

Terapevtske skupnosti so v Sloveniji začele nastajati ob veliki potrebi uporabnikov drog po ustrezni obravnavi odvisnosti na začetku 90. let prejšnjega stoletja, ko je epidemija uporabe prepovedanih drog v Sloveniji dosegla velike razsežnosti. V nadaljevanju so terapevtske skupnosti odigrale pomembno vlogo pri celostnem pristopu do obvladovanja posledic uporabe drog v Sloveniji. Nastajale so predvsem na pobudo uporabnikov drog, njihovih staršev in strokovnjakov, ki so se združevali v društva in druge oblike nevladnega sektorja ter iskali rešitve, kako bi lahko bolje zdravili odvisne od drog. Sprva so se uporabniki drog iz

Slovenije posluževali storitev večjih terapevtskih skupnosti iz sosednje Italije. Pozneje so se na osnovi znanj in izkušenj, pridobljenih s sodelovanjem s terapevtskimi skupnostmi v tujini, vzpostavile skupnosti tudi v Sloveniji. Danes se v terapevtskih skupnostih v drugih državah zdravi le malo slovenskih uporabnikov drog, saj je v Sloveniji dovolj kapacitet. V zadnjih letih po opažanjih vodij terapevtskih skupnosti interes za vstop pada.

Vseskozi so terapevtske skupnosti sodelovale z mrežo CPZOPD, ki so uporabnikom drog pred odhodom v terapevtsko skupnost naredili celosten zdravstveni pregled. Na predpriprave so morali uporabniki drog sprva hoditi v sosednjo Italijo, pozneje pa se je ta storitev vzpostavila tudi v Sloveniji. Pomembno je tudi sodelovanje med nizkopražnimi programi in terapevtskimi skupnostmi, saj se zaznavajo tudi napotitve v terapevtsko skupnost neposredno iz programov zmanjševanja škode. Kakovostno sodelovanje med različnimi programi je ustvarilo enkratno mrežo pomoči, ki omogoča uporabniku drog, da je, kjer koli že vstopi v program, v mreži programov, kar mu omogoča neposredno prehajanja iz programa v program.

Financiranje države je bilo sprva skromno, a vedno večje, ker je država na osnovi epidemioloških podatkov in pritiskov nevladnega sektorja prepoznavala, da je povpraševanje po terapevtskih programih v terapevtskih skupnostih vse večje. Tako danes večino terapevtskih skupnosti v Sloveniji država financira v višini do 80 % stroškov. Preostala sredstva pridobivajo terapevtske skupnosti prek donacij, lokalnih skupnosti in prek participacije sorodnikov oseb odvisnih od drog. Vsak uporabnik drog, ki se odloči za odhod v terapevtsko skupnost, dobi vsak mesec socialno podporo, ki jo koristi za doplačilo prebivanja v terapevtski skupnosti in za osebne potrebe. Prostor terapevtskih skupnosti so danes urejeni in terapevtske skupnosti delujejo po notranjih pravilih, ki jih mora sprejeti vsak član terapevtske skupnosti. Vsi programi izvajajo notranje vrednotenje dela, le redko pa se terapevtske skupnosti vrednotijo s pomočjo zunanjih strokovnjakov. Strokovnjaki, zaposleni v programih, morajo imeti ustrezno izobrazbo in ustrezne strokovne izpite. MDDSZ je najpogostejši zunanji evalvator programa; to mu dovoljuje in ga tudi zavezuje določilo v medsebojni pogodbi o financiranju programa. Verjetno pa bi bilo treba terapevtske skupnosti bolj sistematično vrednotiti predvsem za to, da bi se še izboljšali kakovost dela in uspešnost dela terapevtskih skupnosti.

V zadnjih letih se opaža manjše zanimanje uporabnikov drog za vstop v terapevtsko skupnost, zato bi bilo smiselno, da bi se tudi na tem področju razmišljalo o programskih spremembah, ki bi bile zanimivejše za uporabnike drog. Pri iskanju strokovnih zapisov in člankov je mogoče opaziti, da se na tem področju v Sloveniji ne publicira veliko, zato bi bilo smiselno tudi spodbuditi raziskovanje na tem področju in posledično tudi publiciranje.

Še naprej pa je treba z različnimi prijemi tudi na državni ravni spodbujati sodelovanje med programi, ki se programsko med seboj dopolnjujejo in predstavljajo enkratno programsko celoto, v kateri vsak posameznik lahko najde pravo pomoč za svoje težave. Še naprej je treba vzdrževati dobre medsebojne partnerske odnose in dopolnjevanja med programi ter tako vzdrževati široko množico možnosti za obravnavo odvisnosti v Sloveniji. S pojavom

novih oblik odvisnosti, kar se kaže v epidemioloških študijah na področju programov zmanjševanja škode in v povpraševanju po zdravljenju in obravnavi, bodo v ospredje prihajale nove oblike odvisnosti, kot je odvisnost od kokaina, sintetičnih drog itn. Treba bo spreminjati tudi celotni sistem pomoči, da bo sledil potrebam uporabnikov, hkrati pa tudi dodatno izobraževati strokovnjake na sistematični način in vzpostavljati nove pristope obravnave, ki bodo bolj blizu uporabnikom novih aktualnih drog. Brez sprememb bomo obstali v preteklosti in ne bomo mogli slediti potrebam sedanjosti in prihodnosti; vse več uporabnikov drog bo ostajalo brez pomoči prepuščenih cesti.

Ob tem, da še ni uspešne medikamentozne terapije za vrsto novih oblik odvisnosti, bo verjetno vse bolj v ospredje ponovno prišla potreba po vzpostavljanju neke nove oblike terapevtskih skupnosti, ki bodo uporabljale metode vedenjske kognitivne terapije in bodo tudi časovno in lokacijsko bolj prilagojene uporabnikom različnih novih drog. Zdi se, da bo treba v prihodnje veliko več energije posvetiti analizi potreb posameznih iskalcev pomoči in pri oblikovanju novih programov ter preoblikovanju že obstoječih programov slediti potrebam uporabnikov. To je pa že nova naloga, ki je zelo zahtevna in potrebuje multidisciplinarni pristop z vso pomočjo trenutno delujočih programov in sistemov načrtovanja in vrednotenja ter financiranja programov.

12.

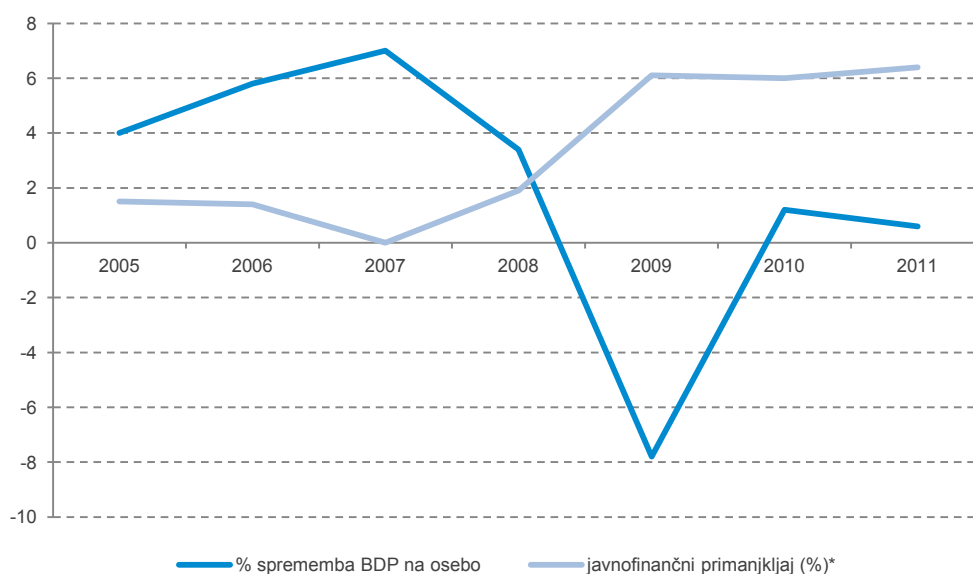
TRENDI NA PODROČJU JAVNOFINANČNIH ODHODKOV IN STORITEV NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG IN OBSEG STORITEV

Mircha Poldrugovac

12.1 Ekonomski položaj Slovenije v obdobju 2005–2011

Bruto domači proizvod (BDP) na prebivalca, popravljen za kupno moč, je v Sloveniji leta 2010 znašal 27.545 USD (OECD 2012a). Ekonomska kriza, ki se je začela leta 2008, je prizadela tudi Slovenijo. Slovenijo zaznamuje majhno in odprto gospodarstvo, ki je posledično sorazmerno dovzetno za ekonomski položaj tujih držav, zlasti znotraj evroobmočja. Po podatkih OECD je bil leta 2009 padec realnega BDP v odstotkih drugi največji v državah OECD. V letu 2009 se je tudi obrnil trend konvergence BDP na prebivalca proti povprečju evropske petnajsterice (OECD 2011). V sliki 12.1 so prikazane spremembe BDP Slovenije in letni javnofinančni primanjkljaj v obdobju od leta 2005 do leta 2011.

Slika 12.1: Sprememba BDP in primanjkljaja državne blagajne v obdobju od leta 2005 do leta 2011



*Net lending/net borrowing under the EDP (Excessive Deficit Procedure)

Viri: % sprememba BDP na osebo: Statistični urad Republike Slovenije; javnofinančni primanjkljaj: Eurostat

Javnofinančni primanjkljaj se je od leta 2009, ko je bila rast negativna, le povečal, kar kaže na to, da do leta 2011 radikalnejši varčevalni ukrepi pri državnih izdatkih še niso bili opazni. Reformni program vlade, med katerimi posebej izstopa pokojninska reforma, v letih 2010 in 2011 ni bil izveden, tako kot je bilo načrtovano. Po predčasnih volitvah je nova vlada pridobila mandat v začetku leta 2012. Maja 2012 je bil v Državnem zboru RS sprejet Zakon o

uravnoveženju javnih financ, ki predstavlja prvi korak trenutne vlade k zmanjšanju javnofinančnega primanjkljaja, načrtovan v obsegu 3 % BDP v letu 2013 (OECD 2012b).

Kljub odsotnosti radikalnejših posegov v javnofinančnih odhodkih v proučenem obdobju do leta 2011 so bile v zadnjih letih izvedene številne aktivnosti, namenjene zmanjšanju obsega teh odhodkov. Na primer junija 2011 je stopil v veljavo sklep Vlade RS, ki je zahteval posebno odobritev Ministrstva za finance za vse še nesprejete finančne obveznosti ministrstev, ki niso neposredna obveznost iz obstoječih predpisov. Vloge so bile potrjene samo v primerih, ko je Ministrstvo za finance prepoznalo izdatke kot nujne.

Pomembno je tudi upoštevati, da je v slovenskem zdravstvenem sistemu plačnik velike večine zdravstvenih storitev Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). ZZZS je nosilec odgovornosti uravnoveženja lastnega finančnega načrta, skozi katerega se večinoma financirajo bolnišnice, zdravstveni domovi in drugi izvajalci zdravstvenih storitev, ki so del t. i. javne zdravstvene mreže. ZZZS se sicer srečuje s problematiko dolgotrajne vzdržnosti zdravstvene blagajne dlje časa, kar velja za večino zdravstvenih sistemov v Evropi. Ekonomska kriza je poudarila nujnost sprejemanja nekaterih ukrepov in preusmerila pozornost na kratkoročna vprašanja finančne vzdržnosti. V tem kontekstu so bili sprejeti številni ukrepi, namenjeni racionalizacij izdatkov za zdravstvo. V povezavi s krizo je treba posebej izpostaviti splošno zmanjšanje vrednosti akutne bolnišnične obravnave za 2,5 %. Omenjeno zmanjšanje se nanaša na priznano ceno, ki jo po sistemu SPP (skupine primerljivih primerov) ZZZS plača bolnišnicam. Zmanjšana je bila vrednost v evrih celotnega programa, kar pomeni, da se z ukrepom pričakuje, da bodo izvajalci akutnih bolnišničnih obravnav privarčevali potrebnih 2,5 % z notranjimi reorganizacijami in racionalizacijami ob izvajanju enakega obsega storitev. Ukrepi kažejo na željo zmanjšanja odhodkov ob ohranitvi obsega zdravstvenih storitev.

12.2 Javnofinančni odhodki na področju prepovedanih drog

V nadaljevanju so prikazani zbrani podatki o javnih izdatkih na področju prepovedanih drog v Sloveniji v obdobju od leta 2005 do leta 2011. Vir podatkov za pretekla leta so bila letna poročila o stanju na področju prepovedanih drog v preteklih obdobjih. Podatki so dopolnjeni v primerih, ko so bile uspešno pridobljene dodatne informacije. Med dodanimi vrednostmi so poudarjeni podatki o akutnih bolnišničnih obravnavah, povezani z zastupitvami s prepovedanimi drogami.

Tabela 12.1: Javni izdatki na področju drog v obdobju od leta 2005 do leta 2011

Namen	Plačnik	Leto	Vsota (EUR)	Cofog	Reuters	Labelled or not
Opolnomočenje NVO na področju zmanjšanja škode	MJU	2011	52.142,00	10,7	H	non-labelled
Sofinanciranje dejavnosti NVO na področju preprečevanja zasvojenosti	MJU	2011	53.333,33	10,7	P	non-labelled
Razpis za financiranje programov s področja prepovedanih drog	MZ	2011	70.000,00	7,4	UK	non-labelled
Druge aktivnosti, ki jih financira MZ	MZ	2011	177.326,67		UK	non-labelled

Tabela 12.1 se nadaljuje ...

Namen	Plačnik	Leto	Vsota (EUR)	Cofog	Reuters	Labelled or not
Programi terapevtskih skupnosti in sorodni	MDDSZ	2011	1,915.586,46	10,9	T	labelled
Nizkopražni programi	MDDSZ	2011	1,085.588,32	10,9	H	labelled
Sofinanciranje programov na področju drog	Urad za mladino	2011	58.994,00	10,7	UK	non-labelled
Izvajanje preiskovalnih ukrepov in materialno-tehnična oprema policije	MNZ – policija	2011	657.254,05	3,1	E	non-labelled
Delovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti	ZZZS	2011	2,709.098,00	7,2	T	labelled
Substitucijska zdravila	ZZZS	2011	2,914.437,27	7,2	T	labelled
Sterilni material za varno injiciranje drog	ZZZS	2011	152.850,00	7,4	H	labelled
Hospitalizacije ob zastripitvi z drogami (akutne bolnišnične obravnave)	ZZZS	2011	160.294,55	7,3	T	non-labelled
Sofinanciranje programov na področju drog	Mestne občine	2011	777.732,70	10,7	UK	labelled
Programi s področja drog, organizirani kot NVO	FIHO	2011	342.991,97	10,7	UK	non-labelled
SKUPAJ			11,127.629,32			
Opolnomočenje NVO na področju zmanjšanja škode	MJU	2010	52.142,00	10,7	H	non-labelled
Sofinanciranje dejavnosti NVO na področju preprečevanja zasvojenosti	MJU	2010	53.333,33	10,7	P	non-labelled
Razpis za financiranje programov s področja prepovedanih drog	MZ	2010	60.707,00	7,4	UK	non-labelled
Programi terapevtskih skupnosti in sorodni	MDDSZ	2010	1,575.993,26	10,9	T	labelled
Nizkopražni programi	MDDSZ	2010	587.876,52	10,9	H	labelled
Drugi programi socialne rehabilitacije zasvojenih MDDSZ	MDDSZ	2010	549.259,59	10,9	P	labelled
Obnova nepremičnine	MDDSZ	2010	21.156,00	10,9	T	labelled
Izvajanje preiskovalnih ukrepov in materialno-tehnična oprema policije	MNZ – policija	2010	576.040,00	3,1	E	non-labelled
Nabava materiala, usposabljanje in izobraževanje strokovnih delavcev	MP – UIKS	2010	18.794,19	3,4	UK	non-labelled
Delovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti	ZZZS	2010	2,700.000,00	7,2	T	labelled
Substitucijska zdravila	ZZZS	2010	2,900.000,00	7,2	T	labelled
Sterilni material za varno injiciranje drog	ZZZS	2010	146.000,00	7,4	H	labelled
Hospitalizacije ob zastripitvi z drogami (akutne bolnišnične obravnave)	ZZZS	2010	168.731,19	7,3	T	non-labelled
Programi s področja drog, organizirani kot NVO	FIHO	2010	268.186,45	10,7	UK	non-labelled
SKUPAJ			9,678.219,53			
Programi terapevtskih skupnosti in sorodni	MDDSZ	2009	1,514.458,00	10,9	T	labelled
Nizkopražni programi	MDDSZ	2009	544.492,50	10,9	H	labelled
Drugi programi socialne rehabilitacije zasvojenih MDDSZ	MDDSZ	2009	499.847,50	10,9	P	labelled
Nakup nepremičnine za izvajanje programov za zasvojenca	MDDSZ	2009	4.993,00	10,9	T	labelled
Izvajanje preiskovalnih ukrepov in materialno-tehnična oprema policije	MNZ – policija	2009	546.513,00	3,1	E	non-labelled
Sterilni material za varno injiciranje drog	MZ	2009	145.100,00	7,4	H	labelled
Druge naloge na področju drog	MZ	2009	99.167,00	1,1	Admin	non-labelled
Sofinanciranje različnih programov	Urad za mladino	2009	49.350,00	10,7	UK	non-labelled
Programi nevladnih organizacije (EU-strukturni skladi)	MJU	2009	419.388,98	10,7	UK	non-labelled
Delovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti	ZZZS	2009	2,605.338,00	7,2	T	labelled

Tabela 12.1 se nadaljuje ...

Namen	Plačnik	Leto	Vsota (EUR)	Cofog	Reuters	Labelled or not
Substitucijska zdravila	ZZZS	2009	3.168.324,00	7,2	T	labelled
Hospitalizacije ob zastripitvi z drogami (akutne bolnišnične obravnave)	ZZZS	2009	218.130,63	7,3	T	labelled
Programi s področja drog, organizirani kot NVO	FIHO	2009	240.156,00	10,7	UK	non-labelled
SKUPAJ			10.115.965,61			
Programi terapevtskih skupnosti in sorodni	MDDSZ	2008	1.445.691,00	10,9	T	labelled
Nizkopražni programi	MDDSZ	2008	399.013,40	10,9	H	labelled
Drugi programi socialne rehabilitacije zasvojenih MDDSZ	MDDSZ	2008	446.023,60	10,9	P	labelled
Nakup nepremičnine za izvajanje programov za zasvojenice	MDDSZ	2008	110.868,00	10,9	T	labelled
Sofinanciranje različnih programov	Urad za mladino	2008	42.632,00	10,7	UK	non-labelled
Substitucijska zdravila	ZZZS	2008	3.178.047,00	7,2	T	labelled
Delovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti	ZZZS	2008	2.373.053,00	7,2	T	labelled
Izvajanje preiskovalnih ukrepov in materialno-tehnična oprema policije	MNZ – policija	2008	534.434,36	3,1	E	non-labelled
Sterilni material za varno injiciranje drog	MZ	2008	100.000,00	7,4	H	labelled
Javni razpis na področju drog	MZ	2008	100.000,00	7,4	UK	non-labelled
Hospitalizacije ob zastripitvi z drogami (akutne bolnišnične obravnave)	ZZZS	2008	249.987,74	7,3	T	non-labelled
Tisk publikacij	MZ	2008	10.000,00	1,1	UK	non-labelled
Donacija Združenim narodom	MZ	2008	10.000,00	1,1	UK	non-labelled
SKUPAJ			8.999.750,10			
Programi terapevtskih skupnosti in sorodni	MDDSZ	2007	464.549,10	10,9	H	labelled
Nizkopražni programi	MDDSZ	2007	1.090.398,40	10,9	T	labelled
Drugi programi socialne rehabilitacije zasvojenih MDDSZ	MDDSZ	2007	346.005,50	10,9	P	labelled
Nakup nepremičnine za izvajanje programov za zasvojenice	MDDSZ	2007	200.000,00	10,9	T	labelled
Sofinanciranje različnih programov	Urad za mladino	2007	18.550,00	10,7	UK	non-labelled
Centri in nadomestna zdravila skupaj	ZZZS	2007	5.280.223,00	7,2	T	labelled
Izvajanje preiskovalnih ukrepov in materialno-tehnična oprema policije	MNZ – policija	2007	397.617,49	3,1	E	non-labelled
Evalvacija substitucijskih programov	MZ	2007	40.000,00	7,5	T	non-labelled
Hospitalizacije ob zastripitvi z drogami (akutne bolnišnične obravnave)	ZZZS	2007	168.759,56	7,3	T	non-labelled
Sterilni material za varno injiciranje drog	MZ	2007	150.000,00	7,4	H	labelled
SKUPAJ			8.156.103,05			
Financiranje programov MDDSZ	MDDSZ	2006	1.502.600,00	10,9	UK	labelled
Sofinanciranje različnih programov	Urad za mladino	2006	31.105,00	10,7	UK	non-labelled
Centri in nadomestna zdravila skupaj	ZZZS	2006	4.975.070,00	7,2	T	labelled
Izvajanje preiskovalnih ukrepov in materialno-tehnična oprema policije	MNZ – Policija	2006	506.505,53	3,1	E	non-labelled
Preventivni programi	MZ	2006	22.980,30	7,4	P	non-labelled
Študije in ekspertize	MZ	2006	2.944,42	7,5	UK	non-labelled
Mednarodno sodelovanje	MZ	2006	11.018,67	1,1	Admin	non-labelled

Tabela 12.1 se nadaljuje ...

Namen	Plačnik	Leto	Vsota (EUR)	Cofog	Reuters	Labelled or not
Nizkopražni programi	MZ	2006	92.757,38	7,4	H	labelled
Hospitalizacije ob zastrupitvi z drogami (akutne bolnišnične obravnave)	ZZZS	2006	188.523,70	7,3	T	non-labelled
Nacionalni prispevki različnim projektom	MZ	2006	310.585,56	7,4	UK	non-labelled
Sofinanciranje nakupa vozil za nizkopražne programe	EK	2006	162.944,80	7,4	H	non-labelled
SKUPAJ			7,807.035,36			
Financiranje programov MDDSZ	MDDSZ	2005	1.469.800,00	10,9	UK	labelled
Usposabljanje in oprema carinikov	MF	2005	37.600,00	3,6	E	non-labelled
Preventivni programi	MZ	2005	70.073,00	7,4	P	non-labelled
Študije in ekspertize	MZ	2005	11.778,00	7,5	UK	non-labelled
Mednarodno sodelovanje	MZ	2005	851,00	1,1	Admin	non-labelled
Nizkopražni programi	MZ	2005	101.450,00	7,4	H	labelled
Nacionalni prispevki različnim projektom	MZ	2005	18.553,00	7,4	UK	non-labelled
Substitucijska zdravila	ZZZS	2005	2.519.232,00	7,2	T	labelled
Delovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti	ZZZS	2005	2.181.367,00	7,2	T	labelled
Hospitalizacije ob zastrupitvi z drogami (akutne bolnišnične obravnave)	ZZZS	2005	206.204,00	7,3	T	non-labelled
Izvajanje preiskovalnih ukrepov in materialno-tehnična oprema policije	MNZ – policija	2005	387.799,49	3,1	E	non-labelled
Sofinanciranje različnih programov	Urad za mladino	2005	26.161,00	10,7	UK	non-labelled
Sofinanciranje različnih programov	Urad za mladino	2005	21.884,00	10,7	UK	non-labelled
SKUPAJ			7,052.752,49			

Viri: Nacionalna poročila o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji od leta 2006 do leta 2011, MNZ, IVZ, Smolej in sod. 2012

Razlaga kratic: MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, MZ – Ministrstvo za zdravje, MF – Ministrstvo za finance, MJU – Ministrstvo za javno upravo, MNZ – Ministrstvo za notranje zadeve, ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, EK – Evropska komisija, NVO – Nevladna organizacija

Klasifikacija po Reutersu: P – programi preprečevanja zasvojenosti, T – programi zdravljenja, E – programi organov pregona, H – nizkopražni programi, UK – klasifikacija ni bila mogoča, sredstva se nanašajo na različne programe po Reutersovi klasifikaciji, Admin – klasifikacija ni bila mogoča, odhodki se nanašajo na koordinacijo aktivnosti, ki vključuje več različnih kategorij po Reutersu

12.3 Omejitve

Klasifikacija izdatkov po Reuters, Cofog in glede na namembnost sredstev v proračunu (EMCDDA 2008) je bila opravljena na osnovi razpoložljivih informacij avtorja tega poglavja. Posebej težavna je opredelitev javnofinančnega odhodka kot izrecno namenjenega področju prepovedanih drog (v tabeli 12.1 označeno kot »labelled« in »non-labelled«). V tipičnem primeru državni proračun, v katerem so opredeljeni predvideni odhodki po namembnosti, nima takšne stopnje natančnosti, da bi določil del sredstev, namenjenih področju prepovedanih drog. Navadno so opredeljeni kot odhodki »nonlabelled« Ministrstva za zdravje, Ministrstva za javno upravo, FIHO in Urada za mladino. Omenjene organizacije sofinancirajo dejavnosti nevladnih organizacij, navadno z razpisom, katerega namen presega področje prepovedanih drog. V teh primerih torej nevladne organizacije na tem področju

tekmujejo z drugimi za omejena sredstva. Sicer podatki z zadnjih petih let kažejo, da je sofinanciranje sorazmerno stalno. Pri razpisih Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ) pa so odhodki opredeljeni kot »labelled«. Sredstva so v pripadajoči proračunski postavki namenjena področju prepovedanih drog, alkoholizma in drugih odvisnosti ter motenj hranjenja. Očitno je, da vsakoletno financiranje programov na področju prepovedanih drog predstavlja večji del proračunske postavke in stalen, pomemben odhodek proračuna.

ZZZS se financira predvsem s prispevki delodajalcev in delojemalcev ter sorazmerno samostojno upravlja s svojimi finančnimi sredstvi. Izdatki ZZZS torej niso opredeljeni v proračunu, kljub temu pa se po mednarodnih standardih štejejo med javnofinančna sredstva. Sredstva, ki jih ZZZS namenja izvajalcem zdravstvenih storitev, so načelno predmet vsakoletnih pogajanj s predstavniki izvajalcev, pri katerih sodeluje tudi Ministrstvo za zdravje. Navadno je izhodišče za pogajanja obseg programov, financiranih v preteklem letu (ali v preteklih letih). Tudi v tem primeru podatki kažejo na stalno financiranje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti in prepovedanih drog, zato so odhodki opredeljeni kot »labelled«.

Sistem plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav ZZZS z nekaterimi izjemami ne določa, katere bolnišnične storitve morajo biti opravljene za dogovorjeni okvir t. i. uteži. Hkrati pa je bolnišnica odgovorna, da zagotovi potrebne storitve prebivalcem. Zato odhodki za akutne bolnišnične obravnave, ki so povezane z zastrupitvijo s prepovedanimi drogami, niso vnaprej določeni, ampak sledijo povpraševanju oziroma konkretnim primerom, s katerimi se srečujejo izvajalci. Izdatki so opredeljeni kot »nonlabelled«.

Pomembno je pojasniti tudi omejitve nekaterih podatkov, ki so bile večinoma že izpostavljene v okviru ekonomske analize iz prvega poglavja tega poročila, v tem in preteklih letih:

- Sredstva MNZ – policije se nanašajo na materialne stroške in opremo za preiskovalne dejavnosti. Pri policiji ocenjujejo, da je večji del tega zneska (80–90 %) namenjen področju boja zoper prepovedane droge. Omenjena številka ne vključuje izdatkov za delovno silo, torej zaposlenih policistov, kriminalistov in drugega osebja, aktivnega na tem področju. Ti podatki niso na voljo.
- Financiranje večletnih projektov je bilo, če so bili podatki razpoložljivi, deljeno v enakovrednih letnih obdobjih. Tako je bilo na primer financiranje nekaterih projektov MJU v obdobjih od 2010 do 2012 deljeno v tri enake dele, vsaka tretjina pa je bila upoštevana pri pripadajočem letnem izračunu izdatkov.
- Ocena izdatkov akutnih bolnišničnih obravnav, povezanih z drogami, je posebej velik izziv. Kot je bilo že pojasnjeno v lanskoletnem poročilu (Drev in sod. 2011), je prepoznavanje teh primerov težavno zaradi pogoste napake pri kodiranju oziroma opredelitvi diagnoz v podatkovnih bazah o bolnišničnih obravnavah. Pogoste obravnave na urgentnih oddelkih, ki ne pripeljejo do hospitalizacije, predstavljajo dogodke, ki v hospitalni statistiki niso zajeti. Poskus ocenjevanja števila in posledično stroška hospitalizacij zunaj psihiatričnih ustanov zaradi akutne zastrupitve s prepovedanimi drogami je bil opravljen s pomočjo podatkovne baze SPP, ki vključuje vse izvajalce akutnih bolnišničnih obravnav. Prepoznane so bile vse hospitalizacije, pri katerih se je

med diagnozami pojavila tudi zastrupitev z narkotiki in s psihodisleptiki (T 40 po mednarodni klasifikaciji bolezni MKB 10). V nekaterih primerih so bili primarni vzroki za hospitalizacijo drugi (npr. porod). Sicer pogosto, tudi ko zastrupitev s prepovedanimi drogami ni bila glavna diagnoza, je kazalo, da je bil glavni vzrok hospitalizacije zaplet, neposredno povezan z uporabo drog.

- V ekonomski analizi iz prvega poglavja Izdatki MJU so ocenjeni na 0 EUR, ker so bila sredstva dodeljena v preteklih letih. Glede na to, da so v tem večletnem pogledu odhodkov ta sredstva deljena v enakovredne letne vsote – ob upoštevanju trajanja projekta –, so ta sredstva tudi v letu 2011 upoštevana v tabeli.

12.4 Variacije odhodkov s področja prepovedanih drog skozi čas in vpliv krize

Skupni seštevek vseh prepoznanih odhodkov na področju prepovedanih drog v obdobju od leta 2005 do leta 2011 kaže na stalno zmerno povečanje skupne višine sredstev. Poglobljeni pogled naslovov izdatkov pa razkrije, da je povečana skupna vsota pogosto posledica pridobitve novih podatkov in vključitve virov financiranja, ki so bili verjetno prisotni že v preteklosti, vendar o nekaterih podatkih niso bili na voljo. Tako na primer letošnje poročilo prvič vključuje podatke o sofinanciranju programov na tem področju mestnih občin v Sloveniji, čeprav so občine namenile sredstva področju prepovedanih drog tudi v preteklosti.

Ob upoštevanju zgoraj navedenega je proučitev sprememb v obsegu odhodkov za droge skozi čas smiselna ob primerjavi tistih vrednosti, ki so znane za celotno proučeno obdobje 2005–2011. Posamezne vrednosti iz tabele 12.1 so združene v večje skupine, in sicer glede vira sredstev. Podatki so prikazani v tabeli 12.2.

Tabela 12.2: Izdatki na področju drog iz virov, ki so bili predmet spremljanja v celotnem obdobju od leta 2005 do leta 2011

Naslov izdatka	Plačnik	Leto						
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Financiranje programov prek MDDSZ	MDDSZ*	1.469.800,00	1.502.600,00	1.554.947,40	2.290.728,00	2.558.798,00	2.713.129,37	3.213.519,00
Izdatki na področju drog prek MZ (razen nakup sterilnega materiala)	MZ	101.255,00	347.528,95	40.000,00	120.000,00	99.167,00	60.707,00	247.326,67
Sterilni material za varno injiciranje drog	MZ, ZZS	101.450,00	92.757,38	150.000,00	100.000,00	145.100,00	146.000,00	152.850,00
Delovanje CZOPD in substitucijska zdravila	ZZS	4.700.599,00	4.975.070,00	5.280.223,00	5.551.100,00	5.773.662,00	5.600.000,00	5.623.535,27
Akutne hospitalizacije	ZZS	206.204,00	188.523,70	168.759,56	249.987,74	218.130,63	168.731,19	160.294,55
Izvajanje preiskovalnih ukrepov in materialno-tehnična oprema policije	MNZ – policija	387.799,49	506.505,53	397.617,49	534.434,36	546.513,00	576.040,00	657.254,05
Skupaj		6.967.107,49	7.612.985,56	7.591.547,45	8.846.250,10	9.341.370,63	9.264.607,56	10.054.779,54

*Podatki za leto 2011 ne predstavljajo seštevka izdatkov MDDSZ, navedenega v Tabeli 12.1. V tem primeru gre v Tabeli 12.2 za podatek MDDSZ, ki je primerljiv s podatki prejšnjih let. V Tabeli 12.1 pa gre za natančnejše podatke, ki so posledica spremembe metodologije spremljanja izdatkov na tem področju.

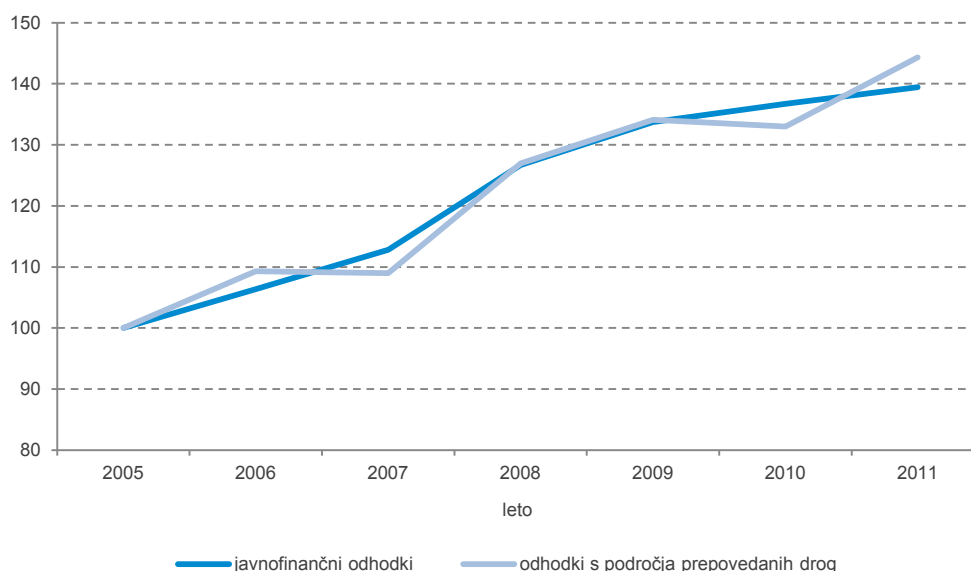
Razlaga kratic: MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, MZ – Ministrstvo za zdravje, MNZ – Ministrstvo za notranje zadeve, ZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, CZOPD – Centri za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog

Z namenom proučitve učinkov ekonomske krize na javnofinančne odhodke s področja prepovedanih drog je zadnje primerjano s celotnimi javnofinančnimi odhodki države. Glede na to, da so izdatki za področje drog izraženi v absolutnih vrednostih v evrih, so za primerjavo upoštevani tudi celotni javnofinančni odhodki v absolutnem smislu. Po podatkih Eurostat so bili celotni javnofinančni odhodki v letu 2005 13.015,30 milijona EUR. Postopoma so se povečali do vrednosti 18.148,60 milijona EUR v letu 2011. Celotni javnofinančni odhodki in odhodki na področju prepovedanih drog so primerjani med seboj tako, da so vrednosti iz leta 2005 normirane na 100.

Posamezni izdatki v proučenem obdobju so se navadno zmerno povečali pri vseh zgoraj prepoznanih plačnikih. Izstopa variabilnost odhodkov Ministrstva za zdravje. Sorazmerno velike spremembe v obsegu izdatkov iz leta v leto se pripisujejo predvsem dvema dejavnikoma: občasna pomembnejša vloga pri mednarodnih aktivnosti, kot je na primer srečanje Pompidoujeve skupine v Ljubljani v letu 2011, in izvedba javnega razpisa za sofinanciranje programov nevladnih organizacij, ki se izvaja vsake dve leti. Pri financiranju delovanja centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ter zdravila za substitucijsko terapijo ZZS je opazno zmanjšanje odhodkov v letu 2010 ter zmernejše povečanje v letu 2011. Izdatki na področju akutnih hospitalizacij povezanih z zastrupitvijo s prepovedanimi drogami, niso vnaprej določeni. Variabilnost izdatkov v tem primeru se pripisuje določeni nepredvidljivosti oziroma pričakovani variabilnosti tovrstnih

primerov, spremembe v priznanih vrednostih uteži v akutni bolnišnični obravnavi in predvsem v nezanesljivosti zapisovanja diagnoz, povezanih z zastrupitvami s prepovedanimi drogami, v sistemu spremljanja bolnišničnih obravnav.

Slika 12.2: Primerjava sprememb javnofinančnih odhodkov in odhodkov s področja prepovedanih drog (vrednosti leta 2005 = 100)



Viri: Javnofinančni izdatki: Eurostat, izdatki za droge: lastni izračun

Glede na razpoložljive podatke je preverjeno število uporabnikov programov oziroma storitev na področju prepovedanih drog. Velikih variacij v tem primeru ni opaziti. Izjema so akutne bolnišnične obravnave, pri katerih je opazen trend zmanjšanja števila primerov težko tolmačiti. Kot je navedeno zgoraj, je določena mera variabilnosti pričakovana, največja neznanka pa ostane natančnost kodiranja diagnoze v podatkovni bazi za spremljanje bolnišničnih obravnav, na osnovi katere so podatki izračunani.

Tabela 12.3: Število uporabnikov programov oziroma storitev na področju prepovedanih drog

Program/Storitev	Leto						
	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Visokopražni programi, ki jih sofinancira MDDSZ*	4640	4591					
Nizkopražni programi (samo glavni programi), ki jih sofinancira MDDSZ*	4155	3870					
Hospitalizacije v CZPOD skupaj**	187	177	178	174		175	185
Primeri akutne bolnišnične obravnave zaradi zastrupitve z drogami***	84	103	137	121	152	124	140
Vsi obravnavani v CZPOD****		4197	4322	4429			
Vključeni v substitucijsko zdravljenje****		3547	3324	3332			

Viri: *Smolej in sod. 2012, Jakob Krejan in sod. 2011, **Psihiatrična klinika Ljubljana, ***IVZ, ****Koordinacija CZOPD

12.5 Sklepi

Učinki ekonomske krize se še niso odrazili v obsežno zmanjšanje javnofinančnih odhodkov do leta 2011. Prav tako ni mogoče opaziti zmanjšanja obsega javnofinančnih odhodkov na področju prepovedanih drog, pri katerih se je v obdobju od začetka krize pa do leta 2011 celotni obseg sredstev postopoma povečal. Skladno s pričakovanji glede na zgoraj navedeno število uporabnikov storitev in programov na področju prepovedanih drog ne prikazuje pomembnega zmanjšanja. Vprašanje vplivov recesije na problematiko prepovedanih drog je bistveno kompleksnejše. Proučevanje tovrstnega širšega vprašanja bi zahtevalo pridobitev informacij o zdravstvenem stanju uporabnikov prepovedanih drog in njihovo spremembo skozi leta, upoštevanje števila ljudi, ki so prvič in ponovno poiskali pomoč zdravstvenih služb ali drugih programov itn. Različne mere izidov, ki se nanašajo na uporabo prepovedanih drog, bi bilo treba proučevati v kontekstu dejavnikov, kot so spremembe v ceni drog, spremembe v stopnji brezposelnosti in socioekonomski položaj prebivalcev. Tovrstna analiza presega okvir tega poglavja. Pomembno pa je izpostaviti, da z analizo niso celostno opredeljeni učinki ekonomske recesije na uporabo prepovedanih drog.

Radikalnejši varčevalni ukrepi, usmerjeni k čim hitrejšemu uravnoteženju javnih financ, so bili prvič sprejeti v letu 2012. Potreba po stabilizaciji javnih financ in reformni program Vlade RS napovedujeta nadaljnje izvajanje tovrstnih ukrepov. Kako se bodo varčevalni ukrepi v prihodnje odrazili v znižanju obsega javnofinančnih odhodkov na področju prepovedanih drog in kakšen bo vpliv tovrstnih ukrepov na obseg ponujenih storitev in programov, namenjenih uporabnikom prepovedanih drog, je lahko le predmet špekulacije. Opazna je večja variacija višine sredstev pri tistih izdatkih, ki so bili opredeljeni kot »non-labelled«. Na teh področjih je zmanjševanje obsega sredstev sorazmerno lažje dosegljivo. Ali se bo to tudi zgodilo, pa bo pokazal čas.

C

VIRI, LITERATURA IN PRILOGE

Anderson P. (2007) The impact of alcohol advertising. ELSA project report on the evidence to strengthen regulation to protect young people. National Foundation for Alcohol Prevention, Utrecht.

Anderson P. (2009) Is it time to ban alcohol advertising? *Clinical Medicine* 9 (2) 121-124.

Anderson P, Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. (2009) Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Alcohol and Alcoholism* 44 (3) 229–243.

Australian Bureau of Statistics. (2002) Drug caused deaths. 1301.0- Year Book Australia.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. (2010) *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy.* Oxford University Press, Oxford.

Bagon J. (2000) Alternativna terapevtska skupnost Janeza Ruglja po modelu »velikih pet«. *Psihološka obzorja*.

Belović B, Šelb Šemerl J, Hovnik Keršmanc M, Skaza A, Radešček D, Ivartnik F, Stanojević Jerković O, Jerman T, Lovrečič B. (2003). Spremljanje umrljivosti: zakaj, kdo in kako. *Zdrav Vestn*;72:305-7.

Boben Bardutzky D, Boben D, Čebašek Travnik Z, Levačič M, Sorko N, Zorko M. (2009) Odraščanje: z ali brez alkohola?: rezultati raziskave med slovenskimi osnovnošolci. *Društvo Žarek upanja, Ljubljana*.

Božank B., Košnik Janet M., Pogorevc N., Lorber J. (2010) Vodič po programih: Kam po pomoč in informacije v primeru težav z zasvojenostjo.

Chan WC, Leatherdale ST. (2011) Tobacco retailer density surrounding schools and youth smoking behaviour: a multi-level analysis. *Tobacco induced diseases* 9 9–12.

Chen V, Forster JL. (2006) The long-term effect of local policies to restrict retail sale of tobacco to youth. *Nicotine & tobacco research* 8 3 371–377.

Chilenski, S. (2011) From the Macro to the Micro: A Geographic Examination of the Community Context and Early Adolescent Problem Behaviors. *American journal of community psychology* Published Online 19 February 2011.

Claussen B, Davey Smith G, Thelle D. (2003) Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study. *J Epidemiol Community Health*;57:40–5.

Čačinovič Vogrinčič, G. (2008) Soustvarjanje v šoli: učenje kot pogovor. Zavod Republike Slovenije za šolstvo, Ljubljana.

DHS: Deutsche Hauptstelle fuer Suchtfragen e.V. (2008) Reducing drinking and driving in Europe. DHS, Hamm.

Drev A, Stokelj R, Krek M. (2011) Nacionalno poročilo 2011 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana.

Dusenbury L. (2000) Family-based drug abuse prevention programs: a review. J Prim Prev; 4:337-352.

EMCDDA. (in print). Annual Report 2012: The State Of The Drugs Problem In Europe. EMCDDA, Lisbon.

EMCDDA. (2012a) Mortality among opioid users in Europe. Multisite pooled analyses of cohort studies. EMCDDA, Lisbon.

EMCDDA. (2011) European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. EMCDDA, Lisbon.

EMCDDA. (2011a) Letno poročilo 2011: stanje na področju problematike drog v Evropi. EMCDDA, Lisbon.

EMCDDA. (2009) Selected Issue. Polydrug use: Patterns and Responses.

EMCDDA. (2008) Selected Issue 2008: Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe. EMCDDA, Lisbon.

Grotenhermen F. (2003). Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Cannabinoids. Clin. Pharmacokinet. let. 42 (4), str. 327-360.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. (2012) The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), Stockholm.

Hughes K, Quigg Z, Bellis MA, van Hasselt N, Calafat A, Košir M et al. (2011) Drinking behaviours and blood alcohol concentration in four European drinking environments: a cross-sectional study. BMC Public Health;11(1):918.

Inštitut za socialno varstvo. (2012) Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva. Inštitut za socialno varstvo republike Slovenije, Ljubljana.

Inštitut za socialno varstvo republike Slovenije. (2012a) Analiza samoevalvacijskih poročil, ki jih pripravljajo izvajalci socialnovarstvenih programov. Inštitut za socialno varstvo republike Slovenije, Ljubljana.

IVZ. (2012) Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2011. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana.

Jakob Krejan P, Marčič R, Smolej S, Žiberna V. (2011) Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, Ljubljana.

Janežič M, Gostič T, Vidic A, Klemenc S. (2010) Kakovost in čistost prepovedanih drog. V: Nacionalno poročilo 2011 o stanju na področju drog v Republiki Sloveniji, IVZ, str. 128-132.

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): 545–9.

Klavs I, Kustec T, Kastelic Z. (2012) Okužba s HIV v Sloveniji: letno poročilo 2011. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana.

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

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, Zupanic T. (2011) Razširjenost kajenja v Sloveniji. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu brez tobaka 2011. Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Krek, M., Štokelj, R. (2009). Uporaba drog v splošni populaciji. V: 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.

Krugman DM, Quinn WH, Sung Y, Morrison M. (2005) Understanding the Role of Cigarette Promotion and Youth Smoking in a Changing Marketing Environment. *Journal of health communication* 10 261–278.

Kumpfer K L, Kaftarian SJ. (2000) Bridging the Gap Between Family-Focused Research and Substance Abuse Prevention Practice: Preface. *J Prim Prev*, 21:169-183.

Kumpfer K L, Xie J, Cofrin K, Whiteside H. (2012) Strengthening Families Program in Slovenia. Substance Abuse Prevention Initiative. Year One Evaluation Report. Reporting Period: January 1, 2012 – September 3, 2012. Lutra Group Inc.

Leatherdale ST, Strath SM. (2007) Tobacco Retailer Density Surrounding Schools and Cigarette Access Behaviors Among Underage Smoking Students. *Annals of behavioral medicine* 33 1 105–111.

Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L. (ur.) (v tisku). Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije - Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008. Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. (2012). Izpis iz BSP. Neobjavljeni podatki. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Ljubljana.

Mladinsko združenje Brez izgovora Slovenija. (2011) Tobačna industrija se vrača! Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu brez tobaka 2011. Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Ministrstvo za zdravje. (2012) »0,0 šofer- Trezna odločitev«. Izvedbeni načrt preventivne akcije. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana (neobjavljeno gradivo).

National Cancer Institute. (2008) The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use: Executive Summary. NCI Tobacco Control Monograph No. 19, NIH Pub. No. 07-6242. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, Washington.

National State of the Science Panel. (2006) National Institutes of Health State of the Science Conference Statement: Tobacco Use: Prevention, Cessation and Control. *Annals of Internal Medicine* 145 11 839-844.

Paynter J, Edwards R. (2009) The impact of tobacco promotion at the point of sale: A systematic review. *Nicotine & tobacco research* 11 1 25–35.

Pettersson C, Lindén-Boström M, Eriksson C. (2009) Reasons for non-participation in a parental program concerning underage drinking: a mixed-method study. *BMC Public Health*; 9:478.

Slovenka Karitas. (1995) Skupnost srečanje. Posvetovanje o problematiki metadona. Zbornik izbranih poglavij. Ministrstvo za zdravstvo, Ljubljana.

Smolej S, Jakob Krejan P, Žiberna V, Marčič R, Dremelj P, Kobal Tomc B. (2012) Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva: poročilo o izvajanju programov v letu 2011: končno poročilo. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, Ljubljana.

Socialni forum za zasvojenosti. (1995) Projekt za človeka v Sloveniji. Posvetovanje o problematiki metadona. Zbornik izbranih poglavij. Ministrstvo za zdravstvo, Ljubljana.

SRAP Network. (2012) Understanding drug addiction in Roma communities (short report).

Stead LF, Lancaster T. (2000) A systematic review of interventions for preventing tobacco sales to minors. *Tobacco Control* 9 169–76.

Stergar E. (2010). Razširjenost uporabe prepovedanih psihoaktivnih snovi v splošni populaciji 18-65 let v Sloveniji. V: Nacionalno poročilo 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji, Krek, M., Drev, A. (ur). Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Stergar E. (1999) ESPAD - Evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino: Poročilo o raziskavi v Republiki Sloveniji 1995. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana.

Stergar E, Dernovšček Hafner N, Urdih Lazar T. (v tisku) Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2011. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana.

Stergar E, Draksler K, Besednjak K, Urdih Lazar T. (2010) Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2007. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana.

Stergar E, Pucelj V, Scagnetti N. (2005) ESPAD: Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2003. Inštitut za varovanje zdravja RS in Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Klinični center Ljubljana, Ljubljana.

Stergar E, Hafner A, Stanojevič Jerkovič O, Valič S. (2001) Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino: poročilo ESPAD 1999 za Republiko Slovenijo. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana.

Stojanov I, Puntar S, Farkaš R. (2012) Končno poročilo- Program »projekt Človek« za leto 2011. Projekt Človek, Ljubljana.

SURS. (2011) Oddelek za cene življenjskih potrebščin. Statistični urad Republike Slovenije, Ljubljana (neobjavljeno gradivo).

SURS. (2012) Oddelek za cene življenjskih potrebščin. Statistični urad Republike Slovenije, Ljubljana (neobjavljeno gradivo).

Tomšič S, Šelb Šemerl J. (2008) Podarki o vzrokih smrti – kakovost uporabnost in analize. Bilten: ekonomika, informatika in organizacija v zdravstvu; 1: 9-15.

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.

UNODC. (2011) World drug report 2011.

Urad za droge. (2004) Imam težave z drogami, kam po pomoč? Vodič po programih. Terapevtska skupnost Drevo življenja. Vlada Republike Slovenije.

US Department on Health and Human Sciences. (2001) National Cancer Institute. Changing Adolescent Smoking Prevalence: Where It Is and Why. Smoking and Tobacco Control, Monograph No. 14. US Department on Health and Human Sciences, Bethesda.

World Health Organization. (2010) WHO technical manual on tobacco tax administration. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization. (2009) Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. World Health Organisation Office, Copenhagen.

World Health Organization. (2008) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPower Package. World Health Organization, Geneva.

Spletni viri

Cigut M. (2008) Pospeševanje prodaje tobačnih izdelkov. Zaključna projektna naloga. Koper: Univerza na Primorskem. Fakulteta za management Koper. Spletna stran: http://www.ediplome.fm-kp.si/Cigut_Mira_20080605.pdf [datum dostopa 3. 7. 2012]

Društvo Žarek. Spletna stran: <http://www.drustvo-zarek.si/onas.html#skupnost> [datum dostopa 30. 9. 2012]

EMCDDA. (2012) Drug-related deaths and mortality. Spletna stran: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/drd> [datum dostopa 27. 9. 2012]

EMCDDA (2012) Statistical bulettin. Spletna stran: <http://www.emcdda.europa.eu/stats12#gps:displayTables> [datum dostopa 5. 11. 2012]

EMCDDA (2002) Handbook for surveys on drug use among the general population. Final report. Spletna stran: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58052EN.html> [datum dostopa 3. 2. 2012]

Eurobarometer. (2011) Youth attitudes on drugs 2011 – analytical report. Spletna stran: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf [datum dostopa 10. 3. 2012]

European Commission. (2012) Excise duty tables. Spletna stran: http://ec.europa.eu/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/alcoholic_beverage_s/rates/excise_duties-part_i_alcohol_en.pdf [datum dostopa 30. 9. 2012]

European Commission. (2012a) Attitudes of Europeans towards tobacco: report. Fieldwork: February - March 2012. Special Eurobarometer 385 / Wave EB77.1 – TNS Opinion & Social. Spletna stran: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf [datum dostopa 3. 7. 2012]

European Commission. (2012b) Excise Duty Tables. Part III – Manufactured Tobacco. Ref. 1031 rev. 1. European Commission, Brussels. Spletna stran: http://ec.europa.eu/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/alcoholic_beverage_s/rates/excise_duties-part_i_alcohol_en.pdf [datum dostopa 3. 7. 2012]

European Commission. (2010) Directorate General for Health & Consumers, Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR). Addictiveness and Attractiveness of Tobacco Additives. Spletna stran: http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/emerging/docs/scenih_r_o_029.pdf [datum dostopa 3. 7. 2012]

Health Behaviour In School – Aged Children. Spletna stran: <http://www.hbsc.org/> [datum dostopa 3. 7. 2012]

Hughes K., Quigg Z., Bellis M.A., Calafat A., van Hasselt N. in Košir M. (2012). From home to pub. In: Anderson P., Braddick F., Reynolds J. in Gual A. (ur.). Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA. The AMPHORA project. Spletna stran: http://amphoraproject.net/view.php?id_cont=45 [datum dostopa 16. 10. 2012]

Institut de veille sanitaire. Spletna stran: <http://www.invs.sante.fr/> [datum dostopa 27. 9. 2012]

Inštitut za varovanje zdravja. Spletna stran: <http://www.ivz.si/> [datum dostopa 27. 9. 2012]

Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V, Bajt M. (2012) Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002-2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana. Elektronski vir. http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=0&pi=7&_7_FileName=attName.png&_7_MediaId=5550&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3. [datum dostopa 27.8. 2012]

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Spletna stran: <http://www.mddsz.gov.si/> [datum dostopa 30. 9. 2012]

Ministrstvo za notranje zadeve RS. Spletna stran: <http://www.mnz.gov.si/> [datum dostopa 30. 9. 2012]

Ministrstvo za notranje zadeve RS. Generalna policijska uprava. Spletna stran: <http://www.policija.si/index.php/generalna-policijska-uprava> [datum dostopa 30. 9. 2012]

MOSA: Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos za alkohola. Baze podatkov: preventivni programi. Spletna stran: http://www.infomosa.si/baze_podatkov/preventivni_programi/seznam.html [datum dostopa 12. 3. 2012]

- OECD. (2012a) Country Statistical profile: Slovenia 2011-2012.
Spletna stran: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-slovenia_20752288-table-svn [datum dostopa 31. 8. 2012]
- OECD. (2012b) Slovenia - Economic forecast summary (May 2012).
Spletna stran: <http://www.oecd.org/slovenia/slovenia-economicforecastssummarymay2012.htm>
[datum dostopa 31. 8. 2012]
- OECD. (2011) Economic Survey of Slovenia 2011. Spletna stran:
<http://www.oecd.org/slovenia/economicsurveyofslovenia2011.html> [datum dostopa 31. 8. 2012]
- Paš A. (1982) Terapevtska skupnost. Obzornik zdravstvene nege; 16 (6): 366-369.
http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=7e63e5ce-d1a3-42bb-b420-1e02383aff2a
[datum dostopa 27. 09. 2012]
- Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Morgan L, Lohr KN. (2006) Tobacco Use: Prevention, Cessation and Control. Evidence Report/Technology Assessment, No.140. Spletna stran:
<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/tobaccouse/tobuse.pdf> [datum dostopa 14. 2. 12]
- Skupnost Srečanje. Spletna stran: http://pelikan.karitas.si/zasvojeni/skupnostsrecanje_odvisniki.php
[datum dostopa 30. 9. 2012]
- SVIT Koper. Spletna stran: <http://www.svit-kp.org/index.php?page=104&tab=3> [datum dostopa 30. 9. 2012]
- Terapevtska skupnost Cenacolo. Spletna stran: <http://www.stjost.si/~medzugorje/cenacolo/1.htm>
[datum dostopa 30. 9. 2012]
- Terapevtska skupnost TAV. Spletna stran: <http://www.jozef-starotrski.net/index.php/tav-pri-sveti-druzini.html> [datum dostopa 30. 9. 2012]
- Tržni Inšpektorat RS. (2011) Poslovno poročilo Tržnega Inšpektorata RS za leto 2010. Spletna stran:
http://www.ti.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/dokumenti/ [datum dostopa 28. 11. 11]
- Univerzitetni klinični center Ljubljana. Spletna stran: <http://www4.kclj.si/> [datum dostopa 30.9.2012]
- UNODC (2012) World drug report. United Nation Publication. Spletna stran:
http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf [datum dostopa 20. 10. 2012]
- UP. Društvo za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem Slovenije. Spletna stran: <http://www.drustvo-up.si/>
[datum dostopa 30. 9. 2012]
- Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij. Letno poročilo 2011.
Spletna stran: http://www.mp.gov.si/si/o_ministrstvu/ursiks_organ_v_sestavu/dokumenti/letna_porocila/
[datum dostopa 30. 9. 2012]
- World Bank. (2011) Tobacco Control at a Glance: Why is Reducing Use of Tobacco a Priority.
Spletna stran: <http://siteresources.worldbank.org/INTPH/Resources/376086-1238076532997/TobaccoControl2010Nov15.pdf> [datum dostopa 3. 7. 2012]
- Zavod za zdravstveno varstvo Koper. Spletna stran: <http://www.zzv-kp.si/> [datum dostopa 30.9.2012]
- Zavod za zdravstveno zavarovanje. Spletna stran: <http://www.zzs.si/> [datum dostopa 3. 7. 2012]
- Zveza društev na področju drog v Sloveniji. Spletna stran: <http://www.zvezadrogno-slo.si/>
[datum dostopa 30. 9. 2012]

Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu. Uradni list RS. Št. 59/2002.

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

Pravilnik o pogojih za pridobitev dovoljenja za gojenje konoplje in maka. Uradni list RS, št. 40/2011.

Pravilnik o seznamu prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ter drugih psihoaktivnih snovi in njihovih presnovkov. Uradni list RS, 83/11.

Pravilnik o sporočanju, zbiranju in urejanju podatkov o zastrupitvah na območju Slovenije. Uradni list RS, št 38/2000.

Pravilnik o zdravstvenih pogojih voznikov motornih vozil. Uradni list RS, 47/11.

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

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010. Uradni list RS, št. 39/2006.

Resolucija o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa. Uradni list RS, št. 2/2007.

Zakon o trošarinah. Uradni list RS, št. 84/1998 do 48/2012.

Uredba o dopolnitvi Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog. Uradni list RS, št. 58/2011.

Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij. Uradni list RS, št. 22/2000.

Zakon o lokalni samoupravi. Uradni list RS, št. 94/2007.

Zakon o medijih. Uradni list RS, št. 35/2001.

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

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

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

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

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

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

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

Zakon o socialnem varstvu. Uradni list RS. 36/2004.

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

Zakon o spremembi in dopolnitvi Zakona o trošarinah. Uradni list RS, št. 48/2012.

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

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

Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z žvili. Uradni list RS, št. 42/2002.

PRILOGE

Kazalo tabel

Tabela 1.1:	<i>Sredstva MDDSZ za socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog</i>	20
Tabela 1.2:	<i>Podatki o porabljenih sredstvih za področje drog v letu 2011 po posameznih mestnih občinah</i>	21
Tabela 1.3:	<i>Zbirni podatki porabljenih sredstev za področje drog v letu 2011</i>	22
Tabela 2.1:	<i>Uporaba prepovedanih drog kadar koli v življenju po vrsti prepovedane droge, po spolu in skupaj</i>	28
Tabela 2.2:	<i>Uporaba marihuane kadar koli v življenju, zadnjem letu in zadnjem mesecu, v splošni populaciji v Sloveniji in povprečje v Evropski uniji</i>	29
Tabela 2.3:	<i>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</i>	32
Tabela 2.4:	<i>Uporaba katere koli prepovedane droge v vsem življenju (v %), 1995–2011</i>	33
Tabela 2.5:	<i>Uporaba katere koli prepovedane droge razen kanabisa, 1995–2011</i>	34
Tabela 5.1:	<i>Število obravnavanih ljudi v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v letu 2011</i>	73
Tabela 5.2:	<i>Delež prvih in ponovnih iskalcev pomoči po vrsti prve droge, 2006–2011</i>	82
Tabela 5.3:	<i>Tvegano vedenje med prvič obravnavanimi po spolu, 2011</i>	85
Tabela 5.4:	<i>Trend v deležu zaposlenih, brezposelnih ter učencev in dijakov v programih, 2005–2011</i>	87
Tabela 5.5:	<i>Delež uporabnikov, prvič ali ponovno sprejetih v program, glede na stopnjo končane izobrazbe, 2005–2011</i>	88
Tabela 6.1:	<i>Delež okuženih s HIV med injicirajočimi uporabniki drog, 2007–2011</i>	95
Tabela 6.2:	<i>Zastrupljeni s prepovedanimi drogami, ki so bili obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010 in 2011</i>	98
Tabela 6.3:	<i>Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljeni, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010 in 2011</i>	99
Tabela 6.4:	<i>Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po starostni skupini in spolu, 2011</i>	102
Tabela 6.5:	<i>Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po vrsti uporabljene droge in spolu, 2011</i>	103
Tabela 6.6:	<i>Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po zunanem vzroku in vrsti uporabljene droge, 2011</i>	103
Tabela 6.7:	<i>Stopnje umrljivosti uporabnikov prepovedanih drog na 1.000 opazovanih let oseb, vključenih v kohorto, starih 15–59 let, v primerjavi z umrljivostjo enako stare slovenske populacije, 2004–2011</i>	110
Tabela 6.8:	<i>Posamezne osebne značilnosti uporabnikov drog, prikazane po šestnajstih centrih za zdravljenje odvisnosti, 2004–2011</i>	110
Tabela 6.9:	<i>Lastnosti, ki se značilno razlikujejo med umrlimi in do konca leta 2011 preživeli zdravljenimi uporabniki drog, 2004–2011</i>	112
Tabela 6.10:	<i>Povprečne vrednosti lastnosti, ki se značilno razlikujejo med umrlimi in do konca leta 2011 preživeli zdravljenimi uporabniki drog, 2004–2011</i>	113

Tabela 6.11:	<i>Stopnje umrljivosti med kohorto uporabnikov prepovedanih drog, starimi od 15 do 59 let, v primerjavi z deleži umrljivosti med prebivalci Slovenije, po vzrokih smrti, 2004–2011</i>	113
Tabela 6.12:	<i>Stopnje umrljivosti zaradi nasilnih vzrokov smrti med člani kohorte v primerjavi s stopnjami umrljivosti nasilnih smrti med drugimi umrlimi prebivalci Slovenije, starimi od 15 do 59 let, 2004–2011</i>	115
Tabela 8.1:	<i>Število obravnav na centrih za socialno delo, povezanih s problematiko prepovedanih drog, 2009–2011</i>	125
Table 8.2:	<i>Podatki o uporabnikih in kapacitetah v socialnovarstvenih programih s področja prepovedanih drog, 2011</i>	126
Tabela 9.1:	<i>Skupno število evidentiranih kaznivih dejanj, število kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog, število osumljenih storitve kaznivega dejanja, število prekrškov s področja prepovedanih drog in število kršiteljev Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, 2009–2011</i>	128
Tabela 9.2:	<i>Število osumljencev, ki so kaznivo dejanje izvršili pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, 2009–2011</i>	129
Tabela 9.3:	<i>Število osumljencev, ki so kaznivo dejanje storili pod vplivom prepovedanih drog, po nekaterih posameznih vrstah kaznivih dejanj iz Kazenskega zakonika, 2009–2011</i>	129
Tabela 9.4:	<i>Število odrejenih strokovnih pregledov za ugotavljanje prisotnosti prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi ter število pozitivnih rezultatov pregleda krvi/sline in urina, 2010–2011</i>	130
Tabela 9.5:	<i>Odkrite prepovedane droge, psihoaktivna zdravila ali druge psihoaktivne snovi v izidih pozitivnih analiz, 2010–2011</i>	130
Tabela 9.6:	<i>Število obsojencev, ki so prestajali nadomestno kazen, 2009–2011</i>	132
Tabela 9.7:	<i>Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih oseb na določen dan, 2003–2011</i>	133
Tabela 9.8:	<i>Število najdb prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah, 2011</i>	134
Tabela 9.9:	<i>Količina najdenih prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah, 2011</i>	135
Tabela 9.10:	<i>Število zaprtih oseb na substitucijski terapiji (brez števila uklonilno zaprtih), 2005–2011</i>	135
Tabela 9.11:	<i>Izidi prostovoljnih in zaupnih testiranj na hepatitis in HIV, 2003–2011</i>	136
Tabela 9.12:	<i>Število zaprtih oseb, vključenih v programe obravnave po kategorijah, 2011</i>	136
Tabela 10.1:	<i>Skupna količina zaseženih prepovedanih drog po vrsti prepovedane droge, 2009–2011</i>	142
Tabela 10.2:	<i>Število zasegov po posameznih prepovedanih drogah, razdeljeno po prekrških in kaznivih dejanjih ter skupaj, 2009–2011</i>	142
Tabela 10.3:	<i>Cene prepovedanih drog v Sloveniji v EUR, 2011</i>	143
Tabela 10.4:	<i>Vrsta, oblika, število zasegov in skupna masa »legal highs«, 2011</i>	149
Tabela 10.5:	<i>Čistost različnih prepovedanih drog na ravni ulične prodaje, 2010–2011</i>	150
Tabela 12.1:	<i>Javni izdatki na področju drog v obdobju od leta 2005 do leta 2011</i>	167
Tabela 12.2:	<i>Izdatki na področju drog iz virov, ki so bili predmet spremljanja v celotnem obdobju od leta 2005 do leta 2011</i>	173
Tabela 12.3:	<i>Število uporabnikov programov oziroma storitev na področju prepovedanih drog</i>	174

Kazalo slik

Slika 2.1:	<i>Uporaba prepovedanih drog kadar koli v življenju, zadnjem letu in zadnjem mesecu, po vrsti prepovedane droge</i>	28
Slika 2.2:	<i>Uporaba marihuane kadar koli v življenju, zadnjem letu in v zadnjem mesecu, v starostnih skupinah 15–34 let in 15–24 let</i>	30
Slika 2.3:	<i>Primerjava uporabe marihuane v zadnjem letu v Sloveniji s povprečjem EU</i>	30
Slika 2.4:	<i>Vseživljenjska uporaba katere koli prepovedane droge in kanabisa, 1995–2011</i>	34
Slika 2.5:	<i>Vdihavanje hlapov v vsem življenju, 1995–2011</i>	35
Slika 2.6:	<i>Primerjava izbranih spremenljivk s povprečjem držav ESPAD, 2011</i>	36
Slika 2.7:	<i>Delež anketirancev, ki so predhodno pili oz. popivali, po mestu in spolu</i>	37
Slika 2.8:	<i>Povprečna vsebnost alkohola (g/kg) v krvi po mestu in spolu</i>	38
Slika 2.9:	<i>Delež opazovalnih obiskov z evidentiranjem izbranih značilnosti ob vstopu na prizorišče</i>	39
Slika 2.10:	<i>Povprečne ocene karakteristik fizičnega okolja znotraj nočnih lokalov v izbranih mestih</i>	39
Slika 3.1:	<i>Trošarina na hl etilnega alkohola po državah EU</i>	44
Slika 3.2:	<i>Trošarina na hl vina po državah EU</i>	45
Slika 3.3:	<i>Tehtana povprečna drobnoprodajna cena 20 cigaret v državah članicah EU v januarju 2012</i>	47
Slika 4.1:	<i>Delež anketirancev v programih zmanjševanja škode na področju drog glede na vrsto droge, ki jo uporabljajo, 2010–2011</i>	66
Slika 4.2:	<i>Delež anketirancev v programih zmanjševanja škode na področju drog glede na vrsto droge in način uporabe, 2011</i>	66
Slika 4.3:	<i>Delež anketiranih v programih zmanjševanja škode na področju drog glede na tvegana vedenja, 2011</i>	67
Slika 5.1:	<i>Delež uporabnikov programa zdravljenja, ki je uporabljal posamezno substitucijsko zdravilo med vsemi uporabniki substitucijske terapije, 2008–2011</i>	74
Slika 5.2:	<i>Število uporabnikov programa zdravljenja in delež uporabnikov substitucijske terapije, 2008–2011</i>	74
Slika 5.3:	<i>Prvi in ponovni iskalci pomoči po starostnih skupinah in spolu, 2011</i>	75
Slika 5.4:	<i>Delež uporabnikov drog po vrsti droge, zaradi katere so prvič vstopili v program zdravljenja v starostni skupini do 24 let, 2011</i>	80
Slika 5.5:	<i>Delež uporabnikov drog po vrsti droge, zaradi katere so prvič vstopili v program zdravljenja v starostni skupini 25 let in več, 2011</i>	80
Slika 5.6:	<i>Delež prvih in ponovnih vstopov v program zdravljenja, 2005–2011</i>	81
Slika 5.7:	<i>Delež uporabnikov, ki so prvič vstopili v program zdravljenja zaradi heroina kot glavne droge v posamezni državi, 2001–2010</i>	83
Slika 5.8:	<i>Delež uporabnikov, ki so prvič vstopili v program zdravljenja zaradi kanabisa kot glavne droge v posamezni državi, 2001–2010</i>	83

Slika 5.9:	<i>Povezava med zasegi heroina v kilogramih in deležem prvih vstopov v program zdravljenja, zaradi heroina kot glavne droge, 2005–2011</i>	84
Slika 5.10:	<i>Delež prvih ali ponovnih vstopov v program zdravljenja v posameznem letu glede na način uporabe droge, v zadnjih 30 dneh, 2011</i>	85
Slika 5.11:	<i>Povprečna starost uporabnikov drog ob prvem vstopu v program zdravljenja in ob prvem ali ponovnem vstopu v program zdravljenja, 2006–2011</i>	87
Slika 5.12:	<i>Število prvih in ponovnih sprejemov v program zdravljenja na 10.000 prebivalcev v posamezni regiji, 2011</i>	89
Slika 5.13:	<i>Število uporabnikov v programu zdravljenja na 10.000 prebivalcev posamezne regije, 2011</i>	89
Slika 5.14:	<i>Delež uporabnikov heroina kot glavne droge ob prvem vstopu v zdravljenje, 1998–2011</i> .	90
Slika 5.15:	<i>Delež uporabnikov, ki so prvič vstopali v program zdravljenja in so kot glavno drogo navedli kokain ali kanabis, 1998–2011</i>	91
Slika 6.1:	<i>Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljeni, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2004–2011</i>	100
Slika 6.2:	<i>Gibanje na starost standardiziranih stopenj neposrednih smrti zaradi drog po spolu, 2004–2011</i>	104
Slika 6.3:	<i>Gibanje števila neposrednih smrti zaradi opioidov in kokaina (T400–T406), po petletnih starostnih skupinah, 2004–2007</i>	104
Slika 6.4:	<i>Gibanje števila neposrednih smrti zaradi opioidov in kokaina (T400–T406), po petletnih starostnih skupinah, 2008–2011</i>	105
Slika 6.5:	<i>Gibanje najvišje in najnižje starosti ob smrti, mediana starosti ob smrti umrlih zaradi drog ter povprečno število izgubljenih let na umrlega, 2004–2011</i>	105
Slika 6.6:	<i>Gibanje števila zastrupitev po vrsti prepovedane droge, 2004–2011</i>	106
Slika 6.7:	<i>Povprečne letne stopnje umrljivosti zaradi prepovedanih drog prebivalcev, starih 15–64 let, po regijah, 2004–2011</i>	106
Slika 6.8:	<i>Število umrlih uporabnikov prepovedanih drog, vključenih v kohorto, in smrtnih zastrupitev z drogami med nezdravljenimi uporabniki, 2004–2011</i>	109
Slika 6.9:	<i>Število smrti v treh kategorijah nasilnih smrti med zdravljenimi uporabniki drog, 2004–2011</i>	117
Slika 8.1:	<i>Viri financiranja socialnovarstvenih programov s področja prepovedanih drog, 2011</i> ...	126
Slika 10.1:	<i>Število vzorcev prepovedanih drog za kvantitativne analize, 2006–2011</i>	144
Slika 10.2:	<i>Povprečne koncentracije baze heroina v vzorcih, zaseženih v obdobju 2006–2011</i>	145
Slika 10.3:	<i>Povprečne koncentracije baze kokaina v vzorcih, zaseženih v obdobju 2006–2011</i>	145
Slika 10.4:	<i>Povprečne koncentracije celokupnega THC v vzorcih konoplje (marihuane in hašiša), zaseženih v obdobju 2006–2011</i>	146
Slika 10.5:	<i>Sestava celokupnega THC-ja v rastlini konoplji in hašišu za vzorce, zasežene v letu 2011</i>	147
Slika 10.6:	<i>Povprečne koncentracije baze amfetamina v vzorcih, zaseženih v obdobju 2006–2011</i>	148
Slika 10.7:	<i>Sestava vzorcev amfetamina po številu dokazanih komponent (brez sladkorjev)</i>	148
Slika 12.1:	<i>Sprememba BDP in primanjkljaja državne blagajne v obdobju od leta 2005 do leta 2011</i>	166
Slika 12.2:	<i>Primerjava sprememb javnofinančnih odhodkov in odhodkov s področja prepovedanih</i> ...	174

Inštitut za varovanje zdravja

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

