

**NIJZ**

Nacionalni inštitut  
za javno zdravje

**NACIONALNO POROČILO 2014  
O STANJU NA PODROČJU  
PREPOVEDANIH DROG  
V REPUBLIKI SLOVENIJI**

## NACIONALNO POROČILO 2014 O STANJU NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG V REPUBLIKI SLOVENIJI

Urednica: Andreja Drev

Oblikovanje: Andreja Frič

Za vsebino prispevkov so odgovorni avtorji.

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Lektoriranje: Mateja Bartol

Odobrila Komisija Vlade Republike Slovenije za droge

Digitalna produkcija: Gostiša, d.o.o.

Število izvodov: 150

Leto izdaje: Ljubljana, 2014

Elektronski vir.

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

ISSN 2232-5751



Evropski center za spremljanje  
drog in zasvojenosti z drogami



Nacionalni inštitut  
za **javno zdravje**

# NACIONALNO POROČILO 2014 O STANJU NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG V REPUBLIKI SLOVENIJI

## SLOVENIJA

### NOVOSTI IN TRENDI



# KAZALO

POVZETEK	7
A: NOVOSTI IN TRENDI	12
1. POLITIKE NA PODROČJU DROG: ZAKONODAJA, STRATEGIJA IN EKONOMSKA ANALIZA	13
1.1 Pravni okvir	13
1.2 Akcijski načrt, strategija, vrednotenje in koordinacija	14
1.3 Ekonomska analiza	16
2. UPORABA DROG V SPLOŠNI POPULACIJI IN V POSAMEZNIH CILJNIH SKUPINAH	19
2.1 Uporaba drog v splošni populaciji	19
2.2 Uporaba drog v šolskem okolju	21
2.3 Uporaba drog med ciljnimi skupinami	21
3. PREVENTIVA	22
3.1 Okoljska preventiva	23
3.2 Univerzalna preventiva	27
3.3 Selektivna preventiva	30
3.4 Nacionalne kampanje	35
4. ZELO TVEGANA UPORABA DROG	36
4.1 Ocena razširjenosti zelo tvegane uporabe opiatov	36
4.2 Značilnosti zelo tveganih uporabnikov drog v programih zmanjševanja škode	39
5. Z DROGAMI POVEZANO ZDRAVLJENJE IN OBRAVNAVA: POVPRŠEVANJE IN DOSTOPNOST	44
5.1 Opis sistema zdravljenja in obravnave ter zagotavljanje kakovosti	45
5.2 Dostopnost do zdravljenja	50
6. TEŽAVE Z ZDRAVJEM IN DRUGE POSLEDICE, POVEZANE Z UPORABO DROG	60
6.1 Z drogami povezane nalezljive bolezni	61
6.2 Druge z uporabo drog povezane zdravstvene težave in posledice: nujna stanja zaradi zastrupitev z drogami	63
6.3 Smrti zaradi drog in umrljivost med uporabniki drog	68
7. ODZIVI NA Z DROGAMI POVEZANE TEŽAVE Z ZDRAVJEM IN DRUGE POSLEDICE	82
7.1 Preventiva pred zastrupitvami, smrtnimi primeri in nalezljivimi boleznimi, povezanimi z uporabo drog	82
8. Z UPORABO DROG POVEZANA SOCIALNA PROBLEMATIKA IN REINTEGRACIJA	85
8.1 Socialna obravnava in reintegracija	85
9. Z DROGAMI POVEZANA KRIMINALITETA, PREVENTIVA IN ZAPORI	93
9.1 Z drogami povezana kriminaliteta	94
9.2 Preventiva pred kriminaliteto, povezano s prepovedanimi drogami	98
9.3 Intervencije v kazensko-pravosodnem sistemu	98

9.4	Uporaba drog v zaporih in nezakonit promet z drogami v zaporih	102
9.5	Odzivi na z zdravljenjem povezane težave zaradi drog	108
9.6	Programi obravnave in reintegracija	110
10.	<b>TRG Z DROGAMI</b>	112
10.1	Razpoložljivost in zasegi prepovedanih drog	112
10.2	Cene prepovedanih drog	114
10.3	Kakovost in čistost prepovedanih drog	115
B:	<b>LITERATURA, VIRI IN PRILOGE</b>	123
	<b>LITERATURA IN VIRI</b>	124
	Seznam literature in virov	124
	Seznam zakonov	128
	<b>PRILOGE</b>	129
	Kazalo tabel	129
	Kazalo slik	131

## POVZETEK

### 1.

Julija 2013 je bila Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog dopolnjena z 48 novimi psihoaktivnimi snovmi. V drugi polovici leta 2013 je skupina volivcev v Državni zbor vložila pobudo za obravnavo dveh zakonov, in sicer predlog Zakona o konoplji ter predlog Zakona o samozdravljenju. Državni zbor je oba predloga zakonov zavrnil in hkrati Vladi Republike Slovenije predlagal, da se uredi dostop do zdravil iz konoplje. Ministrstvo za zdravje je na tej podlagi junija letos pripravilo novo Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog, v kateri je psihoaktivna snov THC iz prve skupine prepovedanih snovi prenesena v drugo skupino, torej med snovi, ki se uporabljajo v medicini. Hkrati je bilo v uredbo razvrščenih še devet novih psihoaktivnih snovi. Aprila letos je Državni zbor potrdil novo Resolucijo o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog za časovno obdobje 2014–2020. Večina programov na področju drog je v Sloveniji še vedno financirana iz državnega proračuna in prek Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Nekaj sredstev se pridobi tudi iz različnih fundacij in članarin članov nevladnih organizacij, donacij je izredno malo. Na osnovi razpoložljivih podatkov lahko ocenimo, da je bilo v letu 2013 reševanju problematike na področju prepovedanih drog v Sloveniji namenjenih vsaj 9.600.691,75 evrov.

### 2.

V letu 2013 v Sloveniji ni bila izvedena oziroma zaključena nobena nova raziskava o uporabi drog v splošni populaciji ali v posameznih ciljnih skupinah. Po podatkih Ankete o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog, ki je bila v letih 2011 in 2012 izvedena med prebivalci, starimi 15–64 let, je 16,1 % prebivalcev Slovenije iz te starostne skupine vsaj enkrat v življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog, in sicer skoraj petina moških in 12,2 % žensk. Med njimi jih je največ uporabilo konopljo. Po podatkih raziskave ESPAD 2011 je 23 % 15 in 16 let starih dijakov v življenju že uporabilo konopljo, po podatkih raziskave HBSC 2010 pa je 23,2 % petnajstletnikov vsaj enkrat v življenju poskusilo marihuano. Zadnja raziskava o uporabi drog med ciljnimi skupinami, in sicer v nočnem življenju, je bila izvedena leta 2010, pokazala pa je, da so anketiranci v najvišjem odstotku uporabili marihuano, sledijo amfetamini in kokain.

### 3.

V zadnjem letu v Sloveniji niso bili uvedeni novi zakonodajni ukrepi za zmanjševanje rabe tobaka ter tvegane in škodljivega pitja alkohola. Zvišale pa so se obdavčitev in cene tobačnih izdelkov ter trošarine za alkohol in alkoholne pijače. Po izsledkih javnomnenjske raziskave so prebivalci Slovenije naklonjeni novim ukrepom na področju nadzora nad tobakom in omejevanja uporabe alkohola. Mladinska zveza Brez izgovora in Slovenska zveza za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo sta izvedli akciji Skriti kupec in Rumeni karton, v katerih sta preverjali, ali prodajalci prodajajo alkohol in tobak mladostnikom.

kupcem. Mladoletni kupci so obiskali 217 lokacij in v veliko primerih je nakup uspel. Izvajalci programa Izštekani so zaradi slabe obiskanosti delavnice za starše nadomestili s preventivnim programom za starše Effekt, ki se osredotoča na vzdrževanje strožjih pravil staršev glede pitja alkohola pri njihovih otrocih. Mladinska zveza Brez izgovora je v letu 2013 izvedla 677 delavnic na temo tobaka in alkohola ter z njimi dosegla 14.457 mladih v starosti 12–15 let. Spremljanje stališč do alkohola pri izvajalcih delavnic je pokazalo, da so imeli ti po usposabljanju in izvajanju delavnic bolj negativna stališča do pitja alkohola kot pred tem. V okviru evropskega projekta, namenjenega razvoju smernic za spletno svetovanje Click for support, so izvajalci v Sloveniji naredili pregled spletnih intervencij na področju drog ter izvedli delavnico, na kateri so mladi uporabniki prepovedanih drog ocenili tri izbrane spletne intervencije. V okviru programa za zmanjševanje uporabe alkohola Take care so bili v letih 2013 in 2014 izvedeni usposabljanje za 12 prodajalcev alkoholnih pijač, ro.pe treningi za 39 mladih in debatni partiji za 62 staršev. Društvo svit Koper je izvajalo dva terenska programa; v prvem je na območju, kjer živi veliko staršev, ki so uporabniki drog, za njihove in druge osnovnošolce organizirali različne dejavnosti za varno in kakovostno preživljanje prostega časa, v drugem je na različnih lokacijah nočne zabave mlade osveščalo o posledicah uporabe alkohola in drugih drog. V okviru projekta za preprečevanje odvisnosti v romski skupnosti je bil izveden program usposabljanja strokovnih delavcev, ki se pri svojem delu srečujejo z romsko mladino, ter izdan priročnik Zdravje, preprečevanje zasvojenosti in romska mladina. V okviru programa zgodnjega posredovanja FreD goes net je bilo v letih 2013 in 2014 izvedenih 30 tečajev, v katere je bilo vključenih 352 dijakov, ki so bili opaženi zaradi uživanja alkohola ali prepovedanih drog. Novost projekta After taxi, v okviru katerega mladi, ki se vračajo z zabav, prejmejo brezplačni kupon za vožnjo s taksijem, je izdajanje kuponov na prizoriščih, kjer se mladi družijo in zabavajo. Rezultati evalvacije za leto 2013 so pokazali, da je večina vprašanih raje uporabila kupone After taxi, kot da bi vinjena sedla za volan. Od maja 2013 je mladim na voljo tudi mobilna aplikacija Furam 0,0, s katero si lahko informativno izračunajo količino alkohola v izdihanem zraku. Kljub težavam pri zagotavljanju financiranja programa Krepitev družin na področju preprečevanja zasvojenosti se bo njegovo izvajanje nadaljevalo v goriški regiji. Mesec preprečevanja zasvojenosti je v letu 2013 potekal pod sloganom »Dovoljeno ni tudi varno«, pozornost pa je bila tokrat posvečena novim psihoaktivnim snovem.

## 4.

V letošnjem letu je bila izvedena ocena razširjenosti zelo tvegane uporabe opiatov za leto 2012, in sicer z uporabo metode ponovnega zajetja ter z zajemom podatkov iz Evidence obravnave uživalcev drog in iz ankete, opravljene med uporabniki programov zmanjševanja škode. Ocena za leto 2012 je 6917 zelo tveganih uporabnikov opiatov v starostni skupini 15–64 let. Raziskava, v katero je bilo vključenih 175 uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode, je pokazala, da se je v letu 2013 v primerjavi z letom 2012 zmanjšala uporaba heroina, topil, substitucijskih zdravil, sintetičnih drog in konoplje, povečala pa se je uporaba kokaina. Med uporabniki heroina in kokaina kot način uporabe še vedno prevladuje vbrižgavanje. Slednje je še vedno najpogostejše tvegano vedenje med uporabniki programov zmanjševanja škode, zelo pogosta je tudi tvegana spolnost. V primerjavi s prejšnjimi leti sta se v letu 2013 povečala souporaba iste igle in predoziranje, povečalo se je tudi število brezdomnih uporabnikov. Sicer pa se populacija uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode, stara.



## 5.

Leta 2013 je bilo v obravnavo v mrežo 18 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani vključenih 4065 uporabnikov drog. Mreža centrov pokriva vse slovenske regije razen koroške in trenutno v teh programih ni čakalnih dob. Lani je bilo v Sloveniji na voljo tudi 23 programov socialne rehabilitacije zasvojenih, ki jih sofinancira Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti in ki zajemajo programe visokega in nizkega praga. Krajevna dostopnost programov socialne rehabilitacije je slabša v regijah Zasavje in Pomurje, kjer ni na voljo programov visokega praga. V svetovalno-terapevtski program, ki je namenjen specifičnim potrebam uporabnikov klubskih drog, kokaina in novih psihoaktivnih snovi, se je v prvih osmih mesecih leta 2014 vključevalo 48 uporabnikov. Od lani je mladim uporabnikom drog na voljo tudi spletna aplikacija Reduser, s pomočjo katere lahko samostojno ali ob pomoči strokovnjaka nadzorujejo uporabo drog. Nacionalni inštitut za javno zdravje je januarja 2013 v mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog uvedel nov vprašalnik TDI, ki ga je izpolnjevalo 17 centrov. Analiza podatkov, narejena na zbranih izpolnjenih vprašalnikih, je pokazala, da je leta 2013 v programe zdravljenja prvič in ponovno vstopilo 290 uporabnikov, od tega jih je 95 v zdravljenje vstopilo prvič in 194 ponovno, za enega pa ni bilo mogoče ugotoviti, ali v program vstopa prvič ali ponovno. Med vstopniki v program je bila večina (80 %) moških. Glavna droga, zaradi katere so uporabniki prvič in ponovno iskali pomoč, je bil še vedno heroin (73,4 %), sledita konoplja (12,4 %) in kokain (3,5 %). Več kot polovica tistih, ki so prvič in ponovno vstopali v program, je drogo uporabljala vsak dan, 34 % jih je drogo ob vstopu v program injiciralo. Delež uporabnikov, ki droge injicirajo, se z leti niža, povečuje pa se delež uporabnikov, ki v program zdravljenja vstopajo zaradi težav s konopljo, in sicer predvsem med tistimi, ki v program vstopajo prvič.

## 6.

V vzorcih sline, zbranih med injicirajočimi uporabniki drog v okviru anonimnega nevezanega testiranja za namene nadzora nad okužbami s HIV, v letu 2013 glede na protitelesa HIV ni bilo pozitivnega vzorca, dva primera diagnosticiranih okužb s HIV z zgodovino injicirajoče uporabe drog pa sta bila prijavljena Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje. Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B med zaupno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so bili na zdravljenju v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, je v letu 2013 znašala 5,6 %, razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C pa 32,1 %. Delež okuženih z virusom hepatitisa B je bil glede na gibanje deležev v zadnjem petletnem obdobju (2009–2013) najvišji v letu 2011, delež okuženih z virusom hepatitisa C pa je bil najvišji v letu 2013. Urgentne internistične ambulante v Ljubljani, ki so namenjene približno 600.000 prebivalcem osrednje Slovenije, so v letu 2013 obravnavale 83 bolnikov zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami, od tega se jih je 46 zastrupilo s kombinacijo več drog in/ali etanola. Zastrupljeni s prepovedanimi drogami so bili v večini moški, njihova povprečna starost pa je bila 30 let. V zadnjih treh letih je poraslo število zastrupitev s fenetilamini in s konopljo. V letu 2013 je ponovno začelo naraščati tudi število zastrupitev s heroinom, najpogostejša pa je bila zastrupitev z GHB. V letu 2013 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih registriranih 28 smrti zaradi zastrupitev z drogami, od tega je bilo 20 moških in 8 žensk. Povprečna starost moških je ob smrti znašala 36,3 leta, povprečna starost žensk pa 39,3 leta. Heroin je bil najpogostejši vzrok smrtne zastrupitve, sledi metadon. Desetletna analiza podatkov o

zdravljenih uporabnikov drog, vključenih v kohorto, je pokazala, da je delež umrlih med njimi v povprečju skoraj trikrat višji kot pri drugih enako starih prebivalcih Slovenije.

## 7.

V mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog imajo uporabniki drog zagotovljen dostop do testiranja za okužbo z virusom hepatitisa C in do svetovanja ter možnost napotitve na nadaljnjo klinično obravnavo in morebitno zdravljenje hepatitisa C pri specialistih. V okviru programov zmanjševanja škode potekata brezplačno razdeljevanje sterilnega materiala injicirajočim uporabnikom drog in svetovanje. Programi zamenjave igel potekajo v dnevni centrih in na terenu. V programe za zmanjševanje škode je bilo v letu 2013 razdeljenih 513.272 igel in brizg ter zabeleženih 16.753 stikov z injicirajočimi uporabniki drog, od tega 11.247 na stacionarni zamenjavi pribora in 5506 v okviru terenskega dela. Pod okriljem Ministrstva za zdravje je ustanovljena medresorska delovna skupina Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi, ki redno spremlja pojav nevarnih in novih psihoaktivnih snovi ter o tem obvešča strokovno javnost in uporabnike. V letu 2013 je ta delovna skupina zaznala precejšen porast števila zastrupitev z GHB oziroma GBL. Informacije, zbrane na terenu, so pokazale, da se je uporaba GHB in GBL razširila iz skupine uporabnikov klubskih drog med mlade, ki teh drog niso vajeni uporabljati. Razmere so se zaostrole proti koncu leta 2013, ko je Center za zastrupitve obravnaval osem izredno hudih zastrupitev s tema snovema. Zato so člani Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi izvedli hitre ukrepe za preprečevanje nadaljnjih zastrupitev.

## 8.

Strokovne aktivnosti, namenjene reševanju socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog, se izvajajo v okviru javne službe (62 centrov za socialno delo) ter v okviru zasebnikov in nevladnih organizacij, ki izvajajo dopolnilne programe socialnega varstva. V letu 2013 je bilo v centrih za socialno delo 275 obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog. V socialnovarstvene programe na področju preprečevanja zasvojenosti s prepovedanimi drogami, ki jih sofinancira Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, pa je bilo v letu 2013 vključenih približno 4900 uporabnikov. V program Center za reintegracijo, ki uporabnikom drog nudi pomoč pri vzdrževanju trajne abstinence in pri ponovnem vključevanju v družbo, je bilo v zadnjih desetih letih vključenih 79 uporabnikov, od tega jih je več kot polovica program zaključila uspešno. V zadnjih letih se trajanje vključenosti v program podaljšuje zaradi socialnih stisk, s katerimi se soočajo uporabniki. V okviru projekta socialnega podjetništva Iz principa, ki deluje od leta 2012 in mlade z izkušnjo uporabe drog usposablja za delo oblikovanja in socialnega marketinga, se je v letu 2013 usposobilo sedem mladih, zaposlili pa so se štirje.

## 9.

V letu 2013 je policija zaznala 2191 kaznivih dejanj in 4197 prekrškov s področja prepovedanih drog ter obravnavala 2428 ljudi zaradi suma storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog in 3898 ljudi zaradi suma storitve prekrška. 18-odstotni porast prekrškov in 12-odstotni porast števila odkritih kršiteljev je predvsem posledica večje aktivnosti policije. Konoplja tudi v letu 2013 ostaja tista prepovedana droga, s

katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov. V letu 2013 je policija obravnavala 69 osumljencev, ki so bili ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom prepovedanih drog, in čeprav je največ tovrstnih kaznivih dejanj še vedno s področja neupravičene proizvodnje in prometa s prepovedanimi drogami ter omogočanja uživanja le-teh, je policija beležila tudi kazniva dejanja, kot so zanemarjanje mladoletne osebe, uboj, umor, napad na uradno osebo, preprečitev uradnega dejanja ali maščevanje uradni osebi. Policija je odredila tudi 784 strokovnih pregledov, pri katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi; od tega je bil v 276 primerih izid analize pozitiven. Vozniki so najpogosteje vozili pod vplivom kokaina, kanabinoidov in metadona. V zaporih so pravosodni policisti prepovedane droge odkrili v 93 primerih, pri čemer je bila konoplja tista prepovedana droga, s katero je povezano največ najdb in tudi največja skupna količina. V letu 2013 je bilo v vseh zavodih za prestajanje kazni zapora skupaj obravnavanih 4543 ljudi. Med zaprtimi je bilo 1078 ljudi, ki so imeli težave zaradi uporabe prepovedanih drog; od tega jih je 649 prejemalo substitucijsko terapijo. Po izvidih testiranja za okužbo z virusi HIV in hepatitisoma je bil hepatitis B potrjen pri 9 osebah, hepatitis C pri 25 osebah, z virusom HIV pa ni bil okužen nihče. Dve osebi sta bili okuženi s tuberkulozo. Raziskava, v katero je bilo zajeto 58 zapornikov uporabnikov prepovedanih drog, je pokazala, da najpogosteje uživajo heroin in marihuano ter tudi pomirjevala, skoraj vsi pa so kadilci. Dobrih 30 % jih je poročalo, da so v preteklosti že predozirali. 63 % jih je bilo že prej zaporno kaznovanih. Pri nekaj več kot petini so se kazali blažji znaki depresije, več kot polovica jih je poročala, da so že razmišljali o samomoru.

## 10.

V Sloveniji je bil v letu 2013 v primerjavi z letom prej zaznan velik porast zaseženih količin amfetamina, benzodiazepina, metamfetamina, ekstazija in tudi marihuane ter upad zaseženih količin heroina, kokaina in hašiša. Skupno število zasegov prepovedanih drog se je v primerjavi s preteklimi leti povišalo. Prav tako se povečujeta ponudba in prodaja sintetičnih drog, v porastu je tudi odkrivanje novih psihoaktivnih snovi. Tradicionalna balkanska pot za tihotapstvo je še vedno zelo aktivna in je dvosmerna, ocenjuje se tudi, da se je obseg tihotapstva še povečal. Heroin in konopljo se prevaža v države Evropske unije z območja Kosova, severovzhodnega dela Albanije in iz Makedonije. Sintetične prepovedane droge in največkrat tudi kokain pa se prevaža v nasprotni smeri; zaznava se, da prihaja amfetamin predvsem iz Nizozemske. V Sloveniji so zelo aktivne kriminalne združbe, ki se ukvarjajo s pridelavo gojene konoplje. Slovenska policija je v letu 2013 odkrila in uničila 70 prirejenih zaprtih prostorov za gojenje konoplje. Cene večine prepovedanih drog so se v primerjavi z letom 2012 še nekoliko znižale, predvsem zaradi večje ponudbe. Še posebej je to opazno pri amfetaminu. Povprečne koncentracije v zaseženih vzorcih heroina in konoplje so bile podobne kot v preteklih letih. Povprečne koncentracije v zaseženih vzorcih kokaina in amfetamina so bile višje kot pretekla leta, prav tako tudi povprečna koncentracija THC v zaseženih vzorcih hašiša. V Sloveniji se je v letu 2013 pojavilo tudi 12 novih psihoaktivnih snovi in 19 novih tipov tablet ekstazija, od tega jih je 16 vsebovalo MDMA. Povprečna vsebnost MDMA v zaseženih vzorcih je znašala 40,2 %.



A

NOVOSTI IN TRENDI

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

dr. Jože Hren

Julija 2013 je bila Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog dopolnjena z 48 novimi psihoaktivnimi snovmi (Uradni list RS, št. 62/13). V drugi polovici leta 2013 je skupina volivk in volivcev v Državni zbor vložila pobudo za obravnavo dveh zakonov, in sicer predlog Zakona o konoplji ter predlog Zakona o samozdravljenju. Državni zbor je po opravljeni obravnavi oba predloga zakonov zavrnil in hkrati predlagal Vladi RS, da se uredi dostop do zdravil iz konoplje. Ministrstvo za zdravje je na tej podlagi junija letos pripravilo novo Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 45/2014), v kateri je psihoaktivna snov THC, iz prve skupine prepovedanih snovi prenesena v drugo skupino, torej med snovi, ki se uporabljajo v medicini. Hkrati je bilo v uredbo prvič razvrščenih še devet novih psihoaktivnih snovi. Aprila letos pa je Državni zbor potrdil tudi novo Resolucijo o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog za časovno obdobje 2014–2020 (Uradni list RS, št. 24/2014)

Programi na področju drog se v Sloveniji financirajo iz različnih virov. Večina je še vedno financirana iz državnega proračuna in prek Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Nekaj sredstev se pridobi tudi iz različnih fundacij in članarin članov nevladnih organizacij, donacij je izredno malo. V letošnjem letu se je od vseh 212 slovenskih občin, pozvanih, naj poročajo o sofinanciranju programov s področja prepovedanih drog, odzvalo 30. Na osnovi razpoložljivih podatkov lahko ocenimo, da je bilo v letu 2013 reševanju problematike na področju prepovedanih drog v RS namenjenih vsaj 9.600.691,75 evrov.

## 1.1 Pravni okvir

Prepovedane droge v RS urejajo naslednji predpisi:

- Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 55/08,66/08 – popr. in 39/09) v poglavju o kaznivih dejanjih zoper človekovo zdravje ureja dve (večji) kaznivi dejanji v povezavi s prepovedanimi drogami, in sicer neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog ter omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu.
- Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/99, 44/00, 2/04 – ZZdri-A in 47/04 – ZdZPZ) opredeljuje prepovedane droge kot rastline ali substance naravnega ali sintetičnega izvora, ki imajo psihotropne učinke in lahko vplivajo na telesno ali duševno zdravje ali ogrožajo primerno socialno stanje ljudi. 3. člen zakona razvršča prepovedane droge v tri skupine glede na stopnjo nevarnosti za zdravje v primeru njihove zlorabe in glede na uporabo v medicini. Razvrstitev prepovedanih drog je sprejela Vlada Republike Slovenije z Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog leta 2000.
- Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/99) med drugimi definira zdravljenje in reševanje socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog.

## **Novosti na področju zakonodaje**

Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za notranje zadeve sta v prvi polovici leta 2013 pripravili spremembe in dopolnitve Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog, s katerimi se je želelo zmanjšati dostopnost novih sintetičnih psihoaktivnih snovi, ki posnemajo delovanje naravnih prepovedanih drog. Z Uredbo je Vlada RS regulirala 48 novih psihoaktivnih snovi. Uredba o spremembah in dopolnitvah Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog je bila objavljena 22. 7. 2013 v Uradnem listu RS, št. 62/13.

V drugi polovici leta 2013 je skupina volivk in volivcev v Državni zbor vložila pobudo za obravnavo dveh zakonov z delovnega področja Ministrstva za zdravje. Tako predlog Zakona o konoplji kot predlog Zakona o samozdravljenju sta skladno z Zakonom o referendumu in ljudski iniciativi (Uradni list RS, št. 15/94, 26/07) zbrala zadostno število podpisov volivcev (več kot 5.000 vsak), da je Državni zbor moral obravnavati oba predloga. Predlog stališč glede obeh zakonov je pripravilo Ministrstvo za zdravje skupaj z drugimi pristojnimi ministrstvi: glede Zakona o konoplji z Ministrstvom za finance, Ministrstvom za kmetijstvo in okolje, Ministrstvom za notranje zadeve in Službo Vlade RS za zakonodajo; glede Zakona o samozdravljenju pa z Ministrstvom za kmetijstvo in okolje. Ministrstvo za zdravje je Vladi RS predlagalo sprejetje medresorsko usklajenega mnenja, da Vlada RS ne podpira predlogov obeh zakonov in da ju Državni zbor ne sprejme. Državni zbor je po opravljeni obravnavi zavrnil oba predloga zakonov in hkrati predlagal Vladi RS, da se uredi dostop do zdravil iz konoplje v RS s spremembo Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog.

Ministrstvo za zdravje je na tej podlagi pripravilo novo Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog, ki je bila v Uradnem listu RS, št. 45/2014, objavljena 20. 6. 2014. V novi uredbi je bila psihoaktivna snov THC, ki je ena izmed aktivnih sestavin v rastlini konoplji in se uporablja v medicini, iz prve skupine prepovedanih snovi prenesena v drugo skupino, kjer se nahajajo snovi, ki se lahko uporabljajo v medicini. Poleg omenjene spremembe je v uredbo prvič razvrščenih še devet novih psihoaktivnih snovi.

Ministrstvo za zdravje je v začetku tega leta skupaj z drugimi pristojnimi ministrstvi pripravilo tudi predlog nove Resolucije o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog za časovno obdobje 2014–2020. Ta dokument nadgrajuje in nadaljuje predhodni nacionalni program na tem področju. Državni zbor je Resolucijo potrdil 2. 4. 2014, v Uradnem listu RS, št. 25/2014, pa je bila objavljen 11. 4. 2014.

## **1.2 Akcijski načrt, strategija, vrednotenje in koordinacija**

### **Strategija**

Glavni poudarek v novi Resoluciji o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog za obdobje 2014–2020 je namenjen celovitemu in uravnoteženemu nadaljnjemu razvoju vseh ukrepov, programov in aktivnosti, ki prispevajo k reševanju problematike prepovedanih drog v naši državi. Ker je problematika prepovedanih drog obravnavana izrazito medresorsno in multidisciplinarno, rešitve, ki jih ta program navaja, segajo tako na področje preprečevanja ponudbe prepovedanih drog kot tudi na področja preventive, zdravljenja in socialne obravnave.

Med ostalimi cilji in nalogami, zapisanimi v novem Nacionalnem programu na področju drog za obdobje 2014–2020, izpostavljam:

- Spodbujati želimo programe preprečevanja uporabe prepovedanih drog, da bi tako zmanjševali število novih uporabnikov drog med mlajšo generacijo ter število prekrškov in kaznivih dejanj, povezanih s prepovedanimi drogami.

- Podpirati želimo razvoj programov, ki bi pomagali ohraniti ali znižati število okuženih s HIV in hepatitisoma B in C ter smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov.
- Pospešiti želimo razvoj programov psihosocialne obravnave uporabnikov drog, terapevtskih skupnosti in komun ter programov reintegracije bivših zasvojenih oseb.
- Razvijati in nadgrajevati želimo vse koordinativne strukture na področju drog na lokalni in na državni ravni.
- Okrepiti želimo dejavnosti proti organiziranemu kriminalu, prepovedanemu prometu z drogami, pranju denarja ter proti drugim oblikam kriminala v povezavi z drogami.

Ministrstvo za zdravje je koordiniralo tudi delovno skupino za pripravo prvega operativnega akcijskega načrta in je ta dokument tudi že pripravilo za nadaljnjo obravnavo.

### **Koordinacija**

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 2013 sešla trikrat. Med drugim je obravnavala letno nacionalno poročilo o stanju na področju prepovedanih drog ter vse druge aktualne tematike s področja drog v Sloveniji, vključno z zakonodajnimi predlogi civilne družbe. Ministrstvo za zdravje zagotavlja operativnost Komisije za droge, saj zanjo pripravlja gradivo za seje in skupaj z drugimi pristojnimi resorji in institucijami skrbi za izvedbo sklepov sej komisije. Ukrepi na področju prepovedanih drog se izvajajo znotraj različnih resorjev: Ministrstva za notranje zadeve, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 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. Poleg predstavnikov prej omenjenih ministrstev v Komisiji za droge kot člana sodelujeta tudi predstavnika dveh zvez nevladnih organizacij.

V Sloveniji je mesec november čas, ko želimo z načrtovanimi in bolj koncentriranimi aktivnostmi vplivati na razmišljanje, doživljanje in vedenje ljudi v povezavi z različnimi vrstami zasvojenosti, s poudarkom na drogah. V tem času po državi poleg distribucije publikacij potekajo na nacionalnem in lokalnem nivoju različne preventivne dejavnosti, v katerih sodelujejo vladne in nevladne organizacije, ki se ukvarjajo s preprečevanjem ali zdravljenjem zasvojenosti od prepovedanih drog: šole, vrtci, centri za socialno delo, LAS (lokalne akcijske skupine), zdravstvene ustanove in drugi. Namen preventivnih dejavnosti je krepitev posameznika za zaščito pred ogrožajočimi dejavniki v okolju, usmeritev k zmanjševanju povpraševanja, pa tudi k zmanjševanju posledic, ki jih prinaša uporaba drog. Omenjene aktivnosti sta že trinajstič v sodelovanju izvedla Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) Območna enota Ravne na Koroškem in Ministrstvo za zdravje ter v tem okviru pripravila tudi konferenco o preventivi. Leta 2013 je konferenca potekala v Slovenj Gradcu pod naslovom "Kar je dovoljeno, ni tudi varno". Geslo kampanj navadno izhaja iz usmeritev Urada Združenih narodov za droge in kriminal, ki vsako leto 26. junija razglasi Mednarodni dan proti zlorabi in nezakonitemu prometu s prepovedanimi drogami.

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

### 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 je za leti 2013 in 2014 prek javnega razpisa namenilo za financiranje programov s področja prepovedanih drog 200.000 evrov. Polovica tega zneska je bila izbranim programom nakazana v letu 2013, druga polovica pa leta 2014. Ministrstvo je leta 2013 sofinanciralo še sorazmerni delež za delovanje nacionalne kontaktne točke na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje v višini 100.000 evrov.

Urad za mladino je v okviru svojih instrumentov v letu 2013 sofinanciral dejavnosti ali vrste programov, ki jih je mogoče prepoznati kot neposredno izvajanje aktivnosti na področju prepovedanih drog, in sicer v višini 39.784 evrov.

V letu 2013 je Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) za izvajanje programov na področju obravnave uporabnikov prepovedanih drog v tem letu prek javnega razpisa razdelilo 2.808.813,80 evrov.

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, 2008–2013

Sredstva MDDSZ v evrih za	Programi socialne rehabilitacije zasvojenih	Programi terapevtskih skupnosti in drugih, 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	Nizkopražni programi za uporabnike drog, mreže centrov za svetovanje in socialno rehabilitacijo zasvojenih s prepovedanimi drogami, ki so potrebni vsakodnevne obravnave
Leto:			
2013	2.808.813,80	1.950.639,20	858.174,60
2012	2.840.897,90		
2011	3.213.519,00		
2010	2.713.129,37*	1.575.993,26	587.876,52
2009	2.558.798,00*	1.514.458	544.492,50
2008	2.290.728,00*	1.445.691	399.013,40

\* Podatek ni vsota 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 MDDSZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Poročilo je dostopno pri avtorju.



MDDSZ programe sofinancira v višini do 80 % vrednosti programa, ostala sredstva pa morajo izvajalci pridobiti iz drugih virov. Še posebej je pomembna vloga lokalnih skupnosti, ki izvajalcem pomaga pridobiti primerne prostore za izvajanje programov.

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

Ministrstvo za notranje zadeve je prek javnega razpisa za izvedbo projektov evropske kohezijske politike v Republiki Sloveniji za obdobje 2012–2014 izbralo eno vsebinsko mrežo nevladnih organizacij. Inštitut za raziskave in razvoj Utrip je za dejavnosti vzpostavitve preventivne platforme NVO na področju preprečevanja zasvojenosti prejel 43.987,88 evrov.

Slovenska kriminalistična policija za boj zoper organizirano kriminaliteto letno porabi več kot pol milijona evrov. Konkretni podatki za leto 2013 kažejo, da je bilo za izvajanje prikritih preiskovalnih ukrepov in za materialno-tehnično opremo porabljenih 578.745,75 evrov, leto prej pa je bil ta znesek 572.163,47 evrov. 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 2013 za financiranje delovanja centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog namenil 4.954.134 evrov. Za delovanje centrov (kadri, prostori itn.) je bilo namenjenih 2.454.134 evrov, za substitucijska zdravila (metadon in drugo) pa 2.500.000 evrov.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je za leto 2013 namenil tudi 146.022 evrov za nakup sterilnega materiala za varno injiciranje drog, ki ga je NIJZ – Območna enota Koper razdelil med programe zmanjševanja škode.

V letu 2013 je fundacija FIHO programom s področja drog, ki so bili vsi organizirani v okviru nevladnih organizacij, namenila 283.288,90 evrov.

V letošnjem poročilu poročamo še o sofinanciranju programov na področju prepovedanih drog vseh slovenskih občin. Trenutno je v Sloveniji 212 občin. Pridobljeni podatki iz 30 občin so pokazali, da so te lokalne skupnosti reševanju problematike drog skupaj namenile 545.915,42 evrov.

**Tabela 1.2:** Zbirni podatki porabljenih sredstev za področje drog v letu 2013

	Financer	Znesek (EUR)
1.	Občine	545.915,42
2.	FIHO	283.288,90
3.	Urad za mladino	39.784,00
4.	ZZZS	5.100.156,00
5.	MZ	200.000,00
6.	MDDSZ	2.808.813,80
7.	MNZ	622.733,63
8.	Skupaj	9.600.691,75

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 je vidno, da sofinancirajo različne organizacije in projekte kot celoto, zaradi tega je težko izluščiti, koliko sredstev je šlo za izvajanje celotnega programa in koliko posebej za področje drog. Oceni se lahko, da je bilo v letu 2013 reševanju problematike na področju prepovedanih drog v Sloveniji namenjenih vsaj 9.600.691,75 evrov (tabela 1.2).

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

V letu 2013 ni bila izvedena oziroma zaključena nobena nova raziskava o uporabi drog v splošni populaciji ali v posameznih ciljnih skupinah. V Sloveniji je bila leta 2008 izvedena prva raziskava o razširjenosti uporabe prepovedanih drog med polnoletnimi prebivalci, ki je podrobneje osvetlila razširjenost tega pojava, pred tem so bili na voljo le podatki, pridobljeni v raziskavi EHIS 2007, ter podatki, pridobljeni v okviru Slovenskega javnega mnenja v letih 1994 in 1999. V letih 2011 in 2012 pa je bila v Sloveniji z uporabo metodologije EMCDDA na reprezentativnem vzorcu izvedena Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog med prebivalci, starimi 15–64 let. Po podatkih te ankete je 16,1 % prebivalcev Slovenije vsaj enkrat v življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog, in sicer skoraj petina moških in 12,2 % žensk. Med tistimi, ki so vsaj enkrat v življenju že uporabili prepovedano drogo, jih je najvišji delež uporabilo konopljo.

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

Zadnjo raziskavo o uporabi drog med ciljnim skupinami je izvedlo Združenje DrogArt v letu 2010, in sicer raziskavo o uporabi drog v nočnem življenju.

### 2.1 Uporaba drog v splošni populaciji

V Sloveniji je bila leta 2008 izvedena prva raziskava o razširjenosti uporabe prepovedanih drog med polnoletnimi prebivalci (18–64 let), ki je podrobneje osvetlila razširjenost tega pojava; po podatkih te raziskave je prepovedane droge kadar koli v življenju že uporabilo 15,8 % vprašanih (Stergar 2010). Pred tem so bili na voljo le podatki iz raziskave EHIS 2007 ter podatki, pridobljeni v okviru Slovenskega javnega mnenja v letih 1994 in 1999. Tako je po podatkih raziskave EHIS 2007 konopljo v zadnjem letu uporabilo 2,6 % ljudi, starih 15 let in več, o uporabi drugih prepovedanih drog v zadnjem letu pa je poročalo 0,9 % ljudi (Krek in Štokelj 2009). Po podatkih, pridobljenih v okviru Slovenskega javnega mnenja, je leta 1994 prepovedano drogo vsaj enkrat v življenju uporabilo 4,3 % anketiranih, leta 1999 pa 10,6 % anketiranih (Toš in sod. 1999, Toš in sod. 1994).

V letih 2011 in 2012 je bila med prebivalci Slovenije, starimi 15–64 let, izvedena Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog, ki je uporabila metodologijo EMCDDA (več v Nacionalnih poročilih 2012 in 2013). Po podatkih te ankete je 16,1 % prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let, vsaj enkrat v življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog, in sicer skoraj petina moških in 12,2 % žensk. Med tistimi, ki so vsaj enkrat v življenju že uporabili prepovedano drogo, jih je najvišji delež (15,8 %) uporabilo konopljo. Kokain jih je uporabilo 2,1 %, enak delež jih je uporabilo ekstazi, LSD jih je uporabilo 1,0 %, amfetamin 0,9 %, heroin 0,5 % in nove droge 0,6 % (tabela 2.1). 6,4 % prebivalcev Slovenije je vsaj enkrat v življenju uporabilo več drog hkrati. Podatki po spolu in po posamezni drogi kažejo, da so vsako posamezno drogo vsaj enkrat v življenju v višjem deležu uporabili moški kot ženske. Podatki po desetletnih starostnih skupinah pa kažejo, da je vseživljenjska uporaba konoplje, kokaina, ekstazija, amfetaminov in več drog hkrati v višjem deležu

prisotna v starostnih skupinah do 34 let kot pri starejših, uporaba heroina in LSD-ja pa je v višjem deležu prisotna v starostnih skupinah 25–34 let in 35–44 let kot pri starejših. Uporaba novih drog je v najvišjem deležu prisotna v najmlajši starostni skupini 15–24 let. Po zaposlitvenem statusu je vseživljenjska uporaba konoplje in več drog hkrati v najvišjem deležu prisotna pri tistih, ki so v procesu izobraževanja (učenci, dijaki, študenti), vseživljenjska uporaba kokaina, ekstazija, amfetaminov in novih drog je v višjem deležu prisotna med tistimi v procesu izobraževanja in pri brezposelnih, vseživljenjska uporaba heroina in LSD-ja pa je najbolj razširjena med brezposelnimi.

**Tabela 2.1:** Delež uporabe prepovedanih drog v splošni populaciji, po spolu, starostnih skupinah in zaposlitvenem statusu

Prevalenca (%)	Droga	Skupaj			Spol		Starostne skupine					Zaposlitveni status		
		15–64 let n=7514	Moški n=3862	Ženske n=3652	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let	Zaposleni	Učenci, dijaki in študentje	Brezposelni	Upokojeni	
Kadarkoli v življenju	Konoplja	15,8	19,5	11,8	27,3	29,7	14,5	7,5	2,5	15,5	29,3	19,9	1,5	
	Kokain	2,1	2,8	1,2	3,9	4,4	1,7	0,5	0,1	1,7	3,9	4,7	0,0	
	Ekstazi	2,1	2,7	1,4	3,5	5,4	1,5	0,2	0,1	1,8	3,5	4,6	0,0	
	LSD	1,0	1,4	0,6	0,9	1,6	1,6	0,6	0,3	0,9	1,3	2,4	0,3	
	Amfetamin	0,9	1,4	0,5	1,9	2,3	0,5	0,2	0,0	0,7	2,3	2,0	0,0	
	Heroin	0,5	0,7	0,3	0,7	0,8	0,7	0,2	0,1	0,3	0,6	1,9	0,1	
	Nove droge	0,6	0,9	0,3	1,8	1,0	0,4	0,1	0,1	0,3	2,0	1,6	0,0	
V zadnjem letu	Konoplja	4,4	5,9	2,8	15,0	6,8	1,7	0,8	0,2	2,4	16,0	6,9	0,0	
	Kokain	0,5	0,7	0,3	1,9	0,6	0,3	0,1	0,0	0,3	1,5	1,0	0,0	
	Ekstazi	0,3	0,4	0,2	1,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	1,4	0,3	0,0	
	LSD	0,1	0,2	0,1	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,3	0,0	
	Amfetamin	0,3	0,5	0,1	1,1	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	1,4	0,7	0,0	
	Heroin	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	
	Nove droge	0,3	0,4	0,2	1,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,6	0,0	
V zadnjem mesecu	Konoplja	2,3	3,3	1,2	7,5	3,7	1,0	0,4	0,1	1,3	7,6	4,7	0,0	
	Kokain	0,1	0,2	0,1	0,6	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,6	0,2	0,0	
	Ekstazi	0,1	0,2	0,1	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	0,0	
	LSD	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	
	Amfetamin	0,1	0,2	0,1	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,3	0,0	
	Heroin	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Nove droge	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	

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

## 2.2 Uporaba drog v šolskem okolju

Podatke o uporabi drog v šolskem okolju pridobivamo s pomočjo dveh mednarodnih raziskav: Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD) ter Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC).

V letu 2011 je bila v Sloveniji že petič zapored izvedena Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Po njenih podatkih je 24,8 % anketiranih dijakov, starih 15 in 16 let, v vsem življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog. Podatki 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 konoplje v vsem življenju; tako je o vseživljenjski uporabi hlapil poročalo 20 % dijakov, o vseživljenjski uporabi konoplje pa 23 % (Stergar 2011).

V letu 2010 je bila v Sloveniji tretjič zapored izvedena mednarodna raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju, ki zajema tudi vprašanja o uporabi marihuane med petnajstletniki. Po podatkih raziskave jih je v življenju poskusilo kaditi marihuano 23,2 %. O uporabi marihuane v zadnjih 12 mesecih jih je poročalo 18 %, o uporabi v zadnjih 30 dneh pa 10 % (Scagnetti 2011). Po upadu deleža petnajstletnikov, ki so že poskusili kaditi marihuano med letoma 2002 in 2006, v obdobju 2006–2010 ponovno zaznavamo višanje deleža tistih, ki so že uporabili marihuano (Bajt 2012).

## 2.3 Uporaba drog med ciljnim skupinami

V letu 2010 je Združenje DrogArt opravilo raziskavo o uporabi kokaina in drugih drog v nočnem življenju v Sloveniji. Pokazala je, da so anketiranci vsaj enkrat v življenju v najvišjem odstotku uporabili marihuano (80 %), sledijo amfetamini in kokain (Sande 2013). (Več v Nacionalnem poročilu 2013.)

### 3. PREVENTIVA

V Sloveniji je preventiva regulirana z zakoni, predpisi in smernicami znotraj različnih resorjev, ki jih na področju preprečevanja uporabe psihoaktivnih snovi usklajuje Ministrstvo za zdravje. Komisija Vlade RS za droge kot medresorska delovna skupina predstavnikov devetih ministrstev in dveh zvez nevladnih organizacij s področja drog pa skrbi za usklajevanje vladne politike, ukrepov in programov.

V zadnjem letu v Sloveniji niso bili uvedeni novi zakonodajni ukrepi za zmanjševanje rabe tobaka in tudi zakonodaja na področju zmanjševanja tveganega in škodljivega pitja alkohola se ni spremenila, so se pa zvišale obdavčitev in cene tobačnih izdelkov ter trošarine za alkohol in alkoholne pijače. Zadnja javnomnenjska raziskava, izvedena maja 2014, je pokazala, da polnoletni prebivalci Slovenije v veliki meri podpirajo nove ukrepe na področju nadzora nad tobakom in večino ukrepov za omejevanje uporabe alkohola. Nevladne organizacije so spremljale kršitve obstoječe zakonodaje na področju zmanjševanja uporabe alkohola in tobaka, tako je mladinska zveza Brez izgovora v letu 2013 oddala 39 prijav morebitnih kršitev zakonodaje. Mladinska zveza Brez izgovora je v prvi polovici 2014 izvedla tudi akcijo Skriti kupec, v okviru katere so obiskali 48 trgovin, kjer prodajajo alkohol, in 13 prodajaln tobačnih izdelkov ter preverjali, ali prodajalci prodajo alkohol in tobak mladoletnim osebam. V večini primerov je mladoletnim osebam nakup uspel. Slovenska zveza za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo je v prodajalnah tobačnih izdelkov in v tiskanih publikacijah izvajala akcijo Rumeni karton. V letu 2013 in prvi polovici leta 2014 so prostovoljci obiskali 156 lokacij, kjer se oglašuje, promovira in prodaja tobačne izdelke. V 25 primerih so mladoletni kupci uspešno kupili tobačni izdelek.

Šolski preventivni program Izštekani je Inštitut Utrip izvajal tudi v letih 2013 in 2014, od pilotne faze dalje se je v program vključilo 15 novih šol. V letu 2014 so izvajalci programa zaradi slabe obiskanosti delavnice za starše nadomestili s preventivnim programom za starše Effekt, ki se osredotoča na vzdrževanje strožjih pravil staršev glede pitja alkohola pri njihovih otrocih. Mladinska zveza Brez izgovora je v letu 2013 po Sloveniji izvedla 677 delavnic na temo tobaka in alkohola ter z njimi dosegla 14.457 mladih v starosti med 12 in 15 let. Spremljanje stališč do alkohola pri izvajalcih delavnic je pokazalo, da so imeli po usposabljanju in izvajanju delavnic bolj negativna stališča do pitja alkohola kot pred tem.

V okviru evropskega projekta Click for support, ki je namenjen razvoju smernic za učinkovito spletno svetovanje mladim uporabnikom drog, so izvajalci v Sloveniji naredili pregled spletnih intervencij na področju drog ter izvedli delavnico, na kateri so mladi uporabniki prepovedanih drog ocenili tri izbrane spletne intervencije. Po sodelovanju v pilotski izvedbi evropskega programa Take care, ki je usmerjen v zmanjševanje uporabe alkohola in z njo povezane škode med mladimi, se izvajanje programa v Sloveniji nadaljuje. Izvajalci so v letih 2013 in 2014 program predstavili ključnim institucijam, ki pri svojem delu prihajajo v stik z mladimi, pripravili so tudi promocijski material ter izvedli usposabljanje za dvanajst prodajalcev alkoholnih pijač. 39 mladih je bilo vključenih v ro.pe treninge in 62 staršev v debatne partije. Društvo svit Koper je spomladi 2013 in 2014 izvajalo dva terenska programa; v programu Žoga skače so v ulici na območju, kjer živi veliko staršev, ki so uporabniki drog, za njihove in druge osnovnošolce organizirali različne dejavnosti za varno in kakovostno preživljanje prostega časa ter svetovali tudi staršem. V okviru programa Netopir pa so na različnih lokacijah nočne zabave mlade osveščali o posledicah uporabe alkohola in drugih drog. V letu 2013 se je nadaljeval projekt za preprečevanje odvisnosti v romski skupnosti. Izveden je bil program usposabljanja strokovnih delavcev, ki se pri svojem delu srečujejo z romsko mladino. Poudarek je bil na seznanjanju z romsko zgodovino, kulturo in medkulturno komunikacijo. Izdan je bil tudi priročnik Zdravje, preprečevanje zasvojenosti in romska mladina; namenjen je vsem, ki se pri svojem delu na področju drog in zasvojenosti srečujejo z romsko populacijo. V okviru programa

zgodnjega posredovanja ob prvem pojavu uživanja alkohola in prepovedanih drog FreD goes net je bilo v letu 2013 izvedenih 16 tečajev, v katere je bilo vključenih 196 dijakov, v letu 2014 pa 14 tečajev, v katere je bilo vključenih 156 dijakov, ki so bili opaženi zaradi uživanja alkohola ali prepovedanih drog. V letu 2013 in 2014 se je projekt After taxi, v okviru katerega mladi, ki se vračajo z zabav, prejmejo kupone za brezplačno vožnjo s taksijem, izvajal na območju Ljubljane. Izvajalci so v letu 2014 kot novost uvedli izdajanje kuponov na prizoriščih, kjer se mladi družijo in zabavajo. Rezultati evalvacije za leto 2013 so pokazali, da je večina vprašanih raje uporabila kupone After taxi, kot da bi vinjena sedla za volan. V DrogArtu so razvili tudi mobilno aplikacijo Furam 0,0, s katero lahko uporabniki informativno izračunajo količino alkohola v izdihanem zraku. Aplikacijo je od maja 2013 do avgusta 2014 uporabilo 3285 uporabnikov. Program Izberi sam, ki je namenjen zmanjševanju škodljivih posledic pitja alkohola med mladimi, so leta 2014 v DrogArtu nadgradili s terenskimi akcijami Izberi sam svojo zabavo, ki vključuje interaktivne ulične animacije in s katerimi želijo mladim predstaviti zanimive načine za druženje, zabavo in prosti čas. Čeprav se Inštitut Utrip sooča s težavami pri zagotavljanju financiranja preventivnega programa Krepitev družin na področju preprečevanja zasvojenosti, se bo izvajanje programa nadaljevalo v goriški regiji.

Mesec preprečevanja zasvojenosti je v letu 2013 potekal pod sloganom »Dovoljeno ni tudi varno«, pozornost pa je bila tokrat posvečena novim psihoaktivnim snovem. V okviru meseca preprečevanja zasvojenosti je bila organizirana tudi nacionalna konferenca na to temo.

### 3.1 Okoljska preventiva

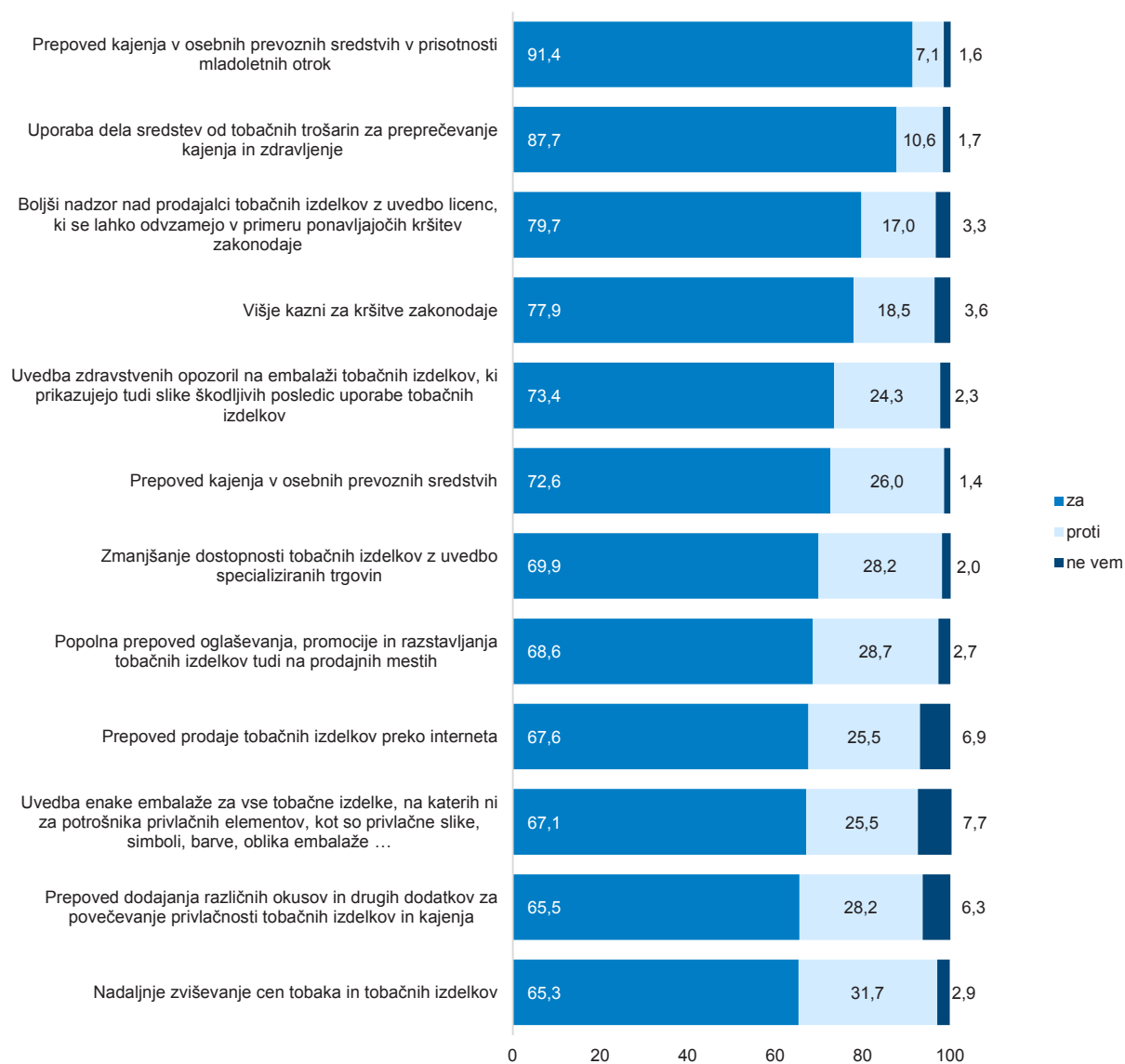
#### Ukrepi na področju zmanjševanja uporabe tobaka in alkohola

Helena Koprivnikar, dr. Maja Zorko, Nataša Blažko

V zadnjem letu v Sloveniji niso bili uvedeni novi zakonodajni ukrepi za zmanjševanja uporabe tobaka, so se pa zvišale obdavčitev in cene tobačnih izdelkov. Od 1. januarja 2013 do 16. maja 2014 se je tehtana povprečna maloprodajna cena zavojčka 20 cigaret po podatkih Ministrstva za finance RS zvišala z 2,95 na 3,31 evra, cene zavojčka cigaret pa so bile po zadnji podražitvi 16. 5. 2014 po podatkih Carinske uprave RS med 2,99 in 4,20 evrov. Tovarniško izdelane cigarete še vedno zavzemajo daleč največji delež na trgu tobačnih izdelkov v Sloveniji, vendar pa v zadnjih dveh, treh letih močno narašča prodaja tobaka za zvijanje cigaret, najverjetneje predvsem zato, ker je cenejši kot tovarniško izdelane cigarete. V zadnjem letu so se zvišale tudi obdavčitev in cene drobno rezanega tobaka (tobak za zvijanje cigaret), a še vedno ostajajo za vsaj 30 % nižje od cene tovarniško izdelanih cigaret. Pri tem izračunu smo upoštevali, da je 1 g tobaka enakovreden eni tovarniško izdelani cigareti. Ker pa kadilec iz 20 g tobaka lahko zvije več kot 20 cigaret, je lahko zanj cena kajenja ročno zvitih cigaret v primerjavi s tovarniško izdelanimi navidezno še nižja. V Sloveniji sicer s trenutnimi stopnjami obdavčitve presegamo minimalne zahteve evropske direktive, tako pri obdavčitvi tovarniško izdelanih cigaret kot tudi drobno rezanega tobaka.

V letu 2013 je bila Slovenija med najaktivnejšimi državami članicami, ki so si v okviru priprave nove Direktive o približevanju zakonov in drugih predpisov držav članic o proizvodnji, predstavitvi in prodaji tobačnih in povezanih izdelkov prizadevale za uvedbo čim strožjih javnozdravstvenih ukrepov. Za Slovenijo pa poleg ukrepov, ki jih uvaja nova direktiva, strokovnjaki in organizacije, ki delujejo na področju zmanjševanja uporabe tobačnih izdelkov, podpirajo uvedbo dodatnih dokazano učinkovitih ukrepov nadzora nad tobakom, med drugim popolno prepoved oglaševanja, promocije in razstavljanja tobačnih izdelkov brez izjem oziroma tudi na prodajnih mestih, zmanjšanje dostopnosti tobačnih izdelkov z uvedbo

licenciranja prodajalcev tobačnih izdelkov oziroma specializiranih trgovin, nadaljnje višanje cen tobačnih izdelkov, uporabo dela sredstev od tobačnih trošarin za programe preprečevanja in opuščanja kajenja ter čimprejšnjo zakonodajno ureditev področja elektronskih cigaret. Uvedbo različnih ukrepov po podatkih v maju 2014 izvedene javnomnenjske raziskave podpira tudi večina polnoletnih prebivalcev Slovenije, kot je prikazano na sliki 3.1 (MZ 2014).



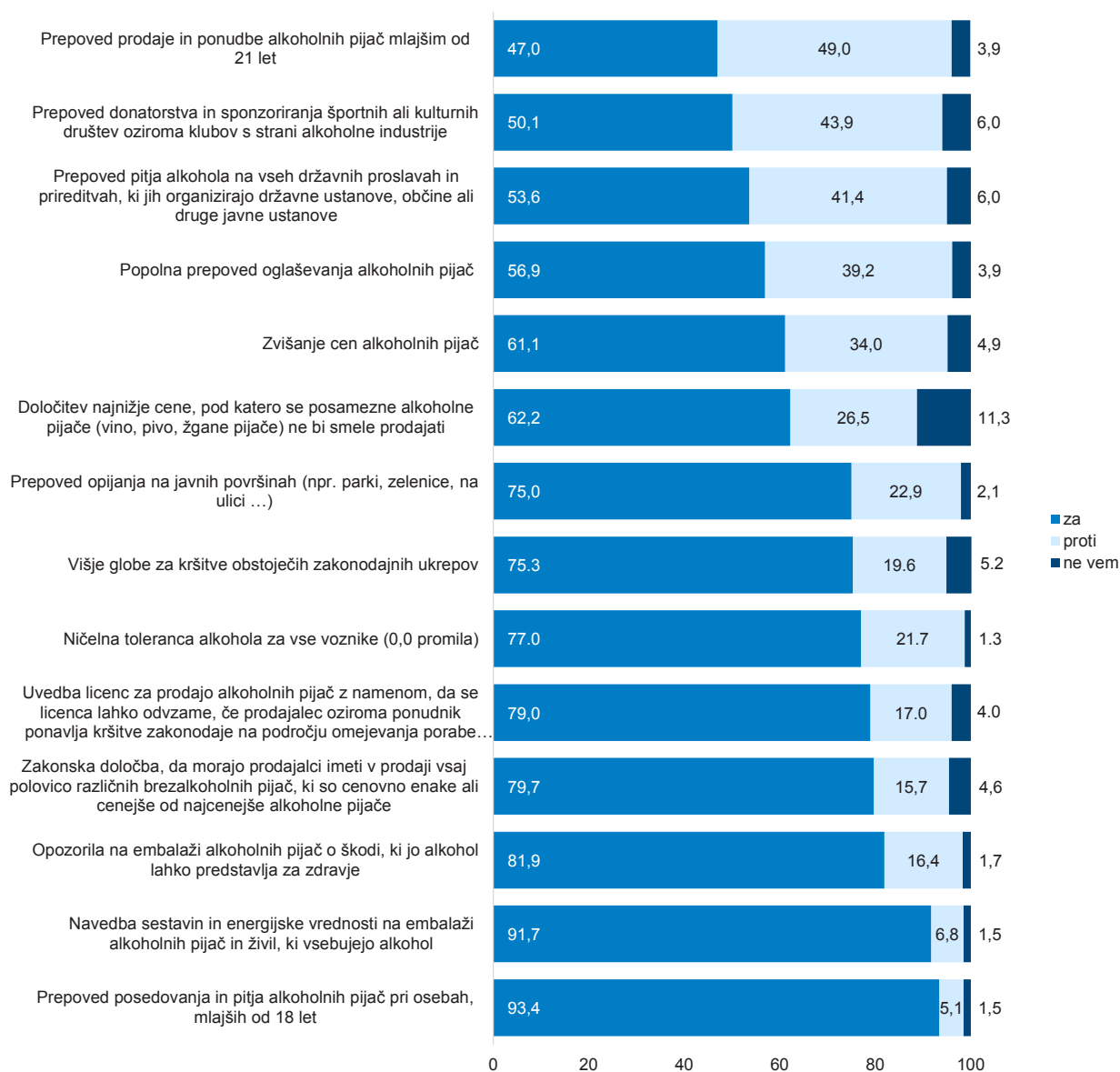
Vir: MZ, Raziskava javnega mnenja o podpori ukrepom na področju tobaka in alkohola 2014

Slika 3.1: Podpora novim ukrepom na področju nadzora nad tobakom med polnoletnimi prebivalci Slovenije

Tudi zakonodaja na področju zmanjševanja tvegane in škodljivega pitja alkohola se v zadnjem letu ni spreminjala, spremenile so se le trošarine na alkohol. Vlada Republike Slovenije je aprila 2014 izdala Uredbo o določitvi zneska trošarine za alkohol in alkoholne pijače (Uradni list RS, št. 25/2014). Uredba je uvedla 10-odstotno zvišanje trošarine za pivo, vmesne pijače in etilni alkohol, tako da trošarina po novem znaša: za pivo 12,10 evrov za 1 % prostorninske vsebnosti alkohola, za vmesne pijače 132 evrov in za etilni alkohol 1.320 evrov za 100 % prostorninske vsebnosti alkohola, vse na hektoliter. Za vino in fermentirane pijače trošarina ni uvedena oz. znaša 0 evrov. Trošarine se ne usklajujejo z inflacijo.



Zadnja javnomnenjska raziskava (MZ 2014) o podpori nekaterim ukrepom alkoholne politike je pokazala, da polnoletni prebivalci Slovenije v veliki meri podpirajo večino ukrepov za omejevanje porabe alkohola (slika 3.2). V največji meri podpirajo prepoved posedovanja in pitja alkoholnih pijač pred 18. letom starosti, obvezno navedbo sestavin in energijske vrednosti na embalaži alkoholnih pijač in živil, ki vsebujejo alkohol, obvezna zdravstvena opozorila na embalažah alkoholnih pijač ter pravilo, da mora biti v prodaji vsaj polovica brezalkoholnih pijač, ki stanejo enako ali so cenejše od alkoholnih pijač. Več kot 60 % polnoletnih prebivalcev Slovenije je podprlo še uvedbo posebnih dovoljenj (licenc) za prodajo alkoholnih pijač, višje globe za kršitve obstoječih ukrepov, 0,0 alkohola za vse voznike, prepoved opijanja na javnih površinah, določitev najnižje cene alkohola ter zvišanje cen alkohola. Manj kot 60 % polnoletnih prebivalcev Slovenije je podprlo popolno prepoved oglaševanja alkoholnih pijač, prepoved pitja na vseh državnih proslavah in prireditvah, prepoved donatorstva in sponzoriranja športnih in kulturnih društev oz. klubov s strani alkoholne industrije ter prepoved prodaje in ponudbe alkoholnih pijač mlajšim od 21 let.



Vir: MZ, Raziskava javnega mnenja o podpori ukrepom na področju tobaka in alkohola 2014

Slika 3.2: Podpora novim ukrepom za zmanjševanje rabe alkohola med polnoletnimi prebivalci Slovenije

## Spremljanje kršitev obstoječe zakonodaje zmanjševanja uporabe tobaka in alkohola

### Mladinsko združenje Brez izgovora Slovenija: spremljanje kršitev zakonodaje s področja tobaka in alkohola

Daša Kokole, Jan Peloz, Nina Rogelj

V Mladinski zvezi Brez izgovora smo v prvi polovici leta 2014 v okviru akcije Skriti kupec (Mystery Shopping) tobačnih in alkoholnih izdelkov obiskovali trgovine po Sloveniji, kjer so mladoletni nakupovalci v sklopu širše raziskave preverjali, ali prodajalci v trgovinah prodajo alkohol in tobak mladoletnim osebam.

V zvezi z alkoholom smo obiskali 48 trgovin v 4 mestih: Ljubljani, Mariboru, Kranju in Celju. Mladoletni nakupovalci so imeli nalogo, da (pod nadzorom polnoletnega spremljevalca) poskusijo kupiti pločevinko piva. V vsakem od mest je bilo obiskanih 12 trgovin, v katerih sta bili izvedeni po dve meritvi (dopoldne in popoldne). V Ljubljani so jim alkohol prodali v 83 % primerov, v Kranju, Celju in Mariboru pa v 96 % primerov.

V zvezi s tobakom je bilo obiskanih 13 prodajaln tobačnih izdelkov, od tega 3 v Postojni, 5 v Ljubljani in 5 v Kopru. Mladoletni nakupovalci so (prav tako pod nadzorom polnoletnega spremljevalca) poskusili kupiti škatlico cigaret. Vsi skupaj so bili uspešni v 92 % poskusov; 100 % v Postojni in Kopru ter 80 % v Ljubljani.

Dodatno smo v letu 2013 in prvi polovici 2014 pošiljali prijave kršitev Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (Uradni list RS, št. 93/2007) in Zakona o omejevanju porabe alkohola (Uradni list RS, št. 15/2003) na različne inšpektorate (Tržni in Zdravstveni inšpektorat ter Inšpektorat za šolstvo in šport). V letu 2013 smo tako oddali 39 prijav morebitnih kršitev zakonodaje. V 18 primerih so se na inšpektoratih odločili za inšpekcijski pregled in ugotovili 7 kršitev (tabela 3.1).

Tabela 3.1: Statistika prijav kršitev na področju alkohola in tobaka v letu 2013

Področje	Št. prijav	Najdena kršitev
Alkohol (skupaj)	9	1
Oglaševanje alkohola	6	1
Čezmejno oglaševanje	1	0
Posredovanje alkohola na športni prireditvi	1	0
Napis ob oglasu	1	0
Tobak (skupaj)	30	6
Elektronske cigarete	11	1
Oglaševanje tobaka	8	2
Kadilnica	4	1
Kajenje v zaprtih prostorih	3	0
Nelegalna prodaja	1	1
Čezmejno oglaševanje	1	0
Zdravstvena sporočila	1	1
Sponsoriranje	1	0
Skupaj	39	7

Vir: Mladinsko združenje Brez izgovora

## **Slovenska zveza za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo: spremljanje kršitev zakonodaje s področja tobaka**

Mihaela Lovše

Slovenska zveza za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo je v prodajalnah tobačnih izdelkov (v kioskih, gostinskih lokalih in trgovinah) po Sloveniji in v tiskanih publikacijah izvajala akcijo Rumeni karton za nadzor nad promocijo in prodajo tobačnih izdelkov. Pri akciji so s pisnim dovoljenjem staršev sodelovali mladoletni prostovoljci, ki so se predhodno izobrazili za izvajanje akcije in so bili motivirani za spoštovanje Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. V letu 2013 in prvi polovici leta 2014 so prostovoljci obiskali 156 lokacij, kjer se oglašuje, promovira in prodaja tobačne izdelke. V 25 primerih so mladoletni kupci uspešno kupili tobačni izdelek. Na mestih, kjer so zaznali kršitve, so postavili zastavice »Zakon omejuje, da varuje!« z izpisanimi členi zakona, ki bi jih prodajalci morali upoštevati. O prekrških sta bila obveščena Tržni inšpektorat RS in Zdravstveni inšpektorat RS. Pri preverjanju nadzora nad spoštovanjem in zagotavljanjem prepovedi kajenja v javnih prostorih in nadzora nad oglaševanjem in sponzoriranjem dogodkov smo izvedli 14 pregledov lokacij, od tega smo zaznali 6 morebitnih kršitev, največ v okviru velikih javnih prireditev v večernih urah.

### **3.2 Univerzalna preventiva**

#### **Reitox regionalna akademija**

Branka Božank, Marijana Kašnik

28. in 29. aprila 2014 je bila v City hotelu v Ljubljani dvodnevna Reitox regionalna akademija, ki sta jo soorganizirala Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami ter Nacionalni inštitut za javno zdravje. Potekala je v okviru projekta Priprava upravičencev IPA4 na sodelovanje v EMCDDA. Ključni namen konference je bil odpreti poti k oblikovanju modela za vzpostavitev standardov kakovosti na področju preventivnih programov in za njihovo uspešno implementacijo v vsakdanjo prakso.

Reitox akademije se je udeležilo okoli 60 strokovnjakov, ki delujejo na različnih področjih in nivojih, povezanih z zasvojenostjo: nevladne organizacije, inštituti za javno zdravje, policija, različna ministrstva in fakultete. Udeleženci so prišli iz 10 držav v regiji, in sicer iz Albanije, Bosne in Hercegovine, Bivše jugoslovanske Republike Makedonije, Kosova, Črne Gore, Poljske, Srbije, Slovenije in Turčije.

V Evalvacijskem poročilu z Reitox regionalna akademije, ki ga je pripravil EMCDDA, je med drugim zapisano, da bo tudi v prihodnje treba krepiti zmožnosti in izvajati aktivnosti za izmenjavo dobrih praks, tako v Sloveniji kot v državah upravičenkah IPA4. Predvsem je treba nameniti pozornost vsebini preventivnih programov ter njihovemu splošnemu načrtovanju, spremljanju in evalvaciji. Krepitev zmožnosti naj bi poleg teoretičnih vidikov vključevala tudi komponente, kot je izmenjava informacij o vsebini in rezultatih posameznih preventivnih aktivnosti, ki so implementirane na osnovni ravni.

## Izštekan

Matej Košir in Sanela Talić

Šolski preventivni program Izštekan (Unplugged) smo sodelavci Inštituta Utrip prvič pilotno izvedli v šolskem letu 2010/2011. V pilotno fazo je bilo vključenih 23 intervencijskih in 22 kontrolnih osnovnih šol z vse Slovenije (več v Nacionalnih poročilih 2011 in 2012). Od pilotne faze dalje se je v program vključilo 15 novih osnovnih šol, za izvajanje programa pa smo na 5 usposabljanjih usposobili 73 novih učiteljev. Šolsko leto 2014/2015 je prelomnica v nadaljnjem razvoju in širitvi programa Izštekan, saj smo zaradi premajhne udeležbe staršev na delavnicah te nadomestili z novim švedskim preventivnim programom za starše Effekt. Omenjeni program se osredotoča na vzdrževanje strožjih pravil staršev do pitja alkohola pri njihovih otrocih in mladostnikih, usposobljeni predavatelji pa ga izvedejo dvakrat letno na roditeljskih sestankih (oz. vsaj petkrat v obdobju zadnje triade osnovne šole). Trenutne razmere in trendi na področju alkohola kažejo (Zorko in sod. 2013), da obstaja velika potreba po tovrstnih preventivnih programih, s katerimi skušamo zmanjšati tvegano in škodljivo pitje alkohola pri mladostnikih. V program Effekt se je v pilotni fazi v šolskem letu 2014/2015 vključilo 9 intervencijskih in 9 kontrolnih osnovnih šol z različnih območij Slovenije. Program bo ovrednoten tako procesno kot z vidika rezultatov in učinkov, čeprav že zdaj obstajajo številni znanstveni dokazi o njegovi učinkovitosti (Koutakis in sod. 2008; Koutakis in Ozdemir 2010; Bodin in Strandberg 2011; Ozdemir in Stattin 2012; Koning in sod. 2011).

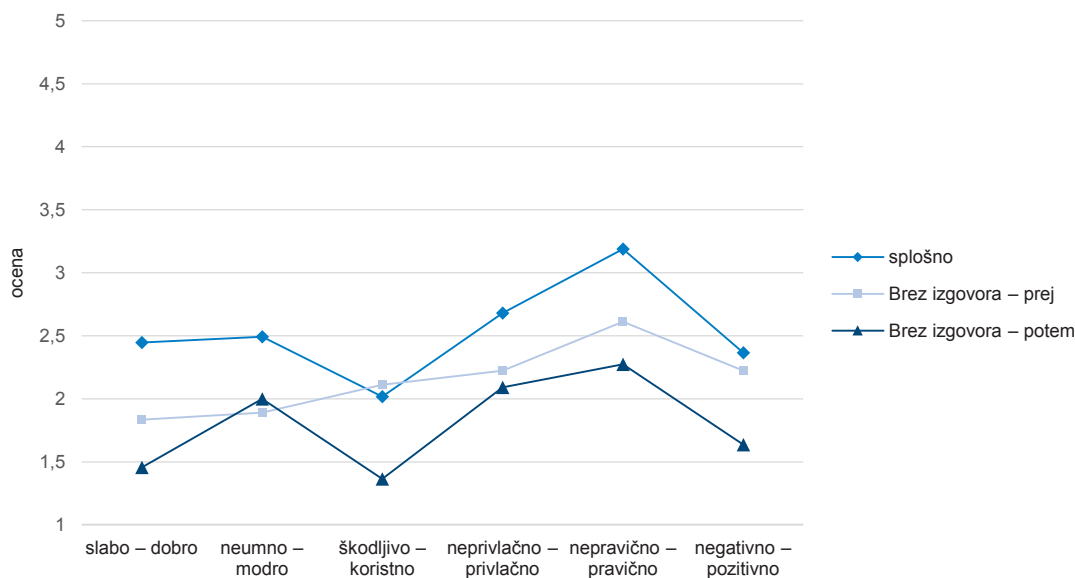
Slovenska različica programa Izštekan spada med najuspešnejše na evropski ravni in je bil ovrednoten z vidika rezultatov in učinkov in je tudi pokazal pozitivne učinke, zlasti glede pitja alkohola, opitosti in kajenja (Košir in sod. 2012).

## Preventivne vrstniške delavnice na področju tobaka in alkohola

Daša Kokole

V Mladinski zvezi Brez izgovora smo tudi v letu 2013 na področju tobaka izvajali preventivne vrstniške delavnice v okviru projekta O<sub>2</sub> za vsakega, in sicer v 7. razredih osnovnih šol in prvih letnikih srednjih šol, ter delavnice o alkoholu v 9. razredih osnovnih šol v okviru projekta Kaj pa če ... ne. V letu 2013 smo obiskali vseh 12 slovenskih statističnih regij in izvedli 677 delavnic na temo tobaka in alkohola ter z njimi dosegli 14.457 mladih, starih med 12 in 15 let.

Na področju alkohola smo letos pilotno izvedli tudi spremljanje spremembe stališč skupine izvajalcev delavnic, ki je z izvajanjem pričela leta 2013. Udeleženci so vprašalnik o svojih stališčih do pitja alkohola (pitje alkohola so morali oceniti na lestvici od 1 do 5 pri različnih parih pridevnikov, tako da je nižja ocena odražala bolj negativno stališče, npr. slabo 1, dobro 5) prvič rešili aprila 2013, pred pričetkom usposabljanja za izvajanje delavnic, nato so se tekom leta usposabljali in sodelovali pri izvajanju vrstniških delavnic, aprila 2014 pa so ponovno odgovorili na ista vprašanja. Pri prvem izpolnjevanju (2013) je sodelovalo 18 aktivistov (povprečna starost 16,05 let), pri drugem (v 2014) pa zaradi osipa 11 (povprečna starost 17,18 let). Zaradi majhnega števila udeležencev statistične analize niso bile izvedene, je pa iz slike 3.3 razvidno, da so se v povprečju stališča pomaknila proti negativnemu polu pri skoraj vseh parih pridevnikov. Največja je bila razlika pri stališču glede škodljivosti/koristnosti pitja alkohola.



Vir: Mladinsko združenje Brez izgovora

**Slika 3.3:** Primerjava stališč izvajalcev delavnic do pitja alkohola pred izvajanjem delavnic in po njem ter stališč splošne populacije srednješolcev v Sloveniji

Podatke smo primerjali tudi s širšo populacijo (priložnostni vzorec 376 srednješolcev iz vse Slovenije) približno enake starosti (povprečna starost 15,97 let) ob merjenju, ki je potekalo oktobra in novembra 2012 v okviru zbiranja podatkov za diplomsko nalogo<sup>2</sup>. S slike 3.3 je razvidno, da so aktivisti Brez izgovora že primarno imeli bolj negativna stališča do pitja alkohola kot njihovi vrstniki, ob drugem merjenju pa so se razlike še povečale. Kljub omejenosti podatkov (drugih potencialno vplivajočih spremenljivk nismo spremljali, prav tako ni bilo mogoče povezati oseb in podatkov iz obeh merjenj) in majhnemu vzorcu aktivistov ti rezultati lahko nakazujejo, da je izvajanje delavnic o alkoholu povezano s spremembo stališč do alkohola.

### Krepitev družin na področju preprečevanja zasvojenosti

Matej Košir in Sanela Talić

Sodelavci Inštituta Utrip smo v letih 2011 in 2012 na področju preprečevanja zasvojenosti pilotsko izvedli preventivni program Krepitev družin (The Strengthening Families Program) z 8 družinami, ki smo jih pridobili za sodelovanje prek šolskih svetovalnih služb (več v Nacionalnem poročilu 2012). Po izvedeni pilotni fazi smo na več razpisih Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstva za zdravje in Mestne občine Ljubljana neuspešno kandidirali za sofinanciranje nadaljnega razvoja in širitve programa. V začetku julija 2014 smo v Šempetru pri Gorici pripravili predstavitev programa za vse zainteresirane osnovne in srednje šole ter dijaške domove v goriški regiji, ki so vključeni v mrežo zdravih šol. V drugi polovici septembra 2014 smo izvedli še uvodno predstavitev programa za vodstvene delavce, učitelje in starše na Biotehniški šoli Šolskega centra Nova Gorica, ki bo prva pričela z izvajanjem programa v šolskem letu 2014/2015.

<sup>2</sup> Kokole, D. (2013). Socialne spretnosti, dovezetnost za vrstniški pritisk in uživanje alkohola pri srednješolcih: diplomsko delo.

### 3.3 Selektivna preventiva

#### Click for support

Jasmina Vrečko in Karmen Osterc Kokotovič

Evropski projekt Click for support, v katerem sodeluje 13 držav<sup>3</sup>, med njimi tudi Slovenija, je usmerjen v razvoj smernic za učinkovito spletno svetovanje mladim uporabnikom drog ter za osveščanje strokovnjakov s področja drog o pomembnosti uporabe spletnih tehnologij pri vsakdanjem delu. Digitalna tehnologija ima namreč pomemben vpliv na vsakodnevno življenje mladih in zato obstaja večja verjetnost, da bodo mladi pomoč v povezavi s prepovedanimi drogami iskali prek spleta. Spletne metode svetovanja omogočajo lažji dostop do storitve, so cenovno ugodnejše, dosežejo večje število ljudi in omogočajo hiter odziv. Spletno svetovanje na področju prepovedanih drog pa je vse bolj pomembno tudi zaradi pojava novih psihoaktivnih snovi, kot so »legal highs«. Te snovi so poceni in lahko dostopne, saj jih je mogoče kupiti prek spleta, ob tem pa spletne strani nudijo zelo malo informacij o teh snoveh.

V prvi fazi projekta so sodelujoče države naredile pregled in ocenjevanje spletnih intervencij, ki so lahko v obliki spletne strani, foruma, klepetalnice ali aplikacije, ključno pa je, da nudijo nasvet strokovnjaka. V Sloveniji smo za ocenjevanje izbrali tri spletne strani, in sicer Med.over.net, DrogArt (z aplikacijo Reduser) in To sem jaz. Ocenjevanje je potekalo v obliki delavnice, na katero smo povabili dvajset uporabnikov prepovedanih drog (11 moških in 9 žensk), starih od 15 do 21 let. Mladi so na delavnici najprej izpolnili vnaprej pripravljen vprašalnik, ki je zajemal vprašanja o uporabi spletnih intervencij na splošno. V drugem delu so ocenjevali tri izbrane spletne intervencije.

Rezultati ocenjevanja<sup>4</sup> so pokazali, da je 13 mladih na spletnih straneh že iskalo informacije o drogah. Po njihovem mnenju bi morale spletne intervencije vsebovati informacije o drogah (11 oseb), pomoč strokovnjaka (15 oseb) in izmenjavo mnenj z drugimi uporabniki drog v obliki foruma (11 oseb). Mladi bi želeli, da spletna stran vključuje informacije o drogah na splošno (11 oseb), tveganje, ki ga povzroča uporaba (7 oseb), posledice uporabe (6 oseb) in izkušnje drugih glede uporabe drog (6 oseb).

Vse tri izbrane spletne intervencije so bile večini mladih na delavnici znane. Spletno stran Med.over.net bi želelo preizkusiti 13 oseb, 11 osebam je bila najbolj všeč kvaliteta informacij, ki jo ponuja ta spletna stran, 15 jih je menilo, da bi bilo treba spremeniti izgled strani ter odstraniti oglase, 6 oseb pa je menilo, da spletna stran ponuja premalo za mlade zanimivih informacij. Spletno stran DrogArt bi želelo preizkusiti 15 oseb. Najbolj všeč jim je bila postavitev strani (11 oseb), želeli pa bi si enostavnejši dostop do aplikacije Reduser. Spletno stran To sem jaz bi želelo preizkusiti 9 oseb. Najbolj všeč jim je bila postavitev strani (10 oseb), izboljšati pa bi bilo treba njen izgled (8 oseb) in dodati več aktualnih informacij za uporabnike, stare več kot 16 let.

V razpravi so udeleženci povedali, da je izgled spletne strani zelo pomemben. Predvsem si želijo spletno stran brez reklam, mora pa biti inovativna, barvita, kreativna, opremljena z grafi, testi in igrami. Vsebuje lahko največ pet glavnih kategorij, izpostavili so: droge na splošno, forum, pomoč/nasvet in dogodki. Nasvet strokovnjaka se jim zdi zelo pomemben, pri čemer morajo biti odgovori razumljivi, primerni starosti in ne preveč strokovni, prispeti pa morajo v roku enega dne. Strokovnjak mora biti predstavljen s sliko in osebnimi referencami. Mladi najlažje navežejo stik prek foruma, ki ga mora nadzorovati moderator in mora imeti možnost branja tudi brez prijave. Pomembno je, da svetovanje poteka prek različnih povezav: Facebook, e-pošta, forum in Skype. Mladi so menili tudi, da je konvencionalno svetovanje najbolj učinkovito, informacije na spletu pa morda samo pripomorejo k temu, da se nekdo zave, da ima težavo. Ravno zaradi tega je dobro, da spletna stran vsebuje teste, prek katerih mladi lahko pridejo do spoznanja, da potrebujejo pomoč.

<sup>3</sup> Slovenija, Luksemburg, Italija, Finska, Nizozemska, Nemčija, Avstrija, Latvija, Portugalska, Ciper, Belgija, Slovaška in Grčija.

<sup>4</sup> Vir: Poročilo NIJZ OE Maribor (2014), dostopno pri avtorju. Poročilo ni javno objavljeno.

## Take Care

Breda Lukavečki Družovec, Karmen Osterc Kokotovič in Karin Mlakar

Program Take care je usmerjen v zmanjšanje uporabe alkohola in z njim povezane škode med mladostniki in mlajšimi odraslimi, starimi od 12 do 21 let, ki so vzbudili pozornost s tveganim poseganjem po alkoholu. Poleg tega program vključuje tudi tiste osebe, ki mladostnikom predstavljajo pomemben vzor za vedenje in oblikovanje odnosa do alkohola; to so starši, drugi pomembni odrasli in osebje, ki prodaja alkoholne pijače.

Program Take care delno izhaja iz izkušenj nemškega preventivnega projekta SeM (Secondary Prevention of Addiction using a Multilevel Approach – sekundarna preventiva z izvajanjem pristopa na več ravneh), ki je pokazal, da so intervencije učinkovitejše, če se v določenem socialnem okolju izvajajo v več ciljnih skupinah hkrati (Wirth in sod. 2013). Metodološko in znanstveno pa je program oblikovan po transteoretičnem modelu, motivacijskem intervjuju, psihoedukaciji in učenju z izkušnjo. Vključuje metodo uporabe različnih pristopov z različnimi ciljnimi skupinami z istim ciljem. Predvideva se, da bodo različni pristopi povzročili večjo sinergijo vseh povezanih in da bo zato intervencija učinkovitejša. Na ta način program vpliva tudi na socialni in kulturni odnos do pitja alkohola.

Mladostniki in mlajši odrasli se v okviru programa usposobijo za kompetentno ravnanje v tveganih situacijah, kjer mladi posegajo po alkoholu. Prvi informativni in motivacijski razgovor je namenjen spoznavanju mladostnika in njegove problematike. Mladi se nato vključijo v 3- ali 4-dnevni ro.pe trening<sup>5</sup>, ki vključuje adrenalinsko (športno) izkušnjo. Njen namen je soočenje z rizičnimi situacijami in učenje ravnanja v takšnih situacijah. Mladi na treningu razpravljajo tudi o učinkih in nevarnostih alkohola, o vplivih okolja, spoznavajo zakonsko ureditev na tem področju, razpravljajo o osebnih izkušnjah, o vzorcu lastnega poseganja po drogah in pridobivajo strategije za ravnanje. Po opravljenem treningu prejmejo potrdilo.

Staršem je namenjen debatni party, ki poteka kot strokovno vodena diskusija v skupini staršev, ki jih povabi starš gostitelj na svoj dom ali v prostore institucije. Starši se pogovarjajo o alkoholu in odnosu do njega, o težavah, s katerimi se soočajo, širijo znanje o učinkih in posledicah alkohola, izdelujejo strategije, kako ravnati v konkretnih situacijah, predvsem pa se okrepijo v vlogi starša. Na debatnem partyju starši pridobijo smernice za razvoj jasnega stališča do alkohola, kar pomembno vpliva na njihov odziv takrat, ko mladostnik tvegano uporabi alkohol.

Pomembne druge odrasle osebe so vsi tisti, ki imajo pri svojem delu stike z mladimi in jih mladi tudi sprejemajo (npr. svetovalni delavci, učitelji, zaposleni v mladinskih in dijaških domovih, prostovoljci, delavci na terenu, trenerji ...). Tej skupini je namenjena dvodnevna delavnica, ki nudi informacije o problematiki, seznanitev z razvojem zasvojenosti in s posledicami zlorabe alkohola in drog, refleksijo lastnega odnosa do alkohola ter predstavitev metode dela po motivacijskem intervjuju, s pomočjo katerega lahko dosežemo motivacijo za spremembe.

Prodajalcem alkoholnih pijač je namenjena krajša intervencija, v okviru katere prejmejo informacije o zakonodaji na področju prodaje alkohola mladim in o posledicah njenega kršenja. Lahko pa se odločijo za daljše usposabljanje, kjer imajo možnost spoznati strategije za ravnanje v zahtevnejših situacijah pri prodaji alkohola mladoletnim in alternativne predloge za povečanje prodaje brez propagiranja alkoholnih pijač.

V obdobju 2010–2012 je potekala pilotska izvedba projekta, v katero je bilo vključenih 10 držav EU<sup>6</sup>. V evalvacijo pilotske izvedbe je bilo vključenih 1690 udeležencev, od tega 440 mladih, 474 staršev, 176 pomembnih drugih oseb in 600 prodajalcev alkoholnih pijač. Indikatorji, s katerimi so evalvirali zastavljene

<sup>5</sup> Ro.pe trening izhaja iz začetnic angleških besed: risk optimization, peer education, ki pomenijo tudi metodo dela z mladimi. Angleška beseda rope pa v prevodu pomeni vrv, ki simbolično ponazarja vzpenjanje, plezanje.

<sup>6</sup> Slovenija, Belgija, Ciper, Danska, Grčija, Irska, Italija, Nemčija, Portugalska in Slovaška.

cilje, so bili: število mladih udeležencev vključenih v projekt, njihovo zadovoljstvo z intervencijo in spremembe v njihovih stališčih in vedenju. Evalvacija je pokazala, da je med mladimi uživanje alkohola bistveno upadlo, posebej v skupini tistih, ki so rizično posegali po njem. 44,4 % teh mladih je zmanjšalo količino popitega alkohola in pogostost pitja. 33,6 % jih je ostalo stabilnih na spodnji meji pitja, 21,5 % jih je pilo več, od teh jih je bilo 12,8 % mlajših od 16 let in so v času do ponovnega intervjuja spili samo kozarec ali dva v daljšem časovnem obdobju. Razumevanje in upoštevanje zakonodaje na področju alkohola se je med mladimi izboljšalo. Tudi v drugih ciljnih skupinah je bilo strinjanje s tem zakonom po intervenciji na visoki ravni. Zadovoljstvo vseh ciljnih skupin z intervencijo je bilo ocenjeno z visokimi vrednostmi (Kern-Scheffeldt in sod. 2012).

V Sloveniji smo izvajanje programa nadaljevali tudi v letih 2013 in 2014, in sicer na območju NIJZ OE Maribor. Najprej smo program predstavili institucijam, ki pri svojem delu prihajajo v stik z mladimi (zdravstveni domovi, bolnišnice, centri za socialno delo, šole, dijaški domovi, policija, sodišča, športna in druga društva, gostinski lokali ...), nato smo usposobili izvajalce programa in pripravili promocijski material. Krajšo obliko usposabljanja smo pripravili za 12 prodajalcev alkoholnih pijač, v 4 izvedene ro.pe treninge je bilo vključenih 39 mladih, ki so rizično posegali po alkoholu, v 4 debatne partyje pa se je vključilo 62 staršev. Načrtujemo še usposabljanje za pomembne druge odrasle in zaključno srečanje, na katerem bomo program predstavili tudi širši javnosti.

## **Terensko delo z mladimi v skupnosti in na lokacijah nočnega življenja mladih**

Ingrid Kristančič Šömen

Ker Podpornega programa za družine, otroke in mladostnike po letu 2011 zaradi pomanjkanja finančnih in kadrovskih virov v obstoječi obliki nismo mogli več izvajati, smo s pomočjo prostovoljcev izvajali ustvarjalne delavnice, učno pomoč in organizirane dejavnosti v času zimskih počitnic za otroke iz socialno šibkejših družin oz. za otroke zasvojenih s psihoaktivnimi snovmi.

Skladno z evropski strategijo, ki na področju preventive spodbuja uporabo in izmenjavo dobrih praks, smo v Društvu Svit Koper maja 2013 prvič pričeli z ulično preventivo v Kopru. Terensko vozilo, ki je bilo prej namenjeno terenskemu delu z aktivnimi uporabniki drog, smo preuredili za potrebe dela z mladimi. Glavni namen programa, ki smo ga poimenovali Žoga skače, je usmerjati mlade v zdrav življenjski slog z ustvarjanjem dobrega in varnega okolja za preživljanje prostega časa. To dosegamo z izvajanjem različnih dejavnosti, od športnih, ustvarjalnih, miselnih in kuharskih do klepetalnice za mlade, kjer obravnavamo zanje pomembne teme (spolnost, zabava, droge, medsebojni odnosi). Namenjen je osnovnošolski populaciji, vključuje pa tudi informativno svetovalno dejavnost za starše. Žoga skače se je izvajala dvakrat tedensko popoldan na stalni lokaciji v naselju Markovec pri Kopru ob garažni hiši na Krožni cesti in v neposredni bližini igrišča, in sicer v letu 2013 med 7. 5. in 4. 7., v letu 2014 pa med 6. 3. in 30. 6. V pomladnih mesecih 2013 in 2014 smo tako izvedli 135 ur terenskega dela, imeli 270 stikov z vključenimi mladostniki in 47 pogovorov s starši na terenu.

Spomladi 2014 je zaživel še medgeneracijsko sodelovanje, kajti lokalni prebivalci so nas zelo dobro sprejeli. To sodelovanje se je razvilo na podlagi povabila v osebem razgovoru s stanovalci ali mimoidočimi. Neredko so se nam namreč stanovalci, starši ali stari starši priključili pri kateri od dejavnosti (vrtenje obroča hula-hop, miselne igre, ugibanje skritih predmetov v škatli ...). Predvsem upokojeni pedagoški delavci so se velikokrat ustavili pri nas. Opazili smo, da je veliko vitalnih upokojencev, ki so premalo vključen v družbo, a lahko še veliko prispevajo v dobrobit skupnosti.



Netopir smo jeseni 2013 poimenovali program dela z mladimi v nočnem času na lokacijah nočne zabave mladih, in sicer kot del preventive v lokalnem okolju oz. kot odziv na naša opažanja o prekomernem pitju alkohola med mladimi (Žabkar 2012). Program smo izvajali na različnih lokacijah od Kopra do Izole v času od 4. 10. 2013 do 5. 7. 2014. Namen tega je ugotavljanje potreb mladih z neposrednim osebnim stikom na terenu in ozaveščanje mladih o škodljivih posledicah uporabe drog ter o varni in odgovorni spolnosti.

Terensko vozilo je po razporedu parkirano na mestu zabave (hauba party, Gavioli ...) oz. kroži med različnimi, tudi bolj skritimi lokacijami zbirališč mladih. Lahko jim ponudimo informativno gradivo, kondome, pogovor, nasvet ali platenko vode, glede na to, da imajo v prtljažniku le alkohol (hauba party). Opozorjamo tudi na varno vrnitev domov ter na pojav nevarnih novih psihoaktivnih snovi.

Pri mladih, ki imajo težave zaradi problematične uporabe alkohola ali druge droge in jih pogosteje opažamo na specifičnih lokacijah (garaže, zapuščena igrišča ...), je smiselna uporaba ukrepov za zmanjševanje tveganja in škode. Najbolj zaskrbljujoča je ugotovitev, da zelo mladi (13–15 let) pijejo alkohol tudi med tednom in celo v dopoldanskih urah, naj si bo kot »predpripravo« na zabavo ali kar tako, ker »nimam kaj početi«. Na večjih zabavah smo opazili tudi nestrpnost in grupiranje mladih glede na nacionalno pripadnost. Mladi so izpostavili pomanjkanje organiziranih dejavnosti in zabave zanje, pa tudi prostora, kjer bi se v sproščenem vzdušju in brez pretiranih formalnosti po svoji izbiri (na več lokacijah) lahko družili. V Kopru namreč nimamo mladinskega centra, namenjenega širši populaciji mladih. Prav tako ni družinskega centra, že vrsto let ne deluje niti LAS.

Naše terensko delo, ki vključuje tudi starše (info-svetovalna točka), se je izkazalo kot dobra možnost za vzpostavitev kontakta s starši. Ker gre za okolje izven institucije, se ne počutijo ogroženi, zato v sproščenem, neformalnem okolju veliko lažje spregovorijo o določenih težavah in nam prisluhnejo. Slednje velja predvsem za starše, zasvojenega s prepovedanimi drogami, katerih otroci se prav tako udeležujejo naših dejavnosti. Kot ustrezen se je izkazal čas naše prisotnosti na terenu (med 13.00 in 17.00), to je namreč čas med zaključkom pouka in prihodom staršev iz službe, ko lahko veliko mladostnikovega početja, na primer pitja alkohola, ostane s strani staršev neopaženega ali prezrtega. Tukaj vidimo nepokrito polje možnosti za zmanjševanje negativnega vpliva, ki ga ima ulica. Prek neformalnega druženja z mladimi na terenu smo lažje pozorni in usmerjeni tudi na druge oblike tveganega vedenja (zasvojenost z računalniškimi igrigami, prenajedanje ...) in stisko lahko prej zaznamo oz. se nanjo prej odzovemo.

Celotno terensko delo temelji na delu mreže prostovoljcev (študenti biopsihologije) in terenskem delavcu – informatorju (javna dela). Zaradi kadrovskih in finančnih pogojev kontinuiteta programa ni zagotovljena.

## **Projekt SRAP – Preprečevanje odvisnosti med mladimi Romi v Novem mestu**

Tea Sulič in Marjeta Gašperšič

Junija 2013 smo sodelavci Razvojno izobraževalnega centra Novo mesto (RIC) zaključili delo na mednarodnem projektu SRAP ([www.srap-project.eu](http://www.srap-project.eu)), ki je potekal od julija 2010 in je bil namenjen preprečevanju odvisnosti v romskih skupnostih (projekt je podrobneje predstavljen v Nacionalnem poročilu 2012).

V aktivnostih, izvedenih v letih 2011 in 2012, smo ugotovili, da mladi Romi izpostavljajo lastno neosveščenost o posledicah zasvojenosti ter slabo informiranost o možnih oblikah pomoči in podpore v okolju, če pride do zasvojenosti. Ker pa je večina preventivnih akcij neuspešnih zaradi kulturnega prepada, smo začeli snovati modularni program usposabljanja strokovnih delavcev, ki se pri svojem delu srečujejo z romsko mladino. V tem programu je velik poudarek ravno na seznanjanju z romsko zgodovino, kulturo in medkulturno komunikacijo. V letu 2013 smo pilotno izvedli module Posebnosti romske skupnosti v Sloveniji, Medkulturna komunikacija, Preventivne delavnice za romske predstavnike ter Informiranje in ozaveščanje Romov o oblikah pomoči s področja zdravstva in sociale.

Še posebej je bilo odmevno predavanje iz vsebinskega sklopa Posebnosti romske skupnosti v Sloveniji, ki smo ga izvedli na Visoki šoli za zdravstvo Novo mesto. Predavanja se je udeležilo 75 ljudi, med njimi največ študentov, bodočih zdravstvenih delavcev ter drugih strokovnih delavcev, ki se pri delu srečujejo z Romi. Udeleženci so se seznanili z zgodovino Romov, njihovo kulturo, nekaterimi navadami in običaji ter verovanjem, ki vplivajo na miselnost in delovanje Romov in so tesno povezani z odnosom do zdravja. Spoznali so tudi pomembnost usposabljanja Romov za delo v zdravstvu. Delovanje romskih zdravstvenih delavcev, ki vstopajo v romska naselja in razumejo romski jezik ter posebnosti bolnikov in njihovega okolja, je namreč v evropskem prostoru obrodilo dobre rezultate.

Skupaj s projektnimi partnerji smo izdali tudi e-priročnik za zdravstvene delavce z naslovom Zdravje, preprečevanje zasvojenosti in romska mladina v Evropi (dosegljiv je na spletni strani <http://issuu.com/ricnm/docs/handbook-issuu>). Priročnik s praktičnimi navodili in primeri je namenjen vsem, ki se pri svojem delu na področju drog in zasvojenosti srečujejo z romsko populacijo.

### **FreD goes net**

Karmen Osterc Kokotovič

Program zgodnjega posredovanja ob prvem pojavu uporabe alkohola in prepovedanih drog med mladimi, FreD goes net, v Sloveniji izvajamo že od leta 2007 (več v Nacionalnem poročilu 2013). Program temelji na zgodnjih, krajših intervencijah (osemurni tečaj), s katerimi želimo mlade uporabnike drog spodbuditi k premisleku o lastnem vzorcu uporabe droge ter jih usposobiti za soočanje z rizičnimi dejavniki, ki vodijo v poseganje po drogi, in za prevzemanje odgovornosti za svoje vedenje ter tako preprečevati zasvojenost z drogami. Zaradi težav pri zagotavljanju financiranja program od leta 2012 naprej izvajamo v manjši meri. V letu 2013 smo izvedli 16 osemurnih tečajev, v katere je bilo vključenih 196 mladoletnih dijakov, ki so bili opaženi zaradi uporabe alkohola ali prepovedanih drog. V letu 2014 pa smo izvedli 14 tečajev, v katere je bilo vključenih 156 mladoletnih dijakov.

### **After taxi, aplikacija Furam 0,0 in Izberi sam**

dr. Matej Sande, Špela Dovžan, Anja Mihevc

Projekt After taxi, v okviru katerega mladim v starosti od 16 do 30 let, ki odhajajo na večerne zabave in nimajo zagotovljenega varnega prevoza domov, nudimo kupone za brezplačno vožnjo s taksijem, sodelavci DrogArta izvajamo že od leta 2010 (več v Nacionalnem poročilu 2011). V letu 2014 so kuponi After taxi na voljo na terenu, kjer se mladi družijo in zabavajo: na prostem, v klubih, na prireditvah na območju Ljubljane. Kupone izdajajo naši terenski delavci, ki mlade tudi informirajo, kako zmanjšati tveganja, povezana z uporabo alkohola in drugih drog, ter kako poskrbeti za varen prevoz. Rezultati evalvacije za leto 2013 so pokazali, da je kar 82 % vprašanih mladih (N = 158) raje uporabilo kupone After taxi, kot da bi vinjeni sedli za volan. Poleg tega jih je 71 % povedalo, da se po izkušnji vožnje z After taxijem in uporabi kuponov z zabave sedaj večkrat vozijo s taksijem. 92 % vprašanih mladih je projekt After taxi ocenilo kot zelo dober oziroma dober.

V letu 2013 smo v DrogArtu razvili mobilno aplikacijo Furam 0,0, s katero lahko uporabniki informativno izračunajo količino alkohola v izdihanem zraku ([www.furam00.izberisam.org](http://www.furam00.izberisam.org)). Aplikacijo je od maja 2013 do avgusta 2014 uporabilo že 3285 uporabnikov. V letu 2014 je aplikacija na voljo tudi za uporabnike iOS in je tako dostopna uporabnikom obeh večjih operacijskih sistemov na pametnih telefonih.

Program Izberi sam, ki je namenjen zmanjševanju škodljivih posledic uporabe alkohola med mladimi in temelji na terenskem delu ter vrstniškem pristopu (več v Nacionalnem poročilu 2011), smo sodelavci DrogArta izvajali tudi v letih 2013 in 2014. Lani smo organizirali strokovni posvet na temo popivanja mladih ter na podlagi rezultatov posveta in zaznanih potreb na terenu letos okrepili prisotnost naših terenskih ekip na prizoriščih nočnega življenja, pristop informiranja pa nadgradili s terenskimi akcijami Izberi sam svojo zabavo. S terenskimi akcijami, ki vključujejo interaktivne ulične animacije, in v sodelovanju z različnimi društvi poskušamo mladim predstaviti različne zanimive načine za druženje, zabavo, aktivno preživljanje prostega časa in krepitev kompetenc.

### **3.4 Nacionalne kampanje**

#### **Mesec preprečevanja zasvojenosti in Nacionalna konferenca 2013**

Branka Božank

V letu 2013 smo v okviru Meseca preprečevanja zasvojenosti pripravili tematsko poslanico in slogan Dovoljeno ni tudi varno, s čimer smo v središče pozornosti postavili nove psihoaktivne snovi (v nadaljevanju NPS). NPS so nove narkotične ali psihotropne droge v čisti obliki ali v pripravku, ki niso pod nadzorom, lahko pa pomenijo podobno nevarnost za posameznika in javno zdravje kot prepovedane droge. NPS se tržijo kot dovoljene droge in naj bi bile varna in sprejemljiva alternativa prepovedanim drogam, a to ne drži. Negativni stranski učinki so podobni kot pri prepovedanih snoveh, v posameznih primerih jih celo presegajo. Pogosto ni znano, kaj vsebujejo. Obstaja tudi pomanjkanje doslednosti pri deklariranju psihoaktivne vsebine proizvodov NPS: uporabnik ne more biti prepričan, da dve NPS z enakim imenom in pakiranjem res vsebujeta povsem enake snovi. Trenutno se soočamo z omejenim številom raziskav o učinkih NPS. Tveganje za zdravje so prav nepredvidljivi stranski učinki in pomanjkanje nadzora nad kakovostjo takšnih snovi. Preventivni mesec v letu 2013 je bil tako namenjen informiranju o NPS in poudarjanju celovitega pristopa k soočanju z njihovim pojavljanjem.

Na naši spletni strani smo zbrali in objavili informacije o aktualnih dogodkih, ki so se v okviru meseca preprečevanja zasvojenosti odvijali po Sloveniji in katerih vsebina se navezuje na preventivo, različne oblike zasvojenosti, rehabilitacijo ipd.

7. novembra 2013 smo v Mladinskem kulturnem centru Slovenj Gradec pripravili Nacionalno konferenco ob mesecu preprečevanja zasvojenosti ter spremljajočo novinarsko konferenco. Gostili smo 159 udeležencev iz različnih vladnih in nevladnih institucij, največ je bilo predstavnikov nevladnih ustanov in lokalnih akcijskih skupin, šolstva, policije, sociale in zdravstva, pa tudi zaporov. Po mnenju večine (96 %) udeležencev je bil program zanimiv, večina (95 %) je bila zadovoljna tudi z organizacijo konference.

## 4. ZELO TVEGANA UPORABA DROG

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (v nadaljevanju EMCDDA) je v letu 2013 zaradi spreminjajoče se situacije na področju drog revidiral epidemiološki kazalnik problematična uporaba drog ter ga preimenoval v zelo tvegano uporabo drog. Revidirani indikator se osredotoča na ponavljajočo se uporabo drog, ki uporabnikom povzroča škodo oziroma negativne posledice (odvisnost, zdravstvene in socialne težave, težave v duševnem zdravju ...) ali uporabnika izpostavlja visokemu tveganju, da utрпи negativne posledice. Po definiciji EMCDDA zelo tvegana uporaba drog zajema zelo tvegane vzorce uporabe psihoaktivnih snovi in/ali zelo tvegane poti uporabe psihoaktivnih snovi v zadnjih 12 mesecih.

Ocena razširjenosti problematične uporabe drog z metodo ponovnega zajetja je bila v Sloveniji narejena dvakrat, in sicer prvič za leti 2000 in 2001 ter drugič za leto 2004. Lani je bila izvedena poskusna ocena razširjenosti problematične uporabe opiatov za leto 2011, v letošnjem letu pa je bila izvedena ocena razširjenosti zelo tvegane uporabe opiatov za leto 2012, in sicer z uporabo metode ponovnega zajetja ter z zajemom podatkov iz Evidence obravnave uživalcev drog in iz ankete, opravljene med uporabniki programov zmanjševanja škode. Ocena za leto 2012 je 6917 zelo tveganih uporabnikov opiatov v starostni skupini 15–64 let.

Raziskava, v katero je bilo vključenih 175 uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode, je pokazala, da jih je večina hkrati vključenih tudi v druge programe, največ v centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Podatki o uporabi drog kažejo, da jih 54 % uporablja heroin, 64 % kokain, 59 % konopljo, 35 % jih uporablja sintetične droge, 8 % topila, 70 % substitucijska zdravila in 64 % druga zdravila (hipnotiki in benzodiazepini). 24 % anketiranih redno uporablja alkohol, skoraj vsi pa kadijo tobak. V letu 2013 se je v primerjavi z letom 2012 zmanjšala uporaba heroina, topil, substitucijskih zdravil, sintetičnih drog in konoplje, povečala pa se je uporaba kokaina. Med uporabniki heroina in kokaina kot način uporabe še vedno prevladuje vbrizgavanje. Slednje je še vedno najpogostejše tvegano vedenje med uporabniki programov zmanjševanja škode, zelo pogosta je tudi tvegana spolnost. V primerjavi s prejšnjimi leti sta se v letu 2013 povečala souporaba iste igle in predoziranje. Sicer pa se populacija uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode, stara, delež v najstarejši starostni skupini se namreč povečuje. Kar 40 % anketiranih ima poleg odvisnosti tudi druge zdravstvene težave, najpogosteje navajajo hepatitis C in težave v duševnem zdravju. V letu 2013 se je povečalo tudi število brezdomnih uporabnikov.

### 4.1 Ocena razširjenosti zelo tvegane uporabe opiatov

dr. Ines Kvaternik, Samo Novakovič

V Sloveniji je ocena razširjenosti problematične uporabe drog z metodo ponovnega zajetja v letu 2000 znašala 7535, v letu 2001 7399 ter v letu 2004 10.654 problematičnih uporabnikov drog. V letu 2011 smo izvedli oceno problematične uporabe, ki je znašala 6100. Tudi v letošnjem letu smo se odločili za izvedbo ocene razširjenosti uporabe opiatov, pri čemer smo uporabili dve bazi podatkov, in sicer iz Evidence obravnave uživalcev drog in ankete, opravljene med uporabniki programov zmanjševanja škode.

## Metodologija

Pri izračunu števila zelo tveganih uporabnikov opiatov (v nadaljevanju ZTUO) smo uporabili metodo ponovnega zajetja, in sicer tako, da smo znano populacijo ZTUO<sup>7</sup>, zajeto v Evidenci obravnave uporabnikov drog, primerjali s podatki, ki smo jih pridobili z anonimno anketo med uporabniki programov zmanjševanja škode (v nadaljevanju ZŠ). Izračun prevalence ZTUO je pogojen z omejenimi viri podatkov iz centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju CPZOPD). Zbiranje podatkov iz omenjenih programov je bilo do leta 2008 nepopolno, kar je objektivna ovira pri spremljanju trendov populacije ZTUO. Podatki so pomanjkljivi tudi zaradi podporačanja, saj v bazi niso zajeti podatki iz zavodov za prestajanje kazni zapora in CPZOPD iz Murske Sobote. Podatki, pridobljeni z anketami, pa so za spremljanje trendov v populaciji ZTUO, ki iščejo pomoč v programih ZŠ, sicer zadovoljivi, za izračun ZTUO pa bi potrebovali zlasti večji delež anketiranih v okviru terenskega dela.

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

## Vzorec

Število zelo tveganih uporabnikov opiatov, za katere lahko zagotovo trdimo, da so bili v obdobju od 2009 do 2012 vključeni v program CPZOPD, je 4596<sup>8</sup>. Najpomembnejši del izračuna je temeljil na statistični predpostavki, da je frekvenca anketiranih uporabnikov v programih ZŠ, ki nikoli v življenju niso bili vključeni v CPZOPD, značilna za celotno populacijo ZTUO.

Ocena števila ZTUO za leto 2012 izhaja iz podatkov 18 CPZOPD in Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju CZOPD), ki so evidentirali 3156 različnih uporabnikov, ter iz 160 anket, narejenih v 7 programih ZŠ. Regijska razdelitev posameznikov, ki do sedaj niso bili vključeni v nadomestno zdravljenje, obsega odstopanja od 22 % v notranjsko-kraški do 40 % v osrednjeslovenski regiji. Skupen delež nikoli obravnavanih je 29,37 % (od 20,8 % do 37,9 % v okviru 95-odstotnega intervala zaupanja). Zaradi nizkega števila anket je širina 95-odstotnega intervala zaupanja obratno sorazmerno velika. Zato smo za večkratnik uporabili le skupen koeficient deleža skrite populacije, ker je take narave tudi podatek bivših uporabnikov programa CPZOPD in ker so regijski podatki nezadostni za statistično obdelavo.

Na podlagi podatka o starostni strukturi ZTUO iz Evidence o obravnavi uživalcev drog smo preverjali ustreznost vzorca anketiranih. Podatki so pokazali, da je povprečna starost vključenih v CPZOPD 34 let (leta 2011 33 let), kar je za približno 4,87 let višje od deleža na novo vključenih, pri katerih je povprečna starost 28 let. Tendanca nižje povprečne starosti vstopajočih je prisotna že v statističnih podatkih prejšnjih let in je verjetna posledica novih generacij potencialnih uporabnikov substitucijske terapije. Distribucija vzorca na novo vključenih kaže na verjetno značilnost skupine, iz katere prihajajo, torej na starostno strukturo skrite populacije ZTUO. Za podskupino ponovno vključenih pa sta značilna podobna povprečna starost in standardni odklon kot za podskupino stabilno vključenih. Na tej točki je treba poudariti, da je verjetnost pripadnosti skriti populaciji pri posamezniku v korelaciji z mnogimi faktorji (npr. način uporabe drog, spol, starost ob prvi uporabi, bližina centrov za zdravljenje) in je podvržena nihanju. Zaradi odsotnosti

<sup>7</sup> Podatke o številu uporabnikov CPZOPD in deležu uporabnikov programa substitucijske terapije (2008–2011) (Drev in sod. 2012: 74) in podatke o letni fluktuaciji trenutno, na novo in ponovno vključenih v program ter izstopov iz programa (Nacionalna poročila 2007–2011) smo uporabili za oceno števila znane populacije ZTUO. V tej skupini so uporabniki, ki so bili v omenjenem obdobju vključeni v program zdravljenja s substitucijsko terapijo.

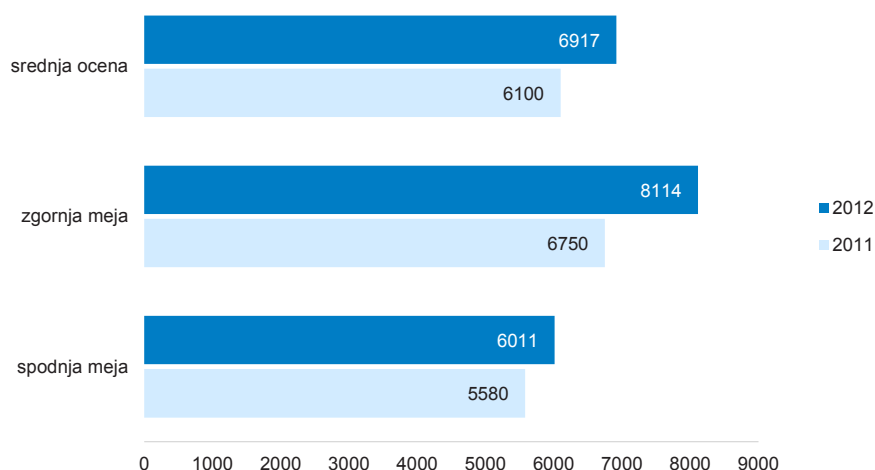
<sup>8</sup> Podatki nam ponujajo vpogled v minimalno število uporabnikov, ki so se v programih zvrstili od leta 2008. Viri podatkov o številu ZTUO so Nacionalna poročila o stanju na področju drog v RS od 2009 do 2012.

podatkov, ki bi nam omogočili klasifikacijo medsebojnih vplivov med temi faktorji, moramo predpostaviti, da so podatki v seštevku homogeni in da je njihova povprečna vrednost normalno distribuirana.

Pri oceni reprezentativnosti vzorca anketirancev moramo vzeti v obzir vsoto dveh skupin, od katerih je skrita populacija ta, ki jo skušamo izmeriti. Njena zastopanost v vzorcu je povezana s povprečno starostjo, kjer sta obe podskupini zastopani enako verjetno. Povprečna starost anketiranih je bila 33 let. Frekvenca gostote skrite populacije je zaradi nižje povprečne starosti v tem območju v povprečju podcenjena, kar pomeni, da je anketa zajela desni rep Gaussove krivulje, ki označuje skrito populacijo ZTUO. Zaradi pomanjkljive zastopanosti skrite populacije je bilo treba rezultate ankete uravnotežiti s pomočjo log-linearne modela<sup>9</sup>, z nastavitvijo odvisnega parametra na vrednost, pridobljeno v anketi.

## Rezultati

Popravek koeficienta skrite populacije na 0,3356 (v okviru 95-odstotnega intervala zaupanja od 0,2354 do 0,4336) smo izvedli s simulacijami nastavitve parametra na primerno velikost deleža skrite populacije, ki je ustrezala v anketi izmerjenemu deležu nikoli obravnavanih posameznikov. Letošnji podatki so v srednji vrednosti višji za 28 %, vendar se podatka pokrivata v območju 0,24–0,33 deleža skrite populacije v okviru 95-odstotnega intervala zaupanja.



Vir: Kvaternik I., Novakovič S. (2013): Ocena razširjenosti problematične uporabe drog. V: Drev A. (ur): Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v RS in lastni izračun na podlagi koeficienta skrite populacije v letih 2011 in 2012

Slika 4.1: Ocena števila zelo tveganih uporabnikov opiatov v letih 2011 in 2012

Iz slike 4.1 je razvidna razlika v oceni skrite populacije v primerjavi z letom 2011. Treba je poudariti, da je manjše število anketirancev povzročilo večji odstotek verjetnega odklona, vendar se oba izračuna pokrivata v območju 5899–6750.

Izračun smo preverili s podatki priprtih in zaprtih oseb v letu 2011, kjer je med 958 na novo sprejetimi osebami s težavami z drogo<sup>10</sup> bilo 417 ali 43,5 % oseb z že predpisano substitucijsko terapijo (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij 2011: 57). Če predvidevamo enakomerno zastopanost priprtih oseb med tistimi iz skrite populacije in tistimi, vključenimi v nadomestno zdravljenje, pridemo do ocene  $3551/0.435 = 8163$ . Podatek nam daje dodatno podporo glede točnost našega izračuna.

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

<sup>10</sup> Kriteriji za opredelitev »Osebe s težavami z drogo« so slabo opredeljeni, tako da je številka po vsej verjetnosti nekoliko precenjena.

Iz tabele 4.1 je razvidno, da je v Sloveniji za leto 2012 najboljša ocena vsote celotne populacije 6917 zelo tveganih uporabnikov opiatov (v okviru 95-odstotnega intervala zaupanja od 6011 do 8114), kar znaša v relativnem deležu 4,91 uporabnikov na tisoč prebivalcev v starostni skupini med 15 in 64 let.

**Tabela 4.1:** Ocena števila zelo tveganih uporabnikov opiatov, izračunana na podlagi koeficienta skrite populacije v letu 2011

	Spodnja meja	Zgornja meja	Srednja ocena
Ocena	6011	8114	6917
Vse starosti / 1000 preb.	2,92	3,94	3,36
15–64 / 1000 preb.	4,27	5,76	4,91

Vir: Izračun na podlagi podatkov Statističnega urada RS v objavi Prebivalstvo po starosti in spolu, kohezijski regiji, Slovenija, polletno poročilo (2013) in koeficienta skrite populacije v letu 2012

Izračun ZTUO za leto 2012 je na videz višji kot v letu 2011, vendar rezultat ne kaže na značilno odstopanje od podatkov za leto prej.

## Zaključek

Ocena zelo tvegane uporabe opiatov v Sloveniji kaže, da je od vseh 6917 ZTUO v substitucijsko zdravljenje vključenih 3345 (Drev in sod. 2013: 52), kar je 48,35 % (v okviru 95-odstotnega intervala zaupanja od 41,22 % do 55,64 %). Če številu uporabnikov substitucije prištejemo 556 uporabnikov substitucije na prestajanju kazni (Letno poročilo Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij 2012), je ta odstotek v srednji vrednosti še za 8 % večji. To kaže na relativno dobro pokritost potreb ZTUO v Sloveniji, kar velja v večji meri za regije, kjer je bil trend naraščanja uporabe opiatov izražen najprej in so se tudi programi ZŠ bolje integrirali in uveljavili kot legitimen in družbeno sprejemljiv način odzivanja na zdravstvena in socialna tveganja, ki so jim podvrženi zelo tvegani uporabniki opiatov. Omeniti velja, da iz uporabljenih virov podatkov nismo uspeli izračunati celotne populacije zelo tveganih uporabnikov drog, zlasti tistih, ki ostajajo nedosegljivi obstoječim programom pomoči.

## 4.2 Značilnosti zelo tveganih uporabnikov drog v programih zmanjševanja škode

dr. Ines Kvaternik, Živa Žerjal

Uporabniki prepovedanih drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode na področju drog (v nadaljevanju programi ZŠ), večinoma sodijo v skupino zelo tveganih uporabnikov drog. Na območni enoti NIJZ Koper že od leta 2010 sistematično zbiramo podatke o profilu uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v omenjenih programih.

V letu 2013 je bilo v raziskavo vključenih 175 uporabnikov enajstih programov ZŠ v Sloveniji (Društvo Svit Koper, Društvo Stigma Ljubljana, Društvo Pomoč Sežana, Društvo Pot Ilirska Bistrica, Društvo Zdrava Pot Maribor, Javni zavod Socio Celje, Društvo Šent DC Nova Gorica, Društvo Šent DC Velenje, Društvo Šent – Zavetišče za brezdomne uporabnike drog Ljubljana, Združenje DrogArt, Društvo Kralji ulice). V prispevku so predstavljene tudi razlike v podatkih med letoma 2012 in 2013 in čeprav te razlike niso statistično značilne, so pomembne z vidika načrtovanja odzivov na tveganja in za razumevanje vsakdanje problematike zelo tveganih uporabnikov drog.

## **Izsledki**

Med 175 anketiranci je 134 moških, kar predstavlja 77 % anketiranih, in 40 žensk, kar predstavlja 23 % anketiranih. Povprečna starost anketiranih je 34 let; najmlajši anketiranec ima 16 let, najstarejši pa 58. Največ anketirancev je v starostni skupini od 31 do 35 let, in sicer 34 %. Populacija uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode, se stara, saj je v letu 2013 (17 %) za kar 6 % več tistih anketirancev, ki spadajo v najstarejšo starostno skupino (41 let in več). Prvič sta bili med anketiranimi tudi dve mladoletni osebi, obe ženskega spola.

Skoraj 66 % vseh anketirancev ima poklicno ali srednjo izobrazbo, dokončano osnovno šolo jih ima 27 %, nedokončano osnovno šolo 2 %, le 5 % jih ima visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo. Anketiranci so večinoma nezaposleni (65 %); slabih 10 % je navedlo, da je redno zaposlenih, 18 % jih občasno dela, 3 % anketiranih pa je navedlo, da so upokojeni, pridobivajo socialno pomoč ali delajo na črno.

Največji delež (34,5 %) anketiranih uporabnikov programov zmanjševanja škode živi pri starših, nekaj manj (28 %) jih živi samih, 3 % živijo sami z otrokom, 15 % jih živi s partnerji, 7 % s partnerji in otroki, 7 % jih stanuje v zavetišču ali zunaj (park, ulica, zapuščene stavbe), skoraj 6 % pa drugje (pri babici, sestri, v stanovanjski enoti, v samskem domu ...). Podatki kažejo, da se je v primerjavi z letom 2012 povečalo število anketirancev, ki živijo zunaj ali v zavetišču. Skoraj 26 % anketiranih ima otroke, večina enega.

Med vsemi anketiranimi je 24 % takih, ki so bili obravnavani samo v programih zmanjševanja škode na področju drog, 76 % pa je takih, ki so bili hkrati vključeni tudi v druge programe, namenjene obravnavi uporabnikov drog, od tega kar 79 % v centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, 2,2 % samo v programe doseganja abstinence in slabih 3 % samo v programe bolnišnične detoksikacije. 11 % jih je odgovorilo, da so bili vključeni v kombinacijo substitucijskih in drugih programov za uporabnike prepovedanih drog.

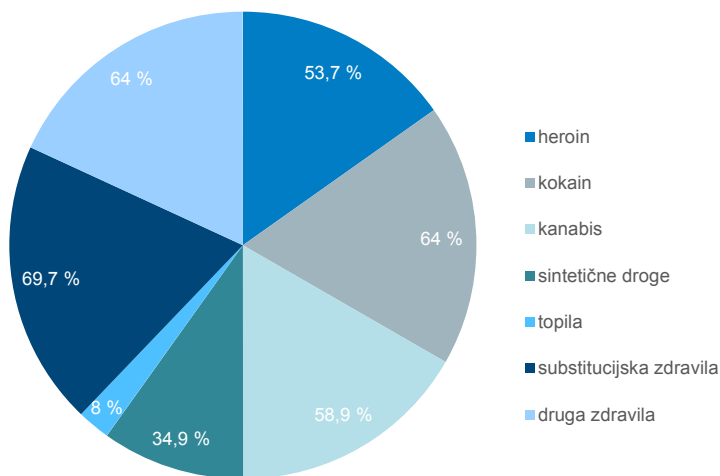
99 % anketiranih ima urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje in 85 % jih ima urejeno tudi dodatno zdravstveno zavarovanje. 40 % anketiranih je navedlo, da imajo poleg težav z zasvojenostjo z drogami tudi druge zdravstvene težave. Najpogosteje navajajo hepatitis C, sledijo težave v duševnem zdravju, težave z želodcem, astma, alergije ter slabo zobovje in ožilje.

V primerjavi z letom 2012 (80 %) se je v letu 2013 (31 %) zmanjšala obravnava anketiranih s stani organov pregona.

## **Droge in načini uporabe drog**

Heroin uporablja 54 % anketiranih, kokain 64 %, 59 % jih uporablja konopljo, 35 % sintetične droge, 8 % topila, 70 % substitucijska zdravila, 64 % pa druga zdravila (hipnotiki in benzodiazepini). 24 % anketiranih redno uživa alkohol, skoraj vsi (90 %) kadijo tobak. V letu 2013 se je v primerjavi z letom 2012 zmanjšala uporaba heroina (s 66 % na 54 %), topil, substitucijskih zdravil, sintetičnih drog in konoplje. V letu 2013 se je v primerjavi z letom 2012 med vsemi drogami povečala samo uporaba kokaina (slika 4.2).



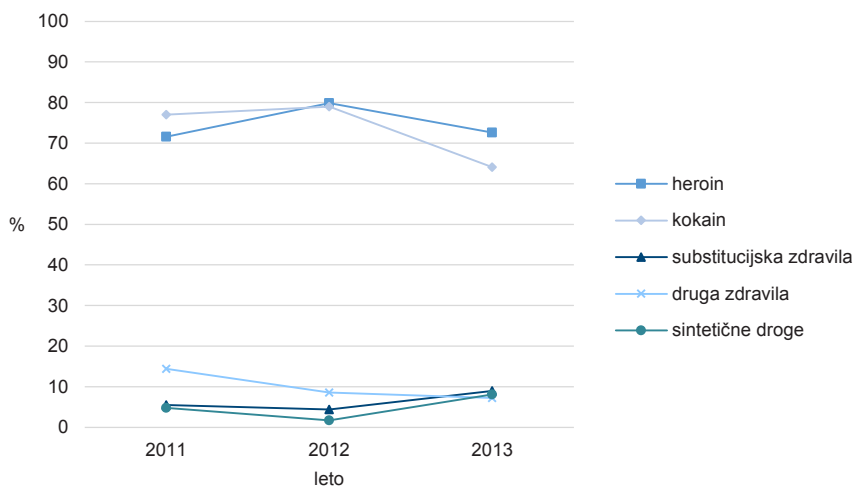


Vir: NIJZ OE Koper, Anonimni vprašalnik o profilu uporabnikov prepovedanih drog, ki iščejo pomoč v programih ZŠ

Slika 4.2: Vrsta droge, ki jo uporabljajo anketirani uporabniki programov ZŠ, 2013

Med uporabniki heroina jih 73 % heroin vbrizgava. Med tistimi, ki uporabljajo kokain, je 64 % takih, ki ga vbrizgavajo. Zmanjšalo se je tudi injiciranje drugih zdravil, in sicer z 9 % na dobrih 7 %.

S slike 4.3 je razvidno, da sta vbrizgavanje heroina in kokaina v primerjavi z lanskim letom v upadu. V primerjavi z letom 2011 je upadlo vbrizgavanje kokaina, vbrizgavanje heroina pa ostaja v enakem obsegu. Iz tega lahko sklepamo, da je med omenjeno populacijo vbrizgavanje heroina dokaj stabilno, medtem ko vbrizgavanje kokaina precej niha. V letu 2013 opažamo tudi rahlo zmanjševanje vbrizgavanja drugih zdravil ter naraščanje vbrizgavanja sintetičnih drog in substitucijskih zdravil.

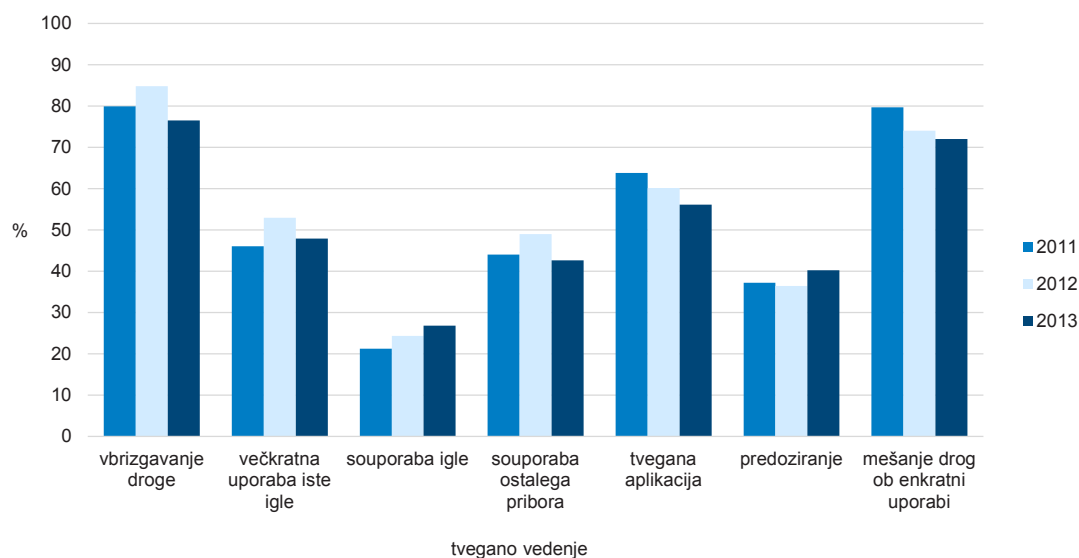


Vir: NIJZ OE Koper, Anonimni vprašalnik o profilu uporabnikov prepovedanih drog, ki iščejo pomoč v programih ZŠ

Slika 4.3: Vbrizgavanje drog med anketiranimi uporabniki programov ZŠ, 2011–2013

## Tvegana vedenja

Najpogostejše tvegano vedenje uporabnikov programov zmanjševanja škode je vbrizgavanje droge. Zasledimo pa, da se je v primerjavi z letom 2012 vbrizgavanje drog zmanjšalo s 85 % na 76,5 %. Sledijo mešanje drog ob enkratni uporabi (72 %), tvegana aplikacija (56 %), večkratna uporaba iste igle (48 %), souporaba ostalega pribora (43 %), predoziranje (40 %) in souporaba igle (27 %). Omenjenim oblikam tveganega vedenja sledi tvegana spolnost, saj 65 % anketiranih navaja, da ima nezaščitene spolne odnose. V primerjavi s prejšnjimi leti anketiranja sta se v letu 2013 povečala souporaba iste igle in predoziranje (slika 4.4).



Vir: NIJZ OE Koper, Anonimni vprašalnik o profilu uporabnikov prepovedanih drog, ki iščejo pomoč v programih ZŠ

Slika 4.4: Tvegana vedenja med uporabniki programov ZŠ, 2011–2013

## Izmenjava pribora

Anketirani navajajo, da večinoma dobijo pribor v programu zmanjševanja škode (skoraj 78,5 %). Od tega jih 35 % po sterilni pribor prihaja samo v program, 8 % jih pribor dobi v okviru terenskega dela, 12 % anketiranih pa dobi pribor v lekarni.

73 % anketiranih uporabljen iglo najpogosteje vrne v program, 71 % jih iglo občasno vrže v smeti, 11 % jih uporabljeni pribor pusti na mestu, kjer si drogo vbrizgajo. 36 % anketiranih za uporabljeni pribor poskrbi tudi drugače (»uničim iglo in vržem s pločevinko«, »zažgem v peči za centralno«).

## Prostor uporabe drog

91 % anketirancev najpogosteje uporablja droge doma, 84 % pa jih je odgovorilo, da droge uporabljajo tudi pri prijateljih ali znancih. V zavetišču oziroma dnevnem centru uporablja droge občasno 12 % anketiranih. Kar 54 % anketiranih uporablja droge tudi v javnih prostorih, zunaj (v avtu, gozdu, parku, zapuščenih hišah, ob železniški progi v Tivoliju) pa jih pogosto uporablja droge skoraj 65 %.

## Sklep

Anketiranci pribor za injiciranje večinoma dobijo v programih zmanjševanja škode, vendar pa smo v letošnjem letu zabeležili povečan nakup v lekarnah in souporabo omenjenega pribora med uporabniki.

Navedeno je posledica slabe kvalitete brizg z integrirano iglo, ki so jih uporabniki prejeli v programih za zamenjavo s sterilnim priborom.

Na eni strani se populacija uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode, stara, saj je v letu 2013 (17 %) za kar 6 % več anketirancev, ki spadajo v najstarejšo starostno skupino (41 let in več). Na drugi strani pa smo med anketiranimi prvič zabeležili dve mladoletni osebi, obe ženskega spola. V Sloveniji za starejše uporabnike drog nimamo razvitih programov pomoči, kot so stanovanjske skupine, zdravstvena oskrba ali prilagojeni domovi za stare, kar vpliva na povečanje socialnih in družbenih posledic uporabe drog, saj to še dodatno otežuje življenje te populacije in obremenjuje zaposlene v programih. Tudi zaradi povečanih potreb po obravnavi mladostnikov, ki imajo težave z uporabo prepovedanih drog, je nujno razvijati specializirane programe zmanjševanja škode za to starostno skupino in širiti mrežo teh programov v lokalne skupnosti. Zgoraj omenjeni programi bi zagotovo pokrili tudi del potreb populacije brezdomnih uporabnikov drog, ki se je po naših podatkih v letu 2013 povečala.

V primerjavi z letom 2012 (80 %) se je v letu 2013 (31 %) zmanjšala obravnava anketiranih s stani organov pregona. Menimo, da se je število prekrškov zmanjšalo na račun zmanjšanja uporabe prepovedanih drog in povečanja uporabe substitucijskih in drugih zdravil.

## 5. Z DROGAMI POVEZANO ZDRAVLJENJE IN OBRAVNAVA: POVPRAŠEVANJE IN DOSTOPNOST

Obnova uporabnikov prepovedanih drog je opredeljena v zakonodaji na področjih prepovedanih drog, zdravstva in socialnega varstva. V Sloveniji je v okviru zdravstvenega varstva vzpostavljena mreža 18 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) in Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD) Psihiatrične klinike v Ljubljani. Mreža centrov pokriva vse slovenske regije razen koroške. Leta 2013 je bilo v obravnavo v mreži CPZOPD in CZOPD vključenih 4065 uporabnikov drog. Njihova zdravstvena obravnava je umeščena v redni program zdravstvenega varstva, ki se financira iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Trenutno v programih obravnave in zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v zdravstvenem sistemu ni čakalnih dob.

V letu 2013 je v Sloveniji delovalo 23 programov socialne rehabilitacije zasvojenih, ki jih sofinancira Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti in ki zajemajo programe visokega in nizkega praga. Krajevna dostopnost programov socialne rehabilitacije je zadovoljiva, kritični sta regiji Zasavje in Pomurje, kjer ni na voljo programov visokega praga. Svetovalno-terapevtski program, ki je namenjen specifičnim potrebam uporabnikov klubskih drog, kokaina in novih psihoaktivnih snovi izvaja Zveza DrogArt. V prvih osmih mesecih leta 2014 se je v program vključevalo 48 uporabnikov. Zveza DrogArt je v letu 2013 razvila spletno aplikacijo Reduser, ki mladim uporabnikom drog omogoča dostop do pomoči prek spleta. S pomočjo aplikacije lahko uporabniki samostojno ali ob pomoči strokovnjaka nadzorujejo uporabo drog: uporabo zmanjšajo, z njo prenehajo ali pa zmanjšajo škodljive posledice uporabe. V letu 2013 je aplikacijo preizkusilo 70 uporabnikov.

Nacionalni inštitut za javno zdravje je januarja 2013 v mreži CPZOPD uvedel novi vprašalnik TDI, ki ga je izpolnjevalo 17 centrov. Analiza podatkov, narejena na zbranih izpolnjenih vprašalnikih, je pokazala, da je leta 2013 v programe zdravljenja prvič in ponovno vstopilo 290 uporabnikov, od tega jih je 95 v zdravljenje vstopilo prvič in 194 ponovno, za enega pa ni bilo mogoče ugotoviti, ali v program vstopa prvič ali ponovno. Med vstopniki v program je bila večina (80 %) moških. Večina uporabnikov je vstopila v program na lastno pobudo. Glavna droga, zaradi katere so uporabniki prvič ali ponovno iskali pomoč, je bil še vedno heroin (73,4 %), sledita konoplja (12,4 %) in kokain (3,5 %). Več kot polovica tistih, ki so prvič in ponovno vstopali v program, je drogo uporabljala vsak dan, 34 % jih je drogo ob vstopu v program injiciralo. V večji meri so jo injicirali uporabniki, ki so v program vstopali ponovno. Se pa delež uporabnikov, ki droge injicirajo, z leti niža, prav tako upada injiciranje med uporabniki heroina. Analiza je pokazala tudi, da se je v obdobju 2006–2008 povečal delež uporabnikov, ki v program zdravljenja vstopajo zaradi težav s konopljo, in sicer predvsem med tistimi, ki v program vstopajo prvič.

## 5.1 Opis sistema zdravljenja in obravnave ter zagotavljanje kakovosti

### Mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog: dostopnost in kadri

prof. dr. Andrej Kastelic

V Sloveniji imamo v mreži javne zdravstvene službe relativno dobro organizirano zdravljenje odvisnosti od drog, in sicer na primarnem nivoju v okviru centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ter na sekundarnem in terciarnem v Centru za zdravljenje odvisnosti od drog Univerzitetne Psihiatrične klinike Ljubljana. Iz slike 5.1 je razvidno, da so s centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pokrite vse regije razen Koroške. Se pa potreba po vzpostavitvi tovrstnih centrov pojavlja še v nekaterih predelih države oz. mestih, npr. v Beli krajini, na Ptuju in v Sevnici. Vključenost uporabnikov opioidnih drog v programe zdravljenja je ena največjih na svetu in smo ena redkih držav, ki imamo za zdravljenje na voljo štiri vrste substitucijskih zdravil: metadon, buprenorfin, buprenorfin + nalokson in sr-morfin. Dobra polovica znanih uporabnikov opioidnih drog je vključena v tovrstne programe tudi v zaporih. Kljub temu imamo številne izzive in ugotavljamo potrebe po izboljšanjih.



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

Slika 5.1: Pokritost Slovenije s centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, 2013

Čeprav imamo v splošnem dobro urejene centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), ki v veliki meri upoštevajo priporočila za opravljanje tovrstne dejavnosti, so v nekaterih CPZOPD prostori še vedno zelo neprimerni: brez urejene čakalnice ali pa je ta premajhna, ni dovolj prostora za individualno delo, pomanjkanje prostora ali možnosti za skupinske dejavnosti, prevelika koncentracija pacientov v centru v Ljubljani. V okolici tega centra se je v zadnjih petih letih vzpostavila »odprta scena« uporabe drog. V številnih CPZOPD ni polne zasedenosti osebja, predvsem manjka zdravnikov, ker se na razpis iz različnih razlogov nihče ne javi. Tudi pri izvajanju programov obravnave uporabnikov drog

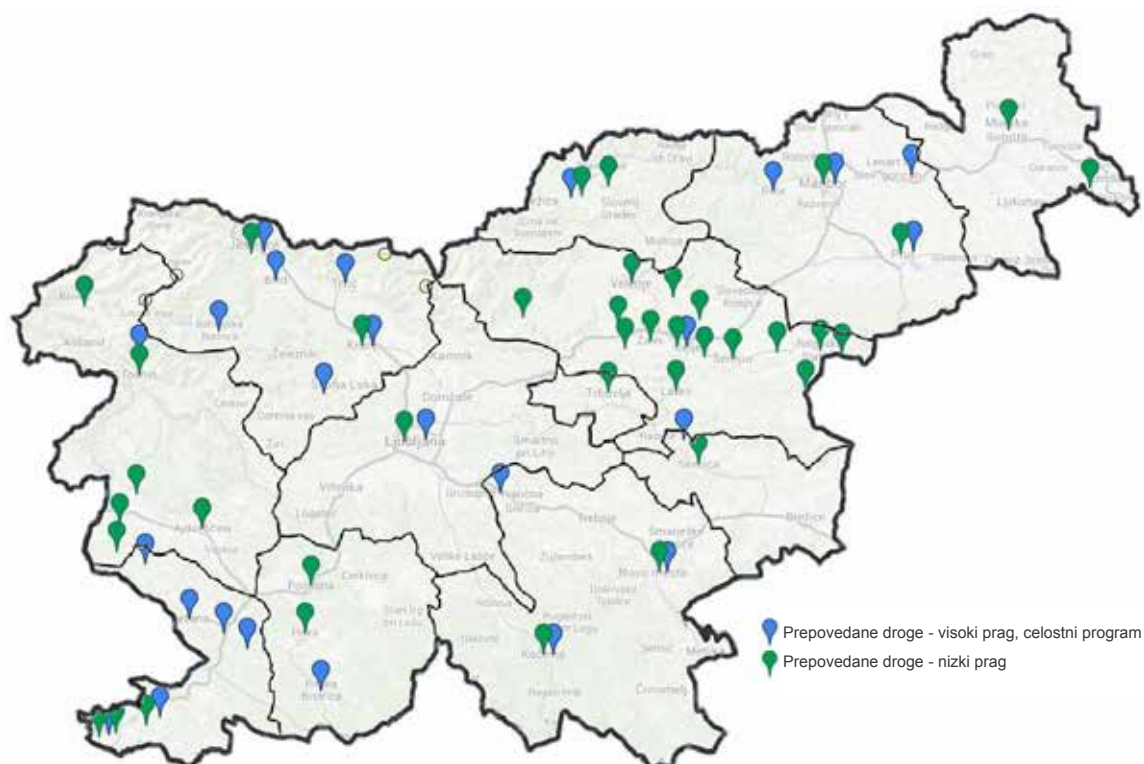
v zavodih za prestajanje kazni zapora se soočamo z nezadostnim številom osebja glede na kadrovske normativ, poleg tega bi bilo treba izboljšati tudi sodelovanje med zavodi in centri ter poenotiti standarde za obravnavo uporabnikov. Vključevanje v programe zdravljenja odvisnosti je v Sloveniji takojšnje, brez čakalnih vrst, in je v celoti financirano s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ugotavljamo, da število ljudi, ki uporabljajo opioidne droge in se zdravijo v programih s substitucijskimi zdravili, ne narašča več. Zaradi povečanja števila oseb, ki uporabljajo nove droge, kokain in druge stimulanse, kanabinoide ter inhalante, in tistih, ki se soočajo s tako imenovanimi »nekemičnimi odvisnostmi«, bo treba razširiti in intenzivirati programe zdravljenja in obravnave oseb s tovrstno problematiko.

Od 50 do 70 % ljudi, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od psihoaktivnih snovi, ima tudi pridruženo duševno motnjo. Neustrezna obravnava teh pacientov ima za posledico pogoste recidive, tako duševne motnje kot uporabo psihoaktivnih snovi, povečano tveganje za različne infekcije, pogostejša v tej populaciji so tudi predoziranja. V Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana že poteka program dnevne bolnišnice in v omejenem obsegu tudi bolnišnični program zdravljenja tovrstnih bolnikov, skupaj z zdravljenjem drugih uporabnikov drog. Zaradi tej populaciji prilagojenih terapevtskih ukrepov je treba v okviru obstoječih kapacitet vzpostaviti poseben oddelek za zdravljenje teh pacientov.

Glede na dosedanje dobro prakso ter na podlagi podatkov iz nadzora in evalvacij nameravamo vključiti paciente uporabnike drog tako v načrtovanje kot v izvajanje programov preprečevanja in zdravljenja odvisnosti. Načrtujemo še občasne (vsaj trimesečne) sestanke osebja s pacienti CPZOPD, katerih namen je tudi povečati vlogo pacientov ter graditi in vzdrževati korektno odnose.

### Programi socialne rehabilitacije: dostopnost in kadri

mag. Simona Smolej, Nadja Kovač



Vir: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo

Slika 5.2: Krajevna dostopnost programov socialne rehabilitacije zasvojenih, 2013

Slika 5.2 prikazuje krajevno dostopnost programov socialne rehabilitacije zasvojenih glede na tip programa. Gre za 23 programov, ki jih je v letu 2013 sofinanciralo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) in se v večini izvajajo na več lokacijah po Sloveniji. Modro so označeni kraji, kjer se izvajajo programi visokega praga oziroma programi, ki so namenjeni uporabnikom prepovedanih drog v različnih fazah jemanja drog. Ti programi so dostopni v vseh regijah, razen v Zasavju in Pomurju. Reintegracijski programi (kraji, kjer se izvajajo, so prav tako obarvani modro) so uporabnikom na voljo na Gorenjskem (Tržič) in v osrednjeslovenski regiji (Ljubljana).

Nizkopražni programi (kraji, kjer se izvajajo, so na zemljevidu obarvani zeleno) so zlasti zaradi izvajanja terenskega dela nekoliko bolj razpršeni in so dostopni v vseh slovenskih regijah. Zavetišče za brezdomne uživalce drog je uporabnikom na voljo v Žalcu in Ljubljani, varna hiša za uživalke drog, ki so žrtve nasilja, pa le v Ljubljani (Smolej in sod. 2014).

Glede na dostopne podatke lahko sklepamo, da je splošna krajevna dostopnost programov socialne rehabilitacije zasvojenih zadovoljiva, kritični območji pa ostajata Zasavje in Pomurje. V teh dveh regijah bo treba v bližnji prihodnosti razviti vsaj en celostni program, ki bo namenjen uporabnikom prepovedanih drog v različnih fazah jemanja drog.

## Poklicni profil zaposlenih v programih socialne rehabilitacije zasvojenih

Tabela 5.1: Poklicni profil zaposlenih v programih socialne rehabilitacije zasvojenih, 2013

Poklicni profil zaposlenih	Visokopražni, celostni programi	Nizkopražni programi	Skupaj
Socialni delavec	47	24	71
Psiholog	7	1	8
Sociolog	3	0	3
Teolog/specialist ZDT	5	1	6
Pedagog (soc.)/andragog/defektolog	11	4	15
Ekonomist/upravni delavec/organizator	6	2	8
Kulturolog/antropolog/politolog/novinar/komunikolog	3	4	7
Ostale umetniške, humanistične in družboslovne smeri	4	1	5
Naravoslovne in tehnične smeri	5	5	10
Medicina	0	1	1
Pridobljena V. stopnja izobrazbe ali manj	28	23	51
Skupaj	119	66	185

Vir: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo

Glede na poklicni profil je bilo v letu 2013 v 23 programih socialne rehabilitacije zasvojenih, ki jih je sofinanciralo MDDSZ, zaposlenih največ socialnih delavcev, in sicer 38,4 %. Zaposlenih z ostalimi poklicnimi profili, ki so v skladu z 69. členom Zakona o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/2007 in naslednji) še lahko strokovni delavci na področju socialnega varstva, je bilo 32. Dobra četrtina zaposlenih (51 oseb oziroma 27,6 %) je imela končano V. stopnjo izobrazbe (največ je bilo gimnazijskih maturantov in ekonomskih tehnikov) ali manj (tabela 5.1). Glede na število zaposlenih je njihov delež pričakovano večji v programih nizkega praga, kjer je zaradi narave dela potreba po t. i. »laičnih delavcih« večja kot v visokopražnih programih.

## DrogArt center za svetovanje in psihoterapijo

Mina Paš

DrogArt center za svetovanje in psihoterapijo je namenjen ljudem, ki imajo težave zaradi uporabe klubskih drog, kokaina in novih psihoaktivnih snovi (NPS). Cilj programa je zmanjšanje škode za uporabnika drog in psihološka rehabilitacija za ljudi, ki imajo za seboj izkušnjo odvisnosti. Program je anonimen. Prva tri svetovanja so brezplačna, za nadaljnja pa uporabnik prispeva 10 evrov na svetovanje. Cena psihoterapije je odvisna od mesečnega dohodka uporabnika. Za šoloobvezne in tiste brez dohodkov je svetovanje brezplačno, cena psihoterapevtske ure pa je 5 evrov.

### Struktura programa

Enkratno svetovanje je namenjeno uporabnikom, ki potrebujejo informacije o drogah in njihovi uporabi, pa tudi staršem mladostnikov ter pedagoškim in drugim strokovnim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z uporabniki drog in potrebujejo informacije ali napotke za nadaljnje ravnanje.

Svetovalno-terapevtski program je namenjen uporabnikom s težavami zaradi uporabe drog. Program uporabnik obiskuje enkrat ali dvakrat tedensko po eno uro, osebno ali prek Skypa. Program je dvostopenjski. Prva stopnja je sestavljena iz desetih svetovalnih razgovorov, ki temeljijo na metodi motivacijskega svetovanja in tehniki vedenjsko-kognitivne terapije. Cilj prve stopnje je zmanjšanje škode zaradi uporabe drog. Tu uporabnika naučimo hitre prepoznave sprožilcev za uporabo drog in tehnik, ki pripomorejo k zmanjšanju uporabe ali k abstinenci. Druga stopnja je bolj poglobljena ter je namenjena ozaveščanju in odpravi vzrokov, ki so privedli do škodljive uporabe drog. Tu uporabljamo psihoterapevtske metode in tehnike. Psihoterapijo izvajamo tudi za tiste, ki so z uporabo drog že prenehali ali jih še vedno občasno uporabljajo. Izvajamo tudi psihoterapijo za ljudi, ki so imeli težko psihedelično izkušnjo in bi jo želeli predelati s terapijo. Psihoterapijo izvajajo terapevti relacijskih smeri psihoterapije.

Svetovalno-terapevtska skupina je namenjena prepoznavanju svojega delovanja v skupini, izražanja sebe in svojih potreb v skupini, podpori ostalih članov skupine ter pridobivanju občutkov varnosti, pripadnosti in povezanosti z drugimi. Izvajamo dve svetovalno-terapevtski skupini:

- skupina za zmanjševanje škode (namenjena aktivnim uporabnikom drog),
- skupina za vzpostavitev in vzdrževanje abstinence (namenjena uporabnikom, ki so že dosegli abstinenco ali si prizadevajo k temu cilju).

### Potek programa

Ob prvem uporabnikovem obisku svetovalka opravi prvi svetovalni razgovor in se z njim dogovori za način obravnave in vključenost v različne oblike obravnave. Uporabnik ponavadi začne s prvo stopnjo programa, ki zajema 10 svetovalno-terapevtskih razgovorov, nekateri pa se že v tem času vključijo tudi v skupinsko obravnavo, ki ni obvezna, je pa zelo zaželena. Po uspešno zaključeni prvi stopnji programa (doseženi cilji zmanjšanja škode) se uporabnik vključi v drugo stopnjo (individualna psihoterapija). Nekateri uporabniki, na primer tisti, ki so že vzpostavili abstinenco oz. droge uporabljajo občasno, se v individualno psihoterapevtsko obravnavo vključijo že takoj. V program po potrebi vključujemo tudi svojce uporabnikov ali njihove pomembne osebe, vendar zgolj kot podporo uporabniku za vzpostavitev oz. vzdrževanje abstinence. Svojci so v program vključeni občasno, vedno skupaj z uporabnikom. Ponavadi so prisotni na nekaj svetovalnih srečanjih, ki jih obišejejo skupaj z uporabnikom.



## Zagotavljanje kakovosti programa

Izvajalke programa so usposobljene svetovalke oz. psihoterapevtke. Zaposlene v programu so strokovne delavke na področju socialnega varstva. Izvajalke so vključene v redno supervizijo in intervizijo, ki potekata dvakrat mesečno. Svetovalno in terapevtsko delo s klienti poteka v skladu s kodeksom etičnih načel v socialnem varstvu in etičnim kodeksom slovenske krovne zveze za psihoterapijo.

## Evalvacija uspešnosti programa

Kriterij uspešnosti programa je doseganje ciljev uporabnika po zaključeni prvi stopnji in zadržanje uporabnika v programu. Za vsakega uporabnika vodimo interne osebne mape, kjer terapevtka oziroma svetovalka sproti evalvira posameznikov napredek. V program DrogArt centra za svetovanje in psihoterapijo je bilo od 1. 1. do 31. 8. 2014 vključenih 48 uporabnikov, s katerimi smo opravili 296 ur svetovanja in psihoterapije.

## Ocena doprinosa programa v širšem kontekstu področja preventive oz. zmanjševanja škode

Program je anonimen, kar je zelo pomemben dejavnik za socialno vključene uporabnike, ki so redno zaposleni in se zaradi strahu pred razkritjem svoje zasvojenosti ne želijo vključiti v programe, ki delujejo v okviru zdravstvenega in socialnovarstvenega sistema. Del programa je specializiran za uporabnike, ki imajo težave z uporabo novih psihoaktivnih snovi. Zanje je namreč izredno pomembno, da terapevt dobro pozna NPS, kajti uporaba teh snovi prinaša s seboj specifična tveganja, s katerimi mora biti terapevt seznanjen. V programu po ceni, ki je uporabnikom dostopna, izvajamo poglobljeno individualno psihoterapevtsko obravnavo z bivšimi uporabniki drog in ljudmi, ki droge še vedno uporabljajo. Psihoterapevtska obravnava je nujna za trajno rehabilitacijo teh oseb, vendar mnogi psihoterapevti nočejo delati z uporabniki drog, saj tovrstna psihoterapija zahteva posebno usposobljenost terapevta na področju zasvojenosti. Del programa je namenjen mladostnim uporabnikom drog, ki uporabljajo NPS in druge droge in ki so motivirani, da z uporabo prenehajo oziroma zmanjšajo z njo povezano škodo. Metoda svetovanja in psihoterapije za te mladostnike temelji na zaupnem in enakovrednem odnosu med mladostnikom in terapevtom. Z mladostnikom delamo na tem, da prevzeme odgovornost in ostane v programu. Tega ne pogojujemo nujno z abstinenco, temveč s prilagajanjem terapevtskih posegov mladostniku omogočamo, da v programu ostane, kolikor časa to potrebuje.

Program je nizkopražen, edini pogoj za vključitev vanj je motiviranost uporabnika za spremembo v smeri zmanjšanja škode.

## ReDUSER

dr. Matej Sande

Aplikacijo Reduser smo razvili v okviru projekt PASS, katerega glavni namen je bil mladim in mladim odraslim, ki se srečujejo s težavami zaradi uporabe drog, ponuditi dostop do (samo)pomoči prek spleta.

Aplikacija Reduser ([www.reduser.drogart.org](http://www.reduser.drogart.org)) uporabnikom omogoča samostojno uporabo, povezavo do pomoči strokovnjaka ali pa je pripomoček v procesu svetovanja. Aplikacija je namenjena posameznikom, ki uporabljajo alkohol ali druge droge in ki bi radi z uporabo prenehali, jo zmanjšali ali zmanjšali njene škodljive posledice. Z aplikacijo lahko uporabniki beležijo svojo uporabo in počutje, si zastavljajo cilje, ki jih želijo doseči, beležijo svoje prostočasne aktivnosti, ki jim pomagajo pri doseganju zastavljenih ciljev, in epizode hlepenja po drogi. Za motivacijo si lahko zapisujejo pozitivne in negativne plati uporabe drog in tiste stvari, ki bodo ob zmanjšanju ali prenehanju uporabe drog boljše ali slabše. Aplikacija nudi tudi

uporabne povezave do tehnik za sproščanje in obvladovanje hlepenja po drogah. Ob močnem hlepenju imajo na voljo poseben »gumb za craving«, ki ob kliku uporabniku posreduje namige, kako prebroditi tokratno hlepenje. Uporabnik ima na voljo tudi analizo uporabe, kjer lahko v grafični obliki preveri na primer, kako mu je določena aktivnost pomagala pri premagovanju hlepenja, kolikokrat se je uprl hlepenju in ni uporabil droge, ali je hlepenje večje ob slabi volji itn. Prek aplikacije lahko uporabniki stopijo v stik s svetovalcem in se dogovorijo za osebno svetovanje prek Skypa ali za spremljanje prek aplikacije.

Aplikacija je univerzalna in je namenjena različnim tipom odvisnosti. V polnem obsegu je dosegljiva prek spletne strani, uporabljati pa jo je mogoče tudi na pametnih telefonih in tablicah preko brskalnika.

Aplikacijo smo razvili s pomočjo in podporo terapevtov in strokovnjakov na področju odvisnosti. Skupina terapevtov je na podlagi svojih izkušenj s terapevtskim delom pripravila nabor vsebin oziroma modulov v aplikaciji, za katere so menili, da bodo uporabnikom omogočale lažji nadzor nad uporabo in v kombinaciji s terapijo vodile tudi v znižanje uporabe ali nadzor nad njo. Aplikacijo so v testni fazi uporabljali svetovanci v terapevtskem procesu, ki so opozorili na preveliko kompleksnost in zahtevnost uporabe. Do konca leta 2013 je aplikacijo preizkusilo in uporabljalo 70 uporabnikov. Na podlagi prvih evalvacij smo aplikacijo poenostavili, prilagodili obliko in jo naredili bolj uporabniku prijazno.

Aplikacija se trenutno aktivno uporablja v terapevtskem procesu, s pomočjo Ministrstva za zdravje pa se projekt nadaljuje, tako da bodo lahko prilagojeno aplikacijo uporabljale vse zainteresirane organizacije. Trenutno je aplikacija v fazi prenosa v druge organizacije, ki so izkazale interes za njeno uporabo. Zastavljena je namreč tako, da se lahko moduli prilagajajo posamezni organizaciji in namenu uporabe.

## 5.2 Dostopnost do zdravljenja

Milan Krek

### Uporabniki drog, obravnavani v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

#### Podatki Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

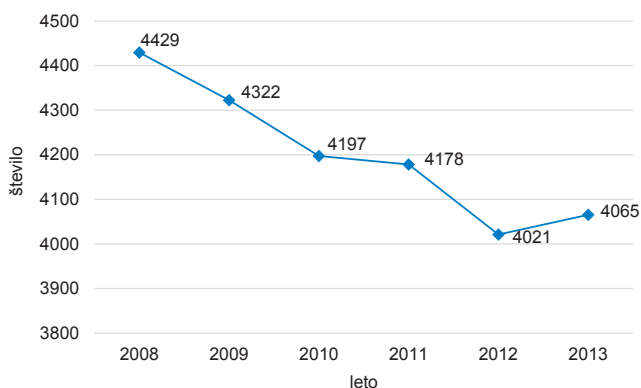
Po podatkih Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) se je v letu 2013 v obravnavo vključilo 4065 oseb. Od teh jih je bilo 3261 (80,23 %) vključenih v substitucijsko zdravljenje. Med njimi jih je metadon prejelo 2042 (63 %), Suboxon (buprenorfin in Naloxon) 431 (13 %), buprenorfin 461 (14 %) in SR-morfin 327 (10 %) (tabela 5.2).

**Tabela 5.2:** Število obravnavanih uporabnikov v mreži CPZOPD in število vključenih v vzdrževalno zdravljenje glede na nadomestno zdravilo

Število vseh obravnavanih	Število vključenih v substitucijsko zdravljenje	Metadon	Suboxon	Buprenorfin	SR-morfin
4065	3261	2042	431	461	327

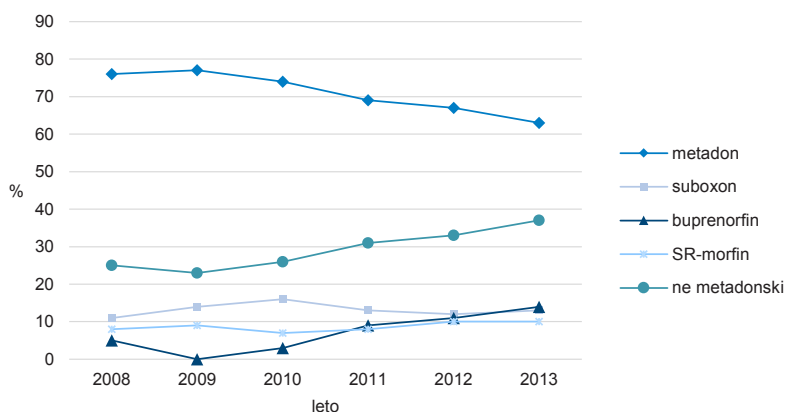
Vir: Koordinacija CPZOPD

Število obravnavanih v mreži CPZOPD se je v obdobju 2008–2013 zmanjševalo ( $R^2=0,9494$ ), v letu 2013 pa se je to število nekoliko zvišalo glede na leto 2012 (slika 5.3). Od leta 2008 dalje se zmanjšuje delež uporabnikov, ki so bili zdravljeni z nadomestnim zdravilom metadon ( $R^2=0,9617$ ), hkrati pa se povečuje delež tistih, ki so bili zdravljeni z novimi substitucijskimi zdravili (slika 5.4).



Vir: Koordinacija CPZOPD

Slika 5.3: Število uporabnikov vključenih v mrežo CPZOPD, 2008–2013



Vir: Koordinacija CPZOPD

Slika 5.4: Delež uporabnikov v vzdrževalnem zdravljenju glede na predpisano nadomestno zdravilo, 2008–2013

## Analiza podatkov, pridobljenih z vprašalnikom TDI

1. januarja 2013 smo novi vprašalnik TDI 0.3 uvedli v 18 CPZOPD in v Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike Ljubljana (CZOPD), vendar ga je izpolnjevalo le 17 centrov. Izpolnjevali so ga zaposleni v centrih, ki so z njegovo pomočjo osebno anketirali vsakega posameznika, ki je prvič ali ponovno vstopil v program. S tem smo izločili možnost, da bi bili posamezniki dvakrat zavedeni v evidenco. V letu 2013 smo tako zabeležili 290 prvih in ponovnih vstopov v program zdravljenja.

### Število prvih in ponovnih vstopov

V letu 2013 je prvič in ponovno vstopilo v program zdravljenja v centrih, v katerih smo izvajali vprašalnik TDI, 290 oseb (235 moških in 55 žensk). Od tega jih je prvič vstopilo 95 (32,75 %), ponovno pa 194 (66,89 %). Pri enem vstopu ni bilo mogoče opredeliti, ali gre za prvi ali ponovni vstop, kar predstavlja 0,34 %. CZOPD v letu 2013 ni izpolnjeval vprašalnika TDI, sporočili pa so nam, da je imel program 74 prvih vstopov in 107 ponovnih vstopov. Tako je bilo v letu 2013 skupaj s CZOPD 471 vstopov, 169 novih in 301 ponovni. V nadaljevanju bomo predstavili le podatke, ki smo jih zbrali s pomočjo vprašalnika TDI, torej bomo obravnavali 290 oseb, ki so v letu 2013 v program vstopile prvič in ponovno<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Izraz »uporabniki, ki prvič in ponovno vstopajo v program«, v prispevku uporabljamo v primerih, ko je v analizo zajetih 290 oseb, če pa ti dve kategoriji v analizi prikazujemo ločeno, torej posebej prve vstopne in posebej ponovne vstopne, uporabljamo izraz prvič ali ponovno. V analizi, kjer uporabnike prikazujemo v dveh ločenih kategorijah, posebej tiste, ki so prvič vstopili v program in posebej tiste, ki so ponovno vstopili v program, je zajeto 289 oseb. Vzrok je en uporabnik, za katerega ni bilo možno določiti, ali je v program vstopil prvič ali ponovno.

Med tistimi, ki so vstopili prvič (95 oseb), je bilo 76 (80 %) moških in 19 (20 %) žensk. Med 194 osebami, ki so vstopile v program ponovno (194 oseb), pa je bilo 158 (81,44 %) moških in 36 (18,56 %) žensk.

### Glavna droga

Glavna droga med osebami, ki so prvič in ponovno vstopile v program, je bil v visokem deležu heroin 213 (73,44 %). Konopljo je kot glavno drogo navedlo 36 oseb ali 12,41 % vseh (tabela 5.3).

Tabela 5.3: Število uporabnikov drog glede na glavno drogo ob prvem in ponovnem vstopu v program, 2013

Droga	Število uporabnikov	%
Opioidi	234	80,67
Konoplja	36	12,41
Kokain	10	3,45
Hipnotiki in sedativi	4	1,37
Manjkajoči	3	1,03
Amfetamini	2	0,68
Ostalo	1	0,34
Skupaj	290	100,00

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje

Med uporabniki opioidov, ki so prvič in ponovno vstopali v program, je bil največji delež tistih, ki so uporabljali heroin 213 (91,02 %). Sledi zloraba zdravil: metadona (7 oseb oz. 2,99 %), buprenorfina (7 oseb oz. 2,99 %) in ostalih opioidov (7 oseb oz. 2,99 %). V letu 2012 je bil delež uporabnikov, ki so uporabljali druge opioide, 2,1 %, leta 2011 je bilo takih 1,1 % in leta 2010 le 0,5 %. V zadnjih letih med prvimi in ponovnimi vstopi v program beležimo rast deleža uporabnikov drugih opioidov.

Med 95 uporabniki, ki so prvič v življenju vstopili v program zdravljenja, je bilo 49 (52 %) takih, ki so navedli uporabo heroina kot ključni problem, zaradi katerega so vstopili v program. Sledijo uporabniki konoplje (30 oseb oz. 31,58 %), ki jih je tu več kot med uporabniki, ki so v program zdravljenja vstopali ponovno. Podrobneje so podatki prikazani v tabelah 5.4 in 5.5.

Tabela 5.4: Število uporabnikov, ki so prvič vstopili v program, glede na glavno drogo, 2013

Droga	Število uporabnikov	%
Opioidi	57	60,00
Konoplja	30	31,58
Kokain	6	6,32
Amfetamini	1	1,05
Manjkajoči	1	1,05
Skupaj	95	100,00

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje

Med uporabniki opioidov (57), ki so prvič vstopili v program v letu 2013, je bilo največ uporabnikov heroina (49 ali 85,96 %), štirje (4,21 %) so zlorabljali metadon, 2 (2,10 %) sta zlorabljala buprenorfin, 2 (2,10 %) sta zlorabljala ostale opioidne snovi. Moški (34 %) so pogosteje kot ženske (21 %) ob prvem prihodu v program kot glavno drogo navajali konopljo. Ob ponovnem vstopu v program pa jo je kot glavno drogo navedlo 3 % žensk in 3 % moških.

194 uporabnikov programov je v letu 2013 ponovno vstopilo v program zdravljenja odvisnosti. Največ, in sicer 163 (84 %), jih je imelo težave s heroinom. Šest ali 3,09 % jih je imelo težave s konopljo. Podrobnejše podatke je mogoče razbrati iz tabele 5.5.

**Tabela 5.5:** Število uporabnikov, ki so ponovno vstopili v program, glede na glavno drogo, 2013

Droga	Število uporabnikov	%
Opioidi	176	90,73
Konoplja	6	3,10
Kokain	4	2,06
Hipnotiki in sedativi	4	2,06
Neznano	2	1,03
Amfetamini	1	0,51
Ostale snovi	1	0,51
<b>Skupaj</b>	<b>194</b>	<b>100,00</b>

Vir. Nacionalni inštitut za javno zdravje

### **Starost ob prvi uporabi drog in starost ob prvem ter ponovnem vstopu v programe zdravljenja**

Povprečna starost ob prvi uporabi glavne droge pri osebah, ki so prvič vstopale v program v 2013, je bila 20 let, povprečna starost ob prvem vstopu pa je bila 28 let. Povprečna starost ob prvi uporabi droge pri osebah, ki so ponovno vstopale v program v letu 2013, je bila 20 let in povprečna starost ob ponovnem vstopu 33 let. Moški, ki so prvič vstopali v program, so droge začeli uporabljati prej (pri 19,71 letih) kot so to storile ženske (pri 24 letih). Moški so prvič vstopali v program mlajši (27,5 let) kot ženske (32,37 let). Povprečna starost moških, ki so ponovno vstopali v program, je bila 33,53 let, povprečna starost žensk pa 30,64 let.

### **Napotitve**

Od 95 oseb, ki so prvič vstopile v programe zdravljenja v letu 2013, jih je 70 (74 %) vstopilo v programe zdravljenja na lastno pobudo. Štirje so poiskali zdravljenje na pobudo zdravstvene ustanove in trije na pobudo šole. Tudi večina uporabnikov drog, ki so bili v letu 2013 ponovno sprejeti na zdravljenje, je obiskalo center na lastno pobudo (159 ali 82 %). 18 (9,3 %) oseb so na ponovno zdravljenje napotili drugi programi obravnave odvisnosti v Sloveniji in 10 (5,15 %) oseb je na zdravljenje napotilo sodišče.

### **Bivanje odvisnih oseb**

Za Slovenijo je značilno, da relativno visok delež uporabnikov programov živi pri primarni družini. Od 290 prvič in ponovno v programe sprejetih oseb v letu 2013 jih je 113 (39 %) živel v družinah. Moški v večjem deležu (40 %) kot ženske (35 %). Večji delež žensk (45 %) kot moških (23 %) je živel s partnerjem ali/in otrokom. Moški so v bistveno večjem deležu (19 %) živeli samsko življenje kot ženske (9 %). 42 (14,48 %)

jih je živel z otroki, in sicer 14,54 % (8) žensk in 14,46 % (34) moških. Neurejeno bivanje ali brezdomstvo je bilo prisotno pri 6,3 % uporabnikov drog, ki so prvič vstopili v program, in pri 12,3 % tistih, ki so ponovno vstopili v program.

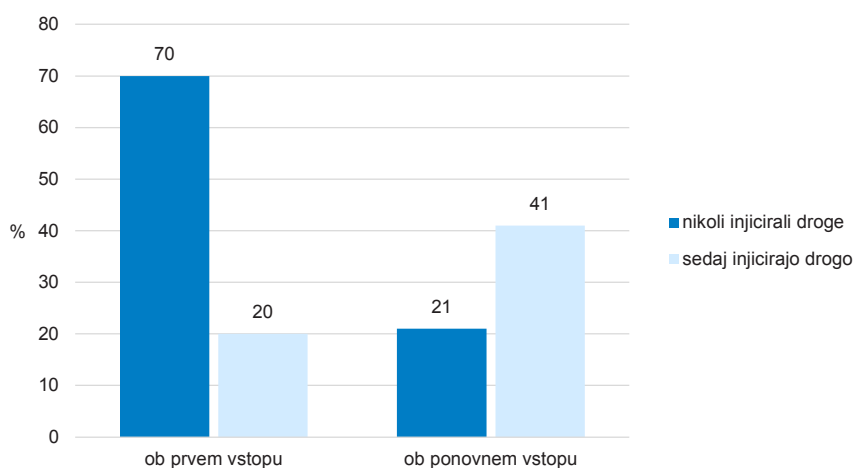
### Tvegana uporaba drog

Med uporabniki, ki so v letu 2013 prvič in ponovno vstopili v program zdravljenja (290 oseb), jih je ob vstopu droge vbrizgavalo 34 %. Med uporabniki opioidov (234 oseb) je te injiciralo 41 % oseb. Med uporabniki kokaina je to drogo injiciralo 40 % oseb. Amfetaminov niso injicirali. Od vseh uporabnikov opioidov jih je to drogo njuhalo 19 %, 25 % pa je opioide kadilo. Heroin je kadilo 28 % ter njuhalo 20 % uporabnikov heroina.

Med uporabniki, ki so se v letu 2013 prvič (95 oseb) vključili v programe zdravljenja, jih je ob vstopu droge injiciralo 20 %. Med uporabniki opioidov je drogo injiciralo 32 % oseb in med uporabniki heroina 35 % oseb. Med uporabniki kokaina je tega injiciralo 17 % oseb. Amfetaminov niso injicirali. Opiate je 32 % uporabnikov kadilo ter 20 % njuhalo. Heroin je kadilo 37 % uporabnikov in njuhalo 22 %.

Med uporabniki, ki so v letu 2013 ponovno vstopili v program, je injiciralo droge 41 % oseb. 43 % uporabnikov opioidov je te injiciralo. 163 oseb je uporabljalo heroin. 44 % od njih si je heroin ob vstopu v program injiciralo. Večina kokainskih uporabnikov (75 %) si je kokain injicirala. Tudi ta skupina uporabnikov drog amfetaminov ni uporabljala intravenozno. 23 % jih je opioide kadilo.

Delež uporabnikov drog, ki so injicirali droge, je bil višji pri tistih, ki so ponovno vstopali v program (41 %), kot pri tistih ob prvem vstopu v program (20 %). Ob ponovnem vstopu v program se je tudi delež oseb, ki nikoli niso injicirale droge, znižal na 21 %, medtem ko je bil ta delež med uporabniki, ki so prvič vstopali v program, relativno visok (70 %) (slika 5.5).

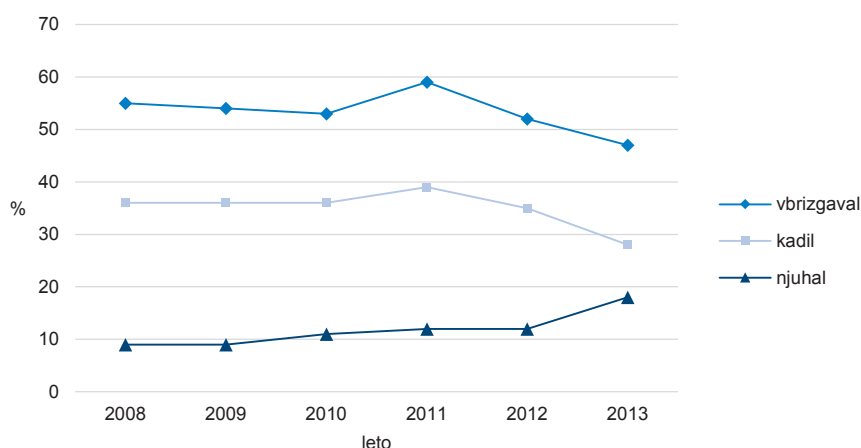


Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje

Slika 5.5: Delež uporabnikov, ki so v program vstopali prvič ali ponovno in so droge injicirali, 2013

### Kajenje in njuhanje heroina

V zadnjih letih se je v Sloveniji nekoliko znižal delež uporabnikov, ki so ob prvem in ponovnem vstopu v program heroin injicirali ( $R^2=0,5936$ ). Leta 2008 je bilo takih oseb 55 %, leta 2013 pa 47 %. V obdobju 2008–2013 se je znižal tudi delež tistih, ki so heroin kot glavno drogo kadili ( $R^2=0,7915$ ). Povečeval pa se je delež uporabnikov, ki so heroin njuhali ( $R^2=0,8932$ ), in sicer je bilo leta 2008 takih oseb 9 %, leta 2013 pa že 18 % (slika 5.6).



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje

**Slika 5.6:** Delež uporabnikov, ki so prvič in ponovno vstopali v program, po načinu uporabe heroina, 2008–2013

### Souporaba pribora za injiciranje drog

Od skupno 290 oseb, ki so prvič in ponovno vstopile v programe zdravljenja v letu 2013, jih 98 (34 %) ni nikoli izmenjevalo pribora za injiciranje. 58 (20 %) jih je pribor izmenjevalo, vendar ne v zadnjem letu dni. 23 (8 %) jih je pribor za injiciranje drog izmenjevalo v zadnjem letu. Skupno je kadarkoli souporabljal pribor 81 (28 %) oseb.

### Pogostnost uporabe glavne droge

Med uporabniki drog, ki so prvič vstopali v program v letu 2013, jih 5 (5,32 %) ni uporabljalo droge v zadnjih 30 dneh. 53 (56 %) jih je uporabljalo drogo vsak dan, 8 (8,4 %) 4- do 6-krat na teden, 17 (17,64 %) 2- do 3-krat na teden in 10 (10,53%) enkrat na teden ali manj.

Med uporabniki, ki so v letu 2013 ponovno vstopali v program zdravljenja, je bilo 105 (54,14 %) takih, ki so drogo uporabljali vsak dan, 29 (14,95 %) pa jih droge ni uporabljalo v zadnjih 30 dneh. 22 (11,34 %) jih je uporabljalo drogo 4- do 6-krat na teden, 24 (12,37 %) 2- do 3-krat na teden in 8 (4,1 %) enkrat na teden ali manj.

Opioide je v skupini, ki je v letu 2013 prvikrat vstopila v program, dnevno uporabljalo 75 % uporabnikov drog, v skupini, ki je ponovno vstopila v program, pa jih je droge dnevno uporabljalo 52 %.

### Testiranje za prisotnost HIV

Prvič je vstopilo v program 95 oseb. Med njimi se jih za prisotnost HIV ni nikoli testiralo 68 (71,58 %). 8 (8,43 %) se jih je testiralo, vendar ne v zadnjem letu. Le 13 (13,69 %) se jih je testiralo za HIV v zadnjem letu dni. Od 21 (22,11 %) oseb, ki so si v zadnjem letu injicirale droge, so se za prisotnost HIV testirale samo 4 (19,5 %) osebe.

V skupini, ki je ponovno vstopila v program (194 oseb), se jih 28 (14,44 %) ni nikoli testiralo za HIV. 96 (49,49 %) se jih je že testiralo, toda ne v zadnjih 12 mesecih, 54 (27,84%) pa se jih je testiralo v zadnjem letu. 98 (50,52 %) si jih je v zadnjem letu dni droge injiciralo, vendar se jih je v istem obdobju samo 27 (28 %) od njih testiralo za prisotnost HIV.

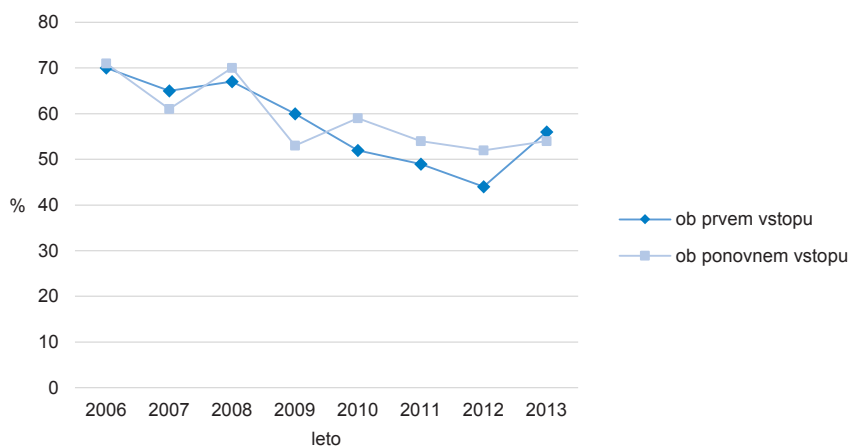
## Testiranje na okužbo z hepatitisom C

Od 95 oseb, ki so prvič vstopile v program zdravljenja odvisnosti v letu 2013, se jih 69 (72,64 %) nikoli ni testiralo za prisotnost protiteles HCV. 7 (7,37 %) se je testiralo, vendar ne v zadnjem letu dni. Le 13 (13,69 %) se jih je testiralo v zadnjem letu. Med njimi si je droge injiciralo 21 (22,11 %) uporabnikov, od teh se je v zadnjem letu dni testiralo le 12 (57 %) oseb.

V skupini, ki je ponovno vstopila v program, je bilo 194 oseb. 28 (14,44 %) se jih ni nikoli testiralo. 93 (47,94 %) se jih je že testiralo za prisotnost HCV, toda ne v zadnjih 12 mesecih. 57 (29,39 %) se jih je za HCV testiralo v zadnjem letu. 98 (50,52 %) uporabnikov si je v zadnjem letu droge injiciralo, vendar se jih je v tem obdobju samo 30 (31 %) od njih testiralo za prisotnost HCV.

## Trendi

Trende moramo razlagati z veliko previdnostjo, saj smo januarja 2013 uvedli nov vprašalnik TDI 3.0. Vrsto let se je delež uporabnikov, ki so vstopali v program prvič in so uporabljali glavno drogo vsak dan, zmanjševal ( $R^2=0,7716$ ). V letu 2013 se je s 44 % (v 2012) zvišal na 56 %. Rahel dvig deleža tistih, ki so pred ponovnim sprejemom uporabljali drogo vsak dan, se je zgodil tudi v letu 2013. Po sedmih letih je bil v letu 2013 delež uporabnikov, ki so uporabljali drogo vsak dan, prvič večji tako ob prvem kot ob ponovnem vstopu (slika 5.7).

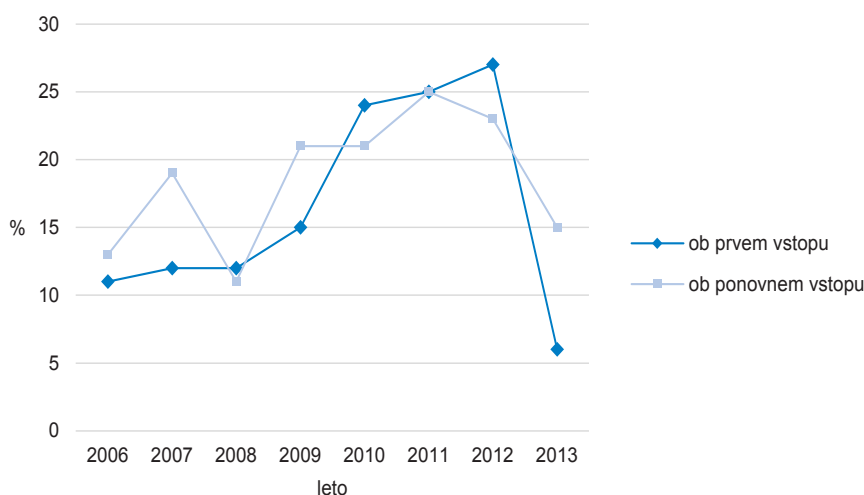


Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje

**Slika 5.7:** Delež uporabnikov, ki so ob prvem ali ponovnem vstopu v program uporabljali drogo vsakodnevno, 2006–2013

Glede na predhodna leta smo v letu 2013 zabeležili tudi znižanje deleža uporabnikov, ki ob prvem ali ponovnem vstopu v program zdravljenja že 30 dni niso uporabljali glavne droge (slika 5.8).

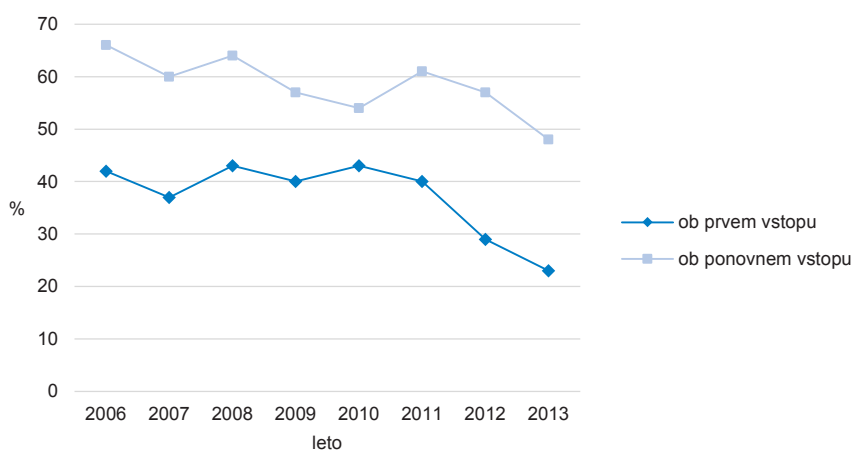




Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje

**Slika 5.8:** Delež uporabnikov, ki so vstopali v program prvič ali ponovno in v zadnjem mesecu niso uporabljali glavne droge, 2006–2013

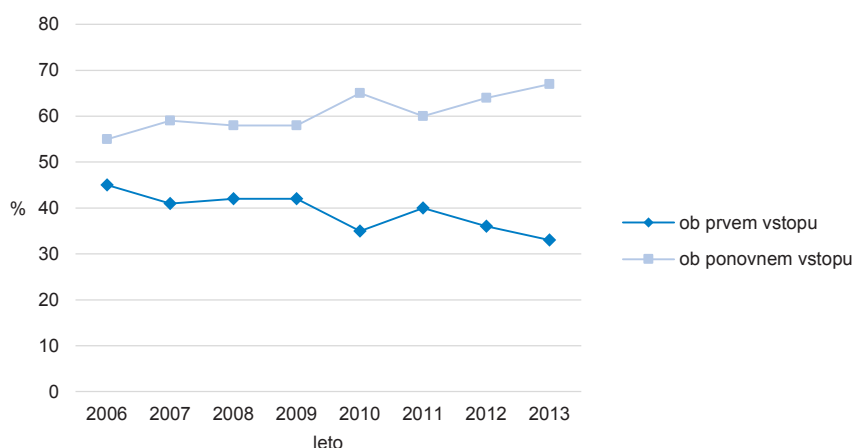
Delež uporabnikov, ki so ob prvem ( $R^2=0,8335$ ) ali ponovnem ( $R^2=0,612$ ) vstopu v program droge injicirali, se z leti počasi zmanjšuje (slika 5.9). To je z vidika delovanja zmanjševanja škode dober pokazatelj.



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje

**Slika 5.9:** Delež uporabnikov, ki so prvič ali ponovno vstopali v program in so injicirali droge, 2006–2013

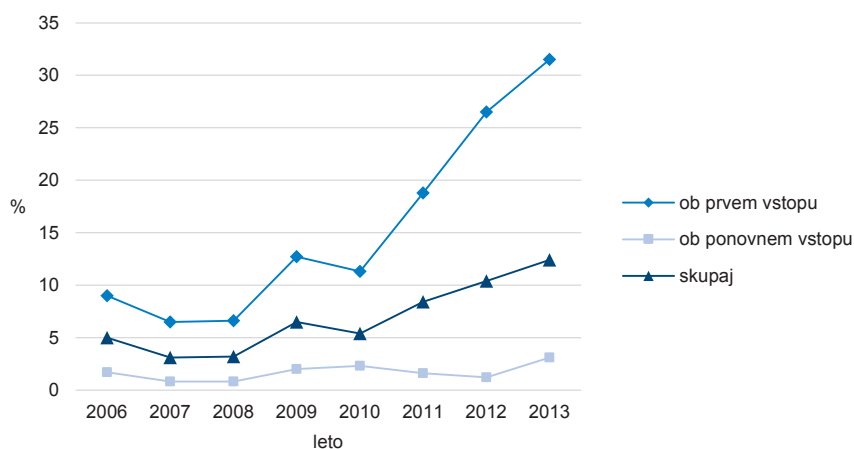
Leta 2008 se je začel povečevati tisti delež uporabnikov drog, ki so ponovno vstopali v programe zdravljenja, in je v letu 2013 dosegel 67 %. Delež tistih, ki so v program vstopili prvič, pa je v obdobju 2006–2013 padal ( $R^2=0,7446$ ) in je v letu 2013 dosegel 33 % (slika 5.10).



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje

**Slika 5.10:** Delež uporabnikov, ki so prvič ali ponovno vstopali v program zdravljenja, 2006–2013

V obdobju 2006-2013 je naraščal delež tistih uporabnikov drog, ki vstopajo v program zdravljenja zaradi posledic uporabe konoplje kot glavne droge. Ta pojav je viden predvsem med osebami, ki prvič vstopajo v program ( $R^2=0,828$ ), medtem ko se delež teh med osebami, ki ponovno vstopajo v program, povečuje počasneje (slika 5.11).



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje

**Slika 5.11:** Delež uporabnikov, ki so prvič in/ali ponovno vstopili v program zdravljenja zaradi konoplje kot glavne droge, 2006–2013

## Zaključek

V mrežo centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog je bilo v letu 2013 vključenih 4065 uporabnikov drog, vendar v zadnjih petih letih beležimo upadanje števila vključitev. 3261 uporabnikov drog je bilo vključenih v substitucijsko zdravljenje in več kot polovica jih je prejela metadon. Od leta 2008 se znižuje delež tistih, ki prejema metadon kot nadomestno zdravilo, in zvišuje delež tistih, ki prejema druga zdravila.

Tokrat prvič predstavljamo podatke, ki smo jih zbrali z vprašalnikom TDI 3.0. Po zbranih podatkih je v letu 2013 v program zdravljenja prvič in ponovno vstopilo 290 uporabnikov, kar je manj kot lani, ko jih je bilo

519. Verjetno je manjše število zabeleženih vstopov povezano z uvajanjem novega vprašalnika. Sicer pa je delež uporabnikov, ki v program zdravljenja vstopajo zaradi opioidov kot glavne droge, še vedno visok in med tistimi, ki v zdravljenje vstopajo prvič in ponovno, dosega 80 %. Med uporabniki opioidov večina uporablja heroin. Delež tistih, ki so si heroin injicirali in kadili, se je znižal, povečal pa delež tistih, ki so ga njuhali. Povečal se je delež uporabnikov drog, ki so vstopili v programe zaradi težav, povezanih z uporabo konoplje, in sicer predvsem med tistimi, ki v program zdravljenja vstopajo prvič. Za zdaj nismo zaznali povečevanja uporabe sintetičnih drog, kljub temu da beležimo porast njihove ponudbe. Opažamo pa majhen porast deleža uporabnikov, ki imajo težave zaradi uporabe sintetičnih opioidov. Delež uporabnikov, ki so se v letu 2013 testirali za okužbo s HIV in hepatitisom C, je tudi v letu 2013 premajhen.

Delež uporabnikov, ki vstopajo v program in si droge injicirajo, se z leti zmanjšuje, kar je dober pokazatelj kvalitetne mreže programov pomoči. Delež uporabnikov, ki vstopajo v programe zdravljenja in souporabljajo pribor za injiciranje drog, je relativno nizek, kar je posledica dobro razvitih programov zmanjševanja škode. Potrebovali bi še uvedbo programa varnih sob in predpisovanja heroina na recept, kar bi dodatno zmanjšalo delež oseb, ki souporabljajo pribor, znižalo delež okuženih in tudi zmanjšalo število umrlih.

Med uporabniki drog, vključenimi v program zdravljenja, postaja vse bolj pereč problem brezdomstvo. Brezdomstvo je povezano s pojavom staranja populacije uporabnikov drog, ki ima za posledico večje socialne stiske in tudi pogostejše obolenje za akutnimi in kroničnimi obolenji.

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

Razširjenost okužb s HIV, z virusom hepatitisa C (HCV) in virusom hepatitisa B (HBV) se spremlja z zbiranjem podatkov o prostovoljnih diagnostičnih testih za ugotavljanje okužb s HIV, HCV in HBV med injicirajočimi uporabniki drog, ki prvič ali ponovno vstopajo v program zdravljenja v nacionalni mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki pokriva celotno državo. Poleg tega se za namene nadzora nad okužbami s HIV izvaja tudi nevezano anonimno testiranje med injicirajočimi uporabniki drog, ki prvič zaprosijo za zdravljenje. Poleg tega Nacionalni inštitut za javno zdravje zbira podatke o odkritih primerih okužb s HIV, HBV in HCV, ki vključujejo tudi podatke o načinu prenosa. Vse diagnoze okužb z omenjenimi virusi je treba prijaviti skladno z Zakonom o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06). V vzorcih sline, zbranih med injicirajočimi uporabniki drog v okviru anonimnega nevezanega testiranja za namene nadzora nad okužbami s HIV, v letu 2013 glede na protitelesa HIV ni bilo pozitivnega vzorca, dva primera diagnosticiranih okužb s HIV z zgodovino injicirajoče uporabe drog pa sta bila prijavljena Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje. Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B med zaupno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so bili na zdravljenju v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, je v letu 2013 znašala 5,6 %, razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C pa 32,1 %. Delež okuženih z virusom hepatitisa B je bil glede na gibanje deležev v zadnjem petletnem obdobju (2009–2013) najvišji v letu 2011, delež okuženih z virusom hepatitisa C pa je bil najvišji v letu 2013.

V urgentne internistične ambulante so napoteni tisti zastrupljeni s prepovedanimi drogami, ki potrebujejo vsaj nekajurno zdravljenje in/ali sprejem v bolnišnico. Urgentne internistične ambulante v Ljubljani, ki so namenjene približno 600.000 prebivalcem osrednje Slovenije, so v letu 2013 obravnavale 83 bolnikov zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami, od tega se jih je 46 zastrupilo s kombinacijo več drog in/ali etanola. Zastrupljeni s prepovedanimi drogami so bili v večini moški, njihova povprečna starost pa je bila 30 let. V zadnjih treh letih je poraslo število zastrupitev s fenetilamini in s konopljo. V letu 2013 je ponovno začelo naraščati tudi število zastrupitev s heroinom, najpogostejša pa je bila zastrupitev z GHB.

Smrti, povezane z uporabo prepovedanih drog, se v Sloveniji spremljajo skladno s priporočili Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, in sicer od leta 2003 naprej. Spremljajo se podatki o neposrednih smrtih – to so smrti tistih ljudi, ki so umrli zaradi neposrednega delovanja prepovedanih drog v telesu. Ti podatki, torej osnovni vzrok smrti, se pridobivajo iz Zbirke podatkov o umrlih, ki jo vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje. Poleg tega se s kohortno analizo spremljajo podatki o posrednih smrtih. To so podatki o tistih osebah, ki so umrle zaradi posrednega vpliva prepovedanih drog na zdravje, torej pri katerih je bilo delovanje drog pridružen vzrok smrti. V letu 2013 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih registriranih 28 smrti zaradi zastrupitev z drogami, od tega je bilo 20 moških in 8 žensk. Povprečna starost moških je ob smrti znašala 36,3 leta, povprečna starost žensk pa 39,3 leta. Heroin je bil najpogostejši vzrok smrtne zastrupitve, sledi metadon. Desetletna analiza podatkov o zdravljenih uporabnikih drog, vključenih v kohorto, je pokazala, da je delež umrlih med njimi v povprečju skoraj trikrat višji kot pri drugih enako starih prebivalcih Slovenije.

## 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). Ker se okužbe s HIV in s HBV ter v veliko manjši meri tudi okužbe s HCV prenašajo s spolnimi odnosi, se lahko med nezaščiteni spolni odnosi okužba prenese na partnerje IUD, prav tako pa obstaja možnost širjenja okužbe med spolno aktivnim splošnim prebivalstvom, ki ne uporablja prepovedanih drog intravenozno. Vse tri okužbe se prenašajo tudi vertikalno (z matere na otroka), poleg tega pa pomenijo tveganje za prenos v zdravstvu (okužbe, povezane z zdravstvom, če se ne upošteva varnostnih ukrepov). Okužbe s hepatitisom B lahko preprečimo s cepljenjem. V nasprotju s tem pa cepiva proti okužbam s HIV in HCV verjetno tudi v bližnji prihodnosti še ne bo. Zato preventivni ukrepi večinoma temeljijo na preprečevanju tvegane vedenja in spodbujanju sprememb v vedenju.

V nadaljevanju predstavljamo razpoložljive podatke o okužbah s HIV, HBV in HCV med IUD v Sloveniji za obdobje od 2009 do 2013.

### Metode

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

Poleg tega Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) zbira podatke o odkritih primerih okužb s HIV, HBV in HCV, ki vključujejo tudi podatke o načinu prenosa. Vse diagnoze okužb z omenjenimi virusi je treba skladno z Zakonom o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06) sporočiti NIJZ. Skoraj vse prijave odkritih primerov okužbe s HIV vsebujejo tudi podatke o načinu prenosa. Nasprotno pa so ti podatki (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. 2014; NIJZ 2014).

### Okužbe z virusom HIV

Glede na razpoložljive podatke epidemiološkega spremljanja okužb se obsežnejše širjenje okužbe s HIV med IUD v Sloveniji še ni začelo.

V obdobju 2009–2013 je razširjenost HIV med prostovoljno zaupno testiranimi IUD, ki so prvič ali ponovno vstopali na zdravljenje znotraj mreže CPZOPD, nihala med najvišjo 1,9 % v letu 2011 in najnižjo 0 % v letu 2012 ter je v letu 2013 znašala 1,4 %. Med 885 vzorci slin, ki so bili zbrani v istem obdobju za nevezano anonimno testiranje za epidemiološka spremljanja na treh ali štirih mestih vzorčenja, so bili glede na protitelesa proti HIV pozitivni le trije vzorci (leta 2010, 2011 in 2012) (tabela 6.1).

Tabela 6.1: Delež okuženih s HIV med injicirajočimi uporabniki drog, 2009–2013

Leto	Število mest vzorčenja	Število testiranih ljudi		Število okuženih z virusom HIV		% okuženih z virusom HIV		
		Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske	
IUD	2009	3	127	32	0	0	0	0
	2010	4	179	74	1	0	0,6	0
	2011	4	136	50	1	0	0,7	0
	2012	4	132	41	1	0	0,8	0
	2013	3	84	30	0	0	0	0

Vir: Nevezano anonimno testiranje za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, 2009–2013

V obdobju zadnjih petih let (2009–2013) so bili diagnosticirani in prijavljeni NIJZ trije primeri okužbe s HIV z zgodovino IUD, in sicer en primer v letu 2012 in dva primera v letu 2013. Pred tem je bila zadnja okužba s HIV pri IUD diagnosticirana in prijavljena na NIJZ 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 16 novih okužb s HIV med IUD. Večina med njimi je injicirala prepovedane droge v tujini.

V Evropi najnovejši podatki kažejo, da bi se dolgoročni upad števila novih diagnoz okužbe z virusom HIV lahko prekinil zaradi izbruhov med injicirajočimi uporabniki drog v Grčiji in Romuniji. V drugih državah, kot sta Španija in Portugalska, ki so v preteklosti imele obdobja z visokimi ravnmi okužbe, trendi v zvezi z ravno na novo sporočenih diagnoz še naprej upadajo. Razmere pa so manj pozitivne v Estoniji, kjer raven novih diagnoz ostaja visoka, in v Latviji, kjer se letne ravni od leta 2009 zvišujejo. V letu 2012 je bila povprečna stopnja sporočenih novih diagnoz okužbe z virusom HIV, ki se pripisujejo uporabi drog z vbizgavanjem, 3,09 primera na milijon prebivalcev (EMCDDA 2014).

## HBV

Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV; anti-HBc) med prostovoljno zaupno testiranimi IUD, ki so prvič ali ponovno vstopali na zdravljenje v CPZOPD, je v letu 2013 znašala 5,6 %. V obdobju 2009–2013 se je delež okuženih gibal med najvišjim 8,1 % v letu 2011 in najnižjim 2 % v letu 2012.

Stopnja pojavnosti akutne in kronične okužbe s HBV med slovenskim prebivalstvom je leta 2013 znašala 2,5 na 100.000 prebivalcev. V obdobju 2009–2013 je stopnja pojavnosti nihala med najvišjo 3,4 na 100.000 prebivalcev v letu 2011 in najnižjo 2 na 100.000 prebivalcev v letu 2010. Zaradi nezadostnega prepoznavanja okužb in nepopolnega prijavljanja prepoznanih primerov podatki o stopnjah pojavnosti okužbe s HBV močno podcenjujejo breme te okužbe.

V Evropi injicirajoči uporabniki drog predstavljajo 9 % vseh hepatitisov B in 21 % akutnih diagnoz (EMCDDA 2014).

## HCV

Razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) med prostovoljno zaupno testiranimi IUD, ki so prvič ali ponovno vstopali na zdravljenje v CPZOPD, je v letu 2013 znašala 32,1 %. V obdobju 2009–2013 se je delež okuženih gibal med najvišjim 32,1 % v letu 2013 in najnižjim 21,5 % v letu 2010.

Stopnja pojavnosti akutne in kronične okužbe s HCV med slovenskim prebivalstvom je leta 2013 znašala 4,3 na 100.000 prebivalcev. V obdobju 2009–2013 se je stopnja pojavnosti gibala med najvišjo 5,4 na 100.000 prebivalcev v letu 2009 in najnižjo 4,2 na 100.000 prebivalcev v letu 2010. Zaradi nezadostnega prepoznavanja okužb in nepopolnega prijavljanja prepoznanih primerov podatki o stopnjah pojavnosti močno podcenjujejo breme te okužbe.

Virusni hepatitis in zlasti okužbe, ki jih povzroča virus hepatitisa C (HCV), so zelo razširjeni med injicirajočimi uporabniki drog v vsej Evropi. Ravni protiteles HCV v nacionalnih vzorcih injicirajočih uporabnikov drog so se v letih 2011 in 2012 gibale od 19 % do 84 %. Sedem od enajstih držav z nacionalnimi podatki je poročalo o ravni razširjenosti, ki je višja od 50 % (Portugalska, Latvija, Grčija, Norveška, Ciper, Avstrija, Turčija) (EMCDDA 2014).

## Razprava

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

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

doc. dr. Miran Brvar

Urgentne internistične ambulante v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani so namenjene približno 600.000 prebivalcem osrednje Slovenije. Leta 2013 smo v njih opravili 23.334 pregledov bolnikov. V nadaljevanju prispevka bomo podali statistiko tistih obravnavanih bolnikov, ki so bili pregledani in zdravljeni zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami.

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

## Metoda

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

## Zastrupitve s prepovedanimi drogami

S pomočjo računalniškega sistema in vpisanih šifer glavnih diagnoz glede na šifrant MKB-10 ter s pregledom zdravstvene dokumentacije z nešifriranimi napotnimi in odpustnimi diagnozami vseh bolnikov, ki so bili ročno vpisani v knjigo pregledanih bolnikov v letu 2013, smo ugotovili, da je bilo v ljubljanskih urgentnih internističnih ambulantah zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami obravnavanih 83 bolnikov (tabela 6.2), kar je skoraj dvakrat več kot prejšnja leta. Leta 2010 je bilo takšnih bolnikov namreč le 51, leta 2011 43 in leta 2012 47. Število zastrupljencev s prepovedanimi drogami je leta 2013 tako predstavljalo 0,36 % vseh bolnikov v urgentnih internističnih ambulantah, leta 2010, 2011 in 2012 pa je bilo takšnih bolnikov 0,24 %, 0,19 % in 0,20 %. Povprečna starost vseh zastrupljencev s prepovedanimi drogami je bila leta 2013 okoli 30 let in 75 % zastrupljencev s prepovedanimi drogami je bilo moških. Podobno je bilo tudi prejšnja tri leta.

Z analizo vseh opisnih diagnoz smo ugotovili tudi kombinirane zastrupitve, torej zastrupitve s kombinacijo znanih drog in takšnih, ki jih glede na šifre MKB-10 še ni mogoče šifrirati (tabela 6.2). Število vseh prepovedanih drog, ki so jih zastrupljenci uporabili od leta 2010 do leta 2013, je predstavljeno v tabeli 6.3. V njej so med fenetilamine uvrščeni ekstazi, spid, mefedron, 3-MMC in 2-CI (2013). Posamezni bolnik je lahko vzel dva ali več različnih fenetilaminov, npr. ekstazi in mefedron.



**Tabela 6.2:** Število zastrupljencev s prepovedanimi drogami, ki so bili obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010–2013

Prepovedane droge in njihove kombinacije	Št. bolnikov l. 2010 (n = 51)	Št. bolnikov l. 2011 (n = 43)	Št. bolnikov l. 2012 (n = 47)	Št. bolnikov l. 2013 (n = 83)
Heroin	25	5	4	6
Heroin + etanol	2	3	1	3
Heroin + fenetilamin	1	0	0	0
Heroin + kokain	6	2	0	2
Heroin + kokain + etanol	1	0	1	0
Heroin + konoplja	0	0	0	1
Heroin + konoplja + etanol	0	0	1	0
Heroin + kokain + konoplja	0	0	1	1
Kokain	5	6	5	3
Kokain + etanol	0	0	3	1
Kokain + fenetilamin + konoplja	0	0	0	2
Kokain + fenetilamin + konoplja + etanol	0	1	1	0
Kokain + fenetilamin + fenetilamin + etanol	0	1	1	0
Kokain + konoplja	0	0	0	2
Kokain + konoplja + metadon	0	1	0	0
Fenetilamin	1	1	1	3
Fenetilamin + fenetilamin	1	0	1	2
Fenetilamin + etanol	1	6	3	4
Fenetilamin + fenetilamin + etanol	0	2	0	1
fenetilamin + konoplja	0	1	0	1
fenetilamin + fenetilamin + fenetilamin + konoplja	0	1	0	0
fenetilamin + konoplja + etanol	0	0	0	1
LSD	0	0	0	1
LSD + konoplja	0	0	1	0
GHB	1	1	1	10
GHB + fenetilamin	1	0	1	0
GHB + kokain	0	0	0	1
GHB + kokain + heroin	0	0	0	1
GHB + etanol	0	1	0	11
GHB + konoplja + etanol	0	0	0	3
GHB + kokain + etanol	0	0	0	0
GHB + fenetilamin + etanol	0	0	0	1
GHB + fenetilamin + konoplja + etanol	0	0	1	0
GHB + fenetilamin + fenetilamin + konoplja + etanol	0	0	1	0
GBL	0	0	0	2
GBL + etanol	0	0	1	0
1,4 BD	0	0	0	1
1,4 BD + etanol	0	0	0	1
Konoplja	6	11	7	11
Konoplja + etanol	0	1	9	5
Psilocibin	0	0	1	0
Ibogain	0	0	1	0
Neznana droga	0	0	0	2

Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, interne baze podatkov

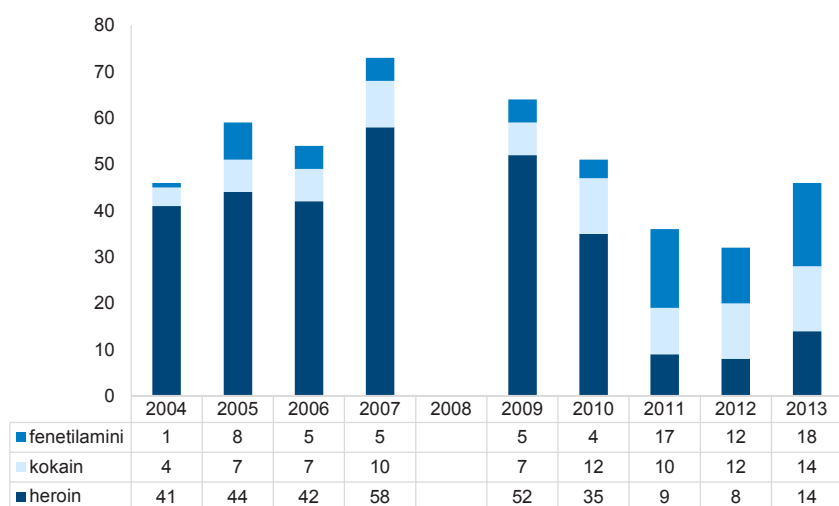
**Tabela 6.3:** Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljeni, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010–2013

Prepovedane droge	Število drog l. 2010 (n = 61)	Število drog l. 2011 (n = 55)	Število drog l. 2012 (n = 61)	Število drog l. 2013 (n = 107)
Heroin	35	9	8	14
Kokain	12	10	12	14
Fenetilamini	6	18	12	18
Triptamini	0	0	1	1
GHB, GBL, BD	2	2	5	31
Konoplja	6	16	23	27
Ibogain	0	0	1	0
Neznana droga	0	0	0	2

Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, interne baze podatkov

Število uporabljenih drog v tabeli 6.3 je pričakovano večje od števila bolnikov, zastrupljenih z drogami v tabeli 6.2, saj uživalci pogosto vzamejo več različnih drog in tudi etanol. Leta 2013 je tako le 37 zastrupljenec (45 %) vzelo samo eno drogo, vsi ostali pa so vzeli več drog ali so poleg droge pili še etanol. 25 zastrupljenec (30 %) je tako hkrati užilo drogo in etanol, 21 zastrupljenec (25 %) pa je vzelo dve in več drog in od teh jih je 6 popilo tudi etanol. Podobno je bilo v prejšnjih treh letih, ko se je s kombinacijo več drog zastrupilo več kot polovica zastrupljenec (tabela 6.2).

Pogostnost zastrupitev s prepovedanimi drogami v UKCL spremljamo že vrsto let. Na sliki 6.1 je prikazano število zastrupljenec s heroinom, kokainom in fenetilamini v zadnjem desetletju.



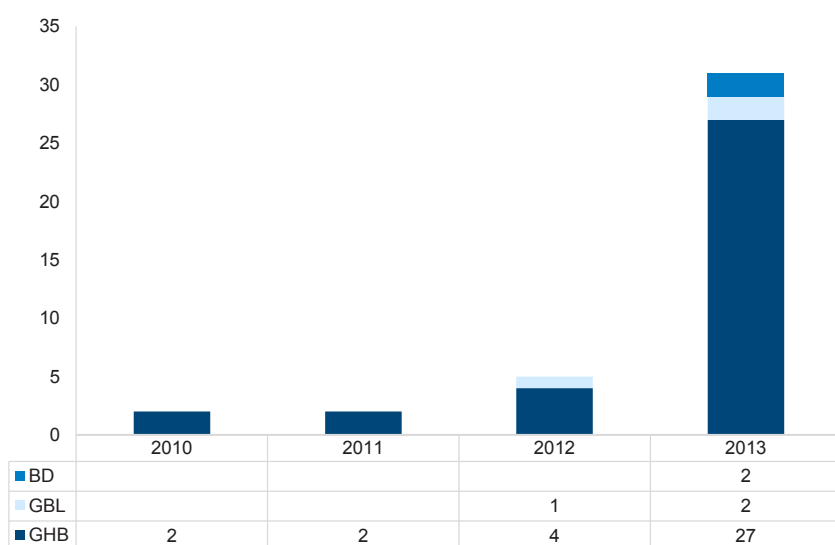
Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, interne baze podatkov

**Slika 6.1:** Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljeni, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2004–2013

Na sliki 6.1 vidimo, da je število zastrupitev s heroinom od leta 2007 do leta 2012 postopno upadalo, v letu 2013 pa so zastrupitve s heroinom pričele ponovno nepričakovano naraščati (slika 6.1). Med bolniki, ki so se zastrupili samo s heroinom, je bilo leta 2013 75 % moških, njihova povprečna starost je bila 37 let, kar je približno 10 let več kot v letih 2011 in 2012. Vzrok za porast števila zastrupitev s heroinom in višjo starost zastrupljenec s heroinom ni znan. Število zastrupitev s kokainom je bilo v letih od 2010 do 2013 podobno.

Zanimivo je, da smo leta 2010 ugotovili veliko zastrupitev s heroinom in kokainom hkrati, leta 2011 in 2012 je bil takšen le en primer, leta 2013 pa dva.

V zadnjih treh letih desetletnega spremljanja zastrupitev z drogami v urgentnih internističnih ambulantah v Ljubljani je poraslo število primerov zastrupitve s fenetilamini, npr. ekstazijem, amfetamin, katinoni. V letu 2013 je bilo število zastrupljenцев s fenetilamini največje v zadnjih 10 letih. V zadnjih treh letih stalno narašča tudi število zastrupitev s konopljo, leta 2012 je bila to celo najpogostejša droga, ki smo jo ugotovili pri zastrupljenćih v urgentnih internističnih ambulantah. V letu 2013 pa je nepričakovano postala najpogostejša zastrupitev z GHB, saj smo leta 2013 zdravili kar 27 zastrupljenćev z GHB in še po 2 zastrupljenća z GBL in BD (slika 6.2). Povprečna starost zastrupljenćev z GHB je bila 28 let in 84 % teh zastrupljenćev je bilo moškega spola. 88 % zastrupljenćev z GHB je bilo ob pregledu v ambulanti komatoznih (21) ali somnolentnih (6).



Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, interne baze podatkov

**Slika 6.2:** Število zastrupljenćev z GHB, GBL in BD v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010–2013

## Zaključek

Zaključimo lahko, da so urgentni pregledi zastrupljenćev s prepovedanimi drogami predstavljali vsaj 0,35 % vseh pregledanih bolnikov v internističnih ambulantah v Ljubljani v letu 2013, kar je skoraj dvakrat več kot prejšnja leta. V letu 2013 smo opazili ponoven porast zastrupitev s heroinom, nadaljevanje naraščanja števila zastrupitev s konopljo in izrazito več zastrupitev z GHB. Število zastrupitev s kokainom in fenetilamini (ekstazi, amfetamin, katinoni itn.) pa se glede na prejšnja leta ni bistveno spremenilo.

## 6.3 Smrti zaradi drog in umrljivost med uporabniki drog

prim. dr. Jožica Šelb Šemerl

### Metoda

Smrti, povezane z uporabo drog, v Sloveniji spremljamo skladno s priporočili EMCDDA od leta 2003 naprej. Spremljamo podatke o:

- neposrednih smrtih, to so smrti uporabnikov drog, ki so umrli zaradi smrtne zastrupitve s prepovedanimi drogami. Zastrupitev je lahko namerna (samomor), nenamerna (predoziranje) ali namen smrti ni znan oz. ni bil ugotovljen (neznan namen). Ena od naštetih vrst zastrupitve je osnovni vzrok smrti. Osnovni vzroki smrti so zbrani v Zbirki podatkov o umrlih NIJZ 46: Zdravniško poročilo o umrli osebi.
- posrednih smrtih, to so smrti uporabnikov drog, pri katerih osnovni vzrok smrti ni nobena od zgoraj opisanih vrst zastrupitev, ampak katerakoli bolezen ali drugo stanje, ki je povzročilo smrt. Pri njih je delovanje drog pridružen vzrok smrti; v Sloveniji te podatke pridobivamo na podlagi kohortne raziskave, do leta 2007 smo jih pridobivali tudi iz specialnega registra.

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<sup>12</sup>. Smrti so obravnavane po osnovnih epidemioloških kazalnikih<sup>13</sup>, stopnje umrljivosti so računane na 1000 ali 100.000 opazovanih let (osebe/leto) pripadajoče populacijske skupine. Pri desetletnih izračunih so uporabljeni prebivalci leta 2009, pomnoženi z deset. Za standardizirane stopnje umrljivosti so uporabljeni slovenski prebivalci in število umrlih v Sloveniji v letu 2007 in stara evropska standardna populacija. Zaradi iz leta v leto zelo spremenljivega števila umrlih uporabnikov drog v posamezni regiji smo primerjavo med regijami računali iz desetletnega števila umrlih v posamezni regiji na desetkratnik števila prebivalcev, starih 15–65 let. Stopnje so v tem primeru računane na 100.000 prebivalcev.

### Neposredne smrti

V letu 2013 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih registriranih 28 smrti zaradi zastrupitev z drogami (tabela 6.4). Med njimi je bilo 20 moških in 8 žensk, moški so bili ob smrti povprečno stari 36,3 in ženske 39,3 leta; največ umrlih je bilo starih od 30 do 34 let. Najmlajša umrla ženska je imela 26 let in najmlajši umrli moški skoraj 29 let. Od vseh umrlih je bilo 4/5 neporočenih, dve osebi sta bili ločeni, dve ovdoveli, ena poročena. Med 28 neposrednimi zastrupitvami je bilo 20 toksikološko dokazanih. Število umrlih v letu 2013 je bilo na spodnji meji intervala zaupanja povprečja zadnjih desetih let.

<sup>12</sup> Ta obrazec vsebuje dodatne podatke o smrti in umrlem.

<sup>13</sup> Med osnovne epidemiološke kazalnike štejemo: število umrlih, specifično stopnjo umrljivosti, starostno standardizirane stopnje umrljivosti (SSSU), mediano starosti umrlih ter število let prezgodnje umrljivosti (YPLL).

**Tabela 6.4:** Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po zunanjem vzroku in vrsti uporabljene droge, 2013

Zunanji vzrok / Vrsta droge	Odvisnost	Nenamerno zastrupitve	Neugotovljen namen	Skupaj
Odvisnost od opioidov	4	0	0	4
Odvisnost od več drog	1	0	0	1
Heroin	0	9	4	13
Drugi opioidi	0	1	0	1
Metadon	0	7	0	7
Kokain	0	1	1	2
<b>Skupaj</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>28</b>

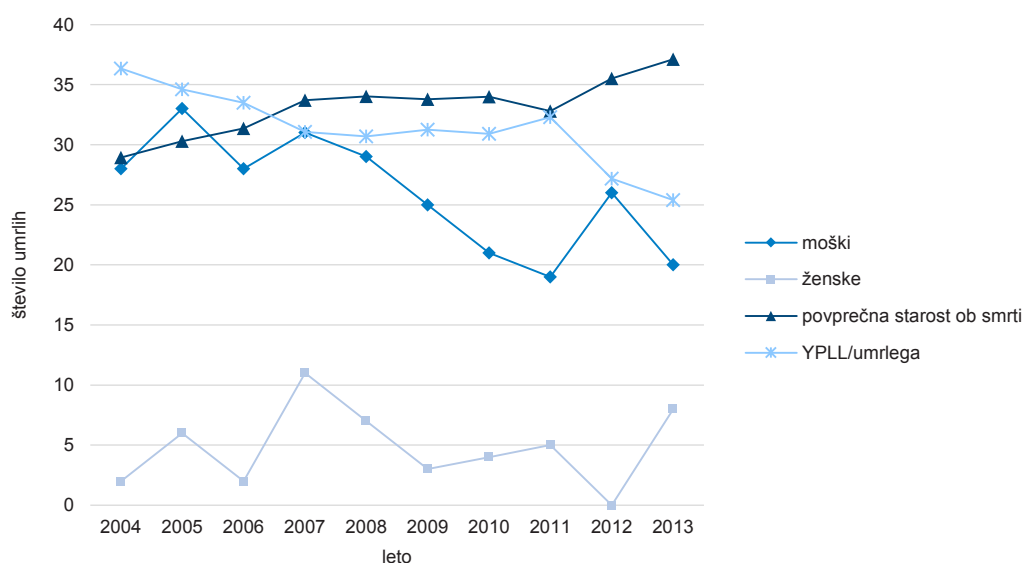
Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46

V letu 2013 je skoraj polovico smrtnih zastrupitev povzročil heroin, sedem smrti metadon, dve kokain, štiri smrti so nastopile med opioidnimi odvisniki, smrt enega odvisnika je povzročilo več drog.

V letu 2013 je bilo skoraj dve tretjini zastrupitev nenamernih, za preostalo tretjino ni bilo ugotovljeno, ali je bila zastrupitev namerna (samomor) ali nenamerna (predoziranje).

### Gibanje števila smrti in umrljivosti uporabnikov prepovedanih drog v obdobju 2004–2013

V obdobju 2004–2013 je bilo število neposrednih smrti (namernih, nenamernih ali neznanega namena) zaradi predoziranja z drogami petkrat višje med moškimi kot med ženskami (slika 6.3), medtem ko so bile na starost standardizirane stopnje umrljivosti moških v posameznih letih od 2- do 12-krat višje kot pri ženskah. Število smrti se je od leta 2007 do 2011 zmanjševalo, a v letu 2012 zvišalo med moškimi in v letu 2013 med ženskami, toda v obeh primerih ne izven intervala zaupanja desetletnega povprečja. Na starost standardizirane stopnje umrljivosti so značilno padale med moškimi ( $R^2 = 0,6062$ ), med ženskami pa ne.

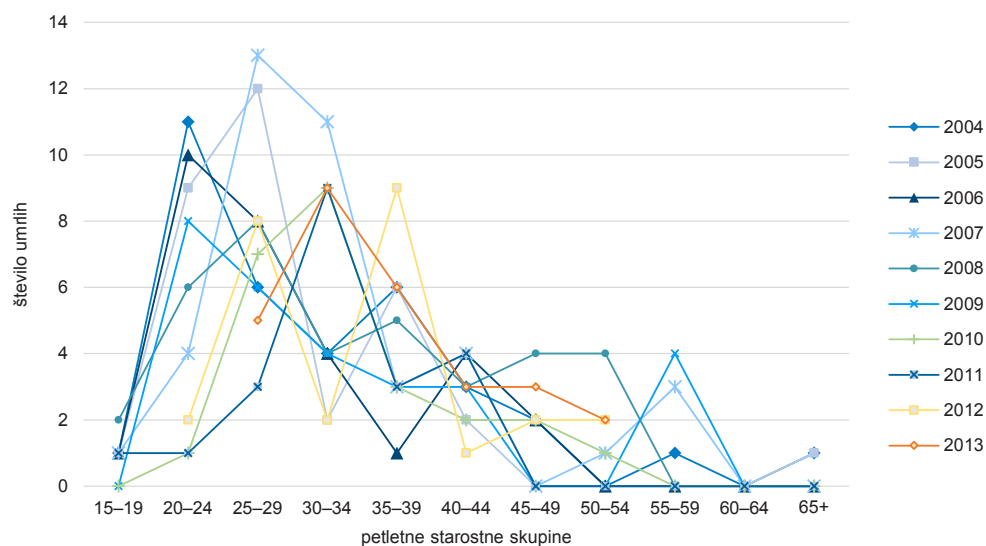


YPLL - izgubljena leta potencialnega življenja

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46

**Slika 6.3:** Gibanje števila umrlih po spolu, 2004–2013

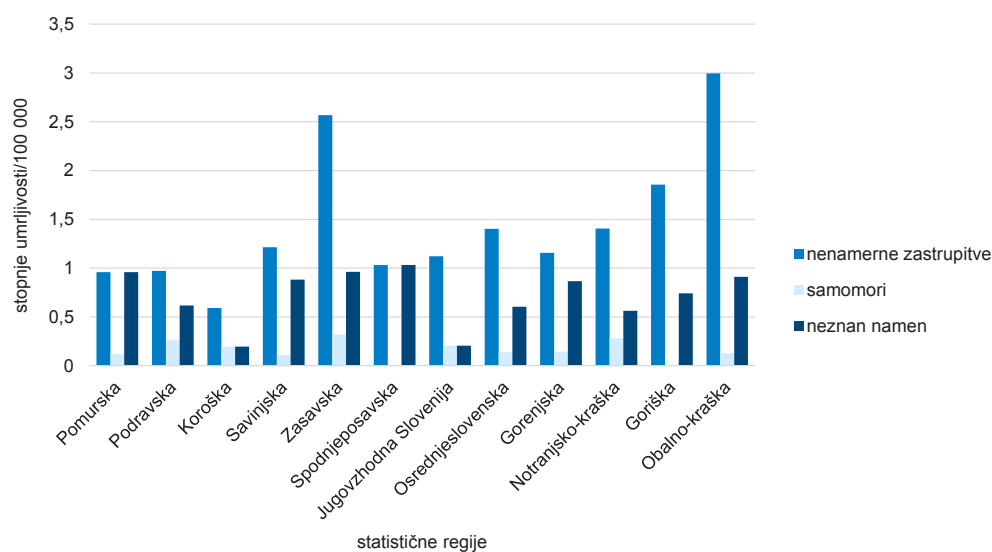
V obdobju zadnjih desetih let, odkar vzroke neposrednih smrti uporabnikov prepovedanih drog zbiramo po metodologiji EMCDDA, je število izgubljenih let potencialnega življenja (YPLL<sup>14</sup>), ki je skupni kazalnik števila umrlih in starosti ob smrti, padalo zaradi višanja mediane starosti ob smrti in nižanja števila umrlih (slika 6.3). Povečevanje mediane starosti ob smrti in padec YPLL kažeta na to, da odvisniki umirajo vse starejši.



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46

**Slika 6.4:** Gibanje števila neposrednih smrti zaradi uporabe drog med prebivalci, starimi 15–64 let, po petletnih starostnih skupinah, 2004–2013

Število umrlih v eni starostni skupini je bilo najvišje leta 2007, in sicer v skupini 25–29 let (slika 6.4). V naslednjih letih se je to število nižalo in premikalo proti starejšim starostnim skupinam. Tako je bilo v letu 2012 največ umrlih v starostni skupini 35–39 let, v letu 2013 pa v skupini 30–34 let.

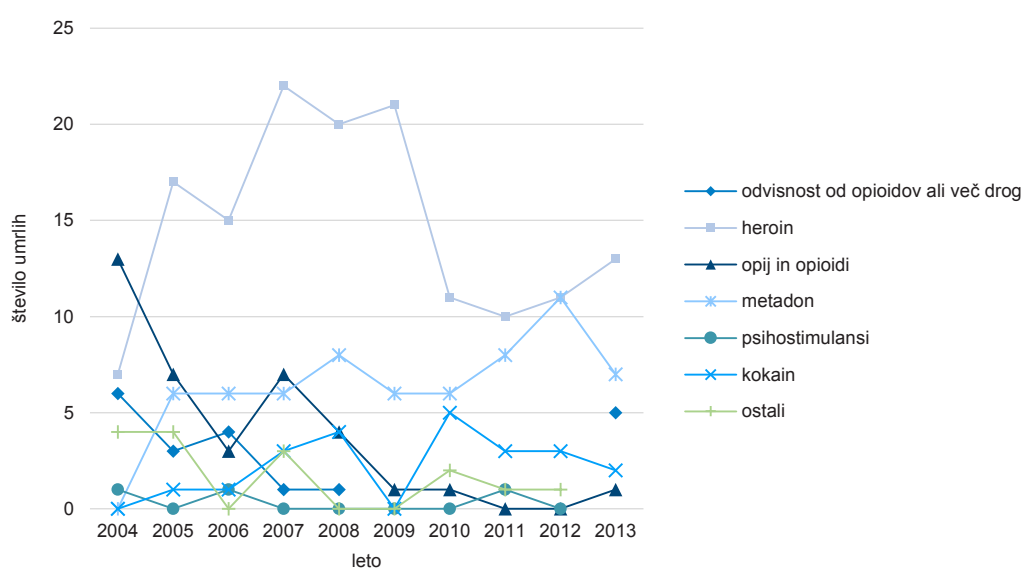


Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46

**Slika 6.5:** Desetletne stopnje neposrednih zastrupitev s prepovedanimi drogami, prebivalcev starih 15–64 let, po regijah, 2004–2013

<sup>14</sup> Years of potential life lost.

Stopnje umrljivosti zaradi neposrednih zastrupitev uporabnikov drog so bile najvišje v obalno-kraški in zasavski regiji, in sicer za tri oziroma nekaj manj kot tri umrle več na 100.000 prebivalcev kot na Koroškem, kjer so bile stopnje umrljivosti najnižje (slika 6.5). V vseh regijah je bilo več smrti zaradi nenamernih zastrupitev z drogami kot zaradi samomorov ali zastrupitev neznanega namena. Jasno sliko o umrljivosti zaradi namernih in nenamernih zastrupitev je onemogočilo veliko število smrti, katerih namen ni bil ugotovljen, se je pa v letih 2012 in 2013 število takšnih smrti znatno zmanjšalo. Na podlagi omenjenega zmanjšanja in velikega povečanja smrti zaradi akutnih nenamernih zastrupitev lahko sklepamo, da je tudi v prejšnjih letih delež akutnih nenamernih zastrupitev s prepovedanimi drogami prevladoval nad samomori. Za potrditev te teze bo treba nenamerne akutne zastrupitve in samomore ter akutne zastrupitve nedoločenega namena opazovati še nekaj let ali izpeljati raziskavo in pretekle podatke dopolniti z informacijami iz obdukcijskih oziroma zaključenih spisov posameznih primerov.



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46

Slika 6.6: Gibanje števila smrtnih zastrupitev z drogami – namernih, nenamernih in nedoločenega namena – po vrsti droge, 2004–2013

Število smrtnih zastrupitev s heroinom je bilo vse obdobje 2004–2013 najvišje, le v letu 2012 se je izenačilo s številom smrti zaradi metadona (slika 6.6). Število smrti zaradi metadona, ki je drugi najpogostejši vzrok zastrupitev in narašča od leta 2010, je v letu 2013 nekoliko padlo. Število smrti zaradi kokaina se od leta 2007 giblje med 3 in 5, razen v letu 2009, ko takšnih smrti ni bilo. Zastrupitev z opijem ali opioidi v zadnjih dveh letih ni bilo, smrti zaradi drugih drog se skozi leta pojavljajo občasno. V letu 2013 so se zopet pojavile smrti zaradi odvisnosti od opioidov ali več drog, pri čemer pa najpomembnejša droga, ki je povzročila smrt, ni bila definirana.

### Zaključek

V letu 2013 je v Sloveniji zaradi zastrupitev z drogami umrlo 28 ljudi, od tega je bila večina moških. Največ umrlih je bilo starih od 30 do 34 let. Število smrti v letu 2013 ni bistveno odstopalo od števila smrti v zadnjih letih. Heroin je še naprej tista prepovedana droga, ki povzroča največ smrti, sledi mu metadon. Med regijami obstajajo precejšnje razlike v stopnjah umrljivosti, najbolj ogroženi sta obalno-kraška in zasavska regija. Kazalnika mediana starosti ob smrti in število izgubljenih let potencialnega življenja nakazujeta, da

se je v obdobju 2004–2013 starost ob smrti uporabnikov drog zviševala. V zadnjih letih se izboljšuje tudi kakovost podatkov, saj vedno več podatkov o vzrokih smrti dajejo obducenti. S tem je verjetno povezano tudi zvišanje števila smrti zaradi nenamernih zastrupitev na račun smrti, katerih namen ni bil ugotovljen. Slovenija se s stopnjami neposredne umrljivosti zaradi prepovedanih drog uvršča na mejo med prvo in drugo tretjino tridesetih držav, ki sporočajo podatke EMCDDA.

## Kohortna raziskava: Desetletno spremljanje zdravljenih uporabnikov drog

prim. dr. Jožica Šelb Šemerl

### Metode dela

Podatki o pogojih, pod katerimi so bili zdravljeni uporabniki drog vključeni v kohorto, in metodah računanja rezultatov so bili objavljeni že v predhodnih Nacionalnih poročilih v prispevkih o ključnem indikatorju »Smrti, povezane z uporabo drog, in umrljivost med uporabniki drog v Sloveniji« (Drev in sod. 2011:86). Prav tako so bile predstavljene razlike v demografskih, socialnih in ostalih dejavnikih, ki se spremljajo na obrazcu Evidenca obravnave uživalcev drog (Šelb Šemerl v Drev in sod. 2012:101). Zato smo tokrat v kohorto 2004–2006, ki smo jo spremljali do leta 2011, samo dodali podatke umrlih članov kohorte v letih 2012 in 2013.

Na enak način, kot sta bila računana starostno standardizirana stopnja umrljivosti in razmerje umrljivosti za vse člane kohorte in za tiste, ki so kot vzrok za vstop v zdravljenje navedli zlorabo opioidov, smo računali oba kazalnika tudi za skupine vzrokov smrti. Stopnje umrljivosti v kohorti smo računali za osebe, stare 15–59 let, in jih primerjali s stopnjami umrljivosti moških in žensk v Sloveniji v letu 2008, ki je srednje leto opazovanja v kohorti. Na starost standardizirane stopnje umrljivosti (na staro evropsko standardno populacijo in umrljivost v Sloveniji v letu 2007) in specifične na 1000, so računane z imenovalcem osebe leta (PY<sup>15</sup>). Kumulativna umrljivost za posamezna leta je izračunana iz števila umrlih v predhodnih letih na 1000 let sledenja do definiranega leta. Izgubljena leta potencialnega življenja (YPLL<sup>16</sup>) so računana do 65. leta in so prikazana za vso opazovano obdobje ter računana na enega umrlega. Pri gibanju kazalnikov umrljivosti smo se osredotočili na primerjavo gibanja oblik krivulj, zato smo na sliki 6.7, pri povprečni starosti ob smrti prikazali desetino realne vrednosti.

V opazovano skupino smo vključili prvič zdravljenе in stare kliente. Med prvič zdravljenе smo šteli tiste, ki so bil v letih vstopanja v kohorto, to je od 2004 do 2006, na zdravljenju prvič, med stare kliente smo šteli tiste, ki so se že zdravili, a so zdravljenje prekinili za najmanj tri mesece ali so se zdravili že prej v drugem centru, in tiste na neprekinjenem dolgotrajnem zdravljenju. V skupino starih klientov smo v letu 2005 in 2006 šteli tudi osebe, ki so v letih 2004 in 2005 prvič stopile v zdravljenje skupaj s tistimi, ki so bili že zdravljeni v letih pred začetkom raziskave in v letih 2004–2006 ali so bili na dolgotrajnem, neprekinjenem zdravljenju. Izračuni o prvič zdravljenih, če ni omenjeno drugače, obsegajo samo leta 2004–2006.

Za primerjavo na starost standardizirane stopnje umrljivosti (SSSU) med centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) smo uporabili samo podatke tistih, ki so vstopili v zdravljenje leta 2004, in prikazali tudi SSSU celotne kohorte, razdeljene po centrih zdravljenja. To smo naredili zaradi razlik v številu uporabnikov drog, ki so vstopali v zdravljenje v obdobju 2004–2006 v različnih centrih.

<sup>15</sup> Person years.

<sup>16</sup> Years of potential life lost.

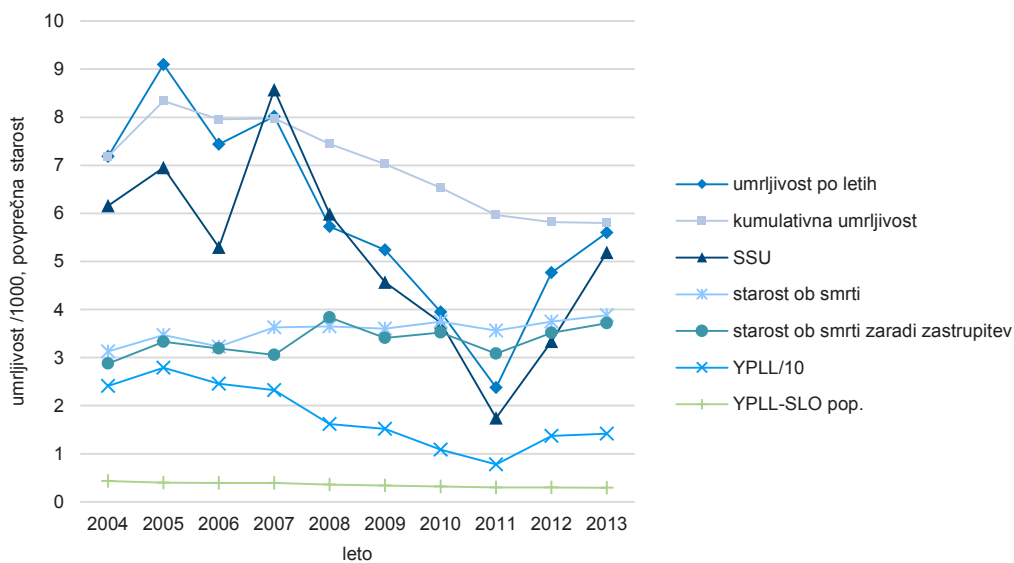


## Rezultati

V obdobju 2004–2013 je med 3945 zdravljenimi uporabniki drog, ki so bili vključeni v raziskavo v letih 2004–2006, umrlo 206 oseb oziroma 5,2 % vseh vključenih. Umrlo je 5,9 % moških in 3,2 % žensk. Vse osebe, preživele in umrle, smo spremljali 35.082,7 opazovanih let (PY), kar predstavlja 5,7 umrljih/1000 opazovanih let članov kohorte, starih 15–59 let. Njihova stopnja umrljivosti je v primerjavi s stopnjo umrljivosti enako starih prebivalcev Slovenije med moškimi dvakrat višja (relativno tveganje RR = 2,04) in med ženskami skoraj dvainpolkrat višja (RR = 2,44), a umrljivost, standardizirana na starost, je bila med zdravljenimi uporabniki drog v primerjavi z enako starimi slovenskimi moškimi in ženskami skoraj triinpolkrat višja pri moških in dvainpolkrat pri ženskah. Desetletno povprečje SSSU pri moških je bilo dvakrat višje od enakih stopenj umrljivosti žensk.

Od leta 2005 do leta 2011 so se stopnje umrljivosti moških značilno ( $R^2 = 0,8033$ ) zmanjševale, a so se v letih 2012 in 2013 zopet zvišale. Stopnje umrljivosti žensk so se po zmanjševanju od leta 2007 naprej v letu 2013 zopet zvišale.

Na umrljivost uporabnikov drog vplivajo vrsta uporabljane droge, staranje uporabnikov ter tudi okolje in način življenja. Za razliko od letne umrljivosti kumulativna umrljivost kaže umrljivost v določenem obdobju, ki traja od začetka do konca opazovanega obdobja. Leta potencialno izgubljenega življenja so kazalnik, ki poudari smrti mladih in kaže tudi na ekonomsko izgubo države.



SSU – standardizirana stopnja umrljivosti, YPLL – izgubljena leta potencialnega življenja

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – NIJZ 14

**Slika 6.7:** Gibanje stopenj umrljivosti in povprečne starosti ob smrti članov kohorte ter izgubljena leta potencialnega življenja pri članih kohorte in enako starih prebivalcih Slovenije, 2004–2013

Slika, prirejena za primerjavo krivulj, kaže, da se je po začetnem nihanju umrljivosti, ko so se v letih 2004–2006 v kohorto vključevali prvič zdravljeni in tisti že zdravljeni, umrljivost začela zmanjševati. Razlog je v tem, da so tisti na dolgotrajnem zdravljenju v letih 2004–2006 ali prej že preživele začetno tveganje zaradi uvajanja v zdravljenje in so se s svojim tveganjem za smrt približevali kumulativnemu tveganju v kohorti. V letu 2004 je v zdravljenje vstopilo 56 % oseb, ki se še nikoli niso zdravile, kar je lahko zvišalo celotne stopnje umrljivosti. To se ujema s podatkom, da je v prvih treh letih umrlo več klientov v starosti do 34 let kot starejših. Po padanju do leta 2011 so vsi trije parametri (umrljivost, SSU in YPLL) v letih 2012

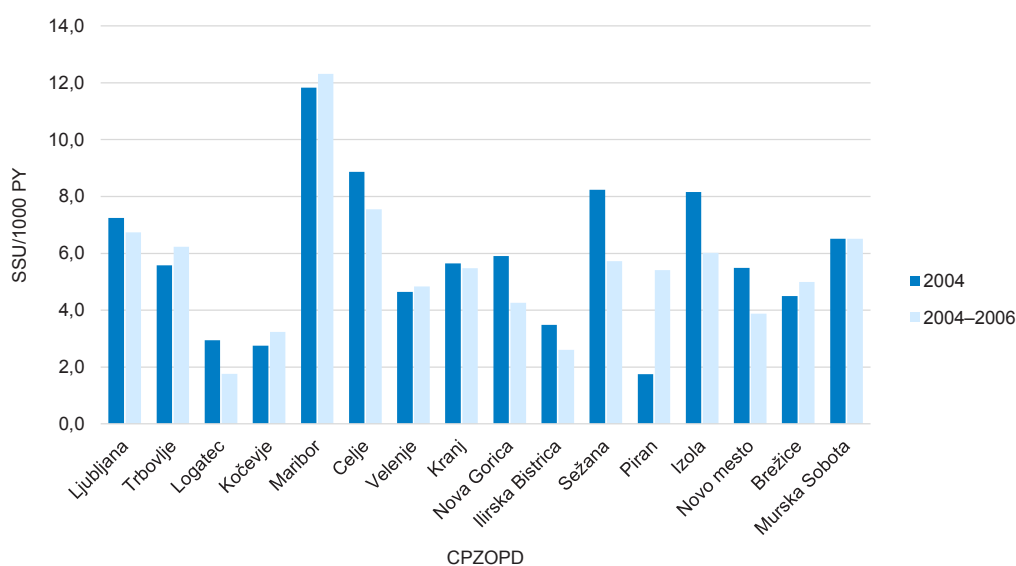
in 2013 zopet narasli. Padanje kumulativne umrljivosti se je po letu 2011 ustavilo, saj se je z daljšanjem opazovanja članov kohorte tveganje za smrt zmanjševalo, pri moških že od leta 2005 in pri ženskah od leta 2008 naprej, po drugi strani je tveganje za smrt s staranjem članov kohorte raslo (slika 6.7). Povprečna starost umrlih v kohorti je v obdobju 2004–2013 narasla za 7,5 let, višja je bila na račun višje starosti umrlih zaradi bolezni. Povprečna starost tistih, ki so se zastupili z drogami, se med zdravljenimi in nezdravljenimi ni razlikovala, je pa rasla v obeh skupinah.

Največ izgubljenih let zaradi prezgodnjih smrti je bilo po koncu formiranja kohorte, to je v letih 2005–2007. S padanjem umrljivosti od 2008 do 2011 so se izgubljena leta potencialnega življenja zmanjševala, tudi zaradi višanja starosti ob smrti. V zadnjih dveh letih so zaradi porasta števila umrlih zopet poskočila na raven iz leta 2009. V primerjavi s slovensko enako staro populacijo je bilo med umrlimi zdravljenimi uporabniki drog od 2,5-krat (2011) do 7-krat (2005) več izgubljenih let potencialnega življenja, računanega do 65. leta starosti.

Podoben potek kot skupne stopnje umrljivosti kažeta tudi specifični stopnji umrljivosti moških in žensk, ki sta se v času opazovanja zmanjševali, a sta zadnji dve leti pri moških in zadnje leto pri ženskah zopet zrasli.

Stopnje umrljivosti med prvič zdravljenimi so bile ob letu vstopa v zdravljenje (2004, 2005 in 2006) višje (11,98/1000 PY) od stopenj tistih, ki so se že zdravili ali so bili na dolgotrajnem zdravljenju (7,07/1000 PY). Povprečna starost ob vstopu v raziskavo in povprečna starost ob smrti prvič zdravljenih uporabnikov drog sta bili nižji (24 oz. 30,5 let) kot povprečni starosti že zdravljenih uporabnikov drog ali tistih na dolgotrajnem zdravljenju (27,9 oz. 36,7 let). Tudi preživela leta po vstopu v raziskavo so bila med prvič zdravljenimi umrlimi nižja kot med ponovno zdravljenimi. Vzroki smrti med prvič zdravljenimi so bili: zastrupitve s heroinom in etanolom, odvisnost od opioidov in neopredeljenih drog ter rak in politravma zaradi padca. Ponovno ali že zdravljeni so umirali zaradi zastrupitev s heroinom ali metadonom ter zaradi samomorov in prometnih nezgod.

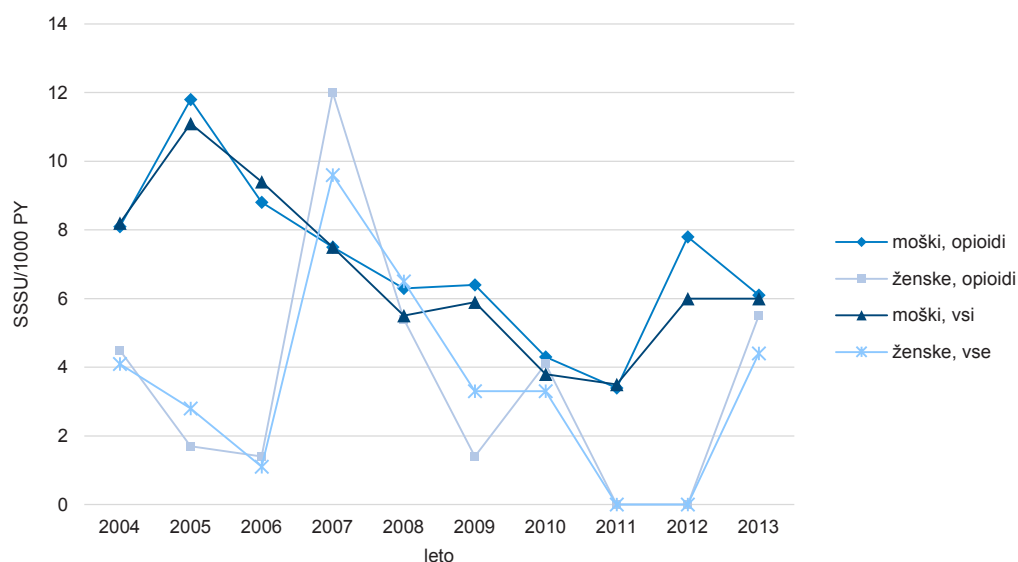
Primerjali smo tudi stopnje umrljivosti zdravljenih uporabnikov drog po CPZOPD, kjer so se zdravili. Razlike so velike. Na velikost stopenj umrljivosti lahko vpliva tudi majhno število opazovanih let v posameznih CPZOPD.



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – NIJZ 14

**Slika 6.8:** SSU vstopnikov v zdravljenje v letih 2004–2006 in tistih, ki so vstopili v zdravljenje v letu 2004, po CPZOPD, 2004–2013

Med tistimi, ki so vstopili v zdravljenje leta 2004, so bile stopnje umrljivosti najnižje (1,75 umrlih/1000 PY) v piranskem centru in najvišje (11,83) v centru v Mariboru, kar je razlika 10,1 umrlega/1000 PY opazovanja (slika 6.8). Velik razpon v stopnjah umrljivosti bi lahko bil tudi posledica razlik v številu umrlih in majhnega števila evidentiranih za zdravljenje v posameznih centrih. Drugi stolpec predstavlja skupno umrljivost vstopnikov v zdravljenje v letih 2004, 2005 in 2006, med obema stopnjama umrljivosti je visoka korelacija ( $R^2 = 0,8293$ ).



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – NIJZ 14

Slika 6.9: SSSU zdravljenih uporabnikov drog in uporabnikov opioidov, po spolu, 2004–2013

### Na starost standardizirane stopnje umrljivosti

Večino let so bile stopnje umrljivosti oseb, ki so ob vstopu na zdravljenje jemale opioide, višje kot stopnje umrljivosti vseh zdravljenih uporabnikov drog zaradi nižjega števila opazovanih let tistih, ki so ob vstopu v zdravljenje jemali opioide, s tem da so bili umrli v obeh skupinah večinoma odvisniki od opioidov. V letu 2013 so stopnje umrljivosti žensk, ki so se zdravile zaradi odvisnosti od opioidov, presegle stopnje umrljivosti celotne kohorte žensk, a pri moških sta se obe stopnji izenačili (slika 6.9).

Glede na bivanjsko skupnost je bila umrljivost najvišja pri tistih, ki so živeli sami ali sami z otrokom (8,9 umrlih/1000 PY). Za nekaj več kot 3 umrle na 1000 let opazovanja je bila nižja umrljivost pri tistih, ki so živeli s partnerjem, s partnerjem in otrokom/otroki, s prijatelji ali v kakšni drugi skupnosti, najnižja je bila med tistimi, ki so živeli s starši. Pri nezaposlenih in ekonomsko neaktivnih je bila umrljivost nekaj več kot dvakrat višja (7,54/1000 PY) kot pri zaposlenih, dijakih in študentih (3,65/1000 PY). Da bi bilo treba z zdravljenjem odvisnosti od drog začeti čim prej, kaže podatek, da so bili umrli zdravljeni uživalci drog ob vstopu v raziskavo v povprečju starejši (31,6 let) kot tisti, ki so do konca raziskave preživel (26,6 let).

## Vzroki smrti

Tabela 6.5: Vzroki smrti in zunanji vzroki smrti članov kohorte, 2004–2013

Zunanji/Poglavja MKB	Bolezni	Transportne nezgode	Zastrupitve	Samomori	Nedoločen namen	Ostale nezgode	Skupaj	Stopnje/1000 PY
Infekcijske bolezni	5	0	1	0	0	0	6	0,17
Neoplazme	6	0	0	0	0	0	6	0,17
Endokrine bolezni	1	0	0	0	0	0	1	0,03
Duševne motnje	5	0	0	2	1	0	8	0,22
Bolezni srca in žilja	9	0	0	0	0	1	10	0,35
Bolezni dihal	2	0	0	0	0	0	2	0,06
Bolezni prebavil	15	0	0	0	0	0	15	0,42
Prirojene malformacije	1	0	0	0	0	0	1	0,03
Neznani vzroki	2	0	0	0	0	0	2	0,06
Poškodbe in zastrupitve	0	13	64	33	34	11	155	4,33
Skupaj	46	13	65	35	35	12	206	5,75
Stopnje/1000 PY	1,28	0,36	1,82	0,98	0,98	0,36	5,75	

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – NIJZ 14

Med zdravljenimi uporabniki drog je bil pri nekaj več kot treh četrtinah vseh smrti vzrok nasilna smrt, pri manj kot eni četrtini je bil vzrok smrti naraven; med nasilnimi smrtmi so bile najpogostejše zastrupitve. Od vseh jih je 32 % umrlo zaradi nenamernih zastrupitev, tem so sledile smrti nedoločenega namena (17 %) in samomori (17 %), bolezni prebavil (7 %), prometne nezgode (6 %) ter bolezni srca in žilja (5 %), vsi ostali vzroki smrti so bili zastopani v manjšem deležu (tabela 6.5). Podobno zaporedje kot pri deležih je bilo tudi med stopnjami umrljivosti.

V obdobju 2004–2013 je umrlo 183 moških in 30 žensk, pri obeh spolih so bile v večini primerov vzrok nasilne smrti, naravne smrti so bile v manjšini. Med nasilnimi smrtmi so bili pri obeh spolih najpogostejši predoziranja in samomori.

Tabela 6.6: Vrste zastrupitev, samomorov in smrti neznanega namena članov kohorte, 2004–2013

Vrsta nasilne smrti/ Vzrok nasilne smrti	Zastrupitve	Samomori	Nedoločen namen	Skupaj	Stopnje/ 1000 PY
Heroin	27	3	21	51	1,42
Drugi opiodi	7	1	0	8	0,22
Metadon	20	1	5	26	0,73
Kokain	5	0	0	5	0,14
Neopredeljeni narkotiki	0	0	4	4	0,11
Benzodiazepini	2	0	0	2	0,06
Neopredeljene droge	1	0	1	2	0,06
Alkohol toksični učinek	2	0	1	3	0,08
Zastrupitev s CO	0	8	0	8	0,22
Samomor z obešanjem	0	11	0	11	0,31
Ostali vzroki	1	11	3	15	0,42
Skupaj	65	35	35	135	3,81

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – NIJZ 14

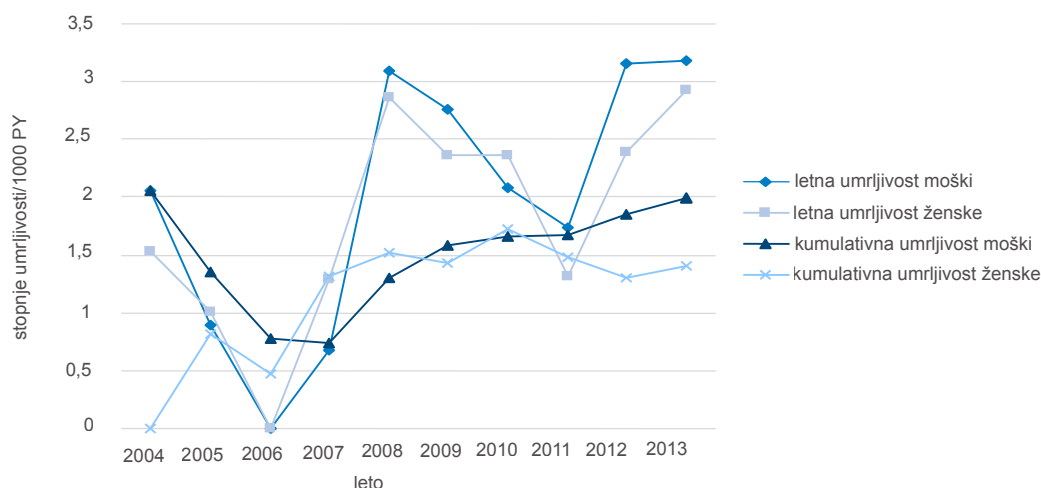
Glede na prepovedano drogo je bil vzrok zastrupitve (namerne, nenamerne ali nedoločenega namena) v polovici primerov heroin, sledil mu je metadon v pol manjšem številu, druge droge so bile zastopane v manj kot desetih odstotkih (tabela 6.6). Pri načinu samomora je bila tretjina smrti posledica obešenja, petina posledica zastrupitve s CO, 14 % je bilo zastrupitev s prepovedanimi drogami, pri preostali tretjini je bil način drugačen. Glede na to, da je bilo med vsemi zastrupitvami določenega namena 7 % samomorov, bi tudi med 31 zastrupitvami nedoločenega namena bili lahko dve namerni zastrupitvi z drogami, v ostalih 29 primerih pa naj bi šlo za nenamerne zastrupitve.

Osebe, ki kodirajo osnovni vzrok smrti, so pri kodiranju zastrupitev, katerih namen ni bil jasno določen, po letu 2007 verjetno uporabile več dodatnih informacij iz obdukcijskih zapisnikov in toksikoloških analiz, zaradi česar se je lahko zmanjšalo število tistih smrti, za katere ni bilo ugotovljeno, ali so bile posledica namerne ali nenamerne zastrupitve.

S staranjem kohorte se povečuje tudi število naravnih smrti. Med njimi so tako med starimi kot novimi klienti prevladovali bolezni prebavil, ki so jim sledile najprej bolezni srca in žilja ter nato duševne motnje, infekcijske bolezni in neoplazme.

### Nenamerne zastrupitve

V desetih letih opazovanja je med 3945 člani kohorte zaradi nenamerne zastrupitve umrlo 65 oseb; 53 nenamernih zastrupitev med moškimi predstavlja več kot tretjino vseh nasilnih smrti. Dvanajst nenamernih zastrupitev pri ženskah je bila dobra polovica vseh nasilnih smrti med ženskami. Desetletna stopnja nenamernih zastrupitev je bila med moškimi 1,99/1000 PY in med ženskami 1,4/1000 PY. Povprečna starost moških, umrlih zaradi nenamernih zastrupitev, je bila 35,7 let, najmlajši je bil star 20,9 let. Povprečna starost žensk je bila dve leti nižja, najmlajša je bila stara 18 let.



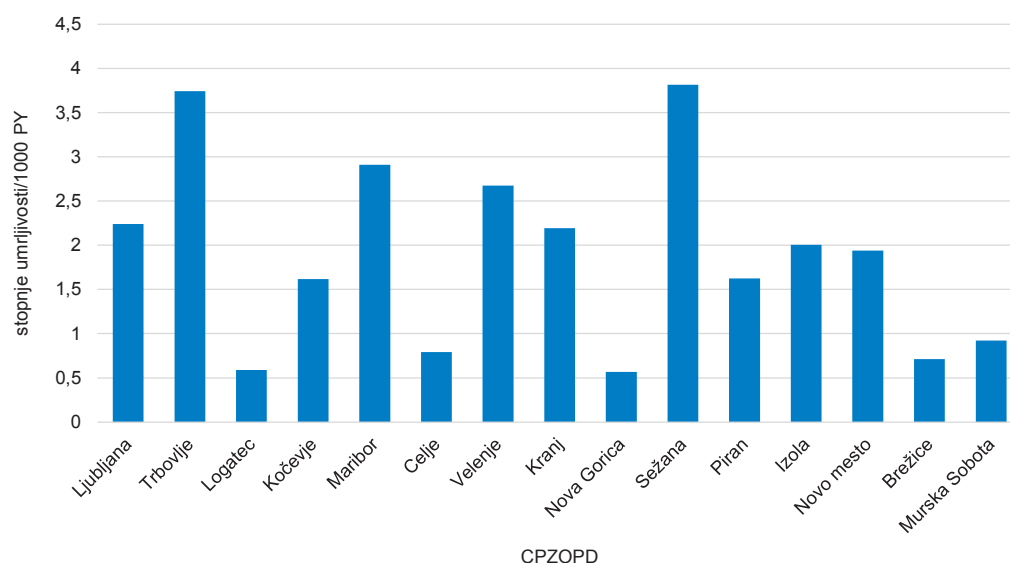
Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – NIJZ 14

Slika 6.10: Gibanje letne in kumulativne umrljivosti zaradi akutnih zastrupitev po spolu, 2004–2013

Umrlijivost zaradi nenamernih akutnih zastrupitev je bila pri ženskah nekoliko nižja kot pri moških; v času opazovanja je rasla, a neenakomerno in z zelo podobno obliko krivulje pri obeh spolih. Povprečna letna umrljivost moških je bila 1,96/1000 PY in žensk 1,8/1000 PY.

Kumulativna umrljivost je bila v začetnem obdobju in v zadnjih letih opazovanja višja pri moških kot pri ženskah. Obe vrsti umrljivosti sta pri obeh spolih rasli, a kumulativna bolj enakomerno. Pri ženskah je

bila kumulativna umrljivost v zadnjih dveh letih nižja, ker v letih 2011 in 2012 zaradi zastrupitve ni umrla nobena ženska (slika 6.10).



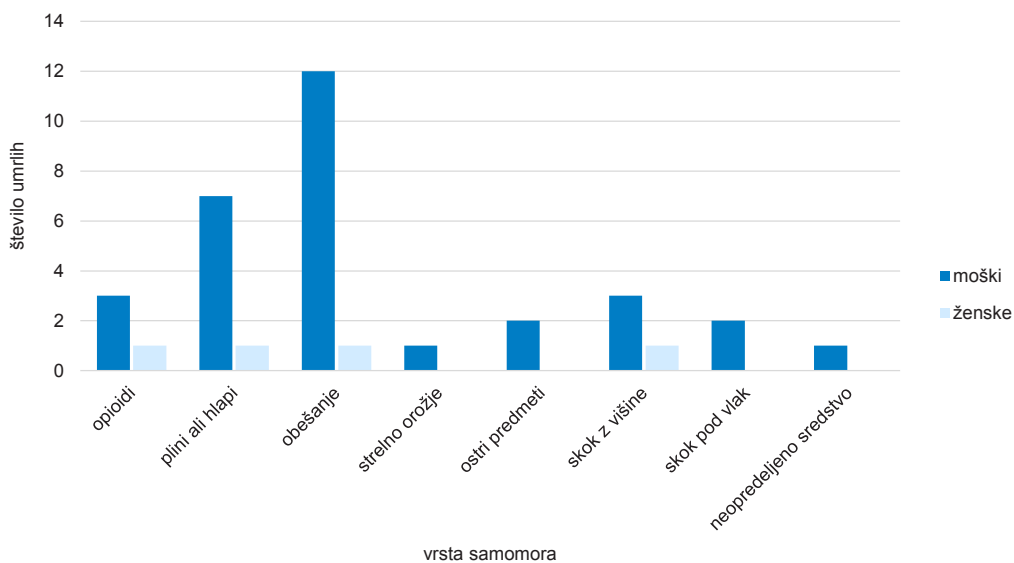
Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – NIJZ 14

**Slika 6.11:** Stopnje umrljivosti zaradi nenamernih zastrupitev po CPZOPD, 2004–2013

Stopnje umrljivosti zaradi nenamernih zastrupitev so bile ob koncu desetletnega opazovanja najnižje (0,57 umrlih/1000 PY) v centrih v Logatcu in v Novi Gorici in najvišje (3,82 umrlih/1000 PY) v Sežani, kjer je razlika več kot trije umrli na 1000 zdravljenih uživalcev drog v enem letu (slika 6.11). Najvišja stopnja umrljivosti (2,11 umrlega na 1000 let opazovanja) je bila med tistimi zdravljenimi uživalci drog, ki so zdravljenje prekinjali ali begali od enega centra do drugega, in najnižja (0,53/1000 PY) med tistimi na neprekinjenem zdravljenju.

### Samomori

V desetih letih opazovanja je v kohorti zaradi samomora umrlo 35 oseb, 31 moških in 4 ženske, kar predstavlja 0,99 umrlih zaradi samomora na 1000 let opazovanja ali 1,16/1000 PY med moškimi in 0,47/1000 PY med ženskami. Med moškimi to pomeni 2,5-krat več samomorov kot med enako staro slovensko moško populacijo v letu 2008 in med ženskami 3,6-krat več kot med enako starimi slovenskimi ženskami istega leta. Moški in ženske so bili pogosteje žrtve nenamernih zastrupitev kot samomora. Vsakoletna stopnja umrljivosti zaradi samomorov moških zdravljenih uporabnikov je do leta 2011 padala, a se je potem dvignila do tiste iz leta 2008. Med ženskami zdravljenimi uporabnicami drog je bila do leta 2008 zabeležena ena smrt zaradi samomora vsako leto, razen leta 2006, po letu 2009 samomorov ni bilo več.



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniško poročilo o umrli osebi – NIJZ 46, Evidenca obravnave uživalcev drog – NIJZ 14

Slika 6.12: Število samomorov med člani kohorte po vrsti samomora in spolu, 2004–2013

Obešanje je bilo način smrti v eni tretjini samomorov, ena petina žrtev samomora se je zastrupila z ogljikovim monoksidom ali drugimi hlapi ali plini, ena desetina s heroinom, drugimi opioidi ali metadonom, prav tako je ena desetina zdravljenih uporabnikov umrla zaradi multiplih poškodb, ki so bile posledica skoka z višine. Ostali načini samomorov so obsegali manjše deleže (slika 6.12). Povprečna starost moških ob samomoru je bila 32,8 let, najmlajši je bil star 23,8 let. Povprečna starost žensk je bila pet let nižja, najmlajša ženska, ki je storila samomor, je bila stara 22,1 leto. Vse umrle ženske in velika večina umrlih moških so se že prej zdravili zaradi zasvojenosti s prepovedanimi drogami ali pa so bili na dolgotrajnem zdravljenju.

Med tistimi, ki so naredili samomor, je bilo več takih, ki so se že zdravili ali so bili na dolgotrajnem zdravljenju, kot med žrtvami nenamernih zastrupitev. Med storilci samomora je bil tudi večji delež tistih, ki živijo s starši, in onih, ki si drog nikoli niso vbrizgavali.

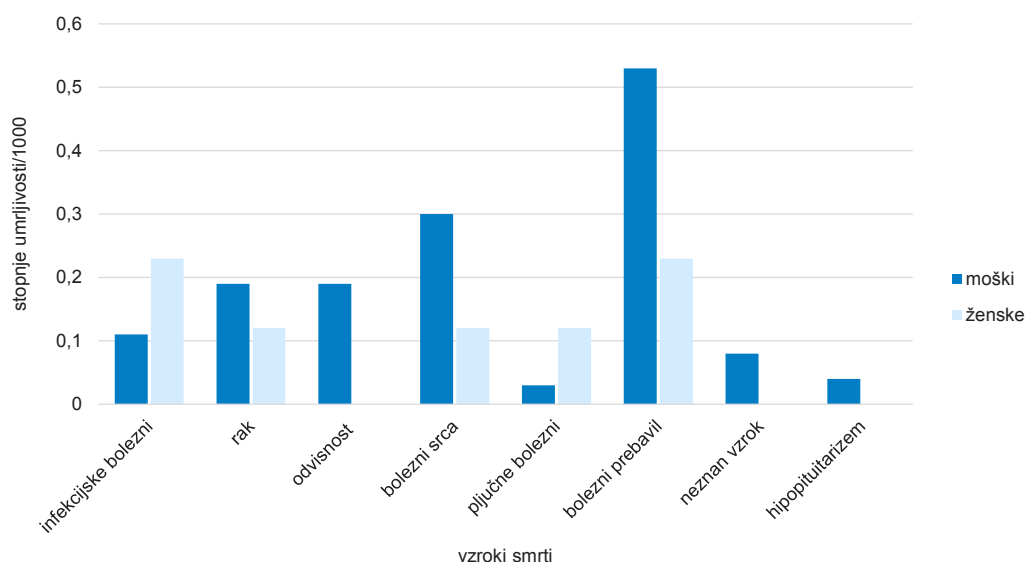
### Ostale nasilne smrti

Med 160 nasilnimi smrtmi je bilo tudi 13 transportnih nezgod, med njimi največ potnikov in voznikov v avtomobilu, sledijo motoristi ali sopotniki na motorju in pešci. Štiri osebe so umrle kot žrtve napada in v osmih primerih, poleg 35 smrti nedoločenega namena, so bili vzroki nasilnih smrti padci, utopitve ali druge nezgode.

### Naravni vzroki smrti

V opazovanem obdobju desetih let je zaradi bolezni oziroma naravnih vzrokov smrti med 3945 zdravljenimi uporabniki drog umrlo 39 moških in 7 žensk, kar je 1,47 moških in 0,82 žensk na 1000 PY. Moški, ki so umrli zaradi spremljajočih bolezni, so bili povprečno stari 42,7 let, ženske 45,3 leta. Večina umrlih je z zdravljenjem začela že večkrat ali je bila na dolgotrajnem zdravljenju. Zaradi nizkega števila umrlih v posameznih letih se ni dalo ugotoviti razlike med vplivom šele začetega ali dolgotrajnega zdravljenja na število smrti v kohorti.

Zaradi bolezni je največ moških umrlo v letih 2005–2007 in največ žensk v obdobju 2007–2009; pri moških se je v letu 2013 število umrlih v primerjavi z letoma 2011 in 2012 dvignilo (povprečno 3,9 umrli/leto, interval zaupanja 3,1–4,7). V zadnjih štirih letih ni nobena zdravljen uporabnica drog umrla zaradi naravnih vzrokov smrti.



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

**Slika 6.13:** Stopnje umrljivosti zaradi naravnih vzrokov smrti med člani kohorte, po vrsti bolezni in spolu, 2004–2013

Alkoholna jeterna ciroza je bila najpogostejša bolezen, zaradi katere so umirali zdravljeni uporabniki drog. Večina med njimi je bila povratnikov ali na dolgotrajnem zdravljenju zaradi heroina. Povprečna starost umrlih je bila 47,8 let; najmlajši umrli zaradi alkoholne ciroze jeter je bil star 31,6 in najstarejši 59 let. Umrli zaradi bolezni srca in žilja, druge najpogostejše bolezni, so bili ob smrti stari od 23,7 do 56 let, v povprečju 40,4 leta, in vsi so prišli na zdravljenje zaradi uporabe heroina. Polovica jih je kot drugo drogo ob vstopu v zdravljenje uporabljala kokain ali MDMA. Na tretjem mestu so bili umrli zaradi kroničnega virusnega hepatitisa C ali virusa HIV (AIDS), stari od 28,9 do 44,2 let. Vsi so ob vstopu v zdravljenje uporabljali heroin. Nihče med njimi ni bil na zdravljenju prvič. Vsi so si drogo vbrizgavali in večina ob vstopu na zdravljenje ni imela stalnega partnerja.

## Zaključek

V desetih letih opazovanja članov kohorte smo na podlagi ključnih kazalnikov ocenili, da je zdravstveno stanje moških uporabnikov prepovedanih drog triinpolkrat, žensk pa dvainpolkrat slabše, kot je zdravstveno stanje enako starih slovenskih prebivalcev in prebivalk. Čeprav je bila stopnja umrljivosti moških višja kot žensk, je primerjava z enako staro slovensko populacijo pokazala, da je zdravje žensk uporabnic drog bolj ogroženo kot zdravje žensk v splošni populaciji, medtem ko pri moških ta razlika ni tako velika. Umrljivost zdravljenih uporabnikov drog pri obeh spolih je v obdobju 2004–2011 padala, v letu 2012 in 2013 pa beležimo ponoven dvig. Povprečna starost ob smrti in potencialno izgubljena leta so v tem obdobju naraščala, kar pomeni, da uporabniki sicer umirajo starejši, a smrti je več. Potrdilo se je tudi, da je pri tistih, ki prvič vstopijo v zdravljenje, prvo leto višje tveganje za smrt kot pri že zdravljenih. Na stopnje umrljivosti vplivata tudi bivanjska skupnost in zaposlenost. Med vzroki smrti so bili najpogostejši nenamerne zastrupitve, bolezni in samomori.



## Skupen zaključek

V skupini zdravljenih in nezdravljenih uporabnikov drog je bil manjši delež umrlih žensk kot moških. Zastrupitve so najbolj ogrožale nezdravljene ženske. Izkazalo se je, da se povprečna starost tistih, ki so se zastrupili z drogami, med zdravljenimi in nezdravljenimi umrlimi ni razlikovala. Na umrljivost nezdravljenih uporabnikov vpliva tudi letni čas, medtem ko na zdravljene nima tolikšnega vpliva. Zanimivo je, da nezdravljeni uporabniki v poletnih mesecih umirajo manj, je pa med njimi višji delež razvezanih kot med zdravljenimi. Med vzroki smrti so v obeh skupinah prevladovale nenamerne zastrupitve s heroinom. Delež nenamernih predoziranja je bil višji med prvopristopniki v zdravljenje, a delež samomorov med tistimi, ki so se zdravili že dalj časa. Najpogostejši bolezenski vzrok smrti pri zdravljenih uporabnikih drog so bile alkoholna ciroza jeter in bolezni srca in žilja. Med umrlimi zaradi bolezni srca in žilja je polovica oseb ob vstopu na zdravljenje navedla uporabo kokaina ali MDMA. Višje tveganje za smrt, nižja povprečna starost ob smrti in nižje število preživelih let po vstopu v raziskavo skupaj z vzroki smrti kažejo na ranljivost skupine prvič zdravljenih in na potrebo po zgodnjem začetku zdravljenja uporabnikov drog.

Podatki o posrednih vzrokih smrti zdravljenih uporabnikov drog bi bili popolnejši, če bi tudi CPZOPD Koper v letih nabora klientov v kohorto poslal svoje podatke, saj je umrljivost zaradi neposrednih zastrupitev, ki smo jo računali na podlagi zbirke podatkov o umrlih v Republiki Sloveniji, najvišja prav v tamkajšnji regiji.

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

Preventiva z drogami povezanih zastrupitev in smrti ter preventiva nalezljivih bolezni se izvajata v okviru javnozdravstvene mreže – v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) – ter v okviru nevladnih organizacij, in sicer so temu namenjeni predvsem nizkopražni programi za zmanjševanje škode. V mreži CPZOPD imajo uporabniki drog zagotovljen dostop do testiranja za okužbo z virusom hepatitisa C in do svetovanja ter možnost napotitve na nadaljnjo klinično obravnavo in morebitno zdravljenje hepatitisa C pri specialistih za hepatitise, tj. infektologih. Leta 2007 so bile pripravljene in izdane Slovenske nacionalne smernice za obravnavo uporabnikov drog glede okužbe z virusom hepatitisa C v javni zdravstveni službi – mreži CPZOPD. V okviru programov zmanjševanja škode potekata brezplačno razdeljevanje sterilnega materiala injicirajočim uporabnikom drog in svetovanje. Programi zamenjave igel potekajo v dnevni centrih in na terenu, ki ga delavci nevladnih organizacij izvajajo na lokacijah, na katerih se zadržujejo uporabniki. Poleg zamenjave igel in distribucije drugih pripomočkov za injiciranje (alkoholne krpice, askorbinska kislina) terenski delavci in delavci v dnevni centrih razdeljujejo tudi informativna gradiva o nalezljivih boleznih in manj tveganem injiciranju. V programe za zmanjševanje škode je bilo v letu 2013 razdeljenih 513.272 igel in brizg ter zabeleženih 16.753 stikov z injicirajočimi uporabniki drog, od tega 11.247 na stacionarni zamenjavi pribora in 5506 v okviru terenskega dela.

Pod okriljem Ministrstva za zdravje je ustanovljena tudi medresorska delovna skupina Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi, ki redno spremlja pojav nevarnih in novih psihoaktivnih snovi ter o tem obvešča strokovno javnost in uporabnike. V letu 2013 je ta delovna skupina zaznala precejšen porast števila zastrupitev z GHB oziroma GBL. Informacije, zbrane na terenu, so pokazale, da se je uporaba GHB in GBL razširila iz skupine uporabnikov »party« drog med mlade, ki teh drog niso vajeni uporabljati, obe drogi pa sta se uporabljali kot poceni nadomestek za alkohol. Razmere so se zaostriale konec septembra in v začetku oktobra, ko je Center za zastrupitve obravnaval osem izredno hudih zastrupitev s tema snovema. Zato so člani Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi izvedli hitre ukrepe za preprečevanje nadaljnjih zastrupitev.

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

#### Izmenjava sterilnega pribora za injiciranje drog

dr. Ines Kvaternik

V okviru programov zmanjševanja škode potekata brezplačno razdeljevanje sterilnega materiala injicirajočim uporabnikom drog in svetovanje. Programi zamenjave igel potekajo v dnevni centrih in na terenu, ki ga strokovni delavci nevladnih organizacij izvajajo na lokacijah, na katerih se zadržujejo uporabniki. Poleg zamenjave igel in distribucije drugih pripomočkov za injiciranje (alkoholne krpice, askorbinska kislina) delavci na terenu in v dnevni centrih razdeljujejo tudi informativna gradiva o nalezljivih boleznih in manj tveganem injiciranju.

V Sloveniji je v letu 2013 delovalo 10 programov<sup>17</sup> zmanjševanja škode, v katerih so zamenjevali sterilni pribor za injiciranje. Izvajajo se na 178 lokacijah v 91 mestih ali vaseh na območju Slovenije.

Nakup in razdeljevanje sterilnega materiala za varno injiciranje drog potekata prek Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), OE Koper. V letu 2013 smo oskrbovali deset programov zmanjševanja škode in štiri mobilne enote, ki omogočajo izmenjavo sterilnega pribora na terenu. Materiale in delo v okviru programa financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V letu 2013 je bilo v omenjene programe vključenih 1792 (1449 moških, 343 žensk) injicirajočih uporabnikov drog, med temi je bilo 70 prvič registriranih uporabnikov (58 moških, 12 žensk). Programi zmanjševanja škode so v letu 2013 zabeležili 16.753 stikov z injicirajočimi uporabniki drog, od tega 11.247 na stacionarni zamenjavi pribora in 5506 v okviru terenskega dela. V letu 2013 smo v NIJZ OE Koper programom zmanjševanja škode na področju drog izdali 402.000 brizg z integrirano iglo in 47.400 brizg različnih velikosti.

Zbiranje okuženega materiala je bilo organizirano v sedmih programih in štirih kombijih. Uporabljeni material se zbira v prostorih programov in v mobilnih kombijih, kjer se shrani v varno embalažo, ki zaščiti osebje pred poškodbo z že uporabljenimi iglami ali priborom. Odvoz materiala izvaja za to usposobljeno podjetje, ki ves material ustrezno uniči. Strokovno odvoz in uničenje rabljenih igel sta bila omogočena vsem programom zmanjševanja škode. V letu 2013 smo v NIJZ med programe zmanjševanja škode razdelili 513.272 igel in brizg. Vrnjenih je bilo 187.786, kar je 44 % od vseh razdeljenih. V letu 2013 je bilo razdeljenih 40.154 igel in brizg manj kot v letu 2012.

Tudi v letu 2013 smo v NIJZ, OE Koper v sodelovanju s programi zmanjševanja škode pripravili 65-urno izobraževanje z naslovom Strokovno delo na področju drog, ki ga je akreditirala Socialna zbornica s 4 kreditnimi točkami.

## **Zastrupitve z GHB in GBL ter odziv Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi**

Andreja Drev, dr. Matej Sande, Simona Šabić

Pod okriljem Ministrstva za zdravje deluje medresorska delovna skupina Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi. Delovno skupino sestavljajo predstavniki Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Nacionalnega forenzičnega laboratorija, Centra za zastrupitve, Inštituta za sodno medicino, Generalne policijske uprave, Carinske uprave, nevladnih organizacij DrogArt in Stigma ter Ministrstva za zdravje. Ena izmed nalog skupine je tudi, da strokovno javnost in uporabnike drog ažurno obvešča o pojavu novih in nevarnih psihoaktivnih snovi ter o njihovih posledicah.

V letu 2013 smo člani Sistema za zgodnje opozarjanje zabeležili precejšen porast zastrupitev z GHB oziroma GBL (glej tudi 6. poglavje Nujna stanja zaradi zastrupitev z drogami). Razmere so se zaostriale konec septembra, ko je Center za zastrupitve obravnaval štiri izjemno hude zastrupitve z GHB; vsi štirje zastrupljeni so drogo uporabili na zabavi oziroma v nočnem klubu. V začetku nismo bili povsem prepričani, ali je zastrupitve povzročil GHB ali GBL, saj smo na voljo imeli analize, opravljene na telesnih tekočinah, ne pa tudi analize same snovi. Znano pa je, da se GBL v telesu pretvori v GHB. Člani medresorske delovne skupine smo v Sistem za zgodnje opozarjanje takoj sporočili informacije, ki smo jih imeli v povezavi s to snovjo, in med drugimi ugotovili, da je policija v letu 2013 preiskovala že 16 primerov zastrupitev z GHB. Po poročanju nevladne organizacije DrogArt se je uporaba GHB iz skupine, ki uporablja »party« droge, razširila tudi med tiste obiskovalce nočnih klubov in nočnih zabav, ki teh drog niso uporabljali. Vzrok je bil v tem, da jim je GHB oziroma GBL zaradi podobnih učinkov predstavljal poceni nadomestilo za alkohol.

<sup>17</sup> V okviru mreže programov zmanjševanja škode deluje 11 programov. Eden od njih, program Združenja DrogArt, je usmerjen v ciljno skupino uporabnikov sintetičnih drog in kokaina in ne izvaja programa zamenjave sterilnega pribora.

GBL je bil tudi enostavno dostopen, saj so ga lahko kupili prek spleta v obliki čistila.

Zaradi resnosti zastrupitev smo za ključne skupine takoj pripravili dve obvestili, in sicer eno za strokovne delavce, ki prihajajo v stik z uporabniki drog, in drugo za mlade, ki se udeležujejo zabav. Kljub hitremu opozorilu so na Centru za zastrupitve že naslednji konec tedna ponovno obravnavali štiri zelo hude zastrupitve z GHB oziroma GBL. Člani medresorske delovne skupine smo se zaradi resnosti situacije sestali na kriznem sestanku in se dogovorili o hitrem ukrepanju, s katerim smo želeli preprečiti nadaljnje zastrupitve. Tako je Ministrstvo za zdravje o zastrupitvah in ustreznem ukrepanju ob njih obvestilo vse službe za nujno medicinsko pomoč ter vse centre za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog v državi, Generalna policijska uprava je obvestila policijske postaje in okrepila nadzor, Nacionalni inštitut za javno zdravje pa je poskrbel za obveščanje lokalnih skupnosti in nizkopražnih programov ter strokovnih delavcev, ki na terenu delajo z mladimi. Nevladna organizacija DrogArt je prevzela obveščanje nočnih klubov in organizatorjev plesnih zabav, poskrbeli so tudi za obveščanje uporabnikov novih drog ter okrepili terensko delo. Na lokalni ravni so se v obveščanje vključile tudi druge nevladne organizacije, ki delujejo na področju zmanjševanja škode zaradi drog, npr. Društvo SVIT Koper in JZ SOCIO Celje. Vse skupaj je bilo obveščenih 59 klubov in lokalov po Sloveniji. DrogArt je s terenskimi akcijami pokril tudi več kot 20 prireditev, na katerih so uporabnike novih drog obveščali o tveganjih, povezanih z uporabo GHB in GBL, in jim po potrebi nudili laično prvo pomoč.

V akciji je bilo oblikovanih več gradiv, med drugim obvestilo za osebje v nočnih klubih, ki je opisovalo znake predoziranja in osnovne ukrepe prve pomoči, obvestilo za obiskovalce klubov, ki je zajemalo informacije o zmanjševanju tveganj in je bilo v obliki manjšega plakata nalepljeno na vidnih mestih v klubih, ter obvestilo za spletno stran, ki je navajalo previdnostne ukrepe, kako preprečiti nehoteno zaužitje GHB/GBL, ter navodila, kako ukrepati ob zastrupitvi. DrogArt je pripravil tudi poseben material oziroma paket za zmanjševanje tveganj, povezanih z uporabo GHB/GBL. Paket je vseboval informativen letak z informacijami o GHB/GBL, brizgalko (1 ml) in preprost urnik za zapisovanje časa zadnje uporabe GHB/GBL. Brizgalka se je uporabnikom zdela uporabna, medtem ko se jim je uporaba urnika zaradi klubskega okolja zdela težavna.

Akcija se je izkazala za uspešno, saj v letu 2013 in tudi v prvih mesecih leta 2014 nismo zabeležili nobene nove zastrupitve z GHB ali GBL. Analiza, ki jo je opravil Nacionalni forenzični laboratorij, pa je pokazala, da je bil v nekaterih primerih vir zastrupitev GBL in v nekaterih GHB. Medtem ko je GHB uvrščen na listo prepovedanih drog, pa GBL pri nas ni prepovedan, saj se v industriji uporablja kot topilo.

## 8. Z UPORABO DROG POVEZANA SOCIALNA PROBLEMATIKA IN REINTEGRACIJA

Zakonski okvir za delovanje sistema socialnega varstva postavlja Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/2007 in naslednji), področje socialnih prejemkov pa urejajo zlasti Zakon o socialnovarstvenih prejemkih (Uradni list RS, št. 61/2010 in naslednji), Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/2010 in naslednji) in Zakon za uravnoteženje javnih financ (Uradni list RS, št. 40/2012). Zadnji trije so se začeli izvajati v letu 2012 in so dodobra zarezali v sistem socialnih prejemkov. Za nekaj rešitev, ki jih je prinesla nova socialna zakonodaja, se je izkazalo, da niso ustrezne, zato je bila zakonodaja v letu 2013 nekoliko spremenjena in dopolnjena. Aprila 2013 je Državni zbor sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (Uradni list RS, št. 39/2013), ki opredeljuje osnovna izhodišča za razvoj sistema, ciljev in strategij razvoja socialnega varstva, določa mrežo javne službe socialnovarstvenih storitev in programov ter opredeljuje način njihovega izvajanja in spremljanja, pa tudi odgovornost posameznih akterjev na različnih ravneh.

Socialna problematika, povezana z uporabo prepovedanih drog, sodi v resor Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ). Strokovne aktivnosti, namenjene reševanju te socialne problematike, se izvajajo v okviru javne službe (62 centrov za socialno delo) ter v okviru zasebnikov in nevladnih organizacij, ki izvajajo dopolnilne programe socialnega varstva. V letu 2013 je bilo v centrih za socialno delo 275 obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog. V socialnovarstvene programe na področju preprečevanja zasvojenosti s prepovedanimi drogami, ki jih sofinancira MDDSZ, pa je bilo v letu 2013 vključenih približno 4900 uporabnikov. Podatke o socialnovarstvenih programih na nacionalni ravni zbira Inštitut RS za socialno varstvo, podatki o obravnavah, ki jih izvajajo centri za socialno delo, pa se zbirajo v bazi socialnih podatkov. Za potrebe nacionalnega poročila te podatke zbere in uredi Inštitut RS za socialno varstvo.

Društvo Projekt Človek že deset let izvaja program Center za reintegracijo, ki uporabnikom drog nudi pomoč pri vzdrževanju trajne abstinence in pri ponovnem vključevanju v družbo. V desetih letih je bilo v program vključenih 79 uporabnikov, od tega jih je več kot polovica program zaključila uspešno. V okviru projekta socialnega podjetništva Iz principa, ki deluje od leta 2012 in mlade z izkušnjo uporabe drog usposablja za delo oblikovanja in socialnega marketinga, se je v letu 2013 usposobilo sedem mladih, zaposlile pa so se štiri osebe.

### 8.1 Socialna obravnava in reintegracija

mag. Simona Smolej

Zakonski okvir za delovanje sistema socialnega varstva postavlja Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/2007 in naslednji), področje socialnih prejemkov pa urejajo zlasti Zakon o socialnovarstvenih prejemkih (Uradni list RS, št. 61/2010 in naslednji), Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. 62/2010 in naslednji) in Zakon za uravnoteženje javnih financ (Uradni list RS, št. 40/2012). Zadnji trije so se začeli izvajati v letu 2012 in so dodobra zarezali v sistem socialnih prejemkov. Za nekaj rešitev, ki jih je prinesla nova socialna zakonodaja, se je izkazalo, da niso ustrezne, zato je bila zakonodaja v letu 2013 nekoliko spremenjena in dopolnjena. Nekaj je bilo splošnih popravkov, ki se nanašajo na upoštevanje dohodkov in premoženja pri odmeri pravic, nekaj popravkov pa se veže na posamezne pravice. Na primer:

ponovno se uvaja štipendija za dijake pred 18. letom starosti, posebne višine otroškega dodatka za dijake pa ne bo več; pogrebnina in posmrtnina kot dosednji pravici iz obveznega zdravstvenega zavarovanja prehajata med socialnovarstvene prejemke. Po novem bosta to posebni obliki izredne denarne socialne pomoči. Ti pravici ne bosta več univerzalni, ampak bosta vezani na upravičenost do denarne socialne pomoči ali varstvenega dodatka oziroma na dohodkovni položaj vlagatelja. Z dopolnitvami in spremembami naj bi se izboljšal položaj socialno najbolj ogroženih skupin prebivalstva, s tem da se ohranijo temeljna načela socialne zakonodaje. Učinki sprememb zaenkrat še niso znani.

Temeljna vsebinska in normativna izhodišča za obravnavo socialnih stisk in težav ljudi so zapisana v nacionalnem programu socialnega varstva, ki ga država sprejme za večletno obdobje. Državni zbor je aprila 2013 sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (v nadaljevanju Resolucija) (Uradni list RS, št. 39/2013), ki je temeljni programski dokument Slovenije na področju socialnega varstva za obdobje do leta 2020. Resolucija opredeljuje osnovna izhodišča za razvoj sistema, ciljev in strategij razvoja socialnega varstva, določa mrežo javne službe socialnovarstvenih storitev in programov ter opredeljuje način njihovega izvajanja in spremljanja, pa tudi odgovornost posameznih akterjev na različnih ravneh.

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

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.

### **Socialnovarstveni programi**

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

Na centrih za socialno delo se problematika prepovedanih drog najpogosteje, in sicer v 62 % primerov, obravnava v okviru prve socialne pomoči. Ugotovimo lahko, da se problematika prepovedanih drog na centrih za socialno delo ne obravnava prav pogosto. Med leti 2009 in 2013 je število obravnav na letni ravni nihalo od 220 do 365. V letu 2013 jih je bilo enako število kot v letu 2009, in sicer 275 (tabela 8.1).

**Tabela 8.1:** Število obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog, na centrih za socialno delo v obdobju 2009–2013

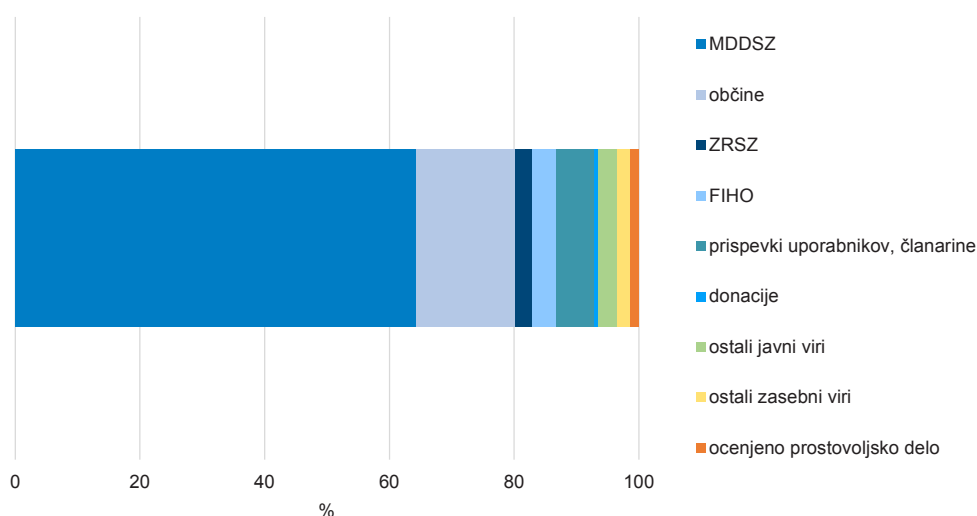
Problematika	2009	2010	2011	2012	2013
Prepovedane droge	275	365	298	220	275

Vir: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, izpis iz baze socialnih podatkov

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

MDDSZ je v letu 2013 sofinanciralo 23 socialnovarstvenih programov na področju preprečevanja zasvojenosti s prepovedanimi drogami. Med programi je bilo 13 visokopražnih in takšnih programov, ki ponujajo širok spekter storitev in dejavnosti za uporabnike v različnih fazah uporabe prepovedanih drog. V treh programih izvajajo tudi reintegracijo bivših uporabnikov drog. Visokopražni programi oz. programi, ki so namenjeni uporabnikom prepovedanih drog v različnih fazah razvoja zasvojenosti, so dostopni v vseh regijah, razen v Zasavju v Pomurju. Reintegracijski programi pa se izvajajo le na Gorenjskem in v osrednjeslovenski regiji. Deset je nizkopražnih programov, ki nudijo pomoč aktivnim uporabnikom drog, med njimi sta dve zavetišči za brezdomne uživalce ter ena varna hiša za uporabnice prepovedanih drog, ki so žrtve nasilja. Nizkopražni programi so dostopni v vseh regijah (Smolej in sod. 2014).

Programi so bili financirani v skupni višini 4.377.776,8 evrov. Največ sredstev, kar slabi dve tretjini (64,2 %), so programi pridobili od MDDSZ. Med večjimi financerji omenimo še občine (16 % sredstev) in uporabnike programov s 6 % sredstev (slika 8.1) (Smolej in sod. 2014).



Vir: Inštitut RS za socialno varstvo, lastni izračuni

**Slika 8.1:** Viri financiranja socialnovarstvenih programov na področju preprečevanja zasvojenosti s prepovedanimi drogami, 2013

Po podatkih IRSSV je bilo v socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog, ki jih sofinancira MDDSZ, v letu 2013 vključenih približno 4900 uporabnikov, pri čemer k omenjeni vsoti niso šteti uporabniki različnih spletnih forumov, telefonskih in internetnih svetovanj ter širših preventivnih akcij (npr. v okviru Društva DrogArt, kamor je bilo vključenih še preko 3000 uporabnikov). V socialnovarstvenih programih s področja prepovedanih drog je bilo v letu 2013 na voljo 173 ležišč, ki so omogočala nastanitev uporabnikov. Največ nastanitvenih zmogljivosti je bilo na voljo v visokopraznih programih (Smolej in sod. 2014).

Socialna reintegracija zasvojenih se je izvajala v okviru treh socialnovarstvenih programov, ki jih je v letu 2013 sofinanciralo MDDSZ. V socialno reintegracijo so se uporabniki lahko vključili v okviru Centra za socialno delo Kranj, Društva za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem UP in Društva Projekt Človek. V programu Center za pomoč, terapijo, socialno rehabilitacijo in reintegracijo zasvojenih (CSD Kranj) je bilo v reintegracijo vključenih 93 uporabnikov, in sicer 19 v bivanjski del ter 74 v izvenbivanjski. Šestnajst oseb je bilo nastanjenih v reintegracijski program Društva UP ter 14 v okviru programa Društva Projekt Človek. V slednjega je bilo vključenih še 23 ključnih bližnjih oseb (Smolej in sod. 2014).

## **Društvo Projekt Človek – Center za reintegracijo**

mag. Roman Koštal, Helena Hercog

Center za reintegracijo (CR) je zaključna faza v klasičnem programu Projekt Človek<sup>18</sup>. Program, ki uporabniku nudi pomoč in podporo pri vzdrževanju trajne abstinence in pri ponovnem vključevanju v družbo, je sestavljen iz treh zaporednih faz, od katerih vsaka traja vsaj šest mesecev, skupaj torej okoli 18 mesecev. Program poteka v Ljubljani, vanj se lahko vključijo abstinenti od alkohola in drog, ki so v procesu rehabilitacije izoblikovali toliko (samo)podpornega sistema, da so pripravljeni za proces ponovnega vključevanja v družbo (iskanje zaposlitve, šolanje, oblikovanje in razvijanje zdravih odnosov, partnerstvo) in pri tem še potrebujejo strokovno pomoč. Program CR vključuje delovne, terapevtske, športne in kulturne aktivnosti.

### **Opis poteka in strukture programa reintegracije**

Ob vstopu v CR skupaj z uporabnikom oblikujemo individualni terapevtski načrt, poleg tega si uporabnik na začetku vsake od treh faz postavi specifične cilje. Ob koncu vsake faze uporabnik napiše evalvacijo; pogleda temeljna življenjska področja ter ovrednoti, kako je izpolnil zastavljene cilje, s čim je zadovoljen, s čim ne in kakšna je njegova vizija za naprej. Pisno evalvacijo predstavi pred svojo skupino tako, da dobi odzive od vseh članov v skupini, pa tudi s strani strokovnega tima.

Prva faza programa CR je lahko stanovanjskega ali ambulantnega tipa. V stanovanjskem tipu uporabniki ob podpori delavcev samostojno skrbijo zase in za življenje v hiši in njeni okolici. Poleg dopoldanskega in popoldanskega delavca je v programu prisoten tudi nočni dežurni delavec. Program poteka od nedelje popoldan do petka popoldan, vikende preživljajo uporabniki doma ali pri ljudeh, ki jim lahko nudijo podporno okolje. V primerih, ko uporabniki med vikendi nimajo na voljo podpornega okolja, jih lahko preživijo v Terapevtski skupnosti v Škofji Loki. V stanovanjsko obliko programa CR lahko sprejmemo šest oseb. Pri ambulantnem tipu prve faze programa CR uporabniki bivajo doma ali pri podpornih bližnjih in prihajajo v CR v sklopu terapevtskih aktivnosti. V prvi fazi si prizadevamo, da se uporabnik stabilizira v širšem družbenem okolju, vzpostavi odnose s podpornimi ljudmi ter se aktivno pripravlja na vstop na trg dela oz. v

<sup>18</sup> Klasični program Projekt Človek je namenjen tistim, ki zaradi zasvojenosti z drogami potrebujejo celostno pomoč. Program je organiziran po fazah. Začenja se v Sprejemnem centru, kjer so ključni motivacijski pogovori in priprave za vstop v program Prius. V programu Prius se izvajajo delovne, športne, kulturne in terapevtske aktivnosti v obliki pogovorov in različnih skupin. Osnovni namen je vzdrževanje abstinence in vključenost celotne družine. V Terapevtski skupnosti je življenje organizirano tako, da uporabniki utrjujejo samostojnost, se učijo reševati probleme in preživljajo prosti čas na ustvarjalni način. Zaključni del programa je Center za reintegracijo.



šolo. Ponedeljek začnemo s sestankom, na katerem uporabniki ob podpori strokovnega delavca načrtujejo teden, opravila, nabavo hrane in drugih potrebščin. Pogovorimo se tudi o vzdušju v skupini, o medsebojnih odnosih in o morebitnih konfliktnih situacijah. Sledi skupina, v kateri oblikujemo tedenski načrt časa: kaj bo posameznik počel čez teden, koliko časa bo namenil posamezni aktivnosti. Na ta način se uporabnik nauči vzpostavljati ravnovesje med temeljnimi življenjskimi področji, kot so delo, počitek, gibanje, druženje, interesne dejavnosti, ter upravljati s financami. Nato sledi skupina za poglobljeno emocionalno delo, kjer se uporabnik lahko posveti raziskovanju svojih aktualnih življenjskih vsebin. Kosilu, ki ga uporabniki pripravijo sami, sledijo počitek in interesne dejavnosti. Uporabnike spodbujamo, naj slednje poiščejo sami v širšem družbenem okolju. Ob torkih in četrkih so uporabniki vključeni v prostovoljno delo izven programa. Na ta način dobijo občutek vključenosti v »službeno realnost«, ki jih čaka v nadaljevanju, poleg tega ustvarjajo dobro delo za druge ljudi. V okviru tega lahko uporabniki izvajajo tudi mentorsko dejavnost tistim uporabnikom, ki so v rehabilitacijski proces šele vstopili. Ob sredah imajo uporabniki zaposlitveni trening oz. skupine za pridobivanje in razvijanje socialnih veščin. Ob petkih izvedemo enake storitve kot v ponedeljek, le da so tokrat evalvacijskega značaja. Poleg tega ima vsak uporabnik z osebnim terapevtom vsaj en terapevtski pogovor na teden.

Druga in tretja faza programa CR sta ambulantnega tipa, v vsako lahko vključimo do petnajst uporabnikov. Uporabniki so največkrat najprej vključeni v službo, saj potrebujejo denar za življenjske stroške. Vsak teden imajo v programu skupino za poglobljeno emocionalno delo, kjer se posvetijo raziskovanju svojih aktualnih življenjskih vsebin. V tem obdobju so to največkrat teme v povezavi z vključevanjem v službo. Vsak uporabnik ima z osebnim terapevtom vsaj en terapevtski pogovor tedensko. Na dva meseca izvajamo tudi tematsko skupino Odnos do alkohola, kjer uporabnik pred skupino predstavlja esej. Cilj skupine je, da uporabnike opolnomočamo za vzdrževanje trajne abstinence, tudi od alkohola. Sicer pa si v sklopu druge in tretje faze prizadevamo, da se uporabnik osamosvoji, se vključi v službo ali šolanje ter zaključi rehabilitacijo.

Ob koncu programa CR uporabnik napiše pregled celotne rehabilitacije in jo predstavi pred skupino souporabnikov in bližnjih, ki jih povabi sam. Poleg evalvacijskega ima dogodek tudi slavnostni pridih, saj predstavlja zaključek rehabilitacijskega procesa, kar je za uporabnika pomemben dosežek. Čeprav naj bi rehabilitacija v programu CR trajala okoli 18 mesecev, navadno uporabniki podaljšajo vključenost v program za pol leta do leto. V zadnjem času so vzrok temu predvsem slabe zaposlitvene možnosti.

Večina uporabnikov se po zaključenem klasičnem programu odloči za vključitev v program Intera, kjer jim nudimo nadaljnjo podporo v obliki tedenske individualne terapije z osebnim terapevtom. Ta lahko poteka tudi manj poglobljeno na štirinajst dni. V situacijah, ko uporabniki recidivirajo, jih motiviramo za vključitev v program Replay, kjer izdelamo individualni načrt za vzpostavitev abstinence in za ponovno vključitev v življenje in rehabilitacijski proces.

V Centru za reintegracijo so redno zaposleni štirje delavci: magister socialne pedagogike – terapevt integrativne terapije, gestalt terapevtka, terapevtka sistemske družinske terapije in socialna delavka, ki opravlja nočna dežurstva, ter prostovoljci. Na področju zagotavljanja kakovosti storitev je naša organizacija pridobila certifikat kakovosti za nevladne organizacije SIQ-NVO in pripravila dva dokumenta: Standard kakovosti – zahteve NVO je dokument, ki je nastal na podlagi standarda ISO 9001:2008; Poslovnik kakovosti pa je nastal v sklopu pridobivanja Certifikata kakovosti za nevladne organizacije.

### **Podatki o vključenosti v program**

V zadnjih 10 letih je bilo v program CR vključenih 79 uporabnikov (tabela 8.2), od tega 55 (70 %) moških in 24 (30 %) žensk. Poleg uporabnikov je bilo vključenih 110 ključnih bližnjih oseb, največkrat so bili to starši uporabnikov. Povprečna starost vključenih uporabnikov je bila 29 let. Od vseh jih je več kot polovica (56,9 %)

program končalo uspešno, 23,6 % pa jih je recidiviralo (slika 8.2). Večina (85 %) uporabnikov, ki program uspešno končajo, abstinira in si uredi življenje. Opazili pa smo, da jih veliko vsaj občasno uživa alkohol.

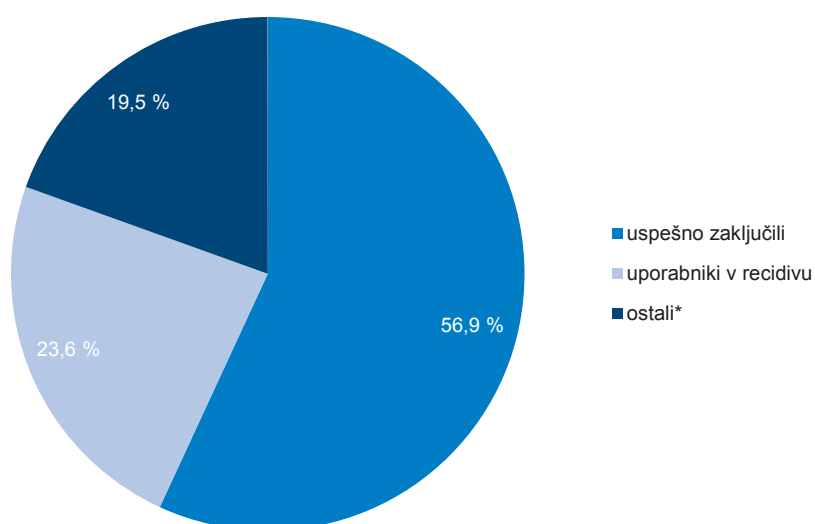
V preteklosti smo podatke o tem, kaj se dogaja z uporabniki po končanem programu, pridobivali na srečanjih z njimi, nedavno pa smo pričeli z bolj sistematičnim spremljanjem uporabnikov po zaključenem programu (follow up).

**Tabela 8.2:** Število uporabnikov po vključitvi v program, zaključenosti programa in recidivu, 2004–2014

Leto	Vključeni uporabniki	Končali program	V recidivu
2004	10	7	3
2005	6	3	1
2006	3	2	0
2007	8	5	3
2008	8	5	3
2009	9	7	0
2010	9	2	1
2011	12	5	5
2012	6	1	2
2013	4	*	1
(podatki zajeti do junija) 2014	4	*	0

\* Uporabniki so še v programu, ki še ni zaključen.

Vir: Društvo Projekt Človek, interne evidence



\* Kategorija »Ostali« zajema uporabnike, za katere ni podatkov, kaj se je z njimi dogajalo po tem, ko so zapustili program, tiste, ki so predčasno izstopili, abstinirajo in so socialno vključeni, ter uporabnike, ki so predčasno izstopili, ne abstinirajo, a so socialno vključeni.

Vir: Društvo Projekt Človek, interne evidence

**Slika 8.2:** Delež uporabnikov, ki so uspešno zaključili program, in tistih, ki so v recidivu, 2004–2014

## **Ključne spremembe v desetletnem obdobju**

Ker je v naš program vstopalo vse več uporabnikov, ki se zaradi šibko podpornega okolja niso mogli vračati domov, in ker je z odprtjem regijskih sprejemnih centrov vstopalo vse več uporabnikov, ki se zaradi oddaljenosti niso mogli voziti v Ljubljano in nazaj, smo program iz ambulantne oblike razširili na stanovanjsko. Trenutno tako vsi uporabniki vstopijo v program CR v stanovanjski obliki.

Med uporabniki opazamo vse več takih, ki imajo poleg zasvojenosti še pridružene težave (osebnostne motnje, motnje hranjenja, okrnjene kognitivne sposobnosti). Menimo, da k temu prispeva uporaba novih drog in višja starost uporabnikov, ki vstopajo v program, kar pomeni tudi daljšo dobo uporabe drog. Zaradi tega smo spremenili metodiko dela, tako da bolj sloni na vzgoji in manj na terapiji. Za slednjo se navadno odločajo bolj kapacitativni uporabniki v programu individualne terapije (Intera), za katero se odločijo po končanem programu CR. Morda je tudi ta sprememba vzrok za to, da je v zadnjem času v program vstopilo manj uporabnikov. Glede na to, da je klasični program, in s tem tudi CR, relativno zahteven, bi lahko sklepali, da ga nekoliko šibkejši uporabniki ne zmorejo in zato že v obdobju pred CR izstopijo.

Spremembe opazamo tudi na področju zaposlovanja; imamo več uporabnikov, ki so v sodobnih razmerah, ko delovni dan pogosto presega osem ur, težje zaposljivi zaradi različnih težav, kot so težave s koncentracijo, pozornostjo in kontrolo impulzov. Poleg tega imajo zasvojeni v primerjavi z drugimi ranljivimi skupinami še vedno slabše možnosti zaposlovanja. V sodelovanju z Ministrstvom za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Zavodom RS za zaposlovanje sicer delujemo v smeri spreminjanja zakonodaje, ki bi tej ranljivi populaciji omogočila boljše zaposlitvene možnosti, je pa situacija težka, saj ni prostih delovnih mest. Uporabniki ostajajo dalj časa v frustraciji, ker službo intenzivno iščejo, a je ne dobijo, zgodi pa se tudi, da jo sicer dobijo, vendar je plačilo tako nizko, da, upoštevajoč plačevanje najemnine in stroškov, v finančnem smislu ne pridejo skozi mesec. Nekateri tako opravljajo dve službi ali delajo nadure, skupaj od 14 do 16 ur na dan. To jim sicer omogoča ekonomsko preživetje, vendar pa se s tem večajo možnosti za recidiv. Potrebujemo mrežo delodajalcev, ki bi bili poučeni o potrebah abstinentov in bi jim nudili možnost zaposlitve z večjim poslušom za njihove individualne potrebe (npr. različne oblike socialnega podjetništva).

Naslednja težava so omejene stanovanjske zmogljivosti programa; vse več je uporabnikov, ki zaradi oddaljenosti ali nepodpornih pogojev v družini ne morejo obiskovati CR ambulantno. Dodatne stanovanjske zmogljivosti in dodatna sredstva za vzdrževanje bi pripomogli k širitvi programov za zasvojene, mladostnike, ljudi s pridruženimi težavami, zasvojene starše z otroki in abstinate, ki dalj časa ne morejo najti zaposlitve.

## **Socialno podjetništvo: Iz principa**

dr. Matej Sande

Projekt socialnega podjetništva Iz principa, v okviru katerega ponujamo storitve oblikovanja in socialnega marketinga, Združenje DrogArt izvaja od leta 2012. Projekt se delno financira iz Evropskega socialnega sklada (ESS). Glavni namen projekta je v okviru razvoja dejavnosti oblikovanja in socialnega marketinga ustvarjati nova kreativna delovna mesta ter zaposlovati brezposelne mlade in mlade z manj priložnostmi, ki so del ranljive ciljne skupine. V projekt so vključeni mladi in mlajši odrasli, ki imajo izkušnjo z uporabo drog ali z odvisnostjo, in mladi do dopolnjenega 25. leta brez izobrazbe ali z nizko izobrazbeno stopnjo (več v Nacionalnem poročilu 2013).

Dejavnosti projekta so bile v letu 2013 usmerjene predvsem v usposabljanje in zaposlovanje ranljive ciljne skupine mladih in mlajših odraslih. Tako smo usposobili sedem oseb in zaposlili štiri osebe, od katerih so tri zaposlene tudi v letu 2014. V letu 2013 so bile naše aktivnosti usmerjene na izvajanje storitev za manjše naročnike (mala podjetja in nevladne organizacije) ter na pridobivanje izkušenj in referenc, v letu 2014 pa

so se dejavnosti projekta usmerile na večje naročnike (javne organizacije, večja podjetja) in na ponujanje celostnih storitev oblikovanja in kampanj socialnega marketinga. Ker gre za zadnje leto sofinanciranja iz sredstev ESS, je do konca leta odločilno pridobivanje naročnikov in konkuriranje na trgu, kar bo v naslednjem letu ključno za nemoteno in samostojno delovanje projekta socialnega podjetništva.

## 9. Z DROGAMI POVEZANA KRIMINALITETA, PREVENTIVA IN ZAPORI

Temeljno zakonsko podlago za represivno delo policije na področju prepovedanih drog predstavljata Kazenski zakonik Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 55/2008, 66/2008 – popr. in 39/2009) ter Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/1999, 44/2000, 2/2004 in 47/2004). Kazenski zakonik v členu 186 prepoveduje in sankcionira neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami, v členu 187 pa inkriminira omogočanje uživanja prepovedanih drog. Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami pa v 33. členu z denarno kaznijo kaznuje posest manjše količine prepovedane droge za enkratno lastno uporabo. Ministrstvo za notranje zadeve RS zbira podatke o kriminaliteti s pomočjo centralnega računalnika, v katerega se vnašajo podatki z nacionalne, regionalne in krajevne ravni policije. V letu 2013 je policija zaznala 2191 kaznivih dejanj (po Kazenskem zakoniku) in 4197 prekrškov (opredeljenih po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami) s področja prepovedanih drog ter obravnavala 2428 ljudi zaradi suma storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog in 3898 ljudi zaradi suma storitve prekrška. 18-odstotni porast prekrškov in 12-odstotni porast števila odkritih kršiteljev je predvsem posledica večje aktivnosti policije. Konoplja tudi v letu 2013 ostaja tista prepovedana droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov. V letu 2013 je policija obravnavala 69 osumljencev, ki so bili ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom prepovedanih drog, in čeprav je največ tovrstnih kaznivih dejanj še vedno s področja neupravičene proizvodnje in prometa s prepovedanimi drogami ter omogočanja uživanja le-teh, je policija beležila tudi kazniva dejanja, kot so zanemarjanje mladoletne osebe, uboj, umor, napad na uradno osebo, preprečitev uradnega dejanja ali maščevanja uradni osebi. Policija je odredila tudi 784 strokovnih pregledov, pri katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi; od tega je bil v 276 primerih izid analize pozitiven. Vozniki so najpogosteje vozili pod vplivom kokaina, kanabinoidov in metadona.

Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij je organ v sestavi Ministrstva za pravosodje RS, ki skrbi za izvrševanje kazenskih sankcij in ki organizira in 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 določen dan preveri številčno stanje zaprtih ljudi s težavami s prepovedano drogo in tudi število okuženih z virusom HIV, hepatitisi in tuberkulozo. Podatki o zaporskem sistemu in zaprtih ljudeh so objavljeni v letnem poročilu, ki je ključni vir za prikaz podatkov o uporabi drog v zaporih v nacionalnem poročilu. V letu 2013 je imela težave s prepovedanimi drogami nekaj manj kot četrtnina (23,7 %) vseh zaprtih ljudi, od tega jih je 60 % prejelo substitucijsko terapijo. Pravosodni policisti so prepovedane droge v zaporih odkrili v 93 primerih, pri čemer je bila konoplja tista prepovedana droga, s katero je povezano največ najdb in tudi največja skupna količina. Raziskava, v katero je bilo zajeto 58 zapornikov uporabnikov prepovedanih drog, je pokazala, da najpogosteje uživajo heroin in marihuano ter tudi pomirjevala, skoraj vsi pa so kadilci. Dobrih 30 % jih je poročalo, da so v preteklosti že predozirali. 63 % jih je bilo že prej zaporno kaznovanih. Pri nekaj več kot petini so se kazali blažji znaki depresije, več kot polovica jih je poročala, da so že razmišljali o samomoru. Pri njih je prisotna tudi velika socialna problematika, v primerjavi s splošno populacijo pa so v večini primerov tudi manj družabni, nesistematični, čustveno nestabilni, polni strahov in skrbi, poleg tega se težje prilagajajo družbenim normam.

## 9.1 Z drogami povezana kriminaliteta

Staša Šavelj

### Kazniva dejanja in prekrški

V letu 2013 je slovenska policija s posebnim načrtom dela na celotnem ozemlju Slovenije povečala aktivnosti v zvezi z odkrivanjem kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog in odkrivanjem kršitev Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami. Rezultat povečanja aktivnosti in usmerjenosti policijskega dela na področje prepovedanih drog je povečanje števila odkritih kršitev in kaznivih dejanj, kar se nadaljuje tudi v letu 2014.

Tako je bilo v letu 2013 zabeleženih 2191 kaznivih dejanj s področja prepovedanih drog, kar je v primerjavi z letom 2012 za 10,1 % povečan porast odkritih kaznivih dejanj. Posledično je bilo v letu 2012 zaznanih tudi 7,9 % več osumljencev, ki so izvršili kaznivo dejanje s področja prepovedanih drog.

V tabeli 9.1 so prikazana kazniva dejanja s področja prepovedanih drog v času od 2009 do 2013, kot so opredeljena v 186. in 187. členu Kazenskega zakonika Republike Slovenije<sup>19</sup>. Kar dve tretjini vseh evidentiranih kaznivih dejanj se nanaša na neupravičeno proizvodnjo in promet s prepovedanimi drogami (186. člen), in sicer gre najpogosteje za nakup, proizvodnjo, ponujanje naprodaj in prodajo prepovedanih drog.

Tabela 9.1: Kazniva dejanja in prekrški s področja prepovedanih drog, 2009–2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Število vseh kaznivih dejanj	87.463	89.489	88.722	91.430	93.833
Število kaznivih dejanj s področja PD	2231	1969	1925	1969	2191
Število osumljenih zaradi storitve kaznivih dejanj s področja PD	2570	2240	2229	2235	2428
Število prekrškov po Zakonu o proizvodnji in prometu s PD	3338	3328	3691	3423	4197
Število kršiteljev Zakona o proizvodnji in prometu s PD	3336	3327	3690	3421	3898

PD – prepovedane droge

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

V letu 2013 je policija zaznala za kar 18,4 % več prekrškov in za 12,2 % več odkritih kršiteljev, kot so opredeljeni v Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, in sicer 4197 (v letu 2012 pa 3423), kar je v zadnjih letih največ (tabela 9.1). Povečano število ugotovljenih prekrškov in posledično večje število kršiteljev Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami je predvsem posledica večje aktivnosti policije pri odkrivanju prekrškov in kaznivih dejanj.

Kot v letu 2012 tudi v letu 2013 ostaja konoplja še naprej tista prepovedana droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov s tega področja, sledijo ji heroin, amfetamin in kokain (tabela 9.2). V tabeli so navedene samo najpogostejše prepovedane droge, ki so bile razlog za kršitev.

<sup>19</sup> 186. člen Kazenskega zakonika RS – »Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog« in 187. člen Kazenskega zakonika RS – »Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu«.

**Tabela 9.2:** Število kršitev Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami po posameznih vrstah prepovedane droge, pri čemer je lahko na eno vezanih več vrst prepovedane droge, 2013

Vrsta prepovedane droge	Število kršitev
Konoplja marihuana	2958
Heroin	182
Amfetamin	167
Konoplja rastlina	103
Kokain	100
Benzodiazepini	62
Konoplja smola – hašiš	56
Ekstazi	37
Metamfetamin	11

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

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

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

V letu 2013 je policija obravnavala 225 (v letu 2012 pa 386) osumljencev, ki so bili ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom alkohola, 69 pa jih je bilo pod vplivom prepovedanih drog (tabela 9.3). To pomeni, da se je število osumljencev (v primerjavi z letom 2012) ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom alkohola zmanjšalo za 41,7 %, medtem ko se število osumljencev, ki so storili kaznivo dejanje pod vplivom prepovedanih drog, ni spremenilo. Od slednjih je bilo 61 osumljencev moških in le 8 žensk.

**Tabela 9.3:** Število osumljencev, ki so kaznivo dejanje izvršili pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, 2009–2012

	2009	2010	2011	2012	2013
Število osumljenih storilcev KD, ki so dejanje izvršili pod vplivom alkohola	625	535	463	386	225
Število osumljenih storilcev KD, ki so dejanje storili pod vplivom prepovedanih drog	137	94	128	69	69
Skupno število osumljenih pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog	762	629	537	437	271

KD – kaznivo dejanje

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Največ kaznivih dejanj, storjenih pod vplivom prepovedanih drog, je v primerjavi z letom 2012 še vedno s področja neupravičene proizvodnje in prometa s prepovedanimi drogami ter omogočanja njihovega uživanja. Zaznali pa smo popolnoma drugačno strukturo drugih kaznivih dejanj (npr. posilstvo, zanemarjanje mladoletne osebe, spolna zloraba slabotne osebe, umor, nevarna vožnja v cestnem prometu), storjenih pod vplivom prepovedanih drog, kar kaže na to, da premoženjski motiv pri osumljencih kaznivih dejanj večinoma sploh ni prisoten. Skrb vzbujajoče je število osumljencev kaznivega dejanja uboja, in sicer pet (od tega sta dva osumljena dokončanega kaznivega dejanja, trije pa poskusa uboja). Preprečitev uradnega dejanja ali maščevanje uradni osebi je v dveh primerih sicer ostalo pri poskusu storitve kaznivega dejanja,

je pa bila trikrat izvršena preprečitev uradnega dejanja in dvakrat napad na uradno osebo, ko je izvajala naloge varnosti. Predhodno navedeni podatki pomenijo tudi povečanje nevarnosti za uradne osebe (policiste), ki obravnavajo osumljence pod vplivom prepovedanih drog (tabela 9.4).

**Tabela 9.4:** Število osumljencev, ki so kaznivo dejanje storili pod vplivom prepovedanih drog, po nekaterih vrstah kaznivih dejanj iz Kazenskega zakonika, 2009–2013

Kaznivo dejanje po dikciji iz KZ	2009	2010	2011	2012	2013
Tatvina, čl. 204	7	18	19	1	0
Velika tatvina, čl. 205	11	10	21	4	4
Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog, čl. 186	36	11	11	14	17
Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu, čl. 187	5	-	7	5	15
Nasilništvo, čl. 296	3	10	8	4	1
Rop, čl. 206	1	2	2	1	0
Preprečitev uradnega dejanja ali maščevanje uradni osebi, čl. 299	7	2	4	4	5
Lahka telesna poškodba, čl. 122	6	3	11	1	1
Uboj, čl. 115	2	3	2	3	5
Poškodovanje tuje stvari, čl. 220	1	5	4	1	0
Nasilje v družini, čl. 191	-	-	9	6	2
Umor, čl. 116	-	-	-	-	1
Posilstvo, čl. 170	-	-	-	-	1
Spolna zloraba slabotne osebe, čl. 191	-	-	-	-	1
Huda telesna poškodba, čl. 123	-	-	-	-	1
Prikazovanje, izdelava, posest in posredovanje pornografskega gradiva, čl. 176	-	-	-	-	1
Napad na uradno osebo, ko opravlja naloge varnosti, čl. 300	-	-	-	-	2
Nedovoljena proizvodnja in promet orožja ali eksploziva, čl. 307	-	-	-	-	1
Povzročitev splošne nevarnosti, čl. 314	-	-	-	-	2
Nevarna vožnja v cestnem prometu, čl. 324	-	-	-	-	2
Zanemarjanje mladoletne osebe, čl. 192	-	-	-	-	5

- ni podatka, KZ – Kazenski zakonik

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

## Sekundarna kriminaliteta

Slovenska policija v zadnjih letih zaznava trend zmanjševanja števila kaznivih dejanj, storjenih z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge. Tako je bil v letu 2013 zaznan še večji upad obravnavanih kaznivih dejanj, kjer je imel vsaj en osumljenec storitve kaznivega dejanja namen pridobiti sredstva za nakup prepovedane droge.

**Tabela 9.5:** Število kaznivih dejanj, storjenih z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge (kjer je vsaj en osumljenec imel namen pridobiti sredstva), 2011–2013

	2011	2012	2013
Število vseh kaznivih dejanj	210	123	73

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra



**Tabela 9.6:** Število kaznivih dejanj (glede na vrsto), storjenih z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge (kjer je vsaj en osumljenec imel namen pridobiti sredstva), 2013

		2013
Neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog, čl. 186		22
Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu, čl. 187		1
	Nasilje v družini, čl. 191	2
	Tatvina, čl. 204	10
	Velika tatvina, čl. 205	36
	Ponarejanje listin, čl. 251	2

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Policisti so obravnavali 40,6 % manj kaznivih dejanj, ki so bila storjena z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge, kot v letu 2012 (bilo jih je 123), in sicer le 73 (še leta 2011 jih je bilo ugotovljenih 210), njihova struktura pa se je glede na pretekla leta spremenila (tabela 9.5). Večina kaznivih dejanj so prav premoženjski delikti (tatvina, velika tatvina), sledijo kazniva dejanja z neupravičeno proizvodnjo in prometom s prepovedanimi drogami, ki so bila storjena prav zaradi pridobitve sredstev za nadaljnji nakup prepovedane droge, ter kazniva dejanja nasilja v družini in ponarejanja listin (tabela 9.6).

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

V primerjavi z letom 2012 je policija v letu 2013 odredila približno enako število strokovnih pregledov (784), v katerih se je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi. Prisotnost nedovoljenih snovi pri kontroliranih voznikih je bila v enakem razmerju kot leta 2012 (280 pozitivnih pregledov) ugotovljena tudi v letu 2013 (276) (tabela 9.7). Za kar 40,4 % pa se je povečalo število odklonjenih odrejenih strokovnih pregledov, ki jih je bilo v letu 2012 le 89, v letu 2013 pa že 125. Kazen za odklonitev strokovnega pregleda je ista kot pri dokazani prisotnosti prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi v krvi in/ali slini oziroma urinu. Torej je za kršitelje Zakona o pravilih cestnega prometa predvidena globa 1200 evrov in 18 kazenskih točk. Vozniku bo prepovedana nadaljnja vožnja in začasno (za 24 ur) odvzeto voziško dovoljenje. Če vpliv ne bo dokazan, ugotovljena pa bo prisotnost teh snovi v urinu, bo voznik napoten na kontrolni zdravstveni pregled. Za takšnega kršilca ni predpisane globe ali drugih sankcij. Vozniku bo prepovedana nadaljnja vožnja in začasno (za 24 ur) odvzeto voziško dovoljenje.

Zaradi višjega dokaznega standarda in dokazovanja nedvomnega vpliva na vožnjo je še vedno zmanjšano število odrejenih strokovnih pregledov in s tem posledično manjše število ugotovljene prisotnosti psihoaktivnih snovi med vozniki v cestnem prometu. Zaradi tega je sedaj postopek dokazovanja prisotnosti prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi bistveno bolj kompleksen in tudi dražji.

**Tabela 9.7:** Število odrejenih strokovnih pregledov za ugotavljanje prisotnosti prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi ter število pozitivnih rezultatov pregleda krvi/sline in urina, 2010–2013

	2010	2011	2012	2013
Odrejeni pregledi	1501	1162	780	784
Pozitivni pregledi	870	648	280	276

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

**Tabela 9.8:** Odkrite prepovedane droge, psihoaktivna zdravila ali druge psihoaktivne snovi v izidih pozitivnih analiz, 2010–2013

	2010	2011	2012	2013
Amfetamin	48	50	16	22
Benzodiazepini	173	103	37	44
Kanabinoidi	115	72	58	52
Kokain	210	88	43	54
Metadon	239	142	68	45
Opiati	309	134	47	40
Antidepresivi	2	0	4	5
Antipsihotiki	1	0	1	0
Hipnotiki/sedativi	1	3	1	1
Opioidi	18	10	7	6
Drugo	614	409	204	202

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Izidi pozitivnih analiz krvi/sline in/ali urina pri odrejenih strokovnih pregledih v letu 2013 so pokazali, da so vozniki najpogosteje vozili pod vplivom kokaina in kanabinoidov, sledi vožnja pod vplivom metadona, benzodiazepinov in opiatov. Rezultati v primerjavi z letom 2012 lahko kažejo tudi na rahlo povečanje uporabe kokaina in kanabinoidov pri uporabnikih prepovedanih drog v Sloveniji (tabela 9.8).

## 9.2 Preventiva pred kriminaliteto, povezano s prepovedanimi drogami

Staša Šavelj

Preventivno delo policije na področju kriminalitete, povezane s prepovedanimi drogami, temelji na sodelovanju s pristojnimi institucijami, katerih primarni namen je ozaveščanje ciljnih skupin o škodljivih posledicah uporabe prepovedanih drog in samozaščitnem ravnanju. Tako policija sodeluje z nevladnimi organizacijami, občinskimi sosveti, vzgojno-izobraževalnimi ustanovami in z vsemi drugimi akterji, ki delujejo na področju zmanjševanja problematike prepovedanih drog na nacionalni, regionalni in lokalni ravni. Preventivno delo se izvaja v obliki sodelovanja na predavanjih, svetovanja državnim ustanovam, predstavitev dejavnosti policije na različnih prireditvah in priprave preventivnih gradiv, npr. zloženek.

## 9.3 Intervencije v kazensko-pravosodnem sistemu

### Pravosodni sistem in kazniva dejanja

Igor Kovačič

Oblast v Republiki Sloveniji se deli na zakonodajno, izvršilno in sodno. Sodno oblast izvajajo sodniki in sodnice na sodiščih, ki so ustanovljena z Zakonom o sodiščih (Uradni list RS, št. 94/07, 45/08, 96/09, 86/10 - ZJNepS, 33/11, 75/12 - ZSPDSL-A in 63/13) ali drugim zakonom. Imamo sodišča s splošno pristojnostjo in specializirana sodišča.

Sodišča splošne pristojnosti delimo na: okrajna sodišča (44) – praviloma so to notranje organizacijske enote okrožnih sodišč; okrožna sodišča (11); višja sodišča (4) in Vrhovno sodišče Republike Slovenije – najvišje sodišče v državi<sup>20</sup>. Specializirana sodišča so v Republiki Sloveniji tri, in sicer Upravno sodišče, Delovno in socialno sodišče ter Višje delovno in socialno sodišče.

Na prvi stopnji o kaznivih dejanjih odločajo okrajna in okrožna sodišča, vendar so zaradi teže kaznivih dejanj v povezavi z drogami za odločanje pristojna le okrožna sodišča, ki ponavadi sodijo v senatu treh sodnikov. Ponavadi je pred vložitvijo obtožnice opravljena preiskava, ki jo na okrožnem sodišču opravlja sodnik posameznik (preiskovalni sodnik), obramba v teh primerih pa je praviloma obvezna. Obdolženi v tovrstnem kazenskem postopku zagovornika lahko vzame sam, če pa si ga ne, mu ga predsednik sodišča postavi po uradni dolžnosti, in sicer ob vročitvi obtožnice. V določenih primerih mora obdolženec imeti zagovornika že ob prvem zaslišanju (npr. če je obdolženec nem, gluha ali drugače nezmožen, da se sam uspešno brani, ali če je priveden k preiskovalnemu sodniku v skladu s 157. členom Zakona o kazenskem postopku (Uradni list RS, št. 32/12 in 47/13).

Pregon storilcev kaznivih dejanj je glavna pravica in dolžnost državnih tožilcev. Tožilstva v Republiki Sloveniji so organizirana po naslednji shemi (185. člen Zakona o državnem tožilstvu (Uradni list RS, št. 58/11, 21/12 - ZDU-1F, 47/12, 15/13 - ZODPol, 47/13 - ZDU-1G in 48/13 - ZSKZDČEU-1)):

- okrožna državna tožilstva (11) – sedeže imajo tam, kjer je sedež okrožnega sodišča;
- Specializirano državno tožilstvo (SDT RS) – ima status 12. okrožnega državnega tožilstva, obravnava pa najzahtevnejša kazniva dejanja, katerih pregon terja posebno organiziranost in usposobljenost državnih tožilcev ter najvišjo raven učinkovitosti (katalog kaznivih dejanj za katera je pristojno SDT RS je določen v drugem odstavku 192. člena Zakona o državnem tožilstvu; SDT RS je tako pristojno za pregon hudodelskih združb, ki izvršujejo kaznivo dejanje neupravičene proizvodnje in prometa s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog);
- Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije.

Generalni državni tožilec po nastopu funkcije sprejme politiko pregona<sup>21</sup>. Z njo se opredeli zlasti vrste zadev, ki se obravnavajo prednostno, kaznovalno politiko, ki jo bo državno tožilstvo za posamezna kazniva dejanja in kategorije storilcev uveljavljalo s predlogi za izrek sankcij in pritožbami zoper izrečene sankcije, itd.

V zvezi s prepovedanimi drogami državni tožilci z materialnopravnega vidika preganjajo storilce dveh kaznivih dejanj po Kazenskem zakoniku (Uradni list RS, št. 50/12; v nadaljevanju: KZ-1), ki spadata v poglavje Kazniva dejanja zoper človekovo zdravje:

186. člen KZ-1 – neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog; 187. člen KZ-1 – Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu.

### **Kazniva dejanja povezana s prepovedanimi drogami**

Okrožna državna tožilstva in SDT RS so v letu 2013 prejela ovadbe zoper 966 (989 leta 2012) polnoletnih oseb ter so tako, skupaj z nerešenimi ovadbami zoper 281 oseb iz prejšnjega obdobja, obravnavala ovadbe zoper 1247 (1347 leta 2012) polnoletnih oseb. V to število so vključene tudi ovadbe zaradi kaznivih dejanj, storjenih v organiziranih hudodelskih združbah.

<sup>20</sup> Prvi odstavek 127. člena Ustave Republike Slovenije.

<sup>21</sup> Dokument je dostopen na spletni strani [http://www.dt-rs.si/uploads/documents/politika\\_pregona.pdf](http://www.dt-rs.si/uploads/documents/politika_pregona.pdf).

Državni tožilci so ovadbe zoper 134 polnoletnih oseb zavrgli (leta 2012 zoper 116 oseb), za 778 oseb so zahtevali uvedbo preiskave (v letu 2012 za 820 oseb), po opravljeni preiskavi so odstopili od pregona 79 oseb (v letu 2012 119 oseb) in vložili tožbe proti 1036 (leta prej proti 601 osebi), zoper 65 polnoletnih pa neposredno obtožnico (leta 2012 zoper 47 oseb).

Sodišča so v letu 2013 odločila o 1326 obtožencih (leta 2012 o 683), 1844 (1101 leta 2012) pa jih še čaka na izrek prvostopne sodbe. Obsodilna sodba je bila izrečena 1151 obdolžencem (leta prej 622) in oprostilna 80 (34 v letu 2012), v 75 primerih (leta 2012 v 27) pa je bila izrečena zavrnilna sodba. Delež obsodilnih sodb je tako 88,5 % (v letu 2012 je bil 91 %), s 4 % leta 2012 se je delež zavrnilnih sodb zvišal na 6 %, prav tako se je zvišal odstotek oprostilnih sodb, in sicer s 5 % leta 2012 na 6,5 % v 2013.

V obdobju poročanja so državni tožilci obravnavali tudi kazenske ovadbe proti 114 mladoletnikom, in sicer 93 prejetih na novo in 21 prenesenih iz preteklega obdobja. V primerjavi z letom prej, ko so državni tožilci odločali o ovadbah proti 109 mladoletnikom, torej število zadev narašča. Ovadbe proti devetim mladoletnikom so zavrgli (enako leta 2012), proti 77 mladoletnikom pa vložili zahtevo za uvedbo pripravljalnega postopka (leta 2012 proti 65 osebam). Po njegovem zaključku je bil v 11 primerih (leta prej v 19) postopek ustavljen, v 54 primerih (leta 2012 v 42) pa so državni tožilci sodišču predlagali izrek vzgojnega ukrepa. V letu 2013 nismo obravnavali mladoletnikov, ki bi sodelovali pri prometu s prepovedanimi drogami kot člani hudodelske združbe.

Sodišče v 36 primerih obravnave mladoletnikov še ni izreklo prvostopenjske sodbe, v dveh primerih je izdalo sklep o ustavitvi postopka (leta 2012 v 18), v 22 primerih (leta prej v 38) pa jim je izreklo sankcijo. V vseh primerih razen v enem, ko je sodišče izreklo kazen, je bil izrečen vzgojni ukrep. Tožilci se z odločitvami sodišč niso strinjali v dveh primerih, v obeh primerih vloženi pritožbam ni bilo ugodeno.

Okrožna državna tožilstva so v letu 2013 obravnavala več hudodelskih združb, ki so se ukvarjale s prodajo drog. Zoper 53 oseb je bila vložena zahteva za preiskavo, zoper dve osebi neposredna obtožnica in zoper 192 oseb obtožnica po opravljeni preiskavi. 90 osebam je bila izrečena obsodilna sodba, 15 oprostilna sodba in trem zavrnilna sodba.

Po podatkih Statističnega urada RS je bilo v letu 2013 glede na leto 2012 34 % več obsojenih oseb, predvsem zaradi sprememb Zakona o kazenskem postopku (sporazum o priznanju krivde in uvedba predobravnavnega naroka), poleg tega je bilo glede na leto 2012 68 % več obsojenih za kaznivo dejanje po 186. členu KZ-1 (neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in predhodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog).

## **Alternativne oblike načina izvršitve kazni zapora**

Eva Salecl Božič

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

- Prestajanje kazni ob koncu tedna (12. člen Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS-1)): O izvršitvi kazni zapora ob koncu tedna odloči s sklepom sodišče na podlagi predloga, vložnega po pravnomočnosti sodbe. Izvršitev kazni zapora z zaporom ob koncu tedna se lahko dopusti tudi na predlog obsojenca, ki že prestaja kazen zapora, po predhodnem mnenju direktorja zavoda. Tudi v tem primeru izvršitev kazni z zaporom ob koncu tedna odloči sodišče s sklepom.

- Hišni zapor (12.a člen ZIKS-1): S sodbo ali s posebnim sklepom sodišče dopusti izvršitev kazni zapora s hišnim zaporom in odredi ali spremeni način njegovega izvrševanja. Sodišče pošlje sodbo oziroma poseben sklep o načinu izvršitve hišnega zapora in sklep o spremembi načina njegovega izvrševanja obsojencu, zavodu za prestajanje kazni, v katerega bi bil obsojenec sicer napoten, ter policijski postaji, na območju katere se hišni zapor izvršuje. Izvajanje hišnega zapora nadzoruje sodišče samo ali preko policije.
- Nadomestna kazen z opravljanjem dela v splošno korist (13. člen ZIKS-1): Izvrševanje dela v splošno korist, s katerim sodišče nadomesti kazen zapora do dveh let, pripravi, vodi in nadzoruje center za socialno delo. Dogovor o začetku opravljanja nalog, ki ga sklenejo obsojenec, organizacija, pri kateri bo delo opravljal, in pristojni center, se šteje kot poziv za nastop kazni.

### Nadomestne kazni v letu 2013

Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij ne razpolaga z uradnimi podatki o izvajanju dveh vrst nadomestnih kazni, in sicer o izvajanju hišnega zapora in o izvrševanju dela v splošno korist.

Izvršitev kazni zapora ob koncu tedna se lahko dopusti obsojencu, ki je osebno toliko urejen, da mu je mogoče zaupati, da takega načina prestajanja ne bo zlorabil. V teh primerih lahko še naprej dela ali se izobražuje in prebiva doma, razen ob prostih dneh, praviloma ob koncu tedna, ko mora biti v zavodu. Kazen zapora ob koncu tedna je skladno z 12. členom Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij prestajalo 122 obsojencev (tabela 9.9). Vsi so bili redno zaposleni in niso prekinili delovnega razmerja, 7 obsojencev pa se je redno izobraževalo.

Tabela 9.9: Število obsojencev, ki so prestajali kazen zapora ob koncu tedna<sup>22</sup>

Leto	2011	2012	2013
12. člen ZIKS-1	60	86	122

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2013

### Osebe, ki prestajajo uklonilni zapor

V letu 2013 je bilo v slovenskih zavodih 1123 uklonilno zaprtih oseb<sup>23</sup>. Njihovo število se je v primerjavi s prejšnjim letom zmanjšalo za 542 oziroma za 32,5 %. V celoti (en mesec) jih je uklonilni zapor prestalo 23,9 %. Zaradi spremembe Zakona o prekrških (Uradni list RS, št. 29/11), ki je stopil v veljavo 14. 3. 2011 in ki predpisuje, da lahko oseba samo do začetka prestajanja izvrševanja uklonilnega zapora sodišču predlaga, naj se plačilo globe nadomesti z opravljanjem določene naloge v splošno korist ali v korist samoupravne lokalne skupnosti, smo v letu 2013 zabeležili samo pet oseb, ki so jim sodišča med prestajanjem uklonilnega zapora plačilo globe nadomestila z opravljanjem nalog v splošno korist.

Po Zakonu o izvrševanju kazenskih sankcij o prekinitvi prestajanja uklonilnega zapora odloči direktor zavoda s sklepom na podlagi mnenja zavodskega zdravnika, o odložitvi prestajanja uklonilnega zapora pa odloča sodišče. Sklep o neizvršitvi uklonilnega zapora se izda v 24 urah od prejema predloga. Predlogi so vezani predvsem na slabo zdravstveno stanje ali na šibke socialne razmere posameznika, ki je bil priveden na prestajanje kazni uklonilnega zapora. Na predlog direktorja je bilo v letu 2013 odpuščenih 30,8 % uklonilno zaprtih oseb.

<sup>22</sup> Podatki se nanašajo na vse obsojence, ne glede na težave z drogami.

<sup>23</sup> Podatki se nanašajo na vse uklonilno zaprte osebe, ne glede na težave z drogami.

Pri izvajanju uklonilnega zapora oseb, ki imajo težave zaradi uporabe prepovedanih drog, se je 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 neizvršitev uklonilnega zapora. Predlogi zaradi zdravstvenih razlogov so v večini primerov odobreni. Postopek poteka tako, da osebo v zavodski ambulanti pregleda zdravnik pristojnega zdravstvenega doma, ki oceni, ali obstajajo zdravstveni razlogi, zaradi katerih bi zavod lahko sodišču predlagal neizvršitev uklonilnega zapora.

V letu 2013 je bilo v zavodih za prestajanje kazni zapora med uklonilno zaprtimi osebami odkritih 78 ljudi s težavami zaradi odvisnosti od alkohola, kar predstavlja 6,9 % vseh uklonilno zaprtih oseb, in 110 ljudi s težavami zaradi odvisnosti od drog, kar predstavlja 9,8 % vseh uklonilno zaprtih.

## 9.4 Uporaba drog v zaporih in nezakonit promet z drogami v zaporih

Eva Salecl Božič

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

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

V letu 2013 je bilo med vsemi 4543 zaprtimi osebami prepoznanih 1078 oseb, ki so imele težave zaradi uporabe prepovedanih drog (tabela 9.10). Prepoznali smo statistično pomemben vzpon v primerjavi z letom poprej, saj se je njihovo število povečalo za 3,4 %. Med njimi je bilo šest oseb z izrečenim ukrepom obveznega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog.

Tabela 9.10: Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih oseb, 2005–2013

Leto	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Število vseh zaprtih oseb	3097	3572	4311	4383	4730	4592	4975	5040	4543
Osebe s težavami zaradi droge	868	948	1090	1210	1209	1215	1073	1076	1078
Delež v %	28,0	26,5	25,3	27,6	25,6	26,5	21,6	21,3	23,7

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2013

## Nezakonit promet z drogami v zaporih

Zaprte osebe vnašajo drogo v zavod na različne načine in iščejo vedno nove možnosti skrivanja. Pogosto je skrivanje na telesu (prilepljeno) ali v oblačilih (všito v robove oblek itn.), metanje preko ograje in vnos s paketi, predvsem v tovarniško pakiranih živilih (fotografija 9.1). Domneva se, da zaprte osebe drogo največkrat skrivajo v telesu, kar povzroča dodatne težave pri odkrivanju, saj poseg v človeško telo ni dovoljen. Dejansko pa gre pri vseh odkritih vnosih droge v zavode za manjše količine.



Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij

**Fotografija 9.1:** Prikazuje odkrit primer skrivanja droge v originalno zaprtem zavitku čokolade

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 za vnašanje droge v zavod, zato smo pozorni tudi na to, da ne bi zaprte osebe poskušale zlorabiti osebja. V kolikor se pojavi takšen sum, v preiskavi tega sodelujemo s policijo.

V letu 2013 je bila droga odkrita v 93 primerih, pri čemer je bilo vseh najdb/dogodkov 261 (pribor za uživanje, tablete, alkohol itd.) (tabela 9.11). V letu 2013 so pravosodni policisti našli največ konoplje (420,72 g), sledijo heroin (166,98 g), hašiš (158,57 g) in kokain (27,2 g). Poleg tega so našli še 50 tablet ekstazija, 3 ml metadona, 38,64 l alkohola in 4969,5 kosov tablet (tabela 9.12).

**Tabela 9.11:** Število najdb prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah\*

Zavod	Heroin	Konoplja	Kokain	Ekstazi	Hašiš	Alkohol	Metadon	Tablete	Pribor	Vse najdbe	Vse droge skupaj
Dob	3	9	0	1	0	5	1	17	12	48	13
Slov. vas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Puščava	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ig	1	0	0	0	0	0	0	3	5	9	1
Celje	0	8	0	0	0	0	0	7	1	16	8
Koper	8	21	2	0	2	3	0	36	6	78	33
N. Gorica	0	1	0	0	0	0	0	5	0	6	1
Ljubljana	5	13	0	0	1	10	0	20	4	53	19
N. mesto	0	2	0	0	0	0	0	4	0	6	2
OO Ig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maribor	1	8	4	0	0	0	0	21	5	39	13
M. Sobota	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Rogoza	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Radeče	0	2	0	0	0	1	0	0	0	3	2
<b>Skupaj</b>	<b>18</b>	<b>65</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>113</b>	<b>33</b>	<b>260</b>	<b>93</b>

\* Opomba: Skupno število najdb (dogodkov) je bilo 244, v veliko primerih so pravosodni policisti odkrili več vrst droge hkrati.

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2013

**Tabela 9.12:** Količina najdenih prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah\*

Zavod	Heroin/g	Konoplja/g	Kokain/g	Ekstazi/kos	Hašiš/g	Alkohol/l	Metadon/ml	Tablete/kos
Dob	60,36	98,5	0	50	0	16,2	3	1713,75
Slov. vas	0	0	0	0	0	0	0	0
Puščava	0	0	0	0	0	0	0	0
Ig	1	0	0	0	0	0	0	23
Celje	0	31,9	0	0	0	0	0	192
Koper	84,5	147,8	18,7	0	95,9	11,5	0	436
N. Gorica	0	2	0	0	0	0	0	48
Ljubljana	20,42	113,37	0	0	62,67	8,74	0	1460
N. mesto	0	7,55	0	0	0	0	0	17
OO Ig	0	0	0	0	0	0	0	0
Maribor	0,7	12,1	8,5	0	0	0	0	1079,75
M. Sobota	0	5	0	0	0	0	0	0
Rogoza	0	0	0	0	0	1,5	0	0
Radeče	0	2,5	0	0	0	0,7	0	0
<b>Skupaj</b>	<b>166,98</b>	<b>420,72</b>	<b>27,2</b>	<b>50</b>	<b>158,57</b>	<b>38,64</b>	<b>3</b>	<b>4969,5</b>

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

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2013



## Nekatere značilnosti obsojencev, odvisnih od prepovedanih drog

mag. Tanja Madjar

V prispevku predstavljamo le del rezultatov obširnejše raziskave, izvedene na vzorcu obsojencev odvisnikov in zaposlenih v podjetju Talum d.d.<sup>24</sup> Na tem mestu se bomo osredotočili na problematiko odvisnosti od prepovedanih psihoaktivnih snovi (PAS) v kontekstu različnih osebnostnih značilnosti (depresivnost, samospoštovanje, samomorilno vedenje) in kriminalnega vedenja (oblika kaznivega dejanja, starost ob prvi aretaciji, povratništvo). Predstavili bomo ranljivost za prisotnost odvisnosti glede na določene osebnostne značilnosti in vedenjske specifikke.

### Metoda

Nabor podatkov je potekal v obliki skupinskega izpolnjevanja vprašalnikov v manjših skupinah v začetku leta 2012. Udeležencem je bil predstavljen namen raziskave, poudarjena je bila prostovoljnost in anonimnost sodelovanja. Skupino obsojencev je sestavljalo 58 oseb moškega spola, vsi so bili v zaporu zaznani kot odvisniki od prepovedanih drog. Njihova povprečna starost je bila 31,6 let (SD = 5,8). Večina (N=29, kar predstavlja 61,7%) se jih je opredelila za samske. Okrog polovica jih je ob prihodu v zapor živela pri starših (N=24; 51,1 %), sledijo tisti brez stalnega bivališča (N=9; 19,1 %), lastno stanovanje ima 5 obsojencev (10,6 %), ostali živijo pri sorodnikih, partnerki ali v podnajemniškem stanovanju. Večina (N=41; 87,2 %) jih pred prihodom v zapor ni bila zaposlenih. Dobra polovica (N=24; 51,1 %) jih ima dokončano nižjo srednjo poklicno ali srednjo poklicno šolo, 38,3 % (N=18) jih ima dokončano le osnovno šolo, štirje (8,5 %) niso dokončali osnovne šole in le eden je končal V. stopnjo izobrazbe. V raziskavo smo vključili še kvazikontrolno skupino (N=52), ki so jo sestavljali zaposleni v podjetju Talum d.d.

Za ugotavljanje stanja odvisnosti od kemičnih PAS (alkohola in prepovedanih drog) smo uporabili vprašalnik SASSI (The Substance Abuse Subtle Screening Inventory) in različne postavke, s katerimi smo ugotavljali odnos do različnih psihoaktivnih substanc. Postavke smo razdelili v sklope: kajenje cigaret, uživanje alkohola, uživanje psihiatrične medikamentozne terapije, uživanje prepovedanih psihoaktivnih substanc (katere droge je udeleženec poskusil in kako pogosto jih je užival; ali je ob uživanju drog kdaj prišlo do predoziranja). Za ugotavljanje psihičnega stanja smo uporabili Rosenbergovo lestvico samospoštovanja, Zungovo lestvico depresivnosti, Eysenckov vprašalnik osebnosti (EPQ-R) ter postavke za oceno avtoagresivnega vedenja. V nadaljevanju bomo predstavili le statistično pomembne rezultate.

### Rezultati

S pomočjo vprašalnika SASSI smo za celoten vzorec obsojencev odvisnikov določili tiste, pri katerih obstaja visoka verjetnost problematičnega uživanja oz. odvisnosti. Prednost vprašalnika je, da vsebuje direktne in indirektne lestvice, ki zaznavajo odvisnost tudi pri tistih, ki na direktnih lestvicah to problematiko zanikajo. Ravno iz slednjega razloga je vprašalnik še posebej primeren za ugotavljanje stanja odvisnosti na populaciji obsojencev, ki navadno zanikajo odvisnost ali je še ne zaznavajo realno. Izmed 42 udeležencev jih je 36 (85,7 %) doseglo kriterij kemične odvisnosti oziroma je pri njih verjetnost problematičnega uživanja visoka. Torej, ne glede na posameznikov odzivni slog glede lastne odvisnosti (zanikanje, minimaliziranje) je vprašalnik SASSI uspešno zaznal odvisne posameznike. Do podobnih zaključkov so v svoji raziskavi prišli Rogers idr. (1997). Obsojenci odvisniki so dokaj iskreno poročali o svojem stanju odvisnosti in ga niso zanikali: pokazale so se pomembne pozitivne povezave med direktnimi in indirektnimi lestvicami ter nizek rezultat na lestvicah defenzivnosti. Zato predvidevamo, da je pri odkrivanju stanja odvisnosti primerna uporaba direktnih lestvic ali usmerjenega intervjuja. Po drugi strani pa je na iskreno poročanje morda vplivala njihova anonimnost v raziskavi.

<sup>24</sup> Raziskava je v celoti predstavljena v Madjar T. (2012) Psihične motnje pri zapornikih, magistrsko delo.

Rezultati korelacijskih postopkov so pokazali, da so višji rezultati na lestvicah, ki merijo elemente odvisniškega vedenja (odvisnost (A) EPQ-R), samoocena rabe alkohola (FVA SASSI), samoocena rabe drugih drog (FVOD SASSI), očitni znaki odvisniškega vedenja (OAT SASSI), subtilni znaki odvisniškega vedenja (SAT SASSI), pomembno povezani s slabšim psihičnim stanjem: nižjim samospoštovanjem, višjo depresivnostjo, nižjo defenzivnostjo, pogostejšim avtoagresivnim vedenjem (misli, poskusi in namere) ter slabšo oceno lastnega duševnega stanja in svoje prihodnosti. Slednje pomeni, da se s poglobljanjem odvisnosti slabša psihično stanje posameznikov.

V primerjavi s kvazikontrolno skupino imajo obsojenci odvisniki več znakov depresivnosti, pogosteje uživajo različne vrste PAS (marihuano, heroin, kokain, ekstazi, LSD) in izražajo več avtoagresivnega vedenja (misli, poskusov in namer vzeti si življenje in si v zadnjem trenutku premisliti). Odvisniki so bolj občutljivi na stres, pri njih so pogosta občutja depresivnosti in depresivne motnje (Auer 2001; Benedik 2003; Donovan in Marlatt 2005). To se je potrdilo tudi na našem vzorcu, kjer pa so pri obsojencih odvisnikih prisotni predvsem blažji znaki depresije. Minimalno do blago depresijo je izražalo 9 obsojencev (23,08 %), ostali niso kazali znakov depresivnega razpoloženja glede na kriterij. Blage znake depresije težje prepoznamo, ne zahtevajo hospitalizacije, a vseeno pomembno vplivajo na subjektivno blagostanje človeka. Več kot pol (54,54 %) obsojencev odvisnikov je že razmišljalo o tem, da bi naredili samomor, več kot tretjina (35,71 %) ga je že skušala narediti vsaj enkrat in 28,57 % jih je vsaj enkrat imelo namen to storiti. Motnje odvisnosti so močno povezane s samomorom, zgodnja zloraba substanc pa je povezana z večjim tveganjem za samomor (Gossop 2010, v Towl in Crighton 2010). Še posebej samomorilno ogroženi so posamezniki z depresivno motnjo, ki obenem zlorablja alkohol ali prepovedane droge ali pa so od njih odvisni (Dernovšek 2003). Zato je tudi ocena samomorilne ogroženosti ključen diagnostičen korak pri delu z obsojenci odvisniki, ki so izrazito rizična skupina, kar se tiče samomorilnega vedenja. Zgornji podatki potrjujejo domnevo, da je pri obravnavi odvisnosti poleg problema zasvojenosti treba zajeti tudi vzporedne probleme (avtoagresivno vedenje, depresivnost). Gre za problem internalizacije vedenja, na katerega lahko ob večji vidnosti eksternalizacije vedenja v zaporih (agresivni izbruhi, prepiri, konflikti ...) pogosto pozabimo.

V skladu s tujo literaturo (Gossop in Eysenck 1980, v priročniku Eysenckove osebnostne lestvice) so bili tudi med obsojenci odvisniki iz našega vzorca v primerjavi s povprečnimi rezultati splošne populacije višji psihotičizem (P) in nevrotičizem, nižja ekstravertnost ter nižji rezultat na lestvici iskrenosti. To pomeni, da so v primerjavi s populacijo na splošno bolj introvertirani, manj družabni, nesistematični, zelo emocionalni, čustveno nestabilni, polni strahov in skrbi, nekonformistični (težje se prilagajajo družbenim normam), bolj depresivni in z večjimi nihanjem razpoloženja. Obsojenci odvisniki našega vzorca pa so v primerjavi s slovenskim vzorcem odvisnikov od drog dosegali še pomembno višji rezultat na lestvici psihotičizma (P), ki odraža sovražnost, manipulativnost, neempatičnost in nesočutnost. To pomeni, da moramo pri interpretaciji rezultatov EPQ-R med obsojenci odvisniki biti še posebej pozorni na lestvico P, ki je odraz dodatne obremenjenosti storilcev kaznivih dejanj.

Kar se tiče uporabe PAS, so obsojenci odvisniki poročali, da so najpogosteje uživali heroin in marihuano, in to večinoma vsakodnevno. Znotraj zaporskega sistema je med odvisniki največ heroinskih odvisnikov, saj je heroin tista droga, ki posameznika najpogosteje privede tudi do kriminalnega vedenja. Pogosto so uživali tudi pomirjevala (81,8 % celotnega vzorca). Obsojenci, ki so uživali pomirjevala, so v primerjavi s tistimi, ki jih niso, pomembno pogosteje uživali heroin in kokain ter dosegli pomembno višje rezultate na lestvici FVOD SASSI, bili pa so tudi bolj depresivni. Skoraj vsi obsojenci našega vzorca so bili kadilci (93 %). Razlike med kadilci in nekadilci so pokazale, da kadilci pogosteje uživajo heroin. Več cigaret dnevno pokadijo tisti obsojenci, ki izražajo več vedenja »actingout« (COR SASSI) in dosegajo višje rezultate na lestvici N, EPQ-R. Cigarete uporabljajo kot nekakšen regulator čustvenega stanja, kot mehanizem pomiritve. Zato bi se bilo med obravnavo odvisnosti smiselno dotakniti tudi odvisnosti od nikotina in pomirjeval. V delo z obsojenci odvisniki pa je treba aktivno vpeljati tudi preventivo pred predoziranjem. V našem vzorcu jih

je 31,5 % poročalo, da so se v preteklosti ob uporabi prepovedanih PAS že predozirali. Študije poročajo, da je večina heroinskih odvisnikov že preživela predoziranje (50–60 %). Preživetje predoziranja poveča tveganje za kasnejšo smrt zaradi predoziranja (Stoové in sod. 2009). Do predoziranja med uporabniki PAS navadno prihaja zaradi ponovnega uživanja drog (recidiva), kar je ob odpustu iz zapora, kjer so navadno uživali manjše količine droge, pogost pojav in zelo rizična situacija (Marlowe 2011). V zaporu je obravnava te tematike potrebna še posebej pred odpustom rizičnega posameznika, saj ti posamezniki pogosto niso usmerjeni v vzpostavitev ali ohranjanje abstinence, ampak so do svoje odvisnosti še dokaj ambivalentni.

Zelo pomemben zaključek raziskave je, da so obsojenci odvisniki nekatere vidike svojega psihičnega počutja ocenili bolj pozitivno, kot bi pričakovali: na splošno imajo pozitivno samospoštovanje, večina jih nima znakov depresivnosti, vzdušje v sedanji družini so ocenili pozitivno, svoje telesno zdravje so ocenili kot zelo dobro, pozitivno ocenjujejo lastno psihično stanje in z optimizmom zrejo v prihodnost. Slednje ni v skladu z našimi pričakovanji in tudi ne z izsledki drugih raziskav, kjer poročajo o nizkem samospoštovanju pri mladostnikih, ki pričnejo eksperimentirati z drogo, in tudi pri tistih, ki so od njih že odvisni (Auer 2001; Kastelic in Mikulan 2004). Rezultati nas napeljujejo k zaključku, da gre pri udeležencih našega vzorca za pojav deviirane samopercepcije in pomanjkanja metaperspektive. Ti posamezniki imajo slabe zmožnosti samoopazovanja, težje ocenijo lastno psihobiološko stanje in ga težje primerjajo z drugimi. Takšno stanje je seveda rezultat neustrezne primarne socializacije, pa tudi dolgoletnega življenjskega sloga odvisnika, ki ga je odtrgal od konvencionalnih socialnih skupin. Obenem imajo ti ljudje tudi nizko defenzivnost (ki pa se pri globlji odvisnosti in slabšem psihičnem stanju še niža), kar pomeni, da ne premorejo dovolj konstruktivnih obramb za zavarovanje lastnega jaza.

Zaradi vsega omenjenega bi bilo treba pri obravnavi odvisnosti v slovenskih zaporih primarno graditi na oblikovanju identitete in postopne realne samopercepcije, in ne le na vzpostavitvi abstinence ter posledičnih sankcijah za njeno kršitev. Realnost je, da niso vsi obsojenci odvisniki motivirani za vzpostavitev abstinence, nekateri so do slednje še precej ambivalentni. Zato so programi prisile in sankcij manj primerni, saj posamezniki še nimajo dovolj zaščitnih mehanizmov in osebnostne trdnosti, ki bi jih zavarovali pred tako "agresivnimi" ukrepi obravnave odvisnosti. Takšni pristopi vodijo v še večjo obrambno naravnost in agresivno vedenje, kateremu smo v zaporih pogosto izpostavljeni. Obsojenci se zatekajo k manipulaciji in prikrievanju, napredka v smislu uvida v lastna psihobiološka stanja pa ni.

V vzorcu obsojencev odvisnikov je prisotna tudi velika socialna problematika: so slabše izobraženi, skoraj polovica jih nima pridobljenega poklica, so brezposelni, brez delovnih izkušenj, brez stalnega bivališča oz. z negotovim bivališčem. Omenjene spremenljivke poleg večje psihične ranljivosti in stigmatiziranosti še dodatno pripomorejo k ohranjanju socialne izolacije obsojencev-odvisnikov in k njihovi neuspešni reintegraciji v okolje po odpustu iz zapora. In brez urejanja tovrstne problematike nam tudi odlično zasnovana obravnava odvisnosti ne bo veliko pomagala pri celostnem reševanju življenjske problematike teh posameznikov.

Na koncu naj navedemo še nekaj podatkov o kriminalnem vedenju obsojencev odvisnikov. Odvisnost od PAS in kriminalno vedenje sta izrazito povezana, zato so odvisniki od prepovedanih substanc pogosto v navzkrižju z zakonom. Temelj povezave je velika potreba po ohranjanju odvisnosti, kar je za odvisnika velik ekonomski strošek, ki ga navadno ne more dobiti po običajni poti (delo, socialna pomoč). Zato so kriminal, preprodaja droge in druga kazniva dejanja ter prostitucija glavne poti za ohranjanje odvisnosti. 63,6 % (N=28) obsojencev odvisnikov našega vzorca je bila že prej zaporno kaznovanih. V povprečju so bili zaporno kaznovani 2,63-krat. Starost ob prvi aretaciji se razteza med 18. in 29. letom, povprečna starost je 22 let. V skladu s tujo literaturo (Loeber in sod. 2008; Packer in sod. 2009; Towl in Crighton 2010; Wojtowicz, Liu in Hedgpeth 2007) se je tudi na našem vzorcu pokazalo, da so premoženjski delikti najpogostejša oblika kaznivih dejanj obsojencev odvisnikov (44,07 %). Najpogosteje gre za tatvine, redkeje za rope in goljufije. Slednji podatek potrjuje domnevo o finančnem motivu izvrševanja kaznivih

dejanj s ciljem pridobiti finance za nakup droge. Po pogostosti (32,2 %) sledijo kazniva dejanja zoper človekovo zdravje, pri čemer gre za kazniva dejanja, povezana z drogo (neupravičena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami in omogočanje uživanja mamil). Kazniva dejanja z elementi nasilja je storilo le 8 oseb (17 %). Tudi druge raziskave potrjujejo domnevo, da je uporaba prepovedanih drog močnejše povezana s premoženjskimi kaznivimi dejanji in kaznivimi dejanji posedovanja droge, manj pa s kaznivimi dejanji nasilja, s katerimi je močnejše povezana odvisnost od alkohola (Raskin White, Loeber in Farrington 2008, v Loeber in sod. 2008).

## Zaključek

Kemična odvisnost zapornikov je eden ključnih problemov v slovenskih zaporih. Odstotek obsojencev, odvisnih od PAS, je v slovenskih zaporih visok, problematika odvisnosti pa vpliva na celotno zaporsko dinamiko. Zato je potreba po poglobljenem raziskovanju te problematike in uvedbi učinkovitih ukrepov obravnave toliko večja. Z rezultati raziskave smo dobili koristne podatke o stanju odvisnosti, osebnostnih značilnostih in kriminalnem vedenju v vzorcu obsojencev, ki so odvisni od prepovedanih PAS. Poleg tega nam rezultati dajejo koristne podatke za snovanje smernic pri obravnavi tovrstnih obsojencev. Rezultati naše raziskave so potrdili njihovo visoko psihosocialno ranljivost. S poglobljanjem stanja odvisnosti se njihovo psihično stanje še slabša; svoje odvisnosti večinoma ne zanikajo, vendar tudi izkrivljeno zaznavajo lastna psihobiološka stanja. Sklepamo lahko, da bo z izboljšanjem stanja odvisnosti upadel tudi z njo povezan kriminal. Zato je obravnava ključ do prekinitve vezi s kriminalom.

## 9.5 Odzivi na z zdravljenjem povezane težave zaradi drog

Eva Salecl Božič

Od 1. 1. 2009 zdravstveno dejavnost v zavodih izvajajo izvajalci zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji. Zdravstveno oskrbo zaprtim osebam v zavodih za prestajanje kazni zapora zagotavljajo zdravstveni domovi na območjih, kjer delujejo zavodi, in sicer na podlagi dogovora, sklenjenega med zavodom in zdravstvenim domom. V zavodih za prestajanje kazni zapora zdravstveni domovi zagotavljajo ustrezen ordinacijski čas zdravnikov in drugega zdravstvenega kadra v splošnih ambulantah in specialistični ambulantni psihiatrije, zdravnikov v ambulantni centra za odvisnosti od prepovedanih drog, zobozdravnika za odrasle in zdravnika v ginekološki ambulantni.

Zaprtim osebam, odvisnim od drog, se zagotavlja enaka dostopnost in kvaliteta zdravstvenih storitev kakor osebam zunaj zapora. Ob sprejemu v zavod je vsakdo pregledan v zavodski ambulanti. Če ima težave z odvisnostjo<sup>25</sup>, zdravnik presodi, ali je potrebna medikamentna terapija za lajšanje abstinenčne krize ali pa osebi predpiše substitucijsko terapijo. V sodelovanju s centri za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog so izdelana Strokovna navodila za obravnavo zaprtih oseb, odvisnih od prepovedanih drog, ki vsebujejo enotno doktrino zdravljenja z nadomestnimi zdravili v zavodih.

Substitucijsko zdravilo pacient zaužije pod nadzorom. Kadar je to metadon, se podeljuje v obliki raztopine, pomešane s sadnim sokom. Med 1078 zaprtimi osebami s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog je substitucijsko terapijo prejelo 649 ali 60 % zaprtih oseb, odvisnih od drog (187 pripornikov, 394 obsojencev (tabela 9.13) in 68 uklonilno zaprtih oseb).

<sup>25</sup> Diagnozo odvisnosti postavi zdravnik. Pri postavitvi ocene o težavah zaradi uživanja psihoaktivnih snovi so poleg zdravniške diagnoze upoštevani še podatki, pridobljeni iz sodbe (kaznivo dejanje, storjeno pod vplivom psihoaktivnih snovi), izvedeniškega mnenja, poročila centra za socialno delo, ugotovitev strokovnega delavca ob razgovorih in iz navedb zaprte osebe ter na podlagi nastopa kazni pod vplivom alkohola in ugotovitve, da oseba uživa psihoaktivne snovi, ki niso del medikamentoznega zdravljenja.

**Tabela 9.13:** Število zaprtih oseb na substitucijski terapiji po kategorijah, 2007–2013

Kategorija	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Priporniki	234	196	219	219	182	190	187
Obsojenci	352	346	328	319	378	366	394
Skupaj	586	542	547	538	560	556	581

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2013

## Testiranja

Po razpoložljivih podatkih o rezultatih testiranj,<sup>26</sup> ki so bili pridobljeni v ambulantah, organiziranih v okviru pristojnih regionalnih zdravstvenih domov, se je v letu 2013 za testiranje za HIV in hepatitis odločilo 196 zaprtih oseb. Z virusom HIV ni bil okužen nihče. Hepatitis A je bil potrjen pri enem zaporniku, hepatitis B pri devetih, hepatitis C pa pri petindvajsetih (tabela 9.14). Dve osebi sta bili okuženi s tuberkulozo, ena od njiju je bila vodena v bolnišnici Golnik že pred nastopom kazni. Testiranja so anonimna in prostovoljna. Bolniki so iskali pomoč in svetovanje tudi v ambulantah za AIDS.

**Tabela 9.14:** Rezultati prostovoljnih in zaupnih testiranj za hepatitis in HIV, 2005–2013

Leto	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Število testiranih za HIV in hepatitis	608	564	675	561	473	481	326	222	196
HIV	0	2	1	1	2	1	0	1	0
Hepatitis A	2	1	2	0	0	0	0	1	1
Hepatitis B	7	12	15	7	13	11	15	5	9
Hepatitis C	85	87	97	75	47	60	55	20	25
Skupaj	94	102	115	83	62	72	70	27	35

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2013

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

Zaprte uporabnike drog se pred odpustom opozori, da se je njihova toleranca za droge močno zmanjšala, zaradi česar utegnejo biti zanje smrtno nevarne tudi razmeroma majhne količine droge ali kombinacija različnih drog, alkohola in zdravil. V skladu z navodilom za obravnavo zaprtih oseb, odvisnih od prepovedanih drog, je treba teden dni pred odpustom (če je le mogoče) centru ali drugi ustanovi, kjer bo odpuščeni nadaljeval zdravljenje, sporočiti, katero medikamentozno terapijo prejema, kdaj in za koliko vnaprej jo je nazadnje prejel in ali so mu predpisali ustrezne recepte za zdravilo.

<sup>26</sup> Podatki se nanašajo na vse zaprte osebe, ne glede na težave z drogami.

## 9.6 Programi obravnave in reintegracija

Eva Salecl Božič

V slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora je delo z zaprtimi osebami usmerjeno in organizirano z namenom preprečevati povratništvo in olajšati jim reintegracijo v družbo. Ob nastopu kazni strokovni delavci vsakemu zaporniku pripravijo načrt prestajanja kazni, v katerem se definirajo potrebe in cilji prestajanja kazni. Osebo se nato usmerja v tisto obliko obravnave, ki jo potrebuje (npr. obravnava odvisnosti od prepovedanih drog, alkohola ...). Osebni načrt obravnave se po potrebi dopolnjuje, evalvira in koordinira glede na obsojenčevo prestajanje kazni, njegove potrebe, možnosti in spremenjene razmere.

Tisti, ki imajo težave zaradi uporabe drog, se v času prestajanja kazni lahko vključujejo v nizkopražne, višjepražne in visokopražne programe (tabela 9.15).

**Tabela 9.15:** Število zaprtih oseb, ki imajo težave zaradi prepovedanih drog in so vključene v programe obravnave, 2013

Nizkopražni programi	Višjepražni programi	Visokopražni programi
566	235	110

Vir: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij, Letno poročilo 2013

V primerjavi z letom 2012 smo v lanskem letu zabeležili več zaprtih oseb, vključenih v programe obravnave. Ključnega pomena za večjo vključenost v te programe so aktivna vloga strokovnih delavcev zavodov pri motiviranju zaprtih oseb za vključitev v programe, individualni pristop k pripravi osebnega načrta prestajanja kazni za vsakega posameznika glede na njegove potrebe ter timski interdisciplinarni pristop, ki poleg strokovnih delavcev v zavodu vključuje tudi zdravstveni tim zavoda in druge zunanje strokovnjake. Tistim, ki se v času prestajanja kazni vključujejo v programe, se v zavodih omogoča individualna in skupinska obravnava. Omogočena sta jim tudi obravnava in zdravljenje v zunanjih zdravstvenih ustanovah ter sodelovanje v programih nevladnih organizacij (psihiatrične bolnišnice, centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, Društvo Up, Skupnost Srečanje, Karitas – Zavod Pelikan, Zavod Vir, Društvo Projekt Človek, Društvo Stigma, Društvo Križišče itd). Za tovrstno obliko pomoči se je v letu 2013 odločilo 91 zaprtih oseb. Po prestani kazni je z obravnavo v zunanjih ustanovah nadaljevalo 143 zaprtih oseb.

Srečanja se lahko organizirajo v zavodu ali zunaj njega, odvisno od uspešnosti v obravnavi med prestajanjem kazni, od režima, v katerem prebivajo (zaprti, polodprti, odprti), in od formalnih razlogov (odprt kazenski postopek, čakajoča kazen itn.). Zunanje organizacije izvajajo svoje programe prilagojene zaprtim osebam. Osnovni metodi dela sta svetovanje in informiranje. V glavnem se dotikata težav, povezanih z zasvojenostjo: pomoč pri odkrivanju pojava ter opredelitev kompleksnosti problema glede na starost, spol, socialni status ali vlogo, osebnostne lastnosti in družinske razmere. Nudijo pomoč pri interpretaciji in oceni problema ter načrtovanju njegovega reševanja. Zaprte osebe največkrat potrebujejo informacije o nevarnosti drog, o zmanjševanju škode in o preventivnih ukrepih. Del storitev programa poleg informiranja in svetovanja vključuje tudi praktično pomoč (pomoč pri pisanju prošenj, vlog in pritožb; spremljanje in zagovornišvo v različnih službah in ustanovah; zbiranje konkretnih informacij, pomembnih za reševanje težav; navezovanje prvih stikov in sklepanje dogovorov ...). 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.

V času prestajanja kazni zapora se vsaki zaprti osebi omogoča vključevanje v aktivno preživljanje časa. Zavodski strokovni delavci različnih profilov (pedagogi, socialni delavci, psihologi ...) zapornike spodbujajo k vzpostavljanju dnevnega ritma, ki vključuje delo, izobraževanje in aktivno preživljanje prostega časa, ter jim pomagajo pri ponovnem vzpostavljanju stikov s svojci. Spremembe skušajo doseči tudi na osebni ravni, in sicer v individualnih razgovorih in na skupinskih srečanjih. Pri zaprtih osebah želijo doseči spremembo v načinu razmišljanja in premagovanja življenjskih težav, v odnosu do sebe in drugih, pri reševanju konfliktnih situacij, pri razvijanju samospoštovanja, pri obvladovanju impulzivnega vedenja ter pri postavljanju in doseganju življenjskih ciljev med prestajanjem kazni in po njem. Izvajanje osebnih načrtov in vračanje posameznikov v družbo ni mogoče brez povezovanja zavodskih strokovnih služb z zunanjimi ustanovami. V času pred odpustom je celotna obravnava osredotočena na konkretne priprave na odpust: zaposlitev, nastanitev, urejanje materialnih razmer in priprava ožjega domačega okolja na vrnitev obsojenca. Zato se v zavodih priprave na odpust izvajajo v sklopu individualne in skupinske obravnave, pri tem strokovni delavci zavoda opravljajo postpenalne koordinacije s pristojnimi centri za socialno delo, z zavodi za zaposlovanje, s stanovanjskimi skladi ipd. Sodelovanje s centri za socialno delo je vsebinsko najbolj opredeljeno in tudi najštevilnejše (48 %), po številu vzpostavljenih stikov pa sledijo izobraževalne in humanitarne organizacije (39 %).

## 10. TRG Z DROGAMI

Po slovenski zakonodaji je policija edini organ, odgovoren za zasege stvari, ki lahko služijo kot dokaz v kazenskem postopku. Tako v primerih, ko Carinska uprava RS odkrije prepovedane droge, o tem obvesti policijo, ta pa potem izvede zaseg. Slovenska policija sistematično zbira in obdeluje tako podatke o zaseženih prepovedanih drogah kot tudi o njihovih cenah. Na podlagi omenjenih podatkov se lahko poda okvirno oceno razpoložljivosti posamezne droge na slovenskem trgu. Podatki o kakovosti oz. čistosti drog so na voljo samo za nekatere najpogostejše vrste zaseženih drog. Vzorčenje, analize in obdelavo rezultatov je tudi v letu 2013 opravil Nacionalni forenzični laboratorij, ki redne letne monitoringe opravlja že od leta 2006 naprej.

V Sloveniji smo v letu 2013 v primerjavi z letom prej zaznali velik porast zaseženih količin prepovedanih drog amfetamin, benzodiazepin, metamfetamin, ekstazi in tudi konoplje v obliki marihuane ter upad zaseženih količin heroina, kokaina in hašiša. Skupno število zasegov prepovedanih drog se je v primerjavi s preteklimi leti povečalo. Prav tako se povečujeta ponudba in prodaja sintetičnih drog, v porastu je tudi odkrivanje novih psihoaktivnih snovi. Sicer pa Slovenija velja za državo uporabnico prepovedanih drog in tranzitno oziroma vmesno državo za tihotapstvo le-teh, pri čemer določene količine posameznih prepovedanih drog ostajajo na našem ozemlju. Tradicionalna balkanska pot za tihotapstvo je še vedno zelo aktivna in je dvosmerna, ocenjuje se tudi, da se je obseg tihotapstva še povečal. Heroin in konopljo se prevaža v države Evropske unije z območja Kosova, severovzhodnega dela Albanije in iz Makedonije. Sintetične prepovedane droge in največkrat tudi kokain pa se prevaža v nasprotni smeri. V Sloveniji delujejo mednarodno organizirane kriminalne združbe, v katerih se Slovenci ukvarjajo predvsem z organizacijo, logistično podporo in oskrbo evropskega tržišča s prepovedanimi drogami. Zelo aktivne so tudi kriminalne združbe, ki se ukvarjajo s pridelavo gojene konoplje. Slovenska policija je v letu 2013 odkrila in uničila 70 prirejenih zaprtih prostorov za gojenje konoplje. Cene večine prepovedanih drog so se v primerjavi z letom 2012 še nekoliko znižale, predvsem zaradi večje ponudbe. Še posebej je to opazno pri amfetaminu.

V letu 2013 je bilo v monitoring vključenih 715 vzorcev heroinskih mešanic, 490 vzorcev kokainskih mešanic, 1150 vzorcev konoplje in 3 vzorci hašiša, 235 vzorcev amfetamina ter 18 vzorcev MDMA. Heroin je bil v vseh vzorcih v obliki baze, njegova povprečna koncentracija je bila 9 % in je primerljiva s prejšnjimi leti. Kokain je bil v vseh vzorcih v obliki hidroklorida, v primerjavi s prejšnjimi leti pa je bila povprečna vsebnost kokaina višja, znašala je 51,4 %. Povprečne koncentracije THC v rastlini konoplje so bile podobne kot v prejšnjih letih, v vzorcih hašiša pa je bila povprečna koncentracija THC višja kot prej, znašala je 5,8 %. Tudi povprečna koncentracija amfetamina je bila višja kot prejšnja leta, in sicer 8,7-odstotna, povprečna vsebnost MDMA pa je znašala 40,2 %. V letu 2013 se je v Sloveniji pojavilo tudi 12 novih psihoaktivnih snovi.

### 10.1 Razpoložljivost in zasegi prepovedanih drog

Staša Šavelj

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



V Sloveniji smo v letu 2013 zaznali velik porast zaseženih količin prepovedanih drog amfetamin, benzodiazepin, metamfetamin, ekstazi (v obliki praškaste snovi) in konoplja marihuana. Podobno kot v letu 2012 pa smo zaznali velik upad zaseženih prepovedanih drog heroin, kokain in hašiš (tabela 10.1).

Tabela 10.1: Skupna količina zaseženih prepovedanih drog po vrsti prepovedane droge, 2009–2013

Vrsta prepovedane droge	Enota	2009	2010	2011	2012	2013
Heroin	kg	41,787	36,203	4,394	20,34	7,65
Kokain	kg	2,867	2,012	1,697	26,82	3,31
Ekstazi	tbl	16.872	399	33,5	960	922
	kg	0,0361	0,003	0,007	0	0,85
Amfetamin	tbl	778	7.524	150	80	307
	kg	3,214	2,831	0,724	9,28	15,12
Konoplja rastlina	kos	9.373	9.278	12.836	11.166	9.515
Kooplja marihuana	kg	242,025	188,760	613,045	706,06	809,59
Konoplja smola – hašiš	kg	0,689	0,224	4,240	2,56	0,52
Benzodiazepini	tbl	5.116	1.927	5.012	3.251	14.620
Metadon	ml	5.111,4	3.654,1	926,92	2.670,00	2.093,7
Metamfetamin	kg	0,003	0	0,124	0,05	0,54
	tbl	0	0	61	43	110

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Skupno število zasegov prepovedanih drog pri kaznivih dejanjih in prekrških se je v primerjavi s preteklimi leti povečalo (tabela 10.2), kar je posledica večje aktivnosti policije na področju prepovedanih drog. Z večjim številom zasegov prepovedanih drog amfetamin, metamfetamin, ekstazi in benzodiazepin je bila posledično zasežena tudi večja količina omenjenih prepovedanih drog. Zaznavamo, da se v Sloveniji razvija zelo pester trg prepovedanih drog in da se povečujeta ponudba in prodaja tako imenovanih sintetičnih prepovedanih drog. Še vedno pa zaznavamo velik upad zasegov heroina in kokaina. Trend rahle rasti zasegov konoplje se še kar nadaljuje, kar je delno tudi posledica večje ponudbe na našem trgu.

Tabela 10.2: Število zasegov po vrsti prepovedane droge, razdeljeno po prekrških in kaznivih dejanjih, 2009–2013

	2009			2010			2011			2012			2013		
	P	KD	S	P	KD	S	P	KD	S	P	KD	S	P	KD	S
Heroin	487	285	772	441	279	720	285	218	503	245	194	439	174	165	339
Kokain	158	113	271	145	133	278	167	105	272	142	109	251	102	94	196
Ekstazi	8	8	16	4	5	9	9	5	14	12	4	16	37	16	53
Amfetamin	111	46	157	135	62	197	166	38	204	146	44	190	167	74	241
Konoplja rastlina	219	83	302	85	93	178	87	91	178	80	94	174	97	115	212
Kooplja marihuana	2.285	460	2.745	2.600	490	3.090	2.790	516	3.306	2.697	653	3.350	3.000	673	3.673
Konoplja smola – hašiš	74	9	83	48	9	57	67	22	89	51	15	66	58	15	73
Benzodiazepini	67	49	116	56	40	96	92	42	134	54	32	86	84	52	136
Metadon	62	23	85	50	14	64	29	11	40	38	9	47	38	17	55
Metamfetamin	1	1	2	0	0	0	8	10	18	5	8	13	11	21	32
Skupaj			4.549			4.689			4.758			4.632			5.010

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, zamrznjena baza elektronskega računalniškega centra

Slovenijo se glede na razpoložljive podatke še vedno označuje kot državo uporabnico prepovedanih drog in kot tranzitno oziroma vmesno državo za tihotapstvo prepovedanih drog, pri čemer določene količine posameznih prepovedanih drog ostajajo na našem ozemlju. Količina zaseženih prepovedanih drog na mejnih prehodih se je zmanjšala tako po količini kot po številu zasegov.

Tradicionalna balkanska pot za tihotapstvo prepovedanih drog je še vedno zelo aktivna in je dvosmerna, ocenjujemo tudi, da se je obseg tihotapstva še povečal. Heroin in konoplja se prevaža v države Evropske unije z območja Kosova, iz severovzhodnega dela Albanije in iz Makedonije. Sintetične prepovedane droge in največkrat tudi kokain pa se prevaža v nasprotni smeri; zaznavamo, da prihaja amfetamin predvsem iz Nizozemske.

Na območju Slovenije delujejo mednarodno organizirane kriminalne združbe, kjer se Slovenci kot njihovi člani in izvajalci kaznivih dejanj ukvarjajo predvsem z organizacijo, logistično podporo in oskrbo evropskega tržišča s prepovedanimi drogami. Gre predvsem za združbe manjšega tipa, katerih člani se povezujejo s kriminalnimi združbami iz drugih držav zahodnega Balkana in EU. Mednarodno organizirane kriminalne združbe se popolnoma prilagajajo trendu povpraševanja in ponudbe prepovedanih drog.

V Sloveniji ni bil odkrit noben delujoč laboratorij za proizvodnjo sintetičnih drog ali kokaina in heroina. Še vedno pa zaznavamo trend povečane aktivnosti kriminalnih združb, ki se na območju Slovenije ukvarjajo z gojenjem konoplje v za to prirejenih zaprtih prostorih. V nadaljevanju so navedeni podatki o odkritih tovrstnih prostorih v Sloveniji v zadnjih 4 letih (tabela 10.3). Trend naraščanja odkritih prostorov se je v letu 2013 stabiliziral, kar pa kaže samo na trenutno stanje. V letu 2014 namreč beležimo nadaljnje zviševanje števila odkritih in uničenih prirejenih prostorov za gojenje konoplje. Še vedno se ocenjuje, da so razlogi za tako veliko število tovrstnih prostorov predvsem finančni. Posamezne kriminalne združbe oziroma posamezniki pridobijo nesorazmerno veliko premoženjsko korist z zelo majhnim finančnim in legalnim vložkom. Glede na podatke ocenjujemo, da je prodaja tako gojene konoplje še vedno omejena na območje Slovenije.

**Tabela 10.3:** Število prirejenih prostorov za gojenje konoplje, 2010–2013

	2010	2011	2012	2013
Število prirejenih prostorov za gojenje konoplje	42	52	75	70

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, Generalna policijska uprava

Še vedno je v porastu odkrivanje novih psihoaktivnih snovi, ki so v ponudbi na trgu v Sloveniji. Pogosto je ugotovljeno, da je zasežena prepovedana droga, ki naj bi bila amfetamin, dejansko nova psihoaktivna snov. Največkrat se s temi snovmi najprej sreča carina, predvsem ob kontroli pošiljk, ali pa so vzorci novih psihoaktivnih snovi pridobljeni s strani nevladnih organizacij. Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog v Sloveniji se z odkrivanjem novih psihoaktivnih snovi dopolnjuje.

## 10.2 Cene prepovedanih drog

Staša Šavelj

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

V tabeli 10.4 so prikazane cene najpogosteje prodajanih prepovedanih drog v Sloveniji. Predstavljene so od najmanjše do največje vrednosti in s povprečno ceno; cena je najpogosteje odvisna od čistosti droge, ponudbe na trgu in področja v Sloveniji.

Nadaljevanje nižanja cene še vedno opažamo pri amfetaminu, saj ocenjujemo, da se je ponudba te prepovedane droge na trgu v Sloveniji zelo povečala. Na padec cen je vplivala tudi večja ponudba drugih prepovedanih drog. Razlog za padec cene prepovedane droge konoplja rastlina še vedno vidimo predvsem v vse večji ponudbi kvalitetnejše konoplje, gojene v prirejenih zaprtih prostorih.

Tabela 10.4: Cene prepovedanih drog v Sloveniji v evrih, 2013

Vrsta prepovedane droge		1 g	1 kg	1 tbl	1000 tbl
Heroin	min.	20	10.000		
	maks.	50	25.000		
	tipično	40	16.000		
Kokain	min.	35	20.000		
	maks.	120	55.000		
	tipično	60	42.000		
Ekstazi	min.			3	1.500
	maks.			10	5.000
	tipično			5	3.000
Amfetamin	min.	5	1.500		
	maks.	30	3.500		
	tipično	10	3.000		
Konoplja marihuana	min.	4	1.300		
	maks.	10	4.000		
	tipično	5	2.500		

Vir: Ministrstvo za notranje zadeve, Generalna policijska uprava

### 10.3 Kakovost in čistost prepovedanih drog

dr. Sonja Klemenc, Mojca Janežič, dr. Katja Benčina, Rajko Koren, Nemeč Brigita, Bojana Koštrun

Podatki o kakovosti oz. čistosti drog so na voljo samo za nekatere zasežene droge. Vzorčenje, analize in obdelavo rezultatov je tudi v letu 2013 opravil Nacionalni forenzični laboratorij (NFL), ki redne letne monitoringe opravlja od leta 2006 naprej, za heroinske mešanice pa že od leta 1995. NFL opravlja kvalitativne (identifikacija) in v omejenem obsegu tudi kvantitativne (koncentracija aktivnih spojin) preiskave vseh vzorcev drog, ki so povezani s preiskovanjem kaznivih dejanj. Predmet preiskav so tudi predhodne sestavine za izdelavo prepovedanih drog, nove psihoaktivne snovi (NPS) in vzorci, ki jih uporabniki drog prinesejo nevladnim organizacijam, kadar sumijo, da vsebujejo nenavadne snovi, in/ali če pri uporabi zaznajo nepričakovane učinke.

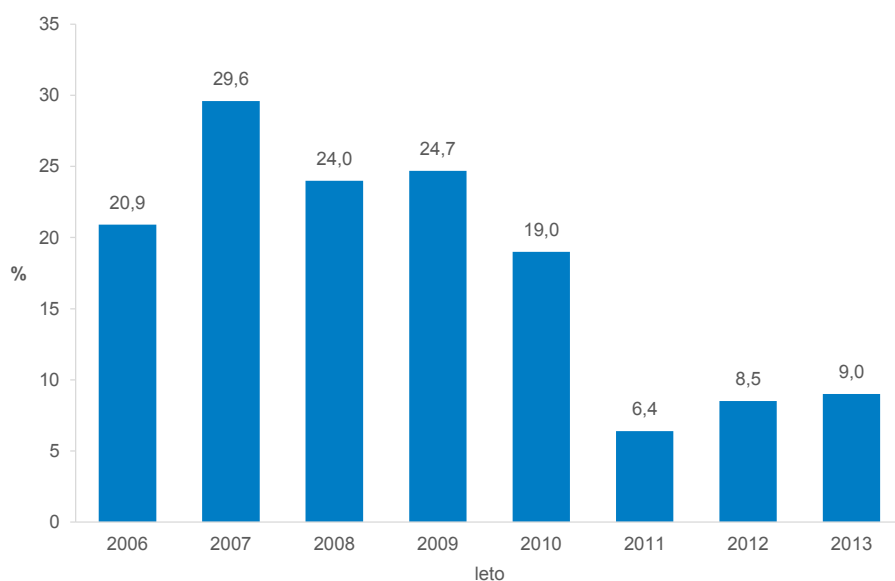
Kvantitativne analize se izvajajo predvsem za monitoring in manj pogosto na zahtevo odjemalcev (policija, tožilstvo, sodišča). Vzorčenje poteka po vnaprej določenih merilih, v okviru rutinskih preiskav prejetega materiala. V kvantitativni monitoring so vključeni le vzorci, katerih masa presega določeno spodnjo mejno vrednost (v letu 2013: nad 0.1 g za heroin, kokain, amfetamin in druge spojine amfetaminskega tipa ter nad 10 g za konopljo in hašiš). V okviru ene zadeve se število vzorcev za analizo lahko tudi zmanjša, in sicer kadar gre za večje populacije podobnih vzorcev. V takih primerih se število vzorcev za analizo določa statistično – na osnovi hipergeometričnega načina vzorčenja (ENFSI 2012). Podobnost se ocenjuje glede na maso zaseženega materiala, teksturo, barvo, vrsto droge ter rezultate preliminarnih testov in kvalitativnih preiskav.

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

NFL rezultate poroča domačim (NIJZ) in mednarodnim ustanovam (UNODC in EMCDDA).

### Heroinske mešanice

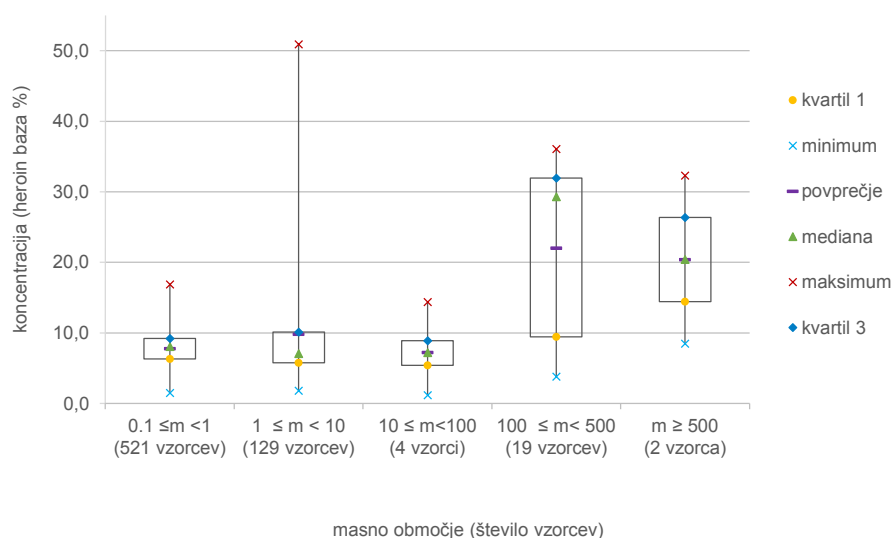
V letu 2013 je bilo v monitoring vključenih 715 zaseženih vzorcev (skupne neto mase približno 10 kg) iz 179 zadev. Od tega je bil del vzorcev (skupne mase približno 3 kg) zasežen ob koncu leta 2012 (v NFL pa so bili analizirani in obdelani šele v okviru monitoringa 2013). Vsi vzorci so vsebovali heroin v obliki baze, običajne spremljajoče spojine heroina, ki v osnovi izvirajo iz opija, ter dodatka paracetamol in kofein. Povprečna koncentracija heroina (izračunana za populacijo 715 vzorcev) je bila 9,0 %, kar je primerljivo s podatki iz leta 2012 (slika 10.1). Najvišja izmerjena vsebnost v letu 2013 je bila 50,9 %, najnižja pa 1,2 %. Nizka povprečna vsebnost heroina (v primerjavi z obdobjem pred 2011) je najverjetneje posledica pomanjkanja heroina zaradi še vedno majhnega pridelka opija v Afganistanu (UNODC 2011; UNODC 2012).



Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

Slika 10.1: Povprečne koncentracije heroina, 2006–2013

Podrobnejša analiza, ki podaja odvisnost med koncentracijo heroina in neto maso zaseženih vzorcev, je prikazana na sliki 10.2. Iz slike je razvidno, da največjo skupino preiskane populacije predstavljajo tako imenovani »ulični vzorci heroina« z maso do 1 g (521 vzorcev). V tej skupini je približno 70 % populacije, ki vsebuje od 6 % do 17 % heroina (slika 10.2). Skupina vzorcev z neto masami nad 100 g (21 vzorcev), ki bi jo lahko označili kot vzorce »za prodajo na debelo«, kaže nekoliko drugačen koncentracijski profil (slika 10.2). Približno 50 % vzorcev iz te skupine vsebuje okoli 30 % heroina. Povprečna vsebnost heroina je približno 22 %. Čeprav je populacija teh vzorcev maloštevilna, pridobljeni podatki navajajo na misel, da heroinske mešanice v lokalnem procesu preprodaje še dodatno razredčujejo (najpogosteje z dodatnimi količinami paracetamola in kofeina).

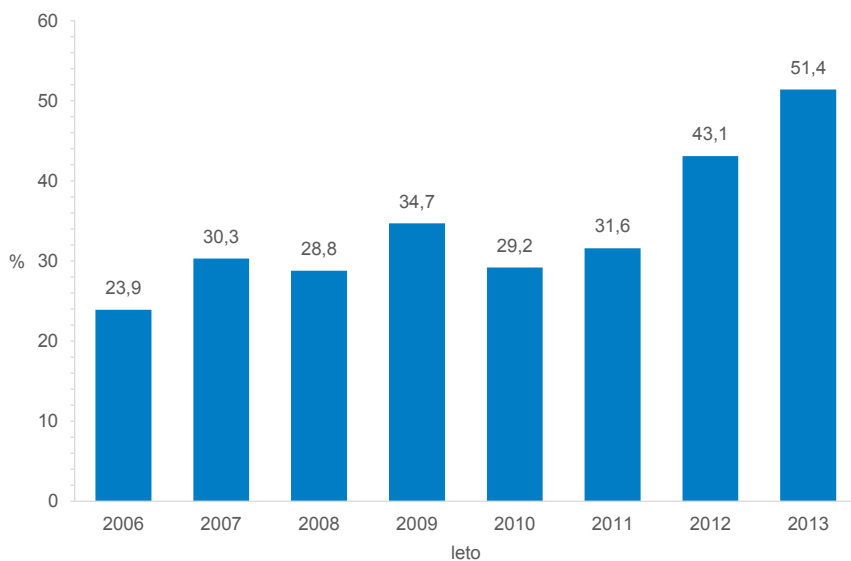


Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

Slika 10.2: Koncentracija heroina v odvisnosti od neto mase vzorca, 2013

### Kokainske mešanice

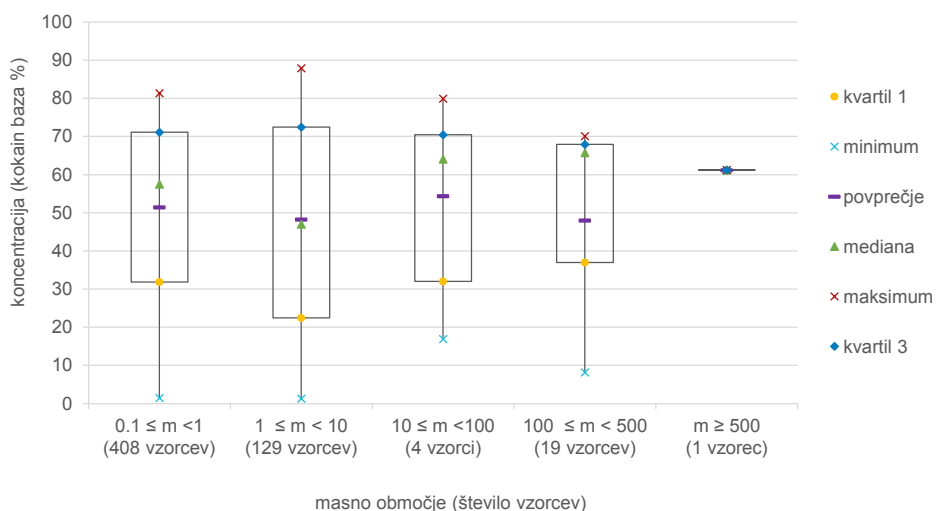
V monitoring je bilo vključenih 490 vzorcev iz 90 zasegov. Vsi vzorci so vsebovali kokain v obliki hidroklorida. V primerjavi s prejšnjimi leti je bila izmerjena povprečna vsebnost kokaina nekoliko višja, in sicer 51,4 % (slika 10.3). Minimalna vsebnost kokaina je bila 1,3 % in maksimalna 87,9 %. Skupna neto masa vzorcev, vključenih v monitoring, je bila približno 3,3 kg.



Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

Slika 10.3: Povprečne koncentracije kokaina, 2006–2013

Med dodatki h kokainu sta bila najpogosteje dokazana levamisol in lidokain, kar je primerljivo s podatki iz preteklih let. Podrobnejša analiza, ki podaja odvisnost med koncentracijo kokaina in neto maso zaseženih vzorcev, je prikazana na sliki 104. Iz slike je razvidno, da največjo skupino preiskane populacije predstavljajo tako imenovani »ulični vzorci kokaina« z maso do 1 g (408 vzorcev). V tej skupini je 80 % populacije, ki vsebuje od približno 1,5 % do približno 81 % kokaina (slika 10.4).

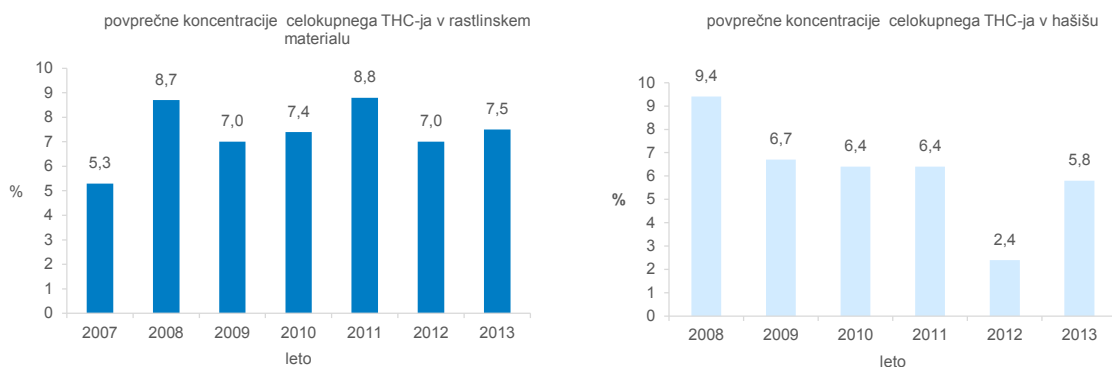


Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

Slika 10.4: Koncentracije kokaina v odvisnosti od mase vzorca, 2013

## Konoplja in produkti konoplje

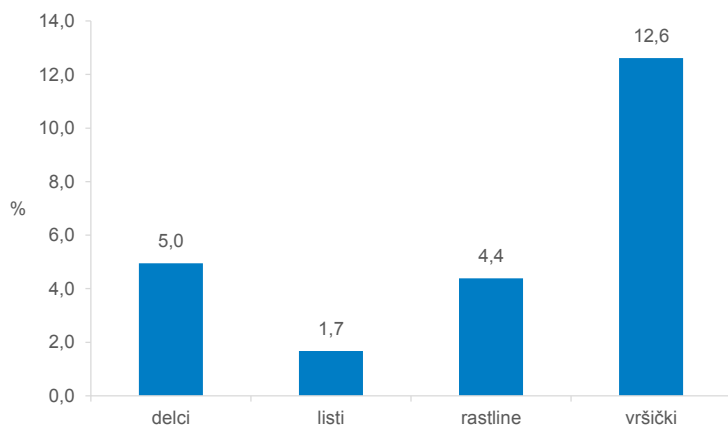
V monitoring je bila zajeta populacija 1150 vzorcev konoplje iz 238 zadev in 3 vzorcev hašiša iz 3 zadev. Povprečne koncentracije (slika 10.5) celokupnega THC v rastlinskem materialu so bile podobne kot v prejšnjih letih (povprečna vrednost 7,5 %, najnižja 0,1 % in najvišja 26,8 %). V primerjavi z letom 2012 je povprečna koncentracija celokupnega THC v vzorcih hašiša višja in primerljiva z leti 2009 do 2011 (povprečna vrednost 5,8 %, najnižja 0,6 % in najvišja 9 %).



Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

**Slika 10.5:** Povprečne koncentracije celokupnega THC v zaseženih vzorcih konoplje (marihuane in hašiša), 2006–2013

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

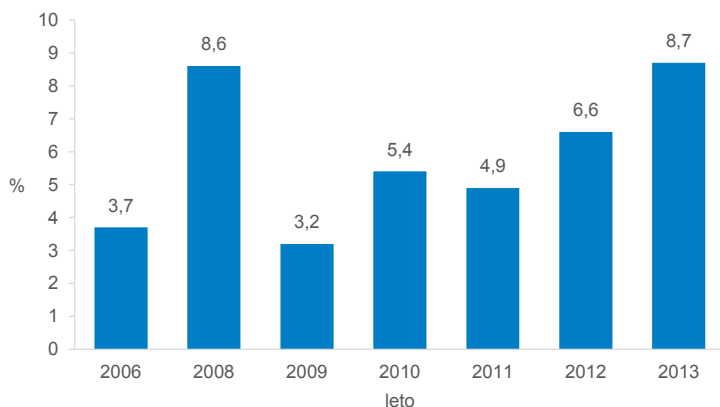


Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

**Slika 10.6:** Povprečne koncentracije celokupnega THC glede na vrsto vzorca, 2013

## Stimulansi amfetaminskega tipa in nove psihoaktivne snovi

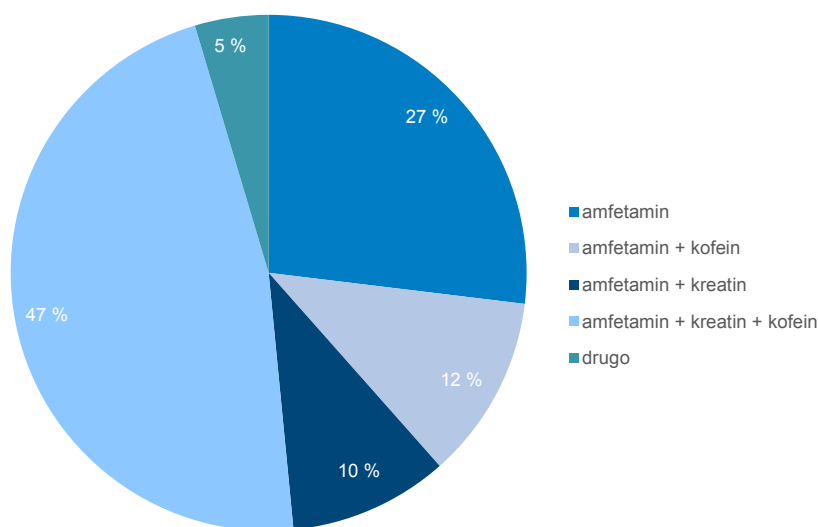
Večina v letu 2013 zaseženih vzorcev je vsebovala amfetamin. Zasegi 3,4-metilendioksi-N-metamfetamina (MDMA) in metamfetamina so bili redkejši. Povprečna vsebnost amfetamina za populacijo 235 vzorcev iz 52 zadev je bila nekoliko višja kot leta 2012, in sicer 8,7 % (slika 10.7). Najnižja vsebnost je bila 0,5 % in najvišja 73 %. V 18 zaseženih vzorcih MDMA iz 8 zadev je bila izmerjena povprečna vsebnost 40,2 %, pri čemer je bila najnižja vsebnost 2,5 % in najvišja 83 %.



Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

Slika 10.7: Povprečne koncentracije amfetamina, 2006–2013 (za leto 2007 ni podatkov)

NFL je v vzorcih amfetamina dokazoval tudi vsebnost nekaterih dodatkov (npr. kreatin, kofein), prisotnosti sladkorjev pa niso ugotavljali. Sestava vzorcev glede na dodatke je prikazana na sliki 10.8. 47 % vzorcev amfetamina je vsebovalo kreatin in kofein. Kofein kot edini dodatek je bil dokazan v 12 % vzorcev, v 10 % je bil dokazan le kreatin, v 27 % vzorcev pa je bil dokazan le amfetamin, brez aktivnih dodatkov.

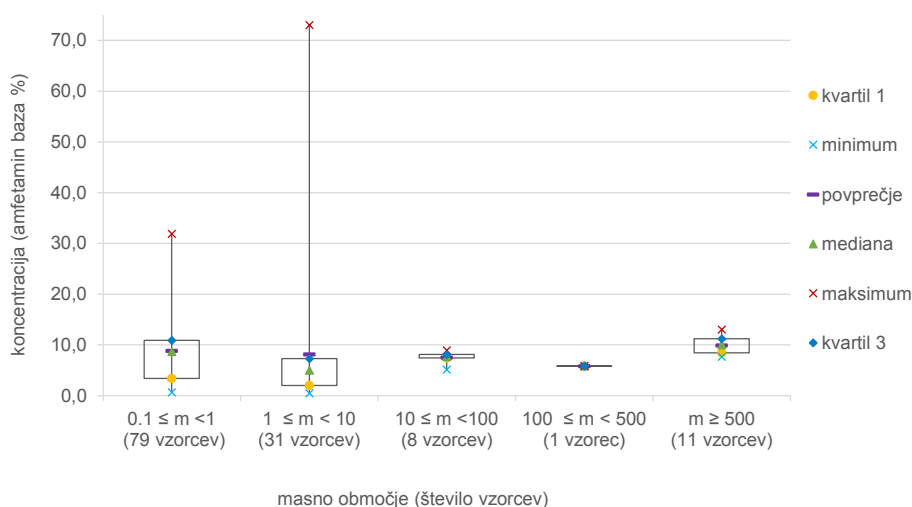


Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

Slika 10.8: Delež vzorcev amfetamina glede na dodatke, 2013

Podrobnejša analiza, ki podaja odvisnost med vsebnostjo amfetamina in neto maso zaseženih vzorcev, je prikazana na sliki 10.9. Na sliki vidimo, da je povprečna vsebnost približno enakega velikostnega reda, ne glede na maso zaseženega materiala. Višje koncentracije smo zaznali le v nekaj posamičnih vzorcih (slika 10.9).

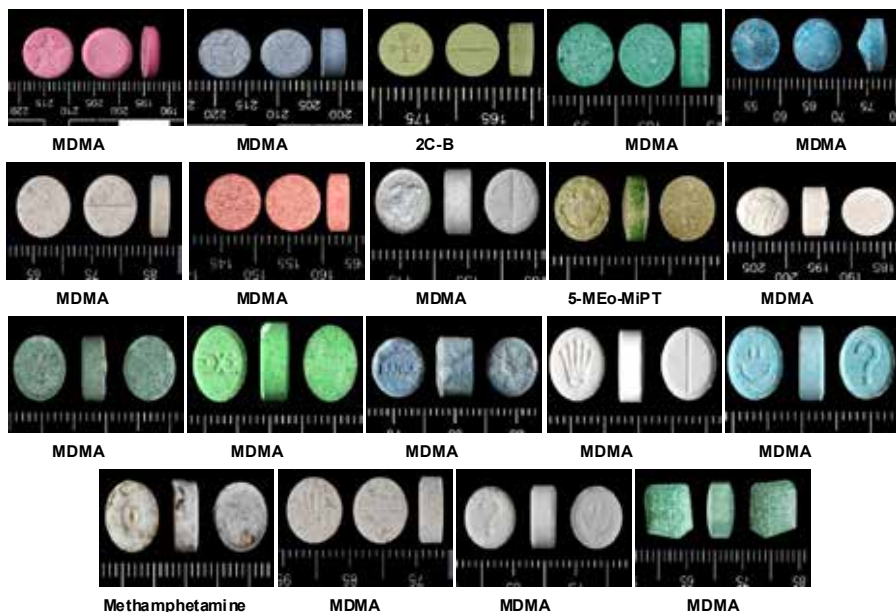




Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

Slika 10.9: Koncentracije amfetamina v odvisnosti od mase vzorca, 2013

V letu 2013 je policija v Sloveniji zasegla 19 novih tipov tablet ekstazija. 84 % novih tipov teh tablet je vsebovalo MDMA, ostali pa druge substance (slika 10.10). Ocenjena povprečna masa MDMA v tabletah (slika 10.10) je približno 80 mg na tableto. Drugih aktivnih komponent nismo kvantitativno vrednotili.



Vir: Nacionalni forenzični laboratorij

Slika 10.10: Različni tipi tablet, zaseženi v Sloveniji, 2013

V letu 2013 smo obravnavali 24 zadev, v katerih smo dokazali 12 novih psihoaktivnih snovi (tabela 10.5). Republika Slovenija je julija 2013 v Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog uvrstila 48 novih psihoaktivnih snovi (Uradni list RS, št 62/13; glej tudi prvo poglavje).

Tabela 10.5: Zasežene nove psihoaktivne snovi, 2013

Substanca	Število zasegov	Skupna količina iz zasegov
JWH-122	4	1,80 g
MPA/metiopropamin MPA	1	0,14 g
25C-NBOMe	1	1 kom. pivnik
Metilon/ bk-MDMA	4	7,87 g
AM-2201	2	28,66 g
5-MeO-MiPT	4	3,89 g
5F-AKB48 (AKB-48F, 5F-APINACA)	2	0,75 g
Metoksetamin	1	0,04 g
3-MMC	2	0,64 g
Pentedron	2	270,71 g
4-kloro-2,5-dimetoksiamfetamin(DOC)	1	0,01 g
DMT-fumatrat*	1	0,04 g

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

Vir: Nacionalni forenzični laboratorij



B

LITERATURA, VIRI IN  
PRILOGE

## LITERATURA IN VIRI

### Seznam literature in virov

- Auer, V. (2001). Droge in odvisnost. Ormož: Samozaložba Ibidem.
- Bajt, M. (2012). Trendi v uporabi marihuane. V: Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V., Bajt, M. (ur.) Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Benedik, E. (2003). Antisocialne značilnosti osebnosti uživalcev opiatnih drog. Revija za kriminalistiko in kriminologijo, 54, 25, 172 - 178.
- Boben, D. (ur.) (1997). Eysenckove osebnostne lestvice. Priročnik. Ljubljana: Produktivnost, d.o.o., Center za psihodiagnostična sredstva.
- Bodin, M.C. in Strandberg, A.K. (2011). The Orebro prevention programme revisited: A cluster-randomized effectiveness trial of programme effects on youth drinking. Addiction, 106, 2134-2143.
- Dernovšek, Z. M. (2003). Preprečevanje samomora v primernem zdravstvu. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS.
- Donovan, D. M. in Marlatt, G. A. (2005). Assessment od addictive behaviors. 2nd ed. New York, London: The Guilford press.
- Drev, A. (ur.) (2013). Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Drev, A., Štokelj, R., Krek, M. (ur.) (2012). Nacionalno poročilo 2012 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Drev, A., Štokelj, R., Krek, M. (ur.) (2011). Nacionalno poročilo 2011 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Društvo Projekt Človek. (1995 – 2014). Interno gradivo in evidence Društva projekt Človek. Ljubljana: Društvo Projekt Človek.
- IRSSV (2014). Končna poročila o izvajanju programov socialnega varstva v obdobju od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2013. Arhiv IRSSV. Ljubljana: IRSSV.
- Kastelic, A. in Kostnapfel, T. (2010). Opioid substitution treatment programs in Slovenia. Zdrav Vestn; 79: 575-81.
- Kastelic, A. in Mikulan, M. (2004). Mladostnik in droga. Ljubljana: Prohealth.
- Kern-Scheffeldt, W. in sod. (2012). Evaluation Take care: Strategies towards Responsible Alcohol Consumption for Adolescents in Europe. Zürich: Zürich University of Teacher Education.
- Klavs, I. in 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.
- Kokole, D. (2013) Socialne spretnosti, dovtetnost za vrstniški pritisk in uživanje alkohola pri srednješolcih. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
- Koning, I.M., van der Eijnden, R.J., Verdurmen, J.E., Engels, R.C., Vollebergh, W.A. (2011). Long-term effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents: A cluster randomized controlled trial. American Journal of Preventive Medicine, 40(5): 541-547.
- Koutakis, N. in Ozdemir, M. (2010). Latent growth curve analysis taking clustered data into account on a quasi-experimental parent targeted intervention trial: The Orebro Prevention Program. Centre for Development at the Research School of Law, Psychology, and Social Work, Orebro University, Orebro, Sweden.
- Koutakis, N., Stattin, H. in Kerr, M. (2008). Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Örebro Prevention Program. Addiction, 103, 1629-1637.

- Krek, M. in Drev, A. (ur) (2010). Nacionalno poročilo 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Krek, M., Drev, A., Cerar, M., Štokelj, R. (ur.) (2009). Nacionalno poročilo 2009 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Krek, M., Štokelj, R. (2009). Uporaba drog v splošni populaciji. V: Krek, M., Drev, A., Cerar, M., Štokelj, R. (ur.) Nacionalno poročilo 2009 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Kvaternik, I. in Novakovič, S. (2013). Ocena razširjenosti problematične uporabe drog. V: Drev, A. (ur). Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., Raskin White, H. (2008). Violence and serious theft. New York: Routledge.
- Marlowe, D. B. (2011). Evidence-based policies and practices for drug-involved offenders. *The Prison Journal*, 91 (3), 27 - 47.
- Maticic, M., Brinovec, V., Lešničar, G., Vidmar, L., Meglič-Volkar, J. (1999). Hepatitis C in Slovenia. *ISIS*; 8: 49–51.
- Maticic, M. in Kastelic, A. (2009). National guidelines for the management of hepatitis C virus infection in drug users in Slovenia. *Zdrav Vestn*; 78: 529-39.
- Miller, W. R. in Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing. New York: The Guilford Press.
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2014). Izpis iz BSP. Neobjavljeni podatki. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (neobjavljeno)
- Ministrstvo za zdravje. (2014) Raziskava javnega mnenja o podpori ukrepom na področju tobaka in alkohola. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. (neobjavljeno)
- NIJZ (2014). Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v 2013. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- NIJZ, OE Maribor (2014). Poročilo Nacionalnega inštituta za javno zdravje, območne enote Maribor. Maribor: Nacionalni inštitut za javno zdravje, OE Maribor. (neobjavljeno)
- NIJZ, OE Koper ( 2013). Baza podatkov o izmenjavi sterilnega pribora. Koper: Nacionalni inštitut za javno zdravje, OE Koper.
- Ozdemir, M. in Stattin, H. (2012). Does the Orebro Prevention Programme prevent youth drinking? *Addiction*, 107, 1705-1706.
- Packer, G., Best, D., Day, E., Wood, K. (2009). Criminal thinking and self-control among drug users in court mandated treatment. *Criminology and Criminal Justice*, 9(1), 93 - 110.
- Raskin White, H., Loeber, R., Farrington, D. P. (2008). Substance use, drug dealing, gang membership, and gun carrying and their predictive associations with serious violence and serious theft. V: Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., Raskin White, H. (2008). Violence and serious theft. New York: Routledge.
- Rogers, R., Cashel, M. L., Johansen, J., Sewell, K. W., Gonzalez, C. (1997). Evaluation of adolescent offenders with substance abuse: validation of the SASSI with conduct-disordered youth. *Criminal Justice and Behavior*, 24 (1), 114 - 128.
- Sande, M. (2013). Uporaba kokaina v nočnem življenju v Sloveniji in Italiji. V: Drev, A. (ur). Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Scagnetti, N. (2011). Kajenje marihuane. V: Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Koprivnikar, H., Pucelj, V., Bajt, M., Zupanič, T. (ur.) Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Smolej, S., Žiberna, V., Kovač, N. (2014). Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva: poročilo o izvajanju programov v letu 2013: končno poročilo. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- Stergar, E. (2011). ESPAD. V: Drev, A., Štokelj, R., Krek, M. (ur.) Nacionalno poročilo 2012 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Stergar, E. (2010). Razširjenost uporabe prepovedanih psihoaktivnih snovi v splošni populaciji 18–65 let v Sloveniji. V: Krek, M., Drev, A. (ur.) Nacionalno poročilo 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Stoové, M.A., Dietze, P.M., Jolley, D. (2009), Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data. *Drug and Alcohol Review*; 28: 347 – 52.

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

Toš, N., Mlinar, Z. in skupina (1994). Slovensko javno mnenje 1994/1. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, CJMMK.

Towl, G. J. in Crighton, D. A. (2010). *Forensic Psychology*. West Sussex, UK: Blackwell Publishing Ltd.

UNODC (2011). The opium/heroin market. V: UNODC World drug report 2011. Vienna: UNODC.

UNODC (2012). Illicit opiate market. V: UNODC World drug report 2012. Vienna: UNODC.

Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij (2010). Strokovna navodila za obravnavo zaprtih oseb uživalcev drog. Interno gradivo.

Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij (2010). Navodila o oddajanju urina in izvedbi kontrolnega preizkusa. Interno gradivo.

Wirth, N. in sod. (2013). *Take Care Manual: Strategies towards responsible alcohol consumption for adolescents in Europe*. Münster: LWL.

Wojtowicz, J. P., Liu, T., Hedgpeth, G. W., (2007). Factors of Addiction. *Crime & Delinquency*, 53 (3), 471 - 501.

Zorko, M. in sod.. (2013). Alkohol v Sloveniji: trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Žabkar A. (2012) Poročilo o terenskem delu. Hitri posnetek stanja na področju uživanja in odnosa do PAS med mladostniki v Kopru. Koper: Društvo Svit Koper. E-gradivo

## Spletni viri

Aftertaxi. Pridobljeno s spletne strani: [www.aftertaxi.si](http://www.aftertaxi.si)

Click for Support. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.clickforsupport.eu/> (30. 8. 2014)

EMCDDA (2014). Evropsko poročilo o drogah 2014: Trendi in razvoj. Lizbona, Portugalska, 2014. Pridobljeno s spletne strani: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_228272\\_EN\\_TDAT14001ENN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_228272_EN_TDAT14001ENN.pdf).

ENFSI (2012). Hypergeometric sampling tool, background of calculation and validation, version 2012, Pridobljeno s spletne strani: [http://www.enfsi.eu/sites/default/files/documents/external\\_publications/dwg-sgl-002-vers001\\_hypgergeometric\\_calculationbackground\\_and\\_validation\\_2012-12-07.pdf](http://www.enfsi.eu/sites/default/files/documents/external_publications/dwg-sgl-002-vers001_hypgergeometric_calculationbackground_and_validation_2012-12-07.pdf)

Furam 0,0. Pridobljeno s spletne strani: [www.furam00.izberisam.org](http://www.furam00.izberisam.org)

Izberi sam. Pridobljeno s spletne strani: [www.izberisam.org](http://www.izberisam.org)

Klavs, I. et. al (2014) Okužba s HIV v Sloveniji v 2013. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. Pridobljeno s spletne strani: [http://www.ivz.si/hiv\\_spo](http://www.ivz.si/hiv_spo)

Košir, M., Talič, S. in Jelen, V. (2012). Analiza stanja v preventivi. Preventivna platforma. Bilten št. 20 (avgust 2012). Vsebinska mreža »Preventivna platforma«. Ljubljana. Pridobljeno s spletne strani: [http://www.preventivna-platforma.si/docs/Preventivna\\_platforma\\_e-novice\\_20.pdf](http://www.preventivna-platforma.si/docs/Preventivna_platforma_e-novice_20.pdf).

REDUSER. Pridobljeno s spletne strani: [www.reduser.drogart.org](http://www.reduser.drogart.org)

Skupno poročilo o delu državnih tožilstev za leto 2013. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.dt-rs.si/uploads/documents/letno%20porocilo/porocilo-2013.pdf>

SRAP project. Pridobljeno s spletne strani: [www.srap-project.eu](http://www.srap-project.eu)

Statistični urad Republike Slovenije. (2012). Osnovne skupine prebivalstva po spolu, Slovenija, četrtno. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.stat.si/> (25. 8. 2014).

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij. (2012). Letno poročilo MPJU 2011. Pridobljeno s spletne strani: [http://www.mp.gov.si/fileadmin/mp.gov.si/pageuploads/UIKS/Letna\\_porocila/LP\\_2012.pdf](http://www.mp.gov.si/fileadmin/mp.gov.si/pageuploads/UIKS/Letna_porocila/LP_2012.pdf) (1.7.2014)

Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij. (2013). Letno poročilo MPJU 2013. Pridobljeno s spletne strani: [http://www.mp.gov.si/fileadmin/mp.gov.si/pageuploads/UIKS/Letna\\_porocila/140505\\_Letno\\_porocilo\\_2013.pdf](http://www.mp.gov.si/fileadmin/mp.gov.si/pageuploads/UIKS/Letna_porocila/140505_Letno_porocilo_2013.pdf)

Zdravje, preprečevanje zasvojenosti in romska mladina v Evropi. Pridobljeno s spletne strani: <http://issuu.com/ricnm/docs/handbook-issuu>).

## Seznam zakonov

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

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

Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2014–2020. Uradni list RS št. 24/2014.

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

Uredba o dopolnitvi Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog. Uradni list RS, št. 62/2013, 45/2014

Uredba o spremembah Uredbe o določitvi zneska trošarine za alkohol in alkoholne pijače. Uradni list RS št. 25/2014.

Zakona o državnem tožilstvu. Uradni list RS, št. 58/11, 21/12 - ZDU-1F, 47/12, 15/13 - ZODPol, 47/13 - ZDU-1G in 48/13 - ZSKZDČEU-1

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

Zakon o kazenskem postopku. Uradni list RS, št. 32/12 in 47/13.

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. / Act Regulating the Prevention of the Use of Illicit Drugs and the Treatment of Drug Users. Official Gazette RS, No. 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 referendumu in ljudski iniciativi. Uradni list RS, št. 15/94, 26/07.

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

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

Zakon o sodiščih. Uradni list RS, št. 94/07, 45/08, 96/09, 86/10 - ZJNepS, 33/11, 75/12 - ZSPDSLS-A in 63/13.

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

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



# PRILOGE

## Kazalo tabel

Tabela 1.1: Sredstva MDDSZ za socialnovarstvene programe s področja prepovedanih drog, 2008–2013	16
Tabela 1.2: Zbirni podatki porabljenih sredstev za področje drog v letu 2013	17
Tabela 2.1: Delež uporabe prepovedanih drog v splošni populaciji, po spolu, starostnih skupinah in zaposlitvenem statusu	20
Tabela 3.1: Statistika prijav kršitev na področju alkohola in tobaka v letu 2013	26
Tabela 4.1: Ocena števila zelo tveganih uporabnikov opiatov, izračunana na podlagi koeficienta skrite populacije v letu 2011	39
Tabela 5.1: Poklicni profil zaposlenih v programih socialne rehabilitacije zasvojenih, 2013	47
Tabela 5.2: Število obravnavanih uporabnikov v mreži CPZOPD in število vključenih v vzdrževalno zdravljenje glede na nadomestno zdravlilo	50
Tabela 5.3: Število uporabnikov drog glede na glavno drogo ob prvem in ponovnem vstopu v program, 2013	52
Tabela 5.4: Število uporabnikov, ki so prvič vstopili v program, glede na glavno drogo, 2013	52
Tabela 5.5: Število uporabnikov, ki so ponovno vstopili v program, glede na glavno drogo, 2013	53
Tabela 6.1: Delež okuženih s HIV med injicirajočimi uporabniki drog, 2009–2013	62
Tabela 6.2: Število zastrupljencev s prepovedanimi drogami, ki so bili obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010–2013	65
Tabela 6.3: Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastrupljeni, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010–2013	66
Tabela 6.4: Število smrti zaradi neposrednega delovanja drog po zunanjem vzroku in vrsti uporabljene droge, 2013	69
Tabela 6.5: Vzroki smrti in zunanji vzroki smrti članov kohorte, 2004–2013	76
Tabela 6.6: Vrste zastupitev, samomorov in smrti neznanega namena članov kohorte, 2004–2013	76
Tabela 8.1: Število obravnav, povezanih s problematiko prepovedanih drog, na centrih za socialno delo v obdobju 2009–2013	87
Tabela 8.2: Število uporabnikov po vključitvi v program, zaključenosti programa in recidivu, 2004–2014	90
Tabela 9.1: Kazniva dejanja in prekrški s področja prepovedanih drog, 2009–2013	94
Tabela 9.2: Število kršitev Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami po posameznih vrstah prepovedane droge, pri čemer je lahko na eno vezanih več vrst prepovedane droge, 2013	95
Tabela 9.3: Število osumljencev, ki so kaznivo dejanje (KD) izvršili pod vplivom alkohola ali prepovedanih drog, 2009–2012	95
Tabela 9.4: Število osumljencev, ki so kaznivo dejanje storili pod vplivom prepovedanih drog, po nekaterih vrstah kaznivih dejanj iz Kazenskega zakonika (KZ), 2009–2013	96
Tabela 9.5: Število kaznivih dejanj, storjenih z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge (kjer je vsaj en osumljenec imel namen pridobiti sredstva), 2011–2013	96
Tabela 9.6: Število kaznivih dejanj (glede na vrsto), storjenih z namenom pridobitve sredstev za nakup prepovedane droge (kjer je vsaj en osumljenec imel namen pridobiti sredstva), 2013	97
Tabela 9.7: Število odrejenih strokovnih pregledov za ugotavljanje prisotnosti prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi ter število pozitivnih rezultatov pregleda krvi/sline in urina, 2010–2013	97
Tabela 9.8: Odkrite prepovedane droge, psihoaktivna zdravila ali druge psihoaktivne snovi v izidih pozitivnih analiz, 2010–2013	98

Tabela 9.9: Število obsojencev, ki so prestajali kazen zapora ob koncu tedna	101
Tabela 9.10: Število oseb s težavami zaradi uporabe prepovedanih drog glede na število vseh zaprtih oseb, 2005–2013	102
Tabela 9.11: Število najdb prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah	104
Tabela 9.12: Količina najdenih prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi po vrstah	104
Tabela 9.13: Število zaprtih oseb na substitucijski terapiji po kategorijah, 2007–2013	109
Tabela 9.14: Rezultati prostovoljnih in zaupnih testiranj za hepatitis in HIV, 2005–2013	109
Tabela 9.15: Število zaprtih oseb, ki imajo težave zaradi prepovedanih drog in so vključene v programe obravnave, 2013	110
Tabela 10.1: Skupna količina zaseženih prepovedanih drog po vrsti prepovedane droge, 2009–2013	113
Tabela 10.2: Število zasegov po vrsti prepovedane droge, razdeljeno po prekrških in kaznivih dejanjih, 2009–2013	113
Tabela 10.3: Število prirejenih prostorov za gojenje konoplje, 2010–2013	114
Tabela 10.4: Cene prepovedanih drog v Sloveniji v evrih, 2013	115
Tabela 10.5: Zasežene nove psihoaktivne snovi, 2013	122

## Kazalo slik

Slika 3.1: Podpora novim ukrepom na področju nadzora nad tobakom med polnoletnimi prebivalci Slovenije	24
Slika 3.2: Podpora novim ukrepom za zmanjševanje rabe alkohola med polnoletnimi prebivalci Slovenije	25
Slika 3.3: Primerjava stališč izvajalcev delavnic do pitja alkohola pred izvajanjem delavnic in po njem ter stališč splošne populacije srednješolcev v Sloveniji	29
Slika 4.1: Ocena števila zelo tveganih uporabnikov opiatov v letih 2011 in 2012	38
Slika 4.2: Vrsta droge, ki jo uporabljajo anketirani uporabniki programov ZŠ, 2013	41
Slika 4.3: Vbrizgavanje drog med anketiranimi uporabniki programov ZŠ, 2011–2013	41
Slika 4.4: Tvegana vedenja med uporabniki programov ZŠ, 2011–2013	42
Slika 5.1: Pokritost Slovenije s centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, 2013	45
Slika 5.2: Krajevna dostopnost programov socialne rehabilitacije zasvojenih, 2013	46
Slika 5.3: Število uporabnikov vključenih v mrežo CPZOPD, 2008–2013	51
Slika 5.4: Delež uporabnikov v vzdrževalnem zdravljenju glede na predpisano nadomestno zdravilo, 2008–2013	51
Slika 5.5: Delež uporabnikov, ki so v program vstopali prvič ali ponovno in so droge injicirali, 2013	54
Slika 5.6: Delež uporabnikov, ki so prvič in ponovno vstopali v program, po načinu uporabe heroina, 2008–2013	55
Slika 5.7: Delež uporabnikov, ki so ob prvem ali ponovnem vstopu v program uporabljali drogo vsakodnevno, 2006–2013	56
Slika 5.8: Delež uporabnikov, ki so vstopali v program prvič ali ponovno in v zadnjem mesecu niso uporabljali glavne droge, 2006–2013	57
Slika 5.9: Delež uporabnikov, ki so prvič ali ponovno vstopali v program in so injicirali droge, 2006–2013	57
Slika 5.10: Delež uporabnikov, ki so prvič ali ponovno vstopali v program zdravljenja, 2006–2013	58
Slika 5.11: Delež uporabnikov, ki so prvič in/ali ponovno vstopili v program zdravljenja zaradi konoplje kot glavne droge, 2006–2013	58
Slika 6.1: Število prepovedanih drog, ki so jih uporabili zastupljeni, obravnavani v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2004–2013	66
Slika 6.2: Število zastupljenih z GHB, GBL in BD v urgentnih internističnih ambulantah v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, 2010–2013	67
Slika 6.3: Gibanje števila umrlih po spolu, 2004–2013	69
Slika 6.4: Gibanje števila neposrednih smrti zaradi uporabe drog med prebivalci, starimi 15–64 let, po petletnih starostnih skupinah, 2004–2013	70
Slika 6.5: Desetletne stopnje neposrednih zastupitev s prepovedanimi drogami, prebivalcev starih 15–64 let, po regijah, 2004–2013	70
Slika 6.6: Gibanje števila smrtnih zastupitev z drogami – namernih, nenamernih in nedoločenega namena – po vrsti droge, 2004–2013	71
Slika 6.7: Gibanje stopenj umrljivosti in povprečne starosti ob smrti članov kohorte ter izgubljena leta potencialnega življenja pri članih kohorte in enako starih prebivalcih Slovenije, 2004–2013	73
Slika 6.8: SSU vstopnikov v zdravljenje v letih 2004–2006 in tistih, ki so vstopili v zdravljenje v letu 2004, po CPZOPD, 2004–2013	74

Slika 6.9: SSSU zdravljenih uporabnikov drog in uporabnikov opioidov, po spolu, 2004–2013	75
Slika 6.10: Gibanje letne in kumulativne umrljivosti zaradi akutnih zastrupitev po spolu, 2004–2013	77
Slika 6.11: Stopnje umrljivosti zaradi nenamernih zastrupitev po CPZOPD, 2004–2013	78
Slika 6.12: Število samomorov med člani kohorte po vrsti samomora in spolu, 2004–2013	79
Slika 6.13: Stopnje umrljivosti zaradi naravnih vzrokov smrti med člani kohorte, po vrsti bolezni in spolu, 2004–2013	80
Slika 8.1: Viri financiranja socialnovarstvenih programov na področju preprečevanja zasvojenosti s prepovedanimi drogami, 2013	87
Slika 8.2: Delež uporabnikov, ki so uspešno zaključili program, in tistih, ki so v recidivu, 2004–2014	90
Slika 10.1: Povprečne koncentracije heroina, 2006–2013	116
Slika 10.2: Koncentracija heroina v odvisnosti od neto mase vzorca, 2013	117
Slika 10.3: Povprečne koncentracije kokaina, 2006–2013	118
Slika 10.4: Koncentracije kokaina v odvisnosti od mase vzorca, 2013	118
Slika 10.5: Povprečne koncentracije celokupnega THC v zaseženih vzorcih konoplje (marihuane in hašiša), 2006–2013	119
Slika 10.6: Povprečne koncentracije celokupnega THC glede na vrsto vzorca, 2013	119
Slika 10.7: Povprečne koncentracije amfetamina, 2006–2013 (za leto 2007 ni podatkov)	120
Slika 10.8: Delež vzorcev amfetamina glede na dodatke, 2013	120
Slika 10.9: Koncentracije amfetamina v odvisnosti od mase vzorca, 2013	121
Slika 10.10: Različni tipi tablet, zaseženi v Sloveniji, 2013	121

