

2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA

PREGLED PROGRAMOV ZA POMOČ  
ODVISNIKOM OD  
PREPOVEDANIH DROG

BAČAR

URŠKA BAČAR

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Pregled programov za pomoč odvisnikom od prepovedanih drog**

(An overview of drug addiction support programs in Slovenia)

Ime in priimek: Urška Bačar

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: izr. prof. dr. Gorazd Drevenšek

Somentor: doc. dr. Aleksander Zadel

Koper, september 2014

## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Urška BAČAR

Naslov zaključne naloge: Pregled programov za pomoč odvisnikom od prepovedanih drog

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 69

Število slik: 1

Število tabel: 4

Število prilog: 2

Št. strani prilog: 17

Število referenc: 73

Mentor: izr. prof. dr. Gorazd Drevenšek

Somentor: doc. dr. Aleksander Zadel

Ključne besede: nizkopražni programi, visokopražni programi, detoksikacija, zmanjševanje škode, vzdrževalno zdravljenje z metadonom

Izvleček:

Uporaba in porast uživanja prepovedanih drog je velik socialnomedicinski problem, zasvojenost pa je globalni problem družbe. Preventivne aktivnosti v Sloveniji izvajamo v okviru javnozdravstvene mreže in nevladnih organizacij. Z odvisniki od prepovedanih drog se ukvarja približno 40 programov. V okviru zdravstvenega varstva deluje 18 Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, dve ambulanti in Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v okviru Psihiatrične klinike v Ljubljani. Na področju drog pa delujejo tudi nevladne organizacije in Sistem lokalno-akcijskih skupin. Obstajata dve vrsti programov: visokopražni programi, ki zahtevajo abstinenco za sodelovanje v programu, in nizkopražni programi, kjer abstinenca ni pogoj za sodelovanje. Nizkopražni programi, ki jih izvajamo v Sloveniji, so predvsem programi zmanjševanja škode. Vanje uvrščamo terensko delo, razdeljevanje sterilnega pribora, substitucijske programe, dnevne centre in dejavnosti socialne reintegracije. Substitucijske programe v Sloveniji ločimo na tri podvrste glede na substitucijsko zdravilo: metadon, buprenorfin in morfin s podaljšanim sproščanjem. V okviru visokopražnih programov imajo odvisniki od prepovedanih drog na voljo detoksikacijo, bolnišnično zdravljenje, komune in terapevtske skupnosti. Posredno se s problematiko odvisnosti od prepovedanih drog ukvarja tudi 62 Centrov za socialno delo in 6 Zavodov za prestajanje zaporne kazni. V tujini lahko odvisniki dobijo opioide na recept, na voljo pa so jim tudi varne sobe za injiciranje, ki jih v Sloveniji (še) ni.

## Key words documentation

Name and SURNAME: Urška BAČAR

Title of the final project paper: An overview of drug addiction support programs in Slovenia

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 69

Number of figures: 1

Number of tables: 4

Number of appendix: 2

Number of appendix pages: 17

Number of references: 73

Mentor: Assoc. Prof. Gorazd Drevenšek, PhD

Co-Mentor: Assist. Prof. Aleksander Zadel, PhD

Keywords: low threshold programs, high threshold programs, detoxification, harm reduction, methadone maintenance therapy

### Abstract:

Drug use has become a big burden to society, with increasing use of illicit drugs being a socio-medical and drug addiction a global societal problem. Prevention in Slovenia is done by public health institutions and non-governmental organizations. Altogether, there are about 40 programs for illicit drugs users. Public health institutions have established 18 Centers for the Prevention and Treatment of Drug Addiction and two dispensaries. Additionally, a Center for Treatment of Drug Addiction operates as a part of University Psychiatric Hospital Ljubljana. Non-government organizations and a system of local action groups add to a diversity of programs. There are two distinct kinds of programs offered, namely high threshold programs, where only abstainers can take part, and low threshold programs, where abstinence is not a requirement. The main purpose of low threshold programs is harm reduction by field work which includes giving away sterile instruments (syringe distribution), substitution programs, day centers and social reintegration activities. Substitution programs in Slovenia can be divided into three groups based on the substitute medicine they provide, namely methadone, buprenorphine and slow-release morphine. High threshold programs on the other hand offer detoxification, hospital treatment, communes and therapeutic communities. Additionally, there are also 62 Social Service Centers and 6 prisons which are indirectly involved in the drug problematic. Some other countries offer opioids on prescription and consumption rooms, but these are currently still not available in Slovenia.

## ZAHVALA

### Zahvaljujem se:

**mentorju izr. prof. dr. Gorazdu Drevenšku** za odlično mentorstvo, strokovne nasvete, konstruktivno kritiko, pohvalo, spodbujanje in usmerjanje pri pisanju zaključne naloge, **somentorju doc. dr. Aleksandru Zadelu** za strokovne nasvete in predloge, **dr. Vesni Grahovac** za pomoč pri iskanju kontaktov, nasvete in spodbudne besede, **družini** za spodbudo in razumevanje, posebno **mami Cvetki** za strokovne farmacevtske nasvete in praktične nasvete glede pisanja zaključne naloge, **Samotu** za ljubezen in spodbudo, **Vojki** za spodbudne besede in lektoriranje, **prijateljem**, ker so mi stali ob strani in razumeli, zakaj nimam veliko časa zanje, in **Psihiatrični bolnišnici Idrija** za štipendiranje med študijem.

**Hvala!**

**KAZALO VSEBINE**

1	UVOD.....	1
1.1	Odvisnost od drog .....	1
1.2	Odnos strokovnih delavcev do odvisnikov .....	2
1.3	Programi na področju drog, ki jih izvajamo v Sloveniji.....	2
1.4	Temeljni dokumenti na področju drog v Sloveniji .....	3
1.5	Stanje na področju prepovedanih drog .....	3
1.5.1	Število oseb, vključenih v obravnavo.....	4
1.5.2	Težave v povezavi z uporabo prepovedanih drog .....	5
1.5.3	Osebe/skupine s povečanim tveganjem.....	5
1.6	Zgodovina in politika do drog .....	6
1.6.1	Urad za droge .....	6
1.6.2	Začetki Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog .....	6
1.6.3	Zveza nevladnih organizacij.....	7
1.7	Kriteriji dobrih praks.....	8
1.8	Namen dela in raziskovalna vprašanja.....	8
2	PROGRAMI ZA POMOČ ODVISNIKOM OD PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI .....	10
2.1	Mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.....	10
2.1.1	Primer ambulante za bolezni odvisnosti.....	11
2.2	Nevladne organizacije na področju drog .....	12
2.3	Nizkopražni programi .....	14
2.3.1	Programi zmanjševanja škode .....	15
2.3.1.1	Primer iz Vancouvra .....	15
2.3.1.2	Programi izmenjave igel in terensko delo.....	16
2.3.1.3	Sistem za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi v Sloveniji.....	17
2.3.2	Substitucijski programi.....	18
2.3.2.1	Zdravila za zdravljenje zasvojenosti z opioidi v Sloveniji .....	19

---

2.3.2.2	Vzdrževalno zdravljenje z metadonom (metadonski vzdrževalni program)	19
2.3.2.3	Buprenorfinsko zdravljenje (buprenorfin, buprenorfin/nalokson)	21
2.3.2.4	Zdravljenje z morfinom s podaljšanim sproščanjem	22
2.3.3	Dnevni centri za aktivne uporabnike drog	22
2.3.4	Socialna reintegracija	23
2.4	Visokopražni programi	23
2.4.1	Detoksikacija	25
2.4.2	Bolnišnično zdravljenje	26
2.4.3	Komune in terapevtske skupnosti	26
2.5	Centri za socialno delo in zapori	27
3	PREVENTIVA	29
3.1	FreD goes net	29
3.2	Program za otroke in mladostnike	30
4	PRIMERJAVA SLOVENSКИH PROGRAMOV S TUJIMI	31
4.1	Varne sobe	31
4.2	Opioidi na recept (Heroin na recept)	32
5	SKLEPI	33
6	LITERATURA	37

---

## KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 2.01	Mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji.....	10
Tabela 2.02	Psihoterapevtske obravnave, ki jih izvajajo v Ambulanti za bolezni odvisnosti Nova Gorica.....	11
Tabela 2.03	Člani Zveze nevladnih organizacij na področju drog in zasvojenosti, naslovi in kontakti.....	13
Tabela 2.04	Razdelitev programov visokega praga za abstinate od drog.....	24



## **KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV**

<i>Slika 2.01.</i> Prikaz kroženja informacij v Sistemu za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS.....	18
--	----

## **KAZALO PRILOG**

- A) Društva in druge organizacije, ki delujejo na področju odvisnosti od prepovedanih drog, njihov kontakt, naslov in podatek o letnici ustanovitve
- B) Terapevtski dogovor o vključitvi v program zdravljenja z metadonom

## **SEZNAM KRATIC**

ABO – Ambulanta za bolezni odvisnosti.

CPZOPD – Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

CSD – Center za socialno delo.

CZOPD – Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani.

EMCDDA – Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami.

Europol – Evropski policijski urad.

LAS – Lokalno-akcijska skupina.

MKB-10-AM – Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija.

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje.

NVO – Nevladne organizacije.

PAS – Psihoaktivne snovi.

POM – Program za otroke in mladostnike.

RR – »Retention rate«.

RS – Republika Slovenija.

VPA – Programi visokega praga za abstinentne od drog.

ZD – Zdravstveni dom.

## 1 UVOD

Uporaba prepovedanih drog in porast števila njihovih uporabnikov je velik socialnomedicinski problem, zasvojenost pa ni le družinski problem in problem uporabnikov prepovedanih drog, pač pa je multidisciplinarni in globalni problem celotne družbe (Kostnapfel Rihtar in Švab, 2013).

Zasvojenost je kronična psihonevrobiološka bolezen nagrajevalnega sistema možganov in je pogojena z genetskimi, psihosocialnimi in okoljskimi dejavniki. Prepoznamo jo po nezmožnosti samokontrole pri uporabi učinkovine, kompulzivni uporabi učinkovin oz. aktivnosti kljub povzročeni škodi in hrepenenju po učinkovini (Drevenšek, 2013). Nekateri avtorji pojem zasvojenosti definirajo ožje in sicer kot potrebo po uporabi učinkovine iz navade ne glede na to, da je snov škodljiva (Merriam-Webster, 2009, po Bartlett, Brown, Shattell, Wright in Lewallen, 2013).

Odvisnost je del fenomena zasvojenosti. Definiramo jo kot stanje prilagoditve nevrofizioloških in bioloških procesov na uporabo droge, ki se kaže s specifičnim odtegnitvenim sindromom (Drevenšek, 2013). Pri zasvojenih osebah se razvije toleranca, kar pomeni, da odvisniki za enak učinek potrebujejo vedno več psihoaktivne snovi. Ob prekinitvi uporabe snovi pa se pojavijo odtegnitveni simptomi (Merriam-Webster, 2009, po Bartlett idr., 2013). Zasvojenost obravnavamo in zdravimo kot kronično bolezen možganov, ki je pogosto povezana z recidivom (Courtwright, 2010; Ersche, Williams, Robbins in Bullmore, 2013; Vrecko, 2010, po Bartlett idr., 2013). Povzročijo jo okoljski, vedenjski in genetski dejavniki, vendar po začetni izpostavljenosti učinkovini zasvojenost vodijo nevrokemične spremembe v možganih, ki so posledica izpostavljenosti določeni substanci (Kreek idr., 2012, po Bartlett idr., 2013).

### 1.1 Odvisnost od drog

V Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralske modifikacije (MKB-10-AM) je odvisnost od drog opredeljena v 5. poglavju Duševne in vedenjske motnje, v sklopu F10-F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi. V ta sklop so uvrščene raznovrstne motnje, ki se med seboj razlikujejo po klinični obliki in po izrazitosti, skupno pa jim je to, da so posledica uživanja ene ali več psihoaktivnih snovi (MKB-10-AM, 6. verzija). Nekateri avtorji navajajo, da je odvisnost od opiatov kronična in ponavljajoča se motnja, za katero je značilno veliko tveganje za probleme z zdravjem, ki izhajajo iz neposrednega učinka droge, poškodb pri injiciranju in z odvisnostjo povezanimi dejavniki življenjskega sloga (Mattick, Breen, Kimber in Davoli, 2009; Latt, Conigrave, Saunders, Marshall in Nutt, 2009, po Cerovečki idr., 2013). Glavni vzrok za iskanje zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog so v veliko državah še vedno opiodi. Med njimi pa še vedno prevladuje heroin (Kostnapfel Rihtar in Švab, 2013).

Uporabniki prepovedanih drog imajo svoje pravice: pravico do zaščite pred nalezljivimi boleznimi, pravico do izbire primerne zdravstvene obravnave in možnost izbire v okviru substitucijskih programov, pravico do zdravljenja zaradi hepatitisa, AIDS-a in bakterijskih okužb ter pravico do primarne socialne zaščite in zaposlitve (Kocmur, 2012).

## 1.2 Odnos strokovnih delavcev do odvisnikov

Zasvojenost je za izvajalce zdravstvenih storitev pogosto čustvena in neprijetna tema. Tudi mediji odvisnike pogosto prikazujejo v negativni luči. Osebe, ki so stigmatizirane, imajo pogosto negativen odnos do zdravljenja (Conner in Rosen, 2008, po Bartlett idr., 2013). Koalicija za zmanjševanje škode (»Harm Reduction Coalition«) zato spodbuja strokovne delavce k ne obsojajočemu odnosu do odvisnikov, saj je takšen pristop najboljši pri delu z zasvojenimi osebami in pri pomoči prizadetim osebam, da se izognejo škodi. Polajner (2001) meni, da uporabnik prepovedanih drog ni bolnik, prestopnik ali žrtev, pač pa osamljena in krhka oseba, ki jo je potrebno motivirati in ji nuditi podporo v času stiske. Zasvojena oseba se ob primerni negi in zdravljenju lahko pozdravi, vendar se ne more pozdraviti sama brez ustrezne strokovne pomoči (NIDA, 2008, po Bartlett idr., 2013). Učinkovito zdravljenje zasvojenih oseb zahteva celostno zdravljenje. Pri nekaterih snoveh so zdravila učinkovita komponenta zdravljenja, medtem ko so vedenjske terapije pomembnejše pri dolgotrajnem zdravljenju. Ključni element so socialne storitve. Najpogostejši problem pri odvisnikih je recidiv, zato morajo biti strokovni delavci pozorni na opozorilne znake na morebitni recidiv in biti pripravljeni na to, da pravočasno ponudijo vire za zdravljenje (Bartlett idr., 2013).

Uporabo prepovedanih drog lahko obravnavamo kot posledico ali vzrok za socialno izključenost (Carpentier, 2002, po Social exclusion and reintegration, 2003). Uporaba drog namreč lahko povzroči poslabšanje življenjskih pogojev, vendar pa so po drugi strani prav procesi socialne marginalizacije lahko razlog za začetek uporabe drog. Socialna izključenost se ne pojavi pri vseh uporabnikih prepovedanih drog, zato povezava med zlorabo drog in socialno izključenostjo ni nujno vzročna (Tomas, 2001, po Social exclusion and reintegration, 2003). Socialna izključenost je lahko definirana kot kombinacija pomanjkanja ekonomskih sredstev, socialne izolacije in omejenega dostopa do socialnih in državljskih pravic (CEIDES, 1999, po Social exclusion and reintegration, 2003). Med problematičnimi uporabniki prepovedanih drog je stopnja socialne izključenosti visoka, še posebno med uporabniki opioidov (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2012).

Osebe s povečanim tveganjem za začetek uporabe drog so: brezdomne osebe, ranljivi mladostniki (mladostniki, ki imajo družinske in socialne probleme ter težave v šoli) ter delavci, ki nudijo spolne usluge, saj je uporaba drog pogosto motiv za prostitucijo, vendar je lahko tudi posledica. Socialnoekonomski dejavniki, ki jih povezujemo z uporabo drog, so: nizka stopnja izobrazbe, zgodnja zaključitev šolanja in izostanek od pouka, brezposelnost, nizke plače in težko delo, nizki prihodki in dolgovi, negotovost namestitve in brezdomnost, smrtnost in bolezni, povezane z uporabo drog, ter slab dostop do oskrbe in socialna stigma (Social exclusion and reintegration, 2003).

## 1.3 Programi na področju drog, ki jih izvajamo v Sloveniji

V Sloveniji se z odvisniki od prepovedanih drog ukvarja približno 40 programov. V okviru zdravstvenega varstva deluje 18 Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, v okviru ljubljanske Psihiatrične klinike pa deluje tudi Center za zdravljenje odvisnosti od drog. Izvajajo substitucijske vzdrževalne in zniževalne programe,

programe zmanjšanja škode in ponekod tudi »drug-free« programe (Kvaternik Jenko, 2006). Zdravstvena obravnava uporabnikov drog je uvrščena v redni program zdravstvenega varstva. Financira se iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in praviloma nima čakalnih dob (Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji).

V grobem lahko ločimo tri vrste obravnave odvisnikov od drog: obravnavo v okviru zdravstva, obravnavo v okviru socialnega varstva in obravnavo v okviru nevladnih organizacij. Zdravstvena obravnava uporabnikov prepovedanih drog poteka v javnih zdravstvenih zavodih, ambulantno in bolnišnično.

Dostopnost do socialnovarstvenih programov je omogočena na celem območju Slovenije in praviloma nima čakalnih dob. Izjema je vstop v terapevtsko skupnost, kjer je potrebno opraviti pripravljalni program. Nekateri programi nevladnih organizacij (npr. programi za zmanjševanje škode) so brezplačni, nekateri pa so plačljivi. Javnozdravstveni programi so brezplačni in nimajo čakalnih dob (Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog).

## **1.4 Temeljni dokumenti na področju drog v Sloveniji**

Na področju obravnave odvisnosti od prepovedanih drog imamo v Sloveniji tri temeljne dokumente. Pomemben dokument je Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/99) in Zakon o spremembi zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 44/00). Tretji temeljni dokument je Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/99), ki določa ukrepe za preprečevanje uporabe prepovedanih drog in obravnavo uporabnikov le-teh ter določa ukrepe in dejavnosti, ki naj bi prispevali k zmanjševanju povpraševanja po drogah. Programe obravnav uporabnikov prepovedanih drog sprejemajo na podlagi ocene učinkovitosti, varnosti ter strokovne in znanstvene utemeljenosti (Krek, 2013, v Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v RS (str. 50-60)).

## **1.5 Stanje na področju prepovedanih drog**

Leta 2012 se je v Sloveniji povečala uporaba vseh prepovedanih drog, topil in plinov, zmanjšala pa se je uporaba substitucijskih zdravil. Vbrizgavanje droge je najpogostejši način vnosa psihoaktivnih snovi in najpogostejše tvegano vedenje uporabnikov, v zadnjem letu pa se je število intravenskih uporabnikov prepovedanih drog še povečalo. Leta 2012 je bil zabeležen tudi nov primer virusa HIV pri uporabniku, ki si je dalj časa vbrizgaval psihoaktivne snovi. To je prvi primer okužbe z virusom HIV med intravenskimi uporabniki prepovedanih drog po diagnosticirani okužbi (in prijavljeni v NIJZ) intravenskega uporabnika leta 2001. Od leta 1986, ko smo v Sloveniji začeli epidemiološko spremljanje okužb z virusom HIV, je bilo vsega skupaj prijavljenih 14 novih okužb z virusom HIV. Delež intravenskih uporabnikov prepovedanih drog okuženih s hepatitisom B in C, ki so bili na zdravljenju v CPZOPD, je bil leta 2011 najvišji. Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B pri intravenskih uporabnikih prepovedanih drog, ki so se leta 2012

zdravili v CPZOPD, je v letu 2012 znašala 2 %, stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa C v isti skupini uporabnikov pa 27,3 % (Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji).

Problematična uporaba drog je opredeljena kot injiciranje drog ali redna uporaba opioidov, kokaina in amfetaminov v starostni skupini 15 - 64 let v obdobju enega leta. To definicijo uporabljajo tudi pri pridobitvi ocene razširjenosti problematične uporabe drog. Ocena za leto 2011 je bila 6.100 problematičnih uporabnikov opiatov v starostni skupini 15 - 64 let, kar pomeni 4,37 uporabnikov na 1000 prebivalcev.

Zavod za zdravstveno varstvo Koper je v obdobju od novembra 2012 do januarja 2013 izvedel raziskavo o profilu uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode, izsledki pa so pokazali, da je 76 % anketiranih moškega spola, povprečna starost znaša 33 let. Najmlajši anketiranec je star 19 let, najstarejši pa 52 let. Večina uporabnikov prepovedanih drog je v starostni skupini od 31 do 35 let. Več kot polovica ima srednjo ali poklicno izobrazbo, približno 30 % uporabnikov pa ima opravljeno le osnovno šolo. Večina uporabnikov je nezaposlenih (61 %), večinoma živijo pri starših (37 %) ali živijo sami (24 %), 4 % uporabnikov pa stanuje v zavetišču ali na ulici. 82 % uporabnikov je vključenih tudi v druge programe: dobra polovica (53 %) jih je vključena v CPZOPD, 4,7 % jih je vključenih v programe doseganja abstinence, 5 % v bolnišnično detoksikacijo, 35 % pa v kombinacijo substitucijskih in drugih programov. 18 % anketirancev še nikdar niso obravnavali v katerem drugem programu za pomoč odvisnikom od prepovedanih drog (Kvaternik in Žerjal, 2013, po Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v RS (str. 46-49)).

Večina anketiranih uporablja heroin (66 %) in kokain (62,5 %), uporabljajo pa tudi sintetične droge (36 %), konopljo (65 %), topila in pline (9 %), substitucijska zdravila (77 %) in druga zdravila ter benzodiazepine (66 %). Velika večina (94 %) jih uporablja več kot eno drogo hkrati.

Za uporabnike programov zmanjševanja škode so zelo značilna tvegana vedenja, kot so: vbizgavanje droge (85 %), mešanje drog ob enkratni uporabi (73 %), tvegana aplikacija (60 %), večkratna uporaba iste igle (53 %), souporaba ostalega pribora (49 %), souporaba igle (24 %) in predoziranje (36 %). 42 % jih priznava, da si podaja pribor za njuhanje, kar 78 % pa priznava, da ima nezaščitene spolne odnose. Zaskrbljujoč je podatek, da kar 62 % uporabnikov droge uporablja v javnih prostorih, 57 % pa jih uporablja zunaj (v avtu, gozdu, parku, na železniški postaji itd.). Raziskava o značilnostih uporabe kokaina v Sloveniji in Italiji (Sande, 2013, po Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v RS (str. 26-30)) je pokazala, da je večina uporabnikov kokaina slabo ozaveščena o možnih prenosih virusa HIV in hepatitisa pri souporabi pribora za njuhanje.

### 1.5.1 Število oseb, vključenih v obravnavo

Glede na podatke, ki so jih pridobili s pomočjo vprašalnika Evidenca obravnave uživalcev drog, so v 18 Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani v letu 2012 evidentirali 3.154 oseb. 519 uporabnikov so prvič ali ponovno vpisali v program zdravljenja, od tega je 198 uporabnikov pomoč iskalo prvič. Povprečna starost uporabnikov ob vpisu je bila 30,9 let in večina jih je bila moškega spola. Večina jih je v

program vstopila na lastno pobudo, poglavitna droga, zaradi katere so iskali pomoč, pa je bila heroin (77,6 %) (Nacionalno poročilo o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji).

Leta 2012 se je v obravnavo vključilo 4.021 oseb, od tega jih je bilo 3.345 vključenih v substitucijsko zdravljenje. Delež uporabnikov, ki so v CPZOPD vključeni v vzdrževalno terapijo, se z leti povečuje. Zmanjšuje pa se delež uporabnikov, ki so vključeni v druge programe CPZOPD. V letu 2012 je 26 uporabnic drog rodilo (Krek, 2013, po Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji (str. 50-60)).

### 1.5.2 Težave v povezavi z uporabo prepovedanih drog

Največ uporabnikov je potrebovalo pomoč zaradi heroina, sledijo pa jim uporabniki kanabisa in kokaina. Obenem narašča število uporabnikov, ki kupujejo metadon na ilegalnem trgu. V letu 2012 so med vzorci sline, zbranimi med injicirajočimi uporabniki drog v okviru nevezanega testiranja za namene nadzora nad okužbami s HIV, našli en vzorec, ki je bil pozitiven za protitelesa HIV. Glede na vzorce zadnjih petih let je delež oseb, ki so okuženi s hepatitisom B in C, ne le povečan, pač pa najvišji v tem obdobju. Zaradi zastрупitev s prepovedanimi drogami so urgentne internistične ambulante v Ljubljani leta 2012 obravnavale 47 bolnikov. Večina zastrupljenih oseb je bila moškega spola, njihova povprečna starost pa je bila 28,5 let. V Zbirki podatkov o umrlih je bilo zabeleženih 26 smrti zaradi zastрупitev z drogami. Vsi umrli so bili moškega spola, stari povprečno 35,9 let, najpogostejši vzrok smrti pa sta bila heroin in metadon (Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v RS).

Med uporabniki prepovedanih drog (posebno med uživalci opioidov) je pogosta uporaba benzodiazepinov, zaviralcev centralnega živčnega sistema. To je lahko zelo nevarno, saj uporaba benzodiazepinov ob sočasni uporabi opioidov ali alkohola nepredvidljivo poveča možnost zastoja dihanja (Kastelic in Šegrec, 2013). Navadno uporabniki uporabljajo benzodiazepine za lajšanje anksioznosti, odtegnitvenih simptomov, depresivnih simptomov in nespečnosti. Njihova dolgotrajna uporaba pa lahko povzroči številne negativne posledice, kot so odvisnost, nevarnost predoziranja in kognitivne motnje.

### 1.5.3 Osebe/skupine s povečanim tveganjem

Posamezniki, ki zlorablajo drogo, imajo povečano tveganje za okužbo z virusom HIV, hepatitisom, tuberkulozo in drugimi stanji, ki prispevajo k povišanju obolevnosti in smrtnosti (Krambeer, von McKnelly, Gabrielli in Penick, 2001). Najranljivejša skupina so intravenski uporabniki prepovedanih drog, saj imajo povečano tveganje za nevarnost širjenja virusov, ki se prenašajo s krvjo (HIV in hepatitis). To pa lahko predstavlja nevarnost za širjenje epidemije v splošni populaciji (Kocmur, 2012). Intravenski uporabniki prepovedanih drog predstavljajo dve poglavitni nevarnosti: povečano tveganje za souporabo injekcijskega pribora in pomanjkanje dejavnikov ozaveščanja ter pravih informacij. Velik del uporabnikov prepovedanih drog ima lahko spolne odnose z osebami, ki ne uporabljajo drog, kar prav tako predstavlja tveganje za okužbo. Tveganje je seveda prisotno tudi pri prostituciji zaradi drog, kar je ključna nevarnost za širjenje epidemije v splošni populaciji.



## 1.6 Zgodovina in politika do drog

V sredini osemdesetih let 20. stoletja so se kot odziv na epidemijo HIV-a in hepatitisa začeli razvijati programi nizkega praga. Ob koncu osemdesetih in v začetku devetdesetih let 20. stoletja se je začela oblikovati slovenska politika na področju drog, saj so pri nas začeli opazovati porast pojavnosti uporabe prepovedanih drog, posebno heroina. Takrat pri nas ni bilo posebnih služb za odvisnike od prepovedanih drog. Detoksikacijski postopki, ki so jih izvajali v psihiatričnih bolnišnicah, pa so bili neustrezni (Mejak, 2010). V tem času se je ob razpravah o prepovedanih drogah razvil represivni medicinski pristop. V njegovem okviru je sledila organizacija zdravstva in policije (Kvaternik Jenko, 2006). Med leti 1990 in 1991 so se na Primorskem sestali nekdanji strokovnjaki in so na področju drog začeli uvajati lokalni pristop, ki je v ospredje postavil multidisciplinarni koncept.

Leta 1991 je bil v Sloveniji prvič vzpostavljen program zamenjave injekcijskih igel (Kvaternik Jenko, 2006), terenskega dela in svetovanja (Kocmur, 2012). Eden izmed prvih društev, ki so začela delovati na področju prepovedanih drog, je Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma (Mejak, 2010), v Kopru pa so oblikovali prvo lokalno akcijsko skupino, ki je nastala na podlagi potreb po programih pomoči za uporabnike drog na obali (Kvaternik, Grebenc in Rihter, 2008).

### 1.6.1 Urad za droge

Skupščina Republike Slovenije je leta 1992 sprejela »Nacionalni program za preprečevanje zlorabe drog v Republiki Sloveniji«, ki je bil podlaga za ustanovitev Urada za droge. Država je leta 1998 z ustanovitvijo vladnega urada na področju drog prevzela odgovornost za reševanje problematike prepovedanih drog. Glavni namen vladnega urada je bil oblikovanje nacionalnega programa in koordinacija različnih medresorskih politik. Slovenija je v razmeroma kratkem času oblikovala nacionalni program, ki se je lahko primerjal s programi ostalih evropskih držav (Kvaternik idr., 2008).

Leta 1994 je v Sloveniji uradno nastala javnozdravstvena paradigma. Takrat je metadonski program dobil licenco in ustrezno finančno podporo. Kmalu se je ponovno okrepil medicinski koncept. Razlika med medicinskim in psihosocialnim pristopom je v tem, da medicinski koncept uporabnike prepovedanih drog obravnava kot kronične bolnike (uporabo drog pa kot kronično ponavljajočo se bolezen, ki jo vzdržujejo z drogo na recept), psihosocialni pristop pa verjame, da uporabniki drog s pomočjo različnih oblik psihosocialne pomoči lahko prenehajo z uporabo droge ter se ponovno vključijo v družbo.

### 1.6.2 Začetki Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

Leta 1995 so se po določilih Ministrstva za zdravstvo oblikovali regionalni Centri za zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog (Kramli, 2011). Ustanavljati se je začela mreža Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (Krek,

2013, po Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v republiki Sloveniji (str.50-60)), v katerih delujejo strokovni timi, ki jih sestavljajo družinski zdravnik, psihiater, medicinska sestra in laborant.

Leta 1999 sta bila sprejeta temeljna zakona na področju prepovedanih drog: Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami in Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Krek, Drev, Paš in Hren, 2011).

Od leta 2003 deluje CZOPD Psihiatrične klinike Ljubljana. Tu poteka bolnišnična obravnava, del ambulantnega zdravljenja, dnevna bolnišnica in podaljšana bolnišnična obravnava z rehabilitacijo.

Urad vlade RS za droge je bil zaradi reorganizacije služb v javni upravi aprila 2004 ukinjen. Od takrat deluje znotraj Ministrstva za zdravje. Državni svet je februarja 2004 sprejel resolucijo o nacionalnem programu na področju drog (2004 - 2009), ki je nadomestila prejšnji nacionalni program. Resolucija je nakazala kombinacijo več paradigmatičnih konceptov (Kvaternik idr., 2008).

### **1.6.3 Zveza nevladnih organizacij**

Od leta 2005 deluje v Sloveniji Zveza nevladnih organizacij na področju zmanjševanja škodljivih posledic zaradi uporabe drog. Temeljni namen zveze je združevanje, sodelovanje in razvijanje skupnih projektov in organizacij na področju zmanjševanja škodljivih posledic uporabe drog. Zveza razvija ukrepe pomoči uporabnikom drog, ki temeljijo na socialni pravičnosti, solidarnosti in načelih enake dostopnosti, ter uporabnikom zagotavlja dostojanstvo in preprečuje socialno izključenost. Eden od ciljev zveze je promocija konceptov zmanjševanja škode na različnih ravneh. Poteka v obliki izobraževanja, intervencij in organizacije različnih oblik pomoči. Zveza nevladnih organizacij pretežno del svoje dejavnosti izvaja na področju socialnega varstva, vključuje pa tudi zdravstveno preventivne dejavnosti (Kvaternik Jenko, 2006).

Leta 2005 sta se na domačem trgu zdravil za zdravljenje odvisnosti od heroina pojavila buprenorfin in morfin s podaljšanim sproščanjem. Izboljšale so se možnosti za farmakološko zdravljenje (Mejak, 2010).

Do danes se je v Sloveniji vzpostavila dokaj obsežna mreža različnih služb, ki se ukvarjajo z uporabniki prepovedanih drog. Področje problematike drog v Republiki Sloveniji pokrivajo socialno-zdravstvene in represivne službe (pravosodje in policija), poleg njih pa tudi šolstvo poskrbi za učence, ki uživajo drogo, in za preventivne dejavnosti (Mejak, 2010). V zdravstvenem sektorju obstaja razvejan sistem zdravstvenih domov in bolnišnic ter mreža 18 Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) in Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike v Ljubljani (CZOPD). Zdravstveno obravnavo financiramo iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Krek, 2013, v Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji (str. 50-60)).

Slovensko politiko na področju drog bi lahko umestili v model javnozdravstvene politike, ki vključuje preventivo, zmanjševanje škode, zdravljenje, socialno rehabilitacijo in reintegracijo uporabnikov drog. Cilj takšne politike je promocija zdravja, zdravega življenjskega sloga in zmanjševanje škode, povezane z uporabo drog na individualni ter skupnostni ravni (Kvaternik Jenko, 2004, po Kvaternik idr., 2008).

Aprila 2013 je Državni zbor Republike Slovenije sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013 - 2020. Za področje zasvojenosti opredeljuje mrežo programov, ki so namenjeni tudi uporabnikom drog. Omenjeni programi so preventivni, informacijski in svetovalni ter programi telefonskega svetovanja, programi koordinacije, podpore ter izvajanja pomoči in samopomoči, programi zmanjševanja škode, dnevni centri s terenskim delom, nastanitveni programi, terapevtski programi, reintegracijski programi ter aktivacijski programi, katerih namen je izboljšati zaposlitvene zmožnosti. Programi na področju drog se večinoma financirajo iz državnega proračuna in prek Zavoda za Zdravstveno zavarovanje Slovenije, nekaj sredstev pa prinesejo tudi različne fundacije in članarine članov nevladnih organizacij (Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji).

## 1.7 Kriteriji dobrih praks

Termin dobra praksa pomeni, da aktivnost v danem okolju dobro deluje in zadovoljuje potrebe uporabnikov in organizacije (Sande, 2012). Dobre prakse morajo vključevati in upoštevati relevantnost intervencije glede na probleme in glede na ciljno skupino, transparentnost, zanesljivost in prenosljivost uporabljenih metod, sistematično zbiranje in dostopnost izkušenj ob implementaciji, kontekst, v katerega vpeljujemo intervencijo, in učinkovitost in iznajdljivost intervencije v širšem odločitvenem procesu (Sande, 2012).

Žiberna idr. (2011) kakovost izvajanega nizkopražnega programa za uporabnike prepovedanih drog ocenjujejo glede na naslednje kriterije: obisk programa, prostora, povpraševanje po informacijah, svetovanju, preprečevanje okužb, zmanjševanje tveganih načinov uživanja drog, samostojnost uporabnika, ozaveščanje svojcev, odzivi javnosti na delo programa, omogočanje izbire uporabnikom, urejenost življenjskih razmer, zvišana samopodoba, vključitev v druge programe, vzpostavitev in vzdrževanje abstinence, urejenost odnosov s svojci in institucijami, vzpostavitev samopomoči, sekundarna menjava igel in dostopnost do storitev. Za visokopražne programe uporabljajo druge kriterije, kot so: stabilna abstinenca, nadaljevanje šolanja, zaposlitev, konstruktivno preživljanje časa, izboljšanje komunikacije, varna socialna mreža, konstruktivno reševanje konfliktov, skrb za lastno zdravje, ustrezno ravnanje s financami, zastavljanje in uresničevanje ciljev, boljša samopodoba, uvid v problem, ureditev statusa, izboljšanje odnosov, predhoden odhod iz programa in spodrsaljki (Žiberna idr., 2011).

## 1.8 Namen dela in raziskovalna vprašanja

Namen zaključne projektne naloge je, predstaviti stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji: število uporabnikov ter organizacij, ki se ukvarjajo s problematiko odvisnosti od prepovedanih drog. Programe bomo razdelili glede na način delovanja ter jih primerjali s

programi ostalih evropskih držav. Opisali bomo tiste programe, ki jih v tujini uspešno izvajajo, pri nas pa jih (še) ni. Podali bomo oceno dobrih praks v Sloveniji, katere programe imamo dobre in kateri nam primanjkujejo.

## 2 PROGRAMI ZA POMOČ ODVISNIKOM OD PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI

### 2.1 Mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

Eden izmed razlogov, zakaj so bili ustanovljeni Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), je, da bi si uporabniki prepovedanih drog vsaj delno uredili vsakdanje življenje (Kvaternik Jenko, 2006). Centri so večinoma oddaljeni od drugih ambulant, da se uporabniki ob prihodu v center ne bi počutili preveč stigmatizirani.

Tabela 2.01

*Mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji*

---

ZD Celje
ZD Brežice
ZD Izola
ZD Kočevje
ZD Koper
ZD Kranj
ZD Ljubljana
ZD Logatec
ZD Dr. Adolfa Drolca Maribor
ZD Murska Sobota
ZD Nova Gorica
ZD Novo mesto
ZD Piran-Lucija
ZD Sežana
ZD Trbovlje
ZD Velenje
ZD Ilirska Bistrica
ZD Pivka
ZD Jesenice
ZD Tržič

---

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (Psihiatrična klinika Ljubljana)

---

*Opombe:* ZD - Zdravstveni dom

Za koordinacijo CPZOPD in pripravo ter izvajanje doktrine zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog je odgovorna Koordinacija Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki poteka v Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike Ljubljana (CZOPD) (Kastelic in Šegrec, 2013). To določa Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/99).

Dejavnosti, ki jih opravlja CZOPD, so individualna, družinska in skupinska obravnava (ambulantno), šest tedenski program detoksikacije, osem tednov intenzivnega podaljšanega zdravljenja, programi dnevni bolnišnic, maksimalno polletna rehabilitacija za življenje

brez drog, podporna dnevna bolnišnica za bolnike s komorbidnimi motnjami (dvojna diagnoza), psihosocioterapevtska skupina abstinirajočih pacientov, programi za svojce, sodelovanje z zavodi za prestajanje kazni zapora in drugimi vladnimi in nevladnimi organizacijami, izobraževanje, raziskovanje, razvoj, konzultacije za zdravstvene in socialne službe ter koordinacija CPZOPD (Božank idr., 2010).

Namen CPZOPD je preprečevanje razvoja boleznih odvisnosti ter preprečevanje drugih boleznih in zapletov, ki so posledica zlorabe prepovedanih drog, in zdravljenje boleznih odvisnosti od prepovedanih drog ter odkrivanje in zdravljenje drugih boleznih in zapletov, ki so posledica uporabe prepovedanih drog. V ta namen potekajo različni programi za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog: vzdrževalni metadonski program, postopna ambulantna detoksikacija z metadonom, kratkotrajna ambulantna detoksikacija z metadonom in ambulantna detoksikacija z uporabo drugih zdravil in psihoterapevtske obravnave (Dejavnost CPZOPD, 2012).

Dejavnosti CPZOPD so: posvetovalnica za uporabnike drog in svojce, individualna, družinska in skupinska terapija, priprava na bolnišnično obravnavo, pomoč pri rehabilitaciji in reintegraciji v družbo, konzultacije za zdravstveno in socialno službo, povezava s terapevtskimi skupnostmi in skupinami za samopomoč, ambulantna detoksikacija in substitucijski programi (Božank idr., 2008).

Osnovna dejavnost CPZOPD je skrb za zasvojenost s prepovedanimi drogami in njihove družine. V centrih izvajajo svetovanje za posameznike, ki so v fazi eksperimentiranja z drogami, in ostale rizične mladostnike ter njihove svojce. Nudijo psihiatrično pomoč, postavljajo indikacije za vstop v substitucijski program in njihovo izvajanje, psihološko vodenje in učenje psihosocialnih veščin. Skrbijo tudi za to, da pacienti napotijo na testiranje za okužbe (HIV, hepatitis B in C), jih cepijo proti hepatitisu B in jih po potrebi usmerjajo k drugim specialistom. Pogoji za vstop v program zdravljenja je urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje in osebni dokument s sliko (Božank idr., 2010).

### 2.1.1 Primer ambulante za boleznih odvisnosti

Primer ambulante za boleznih odvisnosti (ABO) je ABO, ki deluje pri zdravstvenem domu Nova Gorica. Ambulanta se poleg odvisnosti od prepovedanih drog ukvarja tudi z odvisnostjo od iger na srečo in drugimi odvisnostmi (Kramli, 2011). V novogoriški Ambulanti za boleznih odvisnosti izvajajo dva temeljna programa - substitucijski in psihoterapevtski. Oba programa imata isti cilj: ozdraviti bolnika in vzpostaviti abstinenco. Ambulanta tudi aktivno sodeluje v preventivnih programih po osnovnih in srednjih šolah, oblikovali pa so tudi programe za delodajalce in njihove zaposlene.

Tabela 2.02

*Psihoterapevtske obravnave, ki jih izvajajo v Ambulanti za boleznih odvisnosti Nova Gorica*

Vrsta obravnave	Značilnosti
Družinska terapija	Terapija pomaga celotni družini uporabnika prepovedanih drog, da se usposablja za reševanje odvisnosti. Pri tem ima pomembni nalogi: poskuša preprečiti širitev konflikta na celotno družino in obenem ozdraviti odvisnika.

Individualna terapija	Namenjena je reševanju aktualnih stisk, ki so posledica nižanja solucije, abstinence in konfliktov. Takšna terapija posamezniku pomaga pridobiti uvid, kako se izogniti problemu ali ga rešiti.
Skupinska terapija	Poteka enkrat tedensko v skupini šest do osem oseb, ki na določeno temo razpravljajo z namenom poiskati pot do rešitve problema.
Svetovalno delo v ABO	Ljudje, ki prihajajo po informacije, kaj storiti ob domnevi, da je njihov družinski član zasvojen, dobijo navodila za prve prijeme in nadaljnje napotke, ki omogočajo pravočasno in učinkovito okrevanje. Svetovanje temelji na preprečevanju in prekinitvi stika z drogami. Eksperimentatorjev in uživalcev ne zagovarjajo.
Svetovalno delo v šolah in podjetjih	Program svetovanja.
Preventivno delo	Namenjeno dijakom, učencem, staršem in profesorjem.

*Opombe:* Povzeto po Kramliju (2011).

CPZOPD sodelujejo z nevladnimi organizacijami in Centri za socialno delo. V zvezi z diagnosticiranjem in zdravljenjem nalezljivih bolezni sodelujejo tudi z zdravstvenimi domovi in z oddelki za infekcijske bolezni (Trautmann, 2007).

Ines Kvaternik Jenko (2006) omenja trend, ki se nanaša na vzpostavljanje novih pravil v okviru CPZOPD. Trend je bolj povezan z vedenjem uporabnikov pred ambulantami in odnosom do zdravnika kot z upoštevanjem terapevtskega dogovora. V praksi se velikokrat zgodi, da razlog za izključitev iz programa ni kršenje terapevtskega dogovora, pač pa pretepanje pred metadonsko ambulanto ali neprimeren odnos do zdravnika.

## 2.2 Nevladne organizacije na področju drog

V okviru projekta Opolnomočenje NVO na področju zmanjševanja škode – informiranje, znanje in povezovanje je bila ustanovljena vsebinska mreža nevladnih organizacij na področju sociale (Paš, Purkart in Zorman, 2011). Mreža vključuje 35 NVO s področja sociale, vanjo pa se kadarkoli lahko vključijo tudi nove organizacije. Združenje DrogArt je odgovorni nosilec projekta. Konzorcijski partnerji v projektu so tri nevladne organizacije, ki delujejo na področju zmanjševanja škode: Društvo zdrava pot, Društvo Stigma in Zveza nevladnih organizacij na področju zmanjševanja škodljivih posledic drog (Opolnomočenje NVO, 7. 6. 2012; Paš idr., 2011). Aktivnosti, ki jih izvaja mreža NVO, so: zagovorništvo in civilni dialog, zagotavljanje servisne podpore NVO, krepitev vloge mreže NVO in skupne akcije ter iniciative (Opolnomočenje NVO, 7. 6. 2011). V okviru projekta je bil ustvarjen portal [www.zmanjsevanje-skode.si](http://www.zmanjsevanje-skode.si), kjer je dostopno veliko strokovne literature in aktualnih pobud na področju zmanjševanja škode (Paš idr., 2011).

Na področju prepovedanih drog v Sloveniji deluje tudi Zveza nevladnih organizacij na področju drog in zasvojenosti, katere člani so: Združenje DrogArt, Društvo Zdrava pot, Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma, Društvo za pomoč in samopomoč

ŽELVA-EUREKA Žalec, Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam SVIT Koper, Društvo projekt Človek, Društvo POT Ilirska Bistrica, Društvo za pomoč zasvojenim in njihovim bližnjim PO MOČ Sežana, UP Društvo za pomoč zasvojenim in njihovim svojcem Slovenije, ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje, Zavod MISSS (Mladinsko informativno svetovalno središče Slovenije), Zavod za informacijsko dejavnost in alternativno kulturo ([www.konoplja.org](http://www.konoplja.org)) in OMI Inštitut (Zveza nevladnih organizacij na področju drog in zasvojenosti, 2014). Člani NVO, njihov naslov in kontakt so prikazani v spodnji tabeli.

Tabela 2.03

*Člani Zveze nevladnih organizacij na področju drog in zasvojenosti, naslovi in kontakti*

Ime organizacije	Naslov	Kontakt
Združenje DrogArt	Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana	info@drogart.org
Društvo Zdrava pot	Krekova ulica 12 A, 2000 Maribor	društvo.zdrava.pot@siol.net
Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma	Štihova 12, 1000 Ljubljana	društvo.stigma@siol.net
Društvo za pomoč in samopomoč ŽELVA-EUREKA Žalec	Levstikova 15, 3310 Žalec	dzelva.eureka@siol.net
Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam SVIT Koper	Ljubljanska cesta 6, 6000 Koper	društvo_svit@t-2.net
Društvo Projekt Človek	Sketova 5, 1000 Ljubljana	suzana.puntar@projektclovek.si
Društvo za pomoč zasvojenim in njihovim bližnjim PO MOČ Sežana	Ulica 1. Maja 1, 6210 Sežana	društvo.pomoc@t-2.net
UP društvo za pomoč zasvojenem in njihovim svojcem Slovenije	Miklošičeva 16, 1000 Ljubljana	društvo.up@siol.net
ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje	Cigaletova 5, 1000 Ljubljana	info@sent.si
Zavod MISSS (mladinsko informativno svetovalno središče Slovenije)	Kunaverjeva 2, 1000 Ljubljana	preventiva@misss.org
Zavod za informacijsko dejavnost in alternativno kulturo	Mariborska 2, 3000 Celje	tomaz@konoplja.org
Omi Inštitut	Trnovska 8, 1000 Ljubljana	info@omi.si

*Opombe:* Povzeto po Zveza NVO na področju drog in zasvojenosti (2014).

Na področju drog v Sloveniji deluje tudi Sistem lokalno-akcijskih skupin (LAS), ki v svojem delu združujejo in povezujejo različne institucije, kot so Centri za socialno delo (CSD), zdravstveni zavodi, policija, šola in starši (Kocmur, 2012). LAS imajo cilj preprečiti širjenje pojava uporabe prepovedanih drog.



Nekateri uporabniki prepovedanih drog imajo težave tudi v duševnem zdravju, zato posebej za njih od leta 2005 deluje visokopražni program Dnevni center za abstinentne z dvojno diagnozo. Do lani je bilo v program vključenih 40 ljudi, ki so se spopadali z depresivno ali psihotično motnjo (Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji).

Seznam vseh organizacij, ki delujejo na področju prepovedanih drog v Sloveniji, s podatki o področju delovanja in kratkim opisom programov in dejavnosti je v Prilogi A.

### 2.3 Nizkopražni programi

Nizkopražni programi delujejo po načelu zmanjševanja škodljivih posledic zaradi uživanja drog in dekriminalizacije uporabnikov drog. Pomemben sociološko-ekonomski izraz, ki se uporablja v kontekstu nizkopražnih programov, je zmanjševanje škode (»harm reduction«) (Žiberna idr., 2011). Temeljno spoznanje koncepta zmanjševanja škode je dejstvo, da so droge z nami in da tega ne moremo spremeniti (Kocmur, 2006). Pri delu z zasvojenimi se je ustalil izraz nizkopražni programi. Pojem nizkega praga definira večjo dostopnost programov pomoči in prenehanje pogojevanja pomoči z zahtevo po abstinenci (Kvaternik Jenko, 2006). Nekateri uporabniki drog ne zmorejo ali ne želijo prenehati z uporabo drog, zato abstinenca ni edini cilj pomoči uporabnikom. Nizkopražnim programom uspe prodreti do težko dostopne »skrite« populacije odvisnikov od prepovedanih drog (Mejak, 2010).

Cilj nizkopražnih programov je pomagati človeku v psihosocialnih in zdravstvenih težavah, ki jih trenutno ni mogoče rešiti, da ohrani človeško dostojanstvo. V takšni situaciji je potrebno sprejeti zasvojenca takšnega, kakršen je (Ramovš, 2010, po Žiberna idr., 2011). Storitve, ki jih izvajajo v okviru nizkopražnih programov, odvisnikom pomagajo, da se »prebijejo« skozi dan in se izognejo nadaljnjim poslabšanjem. Zanje je značilno, da zahtevajo malo motivacije s strani uporabnikov in jim nudijo osnovno pomoč: zavetišče, hrano in možnost, da skrbijo za osebno higieno (EMCDDA, 2014).

V okviru nizkopražnih programov izvajajo različne dejavnosti, kot so npr. zamenjave injekcijskih igel, terensko delo s t.i. »skrito populacijo« uporabnikov prepovedanih drog, vključevanje uporabnikov v sekundarno zamenjavo igel, spodbujanje vrstniškega svetovanja med uporabniki, svetovalno delo v zavodih za prestajanje kazni (zaporu), svetovanje in informiranje o varnejšem načinu uporabe drog, publiciranje gradiv s ciljem zmanjševanja škode, svetovanje na kriznih telefonskih linijah, ozaveščanje o tveganjih (Kvaternik Jenko, 2006) in programi zdravljenja z metadonom. Programi pa ponujajo tudi dnevne centre in spremljanje v kriznih situacijah (Žiberna idr., 2011). V dejavnosti nizkopražnih programov spadata tudi dejavnosti, ki jih v Sloveniji ne izvajamo. To sta program varnih sob za injiciranje in heroin na recept (Kocmur, 2006). Nizkopražni programi so znani po konkretni pomoči v zdravstveni, materialni in socialni stiski. Uporabnikom prepovedanih drog zagotavljajo sterilne igle in brizge, kondome, gradiva o varnem injiciranju in varni spolnosti ter na takšen način zmanjšujejo nevarnost okužbe z virusi HIV in hepatitisa (Mejak, 2010).

### 2.3.1 Programi zmanjševanja škode

Programi zmanjševanja škode zmanjšujejo negativne posledice, povezane z uporabo prepovedanih drog (Ti in Kerr, 2014), in so učinkoviti predvsem z vidika zaščite javnega zdravja in javnega reda ter z vidika zmanjšanja zdravstvenih in socialnih tveganj zaradi uporabe prepovedanih drog. Ti programi pripomorejo k stabilizaciji uporabnikov prepovedanih drog in k normalizaciji njihovega vsakdanjega življenja (Kvaternik Jenko, 2006).

Programi imajo veliko podporo, saj so osnovna komponenta za preprečitev epidemije HIV-a med uporabniki prepovedanih drog (Ti in Kerr, 2014). Obenem pa nekateri močno nasprotujejo programom zmanjševanja škode in jim očitajo predvsem omogočanje uporabe drog. Medicinske sestre na področju zmanjševanja škode lahko pripravijo osnovne informacije o vbodnih ranah, preventivi predoziranja, intervencijah ob morebitnem predoziranju in zaščiti pred boleznimi. V primeru, da uporabniki prepovedanih drog ne želijo zdravljenja, jim strokovni delavci lahko ponudijo informacije o skupinah za samopomoč<sup>1</sup> in programih za zdravljenje odvisnosti od drog (Bartlett idr., 2013). Vedno več dokazov govori v prid programom zmanjševanja škode. Raziskave (Kay, 2011, po Ti in Kerr, 2014) kažejo na to, da programi zmanjševanja škode ne omogočajo uporabe drog niti na individualni niti na skupinski ravni.

#### 2.3.1.1 Primer iz Vancouvra

V Vancouvru (Kanada) je bilo v poznih devetdesetih letih 20. stoletja veliko število okužb z virusom HIV in številna predoziranja med intravenskimi uporabniki prepovedanih drog. Posledično so v mestu povečali število programov zmanjševanja škode: povečali so razdeljevanje sterilnih igel in brizg ter število metadonskih vzdrževalnih terapij. Ustanovili so tudi prvo varno sobo za injiciranje pod strokovnim nadzorom. Podatki kažejo, da se je v zadnjih petnajstih letih v Vancouvru zmanjšalo število uporabnikov, ki si posojajo igle, kar je posledica razdeljevanja sterilnih igel. Leta 1996 je igle souporabljal 39,6 % uporabnikov, leta 2011 pa le še 1,7 % uporabnikov. Leta 1996 si je igle posojalo 39,2 % uporabnikov, leta 2011 pa le še 1,3 % uporabnikov (Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, 2013). Opazen je tudi trend upadanja pojavnosti HIV-a in hepatitisa C. Leta 1997 je bilo 8,1 primerov HIV-a na 100 prebivalcev, leta 2011 pa se je HIV pojavil pri 0,37 primerih na 100 prebivalcev. Pojavnost hepatitisa C leta 1997 je bila 37,1 primera na 100 prebivalcev, do leta 2011 pa se je pojavnost zmanjšala na 1,1 primer na 100 prebivalcev.

Rezultati raziskave kažejo na to, da igra zdravljenje zasvojenosti s pomočjo metadonskega vzdrževalnega programa ključno vlogo pri zmanjšanju odvisnosti od prepovedanih drog in zmanjšanju tveganj vedenj, povezanih z uporabo prepovedanih drog (Kerr, Marsh, Li, Montaner in Wood, 2005, po Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, 2013). Z zmanjšanjem odvisnosti od drog lahko zdravljenje zmanjša tveganje za javno zdravje (uporaba že uporabljenih igel) in lahko

---

<sup>1</sup> Na primer Anonimni narkomani Slovenije: Skupnost odvisnikov, ki okrevajo. Drug drugemu pomagajo, da ostanejo »čisti«. Edini pogoj za vstop v skupnost je popolna abstinenca, drugih obveznosti in vpisnine ni.

zmanjša kriminal, povezan z uporabo drog. Seveda pa na zdravstvene izide vpliva dostop do zdravljenja odvisnosti.

Dokazi iz Vancouvra kažejo na to, da programi zmanjševanja škode zagotavljajo to, za kar so zasnovani: zmanjšujejo škodo, povezano z uporabo drog, podpirajo prizadevanja za zdravljenje odvisnosti in ponujajo programe in storitve za intravenske uporabnike prepovedanih drog (Ti in Kerr, 2014).

### 2.3.1.2 Programi izmenjave igel in terensko delo

Uporaba že uporabljenih igel je vedenje, ki za intravenske uporabnike prepovedanih drog predstavlja največje tveganje. Na ta način se namreč lahko okužijo (ali prenesejo na drugega) z virusom HIV in drugimi boleznimi, ki se prenašajo s krvjo (hepatitis C). Okužena kri se lahko prenese iz okužene osebe na zdravo osebo s priborom za vbrizgavanje (Diaz, Chu, Weinstein, Mokotoff in Jones, 1998; Pouget, Hagan in Des Jarlais, 2012, po Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, 2013), zato je pomembno, da v okviru programov zmanjševanja škode delijo sterilne igle.

V Sloveniji se igle zamenjujejo na različne načine. V Kopru v okviru društva Svit poteka terenska izmenjava igel. V Ljubljani ta program izvajata društvi AIDS fondacija Robert in Stigma. Društvo Stigma pokriva tudi druga področja, kjer poteka izmenjava igel: Domžale, Kamnik, Kočevje, Ribnica, Logatec in Cerknica. Društvo Zdrava pot program izvaja v Mariboru, v Celju pa za zamenjavo igel poskrbi društvo Želva. V nekaterih krajih poteka sekundarna zamenjava igel, kar pomeni, da na področjih, kjer ni programov zmanjševanja škode, zamenjavo igel izvajajo kar uporabniki drog. Uporabniki si lahko igle izmenjajo tudi v metadonski ambulanti in na urgenci (Kvaternik Jenko, 2006).

»Terensko delo na področju drog je dejavnost v skupnosti, katere najpomembnejši cilj je zmanjšanje škodljivih posledic, omogočanje izboljšanja zdravja ter zmanjševanje tveganja širjenja okužb« (Kocmur, 2012, str. 76). Ločimo lahko tri oblike terenskega dela: poulično, na domu in v okviru drugih služb (npr. zapori). Pri nas je najbolj razširjena oblika terenskega dela poulično terensko delo.

Namen in cilji terenskega dela so: doseči »skrito populacijo« uporabnikov drog in z njimi deliti informacije o preprečevanju poškodb zdravja, pravicah uporabnikov in možnostih reševanja socialnih in drugačnih stisk, nuditi storitve v življenjskih okoljih uporabnikov, zmanjšati škodljive posledice, ki so na kakršenkoli način povezane z uporabo prepovedanih drog, izvajati sekundarno zamenjavo igel ter identificirati spremembe in trende na »sceni drog« z namenom oblikovati učinkovitejše programe (Kocmur, 2012).

Združenje DrogArt izvaja terensko delo tudi na prireditvah elektronske glasbe po Sloveniji. Usposobljeni mladinski delavci v sklopu projekta Pleši z glavo na prireditvah z elektronsko glasbo postavljajo mobilne info točke, kjer so na voljo tiskani preventivni materiali, kondomi, ušesni čepki, brezplačni izotonični napitki in sadje. Dve uri pred koncem prireditve lahko obiskovalci opravijo tudi alkotest. Temeljni cilj terenske ekipe je informirati uporabnike stimulativnih drog in alkohola o tveganjih ter nudenje prve pomoči posameznikom z zdravstvenimi težavami, ki so posledica drog (Paš idr., 2011).

Društvo Zdrava pot za terensko delo uporablja posebej v ta namen prilagojeno kombinirano vozilo, v katerem je pisarna, opremljena z električno energijo, internetom, hladilnikom, posteljo in predalom, kjer je shranjen material. Terenski delavci se trudijo, da informirajo uporabnike in jim svetujejo v zvezi s tveganim vedenjem, jim podajajo informacije o programih in ustreznih ustanovah, jih spremljajo na različne ustanove, ki nudijo pomoč, razdeljujejo informativna gradiva in sterilni material ter jih poskušajo motivirati za pozitivne spremembe (Božank idr., 2010).

### 2.3.1.3 Sistem za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi v Sloveniji

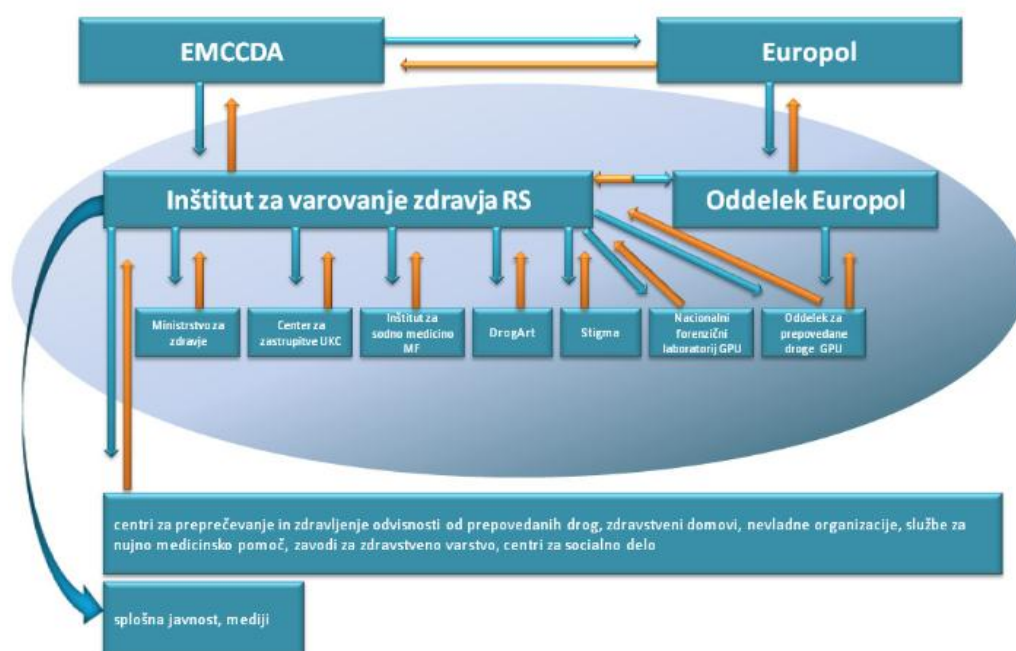
Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) izvaja program Sistem zgodnjega opozarjanja na pojav novih psihoaktivnih snovi (PAS), ki je namenjen hitri zaznavi novih PAS in oceni tveganj. Na tej osnovi se odločijo, ali zaznana PAS predstavlja tolikšno tveganje za zdravje uporabnikov, da jo je treba uvrstiti med prepovedne snovi (Paš idr., 2011).

V Evropsko mrežo za zgodnje opozarjanje je vključen tudi slovenski sistem za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS. Med članicami Evropske Unije in EMCDDA ter Evropskim policijskim uradom (Europol) se hitro izmenjujejo informacije o proizvodnji, prometu, uporabi in tveganjih povezanih z uporabo novih PAS. Glavna nosilca Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS v Sloveniji sta Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) in Oddelek Europol pri Generalni policijski upravi. Slovenski oddelek Europol izmenjuje informacije z Europolom, NIJZ pa z EMCDDA (Krek idr., 2011). Član ožje skupine Sistema za zgodnje opozarjanje na nove PAS je od leta 2010 naprej tudi Združenje DrogArt, saj ima zaradi terenskega dela in spletnega foruma zelo dober vpogled na trg stimulativnih drog v Sloveniji. To jim omogoča, da hitro zaznajo nenaden pojav nenavadne nepoznane snovi. Če terenska ekipa opazi, da imajo uporabniki težave z določenimi oblikami tabletk ekstazija, le-te pošljejo v Centralni forenzični laboratorij Generalne policijske uprave. Na ta način lahko hitro prepoznajo potencialno zelo škodljive PAS, kar je s stališča zmanjševanja škode zelo pomembno. Po povratni informaciji o škodljivosti PAS informacije čim hitreje posredujejo uporabnikom (Paš idr., 2011).

Medresorska delovna skupina<sup>2</sup> se srečuje na sejah, ki jih skličje vodja skupine, ko je potrebno. Srečanja potekajo enkrat do dvakrat letno. Predvsem v primeru, ko obravnavajo resnejše probleme in predlagajo ukrepe. Skupina pripravlja strokovne smernice in priporočila za delo Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS, opredeljuje pogoje in postopke za analizo novih PAS, predlaga Ministrstvu za zdravje uvrstitev novih PAS v Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog, redno seznanja strokovno in laično javnost z ugotovitvami, aktivno sodeluje v evropskem Sistemu za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS in skrbi za ustrezen prenos informacij iz evropskega Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS v nacionalni prostor. NIJZ, Oddelek Europol in oddelek za prepovedane droge pridobivajo informacije o novih ali nevarnih PAS in jih posredujejo naprej medresorski delovni skupini. V skupini se izmenjujejo informacije o pojavu novih

<sup>2</sup> V medresorsko strokovno skupino Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS so vključeni: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ministrstvo za zdravje, Oddelek Europol pri Generalni policijski upravi, Oddelek za prepovedane droge pri Generalni policijski upravi, Nacionalni forenzični laboratorij pri Generalni policijski upravi, Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Center za zastupitve pri Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana ter nevladni organizaciji DrogArt in Stigma (Krek idr., 2011).

in nevarnih PAS, zaseženih vzorcih, rezultatih analiz, trgovanju, uporabi in tveganjih za uporabnike. Medresorska skupina na podlagi pridobljenih podatkov oceni nevarnost za uporabnike in sprejme odločitve o obveščanju javnosti, kaj in kako. S skupino sodelujejo tudi CPZOPD-ji, zdravstveni domovi, nevladne organizacije, CSD-ji in drugi zavodi, ki ob primeru obvestila o novi PAS posredujejo povratne informacije o snovi (oblika, nevarni učinki, dostopnost in podobno) (Krek idr., 2011).



Slika 2.01. Prikaz kroženja informacij v Sistemu za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS (Krek idr., 2011, str. 14). (Inštitut za varovanje zdravja RS se sedaj imenuje Nacionalni inštitut za javno zdravje.)

### 2.3.2 Substitucijski programi

Nadomestno zdravljenje je pomemben program zdravljenja odvisnosti od opioidov in zmanjševanja škode zaradi uživanja prepovedanih drog. Program je učinkovit tudi pri zmanjševanju nedovoljene uporabe opioidov in zmanjševanju tveganja za pojav okužb z virusom HIV in hepatitisom, prispeva pa tudi k preprečevanju drugih zdravstvenih težav, smrtnosti in kriminalnega vedenja. Tovrstni programi lahko predstavljajo odskočno desko iskalcem pomoči in obravnavo uporabnikov v drugih nizkopražnih ali visokopražnih programih (Kostnapfel Rihtar in Švab, 2013). Cilj vzdrževalnega substitucijskega zdravljenja je lahko prenehanje ali zmanjšanje uporabe heroina, zmanjšanje škode za problematične uporabnike prepovedanih drog ter zmanjšanje škode in negativnih vplivov na okolico (Trautmann idr., 2007). Cilj zdravljenja se vedno bolj pomika v stabilizacijo življenja posameznikov, ki uporabljajo droge, in v zmanjševanje škode zanje in njihovo okolje.

### 2.3.2.1 Zdravila za zdravljenje zasvojenosti z opioidi v Sloveniji

Zdravila za zdravljenje zasvojenosti z opioidi, ki so dostopna v Sloveniji, so: buprenorfin, buprenorfin/nalokson, metadon, morfin, nalokson (raztopina za injiciranje) in naltrekson (Bačar, 2008). Metadon in buprenorfin sta učinkovito nadomestilo za opioide pri vzdrževalnem zdravljenju in razstrupljanju pri posameznikih, odvisnih od opioidov (Bonhomme, Shim, Gooden, Tyus in Rust, 2012). Morfin je agonist opiatnih receptorjev, ki zmanjša željo po dodatnih učinkovinah (Kramli, 2011). Naltrekson je antagonist opiatnih receptorjev in je učinkovit pri zmanjševanju ali odpravi hrepenenja po odtegnitvi pri odvisnosti od opioidov in alkohola (Sadock in Sadock, 2001). Nalokson pa je antidot, ki ga uporabljajo pri akutnih predoziranjih z opioidi, da bi odpravili stanja zavrtosti centralnega živčnega sistema ob nevarnosti prenehanja dihanja, ki je posledica uporabe opioidov (Bačar, 2008). Kocmur (2012) opozarja, da vzdrževalni programi z uporabo nadomestnih zdravil ponujajo ustrezen odgovor na del potreb populacije uporabnikov prepovedanih drog, ne ponujajo pa celostnega odgovora na večino problemov.

Vzdrževalno substitucijsko zdravljenje je razmeroma dostopno, vendar v nekaterih centrih lahko postopek sprejemanja traja tudi do dva tedna, saj v večini centrov zdravnik ni vsak dan na voljo (Trautmann idr., 2007). Ob sprejetju novih pacientov uporabljajo vprašalnik o indikatorjih povpraševanja po zdravljenju, ki ga je razvila EMCDDA. S pomočjo vprašalnika lahko ocenijo stopnjo odvisnosti od drog. V ta namen pa si ponekod pomagajo tudi z anamnezo ali heteroanamnezo, z ugotavljanjem prisotnosti drog v urinu in prepoznavanjem morebitnih simptomov odtegnitve. Standardni del sprejema vsakega novega pacienta je zdravniški pregled (Trautmann idr., 2007). Vsak posameznik, ki se vpiše v substitucijski program, mora tudi podpisati terapevtski dogovor. To pomeni, da pristane na pogoje, ki jih določa medicina. Eden izmed pogojev so urinski testi (Kvaternik Jenko, 2006), ki so najpogostejša in priročna metoda identificiranja prikrite uporabe prepovedanih drog (Bonhomme idr., 2012). Za potek substitucijske terapije je potreben tudi primerno opremljen prostor ter profesionalen odnos do bolnikov, ki mora biti izključno terapevtski (Kramli, 2011).

V Italiji in na Nizozemskem so uporabniki, ki poleg metadona uživajo še heroin ali kokain, izključeni iz programa. V Sloveniji pa ni tako. Uporabniki vnaprej vedo, kdaj bodo izvajali urinski test, zato se lahko nanj ustrezno pripravijo (Kvaternik Jenko, 2006).

### 2.3.2.2 Vzdrževalno zdravljenje z metadonom (metadonski vzdrževalni program)

Psihiatrinja Mary Nyswander in internist Vincent Dole sta v ZDA že leta 1964 pokazala, da se bolezen odvisnosti od opiatov lahko uspešno zdravi z metadonom (Čuk Rupnik, 2006). Danes pa je metadon najpogosteje uporabljan opioidni agonist v Evropi (Torrens, Fonseca, Castillo in Domingo-Salvany, 2013).

Metadon je popolni  $\mu$ -opioidni agonist, ki zavira tudi N-metil-D-aspartatne receptorje in ponovni privzem monoaminov (Corkery, Schifano, Ghodse in Oyefeso, 2004, po Modesto-Lowe, Brooks in Petry, 2010). Pri nas je na voljo v obliki raztopine in se običajno odmerja enkrat na dan. Uporabljamo ga lahko za vzdrževalno zdravljenje ali detoksikacijo (Kramli,

2011). V serumu lahko zaznamo prisotnost metadona pol ure po oralnem vnosu (Corkery idr., 2004, po Modesto-Lowe idr., 2010).

Metadonski vzdrževalni program je nizkopražen program, ki poudarja koncept zmanjševanja škode pri uporabnikih prepovedanih drog. Iz drugega zornega kota pa je to program, ki zahteva, da bolniki abstininirajo (ali večinoma abstininirajo) od opioidov in drugih psihoaktivnih snovi, ter vzdržujejo socialno stabilnost v smislu zaposlitve in šolskega udejstvovanja (Tschakovsky, 2009). Cilji vzdrževalnega zdravljenja z metadonom so, preprečiti abstinenčni sindrom, zmanjšati željo po drogi in zavreti evforične učinke uporabe prepovedanih drog (Krambeer idr., 2001). Kramli (2011) dodaja, da je cilj terapije ozdravitev, manjšanje odmerka in vzdrževanje abstinence. Nekateri avtorji menijo, da vzdrževalno zdravljenje z metadonom zmanjšuje kriminal, serokonverzijo HIV-a<sup>3</sup> in število smrti zaradi heroina (Brugal idr., 2005; Gibson idr., 2008; Mattick, Breen, Kimber in Davoli, 2003, po Modesto-Lowe idr., 2010). Metadon pa nima le pozitivnih učinkov, saj kopičenje metadona v organizmu lahko vodi v umiritev, oteženo dihanje, ustavitev dihanja in celo smrt. Smrt zaradi zastoja dihanja se lahko pojavi predvsem pri osebah, ki poleg metadona uporabljajo še druge substance. Usodni učinki oteženega dihanja se pri osebah, ki nimajo razvite tolerance, lahko pojavijo že pri majhnih odmerkih (30 mg) (Ehret, Desmeules in Broers, 2007, po Modesto-Lowe idr., 2010).

Metadon uporabljamo na tešče ali med jedjo. Njegov vzdrževalni odmerek znaša do 100 mg/dan, pri zmanjšani jetrni in ledvični funkciji pa do 50 mg/dan. Začetni odmerek je 20 – 40 mg/dan (Bačar, 2008). Kleber (2007) opozarja, da prvi odmerek ne sme presežati 40 mg in v naslednjih dveh tednih ne sme biti povečan za več kot 5 – 10 mg na vsake 2 – 3 dni. Odmerki 30 – 40 mg preprečijo večino odtegnitvenih simptomov in željo po drogi, vendar niso dovolj veliki, da bi zavrla učinke velikih odmerkov heroina. Vzdrževalni odmerek metadona zato znaša do 100 mg/dan (Bačar, 2008). Kleber (2007) ugotavlja, da imajo programi, kjer metadon odmerjajo od 80 – 120 mg/dan boljše rezultate od tistih, ki pri zdravljenju uporabljajo manjše odmerke.

Za vstop v program ni potrebna abstinence. Uporabniki prepovedanih drog potrebujejo podporno terapijo, ki jo izvajajo terapevti. Pred začetkom zdravljenja mora bolnik podpisati terapevtski dogovor (glej Prilogo B), ki določa natančen potek zdravljenja. Poskrbljeno je za varovanje zaupnih podatkov, delitev raztopine metadona pa je strogo nadzorovana, da bi preprečili zlorabe in predoziranje. O poteku terapije vodijo natančen dnevnik v elektronski in pisni obliki. Uporabniki, ki so vključeni v metadonski program, lahko po treh mesecih zaupanja vrednega dela pridobijo zaupanje osebja in s tem možnost, da pod določenimi pogoji dobijo zdravilo za domov (Kramli, 2011). Upravičenost do mesečne zaloge zdravila za domov si uporabniki metadonskega vzdrževalnega programa zaslužijo šele po vsaj dveletni skladnosti pri zdravljenju (Bonhomme idr., 2012). V primeru nadaljevanja uporabe drog ali nestabilnega vedenja paciente izključijo iz programa ali pa jih premestijo v drugi program (Tschakovsky, 2009). Po tridesetih dneh zdravljenja z metadonom je opazno izboljšanje z zdravjem povezane kakovosti življenja pri odvisnikih od prepovedanih drog (Torrens idr., 2013).

---

<sup>3</sup> Kmalu po okužbi z virusom HIV začne telo proizvajati protitelesa. Po desetih do štirinajstih dneh telo proizvede dovolj protiteles, da jih lahko zaznamo s pomočjo krvnega testa. Pojav, ko telo proizvede dovolj protiteles, da jih zaznamo, imenujemo *serokonverzija*. To pomeni, da se na krvnih testih HIV-negativne osebe spremenijo v HIV-pozitivne (Glossary of HIV/AIDS-Related Terms, 2011).

Vzdrževalna faza je lahko dolgoročna, dokler pacient ne dokaže lastnosti, ki so potrebne za uspešno detoksikacijo (Krambeer idr., 2001).

Vzdrževalni metadonski program je uspešen pod pogojem, da vključuje celostno obravnavo (prepletenost medicinske, svetovalne, socialne in psihološke obravnave), upošteva individualne potrebe bolnika ter upošteva ustreznost odmerka (Mejak, 2010). Slaba stran uporabe metadona sta fizična in psihična odvisnost. Prednosti metadonskega vzdrževalnega programa pa so vedenjske, medicinske, psihične in ekonomske posledice, ki so manj nevarne od posledic intravenskega uživanja drog. Glavni cilji metadonskih vzdrževalnih programov so: hitro zmanjšanje uporabe drog, izboljšanje zdravstvenega stanja uporabnikov prepovedanih drog in manjše tveganje okužb (HIV in hepatitis B ter C), osebna rast uporabnikov, socialno produktivnejše življenje, zmanjšanje smrtnosti zaradi prekomernih odmerkov, zmanjšanje kriminala in drugih negativnih družbenih posledic, povezanih z uporabo prepovedanih drog, ter abstinenca (Auer, 2001, po Mejak, 2010).

V CPZOPD Logatec so izvedli raziskavo o uspešnosti zdravljenja z metadonom (Čuk Rupnik, 2006), v kateri je sodelovalo 78 oseb, ki so bile v začetku leta 2005 zdravljene v njihovem centru. Pred začetkom zdravljenja z metadonom so že izvedli zdravljenje na oddelkih za detoksikacijo: tri osebe so bile v bolnišnici tri tedne, dve sebi štiri tedne in devet oseb šest tednov. Rehabilitacija v terapevtskih skupnostih je bila pri eni osebi izvajana v Reto centru, pri treh osebah v Dianovi in pri treh v Skupnosti Srečanje. Delež vztrajanja v programu je pokazal, da v njihovem programu vztraja 98 % oseb letno, kar jih po RR (»retention rate«) uvršča med najboljše na svetu. 63 oseb je bilo vpisanih v program že več kot leto dni (80 %). Med njimi so naredili raziskavo o tem, koliko jih v zadnjem letu ni uživalo tobaka, alkohola in drugih drog. 76 % oseb v zadnjem letu ni užilo heroina, 71 % jih ni užilo kokaina, 82 % jih ni užilo amfetaminov, 62 % jih ni užilo pomirjeval in uspaval in 39 % jih ni kadilo marihuane.

Vključenost v metadonski vzdrževalni program je povezana z zmanjšanjem smrtnosti (Brugal, Domingo-Salvany, Puig, Barrio, Garcia de Olalla in de la Fuente, 2005, po Torrens idr., 2013). Izkazalo se je, da je ne-vključenost v metadonski vzdrževalni program eden ključnih dejavnikov, povezanih s smrtjo zaradi predoziranja. Tveganje za smrt se namreč bistveno poveča v prvem letu po prenehanju zdravljenja - predvsem zaradi recidiva (Bonhomme idr., 2012).

### 2.3.2.3 Buprenorfinsko zdravljenje (buprenorfin, buprenorfin/nalokson)

Buprenorfin se kot delni agonist veže na iste receptorje kot heroin. Buprenorfin/nalokson je dolgo delujoče, varno in učinkovito zdravilo (Kleber, 2007). Na voljo je v obliki podjezičnih tablet, ki zmanjšajo odtegnitvene simptome in željo po dodatnih drogah. Bolnik mora stopiti tableto pod jezikom v prisotnosti bolniškega osebja. Buprenorfin/nalokson večinoma uporabljajo pri bolnikih, ki so usmerjeni v abstinenco (visokopražni bolniki), in zlasti pri mladih, na novo registriranih uporabnikih (Trautmann, 2007). Pomembno je, da buprenorfin/naloksona ne zaužijejo prezgodaj po opioidnem agonistu, saj v tem primeru lahko povzroči odtegnitvene simptome (Kleber, 2007). Zdravljenje je v 54 % uspešno, pri 36 % je vidno izboljšanje, pri 9 % bolnikov pa terapija ni učinkovita (Kramli, 2011). V raziskavi o buprenorfinskem vzdrževalnem zdravljenju



(Connock idr., 2007, po Tschakovsky, 2009) ugotavljajo, da ima le-to pozitivne in učinkovite izide zdravljenja. Buprenorfin je v primerjavi z metadonom manj učinkovit pri soodvisnosti od opioidov in kokaina (Schottenfeld, Pakes, Oliveto idr., po Bonhomme idr., 2012).

Detoksikacijo heroina običajno nadzorujemo z buprenorfinom 2 – 4 mg, podjezično, po pojavu blagih do zmernih odtegnitev. Drugi odmerek (prav tako 2 – 4 mg buprenorfina) lahko damo približno uro do dve pozneje, odvisno od počutja pacienta. Običajno je zadosten dnevni odmerek buprenorfina 8 – 12 mg (Kleber, 2007). Pri uporabnikih, odvisnih od opioidov, se buprenorfin uvaja najmanj 4 ure po zadnji uporabi opioida ali ko se pojavijo odtegnitveni simptomi. Pri uporabnikih, ki jemljejo metadon, pa je pred uvedbo buprenorfina potrebno zmanjšati odmerek metadona na največ 30 mg/dan (Bačar, 2008).

Pri uporabi buprenorfin/naloksona znaša začetni odmerek 2 mg/0,5 mg – 4 mg/1 mg, pri vzdrževalnem odmerku pa postopno povečujemo odmerke za 2 mg/0,5 mg do 8 mg/2 mg. Najvišji priporočen dnevni odmerek buprenorfin/naloksona je 24 mg/6 mg/dan. Pri uporabi buprenorfina in buprenorfin/naloksona moramo po prekinitvi zdravljenja spremljati bolnike zaradi nevarnosti recidiva. Pri uporabi buprenorfin/naloksona pa je potrebno tudi redno spremljanje delovanja jeter (Bačar, 2008).

#### 2.3.2.4 Zdravljenje z morfinom s podaljšanim sproščanjem

Morfin je popolni agonist opiatnih receptorjev in deluje tako, da zmanjša željo po dodatnih opioidih in drugih psihoaktivnih snoveh. Na voljo je v obliki kapsul s podaljšanim sproščanjem, odmerjajo ga enkrat dnevno. Večinoma ga uporabljajo za vzdrževalno zdravljenje, kapsul ne smejo žvečiti, zaužiti jih morajo z vodo v prisotnosti medicinskega osebja (Kramli, 2011).

Pri zdravljenju z morfinom s podaljšanim sproščanjem je začetni odmerek 120 – 200 mg/dan, vzdrževalni odmerek pa 300 – 600 mg/dan. Največji dnevni odmerek je 1200 mg/dan (Bačar, 2008).

#### 2.3.3 Dnevni centri za aktivne uporabnike drog

Dnevni centri so varni prostori, kjer lahko uporabniki prepovedanih drog kakovostno preživljajo del ali večino svojega časa (Božank idr., 2010) ter si izmenjujejo izkušnje. Lahko se tudi pogovorijo s svetovalcem glede stanovanja, zdravnika, zaposlitve in ostalih stvari, ki jih zanimajo. Na voljo imajo brezplačen sterilni pribor, kondome, hrano, obleke in možnost, da poskrbijo za osnovno osebno higieno (Žiberna idr., 2011). V dnevnem centru društva SVIT se npr. uporabniki lahko neformalno družijo z zaposlenimi v programu. Poleg druženja lahko po želji aktivno rešujejo težave in socialne stiske, zaposleni pa uporabnike spodbujajo tudi k večji socialni vključenosti. V prostorih dnevnega centra je na voljo tudi sterilni material za varnejšo uporabo drog, ki je dokumentiran s pomočjo govorečih šifer (Društvo SVIT, 2014). Govoreča šifra omogoča anonimnost, obenem pa omogoča tudi beleženje števila stikov, število izdanega in vrnjene materiala ter starost in spol uporabnikov. Pri Stigmi na primer so govoreče šifre

sestavljene iz prve in tretje črke imena, tretje in zadnje črke priimka, oznake za spol in meseca ter letnice rojstva (Kocmur, 2014).

Dnevni centri so namenjeni uporabnikom, ki ne zadoščajo pogojem visokopražnih abstinenčnih programov, obenem pa si želijo neformalnega druženja, informacij in zamenjave sterilnega materiala (Božank idr., 2010).

### **2.3.4 Socialna reintegracija**

EMCDDA (2014) socialno reintegracijo opredeljuje kot kakršnokoli socialno intervencijo, ki stremi k vključevanju nekdanjih in trenutnih problematičnih uporabnikov prepovedanih drog v skupnost. Reintegracijski programi so namenjeni uporabnikom, ki prihajajo iz rezidenčnih oblik obravnave, osebam, ki so prestale kazen zapora, in osebam, ki prihajajo iz prevzgojnih domov. Programe financira Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, na območju Republike Slovenije pa jih deluje nekaj več kot petdeset (Mejak, 2010). Socialna reintegracija je ena izmed osnovnih komponent celovitih strategij boja proti drogam. Izvajamo jo lahko v vseh fazah uživanja drog in v različnih okoljih. Cilje je mogoče doseči z razvojem sposobnosti, izboljšanjem socialnih zmožnosti, ukrepi za pospeševanje in spodbujanje zaposlenosti ter za pridobitev ali izboljšanje nastanitev.

Tri pomembne komponente socialne reintegracije so nastanitev, izobraževanje in zaposlovanje, vključno s poklicnim usposabljanjem. Med dejavnosti, ki jih izvajajo v okviru socialne reintegracije, spadajo tudi svetovanje in različne prostočasne dejavnosti (EMCDDA, 2014). Zagotovitev stanovanja ali pomoč pri iskanju stanovanja je pomembna s stališča doprinosu stabilnosti v življenje odvisnikov od prepovedanih drog (Social exclusion and reintegration, 2003). Zaposljivost pa je pomembna komponenta socialne reintegracije, saj lahko uporaba drog in pridružene težave ogrozijo vstop na trg dela in zmožnost obdržati zaposlitev (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2012).

Reintegracija v družbo predstavlja vključevanje uporabnikov na vseh ravneh in področjih. Posebno pomembno je razvijanje socialnih veščin in spodbujanje izobraževanja in zaposlovanja. Socialna reintegracija predstavlja tudi zmanjševanje socialne izključenosti in drugih vzrokov za začetek uživanja drog (Mejak, 2010).

## **2.4 Visokopražni programi**

Visokopražni programi za odvisnike od prepovedanih drog so namenjeni tistim, ki so motivirani za popolno opustitev uživanja psihoaktivnih snovi (Žiberna idr., 2011). Polajner (2006) programe visokega praga za abstinate od drog (VPA) definira kot spremenljive sisteme, ki svoje poslanstvo prilagajajo družbenim spremembam in potrebam zasvojenih oseb.

Programi so lahko dolgotrajni ali kratkotrajni. Z vidika vključenosti uporabnika kratkotrajni programi trajajo nekaj mesecev (po navadi eno leto) in so primerni za posameznike, ki z drogami eksperimentirajo. Dolgoletnim odvisnikom od prepovedanih drog tako kratki programi ne morejo resno pomagati (Polajner, 2006). Dolgotrajni VPA

uporabnike vključujejo večinoma od dve do pet let. V povprečju so uporabniki v intenzivni stanovanjski program vključeni leto in pol, kar je tudi najkrajši čas terapije, da uporabnik drog lahko doseže stabilno izboljšanje. Ti programi so namenjeni »težkim« odvisnikom od prepovedanih drog, ki substance navadno uživajo že več let.

Glede na vidik notranje organiziranosti lahko VPA delimo na stanovanjske in ne stanovanjske programe. Ne stanovanjske programe pa lahko naprej delimo glede na čas vključenosti v program. Ločimo ambulantni tip VPA, kjer je uporabnik vključen po nekaj ur na teden, in dnevne centre, kjer je uporabnik vključen čez dan. Za stanovanjski tip VPA je značilno, da je uporabnik daljše obdobje vključen v komuno ali terapevtsko skupnost. V praksi je najpogostejša kombinirana organiziranost, kjer se uporabniki v dnevni programih pripravljajo na bivanje v terapevtski skupnosti, po končanem programu pa se reintegrirajo v družbo ob podpori programa, ki je ambulantno organiziran (Polajner, 2006).

Z vidika kadrovske zasedbe in doktrine delovanja lahko VPA razdelimo na tri podskupine: laične, strokovno vodene in na kombinirane programe. Laični programi so najpogosteje oblikovani kot komune, ki temeljijo na medsebojni pomoči med uporabniki, strokovni delavci pa so »prej izjema kot pravilo«. Strokovne programe praviloma izvajajo v javnih zdravstvenih mrežah, v okviru psihiatričnih bolnišnic, kjer »bolnike« »zdravijo« zdravniki. Kombinirani programi najpogosteje sovpadajo s terapevtskimi skupnostmi, kjer v timih program izvajajo strokovni delavci (formalno izobraženi terapevti), nekdanji odvisniki, ki so uspešno zaključili program, in laični sodelavci (prostovoljci).

Tabela 2.04

Razdelitev programov visokega praga za abstinentne od drog

vidik razdelitve	programi visokega praga za abstinentne od drog		
časovni okvir	<i>kratkotrajni programi</i>	<i>dolgotrajni programi</i>	
Koliko časa traja program?	nekaj mesecev (1 leto)	2 - 5 let (v povprečju 1 leto in pol)	
Komu je program namenjen?	eksperimentatorji z drogami	»težki« odvisniki	
notranja organiziranost	<i>nestanovanjski programi</i>	<i>stanovanjski programi</i>	
čas vključenosti uporabnika	nekaj ur tedensko (ambulantni tip VPA)	čez dan (dnevni centri)	daljše obdobje v komuni ali terapevtski skupnosti
doktrina delovanja in kadrovska zasedba	<i>samopomočni programi (laični)</i>	<i>strokovno vodeni programi</i>	<i>kombinirani programi</i>
	komune (medsebojna pomoč med uporabniki »brez«)	javne zdravstvene mreže (psihiatrične bolnice)	terapevtske skupnosti (strokovni delavci, nekdanji

---

strokovnih  
delavcev)

odvisniki in  
laični  
sodelavci)

---

*Opombe:* Povzeto po Polajner-ju (2006).

VPA od uporabnikov že ob sprejemu pričakujejo sposobnost abstinence. Uporabniki, ki ne zmorejo ali ne želijo vzpostaviti začetne abstinence, v takšne programe ne morejo vstopiti. Za vstop pogosto zadostuje že šibka in nestabilna abstinenca, saj je pomembnejši namen uporabnika, da se s pomočjo programa želi povsem odpovedati uživanju drog (Polajner, 2006). Mnenje, da bo problem odpravljen, ko bo posameznik prenehal z uživanjem droge, je zmotno. Abstinenca od drog je le nujen pogoj za začetek izstopanja iz krempljev zasvojenosti in pot do prave osebnostne rasti (Polajner, 2001).

Prvi dve organizaciji, ki sta začeli razvijati VPA v Sloveniji, sta Društvo Projekt Človek in Slovenska Karitas. Kmalu pa so se jima pridružili še društvo Up, mariborski center za odvisnosti, Zavod Vir, kranjski center za odvisnosti, in mariborska Karitas.

### 2.4.1 Detoksikacija

Detoksikacija je serija ukrepov, ki se osredotoča na obvladovanje akutne zastrupitve in odvajanje od psihoaktivnih snovi (Lee idr., 2014). »Je kratkotrajen, zdravniško nadzorovan ukrep za odpravo simptomov odtegnitve, povezanih z opustitvijo kronične uporabe drog, in je včasih pogoj za začetek dolgotrajnega bolnišničnega zdravljenja, ki temelji na abstinenci« (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2012, str. 32).

Pacient, odvisen od opioidov, se na oddelku Psihiatrične klinike Ljubljana običajno detoksicira z metadonom, buprenorfinom ali morfinom. Zdravnik določi začetni odmerek substitucijskega zdravila, ob katerem pacient nima abstinence krize, in postopoma zmanjšuje odmerek do nič. Detoksikacija običajno traja tri do štiri tedne. Pacient pa je popolnoma »čist« šele po šestih tednih, saj substitucijska zdravila ostanejo v telesu še dva tedna (Psihiatrična klinika Ljubljana, 2014). Čas detoksikacije je odvisen od trajanja odtegnitvenih simptomov in časovnega obdobja prejemanja zdravil. Odvisnost od več vrst prepovedanih drog pa obdobje detoksikacije lahko še podaljša (Wesson, 1995, po Jonkman, McCarty, Harwood, Normand in Caspi, 2005).

Program je zastavljen tako, da imajo uporabniki možnost, da se učijo delati na sebi, posledično pa vzpostavljajo in vzdržujejo abstinenco. Uporabniki imajo na voljo tudi dnevno bolnišnično oskrbo, saj se poleg vzdrževanja abstinence učijo tudi urejati vsakdanje življenje (Kvaternik idr., 2008). Posebni detoksikacijski oddelki so pogosto zelo zasedeni, zato postopek razstrupitve pogosto izvajajo na psihiatričnih ali drugih oddelkih bolnišnice.

Detoksikacija predstavlja priložnost za bolnika, da nadaljuje z zdravljenjem po tem, ko je že stabiliziran (Lee idr., 2014). Avtorji priporočajo nadaljnjo oskrbo v bolnišničnem ali ambulantnem zdravljenju, saj detoksikacija brez dodatnega zdravljenja običajno ni dovolj dobra za dolgoročno okrevanje (Institute of Medicine, 1990, po Jonkman idr., 2005). Lee idr. (2014) dodajajo, da je nadaljnja oskrba v ambulantnem zdravljenju povezana z zmanjšanjem ponovnega vpisa v detoksikacijski program, ni pa tako uspešna kot bolnišnično zdravljenje. Bolniki, ki se po končani detoksikaciji vsaj štirinajst dni zdravijo

zaradi odvisnosti, bodo manj verjetno ponovno vpisani v program detoksikacije. Nedavna študija (Ford in Zarate, 2010, po Lee idr., 2014) je pokazala, da je zdravljenje po detoksikaciji (čeprav za kratek čas) povezano z daljšimi obdobji abstinence, manjšim številom aretacij in krajšimi zapornimi kaznimi v letu po detoksikaciji. Nadaljevanje zdravljenja po detoksikaciji naj bi tudi zmanjšalo verjetnost za brezdomstvo in povečalo možnosti za zaposlitev (Ford in Zarate, po Lee idr., 2014). Posamezniki, ki po detoksikaciji ne nadaljujejo zdravljenja, bodo verjetno ponovno posegli po substanci in bodo slej ali prej ponovno vpisani v detoksikacijski program (McLellan idr., 2005, po Lee idr., 2014).

Detoksikacija ali razstrupitev navadno poteka na dva načina. Lahko predstavlja nenaden odvzem heroina ali pa heroin zamenjajo z metadonom in postopno zmanjšujejo odmerke. Ni nujno, da detoksikacija poteka pod zdravniškim nadzorom, saj nekateri odvisniki od drog najprej poskušajo sami doseči abstinenco, šele kasneje pa poiščejo pomoč pri ustreznih službah. Takšna detoksikacija po navadi ni uspešna, saj uporabnik potrebuje psihosocialni program, ki bi mu nudil oporo in lajšal težave. Za detoksikacijo se pogosto odločijo uporabniki heroina, ki nimajo namena prenehati z uporabo drog, zaradi ekonomskih razlogov. Ker finančno ne zmorejo zadovoljiti vedno večje potrebe po drogi, se odločijo za razstrupitev. Po detoksikaciji namreč dosežejo enake učinke z manjšim odmerkom (Mejak, 2010). Ob vstopu v program od uporabnikov zahtevajo, da sočasno ne smejo jemati metadona ali drugih drog ter morajo imeti urejeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje (Kvaternik idr., 2008).

#### **2.4.2 Bolnišnično zdravljenje**

Pri bolnišničnem zdravljenju morajo uporabniki prepovedanih drog v bolnišnici ostati več tednov do več mesecev. Uporabnikom storitev je zagotovljena namestitev in individualno strukturirano psihosocialno zdravljenje, sodelovati pa morajo v dejavnostih za ponovno vključitev v družbo. Bolnišnično zdravljenje odvisnosti od drog izvajajo tudi psihiatrične bolnišnice, še posebno pri uporabnikih s pridruženimi duševnimi motnjami (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2012). V Psihiatrični kliniki Ljubljana izvajajo štirinajst-tedensko bolnišnično zdravljenje, ki poteka na dveh oddelkih. Pacient praviloma začne zdravljenje na zaprtem oddelku – Oddelku za detoksikacijo, da se nauči življenja in terapevtskega dela v skupini ter vzpostavi abstinenco (šest tednov). Potem zdravljenje nadaljuje na Oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje, kjer ostane še osem tednov (Psihiatrična klinika Ljubljana, 2014).

#### **2.4.3 Komune in terapevtske skupnosti**

Terapevtska skupnost je okolje brez drog, v katerem strukturirano in organizirano sobivajo posamezniki, ki imajo težave z drogami. V skupnosti se spodbujajo socialne in psihološke spremembe (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2012).

V grobem lahko razlikujemo med dvema različnima usmeritvama skupnosti: socioterapevtsko in psihoterapevtsko. Socioterapevtske skupnosti se osredotočajo na vedenje v skupini in v konkretnih življenjskih situacijah, psihoterapevtske skupnosti pa se ukvarjajo s posamezniki in vzroki, ki so jih pripeljali v odvisnost (Auer, 2001, po Mejak, 2010).

Zdravljenje v terapevtskih skupnostih in komunah temelji na abstinenci od drog in korenitih spremembah osebnosti, mišljenja, vrednot in življenjskega sloga. Ljudje z življenjem v komuni ali terapevtski skupnosti si skušajo med seboj pomagati in ustvariti smisel za življenje. V Sloveniji pod okriljem Zavoda Pelikan Karitas delujejo komune v okviru programa Skupnost Srečanje<sup>4</sup> (Center Sveta Trojica, Center Kobilje, Center Nova Gorica, Center na Čadrgu, Center v Vremah, Center na Razborju (edina komuna namenjena dekletom), pod okriljem Društva projekt Človek pa deluje terapevtska skupnost Sopotnica pri Škofji Loki. V povezavi s komunami in terapevtskimi skupnostmi delujejo informativni in pripravljalni programi, ki imajo pomembno vlogo pri vključevanju mladostnikov v komune in terapevtske skupnosti (Ferlan Istinič, 2005, po Mejak, 2010).

Za življenje v skupnosti je značilno, da mora prevladovati družinsko vzdušje. Interni sodelavci so nekdanji odvisniki od drog, sodeluje pa tudi preko sto strokovnih delavcev z različnimi izobrazbami. Delo v skupnosti lahko razdelimo na tri dele: sprejem, bivanje in ponovno vključevanje v družbo. Sprejem je obdobje, v katerem potekajo informativni pogovori in svetovalno delo s posameznikom, ki ga po potrebi pošljejo tudi na detoksikacijo.

Prvi mesec bivanja je namenjen pomoči posamezniku, da premaga začetniške težave in da se psihično in fizično vključi v ustaljene ritme življenja v skupnosti. V tem času stiki z družino niso zaželeni. Za učinkovito zdravljenje je priporočljivo dolgotrajno zdravljenje, saj je potrebnih več mesecev, da posameznik začne objektivno ocenjevati svoje izbire. Zdravljenje običajno poteka tri leta, v tem času pa mora posameznik uspešno doseči in povezati dva smotra. V okviru skupnosti si mora določiti in pridobiti pripomočke in ideale osebne rasti ter jih uporabiti v zunanjem svetu. Pomembno je tudi, da si posameznik izdela načrt za osebno življenje, vključeno v družbeno dogajanje (Gelmini, 2002).

## 2.5 Centri za socialno delo in zapori

Posredno se z odvisniki od prepovedanih drog ukvarjajo tudi Centri za socialno delo in Zavodi za prestajanje kazni zapora.

V Sloveniji se kazni zapora izvršujejo v 6 različnih zavodih za prestajanje kazni zapora: v Zavodu za prestajanje mladoletniškega zapora in kazni zapora Celje ter v Zavodih za prestajanje kazni zapora Dob, Ig, Koper, Ljubljana in Maribor. Za mladoletnike z vzgojnim ukrepom pa deluje Prevezgojni dom Radeče (Ministrstvo za pravosodje, 2014).

V zaporih redno izvajajo program zdravstvene vzgoje, ozaveščanje o nevarnostih, ki jih prinaša uživanje drog, ter tveganju za okužbe. Program je pomemben, saj uporabniki v zaporih še vedno uživajo drogo, vendar pa imajo v zaporu malo možnosti, da bi uporabili čist pribor. V veliki meri je zato prisotno tveganje za okužbo s hepatitisom C in virusom

---

<sup>4</sup> Skupnost srečanje je odlična rešitev na področju preventivnega delovanja, zdravljenja in ponovnega vključevanja v družbo. Človeku se posveča kot celoti in je nekakšna šola življenja. Njihov program stremi k obnovi človekovih moralnih, socialnih, duševnih in telesnih temeljev, da bi znali dati svojemu življenju smisel (Gelmini, 2002).

HIV. V nekaterih zaporih uporabnikom drog svetujejo strokovni delavci, ki so sicer zaposleni v programih zmanjševanja škode (Kvaternik Jenko, 2006).

V Sloveniji deluje 62 Centrov za socialno delo<sup>5</sup> (Skupnost centrov za socialno delo, 2014), ki izvajajo tudi strokovne aktivnosti, ki so namenjene reševanju socialne problematike, povezane z uporabo prepovedanih drog. CSD-ji spadajo v resor Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. V letu 2012 je bilo na CSD-jih 220 obravnav, ki so bile povezane z uporabo prepovedanih drog (Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v RS).

---

<sup>5</sup> Seznam centrov za socialno delo je dostopen na spletni strani Skupnosti centrov za socialno delo.

### 3 PREVENTIVA

Preventiva pred zastrupitvijo z drogo in preventiva pred nalezljivimi boleznimi se izvajata v okviru javnozdravstvene mreže (CPZOPD) in nevladnih organizacij. Preventiva v Sloveniji je urejana z zakoni, predpisi in smernicami znotraj različnih resorjev, ki jih na področju preprečevanja uporabe PAS usklajuje Ministrstvo za zdravje. Komisija vlade RS za droge skrbi za usklajevanje vladne politike, ukrepov in programov. Dodatno pa ukrepe na področju preprečevanja uporabe PAS določajo tudi predpisi lokalnih samoupravnih skupnosti.

Sistem za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS redno obvešča strokovno javnost in uporabnike drog pojavu nevarnih ali novih psihoaktivnih snovi. Slovenskim zdravnikom pri zdravljenju oseb, ki so zastrupljene z drogami, pa pomaga toksikološka informacijsko-svetovalna služba, ki deluje 24 ur. Programi zmanjševanja škode skrbijo za svetovanje in brezplačno razdeljevanje sterilnega materiala intravenskim uporabnikom drog. Leta 2012 so razdelili 553.426 igel in brizg. Šest nevladnih organizacij je s pomočjo terenskega dela obravnavalo 1.025 uporabnikov prepovedanih drog (Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v RS).

#### 3.1 FreD goes net

Program FreD goes net je program zgodnjega posredovanja ob prvem pojavu uporabe alkohola in prepovedanih drog med mladimi. Je kratkoročen ukrep in selektivna preventiva pred odvisnostjo (Wirth in Rometsch, 2010). Temeljni cilj programa je preprečevanje zasvojenosti in zmanjševanje škode zaradi drog. Program je namenjen predvsem mladim uporabnikom drog in alkohola, starim od 13 do 25 let (Osterc Kokotovič in Šmarčan, 2013, po Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji (str. 35-37)), da bi jih obvarovali pred zasvojenostjo (Božank idr., 2010). FreD je zasnovan za mlade osebe, ki kažejo tvegane vzorce do uporabe drog, vendar še niso odvisni, kar pomeni, da ne bodo potrebovali nadaljnjega zdravljenja odvisnosti (Wirth in Rometsch, 2010).

Program temelji na transteoretičnem modelu, motivacijskem intervjuju in psihoedukaciji. Transteoretični model poudarja, da je učinkovito preprečevanje odvisnosti mogoče le v začetni stopnji, ko se pri uporabniku še ne razvije interes za pomoč in sprejemanje nasvetov. Motivacijski intervju je neposreden, v uporabnika usmerjen svetovalni pristop, ki poskuša razrešiti ambivalentna stališča do vedenjske spremembe. Program temelji na krajših zgodnjih ukrepih, katerih cilj je spodbuditi mlade uporabnike prepovedanih drog v refleksijo lastnega vzorca uporabe in vedenja (Božank idr., 2010).

Program izvajata dve izvajalki, ki imata certifikat za izvajanje takšne preventive in tečaja. Ko uporabnika napotijo v program, ima uporabnik informativni razgovor, s pomočjo katerega izvajalec uvidi problematiko, motivira posameznika za spremembe ter presodi, če je smiselno osebo vključiti v tečaj ali jo je bolj primerno poslati v ustrežnejšo obliko pomoči. Po informativnem razgovoru se posameznik vključi v osemurni tečaj (štiri dvourni srečanja), katerega namen je spodbuditi mlade uporabnike k premisleku o lastni uporabi drog in vedenja na splošno (Osterc Kokotovič in Šmarčan, 2013, po Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v republiki Sloveniji (str. 35-37)).



Tečaj izvajajo v obliki razprav, izkustvenih vaj in iger vlog. Mladostnike je potrebno motivirati, da ostanejo v tečaju do konca. Zato je potrebno, da je vsebina tečaja zanimiva. Začne se s temo, zaradi katere so mladostniki udeleženi v tečaj - t.j. njihov pravni položaj. Nato sledijo informacije o učinkih in tveganjih, povezanih z uporabo različnih psihoaktivnih snovi. Čas za osebna vprašanja nastopi šele takrat, ko se med udeleženci razvije zaupanje. Na srečanjih govorijo o tem, kako mladostniki opisujejo svoje vzorce uporabe drog in kako lahko uporabijo dejavnike osebne zaščite, da ne bi postali odvisni. Tečaj se zaključi z informacijami, kam se lahko obrnejo za nadaljnjo pomoč. Vse vaje so zasnovane tako, da udeleženci tečaja razmišljajo o različnih temah in sodelujejo v razpravi. Vlada odprto vzdušje, zato se lahko razpravlja tudi o težkih temah, kar je seveda zanimiv način predstavitve znanja (Wirth in Rometsch, 2010).

Ko programa FreD goes net v Sloveniji še ni bilo, so bili takšni uporabniki napoteni v različne centre za preprečevanje zasvojenosti. Diagnoza zasvojenosti zanje ni bila mogoča, zato niso bili vključeni v ustrezne programe. FreD goes net omogoča večjo informiranost in senzibilnost mladih glede dejavnikov tveganja pri uporabi drog ter nudi okolje za strokovno voden pogovor in nadaljnjo strokovno pomoč, če se mladostnik odloči za spremembo vedenja (Osterc Kokotovič in Šmarčan, 2013, po Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji (str. 35-37)). V zadnjih dveh letih je bilo izvedenih osem tečajev, katerih se je udeležilo 53 uporabnikov. Večino uporabnikov so v program FreD goes net napotile šole, od tega jih je 45 % prišlo zaradi uporabe prepovedanih drog.

### **3.2 Program za otroke in mladostnike**

Program za otroke in mladostnike (POM) je namenjen otrokom in mladostnikom, ki eksperimentirajo s prepovedanimi drogami ali jih že redno uporabljajo, ter njihovim svojcem. Program deluje ambulantno med tednom, osem ur na dan. Cilj programa je preprečiti razvoj zasvojenosti pri mladih, izboljšati vzgojne prijeme staršev, izboljšati komunikacijo in metode reševanja konfliktov v družini, dvigniti kakovost življenja ter prevzemati odgovornost kakovostnega odraščanja. V začetku mlade obravnavajo v sprejemnem centru POM. Naročijo jih na prvi pogovor, ki traja približno uro in pol. Mladostniki se spoznajo z osebnim terapevtom, načinom in pogoji dela. Storitve so brezplačne in anonimne. Vključitev v program je prostovoljna. Edina kriterija za vključitev v program sta nizka stopnja zasvojenosti in vključenost v šolski sistem. Starši in mladostniki podpišejo terapevtski dogovor in se dogovorijo za individualni načrt dela. Mladostniki, vključeni v program POM, se srečujejo enkrat tedensko v skupini za mlade, kjer se pogovarjajo o aktualnih težavah in zanimanjih. Enkrat tedensko imajo tudi individualni pogovor s svojim terapevtom, kjer se učijo, kako zadovoljiti svoje potrebe in želje, ter spoznavajo svoje vzorce vedenja, vrednote in odnos do droge. Dvakrat mesečno izvajajo tudi različne aktivnosti, ob poletnih počitnicah pa organizirajo večdnevne taborne. Redno tudi preverjajo abstinenco z urinskimi testi. Mladostnik lahko zaključi program, ko doseže večino ciljev, opredeljenih v načrtu dela (Stanković, 2013, po Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji (str. 37-39)).

## 4 PRIMERJAVA SLOVENSКИH PROGRAMOV S TUJIMI

V Evropi se v okviru ambulantnega zdravljenja izvajajo psihosocialni ukrepi in nadomestno zdravljenje z opioidi. Psihosocialni ukrepi vključujejo svetovanje, motivacijske razgovore, kognitivno-vedenjsko terapijo, vodenje primera, skupinsko in družinsko terapijo in preprečevanje ponovne uporabe. Uporabnikom prepovedanih drog pomagajo pri obvladovanju in premagovanju težav z drogami (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2012).

V nekaterih državah imajo v okviru nizkopražnih programov tudi varne sobe za injiciranje in heroin na recept (Kvaternik Jenko, 2006).

### 4.1 Varne sobe

Varne sobe za injiciranje so značilni program Evropskih mest, ki imajo večje število intravenskih uporabnikov prepovedanih drog. V Evropi jih deluje približno 63, delujejo pa v 37 mestih (Kocmur, 2011). Prva varna soba za injiciranje je bila ustanovljena leta 1986 v Bernu v Švici. Danes programi varnih sob delujejo na Nizozemskem, v Švici, Nemčiji in Španiji (Hedrich, 2004).

Varne sobe za injiciranje so zdravstvene storitve nizkega praga za intravenske uporabnike prepovedanih drog (Kimber in Dolan, 2007). So varni prostori za higiensko uporabo predhodno pridobljenih drog v okolju brez predsodkov in pod nadzorom strokovnega osebja (Akzept, 2000, po Hedrich, 2004), ki uporabnike poučuje o tveganjih in varnejših načinih uporabe drog ter jim zagotavlja prvo pomoč v primeru predoziranja ali ob drugih škodljivih reakcijah (Hedrich, 2004). Varne sobe uvrščamo v del strategije zmanjševanja škode (Kocmur, 2011). Namen varnih sob je predvsem zmanjšati tveganje za zdravje: preprečiti prenašanje virusnih bolezni in preprečiti predoziranja in smrti zaradi predoziranja. Namenjene so predvsem tistim uporabnikom prepovedanih drog, ki si droge injicirajo na ulicah, in tistim, ki niso pripravljeni na zdravljenje. V program lahko vstopijo redni in odvisni uporabniki heroina in kokaina, starejši od osemnajst let. Občasni uporabniki prepovedanih drog in osebe, ki prvič poskusijo drogo, so izključeni (Hedrich, 2004).

V recepciji preverijo, ali je potencialni uporabnik storitve seznanjen z vpisnimi pogoji in s hišnimi pravili. Nato uporabnik prejme sterilni pribor in lahko uporabi objekt, po navadi za pol ure (Hedrich, 2004). Uporabniki varnih sob morajo spoštovati pravila delovanja varnih sob: v prostorih je prepovedana kakršnakoli izmenjava drog in kajenje tobaka, vnos hrane in pijače ter uživanje le-tega ni dovoljeno, po injiciranju so uporabniki dolžni očistiti uporabljeno površino, pred vstopom v prostore in pred odhodom si morajo uporabniki temeljito umiti roke in se ne smejo zadrževati v okolici varnih sob. Prepovedana je tudi kakršnakoli pomoč pri injiciranju drugim uporabnikom (Kocmur, 2011). Uporabniki varnih sob morajo pristati na evidentiranje in nadzor in se zavedati, da so v primerjavi z uporabniki drugih programov zmanjševanja škode mnogo bolj nadzorovani z zdravniškim in policijskim osebjem (Kvaternik Jenko, 2006).

Prednosti varnih sob so zmanjšanje tveganja, povezanega z uporabo drog, zmanjšanje obolevnosti ter smrtnosti med ciljno populacijo, zmanjšanje uporabe drog v javnosti ter povečanje števila oseb, ki se odloči za zdravljenje (Hedrich, 2004). Dobra stran varnih sob za injiciranje je tudi zmožnost hitrega odzivanja na nove trende v populaciji uporabnikov. Varne sobe uporabnikom namreč omogočajo posredovanje sistema zgodnjega obveščanja glede dostopnosti novih drog ali nevarnih primesi in s tem zmanjšujejo število predoziranja in drugih poškodb zdravja (Kocmur, 2011).

Možna tveganja, ki jih predstavlja storitev varna soba, so spodbujanje povečane uporabe drog in napačen vtis, ki ga lahko dobijo novi uporabniki, da je uporaba drog sprejemljiva in udobna (Hedrich, 2004).

## **4.2 Opioidi na recept (Heroin na recept)**

Ena izmed držav, kjer izvajajo program heroin na recept, je Nizozemska. Tam za uporabnike veljajo točno določeni kriteriji, ki jih morajo spoštovati, pristati pa morajo tudi na evidentiranje in nadzor (Kvaternik Jenko, 2006). Program izvajajo tudi v Švici, Nemčiji in Kanadi (Perry Clayman Project, 2014).

Opioidi na recept so najpogosteje zlorabljeni skupina zdravil na recept, zato je pomembna skrb javnega zdravja, kaj je povod za zlorabo. Opioidi so namreč tesno povezani z odvisnostjo od drog in predoziranjem s smrtnim izidom. V Los Angelesu in New Yorku je bila opravljena raziskovalna kvalitativna študija (Lankenau, Teti, Silva, Bloom, Harocopus in Treese, 2012) med intravenskimi uporabniki prepovedanih drog, starimi 16 do 25 let, z namenom opisati vzorce, ki vodijo v začetek zlorabe opiatov na recept. Ugotovili so, da je vzrok za povod v zlorabo opioidov na recept radovednost in preprost dostop do opioidov preko recepta. Običajno se pojavi še pred zlorabo drugih drog, vendar po prvi uporabi alkohola, marihuane in predpisanih stimulansov. Do opioidov na recept je preprosto priti preko lastnega recepta, preko recepta družinskega člana ali preko prijatelja ali znanca, ki ima dostop do opioidov na recept. Izsledki raziskave kažejo tudi na to, da zloraba opioidov na recept vodi v injicirajočo uporabo drog in uporabo heroina.

## 5 SKLEPI

V Sloveniji imamo približno 6.100 problematičnih uporabnikov opioidov (4,37 uporabnikov na 1.000 prebivalcev). Problematični so, ker je pri njih prevladujoči način vnosa droge injiciranje. Poleg injiciranja so prisotna tvegana vedenja tudi večkratna uporaba igel in souporaba igle ter ostalega pribora, kar predstavlja povečano tveganje za okužbo z virusom HIV in hepatitisom. Za zadovoljevanje osnovnih potreb intravenskih uporabnikov prepovedanih drog je v Sloveniji dobro poskrbljeno. Za informiranje v zvezi s tveganji in opremo s sterilnimi materiali skrbijo nevladne organizacije in programi zmanjševanja škode na področju drog. Posebno uspešni so programi razdeljevanja sterilnih igel. V letu 2012 so v programih zmanjševanja škode razdelili 553.426 igel in brizg, zabeležili pa so 11.639 stikov z intravenskimi uporabniki drog (Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji). Primer dobre prakse sta dve nevladni organizaciji: Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma in Združenje DrogArt (Kocmur, 2006). DrogArt je leta 2006 prejelo nagrado za primer dobre prakse za terensko akcijo Pleši z glavo (Paš idr., 2011).

Intravenski uporabniki lahko sterilni material pridobijo tudi v kombiniranih vozilih pri terenskem delu ali prek sekundarne izmenjave igel. Uporabniki so torej dobro ozaveščeni in imajo na voljo sterilni pribor. Problematične pa so še vedno razmere, v katerih si droge injicirajo. Kvaternikova in Žerjalova (Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v RS (str. 46-49) navajata, da 62 % anketiranih uporabnikov programov zmanjševanja škode uporablja droge v javnih prostorih, skoraj 57 % pa zunaj. Neprimerno okolje prav tako predstavlja tveganje za okužbe. Gledano iz tega zornega kota, bi bilo dobro vzpostaviti program varne sobe, ki ga v Sloveniji (še) ni. Pri nas se je v zadnjih letih povečalo število intravenskih uporabnikov prepovedanih drog, odkrili pa so tudi osebo, okuženo z virusom HIV. S stališča zmanjševanja škode in preprečevanja okužb ne le za uporabnike prepovedanih drog temveč za celotno populacijo bi bile varne sobe primerna rešitev, saj bi bilo poskrbljeno za sterilni material in prostor ter pomoč in nadzor strokovnih delavcev. Uporabniki imajo namreč pogosto nezaščitene spolne odnose, nekateri pa se ukvarjajo tudi s prostitucijo, kar poveča tveganje, da bi se okužil tudi del populacije, ki ne uživa drog. Iz drugega zornega kota pa so varne sobe nekakšna »potuha« in lahko dajo uporabnikom navidezen občutek, da je uporaba drog varna

Nekateri uporabniki prepovedanih drog menijo, da je Slovenija premajhna država za program varnih sob. Večina je mnenja, da uporabniki varnih sob ne bi uporabljali zaradi strahu pred stigmatom, izgubo zasebnosti, prostora in učinka (Kvaternik Jenko, 2006). Varne sobe bi lahko omogočile nadzor nad uporabniki, v praksi pa bi uporabnikom lahko povzročile več škode kot koristi.

Že leta 2006 so na delovni skupini, ki so se je udeležili predstavniki petih nevladnih organizacij (DrogArt, Zavod Pelikan – Karitas, društvo Stigma, društvo Up in društvo Projekt Človek), ugotovili, da uporabniki prepovedanih drog potrebujejo varno sobo za uživanje drog, krizni center, nizkopražni detoksikacijski program, dve vrsti zaposlovanja (zaposlovanje posameznikov, ki uporabljajo droge, in zaposlovanje posameznikov, ki uspešno abstininirajo), oblike bivanja in nastanitev. Izkazala se je potreba po posebnih programih za družine, kjer starši uporabljajo drogo. Morali bi tudi zagotoviti različne stanovanjske skupine in omogočiti prehodna stanovanja (Kvaternik Jenko, 2006).

Vedno več je uporabnikov prepovedanih drog, ki živijo v različnih oblikah partnerskih skupnosti in imajo otroke. Zato bi programi morali razvijati nove podprograme, ki bi pomagali nosečnicam, odvisnim od drog, otrokom in družinam, in sicer v času nosečnosti, poroda in odraščanja otrok (Krek, 2013, po Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v RS (str. 50-60)). Z leti se viša tudi povprečna starost uporabnikov v programih zdravljenja, kar pomeni, da se populacija uporabnikov prepovedanih drog stara, to pa prinaša več zdravstvenih težav in socialnih problemov. Delež brezposelnih in brezdomnih se povečuje, zato bomo morali poskrbeti tudi za onemogle, ostarele uporabnike drog. Razvila se bo potreba po zavetiščih in stanovanjskih skupnostih.

Slovenija se lahko pohvali z dobro razvito mrežo Centrov CPZOPD (Kvaternik Jenko, 2006), vseeno pa nam primanjkuje metadonskih centrov (Kocmur, 2012). Mnogo uporabnikov je oddaljenih od ambulante, kjer prejemajo substitucijsko zdravilo, in veliko časa porabijo za prevoz. Če bi substitucijska zdravila delili na več lokacijah, bi uporabniki, ki so oddaljeni od CPZOPD, lahko čas bolje izkoristili. Kaže se potreba po odprtju več detoksikacijskih centrov, saj se pogosto zgodi, da v center sprejmejo uporabnike, ki uporabljajo le eno drogo, čakalne vrste pa so dolge. To velikokrat pomeni, da so uporabniki primorani h vključitvi v metadonski program. Med čakanjem postanejo uporabniki odvisni še od metadona, ki naj bi bil veliko hujši od heroina (Kvaternik Jenko, 2006). Vendar pa ima metadonski program tudi prednosti, saj pripomore k zmanjšanju uporabe drugih drog in k zmanjšanju tveganj. Ena izmed prednosti metadonskega programa je tudi možnost odločitve o terapiji. Primer dobre prakse naj bi bil metadonski center v Kranju, saj delavci pri svojem delu niso brezčutni in se uporabniki z njimi lahko dogovarjajo o posebnostih (Kvaternik idr., 2008). Uporabniki prepovedanih drog imajo z metadonskim programom negativne izkušnje pri dogovarjanju o terapiji in menjavanju metadona (drug proizvajalec). Pritožujejo se tudi nad kaznovalnim sistemom in neustreznim odnosom zaposlenih.

Zdravljenje odvisnosti od opioidov s pomočjo opioidnih zdravil je ob ustrezni kontroli varno. Širša javnost ne pozna buprenorfina in zato o njem nima razvitega mnenja. Posledično uporaba buprenorfina ni tako stigmatizirana, kot je uporaba metadona pri zdravljenju odvisnosti od prepovedanih drog (Bonhomme idr., 2012).

Država preprodajalce drog in mladoletne uporabnike drog najraje namesti v prevzgojne domove. Žal pa uporabniki tam praviloma nadaljujejo z uporabo prepovedanih drog (Kvaternik Jenko, 2006). Sodišče lahko uporabnikom poleg zapora in prevzgojnega doma odredi tudi denarno kazen. Opazna je bistvena razlika med uporabniki, ki se odločijo za substitucijsko zdravljenje, in uporabniki, ki se odločijo za zdravljenje v komuni. Uporabnikom, ki se odločijo za zdravljenje z metadonom in nikdar ne ozdravijo, kazni velikokrat zastarajo, za tiste, ki se vrnejo iz komune in abstinirajo, pa še vedno veljajo.

Uporabniki povezujejo terapevtske skupnosti in komune s pozitivnimi izkušnjami, kot so omogočanje zdravljenja, učenje spretnosti za vsakdanje življenje ter možnost vključitve v center za rehabilitacijo po odhodu iz komune. Programi pa imajo tudi nekaj slabih lastnosti: plačljivost, verska usmerjenost, premalo terapevtskega dela in velika oddaljenost komun od domačega kraja (Kvaternik idr., 2008).

Uporabnikom so bolj všeč tisti Centri za socialno delo, kjer imajo zaposleni pozitiven odnos do njih, kjer lahko pridobivajo informacije in imajo možnost uveljavljanja pravic

(denarna socialna pomoč). Pozitivno za uporabnike prepovedanih drog je, da lahko pridobijo denarno socialno pomoč le na podlagi potrdila o vključitvi v metadonski program. Potrdila o brezposelnosti ne potrebujejo. Uporabniki nekaterim centrom očitajo, da se v problematiko drog ne poglobljajo dovolj (Kvaternik idr., 2008).

Primer dobre prakse je tudi obveščanje prek Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS v Sloveniji<sup>6</sup>.

V Tabeli 03 (Priloga A) smo prikazali letnice ustanovitve društev na področju drog in jih kronološko uredili. Iz nje lahko razberemo, kako približno so se razvijale potrebe po razvoju nevladnih organizacij na področju drog in potrebe odvisnikov od drog. V začetku devetdesetih let 20. stoletja se je v Sloveniji povečala uporaba prepovedanih drog, še posebej heroina (Mejak, 2010). Posledično se je izkazala potreba po odprtju nizkopraznih programov, da bi pomagali uporabnikom prepovedanih drog in preprečili širjenje okužb z virusom HIV in hepatitisom. Zato so ustanovili društva za zmanjševanje škode, kot so na primer Stigma, SVIT, Altra in Šent. Leta 1993 in 1994 so se jim pridružili tudi visokoprazni rehabilitacijski programi, metadonski program pa je dobil licenco. Ustanovili so tudi Zvezo NVO, potem pa se je za nekaj let vse umirilo.

Šele leta 1998 so se ponovno razvile potrebe po odprtju novih društev. Par let zapored so ustanavljali nova in nova društva, po letu 2006 pa za uporabnike prepovedanih drog ni več novih programov, o katerih bi pridobili podatke. Zadnjih nekaj let se na področju odvisnosti od prepovedanih drog ne dogaja veliko, saj več pozornosti posvečajo odvisnikom od alkohola (I. Kvaternik, osebna komunikacija, avgust 2014).

Prostovoljno delo v društvu SVIT mi je pomagalo razumeti, da pomoč ne pomeni le pomagati uporabniku, da abstiniira od droge. Veliko je uporabnikov, za katere je uporaba drog način življenja, ki ga nočejo spremeniti. Nekaterim to ustreza, drugi iščejo pomoč. Država je odgovorna za to, da nudi pomoč tudi tistim, ki menijo, da pomoči ne potrebujejo. Različne vrste sterilnih igel in brizg, alkoholne krpice, askorbinske kisline in kondomi so po mnenju nekaterih le »potuha« uporabnikom. Zavedati pa se moramo, da je tovrstna pomoč pomembna ne le za zdravje uporabnikov, temveč za celotno populacijo. Z njo moramo nadaljevati.

Za uporabnike predstavljajo tveganje tudi nove droge, ki so na trgu. Heroin ni več tako čist kot pred leti, prav tako kokain. Pojavljajo se vedno nove mešanice drog. Nekatere med njimi se izkažejo za nevarne (na primer t. i. Krokodil). Avgusta 2014 je na primer DrogArt (2014) opozoril na pojav sumljivih tabletk ekstazija, zato je delovanje Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih PAS zelo pomembno.

V prihodnjih letih bi bilo pomembno vzpostaviti še kakšen nov metadonski center ali pa mogoče vzpostaviti mobilni metadonski center za uporabnike, ki imajo težave s prevozom. S tem bi jim omogočili, da bi porabljeni čas koristneje izkoristili. Obstajajo namreč

---

<sup>6</sup> Novembra 2005 je EMCDDA opozorila na pojav mešanice kokaina in atropina v nekaterih evropskih državah. Medresorska skupina je bila seznanjena z informacijo, DrogArt pa jo je delil na spletnem forumu. 10. 2. 2006 je DrogArt prejel klic, ki je poročal o težavah z vidom pri uporabnikih kokaina, kar je značilnost zastupitve z atropinom. Takoj so posumili na pojav mešanice, o kateri je poročala EMCDDA. Uporabnico so prosili za vzorec kokaina in ga nato poslali v Nacionalni forenzični laboratorij Generalne policijske uprave. Le-ta je v šestih dneh potrdil, da je v vzorcu mešanica kokaina in atropina. Medresorska skupina je odločila o nevarnosti in nujni obvestitvi javnosti. IVZ je pripravil sporočilo za javnost, ki je bilo še isti dan posredovano vsem deležnikom sistema in medijem (Krek idr., 2011).

primeri, ko uporabniki veliko časa porabijo za prevoz do metadonskega centra, posledično pa ne morejo opravljati dela, ki bi ga želeli, ali pa so ovirani pri iskanju službe. Smiselno bi bilo vzpostaviti še kakšno organizacijo za pomoč uporabnikom, ki imajo otroka, in zavetišča za brezdomne. Večina društev uporabnike po detoksikaciji napoti v komune v tujino, zato bi bilo koristno, če bi vzpostavili več rehabilitacijskih centrov tudi pri nas. Nekateri uporabniki so navezani na svoj domači kraj, zato bi jim bilo smiselno omogočiti dolgotrajno zdravljenje v domačem okolju. Za intravenske uporabnike, ki ne nameravajo opustiti uživanja drog, pa bi bilo smiselno vzpostaviti varne sobe. Z uporabo varnih sob bi pripomogli tudi k temu, da uporabljen material ne bi ostajal na kraju uporabe, s čimer bi zmanjšali možnost, da mimoidoči ali zvedav otrok naleti na že uporabljeno iglo.

Na Svitu sem opazila, da je veliko uporabnikov zdolgočasnih in ne vedo, kako porabiti svoj čas. Radi bi nekaj počeli, vendar ne vedo, kaj, oziroma za dejanje nimajo dovolj motivacije. Zdi se mi pomembno, da bi društva za zmanjševanje škode začela aktivnejše delati z uporabniki. Morda bi bilo smiselno organizirati športne igre in družbeno-koristne aktivnosti, kot so na primer obisk zavetišča za živali in sprehajanje psov. Priporočila bi tudi, da se prostovoljci neformalno družijo z uporabniki in z njimi sodelujejo v vsakodnevnih aktivnostih. S tem bi uporabniki morda ugotovili, da niso povsem stigmatizirani in da lahko svoj čas izkoristijo konstruktivno, brez obsojanja in vsaj za nekaj časa »brez« misli na drogo. Morda bi se kdo potem lažje odločil za začetek abstinence.

## 6 LITERATURA

Anonimni narkomani Slovenije. Pridobljeno 27. 8. 2014, s <http://www.na-slovenija.org/>

ARS VITAE. Pridobljeno 28. 8. 2014, s <http://arsvitaesi.si/>

Bačar, C. (2008). *Modra psihofarmakoterapija*. Ljubljana: PharmaSwiss d.o.o..

Bartlett, R., Brown, L., Shattell, M., Wright, T. in Lewallen, L. (2013). Harm Reduction: Compassionate Care of Persons with Addictions. *Medsurg nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 22 (6), 349-358.

Bonhomme, J., Shim, R. S., Gooden, R., Tyus, D. in Rust, G. (2012). Opioid Addiction and Abuse in Primary Care Practice: A Comparison of Methadone and Buprenorphine as Treatment Options. *Journal of the National Medical Association*, 104 (0), 342-350.

Božank, B., Kašnik Janet, M., Pogorevc, N. in Lorber, J. (ur.). (2010). *Vodič po programih: Kam po pomoč in informacije v primeru težav z zasvojenostjo*. Ravne na Koroškem: Zavod za zdravstveno varstvo Ravne.

Cerovečki, V., Tiljak, H., Ožvačić Adžić, Z., Križmarić, M., Pregelj, P. in Kastelic, A. (2013). Risk factors for fatal outcome in patients with opioid dependence treated with methadone in a family medicine setting in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 54 (1), 42-48.

Čuk Rupnik, J. (2006). Zdravljenje z metadonom in drugimi zdravili. V *Problematika drog v Sloveniji 2005* (str. 68-70). Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije.

*Dejavnost Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog*. (2012). Pridobljeno 17. 8. 2014, s <http://www.zd-koper.si/sl/dejavnosti/center-za-preprecevanje-in-zdravljenje-odvisnosti-od-drog>

Drev, A. (ur.). (2013). *Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 23. 1. 2014, s [http://www.ivz.si/nacionalna\\_porocila](http://www.ivz.si/nacionalna_porocila).

Drevenšek, G. (2013). *Zasvojenost in odvisnost: Biološke osnove, pristopi k zdravljenju, farmakološke tarče*. *Zapiski s predavanj*. Neobjavljeno gradivo.

Društvo Altra. Pridobljeno 27. 8. 2014, s <http://www.altra.si/>

Društvo Drevo Življenja. Pridobljeno 28. 8. 2014, s <http://www.drevo-zivljenja.si/>

Društvo PO MOČ Sežana. Pridobljeno 28. 8. 2014, s <http://drustvo-pomoc.com/>

Društvo Projekt Človek. Pridobljeno 27. 8. 2014, s <http://www.projektclovek.si/>

Društvo SVIT: Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam. Pridobljeno 4. 8. 2014, s <http://www.svit-kp.org/>



Društvo UP. Pridobljeno 28. 8. 2014, s <http://www.drustvo-up.si/>

Društvo Žarek. Pridobljeno 28. 8. 2014, s <http://www.drustvo-zarek.si/>

Društvo Žarek upanja. Pridobljeno 28. 8. 2014, s <http://www.zarekupanja.net/>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Pridobljeno 24. 8. 2014, s <http://www.emcdda.europa.eu/>

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2012). *Letno poročilo 2012: Stanje na področju problematike drog v Evropi*. Pridobljeno 9. 8. 2014, s [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_190854\\_SL\\_TDAC12001SLC .pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_SL_TDAC12001SLC.pdf)

Fundacija Vincenca Drakslerja. Pridobljeno 28. 8. 2012, s <http://www.omamljen.si/>

Gelmini, P. (2002). [slovenski prevod Anamarija Beniger] *Skupnost Srečanje: Predlog življenja: nastanek, zgodovina, razvoj*. Koper, Ognjišče.

*Glossary of HIV/AIDS-Related Terms*. (2011). Pridobljeno 17. 8. 2014, s [http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/GlossaryHIVrelatedTerms\\_English.pdf](http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/GlossaryHIVrelatedTerms_English.pdf)

Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Pridobljeno 30. 6. 2014, s [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_2944\\_EN\\_consumption\\_rooms\\_report.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf)

Inštitut VIR. Pridobljeno 27. 8. 2014, s <http://www.institut-vir.si/>

Inštitut za raziskave in razvoj Utrip. Pridobljeno 27. 8. 2014, s <http://www.institut-utrip.si/>

Javni zavod Socio. Pridobljeno 27. 8. 2014, s <http://www.jzsocio.si/>

Jonkman, J. N., McCarty, D., Harwood, H. J., Normand, S. in Caspi, Y. (2005). Practice variation and length of stay in alcohol and drug detoxification centers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28 (1), 11-18.

Kastelic, A. in Šegrec, N. (2013). Priporočila za uporabo in ukinjanje benzodiazepinov pri bolnikih, vključenih v substitucijske (z zdravili podprte) programe zdravljenja odvisnosti od opioidov v Republiki Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 82 (10), 629-634.

Kimber, J. in Dolan, K. (2007). Shooting Gallery Operation in the Context of Establishing a Medically Supervised Injecting Center: Sydney, Australia. *Journal of Urban Health*, 84 (2), 255-266.

Kleber, H. D. (2007). Pharmacologic treatments for opioid dependence: detoxification and maintenance options. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9 (4), 455-470.

Kocmur, D. (2006). Nizkopražni programi in zmanjševanje škode. V *Problematika drog v Sloveniji 2005* (str. 71-76). Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije.

Kocmur, D. (2011). *Sodobni trendi in dobre prakse terenskega dela v tujini: Varne sobe za injiciranje*. Pridobljeno 20. 8. 2014, s [http://www.zmanjsevanje-skode.si/fileadmin/user\\_upload/Dokumenti/Izobrazevanja/VARNE\\_SOBE.pdf](http://www.zmanjsevanje-skode.si/fileadmin/user_upload/Dokumenti/Izobrazevanja/VARNE_SOBE.pdf)

Kocmur, D. (2012). Terensko delo kot možnost hitrejšega odziva in širjenja dejavnosti na področju zmanjševanja škodljivih posledic drog. V M. Sande (ur.), *Opolnomočenje NVO: Informiranje, znanje in povezovanje* (72-93). Ljubljana: Združenje DrogArt.

Kocmur, D. (2014). *Metode in perspektive terenskega dela*. Pridobljeno 29. 8. 2014, s <http://drustvo-stigma.si/metode-in-perspektive-terenskega-dela?format=pdf>

Kostnapfel Rihtar, T. in Švab, I. (2013). Tvegano vedenje uživalcev prepovedanih drog na potovanju. *Zdravniški vestnik*, 82 (7), 458-465.

Krambeer, L. L., von McKnelly, W. Jr., Gabrielli, W. F. Jr. In Penick, E. C. (2001). Methadone therapy for opioid dependence. *American Family Physician* 63 (12), 2404-10.

Kramli, M. (2011). Prepovedane droge z vidika zdravstvene dejavnosti. V A. Dvoršek in D. Frangež (ur.), *Prepovedane droge v Sloveniji: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki vidiki* (str. 103-112). Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede; Maribor: Pravna fakulteta.

Krek, M., Drev, A., Paš, M. in Hren, J. (2011). *Sistem za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 9. 8. 2014, s [http://www.ivz.si/prepovedane\\_droge\\_aktualno?pi=5& 5 Filename=3456.pdf& 5 Media Id=3456& 5 AutoResize=false&pl=166-5.3](http://www.ivz.si/prepovedane_droge_aktualno?pi=5& 5 Filename=3456.pdf& 5 Media Id=3456& 5 AutoResize=false&pl=166-5.3)

Kvaternik Jenko, I. (2006). *Politika drog: pogledi uporabnikov in uporabnic*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Kvaternik, I., Grebenc, V. in Rihter, L. (2008). *Droge med politiko in vsakdanjim življenjem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Lankenau, S. E., Teti, M., Silva, K., Bloom, J.J., Harocopos, A. in Treese, M. (2012). Initiation into prescription opioid misuse among young injection drug users. *International Journal of Drug Policy* 23 (1), 37-44.

Lee, M. T., Horgan, C. M., Garnick, D. W., Acevedo, A., Panas, L., Ritter, G. A., Dunigan, R., Babakhanlou-Chase, H., Bidorini, A., Campbell, K., Haberlin, K., Huber, A., Lambert-Wacey, D., Leeper, T. in Reynolds, M. (2014). A performance measure for continuity of care after detoxification: Relationship with outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47 (2), 130-139.

*Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM)*. Verzija 6. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 9. 8. 2014, s <http://img.ivz.si/janez/1774-6875.pdf>

Mejak, V. (2010). *Doživljanje materinstva in potrebe po pomoči pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog*. Magistrsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Ministrstvo za pravosodje. Pridobljeno 21. 8. 2014, s <http://www.mp.gov.si/>

Modesto-Lowe, V., Brooks, D. in Petry, N. (2010). Methadone Deaths: Risk Factors in Pain and Addicted Populations. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (4), 305-309.

*Opolnomočenje NVO – informiranje, znanje in povezovanje: Vsebinska mreža NVO na področju sociale*. (7. 6. 2011). Zagorje: Opolnomočenje NVO: informiranje, znanje, povezovanje. Pridobljeno 21. 8. 2014, s [http://www.zmanjsevanje-skode.si/fileadmin/user\\_upload/Dokumenti/Predstavitev\\_SNPO.pdf](http://www.zmanjsevanje-skode.si/fileadmin/user_upload/Dokumenti/Predstavitev_SNPO.pdf)

Paš, M., Purkart, B. in Zorman, M. (2011). Prepovedane droge z vidika nevladne organizacije Drogart. V A. Dvoršek in D. Frangež (ur.), *Prepovedane droge v Sloveniji: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki vidiki* (str. 113-121). Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede; Maribor: Pravna fakulteta.

Perry Clayman Project. Pridobljeno 29. 8. 2014, s <http://www.rehabtoday.com/>

Polajner, B. (2001). Duševni in socialni vidik ter holistični pristop k obravnavi zasvojenih oseb. V *Zasvojenost in pomoč človeku v stiski* (str. 5-11). Ljubljana: GH Union.

Polajner, B. (2006). Programi visokega praga za abstinence od drog v Sloveniji. V *Problematika drog v Sloveniji 2005* (str. 41-57). Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije.

Psihiatrična klinika Ljubljana. Pridobljeno 9. 8. 2014, s <http://www.psih-klinika.si/>

Sadock, B. J. in Sadock, V. A. (2001). *Kaplan & Sadock's pocket handbook of psychiatric drug treatment*. Philadelphia: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS.

Sande, M. (2012). Priprava akcijskega načrta za prenos dobre prakse v NVO. V M. Sande (ur.), *Opolnomočenje NVO: Informiranje, znanje in povezovanje* (54-71). Ljubljana: Združenje DrogArt.

Skupnost Cenacolo. Pridobljeno 27. 8. 2014, s <http://www.cenacolo-ex.org/>

Skupnost centrov za socialno delo. (2014). *Seznam centrov za socialno delo*. Pridobljeno 22. 8. 2014, s <http://www.scsd.si/seznam-centrov-za-socialno-delo.html>

Social exclusion and reintegration: EMCDDA 2003 selected issue. Pridobljeno 2. 5. 2014, s [http://www.drugs.ie/resourcesfiles/research/2003/sel2003\\_2-en.pdf](http://www.drugs.ie/resourcesfiles/research/2003/sel2003_2-en.pdf)

ŠENT. Pridobljeno 27. 8. 2014, s <http://www.sent.si/>

Terapevtski dogovor o vključitvi v program zdravljenja z metadonom. Pridobljeno 7. 8. 2014, s <http://www.ilbis.com/droge/terapevtskidogovor.htm>

Ti, L. in Kerr, T. (2014). *The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use*. Pridobljeno 5. 8. 2014, s <http://cmk-proxy.mf.uni-lj.si:2068/pmc/articles/PMC3936850/>.

Torrens, M., Fonseca, F., Castillo, C. in Domingo-Salvany, A. (2013). Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 91 (2), 136-141.

Trautmann, F., Rode, N., Van Gageldonk, A., Van der Gouwe, D., Croes, E., Zidar, R., Stöver, H., Gašparić, M. in Konec-Juričič, N. (2007). *Evalvacija vzdrževalnega substitucijskega programa zdravljenja v Sloveniji – ocena kvalitete in učinkovitosti*. Utrecht: Inštitut Trimbos – Nizozemski inštitut za duševno zdravje in odvisnosti. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo. Pridobljeno 13. 8. 2014, s [http://svit-kp.org/files/evalvacija\\_zdravljenje\\_slo.pdf](http://svit-kp.org/files/evalvacija_zdravljenje_slo.pdf)

Tschakovsky, K. (2009). *Methadone maintenance treatment: Best practices in case management*. Canada: Centre for Addiction and Mental Health. Pridobljeno 12. 8. 2014, s [https://knowledgex.camh.net/amhspecialists/specialized\\_treatment/methadone\\_maintenance/mmt\\_case\\_management/Documents/mmt\\_case\\_management.pdf](https://knowledgex.camh.net/amhspecialists/specialized_treatment/methadone_maintenance/mmt_case_management/Documents/mmt_case_management.pdf)

Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. (2013). *Drug Situation in Vancouver*. Pridobljeno 5. 8. 2014, s [http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/news/releases/war\\_on\\_drugs\\_failing\\_to\\_limit\\_drug\\_use.pdf](http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/news/releases/war_on_drugs_failing_to_limit_drug_use.pdf)

Wirth, N. in Rometsch, W. (2010). *FreD goes net: Project Report*. Pridobljeno 25. 7. 2014, s [http://www.lwl.org/ks-download/downloads/FGN/FreD\\_project\\_report\\_english.pdf](http://www.lwl.org/ks-download/downloads/FGN/FreD_project_report_english.pdf)

Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog, Uradni list RS, št. 98/99). Pridobljeno 28. 7. 2014, s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=199998&stevilka=4619>

Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, Uradni list RS, št. 108/99. Pridobljeno 28. 7. 2014, s <http://www.uradni-list.si/1/content?id=23256>

Zakon o spremembi zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, Uradni list RS, št. 44/00. Pridobljeno 28. 7. 2014, s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=20002066>

Zavod Pelikan Karitas. Pridobljeno 27. 8. 2014, s <http://pelikan.karitas.si/>

Zveza nevladnih organizacij na področju drog in zasvojenosti. Pridobljeno 15. 8. 2014, s <http://www.zmanjsevanje-skode.si/>

Žiberna, V., Rihter, L., Jakob Krejan, P., Nagode, M., Smolej, S., Akerman, B. in Kobal Tomc, B. (2011). *Poročilo o zunanji evalvaciji programov socialne rehabilitacije zasvojenih*. Pridobljeno 20. 8. 2014, s [http://www.zmanjsevanje-skode.si/fileadmin/user\\_upload/Dokumenti/Izobrazevanja/Porocilo\\_zasvojenosti\\_Zunanje\\_evalvacije\\_javnih\\_socialnovarstvenih\\_programov\\_s\\_sklepi\\_anonimno.pdf](http://www.zmanjsevanje-skode.si/fileadmin/user_upload/Dokumenti/Izobrazevanja/Porocilo_zasvojenosti_Zunanje_evalvacije_javnih_socialnovarstvenih_programov_s_sklepi_anonimno.pdf)

## PRILOGE

### A) Društva in druge organizacije, ki delujejo na področju odvisnosti od prepovedanih drog, njihov kontakt, naslov in podatek o letnici ustanovitve.

Tabela 01

*Društva, organizacije in druge ustanove, ki delujejo na področju odvisnosti od prepovedanih drog*

Ime društva / organizacije / ustanove	Območje delovanja	Programi in dejavnosti	Dodatne informacije
<i>Društvo Projekt Človek:</i> program za samopomoč, terapijo in socialno rehabilitacijo oseb z različnimi oblikami zasvojenosti	Celotna Slovenija	- »Projekt Človek«. - Programi za otroke in mladostnike (sprejemni center, program POM – mladostniki, šola za starše, preventivne delavnice, izobraževanja za strokovne delavce).	Pogoj je abstinenca.
<i>Društvo Srečanje:</i> društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam	Celotna Slovenija	- Svetovanje in usmerjanje uporabnikov, na podlagi lastne izkušnje (delavci so prebrodili pot zdravljenja odvisnosti). - Skupina za samopomoč.	Brezplačno.
<i>Društvo Zdrava pot:</i> društvo za pomoč in samopomoč na področju zasvojenosti	Podravska, Pomurska, Koroška	- Terensko delo (razdeljevanje sterilnega materiala, informiranje, itd.). - Dnevni center.	Nizkopražni; ne zahtevajo abstinence.
<i>Družinski inštitut Bližina</i>	Savinjska, Gorenjska	Štiri programi: - preprečimo zasvojenosti med šolarji, - šola za starše – pogovor v družini o zasvojenosti, - delavnice za učence in dijake na temo zasvojenosti, - terapevtska pomoč.	Program terapevtske pomoči je plačljiv.  Pogoj je abstinenca.

<i>Inštitut za raziskave in razvoj »Utrip«</i>	Osrednja Slovenija	- Šolski preventivni program EU – Dap (preprečevanje zasvojenosti).	Pogoj je zanimanje šole za sodelovanje.  Brezplačno.
<i>Medobčinska lokalna akcijska skupina za preprečevanje zasvojenosti z drogami v mestnih občinah Velenje, Šoštanj in Šmartno ob Paki</i>	Savinjsko – Šaleška	Brezplačni preventivni programi za učence, dijake, učitelje in starše: - »Pogovarjajmo se, prisluhnimo otroku in ne zatiskajmo si oči«,  - »Nasilje in droge med mladimi«.	
<i>Skupnost Cenacolo</i>		- Življenje v skupnosti. - Cenacolo.ex – opora drug drugemu v obliki posameznih srečanj.	Pogoj je abstinenca.
<i>Šent: slovensko združenje za duševno zdravje</i>	Savinjska, Koroška in Goriška regija.	- Svetovalni center za zmanjševanje škode zaradi drog (zmanjševanje škode, reorganizacija socialne mreže uporabnika, informiranje, podpora in pomoč). - Terensko delo.	Za aktivne uporabnike in njihove svojce.  Brezplačno.
<i>Ustanova Odsev se sliši</i>	Celotna Slovenija	- Informacije in svetovanje za osebe z različnimi oblikami odvisnosti.	Svetovalnica neposredno sodeluje s Centrom za zdravljenje odvisnih od drog.  Brezplačno.  Anonimno.

Društvo za pomoč in samopomoč Želva Eureka Žalec	Savinjska regija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dnevni center za mladostnike, ki uživajo drogo, in njihove svojce »Želva«.</li> <li>- Aktivnosti na področju preprečevanja škode.</li> <li>- Zavetišče za uporabnike drog.</li> <li>- Menjava igel 24 ur dnevno.</li> </ul>	<p>Nizkopražni program.</p> <p>Uporabniki plačajo kavo in obrok, ostalo je zastonj.</p>
<i>Župnijska Karitas Portorož</i>	Portorož	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pomoč zasvojenim in njihovim svojcem.</li> </ul>	
<i>Zavod Pelikan Karitas</i>	Celotna Slovenija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referat za pomoč odvisnim in njihovim svojcem .</li> <li>- Telefonska svetovalna služba.</li> <li>- Prvi informativno svetovalni razgovor.</li> <li>- Delo z mladoletnimi uporabniki drog.</li> <li>- Celodnevni pripravljalni center za komuno »Skupnost Srečanje«.</li> <li>- Skupine za starše uporabnikov.</li> <li>- Reintegracija.</li> <li>- Preventivna dejavnost.</li> </ul>	<p>Nevladna organizacija.</p> <p>Visokopražni: namen je dolgotrajna abstinenca.</p> <p>Brezplačna S.O.S. številka.</p>
<i>Inštitut VIR</i>	Savinjska regija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omogočiti uporabnikom drog, da se naučijo živeti brez drog in se vključijo v izobraževalni sistem.</li> <li>- Dnevni center z ambulantno obravnavo.</li> <li>- Program rehabilitacije za abstinentne.</li> </ul>	

<i>Javni zavod Socio</i>	Savinjska regija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Program za zmanjševanje škode na področju drog.</li> <li>- Terensko delo z odvisniki od prepovedanih drog (informiranje in svetovanje).</li> <li>- Preventivna dejavnost na osnovnih in srednjih šolah).</li> </ul>	<p>Ni vstopnih pogojev.</p> <p>Anonimen program, evidence se vodijo s pomočjo šifer.</p> <p>Brezplačno.</p>
<i>Lokalna akcijska skupina Šmarje pri Jelšah za preprečevanje odvisnosti</i>	Savinjska regija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zabava brez drog.</li> <li>- Kako drogi reči »ne«.</li> <li>- Šola za starše.</li> </ul>	Brezplačno.
<i>Anonimni narkomani Slovenije</i>	Osrednja Slovenija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skupnost odvisnikov, ki okrevajo.</li> <li>- Drug drugemu pomagajo, da ostanejo čisti.</li> </ul>	<p>Popolna abstinenca.</p> <p>Ni vpisnine in obveznosti.</p>
<i>Zavod za zdravstveno varstvo Celje</i>	Savinjska regija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programi, usmerjeni v preprečevanje problematike zlorabe drog in zasvojenosti: Droge in 21. stoletje, Droge, zasvojenost in mi, Šola za starše, Odraščanje in mi in To sem jaz.</li> <li>- Svetovalnica: Tu smo zate.</li> </ul>	
<i>Društvo ALTRA - KORAK</i>	Osrednja Slovenija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zagotavljanje varnega in toplega prenočišča (Zavetišče), nudenje dnevnega zatočišča (Dnevni center), bazična reintegracija brezdomnih uporabnikov prepovedanih drog in zmanjševanje škode zaradi zlorabe prepovedanih drog.</li> </ul>	Program zmanjševanja škode.



<i>Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog - Stigma</i>	Osrednja Slovenija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Program zmanjševanja škodljivih posledic zaradi uporabe nedovoljenih drog.</li> <li>- Dva dnevna centra.</li> <li>- Terensko delo.</li> <li>- Z uporabniki se srečujejo tudi v zaporih.</li> <li>- Zatočišče Stigma – namestitev uporabnic drog, ki doživljajo nasilje.</li> </ul>	Ni vpisnih pogojev.  Brezplačno.
<i>Društvo Žarek upanja</i>	Osrednja Slovenija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informativni razgovori, svetovanje, pomoč in psihosocialna pomoč zasvojenim s psihoaktivnimi snovmi in njihovim svojcem.</li> </ul>	
<i>Lokalna akcijska skupina Log - Dragomer</i>	Občina Log-Dragomer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocena razširjenosti zlorabe drog, obveščanje o problematiki drog, organizacija različnih prireditev in druge naloge povezane s preprečevanjem zasvojenosti.</li> </ul>	
<i>Lokalna akcijska skupina za preventivo zlorabe dovoljenih in nedovoljenih drog</i>	Občina Medvode	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primarna preventiva.</li> <li>- Šola za starše.</li> </ul>	
<i>Lokalna akcijska skupina za preprečevanje zasvojenosti</i>	Občina Vrhnika	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preprečevanje zasvojenosti v občini, priprava in vrednotenje strategij na področju preprečevanja zasvojenosti od prepovedanih drog, raziskave in analize, sodelovanje z organi pregona in informiranje o problematiki drog.</li> </ul>	

*Društvo za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem - Up*

Osrednja Slovenija

- Mednarodni terapevtski program DIANOVA in Gruppo Valdinievole: vključevanje uporabnikov v program zdravljenja in rehabilitacije.
- Program Reintegracija.
- Svetovalnica.
- Pomoč mladim uporabnikom psihoaktivnih snovi.
- Svetovanje v zaporih.
- Zagovorništvo.
- Pomoč svojcem (Skupina svojcev za samopomoč in Terapevtska skupina staršev).
- Izobraževanje.

*Združenje DrogArt*

Osrednja Slovenija

Zmanjševanje škodljivih posledic drog med mladimi:

Brezplačno.

- »Pleši z glavo«.
- Infotočka.
- Safe Coast.
- Preprečevanje zasvojenosti in škodljivih posledic Kokaina – »Ne pogrni na celi črti«.

*Humanitarno društvo Novi dan*

Goriška regija

- Izvajanje programov zmanjševanja škode in zmanjševanje socialne izključenosti uporabnikov drog, preventiva in reintegracija.

*Program Center Križišče – center za svetovanje in pomoč zasvojenim*

Goriška regija

- Svetovanje in pomoč zasvojenim s prepovedanimi drogami.

<i>Lokalna akcijska skupina za preprečevanje zasvojenosti</i>	Mestna občina Nova Gorica	- Proučevanje stanja in načrtovanje ukrepov za zmanjševanje povpraševanja po prepovedanih drogah, ukrepi za preprečevanje uporabe prepovedanih drog, itd.	
<i>Društvo »Drevo življenja«</i>	Obalno-kraška regija	- Bivanjski program terapevtske skupnosti. - Detoksikacijski program Escape TO LIFE®.	Oba programa sta plačljiva.
<i>Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam SVIT Koper</i>	Obalno-kraška regija	- Svetovanje in informiranje, pomoč pri vstopu v terapevtske skupnosti, pomoč pri iskanju zaposlitve, skupina za svojce, dnevni center in terensko delo.	
<i>Društvo za pomoč zasvojenim in njihovim bližnjim PO MOČ Sežana</i>	Obalno-kraška regija	- Socialna integracija in podpora ljudem, ki imajo težave s prepovedanimi drogami, in njihovim bližnjim. - Delo s posamezniki, z družino, delo v skupinah.	Brezplačno, brez čakalne dobe.  Anonimnost.  Abstinenca ni pogoj.
<i>Reintegracijski center</i>	Obalno-kraška regija	- Uporabniki si postavijo temelje za uspešno samostojno življenje. - Vzpostavijo pogoje za doseganje trajne abstinence in se seznanijo z nevarnostmi recidiva.	Podpis terapevtskega dogovora.  Pogoj je vsaj šest mesečna abstinence pred vstopom v program.
<i>Doulos – društvo za svetovanje in pomoč odvisnikom ter njihovim svojcem</i>	Gorenjska regija – društvo deluje po vsej Sloveniji	- Društvo zasvojenim osebam pomaga pri napotitvi v komuno in zbiranju za prevoz. - Nudijo brezplačno svetovanje in pomoč osebam v različnih stiskah.	Program je plačljiv. Brezplačno.

<i>Društvo za delo z mladimi v stiski »Žarek«</i>	Gorenjska regija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garaža Žarek.</li> <li>- Skupnost Žarek.</li> <li>- Srečanja za starše zasvojenih.</li> <li>- Srečanja za bivše uporabnike.</li> <li>- Individualni razgovori.</li> </ul>	
<i>Lokalna akcijska skupina za preprečevanje zlorabe drog</i>	Mestna občina Kranj	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocena stanja na področju problematike drog, priprava programa dela, seznanjanje javnosti o pojavnosti zlorabe drog in delovanje na preventivnem področju.</li> </ul>	
<i>ARS VITAE – Društvo za pomoč odvisnim od nedovoljenih drog</i>	Podravska regija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Program reintegracije.</li> <li>- Spodbujanje uporabnikov pri vključitvi v visokopražne programe.</li> </ul>	Brezplačno.
<i>Koordinacija izvajalcev programov preprečevanja, socialne rehabilitacije in zdravljenja odvisnosti od nedovoljenih drog</i>	Mestna občina Maribor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skupina je svetovalno telo pri pripravi strokovnih posvetov in gradiv, sodeluje tudi pri vseh aktualnih nalogah na področju preprečevanja in zdravljenja zasvojenosti s prepovedanimi drogami.</li> </ul>	
<i>Zavod za zdravstveno varstvo Maribor – Center za preprečevanje odvisnosti</i>	Podravska regija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FreD goes net.</li> </ul>	
<i>Nadškofijska Karitas Maribor – Terapevtsko pripravljalni center »Pomoč odvisnikom in njihovim svojcem«</i>	Podravska regija	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informativna dejavnost.</li> <li>- Svetovalna dejavnost.</li> <li>- Priprave na vstop v bivanje v terapevtsko pripravljalnem centru.</li> <li>- Bivanje v terapevtskem centru.</li> <li>- Srečanje skupine svojcev.</li> <li>- Preventiva.</li> </ul>	

<i>Medobčinska lokalna akcijska skupina za preprečevanje zasvojenosti na območju občin Ormož, Središče ob Dravi in Sveti Tomaž</i>	Podravska regija	- Koordinacija strokovnjakov, razvoj promocije zdravega načina življenja, analiza stanja, sprotno prilagajanje aktivnosti na terenu, seznanjanje prebivalstva in izobraževanje izvajalcev preventivnih programov.	
<i>Mladinski center Krško</i>	Spodnjeposavska regija	- »Nam se rola brez drog in alkohola«. - Namen programa je opozoriti na problematiko drog in jo približati mladim ter spodbujati zdrav način življenja.	
<i>Hiša učenosti LOG-UM</i>	Pomurska regija	- »Hiša abstinence NIKA«: terapevtska skupina zasvojenih s prepovedanimi drogami.	Pogoj je abstinenca. Priporočljivo je, da uporabnik prihaja s svojci.
<i>Lokalna akcijska skupina za preprečevanje uporabe prepovedanih drog</i>	Občina Kočevje	- Preventivno delo.	

Opombe: Povzeto po Božank idr. (2010).

Tabela 02

*Društva, ki delujejo na področju prepovedanih drog v Sloveniji, njihov naslov in kontakt, ter podatek o letu ustanovitve društva*

Ime društva	Naslov	Kontakt	Od kdaj deluje?
Društvo Projekt Človek	Uprava: Sketova 5, 1000 Ljubljana Sprejemni center: Malenškova 11, 1000 Ljubljana	sc.lj@projektclovek.si uprava@projektclovek.si  Telefon: Uprava: 01 542 37 46 Sprejemni Center: 01 540 31 74 ali 041 717 356  <a href="http://www.projektclovek.si/">http://www.projektclovek.si/</a>	Od leta 1994 (Društvo Projekt Človek, 2014).
Društvo Srečanje	Levstikova ulica 15, 3310 Žalec	zlatko.blazic@uni-mb.si  Telefon: 031 651 663	Ni podatka.
Društvo Zdrava pot	Krekova ulica 12 A, 2000 Maribor	drustvo.zdrava.pot@siol.net  Telefon: 02 25 11 428 ali 031 600 210  <a href="http://chp.uni-mb.si/dzp/">http://chp.uni-mb.si/dzp/</a>	Ni podatka.
Družinski inštitut Blizina	Vodnikova ulica 11, 3000 Celje	Telefon: 03 492 55 80  <a href="http://www.blizina.si/domov.html">http://www.blizina.si/domov.html</a>	Ni podatka.
Inštitut za raziskave in razvoj »Utrip«	Trubarjeva cesta 13, 1290 Grosuplje	info@institut-utrip.si  Telefon: 05 901 20 28 ali 031 880 520  <a href="http://www.institut-utrip.si/">http://www.institut-utrip.si/</a>	Od pomladi 2006 (Inštitut za raziskave in razvoj Utrip, 2014)
Skupnost Cenacolo	Edina hišna skupnost v Sloveniji se nahaja na Vrhu pri Škocjanu na Dolenjskem.	info@cenacolo-ex.org  Telefon: 051 876 964  <a href="http://www.cenacolo-ex.org/">http://www.cenacolo-ex.org/</a>	Od 13. 5. 2004 (Skupnost Cenacolo, 2014).
Šent	Cigaletova 5, 1000 Ljubljana	info@sent.si  Telefon: 01 230 78 30  <a href="http://www.sent.si/">http://www.sent.si/</a>	Od leta 1993 (ŠENT, 2014).

Ustanova Odsev se sliši	Zaloška 29, 1000 Ljubljana	info@ustanova- odsevseslisi.si  Telefon: 080 63 738  <a href="http://www.ustanova-odsevseslisi.si/">http://www.ustanova- odsevseslisi.si/</a>	Ni podatka.
Društvo za pomoč in samopomoč Želva Eureka Žalec	Levstikova 15, 3310 Žalec	dzelva.eureka@siol.net  Telefon: 03 710 35 23 ali 041 420 877  <a href="http://zasvojenost.si/">http://zasvojenost.si/</a>	Ni podatka.
Zavod Pelikan Karitas	Litijska cesta 24, 1000 Ljubljana	pelikan@karitas.si  Telefon: 01 548 02 86 Brezplačna S.O.S. telefonska št. 080 12 21  <a href="http://pelikan.karitas.si/">http://pelikan.karitas.si/</a>	Od 1998 (Zavod Pelikan Karitas, 2014).
Inštitut VIR	Vrunčeva 9, 3000 Celje	vir@institut-vir.si  Telefon: 03 490 00 24 ali 031 288 827  <a href="http://www.institut-vir.si/">http://www.institut-vir.si/</a>	Deluje od ustanovitve 26. 10. 2001 (Inštitut VIR, 2014).
Javni zavod Socio	Kocenova 8, 3000 Celje	socio@siol.net info@jzsocio.si  Telefon: 03 492 40 42  <a href="http://www.jzsocio.si/">http://www.jzsocio.si/</a>	Deluje od leta 2002 (Javni zavod Socio, 2014).
Anonimni narkomani Slovenije	Vojkova 63, 1000 Ljubljana	Telefon: 041 861 776  <a href="http://www.na-slovenija.org/">http://www.na- slovenija.org/</a>	Ni podatka.
(Društvo Altra) Zavetišče KORAK	Vošnjakova ulica 7/B, 1000 Ljubljana	zavetisce@altra.si  Telefon: 01 430 48 18 ali 051 377 781  <a href="http://www.altra.si/">http://www.altra.si/</a>	Društvo Altra pod tem imenom deluje od leta 1993 (začetki segajo v leto 1988), podatkov o začetku delovanja Zavetišča za brezdomne uživalce drog ni (Društvo Altra, 2014).

Društvo Stigma	Štihova 12, 1000 Ljubljana	drustvo.stigma@siol.net  Telefon: Svetovanje: 01 430 12 00 Dnevni center: 01 430 12 05 ali 01 230 30 60 Mobilna zamenjava igel: 041 919 981  <a href="http://www.drustvo-stigma.si/">http://www.drustvo-stigma.si/</a>	Podatka o natančni letnici ni, vendar je društvo Stigma eno izmed prvih društev, ki so začela delovati na področju prepovedanih drog (Mejak, 2010). Začetki torej segajo nekje med leti 1990 in 1991.
Društvo Žarek upanja	Letališka 33, 1000 Ljubljana	natasa.dza@siol.net  Telefon: 01 897 70 23 ali 031 341 784  <a href="http://www.zarekupanja.net/">http://www.zarekupanja.net/</a>	Deluje od leta 2001 (Društvo Žarek Upanja, 2014).
Društvo Up	Miklošičeva 16, 1000 Ljubljana	drustvo.up@siol.net  Telefon: 01 434 25 70  <a href="http://www.drustvo-up.si/">http://www.drustvo-up.si/</a>	Deluje od leta 1993 (Društvo UP, 2014).
Združenje DrogArt	Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana	info@drogart.org  Telefon: 01 439 72 70 ali 041 730 800  <a href="http://www.drogart.org/">http://www.drogart.org/</a>	Od leta 1999 (Paš idr., 2011).
Humanitarno društvo Novi Dan	Gradnikove Brigade 7, 5000 Nova Gorica	novidan.drustvo@gmail.com  Telefon: 040 284 417	Ni podatka.
Društvo »Drevo Življenja«	Ulica ob starem zidovju 17, 6310 Izola	drustvo.drevo.zivljenja@siol.net overd@siol.net  Telefon: 05 6420 214 ali 041 718 160 ali 041 551 535  <a href="http://www.drevo-zivljenja.si/">http://www.drevo-zivljenja.si/</a>	Deluje od leta 2003 (Društvo Drevo Življenja, 2014).
Društvo SVIT	Ljubljanska cesta 6, 6000 Koper	drustvo_svit@t-2.net  Telefon: 05 627 64 24 ali 05 626 00 11 Terensko delo: 031 296 930 ali 051 382 169  <a href="http://www.svit-kp.org/Domov">http://www.svit-kp.org/Domov</a>	Od leta 1992 (Društvo SVIT, 2014).



Društvo PO MOČ	Ulica 1. maja 1, 6210 Sežana	drustvo.pomoc@t-2.net  Telefon: 05 73 02 120  <a href="http://drustvo-pomoc.com/reintegracija@omamljen.si">http://drustvo-pomoc.com/ reintegracija@omamljen.si</a>	Deluje od leta 2000 (Društvo PO MOČ, 2014).
Reintegracijski center CSD Kranj (Fundacija Vincenca Drakslerja)	Pristava pri Trziču	Telefon: 05 994 36 37 ali 041 626 336  <a href="http://www.omamljen.si/">http://www.omamljen.si/</a>	Leta 2006 so se začeli dogovarjati o ustanovitvi reintegracijskega centra (Fundacija Vincenca Drakslerja, 2014).
Društvo Doulos	Prešernova cesta 58, 4260 Bled	Telefon: 04 574 58 19 ali 040 200 556 ali 040 211 700	Ni podatka.
Društvo Žarek	Cesta maršala Tita 78 a, 4270 Jesenice	info@drustvo-zarek.si  Telefon: 040 790 345  <a href="http://www.drustvo-zarek.si/">http://www.drustvo- zarek.si/</a>	Dnevni center deluje od leta 2003, »garaža Žarek« pa od avgusta 2004 (Društvo Žarek, 2014).
ARS VITAE	Trstenjakova 5 a, 2250 Ptuj	ars.vitae.si@gmail.com  Telefon: 031 519 902  <a href="http://arsvitae.si/">http://arsvitae.si/</a>	Deluje od ustanovitve 5. 11. 1998 (ARS VITAE, 2014).
Mladinski center Krško	Cesta krških žrtev 105, 8270 Krško	info@mc-krsko.si  Telefon: 07 48 82 280  <a href="http://www.mc-krsko.si/slo">http://www.mc- krsko.si/slo</a>	Ni podatka.
Hiša abstinence Nika (Hiša učenosti LOG- UM)	Grajska 24, 9000 Murska Sobota	nika@log-um.org  Telefon: 02 534 13 12 ali 041 34 51 26	Ni podatka.

Opombe: Povzeto po Zveza NVO na področju drog in zasvojenosti (2014) in Božank idr. (2010).

Tabela 03

*Prikaz leta ustanovitve društev na področju prepovedanih drog v Sloveniji*

Leto ustanovitve	Število društev	Imena društev
1990-1991	1	Društvo Stigma.
1992	1	Društvo SVIT.
1993	3	Šent, društvo Altra in društvo UP.
1994	1	Društvo Projekt Človek
1995	0	/
1996	0	/
1997	0	/
1998	2	Zavod Pelikan Karitas in ARS VITAE.
1999	1	Združenje DrogArt.
2000	1	Društvo PO MOČ.
2001	2	Inštitut VIR in društvo Žarek Upanja.
2002	1	Javni zavod Socio.
2003	2	Društvo Drevo Življenja in društvo Žarek.
2004	1	Skupnost Cenacolo
2005	0	/
2006	2	Inštitut za raziskave in razvoj Utrip in Fundacija Vincenca Drakslerja.
2007	0	/

*Opombe:* Prikazani so podatki 18-ih društev, za katere smo pridobili podatke. Ostala društva so izpuščena.

**B) Terapevtski dogovor o vključitvi v program zdravljenja z metadonom.**  
(Pridobljeno 7. 8. 2014, s <http://www.ilbis.com/droge/terapevtskidogovor.htm>.)

Javna zdravstvena služba  
Mreža centrov za preprečevanje in  
zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

**TERAPEVTSKI DOGOVOR**  
o vključitvi v program zdravljenja z metadonom

med terapevtskim osebjem Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od  
prepovedanih drog (v nadaljevanju Center).....  
in gospo/gospodom.....

Prostovoljno se vključujem v program zdravljenja z metadonom v tukajšnjem Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Pred začetkom zdravljenja z metadonom in ob podpisu tega dogovora so mi terapevti predstavili tudi vse druge smiselne možnosti mojega zdravljenja in me seznanili s prednostmi in stranskimi učinki zdravljenja z metadonom ter pravili tovrstnega zdravljenja. Imam pravico do izbire svojega terapevta in dolžnost, da skupaj z njim sodelujem pri načrtovanju svojega zdravljenja, vključno z višino odmerka metadona, in da najmanj enkrat v treh mesecih skupaj s terapevtom pregledava moj napredek v zdravljenju ter določiva terapevtske cilje.

Ker zdravljenje z metadonom ni le predpisovanje in pitje tega zdravila, imam možnost, da se vključujem tudi v različne psihosocialne terapije v Centru ali izven njega. Ker je metadon zdravilo z močnim psihoaktivnim učinkom in je njegova napačna uporaba oz. zloraba lahko smrtno nevarna, bom upošteval(a) sledeče:

1. Seznanjen(a) sem s pogoji za vstop v program zdravljenja z metadonom v Republiki Sloveniji (najmanj eno leto trajajoča odvisnost od opiatov, vsaj en zdravstveno preverjen neuspešen poskus opustitve opiatov - detoksikacija, trenutna telesna odvisnost, praviloma polnoletnost, urejeno zdravstveno zavarovanje, izbrani zdravnik). Pojasnjeni so mi bili tudi morebitni razlogi, zaradi katerih sem v program sprejet(a) kljub temu, da v celoti ne izpolnjujem pogojev.
2. Obvezujem se, da se bom spoštljivo vedel(la) do drugih pacientov in terapevtov, takšno vedenje pričakujem tudi od njih, ter se držal(a) vseh terapevtskih dogovorov in navodil glede jemanja vseh zdravil, vključno z metadonom.
3. Ob vstopu v program prostovoljno pristajam na zdravniški pregled in na ustrezne preiskave krvi in urina, katerih namen mi bo zdravnik pojasnil. Upošteval(a) bom zdravnikova navodila v zvezi z zdravljenjem in tudi kasneje dovolil(a) preglede, preiskave in/ali terapevtske ukrepe, za katere se bom pogovoril(a) s člani

terapevtskega tima. \* Pristajam na odvzem urina na prisotnost psihoaktivnih snovi po urniku in na način, ki mi ga predstavi terapevt. Imam pravico izvedeti rezultate vseh pregledov in biti cepljen(a) proti hepatitisu B.

4. Metadon bom jemal(a) le v skladu z navodili terapevtov. Po metadon bom prihajal(a) po urniku, ki ga določa Center-prve tri mesece vsakodnevno. V kolikor sem zaposlen(a) ali se šolam, naj mi bo omogočeno, da lahko metadon prejemam izven delovnega časa oz. šolskega urnika. Spil(a) ga bom pred zdravstvenim delavcem in se v okolici Centra ne bom zadrževal(a). Metadona ne dobim, če sem pod vplivom alkohola, prepovedanih drog ali psihoaktivnih zdravil, ki mi jih ni predpisal zdravnik. Metadon za domov dobim le, če imam pri sebi veljavno metadonsko izkaznico.
5. Metadon za domov dobim v posebni plastični steklenički in jo prazno vrnem vsakič, ko dobim metadon za domov. Raztopina metadona za domov je razredčena z gostim sadnim sokom in ni primerna za intravensko rabo. Hranim jo na mestu, ki otrokom ni dostopno. Za že izdani metadon nimam pravice do nadomestila.
6. Zdravnik me je seznanil, da ima jemanje metadona tudi stranske učinke, zato s polno odgovornostjo prevzemam nase vse morebitne posledice zaradi jemanja metadona. Seznanjen(a) sem tudi, da je upravljanje vozila pod vplivom metadona kaznivo.
7. Iz programa bom brez pridržkov IZKLJUČEN(A) v primeru nasilnosti v Centru in okolici, v primerih kraje ali prodaje metadona, uživanja ali preprodaje drog v Centru in bližnji okolici, če opustim pitje metadona več kot tri dni ali če kako drugače grobo kršim ta dogovor.
8. Za UGODNOSTI se lahko potegujem s pisno prošnjo timu Centra in soglasjem terapevta praviloma po treh mesecih: če zadnji mesec dokazano nisem jemal(a) drugih psihoaktivnih snovi in sem to dokazoval(a) z urinskimi testi, če prejemam manj kot 150 mg (15 ml) metadona dnevno, če je moje sodelovanje v metadonskem programu primerno in sem se tudi sicer v telesnem, psihičnem in socialnem smislu stabiliziral(a). Kljub temu, da izpolnjujem pogoje, mi lahko osebje terapevtskega tima centra odkloni ali ukine ugodnosti.
9. Ugodnosti glede pitja metadona vključujejo tudi prejem metadona za domov:
  - 3-krat tedensko med 3. in 6. mesecem
  - 2-krat tedensko med 6. in 12. mesecem
  - 1-krat tedensko po enem letu inza 10 dni ob letnem dopustu,  
ob pogoju, da so kontrole urina negativne. Za vsako novo ugodnost se prijavim s pisno prošnjo. Tudi če želim ugodnosti pridobiti za čas počitnic ali želim metadon začasno prejemati v drugem kraju, se moram v dogovoru s terapevtom s pisno prošnjo obriti na terapevtski tim najmanj 10 dni pred želenimi ugodnostmi.

Ugodnosti se mi zmanjšajo oz. jih izgubim, če drogo ponovno vzamem ali kako drugače kršim terapijski dogovor. Vsak, na droge pozitiven urinski izvid pomeni ponovno pitje metadona vsak dan in ponovno pisno prijavo za ugodnosti po zgoraj navedenih pogojih in vrstnem redu.

10. Od terapevtov Centra zahtevam varovanje podatkov o zdravljenju, ki jih sme zdravnik Centra posredovati drugim osebam le z mojim privoljenjem. Izjema je poročanje o zdravljenju z metadonom zdravnikom ali drugim pravnim osebam takrat, ko gre za ogrožanje lastnega zdravja in življenja drugih v času zdravljenja z metadonom. V kolikor nimam izbranega zdravnika (svojega splošnega, družinskega ali šolskega zdravnika), si bom tega ob začetku zdravljenja izbral(a). Tudi jaz se zavežem, da ne bom javno iznašal(a) podatkov o zdravljenju in o osebah, ki so obravnavane v Centru.
11. Pravico imam, da pri mojem zdravljenju sodelujejo svojci:  
Ime in priimek svojca:.....