

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Vida Bradaška

Problematika uživanja drog: primerjava Hrvaške in Slovenije

Diplomsko delo

Ljubljana, 2015

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Vida Bradaška

Mentorica:izr. prof. dr. Metka Kuhar

Problematika uživanja drog: primerjava Hrvaške in Slovenije

Diplomsko delo

Ljubljana, 2015

*Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Metki
Kuhar za nasvete in pomoč pri pripravi diplomskega dela, posebna zahvala za spodbudo in
podporo pa gre mojim staršem, Žigi in Petri ter mojim puncam. Hvala!*

Problematika uživanja drog: primerjava Hrvaške in Slovenije

V diplomskem delu so obravnavani in medsebojno primerjani načini zdravljenja v Republiki Sloveniji in v Republiki Hrvaški, in sicer na različnih ravneh preprečevanja in obravnave (centrov za socialno delo, terapevtskih programov, skupnosti, komun, centrov za zdravljenje odvisnosti ...). Opisani in pojasnjeni so zakoni in nacionalni programi na področju drog v obeh državah, prikazano je, kakšno pozornost državi namenjata politiki na področju drog, vse to pa je narejeno z namenom, da odgovorim na raziskovalno vprašanje oziroma da ugotovim, kakšna je pravzaprav razlika med Slovenijo in Hrvaško v obravnavi odvisnikov na splošni in institucionalni ravni. Cilj je ugotoviti oziroma presoditi, katera izmed teh dveh držav ima bolj učinkovit sistem spoprijemanja s problematiko drog, bolj funkcionalen socialnovarstveni in zdravstveni program in katera država se več in bolj zavzema za izboljšanje zdravja in socialnega položaja uporabnikov drog ter za odpravo stigmatizacije in marginalizacije.

Ključne besede: prepovedane droge, odvisniki, zasvojenost, institucije, zdravljenje, Slovenija, Hrvaška, primerjava.

The problem of drug use: comparison between Croatia and Slovenia

This paper discusses and compares the treatment methods in the Republic of Slovenia and the Republic of Croatia at different levels of prevention and treatment (social work centres, therapeutic programs, communities, municipalities, treatment centers...). It describes and explains the laws and national programs in the field of drug abuse in both countries and shows how much attention each of the countries pays to drug policy, in order to answer the research question, that is to define the actual difference between Slovenia and Croatia in the treatment of addicts at the general and institutional level. The aim of this paper is to determine and decide which of these two countries has a more effective system for dealing with the problem of drugs, more functional social welfare and health care programs, and which country is more committed to improving the health and social status of drug users, as well as removing the stigma and marginalization.

Key words: illegal drugs, addicts, addiction, institutions, treatment, Slovenia, Croatia, comparison.

KAZALO

1 UVOD	6
2 TEORETIČNO–KONCEPTUALNI DEL	7
2.1 OSNOVNI POJMI, KONCEPTI IN ZAČETNI MOTIVI PRI UŽIVANJU DROG	7
3 ODVISNIKI V REPUBLIKI SLOVENIJI IN V REPUBLIKI HRVAŠKI	8
3.1 PROBLEMATIKA DROG V REPUBLIKI SLOVENIJI	8
3.1.1 Zakonodaja in vloga represivnih organov na področju drog v Sloveniji	9
3.1.2 Nacionalni program na področju prepovedanih drog 2014–2020	10
3.1.3 Institucije in programi zdravljenja v Sloveniji	11
3.1.3.1 Strokovne službe, ki se ukvarjajo s problematiko drog v Sloveniji	11
3.1.3.2 Programi odvajanja v Sloveniji.....	15
3.2 PROBLEMATIKA DROG V REPUBLIKI HRVAŠKI.....	19
3.2.1 Zakonodaja in vloga represivnih organov na področju drog.....	20
3.2.2 Nacionalna strategija na področju zlorabe drog v Republiki Hrvaški 2012–2017 .	22
3.2.3 Institucije in programi zdravljenja na Hrvaškem	23
3.2.3.1 Strokovne službe, ki se ukvarjajo s problematiko drog na Hrvaškem.....	23
3.2.3.2 Programi odvajanja na Hrvaškem	27
4 PRIMERJAVA SLOVENIJE IN HRVAŠKE V ODNOSU DO PROBLEMATIKE DROG	29
5 SKLEP	37
6 LITERATURA	39

1 UVOD

Uživanje drog oziroma zloraba prepovedanih drog je mednarodni problem, ki zajema zagotovo vsako državo na svetu, tako razvito, kot tudi tisto, ki se še vedno razvija. K problemu seveda pripomorejo še novi trendi v zlorabi drog in podatek, da so droge danes vse bolj dostopna, cenejša in skoraj povsod prisotna supstanca, vedno pa je prisotno tudi vprašanje, kako problem rešiti in, ali je to sploh mogoče? Izjema med državami nista tudi države, katerima posvečam posebno pozornost v tej nalogi. Gorenak (v Golob 2006, 85) pravi, da se tako kot tranzitne države na osrednjebalkanski poti tudi Slovenija in Hrvaška soočata s tem globalnim fenomenom, ki dosega kritičen obseg in zahteva kompleksen in poglobljen pristop. S spremembo družbenoekonomskega sistema in s tem povezane osamosvojitve, do katere je prišlo po razpadu Socialistične federativne republike Jugoslavije leta 1991, sta se ti dve državi znašli v položaju, v katerem sta zaradi še ne dovolj učinkovitega delovanja družbeno-nadzorstvenih mehanizmov postali še bolj ranljivi za delovanje raznih kriminalnih organizacij, ki za svoje delovanje uporabljajo prav področje nekdanje Jugoslavije. Bilo je govora tudi o tem, da se Slovenija in Hrvaška po osamosvoboditvi financirata med drugim tudi s trgovino z drogami. Pri tem je treba omeniti tudi geografski položaj Slovenije in Hrvaške (križišče transkontinentalnih smeri), bližino morja, socialni položaj državljanov in druge dejavnike (Gorenak v Golob 2006, 85).

Zdi se, da so v zadnjih dvajsetih letih z drog padle vse mistifikacije in da so droge v teh sosednih državah postale običajna, ne tako draga, lahko dostopna in zelo razširjena ilegalna kemijska sredstva za doseganje in zadovoljevanje psihične potrebe. Poleg tega so jih začele uživati tudi tiste skupine mladih, ki nikoli prej niso pokazale zanimanja za takšno eksperimentiranje, kot tudi tisti mladi, ki ne pripadajo nobeni radikalni mladinski subkulturi. Med Slovenijo in Hrvaško je prav zaradi bližine možno opaziti veliko podobnosti na področju drog, vendar tudi veliko skoraj neopaznih, vendar bistvenih razlik, ki me posebno zanimajo. V diplomskem delu bom uporabila primerjalno analizo in v uvodu primerjala načine zdravljenja v Republiki Sloveniji in v Republiki Hrvaški, in sicer na različnih ravneh preprečevanja in obravnave (centrov za socialno delo, terapevtskih programov, skupnosti, komun, centrov za zdravljenje odvisnosti ...).

Opisala in pojasnila bom zakone in nacionalne programe na področju drog v obeh državah, prikazala, kakšno pozornost države namenjajo politiki na področju drog, vse to pa bom naredila z namenom, da odgovorim na raziskovalno vprašanje oziroma da ugotovim, kakšna je pravzaprav razlika med Slovenijo in Hrvaško v obravnavi odvisnikov na splošni in institucionalni ravni. Moj cilj je ugotoviti oziroma presoditi, katera izmed teh dveh držav ima bolj učinkovit sistem spoprijemanja s problematiko drog, bolj funkcionalen socialnovarstveni in zdravstveni program in katera država se več in bolj zavzema za izboljšanje zdravja in socialnega položaja uporabnikov drog ter za odpravo stigmatizacije in marginalizacije.

2 TEORETIČNO–KONCEPTUALNI DEL

2.1 OSNOVNI POJMI, KONCEPTI IN ZAČETNI MOTIVI PRI UŽIVANJU DROG

Pri prebiranju literature, ki direktno zadeva problematiko uživanja drog sem zasledila, da so droge psihoaktivne supstance, ki delujejo neurobiokemijski na možgane in tako povzročajo motnje v njegovem delovanju, vendar za razliko od duševnih motenj, droge povzročajo duševne motnje pri katerih oseba uživa. Hočevar (2006, 15) kot uporabo drog označi občasno poseganje po psihoaktivnih substancah, ki bi v prihodnosti sicer lahko povzročile okvare psihičnega, telesnega in socialnega stanja posameznika, ni pa nujno. Ta posledica je namreč odvisna od tega, kako uporaba drog poteka pri konkretnem posamezniku v konkretnih življenjskih okoliščinah. Reakcija posameznika na drogo je odvisna od različnih dejavnikov, med drugim tudi od kulturnih prepričanj in pričakovanj v zvezi z učinki uporabljene substance ter stanja posameznikove zavesti v času uporabe droge. To pomeni, da posameznik ob uporabi določene droge lahko reagira v skladu s tem, kar je o učinkih substance slišal od drugih ljudi, in tudi to, da ista droga (npr. marihuana) lahko v različnih psihičnih razpoloženjih posameznika sproži različne učinke (npr. paranojo pri posamezniku, ki je v času rabe marihuane depresiven, in evforijo pri posamezniku, ki je takrat v dobri psihični kondiciji). Na to, kako bo droga ob uporabi učinkovala, pa lahko vplivata tudi genski ustroj ter okolje, v katerem je človek, ko uporabi drogo (Hočevar 2006, 18-19).

Jaffe (1985, 11) postavlja vprašanje, zakaj se torej nekateri ljudje odločijo za drogo, ki je v njihovi družbi prepovedana, in na koncu občutijo, da brez nje ne morejo več živeti, medtem ko se je drugi razmeroma lahko odvadajo, četudi je v njih že sprožila telesno odvisnost?

Koliko gre pri tem na račun droge, koliko na račun posameznika in koliko na račun okoliščin, v katerih vplivajo drug na drugega? Ne glede na dolgoletne raziskave so odgovori na ta vprašanja še vedno dvomljivi in še vedno ni enotnega odgovora, ki bi razjasnil, kateri dejavniki (psihološki, sociološki, biološki, farmakološki) odločajo, ali gre za začetno jemanje (eksperimentiranje), ali bo začetnik ponovil doživetje in postal priložnostni ali rekreacijski uporabnik, ali pa se bo vdal hudemu in intenzivnemu uživanju (Jaffe 1985, 11).

3 ODVISNIKI V REPUBLIKI SLOVENIJI IN V REPUBLIKI HRVAŠKI

3.1 PROBLEMATIKA DROG V REPUBLIKI SLOVENIJI

Problem uživanja nedovoljenih drog, kot globalni pojav, je vse prej kot neznan, tudi v Sloveniji, ki se je kot bivša članica socialističnega režima na začetku devedesetih soočila z rastočim trendom epidemijskega rasta z vzpostavitvijo stabilne mreže organiziranega kriminala. Če naredimo zgodovinski pregled stanja drog v Sloveniji, vidimo, da je droga bila prisotna že pred vojno, Perkovičeva (v Golob 2006, 16-18) pa to potrjuje, ko piše, da se je konec šestdesetih let prejšnjega stoletja slovenska javnost prvič soočila z dvigom prevalance uporabe nedovoljenih drog, predvsem kanabisa in nekaterih halucinogenov. Tej zaznavi je sledila dokaj burna družbena reakcija. V medijih je tedaj bilo mogoče zaslediti pojavljanje različnih prispevkov na temo drog, tem pa je v zgodnjih sedemdesetih sledil izid številnih, tako celovitejših strokovnih kot tudi predvsem senzacionalističnih del, ki so se večinoma omejevala na prikaz posameznih primerov uživanja drog. Droge so tako v razmeroma kratkem času postale tema različnih strokovnih diskusij, medijev, političnih govorov, v začetku devetdesetih pa smo tako bili priča eksperimentalnemu in uvajalnemu obdobju, za katerega je bila značilna velika mera entuziazma posameznih akterjev, improvizacija nevladinih organizacij in nestabilna podpora države ali lokalne uprave (Perkovič v Golob 2006, 16-18).

Avtorica (2006, 16-18) dodaja, da za razliko od sedemdesetih, ko je diskusijo v strokovnih krogih zaznamovala predvsem dilema med represijo in terapijo, pa se v diskusijah o drogi od začetka devetdesetih dalje vse pogosteje govori o pristopu zmanjševanja škode, opazna pa so tudi sistematična prizadevanja v smeri izdelave ustrežnejše metodologije za ocenitev in napovedovanje širjenja uživanja. V tem obdobju so se oblikovali različni programi pomoči uporabnikom drog, tako zdravstveni kot tudi socialni. Predvsem pri razvoju slednjih je pomembno vlogo odigral nevladni sektor. Različne iniciative, ki so se oblikovale predvsem znotraj tega sektorja, so predstavljale odgovor na manjkajočo obliko pomoči, v raziskovanju drog pa se je pojavil nov etnografski pristop. Različne, tudi v mednarodnem merilu pomembne raziskave so v ospredje pritegnile vsakdanje življenje uporabnikov drog. Prej praviloma prezrta uporabniška perspektiva je postala pomembna za oblikovanje in izvajanje programov, diskusijo o „bolezni odvisnosti“, vezani na individualno eksistenco, pa so začele nadomeščati teme o težavah socialne izključenosti in vprašanja, povezana s človekovimi pravicami in stigmatizacijo. S tem so v ospredje prišla tudi vprašanja glede učinkovitosti prohibicionistične politike (Perkovič v Golob 2006, 16-18).

3.1.1 Zakonodaja in vloga represivnih organov na področju drog v Sloveniji

V Resoluciji o Nacionalnem programu na področju drog (2014-2020, 2905) je zapisano, da sta zakonodaja in politika do drog v Republiki Sloveniji na eni strani pogojeni z mednarodnim pravnim sistemom na tem področju, na drugi strani pa sta odvisni tudi od številnih spremenljivk, kot so razširjenost uporabe drog, politične prioritete in finančne zmožnosti, dostopnost različnih storitev pomoči, družbena zaznava tega pojava in nenazadnje zemljepisna lega posamezne države. V Sloveniji konkretno, sta za koordinacijo področja drog na vladni ravni zadolžena Komisija Vlade RS za droge in Ministrstvo za zdravje, na lokalni ravni so glavni koordinatorji aktivnosti v lokalnih skupnostih še vedno lokalne akcijske skupine (Nacionalno poročilo 2014 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji, 15).

Kar se tiče zakonov na področju prepovedanih drog, lahko vidimo, da so dva najpomembnejša bila sprejeta v letih 1999 in 2000, in sicer; Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (ZPUPD), ki je bil dopolnjen po sprejetju Slovenije v Evropsko unijo leta 2004, in Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD) (Resolucija o Nacionalnem programu na področju drog 2014- 2020, 2905). Tukaj je smiselno omeniti še Kazenski zakonik Republike Slovenije, ki v členih 186. in 187. opredeli kazniva dejanja, povezana z neupravičeno proizvodnjo in prometom s prepovedanimi drogami, nedovoljenimi snovmi v športu in prehodnimi sestavinami za izdelavo prepovedanih drog ter kazniva dejanja, povezana z omogočanjem uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu (Kazenski zakonik 2012, 186. in 187. čl.).

Pomembno je omeniti pa tudi nenehno prisoten represivni organ v vsakdanjem življenju odvisnikov, policijo, katere temeljne naloge so uokvirjene skozi zakonska določila, ki jih je zakonodajna veja oblasti naložila policiji. Kot zapiše Pirković (v Golob 2006, 91), so te naloge prvotno opisane v Zakonu o policiji, kjer je mogoče tudi za področje prepovedanih drog med drugim ugotoviti, da je temeljna naloga policije preprečevanje, odkrivanje in preiskovanje kaznivih dejanj ter odkrivanje in prijemanje storilcev oziroma natančneje zasego prepovedanih drog in s tem umikanje le-teh s trga, kakor tudi odkrivanje storilcev prekrškov neupravičene posesti drog (Pirković v Golob 2006, 91).

3.1.2 Nacionalni program na področju prepovedanih drog 2014-2020

Kot sem že omenila v prejšnjem poglavju, problematiko prepovedanih drog v Sloveniji v prvi vrsti ureja zakonodaja s tega področja, poleg nje pa ima pomembno vlogo tudi Nacionalna strategija, ki mora določati področja delovanja, smeri razvoja in izvedbene mehanizme. Prvi nacionalni program na področju drog je bil pripravljen leta 1992 in je predstavljal začetek celovitega reševanja problematike prepovedanih drog v Sloveniji. Novi program, ki je bil sprejet leta 2014. drog temelji na ugotovljenih potrebah na tem področju v vseh pristojnih resorjih, na rezultatih evalvacij izvajanja pretekle strategije, na novejših izsledkih znanosti ter na obstoječi zakonodaji s tega področja. Predstavlja strateško izhodišče za enoten, celovit in uravnotežen pristop države na področju drog.

Izvajanje strategije se na operativni ravni zagotavlja z dvoletnimi akcijskimi načrti, v katerih so določene prednostne naloge, njihovi izvajalci in opredeljena finančna sredstva. Akcijski načrt predstavlja tudi instrument, ki s svojo strukturo omogoča natančno spremljanje izvajanja in sprotno prilagajanje aktivnosti aktualnim problemom in potrebam na področju drog (Resolucija o Nacionalnem programu na področju drog 2014-2020, 2905).

Trenutno veljavni dvoletni akcijski načrt za leti 2015 in 2016 je pripravila delovna skupina, ki so jo sestavljali predstavniki vsih ministrstev s pristojnostmi na področju drog, predstavniki raziskovalne skupnosti ter predstavniki nevladinih organizacij. Komisija vlade RS je spremljala proces nastajanja akcijskega načrta in ga na koncu procesa priprave tudi potrdila. Za spremljanje izvajanja akcijskega načrta je zadolženo Ministrstvo za zdravje kot pristojno ministrstvo za reševanje problematike prepovedanih drog, ki imenuje ožjo delovno skupino za spremljanje izvajanja tega akcijskega načrta, predstavniki omenjene ožje delovne skupine pa redno poročajo Komisiji Vlade RS za droge o procesu izvajanja akcijskega načrta. V akcijskem načrtu je izrecno naveden časovni okvir, znotraj katerega naj bi se izvedle dejavnosti, pa tudi institucije, odgovorne za njihovo izvajanje in poročanje (Akcijski načrt na področju drog za obdobje 2015-2016, 2015).

3.1.3 Institucije in programi zdravljenja v Sloveniji

3.1.3.1 Strokovne službe, ki se ukvarjajo s problematiko drog v Sloveniji

Kot piše Flaker (2002, 225) v Sloveniji na začetku devetdesetih let praktično ni bilo nobenih posebnih služb za ljudi, ki bi imali težave z drogo, posebej povezane z uživanjem heroina. Detoksikacijske postopke so izvajali v psihiatričnih bolnicah in so bili izrazito neustrezni, v zadnjem desetletju pa se je ustvarila dokaj obsežna mreža raznih programov in služb, ki se ukvarjajo z uživalci heroina. Nekatere od teh služb (predvsem splošne službe) so obstajale že prej in so se, ko se je uživanje heroina razširilo, začele ukvarjati tudi s tem (tukaj govorimo predvsem o zdravstvenih domovih, policiji, zaporih, centrih za socialno delo in zaposlovanje, šolstvu), nekatere pa so nove in so bile ustanovljene prav v ta namen (Center za detoksikacijo, metadonski programi, programi odvajanja, Stigma) (Flaker 2002, 225).

Taschner (2002, 131) se strinja in dodaja, da se je prav zaradi te razširjenosti uporabe drog pojavila potreba po vzpostavitvi mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog. Posledično so tako s sklepom Ministrstva za zdravje RS (3. 4. 1995) vzpostavljeni Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od drog v devetih slovenskih mestih, danes pa je teh Centrov 18 (v Brežicah, Celju, Ilirski Bistrici, Izoli, Kočevju, Kopru, Kranju, Ljubljani, Luciji pri Portorožu, Logatcu, Mariboru, Murski Soboti, Novi Gorici, Novem mestu, Piranu, Sežani, Trbovlju in Velenju) ter dve ambulanti (Kastelic in Rihtar v Golob 2006, 58-59). Taschner (2002, 131) tukaj opozarja, da je v Sloveniji trenutno izjema edino Koroška, kjer za Centre in ambulante za zdravljenje odvisnosti še sedaj ne kažejo dovolj zanimanja.

Z istim sklepom, kot Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, je bil ustanovljen tudi Oddelek za detoksikacijo pri takratnem Centru za mentalno zdravje Univerzitetne psihiatrične klinike Kliničnega centra v Ljubljani. Kastelic in Rihtar (v Golob 2006, 59) v svojem delu zapišeta, da je v skladu s sklepi Zdravstvenega sklepa Ministrstvo za zdravje imenovalo Koordinacijo Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog ter Komisijo za nadzor nad delom Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Tako je bila vzpostavljena mreža programov zdravljenja odvisnosti v Sloveniji. Taschner (2002, 131-132) podrobno opiše potek svetovanja in zdravljenja v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti (trenutno jih je v Sloveniji 62), ter pove, da se tam lahko oglasi vsak, ki potrebuje kakršnokoli pomoč v zvezi z uživanjem prepovedanih drog, pogoja pa sta stalno bivališče v regiji, kjer je center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti in urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje. Cilj pomoči ni le prenehanje uživanja drog ter vzdrževanje abstinence in življenje brez drog, temveč tudi druge oblike zdravstvene pomoči, ki pomagajo zmanjšati posledice uživanja drog, možnosti okužbe s HIV in hepatitisom, predoziranja in obravnava spremljajočih telesnih, duševnih in socialnih težav. Razen posvetovalnice za odvisnike, svoje in pedagoge, individualne, skupinske in družinske terapije, priprave na bolnišično obravnavo, konzultacij za zdravstvene in socialne službe, povezave z drugimi oblikami pomoči v vladnih, nevladnih in prostovoljnih organizacijah in opravljanja urinskih testov prisotnosti psihoaktivnih snovi se v centru izvaja metodonski substitucijski program. Taschner (2002, 132-133) opiše tudi potrebne postopke za sprejem v metadonski program oziroma, kaj je potrebno, da se odvisnik vključi v vzdrževalni metadonski program.

Po opravljenem pregledu pri več terapevtih, pregledani dokumentaciji in timskem posvetu je mogoče odvisnika, za katerega se meni, da je zanj v tem trenutku njegove odvisnosti zdravljenje z metadonom najustreznejša oblika pomoči, sprejeti v metadonski program. Ko je zasvojenec sprejet v program, se mora najmanj enkrat na teden ob dogovorjenem terminu oglašiti na pogovor z mentorjem (primarni svetovalec) in/ali biti enkrat na teden vključen v eno od oblik psihoterapije. Taschner (2002, 132-133) še razlaga, da metadon lahko pacientu predpisuje na naročilnico le zdravnik v centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, ki si je osnovno znanje pridobil na izobraževalnem seminarju, lahko pa se podeljuje v centru ali ambulanti, po dogovoru s pristojnim centrom pa tudi pri izbranem zdravniku ali v lekarni. Metadon se izdaja vsakodnevno v obliki raztopine (heptanon solucija), ki se s sadnim sirupom zaužije pod nadzorstvom zdravstvenega osebja. Večinoma ga izdajajo višje medicinske sestre, pacient pa ga le izjemoma prejeme za domov za nedelje in državne praznike, takrat pa mora imeti pri sebi izkaznico o vključenosti v program. Ko se pacient stabilizira, lahko prejeme metadon tudi za domov (Taschner 2002, 132-133).

Flaker (2002, 182-183) tukaj opozarja na težavo, ki jo pri metadonskih centrih izpostavljajo pacienti, in sicer, čakanje na sprejem v program in tudi to, da je metadonski center oddaljen od kraja bivališča. Včasih se ta težava reši tako, da ljudje metadon dobivajo v domačem zdravstvenem domu, včasih pa se morajo voziti v večja središča. Nekateri zamerijo, da v zdravstvenih domovih dajejo samo metadon in da ni osebne angažiranosti delavcev ter da ti preveč moralizirajo glede uživanja heroina.

Dodaja še (2002, 182-183), da se odvisniki s socialnimi službami in drugimi svetovalnimi službami srečujejo razmeroma pogosto, lahko že v šoli, še zlasti, če so tudi drugače marginalizirani ali pa v obravnavi zaradi delikventnosti. V teh primerih so socialni delavci lahko precej pomembni liki v njihovih življenjih ter uživalci od njih pričakujejo predvsem stvarno pomoč in menijo, da bi tako pomoč velikokrat potrebovali, a so potem razočarani, ker socialne službe teh težav (stanovanje, služba ipd.) ne morejo rešiti in se hočejo z njimi o njihovih težavah le pogovarjati. Ocenjujejo jih kot preveč uradniške in cenijo, če so se socialni delavci pripravljene osebno zavzeti zanje in jim priskrbeti pomoč tudi z neformalnimi vzvodi. Prednost centrov za socialno delo je gotovo tudi ta, da se uživalci na njih oglašijo zaradi stisk in zadev, ki niso neposredno povezane z uživanjem drog (Flaker 2002, 182-183).

V tem poglavju v kontekstu strokovnih služb je smiselno omeniti še center oziroma oddelek za detoksikacijo, ki deluje v sklopu centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana, ambulantno delo, ambulantno in bolnišično zdravljenje ter dnevni oddelek (Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog 2015).

Ambulantno delo v Psihiatrični kliniki poteka v obliki individualnih pogovorov ali terapevtskih skupin. Vključuje lahko tudi delo s svojci ter partnersko ali družinsko terapijo. Program zdravljenja je načrtovan skupaj s pacientom, v dogovoru z njim pa je zaželeno tudi sodelovanje pomembnih bližnjih. Pri tistih, za katere je najustreznejše bolnišično zdravljenje, osnovni program obsega dva do tri mesece ambulantne priprave za sprejem v bolnišnico. V tem času pacienti in svojci obiščejo pripravljalo skupino. Sledi sprejem v bolnišnico na 14-tedensko zdravljenje, od tega 6 tednov na oddelku za detoksikacijo in 8 tednov na oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje. Kasneje je možna vključitev v Dnevni oddelek, ki poteka trikrat tedensko (pon., sre., četr.). Zdravljenje tu poteka še šest mesecev, lahko tudi manj ali več. Že v času zdravljenja v Dnevnom oddelku se je možno vključiti v programe dodatnih terapevtskih skupin, kluba ali skupin za samopomoč. Pomembno je, da je nekdanji uživalec tudi kasneje vključen v individualno ali skupinsko obravnavo ali da obiskuje klub zdravljenih užívalcev (Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog 2015).

Na spletni strani klinike (2015) je opisan tipičen potek zdravljenja je v vsaki fazi prilagojen potrebam in zmožnostim posameznika (oblika bolezni odvisnosti, morebitne pridružene duševne motnje ali stiske, telesna bolezen, starost, oddaljenost, zaposlitev, šolanje ...). Če zdravniki ugotovijo, da opisano zdravljenje za posameznega pacienta ni optimalno, se dogovorijo za drugačne, ustreznije možnosti. Pacientu torej samodejno »ne pripada« ves program v opisani obliki, temveč se glede na njegov napredek v zdravljenju iščejo najustreznejše oblike pomoči. Možno je torej tudi vstopati le v posamezne oblike zdravljenja, še posebej v ambulantni obravnavi, v Dnevnom oddelku pa le v nekatere programe. Če pacient na lastno željo zapusti bolnišično zdravljenje, vsaj 3 mesece ne more biti ponovno uvrščen na čakalno listo za sprejem na Oddelek za detoksikacijo, Oddelek za intenzivno podaljšano zdravljenje ali Dnevni oddelek. Če je pacient iz programa izključen zaradi kršenja terapevtskega dogovora, mora za ponovno vključitev na čakalno listo počakati vsaj 6 mesecev. V tem času ima v skladu z individualnim programom možnost ambulantnega zdravljenja (Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog 2015).

Taschner (2002, 135) pojasnjuje, da je oddelek za detoksikacijo specializiran za odvajanje od psihoaktivnih snovi in stabilizacijo odvisnih od drog in nudi šesttedensko zdravljenje zasvojenecem, ki so motivirani za življenje brez drog. Namen zdravljenja je prenehanje jemanja drog, zdravniška pomoč pri abstinenci težavah ter življenje brez drog, torej sprememba življenjskega stila, učenje ustrežnejših komunikacij ter načrtovanje nadaljnje rehabilitacije skupaj s pacientom in njegovimi bližnjimi, Auer (2001, 141-142) pa piše, da je poudarek zdravljenja na bivanju in delu v terapevtski skupnosti z intenzivno skupinsko psihosocialno terapijo, poleg tega pa na Oddelku tudi izobražujejo uporabnike o naravi odvisnosti, o načinih zmanjševanja škode, o metadonu, o okužbah (predvsem z virusom hepatitisa C in HIV) ipd. Odvisnikom svetujejo zanj najustreznejše oblike nadaljnje rehabilitacije, pacienti, ki pa so odvisni od heroina ali metadona, se na oddelku običajno razstrupijo z metadonom, v primerih hude odtegnitvene krize pa še s pomočjo dodatnih zdravil. Odvisnemu na oddelku določijo začetni odmerek metadona (ob katerem ni odtegnitvenih simptomov) in ga nato postopoma znižujejo do nič. Kvaternikova (2008, 101-102), ki se v svojem delu osredotoča predvsem na uporabniško perspektivo pravi, da s tem programom imajo uporabniki predvsem pozitivne izkušnje, saj ponuja možnost učenja dela na sebi in s tem posredno vzpostavljanja in vzdrževanja abstinence. Kot pozitivno je ocenjena tudi možnost dnevne bolnišnične oskrbe, v katero se hodi po detoksikaciji 3-krat na teden in kjer se odvisniki učijo vzdrževati abstinenco in urejati vsakdanje življenje. Kot negativne so edino ocenjene nesmiselne zahteve za vstop v program, in sicer to, da pred vstopom v program ne smeš sočasno jemati metadona in drog ter moraš biti vključen v dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

3.1.3.2 Programi odvajanja v Sloveniji

Najbolj osnovno delitev programa, ki se ukvarjajo s problematiko zasvojenosti poda Kvaternikova (2008, 61) in jih razdeli na visokopražne in nizkopražne, ključna razlika pa je postavljanje pogojev za vključitev v program. Cilji so v obeh primerih opredeljeni splošno in so predvsem vezani na proces dela z uporabniki, manj pa jih je vezanih na rezultate oziroma uporabnike. Razlike opazimo v tem, da so visokopražni programi v namenih bolj usmerjeni na družino oziroma svojce osebe, ki ima težave zaradi uporabe drog, pogoj v vključitev programa je popolna abstinenca, namenjeni so tistim, ki so motivirani za popolno opustitev uživanja drog, pri nizkopražnih pa je v ospredju zmanjševanje škode, informiranje in podpora.

Nizkopražne programe in njihove cilje bolj detaljno opiše Auer (2002, 168), ki pravi, da je osnovno vodilo nizkopražnih programov stik z odvisnimi, vsebina pa spodbujanje varnejših načinov rabe drog ter preprečevanje zdravstvenih posledic jemanja. Temeljijo na principu zmanjševanja škode, v razvitih državah (tudi v Sloveniji) pa so postali ti programi že utečen del pomoči zasvojenim, čeprav seveda ne gre brez težav. Ker so nizkopražni programi nastali kot odgovor na sisteme pomoči, ki so od odvisnih zahtevale brezpogojno opustitev uživanja drog, so včasih zašli v drugo skrajnost – v pretirano strpnost do odvisniškega obnašanja, kjer so sodelavci teh programov izpostavljeni velikim obremenitvam. S svojimi različnimi funkcijami (pomoč, nadzor, prepovedi) morajo zaradi tega kar potrpežljivo krmariti med strpnostjo do odvisniškega obnašanja in doslednostjo, iskati kompromise med zahtevami družbe (ali svojcev) in pričakovanji zasvojenih ter prenašati breme etičnih problemov (Auer 2002, 168).

Zorman in Paš (2012, 63-69) v svojem delu opišeta vse nizkopražne programe oziroma pomoč in organizacije, usmerjene v zniževanje škode v Sloveniji, in sicer; Društvo za pomoč odvisnim od nedovoljenih drog Ars Vitae, Društvo „Pot“, Društvo za delo z mladimi v stiski Žarek, Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice, Društvo za pomoč in samopomoč na področju zasvojenosti Zdrava pot, Društvo za pomoč in samopomoč Želva – Eureka Žalec, Fundacija Vincenca Drakslerja za odvisnike, Inštitut Vir, Nadškofijska Karitas Maribor, Omi inštitut, Šent, Dnevni center za uporabnike prepovedanih drog Nova Gorica, Svetovalni center za zmanjševanje škode zaradi uporabe drog Velenje, Zavetišče za brezdomne uporabnike prepovedanih drog, Društvo za pomoč zasvojenim in njihovim svojcem Up, Zavod Karitas Samarijan, Zavod Misss, Zavod Salesianum, Zavod za informacijsko dejavnost in alternativno kulturo: Projekt www.konoplja, Združenje DrogArt, Društvo za pomoč zasvojenim od nedovoljenih drog „Drevo življenja“, Društvo za pomoč zasvojenim in njihovim bližnjim Po Moč, Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma, Zveza društev na področju drog in Zveza nevladnih organizacij na področju drog in zasvojenosti, Kvaternikova (2006, 144) pa doda še zgodovinsko informacijo, da se je na problematiko zlorab drog v Sloveniji časovno gledano od vseh organizacij prva odzvala nizkopražna nevladna organizacija Stigma iz Ljubljane, skupaj s skupino raziskovalcev, praktikov in študentov v ljubljanski regiji in na Obali, leta 1991 pa je bil vzpostavljen prvi program zamenjave igel, približno ob istem času kod drugje po Evropi.

Kocmur (v Golob 2006, 71-72) opiše dejavnosti nizkopražnih programov, ki so naslednje: stacionarni programi zamenjave injekcijskih igel, terensko delo s „skrito populacijo“ uporabnikov nedovoljenih drog, programi mobilne zamenjave igel s terenskim delom, vključevanje uporabnikov v sekundarno zamenjavo igel, pobiranje odvrženih igel, vzpodbujanje vrstniške peer edukacije med uporabniki drog, svetovalno delo v Zavodih za prenehanje kazni zapora, pilotski projekt zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v slovenskih zaporih, varne hiše za uživalke nedovoljenih drog, ki so žrtve nasilja, svetovanje v zvezi z drogami in problemi odvisnosti na kriznih telefonskih linijah, osveščanje o tveganjih preko elektronskih medijev (npr. spletna stran DrogArt). Čeprav je teh dejavnosti ker veliko, tovrstnih programov v Sloveniji še vedno primanjkuje, Kvaternikova (2006, 152) pa opozarja, da koraka naprej od izmenjave igel, svetovanja in terenskega dela v okviru koncepta zmanjševanja škode slovenska politika na področju drog še ni naredila, ter zaradi tega že od leta 2003 potekajo strokovna srečanja Iniciativne skupine za širjenje novih programov na področju zmanjševanja škode v sodelovanju Urada za droge pri MZ, Fakultete za socialno delo, MDDSZ ter dveh nevladnih organizacij kot primerov dobre prakse, to sta Združenje DrogArt ter Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma.

Polajner (2010, 19) izpostavlja, da kljub razmahu nizkopražnih nevladnih programov so oni še vedno nekoliko „v senci“ visokopražnih nevladnih organizacij. Za zasvojene z ilegalnimi drogami je iz vidika števila visokopražnih programov navidezno celo „predobro“ poskrbljeno, vsaj 16 različnih visokopražnih nevladnih organizacij je namenjeno „klasičnim“ zasvojenecem z drogami in ob tem se ta ista populacija vključuje še v komune v tujini, Auer (2001, 134) pa dodaja, da so visokopražni programi so predvsem namenjeni tistim, ki so motivirani za popolno opustitev uživanja, ločuje pa bolj socioterapevtsko in bolj psihoterapevtsko usmerjene skupnosti. Prve posvečajo pozornost predvsem vedenju v skupini in v konkretnih življenjskih situacijah, druge pa se bolj ukvarjajo s posamezniki in vzroki, ki so jih pripeljali v odvisnost. Rehabilitacija v skupnostih običajno traja 2-3 leta, skupnosti pa se razlikujejo tako po velikosti skupin kot po stopnji organiziranosti skupnega življenja in obsegu sodelovanja strokovnjakov. Poleg tega se razlikujejo v merilih sprejemanja, po trajanju ter po specifičnih oblikah oskrbe, ki jih nudijo po zaključenem bivanju v skupnosti.

Društvo Stigma (2015) na svoji spletni strani zapiše, da so z ustanavljanjem terapevtskih skupnosti bile v Sloveniji dolga leta težave, predvsem lokacijske narave, danes pa lahko mednje štejemo Društvo Projekt Človek, Zavod Pelikan – Karitas, Društvo za delo z mladimi v stiski Žarek, Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam Svit Koper, v katerem se izvaja tudi program reintegracije, Reto Center, društvo Up s programom napotitve v mednarodne terapevtske programe Dianova in Gruppo Valdinievole ter terapevtsko pripravljalni center Nadškofijska Karitas Maribor.

Razen Društva Stigma bi rada izpostavila še 3 društva, ki trenutno aktivno delujejo v Sloveniji, in sicer, Društvo Projekt Človek, Zavod Pelikan Karitas in Društvo Up. Društvo Projekt Človek (2015) združuje več programov, in sicer sprejemne centre (v Ljubljani, Piranu, Postojni, Kočevju, Novem mestu, Rušah in na Koroškem), dnevne centre (v Ljubljani in Novem mestu), program za otroke in mladostnike, ki se izvaja v Ljubljani, Center za reintegracijo v Šentvidu, terapevtsko skupnost ter terapevtsko skupnost za zasvojene starše in njihove otroke v Škofji Loki. Terapevtska skupnost za zasvojene starše in njihove otroke je prvi program v Sloveniji, ki omogoča vključitev otrok skupaj s starši, program pa je namenjen mamicam oziroma staršem, ki imajo težave z zasvojenostjo (z drogo, alkoholom, hazarderstvom, motnjami hranjenja ipd.) in njihovim otrokom.

Pri Zavodu Pelikan Karitas (2015) se odvisniki lahko vključijo v celodnevni Pripravljalni center za zasvojene v Višnji Gori ter v komune "Skupnosti Srečanje" (V Sloveniji obstajajo štirje moški centri oziroma komune: v Kostanjevici pri Novi Gorici, na Čadrgu nad Tolminom, v Vremskem Britofu pri Divači in v Sveti Trojici pri Lenartu, ženska komuna pa je na Razborju nad Sevnico). V okviru zavoda deluje tudi Terapevtska skupnost za zasvojene s pridruženimi težavami v duševnem zdravju (TS Sostro), ki je namenjena osebam s t. i. dvojno diagnozo ter 2 materinska doma (na Škofljici in v Ljubljani).

Auer (2001, 162) navaja, da je tukaj smiselno omeniti še zgoraj naštetu Društvo Up, ki so ga leta 1993 ustanovili svojci zasvojenih v Sloveniji, in sicer z namenom, da bi pomagali rešiti problem zasvojenosti v svojih družinah. Iz prvotne skupine 8-ih družin se je društvo razširilo na okrog 700 članov, ki se zbirajo v centru v Ljubljani ter v podružnicah v Mariboru, Celju in Kranju.

Pri Društvu Up (2015) je pomembno omeniti, da če se zasvojenec odloči za socialno rehabilitacijo pri njih, Društvo opravi vse potrebno za sprejem: socialno anamnezo z zasvojenecem, družinsko anamnezo, vstopno dokumentacijo in potrditev sprejemnega centra v državi, kamor vstopajo na socialno rehabilitacijo. Napredek posameznika se spremlja prek rednih terapevtskih poročil. Na socialni rehabilitaciji v tujini ostanejo zasvojenec od enega leta do leta in pol, nato se vrnejo v domovino v program reintegracije Društva UP, pomembno pa je omeniti, da društvo odklanja metadonsko vzdrževanje zasvojenih kot obliko, ki ne prispeva k trajni opustitvi drog, ampak zasvojenost podaljšuje.

3.2 PROBLEMATIKA DROG V REPUBLIKI HRVAŠKI

Do konca 60-ih letih se na področju Republike Hrvaške praktično ni niti vedelo za fenomen zlorabe nedovoljenih drog med urbano mladino. Od druge polovice 60-ih do sredine 80-ih organizirani trg z drogami ni obstajal, dostopnost do drog je bila precej nizka, o drogah se je več govorilo kot konzumiralo, pravih odvisnikov pa je bilo zelo malo. Torre (2001, 23) ugotavlja, da Heroina še zdaleč ni bilo toliko kot danes, glavna množična droga pa je bil opij, ki so ga najpogosteje odvisniki kupili sami in ga obdelali v sestavo, primerno za ubrizgavanje. Šele sredi 80-ih let postajata heroin in marihuana prevladajoči, dominantni in med mladimi na Hrvaškem zelo razširjeni in dostopni drogi, posebej v Dalmaciji oziroma Splitski županiji. Do tedaj je bil položaj z uživanjem drog razmeroma stabilen, drog je bilo na splošno malo, krožile pa so med relativno majhnim in zaprtim številom odvisnikov, ki se ni bistveno povečeval. Nekje po letu 1980 se je število odvisnikov začelo nenehno povečevati, pri čemer je v nekaterih mestih, kjer ni bilo dostopa do preventivnih programov odvajanja, bila zelo razširjena zloraba nedovoljenih drog. K uživanju drog je pripomogla tudi vojna na Hrvaškem na začetku 90-ih let, ko je bilo vse podrejeno obrambi države, programi odvajanja od nedovoljenih drog pa so ostali v ozadju. Ravno zaradi tega, kot pravi Kozarić – Kovačić (2005, 93-109) je bilo zaradi vojne zmanjšano in onemogočeno delovanje policije oziroma represivnega aparata v zatiranju neupravičene proizvodnje, preprodaje in omogočanja uživanja drog.

Posledično je iz zahodnoevropskih držav začel prihajati kokain in druge sintetične droge, po „Balkanski ruti“, ki zajema tudi Slovenijo, pa predvsem heroin. Statistični podatki, študije s področja drog in epidemiološki podatki, ki so zapisani v Nacionalni strategiji suzbijanja zlorabe droga u Republici Hrvatskoj za 2012-2017 (2015) kažejo, da se je v Republiki Hrvaški število odvisnikov znatno povečalo po koncu vojne oziroma se še vedno povečuje, med zdravljenimi osebami pa je bilo največ odvisnikov od opiatov (81,9 %). Do konca leta 2010 je bilo v register oseb, zdravljenih zaradi zlorabe prepovedanih drog, registriranih 30 290 oseb, od tega jih je 1000-1400 poiskalo pomoč v terapevtskih skupnostih, število odvisnikov pa se na Hrvaškem še vedno zelo povečuje.

3.2.1 Zakonodaja in vloga represivnih organov na področju drog

Politiko in zakonodajo na področju drog v Republiki Hrvaški ureja Urad za preprečevanje zlorabe drog Vlade Republike Hrvaške (2015), ki je strokovno telo hrvaške vlade, njegova vzpostavitev pa je omogočila sistematično spremljanje pojava in opravljanje drugih nalog, povezanih z izvajanjem Zakona o preprečevanju zlorabe drog in Nacionalne strategije. Urad spremlja, proučuje in analizira dejavnike zlorabe drog, spremlja aktivna gibanja in izvaja ukrepe za namen preprečevanja odvisnosti ter nudi strokovno pomoč aktivistom na lokalni, regionalni in nacionalni ravni ter zagotavlja strokovna mnenja in pomoč na področju drog. Znotraj Urada deluje še Komisija za preprečevanje zlorabe drog, ki je bila ustanovljena leta 2012 in katere naloga je usklajevanje dejavnosti ministrstev in drugih subjektov, ki sodelujejo v programu proti uporabi prepovedanih drog, kot tudi sprejetje letnih programov pristojnih ministrstev in državnih upravnih organizacij ter preprečevanje in resocializacija.

Na Hrvaškem sta bila leta 1997 in 2001 sprejeta temeljna zakona, ki zadevata prepovedane droge: Kazenski zakon Republike Hrvaške in Zakon o preprečevanju zlorabe drog, dopolnjen leta 2013 po sprejetju Hrvaške v Evropsko unijo, danes pa kazniva dejanja in prekrške, povezane z uporabo drog na Hrvaškem, ureja novi dopolnjeni Kazenski zakonik (NN 125/11, 144/12), ki je stopil v veljavo 1. januarja 2013. V njem so spremenjene odredbe vezane na kazniva dejanja zlorabe drog in predelane določbe v zvezi z izvajanjem ukrepov za zdravljenje odvisnosti (Ured za suzbijanje zlorabe droga 2015).

Zakonik je v dveh fazah (v letih 2011 in 2012) pripravila delovna skupina ministrstva za pravosodje, in prejšnji 173. člen razdelila na tri dele (190., 191., in 191a. člen).

Prvi inkriminira posedovanje, proizvodnjo in trgovanje z drogami, drugi omogočanje uporabe drog, tretji pa neupravičeno proizvodnjo in promet z nedovoljenimi snovmi v športu. Sankcija za posedovanje drog je bila zmanjšana iz 1 leta na 6 mesecev zaporne kazni (Kazneni zakon 2013, 190., 191., in 191a. čl.).

“Od 1. januarja 2013 se posedovanje drog za osebno uporabo v Republiki Hrvaški obravnava kot prekršek. Količina za osebno uporabo ni zakonsko določena, temveč se določi po mnenju tožilca in sodnika, odvisna pa je od primera do primera. Zakon predpisuje denarno kazen v višini od 5.000 do 20.000 kun (650–2.600 €)” (DrogArt 2015).

“Nekatere spremembe so bile narejene kot varnostni ukrep obveznega zdravljenja odvisnosti, ki ga lahko naloži sodišče za vse vrste zasvojenosti v primeru tveganja, da oseba v prihodnosti glede na njeno odvisnost stori hudo kaznivo dejanje. Poleg pogojne kazni, pogojnega odpusta in družbeno koristnih del lahko sodišče izreče zdravljenje ali nadaljevanje zdravljenja odvisnosti od alkohola, drog ter drugih vrst odvisnosti” (DrogArt 2015).

Uvajati se je tudi začel niz okoliščin izvedenega kaznivega dejanja (prodaja na določenih mestih, uporaba otrok za preprodajo, omogočanje kaznivega dejanja s strani uradne osebe) in strožje kaznovanje organizatorjev preprodajalske mreže, ki jim je mogoče izreči dolgotrajno zaporno kazen v primeru, da je kaznivo dejanje storjeno v sklopu organizirane kriminalne združbe. Prav tako se po novem za dodatno okoliščino šteje, če je kaznivo dejanje storjeno v izobraževalni, prevzgojni ali kazenski ustanovi ali v njeni neposredni bližini oziroma če dejanje stori javni uslužbenec, duhovnik, zdravnik, socialni delavec, učitelj ali vzgojitelj (DrogArt 2015).

“Obravnava odvisnih od prepovedanih drog v zavodih za prestajanje kazni zapora na Hrvaškem temelji na sistemu zmanjševanja povpraševanja drog, ki vključuje ukrepe za preprečevanje odvisnosti, prepoznavanju in zdravljenju odvisnikov ter preprečevanje vnosa drog in drugih psihoaktivnih snovi v zavode za prestajanje kazni” (Nacionalna strategija suzbijanja zlorabe droga u Republici Hrvatskoj 2012-2017).

Glede na trenutno stanje v strukturi odvisnikov in iz izkušenj njihovega zdravljenja bo zaporniški sistem zagotovo moral nadaljevati z izvajanjem, izboljševanjem in razvijanjem programov v skladu s smernicami in programi v skupnosti. Zdravljenje odvisnikov vključuje medicinsko, psihosocialno, izobraževalno in poklicno komponento skozi zdravstveno oskrbo, splošne in posebne programe ter pripravo post penalnega sprejema. Da bi preprečili recidiv odvisnikov ter pripravili odvisnika na rehabilitacijo in socialno reintegracijo, zaporniški sistem sodeluje z državnim in javnim sektorjem ter pripravlja odvisnika za obravnavo v izbrani terapevtski skupnosti po odpustu (Nacionalna strategija suzbijanja zlorabe droga u Republici Hrvatskoj 2012–2017).

“Tukaj je smiselno omeniti še druge zakone, ki so povezani z uživanjem drog, in sicer; Zakon o kazenskem postopku, Zakon o sodiščih za mlade in Zakon o prekrških” (Nacionalna strategija suzbijanja zlorabe droga u Republici Hrvatskoj 2012–2017).

3.2.2 Nacionalna strategija na področju zlorabe drog v Republici Hrvaški 2012–2017

Nacionalna strategija je glavni strateški dokument na področju boja proti drogam in predstavlja osnovni okvir za delovanje vseh državnih institucij in organizacij civilne družbe, ki delujejo na področju prepovedanih drog. Strategija je zamišljena kot odgovor družbe na težave, povezane s prepovedanimi drogami, temelji pa na osnovnih načelih in vrednotah pravnega sistema Republike Hrvaške in Evropske unije ter strokovnem znanju in izvedenim raziskavam na tem specifičnem področju. Vizija, ki je postavljena v strategiji, zagovarja zmanjševanje ponudbe in povpraševanja po drogah v družbi in na podlagi celovitega in uravnoteženega pristopa do problema drog zagotavlja ustrezno zaščito življenja in zdravja otrok, mladostnikov, družine in posameznika. Trudi se ohraniti trenutno stanje razširjenosti drog v okviru družbeno spremljivega tveganja, da ne bi bile ogrožene temeljne vrednote družbe in da ne bi bila ogrožena varnost prebivalcev (Ured za suzbijanje zlorabe droga 2015).

Prvo Nacionalno strategijo za nadzor nad drogami, boj proti drogami in za pomoč zasvojenecem je predlagal Hrvaški državni sabor, oblikovan kot dvodomni parlament leta 1996, kot temeljni dokument za različne dejavnosti na področjih preprečevanja zlorabe drog, preprečevanja uporabe drog, zdravljenja odvisnosti od drog, zdravljenja in oskrbe odvisnikov od nedovoljenih drog in zdravljenja rekreacijskih odvisnikov. Najpomembnejši zakonodajni akt, ki je bil sprejet na podlagi te Nacionalne strategije, je bil Zakon o preprečevanju zlorabe (opojnih) drog, ki ga je Hrvaški državni sabor izdal 23. novembra 2001. Od tedaj je bilo izdanih in sprejetih 5 sprememb tega zakona (Ured za suzbijanje zlorabe droga 2015).

Kot odziv na potrebe k celovitemu in sistematičnemu pristopu k reševanju problematike drog v družbi in usklajevanja pravnih smernic Republike Hrvaške z Evropsko unijo je hrvaški parlament skupaj z drugo Nacionalno strategijo, sprejeto leta 2005, sprejel še en pomemben dokument znotraj strategije, in sicer Akcijski načrt preprečevanja zlorabe drog za obdobja od 2006-2009 in 2009-2012, ki ga je priznala Vlada Republike Hrvaške. Z akcijskim načrtom so podrobno opisani načrtani cilji in načini za doseganje teh ciljev, kot tudi konkretni cilji posameznih izvajalcev z določenimi finančnimi sredstvi. Akcijski načrt mora biti tesno povezan s cilji, ukrepi in aktivnostmi Nacionalne strategije, sprejema pa se za triletno obdobje. Zadnji je bil sprejet marca 2015 v Zagrebu, veljal pa bo od leta 2015 do leta 2017 (Ured za suzbijanje zlorabe droga 2015).

3.2.3 Institucije in programi zdravljenja na Hrvaškem

3.2.3.1 Strokovne službe, ki se ukvarjajo s problematiko drog na Hrvaškem

V Republiki Hrvaški so se Službe za zaščito mentalnega zdravja, preprečevanje in izvenbolnišnično zdravljenje odvisnosti oziroma Centri za preprečevanje odvisnosti začeli razvijati v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, predvsem kot odziv na hitro naraščanje števila odvisnih od heroina in kot odziv na velike razlike med odvisniki v starosti, trajanju odvisnosti, socialnih razmerah, v katerih živijo, in predizkušnjah z zdravljenjem (Ured za suzbijanje zlorabe droga 2015).

Aktivnosti oziroma dejavnosti služb kot strokovnih institucij, ki se ukvarjajo s problematiko drog, kontinuirano potekajo v županijskih Zavodih za varovanje zdravja in so del sistema Hrvaškega zavoda za varovanje zdravja (Ured za suzbijanje zlorabe droge 2015).

Glede na to, da je bil Hrvaški zavod za mentalno zdravje združen s Hrvaškim zavodom za varovanje zdravja, so bile Službe za preprečevanje odvisnosti na temelju Zakona o spremembah in dopolnitvah in Zakona o zdravstvenem varstvu Službe za preprečevanje odvisnosti preimenovane v Službe za mentalno zdravje in preprečevanje odvisnosti in so začele delovati v okviru županijskih zavodov za varovanje zdravja. Službe v svoji organizaciji združujejo aktivnosti zdravstva, socialnega varstva, izobraževanja, predvsem z namenom izvajanja stalnega nadzora, edukacije, psihoterapije, družinskega svetovanja, preprečevanja okužb z virusom HIV in hepatitisa ter reševanja drugih življenjskih problemov, s katerimi se odvisniki in njihova družina soočajo. Danes na Hrvaškem deluje 24 državnih služb oziroma vsaka županija v državi ima svojo službo, razlikujejo pa se po imenih (Ured za suzbijanje zlorabe droge 2015).

Razen Centrov za preprečevanje in izvenbolnišnično zdravljenje odvisnosti ima zelo pomembno vlogo pri zdravljenju odvisnosti tudi Državni center za preprečevanje odvisnosti pri KBC „Sestre Milosrdnice“ v Zagrebu, v okviru katerega deluje Oddelek za detoksikacijo in Zavod za zdravljenje odvisnosti v Psihiatrični kliniki Vrapče (Ne-Droga.Org 2015).

Vsi Centri za preprečevanje odvisnosti v vseh županijah delujejo po istih principih in v skladu z Nacionalno strategijo, sprejeto marca 2015. Tako v Centrih poteka svetovanje odvisnikom in individualne terapije, ki jo izvajajo interdisciplinarne skupine strokovnjakov. Zaposleni v Centru (psiholog, psihiater, zdravnik specialist, medicinska sestra, socialni delavec, sociolog, defektolog, socialni pedagog) izvajajo skrb za odvisnike, ki so na metadonu, sodelujejo z zdravnikom splošne medicine in s specializiranimi psihiatričnimi oddelki (posebej s Oddelkom za detoksikacijo v bolnišnici „Sestre Milosrdnice“ in specialno bolnišnico Vrapče), povezujejo se terapevtskimi skupnostmi in drugimi oblikami pomoči v vladnih organizacijah (s sodiščem, policijo, centri za socialno delo) (Ured za suzbijanje zlorabe droge 2015).

Odvisniki, ki so na metadonskem programu, le-tega dobijo pri zdravniku splošne prakse, ki si ga sami izberejo. Uradni dokument z imenom in priimkom odvisnika ter s specifičnimi navodili za uporabo metadona pa izda zdravnik specialist iz pristojnega Centra za preprečevanje odvisnosti. Zdravnik splošne prakse mora uradni dokument shraniti in če je treba z njim upravičiti porabljeno količino metadona. Metadon v obliki raztopine lahko odvisnik spije edino pod nadzorstvom zdravstvenega osebja (Udruga za ljudska prava ovisnika 2015).

Vzdrževalni metadonski program uporabljajo vse države članice Evropske unije, čeprav je pristop v organizaciji teh programov v vsaki državi drugačen, prav tako so drugačna tudi merila za uporabo metadona. Večina držav nima restriktivnih meril in je za dolgotrajni program nadomestnega zdravljenja (pretežno z metadonom) dovolj že to, da je oseba starejša od 18 let, da ji je diagnosticirana heroinska odvisnost in da sam bolnik vztraja pri tej obliki terapije. Na Hrvaškem se je organizirano dajanje metadona začelo leta 1991 (predvsem s tabletami Heptanon od Plive), od leta 2004 pa so se odvisniki začeli zdraviti tudi s parcialnim opijatskim agonistom buprenorfinom (v obliki tabletk Subutex od 2 mg, za podjezično uporabo). Če primerjamo Hrvaško z zahodnimi državami, opazimo, da se zdravljenje odvisnikov z metadonom uporablja v znatno manjši meri, odvisniki prejemajo precej nižje odmerke in jih prejemajo manj pogosto kot pa odvisniki v razvitih državah Evropske unije. Razlog za to je, da v Hrvaško prihaja heroin, ki je bistveno nižje čistosti ter tudi to, da je toleranca hrvaških odvisnikov bistveno nižja (Udruga za ljudska prava ovisnika 2015).

Razen sodelovanja z zdravniki splošne prakse, kjer imajo odvisniki dostop predvsem do metadonske oblike terapije, Torre (2001, 283) piše, da se zdravljenje odvisnikov izvaja tudi v okviru specializiranih bolnišničnih programov. V hrvaškem zdravstvenem sistemu bolnišnična obravnava poteka v psihiatričnih bolnišnicah, v oddelkih v splošnih in univerzitetnih bolnišnicah ter v oddelku v zaporski bolnišnici v Zagrebu. Bolnišnično zdravljenje običajno traja od 16 dni do 3 mesecev, največ odvisnikov pa se zdravi v Psihiatrični bolnišnici Vrapče in v KBC Sestre Milosrdnice v Zagrebu. V okviru bolnišničnega zdravljenja se izvajajo programi detoksikacije, farmakoterapije ter psihosocialno zdravljenje, izvajanje pa vključuje proces detoksikacije (od metadona, opiatov, buprenofina, sedativov), testiranje abstinence s ali brez farmakoterapije, testiranje primernih odmerkov metadona, prenos z nižjih odmerkov metadona na buprenofin ali naltrekson, prenos z višjih odmerkov metadona na buprenofin in preprečevanje recidiva.

Po pravilih terapevtskih skupnosti se izvaja tudi terapevtski program, odvisniki pa morajo biti vključeni v eno od oblik terapije, in sicer v skupinsko ali individualno terapijo, ki vključuje psihoedukacijo, motivacijske intervjuje, svetovanje, na voljo pa je tudi družinska terapija (Udruga za ljudska prava ovisnika 2015).

Težava, ki se pojavlja pri bolnišničnem zdravljenju, je ta, da brez kratkoročnega bolnišničnega programa za detoksikacijo večina odvisnikov ne zmore sama priti do abstinence ali vzdrževati abstinence, bivalne kapacitete v bolnišnicah pa je zelo majhne oziroma je na voljo zelo malo postelj. Premajhno število postelj je pravzaprav bistveni razlog, zakaj veliko število odvisnikov, ki je začelo rehabilitacijo z ali brez metadona, ne zdrži do konca, saj niso upravičeni do pomoči takrat, ko jo najbolj potrebujejo. Oddelek za psihijatrijo v KBC Sestre Milosrdnice ima tako samo 10 postelj, povprečno bivanje odvisnikov je samo 16 dni (v Sloveniji v KBC Ljubljana je povprečno bivanje 6 tednov), čakalna doba za sprejem v program pa je nesprejemljivo dolga (Udruga za ljudska prava ovisnika 2015).

V psihiatrični bolnišnici Vrapče (2015) je za odvisnike na Oddelku za odvisnike od drog v enoti za akutne bolnike pripravljeno 13 postelj za tiste odvisnike, ki imajo abstinence težave, v enoti za socioterapijo odvisnikov pa 14 postelj. Enota za akutne bolnike je zaprtega tipa, odvisniki, ki potrebujejo zdravljenje v tej enoti podpišejo soglasje o zdravljenju in spoštovanju hišnega reda, soglasje pa lahko kadarkoli umaknejo, kar pomeni odpust iz bolnišnice. Ko odvisniki premagajo abstinence težave oziroma vzpostavijo abstinence ter pridejo v stanje, ko so sposobni in pripravljeni prevzeti večjo odgovornost za svoje zdravljenje, se preselijo v enoto za socioterapijo odvisnikov. V tej enoti odvisnike zdravijo s pomočjo socioterapevtskih in psihoterapevtskih metod zdravljenja, uporabljajo pa se tudi psihofarmatiki. Nadomestna terapija (večinoma z metadonom) se uporablja samo v izjemnih primerih. Bolnike, ki so odvisni od drog in alkohola, spremljajo tudi po stacionarnem zdravljenju ter jih skušajo povezati v psihoterapevtsko skupino, in sicer s ciljem nadaljnega zdravljenja in spremljanja (Udruga za ljudska prava ovisnika 2015).

Za razliko od Slovenije na Hrvaškem strokovne službe, ki delujejo v okviru služb socialne skrbi, nimajo jasno opredeljene vloge v programih preprečevanja zlorabe nedovoljenih drog. Centri za socialno delo omogočajo odvisnikom socialno-varstvene storitve, kot so enkratna ali večkratna socialna pomoč, ki jo odvisniki prejema po prihodu iz zapora, komun ali drugih oblik zdravljenja odvisnosti, stalna socialna pomoč, denarno nadomestilo med brezposelnostjo

in doplačilo za pomoč in nego na domu (osnova za prejemanje denarne pomoči je obvezna zdravstvena dokumentacija, ki potrjuje, da je oseba odvisnik). Čeprav je vloga teh strokovnih služb zelo pomembna, na Hrvaškem to ni naključje, predvsem zaradi birokratiziranega pristopa k organizaciji dela in aktivnosti. Odvisniki znajo biti težke in zahtevne stranke, zaradi česa jih socialne službe skušajo prepustiti nekemu drugemu, čeprav so pod okriljem Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, ki je odgovorno za socialno reintegracijo oziroma resocijalizacijo odvisnikov. V Centrih na Hrvaškem imajo socialni delavci pri komunikaciji z odvisniki velike težave, še posebej takrat, ko odvisniki zanikajo probleme z drogo, zavračajo avtoriteto, ne spoštujejo dogovorov in so agresivni do socialnih delavcev (Udruga za ljudska prava ovisnika 2015).

3.2.3.2 Programi odvajanja na Hrvaškem

“Programi terapevtskih skupnosti, centrov oziroma komun na Hrvaškem so raznovrstni. Večina jih je verskega značaja (vse komune na Hrvaškem vodi izključno cerkveno osebje) oziroma komune za odvisnike niso v državni ali medicinski organizaciji in ni nujno, da sprejmejo vse odvisnike, ki jih prosijo za pomoč” (Ne-Droga.Org 2015).

Za razliko od državnih, strokovnih institucij, ki se ukvarjajo z zdravljenjem odvisnikov, lahko terapevtske skupnosti izbirajo, katere odvisnike hočejo vključiti v svoje programe in katere ne. V komune ne morejo vstopiti odvisniki, ki niso vzpostavili stabilne in popolne abstinence od opiatnih drog, kot tudi tisti, ki abstiniirajo, vendar so zaradi duševnih težav prisiljeni jemati psihofarmake (sedative ali antidepresive). Ne sprejemajo tudi odvisnikov z resnimi psihičnimi težavami ali odvisnikov, ki so nagnjeni k agresivnemu vedenju. Pravila znotraj komun so kruta in stroga, v primeru kršitve pa je odvisnik prisiljen zapustiti komuno (Ne-Droga.Org 2015). Torre (2001, 285-287) pri komunah izpostavi še zanimljiv podatek, na Hrvaškem je trenutno 15 terapevtskih skupnosti, namenjenih odvisnikom, vse pa jih vodijo redovnice in katoliški duhovniki. To so: terapevtska skupnost „Zajednica pape Ivana XXIII“ (v Vrgorcu, Sinju in Novem Selu), terapevtska skupnost „Ne Ovisnost“ (v Osijeku in Starih Mikanovcih), terapevtska skupnost in združenje „Moji dani“ (v Đurmancu), skupnost „Mir“ (v Slavonskem Brodu), humanitarna organizacija „Zajednica Susret“, v okviru katere delujejo 4 terapevtske skupnosti (v Cisti Veliki, Ivanovcu, Paučju in terapevtska skupnost, namenjena samo ženskim odvisnicam na Čiovu); svetovalni centri v Splitu, Zagrebu in Đakovu, terapevtska skupnost

„Mondo Nuovo“ (Kistanje), terapevtska skupnost „Comunita Cenacolo“ (v Vrbovcu, Šarengradu, Biogradu, Varaždinu, Ugljanih), terapevtska skupnost „Brezje“ (Varaždin), terapevtska skupnost „Remar“ (v Zaprešiću, Rijeki in Pazinu), terapevtska skupnost „Savez“ (v Baški na otoku Krku), terapevtska skupnost za ženske odvisnice v Puli in Reto Centar – Španija (v Zagrebu in Splitu) (Ne-Droga.Org 2015).

V teh skupnostih razen cerkvenega osebja delajo še uspešno zdravljeni odvisniki, Torre (2001, 139) pa meni, da manjka strokovni kader, ki bi ga sestavljali psihologi, socialni delavci, psihiatri, socialni pedagogi in sociologi. Merila za vstop v komune so različna. V Reto Centar ali Remar se lahko odvisniki vključijo neposredno, za vstop v terapevtsko skupnost „Cenacolo“, „Savez“ in „Susret“ pa morajo odvisniki pred vstopom opraviti t. i. kolokvije (razgovore). Pogoji za vstop v komune so prostovoljno podpisana pristopna izjava, soglasje k upoštevanju komunskih pravil, popolna abstinenca od drog in uspešno opravljene priprave (dolgotrajno občasno preverjanje psihičnega in fizičnega stanja kandidata). Denarni prispevki niso obvezni, velik poudarek je na delu in delovnem usposabljanju, izobraževanju vseh vrst, vključevanju v kulturne dejavnosti in na duhovni rasti posameznika. Odnosi v komunah so hierarhični in avtoritetni, vsi člani pa so tudi aspiranti za vzgojitelje oziroma lahko po štiriletnem stažu v komuni postanejo vzgojitelji (Torre 2001, 139).

Med omenjenimi terapevtskimi skupnostmi je bila prva humanitarna organizacija „Zajednica Susret“ (2015), ki je začela delovati leta 1992. Kmalu po tem pa so začele delovati tudi druge terapevtske skupnosti, ki so sprejele več kot 100 odvisnikov, za katere država ni pokazala nobenega interesa. V skupnosti „Susret“ program odvajanja poteka v 2 fazah, bivanje pri njih pa traja približno 14 mesecev. Po končani prvi fazi, v kateri odvisnik spoznava in sprejema samega sebe kot odvisno osebo, sledi druga faza, v kateri odvisnik prevzame odgovornost za resna dejanja. V tej fazi se lahko 2-krat po tedni vrne v okolje, iz katerega je prišel v skupnost.

Razen terapevtskih skupnosti dajejo pomemben prispevek k preprečevanju zlorabe drog tudi številni manjši programi oziroma nevladna združenja, kot so: Združenje „ABC Hepatitis“, „ANST 1700“, „Budi svoj“, „CARPE DIEM“, „Čakula kroz život“, „Hepatos Rijeka“, „Igra“, „Institut“, združenje izvornih Roma – Lovara, združenje „Jedni za druge“, „LET“, Liga za preprečevanje odvisnosti, združenje „MREŽA-zajedno protiv ovisnosti“, združenje „HELP“,

„PET PLUS“, združenje za pomoč odvisnikom „Vida“ itn. (Ured za suzbijanje zlorabe droge 2015.)

Degel in Kovčo (2000, 129) izpostavita še najbolj organizirano nevladno organizacijo Hrvaški rdeči križ v okviru katerega od leta 1999 deluje program zmanjševanja škode, povezane z uživanjem drog ter program izmenjave igel za intravenozne uživalce drog, s ciljem preprečevanja širjenja virusa HIV in hepatitisa B in C. Odvisnikom se razen sterilnih igel in brizg delijo tudi kondomi, ampule destilirane vode, informativni material, na rdečem križu pa poteka tudi brezplačno in anonimno testiranje za HIV in hepatitis C ter svetovanje za zainteresirane odvisnike, ki se osredotoča predvsem na reševanje specifičnih težav, ki se pojavljajo zaradi odvisnosti in tveganega življenjskega sloga. Programi se izvajajo v Zagrebu, Zadru in Pulju (Volonterski centar Zagreb 2015).

Razen rdečega križa izvaja program izmenjave igel oziroma NEP-program (Needle Exchange Program-NX) še združenje „HELP“ – Split, in sicer zaradi velikega števila odvisnikov na tem področju. Program izmenjave igel je predvsem namenjen tistim odvisnikom, ki niso nikjer evidentirani, ki se niso nikoli odločili za kakršnokoli zdravljenje, nimajo stikov s policijo ter niso vključeni v nobene nevladne programe oziroma organizacije, ki pa jih je na Hrvaškem zelo veliko.

4 PRIMERJAVA SLOVENIJE IN HRVAŠKE V ODNOSU DO PROBLEMATIKE DROG

Trendi, vezani na uživanje drog, ki so se pojavili v 90-ih na področju bivše Jugoslavije, so ostali, droge pa so postale bolj dostopne, cenejše ter bolj prisotne, ker je vsekakor pripomoglo k povečanju razširjenosti rabe drog kot tudi k večjemu številu odvisnikov. Droga je postala navadna ilegalna kemijska snov, zadolžena predvsem za užitek in odganjanje skrbi.

Zloraba drog in s tem povezana problematika je danes tako med strokovnjaki kot tudi v laični javnosti pereča tema različnih diskusij, Kvaternikova (2008, 5) pa izpostavlja, da, ker je droga praktično prisotna že skoraj povsod in v vseh družbenih, etičnih in ostalih strukturah prebivalstva, se o njej seveda govori na različnih ravneh in v različnih kontekstih.

Ugotavlja, da ko govorimo o evropskem družbeno-kulturnem kontekstu, vidimo, da se je na področju drog razvila in uveljavila javnozdravstvena politika, katere osnovno vodilo je pravzaprav princip zmanjševanja škode. Omenjen model je prevladujoč tudi v okviru evropske politike na področju drog, kot je zapisano v strategijah in akcijskih načrtih Evropske unije, kamor sodita tudi Slovenija in Hrvaška. Ugotavlja tudi, da sta si slovenska in hrvaška politika na področju drog precej podobni, kontaminirani pa sta z javnozdravstveno razpravo, kar izhaja iz strategije EU (Kvaternik 2008, 5).

Tako kot aktualna slovenska resolucija o nacionalnem programu na področju drog je tudi hrvaška nacionalna strategija na področju zlorabe drog nastala ob upoštevanju strategije EU na področju drog (2013-2020) in akcijskega načrta EU za boj proti drogam (2013-2016) in na osnovi dveh temeljnih političnih aktov, v katerih so podane usmeritve na področju prepovedanih drog. V Sloveniji in na Hrvaškem se s problematiko drog strokovnjaki ukvarjajo na nivoju civilne družbe, preventive, zdravstva, sociale in kaznovalne politike, podobne sisteme pa imajo tudi v ostalih, njim primerljivim državam. Slovenija in Hrvaška sta, ko sta postali članici Evropske unije (RS leta 2004, RH leta 2013), postali tudi članici EMCDDA – "European Monitoring Centre for Drugs and DrugAddiction". S sporazumom o pridružitvi sta se obe državi zavezali, da bosta z dnem vstopa v Evropsko unijo prevzeli oziroma izvajali njen celotni pravni red, v katerega sodi tudi Uredba Sveta (EEC) št. 302/93 s spremembama št. 3294/94 in 2220/2000, s katero je bil ustanovljen Evropski center za spremljanje drog in odvisnosti od drog (Ministrstvo za zdravje 2015).

Center je bil ustanovljen z nalogo, da na ravni evropske skupnosti državam članicam zagotavlja objektivne, zanesljive in primerljive podatke o drogah, odvisnosti od drog in podatke o posledicah, ki so povezane z uporabo in uživanjem prepovedanih drog. EMCDDA vsako leto zbere podatke, jih analizira ter poda v letnem poročilu, ki obsega poročila držav članic EU, v zadnjih dveh letih pa zbira podatke tudi na podlagi poročil držav kandidatk. Poročila seveda oddajata tudi Republika Slovenija in Republika Hrvaška (Ministrstvo za zdravje 2015).

Pri delovanju nacionalnih strategij oziroma slovenske Resolucije o Nacionalnem programu na področju drog in hrvaške Nacionalne strategije na področju zlorabe drog lahko vidimo, da imata oba dokumenta pomembno retorično vrednost, saj sta to dokumenta, na katera se lahko sklicujejo pristojna ministrstva, izvajalci programov, uporabniki drog in ne nazadnje tudi

oblikovalci politike na tem področju. Vsebinsko sta si dokumenta zelo podobna, v glavnih vsebinskih sklopih sta usklajena s strategijo EU, zgrajena sta okoli identičnih stebrov, v obeh je poudarek na zmanjševanju povpraševanja po drogah, preprečevanju ponudbe prepovedanih drog, informacijskem sistemu, mednarodnem sodelovanju in koordinaciji na nacionalni in lokalnih ravneh, končata pa se z akcijskimi načrti. Pri obeh je posebna pozornost namenjena preventivi, predvsem preventivi, ki zajema otroke in mlade, vsi sklopi so podrobno opisani in razdeljeni na podskupine (Resolucija o Nacionalnem programu na področju drog 2014–2020, 2905, 2015), (Nacionalna strategija suzbijanja zlorabe droga u Republici Hrvatskoj 2012-2017, 2015).

Med dokumentoma ni bistvenih razhajanj, edina pomanjkljivost oziroma razlika, ki sem jo zasledila v hrvaški strategiji, je ta, da v njej niso, tako kot v slovenski resoluciji, opisane dejavnosti državne vojske pri doseganju zmanjševanja povpraševanja po drogah v okoljih, kjer sodeluje vojska ter opozorilo na opazen trend rasti hujših oblik kriminala, med katerimi je potrebno omeniti predvsem pranje denarja (Resolucija o Nacionalnem programu na področju drog 2014-2020, 2905), (Nacionalna strategija suzbijanja zlorabe droga u Republici Hrvatskoj 2012-2017).

Teoretično v teh dveh temeljnih dokumentih na področju oblikovanja in izvajanja politike drog, ki sem jih analizirala, ni velikih bistvenih razlik, vendar je po oceni uporabnikov drog v obeh državah izvajanje teh politik do prepovedanih drog v praksi neuspešno in neustrezno. Dokumenta sta podlaga delovanju pristojnih ministrstev kakor tudi strokovnih služb, ki v veliki meri vplivajo na kakovost življenja uporabnikov drog. Po mnenju slovenskih kot tudi hrvaških uporabnikov drog je politika drog v obeh državah v celoti neučinkovita, in sicer predvsem na ravni zmanjševanja ponudbe drog z vse večjo dostopnostjo drog, na ravni zmanjševanja povpraševanja s slabo regionalno pokritostjo nekaterih programov, plačljivostjo nekaterih programov, z neugodnimi pogoji vstopa v program in nerazvitostjo programov, ki jih predvidevata nacionalna programa (Kvaternik in drugi 2008, 43), (Torre 2001, 293).

Če začnem s primerjavo zakonov, vidim, da je v obeh državah obravnava uporabnikov prepovedanih drog opredeljena v zakonodaji na področjih prepovedanih drog, zdravstva in socialnega varstva. Ker so to države, ki jih veže nekdanja skupna država in skupna preteklost oziroma v precejšnji meri skupna pravna tradicija, obstaja predvsem na področju zakonodaje in represivnih organov veliko podobnosti. Na Hrvaškem od leta 2002 politiko in zakonodajo

na področju drog ureja Urad za preprečevanje zlorabe drog, v Sloveniji pa Urad vlade RS deluje znotraj ministrstva, pristojnega za zdravje. "Urad je bil ustanovljen leta 1998 in je neodvisno deloval do svoje ukinitve v aprilu 2004, kar je bila posledica reorganizacije služb v javni upravi" (Kvaternik in drugi 2008, 6).

Pri samih zakonih so opazne razlike predvsem glede samega obsega zakona. Hrvaški Zakon o preprečevanju zlorabe drog je napisan zelo razčlenjeno in na široko, medtem pa slovenski Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/99) vsebuje le temeljne stvari. Slovenski zakon vsebuje splošne določbe, ukrepe za preprečevanje uporabe prepovedanih drog, preprečevanje uporabe prepovedanih drog, zdravljenje, socialno-varstvene storitve in programe reševanja socialne problematike, povezane z uživanjem drog, nevladne organizacije, spremljanje uživanja prepovedanih drog, financiranje, nadzorstvo, kazenske določbe (Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog, 1999). Hrvaški zakon pa vsebuje splošne določbe, gojenje rastlin, iz katerih se pridobivajo prepovedane droge, proizvodnjo, posest in promet z drogami, sistem za preprečevanje odvisnosti ter za pomoč odvisnikom in občasnim uživalcem, ki zajema zdravljenje, skrb in pomoč za odvisnike, ukrepe za preprečevanje zlorabe drog, evidence, pooblastila za spremljanje izvajanja zakona, obravnava zaseženih drog, mednarodno sodelovanje, določbe o prekrških ter enako kot slovenski tudi prehodne in končne določbe (Zakon o suzbijanju zlorabe droge, 2013).

Pri kaznivih dejanjih zlorabe drog je tako v Sloveniji kot tudi na Hrvaškem pristojni Kazenski zakonik, ki razlikuje več oblik storitve kaznivega dejanja. V Sloveniji se oseba, ki neupravičeno proizvaja, predeluje, prodaja ali ponuja na prodaj, ali zaradi prodaje kupuje, hrani ali prenaša, posreduje pri prodaji ali nakupu, ali kako drugače neupravičeno daje v promet substance ali preparate, ki so razglašeni za mamila, kaznuje z zaporom od enega do desetih let, na Hrvaškem pa z zaporom od šestih mesecev do dvanajst let (Kazenski zakonik, 2012, 186., 187. čl.), (Kazneni zakon 2013, 190., 191., 191a. čl.).

Če je dejanje iz prejšnjega odstavka storjeno v hudodelski združbi za izvrševanje takih dejanj, ali če je storilec tega dejanja organiziral mrežo prekupčevalcev ali posrednikov, se v Sloveniji kaznuje z zaporom najmanj petih let, na Hrvaškem pa z zaporom najmanj treh let (Kazenski zakonik 2012, 186. in 187. čl.), (Kazneni zakon 2013, 190., 191., in 191a. čl.).

Oseba, ki brez pooblastila izdeluje, nabavlja, ima ali daje v uporabo opremo, material ali predhodne sestavine, za katere ve, da so namenjene za proizvodnjo mamil, je v obeh državah kaznovana z zaporom od šestih mesecev do petih let. Tista oseba, ki prodaja, ponuja prodajo ali brezplačno deli prepovedano drogo, ali predhodno sestavino za izdelavo prepovedanih drog mladoletni osebi, duševno bolni osebi, osebi z začasno duševno motnjo, hujšo duševno zaostalostjo, in če stori to dejanje v vzgojnih ali izobraževalnih ustanovah ali v njihovi neposredni bližini, se v Sloveniji kaznuje z zaporom od treh do petnajst let, na Hrvaškem pa od šestih mesecev do pet let. Zakonika sta si po vsebini zelo podobna, opazam pa kar veliko razliko glede sankcij za storilce kaznivih dejanj, in sicer predvsem glede kazni zapora (Kazenski zakonik 2012, 186. in 187. čl.), (Kazneni zakon 2013, 190., 191., in 191a. čl.).

Hrvaška kaznovalna politika za kazniva dejanja prepovedanega prometa z mamili je na več področjih bolj striktna kot slovenska, opazam pa tudi, da v slovenskem zakoniku ni kazni za tistega, ki povzroči smrt osebe, ki je ponudil ali prodal drogo, na Hrvaškem pa je izrečena kazen zapora od treh do petnajst let (Kazenski zakonik 2012, 186. in 187. čl.), (Kazneni zakon 2013, 190., 191., in 191a. čl.).

V obeh državah zakonsko ni določena količina droge, ki jo lahko ima uporabnik pri sebi za lastno uporabo, vendar se na Hrvaškem le-ta določi po mnenju tožilca in sodnika, odvisna pa je od primera do primera (Kazenski zakonik 2012, 186., 187. čl.), (Kazneni zakon 2013, 190., 191., in 191a. čl.).

Po poročilu Evropskega centra za spremljanje drog in odvisnosti od drog (2015) v Sloveniji in na Hrvaškem narašča število zasegov in količina prepovedane droge, in sicer predvsem zaradi specifičnega geopolitičnega položaja teh držav, ki jih Evropski center za spremljanje drog uvršča med države z visoko stopnjo prisotnosti zlorab prepovedanih drog, nezakonitega prometa s prepovedanimi drogami in delovanja organiziranih kriminalnih združb in zaradi vključitve Hrvaške v Evropsko unijo. Podatki za leto 2013 tako kažejo, da je v Sloveniji policija zaznala 6.388, na Hrvaškem pa 8.229 kaznivih dejanj s področja drog, v obeh državah pa konoplja ostaja tista prepovedana droga, s katero je povezano največ kazniv dejanj (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2015).

Pirkovič (v Golob 2006, 98) zapiše zanimiv podatek, ki sem ga zasledila pri raziskovanju, in sicer, da se s problematiko odkrivanja kaznivih dejanj v zvezi s prepovedanimi drogami v vsej Sloveniji ukvarja manj kot 40 kriminalistov, kar je mnogo manj kot v sosednji Hrvaški, kjer je

za podobno tematiko sistematiziranih več kot 240 delovnih kriminalistov – specialistov. V Sloveniji je samo 1 prevzgojni dom in 6 zavodov za prestajanje kazni zapora, ki delujejo na trinajstih lokacijah, na Hrvaškem pa 2 prevzgojna doma, 4 kaznilnice in 16 zavodov za prestajanje kazni zapora.

Kaznilnice so lahko, odvisno od stopnje zavarovanja in omejitve svobode gibanja obsojencev, zaprtega, polodprtega in odprtega tipa, opažam pa, da jih v Sloveniji ni. Podatki o zaporskem sistemu in zaprtih ljudeh so objavljeni v letnih poročilih, ki so ključni vir za prikaz podatkov o

uporabi drog v zaporih v nacionalnih poročilih, poročila pa izdajata Ministrstva za pravosodje. Ministrstvo za pravosodje (2015) navajda, da so zaprte osebe, odvisne od nedovoljenih drog, v slovenskih zavodih obravnavane v skladu z izdelano strategijo, ki vključuje medicinski del pomoči, programe edukacije in motivacijski proces ter nadgradnjo z visokopraznimi programi. Osebam, ki so v zavodih uspešno abstimirale alkohol in nedovoljene droge in izrazile željo po nadgradnji obravnave, se med prestajanjem kazni omogoči tudi obravnava v zunajzavodskih ustanovah in v programih nevladnih organizacij (Nacionalno poročilo 2014 o stanju na področju prepovedanih drog 2015), (Ministrstvo za pravosodje 2015).

Podobno je tudi na Hrvaškem, kjer se zaprti odvisniki vključujejo v posebne programe zdravljenja na podlagi izrečenih varnostnih ukrepov obveznega zdravljenja odvisnosti ali po priporočilu strokovnega kroga delavcev, ki obravnavajo odvisnike pri sprejemu v institucijo. Ne glede na to, kako je bil zapornik vključen v program, je program enak za vse zaprte odvisnike, omogoča pa tudi realiziranje pogojne izpustitve, če se zapornik odvisnik poveže s pristojnim županijskim Centrom za preprečevanje odvisnosti (Ministarstvo pravosuda 2015).

Če primerjam strokovne institucije in programe zdravljenja, ki sem jih opisala v osrednjem delu diplomskega dela, vidim, da je v Sloveniji v okviru mreže javne zdravstvene službe relativno dobro organizirano zdravljenje odvisnosti od drog, in sicer na primarnem nivoju v okviru centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ter na sekundarnem in terciarnem v Centru za zdravljenje odvisnosti od drog Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana, kot tudi stoji v Nacionalnem poročilu o stanju drog (2014, 45–46). Kritika gre edino na pokritost oziroma nepokritost vseh regij v Sloveniji, ker mreža centrov pokriva vse slovenske regije razen Koroške, potreba po vzpostavitvi tovrstnih centrov pa se pojavlja še v nekaterih manjših mestih, npr. v Beli krajini, na Ptujju in v Sevnici.

Nacionalno poročilo o stanju drog (2014, 45-46) kot pozitivno stvar navede še podatek, da je Slovenija ena redkih držav, ki ima za zdravljenje na voljo štiri vrste substitucijskih zdravil: metadon, buprenorfin, buprenorfin + nalokson in sr-mo morfin, v tovrstne programe pa so vključeni odvisniki, ki prestajajo kazen zapora.

Statistički podatki za Slovenijo za leto 2013 (za leto 2014 podatki še niso na voljo) kažejo, da je bilo v obravnavo v mreži CPZOPD in CZOPD vključenih 4065 uporabnikov drog, od tega jih je bilo 3261 (80,23 %) vključenih v substitucijsko zdravljenje. Zdravstvena obravnava teh odvisnikov je umeščena v redni program zdravstvenega varstva, ki se financira iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V letu 2013 je v Sloveniji delovalo 23 programov socialne rehabilitacije zasvojenih, ki jih sofinancira Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti in ki zajemajo programe visokega in nizkega praga. Krajevna dostopnost programov socialne rehabilitacije je zadovoljiva, kritični sta edino regiji Zasavje in Pomurje, kjer ni na voljo programov visokega praga, nizkopražni programi pa so dostopni v vseh regijah (Nacionalno poročilo o stanju drog 2014, 45-46).

Nacionalno poročilo o stanju drog (2014, 45-46) opozarja, da čeprav so v Sloveniji v splošnem dobro urejeni centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), ki v veliki meri upoštevajo priporočila za opravljanje tovrstne dejavnosti, so v nekaterih CPZOPD prostori še vedno zelo neprimerni: brez urejene čakalnice ali pa je ta premajhna, ni dovolj prostora za individualno delo, pomanjkanje prostora ali možnosti za skupinske dejavnosti, prevelika koncentracija pacientov v centru v Ljubljani. Prav zaradi tega se je v okolici centra Ljubljane v zadnjih petih letih vzpostavila »odprta scena« uporabe drog. V številnih CPZOPD ni polne zasedenosti osebja, predvsem primanjkuje zdravnikov, ki se na razpis iz različnih razlogov ne prijavijo (Nacionalno poročilo o stanju drog 2014, 45-46).

Težava se pojavlja tudi s odvisniki, ki imajo pridruženo duševno motnjo, takih pa je kar veliko, neke med 50 in 70%. Neustrezna obravnava teh pacientov ima za posledico pogoste recidive, tako duševne motnje kot uporabo psihoaktivnih snovi, povečano tveganje za različne infekcije, pogostejša v tej populaciji pa so tudi predoziranja. V Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana že poteka program dnevne bolnišnice in v omejenem obsegu tudi bolnišnični program zdravljenja tovrstnih bolnikov, skupaj z zdravljenjem drugih uporabnikov drog, bilo bi pa treba v okviru obstoječih kapacitet vzpostaviti še poseben oddelek za zdravljenje teh pacientov (Nacionalno poročilo o stanju drog 2014, 45-46).

Na Hrvaškem v okviru zdravstvenega varstva deluje 24 služb oziroma centrov za preprečevanje in izvenbolnišnično zdravljenje odvisnikov, leta 2013 pa se je zaradi odvisnosti od nedovoljenih drog zdravilo 7857 odvisnikov, od tega jih je bilo 6315 vključenih v substitucijsko zdravljenje. Njihova zdravstvena obravnava je umeščena v redni program zdravstvenega varstva, ki se financira iz sredstev Hrvaškega zavoda za varovanje zdravja. Podatki o številu odvisnikov se vpisujejo v register oseb, zdravljenih zaradi zlorabe psihoaktivnih drog, podatke pa zbira, obdeluje in analizira Oddelek za epidemiologijo psihoaktivnih drog, ki deluje v okviru Hrvaškega zavoda za varovanje zdravja (Izvešče o osobama liječenim zbog zloruporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2014. godini, 2015).

Največ odvisnikov je bilo zabeleženih in obravnavanih v Istrski županiji, sledijo ji Zadrska, mesto Zagreb, Šibensko-Kninska, Primorsko-Goranska, Dubrovniško-Neretvanska ter Splitsko-Dalmatinska županija. Istrska županija ima že mnogo let zelo dobro organizirano delo z odvisniki in to je eden od razlogov, zakaj prav tam na zdravljenje prihaja veliko število odvisnikov. Poleg tega županija finančno podpira zdravnike primarne zdravstvene zaščite, ki se ukvarjajo s to težko problematiko. V bolnišničnih programih je bilo zdravljenih 1252 odvisnikov, večina pa jih je bila hospitalizirana v psihiatrični kliniki Vrapče, natančneje 397 odvisnikov. V terapevtskih skupnostih na Hrvaškem je bilo zdravljenih 292 odvisnikov, od tega 17,3 %, ki so prvič vstopili v program, in 83 %, ki so ponovno vstopili v program (Izvešče o osobama liječenim zbog zloruporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2014. godini, 2015).

Čeprav sem že omenila, da Hrvaška v primerjavi z zahodnimi državami v znatno manjši meri uporablja zdravljenje odvisnikov z metadonom, odvisniki pa prejemajo precej nižje odmerke in jih prejemajo manj pogosto kot pa odvisniki v razvitih državah Evropske unije, je odvisnikov, ki so na nadomestni terapiji z metadonom na Hrvaškem zelo veliko, predvsem zaradi slabo organiziranega metadonskega programa.

Kljub obstoju strogo določenih pravil za izvajanje vzdrževanja z metadonom in prizadevanj, da se zmanjša možnost njegove zlorabe, se sodelovanje z zdravniki splošne prakse kaže kot absolutno nezadovoljivo, velik del metadona, ki ga hrvaški odvisniki dobijo na recept, pa se nezakonito preprodaja. Pisala sam tudi o težavah, ki se pojavljajo pri bolnišničnem zdravljenju, in sicer, da brez kratkoročnega bolnišničnega programa za detoksikacijo večina odvisnikov ne zmore sama priti do abstinence ali jo sama vzdrževati, bivalne kapacitete v

bolnišnicah pa so zelo majhne oziroma je na voljo zelo malo postelj. Premajhno število postelj je pravzaprav bistveni razlog, zakaj veliko število odvisnikov, ki je začelo rehabilitacijo z ali brez metadona, ne zdrži do konca, saj takrat, ko pomoč najbolj potrebujejo, do nje niso upravičeni. Oddelek za psihiatrijo v KBC Sestre Milosrdnice ima tako samo 10 postelj, povprečno bivanje odvisnikov je samo 16 dni (v Sloveniji v KBC Ljubljana je povprečno bivanje 6 tednov), čakalna doba za sprejem v program pa je nesprejemljivo dolga (Udruga za ljudska prava ovisnika 2015). Velika težava je tudi to, da na Hrvaškem ni funkcionalnih programov in institucij, ki bi pomogle odvisnikom v ohranjanju že dosežene abstinence, in programov, ki bi omogočili družbeno reintegracijo odvisnikov. V okviru Urada za preprečevanje zlorabe drog deluje sicer t. i. Projekt resocializacije odvisnikov, vendar projekt še ni dosegel načrtovanih kapacitet, predvsem zaradi pomanjkanja informacij o projektu, tako za uporabnike kot za izvajalce, pa tudi zaradi nedostopnosti projekta v nekaterih lokalnih območjih, socialne izključenosti, stigmatizacije in nezaupljivosti delodajalcev ter pomanjkanja samozavesti in motivacije odvisnikov za vključitev v ta projekt (Klinika za psihijatriju Vrapče 2015), (Izveščé o evalvaciji Projekta resocializacije ovisnika o drogama 2015).

5 SKLEP

“Zloraba drog že od nekdaj poteka hkrati s človeštvom. Ker je droga praktično prisotna že skoraj povsod in pri vseh družbenih, etičnih in ostalih strukturah prebivalstva, se o njej seveda govori na različnih ravneh in v različnih kontekstih” (Kvaternik in drugi 2008, 4).

V Sloveniji in na Hrvaškem se problematika drog obravnava na ravni civilne družbe, preventive, zdravstva, sociale in kaznovalne politike. Te elemente sem skušala v diplomskem delu čim bolj temeljito opisati in narediti smiselno primerjavo med dvema državama, ki sta si v marsičem zelo podobni, vendar imam občutek, da je razlik vendarle veliko. Državi sta samostojnost razglasili na isti dan, 25. junija 1991, vendar razvoj Hrvaške po razglasitvi ni ubral take poti kot Slovenija. Glavni vzrok za počasnejši napredek Hrvaške je bila vojna, ki je pustošila po državi več let, posledice pa so vidne še danes.

Vojna je tudi pripomogla k težavi uživanja drog, saj je bilo vse podrejeno obrambi države, programi odvajanja od nedovoljenih drog pa so ostali v drugem načrtu. Prav tako je bilo zaradi vojne zmanjšano in onemogočeno delovanje policije oziroma represivnega aparata v zatiranju neupravičene proizvodnje, preprodaje in omogočanja uživanja drog, posledično pa je začel iz zahodnoevropskih držav prihajati heroin, kokain in druge sintetične droge, in sicer po t. i. „Balkanski ruti“, ki zajema tudi Slovenijo.

Med pregledovanjem statističnih podatkov za obe državi sem ugotovila, da je na Hrvaškem večje število odvisnikov od nedovoljenih drog, veliko več jih je vključenih v nadomestne terapije z metadonom, vendar ti podatki niso šokantni, če upoštevamo, da je Hrvaška država z večjim številom prebivalcev kot pa Slovenija. Po pregledu zakonodaje, vloge represivnih organov, strokovnih institucij, ki se ukvarjajo s problematiko drog, programov zdravljenja in literature, lahko rečem, da je za slovenske odvisnike mnogo bolj poskrbljeno na institucionalni in splošni ravni.

Čeprav še vedno obstaja kritika na nepokritost določenih delov Slovenije s programi visokega praga in kritike na to, da koraka naprej od izmenjave igel, svetovanja in terenskega dela v okviru koncepta zmanjševanja škode slovenska politika na področju drog ni naredila, moramo tukaj razumeti, da razen izmenjave igel in programa zmanjševanja škode v okviru hrvaškega rdečega križa, Hrvaška nima nobenih drugih pristopov, ki bi bili dopolnilo že obstoječim socialnovarstvenim in zdravstvenim programom. Težava je tudi v tem, da je na Hrvaškem veliko neevidentiranih odvisnikov, ki se niso nikoli odločili za kakršnokoli zdravljenje, nimajo stikov s policijo, živijo v ruralnih okoljih, nimajo niti dostopa do zdravstvenih storitev. V hrvaških mestih primanjkuje dnevnihi centrov in programov terenskega dela, med 15 terapevtskimi skupnostmi, ki obstajajo na Hrvaškem, pa ne obstaja niti ena, ki bi skrbelo za zasvojene s pridruženimi težavami v duševnem zdravju, niti en materinski dom in niti ena skupnost za zasvojene starše in njihove otroke. Terapevtske skupnosti so predvidene posebej za moške odvisnike in posebej za ženske odvisnice, vse pa so verskega značaja, kar seveda ne odgovarja vsem odvisnikom.

Hrvaška ima tudi veliko težavo, ki se pojavlja pri bolnišničnem zdravljenju. Brez kratkoročnega bolnišničnega programa za detoksikacijo namreč večina odvisnikov ne zmora sama priti do abstinence ali jo vzdrževati, bivalne kapacitete v bolnišnicah pa so zelo majhne oziroma je na voljo zelo malo postelj, povprečno bivanje odvisnikov je samo 16 dni (v

Sloveniji v KBC Ljubljana je povprečno bivanje 6 tednov), čakalna doba za sprejem v program pa je nesprejemljivo dolga.

Ne morem trditi, da je v Sloveniji položaj na področju drog idealen. Pri spopadanju s tako razširjenim problemom bo treba še mnogo narediti, vendar se mi zdi, da se v Sloveniji na tem področju dela aktivnejše, da bi problematika drog postala bolj poznana.

Če naredim kompletni pregled in zaključim diplomsko delo, lahko rečem, da ima Slovenija v primerjavi s Hrvaško bolj učinkovit sistem spoprijemanja s problematiko drog, bolj funkcionalen socialnovarstveni in zdravstveni program in da se mnogo bolj trudi in zavzema za izboljšanje zdravja in socialnega položaja uporabnikov drog, hkrati pa se tudi mnogo bolj trudi pri odpravi stigmatizacije in marginalizacije kot pa Hrvaška. V obeh državah je treba še naprej delati v korist odvisnikov, jim zagotoviti socialno varnost in pomoč, do katere so upravičeni ter jim pomagati, da dosežejo raven kakovosti življenja, ki je primerljiva s kakovostjo življenja drugih.

6 LITERATURA

1. *Akcijski načrt na področju drog za obdobje 2015 – 2016*. 2015. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2015/droge/_Akcijski_nacrt_prepovedane_droge_042015_.pdf (21. maj 2015).
2. Auer, Vladimir. 2001. *Droge in odvisnost*. Ormož: samozal. Ibidem.
3. Degel, Danijela in Irma Kovčo. 2000. Tretman ovisnika o drogama na področju Republike Hrvatske. *Kriminologija i socijalna integracija*, 8(½):123-144.
4. *Drog – Art*. 2015. Dostopno prek: <http://www.drogart.org/> (21. junij 2015).
5. *Društvo Projekt Človek*. 2015. Dostopno prek: <http://www.projektclovek.si/> (21. junij 2015).
6. *Društvo Stigma*. 2015. Dostopno prek: <http://www.drustvo-stigma.si/> (22. junij 2015).
7. *Društvo Up*. 2015. Dostopno prek: <http://www.drustvo-up.si/> (22. junij 2015).
8. *European monitoring centre for Drugs and Drug addiction*. 2015. Dostopno prek: <http://www.emcdda.europa.eu/> (12. julij 2015).
9. Flaker, Vito. 2002. *Živeti s heroinom*. Ljubljana: Založba / cf*.

10. Golob, Janvit, Miha Burger in Mateja Faletič. 2006. *Problematika drog v Sloveniji: zbornik*. Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije.
11. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2015. *Izvešće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2014. godini*. Dostopno prek: http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/DROGE_2014_Izvjescje_radno_M.pdf (15. julij 2015).
12. Hočevar, Andreja. 2006. *O drogah drugače: priročnik za starše in druge odrasle, ki so v stiku z mladimi*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta: Inštitut za raziskave in razvoj Utrip.
13. Jaffe, Jerome, Robert Peterson in Ray. J. Hodgson. 1985. *Mamila*. Murska Sobota: Pomurska založba; Ljubljana: Centralni zavod za napredek gospodinjstva.
14. *Kazneni zakon*. NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15. Dostopno prek: <http://www.zakon.hr/z/98/Kazneni-zakon> (1. julij 2015).
15. *Kazenski zakonik*. (KZ-1-UPB2). Ur. l. RS 50/2012. Dostopno prek: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=109161> (2. julij 2015).
16. *Klinika za psihijatriju Vrapče*. 2015. Zavod za liječenje bolesi ovisnosti. Dostopno prek: bolnica-vrapce.hr/web/?page_id=87 (3. julij 2015).
17. Kvaternik, Ines, Vera Grebenc in Ljiljana Rihter. 2008. *Droge med politiko in vsakdanjim življenjem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
18. Kvaternik, Ines. 2006. *Politika drog: pogledi uporabnikov in uporabnic*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
19. Kozarić – Kovačić, Dragica, Mirjana Grubišić – Ilić in Velinka Grozdanić. 2005. *Forenzička psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
20. Ministarstvo pravosuđa. 2014. *Izvešće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda*. Dostopno prek: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/2014/178%20sjednica%20Vlade//178%20-%2022.pdf> (16. julij 2015).
21. Ministrstvo za pravosodje. 2015. *Vzgoja in izobraževanje. Strokovna obravnava zaprtih oseb*. Dostopno prek: http://www.mp.gov.si/si/o_ministrstvu/ursiks_organ_v_sestavu/izvrsevanje_kazenskih_sankcij/vzgoja_in_izobrazevanje/ (16. julij 2015).
22. Ministrstvo za zdravje. 2015. *EMCDDA*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/preprecevanje_bolezni_in_krepitev_zdravja/preprecevanje_tveganih_vedenj_in_zasvojenosti_tobak_alkohol_droge/prepovedane_droge/emcdda/ (17. julij 2015).
23. *Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2012 – 2017*. 2012. Dostopno prek: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_11_122_2641.html (25. julij 2015).

24. Nacionalni inštitut. 2015. *Nacionalno poročilo o stanju na področju drog 2014*. Dostopno prek: <http://www.nijz.si/publikacije/nacionalno-porocilo-o-stanju-na-podrocju-drog-2014> (21. julij 2015).
25. *Ne – Droga. Org.* 2015. Dostopno prek: <http://www.ne-droga.org/> (15. junij 2015).
26. Polajner, Bogdan. 2010. *Podpora za civilni dialog in partnerstvo pri spoprijemu s problematiko drog*. Piran: Inštitut za zasvojenosti Eksodus-Z.
27. *Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014 – 2020*. 2014. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=DRUG3915#> (1. junij 2015).
28. Täschner, Karl Ludwig. 2002. *Trde droge - mehke droge?: vse pomembnejše snovi, ki povzročajo odvisnost, in njihov učinek: kako prepoznati znake odvisnosti: koristni napotki za starše, prijatelje in učitelje*. Ptuj: In obs medicus.
29. Torre, Robert. 2001. *Droge – dolgo putovanje kroz noć*. Zagreb: Promotor zdravlja.
30. *Udruga za ljudska prava ovisnika*. 2015. Dostopno prek: <http://pravaovisnika.hr/> (25. junij 2015).
31. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana. 2015. *Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog*. Dostopno prek: <http://www.psih-klinika.si/strokovne-enote/center-za-zdravljenje-odvisnih-od-prepovedanih-drog/> (26. junij 2015).
32. Vlada Republike Hrvatske. 2015. *Ured za suzbijanje zlorabe droga*. Dostopno prek: <https://drogieovisnosti.gov.hr/> (2. julij 2015).
33. *Volonterski centar Zagreb*. 2015. Dostopno prek: <http://www.vcz.hr/partneri/organizatori-volontiranja/organizator-129/> (15. julij 2015).
34. *Zajednica Susret*. 2015. Dostopno prek: <http://zajednica-susret.hr/> (25. julij 2015).
35. *Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (ZPUPD)*. Ur. l. RS., št. 98/99 in 2/04 – ZPNNVSM. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1375#> (30. julij 2015).
36. *Zakon o suzbijanju zlorabe droga*. NN 107/01, 87/02, 163/03, 141/04, 40/07, 149/09, 84/11, 80/13. Dostopno prek: <http://www.zakon.hr/z/293/Zakon-o-suzbijanju-zlorabe-droga> (30. julij 2015).
37. *Zavod Pelikan Karitas*. 2015. Dostopno prek: <http://pelikan.karitas.si/> (26. junij 2015).
38. Zorman, Maja in Mina Paš. 2012. *Kako poročati o drogah?: smernice za odgovorno poročanje o drogah v medijih*. Ljubljana: Združenje DrogArt: Društvo novinarjev Slovenije.