

**ZZV KOPER V SODELOVANJU Z IVZ RS, DRUŠTVOM STIGMA, DRUŠTVOM SVIT,
ZDRUŽENJEM DROGART**

VZPOSTAVITEV VARNIH SOB ZA UPORABNIKE PREPOVEDANIH DROG

**Predlog načina delovanja in ocena
stroškov in učinkov**

**Ines Kvaternik, Mircha Pođrugovac, Dare Kocmür, Borut Bah, Eli Zamernik, Samo Novakovič,
Mina Paš**

25.7.2013

Na pobudo Ministrstva za zdravje RS je Komisija Vlade RS za droge dne 9. 11. 2012 pooblastila Zavod za zdravstveno varstvo Koper, da pripravi dokumentacijo za vzpostavitev varnih sob za uporabnike prepovedanih drog, ki bo vključevala oceno stroškov in učinkov. V strokovni skupini za pripravo projekta, ki jo je vodila dr. Ines Kvaternik (Zavod za zdravstveno varstvo Koper), so sodelovali Mircha Poldrugovac (Inštitut za varovanje zdravja RS), Borut Bah, Dare Kocmur in Eli Zamernik (Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma), Samo Novakovič (Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam Svit) in Mina Paš (Združenje DrogArt).

VSEBINA

1	OZADJE PROJEKTA	4
1.1	Kaj so varne sobe.....	4
1.2	Zakaj so varne sobe potrebne	5
1.3	Tvegana vedenja med injicirajočimi uporabniki drog v Sloveniji	6
1.3.1	Opažanja terenskih delavcev.....	7
1.3.2	Razširjenost okužb z nalezljivimi boleznimi.....	7
1.3.3	Druga zdravstvena tveganja	7
1.3.4	Smrti, povezane z uporabo prepovedanih drog.....	8
2	VZPOSTAVITEV VARNE SOBE V SLOVENIJI.....	8
2.1	Oblika varne sobe za injicirajoče uporabnike drog v Sloveniji	8
2.2	Organizacijska pravila delovanja varne sobe.....	9
2.2.1	Kriteriji za uporabo varnih sob	9
2.2.2	Postopki pred in po injiciranju.....	9
2.2.3	Vloga strokovnega osebja.....	9
2.2.4	Evalvacija	10
2.2.5	Oprema.....	10
2.2.6	Spremljanje in nadzor.....	10
3	STROŠKI DELOVANJA VARNE SOBE	11
4	ANALIZA STROŠKOV IN UČINKOV	15
4.1	Učinki vzpostavitve varnih sob za injiciranje	15
4.1.1	Okužbe kože, povezane z injiciranjem.....	15
4.1.2	Predoziranja.....	16
4.1.3	Hepatitis C in HIV.....	17
4.2	Opredelitev modela.....	18
4.2.1	Populacija uporabnikov intravenoznih drog	20
4.2.2	Modeliranje zdravstvenih stanj	21
4.2.3	Umrljivost uporabnikov	22
4.2.4	Vpliv varnih sob za injiciranje	23
4.3	Ekonomski parametri analize	23
4.4	Rezultati.....	24
4.5	Razprava	25
5	PRIPOROČILA	26
6	Priloge.....	27
7	Reference	28

KAZALO SLIK

Slika 1: Grafični prikaz temeljnih elementov modela.....	19
--	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Struktura odhodkov programa v prvem letu delovanja za stacionarni program in za mobilno enoto	11
Tabela 2: Struktura odhodkov programa v drugem in naslednjih letih delovanja za stacionarni program in za mobilno enoto (nediskontirano)	12
Tabela 3: Ocena stroškov potrošnega materiala za uporabnike prepovedanih drog na letni ravni, potrebeni za delovanje stacionarne enote	13
Tabela 4: Ocena stroškov opreme prostorov za stacionarno obliko varne sobe	14
Tabela 5: Ocena stroškov opreme prostorov za mobilno obliko varne sobe.....	14
Tabela 6: Vrednosti parametrov v modelu in njihov vir.....	22
Tabela 7: Rezultati analize občutljivosti	24

1 OZADJE PROJEKTA

Programov zmanjševanje škode na področju prepovedanih drog – programi zamenjave igel in ostalega pribora za injiciranje, svetovanje, terensko delo - ni mogoče učinkovito izvajati, če ni ustrezne nadgradnje v okviru visoko specializiranih služb znotraj sistema različnih intervencij zmanjševanja škode kot so varne sobe za injiciranje. Varne sobe za injiciranje drog (v nadaljevanju varne sobe) so del celostnih ukrepov za zmanjšanje nepotrebne škode, ki nastaja ob intravenozni uporabi drog, in omogočajo neposredno implementacijo vseh preventivnih postopkov. Namen varnih sob je v doseganju in odgovoru na potrebe specifične populacije uporabnikov prepovedanih drog (v nadaljevanju uporabniki drog) z visokim tveganjem, ki imajo pomembne javno zdravstvene potrebe, ki jih pogosto ni mogoče zagotoviti z drugimi programi in predstavljajo velike probleme za lokalno skupnost.

Evropski Center za nadzor bolezni in evropski Center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) sta v letu 2011 pripravila smernice za razvoj učinkovitih programov za uporabnike drog z visokim tveganjem. Priporočajo zagotavljanje čistega pribora za injiciranje drog, spodbujajo cepljenje uporabnikov proti hepatitisu A in B in drugim nalezljivim boleznim, uvedbo opioidne nadomestne terapije in drugih terapij, ki uporabnikom drog omogočajo, da si uredijo življenje, testiranje na okužbe s HIV, hepatitisi in tuberkulozo ter zdravljenje okuženih posameznikov. Z vidika zdravstvene preventive spodbujajo tudi uvedbo varnih sob, v katerih lahko uporabniki drog nadzorovano in v higienskih razmerah uporabljajo droge.

Prizadevanje po vzpostavitev programa varne sobe za injicirajoče uporabnike drog v Sloveniji segajo v leto 2004, ko je društvo Stigma Uradu za droge pri Ministrstvu za zdravje predložilo v verifikacijo projekt varne sobe za injiciranje. Temu so sledile primerjalna študija različnih zakonodaj s slovensko (pravni vidik tega vprašanja), raziskava z naslovom Ugotavljanje potreb po novih programih pomoči za uživalce drog v RS, nova pobuda za vzpostavitev varnih sob za injiciranje tudi Ministrstvu za notranje zadeve in vsebinska dopolnitev Osnutka Resolucije na področju drog (2011-2020) in končno sprememba kazenskega zakonika (KZ-1B), ki omogoča vzpostavitev varnih v programih pod nadzorom javnega zdravstva.

Povezava ZZV Koper in organizacij na področju zmanjševanja škode, pomeni zagotavljanje strokovnih principov, ki izhajajo iz medicinske stroke (ustrezna ravnana v primeru predoziranj in svetovanj v smeri izogibanja poškodbam) ter organizacijskim in metodološkim principom v zagotavljanju stika – nizkoprvažni pristop značilen za koncept zmanjševanja škode, ki ga izvajajo organizacije z dolgoletnimi izkušnjami.

1.1 Kaj so varne sobe

Varne sobe so visoko specializirani programi različnih intervencij zmanjševanja škode, namenjeni intravenoznim uporabnikom drog, ki omogočajo neposredno implementacijo vseh preventivnih postopkov pri injiciranju drog. Osnovni namen varnih sob za injiciranje je v doseganju in odgovoru na potrebe specifične populacije uporabnikov prepovedanih drog z visokim tveganjem. Ta skupina ima pomembne javno zdravstvene potrebe, ki jih pogosto ni

mogoče zagotoviti z obstoječimi programi pomoči in predstavljajo velike probleme za lokalno skupnost.¹

Programi varnih sob za uporabnike, ki droge injicirajo, so se oblikovali v urbanih področjih z "odprtimi scenami drog" kot odgovor na posledice uporabe prepovedanih drog v javnih okoljih - injiciranje na ulicah, železniških postajah, na stopniščih stanovanjskih zgradb, ki se pojavlja kljub dostopnosti različnih programov pomoči in kljub prizadevanjem organov pregona, da bi preprečili preprodajo in uporabo drog v javnosti. Zahteve javnega zdravstva in zahteve okolja so naraščale sorazmerno z naraščanjem problemov, ki jih prinaša uživanje drog v skupnosti: naraščanje smrtnih primerov zaradi predoziranja, naraščanje okužb v povezavi s souporabo pribora za injiciranje, nevarnosti okužb med splošno populacijo zaradi odvrženih/uporabljenih igel ter posledičnih problemov z okolico (nahajališča odvrženih injekcijskih igel, vznemirjanje javnosti, posledični kriminal).

Cilji varnih sob za injiciranje: preprečevanje okužb s krvjo prenosljivih virusov (HIV, Hepatitis C, Hepatitis B) in bakterijskih okužb, preprečevanje predoziranj in možnost učinkovite obravnave predoziranj, zmanjševanje uživanja drog v javnosti in na javnih mestih, omogočanje kontakta z ljudmi, ki so sicer težko dosegljivi, zmanjšanje stroškov zdravstvenega, socialnega in pravnega varstva, ki so povezani z rabo prepovedanih drog².

Varne sobe za uporabnike drog so se pokazale za pragmatični odziv na omenjene potrebe, saj so omogočile, da se problemi javnega zdravstva in problemi okolja zmanjšajo, kar je v dobro tako na cesti lociranim uporabnikom drog, kakor ostali skupnosti in sovpada s cilji zapisanimi v vseh dosedanjih evropskih strategijah na področju drog. Analiza učinkov varnih sob za injicirajoče uporabnike drog, ki jo je opravil EMCDDA, je pokazala, da te sicer ne zmanjšajo števila uživalcev drog, izboljšajo pa njihovo vedenje, saj so prešli na bolj varne načine uporabe drog¹. Najpomembnejši vidik varnih sob za injiciranje je v tem, da se preventivni ukrepi in nasveti odvijajo v realnem času in dejansko preprečujejo tveganja in posledično škodo.

1.2 Zakaj so varne sobe potrebne

Veliko epidemioloških študij je potrdilo, da se injiciranje v javnosti povečuje z zmanjševanjem socialnega in ekonomskega položaja uporabnikov drog in povečanjem brezdomnosti kar neposredno vpliva na naraščanje okužb s krvjo prenosljivih virusov³⁻⁷. Izsledki terenskih delavcev Stigme kažejo, da se je v zadnjem obdobju povečalo injiciranje prepovedanih drog v javnih prostorih, ker dokazujejo najdišča lokacij z odvrženim infektivnim materialom⁸.

Vzroke za povečanje omenjenega problema najdemo po eni strani v povečani možnosti nabave prepovedanih drog in povečanju števila uporabnikov drog v urbanih središčih in s tem v povečanju brezdomnosti na omenjenih območjih. Anketa o profilu uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode je pokazala, da je med omenjenimi uporabniki kar 8% takih, ki stanujejo v zavetišču ali zunaj (park, ulica, zapuščene stavbe)⁹.

Kvalitativne študije so pokazale, da je injiciranje v javnih prostorih zelo tvegano, saj zmanjšuje možnosti po varnih in higienskih postopkih uporabe drog in je pogosto povezano s

posameznikovim nelagodjem, občutki strahu in prenaglijenem injiciranjem¹, kar je povezano z zdravstvenimi tveganji (poškodbe ven, anatomske poškodbe, virusne (Hiv, Hepatitis) in bakterijske infekcije, predoziranje...) in tveganji pregona zaradi posedovanja prepovedanih drog.

V nadaljevanju predstavljamo podatke o ciljni skupini problematičnih uporabnikov prepovedanih drog, ki najpogosteje droge injicirajo in bi bili potencialni uporabniki programa varne sobe. Podatke smo črpali iz Nacionalnega poročila o stanju na področju drog 2012.

1.3 Tvegana vedenja med injicirajočimi uporabniki drog v Sloveniji

Iz Ankete o profilu uporabnikov drog, ki iščejo pomoč v programih zmanjševanja škode izhaja⁹, da so najpogostejša tvegana vedenja uporabnikov programov zmanjševanja škode še vedno vbrizgavanje droge, nedosledna uporaba sterilnega pribora, souporaba igel in preostalega pribora ter poškodbe, ki so posledica tvegane aplikacije. Omenjenim oblikam tveganega vedenja pa sledi tvegana spolnost, saj kar 87 % anketiranih navaja, da ima nezaščitene spolne odnose včasih ali vedno, le dobra petina anketiranih je pri spolnih odnosih vedno zaščitena.

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

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

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

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

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

81 % anketiranih uporabljeno iglo večinoma vrne v program, 31 % anketiranih iglo vedno vrže v smeti, 47 % včasih in 22 % nikoli. Skoraj 18 % anketiranih uporabljen pribor pusti na mestu, na katerem si vbrizgavajo drogo, vsi preostali (82) % pa tega ne storijo nikoli. 13 % za

uporabljen pribor poskrbi drugače (»Doma jih posebej shranim in vržem v smeti.«; »Imamo svoje smeti.«; »Uničim in vržem v kanalizacijo.«; »Jih zažgem.« »Vržem jih v reko Ljubljanico«)⁹.

1.3.1 Opažanja terenskih delavcev

Terenski delavci že dalj časa opažajo zlorabo legalnih zdravil - psihofarmakov, predvsem pri mlajši populaciji uporabnikov drog. Najpogostejsa zlorabljena zdravila so: hipnotiki (DORMICUM, SANVAL), antipsihotiki (ZYPREXA, KVENTIAX oz. SEROQUEL), benzodiazepini (XANAX, HELEX, APAURIN). Največ teh zdravil se kupi na črnem trgu, v veliki meri pa jih predpisujejo tudi psihiatri v metadonskih centrih¹⁰.

Uporabniki drog omenjena zdravila uporabljajo, da se »skinejo« s kokaina. Pravijo, da jim to bolj pomaga kot heroin. Poleg tega si s temi zdravili pomagajo do »totalne zadetosti«, »betoniranja možganov«, da ne mislijo na popolnoma nič in da po zaužitju teh zdravil »odklopijo možgane« in postanejo kot nekakšni »zombiji«. Ta zdravila uporabljajo oralno, intravenozno in s snifanjem.

Poleg uporabe omenjenih zdravil terenski delavci opažajo tudi zlorabo antiepileptika RIVOTRIL-a, antiholinergika AKINETON-a, nevroleptikov ter zdravila za zdravljenje alkoholizma. Večina uporabnikov je na metadonski ali drugi substitucijski terapiji kot npr.: SUBSTITOL-u – pri katerem se pojavlja vse večji problem intravenoznega uživanja, ki je zelo nevarno in škodljivo. Substitol se zlorablja predvsem zaradi zelo slabe kvalitete heroina in seveda cene, ki je nižja. Poleg zlorabe Substitola se pojavlja tudi uživanje mešanice kokaina in tablet Sanval (skupaj). To kombinacijo največkrat injicirajo v dimlje¹⁰.

Iz rezultatov ankete in opažanj terenskih delavcev o tveganih vedenjih injicirajočih uporabnikov drog lahko zaključimo, da je vzpostavitev programa varne sobe za injiciranje nujen ukrep za varovanje javnega zdravja in nadaljnje uspešno delo programov zmanjševanja škode.

1.3.2 Razširjenost okužb z načeljivimi boleznimi

V vzorcih sline, zbranih med injicirajočimi uporabniki drog v okviru anonimnega nevezanega testiranja za namene nadzora nad okužbami s HIV, je bil v letu 2011 en vzorec pozitiven na protitelesa HIV. Stopnja razširjenosti protiteles proti virusu hepatitisa B (HBV; anti-HBc) med anonimno testiranimi injicirajočimi uporabniki drog, ki so bili na zdravljenju v CPZOPD, je v letu 2011 znašala 8,1 %, razširjenost protiteles proti virusu hepatitisa C (HCV) pa 28,5 %. V obeh primerih je delež okuženih v letu 2011 najvišji glede na gibanje deležev okuženih v zadnjem petletnem obdobju (2007–2011)¹¹. Ob temu velja poudariti, da v testiranje niso zajeti uporabniki, ki niso vključeni v noben program zdravljenja odvisnosti. Sodelavci na terenu sporočajo, da je več okuženih kot jih prikazujejo CZPOD, saj testiranja niso redna in se marsikdo okuži, oni pa ga vodijo kot neokuženega, ker so ga testirali samo ob vpisu v center potem pa ne več.

1.3.3 Druga zdravstvena tveganja

Urgentne internistične ambulante v Ljubljani so v letu 2011 obravnavale 43 bolnikov zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami. V letu 2011 je bilo obravnavanih veliko več primerov

zastrupitve z ekstazijem, amfetamini in s kanabisom kot leta 2010, ko so prevladovale zastrupitve s heroinom¹¹.

1.3.4 Smrti, povezane z uporabo prepovedanih drog

V letu 2011 je bilo v Sloveniji v Zbirki podatkov o umrlih zaradi uporabe prepovedanih drog registriranih 24 neposrednih smrti. Umrlo je 19 moških in 5 žensk. Heroin je bil najpogosteje vzrok smrtne zastrupitve, sledita metadon in kokain¹¹.

2 VZPOSTAVITEV VARNE SOBE V SLOVENIJI

2.1 Oblika varne sobe za injicirajoče uporabnike drog v Sloveniji

Glede na potrebe injicirajočih uporabnikov drog, ki izhajajo iz opažanj terenskih delavcev iz programov zmanjševanja škode in na primere vzpostavitev omenjenih programov v nekaterih urbanih središčih v Evropi bi bilo v našem primeru najbolj smiselno in učinkovito vzpostaviti program stacionarne varne sobe za injicirajoče uporabnike drog v Ljubljani^a, kjer je poleg Kranja, najbolj vidna uporaba drog v skupnosti⁸. Varna soba za injiciranje mora biti locirana na območjih, kjer je injiciranje v javnosti aktualno velik problem. Program mora biti dostopen s sredstvi javnega prevoza. Čas delovanja varne sobe mora imeti čim manjši vpliv na lokalno skupnost.

Z vidika prakse dosedanjega delovanja programov zmanjševanja škode bi bilo v Sloveniji smiselno razviti model stacionarne in mobilne enote varnih sob za injiciranje. Model stacionarne varne sobe bi omogočal kontinuirano delovanje in spremljanje učinkov programa. Ta model bi zagotovo imel za uporabnike in za lokalno skupnost pozitivne učinke. Prednost modela mobilne enote, ki bi v določenem kraju deloval kontinuirano, bi bila fleksibilnosti pri izbiri lokacije. Pri tem je treba poudariti, da so dosedanje mobilne enote v sklopu terenskega dela, ki so pogodbeno vezane samo na terensko delo z distribucijo sterilnega pribora in svetovanja, predvsem premoščale pomanjkanje drugih nizkopravnih dnevnih centrov.

Z vidika zakonodaje, ki v 4 odstavku 187. člena Kazenskega zakonika izhaja, da »Dejanje iz prvega in drugega odstavka tega člena ni protipravno, če storilec ravna po programu zdravljenja odvisnosti ali nadzorovane uporabe droge, ki je v skladu z zakonom potrjen in se izvaja v okviru ali pod nadzorom javnega zdravstva.« (Uradni list RS, št. 50/12 - uradno prečiščeno besedilo), bi bilo v Sloveniji smiselno izvajati program varnih sob za uporabnike drog v okviru programov zmanjševanja škode pod nadzorom ZZV Koper.

^a Na območju Ljubljane je več kot 30. lokacij z odvrženim infektivnim materialom, in sicer: Ljubljanski grad (več lokacij), Tivoli (več lokacij), vsaj dva parka v centru Ljubljane, železniška proga z vagoni od Tivolija do Fužin (verjetno še Zalog), lokacija v bližini ZD Metelkova, Zmajski most, Trubarjeva ulica (več lokacij), zapuščen park pri Srednji ekonomski šoli v Ljubljani (Društvo Stigma, 2012).

2.2 Organizacijska pravila delovanja varne sobe

Pri pripravi organizacijskih pravil delovanja varne sobe za injicirajoče uporabnike drog smo upoštevali pravila, po katerih ravnajo v podobnih programih v tujini (Kocmur 2010)

Varna soba ni klubski prostor za socialno interakcijo injicirajočih uporabnikov drog, ampak varen prostor za izogibanje tveganjem in škodljivim posledicam injiciranja drog, ki nastajajo na ulici. V tem prostoru sta tako preprodaja in izmenjava drog kakor tudi vnos hrane in pijače strogo prepovedani.

V neposredni okolini sob za injiciranje je prepovedano postopanje in visenje na ulici.

2.2.1 Kriteriji za uporabo varnih sob

Uporabniki varnih sob za injiciranje so lahko:

- osebe stare 18 let in več
- osebe, ki injicirajo droge
- osebe, ki jih ne spremljajo otroci
- osebe, ki niso "zadete" (z alkoholom ali drugimi drogami)
- osebe, ki trenutno niso nasilne

2.2.2 Postopki pred in po injiciranju

- Vsa injekcijska oprema je brezplačna.
- Vsak uporabnik si mora pred vstopom v prostor in izstopom temeljito umiti roke.
- Po injiciranju morajo uporabniki očistiti površino, na kateri so pripravili dozo za injiciranje.
- Sterilnost površin pa morajo nadzirati ali po potrebi zagotavljati tudi zaposleni.
- Maksimalen čas za pripravo protokola za injiciranje od 20 – 60 minut. Pri tem je treba upoštevati specifične potrebe posameznih uporabnikov, saj imajo nekateri lahko zaradi možnih problemov s kolabiranimi venami potrebo po daljšem času za pripravo in injiciranje.
- Prepovedana je vrstniška pomoč pri injiciranju drugim uporabnikom v prostoru.

2.2.3 Vloga strokovnega osebja

Profesionalno vodenje sob za injiciranje lahko zagotavljajo samo ustrezno kvalificirani zdravstveni in socialni delavci, ki morajo sprejemati koncepte zmanjševanja škode in biti senzibilni do oseb, ki injicirajo prepovedane droge. Zelo priporočljivo pa je, da so v izvajanje programa vključeni tudi laični delavci z izkušnjo odvisnosti od prepovedanih drog.^b

Osebje, ki je zaposleno v varni sobi, mora biti v času delovanja prisotno vsak trenutek. Vloga strokovnega zdravstvenega osebja je v superviziji glede injiciranja in prenosa znanj in zagotavljanju preventivnih ukrepov. Samega injiciranja strokovno osebje ne izvaja.

^b Zelo priporočljivo je, da se pred zaposlitvijo v varnih sobah zaposlene dodatno izobrazi za delo v tem programu (kot npr. obisk podobnega programa v tujini).

2.2.4 *Evalvacija*

Ob vzpostavitvi programa je treba načrtovati model sprotnega spremeljanja učinkov izvajanja programa.

- Spremljanje števila injiciranj, porabljenih igel, intervencij v primeru predoziranj, asistenc reševalnih služb.
- Beleženje zdravstvenih težav povezanih z injiciranjem.
- Evidentiranje kraja bivališča uporabnikov programa.
- Analizo učinkov programa v konkretnem okolju.

Spremljanje izvedenih aktivnosti v varni sobi in v okviru danih možnosti, vpliv varne sobe na življenje njenih uporabnikov, je neločljiv del celotnega projekta.

Priporočljivo bi bilo ob vzpostavitvi varne sobe tudi globlje in natančnejše spremeljanje njenih učinkov. Po zgledu projektov spremeljanja delovanja varnih sob, ki so bili vzpostavljeni v Kanadi in Avstraliji, tovrstna analiza zahteva raziskave v obliki kohortne študije, pri kateri sodeluje večje število uporabnikov drog. Glede na podatke, ki jih potrebujemo za izboljšanje ocene stroškovne učinkovitosti, je potrebno proučiti tako vedenje oseb, ki ne uporabljajo varne sobe za injiciranje, kot tistih oseb v istem okolju, ki varno sobo redno uporabljajo. Tovrstna, poglobljena raziskava, ni pogoj za vzpostavitev varnih sob, bi pa prispevala dragocene informacije ne le o učinkih varnih sob temveč tudi o bremenu bolezni, ki ga nosi uporaba prepovedanih drog. Več mesecev trajajoča kohortna študija bi zahtevala posebno financiranje, saj stroški takšne raziskave v nadaljevanju dokumenta niso upoštevani.

2.2.5 *Oprema*

Zagotoviti je treba najširši nabor sterilne opreme za injiciranje, vse ostale pripomočke, ki zagotavljajo varnost (askorbinska kislina, sterilna voda, sterilni filtri, sterilni kuhalniki) kakor tudi dezinfekcijska sredstva za čiščenje površin po uporabi.

Poleg osnovne injekcijske opreme je potrebno zagotoviti opremo prostora, ki mora slediti nekim minimalnim standardom. In sicer: vsak separ za injiciranje mora imeti svoj zbiralnik za hranjenje vseh uporabljenih pripomočkov, mize za injiciranje morajo biti iz nerjavečega jekla zaradi lažjega čiščenja.

V prostoru mora biti poskrbljeno za varnost v primeru predoziranj; ležišče, kisik, antidot.

Natančna ocena potrebne opreme je razvidna iz stroškovnika delovanja varnih sob. Na podlagi izkušnje pilotnega projekta bo mogoče vrednotiti primernost te ocene oziroma nabor potrebne opreme prilagoditi. Pri opremljanju prostora je potrebno izhajati iz temeljnih načel delovanja varne sobe. Omenjeni pripomočki za injiciranje morajo omogočati čim bolj higienično injiciranje, oprema mora omogočati ustrezno obravnavo zapletov, v skladu s pooblastili zdravstvenega osebja v varni sobi. Število postaj za injiciranje, ki so namenjeni posamezniku, določa zgornjo mejo kapacitete varne sobe.

2.2.6 *Spremijkenje in nadzor*

Pred uvedbo programa v skupnost je potrebno vzpostaviti delovno skupino in strokovno skupino. V skupini sodelujejo ključni deležniki (Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo,

MANDATI

družino, socialne zadeve in enake možnosti, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, Mestna občina in Društvo zmanjševanja škode) in je zadolžena za organizacijske in operativne vidike delovanje varne sobe. Pred začetkom uvedbe programa v lokalno skupnost je potrebno imeti dogovor z zdravstvenim domom in centralno urgentno službo (bolnišnico) glede protokola o ravnanju v primeru interventnih odzivov v primeru predoziranja. Delovna skupina je odgovorna za pripravo obdobnih poročil o delovanju varnih sob, ki jih posreduje strokovni skupini.

Strokovna skupina, ki jo vodi ZZV Koper, poskrbi za sprotno vrednotenje poročil, nadzor in razvoj programa. Strokovna skupina sprejme strokovne smernice, kot so npr. strokovne smernice ravnanja zdravstvenih delavcev v varni sobi ter druga strokovna priporočila o delovanju varnih sob. Z vodenjem strokovne skupine in sodelovanje pri delovni skupini s strani izvajalca na področju javnega zdravja, je zagotovljen nadzor v skladu s 187. členom Kazenskega zakonika.

3 STROŠKI DELOVANJA VARNE SOBE

Ocenili smo stroške delovanja varne sobe v prvem letu in v kasnejših letih. Stroški se nanašajo na delovanje stacionarne varne sobe s šestimi postajami in mobilne varne sobe z dvema postajama za injiciranje, ki bi delovala 8 ur na dan in imela dve polno zaposleni osebi. Predvidevamo, da bi bila ena izmed zaposlenih oseb zdravstveni delavec (univerzitetni diplomirani zdravstvenik). Stroški v prvem letu vključujejo nakup opreme in v primeru mobilne enote, nakup vozila. Pri stacionarnem centru smo predvideli najem prostorov. Model upošteva 20 % letna amortizacija stroškov opreme prostora. Ocenjene stroške prikazujemo v spodnjih tabelah.

Tabela 1: Struktura odhodkov programa v prvem letu delovanja za stacionarni program in za mobilno enoto

Struktura odhodkov	Odhodki programa (EUR)	
	Stacionarni program	Mobilna enota
1. STROŠKI DELA		
Stroški dela za 2 redno zaposlena	50.000,00	50.000,00
Delo po pogodbi za eno osebo (nadomeščanje dopustov)	2.500,00	2.500,00
SKUPAJ (1.)	52.500,00	52.500,00
2. MATERIALNI STROŠKI		
Nakup ustrezno opremljenega vozila	0,00	50.000,00
Potni stroški	0,00	1.560,00
Stroški vzdrževanja vozila, zavarovanje,...	0,00	1.500,00

Izobraževanje izvajalcev/-k (udeležba na slovenske in mednarodna strokovna srečanja)	4.000,00	4.000,00
Pisarniški material	100,00	100,00
Telefonski in poštni stroški	200,00	120,00
Zdravniški pregled zaposlenih	150,00	150,00
Najemnina prostorov	10.000,00	0,00
Oprema prostora	11.718,48	7.298,48
Elektrika, ogrevanje, voda, stroški vzdrževanja prostora	1.000,00	0,00
Stroški administracije, poslovanja, računovodstvo	1.000,00	1.000,00
SKUPAJ (2.)	28.168,48	65.728,48
3. MATERIALI ZA DELOVANJE VARNE SOBE		
SKUPAJ (3.)	25.704,27	8.568,09
SKUPAJ (1. + 2. + 3.)	106.372,75	126.796,57

Tabela 2: Struktura odhodkov programa v drugem in naslednjih letih delovanja za stacionarni program in za mobilno enoto (nediskontirano)

Struktura odhodkov	Letni odhodki programa (EUR)	
	Stacionarni program	Mobilna enota
1. STROŠKI DELA		
Stroški dela za 2 redno zaposleni osebi	50.000,00	50.000,00
Delo po pogodbi za eno osebo (nadomeščanje dopustov)	2.500,00	2.500,00
SKUPAJ (1.)	52.500,00	52.500,00
2. MATERIALNI STROŠKI		
Nakup ustreznog opremljenega vozila	0,00	0,00
Potni stroški	0,00	1.560,00
Stroški vzdrževanja vozila, zavarovanje,...	0,00	3.000,00
Izobraževanje izvajalcev/-k	1.000,00	1.000,00
Pisarniški material	100,00	100,00
Telefonski in poštni stroški	200,00	120,00
Zdravniški pregled zaposlenih	150,00	150,00
Najemnina prostorov	10.000,00	0,00
Dodatna oprema prostora	1.000,00	1.000,00
Elektrika, ogrevanje, voda, stroški vzdrževanja prostora	1.000,00	0,00

Stroški administracije, poslovanja, računovodstvo	1.000,00	1.000,00
Amortizacija (20 % vrednosti opreme)	2.345,70	1.457,90
Amortizacija (20 % vrednosti vozila)	0,00	10.000,00
SKUPAJ (2.)	16.795,70	19.387,90
3. MATERIALI ZA DELOVANJE VARNE SOBE		
SKUPAJ (3.)	25.704,272	8.568,09
SKUPAJ (1. + 2. + 3.)	94.999,97	80.455,99

Tabela 3: Ocena stroškov potrošnega materiala za uporabnike prepovedanih drog na letni ravni, potrebeni za delovanje stacionarne enote

	Material	Cena enote (EUR)	letna količina	Cena na leto (EUR)
1.	brizge z integrirano iglo; B.& D.	1 ml; 0,33 mm x 12,7 mm - kos	0,09	35000
2.	kompresa - sterilna	5,0 cm x 5,0 cm - kos	0,02	4032
3.	kompresa - nesterilna	5,0 cm x 5,0 cm - kos	0,00	12096
4.	rokavice; M, L	kos	0,03	2400
5.	kontejner veliki - 60 l	kos	4,95	24
6.	askorbinska kislina	1 kg - kos	14,99	12
7.	kuhalna žlička	kom	0,35	12096
8.	fiziološka raztopina	10 ml	0,30	12096
9.	razkužilo za roke	1 l - kos	3,20	252
10.	razkužilo za talne površine	kos	4,95	120
11.	obliži	11,5 cm - kos	0,08	1260
12.	povoji; samolepljivi	10 cm x 5 m - kos	0,29	1260
13.	leplilni trak - Micropor	širina 7-8 cm - kos	1,91	504
14.	preveza Esmarch	2,5 cm x 3 cm - kos	1,45	96
15.	vrečke za smeti; 60 l	5,5 cm x 5,5 cm - kos	0,02	504
16.	vrečke za smeti; 20 l	kos	0,40	1512
19.	narcanti	10 ampul	33,63	120
21.	filtri	dolžina 66 cm - kos	0,09	35000
22.	papirnate brisače (večje število)	kos (role)	2,30	1512
SKUPAJ				25.704,27

Tabela 4: Ocena stroškov opreme prostorov za stacionarno obliko varne sobe

	Material	Cena enote (EUR)	Količina	Skupaj cena (EUR)
1.	ogledala pred gorilniki	70,00	8	560,00
2.	gorilniki	120,00	8	960,00
3.	ventilacija	450,00	1	450,00
4.	pralne mize	420,00	7	2.940,00
5.	pralni stoli	110,00	9	990,00
6.	oglasna deska	105,00	1	105,00
7.	omara za shranjevanje materiala	250,00	3	750,00
8.	delovna miza	420,00	2	840,00
9.	razsvetljava (luči)	80,00	10	800,00
10.	umivalnik	110,00	2	220,00
11.	telefon	100,00	1	100,00
12.	računalnik s tiskalnikom	1.500,00	1	1.500,00
13.	gasilni aparat	170,00	1	170,00
14.	nosilec za milo, razkužilo, papirnate brisače	40,00	2	80,00
15.	police za zloženke in propagandno gradivo	100,00	1	100,00
16.	obešalnik	90,00	1	90,00
17.	stojalo za dežnike	40,00	1	40,00
18.	kartotečna omara	750,00	1	750,00
19.	omarica za prvo pomoč	75,48	1	75,48
20.	nosilo	198,00	1	198,00
SKUPAJ				11.718,48

Tabela 5: Ocena stroškov opreme prostorov za mobilno obliko varne sobe

	Material	Cena enote (EUR)	Količina	Skupaj cena (EUR)
1.	ogledala pred gorilniki	70,00	3	210,00
2.	gorilniki	120,00	4	480,00
3.	ventilacija	450,00	1	450,00
4.	pralne mize	420,00	2	840,00
5.	pralni stoli	110,00	4	440,00
6.	oglasna deska	105,00	1	105,00
7.	omara za shranjevanje materiala	250,00	3	750,00
8.	delovna miza	420,00	1	420,00
9.	razsvetljava (luči)	80,00	5	400,00
10.	umivalnik	110,00	0	0,00
11.	telefon	200,00	1	200,00
12.	računalnik s tiskalnikom	1.500,00	1	1.500,00
13.	gasilni aparat	170,00	1	170,00

14.	nosilec za milo, razkužilo, papirnate brisače	40,00	2	80,00
15.	police za zloženke in propagandno gradivo	100,00	1	100,00
16.	obešalnik	90,00	1	90,00
17.	stojalo za dežnike	40,00	1	40,00
18.	kartotečna omara	750,00	1	750,00
19.	omarica za prvo pomoč	75,48	1	75,48
20.	nosilo	198,00	1	198,00
SKUPAJ				7.298,48

4 ANALIZA STROŠKOV IN UČINKOV

V nadaljevanju bomo predstavili program vzpostavitev varnih sob z vidika stroškov in učinkov za stacionarno in mobilno obliko omenjenega programa. Pri tem ne smemo pozabiti, da je primaren cilj varnih sob s perspektive javnega zdravstva zmanjšanje bolehnosti in umrljivosti zaradi uporabe drog, v družbenem pogledu pa omogoča dvoje: prvič, kontrolo nad tveganji, ki smo jim izpostavljeni tudi ostali zaradi odvrženih igel na javnih mestih ali posledičnega kriminala in nasilja zaradi drog; drugič, normalizacijo obravnave, ki zmanjša nepotrebno in škodljivo stigmatizacijo uporabnikov in pomaga k njihovemu večjemu vključevanju.

4.1 Učinki vzpostavitev varnih sob za injiciranje

4.1.1 Okužbe kože, povezane z injiciranjem

Med zaplete injiciranja prepovedanih drog spada tudi okužba mehkih tkiv. Ocene pogostosti pojava se razlikujejo, razlikujejo pa se tudi okolja v katerih so bile študije izvedene ter oblike raziskav. Hope in sod. ugotavljajo, da v Angliji 36% vprašanih uporabnikov intravenoznih drog poroča o abscesu ali odprti rani na mesto injiciranja v preteklem letu¹². Od teh, jih je 68% poiskalo zdravstveno oskrbo. Lloyd-Smith in sod. so ugotovili pri uporabnikih varnih sob za injiciranje v Kanadi med 6% in 10% prevalenco okužb kože, povezane z injiciranjem¹³. Študija v Združenih Državah Amerike je ugotovila 32% prevalenco abscesov in/ali celulitisa med uporabniki intravenoznih drog¹⁴. Ob tem je pomembno izpostaviti, da se zdravstveni sistem in socialna podpora ogroženim skupinam prebivalstva v ZDA pomembno razlikuje od Kanadski in Evropski.

Kerr in sod. so v Kanadi opazili sorazmerno visoka obiskanost zdravnikov na primarni ravni in urgenc. Razlogi za obisk splošnih zdravnikov niso opisani, med razlogi za obisk urgentnih služb pa je na prvem mestu absces, celulitis in druge okužbe kože (18,3% obiskov), na drugem pa rane, laceracije in kontuzije (8% obiskov)¹⁵. Podobni so bili tudi rezultati pridobljeni v okviru VIDUS študije, prav tako opravljena v Kanadi¹⁶. V tem primeru je bil najpogosteji razlog za obisk urgentnih služb okužba mehkih tkiv (16,6%), sledijo pa »težave povezane z uporabo prepovedanih drog« (11,7%). Slednja študija je tudi analizirala razloge za hospitalizacijo: pljučnica je bila razlog za 26,7% hospitalizacij, okužbe mehkih tkiv pa za 18,2% teh hospitalizacij. Upoštevanje zgolj hospitalizacije in pregledi eksplicitno povezani z okužbo mehkih tkiv pomembno podcenjuje obsežnost teh zdravstvenih težav. Okužbe

povezane z injiciranjem lahko vodijo do endokarditisa, osteomielitisa, sepse in številne druge zaplete¹⁷. V okviru študije spremeljanja delovanja varnih sob za injiciranje v Vancouveru, Kanadi, je bilo ugotovljeno, da 49% vseh hospitalizacij v kohorti uporabnikov drog je bila povezana z okužbo kože povezano z injiciranjem¹⁷. Poleg tega, poročila o tetanusu in izvenbolnišnične MRSA pri uporabniki injicirajočih drog v Angliji¹² nakazujejo na nevarnosti, ki pretijo na tem področju v bodočnosti.

Po pregledu literature lahko zaključimo, da so okužbe kože, povezane z injiciranjem so sorazmerno pogoste pri uporabniki injicirajočih drog, čeprav natančne ocene o obsegu tega problema v Sloveniji nimamo.

Raziskovanje učinkov varnih sob za injiciranje na pojav tovrstnih okužb sloni predvsem na izkušnje in raziskave opravljene v okviru varne sobe v Vancouveru. Kvalitativna študija temelječa na vrsto intervjujev z uporabniki varne sobe v Vancouveru je razkrila, da uporabniki občutijo učinek podpore, ki jo dobijo v varni sobi¹⁸. Uporabniki so opisali, kako so v okviru centra so njihove rane ustrezno oskrbljene in kako upoštevajo nasvete osebja o pregledu pri zdravniku, ko osebje oceni, da je to potrebno. En uporabnik je tudi opisal, kako na podlagi nasveta medicinske sestre v varni sobi je lahko oskrbel rano na takšen način, da se ni razvil absces v primeru, ko ga je pričakoval. Podobni so tudi zaključki analize delovanja varne sobe v Sydney, Avstralija. Večina uporabnikov teh sob poroča o tem, da so njihove prakse injiciranja varnejše od kar obiskujejo centra¹⁹. Poročila o varnejšem injiciranju ob uporabi varnih sob lahko zasledimo tudi v drugih državah²⁰. V okviru SEOSI študije¹⁷ so bile analizirane značilnosti pojava hospitalizacije zaradi okužbe kože povezane z injiciranjem drog in njihove zaplete. Ugotovljena je bila večja verjetnost hospitalizacije v primerih, ko so bili sodelujoči pri raziskavi napotni v bolnišnico s strani medicinske sestre v varni sobi, v primerjavi s pacienti, ki niso bili tja napotni s strani osebja varnih sob. Obenem je bilo povprečno trajanje hospitalizacije prve skupine hospitaliziranih pacientov (4 dni) bistveno krajše od povprečnega trajanja hospitalizacije pri drugi skupini (12 dni). Ob tem je pomembno povedati, da razlike zahtevajo nadaljnje raziskovanje saj je število morebitnih motenj in pristranosti zelo veliko. Na podlagi teh podatkov ni mogoče sklepati o učinkih varnih sob, saj so bili vsi sodelujoči v raziskavi uporabniki Vancouverskega centra. Kljub temu razlike nakazujejo na možnost, da vzpostavitev varnih sob lahko pomembno vpliva na tovrstne pojave in z njimi povezana uporaba zdravstvenih služb.

V podpori možne vloge varnih sob pri obvladovanju okužb kože povezane z injiciranjem, govori tudi analiza o dejavnikih tveganja za razvoj tovrstnih okužb²¹. Čeprav zanesljivih dokazih o učinkovitih intervencijah nimamo, dejstvo je, da so številni dejavniki tveganja obvladljivi.

4.1.2 Predoziranja

Najpogostejši urgentni zapleti v varnih sobah so predoziranja in epileptični napadi²⁰. Izkušnje v drugih državah kažejo, da so predoziranja povezane s heroinom razlog za približno 80% vseh urgenc²⁰. Pogostost urgenc je zelo različna v različnih centrih in državah, z razponom med 0,5 urgenc vsakih 1000 vbrizgavanj v Zurichu in 7 urgenc vsakih 1000 vbrizgavanj v Sydneyju. Pri tem je pomembno upoštevati različnost protokolov, ki se uporabljam v centrih in iz katerih izhaja opredelitev dogodka kot urgenco. V Nemčiji je intervencija rešilcev potrebna v 50% do 70% vseh prepoznanih urgentnih dogodkov, čeprav pogosto je urgentno

stanje rešeno še pred prihodom le-teh. Pomembna razlika med centri je tudi prisotnost različnih profesionalnih profilov osebja. V Avstraliji so v centru prisotni zdravniki, med tem ko v Nemčiji zdravnikov ni, medicinske sestre pa nimajo pooblastil za dajanje naloksona (antidota) uporabnikom. Tudi stopnja hospitalizacije ob pojavi urgentnega stanja se pomembno razlikuje med Frankfurtom in Sydnejem. Pri tem pa preseneča zelo podobno stopnjo hospitalizacije na 1000 vbrizgavanj, ki je bila v enem izmed Frankfurtskih centrov in Sydneyem 0,15²⁰.

Primerjave med predoziranj, ki se zgodijo v varnih sobah, in tistih, ki se zgodijo izven njih, tako glede pogostosti kot glede izidov so izjemno težavne zaradi metodoloških omejitev in relativna redkost pojava. Verjetno je najbolj poveden podatek dejstvo, da je od začetka delovanja varnih sob v osemdesetih letih prejšnjega stoletja znan zgolj en primer smrti v tem okolju in sicer zaradi anafilaktičnega šoka²⁰.

Varna soba v Avstraliji naj bi po ocenah preprečila 6 smrti ob 329 primerov predoziranj v 18 mesečnem obdobju opazovanja. V Nemčiji je bila ocenjena letna smrtnost zaradi predoziranja na 2% na osebo na leto²⁰.

V letu 2012 je bila opravljena obsežna študija²² o učinkih odpiranja varnih sob za injiciranje v Torontu in Ottawi. Študija, ki vključuje analizo stroškov in učinkov, v slednjem ne upošteva učinke preprečenih predoziranj in posledičnih smrti. V študiji so navedeni trije razlogi za takšno odločitev: 1) ni bilo mogoče ločiti primere predoziranj, ki so se zgodili pri osebah, ki so uporabniki drog; 2) ni zanesljivih podatkov o stopnji nesmrtnih predoziranj; 3) omejeni podatki s katerimi razpolagajo kažejo na zelo nizko stopnjo smrtnosti v Torontu in Ottawi. Sicer model uporabljen v študiji upošteva zgolj učinke vezane na pojav HIV/AIDS in Hepatitisa C.

4.1.3 Hepatitis C in HIV

Spremljanje dela varne sobe v Vancouver je z vidika nalezljivih bolezni eden najpomembnejših virov informacij o učinkih varnih sob. Objavljeni članki, ki se nanašajo na ta primer, vključujejo tudi najbolj natančni poskusi ocene učinkov in stroškov varne sobe²³⁻²⁶. Tovrstne analize se sicer predvsem osredotočajo na okužbe s HIVom, zaradi sorazmerno visoke prevalence okuženosti v ciljni skupini uporabnikov varnih sob.

V Sloveniji razpoložljivi podatki ne kažejo na visoko razširjenost HIV med uporabniki intravenoznih drog. Navedeno dejstvo ne smemo napačno razumeti kot dokaz, da skrbi za epidemije HIVa med uporabniki intravenoznih drog ni. Izkušnje Grčije so pokazale, da nekatere družbene spremembe lahko sunkovito spremenijo epidemiološko stanje. Po razpoložljivih podatkih je bilo v obdobju med 2007 in 2010 letno ugotovljenih med 10 in 15 primerov okužb s HIVom, pri katerih je bila uporaba intravenoznih drog najverjetnejši način okužbe. V obdobju od januarja 2012 do avgusta 2012 je bilo takih primerov 314²⁷. Dejstvo je, da v Sloveniji beležimo eno najnižjih prevalenc za vse virus, ki se prenašajo s krvjo. Ker gre za relativno malo okuženih še vedno nadzorujemo problem z relativno malo denarja. Redke so države, kjer zavarovalnica zmore pokriti potrebe vseh okuženih s HIVom. Pri nas imamo enkratno priložnost vsaj ohraniti obstoječe stanje Pri nas imamo enkratno priložnost vsaj ohraniti obstoječe stanje, da v populaciji, ki drugod sicer velja za najbolj rizično, razvijemo še tisti model zmanjševanja škode, ki navodila o varnejši uporabi drog dokončno implementira

tudi v konkretni praksi, saj so ta navodila dejanski, sestavni del prakse varne sobe. Rezultati svetovanja o varnejši uporabi, ki potekajo v dnevnih centrih brez varnih sob, so relativno manj učinkoviti, ker uporabniki zatem še vedno injicirajo v - že znanih - stresnih in tveganih pogojih.

Natančna velikost učinka uvedbe varnih sob na število okužb s HIVom je predmet razprave med strokovnjaki, podobno kot učinki na drugih področjih. Obstaja pa splošno soglasje, da uvedba varnih sob dejansko prispeva k zmanjšanju oziroma obvladovanju okužbe s HIVom²⁸,²⁹. Dejstvo je torej vsekakor argument v prid vzpostavitve varnih sob. Kljub temu, glede na ocene o nizkem številu okuženih s HIVom med uporabniki intravenoznih drog v Sloveniji¹¹, predvidevanja v tem smislu niso bila vključena v modelu ocene stroškov in učinkov, saj bi bili eni in drugi vezani na izjemno nezanesljivost, ne zgolj zaradi omejene natančnosti razpoložljivih podatkov, ampak tudi zaradi negotovosti, ki izhaja iz aplikacije verjetnostne statistike na nizke številke.

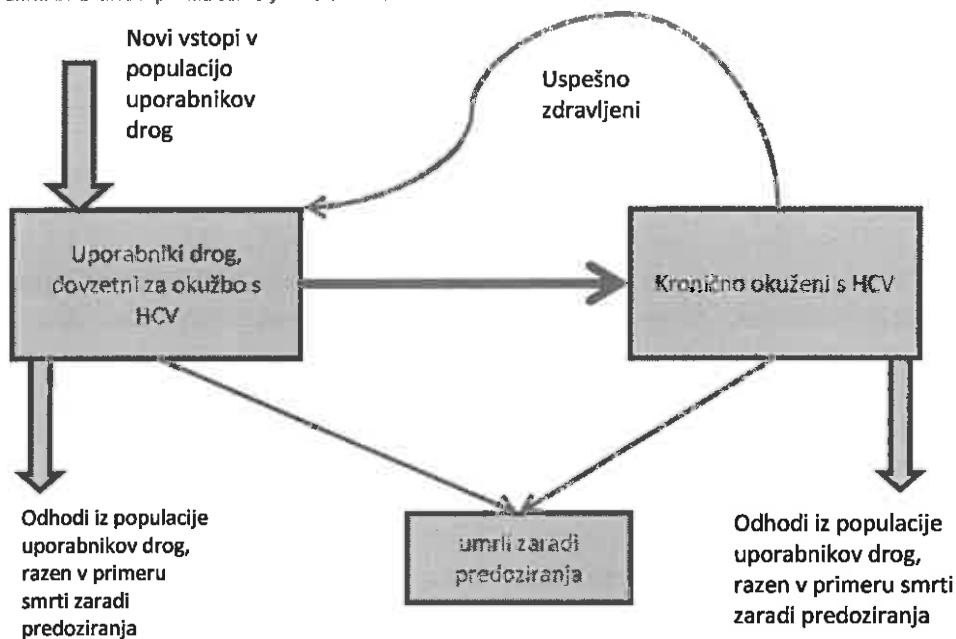
Modeli, ki so bili uporabljeni za izračun učinkov varnih sob na razširjenost okužbe s HIVom pa so lahko zelo koristni pri oblikovanju modelov, ki upoštevajo učinke varnih sob na okužbe s HCV. HCV pa je tudi v Sloveniji med uporabniki drog bistveno bolj pogost kot v splošni populaciji.

4.2 Opredelitev modela

Sestava modela za oceno stroškov in učinkov uvedbe varnih sob za injiciranje označuje prisotnost pomanjkljivih kvantitativnih informacijah o posledicah uvedbe varnih sob. Omejitve glede razpoložljivosti informacij za oceno stroškov in učinkov so bile prepoznane v obširnem poročilu o varnih sobah EMCDDA z leta 2004²⁰, kot tudi v poročilu na to temo mednarodnega konzorcija *International Drug Policy Consortium* z leta 2012³⁰. Poglavitne omejitve so bile opisane v poglavju o učinkih varnih sob pričujočega dokumenta. Model za oceno stroškov in učinkov je bil sestavljen ob upoštevanju le-teh.

Najbolj natančne informacije o učinkih varnih sob se nanašajo na centre, katerih delovanje je še opredeljeno kot pilotno, in sicer v Kanadi in Avstraliji³⁰. Avstralski model delovanja varnih sob se glede pristojnosti in kadrovske zasedbe pomembno razlikuje od načrtovanega v Sloveniji. Posledično je bila osnova za sestavo modela o stroških in učinkih, pristop, ki so ga izbrali raziskovalci v Kanadi^{22-24, 26}. Večino omenjenih analiz ugotavlja učinek v smislu zmanjšanja stroškov za zdravstveni sistem, ki ga pogojuje uvedba varnih sob za injiciranje. Največji delež prihrankov se nanaša na preprečenih primerov okužbe s HIVom. Omenjene okužbe nismo vključili v naš model, ker v Sloveniji je raven le-teh zelo nizka, kot je opisano v drugem poglavju. Ne glede na to pa bi v primeru epidemije HIVa med uporabnike drog varne sobe imeli ugodne učinke, ki so bili izpostavljeni v drugih raziskavah²⁹.

Slika 1: Grafični prikaz temeljnih elementov modela



Oblikovani model za analizo stroškov in učinkov upošteva zgolj direktno zdravstvene stroške in koristi. Razlog za takšno odločitev je v boljšo razpoložljivost sicer zelo skopih podatkov. Izjemno težko je oceniti finančne in druge koristi, ki izhajajo iz dejavnikov, kot so zmanjšano injiciranje drog v parkih in drugih javnih površinah. Lahko na primer predpostavljamo, da ima ta učinek posledice na vrednost nepremičnin v neposredni okolici takih mest. V tem smislu torej analiza precenjuje stroškovne vidike uvedbe varne sobe.

Z namenom oceniti stroške in učinke smo sestavili preprosti kompartmentalni model. Populacijo modela tvorijo uporabniki intravenoznih drog na območju Ljubljane. Model prepozna dva ključna stanja v katera se posamezniki v populaciji lahko nahajajo: med dovzetnimi za okužbo s HCV ali med okuženimi s HCV. Znotraj vsakega stanja pa smo prepoznali delež oseb, ki se zdravijo v centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) in tiste, ki se ne.

$$\begin{aligned}
 \frac{dF}{dt} &= -\varphi F + \eta G \\
 \frac{dG}{dt} &= +\varphi F - \eta G \\
 \frac{dS}{dt} &= -\beta\alpha S \frac{I}{N} F - \varepsilon\alpha S \frac{I}{N} G - \mu S - \omega SF - \sigma SG + \rho I + vN \\
 \frac{dI}{dt} &= +\beta\alpha S \frac{I}{N} F + \varepsilon\alpha S \frac{I}{N} G - \rho I - \mu I - \omega FI - \sigma GI \\
 \frac{dN}{dt} &= +vN - \mu S - \omega FS - \sigma GS - \omega FI - \sigma GI - \mu I \\
 dU &= +\omega FS + \sigma GS + \omega FI + \sigma GI
 \end{aligned}$$

Kjer je

F=delež uporabnikov prepovedanih drog, ki uporabljajo CPZOPD

G=delež oseb, ki ne uporabljajo CPZOPD

N=število uporabnikov prepovedanih drog v Ljubljani

I=število kronično okuženih s HCV

S=število oseb, ki so dovzetni za okužbo s HCV

U=število umrlih

ϕ =stopnja opuščanja programov CPZOPD

η =stopnja vstopanja v programe CPZOPD

$\beta=P^*$ b

P=verjetnost okužbe ob vbodu z okuženo iglo

b=povprečno število vzbudov v časovni enoti

α =verjetnost uporabe okužene igle

ϵ =enako kot β , vrednost b je drugačna zaradi predpostavke, da osebe na substitucijske terapije v povprečju manj pogosto injicirajo droge v časovni enoti

ω =stopnja umrljivosti zaradi nezgodnih zastrupitvah pri uporabniki CPZOPD

σ =stopnja umrljivosti zaradi nezgodnih zastrupitvah pri osebah, ki ne uporabljajo CPZOPD

μ =zapustitev populacije iz drugih razlogov (prenehanje uporabe prepovedanih drog, selitev, smrt iz drugih razlogov, itd.)

p=stopnja ozdravitve HCV

v=stopnja vstopa novih posameznikov v populacijo uporabnikov prepovedanih drog

4.2.1 Populacija uporabnikov intravenoznih drog

Zanesljivih podatkov o številu uporabnikov injicirajočih drog v Ljubljani ni. Zadnja večja prevalenčna analiza o uporabnikih injicirajočih drog objavljena leta 2008³¹ ocenjuje, da imamo v starostni skupini od 15 do 64 let starosti 10654 problematičnih uporabnikov drog (95 % interval zanesljivosti: 9.078-12.593). Predpostavili smo, da je število problematičnih uporabnikov prepovedanih drog ostalo konstantno. Vrednost smo uporabili kot izhodiščno oceno uporabnikov injicirajočih drog, glede na odsotnost drugih referenčnih vrednosti.

Predpostavili smo, da je v različnih slovenskih okoljih delež oseb, med vsemi uporabniki drog, ki so vključeni v programe CPZOPD, konstanten. Ob uporabi objavljenih podatkov^{11, 31-34} smo izračunali delež oseb na substitucijski terapiji med vsemi uporabniki drog (29,7%). V CPZOPD v Ljubljani je bilo leta 2011 vključenih 762 oseb. Ob predpostavki, da ta skupina predstavlja 29,7% vseh uporabnikov intravenoznih drog v Ljubljani, smo ocenili, da je le-teh 2564.

Model predpostavlja, da v populacijo vstopijo nove osebe in druge jo zapuščajo. Stopnjo prehajanja v populacijo smo izračunali glede na število uporabnikov programov CPZOPD, ki so se v posameznem letu vključili v programe prvič. Na podlagi podatkov iz nacionalnih poročil o drogh, smo izračunali delež oseb, ki so se prvič vključili v programe CPZOPD, med vsemi uporabniki programov CZPOPD v obdobju od leta 2009 do leta 2011. Delež, ki znaša 0,0899 na letni ravni, smo uporabili kot oceno deleža novih uporabnikov prepovedanih drog med vsemi uporabniki intravenoznih drog. Na podlagi omenjene vrednosti smo izračunali stopnjo vstopa novih članov v populacijo, glede na celotno velikost populacije uporabnikov prepovedanih drog. Predpostavili smo, da vse nove osebe v populaciji prispevajo k skupini dovzetnih za okužbo s HCV in torej da niso okuženi.

Model predpostavlja tudi stanje dinamičnega ravnovesja pred uvedbo varnih sob, kar pomeni, da smo enačili skupno stopnjo zapuščanja populacije s stopnjo prihajanja v njej. Posebej smo obravnavali zgolj primere predoziranja. Ostali razlogi za zapustitev populacije (prenehanje uporabe prepovedanih drog, smrti iz drugih razlogov, selitev, itd.) niso bili nadaljnje razčlenjeni, ker model ne predpostavlja vpliv varnih sob na omenjene dogodke.

4.2.2 Modeliranje zdravstvenih stanj

Model upošteva dva možna zdravstvena stanja, in sicer skupina dovzetnih za okužbo in skupina okuženih uporabnikov prepovedanih drog. Z namenom ohraniti matematične preprostosti modela smo upoštevali zgolj kronične okužbe s HCV. Le te smo ocenili kot 80 % uporabnikov drog³⁵, pri katerih so bila ugotovljena pozitivna protitelesa na HCV. To pomeni, da preostalih 20 % domnevno akutno okuženih, model povsem ignorira, kar podcenjuje razširjenost pojave. Za oceno deleža uporabnikov drog, ki imajo pozitivna protitelesa na HCV, smo uporabili razpoložljive vrednosti, ki se nanašajo na testiranje udeležencev programov CPZOPD. Vrednosti, ki so navedene v nacionalnih poročilih^{11, 31-34} skozi leta nekoliko nihajo, velik preskok je opazen zlasti v letu 2011. Zato smo kot izhodiščno vrednost uporabili povprečje v obdobju od leta 2002 do leta 2011, glede na razpoložljive podatke. Povprečje je 23,05 %. Posledično ocenujemo, da je kronično okuženih 18,44 % uporabnikov drog za injiciranje.

Poleg sorazmerno nizke prevalence HCV pri uporabnikih prepovedanih drog v primerjavi z drugimi državami^{22, 36}, Slovenijo odlikuje tudi dobro razvit sistem zdravljenja okuženih s HCV. Na podlagi poročila o 88 % uspešni ozdravitvi 101 uporabnikov drog v obdobju 2 let³⁷, smo ocenili stopnjo ozdravitve. Za oceno stopnje ozdravitve smo uporabili oceno okuženih v Sloveniji (opravljena po enakem postopku, kot v primeru Ljubljane), ki znaša 1965 primerov. Stopnjo ozdravitve smo tako izračunali kot delež zdravljenih v časovni enoti med vsemi okuženimi. Ozdravljeni osebi so v modelu ponovno del skupine dovzetnih za okužbo.

V modelu je število novih okužb s HCV v časovni enoti odvisna od števila za okužbo dovzetnih uporabnikov prepovedanih drog (S), deleža okuženih med vsemi v populaciji (I/N) ter od faktorja (x), ki ga je bilo potrebno izračunati. Faktor x je odvisen od verjetnost prenosa okužbe ob uporabi okužene igle (P), število vbodov v časovni enoti (b) ter delež vbodov, ki se opravijo z okuženo iglo (α). Vrednost P se ne spreminja. Vrednost b je odvisna od tega, ali je oseba vključeno v program zdravljenja ali ne. Povprečno število vbodov na leto smo povzeli po Bayoumi in Zaric²⁶ (711 vbodov na leto). Na podlagi relativnega tveganja za uporabo okužene igle smo izračunali razmerje med pogostosti injiciranja drog pri osebah, vključene v programe CPZOPD, in pri ostalih uporabnikih prepovedanih drog.

Vrednost α smo izračunali ob predpostavki dinamičnega ravnovesja, torej ob predpostavki konstantnega števila okuženih in dovzetnih oseb skozi čas. Izračunana vrednost α je 0,007. To naj bi odražalo, da uporabniki drog v povprečju uporabljajo rabljeno iglo v 0,7 % vbodov. Izračun preseneča glede na podatke iz anket, opravljene med uporabnike prepovedanih drog, ki poročajo o souporabi igel v 24,9 % primerov. V primeru poročila TOSCA²² so raziskovalci za področje Toronto, Kanada, ugotovili 18 % prevalenco uporabe rabljenih igel na podlagi anket. Ob njihovi predpostavki 480 injekcij na leto v povprečju na uporabnika so izračunali, da uporabnik drog uporablja rabljeno iglo v 3 % primerov. V tem kontekstu nas rezultat ne preseneča. Avtorji poročila TOSCA so nizko vrednost interpretirali kot verjetno

posledico pojava stalnosti družb znotraj katerih se igle izmenjujejo in torej odsotnosti dejavnika popolnega naključja partnerjev za vbrizgavanje.

Tabela 6: Vrednosti parametrov v modelu in njihov vir

Parameter modela	vrednost	vir
η	0,003166595	Izračun temelji na delež uporabnikov programov CZPOPD, ki prvi vstopajo v programe na letni ravni [11, 31-34]
ϕ	0,007489407	Kalibracija
P	0,012	(²²)
b	59,25	(²⁶)
Relativno tveganje vboda v časovni enoti (b) pri uporabnike programov CPZOD	0,3	(²⁶)
α izhodiščni	0,007048761	Kalibracija
Relativno tveganje uporabe okužene igle pri uporabnikih varnih sob	0,32	(²⁶)
Število rednih uporabnikov varnih sob ob predpostavki 6 mest za injiciranje (stacionarna enota)	333,33	Izračun temelji na izkušnje centra InSite (²⁶) ob upoštevanju razmere kapacitet.
Število rednih uporabnikov varnih sob ob predpostavki 2 mest za injiciranje (mobilna enota)	111,11	Izračun temelji na izkušnje centra InSite [²⁶] ob upoštevanju razmere kapacitet.
ω	0,00004724475	Izračun temelji na skupno stopnjo umrljivosti zaradi zastrupitvah in na razmerje med številom vbodov pri uporabnikih CPZOPD in ostalimi uporabniki drog.
σ	0,00015748252	Izračun temelji na skupno stopnjo umrljivosti zaradi zastrupitvah in na razmerje med številom vbodov pri uporabnikih CPZOPD in ostalimi uporabniki drog.
μ	0,0020794563	kalibracija
p	0,0018833373	³⁷
v	0,00220417996	Ocenjeno na podlagi števila uporabnikov drog, ki na letni ravni prvič vstopijo v programe substitucijske terapije.

4.2.3 Umrljivost uporabnikov

Za izračun stopnje umrljivosti zaradi predoziranja smo uporabili podatke obširne analize objavljena v Nacionalnem poročilu o drogah³⁴. Umrljivost zaradi nezgodne zastrupitve smo uporabili kot oceno umrljivosti zaradi predoziranja.

Umrljivost zaradi predoziranja smo v modelu preračunali kot stopnjo umrljivosti smrti zaradi predoziranja na posamezno injiciranje. Na takšen način smo prilagodili stopnjo umrljivosti zaradi predoziranja glede na to, ali je oseba je substitucijski terapiji ali ne, saj se povprečne pogostosti injiciranja razlikujeta.

4.2.4 Vpliv varnih sob za injiciranje

Model upošteva tri poglavitne učinke varnih sob za injiciranje: zmanjšanje tveganega vedenja pri injiciranju drog, povečana verjetnost vključevanja v CPZOPD ter zmanjšano tveganje za predoziranje. Prva dva učnika sta bila ugotovljena v centru InSite v Kanadi in tudi upoštevana pri Bayoumi in Zaric²⁶ ter v kasnejši projekciji učinkov vzpostavitev varnih sob v Torontu in Ottawi²². Večja varnost injiciranja prepovedanih drog pri rednih uporabnikih varnih sob je posledica nižje stopnje izmenjave rabljenih igel. Sprememba vedenja se odraža v spremenjeni vrednosti spremenljivke α v našem modelu. Relativno tveganje za uporabo okužene igle za uporabnike varnih sob v primerjavi s preostalimi uporabniki intravenoznih drog smo prav tako povzeli po Bayoumi in Zaric²⁶.

V primeru Kanadskega centra so raziskovalci prepoznali večjo verjetnost vključitve v programih centrov za zdravljenje odvisnosti. Tudi v tem primeru smo v našem modelu povzeli ugotovljene vrednosti v Kanadskem primeru in jih aplicirali na naše okolje. Večje vključevanje v programe CPZOPD pa ima v skladu z modelom posledice na manjšo pogostost injiciranja in posledično na nižje tveganje za okužbo s HCV in na nižje tveganje za smrt zaradi predoziranja.

Učinke opisane zgoraj smo upoštevali zgolj pri rednih uporabnikih varnih sob. Število rednih uporabnikov smo ocenili na podlagi vrednosti Kanadskega centra. Slednji, ki deluje 18 ur na dan in ima 12 postaj, v katerih se lahko uporabniki drog injicirajo, ima 1500 oseb, ki so se prepoznali kot redni uporabniki centra, kar predstavlja 20 % tamkajšnje populacije uporabnikov drog. Varna soba v Ljubljani naj bi imela 6 postaj za injiciranje in naj bi bila odprta 8 ur na dan. Ob upoštevanju sorazmerno zmanjšanje kapacitet centra smo ocenili, da bo Ljubljana imela 333 rednih uporabnikov varnih sob ali 13 % vseh uporabnikov injicirajočih drog.

Poleg učinka zmanjšanega tveganja za smrt zaradi predoziranja, ki je posledica večjega vključevanja v programe CPZOPD, smo posebej tudi izračunali zmanjšano tveganje zaradi injiciranje neposredno v varnih sobah. V tem primeru smo upoštevali dejstvo, da po razpoložljivih podatkih, v nobenem izmed mnogih varnih sob, ki so postale aktivne v zadnjih 20 letih v Evropi, Avstraliji in Kanadi, ni bilo zabeležene smrti zaradi predoziranja²⁰. Ob uporabi izračuna o tveganju za smrti zaradi predoziranja, povezane s posameznim vbrizgavanjem ter ob upoštevanju predvidenega skupnega števila vbrizgavanj, ki se bo odvijalo v okviru varnih sob, smo sklepali o številu preprečenih smrti iz tega naslova.

4.3 Ekonomski parametri analize

Analiza povzame desetletni časovni horizont, izračuni so prilagojeni mesečnim časovnim intervalom. Osnovna projekcija upošteva 3 % diskontno stopnjo za stroške, medtem ko pridobljeni QALY niso diskontirani. V analizi občutljivosti smo upoštevali še 1 % in 5 % diskontno stopnjo ter 3 % stopnjo diskontiranja učinkov. Upoštevali smo tudi možnost, da bi bili stroški delovanja varnih sob za 10 % višji ali nižji od predvidenih.

Model upošteva stroške zdravljenja hepatitisa C. Analize o stroških zdravljenja ene osebe v Sloveniji nimamo. Zato smo povzeli vrednosti po Martin in sod.³⁸ ki znaša 7563 £ in jih prilagodili slovenskim razmeram tako, da smo upoštevali konverzijski faktor za leto 2011^c in povprečni menjalniški tečaj med funtom in evrom v predmetnem letu^d.

Upoštevali smo tudi stroške predvidenega večjega vključevanja v programe CPZOPD. Te stroške smo izračunali ob upoštevanju skupnega izdatka ZZZS za delovanje le-teh in za uporabljenia zdravila ter ob upoštevanju razpoložljive podatke o številu oseb vključene v programe. Vse vrednosti so se nanašale na nacionalno raven. Tako izdatki ZZZS kot število oseb, vključene v programe, skozi leta nekoliko nihata. Podatki za leto 2011 so bili referenčni in izhodišče za izračun.

Med koristi vzpostavitve varnih sob model šteje tudi rešena življenja zaradi predvidenega zmanjšanja števila smrti zaradi predoziranj. Stroške smrti zaradi predoziranja so postavljeni na 0 EUR. Razlogov za to je več. Analiza povzame vidik zdravstvenega sistema in torej ne upošteva izgubljeno produktivnost družbe, ki je posledica izgube življenja. Stroški zdravstvene blagajne so v glavnem povezani z opravljenimi zdravstvenimi storitvami. Ocena stroškov bi se morala nanašati na predvidene zdravstvene storitve, ki bodo opravljene zaradi predoziranja. Vpliv varnih sob na le-teh pa je izjemno težko oceniti. Pogostost klica rešilca zaradi predoziranj v varnih sobah se zelo razlikuje od centra do centra in je predvsem povezan s kadrovsko sestavo centra in pooblastili, ki jih ima osebje²⁰. Težko je oceniti kako se po pogostosti klicev nujni medicinski pomoči razlikujejo predoziranja, ki se pojavijo v varnih sobah, in tiste, ki se pojavijo izven nje. Prav tako je težko oceniti, kako se razlikuje zdravstveno stanje in obseg zdravstvenih storitev, ki jih je potrebno opraviti ob intervenciji, v primeru, da je oseba bila takoj ustrezno oskrbljena v varni sobi in v primeru predoziranja izven nje, kjer do takojšnje strokovne pomoči ne pride. Razpoložljive podatke o predoziranju in varnih sob smo povzeli v poglavju o učinkih varnih sobah v pričujočem dokumentu.

4.4 Rezultati

ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio) v izhodiščnem modelu znaša 40.008,41 EUR/QALY v primeru vzpostavitve stacionarnih varnih sob za injiciranje in 102.043,96 EUR/QALY v primeru vzpostavitve mobilnih enot. Rezultate analize občutljivosti prikazujemo v tabeli spodaj.

Tabela 7: Rezultati analize občutljivosti

Spremenjeni parameter	ICER (EUR/QALY)	
	Stacionarni center	Mobilna enota
Diskontiranje učinkov po isti obrestni meri kot stroške	48.725,67	124.305,96
Povečanje diskontne stopnje na 5 %	36.688,20	93.903,69
Zmanjšanje diskontne stopnje na 1 %	43.869,85	111.515,66
Povečanje stroškov delovanja varnih sob za 10 %	43.804,90	112.043,70
Zmanjšanje stroškov delovanja varnih sob za 10 %	36.211,93	92.043,67

^c <http://data.worldbank.org/indicator/PA:NUS.PPPC.RF>

^d www.x-rates.com

4.5 Razprava

Rezultati kažejo izrazito razliko v razmerju stroškov in učinkov, če primerjamo stacionarnega centra z mobilno enoto. Rezultat je razumljiv, če upoštevamo kapaciteto posamezne oblike vzpostavite varnih sob. Predvideli smo namreč stacionarno varno sobo v kateri bi bilo 6 uporabniških mest za injiciranje prepovedanih drog. V primeru mobilne enote pa smo ocenili, da zaradi prostorskih razmer ne bi bilo mogoče vzpostaviti več kot 2 uporabniška mesta. Učinki varnih sob so odvisni predvsem od števila njihovih rednih uporabnikov, ki pa je sorazmerno s kapacetetami varne sobe. Posledično model predvideva približno tri krat manjši učinek mobilne enote v primerjavi s stacionarno enoto s podobnimi stroški.

Model označujejo številne omejitve: kvantitativnih podatkov o učinkih varnih sob je malo. Poleg tega so učinki varnih sob odvisni od značilnosti okolja, v katerem delujejo. Razprava o stroškovni učinkovitosti varne sobe v Vancouveru se osredotoča predvsem na oceno števila preprečenih okužb s HIVom. Zaradi trenutno nizke stopnje okuženosti s HIVom med uživalci prepovedanih drog v Sloveniji, tega dejavnika nismo vključili v naš model. V Sloveniji opažamo tudi sorazmerno nizko stopnjo okužbe s HCV in nizke samoporočene stopnje souporabe igel. Zato je predpostavka o sorazmernem učinku vzpostavite varne sobe v Sloveniji pomembna omejitev.

Verjetno najpomembnejša neznanka o posledicah varnih sob na stroške in učinke je vpliv varnih sob na pojav okužb kože, povezane z injiciranjem. Le te so bile prepoznane kot vir najvišjih stroškov zdravljenja uporabnikov prepovedanih drog^{16, 17}. Kvalitativne analize so pokazale, da so okužbe kože, ki se pojavijo pri uporabnikih varnih sob, bolje oskrbljene¹⁹. Vendar ni jasno, ali je to posledica povečanja dostopnosti do zdravstvenih storitev ali izboljšanim praksam injiciranja drog ali oboje. Povečana dostopnost praviloma pomeni tudi večje izkoriščanje zdravstvenih storitev in posledično višje stroške. Obenem pa nepravočasno oskrbljena rana lahko povzroča večje zdravstvene težave, povezane z večjim tveganjem za zdravje in višjimi stroški. Ne glede na stroškovne vidike, je dolžnost zdravstvenega sistema, h kateremu strsimmo v Sloveniji, omogočati dostop do zdravstvenih storitev vsem tistim, ki jih potrebujejo. Zato je pomembno upoštevati omenjeno dejstvo ne glede na to, da ga ni bilo mogoče vključiti v model.

Pomembno je tudi izpostaviti, da s prevzemanjem vidika sistema zdravstvenega varstva, in sicer zgolj neposrednih stroškov, model ne upošteva nekatere druge razloge, ki so pogosto navedeni za vzpostavitev varnih sob. Med temi razlogi štejemo na primer zmanjšano injiciranje na javnih mestih, kar na težko merljiv način poveča korist za prebivalce območij kjer je injiciranje pogosto.

Ugotovljeno je bilo tudi, da so uporabniki varnih sob pogosto osebe z višjo raven socialne izključenosti, ki jih programi CPZOPD in druge aktivnosti na tem področju slabše dosežejo³⁹. V takšni podskupini uporabnikov pričakujemo pogostejši pojav tveganj vedenj pri injiciranju in večja prevalenca z injiciranjem prepovedanih drog povezanih zdravstvenih težav. Model, ki ni posebej opredelil to podskupino uporabnikov prepovedanih drog, verjetno podcenjuje realni učinek varnih sob. Glede na poudarek na enakost, ki ga lahko opažamo v zdravstvenih politikah⁴⁰, je doseganje najbolj izključene segmente družbe dodatni argument za vzpostavitev varnih sob.

Pri odločjanju o vključitvi novih programov zdravljenja v javno mrežo zdravstvenega varstva je poleg izračunov o stroških in učinkih potrebno vedno tudi upoštevati učinek programa na zdravstveno blagajno. Glede na številne neznanke o koristi varnih sob, je to toliko bolj pomembno. Neposredni stroški vzpostavitev varnih sob so opredeljeni zgoraj. Dodali bi le, da vzpostavitev varne sobe, v obliki ki je predlagana, je povezana s stroški, ki so na letni ravni nižji od stroške enoletnega delovanja ene zdravniške ambulante.

5 PRIPOROČILA

Na podlagi analize primerov dobrih praks iz tujine, prakse razvoja programov zmanjševanja škode v Sloveniji, analize stroškovne učinkovitosti in obstoječe zakonodaje v RS, menimo, da bi bilo v Sloveniji mogoče razmišljati o treh organizacijskih oblikah varnih sob, ki bi jih izvajali programi zmanjševanja škode pod nadzorom javnega zdravstva.

Na podlagi ocene stroškovne učinkovitosti vpeljave progama varne sobe za injicirajoče uporabnike prepovedanih drog, bi bilo najbolj učinkovito vzpostaviti program stacionarne varne sobe, ki bi bil del programa zmanjševanja škode, in sicer primarno v tistih lokalnih skupnostih, kjer se zaznava uporaba prepovedanih drog na javnih mestih.

Program mobilne varne sobe bi bilo smiselno razviti v skupnostih, kjer v okviru programov zmanjševanja škode ni razvitih dnevnih centrov za uporabnike drog. Ob tem je treba posebej poudariti, da bi morala biti mobilna enota kontinuirano (ob istem času) prisotna v skupnosti, zato obstoječi koncept terenskega dela z mobilno enoto, ko se v skupnost prihaja enkrat ali dvakrat na teden, ni primeren.

Poleg tega bi lahko v skupnostih, kjer delujejo programi zmanjševanja škode in imajo na razpolago prostore, razvili program varne sobe kot dodaten program dnevnega centra. Pri tem je treba poudariti, da so tudi za to obliko potrebna dodatna finančna sredstva, kadrovski viri in ureditev prostora.

V vseh treh primerih bi bilo treba v programe umestiti zdravstvenega delavca z visoko izobrazbo. V primeru stacionarne varne sobe, ki je del dnevnega centra, so socialni delavci že vključeni v ostale dejavnosti in lahko sodelujejo pri izvedbi programa, za izvedben del nadzora in svetovanja v varni sobi pa je ključen zdravstveni delavec. V primeru mobilne enote sta organizacija in vzpostavitev stikov na terenu vlogi socialnega delavca, izvedba nadzora pa zdravstvenega delavca. V primeru tretjega modela, pa mora biti v času odprtosti prostora za injiciranje obvezno prisoten zdravstven delavec. Zelo priporočljivo, če ne celo nujno pa je, da so v izvajanje programa varne sobe, vključeni tudi laični delavci z izkušnjo odvisnosti, saj lahko le-ti zelo pomembno priomorejo k vzpostavljanju in ohranjanju stikov z uporabniki.

Na podlagi izdelanega gradiva predlagamo vzpostavitev pilotskega projekta varne sobe za obdobje 24 mesecev. Smiselno bi bilo program vzpostaviti v lokalni skupnosti, kjer je najbolj viden problem injiciranja drog v javnosti, kjer so največje potrebe uporabnikov drog in

skupnosti, kjer deluje program zmanjševanja škode z referencami in kjer bo lokalna skupnost sprejela program. Pred vzpostavljivjo projekta je potrebno imenovati delovno skupino, ki jo sestavljajo predstavnik Ministrstva za zdravje, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, predstavnik ZZV Koper, predstavnik programa zmanjševanja škode in predstavnik lokalne skupnosti.

Tekom projekta je priporočljivo poleg rednega spremeljanja delovanja varnih sob opraviti tudi obsežnejšo evalvacijo, ki bi lahko prispevala dragocene podatke tako na področju bremena bolezni, povezanega z uporabo drog, kot na področju stroškovne učinkovitosti konkretnega programa. Ob zaključku projekta bodo izdelani natančnejši protokoli in standardi za nemoteni potek in varno izvajane programa, ki jih bo izdelala posebna strokovna skupina, ki jo bo vodil ZZV Koper.

Pri uvajanju pilotskega programa v skupnost se je potrebno zavedati, da nenadna prekinitev programa, ki bi bil samo in zgolj pilotski, lahko dodatno škodi lokalni skupnosti in uporabnikom, zato je potrebno zagotoviti nemoteno delovanje programa.

6 Priloge

Društvo Stigma. 2007. Varne sobe za injiciranje kot odgovor na potrebe javnega zdravja. Ljubljana: Društvo Stigma.

Društvo Stigma. 2012. Lokacije z odvrženim uporabljenim priborom za injiciranje v MOL. Ljubljana: Društvo Stigma.

Društvo Stigma. 2012. Fotografije in plakat lokacij z odvrženim infektivnim materialom. Ljubljana: Društvo Stigma.

7 Reference

1. Hedrich D, Kerr T, F. D-A. Drug consumption facilities in Europe and beyond. In: Rods T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
2. Kerr T. Safe Injection Facilities - Proposal for a Vancouver pilot project. 2000.
3. Latkin C, Mandell W, Vlahov D, Oziemkowska M, Knowlton A, Celentano D. My place, your place, and no place: behavior settings as a risk factor for HIV-related injection practices of drug users in Baltimore, Maryland. *American journal of community psychology*. 1994 Jun; 22(3):415-30.
4. Klee H, Morris J. Factors that characterize street injectors. *Addiction* (Abingdon, England). 1995 Jun; 90(6):837-41.
5. Galea S, Vlahov D. Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public health reports (Washington, DC : 1974)*. 2002; 117 Suppl 1:S135-45.
6. Corneil TA, Kuyper LM, Shoveller J, Hogg RS, Li K, Spittal PM, et al. Unstable housing, associated risk behaviour, and increased risk for HIV infection among injection drug users. *Health & place*. 2006 Mar;12(1):79-85.
7. Navarro C, Leonard L. Prevalence and factors related to public injecting in Ottawa, Canada: implications for the development of a trial safer injecting facility. *International Journal of Drug Policy*. 2004;15(4):275-84.
8. Šterk T, Podgoršek A. Opis lokacij z odvrženim infektivnim materialom. Ljubljana: Društvo Stigma; 2012.
9. Kvaternik I, Žerjal Ž. Problematična uporaba drog. In: Drev A, Štokelj R, Krek M, editors. Nacionalno poročilo 2012 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2012.
10. Zamernik E. Nedovoljene droge in zloraba zdravil: Društvo Stigma; 2009 [19. 7. 2013]. Available from: <http://drustvo-stigma.si/etnografija-uivanja-drog/219-nedovoljene-droge-in-zloraba-zdravil>.
11. Drev A, Štokelj R, Krek M, Kvaternik I, Hren J, Poldrugovac M, et al. Nacionalno poročilo o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravje; 2012.
12. Hope V, Kimber J, Vickerman P, Hickman M, Ncube F. Frequency, factors and costs associated with injection site infections: findings from a national multi-site survey of injecting drug users in England. *BMC infectious diseases*. 2008; 8:120.
13. Lloyd-Smith E, Wood E, Zhang R, Tyndall MW, Montaner JS, Kerr T. Risk factors for developing a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study. *BMC public health*. 2008; 8:405.
14. Binswanger IA, Kral AH, Bluthenthal RN, Rybold DJ, Edlin BR. High prevalence of abscesses and cellulitis among community-recruited injection drug users in San Francisco. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2000 Mar; 30(3):579-81.
15. Kerr T, Wood E, Grafstein E, Ishida T, Shannon K, Lai C, et al. High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of public health*. 2005 Mar; 27(1):62-6.
16. Palepu A, Tyndall MW, Leon H, Muller J, O'Shaughnessy MV, Schechter MT, et al. Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2001 Aug 21;165(4): 415-20.
17. Lloyd-Smith E, Wood E, Zhang R, Tyndall MW, Sheps S, Montaner JS, et al. Determinants of hospitalization for a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study. *BMC public health*. 2010; 10:327.
18. Small W, Wood E, Lloyd-Smith E, Tyndall M, Kerr T. Accessing care for injection-related infections through a medically supervised injecting facility: a qualitative study. *Drug and alcohol dependence*. 2008 Nov 1; 98(1-2):159-62.

19. KPMG. Further evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre during its extended Trial period (2007-2011), Final report. Australia: KPMG; 2010.
20. Hedrich D. European report on drug consuption rooms. 2004.
21. Murphy EL, DeVita D, Liu H, Vittinghoff E, Leung P, Ciccarone DH, et al. Risk factors for skin and soft-tissue abscesses among injection drug users: a case-control study. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2001 Jul 1; 33(1):35-40.
22. Bayoumi AM, Strike C, Brandeau M, Degani N, Fischer B, Glazier R, et al. Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study, 2012.
23. Andresen MA, Jozaghi E. The Point of Diminishing Returns: An Examination of Expanding Vancouver's Insite. *Urban Studies*. 2012 December 1, 2012; 49(16):3531-44.
24. Andresen MA, Boyd N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *The International journal on drug policy*. 2010 Jan; 21(1):70-6.
25. Pinkerton SD. Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving? *Addiction* (Abingdon, England). 2010 Aug; 105(8):1429-36.
26. Bayoumi AM, Zaric GS. The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2008 Nov 18; 179(11):1143-51.
27. ECDC. Risk assessment on HIV in Greece. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2012.
28. Des Jarlais DC, Arasteh K, Hagan H. Evaluating Vancouver's supervised injection facility: data and dollars, symbols and ethics. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2008 Nov 18; 179(11):1105-6.
29. Pinkerton SD. How many HIV infections are prevented by Vancouver Canada's supervised injection facility? *The International journal on drug policy*. 2011 May; 22(3):179-83.
30. Schatz E, Nougier M. Drug consumption rooms - Evidence and practice. *International Drug Policy Consumption*, 2012.
31. Report on the drug situation in 2008 of the Republic of Slovenia. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2008.
32. Bergant N, Božank B, Cerar M, Čuk Rupnik J, Drev A, Jeriček Klanšček H, et al. Nacionalno poročilo 2009 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2010.
33. Bah B, Bergant N, Božank B, Jandl M, Kašnik Janet M, Klavs I, et al. Nacionalno poročilo 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2010.
34. Brvar M, Delfar N, Drev A, Gostič T, Hiti A, Hočevar T, et al. Nacionalno poročilo 2011 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2011.
35. Dontwi I, Frempong N, Bentil D, Adetunde I, Owusu-Ansah E. Mathematical modeling of Hepatitis C Virus transmission among injecting drug users and the impact of vaccination. 2010.
36. Vickerman P, Hickman M, Judd A. Modelling the impact on Hepatitis C transmission of reducing syringe sharing: London case study. *International journal of epidemiology*. 2007 Apr; 36(2):396-405.
37. Na mednarodni konferenci v Ljubljani o zdravljenju hepatitisa C pri odvisnikih od drog: Dnevnik; 2011 [cited 2013 15. 5.]. Available from: <http://www.dnevnik.si/clanek/1042495040>.
38. Martin NK, Pitcher AB, Vickerman P, Vassall A, Hickman M. Optimal control of hepatitis C antiviral treatment programme delivery for prevention amongst a population of injecting drug users. *PloS one*. 2011; 6(8):e22309.
39. Wood E, Tyndall MW, Li K, Lloyd-Smith E, Small W, Montaner JS, et al. Do supervised injecting facilities attract higher-risk injection drug users? *American journal of preventive medicine*. 2005 Aug; 29(2):126-30.
40. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*. 1992;22(3):429-45.

4

b

