



Mednarodni preventivni standardi na področju uporabe drog

Druga posodobljena izdaja

Izdajatelj: Urad ZN za droge in kriminal (UNODC) in Svetovna zdravstvena organizacija (WHO)
Izdajatelj neuradnega slovenskega prevoda: Inštitut za raziskave in razvoj »Utrip«
Izdano v sodelovanju in s soglasjem UNODC in WHO
Za izdajatelja: Matej Košir
Leto izida: 2018
Leto izida neuradnega slovenskega prevoda: 2020
Prevod in urejanje: Vladka Tonica in Matej Košir
Lektoriranje: Andreja Jezernik in Matej Košir
Naslovnica: prilagojena po originalu; avtorske pravice za fotografije: © Unsplash.com

Neuradni slovenski prevod je izšel v sklopu programa »Preventivna platforma«, ki ga sofinancira Ministrstvo za zdravje v obdobju 2019-2022.

Dokument je na voljo tudi na spletni strani programa: www.preventivna-platforma.si.

Izdajatelj neuradnega slovenskega prevoda:
Inštitut za raziskave in razvoj »Utrip«
Laze pri Borovnici 9, 1353 Borovnica
Telefon: (031) 880-520
E-pošta: info@institut-utrip.si
Splet: www.institut-utrip.si in www.preventivna-platforma.si

Predlagano citiranje: Mednarodni preventivni standardi na področju uporabe drog, druga dopolnjena izdaja (neuradni slovenski prevod). Dunaj. Urad Združenih narodov za droge in kriminal in Svetovna zdravstvena organizacija. 2018.

Ta prevod nista pripravila Urad Združenih narodov za droge in kriminal (UNODC) ali Svetovna zdravstvena organizacija (WHO). Niti UNODC niti WHO nista odgovorna za vsebino ali točnost tega prevoda. Izvirna angleška izdaja je zavezujoča in verodostojna izdaja.

Povezava na politične dokumente, uporabljeno literaturo in druge vire:
<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

S podporo:



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Mednarodni preventivni standardi na področju uporabe drog

Druga posodobljena izdaja

International Standards on Drug Use Prevention, Second Updated Edition

© **United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) and the World Health Organization, 2018**

ISBN 978-92-4-151448-4

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO license (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Under the terms of this license, you may copy, redistribute and adapt the work for non-commercial purposes, provided the work is appropriately cited, as indicated below. In any use of this work, there should be no suggestion that UNODC or WHO endorses any specific organization, products or services. The unauthorized use of the UNODC or WHO names or logos is not permitted. If you adapt the work, then you must license your work under the same or equivalent Creative Commons license.

Any mediation relating to disputes arising under the license shall be conducted in accordance with the mediation rules of the World Intellectual Property Organization (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Suggested citation. International Standards on Drug Use Prevention, Second Updated Edition. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization, 2018. License: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Third-party materials. If you wish to reuse material from this work that is attributed to a third party, such as tables, figures or images, it is your responsibility to determine whether permission is needed for that reuse and to obtain permission from the copyright holder. The risk of claims resulting from infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

General disclaimers. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNODC or WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific organizations, companies or of certain products or programmes does not imply that they are endorsed or recommended by UNODC or WHO in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by UNODC and WHO to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall UNODC or WHO be liable for damages arising from its use.

Zahvale

Urad Združenih narodov za droge in kriminal (UNODC) in Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) se želita za neprecenljiv prispevek pri postopku razvoja standardov zahvaliti:

Vladi Norveške, ker verjame v projekt in ga podpira, in tudi Vladi Južne Koreje za zagotavljanje dodatnih virov;

Ge. Nandi Siegfried, svetovalki UNODC in WHO; glavni strokovnjakinji Sveta za medicinske raziskave Južne Afrike; izredni profesorici na Fakulteti za zdravstvene vede, Univerze v Cape Townu, Cape Town, Južna Afrika, za svetovanje o temeljni metodologiji in kontinuirano metodološko svetovanje in veliko spodbudo v celotnem procesu razvoja;

Ge. Hannah Heikkila, najprej kot vodji programa za koordinacijo procesa razvoja, vključno z organizacijo srečanja strokovnjakov junija 2017 in kasneje kot svetovalki UNODC za ocenjevanje literature in pridobivanje podatkov;

Ge. Eleni Gomes de Matos in g. Ludwigu Krausu, svetovalcema UNODC za iskanje in pregledovanje znanstvenih dokazov;

Ge. Shimi Shakory-Bakhtiar, pripravnici pri UNODC, za iskanje in pregledovanje znanstvenih dokazov;

Osebjem in svetovalcem WHO, vključno s člani usmerjevalne skupine UNODC-WHO, za pregled *mednarodnih preventivnih standardov na področju uporabe drog*, pomoč pri razvoju metodologije druge izdaje, stalen proces revizije in dokončanja dokumenta: ge. Valentini Baltag, ge. Faten Ben Abdel Aziz, dr. Dzmitryju Krupchanki, ge. Susan Norris in dr. Vladimirju Poznyaku;

Članom skupine strokovnjakov, ki so sodelovali pri posodabljanju standardov, za zagotavljanje ustreznih znanstvenih dokazov in tehnično svetovanje, ki so (po abecednem vrstnem redu):

Ga. Monique Acho Apie, Slonokoščena obala; g. Martin Agwogie, Nigerija; g. Bashir Ahmad Fazly, Afganistan; g. Gnagne Laurent Armand Akely, Slonokoščena obala; g. Luis Alfonso, Pan American Health Organisation (PAHO); g. Osama Alibrahim, Savdska Arabija; g. Mohammed Alzahrani, Savdska Arabija; g. Faysal Alzakri, Savdska Arabija; g. Atul Ambekar, Indija; g. Apinun Aramrattana, Tajska; ga. Audronė Astrauskienė, Litva; ga. Inga Bankauskiene, Litva; g. Laurent Begue, Francija; g. Toussaint Bioplou, Slonokoščena obala; g. Herbert Blah, Slonokoščena obala; Kirsty Blenkins, Združeno kraljestvo; g. Guilherme Borges, Mehika; ga. Helena Velez Botero, Kolumbija; g. Jean Claude Bouabre, Slonokoščena obala; ga. Angelina Brotherhood, Avstrija; g. Konan Denis Brou, Slonokoščena obala; g. Gregor Burkhart, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti (EMCDDA); ga. Rachel Calam, Združeno kraljestvo; g. Eglis Chacón Camero, Venezuela; ga. Patricia Conrod, Kanada; g. Oumar Coulibaly, Slonokoščena

obala; g. William Crano, Združene države Amerike; ga. Bethany Deeds, Združene države Amerike; g. Nagazanga Dembele, Mali; g. Konan Martin Diby, Slonokoščena obala; g. Fulgence Dieket, Slonokoščena obala; g. Ken Douglas, Trinidad in Tobago; g. Aziz El Bouri, Maroko; Roberto Enríquez, Ekvador; ga. María José Escobar, Ekvador; ga. Evgenija Fadeeva, Rusija; g. Fabrizio Faggiano, Italija; ga. Jenny Fagua, Kolumbija; Veronica Felipe, Colombo Plan; ga. Ana Lucia Ferraz Amstalden, Brazilija; ga. Valentina Forastieri, Mednarodna organizacija dela (ILO); g. David Foxcroft, Združeno kraljestvo; ga. Maria Friedrich, Nemčija; ga. Nikoleta Georgala, Grčija; ga. Lilian Ghandour, Libanon; ga. Sheila Giardini Murta, Brazilija; ga. Mairelisa Gonzalez, Gvatemala; ga. Aleksandrivna Grigoreva, Rusija; g. Victor Manuel Guisa Cruz, Mehika; ga. Nadine Harker, Južna Afrika; g. Mehedi Hasa, Bangladeš; g. Diané Hassane, Slonokoščena obala; ga. Rebekah Hersch, Združene države Amerike; ga. Alexandra Hill, CICAD; g. Hla Htay, Mjanmar; g. Ahmad Khalid Humayuni, Afganistan; ga. Jadranka Ivandić Zimić, Hrvaška; g. Johan Jongbloet, Belgija; g. Brou Kadja, Slonokoščena obala; ga. Valda Karnickaite, Litva; g. Anand Katoch, Indija; g. Shep Kellam, Združene države Amerike; ga. Susan Atieno Maua Khan, Kenija; g. Mathew Kiefer, Lions Quest; g. Trésor Koffi, Slonokoščena obala; g. Tamás Koós, Madžarska; g. Matej Košir, Slovenija; g. Serge Kouakou, Slonokoščena obala; ga. Annick Patricia Kouame, Slonokoščena obala; g. Yap Ronsard Odonkor Kouma, Slonokoščena obala; ga. Valentina Kranzelić, Hrvaška; g. Mamadou Krouma, Slonokoščena obala; ga. Karol Kumpfer, Združene države Amerike; ga. Marie-Leonard Lebry, Slonokoščena obala; g. Jeff Lee, ISSUP; g. Youngfeng Liu, UNESCO; ga. Jacqueline Lloyd, Združene države Amerike; g. Artur Malczewski, Poljska; g. Gegham Manukyan, Armenija; g. Alejandro Marín, Kolumbija; g. Efrén Martínez, Kolumbija; ga. Maria Jose Martinez Ruiz, Mehika; ga. Hasmik Martirosyan, Armenija; ga. Samra Mazhar, Pakistan; g. Jorge Mc Douall, Kolumbija; ga. Gaazala Meenai, Indija; ga. Juliana Mejia Trujilo, Kolumbija; g. Jiang Meng, Kitajska; ga. Carine Mutatayi, Francija; ga. Nanda Myo Aung Wan, Mjanmar; g. Badou Roger N'guessan, Slonokoščena obala; g. Joseph Nii Oroe Doodoo, Gana; g. Mahamadou O Maiga, Mali; g. Michael O'Toole, Združeno kraljestvo; g. Isidor Obot, Nigerija; ga. Jane Marie Ongolo, Afriška unija; ga. Camila Patiño, Kolumbija; g. Zachary Patterson, Kanada; g. Augusto Pérez, Kolumbija; g. Elyvenson Plaza, Filipini; g. Radu Pop, Romunija; g. Bushra Razzaqe, Pakistan; ga. Gladys Rosales, Filipini; ga. Ingeborg Rossow, Norveška; g. Achilleas Roussos, Grčija; g. Bosco Rowland, Avstralija; g. Fernando Salazar, Peru; ga. Teresa Salvador, EU; ga. Teresa Salvador-Llivina, COPOLAD; ga. Daniela R. Schneider, Brazilija; g. Orlando Scoppetta, Kolumbija; ga. Orit Shaphiro, Izrael; g. Abdul Rahman Ahmed Jassem Shweyter, Bahrajn; ga. Nandi Siegfried, Južna Afrika; g. Oumar Silue, Slonokoščena obala; ga. Zili Sloboda, Združene države Amerike; g. Raul António Soares de Melo, Portugalska; ga. Triin Sökk, Estonija; g. Richard Spoth, Združene države Amerike; ga. Karin Streiman, Estonija; ga. Carla Suárez Jurado, Ekvador; g. Harry Sumnall, Združeno kraljestvo; g. Abdelhamid Syambouli, Maroko; ga. Sanela Talić, Slovenija; ga. Lacina Tall, Slonokoščena obala; ga. Sue Thau, CADCA; g. Myint Thein, Mjanmar; g. Diego Tipán, Ekvador; ga. Rokia Top Toure, Slonokoščena obala; g. Francis Kofi Torkornoo, Gana; g. John Toumborou, Avstralija; ga. Sandra Valantiejiene, Litva; g. Peer Van Der Kreeft, Belgija; ga. Zila van der Meer Sanchez, Brazilija; ga. Evelyn Yang, CADCA; g. Veliyev Yusup, Turkmenistan; in ga. Kristina Zardeckaite-Matulaitiene, Litva.

Osebjū oddelka za preventivo, zdravljenje in rehabilitacijo pri UNODC ter zlasti ge. Elizabeth Mattfeld in g. Wadihu Maaloufu za zagotavljanje vsebinskega vnosa, svetovanje in podporo v okviru splošnega vodstva in vodenja dr. Gilberta Gerre, vodje za področje preventive in zdravja pri UNODC, ter drugemu osebjū UNODC v terenskih uradih za lajšanje stikov z vladaми in strokovnjaki na svetovni ravni;

Ge. Heeyoung Park, pridruženi strokovnjakinji, za sodelovanje pri presejanju, ocenjevanju literature, sintetiziranju podatkov in pripravi delov dokumenta;

Ge. Asmi Fakhri, vodji programa na oddelku za preventivo, zdravljenje in rehabilitacijo, za usklajevanje postopka, ocenjevanje literature, sodelovanje pri sintezi podatkov in pripravo delov dokumenta;

Ge. Giovanni Campello, vodji oddelka za preventivo, zdravljenje in rehabilitacijo za vodenje postopka, sestavljanje delov dokumenta in njegovo dokončanje.

Kazalo

Zahvale.....	5
Uvod	11
I. Preventivne intervencije in politike na področju drog	20
A. Dojenčki in zgodnje otroštvo	20
B. Srednje otroštvo	23
C. Zgodnja adolescenca.....	30
D. Adolescenca in odrasla doba.....	37
II. Preventivna vprašanja, ki zahtevajo nadaljnje raziskave	48
III. Značilnosti učinkovitega preventivnega sistema	51
A. Razpon intervencij in politik na podlagi dokazov	51
B. Podporni politični in regulativni okvir	52
C. Močna podlaga za raziskave in znanstvene dokaze	53
D. Različni sektorji, vključeni na različnih ravneh	56
E. Močna infrastruktura sistema izvajanja	57
F. Trajnost	57

Uvod

Prva izdaja *Mednarodnih preventivnih standardov na področju uporabe drog*, ki je bila objavljena leta 2013, povzema dokaze o učinkovitosti preventive na področju uporabe drog na svetovni ravni z namenom identifikacije učinkovitih strategij, namenjenih otrokom in mladostnikom (predvsem iz marginaliziranih in revnejših skupin prebivalstva), ki bi jim zagotavljale zdrav in varen razvoj skozi vsa življenjska obdobja.

Države članice Združenih narodov (OZN) ter drugi nacionalni in mednarodni deležniki so prepoznali vrednost tega dokumenta, pri čemer so *mednarodne standarde* večkrat označile kot koristne za izboljšanje pokritosti in kakovosti preventive na podlagi dokazov.¹ Poleg tega so države članice leta 2015 sprejele vrsto obsežnih zavez glede ciljev trajnostnega razvoja, ki jih je treba doseči do leta 2030, in najpomembnejši cilj (3.5.) je okrepitev preventive in zdravljenja na področju uporabe drog (vključno s tobakom in alkoholom). Aprila 2016 so na posebnem zasedanju Generalne skupščine Združenih narodov (UNGASS) na temo svetovne problematike na področju drog napovedali novo obdobje glede obravnave uporabe drog in motenj zaradi uporabe drog, in sicer v smeri bolj uravnoteženega in na zdravje osredotočenega pristopa.

V okviru teh prenovljenih poudarkov na zdravju in dobrem počutju ljudi sta UNODC in WHO z veseljem združila moči in predstavila posodobljeno drugo izdajo. *Mednarodni standardi* tako kot pri prvi izdaji povzemajo trenutno razpoložljive znanstvene dokaze, pridobljene s pregledom nedavnih sistematičnih pregledov, in opisujejo intervencije in politike, za katere je bilo ugotovljeno, da izboljšujejo preventivne rezultate na področju uporabe drog. Poleg tega *mednarodni standardi* opredeljujejo glavne komponente in značilnosti učinkovitega nacionalnega preventivnega sistema. Ta publikacija nadgrajuje, priznava in dopolnjuje delo številnih ustanov (npr. EMCDDA, CCSA, CICAD, Colombo Plan in NIDA²), ki so razvile druge standarde in smernice o različnih vidikih preprečevanja uporabe drog.

Upamo, da bodo *mednarodni standardi* še naprej usmerjali oblikovalce politik in druge nacionalne deležnike po vsem svetu, da razvijajo programe, politike in sisteme, ki so resnično lahko učinkovita naložba v prihodnost otrok, mladine, družin in skupnosti.

¹ Skupna ministrska izjava (2014) ob pregledu izvajanja politične deklaracije in akcijskega načrta držav članic; Resolucija CND 57/3 o spodbujanju preventive na področju uporabe drog, ki temelji na znanstvenih dokazih, kot naložbi v blaginjo otrok, mladostnikov, mladine, družin in skupnosti; Resolucija CND 58/3 o spodbujanju zaščite otrok in mladine, zlasti glede nezakonite prodaje in nakupa mednarodno ali nacionalno nadzorovanih snovi in novih psihoaktivnih snovi po internetu; Resolucija CND 58/7 o krepitvi sodelovanja z znanstveno (npr. akademsko) skupnostjo in spodbujanju znanstvenih raziskav glede politik za zmanjševanje povpraševanja in ponudbe po drogah, da bi našli učinkovite rešitve za različne vidike svetovne problematike drog; Resolucija CND 59/6 o spodbujanju strategij in politik preventive; Zaključni dokument UNGASS 2016 o svetovnem problemu na področju drog (resolucija GS S-30/1, priloga).

² Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) (www.emcdda.europa.eu); Kanadski center za uporabo drog in zasvojenost (CCSA) (www.ccsa.ca); Medameriška komisija za nadzor nad zlorabo drog (CICAD) pri Organizaciji ameriških držav (<http://cicad.oas.org>); Načrt za kooperativni gospodarski in socialni razvoj v Aziji in Pacifiku (<http://www.colombo-plan.org>) in Nacionalni inštitut za zlorabo drog (NIDA) (www.drugabuse.gov).

Preventiva pomeni zdrav in varen razvoj otrok

Medtem ko je primarna osredotočenost *mednarodnih standardov* preprečevanje uporabe drog, je pristop v dokumentu celovit in upošteva uporabo tudi drugih psihoaktivnih snovi. V zvezi s terminologijo, ki se uporablja v standardih, mora bralec ali bralka upoštevati, da se »uporaba prepovedanih drog« nanaša na uporabo psihoaktivnih snovi zunaj okvira zakonite uporabe v medicinske ali znanstvene namene v skladu s tremi mednarodnimi konvencijami.³ »Uporaba drog« se uporablja za sklicevanje na uporabo psihoaktivnih snovi, ne glede na njihov nadzorovani status, vključno z nevarno in škodljivo uporabo psihoaktivnih snovi. Poleg uporabe prepovedanih drog vključuje tudi uporabo tobaka, alkohola, inhalantov in novih psihoaktivnih snovi (tako imenovanih »legal highs« ali »pametnih drog«).

Za namene tega dokumenta smo kot primarni cilj preventive na področju uporabe drog upoštevali sledeče: pomagati ljudem, zlasti, vendar ne izključno, mlajšim, da bi se izognili uporabi drog ali jo odložili na čim kasnejše obdobje ali, če so že začeli, preprečili razvoj motenj, ki nastanejo pri njihovi uporabi (škodljiva uporaba drog ali zasvojenost).

Splošni cilj preventive na področju uporabe drog je vsekakor veliko širši od prej omenjenega: zdrav in varen razvoj otrok in mladih z namenom uresničevanja talentov in potencialov, kar je pomembno za aktiven prispevek posameznikov v njihovi skupnosti in družbi. Učinkovita preventiva močno prispeva k pozitivnemu vključevanju otrok, mladine in odraslih v njihovih družinah, šolah, na delovnem mestu in v skupnosti.

Preventivna znanost je v zadnjih 20 letih in več močno napredovala. Posledično imajo praktiki na terenu in oblikovalci politik popolnejše razumevanje, kaj naredi posameznike ranljive, da začnejo uporabljati droge (upoštevajoč individualno in okoljsko raven). Prav tako je bolje razumljeno napredovanje motenj.

Pomanjkanje znanja o drogah in posledicah njihove uporabe je med glavnimi dejavniki, ki povečujejo ranljivost posameznikov. Med drugimi najmočnejšimi dejavniki tveganja so: genetska nagnjenost, osebnostne lastnosti (npr. impulzivnost, iskanje čutnih spodbud), prisotnost duševnih in vedenjskih motenj, zanemarjanje in zloraba v družini, slaba povezanost s šolo in skupnostjo, družbene norme in okolja, ki spodbujajo uporabo drog (vključno z vplivom medijev), ter odraščanje v marginaliziranih in prikrajšanih skupnostih. Nasprotno pa so psihološka in čustvena blaginja, osebne in socialne kompetence, močna navezanost na skrbne in učinkovite starše, povezava s šolami in skupnostmi, ki so dobro organizirane, dejavniki, ki prispevajo k temu, da so posamezniki manj občutljivi za uporabo drog in druga tvegana vedenja.

Nekateri dejavniki, zaradi katerih so ljudje bolj dovzetni (ali, nasprotno, odporni) za začetek uporabe drog, se razlikujejo glede na starost. Starševstvo in navezanost na šolo sta dejavnika ranljivosti in odpornosti, ki sta se izkazala za pomembna v času po rojstvu,

³ Enotna konvencija o mamilih iz leta 1961, kakor je bila spremenjena s Protokolom iz leta 1972; Konvencija o psihotropnih snoveh iz leta 1971 in Konvencija Združenih narodov proti nedovoljenemu prometu z mamili in psihotropnimi snovmi iz leta 1988.

v otroštvu ter zgodnji adolescenci. V kasnejših življenjskih obdobjih k temu, ali je posameznik bolj ali manj dovzeten za uporabo drog in razvoj drugih tveganih vedenj, prispevajo predvsem šola, delovno mesto, prizorišča za zabavo in mediji.

Ni treba posebej poudarjati, da so še posebej ranljivi mladi v revnih skupnostih z malo ali brez družinske podpore ter omejenim dostopom do izobraževanja. Prav tako so bolj ogroženi otroci, posamezniki in skupnosti, ki jih prizadenejo vojne ali naravne nesreče.

Pomembno je poudariti, da so zgoraj navedeni dejavniki ranljivosti večinoma izven nadzora posameznika (nihče se ne odloči, da ga bodo starši zanemarjali!) ter so povezani z mnogimi tveganimi vedenji in s tem povezanimi zdravstvenimi stanji, kot so opustitev šolanja, agresivnost, prestopništvo, nasilje, tvegano spolno vedenje, depresija in samomor. Zato ne bi smelo biti presenečenje, da številne preventivne intervencije in ukrepi na področju drog preprečujejo tudi druga tvegana vedenja.

Preventiva na področju uporabe drog

V primeru prepovedanih drog je preventiva ena od glavnih komponent na zdravje osredotočenega sistema, ki obravnava nemedicinsko uporabo teh snovi, kot to določajo obstoječe tri mednarodne konvencije. Ta dokument se osredotoča na preprečevanje uporabe drog in preprečevanje prehoda k motnjam, ki se pojavijo zaradi uporabe drog. Ti standardi ne obravnavajo tako imenovanih sekundarnih in terciarnih preventivnih intervencij, vključno z zdravljenjem motenj in preprečevanjem zdravstvenih in socialnih posledic ter obolenj zaradi uporabe drog. Standardi prav tako ne obravnavajo prizadevanj organov pregona pri nadzoru nad prepovedanimi drogami.

Poudariti je treba, da ni mogoče razviti ali izvajati preventivnih intervencij, politike ali sistema, ki bi bili izolirani od zunanjega dogajanja. Učinkovit lokalni ali nacionalni preventivni sistem je vgrajen in integriran v kontekstu večjega uravnoteženega in v zdravje usmerjenega sistema, ki se odziva na problematiko drog, skupaj z ukrepi kazenskega pregona in zmanjševanja ponudbe, zdravljenja motenj kot posledice uporabe drog in zmanjšanjem tveganj in škode, povezane z uporabo drog (npr. pri preprečevanju HIV, prevelikih odmerkov itd.). Glavni cilj takega uravnoteženega in v zdravje usmerjenega sistema bi bil zagotoviti uporabo prepovedanih (oziroma nadzorovanih) drog v medicinske in znanstvene namene, hkrati pa preprečiti njihovo zlorabo in nemedicinsko uporabo.

Medtem ko je glavni poudarek *standardov* preprečevanje uporabe prepovedanih drog, nadzorovanih v treh mednarodnih konvencijah (vključno z nemedicinsko uporabo zdravil na recept), dokument temelji tudi na dokazih in izkušnjah, pridobljenih na področju preprečevanja uporabe drugih psihoaktivnih snovi, kot so npr. tobak, alkohol in inhalanti. Poleg tega ima uporaba nenadzorovanih psihoaktivnih snovi znaten negativen vpliv na zdravje prebivalstva. Pravzaprav uporaba tobaka in alkohola povzroči večjo obremenitev z boleznimi, kot jo je mogoče pripisati uporabi prepovedanih (oziroma nadzorovanih) drog. Inhalanti so izredno strupeni in imajo uničujoče posledice za psihosocialni razvoj, kar kliče po prizadevanjih na področju preventive in preprečevanja začetka njihove uporabe. Poleg tega so pri otrocih in mladostnikih možgani v fazi razvoja, zato prej ko začnejo uporabljati

katerokoli psihoaktivno snov, bolj verjetno je, da bodo kasneje v življenju razvili motnje zaradi njihove uporabe. Nikotinska zasvojenost in motnje zaradi uporabe alkohola so pogosto povezane z uporabo prepovedanih drog in motnjami zaradi njihove uporabe.

Preventivna znanost

Zahvaljujoč preventivni znanosti imamo veliko znanja o tem, kaj je učinkovito pri preprečevanju uporabe drog in kaj ni. Namen tega dokumenta je na urejen način prikazati ugotovitve večletnega raziskovanja in s tem okrepiti sposobnost oblikovalcev politik, da svoje odločitve utemeljujejo na dokazih in znanosti. Pomembno je omeniti, da so številne omejitve v znanosti, ki so bile ugotovljene v prvi izdaji standardov, na žalost še vedno prisotne.

Večina znanstvenega raziskovanja izvira iz peščice držav z visokim standardom v Severni Ameriki, Evropi in Oceaniji. Nekaj študij je bilo opravljenih v drugih kulturnih okoljih ali v državah z nizkim in srednjim standardom. Večina študij učinkovitost intervencij meri v manjših, dobro nadzorovanih okoljih. Zelo malo študij vsebuje preučevanje učinkovitosti intervencij v razmerah »resničnega življenja«. Poleg tega obstaja malo študij, ki vključujejo izračun, ali so intervencije in ukrepi preventivne politike tudi stroškovno koristni in učinkoviti. Nekaj študij v statistične podatke vključuje tudi vidik spola.

Pogosto je tudi premalo študij, na podlagi katerih bi lahko končno določili tiste »aktivne komponente«, ki so resnično ključne za učinkovitost neke intervencije ali politike. Prav tako ni definirano učinkovito izvajanje strategij in intervencij (npr. kdo bi jih lahko najbolje izvajal, katere lastnosti in usposabljanja so nujna za izvedbo, katere metode je treba uporabiti itd.).

Kot pri vseh medicinskih, družbenih in vedenjskih znanostih je pristranskost znanstvenih objav težava tudi pri raziskavah v preventivi. Študije, v katerih avtorji poročajo o novih pozitivnih ugotovitvah, so bolj verjetno objavljene kot študije, v katerih poročajo o negativnih ugotovitvah. To pomeni, da pri naši analizi tvegamo precenjevanje učinkovitosti preventivnih intervencij in politik na področju uporabe drog.

Obstaja močna in nujna potreba po spodbujanju in podpori raziskavam v preventivi na področju uporabe drog na svetovni ravni. Pomembno je podpreti prizadevanja za raziskave v državah z nizkim in srednjim standardom. Prav tako bi morali nacionalni sistemi v vseh državah znatno vlagati v natančno vrednotenje svojih programov in politik in tako prispevati k svetovni bazi znanja.

Kaj pa je vseeno mogoče storiti v vmesnem času? Ali naj oblikovalci politik počakajo, da se bodo preden začnejo izvajati preventivne intervencije najprej zapolnile vrzeli? Kaj je mogoče storiti, da bi preprečili uporabo prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi ter zagotovili, da bodo otroci in mladostniki odraščali zdravo in varno?

Vrzeli v znanosti bi nas morale napraviti previdnejše, hkrati pa ne odvracati od dejanj. Preventivni pristop, ki se je izkazal za dobrega v določenem delu sveta, je verjetno boljši

kot tisti, ki je ustvarjen lokalno, samo na podlagi dobre volje in ugibanja o uspešnosti. To še posebej velja za intervencije in politike, ki naslavljajo ranljivosti, prisotne v vseh kulturah (npr. starševsko zanemarjanje). Poleg tega so pristopi, ki so se v nekaterih državah izkazali za neuspešne ali so imeli celo škodljive učinke, zelo verjetno zagotovilo za neuspeh tudi drugje. Izvajalci preventive, oblikovalci politik in člani skupnosti, vključeni v preventivo na področju uporabe drog, bi morali ta dejstva upoštevati z vso odgovornostjo.

Kar imamo na razpolago, je dober znak, kje vendarle so prave poti v našem delovanju na področju preventive. Z uporabo obstoječega znanja, ki smo ga pridobili na tem področju, in s pridobivanjem novih spoznanj ter novimi vrednotenji in raziskavami pa lahko spodbujamo razvoj nacionalnih preventivnih sistemov, ki temeljijo na znanstvenih dokazih in ki bodo otrokom, mladostnikom in odraslim v različnih okoljih v podporo pri odločanju za pozitiven, zdrav in varen življenjski slog.

Mednarodni preventivni standardi na področju uporabe drog

Ta dokument opisuje intervencije in politike, za katere je bilo ugotovljeno, da so dokazano učinkovite pri preprečevanju uporabe drog in bi lahko predstavljale temelj učinkovitega in na zdravje osredotočenega nacionalnega preventivnega sistema na področju drog.

V celotnem dokumentu se prizadevanja za preprečevanje uporabe drog imenujejo »intervencije« ali »politike«. »Intervencija« se nanaša na skupek dejavnosti določene vrste. To bi lahko bil program, ki ga izvajamo v določenem okolju poleg običajnih dejavnosti v tem istem okolju (npr. preventivne izobraževalne dejavnosti v šolah). Vendar pa bi se lahko enake dejavnosti izvajale tudi kot del običajnih aktivnosti šole (npr. preventivne izobraževalne dejavnosti kot del običajnega učnega načrta, ki temelji na promociji zdravja). Običajno dokazi o večini intervencij izhajajo iz vrednotenja posameznih »programov«. Veliko različnih programov je namenjenih preventivi na področju uporabe drog s krepitvijo starševskih veščin (npr. »Program krepitve družin« (SFP), »Triple P – program pozitivnega starševstva«, program »Neverjetna leta« itd.). Ti različni programi zagotavljajo enako intervencijo (tj. trening starševskih ali družinskih veščin). Politika se nanaša na regulativni pristop bodisi v določenem okolju bodisi med splošnim prebivalstvom. Primeri vključujejo politike o uporabi drog v šolah ali na delovnem mestu ali celovite omejitve ali prepovedi oglaševanja tobaka ali alkohola. V *mednarodnih standardih* je včasih uporabljen tudi izraz »strategije«, ki se nanaša na oboje, na intervencije in politike (tj. strategija je lahko intervencija ali politika).

Mednarodni standardi vsebujejo tudi navodilo, kako je treba izvajati določeno strategijo z upoštevanjem skupnih značilnosti, za katere je bilo ugotovljeno, da so povezane s uspešnostjo in/ali učinkovitostjo. Nenazadnje, dokument kaže tudi na to, kako bi morale biti intervencije in politike podprte v okviru nacionalnih preventivnih sistemov in kako bi morale biti podprte in trajno omogočen njihov razvoj, izvajanje, spremljanje in vrednotenje na podlagi podatkov in dokazov.

1. Postopek posodabljanja mednarodnih standardov

Mednarodne preventivne standarde na področju uporabe drog sta pripravila in izdala UNODC in WHO s pomočjo globalno reprezentativne skupine 143 raziskovalcev, oblikovalcev politik, praktikov, predstavnikov nevladnih in mednarodnih organizacij iz 47 držav. Države članice OZN so predlagale in povabile večino članov v to skupino strokovnjakov. Poleg tega je nekatere strokovnjake prepoznal in povabil UNODC, zaradi njihovih raziskav in dejavnosti na področju preprečevanja uporabe drog.

Vsi člani skupine so bili naprošeni, da prispevajo k metodologiji posodabljanja *mednarodnih standardov* in tudi s študijami, ki bi lahko bile zanimive, in sicer v katerem koli jeziku. Ožja skupina najbolj aktivnih članov skupine strokovnjakov se je sestala junija 2017 na Dunaju, da bi se dogovorila o metodologiji za revizijo *mednarodnih standardov*. UNODC in WHO sta skupaj dokončno oblikovala metodologijo. Izšla je kot Dodatek II z naslovom: »Protokol za pripravo kratke vsebine sistematičnih pregledov o preventivnih intervencijah na področju uporabe drog za drugo posodobljeno izdajo *mednarodnih preventivnih standardov na področju uporabe drog*«.

Dokazi, ki so jedro te posodobitve, so bili pridobljeni prek kratkih vsebin sistematičnih pregledov, objavljenih med junijem 2012 in januarjem 2018, s poudarkom na primarnih rezultatih preventivnih intervencij na področju uporabe drog. Primarni rezultati preventive so bili opredeljeni kot »začetek uporabe drog«, »nadaljevanje uporabe drog« in »napredovanje k motnjam zaradi uporabe drog«.

Cilj je bil identificirati sistematične preglede glede dokazov o učinkovitosti intervencij in/ali politik v kontroliranih (»efficacy«) oziroma realnih okoliščinah (»effectiveness«) v zvezi s preventivo na področju uporabe drog (primarni rezultati preventive).

Sekundarni rezultati preventive (posredni dejavniki ali vmesni rezultati) niso bili vključeni v začetno strategijo iskanja, vendar so bili upoštevani pri posvetovanju s strokovnjaki, ki so izvedli dodatno analizo in ob tem pridobili dodatne podatke iz izbrane literature. Druge reference k literaturi glede sekundarnih preventivnih rezultatov so bile ugotovljene s pomočjo strokovnih nasvetov med pripravo prve izdaje *mednarodnih standardov*.

Identificirali smo več kot 28.800 člankov, ki so bili pregledani, njihovo število pa smo zmanjšali najprej na podlagi naslova in nato povzetka.

To je bilo združeno s študijami, ki so jih identificirali člani skupine strokovnjakov, pa tudi dodatno (ročno) analizo baz podatkov Cochrane in Campbell. Z dodatno analizo smo vključili primarne rezultate preventive na področju uporabe drog, v primeru strategij, namenjenih otrokom (starim 10 let in manj), tudi sekundarne rezultate, tj. posredne dejavnike ali vmesne rezultate preventive na področju uporabe drog.

Za vključitev v postopek pridobivanja podatkov je bilo treba izvesti sistematične preglede primarnih študij (z ali brez metaanalize), s poudarkom na intervencijah ali politikah na področju uporabe drog, ki si prizadevajo doseči rezultate v smislu preprečevanja uporabe

drog ali, če gre za otroke, stare 10 let ali manj, za doseganje rezultatov glede posrednih dejavnikov, povezanih z uporabo drog.

Zato so bili izključeni naslednji dokumenti: epidemiološke študije o prevalenci, incidenci, ranljivosti in odpornosti, povezane z uporabo drog; študije o strategijah zdravljenja ali tiste, ki se osredotočajo samo na preprečevanje zdravstvenih in socialnih posledic uporabe drog in motenj zaradi uporabe drog; primarne študije; pregledi pregledov; študije o splošni izvedbi preventivnih intervencij in/ali preventivnih sistemov.

Po prvem pregledu, ki je temeljil na izvlečkih besedil in celih besedilih, je bilo za oceno primernosti nadalje preučenih 392 prispevkov (npr. pregledov, člankov). Celoten seznam 392 prispevkov je naveden v Dodatku I. Med temi prispevki, sta bili 202 študiji prepoznani kot primerni in ocenjeni za tveganje pristranskosti z orodjem »Risk of Bias in Systematic Reviews« (ROBIS).⁴ Podatki so bili nato pridobljeni samo iz pregledov, ki so imeli nizko stopnjo ugotovljene nevarnosti pristranskosti (71 pregledov). Dodatek I vsebuje ločen seznam teh pregledov, diagram poteka postopka pregleda pa je predstavljen v Dodatku III.

Poleg tega je bilo teh 71 pregledov združenih s pregledi iz prve izdaje *mednarodnih standardov*, pod pogojem, da v trenutnem iskanju ni bilo nobene novejši enakovredne študije. Tabela pridobivanja podatkov (»Dodatek IV: Povzetek rezultatov«) prikazuje vse zaključke, vključene v študije, in je podlaga za posodobitev povzetka dokazov posamezne strategije.

Postopek je dodatno obogatila uporaba obstoječih smernic Svetovne zdravstvene organizacije (WHO), ki vsebujejo priporočila o uporabi različnih intervencij in politik za preprečevanje uporabe drog, pa tudi drugih tveganih vedenj (npr. nasilja) ali za spodbujanje zdravega razvoja otrok in mladine. Obstoječe smernice WHO, ki temeljijo na dokazih, so povzete pod vsako strategijo.

Mednarodni standardi v okviru vsake strategije v največji možni meri navajajo značilnosti strategij, ki so povezane z učinkovitostjo v kontroliranih (»efficacy«) oziroma realnih okoliščinah (»effectiveness«), ali njihovim pomanjkanjem. Te značilnosti so bile v veliki meri opredeljene s pomočjo strokovnih nasvetov med razvojem prve izdaje *mednarodnih standardov* in so bile le delno spremenjene, in sicer glede na pripombe strokovne skupine na prvi osnutek druge posodobljene izdaje. Tudi zadnje poglavje o nacionalnih preventivnih sistemih je bilo pripravljeno na podlagi strokovnih nasvetov in posodobljeno na podlagi pripomb skupine strokovnjakov.

2. Slabosti

Ob uporabi tega dokumenta je treba upoštevati številne omejitve. Prvič, splošna strategija iskanja je bila namenjena zajemanju dokazov v zvezi s čim večjim številom možnih

⁴ Whiting, P. in sod. (2016). »ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed«. *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 69.

intervencij, namesto osredotočanja na podrobnosti vsake posamezne intervencije. Zato predvidevamo, da lahko strategija iskanja pomanjkljivo zajema literarne vire in pomembne podrobnosti, povezane s posameznimi intervencijami, saj bi se morala izvesti bolj podrobno in ozko.

Drugič, iskanje literature je bilo osredotočeno le na primarne rezultate (uporaba drog) in ni zajemalo sistematičnega pregleda dokazov o sekundarnih rezultatih (tj. posrednih dejavnikih preventive). Zato *mednarodni standardi* ne obravnavajo celovito posrednih dejavnikov preventive na področju uporabe drog.

Čeprav je bilo tveganje pristranskosti raziskav ocenjeno z uporabo orodja ROBIS, razvrščanje dokazov ni bilo opravljeno. Prav tako ni bila izvedena analiza intervencij z drugih perspektiv izven učinkovitosti (npr. analiza škode in koristi, stroškovna učinkovitost, vrednote in preference, enakost, uravnoveženost spolov, človekove pravice itd.). Zaradi zgoraj navedenih omejitev *mednarodni standardi* ne vsebujejo formalnih priporočil. Predstavljajo povzetek rezultatov, ki so bili ugotovljeni s pregledom sistematičnih pregledov in, kjer je to mogoče, okrepljeni z izvlečki iz razpoložljivih mednarodnih smernic, ki pokrivajo dodatne teme oziroma vprašanja ter vključujejo več podrobnosti.

3. Struktura mednarodnih standardov

Dokument je sestavljen iz treh poglavij. Poglavlje I opisuje intervencije in politike, za katere je bilo ugotovljeno, da so učinkovite pri preprečevanju uporabe prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi (vključno z alkoholom in tobakom).

Intervencije in politike so razvrščene glede na starost ciljne skupine, ki predstavlja razvojno stopnjo v življenju posameznika: obdobje nosečnosti, dojenčki in zgodnje otroštvo; srednje otroštvo; zgodnja adolescenca; adolescenca in odraslost.

Vsak otrok je edinstven, na njegov razvoj pa vpliva tudi vrsta socialnoekonomskih in kulturnih dejavnikov. Zato posamezna razvojna obdobja niso opredeljena s številom let. Vendar pa gre za splošni vodnik, zato je treba upoštevati naslednje: »obdobje dojenčka in zgodnje otroštvo« je obdobje, ki se nanaša na predšolske otroke, stare večinoma 0–5 let; »srednje otroštvo« se nanaša na otroke, ki obiskujejo osnovno šolo, stare približno 6–10 let; »zgodnja adolescenca« se nanaša na osnovnošolce, stare 11–14 let; »adolescenca« se nanaša na poznejša najstniška (npr. srednješolska) leta, od 15 do 18 ali 19 let; »odrasla doba« pa na vsa naslednja leta. Obdobje »mlajše odraslosti« (študijska leta, 20–25 let) v standardih ni posebej poudarjeno, vendar je tudi omenjeno, saj je to obdobje v nekaterih študijah še posebej obravnavano.

Nekatere intervencije in politike so pomembne za več kot eno starostno skupino. V tem primeru se opis ne ponovi. Vključene so v starost, za katero so najprimernejše, z navedbo drugih razvojnih obdobj, za katere tudi obstajajo razpoložljivi dokazi.

V razdelku o vsaki strategiji so, kolikor je mogoče, vključeni naslednji podatki: kratek opis; razpoložljivi dokazi in značilnosti, za katere se zdi, da so povezane z (ne)učinkovitostjo.

Kratek opis: Ta podrazdelek na kratko opiše strategijo ali politiko, glavne dejavnosti in teoretično osnovo. Poleg tega vsebuje navedbo, ali je strategija primerna za celotno prebivalstvo (univerzalna preventiva), ali za skupine prebivalstva s tveganjem precej nad povprečjem (selektivna preventiva), ali za posameznike, ki so posebej ogroženi (indicirana preventiva, ki vključuje tudi posameznike, ki bi lahko začeli eksperimentirati in so zato še posebej izpostavljeni tveganju, da bodo razvili motnjo). Poleg tega *mednarodni standardi* informirajo o tem, ali strategija vključuje okoljske, razvojne in/ali informacijske komponente.

Razpoložljivi dokazi: To je jedro *mednarodnih standardov*. Besedilo opisuje, kakšni so razpoložljivi dokazi in ugotovitve. Najprej so omenjeni primarni rezultati (uporaba drog), sekundarni rezultati preventive (tj. posredni dejavniki/vmesni rezultati preventive) pa so omenjeni kasneje in ločeno. Kjerkoli je na voljo, je navedena tudi velikost učinkov, pa tudi različni učinki glede na različne ciljne skupine in njihovo trajnost. Označen je geografski vir dokazov, ki oblikovalcem politik in izvajalcem preventivnih programov nudi informacijo, ali je že znano, da je strategija učinkovita v različnih geografskih okoljih. Če obstaja indikacija stroškovne učinkovitosti, je v besedilo vključeno tudi to. Ta del besedila temelji na študijah, vključenih v izvleček podatkov, ali je vzet iz prejšnje izdaje standardov. V drugem (modrem) sklopu so, kjerkoli so na voljo, dodana navodila WHO o učinkovitosti strategij glede uporabe drog ali drugih rezultatov s področja zdravja, ki so predstavljeni v objavljenih dokumentih WHO.

Značilnosti intervencij, povezane z (ne)učinkovitostjo: *Mednarodni standardi* vsebujejo tudi navedbo značilnosti, za katere je skupina strokovnjakov ugotovila, da so povezane z učinkovitostjo, ali tudi, če so podatki na voljo, neučinkovitostjo ali celo škodljivimi učinki intervencije. Te navedbe ne bi smele biti razumljene kot vzročno posledične. Kot je navedeno zgoraj, ni dovolj dokazov, ki bi omogočili takšno analizo. Namesto tega predlagamo usmeritev, ki lahko na podlagi skupnih raziskav in praktičnih izkušenj skupine strokovnjakov prinese več možnosti za uspeh. Vse strategije je treba izvajati v raziskovalnem okolju, uporabljati protokole, za katere vemo, da so učinkoviti pri preprečevanju uporabe drog in obravnavanju dejavnikov ranljivosti in odpornosti.

Poglavje II na kratko opisuje teme s področja preventive, kjer so še posebej potrebne nadaljnje raziskave. To vključuje intervencije in politike, za katere ni razpoložljivih dokazov, šele nastajajoče problematike uporabe drog in tudi posebej ranljive skupine. Kjerkoli je to mogoče, je na voljo kratka razprava o morebitnih strategijah.

V tretjem in zadnjem poglavju so opisane možne komponente učinkovitega nacionalnega preventivnega sistema, ki je zasnovan na intervencijah in politikah, temelječih na dokazih ter usmerjenih v zdrav in varen razvoj otrok in mladine. To je še eno področje, kjer so nujno potrebne nadaljnje raziskave, saj so se le-te do sedaj tradicionalno bolj osredotočale na učinkovitost posameznih strategij in politik. Kot je že navedeno, to poglavje temelji na strokovnem znanju in soglasju skupine strokovnjakov.

I. Preventivne intervencije in politike na področju drog

A. Dojenčki in zgodnje otroštvo

Najzgodnejše interakcije otroci doživijo v družini, preden pridejo v šolo. Kadar živijo s starši ali skrbniki, ki ne zmorejo nege, skrbi in izkazovanja ljubezni do otroka in/ali nimajo starševskih veščin in/ali trpijo zaradi drugih težav, povezanih z zdravstvenimi, finančnimi ali drugimi okoliščinami (zlasti v socialnoekonomsko marginaliziranem okolju ali disfunkcionalnem družinskem okolju), se pri otrocih povečuje možnost razvoja ranljivosti. Med dejavniki tveganja je treba poudariti tudi vnos alkohola, nikotina in drugih drog med nosečnostjo, kar izrazito negativno vpliva na razvoj zarodka in ploda.

Takšne okoliščine lahko ovirajo razvoj pomembnih sposobnosti v posameznih razvojnih obdobjih in puščajo otroke ranljivejše ter pomenijo več tveganja za kasnejši razvoj vedenjskih motenj. Ključni razvojni cilji v zgodnjem otroštvu so razvoj varne navezanosti na starše ali skrbnike, starostno primerne jezikovne spretnosti in izvršitvene kognitivne sposobnosti, kot so samoregulacija, prosocialna naravnost in veščine. Pridobivanje naštetega se najbolje udejanja ob podpori družine in skupnosti.

1. Obiski na domu v prenatalnem obdobju in takoj po rojstvu

Kratek opis

V teh programih usposobljeno medicinsko osebje ali socialna delavka oziroma delavec obiskuje bodoče mame in starše novorojenih otrok in jim nudi učenje starševskih veščin ter podporo pri reševanju številnih vprašanj (glede zdravja, stanovanja, zaposlovanja, pravnih zadev itd.). Običajno ti programi ne ciljajo na vse ženske, temveč le na določene skupine, ki v primerjavi s splošnim prebivalstvom (selektivna strategija z razvojnim ciljem) živijo v težavnih okoliščinah.

Razpoložljivi dokazi

V novoopravljenem pregledu nismo identificirali novih sistematičnih pregledov.

V prvi izdaji *mednarodnih standardov* sta glede ugotovitev v zvezi s to intervencijo na razpolago en pregled in eno naključno (randomizirano) kontrolno preskušanje.

Primarni rezultati naključnega kontroliranega preskušanja teh programov kažejo, da le-ti preprečujejo uporabo drog kasneje v življenju in da so lahko stroškovno učinkoviti tudi pri zmanjševanju prihodnjih socialnih in zdravstvenih stroškov.

Poleg tega so v pregled vključene tudi ugotovitve v zvezi z nekaterimi sekundarnimi rezultati. Otroci v programu so manj pogosto poročali o motnjah ponotranjenja, prav tako pa so dosegli boljše rezultate pri preizkusih iz branja in

matematike. Matere, ki so sodelovale v programu, so poročale tudi o manj težavah zaradi rabe alkohola in drugih drog. Dokazi izvirajo iz ZDA.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) priporoča predporodne in poporodne programe obiskov na domu z vidika preprečevanja zlorabe otrok.⁵

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ izvaja jih usposobljeno medicinsko osebje;
- ✓ redni obiski do dveh let starosti otroka, najprej vsaka dva tedna, nato vsak mesec in potem manj pogosto do konca obdobja;
- ✓ zagotavljanje osnovnih starševskih veščin;
- ✓ podpora materam pri reševanju številnih socialnoekonomskih vprašanj (zdravje, stanovanje, zaposlovanje, pravni nasveti itd.).

2. Intervencije, namenjene nosečnicam

Kratek opis

Nosečnost in materinstvo sta obdobji velikih in včasih stresnih sprememb, zaradi katerih so ženske lahko dovzetne za uporabo drog in s tem povezanih motenj.

Uporaba alkohola in drugih drog med nosečnostjo predstavlja potencialno zdravstveno tveganje za nosečnice in dojenčke, tudi če ni prisotnih motenj, povezanih z uporabo drog. Zato je treba vse nosečnice seznaniti z mogočimi tveganji za zdravje zanje in njihove otroke. Ker je uporaba psihoaktivnih snovi v času nosečnosti nevarna za mater in otroka, bi moralo biti obvladovanje uporabe drog ter zdravljenje nosečnic z motnjami zaradi uporabe drog prednostna naloga. Pri tem moramo slediti strogim kliničnim smernicam, ki temeljijo na znanstvenih dokazih. To je indicirana strategija z razvojnim ciljem.

Razpoložljivi dokazi

V novoopravljenem pregledu nismo identificirali novih sistematičnih pregledov.

V prvi izdaji *mednarodnih standardov* sta na razpolago dve pregledni študiji z ugotovitvami v zvezi s to intervencijo.⁶

O ugotovitvah glede primarnih rezultatov ni na razpolago nobenih pregledov.

⁵ World Health Organization (WHO), *INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children* (Geneva, 2016).

⁶ Niccols (2012a) in Niccols (2012b).

V zvezi s sekundarnimi rezultati lahko integrirano zdravljenje nosečnic na podlagi dokazov pozitivno vpliva na razvoj otrok, čustveno in vedenjsko delovanje otrok ter starševskih veščin.

Časovni okvir za trajnost teh rezultatov in izvor dokazov nista jasna.

Smernice WHO vsebujejo naslednja priporočila o uporabi drog med nosečnostjo:

Uporaba tobaka:

Zdravstveni delavci morajo vse nosečnice vprašati o pretekli in sedanji uporabi tobaka ter izpostavljenosti tobačnemu dimu tako zgodaj v nosečnosti, kot je le mogoče, ter tudi ob vsakem ponovnem nosečniškem pregledu.⁷

Uporaba drog (vključno z alkoholom):

Zdravstveni delavci morajo vse nosečnice vprašati o njihovi pretekli in sedanji uporabi alkohola in drugih drog tako zgodaj v nosečnosti, kot je le mogoče, ter tudi ob vsakem ponovnem nosečniškem pregledu.

Zdravstveni delavci morajo vsem nosečnicam, ki uporabljajo alkohol ali droge, ponuditi kratko intervencijo.

Zdravstveni delavci, ki oskrbujejo nosečnice ali porodnice z motnjami v zvezi z alkoholom ali drugimi drogami, morajo nuditi celovit pregled in individualno oskrbo.

Zdravstveni delavci naj čim prej svetujejo nosečnicam, ki so zasvojene z alkoholom ali drugimi drogami, da prenehajo z uporabo, in jim ponudijo storitve razstrupljanja (detoksikacije) pod medicinskim nadzorom ali jih napotijo nanje, kjer je to potrebno in primerno.

Podrobnejša priporočila o zdravljenju določenih kliničnih položajev v nosečnosti (npr. odvisnosti od opioidov, odvisnosti od benzodiazepinov itd.) so dosegljiva v *Smernicah WHO za identifikacijo in obvladovanje uporabe drog in z njimi povezanih motenj v nosečnosti*.⁸

3. Izobraževanje v zgodnjem otroštvu

Kratek opis

Programi izobraževanja v zgodnjem otroštvu podpirajo socialni in kognitivni razvoj predšolskih otrok (starih od 2 do 5 let) iz prikrajšanih skupnosti. Gre za selektivne intervencije z razvojnimi vsebinami.

⁷ WHO, *WHO Recommendations for the Prevention and Management of Tobacco Use and Second-Hand Smoke Exposure in Pregnancy* (Geneva, 2013).

⁸ WHO, *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy* (Geneve, 2014).

Razpoložljivi dokazi

V novoopravljenem pregledu nismo identificirali novih sistematičnih pregledov.

V prvi izdaji *mednarodnih standardov* so v zvezi s to intervencijo na razpolago ugotovitve dveh študij.⁹

V skladu s tema študijama lahko izvajanje storitev zgodnjega izobraževanja pri otrocih, ki odraščajo v prikrajšanih skupnostih, pri starosti 18 let zmanjša uporabo marihuane ter tudi tobaka in drugih drog (primarni rezultati).

Sekundarni rezultati kažejo, da lahko zgodnje izobraževanje prepreči tudi drugo tvegano vedenje in krepi duševno zdravje, socialno vključenost in akademsko uspešnost.

Vsi dokazi izvirajo iz ZDA.

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ izboljšanje kognitivnih, socialnih in jezikovnih spretnosti otrok;
- ✓ izvajajo se v obliki dnevnih srečanj;
- ✓ izvajajo jih izkušeni učitelji;
- ✓ zagotavljanje podpore družinam glede drugih socialnoekonomskih vprašanj.

B. Srednje otroštvo

V srednjem otroštvu otroci vse več časa preživljajo stran od družine, najpogosteje v šoli in z vrstniki. Družina še vedno ostaja ključni dejavnik socializacije. Kljub temu pa začenja naraščati pomen dnevnega varstva, šole in vrstniških skupin. V zvezi s tem postajajo dejavniki, kot so norme skupnosti, šolska kultura in kakovost izobraževanja, vse pomembnejši za varen in zdrav čustven, kognitivni in socialni razvoj. V srednjem otroštvu raste pomen socialnih veščin in stališč do socialnih odnosov, ki postanejo ključni zaščitni dejavniki, ki vplivajo tudi na obseg, v katerem se bo šolajoči otrok vključil v šolo in povezal z vrstniki.

Med glavnimi razvojnimi cilji v srednjem otroštvu so stalen razvoj starosti primernih jezikovnih in matematičnih spretnosti ter nadzora impulzov in samokontrole. Začne se razvoj ciljno naravnane vedenja, vključno s sposobnostmi odločanja in reševanja težav. Duševne motnje, ki se pojavijo v tem časovnem obdobju (npr. anksiozne motnje, motnja pozornosti in hiperaktivnosti in vedenjske motnje), lahko tudi ovirajo razvoj zdrave navezanosti na šolo, sodelovalno igranje z vrstniki, prilagodljivo učenje in samoregulacijo. Otroci iz disfunkcionalnih družin v tem času pogosto vzpostavljajo stike z vrstniki, ki

⁹ D'Onise (2010) in Jones (2006).

izkazujejo potencialno škodljivo vedenje, kar pomeni, da se izpostavljajo povečanemu tveganju.

1. Programi krepitev starševskih veščin

Kratek opis

Programi starševskih veščin pomagajo staršem biti boljši starši na zelo preprost način. Topli odnosi, v katerih starši vzgajajo otroke, kjer starši postavljajo pravila za sprejemljivo vedenje, skrbno spremljajo prosti čas in vzorce prijateljstva, pomagajo pri pridobivanju osebnih in socialnih veščin ter so vzorniki, so eden od najmočnejših zaščitnih dejavnikov pred uporabo snovi in drugim tveganim vedenjem. Ti programi so lahko namenjeni tudi staršem najstnikov. Ker pregledi v glavnem zajemajo vse starosti skupaj in ker so načela v veliki meri podobna, so tukaj obravnavane samo intervencije. Ti posegi se lahko izvajajo na univerzalni in selektivni ravni in so predvsem razvojna zvrst intervencij.

Razpoložljivi dokazi

V petih preglednih študijah poročajo o ugotovitvah v zvezi s to intervencijo, od tega štirih iz novega pregleda sistematičnih pregledov.¹⁰

V zvezi s primarnimi rezultati v teh študijah poročajo, da lahko družinski univerzalni programi preprečijo uporabo tobaka, alkohola in drugih drog pri mladih, učinek pa je na srednji in dolgi rok (več kot 12 mesecev) na splošno obstojen.

Zdi se, da so bolj intenzivni programi, ki jih izvaja usposobljen izvajalec, dosledneje učinkoviti v primerjavi s posameznimi srečanji ali računalniško izvedenimi programi. Poleg tega so poročali o učinkovitosti posameznih spolno specifičnih intervencij, namenjenih materam in hčerkam.

Zgoraj navedeni povzetki izhajajo iz študij o družinskih preventivnih intervencijah, ki se izvajajo v Afriki, Aziji, na Bližnjem vzhodu, v Evropi, Avstraliji in Severni Ameriki.

WHO tudi priporoča programe starševskih veščin za podporo pozitivnemu razvoju, preprečevanju nasilja med mladimi, obvladovanju vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih¹¹ ter preprečevanju trpinčenja otrok.¹²

Za izboljšanje razvojnih rezultatov otrok priporoča starševske intervencije, ki spodbujajo interakcijo med materami in novorojenčki, po možnosti v okviru rednih

¹⁰ Mejia (2012), Thomas in sod.(2016), Foxcroft in Tsertsvadze (2012), Allen in sod. (2016) in Kuntsche (2016).

¹¹ WHO, *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!), Guidelines to Support Country Implementation* (Geneva, 2017).

¹² WHO, *INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children* (Geneva, 2016).

programov za zdravje mater in otrok, namenjenih slabo prehranjenim, pogosto bolnim in drugim skupinam ogroženih otrok.¹³

Poleg tega je za izboljšanje razvojnih rezultatov otrok priporočljivo, da se programi za izboljšanje starševskih veščin materam nudijo skupaj z učinkovitim zdravljenjem in psihosocialno podporo za matere z depresijo ali s katerimi koli drugimi duševnimi ali nevrološkimi motnjami oziroma problemi z zasvojenostjo od drog.¹⁴

Ne nazadnje bi bilo treba zagotoviti usposabljanje za krepitev veščin za starše in/ali skrbnike otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju, vključno z motnjami v duševnem razvoju (vključno z avtizmom).¹⁵

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ krepijo družinski vezi, npr. navezanost med starši in otroki;
- ✓ podpirajo starše za aktivnejše sodelovanje v življenju njihovih otrok, npr. s spremljanjem njihovih dejavnosti in prijateljstev ter z vključevanjem v njihovo učenje in izobraževanje;
- ✓ podpirajo starše pri zagotavljanju pozitivnega in razvojno ustreznega discipliniranja otrok;
- ✓ podpirajo starše, da postanejo pozitivni vzorniki svojim otrokom.
- ✓ organizirane so na način, ki omogoča enostavno in za starše privlačno sodelovanje (npr. potekajo zunaj delovnega časa, ponujajo obroke, varstvo otrok, prevoz, majhne nagrade za dokončanje obiskovanja programov itd.);
- ✓ običajno vključujejo vrsto srečanj (pogosto okrog 10 srečanj, več v primeru dela s starši iz marginaliziranih ali prikrajšanih skupnosti ali v okviru programa zdravljenja, kjer imata eden ali oba starša motnjo zaradi uporabe drog);
- ✓ običajno vključujejo dejavnosti za starše, otroke in celo družino;
- ✓ izvajajo jih usposobljeni posamezniki, v mnogih primerih brez kakršnih koli drugih formalnih kvalifikacij.

Značilnosti intervencij, za katere se na podlagi strokovnega posvetovanja šteje, da so povezane s pomanjkanjem učinkovitosti ali škodljivimi učinki:

- ✗ spodkopavajo avtoriteto staršev;
- ✗ staršem nudijo le informacije o drogah, da se o njih pogovarjajo s svojimi otroki;
- ✗ izvajajo jih slabo usposobljene osebe.

¹³ WHO, »*Maternal mental health interventions to improve child development: evidence profile*« (2012).

¹⁴ Enako kot zgoraj.

¹⁵ Enako kot zgoraj.

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- International Society of Substance Use Professionals (ISSUP) (2015), Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 4: Family-based Prevention Interventions.
- UNODC, *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes*, United Nations Office on Drugs and Crime (Dunaj, 2010).
- Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), *Strengthening Our Skills: Canadian Guidelines for Youth Substance Use Prevention Family Skills Programs*, Canadian Centre on Substance use (Ottawa, 2011).
- UNODC, *Guide to Implementing Family Skills Training Programmes for Drug Abuse Prevention*, United Nations Office on Drugs and Crime (Dunaj, 2009).
- WHO Mental Health Gap Action Programme, Evidence-based recommendations for management of child and adolescent mental disorders in non-specialized health settings.

2. Izobraževanje za krepitev osebnih in socialnih veščin

Opis

V teh programih usposobljeni učitelji vključujejo otroke v interaktivne dejavnosti, ki omogočajo učenje in prakticiranje številnih osebnih in socialnih veščin. Ti programi se običajno izvajajo kot strukturirana srečanja (npr. to so intervencije na univerzalni ravni). Programi ponujajo otrokom možnosti za učenje veščin, ki jim omogočajo, da se lahko na varen in zdrav način spopadajo s težkimi položaji v vsakdanjem življenju. Podpirajo razvoj splošnih socialnih kompetenc, vključno z duševnim in čustvenim dobrim počutjem. Ti programi obsegajo predvsem razvojne komponente. Običajno ne vključujejo vsebin o posameznih drogah, saj jih v večini skupnosti otroci v tej starosti še ne začnejo uporabljati. To ne velja povsod in programi, namenjeni otrokom, ki so bili izpostavljeni drogam (npr. inhalantom) v zelo zgodnjem obdobju, lahko uporabijo napotke (specifične za uporabo drog), ki so vključeni v poglavje »Preventivno izobraževanje, ki temelji na socialnih kompetencah in vplivu« za obdobje »Zgodnje adolescence«.

Razpoložljivi dokazi

Glede ugotovitev v zvezi s to intervencijo je na razpolago sedem pregledov, štirje od teh iz novega pregleda.¹⁶

Primarni rezultati teh študij kažejo, da lahko podpora razvoju osebnih in socialnih veščin v učilnici prepreči uporabo tobaka, alkohola in drugih drog, zlasti v daljšem obdobju spremljanja (več kot eno leto). Učinkovitost strategij, ki se osredotočajo le na odpornost, je bila omejena le na uporabo prepovedanih drog.

¹⁶ Hodder in sod. (2017), Salvo in sod. (2012), McLellan in Perera (2013), McLellan in Perera (2015), Schröer-Günther (2011) in Skara (2003).

Večina dokazov izvira iz Severne Amerike, Evrope in Avstralije, z nekaterimi študijami iz Azije in Afrike.

Glede spodbujanja in izboljšanja duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih bi morali nespecializirani (splošni) zdravstveni zavodi, če je to le mogoče, sodelovati s šolskimi programi izobraževanja s področja krepitve življenjskih veščin.¹⁷

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ izboljšujejo vrsto osebnih in socialnih veščin;
- ✓ izvajajo se v obliki vrste strukturiranih srečanj, ki pogosto vključujejo izvajanje t. i. spodbujevalnih (»booster«) srečanj skozi večletno obdobje;
- ✓ izvajajo jih izkušeni učitelji ali izvajalci;
- ✓ srečanja so v prvi vrsti interaktivna.

Značilnosti intervencij, za katere se na podlagi strokovnega posvetovanja šteje, da so povezane s pomanjkanjem učinkovitosti ali škodljivimi učinki:

- ✗ uporaba neinteraktivnih metod, npr. predavanja kot glavne metode izvajanja;
- ✗ posredovanje informacij o posameznih drogah, vključno z vzbujanjem strahu;
- ✗ osredotočanje le na krepitev samopodobe in čustveno izobraževanje.

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), UNODC and WHO, Good Policy and Practice in Health Education: Education Sector Responses to the Use of Alcohol, Tobacco and Drugs (Pariz, 2017).
- ISSUP, Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015).
- Organization of American States (OAS), »CICAD hemispheric guidelines on school-based prevention« (Washington D.C., 2005)
- CCSA, *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention* (Ottawa, 2010).
- WHO, Mental Health Gap Action Programme, »Evidence-based recommendations for management of child and adolescent mental disorders in non-specialized health settings«.

¹⁷ WHO, WHO Mental Health Gap Action Programme, »Behaviour change techniques for promoting mental health: evidence profile« (2012).

3. Programi za izboljšanje okolja v razredu

Kratek opis

Programi krepijo učiteljeve sposobnosti za vodenje razreda in podpirajo otroke pri njihovi socializaciji v vlogi učencev, hkrati pa zmanjšujejo zgodnje agresivno in moteče vedenje. Učitelje običajno pridobijo podporo v obliki izvajanja zbira učnih postopkov v vsakodnevni praksi z vsemi učenci za namene poučevanja prosocialnega vedenja ter preprečevanja in zmanjševanja neprimernega vedenja. Programi vključujejo tako akademsko kot tudi socialno-čustveno učenje. So univerzalni, saj so namenjeni celemu razredu in vključujejo razvojno komponento.

Razpoložljivi dokazi

V novoopravljenem pregledu nismo identificirali novih sistematičnih pregledov.

V prvi izdaji *mednarodnih standardov* je ena pregledna študija vključevala ugotovitve v zvezi s to intervencijo.¹⁸

V pregledu ni ugotovitev glede primarnih rezultatov.

Sekundarni rezultati v skladu s to študijo kažejo, da učinkoviti pristopi vodenja razreda znatno zmanjšajo problematično vedenje v učilnici, vključno z močnimi učinki na moteče in agresivno vedenje, ter okrepijo prosocialno vedenje in akademsko uspešnost otrok.

Časovni okvir glede trajnosti teh rezultatov ni jasen.

Vsi zgoraj navedeni dokazi izvirajo iz ZDA in Evrope.

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ intervencije se pogosto izvajajo v prvih šolskih letih;
- ✓ vključujejo strategije za odzivanje na neprimerno vedenje;
- ✓ vključujejo strategije za potrditev ustreznega vedenja;
- ✓ vključujejo povratne informacije o pričakovanih;
- ✓ učenci so aktivno vključeni v intervencije.

¹⁸ Oliver (2011).

4. Politike za ohranjanje otrok v šoli

Kratek opis

Prisotnost v šoli, navezanost na šolo in doseganje starostno primernih jezikovnih in računskih veščin so pomembni zaščitni dejavniki pred uporabo drog med otroki te starosti. Zlasti v državah z nizkim in srednjim standardom je bila izvedena vrsta politik, ki podpirajo prisotnost otrok v šoli in izboljšujejo njihove izobraževalne rezultate.

Razpoložljivi dokazi

V novoopravljenem pregledu nismo identificirali novih sistematičnih pregledov.

V prvi izdaji *mednarodnih standardov* sta dva pregleda¹⁹ z ugotovitvami v zvezi z naslednjimi politikami: gradnjo novih šol, zagotavljanjem prehrane v šolah in zagotavljanjem različnih družinskih ekonomskih spodbud.

V študijah ne poročajo o ugotovitvah glede primarnih rezultatov.

Glede sekundarnih rezultatov na podlagi teh študij te politike povečujejo prisotnost otrok v šoli in izboljšujejo jezikovno in matematično znanje. Zagotavljanje denarja družinam ne privede do pomembnih pozitivnih rezultatov, medtem ko so se pogojevani denarni transferi izkazali za učinkovite. Časovni okvir trajnosti teh rezultatov ni jasen.

Vsi ti dokazi izvirajo iz držav z nizkim in srednjim standardom.

Tudi WHO priporoča pogojevane finančne spodbude za ohranjanje otrok v šolah kot strategijo za preprečevanje nasilja med mladimi.²⁰

5. Obravnavanje motenj v duševnem zdravju

Kratek opis

Duševne motnje (npr. anksioznost in depresija) in vedenjske motnje (npr. ADHD in motnje vedenja) so povezane z večjim tveganjem uporabe drog pozneje v adolescenci in življenju. Podpora otrokom, mladostnikom in staršem za čimprejšnje obvladovanje čustvenih in vedenjskih motenj je pomembna preventivna strategija v otroštvu in adolescenci.

¹⁹ Lucas (2008) in Petrosino (2012).

²⁰ WHO, *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)* (2017).

Razpoložljivi dokazi

V novoopravljenem pregledu sistematičnih pregledov ali v prvi izdaji standardov ni nobene identificirane študije na to temo.

WHO za podporo otrokom in mladostnikom (in tudi njihovim staršem ali skrbnikom) ter obravnavo motenj priporoča čimprejšnje ukrepanje, in sicer²¹:

- vedenjske intervencije za otroke in mladostnike za zdravljenje vedenjskih motenj;
- psihološke intervencije, kot so kognitivno-vedenjska terapija, medosebna psihoterapija za otroke in mladostnike s čustvenimi motnjami ter usposabljanje za krepitev starševskih ali skrbniških veščin, ki se osredotočajo na otrokove starše ali skrbnike;
- če je le mogoče, naj se izobraževanje ali usposabljanje staršev ali skrbnikov začne pred začetkom zdravljenja otroka z diagnozo hiperaktivnosti in motnje pozornosti (ADHD). Začetni posegi naj po možnosti vključujejo kognitivno-vedenjsko terapijo in usposabljanje za razvoj socialnih veščin;
- farmakološke intervencije naj se izvajajo samo v specializiranih okoljih.

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- The WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) intervention guide and training manuals (WHO, 2016).

C. Zgodnja adolescence

Adolescenca je razvojno obdobje, ko so mladi izpostavljeni novim idejam in vedenjskim izzivom. Poveča se povezanost z ljudmi in ustanovami, ki presega izkušnje iz otroštva. To je čas, ko »preizkušajo« odrasle vloge in odgovornosti. To je tudi čas, ko »plastičnost« in popravljivost mladostnikovih možganov kažeta, da je to obdobje razvoja, podobno kot v otroštvu, ko intervencije lahko okrepijo ali spremenijo pretekle izkušnje.

Želja po prevzemu odraslih vlog in večji samostojnosti v času, ko pride do pomembnih sprememb v mladostnikovih možganih, ustvarja tudi potencialen čas za slabo premišljene odločitve in vpletenost v potencialno škodljivo vedenje, kot so tvegano spolno vedenje, kajenje tobaka, uporaba alkohola, tvegano vedenje pri vožnji in uporaba prepovedanih drog.

Uporaba drog (ali druga potencialno škodljiva vedenja) vrstnikov pa tudi zavračanje s strani vrstnikov pomembno vplivata na vedenje, čeprav je vpliv staršev še vedno pomemben. Zdravi odnosi, družbene norme in prepričanja, ki se nanašajo na uporabo drog, so prav tako pomembni zaščitni dejavniki pred njihovo uporabo. Dobro razvite

²¹ WHO, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings - Version 2.0* (Geneva, 2016).

socialne veščine in odpornost duševnega in čustvenega zdravja ostajajo ključni zaščitni dejavniki v času adolescence.

Opomba: Intervencije v zvezi s starševskimi veščinami se lahko izvajajo v srednjem otroštvu in zgodnji adolescenci. Študije, ki smo jih identificirali z raziskavo, ne razčlenjujejo rezultatov po starosti. Zato razdelka o starševskih veščinah tukaj ne ponavljamo, pač pa bralca usmerjamo na predhodno poglavje. Enako velja za poglavje »Obravnavanje motenj v duševnem zdravju«. Podobno lahko številne intervencije in politike, pomembne za starejše mladostnike, preprečijo uporabo drog v zgodnji adolescenci. Zaradi preprečevanja ponavljanja so obravnavane samo v naslednjem poglavju. To velja za politiko na področju alkohola in tobaka, medijske kampanje, kratke intervencije in večkomponentne pobude na ravni skupnosti.

1. Preventivno izobraževanje, ki temelji na socialni kompetenci in vplivu

Kratek opis

Med izvajanjem programov, ki temeljijo na veščinah, usposobljeni učitelji vključujejo učence v interaktivne dejavnosti, s tem pa jim omogočijo učenje in trening številnih osebnih in socialnih veščin (socialna kompetenca). Ti programi se osredotočajo na spodbujanje veščin za zavrnitev uporabe drog (zlasti s strani vrstnikov), kar mladim omogoča, da nasprotujejo socialnim pritiskom glede uporabe drog ter se na splošno lažje spoprijemajo s težkimi življenjskimi okoliščinami na zdrav način.

Poleg tega ponujajo priložnost, da se na starosti primeren način razpravlja o različnih družbenih normah, stališčih ter pozitivnih in negativnih pričakovanjih, povezanih z uporabo drog, vključno s posledicami njihove uporabe. Namenjeni so tudi spremembi normativnih prepričanj o uporabi drog, predvsem prepričanj, ki zadevajo razširjenost in družbeno sprejemljivost uporabe drog med vrstniki (socialni vpliv).

Razpoložljivi dokazi

V dvaindvajsetih pregledih so poročali o rezultatih za takšno posredovanje, od tega jih je 15 iz novoopravljenega pregleda.²²

Glede primarnih rezultatov te študije kažejo, da nekateri programi, ki temeljijo na kombinaciji socialne kompetence in socialnega vpliva, preprečujejo uporabo tobaka, alkohola in drugih drog (preventivni učinki so majhni, vendar so v različnih študijah tudi dolgoročni (daljši od 12 mesecev).

²² Ashton in sod. (2015), Champion (2013), de Kleijn in sod. (2015), Espada in sod. (2015), Faggiano in sod. (2014), Foxcroft in Tsertsvadze (2012), Hale in sod. (2014), Hodder in sod. (2017), Jackson (2012), Jones (2006), Kezelman in Howe (2013), Lee in sod. (2016), McArthur in sod. (2015), McLellan in Perera (2013), McLellan in Perera (2015), Pan (2009), Roe (2005), Salvo in sod. (2012), Schröer-Günther (2011) in West (2004).

Pregled programov s področja šolske preventive na področju kajenja, razvitih posebej za dekleta, je pokazal, da ni nobenega dokaza, da ti programi pomembno vplivajo na preprečevanje kajenja pri dekletih v adolescenci. Kljub temu obstaja nekaj obetavnih indicev za programe, usmerjene na posamezni spol, in programe, ki jih spremljajo medijske kampanje.

Programi, ki so usmerjeni v individualne in okoljske zaščitne dejavnike v povezavi z odpornostjo v šolskih okoljih, so učinkoviti pri preprečevanju uporabe prepovedanih drog, ne pa tudi pri preprečevanju uporabe tobaka ali alkohola. Študije kažejo, da programi, ki temeljijo zgolj na posredovanju informacij, kot je npr. program »Drug Abuse Resistance Education (DARE)« niso učinkoviti.

Izkazalo se je, da vrstniki lahko učinkovito izvajajo programe, pri čemer je treba opozoriti, da se te metode ne sme uporabljati pri ciljnih skupinah z visokim tveganjem, saj obstaja nevarnost neželenih (nasprotnih) učinkov (npr. povečanje uporabe drog). Metode izvajanja programa s pomočjo računalnika imajo na splošno majhen učinek na uporabo vseh vrst drog.

V tem kontekstu obstajajo indici, da programi, namenjeni obdobju zgodnje adolescence, morda bolje preprečijo uporabo drog kot programi, namenjeni mlajšim ali starejšim otrokom. Večina dokazov temelji na univerzalnih programih, vendar obstajajo indici, da je lahko univerzalno izobraževanje, ki temelji na krepitvi veščin, deluje preventivno tudi v skupinah z visokim tveganjem, vključno z mladostniki z motnjami v duševnem zdravju.

Medtem ko večina dokazov izvira iz Severne Amerike, Evrope in Avstralije, obstajajo tudi nekatere študije iz Azije in Afrike.

WHO za preprečevanje nasilja med mladostniki priporoča programe, ki vključujejo komponento socialnega in čustvenega učenja.²³

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ uporabljajo interaktivne metode;
- ✓ izvajajo se v obliki vrste strukturiranih srečanj (po navadi 10–15) enkrat na teden, ki pogosto ponujajo t. i. spodbujevalna (»booster«) srečanja v obdobju več let;
- ✓ izvajajo jih usposobljeni učitelji (vključno z usposobljenimi vrstniki);
- ✓ zagotavljajo priložnost za vadbo in učenje širokega spektra osebnih in socialnih veščin, vključno veščinami spoprijemanja s težavami, veščinami odločanja in odpornosti, zlasti v zvezi z uporabo drog;
- ✓ vplivajo na zaznavanje tveganj, povezanih z uporabo drog, s poudarkom na takojšnjih posledicah;
- ✓ razkrivajo napačne predpostavke glede normativne narave in pričakovanj, povezanih z uporabo psihoaktivnih snovi.

²³ WHO, *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) (2017)*.

Značilnosti intervencij, za katere se na podlagi strokovnega posvetovanja šteje, da so povezane s pomanjkanjem učinkovitosti ali škodljivimi učinki:

- ✗ uporaba neinteraktivnih metod, npr. predavanja, kot primarne strategije izvajanja;
- ✗ zgolj podajanje informacij, zlasti spodbujanje strahu oziroma zastraševanje;
- ✗ nestrukturirana pogovorna srečanja;
- ✗ osredotočanje zgolj na gradnjo samopodobe in čustveno izobraževanje;
- ✗ osredotočanje zgolj na etične in moralne vidike odločanja ali vrednot;
- ✗ uporaba nekdanjih uporabnikov drog kot pričevalcev.

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- UNESCO, UNODC in WHO, *Good Policy and Practice in Health Education: Education Sector Responses to the Use of Alcohol, Tobacco & Drugs* (Pariz, 2017).
- ISSUP, *Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions* (2015).
- CICAD, »CICAD hemispheric guidelines on school-based prevention (Washington D.C., 2005).
- CCSA, *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention* (Ottawa, 2010).

2. Šolske politike glede uporabe drog

Kratek opis

Šolske politike glede uporabe drog (vključno z alkoholom in tobakom) prepovedujejo njihovo uporabo v šolskih prostorih, okolici šol ter med šolskimi dejavnostmi, kar velja za učence in osebje. Politike pripomorejo k preglednim in nekaznovalnim mehanizmom za obravnavo primerov uporabe drog in jih spreminjajo v priložnosti za izobraževanje in spodbujanje zdravega načina življenja. Tovrstne intervencije in politike so univerzalne, lahko pa vključujejo tudi elemente indicirane preventive, kot so npr. zdravstveni pregledi (»screening«), kratke intervencije in naporitve v druge ustrezne programe (npr. zdravljenja ali psihosocialne obravnave). Pogosto se izvajajo skupaj z drugimi preventivnimi intervencijami, kot so izobraževanje, ki temelji na krepitvi veščin, in/ali šolske politike spodbujanja navezanosti na šolo in/ali podpora razvoju starševskih veščin in starševskemu vključevanju.

Razpoložljivi dokazi

O ugotovitvah glede teh intervencij so poročali v štirih pregledih,²⁴ od tega so trije iz novoopravljenega pregleda. Trije pregledi so preučevali tobačne politike v šolah in eno intervencijo v terciarnih izobraževalnih ustanovah (visokošolskih zavodih in univerzah).

²⁴ Coppo in sod. (2014), Galanti in sod. (2014), Hefler in sod. (2017) in Reavley (2010).

Glede primarnih rezultatov so v treh pregledih tobačnih politik, vključno s tistimi o šolskih spodbudah za preprečevanje uporabe tobaka, poročali o različnih rezultatih. Ti pregledi vključujejo tudi nekaj študij, v katerih so poročali o dokazih glede učinkovitosti, v več kot polovici pa niso našli dokazov o pozitivnih učinkih. Pregledane študije so pokazale, da obstaja manjša verjetnost kajenja v šolah s prepovedjo kajenja in večja verjetnost v šolah z bolj liberalnim odnosom. Obstajajo nekateri dokazi, da sta formalnost politike (npr. pisna politika) in njeno uveljavljanje imela dodaten učinek na zmanjšanje kajenja.

Na visokih šolah in univerzah lahko nekatere okoljske preventivne intervencije, kampanje glede družbenih norm in na večšine osredotočene kognitivno-vedenjske intervencije vplivajo na preprečevanje škodljive rabe alkohola, pri čemer obstajajo najmočnejši dokazi v smeri kratkih motivacijskih intervencij in osebnih normativnih intervencij (s pomočjo računalnika in medosebno).

Čeprav večina dokazov izvira iz Severne Amerike, Evrope in Avstralije oziroma Nove Zelandije, obstajajo tudi dokazi iz Azije.

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ politike, ki podpirajo običajno delovanje šole in ne motijo šolskega dela;
- ✓ politike z vključevanjem vseh deležnikov (učencev, učiteljev, osebja in staršev);
- ✓ politike, ki jasno opredeljujejo droge ter lokacije (šolske prostore) in/ali priložnosti (šolske dejavnosti), na katere se šolska politika nanaša;
- ✓ veljajo za vse na šoli (učence, učitelje, osebje, obiskovalce itd.) in za vse droge (tobak, alkohol in prepovedane droge);
- ✓ obravnavajo kršitve politik s pozitivnimi sankcijami z zagotavljanjem ali napotitvijo na svetovanje, zdravljenje in druge zdravstvene ter psihosocialne storitve namesto kaznovanja;
- ✓ uveljavljajo se dosledno in brez odlašanja, vključno s pozitivno krepitvijo spoštovanja pravil.

Značilnosti intervencij, za katere se na podlagi strokovnega posvetovanja šteje, da so povezane s pomanjkanjem učinkovitosti ali škodljivimi učinki:

- ✗ vključujejo naključne teste za ugotavljanje prisotnosti drog.

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- UNESCO, UNODC and WHO, Good Policy and Practice in Health Education: Education Sector Responses to the Use of Alcohol, Tobacco & Drugs (Pariz, 2017).
- ISSUP, Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015).
- CICAD, »CICAD hemispheric guidelines on school based prevention« (Washington D.C., 2005).
- CCSA, *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention* (Ottawa, 2010).

3. Šolski programi za izboljšanje navezanosti na šolo

Kratek opis

Programi v šolah za izboljšanje navezanosti na šolo podpirajo udeležbo učencev pri šolskih dejavnostih, pozitivno povezanost in predanost šoli. Te intervencije in politike so univerzalne. Pogosto se izvajajo skupaj z drugimi preventivnimi intervencijami, kot so izobraževanje z namenom krepitev veščin in/ali šolske politike glede uporabe drog in/ali podpora krepitevi starševskih veščin in vključevanju staršev.

Razpoložljivi dokazi

V dveh pregledih so poročali o ugotovitvah za to intervencijo,²⁵ od tega je eden iz novoopravljenega pregleda.

O primarnih rezultatih poročajo v eni študiji, in sicer da te strategije prispevajo k preprečevanju uporabe vseh drog, druga študija pa je pokazala rezultate zgolj za uporabo prepovedanih drog, medtem ko rezultati za tobak in alkohol niso bili statistično pomembni.

Čeprav večina dokazov izvira iz Severne Amerike, Evrope in Avstralije oziroma Nove Zelandije, obstajajo tudi dokazi iz Azije.

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ podpirajo pozitivni šolski etos in predanost šoli;
- ✓ spodbujajo sodelovanje učencev.

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- UNESCO, UNODC and WHO, Good Policy and Practice in Health Education: Education Sector Responses to the Use of Alcohol, Tobacco & Drugs (Pariz, 2017).
- ISSUP, Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015).
- CICAD, »CICAD hemispheric guidelines on school based prevention« (Washington D.C., 2005).
- CCSA, *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention* (Ottawa, 2010).

²⁵ Fletcher (2008) in Hodder s sod. (2017).

4. Obravnava psiholoških ranljivosti posameznikov

Kratek opis

Nekatere osebnostne značilnosti, kot so npr. potreba po iskanju dražljajev, impulzivnost, občutljivost za anksioznost ali občutke brezupa, so povezane s povečanim tveganjem za uporabo drog. Ti indicirani preventivni programi pomagajo posebej ogroženim mladostnikom, da se konstruktivno spoprimejo s čustvi, namesto da bi uporabili negativne strategije spopadanja, vključno z nevarno in škodljivo rabo alkohola. Zato jih večinoma sestavljajo razvojne komponente.

Razpoložljivi dokazi

V novoopravljenem pregledu ni bilo ugotovljenih nobenih novih študij. V prvi izdaji *mednarodnih standardov* so v dveh naključnih kontroliranih preskušanih poročali o rezultatih v zvezi s to intervencijo v zgodnjem obdobju adolescence in adolescenci,²⁶ v enem pregledu pa so objavljeni dokazi v zvezi s to intervencijo v srednjem otroštvu.²⁷

Primarni rezultati teh študij kažejo, da lahko programi, ki obravnavajo posamezne psihološke ranljivosti, znižajo stopnjo rabe alkohola in popivanja pri dvoletnem obdobju spremljanja.

Sekundarni rezultati teh študij kažejo, da lahko ta vrsta intervencije vpliva na posamezne posredovalne dejavnike, ki vplivajo na uporabo drog pozneje v življenju (npr. na samokontrolo).

Dokazi izvirajo iz Evrope in Severne Amerike.

Značilnosti intervencije, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ izvajajo jih usposobljeni izvajalci (npr. psihologi ali učitelji);
- ✓ za udeležence je bilo ugotovljeno, da imajo posebne osebnostne lastnosti na podlagi potrjenih (validiranih) instrumentov;
- ✓ programi so organizirani na tak način, da se prepreči morebitna stigmatizacija;
- ✓ programi nudijo udeležencem veščine za pozitivno spopadanje s čustvi, ki izhajajo iz njihove osebnosti;
- ✓ programi so sestavljeni iz kratke serije srečanj (2–5 srečanj).

²⁶ Conrod (2008), Conrod (2010), Conrod (2011), Conrod (2013) in O'Leary-Barrett (2010).

²⁷ Piquero (2010).

5. Mentorstvo

Kratek opis

»Naravno« mentorstvo se nanaša na odnose in interakcije med otroki ali mladostniki in odraslimi, ki niso njihovi sorodniki, kot so učitelji, trenerji in vodje skupnosti. Ugotovljeno je bilo, da je »naravno« mentorstvo povezano z zmanjšano stopnjo uporabe drog in nasilja. Ti programi povezujejo mlade, zlasti iz marginaliziranih okolij (selektivna preventiva), z odraslimi, ki se zavežejo, da bodo organizirali dejavnosti in preživel nekaj svojega prostega časa z mladimi.

Razpoložljivi dokazi

V enem sistematičnem pregledu so poročali o ugotovitvah v zvezi s to intervencijo.²⁸ Glede primarnih rezultatov je ta študija pokazala nekaj dokazov o učinkih mentorstva pri preprečevanju uporabe alkohola in prepovedanih drog med mladimi.

Dokazi izvirajo iz ZDA in Evrope.

WHO priporoča mentorstvo kot eno izmed intervencij, ki temeljijo na dokazih, da bi preprečili nasilje med mladimi.²⁹

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ programi zagotavljajo usposabljanje za izvajalce;
- ✓ programi so osnovani na zelo strukturiranih aktivnostih.

D. Adolescenca in odrasla doba

Ko mladostniki odraščajo, narašča tudi pomen intervencij izven družine in šolskega okolja, na primer na delovnem mestu, v zdravstvenem sektorju, prostorih za zabavo in skupnosti.

Opomba: Dokazi, povzeti za intervencije in politike za obdobje zgodnje adolescence, ki so namenjeni izvajanju v šolah (tj. preventivno izobraževanje, obravnava posameznih ranljivosti, šolske politike o uporabi drog), in tudi mentorstvo kažejo na učinkovitost tudi pri starejših mladostnikih (adolescentih), brez razčlenjevanja podatkov po starostnih skupinah. Teh intervencij ne bomo več obravnavali v tem poglavju.

²⁸ Thomas in sod. (2013).

²⁹ WHO, *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)*.

1. Kratka intervencija

Kratek opis

Kratka intervencija je sestavljena iz individualnih svetovalnih srečanj, ki lahko vključujejo nadaljnja srečanja ali dodatne informacije, ki jih udeleženci odnesejo domov. Intervencije lahko izvajajo različno usposobljeni zdravstveni in socialni delavci, namenjene pa so ljudem, ki bi lahko bili ogroženi zaradi uporabe drog, čeprav praviloma ne želijo zdravljenja ali socialne obravnave. V okviru srečanj najprej ugotovijo, ali obstaja problem z uporabo drog, in takoj zagotovijo ustrezno osnovno svetovanje in/ali napotitev na dodatno zdravljenje ali obravnavo. Srečanja so strukturirana in običajno trajajo od 5 do 15 minut.

Kratka intervencija se navadno izvaja v sistemu primarnega zdravstvenega varstva ali urgentnega zdravljenja, vendar se je izkazala za učinkovito tudi v okviru šolskih preventivnih programov, programov na delovnem mestu in tudi pri izvajanju prek spleta oziroma s pomočjo računalnika.

Kratka intervencijska srečanja običajno vključujejo motivacijske tehnike intervjuvanja, kar je psihosocialna intervencija, v sklopu katere se razpravlja o uporabi drog in ki uporabniku (npr. pacientu) nudi podporo pri odločanju in postavljanju ciljev glede njegove lastne uporabe drog. V tem primeru se kratka intervencija navadno izvaja v obsegu do 4 srečanj. Srečanja lahko trajajo do ene ure, običajno pa so krajša.

Razpoložljivi dokazi

O ugotovitvah glede te intervencije poročajo v 48 študijah,³⁰ od tega v 38 iz novoopravljene pregleda.

Primarni rezultati teh študij kažejo, da lahko kratka intervencija in motivacijski intervju znatno zmanjšata uporabo drog. Dokazi o učinkovitosti se nanašajo na različne droge (tobak, alkohol in prepovedane droge) ter različne starostne skupine (mladostniki in odrasli), pri čemer so bili učinki relativno majhni in niso trajali dlje od 6 do 12 mesecev.

Poročali so tudi o zmanjšanju prekomerne rabe alkohola med ljudmi s psihotičnimi motnjami. Raziskave kažejo na zmanjšanje rabe alkohola in/ali škodljivih vzorcev rabe tudi za srednješolsko mladino in mladino, ki se ne šola.

³⁰ Ashton in sod. (2015), Baker in sod. (2012), Bertholet (2005), Carey in sod. (2012), Carey in sod. (2016), Carney (2012), Carney in sod. (2014), Christakis (2003), Davis in sod. (2017), Dedert in sod. (2014), Dedert in sod. (2015), Diestelkamp in sod. (2016), Donoghue in sod. (2014), Dotson in sod. (2015), Dunn (2001), Elzerbi in sod. (2015), Elzerbi in sod. (2017), Foxcroft in sod. (2015), Foxcroft in sod. (2016), Gulliver in sod. (2015), Hennessy in Tanner-Smith (2015), Hennessy in sod. (2015), Jensen (2011), Jiang in Gao (2017), Kaner (2007), Kazemi in sod. (2013), Landy in sod. (2016), Leeman in sod. (2015), McGinnes in sod. (2016), Merz in sod. (2015), Moreira (2009), Newton in sod. (2013), Oosterveen in sod. (2017), Park in Drake (2015), Peirson in sod. (2016), Reavley (2010), Riper (2009), Riper in sod. (2014), Scott-Sheldon in sod. (2014), Scott-Sheldon in sod. (2016), Smedslund (2011), Smedslund in sod. (2017), Tait (2003), Tait in sod. (2013), Vasilaki (2006), Watson in sod. (2013), Wood in sod. (2014) in Young in sod. (2014).

V eni študiji v okviru šolskega okolja poročajo o dokazih omejene kakovosti. Krajše šolske intervencije pri zmanjševanju uporabe drog (tobaka, alkohola ali prepovedanih drog) naj bi bile učinkovitejše od intervencij, ki temeljijo zgolj na strokovni oceni. Učinki so bili primerljivi s tistimi pri zagotavljanju informacij. V drugih študijah so poročali o učinkovitosti glede uporabe konoplje ter podobnih rezultatih v primeru tobaka in alkohola.

Pri izvajanju programov s pomočjo računalnika in interneta so bili v primeru alkohola ugotovljeni majhni učinki, ki dolgoročno (več kot 12 mesecev) niso bili obstojni. Glede tobaka in konoplje je na voljo manj dokazov. V enem pregledu so poročali o učinkovitosti intervencij, posredovanih po telefonu. Učinki so bili večji pri izvajanju v živo.

Pregled programov, ki jih izvajajo v okviru urgentne medicinske pomoči, je pokazal, da je vključitev rezultatov ovirala heterogenost vključenih študij pri mladostnikih in odraslih, tako pri alkoholu kot pri prepovedanih drogah. V študijah so ugotovili učinkovitost programov tudi pri ženskah in pacientih, ki so upravičeni do zdravljenja.

Ugotovitve študij programov, ki se osredotočajo na rabo alkohola predvsem pri mladostnikih in mlajših odraslih, kažejo le omejene dokaze glede uporabe tobaka. Dokazi za konopljo so ravno tako omejeni in niso nedvoumni. Kratke intervencije in motivacijski intervju so koristni pri mladostnikih in odraslih, vendar je bil dolgotrajni učinek na zmanjšanje rabe alkohola manj očit. Poročali so tudi o zmanjšanju prekomerne rabe alkohola pri osebah s psihotičnimi motnjami.

WHO priporoča presejalne preglede in hitre intervencije za nevarno in škodljivo uporabo alkohola v nespécializiranih (splošnih) zdravstvenih ustanovah, razen na območjih z nizko razširjenostjo rabe alkohola, kjer pregled vseh pacientov morda ni stroškovno učinkovit, vendar so kljub temu kratke intervencije lahko primerne za uporabnike alkohola. Preverjanje nevarne in škodljive rabe alkohola je treba izvesti z uporabo validiranega instrumenta, ki ga je mogoče preprosto vključiti v rutinsko klinično prakso (npr. AUDIT³¹, ASSIST³²). V okoljih, kjer presejalni pregledi niso izvedljivi ali cenovno dostopni, bi morali splošni zdravniki po potrebi raziskati rabo alkohola pri svojih pacientih. Pacienti z nevarno in škodljivo rabo alkohola bi morali prejeti kratko intervencijo. Kratka intervencija bi morala obsegati eno srečanje v trajanju od 5 do 30 minut, ki vključuje individualizirane povratne informacije in nasvete za zmanjšanje ali prenehanje rabe alkohola ter ponudbo nadaljnega spremljanja. Paciente, za katere se pri pregledu ugotovi, da so zasvojeni z alkoholom, je treba obravnavati v skladu z obstoječimi priporočili WHO.³³

³¹ Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

³² Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

³³ WHO, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders* (2016).

WHO priporoča, da se posameznikom, ki uporabljajo konopljo in psihostimulante, ponudi kratka intervencija v nespecializiranih (splošnih) zdravstvenih ustanovah. Posamezna srečanja naj trajajo od 5 do 30 minut in naj vsebujejo individualizirane povratne informacije, nasvete za zmanjšanje ali prenehanje uporabe konoplje ali psihostimulantov ter ponudbo nadaljnjega spremljanja. Poleg tega WHO priporoča, da se osebe s težavami v zvezi s konopljo ali psihostimulanti, ki se ne odzovejo na kratke intervencije, napatijo na specialistični pregled.³⁴

WHO je razvila paket orodij ASSIST za odkrivanje in izvajanje hitrih intervencij za vse droge, vključno z alkoholom, tobakom in psihoaktivnimi drogami. Učinkovitost intervencij je bila dokazana pri odraslih, nadaljnje delo pa je potrebno za ugotavljanje učinkovitosti intervencij na osnovi testa ASSIST med mladostniki.

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test - guidelines for use in primary care, 2nd Edition (WHO, 2001).
- Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care (WHO, 2001).
- *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) - Manual for Use in Primary Care* (WHO, 2010).
- Brief Intervention: The ASSIST-linked Brief Intervention for Hazardous and Harmful Substance Use - Manual for Use in Primary Care (WHO, 2010).
- WHO, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings - Version 2.0* (Geneva, 2016).

2. Preventivni programi na delovnem mestu

Kratek opis

Velika večina uporabe drog se pojavi med zaposlenimi odraslimi. Motnje, ki nastanejo pri uporabi drog, izpostavljajo zaposlene tveganjem za zdravje in težavam v njihovih razmerjih s kolegi, prijatelji in družino, prihaja pa tudi do varnostnih tveganj na delovnem mestu. Mlajši odrasli so posebej ogroženi, saj strokovnjaki ugotavljajo, da delovni naporji povečajo tveganje za nastanek motenj pri mlajših odraslih, ki uporabljajo droge. Uporaba drog prinaša tudi znatne stroške za delodajalce. Zaposleni s težavami zaradi uporabe drog imajo višjo stopnjo odsotnosti z delovnega mesta (absentizma) in nižjo produktivnost, bolj pogosto povzročajo nesreče, povzročajo višje stroške zdravstvenega varstva in hitreje menjajo zaposlitev. Poleg tega so delodajalci dolžni zagotoviti in vzdrževati varno in zdravo delovno mesto v skladu z veljavno zakonodajo in predpisi.³⁵ Preventivni programi na delovnem mestu so običajno večkomponentni, vključno s preventivnimi elementi in politikami ter svetovanjem in napatitvijo na zdravljenje in socialno obravnavo.

³⁴ WHO, »Brief psychosocial interventions, Evidence profile« (2012).

³⁵ International Labour Organization (ILO). *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice* (Geneva, International Labour Office, 2016).

Razpoložljivi dokazi

V štirih pregledih so poročali o ugotovitvah v zvezi s to intervencijo³⁶, od katerih sta bila dva iz novoopravljenega pregleda.

Primarni rezultati v skladu s temi študijami kažejo, da preventiva na delovnem mestu lahko prepreči uporabo alkohola z mogočo variabilnostjo učinka po spolu, saj je ena študija pokazala pozitivne učinke na zmanjšanje uporabe alkohola med ženskami, ne pa pri moških. Ena študija ni pokazala učinkov na preprečevanje uporabe tobaka.

Poleg tega je v zvezi z drugimi z zdravjem povezanimi vedenji neka druga študija pokazala, da lahko intervencije na delovnem mestu pozitivno vplivajo na telesno pripravljenost. Obdobje trajnosti teh rezultatov ni jasno.

Večina dokazov izvira iz Severne Amerike in Evrope, nekatere raziskave pa iz Avstralije in Azije.

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ programi vključujejo vse deležnike (delodajalce, vodstvo in zaposlene);
- ✓ zaposlenim je zagotovljena zaupnost;
- ✓ programi vključujejo politiko glede uporabe drog na delovnem mestu, ki so jo razvili vsi deležniki in niso kaznovalno naravnani;
- ✓ programi zagotavljajo kratke intervencije (vključno s spletnimi) ter svetovanje, napotitev na storitve zdravljenja ali socialne obravnave ter storitve reintegracije za zaposlene, ki te storitve potrebujejo;
- ✓ vključujejo jasno komunikacijsko komponento;
- ✓ programi so vključeni v druge programe, povezane z zdravjem ali dobrim počutjem (npr. v programe za preprečevanje kardiovaskularnih bolezni);
- ✓ vključujejo tečaje za obvladovanje stresa;
- ✓ programi vključujejo usposabljanje vodij, zaposlenih in zdravstvenih delavcev za izpolnjevanje njihovih vlog v programu;
- ✓ programi vključujejo testiranje na alkohol in prepovedane droge le kot del celovitega programa z značilnostmi, opisanimi v zgornjih točkah.

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- ISSUP, Universal Prevention Curriculum, Coordinators' Series, Course 6: Workplace-based Prevention Interventions (2015).
- ILO, SOLVE Training Package: Integrating Health Promotion into Workplace OSH Policies (Geneva, ILO, Programme on Safety and Health at Work and the Environment (SAFEWORK), 2012).
- CICAD, »CICAD hemispheric guidelines in workplace prevention« (2009).

³⁶ Kazemi in sod. (2013), Chan in Perry (2012), Thomas (2008) in Webb (2009).

- UNODC, in cooperation with ILO, guidelines on workplace prevention programmes (forthcoming).

3. Tobačne politike

Kratek opis

Niz politik, ki jih je treba zagotoviti, da se zmanjšajo razpoložljivost in dostopnost tobaka ter kajenje tobaka.

Razpoložljivi dokazi

O ugotovitvah glede te vrste politik so poročali v štirih pregledih,³⁷ od katerih je ena analiza iz novoopravljenega pregleda, ki nadalje podpira spodaj navedene smernice WHO, zlasti glede politik v delovnih okoljih.

Okvirna konvencija WHO o nadzoru nad tobakom določa jasne, na dokazih temelječe smernice v zvezi s strategijami za zmanjšanje povpraševanja po tobaku. Te vključujejo cenovne in davčne ukrepe kot učinkovito in pomembno sredstvo za zmanjšanje porabe tobaka za različne segmente prebivalstva, zlasti mlade. Poleg tega so podrobno določeni ukrepi za zaščito pred izpostavljenostjo tobačnemu dimu, saj znanstveni dokazi nedvoumno kažejo, da izpostavljenost tobačnemu dimu povzroča smrt, bolezni in invalidnosti. Dodatna ureditev zadeva tudi vsebino tobačnih izdelkov, razkritje sestavin tobačnih izdelkov, embalažo in označevanje tobačnih izdelkov, izobraževanje, komunikacijo, usposabljanje in ozaveščanje javnosti ter oglaševanje, promocijo in sponzoriranje. Glede slednjega konvencija ugotavlja, da bi celovita prepoved oglaševanja, promocije in sponzorstva zmanjšala porabo tobačnih izdelkov.

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- Poročila in viri WHO v okviru iniciative »Brez tobaka« (»Tobacco Free Initiative«).

4. Alkoholne politike

Kratek opis

Niz politik in ukrepov za zmanjšanje škodljive rabe alkohola, opredeljene kot uporabe, ki povzročajo škodljive zdravstvene in socialne posledice za uporabnika, ljudi okrog uporabnika in družbo na splošno, pa tudi vzorce rabe, ki so povezani s povečanim tveganjem za neugodne zdravstvene posledice.

³⁷ Frazer in sod. (2016), Lovato (2011), Stead (2005) in Thomas (2008).

Razpoložljivi dokazi

V novoopravljenem pregledu ni bilo identificiranih nobenih novih študij na to temo.

Globalna strategija WHO za zmanjšanje škodljive uporabe alkohola³⁸ iz leta 2010 povzema jasne, na dokazih temelječe smernice glede intervencij in politik za zmanjšanje škodljive rabe alkohola, ki jih združuje v 10 ciljnih področjih. Poleg vodenja, ozaveščenosti in zavezanosti k zaščiti prebivalstva so v zdravstvenem sektorju potrebni odzivi, kot so npr. presejalni pregledi in kratke intervencije v primarnem zdravstvenem varstvu in drugih okoljih, vključno z intervencijami za nosečnice in ženske v rodnem obdobju. Drugo področje delovanja se nanaša na mobilizacijo in krepitev zmožnosti skupnosti pri preprečevanju prodaje alkohola mladoletnim in drugim ogroženim skupinam ter pri razvoju brezalkoholnih okolij in dogodkov. Politike in ukrepe za preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola je treba dopolniti s skrbno načrtovanimi, visoko intenzivnimi in dobro izvedenimi informacijskimi kampanjami in kampanjami ozaveščanja javnosti. Drugo ključno področje politike je ureditev dostopnosti alkohola z ukrepi, kot sta sistem izdajanja dovoljenj za prodajo na drobno ali državni monopoli nad prodajo alkohola, ki so usmerjeni v zdravje in ki urejajo število in lokacijo prodajnih mest, dneve in ure prodaje na drobno, načine maloprodaje alkohola, prodajo na drobno na določenih krajih ali med posebnimi dogodki ter določajo ustrezno najnižjo starost za nakup ali uporabo alkoholnih pijač, ter sprejem politike za preprečevanje prodaje opitim osebam in zmanjševanje vpliva trženja alkoholnih pijač. Še zlasti pomembno je zaščititi mlade pred vsebinami trženja alkohola, zlasti v državah z nizkim in srednjim standardom, kjer uporaba alkohola med mladostniki še ni razširjena, a jih alkoholna industrija obravnava kot nove trge. Poleg tega je povečanje cene alkoholnih pijač z učinkovitim in uspešnim sistemom obdavčitve, usklajeno z ustreznim pobiranjem davkov in davčnim nadzorom, eden od najučinkovitejših ukrepov za zmanjšanje škodljive rabe alkohola. Dopolnilne politike vključujejo zmanjšanje škode zaradi alkoholnih zastrupitev in uporabe alkohola, pri čemer ni nujno, da to vplivalo na splošno porabo alkohola, zlasti v primeru vožnje pod vplivom alkohola in politik odgovorne strežbe pijač ter z usposabljanjem osebja v ustreznih sektorjih, kako bolje preprečevati, prepoznati in obvladati alkoholizirane in agresivne pivce. Druga področja delovanja so še v zvezi z zmanjšanjem učinka nedovoljenega in nezakonito proizvedenega alkohola na javno zdravje ter ustreznim spremljanjem in nadzorom.

WHO priporoča te politike tudi za preprečitev nenamernih poškodb (npr. poškodb v prometu) med mladostniki, nasilja med mladimi, spolnega nasilja in drugih oblik nasilja na podlagi spola³⁹ ter tudi trpinčenja otrok.⁴⁰

³⁸ WHO, »Global strategy to reduce the harmful use of alcohol« (Geneva, 2010).

³⁹ WHO, *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)*.

⁴⁰ WHO, *INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children* (2016).

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- WHO, »Globalna strategija za zmanjšanje škodljive rabe alkohola« (Geneva 2010).

5. Večkomponentne pobude na ravni skupnosti

Kratek opis

Mobilizacija na ravni skupnosti v smeri ustvarjanja partnerstev, delovnih skupin, koalicij, akcijskih skupin itd. združuje različne akterje v skupnosti z namenom obravnave uporabe drog (vključno z alkoholom in tobakom). Nekatera partnerstva v skupnosti so spontana. Kljub temu je obstoj partnerstev v skupnosti v večjem obsegu običajno produkt posebnega programa, ki zagotavlja finančno in tehnično podporo skupnostim za zagotavljanje in vzdrževanje preventivnih intervencij ter na dokazih temelječih politik v daljšem časovnem obdobju. Intervencije na ravni skupnosti so običajno večkomponentne, pri čemer vključujejo ukrepe v različnih okoljih (npr. v šolah, družinah, medijih, organih pregona itd.).

Razpoložljivi dokazi

V novoopravljenem pregledu ni bilo identificiranih nobenih novih študij na to temo.

V prvi izdaji *mednarodnih standardov* so v trinajstih pregledih poročali o ugotovitvah v zvezi s to intervencijo.⁴¹

Primarni rezultati v teh študijah kažejo, da lahko večkomponentne pobude na ravni skupnosti preprečujejo uporabo prepovedanih drog, alkohola in tobaka.

Čeprav večina dokazov, o katerih so poročali, izvira iz ZDA ali Kanade, Evrope in Avstralije, je nekaj študij o skupnostnih večkomponentnih pobudah, zlasti glede tobaka, tudi iz Azije.

Mobilizacija skupnosti za preprečevanje prodaje alkohola mladoletnikom in rabe alkohola s strani mladoletnikov ter za razvoj brezalkoholnih okolij, zlasti za mlade in druge ogrožene skupine, je eno od področij delovanja, ki jih je WHO v svoji Globalni strategiji za zmanjšanje škodljive rabe alkohola opredelila kot učinkovite.

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ podpora uveljavljanju politik na področju tobaka in alkohola na lokalni ravni;
- ✓ delo v različnih okoljih skupnosti (družine in šole, delovno mesto, prostori za zabavo itd.);

⁴¹ Bühler (2008), Carson (2011), Carson (2012), Foxcroft (2011), Gates (2006), Jackson (2012), Jones (2006), Müller-Riemenschneider (2008), Roe (2005), Schröer-Günther (2011), Skara (2003), Spoth (2008a) in Spoth (2008b).

- ✓ vključene so univerze v smislu podpore pri izvajanju na dokazih temelječih programov ter za njihovo spremljanje in vrednotenje;
- ✓ skupnostim ponujajo ustrezno usposabljanje in vire;
- ✓ pobude vzdržujejo srednjeročno (npr. več kot eno leto).

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- CCSA, *Stronger Together: Canadian Standards for Community-Based Youth Substance Abuse Prevention* (Ottawa, 2010).

6. Medijske kampanje

Kratek opis

Medijske kampanje so pogosto prva in/ali edina intervencija, ki jo oblikujejo pripravjalci politik, ki se ukvarjajo s preprečevanjem uporabe drog med prebivalstvom, saj so vidne in imajo potencial, da na sorazmerno enostaven način dosežejo veliko število ljudi.

Razpoložljivi dokazi

O ugotovitvah za to vrsto intervencije so poročali v šestih pregledih, od tega petih iz novoopravljenega pregleda.⁴²

Primarni rezultati teh študij kažejo na protislovne ugotovitve glede vpliva na preprečevanje uporabe tobaka, alkohola in drugih drog, razen v primeru kampanj proti uporabi tobaka v kombinaciji z drugimi preventivnimi komponentami.

Dokazi izvirajo iz Severne Amerike, Avstralije ali Nove Zelandije in Evrope.

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ kampanje imajo natančno določeno ciljno skupino;
- ✓ temeljijo na močni teoretični osnovi;
- ✓ sporočilo kampanje je oblikovano na podlagi močnih formativnih raziskav;
- ✓ kampanje so močno povezane z drugimi obstoječimi preventivnimi programi na področju drog na domu, v šoli in skupnosti;
- ✓ dosegajo zadostno izpostavljenost ciljne skupine v daljšem časovnem obdobju;
- ✓ so sistematično (o)vrednotene;
- ✓ usmerjene so na starše, saj ima to lahko neodvisen učinek tudi na otroke;
- ✓ njihov namen je spremeniti kulturne norme o uporabi drog in/ali izobraziti o posledicah uporabe drog in/ali predlagati strategije za upiranje uporabi drog.

⁴² Allara in sod. (2015), Carson in sod. (2017), Ferri in sod. (2013), Gould in sod. (2013), Guillaumier in sod. (2012) in Hopkins (2001).

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so na podlagi strokovnega posvetovanja povezane s pomanjkanjem učinkovitosti ali škodljivimi učinki:

- ✘ Treba se je izogibati medijskim kampanjam, ki so slabo zasnovane ali slabo opremljene, saj lahko poslabšajo stanje tako, da je ciljna skupina odporna proti drugim intervencijam in politikam.

7. Prizorišča za zabavo

Kratek opis

Prizorišča za zabavo so bari, klubi, restavracije, pa tudi zunanja ali posebna okolja, kjer se lahko odvijajo množični dogodki. Ti kraji imajo lahko pozitiven ali negativen učinek na zdravje in dobro počutje posameznikov, saj zagotavljajo družabne prostore za srečanja in podpirajo lokalno gospodarstvo, hkrati pa so opredeljeni kot zelo tvegana okolja za številna tveganja, kot so uporaba alkohola in prepovedanih drog, vožnja pod vplivom drog ter agresivno obnašanje.

Večina preventivnih programov s tega področja ima več komponent, vključno z različnimi kombinacijami usposabljanja osebja in menedžerjev ter obvladovanja alkoholiziranih gostov. Vključujejo tudi spremembo zakonov in politik, npr. v zvezi s strežbo alkohola mladoletnim ali opitim osebam oziroma v zvezi z vožnjo pod vplivom alkohola in/ali prepovedanih drog, ter boljše uveljavljanje obstoječih zakonov in politik. Vključujejo tudi komunikacijo v smeri ozaveščanja in sprejemanja intervencij ter spreminjanja stališč in norm, ter nudijo zdravljenje in socialno obravnavo tudi menedžerjem in osebju.

Razpoložljivi dokazi

V treh pregledih so poročali o rezultatih v zvezi s takšnimi intervencijami,⁴³ eden od teh je iz novoopravljenega pregleda.

Primarni rezultati teh študij kažejo, da so usposabljanje osebja, intervencije v obliki politik in njihovega izvrševanja imeli določene učinke na zmanjšanje opijanja, tvegane rabe alkohola in škode, povezane z alkoholom, tudi v okviru športnih dogodkov.

Vsi dokazi izvirajo iz Severne Amerike, Evrope in Avstralije.

Značilnosti intervencij, za katere se šteje, da so povezane z učinkovitostjo na podlagi strokovnega posvetovanja:

- ✓ usposabljanje osebja in vodstva za odgovorno strežbo in ravnanje z opitimi gosti;

⁴³ Bolier (2011), Brennan (2011) in Kingsland in sod. (2016).

- ✓ zagotavljanje svetovanja in zdravljenja oziroma socialne obravnave za zaposlene in vodstvene delavce, ki takšne intervencije potrebujejo;
- ✓ vključevanje močne komunikacijske komponente za ozaveščanje in sprejemanje programov oziroma intervencij;
- ✓ dejavno sodelovanje organov pregona, zdravstvenega in socialnega sektorja;
- ✓ uveljavljanje obstoječih zakonov in politik glede uporabe drog na prizoriščih za zabavo in v skupnosti (npr. soseskah, kjer se pogosteje odvijajo zabave).

Obstoječe smernice in orodja za nadaljnje informacije:

- CICAD, »Insights for a drugged driving policy«, dokument 52. rednega zasedanja.

II. Preventivna vprašanja, ki zahtevajo nadaljnje raziskave

1. Aktivnosti po šoli, športne in druge strukturirane dejavnosti v prostem času

V mnogih državah in skupnostih pogosto organizirajo športne in druge prostočasne aktivnosti brez drog kot način, da mladostnikom omogočijo prosocialno in zdravo udeleževanje, ki preprečuje tvegano vedenje, vključno z uporabo drog.

S pregledom, ki je bil opravljen za drugo posodobljeno izdajo *mednarodnih standardov*, smo identificirali eno študijo s področja neformalnega izobraževanja za pozitiven razvoj mladih. V študiji ni dokazov o učinkovitosti programa ali pa so bili dokazi nekonsistentni.

Pri pregledu literature, opravljenim za prvo izdajo *mednarodnih standardov*, smo identificirali tri preglede, v katerih so poročali o tem, da praktično v nobeni študiji niso raziskovali vpliva organiziranega športa na uporabo drog ali na posredne dejavnike uporabe drog med otroki. Z novim pregledom nismo našli nobenih novih študij. Pravzaprav je treba opozoriti, da udeležba v športu sama po sebi ni vedno povezana z nižjimi deleži uporabe drog in da je lahko povezana z višjimi deleži kajenja in opijanja.

Pregled dokazov, ki so poročali o smernicah Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) o preprečevanju nasilja med mladimi, je pokazal, da so šolske in druge strukturirane prostočasne dejavnosti, ki vključujejo usposabljanje na področju socialnih veščin, privedle do manjšega prestopništva, zmanjšane uporabe alkohola in prepovedanih drog ter zmanjšanja osipa iz šole. Nekaj dokazov o učinkovitosti so zbrali v državah z nizkim in srednjim standardom, vendar večina študij nima dovolj robustnih raziskovalnih modelov.⁴⁴

Poročali so tudi, da so programi po šolah pogosto namenjeni mladim iz šibkega socialnoekonomskega okolja ali mladostnikom s težavami v vedenju, v več študijah pa so opozorili, da ima lahko povezovanje mladih z visokim tveganjem negativne učinke. Po drugi strani obstajajo primeri programov, kjer se športni trening uporablja za zagotavljanje izobraževanja iz osebnih in socialnih veščin. Eden od teh programov je »Line Up Live Up«, ki ga trenutno vodi Urad Združenih narodov za droge in kriminal (UNODC) v Afriki in Latinski Ameriki.

Na splošno bi morali nosilci politik biti zelo previdni pri izbiri izvajanja takšnih intervencij. Vključiti bi morali močno raziskovalno komponento in spremljati učinke programa.

⁴⁴ WHO, *Preventing Youth Violence: An Overview of the Evidence* (Geneva, 2015); WHO, *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)* (2017).

2. Preprečevanje nemedicinske uporabe zdravil na recept

Nemedicinska uporaba zdravil na recept, ki jih ureja konvencija, je v številnih državah vedno večja težava, prav tako tudi nemedicinska uporaba nekaterih zdravil, ki so v prosti prodaji. V nekaterih državah je to drugi največji izziv (če seveda ne upoštevamo alkohola in tobaka), takoj za uporabo marihuane. Čeprav je problem najbolj opazen v Severni Ameriki, obstajajo poročila o pomembnem povpraševanju po zdravljenju in socialni obravnavi v Evropi, Afriki, Južni Aziji in Latinski Ameriki. Zdi se, odvisno od države in vrste droge, da so zlasti ogrožene nekatere bolj ranljive skupine, kot so mladi, ženske, starejše osebe, zdravstveni delavci ter tudi otroci na ulici in civilisti ter oborožene sile v postkonfliktnih razmerah. Zdravstvene in socialne posledice nemedicinske uporabe zdravil na recept so lahko tako resne kot pri uporabi drugih nadzorovanih drog.

S pregledom, opravljenim za drugo posodobljeno izdajo *mednarodnih standardov*, nismo identificirali nobenega sistematičnega pregleda v zvezi s preprečevanjem nemedicinske uporabe zdravil na recept. Vendar pa je treba opozoriti, da ima večina strategij, za katere je bilo ugotovljeno, da so učinkovite pri preprečevanju uporabe drog, močne razvojne komponente, zato njihovi učinki niso specifični za posamezno vrsto drog in dejansko lahko vplivajo na različna tveganja. Obstajajo dokazi, da so splošne intervencije na podlagi dokazov v šolah, družinah in v skupnostih učinkovite tudi pri preprečevanju nemedicinske uporabe zdravil na recept.⁴⁵

Zdravila na recept uporabniki pridobivajo z »dvojnimi zdravljenjem«, goljufijo, krajo ter po internetu ali preko družine in prijateljev. Zato lahko domnevamo, da poleg teh intervencij tudi vsi ti viri predstavljajo priložnosti za preventivo. Obstaja nekaj indikacij, da dajanje smernic, avtoritativni nasveti zdravnikom, pa tudi omejevanje in spremljanje receptov ter ustvarjanje registrov spremenijo njihovo predpisovanje in omejijo dostop do zdravil le pacientom, ki jih potrebujejo. Glede na velik vpliv staršev na mladino in glede na to, da mnogi posamezniki poročajo o pridobivanju drog v sklopu družine, se zdi obetaven pristop, usmerjen k staršem. Starši se morajo zavedati pomena uporabe zdravil na recept le pod zdravniškim nadzorom, zase in za svoje otroke. Obetavni so lahko tudi praktični ukrepi v skupnosti za varno odstranjevanje zdravil na recept, ki jim je pretekel rok uporabe ali jih nameravani prejemnik ne uporablja več. Nazadnje pa je treba zdravstvene delavce stalno usposabljanje o preprečevanju, prepoznavanju in upravljanju nemedicinske uporabe zdravil na recept in s tem povezanih posledic.⁴⁶

Nekatere dodatne navedbe o morebitnih intervencijah in politikah za preprečevanje nemedicinske uporabe zdravil na recept lahko najdete v publikaciji UNODC iz leta 2011 z naslovom »*Nemedicinska uporaba zdravil na recept, vprašanja političnih usmeritev*« in publikaciji CICAD iz leta 2012 z naslovom »*Vodnik za preprečevanje zlorabe zdravil na recept*« (»*Guide to preventing prescription drug abuse*«).⁴⁷

⁴⁵ Spoth in sod. (2017), Spoth in sod. (2016) in Spoth in sod. (2013).

⁴⁶ Iz osnutka »The surgeon general's call to action to prevent prescription drug abuse among youth: the dangers of improper use of controlled medications« (2014) (neobjavljeno) in UNODC, *The Non-Medical Use of Prescription Drugs: Policy Direction Issues* (Dunaj, 2011).

⁴⁷ CICAD/doc.1976/12.

3. Intervencije in politike, usmerjene k še posebej ogroženim otrokom in mladostnikom

S pregledom, ki je bil opravljen za drugo posodobljeno izdajo *mednarodnih standardov*, nismo identificirali nobenega sistematičnega pregleda v zvezi s preprečevanjem uporabe drog med otroki in mladostniki, ki so še posebej ogroženi, kljub dokazom, da so v zelo zgodnjih letih pogosto izpostavljeni drogam. V to skupino spadajo na primer zunajšolski otroci in mladostniki, otroci na ulici, sedanji in bivši otroci vojaki, otroci in mladostniki iz razseljenih ali postkonfliktnih populacij, otroci in mladostniki v rejništvu, vzgojnih domovih in v pravosodnem sistemu za mladostnike.

4. Preprečevanje uporabe novih psihoaktivnih snovi, ki niso pod nadzorom konvencij

V številnih državah je v minulih letih prišlo do rasti uporabe novih psihoaktivnih snovi, ki niso pod nadzorom konvencij, tj. tako imenovanih legalnih (»legal highs«) ali »pametnih drog« (»smart drugs«).⁴⁸ V pregledu, ki je bil opravljen za to drugo posodobljeno izdajo *mednarodnih standardov*, nismo identificirali nobenega sistematičnega pregleda v zvezi s preprečevanjem uporabe takšnih snovi. Vendar pa je treba opozoriti, da večina preventivnih strategij, ki temeljijo na znanstvenih dokazih, podobno kot v primeru nemedicinske uporabe zdravil na recept, ni vezana na posamezne snovi. To še posebej velja za strategije, ki obravnavajo ranljivosti v zgodnji fazi življenja ali krepijo pozitivne sposobnosti spoprijemanja s problemi, da se prepreči uporaba negativnih vzorcev spoprijemanja, vključno z uporabo drog. Zato se zdi smiselno domnevati, da bi takšne strategije lahko bile učinkovite tudi pri preprečevanju uporabe novih psihoaktivnih snovi. Vendar pa je to še eno področje, ki bi ga bilo treba podrobno raziskati.

5. Vpliv medijev

Izpostavljenost medijem močno vpliva na psihosocialni razvoj mladih. Zlasti popularna kultura (npr. slavne osebe, film in glasba) lahko močno vpliva na začetek tvegane vedenja, kot je uporaba alkohola in tobaka. Ta vpliv lahko razložimo z več potencialnimi mehanizmi, vključno z željo po pridobitvi lastnosti, zaradi katerih so slavne osebe posebne, ali s širjenjem vedenja prek družabnih omrežij. Zaradi edinstvenega nevrozvojnega konteksta mladih so ti še posebej dovzetni za vpliv popularne kulture in njihova dejanja niso zgolj posledica zdravstvene nepismenosti. Čeprav ta tema ni zajeta v tem dokumentu, bi jo bilo smiselno dodatno raziskati. Poleg tega je treba ob upoštevanju ustreznega dela prejšnjega poglavja opozoriti, da so razpoložljivi dokazi o učinkovitosti kampanj v množičnih medijih zelo omejeni. V tem kontekstu je nujno opraviti več raziskav o učinkovitosti kampanj v množičnih medijih.

⁴⁸ UNODC, *World Drug Report 2017* (United Nations publication, No. E.17.XI.6).

III. Značilnosti učinkovitega preventivnega sistema

Učinkovit nacionalni preventivni sistem na področju uporabe drog zagotavlja integrirano paleto intervencij in politik, ki temeljijo na znanstvenih dokazih, v več okoljih, usmerjenih v ustrezno starost in stopnje tveganja. To ne bi smelo biti presenetljivo glede na zapleteno medsebojno vplivanje dejavnikov, ki otroke, mladino in odrasle delajo ranljive za uporabo drog in drugo tvegano vedenje. Te ranljivosti ni mogoče odpraviti z enostavnim izvajanjem posamezne preventivne intervencije, ki je pogosto izolirana ter omejena v časovnem okviru in dosegu. Glavni cilj je podpirati zdrav in varen razvoj posameznikov. Dejansko naj bi učinkovit preventivni sistem obsegal strategije z mešanico okoljskih in razvojnih komponent ter manjšo komponento, ki se osredotoča na informacije.

Za zagotovitev integrirane palete intervencij in politik je nujen sistem z močnimi strukturnimi temelji, ki so na kratko opisani v tem razdelku in vključujejo:

- podporni politični in regulativni okvir;
- znanstvene dokaze in raziskave;
- usklajevanje več sektorjev in ravni (nacionalne, regijske in občinske / lokalne);
- usposabljanje oblikovalcev politik in izvajalcev preventivnih intervencij; in
- zavezanost za zagotavljanje ustreznih virov in dolgoročno vzdrževanje sistema.

A. Razpon intervencij in politik na podlagi dokazov

V prejšnjem razdelku je podan celovit pregled ukrepov in politik, za katere je bilo ugotovljeno, da so učinkovite pri preprečevanju uporabe drog. Strategije se razlikujejo po štirih glavnih področjih: starosti ciljne skupine, stopnji tveganja ciljne skupine, okolju, v katerem se strategija izvaja, ter žarišču delovanja (okoljsko, razvojno ali informacijsko). Učinkovit sistem zagotavlja vrsto intervencij in politik na podlagi dokazov in tako:

- podpira otroke in mladino v njihovem razvoju, zlasti v kritičnih prehodnih obdobjih, ko so najbolj ranljivi, npr. dojenčki in zgodnje otroštvo, pri prehodu med otroštvom in mladostništvom (adolescenco);
- cilja na splošno prebivalstvo (univerzalna preventiva) pa tudi na podporo skupinam (selektivna preventiva) in posameznikom, ki so še posebej ogroženi (indicirana preventiva);
- obravnava individualne in okoljske dejavnike ranljivosti in odpornosti;
- dosega prebivalstvo v več različnih okoljih (npr. v družini, šoli, skupnosti, na delovnem mestu itd.).

B. Podporni politični in regulativni okvir

Noben program ali politika ne moreta obstajati v vakuumu. Kot je bilo že omenjeno v uvodu, je preventiva na področju drog samo ena od temeljnih sestavin sistema, osredotočenega na zdravje, katerega cilj je zagotavljanje, da so droge na razpolago za medicinske in raziskovalne namene, hkrati pa preprečuje zlorabo teh drog (npr. v nemedicinske namene) in na splošno njihovo uporabo ter zagotavlja, da različne droge (vključno z alkoholom in tobakom) nimajo negativnega vpliva na zdravje. V tem pogledu ima učinkovit nacionalni sistem naslednje lastnosti:

- vgrajen je v celovit in sistematičen nadzor nad drogami, osredotočen na zdravje in na zagotavljanje razpoložljivosti drog (npr. zdravil) v medicinske in raziskovalne namene, hkrati pa preprečuje zlorabo in/ali uporabo drog, kar vključuje zmanjšanje ponudbe, zdravljenje, socialno obravnavo in rehabilitacijo zasvojenih z drogami ter preprečevanje zdravstvenih in socialnih posledic uporabe drog (npr. HIV/AIDS, hepatitis C, preveliki odmerki drog, vožnja pod vplivom drog itd.);
- temelji na razumevanju motenj v zvezi z drogami kot zdravstvenih stanj, ki se razvijejo kot posledica kompleksnih interakcij genetskih, bioloških in psiholoških dejavnikov z okoljem in ki jih je treba zdraviti ali socialno obravnavati, ne kaznovati;
- povezan je s strategijo javnega zdravja za zdrav in varen razvoj otrok, mladine in odraslih, vključno s preventivo, zdravljenjem in socialno obravnavo motenj pri uporabi drog ter preventivo glede drugih nezdravih ali tveganih vedenj.

Poleg tega obstajajo pomembne družbene značilnosti, ki imajo velik vpliv na izvajanje in učinkovitost preventive na podlagi dokazov, kot so stopnja neenakosti, družbeni kapital in družbene norme glede uporabe drog.

Izvajanje programov vladnih in nevladnih ustanov in organizacij se lahko močno okrepi, če je zagotovljeno in podprto z ustreznimi predpisi ali politikami na nacionalni ravni:

- nacionalni standardi, vključno s standardi kakovosti, za preventivne intervencije in politike na področju uporabe drog. Dodatno je konzorcij evropskih raziskovalnih ustanov in ustanov oziroma organizacij, kjer izvajajo prakso, razvil Evropske preventivne standarde kakovosti na področju uporabe drog (EDPQS).⁴⁹ Razvili so uporabne pripomočke, med drugim: pripomoček za oblikovalce politik, ki želijo financirati kakovostne preventivne strategije (orodje 1), pripomoček za izvajalce, ki se želijo samoocenjevati z namenom izboljšanja kakovosti (orodje 2) in pripomoček za nacionalne skupine, ki želijo dosledno prilagoditi evropske standarde (orodje 4) in ponuditi gradiva za usposabljanje (orodje 3). Pomemben primer je tudi portfelj preventivnih standardov Kanadskega centra za preprečevanje zlorabe drog in zasvojenosti (CCSA) (<https://www.ccsa.ca>).

⁴⁹ European Drug Prevention Quality Standards (https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards_en)

- nacionalni standardi naj bi v največji mogoči meri uveljavili zahtevo za izvajanje izključno preventivnih strategij, ki temeljijo na dokazih. Eden od načinov za to je vzpostavitev registra strategij, ki temeljijo na dokazih, ali sklicevanje na obstoječe registre, kot so npr. »Blueprints for Healthy Youth Development« (<https://www.blueprintsprograms.org>) in nekateri, ki so bili razviti v evropskih državah, pri čemer je zdaj enotni evropski register »Xchange« trenutno v pilotni fazi in je na voljo s strani Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) (<https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>);
- nacionalni strokovni standardi za oblikovalce politik in prakse na področju preventive, po možnosti v okviru sistema akreditacije. S sistemom akreditacije bi lahko podprli tudi profesionalizacijo področja in oblikovanje organizacij strokovnjakov, tako kot se to že dogaja na področju zdravljenja motenj pri uporabi drog. Globalna platforma, ki lahko pri tem zagotovi koristno podporo, je tudi Mednarodno združenje strokovnjakov na področju uporabe drog (ISSUP);⁵⁰
- politika, ki od šol zahteva izvajanje preventivnih programov in politik, ki temeljijo na dokazih, v okviru izobraževanja na temo promocije zdravja ali osebnih oziroma socialnih veščin, vključno s standardi glede tega, kako to storiti;
- politika, ki od delodajalcev zahteva, da izvajajo preventivne politike ali programe s področja uporabe drog na delovnem mestu, vključno s standardi glede tega, kako to storiti;
- politika, ki od zdravstvenih, socialnih in vzgojno-izobraževalnih ustanov zahteva, da podprejo družine pri zagotavljanju ustreznega fizičnega, kognitivnega in čustvenega razvoja svojih otrok.

C. Močna podlaga za raziskave in znanstvene dokaze

Učinkovit nacionalni preventivni sistem na področju uporabe drog bi moral temeljiti na znanstvenih dokazih in podpirati raziskovalna prizadevanja, da prispevajo k dokazni bazi. Glede tega obstajata dve razsežnosti. Na eni strani je treba intervencije in politike izbrati na podlagi natančnega razumevanja dejanskega stanja. Sistematični pristop bo vključeval identificiranje populacije, ki je najbolj ranljiva ali začne uporabljati droge, možen razlog, zakaj jih začne uporabljati, ter intervencije in politike, ki so najprimernejše za odziv na to stanje. Po drugi strani pa je treba natančno ovrednotiti učinkovitost in, kadar je to mogoče, stroškovno učinkovitost izvedenih intervencij in politik. Rezultati tega natančnega vrednotenja bodo omogočili nosilcem odločanja, da spoznajo vpliv na želene rezultate, kot je npr. zmanjšanje števila ljudi, ki začnejo uporabljati droge, hkrati pa bodo omogočili tudi širitev znanja o preventivnih intervencijah. Prav tako je pomembno, da se raziskave in ugotovitve strokovno preverijo, objavijo in da se o njih razpravlja v največji mogoči meri.

⁵⁰ International Society of Substance Use Professionals (<https://www.issup.net>)

1. Načrtovanje na podlagi dokazov

Glede prve razsežnosti bi bilo treba vzpostaviti informacijski sistem, ki bo zagotovil potrebno razumevanje stanja in možnosti za uporabo tega znanja za načrtovanje. Za obravnavanje te razsežnosti bi učinkovit nacionalni preventivni sistem na področju uporabe drog vključeval:

- Informacijski sistem, ki redno zbira in spremlja informacije o:
 - razširjenosti (prevalenci): Koliko odstotkov ljudi (glede na starost, spol in druge pomembne značilnosti) uporablja katero od drog? Kako pogosto in koliko? Kakšne so zdravstvene in socialne posledice?
 - začetku uporabe drog: V kateri starosti ljudje (zlasti mladi) začnejo uporabljati droge in/ali druge psihoaktivne snovi?
 - ranljivosti: zakaj ljudje, zlasti mladi, začnejo uporabljati droge in/ali druge psihoaktivne snovi? Kakšno je stanje med otroki glede dejavnikov, za katere je znano, da so povezani z uporabo drog (npr. slabo starševstvo, slaba navezanost na šolo, nasilje in zloraba itd.)?
- Formalni mehanizem za redno vključevanje podatkov, ki jih ustvari informacijski sistem, v proces sistemskega načrtovanja, ki bo upošteval:
 - potrebne strategije: Katere intervencije in politike, ki temeljijo na dokazih, so učinkovite za reševanje ugotovljenega stanja?
 - razpoložljivost in pokritost obstoječih strategij: Katere od teh intervencij in politik se trenutno izvajajo? Kakšen odstotek prebivalstva, ki jih potrebuje, dosegajo te intervencije in politike?
 - kakovost obstoječih strategij: Ali obstajajo stalne intervencije in politike, ki temeljijo na znanstvenih dokazih (to se nanaša na znanstveno razumevanje obravnavanih ranljivosti in sistematično prilagajanje obstoječih programov, ki temeljijo na dokazih)?
 - učinkovitost obstoječih strategij: So bile strategije ovrednotene (glej spodaj) in, če so bile, kakšni so rezultati? Kaj nam sporočajo podatki, ki jih ustvari informacijski sistem, glede učinkovitosti preventivnega sistema kot celote?
 - razpoložljive infrastrukture in vire, ki bi jih lahko uporabili kot del nacionalnega preventivnega sistema: Katere ustanove izvajajo ali bi morale izvajati preventivo? Je financiranje centralizirano ali decentralizirano? Kako se dodeljujejo sredstva?
 - kakšne so vrzeli med potrebnimi strategijami in razpoložljivostjo, pokritostjo, kakovostjo in učinkovitostjo obstoječih sistemskih strategij, infrastrukture in virov.

2. Raziskave in načrtovanje

Druga razsežnost se nanaša na vrednotenje specifičnih preventivnih programov in politik. Kot smo že omenili, strategije, ki temeljijo na dokazih, opredeljene v prejšnjem poglavju, niso nujno primerne glede na cilj, raven virov ali kulturno okolje, čeprav v mnogih primerih bodo. Obstajajo lahko tudi drugi programi ali politike, ki bolj uspešno rešujejo te težave.

Nujno je, da izbrani programi in politike:

- temeljijo na znanstvenem razumevanju obravnavanih ranljivosti. Z drugimi besedami in kot primer: zelo je zaželeno, da se programi in politike oblikujejo za obravnavo dejavnika tveganja ali stanja, za katerega je bilo ugotovljeno, da je povezan s povečanjem glede začetka uporabe drog (ali z zgodnejšim začetkom ali večjo razširjenostjo uporabe drog), v skladu z znanstvenimi raziskavami in oceno potreb, ne pa glede na čustva še tako dobronamernega in skrbnega posameznika;
- vključujejo znanstveno komponento spremljanja in vrednotenja, da bi ocenili, ali te intervencije doprinesejo k zelenemu rezultatu. To pomeni močno sodelovanje z akademskimi in raziskovalnimi ustanovami (vključno z univerzami), pa tudi uporabo eksperimentalnega ali kvaziekperimentalnega raziskovalnega načrta. Na področju medicine se nobena intervencija ne bi izvedla, ne da bi z znanstvenimi raziskavami ugotovili, da je učinkovita in varna. Enako bi morale veljati tudi za preventivne intervencije na področju uporabe drog.

Treba je opozoriti, da je bil namen *mednarodnih standardov* zagotoviti pokazatelje učinkovitosti (npr. v realnih ali vsaj nadzorovanih pogojih) različnih vrst intervencij in politik, ne da bi se pri tem osredotočali na konkretne programe, ki temeljijo na dokazih. Vendar dokazi izvirajo iz vrednotenja konkretnih programov, kar pomeni, da nikoli ne moremo domnevati, da bo strategija, ki je »v bistvu podobna« strategiji, temelječi na dokazih, enako učinkovita. Na primer: medtem ko obstajajo dokazi o učinkovitosti »programov predporodnih in poporodnih obiskov« na splošno, so nekateri konkretni programi te vrste precej učinkoviti, drugi takšni konkretni programi pa so se izkazali za neučinkovite, čeprav imajo lahko nekatere značilnosti, za katere velja, da so povezane z učinkovitostjo. To je še en razlog, zakaj je vrednotenje programov tako pomembno.

Kanadski center za preprečevanje zlorabe drog in zasvojenosti (CCSA) je razvil uporabna orodja za podporo spremljanju in vrednotenju preventivnih programov, UNODC pa je razvil usposabljanje za oblikovalce politik za podporo kulturi vrednotenja preventive. Nenazadnje je 3. modul v Univerzalnem preventivnem kurikulumu (UPC) za koordinatorje v celoti namenjen spremljanju in vrednotenju.⁵¹

Tudi v primeru izvajanja programa, ki temelji na dokazih, ostaneta spremljanje in vrednotenje izjemno pomembna v kontekstu skrbnega prilagajanja programa. V tem primeru predlagamo, da proces vključuje:

- skrben in sistematičen proces prilagajanja (adaptacije), ki se ne dotika osrednjih sestavin programa, hkrati pa je sprejemljivejši za nov socialno-ekonomski/kulturni kontekst. V idealnem primeru bi to potekalo s podporo razvijalcev programa. V tem kontekstu priročnik UNODC o usposabljanju na temo družinskih veščin vsebuje poglavje, ki je namenjeno izključno prilagoditvi, medtem ko orodje 4 *Evropskih preventivnih standardov na področju uporabe drog* (EDPQS) predstavlja skrben in

⁵¹ Universal Prevention Curriculum (<https://www.issup.net/training/universal-prevention-curriculum>)

podroben postopek za nacionalne deležnike, ki želijo prilagoditi in sprejeti standarde, in bi moral biti izredno koristen tudi za ta namen;

- komponento znanstvenega spremljanja in vrednotenja z namenom ocene, ali je program dejansko učinkovit v novem socialno-ekonomskem/kulturnem kontekstu. Čeprav bi bilo zelo zaželeno, da so preizkusi programov kontrolirani in po možnosti naključno kontrolirani, še zlasti v pilotni fazi, bi bili že podatki, zbrani pred in po izvajanju programa v primerjavi z izvirno študijo, dober pokazatelj, ali program deluje v novem kontekstu ali ne. Dodatna prednost programov, ki temeljijo na dokazih, je ta, da so vsi instrumenti spremljanja in vrednotenja že na voljo.

D. Različni sektorji, vključeni na različnih ravneh

Nacionalni preventivni sistemi na področju uporabe drog so namenjeni zagotavljanju, da imajo otroci, mladostniki in odrasli priložnost, da zdravo in varno živijo v različnih okoliščinah. Zato so nacionalni sektorji, vključeni v izvajanje sistemskih preventivnih intervencij in politik, številni in zahtevajo jasno opredelitev in usklajevanje vlog.

Nacionalni preventivni sistem na področju uporabe drog bi torej pri načrtovanju, izvajanju, spremljanju in vrednotenju svojih komponent vključeval ustrezne nacionalne sektorje (npr. izobraževanje, zdravstvo, socialno skrbstvo, mladino, delo, organi pregona itd.). Te komponente so:

- integrirane ravni doslednega izvajanja: nacionalna (zvezna), podnacionalna (državna/regionalna/okrožna) ter občinska oziroma lokalna;
- celoten spekter ključnih deležnikov. To lahko vključuje, vendar ni omejeno, nacionalne in podnacionalne uprave, občinske ali lokalne službe za zagotavljanje storitev, nevladne ustanove in organizacije, prebivalce in vodje skupnosti, verske skupnosti in njihove vodje, univerze in druge raziskovalne ustanove ter zasebni sektor, če je primerno;
- strukturirane in natančno opredeljene vloge in odgovornosti za vse deležnike: partnerstvo in sodelovanje različnih deležnikov ter sodelovanje in prevzem odgovornosti za različne elemente razvoja in izvajanja politike je zelo dragoceno;
- jasen mehanizem, ki bo nosilec odločanja (centraliziranim ali decentraliziranim) omogočil močno tehnično pomoč pri izvajanju politik in intervencij, ki temeljijo na dokazih;
- močna agencija za vodenje in koordinacijo (npr. usklajevalni organ ali telo).

Opozoriti je treba, da ni enotnega načina izvajanja strategij preventive na podlagi dokazov. Na primer: ni nujno, da se izvajajo v obliki programov, temveč jih je mogoče vključiti tudi v vsakodnevno delo ustanov in storitve, kot so šola, mladinsko delo ter zdravstvene in socialne storitve. V tem primeru se strategije načrtujejo, vodijo in usklajujejo centralno, medtem ko se izvajanje opira na lokalno večstransko usklajevanje.

Drugi možni primeri sodelovanja različnih ravni vključujejo:

- oblikovalce politik na nacionalni ravni, ki usklajujejo razvoj nacionalnih politik, določajo standarde kakovosti in podpirajo infrastrukturo za izvajanje z ustreznim financiranjem strategij ter usposabljanje ustreznih deležnikov;
- oblikovalce politik in/ali agencije na lokalni ravni, ki zagotavljajo intervencije in politike, vnašajo podatke v informacijski sistem ter dejavno izboljšujejo svoje znanje in veščine;
- nevladne organizacije, prebivalce in vodje skupnosti (kar lahko vključuje tudi verske skupnosti in njihove vodje), ki se mobilizirajo za spremembe ali sprejemanje politik, vplivanje na norme skupnosti, zagotavljanje intervencij in politik na podlagi dokazov. Ob tem velja omeniti, da je bilo ugotovljeno, da je mobilizacija skupnosti učinkovit in participativen mehanizem za uresničevanje strategij, temelječih na dokazih;
- univerze in raziskovalne ustanove, ki analizirajo podatke za boljše razumevanje stanja na področju uporabe drog, za spremljanje in vrednotenje nacionalnih politik ter vrednotenje posameznih intervencij in politik;
- zasebni sektor, ki aktivno podpira preventivo na delovnem mestu in po potrebi prispeva k na dokazih temelječim in inovativnim intervencijam.

E. Močna infrastruktura sistema izvajanja

Za učinkovito izvajanje intervencij in politik je le-te treba podpirati z ustreznimi viri:

- agencije, ki zagotavljajo intervencije in politike, je treba ustrezno financirati;
- izvajalci, ki izvajajo intervencije in politike, morajo biti ustrezno in redno usposobljeni. Serija UPC za koordinatorje je bila razvita in globalno pilotirana. Vključuje 9 modulov, ki zagotavljajo temeljit in popoln pregled prakse, temelječe na dokazih. Na voljo je tudi UPC za izvajalce. Poleg tega je na voljo tudi skrajšana evropska prilagoditev (UPC-Adapt oziroma Evropski preventivni kurikulum).⁵²
- oblikovalci politik na različnih ravneh načrtovanja, razvijanja intervencij in uveljavljanja politik morajo biti ustrezno in redno usposobljeni;
- zagotoviti je treba stalno tehnično pomoč, da bi podprli izvajanje in stalne izboljšave kakovosti;
- akademske in raziskovalne ustanove je treba ustrezno financirati za podporo znanstvenemu spremljanju in vrednotenju kot delu izvajanja preventive.

F. Trajnost

Preventiva na področju uporabe drog je učinkovita in tudi stroškovno učinkovita, vendar je potrebna, tako kot pri vseh politikah, srednjeročna in dolgoročna naložba za uresničitev vsega potenciala. V nadaljevanju sledijo načini, na katere je treba vzdrževati delovanje zgoraj omenjenih komponent:

⁵² Več o EUPC: https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum_en

- mehanizem pregledovanja in prilagajanja nacionalnega preventivnega sistema v rednih časovnih presledkih;
- financiranje izvajanja načrtovanih intervencij in politik, ki temeljijo na dokazih, mora biti zagotovljeno vsaj srednjeročno;
- redno zbiranje podatkov s pomočjo informacijskega sistema, vključno s povratnimi informacijami glede procesa načrtovanja/pregledovanja;
- stalna podpora raziskavam za natančno vrednotenje intervencij in politik;
- stalna podpora usposabljanju izvajalcev preventivnih intervencij in oblikovalcev politik, ki sodelujejo pri načrtovanju, izvajanju, spremljanju in vrednotenju preventivnih strategij na področju uporabe drog.

Slika 1: Shematska predstavitev nacionalnega preventivnega sistema



