

VREDNOTENJE IZVAJANJA NACIONALNE STRATEGIJE IN MEDRESORSKEGA SODELOVANJA NA PODROČJU DOVOLJENIH IN NEDOVOLJENIH DROG

Končno poročilo

25.9.2008

**Center za študije drog in drugih zasvojenosti pri Fakulteti za socialno delo
Univerze v Ljubljani**

Asist. Dr. Ines Kvaternik

Doc. Dr. Lilijana Rihter

Asist. Dr. Vera Grebenc

PODATKI O RAZISKAVI

Univerza v Ljubljani, Center za študije drog in drugih zasvojenosti
Fakulteta za socialno delo
Topniška 31, 1000 Ljubljana

Vrednotenje izvajanja nacionalne strategije in medresorskega sodelovanja na
področju dovoljenih in nedovoljenih drog
2008 UL Fakulteta za socialno delo

TRAJANJE PROJEKTA:
September 2006 – September 2008

RAZISKOVALCI Fakultete za socialno delo UL
Asist. dr. Vera Grebenc – nosilka projekta
Asist. dr. Ines Kvaternik
Doc. dr. Liljana Rihter
Asist. dr. Nino Rode
Izr. prof. dr. Vito Flaker

- sodelavci
Amra Šabič
Tamara Rape Žiberna
Klara Nahtigal

FINANCERJI RAZISKAVE:
Ministrstvo za zdravje RS in Agencija za raziskovalno dejavnost RS

Kazalo

UVOD	6
I.PRIMERJAVA STRATEGIJE EU NA PODROČJU DROG (2005 – 2012) IN AKCIJSKEGA NAČRTA ZA BOJ PROTI DROGAM (2005-2008) Z RESOLUCIJO O NACIONALNEM PROGRAMU NA PODROČJU DROG 2004-2009	11
1. Uvod.....	11
2. Izhodišča politike na področju drog.....	13
3. Splošne usmeritve.....	15
4. Usklajevanje.....	23
5. Zmanjševanje povpraševanja po drogah	25
6. Zmanjševanje ponudbe na področju drog	33
7. Mednarodno sodelovanje.....	37
8. Informiranje, raziskovanje in vrednotenje.....	39
9. Naloge, ki naj bi jih Slovenija izvedla v skladu z akcijskim načrtom (Akcijski načrt EU na področju drog 2005-2008, 2005)	41
10.Priporočila za uskladitev ReNPPD s Strategijo EU in za izdelavo Akcijskega načrta.....	54
II. IZVAJANJE POLITIKE NA PODROČJU ZMANJŠEVANJA POVPRŠEVANJA IN ZMANJŠEVANJA PONUDBE NA PODROČJU DROG	57
1. Uvod.....	57
2. Problematika drog in alkohola v družbi	59
2.1. Ocena števila uporabnikov drog	59
3. Prispevek resorjev k reševanju problematike dovoljenih in nedovoljenih drog	65
3.1. Prispevki posameznih resorjev k reševanju problematike.....	65
3.2 Cilji resornih politik	66
3.3. Sprejemanje odločitev in prednostne naloge	67
3.4. Podatkovne baze, ugotavljanje potreb in načrtovanje ukrepov	69
3.5. Ukrepi in mehanizmi za nadzor in ocenjevanje uspešnosti	70
3.6. Težave pri izvajanju dela in predlogi za odpravljanje težav	72
4. Sodelovanje z drugimi akterji.....	73
4.1. Sodelovanje pri razvijanju in implementaciji politik na področju dovoljenih in nedovoljenih drog.....	74
4.2. Težave pri sodelovanju med različnimi akterji na področju dovoljenih in nedovoljenih drog	77
5. Prihodnje, predvidene aktivnosti.....	80
6. Sklep.....	81

III. ANALIZA OPISOV PROGRAMOV, KI DELUJEJO NA PODROČJU DROG: NIZKOPRAŽNI PROGRAMI IN VISOKOPRAŽNI POGRAMI NA PODROČJU SOCIALNEGA VARSTVA	83
1. Uvod.....	83
2. Metodologija	86
3. Analiza opisov nizkopražnih programov in visokopražnih programov na področju drog	87
3.1. Splošen pregled programov in osnovni temeljni principi	87
3.2. Metode, ki jih uporabljajo pri delu	90
3.3. Ključni elementi področja in konteksta programa	92
3.4. Okolje, v katerem se program izvaja.....	94
3.5. Financiranje programa in stroški	96
3.6. Uporabniki, ki jim je program namenjen	97
3.7. Značilnosti osebja	100
3.8. Vidiki implementacije	101
4. Sklep: razlike in podobnosti med nizkopražnimi in visokopražnimi programi	103
VI. OCENA POLITIKE Z VIDIKA SLUŽB IN IZVAJALCEV	107
1. Uvod.....	107
2. Stališča izvajalcev do trenutne politike na področju drog in zasvojenosti.....	108
3. Neskladja med deklarirano in aktualno politiko	110
4. Kakovost življenja uporabnikov drog	116
6. Ocena prednosti in pomanjkljivosti trenutne politike	122
V. OCENA UPORABNIC IN UPORABNIKOV SLUŽB.....	128
1. Uvod.....	128
2. Ocena politike na področju drog v RS.....	129
2.1. Poznavanje služb na področju drog	132
2.2. Osebne uporabniške izkušnje s službami na področju drog	133
2.3 Učinkovitost delovanja služb na različnih ravneh	140
3. Spremembe na ravni pravic (po sprejemu ReNPPD)	148
3.1. Dostopnost služb	148
3.2. Informiranost o programih	151
3.3. Možnost pritožb in vpliva na programe	152
4. Upoštevanje uporabniške perspektive	153
5. Podoba uporabnic in uporabnikov drog v očeh javnosti	155
6. Kakovost življenja uporabnic in uporabnikov drog (dohodek, zaposlitev, socialne mreže, kariere, varnosti) ter vpliv ReNPPD.....	158
VI. SKLEP	163

VII.PRIPOROČILA.....	169
LITERATURA IN VIRI.....	172
DODATEK 1: PROBLEMATIKA DROG V OČEH DIPLOMANTK IN DIPLOMANTOV FAKULTETE ZA SOCIALNO DELO.....	174
DODATEK 2: KAJ PREDLAGAJO DIPLOMANTKE IN DIPLOMANTI FAKULTETE ZA SOCIALNO DELO GLEDE POLITIKE DO PREPOVEDANIH DROG	193
PRILOGA 1: INTERVJUJI S PREDSTAVNIKI RESORJEV (MINISTRSTVA).....	210
PRILOGA 2: IZVAJANJE RESOLUCIJE O NACIONALNEM PROGRAMU NA PODROČJU DROG V PRAKSI – IZVAJALCI V PRAKSI	212
PRILOGA 3: VPRAŠALNIK ZA UPORABNIKE PROGRAMOV POMOČI NA PODROČJU DROG	214
POVZETEK.....	216

UVOD

Slovenska politika na področju drog se je začela oblikovati koncem osemdesetih in v začetku devetdesetih let XX. stoletja, ko so pri nas opazili širjenje pojava uživanja prepovedanih drog, predvsem heroina. Na podlagi potreb po programih pomoči za uživalce drog na Obali se oblikuje prva Lokalna akcijska skupina v Kopru. Kasneje pride do oblikovanja prvega nacionalnega programa na področju drog (leta 1992) in se odgovornost za reševanje tovrstne problematike v vseh njenih razsežnostih prenese na državno raven. Z ustanovitvijo Vladnega urada na področju drog (leta 1998), katerega osnovni cilj je bilo oblikovanje nacionalnega programa in koordinacija različnih, večkrat v izhodišču nasprotujočih si medresorskih politik, država na nek način prevzame odgovornost za reševanje omenjenega problema. V primerjavi z državami, ki so imele daljšo zgodovino oblikovanja politik na področju drog (npr. Nizozemska, Nemčija, Španija, Portugalska, Francija in druge), je Slovenija v relativno kratkem času oblikovala popolnoma primerljiv nacionalni program, ki je bil v skladu z Evropsko politiko na tem področju. Slednje pokaže na učinkovitost delovanja omenjenega vladnega urada, ki pa je bil v naslednjem koraku, ko bi pričakovali oblikovanje akcijskega načrta na področju drog, ukinjen in umeščen pod Ministrstvo za zdravje.

Pozornost, ki jo bo država namenjala politiki na področju drog, je odvisna tudi od vidnosti problematike drog v družbi, socialnih skupin, ki so najbolj ogrožene in od predstav, ki jih uživanje drog sproža v javnosti. Politika na področju drog v posamezni državi je hkrati odvisna od zgodovinskih, zdravstvenih, kriminoloških ter socialnih in kulturnih dejavnikov prostora in časa v katerem živimo.

Iz prvega slovenskega nacionalnega programa na področju drog iz leta 1992 izhaja, da mora organizacijo in izvajanje programa dejavnosti, ki preprečujejo zlorabo drog v RS, prevzeti država. V 90. letih XX. stoletja se je intenziviralo sodelovanje z mednarodnimi organizacijami, tudi v projektih (UNCPD, v okviru PHARE programov, WHO in skupine Pompidu pri Svetu Evrope), kar je nedvomno vplivalo na oblikovanje nacionalne politike na področju drog, še posebej na področju zmanjševanja škode. V

letu 1998 je vlada ustanovila Urad vlade RS za droge, ki je neodvisno deloval do svoje ukinitve v aprilu 2004, kar je bila posledica reorganizacije služb v javni upravi. Od takrat naprej omenjeni urad deluje znotraj ministrstva, pristojnega za zdravje. Februarja 2004 je državni svet sprejel Resolucijo o nacionalnem programu na področju drog (2004-2009), ki je nadomestila prejšnji nacionalni program, ki je do sprejetja nove resolucije in zakonodaje sprejete v letih 1999 in 2000, veljal kot temeljni dokument za izvajanje različnih dejavnosti na tem področju. Omenjena resolucija že v uvodnem, vsebinskem delu nakaže kombinacijo več paradigmatičnih pogledov oz. konceptov, in sicer: povečanje rabe drog med državljani povzroča povečano potrebo po razvoju programov zmanjševanja ponudbe in povpraševanja po drogah ter programov zmanjševanja škode zaradi uporabe drog. Hkrati pa približevanje Slovenije Evropski uniji in prevzemanje njenega pravnega reda na področju politike države do drog ustvarita številne nove možnosti za ukrepanje ter izzive za različne dejavnosti na področjih varovanja zdravja, socialnega varstva, šolstva, pa tudi dejavnosti policije, carine in pravosodnega sistema. Z zgodovinske perspektive bi lahko politiko na področju drog v RS opredelili v okviru zdravstvenega in socialnega razvoja, ki vključuje kombinacijo in orientacijo na več področjih hkrati; od preventive, zmanjševanja škode, zdravljenja, socialne rehabilitacije in reintegracije uživalcev drog.

Nacionalni program na področju drog je na eni strani rezultat dosedanjega družbenega razvoja na drugi strani pa pomeni uskladitev različnih sektorskih pristopov na področju drog glede na cilje, prednostne naloge, vire in stroške. Posamezni sektorji naj bi imeli izoblikovane akcijske načrte za področje drog na podlagi potreb, ki so na tem področju izražene na državni ravni, hkrati pa naj bi se ti načrti usklajevali na nacionalni ravni v okviru Vladne komisije RS za droge.

Izkušnje kažejo, da je izvajanje nacionalne politike na področju drog odvisno od politične in gospodarske trdnosti, razširjenosti uživanja drog in družbenega zaznavanja tega pojava, dostopnosti do različnih storitev, pravnega okvira in zemljepisne lege posamezne države. Zato nas zanima, kako se izvajajo politike posameznih resorjev na področju drog, ki so vključeni v Vladno komisijo RS za droge, njihovi akcijski načrti in kakšne dejavnosti podpirajo.

Na Fakulteti za socialno delo smo v zadnjih nekaj letih izvedli več raziskav¹ in projektov, ki so vsebinsko povezani z delovanjem različnih programov na področju drog v Republiki Sloveniji. Rezultati raziskave o Potrebah po novih programih zmanjševanja škode in pomoč pri oblikovanju lokalnih iniciativ, ki je potekala v obdobju 2004 do 2005 in raziskave Ocena potreb in načrtovanje odgovorov po novih programih pomoči za uživalce drog v republiki Sloveniji, ki je potekala v okviru Twinninga z Nizozemsko od oktobra 2005 do maja 2006 pokažejo, da izvajalci programov na področju drog pogrešajo dobro medsektorsko sodelovanje, izražajo pomanjkanje relevantnih informacij o delovanju različnih programov, izražajo pa tudi pomanjkanje standardov in kriterijev za kvalitetno delo. V okviru projekta Vzpostavljanje enotnega sistema evalviranja socialnovarstvenih programov, so izvajalci programov skupaj z raziskovalci že oblikovali osnovne kriterije za oceno teh programov, razvijamo pa tudi merske instrumente s pomočjo katerih bomo pridobili ustrezne podatke za oceno programov. V okviru projekta Twinning Light, ki je potekal v sodelovanju z nizozemskim Trimbos institutom med marcem in oktobrom 2007, pa je bila izvedena Evalvacija vzdrževalnega substitucijskega programa zdravljenja v Sloveniji – ocena kvalitete in učinkovitosti. Tako na področju socialnovarstvenih in zdravstvenih programov že potekajo aktivnosti, ki jih zahteva tudi resolucija na področju drog (raziskovanje in vrednotenje).

Z raziskavo, ki smo jo izvedli o okviru Twinninga smo ugotovili tudi, da se dostopnost programov v Sloveniji zelo razlikuje glede na urbaniziranost določene skupnosti (ruralne, urbane lokalne skupnosti) in da so znotraj posameznih kategorij skupnosti precejšnje razlike. Tako so v Sloveniji področja, ki so dobro pokrita z različnimi službami, od splošnih do specializiranih, kot to velja za Ljubljano in Koper, področja, kjer so na voljo predvsem splošne službe (socialne, zdravstvene) in ni specifičnih programov (npr. manjša občinska središča kot so npr. Radlje ob Dravi), obstajajo pa tudi področja, kjer uživanje dovoljenih in nedovoljenih drog je prisotno, pa so tako splošne službe kot specializirane geografsko oddaljene (odročnejši kraji, kot npr. Bovec). Resolucija o nacionalnem programu na področju drog do leta 2009 pa

¹ Kratki opisi projektov, ki jih izvajamo na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani so dostopni na spletni strani www.fsd.si.

priporoča prav decentralizacijo storitev in enako dostopnost programov vsem uporabnikom.

Poleg tega v omenjenih raziskavah ugotavljamo, da se informacij o potrebah uživalcev drog ne spremlja in beleži na sistematičen način. S fokus skupino, ki je bila izvedena v okviru priprave strategije socialnega varstva v Mestni občini Ljubljana v začetku leta 2006, odkrijemo tudi, da izvajalci programov sicer opažajo spremembe glede potreb v ciljni skupini uživalcev drog: pojavljajo se novi tipi uživanja drog, pojavljajo se nove ciljne skupine (npr. ženske, brezdomci, osebe s pridruženimi težavami...), ki potrebujejo drugačne pristope od obstoječih. V načrtovanju in izvajanju odgovorov na te potrebe pa so izvajalci odvisni predvsem od razpoložljivih in pogosto negotovih virov (finančnih, strokovnih), ki jih imajo na voljo. Izvajalci programov v Ljubljani navajajo, da je sodelovanje med različnimi organizacijami potrebno sistemsko urediti, da je potrebno boljše sodelovanje med različnimi izvajalci, še posebej med programi, ki delujejo na področju socialnega varstva in programi, ki delujejo v okviru zdravstva ter da morajo izvajalci poskrbeti za boljšo medsebojno informiranost o oblikah storitev. Tudi zaradi teh ugotovitev smo želeli pregledati izvedljivost resolucije glede na trenutno stanje in usklajenost resolucije z dokumenti Evropske unije.

V procesu vrednotenja izvajanja nacionalne strategije na področju drog smo analizirali tako nacionalno strategijo na omenjenem področju kakor posamezne resorne strategije na omenjenem področju in poskušali ugotoviti, na kakšen način posamezni sektorji sodelujejo med seboj. Politiko na področju drog smo želeli ovrednotiti in analizirati z vidika vseh vpletenih. Pri tem smo upoštevali tako izvršno vejo oblasti (pristojne resorje), izvajalce programov pomoči (zdravstveni in socialnovarstveni programi) in samih uporabnikov omenjenih programov.

V prvem poglavju pričujočega poročila smo ovrednotili Resolucijo o nacionalnem programu na področju drog (2004-2009) in jo primerjali z Evropsko strategijo na področju drog (2005-2012) in akcijskim načrtom EU za boj proti drogam (2005-2008). Omenjene dokumente smo med seboj primerjali predvsem zato, da bi opozorili na vrzeli med našo resolucijo, ki se počasi izteka, in sodobnimi evropskimi smernicami in pripravili priporočila za oblikovanje nove resolucije.

Drugo poglavje prinaša analizo resornih politik na področju drog. Gre za analizo tistih resorjev, ki so vključeni v Komisijo vlade RS za droge. V njem smo zlasti opozorili na razhajanja med politiko na deklarativni ravni in njenim izvajanjem v praksi.

V tretjem poglavju prikazujemo analizo opisov nizkopražnih in viskopražnih programov socialnega varstva, ki delujejo na področju drog. Ker smo pri analizi resornih politik naleteli na podatek, da je prišlo do sprememb v ureditvi statusa nizkopražnih in viskopražnih programov, ki naj ne bi bil v skladu z resolucijo o nacionalnem programu na področju drog, smo to želeli dodatno preveriti.

Četrto poglavje pa prikazuje na eni stani oceno politike na področju drog v RS s strani izvajalcev programov.

V petem poglavju pa predstavljamo uporabniško percepcijo izvajanje politike na področju drog in alkohola v praksi.

Nekateri deli poročila so že bili objavljeni v obliki znanstvenih prispevkov, nekateri deli poročila pa predstavljajo delovno gradivo za objavo novih prispevkov.

I.PRIMERJAVA STRATEGIJE EU NA PODROČJU DROG (2005 – 2012) IN AKCIJSKEGA NAČRTA ZA BOJ PROTI DROGAM (2005-2008) Z RESOLUCIJO O NACIONALNEM PROGRAMU NA PODROČJU DROG 2004-2009²

1. Uvod

V okviru ciljnega raziskovalnega projekta z naslovom Vrednotenje izvajanja nacionalne strategije in medresorskega sodelovanja na področju dovoljenih in nedovoljenih drog smo najprej poskušali analizirati slovensko politiko na področju drog z vidika njene vpetosti v pravno politični prostor Evropske unije (EU). Zato v tem delu poročila najprej podajamo širši okvir analize, opišemo izvedbo analize, podamo rezultate in nakažemo smernice za spremembe na tem področju.

Na podlagi zakonodajno-pravne in zgodovinske perspektive bi lahko slovensko politiko na področju drog umestili v model javnozdravstvene politike³, ki vključuje kombinacijo več področij hkrati: od preventive, zmanjševanja škode, zdravljenja do socialne rehabilitacije in reintegracije uporabnikov drog. Osnovni cilj te politike je promocija zdravja, zdravega življenjskega sloga oz. vedenja, zmanjševanje škode povezane z uživanjem drog tako na individualni ravni - na ravni posameznika kakor tudi na skupnostni ravni - na ravni družbe (prim. Hartnoll, 2004, Kvaternik Jenko, 2004; 2006). Oblikovanje naše politike na tem področju lahko interpretiramo z vidika razvoja iniciative, ki se je pojavila v začetku 90. let prejšnjega stoletja s strani poslanskega kluba Demokratske stranke v takratni skupščini RS Slovenije. Ta skupščina je z dokumentom »Stališča in sklepi skupščine Republike Slovenije k Nacionalnemu programu za preprečevanje zlorabe drog v Republiki Sloveniji« v 1. točki sprejela Nacionalni program, in naložila Vladi RS, da za uresničevanje njenega

² Skrajšana verzija tega dela poročila je bila objavljena v članku Rihter, L., Kvaternik Jenko, I., Grebenc, V. Rode, N., Flaker V. (2007). Slovenska politika na področju drog v evropskem kontekstu. *Teorija in praksa*, 44, 3- 4: 431- 446. Celotno poglavje bomo objavili v znanstveni monografiji, ki bo izšla pri založbi Fakultete za socialno delo.

³ Javnozdravstveni pristop je močno zasidran v evropski politiki na področju drog, ki je bila osnova za oblikovanje slovenske politike na tem področju. Osnovni cilj omenjene paradigme je zaščita javnega zdravja tj. zmanjševanje povpraševanja na področju drog (preventiva pred razširjanjem nalezljivih bolezni) in zaščita javnega reda oz. zmanjševanje ponudbe na področju drog.

izvajanja v okviru Sveta za zdravje, ustanovi odbor za preprečevanje zlorabe drog v RS kot medresorsko delovno telo. Leta 1998 je Vlada Republike Slovenije ustanovila vladno službo, Urad Vlade RS za droge⁴, ki je neodvisno deloval do ukinitve v aprilu 2004, ki je bi bila posledica reorganizacije nekaterih vladnih služb v javni upravi. Od takrat naprej Urad za droge deluje znotraj ministrstva, pristojnega za zdravje.

Aprila 2004 je bila pri nas sprejeta Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009 (v nadaljevanju ReNPPD) (Ur.l.RS., 28/2004), ki predstavlja osnovo za načrtovanje politike na tem področju. Resolucija kot temeljni dokument na področju oblikovanja, izvajanja politike drog že v uvodnem, vsebinskem delu kaže na kombinacijo glavnega javno-zdravstvenega pogleda in posameznih represivnih atributov, kar je pravzaprav osnova nizozemske politike na področju drog.⁵

Ne glede na dejstvo, da je ReNPPD v Sloveniji nastala med drugim ob upoštevanju Strategije EU na področju drog (2000-2004) in Akcijskega načrta na področju drog (2000-2004), jo bomo analizirali z vidika primerjave z aktualno Strategijo EU na področju drog 2005-2012 (v nadaljevanju Strategija EU), ki kot enega izmed glavnih ciljev že v uvodu omenja: »...dodatno izboljšati nacionalne strategije...« na podlagi načela subsidiarnosti in sorazmernosti (Strategija EU na področju drog 2005-2012, 2005: 3) ter Akcijskega načrta za boj proti drogam 2005-2008 (v nadaljevanju Akcijski načrt EU).

Analiza dokumentov je potekala tako, da smo v prvi fazi izpostavili glavne vsebinske sklope iz Strategije EU, ter bistvene poudarke znotraj teh sklopov. Nato smo v ReNPPD iskali tiste dele besedila, ki so se nanašali na dani vsebinski sklop, kar je bilo zahtevno in predvsem dolgotrajno delo, saj se vsebinski sklopi v ReNPPD precej prepletajo ne glede na formalno strukturo ReNPPD, ki je razdeljena na poglavja in podpoglavja. To pomeni, da je podatke o določenem vsebinskem sklopu potrebno iskati po celotnem besedilu in ne samo v konkretnem poglavju, kjer bi to pričakovali. Z analizo dokumentov smo želeli odkriti področja ujemanja (t.j. v katerih delih je

⁴ Med glavnimi cilji ustanovitve Urada za droge v letu 1998 je bilo navedeno spremljanje stanja na področju drog in koordinacija za pripravo nacionalne strategije z akcijskimi plani.

⁵ Nizozemska politika na področju drog je politika zmanjševanja povpraševanja po drogah in zmanjševanja ponudbe po drogah in ima kot takšna najdaljšo tradicijo v evropskem kontekstu. Analiza evropske politike na področju drog kaže, da je slednja močno podobna, če že ne identična, nizozemski politiki.

ReNPPD v skladu s Strategijo EU) ter morebitne neuskklajenosti, ki predstavljajo pomembna izhodišča za dopolnitev ReNPPD oz. za oblikovanje akcijskega načrta za področje drog, ki ga v Sloveniji nimamo. Strategija EU sicer jasno poudarja, da dopušča prostor za lokalne, regionalne, nacionalne in nadnacionalne dinamike ter organizacijske in finančne omejitve držav, vendar pa so nekatera priporočila v Strategiji EU zapisana kot »obvezujoča«⁶ za države članice Evropske unije. To pa pomeni, da bi morala biti ReNPPD v veliki meri usklajena s Strategijo EU. Z analizo poskušamo ugotoviti, v kolikšni meri ta trditev drži.

Primerjavo dokumentov bomo prikazali po vsebinskih sklopih, ki izhajajo iz Strategije EU. Najprej bomo izpostavili izhodišča, splošne usmeritve, predvideno usklajevanje, nato pa ukrepe na področju zmanjševanja povpraševanja, zmanjševanja ponudbe, mednarodnega sodelovanja, informiranja, raziskovanja in vrednotenja. V vsakem vsebinskem sklopu bodo v izhodišču podane usmeritve in priporočila EU, v nadaljevanju pa si bomo pogledali, na katerih področjih se omenjena priporočila pokrivajo z ReNPPD oziroma kje se pojavljajo odstopanja. Opozorili bomo na cilje, ki so zapisani v Akcijskem načrtu EU in jih bo po naši oceni težko doseči, v kolikor ne bo dopolnjena ReNPPD in pripravljen Akcijski načrt. V zadnjem delu bomo izpostavili glavna priporočila za dopolnitev ReNPPD in predloge, ki bi jih lahko vključili v akcijski načrt na področju drog.

2. Izhodišča politike na področju drog

2.1. Strategija EU kot izhodišče izpostavlja upoštevanje in spodbujanje **temeljnih vrednot** Unije: spoštovanje človekovega dostojanstva, svobode, demokracije, enakosti, solidarnosti, pravne države in človekovih pravic in kot cilj navaja: zaščito in izboljšanje blaginje družbe in posameznika, zaščito javnega zdravja, zagotovitev visoke ravni varnosti prebivalstva ter vzpostavitev celostnega pristopa k problemu drog.

⁶ Po eni strani se pričakuje, da bodo države članice EU uskladile nacionalne politike na področju drog z evropsko politiko in izpolnjevale priporočila, ki izhajajo iz Strategije EU ter ukrepe, ki so zapisani v Akcijskem načrtu EU. Po drugi strani pa omenjena strategija ne vključuje sankcij v primeru neizpolnjevanja priporočil in ukrepov.

V ReNPPD so kot temeljna izhodišča izpostavljena načela varovanja človekovih pravic, ob tem pa so dodana še druga izhodišča, kot npr. načelo zagotavljanja varnosti prebivalcev (osebna varnost, varovanje premoženja), načelo prilagojenosti različnim skupinam prebivalstva (vsebine dela prilagoditi različnim ciljnim skupinam), načelo decentralizacije (enakomerna porazdelitev programov in vsebin glede na dejanske potrebe na lokalni ravni), načelo uravnoteženosti pristopov (različni pristopi k preprečevanju uporabe drog in zmanjševanju škode), načelo zagotavljanja možnosti za odgovorno sprejemanje odločitev o neuporabi drog, posebej med otroki in mladostniki.

Iz podrobnega opisa teh načel lahko sklepamo, da njihovo upoštevanje vodi do podobnega cilja, kot je zapisan v Strategiji EU. Razlika se pojavlja v uporabi terminologije, saj Strategija EU izhodišča poimenuje kot temeljne vrednote, ReNPPD pa kot osnovna načela.

2.2. Pravni temelj Strategije EU so **naslednje konvencije ZN**: Enotna konvencija ZN o mamilih iz leta 1961, spremenjenja 1972; Konvencija o psihotropnih snoveh iz leta 1971 in Konvencija proti nedovoljenemu prometu s prepovedanimi drogami in psihotropnimi snovmi iz leta 1988) ter sklep izrednega zasedanja Generalne skupščine ZN o drogah leta 1998, kjer so potrdili pomen celostnega in uravnoteženega pristopa (zmanjševanje ponudbe drog in zmanjševanje povpraševanja po njih).

ReNPPD ravno tako navaja, da upošteva mednarodnopravni okvir, konvencije ZN, določila Sveta Evrope in Evropske unije ter druge mednarodne dogovore in priporočila na različnih strokovnih področjih, vendar jih poimensko ne navaja.

Pravni temelji Strategije EU in ReNPPD so identični.

2.3. V Strategiji EU so izpostavljene globalne razsežnosti problema drog in potreba po **usklajevanju vseh sodelujočih akterjev** na ravni EU, kar je bilo prepoznano tudi kot pomembno izhodišče pri izdelavi ReNPPD, ki izpostavlja načelo celovitega in sočasnega reševanja problematike drog (reševanje problematike drog kot naloga različnih sektorjev s področja socialnega varstva, šolstva, pravosodja, notranjih zadev, financ, obrambe, civilne družbe in splošne javnosti) ter načelo globalnosti

pojava drog in posledično globalnega sodelovanja (sodelovanje Slovenije v regionalnem, evropskem in svetovnem merilu).

Kar zadeva izhodišča, lahko ugotovimo, da ni nobenih bistvenih razlik.

3. Splošne usmeritve

3.1. Strategija EU izpostavlja, da lahko **problem drog obravnavamo z različnih vidikov** (političnega, zdravstvenega, raziskovalnega, vsakodnevna praksa, preprečevanje prometa s prepovedanimi drogami). Politike morajo te vidike upoštevati in jih združiti v usklajene predloge.

To v celoti v okviru načela uravnoveženosti pristopov izpostavlja tudi ReNPPD, le da je *raziskovalni vidik izpostavljen manj eksplicitno* in sicer predvsem v okviru izvajanja »...študij o stroškovni upravičenosti in učinkovitosti izvajanja različnih programov.« (ReNPPD, 2004: 6), je pa kasneje v nadaljevanju teksta med srednjeročnimi cilji izpostavljena podpora raziskovalnemu delu.

3.2. Tako iz Strategije EU kot iz ReNPPD lahko razberemo, da **podatki**, s katerimi razpolagajo, **ne kažejo občutnega upada porabe drog**. Medtem ko Strategija EU navaja, da sta se pogostost škode in število z drogami povezanih smrtnih primerov ustalila; da so se zdravstveni ukrepi za uživalce drog razširili in da so na voljo različne službe, ter da je očitno *promet s prepovedanimi drogami* še vedno produktiven posel za skupine organiziranega kriminala v EU, čemur bo potrebno nameniti več *'dejavnega odpora'*, pa ReNPPD eksplicitno v okviru načela uravnoveženosti pristopov poudarja, da je naloga države, da podpre *uravnovežen razvoj vseh pristopov*, pri čemer *načeloma nobenemu ne daje prednosti*.

Glede na prikazano razliko med evropsko in slovensko strategijo na področju drog bi bilo v Sloveniji potrebno pridobiti konkretne podatke, na podlagi katerih bi lahko identificirali potrebo po izpostavljanju določenih prednostnih pristopov.

3.3. Na podlagi **analize uresničevanja ciljev** iz dokumentov na področju drog v EU, Strategija EU izpostavlja nujno *potrebo po določitvi jasnih in natančnih ciljev ter prednostnih nalog, operativnih kazalcev in ukrepov z jasno opredelitvijo odgovornosti*

in skrajnih rokov za izvajanje, potrebo po zagotovitvi stalnega napredka glede dostopnosti, kakovosti in primerljivosti podatkov o spremljanju stanja na področju drog, kar je deloma (za nekatere cilje) že narejeno v Akcijskem načrtu EU.

V ReNPPD tako jasne dikcije glede operacionalizacije ciljev ni zaznati, je pa opredeljeno, da naj bi bili v *akcijskem načrtu za področje drog*, podrobneje opredeljeni posamezni cilji, načini uresničevanja ciljev ter konkretne naloge posameznih akterjev za uresničevanje načrta, obenem pa *skrajni roki niso jasno postavljeni*. Cilji v ReNPPD so sicer razdeljeni na prednostne, srednjeročne in na celotno načrtovano obdobje do 2009, vendar ni zapisane neposredne povezave med cilji-indikatorji-odgovornimi nosilci-roki. Temu bi ob pripravi akcijskega načrta bilo potrebno posvetiti več pozornosti.

3.4. Na ravni Strategije EU sta določena **dva splošna cilja**:

- prispevati k doseganju visoke ravni varovanja zdravja, blaginje in socialne kohezije z dopolnjevanjem ukrepov držav članic za preprečevanje in zmanjševanje uporabe drog, odvisnosti od drog in škode, ki jo droge povzročajo zdravju in družbi;
- zagotoviti visoko stopnjo varnosti širše javnosti z ukrepi proti proizvodnji prepovedanih drog, čezmejnemu prometu s prepovedanimi drogami in zlorabi predhodnih sestavin, in z zaostrovanjem preventivnih ukrepov proti kriminalu, povezanemu z drogami, s pomočjo učinkovitega sodelovanja v sklopu skupnega pristopa.

Ciljev v okviru ReNPPD pa je precej več in so, kot je že bilo omenjeno, razdeljeni v tri sklope, ki jih dobesedno povzemamo skoraj v celoti, da bo jasneje razvidno, da sodijo na vsebinsko raznolika področja (torej, da niso razdeljeni glede na področje zmanjševanja povpraševanja in zmanjševanja ponudbe) in da niso operacionalizirani v tolikšni meri, da bi bili razvidni nosilci in kazalci, na podlagi katerih bi lahko podali oceno, ali so bili doseženi ali ne.

a) splošni cilji za obdobje 2004-2009:

- zagotoviti, da bo problematika drog na državni in lokalni ravni obravnavana enakovredno z drugimi socialnimi, zdravstvenimi in ekonomskimi vprašanji in na podlagi tega tudi sprejemati potrebne sistemske ukrepe;
- uvesti usklajevanje različnih dejavnosti na lokalni ravni ter jih usklajevati z dejavnostmi na državni ravni;

- spodbujati preventivo na področju drog in različne programe zmanjševanja povpraševanja po drogah in ob tem upoštevati preventivne dejavnosti kot celostne pristope, ki upoštevajo tudi sočasno izvajanje ukrepov za preprečevanja uporabe alkohola in tobaka, da bi tako zmanjševali število novih uporabnikov drog med mlajšo generacijo in preprečevali prvi stik z drogami ter zvišali starostno mejo prvega stika;
- podpreti razvoj programov, ki bi pomagali ohraniti ali znižati število okuženih s HIV in hepatitisoma B in C ter smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov;
- zagotoviti več kakovostnih programov zdravljenja odvisnosti od drog z uvedbo različnih pristopov. Zagotoviti je treba hkratno nadgradnjo in širitev programov zdravljenja v zavodih za prestajanje kazni, vzgojnih zavodih ter v prevzgojnem domu;
- pospešiti razvoj programov socialne obravnave uporabnikov drog, terapevtskih skupnosti in komun, vključno s programi zmanjševanja škode, in s tem prispevati k zmanjševanju socialne izključenosti uporabnikov drog. Pri tem so enakopravno upoštevani programi dejavnosti socialne obravnave v zaporih, vzgojnih zavodih in prevzgojnem domu;
- okrepiti dejavnosti proti organiziranemu kriminalu, prepovedanemu prometu z drogami, pranju denarja ter proti drugim oblikam kriminala v povezavi z drogami; natančneje zakonsko opredeliti možnosti alternativnega kaznovanja uporabnikov drog, zlasti za storilce manjših kaznivih dejanj; okrepiti sodelovanje policije, carine in pravosodja in njihovo usklajeno sodelovanje v državi in Evropski uniji. Pri zmanjševanju ponudbe prepovedanih drog si resolucija o nacionalnem programu prizadeva zlasti za doseg te ciljev:
 - izboljšanje obveščevalnega in analitičnega dela pri odkrivanju kaznivih dejanj,
 - dvig strokovne ravni znanja organov odkrivanja in pregona,
 - tesnejše mednarodno sodelovanje pri zmanjševanju ponudbe prepovedanih drog,
 - zaježitev pretoka drog na t.i. "balkanski poti",
 - zagotavljanje zgodnje prepoznave novih sintetičnih drog,
 - zmanjšanje nezakonite proizvodnje sintetičnih drog in prometa z njimi,
 - okrepitev sistema za preprečevanje vnosa drog v zapore in vojašnice,
 - povečanje dejavnosti policije na lokalni ravni,
 - celovitejše obravnavanje storilcev kaznivih dejanj v zvezi s prepovedanimi drogami,

- vzpostavitev strateške analitike za področje prepovedanih drog,
- zagotovitev ustreznega nadzora na mejah zaradi preprečevanja vnosa drog v Slovenijo,
- okrepitev dejavnosti proti organiziranemu kriminalu v zvezi z nedovoljenim prometom s prepovedanimi drogami,
- okrepitev dejavnosti na področju pranja denarja ter proti drugim oblikam kriminala v povezavi z drogami,
- okrepitev sodelovanja policije, carine in pravosodja in njihovo usklajeno sodelovanje v državi in Evropski uniji;
- še naprej nadzirati predhodne sestavine in na tem področju razviti sodelovanje med carino in policijo ter proizvajalci in prevozniki predhodnih sestavin, da bi tako zagotovili nadzor nad proizvodnjo predhodnih sestavin, prometom z njimi in nad njihovim prevozom;
- krepiti mednarodno sodelovanje z drugimi državami in mednarodnimi organizacijami ter dejavno sodelovati pri njihovem delu;
- zagotoviti politično in finančno podporo za izvajanje dejavnosti, opredeljenih v resoluciji o nacionalnem programu, in dejavnosti, opredeljenih v njem, na lokalni in državni ravni.

b) Srednjeročni cilji resolucije o nacionalnem programu na področju drog, ki določajo dejavnosti za obdobje 2006-2007, so:

- zagotoviti delujoč informacijski sistem na področju zbiranja, urejanja, obdelovanja in dajanja podatkov s področja drog;
- okrepiti in razviti celovite ukrepe na področju ponudbe, uporabe in zlorabe sintetičnih drog in vzpostaviti program zgodnjega opozarjanja v povezavi z Europolom in EMCDDA;
- spodbujati sodelovanje različnih akterjev in zlasti pospeševati razvoj ter ohranjati partnerski odnos civilne družbe na vseh področjih usklajevanja in odločanja ter povečati število programov, ki jih izvajajo nevladne organizacije na podlagi strokovne samostojnosti;
- razviti ustrezno izobraževanje za strokovnjake, ki delajo na področju drog. Ob tem je pomemben cilj podpora raziskovalnemu delu na tem področju;
- zagotoviti vrednotenje in stabilno financiranje potrjenih programov in ukrepov na področju drog ter na podlagi tega celovito razvijati nove programe in dograjevati že obstoječe.

c) Prednostni cilji, ki naj bi bili doseženi do leta 2005:

- 1. Informacijski sistem:

- V okviru informacijskega sistema sta oblikovana informacijska enota pri Inštitutu

za varovanje zdravje in dokumentacijski center pri ministrstvu, pristojnem za koordinacijo na področju drog.

- Pri informacijski enoti se oblikujejo medresorske delovne skupine po posameznih kazalnikih, usklajenih pri EMCDDA, ki so podlaga za pripravo letnih nacionalnih poročil za omenjeni evropski center.

- Informacijska enota ima pregleden status in naloge ter opredeljene komunikacijske in vsebinske povezave z drugimi ustanovami v RS in tujini (EMCDDA, mreža Reitox).

- Informacijski sistem ima razvito mrežo zbiranja in dajanja informacij.

- Oblikuje se statusno pregleden in z nalogami ter pooblastili definiran dokumentacijski center pri ministrstvu, pristojnem za koordinacijo na področju drog.

- 2. Povečanje deleža uporabnikov drog, vključenih v programe

- Kratkoročni cilj je vključiti čim več uporabnikov drog v posamezne programe. Delež obravnavanih uporabnikov drog v zdravstvenih ustanovah, terapevtskih skupnostih in komunah ter drugih socialnih programih v naši državi se bo do leta 2005 povečal, zmanjšal pa se bo delež uporabnikov drog brez ustrezne pomoči.

- Pri primarni preventivi je treba razviti temelje za pripravo in razvoj verificiranih,

kakovostnih in vsestranskih programov za osnovne in srednje šole.

- 3. Podpora nevladnim organizacijam:

- Zagotoviti je treba partnerski odnos predstavnikov nevladnih organizacij z vladnimi organizacijami v okviru usklajevalnih teles pri ministrstvu, pristojnem za koordinacijo na področju drog, ostalih ministrstvih in Komisiji za droge.

- Spodbujati je treba razvoj že obstoječih programov nevladnih organizacij.

- Država mora za uresničevanje programov nevladnih organizacij nuditi ustrezno finančno pomoč.

- 4. Do leta 2005 je treba ovrednotiti vse programe, za katere je predvideno večletno financiranje na področju drog, ter na tej podlagi ovrednotiti in jasno opredeliti merila za financiranje.

- 5. V sodelovanju z različnimi fakultetami in raziskovalnimi ustanovami ter posameznimi raziskovalci je treba vzpostaviti koordinacijski sistem za pripravo ter stalno izvajanje različnih kvalitativnih in kvantitativnih raziskav o vzorcih uporabe drog, trendih uporabe drog, posledicah uporabe prepovedanih drog, socialni škodi zaradi uporabe drog itd.
- 6. V zavodih za prestajanje kazni zapora je treba dopolnjevati programe obravnave in pomoči zaprtim osebam, ki želijo prenehati uporabljati droge.
- 7. Na lokalni ravni je treba nadalje razvijati model celovitega skupnostnega medsektorskega sodelovanja, da bi se proučilo stanje in posledično načrtovali skupni ukrepi za zmanjševanje povpraševanja po prepovedanih drogah in njihove ponudbe – LAS.
- 8. Pri preprečevanju dostopnosti drog je treba:
 - povečati in izboljšati obveščevalno in analitično delo pri odkrivanju kaznivih dejanj,
 - vzpostaviti strateško analitiko za prepovedane droge,
 - vzpostaviti potrebne ukrepe, temelječe na analizi tveganj, za okrepitev nadzora na zunanjih mejah z izvajanjem kontrole blaga in prevoznih sredstev,
 - ustanoviti skupne preiskovalne skupine (policija in carina) in podpisati sporazum,
 - celovito obravnavati kazniva dejanja (posebej na področju ugotavljanja premoženja, finančnih preiskav in zasega premoženja),
 - predlagati noveliranja materialne, kazenske materialne in procesne zakonodaje na področju prepovedanih drog.

Cilji v celoti sovpadajo s splošnim ciljem iz Strategije EU, ostaja pa dejstvo, da bo zaradi pomanjkljive operacionalizacije težko oceniti njihovo doseganje. Druga pomanjkljivost je v tem, da so cilji zapisani vsebinsko izrazito prepleteno in je vsakokrat potreben razmislek glede tega, v okvir katerega področja ukrepanja sodijo. Poleg tega so nekateri cilji zapisani zelo široko, drugi pa ožje kot konkretne naloge z navedenimi akterji.

3.5. V Strategiji EU je navedeno, da **interdisciplinaren in uravnotežen pristop, sodelovanje in usklajevanje** znotraj številnih sektorjev (socialno skrbstvo, zdravstvo, izobraževanje, pravosodje, notranje zadeve), različnih držav in ustreznih mednarodnih forumov, posvetovanja z znanstvenimi centri, predstavniki NVO, civilne

družbe in lokalnih skupnosti ostajajo osnova še naprej. *Vse to je razvidno tudi v ReNPPD (iz načela celovitega in sočasnega reševanja problematike drog in iz načela globalnosti pojava drog in posledično globalnega sodelovanja).*

3.6. Strategija EU poudarja pomembnost povečanja **uporabe obstoječih in razvoja novih instrumentov** za soočanje z izzivi. Izpostavlja vsebinski ali regionalni pristop (države članice, ki se soočajo s skupnim problemom, preučijo možnosti sodelovanja). ReNPPD ravno tako predpostavlja dejavno udeležbo naših predstavnikov na mednarodni ravni in spremljanje najnovejših dognanj s tega področja, le da je nekoliko *manj razvidno spodbujanje aktivnosti za razvoj novih instrumentov.*

3.7. V Strategiji EU sta izpostavljeni dve **področji**: zmanjševanje povpraševanja in zmanjševanje ponudbe ter dve prečni tematiki: mednarodno sodelovanje ter raziskovanje, informiranje in vrednotenje. Podrobneje naj bi ukrepe iz posameznih področij opredelili v akcijskih načrtih, kar so kasneje že naredili (Akcijski načrt EU); ter izvajanje teh ukrepov tudi spremljali z ustreznim vrednotenjem. ReNPPD se osredotoča na *ista področja*, dodano pa je še področje *vzpostavitve informacijskega sistema*. Omenjeno je, da bodo konkretni nosilci nalog natančneje opredeljeni v *akcijskem načrtu, ki ga še nimamo.*

3.8. V Strategiji EU je zapisano, da bodo **dejavnosti, ki bodo vključene v akcijski načrt**, izbrane na podlagi naslednjih meril:

- nedvomno morajo prispevati dodane vrednosti ter imeti izmerljive in verjetne rezultate; predvidene rezultate je treba navesti vnaprej;
- v načrtih ukrepanja mora biti izrecno naveden časovni okvir, znotraj katerega naj se izvedejo dejavnosti (po možnosti v obdobju načrta ukrepanja), pa tudi osebe, odgovorne za njihovo izvajanje in poročanje o napredku;
- dejavnosti morajo neposredno prispevati k doseganju vsaj enega cilja ali prednostne naloge, določene v strategiji;
- posegi morajo biti stroškovno učinkoviti;
- za vsako področje je treba določiti omejeno število posegov ali dejavnosti.

V ReNPPD glede akcijskega načrta *ni tako podrobne opredelitve*; navedeno je le, da naj bodo v akcijskem načrtu podrobneje opredeljeni posamezni cilji in načini

uresničevanja ciljev ter konkretne naloge posameznih akterjev in da naj bo ta načrt vezan na vsebinsko in terminsko strukturo ciljev iz ReNPPD.

3.9. Strategija EU navaja, da bo **vrednotenje strategije** in načrtov ukrepanja na področju drog vodila Komisija v sodelovanju z EMCDDA, Europolom in državami članicami. Iz različnih delov ReNPPD je razvidno, da *za vrednotenje strategije ni jasno podeljenega mandata*. Sicer so navedeni nosilci za uresničevanje ciljev resolucije (na ravni države: komisija vlade Republike Slovenije za droge, ministrstva in drugi državni organi, ministrstvo, pristojno za koordinacijo na področju drog, javni zavodi; na ravni lokalne samouprave: LAS; na nevladni ravni: NVO in ZNVO, ustanove in skladi), vendar je v vseh teh primerih govora o spremljanju ne pa tudi o ovrednotenju. Vrednotenje je predpostavljeno v okviru evalvacije programov, vendar pa to, kdo bo ključni nosilec, ni jasno. Omenjeni so zunanji strokovnjaki, ki izpolnjujejo pogoje za znanstvenoraziskovalno delo in da se v ta namen oblikuje strokovno telo, ki bo izdelalo strokovna merila in smernice za izvajanje vseh faz ovrednotenja.

Ugotavljamo, da se splošne usmeritve Strategije EU v grobem pokrivajo z usmeritvami v ReNPPD. Bistvena razlika je v tem, da je Strategija EU zelo jasna in konkretna glede *potrebne po določitvi jasnih in natančnih ciljev ter prednostnih nalog, operativnih kazalcev in ukrepov z jasno opredelitvijo odgovornosti in skrajnih rokov za izvajanje*, da je potrebno zagotoviti stalen napredek glede dostopnosti, kakovosti in primerljivosti podatkov o spremljanju stanja na področju drog, kar je deloma (za nekatere cilje) že narejeno v Akcijskem načrtu EU. Zelo jasno so določeni nosilci za vrednotenje Strategije EU.⁷

V ReNPPD takšne zavezanosti h konkretizaciji ni zaslediti in kadar mandat za izvedbo, spremljanje in vrednotenje dejavnosti ni zelo jasno in konkretno določen, lahko pričakujemo veliko problemov v vseh teh fazah (prim. Rode, Rihter, Kobal,

⁷ Vrednotenje programov je bilo kot nuja izpostavljeno že v Strategiji EU na področju drog 2000-2004, v kateri pa niso bili jasno določeni nosilci za vrednotenje. Evropska komisija je bila določena za nosilca za vrednotenje Strategije EU z Akcijskim načrtom EU na področju drog 2000-2004. Z implementacijo Akcijskega načrta na področju drog 2000-2004 je Evropska komisija določila, da bo evalvacijo izvajala na treh ravneh, in sicer: ocena ravni uspešnosti pri različnih aktivnostih, ki so vključeni v Akcijski načrt EU na področju drog, ocena usklajenosti ciljev akcijskega načrta z evropske strategije na področju drog, ocena vpliva evropske strategije in akcijskega načrta na situacijo na področju drog v EU.

2006), ker obstaja verjetnost prelaganja odgovornosti iz ene na drugo raven. Predvsem pa nevarnost vidimo v morebitnem prelaganju odgovornosti za nekatere dejavnosti na nižje ravni, ki na primer za ovrednotenje programov nimajo ustreznih znanj (prim. Rihter, 2004). Predvidevamo lahko, da je opažena nejasnost eden izmed razlogov, da akcijskega načrta, za katerega se iz zapisanega zdi, da bi lahko pomenil korak naprej h konkretizaciji in operacionalizaciji ciljev, v Sloveniji še vedno nimamo. Če ni zagotovljenega ustreznega spremljanja in vrednotenja programov, je težko ustrezno spodbujati tudi morebitne nove instrumente na področju drog, ker ni omogočene primerjave med uspešnostjo in učinkovitostjo starih in novih instrumentov.

Pomembna razlika v splošnih usmeritvah Strategije EU in ReNPPD je še v tem, da slednja med vsebinskimi področji posebej izpostavlja informacijski sistem⁸, kar je posledica dejstva, da tudi na tem področju še zaostajamo za EU in da nimamo enotnega zbiranja relevantnih podatkov oz. najbrž niti nabora vseh podatkov, ki naj bi jih zbirali.

4. Usklajevanje

4.1. V Strategiji EU je **usklajevanje opredeljeno kot ključni mehanizem** za vzpostavitev in vodenje uspešne strategije proti drogam. V ReNPPD *zavezanosti k usklajevanju kot ključnemu mehanizmu ni zaznati*, je pa navedeno, da že potekajo številna usklajevanja na treh različnih ravneh (osrednja usklajevalna telesa, vladna raven, lokalna raven) ki se med seboj smiselno povezujejo.

4.2. V Strategiji EU je zapisano, da **politiko o drogah usklajuje Horizontalna delovna skupina** za droge (HDG), ki mora

- spremljati in spodbujati dejavnosti v vseh ostalih organih EU, povezanih s strategijo na področju drog;
- skrbeti za to, da ne prihaja do podvajanja njenega dela in dela drugih organov na področju drog;
- opozarjati na pomanjkljivosti;

⁸ Pomembnost Evropske agencije za spremljanje drog in zasvojenosti (EMCDDA), vzpostavitev dobrega informacijskega sistema na ravni EU, sodelovanje z nacionalnimi informacijskimi točkami je bila ena od pomembnih ciljev Strategije EU na področju drog 2000-2004.

- dajati pobude, če je to potrebno.

Obenem mora biti obveščena o razvoju na nacionalni ravni in o dejavnostih, ki jih izvajajo druge skupine Sveta (delovna skupina za policijsko sodelovanje, delovna skupina za carinsko

sodelovanje, interdisciplinarna skupina za organiziran kriminal, delovna skupina za zdravje, delovna skupina za ekonomske zadeve, in, kjer je to primerno, delovna skupina za skupno zunanjo in varnostno politiko). Te delovne skupine morajo biti ne samo sproti obveščene o vsebini strategije na področju drog, ampak tudi vključene v izvajanje načrtov ukrepanja.

V ReNPPS sta kot osrednji usklajevalni telesi opredeljeni Komisija za droge in ministrstvo, pristojno za koordinacijo na področju drog. *Naloge so med ti dve usklajevalni telesi razdeljene.* Komisija za droge pospešuje in usklajuje vladno politiko, ukrepe in programe zmanjševanja ponudbe, zmanjševanje povpraševanja po prepovedanih drogah, zmanjševanja škode zaradi uporabe prepovedanih drog, zdravljenja in socialne rehabilitacije. Sestavljajo jo predstavniki vseh ministrstev, ki so posredno ali neposredno povezani s problematiko drog, ter predstavniki organizacij, ki so vključene v Zvezo nevladnih organizacij in v Republiki Sloveniji delujejo na področju drog. Ministrstvo, pristojno za koordinacijo na področju drog, pa spremlja problematiko zmanjševanja ponudbe prepovedanih drog, zmanjševanja povpraševanja po prepovedanih drogah, zmanjševanja škode zaradi uporabe prepovedanih drog ter problematiko zdravljenja in reševanja socialnih vprašanj, povezanih z uporabo prepovedanih drog. Skrbi za usklajenost sodelovanja Slovenije z mednarodnimi organizacijami na področju prepovedanih drog (Organizacije združenih narodov, Evropske unije, Sveta Evrope). Za stalno operativno usklajevanje dejavnosti med ministrstvi je ustanovljena koordinacija pristojnega ministrstva, katere člani so poleg predstavnikov ministrstev in informacijske enote še predstavniki skupine Pompidou, PHARE, SZO in Zvezenevladnih organizacij ter Združenja lokalnih akcijskih skupin.

Ker Strategija EU predpostavlja obveščanje o razvoju na nacionalni ravni s strani odgovornih akterjev na nacionalni ravni, bi pričakovali, da je to *sodelovanje* (način, pogostost obveščanja) v ReNPPD bolj konkretno določeno, vendar pa analiza teksta pokaže, da je *opredeljeno le kot sodelovanje pri delu teles EU.*

4.3. V Strategiji EU je predvideno **redno obveščanje** o razvoju znotraj HGD in obratno (dvakrat letno srečanja nacionalnih usklajevalcev oz. odgovornih za usklajevanje vprašanj in politik na področju drog). V ReNPPD *pogostost srečanj in obveščanj* med različnimi akterji, ki delujejo na področju drog, ni predvidena niti za nacionalno raven, niti ni navedeno, kako pogosto se bodo srečavali na ravni EU.

Medtem ko je usklajevanje na ravni EU urejeno v eni krovni delovni skupini, se pri nas naloge usklajevanja 'razdelijo' med več akterjev (Komisija za droge in ministrstvo, pristojno za koordinacijo na področju drog t.j. Ministrstvo za zdravje – MZ), kjer spet obstaja nevarnost prenosa odgovornosti. Poleg tega bi bilo potrebno razmisliti, ali akter - Komisija za droge, ki usklajuje vladno politiko, ukrepe in programe znotraj države – ne bi hkrati usklajeval tudi sodelovanja z mednarodnimi organizacijami (sedaj je to dodeljeno kot naloga ministrstvu, pristojnemu za koordinacijo na področju drog), ali pa bi vse te funkcije prevzelo ministrstvo. Tudi sicer se ostale naloge med tema dvema akterjema precej prepletajo. Kar zadeva v Strategiji EU predvideno sodelovanje in obveščanje med HDG in nacionalnimi organi, pristojnimi za usklajevanje vprašanj in politik na področju drog, v ReNPPD ta opredelitev ni zapisana toliko konkretno, da bi lahko razbrali, na kakšen način in kako pogosto bomo zagotovili predvideno sodelovanje. Zato bi bilo potrebno ta del nekoliko dopolniti oz. ga konkretizirati v akcijskem načrtu. Tudi glede obveščanj in srečanj usklajevalnih oz. koordinacijskih teles je nujna večja konkretizacija. V kolikor so cilji in naloge, ki naj bi jih opravili, zapisani brez jasnih meril in načinov, kako te naloge izvesti, ni mogoče pričakovati da bodo uresničene oz. tudi ne ustrezno vrednotiti, ali in kdaj so bile dosežene.

5. Zmanjševanje povpraševanja po drogah

5.1. Strategija EU (Strategija EU na področju drog (2005-2012), 2005: 10) ima glede zmanjševanja povpraševanja **cilj opredeljen kot konkreten, določljiv rezultat:**

»izmerljivo zmanjševanje uporabe drog, odvisnosti, z drogami povezanih socialnih tveganj in nevarnosti za zdravje z razvojem in izboljšavo učinkovitega in celovitega, na znanju temelječega sistema zmanjševanja povpraševanja...«

Tega v ReNPPD kot posebej izpostavljenega dela dokumenta *ni zaslediti*, saj se v opisu zmanjševanja povpraševanja osredotoča predvsem na ukrepe (programe), je pa v nadaljevanju pri posameznih ukrepih v nekaterih primerih zapisano, h katerim ciljem naj bi prispevali (npr. preventiva v vzgoji in izobraževanju vpliva na znanje in stališče ter vedenje ciljne skupine in tako omogoča in zagotavlja pogoje za zdravo življenje; cilj preventive je poleg doseganja abstinence dvigniti starostno mejo ob prvi uporabi drog in zmanjšati tveganja ob posameznikovi odločitvi za uporabo drog; cilj programov zmanjševanja škode je preprečiti ali zmanjšati nastanek socialne škode zaradi uporabe drog; preprečiti prenos nalezljivih bolezni).

5.2. Ukrepi, ki jih **na področju zmanjševanja povpraševanja** predvideva Strategija EU in ki jih je *potrebno ponuditi kot celoto*, so naslednji (*ibid.*):

»...- odvrčanje ljudi od tega, da bi začeli uporabljati droge;

- preprečevanje preraščanja eksperimentiranja z drogami v redno uporabo;
- zgodnje posredovanje pri vzorcih uživanja drog, ki predstavljajo tveganje;
- zagotavljanje programov zdravljenja;
- zagotavljanje programov za rehabilitacijo in socialno reintegracijo;
- zmanjševanje škode, ki jo droge povzročajo na zdravstvenem in socialnem področju...«

ReNPPD pa predvideva naslednje sklope:

- preventiva;
- zmanjševanje škode zaradi uporabe drog;
- zdravljenje in socialna obravnava;
- civilna družba.

Vsi ti *sklopi so zelo podrobno opisani* in razdeljeni še na podskupine, kjer so opisani predvsem že obstoječi programi na različnih ravneh in tisti programi, ki bi jih bilo še potrebno razviti. Tako ocenjujemo, da je v ReNPPD v tistih sklopih ukrepov, ki so omenjeni, opis programov in akterjev, ki naj bi pri tem sodelovali, veliko bolj podroben kot opis v Strategiji EU, kar je tudi razumljivo, saj Strategija EU daje le smernice za vse članice, na nacionalnem nivoju pa se pričakuje konkretizacija.

Preventiva v ReNPPD zajema programe na lokalni in državni ravni. Uporabniki programov so večinoma otroci in mladostniki. Izvajajo jih v glavnem pedagogi,

predstavniki nevladnih organizacij in lokalne akcijske skupine. Okolja, ki imajo prednost pri izvajanju preventivnih aktivnosti, so šolsko okolje, družinsko okolje, delovno mesto, lokalno okolje in civilna družba. Najprej je izpostavljena *preventiva v vzgoji in izobraževanju*, ki je usmerjena k ukrepom, ki bi jih v terminologiji Strategije EU poimenovali kot: *odvrčanje ljudi od tega, da bi začeli uporabljati droge* (v ReNPPD je to zapisano kot: preventiva, usmerjena k abstinenci in časovnemu odlaganju prvega stika otrok in mladostnikov z drogami) in *zgodnje posredovanje pri vzorcih uživanja drog, ki predstavljajo tveganje* (v ReNPPD: pristop zajema tudi mlade, ki z drogo že eksperimentirajo in jo občasno uporabljajo; te naj bi seznanili s tveganji na osebni in na družbeni ravni). Preventivne dejavnosti, ki so opisane v ReNPPD se naj ne bi osredotočale samo na droge, ampak na tvegano vedenje in zasvojenosti nasploh, vključno z uporabo in zlorabo alkohola, zdravil, poživil in tobaka. Posebna skrb pri preventivi je namenjena sintetičnim drogam. Poleg preventive v vzgoji in izobraževanju naj bi razvili tudi *povezovanje preventivnih programov na različnih ravneh in okoljih* (športna društva, lokalna skupnost, mladinski klubi, lokalne akcijske skupine) – preventiva v vzgoji in izobraževanju ter preventiva v lokalni skupnosti pa naj bi postali bolj povezani. Navedena so tudi okvirna izhodišča za preventivo v šolskem okolju, ki jih navajamo v celoti (ReNPPD, 2004: 12):

- »- Preventivne dejavnosti morajo potekati celostno in povezano tako na področju dovoljenih kot nedovoljenih drog.
- Preventivne dejavnosti morajo zajeti pedagoške in nepedagoške delavce v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, učence in dijake ter njihove starše kot celoto.
- Preventiva uporabe drog je sestavni del veljavnega učnega programa. V skladu s samostojnostjo šol pa imajo vzgojno-izobraževalne ustanove tudi možnost razvijati posebne preventivne programe oziroma projekte, v katerih poleg učiteljev lahko sodelujejo tudi zunanji sodelavci, ki pa morajo biti za svoje delo strokovno usposobljeni (in morajo imeti potrjen program). Programi, ki se izvajajo v vzgojnoizobraževalnih ustanovah, morajo biti evalvirani.
- Učni program in preventivni programi oziroma projekti morajo biti prilagojeni starosti otrok in mladostnikov ter se morajo časovno in vsebinsko nadgrajevati na vseh izobraževalnih stopnjah, temeljiti morajo na sodobnem znanju in spoznanjih o drogah. Informacije in znanje, ki ga pridobivajo učenci in dijaki, morajo biti kakovostni ter predstavljeni objektivno, kritično in pluralistično.

- Vzgojno-izobraževalne ustanove delujejo preventivno tako, da spodbujajo vključevanje posameznikov v skupnost, razvijanje kritičnega duha, samostojne presoje in sprejemanje odgovornih osebnih odločitev. Zato morajo otrokom in mladostnikom zagotoviti osnovno znanje o drogah in njihovih učinkih na posameznika in družbo iz vidika različnih ved (antropologija, etnologija, psihologija, pedagogika, sociologija, filozofija, medicina itd.). Omogočiti jim morajo razvoj osebnih in socialnih sposobnosti in veščin, da delujejo tako, da čim bolj zmanjšajo osebno in družbeno škodo, povezano z uporabo drog, in tako, da analizirajo javno politiko do drog, saj morajo mladi državljani znati spremljati javno razpravo o drogah in sodelovati v njej.

- Pozornost je potrebno nameniti tudi aktivnostim pri preprečevanju uporabe drog med študentsko populacijo in v tem kontekstu krepiti sodelovanje s študentskimi organizacijami univerz.«

Opredeljena je tudi *preventiva v družinskem okolju*, ki ravno tako sodi v sklop že prej omenjenih ukrepov iz Strategije EU: *odvrčanje ljudi od tega, da bi začeli uporabljati droge* (v ReNPPD: starše seznaniti s sodobnimi spoznanji različnih ved, ki opozarjajo na šibko socializacijsko prakso, ki ne postavlja meja dovoljenega in nedovoljenega vedenja skupaj s pomanjkljivo promocijo pozitivnega moralnega razvoja kot ključnega dejavnika za poznejšo možno uporabo drog pri otrocih⁹) in *zgodnje posredovanje pri vzorcih uživanja drog, ki predstavljajo tveganje* (v ReNPPD: potreba po razvoju preventivnih programov zgodnje intervencije za otroke in starše ter družine, v katerih je ugotovljena problematična uporaba drog).

Preventiva na delovnem mestu je v ReNPPD opredeljena precej na splošno in je usmerjena v glavnem na ukrep *odvrčanja ljudi od tega, da bi začeli uporabljati droge* (treba je razviti preventivne programe za preprečevanje uporabe dovoljenih in nedovoljenih drog na delovnem mestu); ter na *zagotavljanje programov zdravljenja* in *zagotavljanje programov za rehabilitacijo in socialno reintegracijo* (če pride do problematične uporabe drog, je potrebno oblikovati informacijske aktivnosti, zdravstvene preglede ter omogočiti zdravljenje in socialno obravnavo), pa tudi na *zmanjševanje škode, ki jo droge povzročajo na zdravstvenem in socialnem področju*

⁹ Takšne vrste argumentacija se zdi popolnoma neprimerna za strateški dokument in nakaže, da so pogosto dokumenti, ki nastajajo na področju drog, prežeti z moralno paniko.

(zagotavljati zakonske pogoje, ki ne bodo izločali uporabnikov drog iz delovnega procesa).

Preventiva v lokalnem okolju in v civilni družbi sodi v ukrep *odvrčanja ljudi od tega, da bi začeli uporabljati droge* (v ReNPPD: ustvariti take življenjske razmere, ki bodo prebivalce usmerjale v življenjske sloge brez uporabe drog) ter v *zmanjševanje škode, ki jo droge povzročajo na zdravstvenem in socialnem področju* (V ReNPPD: če droge že uporabljajo, da bo njihova uporaba čim manj tvegana).

Programi zmanjševanja tveganj in škode zaradi uporabe drog zajemajo dejavnosti od obveščanja in izobraževanja uporabnikov drog o nevarnostih pri uporabi drog, varnejših načinih uporabe drog, svetovanja, vrstniške pomoči do programov izmenjave igel, terenskega dela, varnih sob, metadonskega vzdrževalnega programa in dnevnih centrov. Te programe bi lahko v smislu Strategije EU opredelili kot *zmanjševanje škode, ki jo droge povzročajo na zdravstvenem in socialnem področju*. Programi, ki jih omenja ReNPPD, so zaenkrat omejeni samo na večja mesta, potrebe pa so širše. Ukrepi, ki naj bi jih v tem okviru zagotovili, so: vzpostavitev mreže programov zmanjševanja škode v Sloveniji; lažji dostop do programov zmanjševanja škode in do informativnega gradiva; več programov in kakovostnejše terensko delo z odvisnimi od drog; program izmenjave igel v lekarnah, v okoljih, kjer ni tovrstnih programov, pa z iglomati; spodbujanje razvoja varnih sob, nočnih in dnevnih zavetišč za uporabnike drog z ulice; cepljenje odvisnih od drog; uvedba javnih del za uporabnike drog; izobraževanje oseb, odvisnih od drog, o nevarnostih uporabe drog in varnejših načinih uporabe drog; poudarek bo na preprečevanju prevelikih odmerkov psihoaktivnih snovi in prvi pomoči. V sklopu teh ukrepov je posebej izpostavljen pomen uporabnikov drog kot soustvarjalcev in nosilcev posameznih dejavnosti; ter programov, namenjenih ženski populaciji (tveganja prostitucije, nevarnosti za otroka med nosečnostjo).

Zdravstvena in socialna obravnava uporabnikov drog: sodi v sklop ukrepov, ki so v Strategiji EU prikazani ločeno na eni strani kot *zagotavljanje programov zdravljenja*, in na drugi strani kot *zagotavljanje programov za rehabilitacijo in socialno reintegracijo*. Tudi ReNPPD najprej opredeli, da mora biti obravnava uporabnikov drog celovita ter dostopna in da je zato potrebno sodelovanje med izvajalci programov zdravljenja,

psihosocialne obravnave in rehabilitacije. Te programe pa morajo potrditi na podlagi ocene učinkovitosti, varnosti, strokovne in znanstvene utemeljenosti najvišja strokovna telesa. Ker se ti programi zagotavljajo v okviru zdravstva, socialnega varstva in v okviru nevladnih organizacij, morajo biti medsebojno usklajeni.

Obravnava uporabnikov drog v okviru zdravstvenega varstva vključuje diagnostične postopke, terapijo in preprečevanje škodljivih posledic (zdravstvenih zapletov, širjenje nalezljivih bolezni, kriminal). Zdravljenje odvisnosti poteka v zdravstvenih ustanovah (javni zavodi, zasebni izvajalci) ambulantno ali bolnišnično, lahko pa tudi v javnih in nevladnih ustanovah, ki imajo potrjene programe, ki jih izvajajo zdravstveni delavci in sodelavci. Zdravstvena obravnava uporabnikov drog naj bi bila reden program zdravstvenega varstva, financiran iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Uporabnike drog obravnavajo na primarni ravni (odvisnost in druge zdravstvene težave), na sekundarni ravni v specializiranih enotah (bolnišnična detoksikacija, obravnava kriznih stanj, obravnava odvisnosti pri bolnikih s pridruženo duševno motnjo, specialistična ambulantna dejavnost, obravnava v dnevni bolnišnici, podaljšana bolnišnična obravnava z rehabilitacijo). Posebna obravnava je namenjena uporabnikom s pridruženo duševno motnjo, nosečnicam, materam z otroki, okuženim z virusom HIV, virusom hepatitisa, brezdomcem, otrokom in mladostnikom ter tistim s kroničnimi obolenji. Obravnava v okviru zdravstvenega varstva pa vključuje tudi ukrep, ki bi ga morda v terminologiji Strategije EU poimenovali *preprečevanje preraščanja eksperimentiranja z drogami v redno uporabo*. V zdravstvu se namreč zagotavljajo programi za zmanjševanje tveganj, povezanih z morebitno uporabo drog pri mladih, ki z drogo eksperimentirajo oz. jo uporabljajo občasno – gre za oblike zgodnjega odkrivanja in obravnave v pedopsihiatričnih ambulantah, šolskih dispanzerjih in ambulantah družinske medicine ter zdravstvenovzgojnih programov in informacij.

Drugo skupino predstavljajo *programi reševanja socialne problematike*, ki se naj bi ravno tako izvajali v okviru javnih služb (CSD, koncesionarji): predvsem socialna preventiva, prva socialna pomoč, osebna pomoč in pomoč družini; pri izvajalcih z dovoljenjem za delo za opravljanje socialnovarstvenih storitev (nevladne organizacije): programi, namenjeni premagovanju socialnih stisk in težav, povezanih z uporabo drog, organizirane oblike medsebojne pomoči uporabnikom drog.

Strokovno delo mora zajeti naslednje ravni: vzpostavitev stika z uporabnikom drog, razmislek in uvid o socialnem položaju ter nadaljnjem življenju, rehabilitacija – socialna vključitev v konkretni življenjsko okolje. Zato se strokovno delo opravlja skozi različne oblike: terensko delo (vzpostavitev stika z uporabniki), storitve prve socialne pomoči, različne oblike visokopražnih programov za doseganje abstinence (sprejemni, dnevni centri, terapevtske skupnosti, komune), centri za reintegracijo (delo s stabilnimi abstinenti in družino; zaposlitveni programi, izobraževanje, stanovanjske skupine), programi medsebojne pomoči uporabnikov, bližnjih in drugih zainteresiranih). Programi, ki jih bo sprejel Svet za droge, bodo imeli zagotovljeno 80% financiranje. Ponovno vključevanje v družbo zajame tudi skupino uporabnikov drog, ki ne morejo ali ne želijo prenehati uporabljati droge. Za njih je potrebno zagotoviti ustrezne prostore in zatočišča.

V poglavje ukrepov za zmanjševanje povpraševanja je v ReNPPD umeščena tudi civilna družba, kar je pravzaprav prečna tema, saj je v tem poglavju naveden le način in pomen delovanja civilne družbe pri zagotavljanju ukrepov.

5.3. Strategija EU predpostavlja tudi nekatera **prednostna področja**, za katera naj bi izmenjali znanja, izkušnje in okrepili sodelovanja med državami članicami. Strategija EU opozarja na različne stopnje tveganja za zdravje v povezavi z različnimi oblikami uporabe drog (uporaba več različnih drog) ter življenjskimi obdobji ali posebnimi stanji (zgodnja adolescenca, nosečnost, vožnja pod vplivom drog).

Kot prednostne naloge na področju zmanjševanja povpraševanja opredeljuje Strategija EU:

- Lažjo dostopnost preventivnih programov in njihove učinkovitosti (začetni učinki in dolgoročna učinkovitost) in ozaveščanje glede tveganosti uporabe psihoaktivnih snovi in njenih posledic. V ta namen se morajo preventivni ukrepi nanašati na zgodnje dejavnike tveganja, odkrivanje, preventivo, ki se izvaja v določene namene, in preventivo, zasnovano na ravni družine oz. skupnosti.
- Lažjo dostopnost programov (ukrepov) zgodnjega posredovanja, predvsem za mlade, ki eksperimentirajo s psihoaktivnimi snovmi.
- Lažjo dostopnost usmerjenih in raznovrstnih programov zdravljenja, vključno s celovito psihosocialno in farmakološko oskrbo. Raven učinkovitosti programov

zdravljenja je treba nenehno ocenjevati. Zdravljenje zdravstvenih težav, nastalih zaradi uporabe psihoaktivnih snovi, mora postati sestavni del zdravstvenih politik.

- Lažjo dostopnost služb za preprečevanje in zdravljenje HIV/AIDS, hepatitisa, drugih infekcij in bolezni ter škode, ki jo droge povzročajo na zdravstvenem in socialnem področju.

Iz podrobnega opisa ukrepov, ki jih na tem področju izpostavlja ReNPPD (glej točko 2.) je razvidno, da *prednostnih področij posebej v sklopu opisa ukrepov*, ki naj bi posegali na področje zmanjševanja povpraševanja, *eksplicitno ni navedenih*. Je pa v ReNPPD v posebnem poglavju predstavljena skupina vseh *prioritetnih nalog*, ki naj bi bile izpolnjene do leta 2005. V okviru nekaterih od teh nalog je mogoče le implicitno razbrati, da se tudi v Sloveniji zagotavlja *lažja dostopnost usmerjenih in raznovrstnih programov zdravljenja ter ocenjevanje ravni učinkovitosti* (v ReNPPD je zapisano, da je potrebno povečati delež uporabnikov drog, vključenih v programe; da je potrebno do leta 2005 ovrednotiti vse programe, za katere je predvideno večletno financiranje) ter *lažja dostopnost preventivnih programov* (zapisano je, da je pri primarni preventivi potrebno razviti temelje za pripravo in razvoj verificiranih, kakovostnih in vsestranskih programov za osnovne in srednje šole). Z vidika dejstva, da je v ReNPPD pri opisu ukrepov za zmanjševanje povpraševanja izpostavljeno, da so v skupini tistih, ki se v zdravstvu posebej obravnavajo, tudi okuženi z virusom HIV in hepatitisi, pa je najbrž mogoče reči, da je več verjetnosti tudi za doseganje prednostne naloge iz Strategije EU - *lažja dostopnost služb za preprečevanje in zdravljenje HIV/AIDS, hepatitisa in drugih infekcij in bolezni...*, čeprav naloga v ReNPPD ni eksplicitno izpostavljena kot prednostna. Zato bi o prednostnih nalogah in njihovem preverjanju bilo vsekakor potrebno razpravljati in jih opisati v akcijskem načrtu.

Če povzamemo bistvene ugotovitve v zvezi s primerjavo ukrepov za zmanjševanje povpraševanja, potem lahko ugotovimo, da so v ReNPPD zelo podrobno opisani ukrepi, ki bi v skladu s terminologijo Strategije EU sodili v sklope: odvrčanja ljudi od tega, da bi začeli uporabljati droge, zgodnje posredovanje pri vzorcih uživanja drog, ki predstavljajo tveganje, zagotavljanje programov zdravljenja, zagotavljanje programov za rehabilitacijo in socialno reintegracijo, zmanjševanje škode, ki jo droge povzročajo na zdravstvenem in socialnem področju. Omenjen pa je samo en program, ki bi sodil v sklop preprečevanja preraščanja eksperimentiranja z drogami v redno uporabo (v okviru zdravstvene dejavnosti).

Ugotavljamo, da se v ReNPPD področja ukrepov precej prepletajo, ker so sklopi razdrobljeni na okolja izvajanja posameznih dejavnosti (npr. preventiva v šolskem, družinskem, delovnem, lokalnem okolju), kar bolj sodi med prečne teme (v teh okoljih lahko izvajamo dejavnosti iz sklopov različnih ukrepov).

Pomanjkljivost ReNPPD pa je tudi v tem, da prednostne naloge niso jasno izpostavljene in zato je težje pričakovati, da bomo lahko uresničili prioritete, ki so zapisane v Strategiji EU. Še posebej je z vidika dejstva, da je ReNPPD opisanih le malo programov, ki so usmerjeni v ukrep preprečevanja preraščanja eksperimentiranja z drogami v resno uporabo, težko verjeti, da bomo dosegli prioriteto 'lažje dostopnosti programov (ukrepov) zgodnjega posredovanja, predvsem za mlade, ki eksperimentirajo s psihoaktivnimi snovmi'.

6. Zmanjševanje ponudbe na področju drog

6.1. V Strategiji EU je tudi glede **zmanjševanja ponudbe opredeljen konkreten cilj** (Strategija EU na področju drog (2005-2012), 2005: 12):

»...merljivo izboljšanje uspešnosti, učinkovitosti in temeljnega znanja pri posredovanju in ukrepih kazenskega pregona, ki ga EU in njene države članice izvajajo v zvezi s proizvodnjo in prometom s prepovedanimi drogami, zlorabo predhodnih sestavin, vključno z zlorabo predhodnih sestavin za sintetične droge, ki se uvažajo v EU, ter financiranjem terorizma in pranjem denarja v povezavi s kriminalom na področju drog. To izboljšanje naj bi dosegli tako, da bi se osredotočili na organiziran kriminal v povezavi z drogami, pri čemer bi uporabljali obstoječe instrumente in okvire, po potrebi pa bi se odločili za regionalno ali vsebinsko sodelovanje in iskanje načinov za krepitev preventivnih ukrepov v zvezi s kriminalom na področju drog.«

V ReNPPD¹⁰ je v uvodnem delu poglavja, v katerem so opisane dejavnosti za zmanjševanje ponudbe drog, zapisanih predvsem nekaj *statističnih podatkov*, ki

¹⁰ Področje zmanjševanja ponudbe, ki izhaja iz naše resolucije, se zdi še najbolj v skladu z diskurzom, ki je prevladujoč v strategijah EU na področju drog in akcijskih načrtih EU na področju drog.

kažejo na porast ponudbe, z vstopom v schengensko območje pa pričakujemo še večji porast. Nato pa so po skupinah navedene *dejavnosti* za zakonito, učinkovito in strokovno zmanjševanje ponudbe. To so:

- pobude za spremembe zakonodaje v skladu s pravnim redom EU; noveliranje kazenske materialne in procesne zakonodaje;
- sodelovanje in usklajevanje državnih organov na mednarodni ravni (EUROPOL, UNDCP, EMCDDA, INTERPOL, PHARE, WCO) ter znotraj države (medresorka sodelovanja in usklajevanja, sodelovanje z Upravo za izvrševanje kazenskih sankcij in MO, nadgraditev sodelovanja z gospodarskimi družbami, ki se ukvarjajo s proizvodnjo in trgovanjem predhodnih sestavin, s specialističnimi službami v posamezni organizaciji);
- na področju izobraževanja in usposabljanja bo šlo za izboljšanje strokovne ravni organov odkrivanja in kazenskega pregona, izobraževanje varnostnih organov;
- na področju organizacije je potrebno vzpostaviti centralno voden pristop k delu, sodelovanje in usklajevanje na vseh ravneh policijskega delovanja, povečanje dejavnosti na lokalni ravni;
- na področju analitike zagotoviti možnost za izboljšanje obveščevalnega in analitičnega dela pri odkrivanju kaznivih dejanj ter postavitve strateške analitike;
- na področju operativnega dela je potrebno celovito obravnavanje kaznivih dejanj, vzpostavitev okrepljenih ukrepov za nadzorovanje balkanske poti, preprečevanje preusmerjanja predhodnih sestavin, sprejemanje ukrepov z zgodnje prepoznavanje novih sintetičnih drog ter zmanjševanje nezakonite proizvodnje sintetičnih drog, vzpostavitev ukrepov za okrepitev nadzora nad zunanjimi mejami;
- nasploh pa je potrebno zagotoviti ustrezne kadrovske, materialne in finančne vire; delovanje organov odkrivanja, kazenskega pregona in sodišč na področju prepovedanih drog je potrebno okrepiti in povečati učinkovitost.

Tako velike zavezanosti k konkretnim in določljivim rezultatom, kot jo navaja Strategija EU, v ReNPPD ni zaslediti. Je pa pomembno, da so navedene dejavnosti, saj ocenjujemo, da je to prvi korak, ki bi mu v akcijskem načrtu morala slediti konkretizacija, brez katere bo težko oceniti, kam smo prišli, saj so nekatere dejavnosti opisane precej na splošno.

6.2. Glede pravosodne politike in politike kazenskega pregona je v Strategiji EU zapisanih kar nekaj prednostnih nalog in dejavnosti:

a) Krepitev *sodelovanja pri kazenskem pregonu v EU tako na strateški ravni kot na ravni preprečevanja kriminala*; gre za krepitev operativnih dejavnosti na področju drog in zlorabe predhodnih sestavin pri proizvodnji, čezmejnem trgovanju s prepovedanimi drogami (znotraj EU), kriminalnih mrežah, ki se ukvarjajo s temi dejavnostmi, in pri povezanih težjih oblikah kriminala, pri čemer se upošteva načelo subsidiarnosti.

V ReNPPD je preprečevanje kriminala zaznano kot ena izmed pomembnih točk; predvsem se osredotoča na pranje denarja, kjer so slovenski predpisi že usklajeni z mednarodnimi standardi, je pa potrebnih še nekaj *strateških usmeritev* (izobraževanje pristojnih nadzornih organov, okrepitev sodelovanja s policijo in državnim tožilstvom, priprava analize trgovanja z drogami in pranja umazanega denarja, sodelovanje Urada za preprečevanje pranja denarja z ostalimi državami); ter na *nadzor nad predhodnimi sestavinami* (zakonski in drugi ukrepi: nadzor nad domačo proizvodnjo in prometom ter nad mednarodnim prometom, sodelovanje med pristojnimi državnimi organi in proizvajalci predhodnih sestavin zaradi odkrivanja sumljivih pošiljk, vodenje evidence o prometu s predhodnimi sestavinami, izmenjava informacij s pristojnimi organi drugih držav, sodelovanje med pristojnimi državnimi organi).

b) Krepitev *učinkovitega sodelovanja na področju kazenskega pregona* med državami članicami z uporabo obstoječih instrumentov in okvirov. To predpostavlja, da se Unija in države članice poučijo o vseh možnostih, ki jih obstoječi instrumenti (okvirni sklep, ki določa minimalne določbe glede sestavnih elementov kaznivih dejanj in kazni na področju prometa s prepovedanimi drogami, skupne preiskovalne enote, evropski nalog za prijetje, Europol in Eurojust, enote za finančni nadzor, ukrepi za zaplembo premoženja ter Konvencija Združenih Narodov proti mednarodnemu organiziranemu kriminalu in njeni protokoli) predpostavljajo. Še posebej je izpostavljena Konvencija EU o medsebojni pravni pomoči v kazenskih zadevah.

ReNPPD sicer predpostavlja sodelovanje na mednarodni ravni, vendar pa vsi *instrumenti*, ki so v Strategiji EU navedeni, v ReNPPD še *niso eksplicitno izpostavljeni*.

c) *Preprečevanje in kaznovanje nedovoljenega uvoza in izvoza prepovedanih drog* in psihotropnih snovi tudi na območju drugih držav članic. Kljub temu, da Strategija EU predvideva subsidiarnost, pa je zapisano, da so usklajene nacionalne politike pregona v vseh državah članicah predpogoj za zanesljivo politiko pregona na področju drog. Zato je potrebno usklajevanje standardov postopkov pregona in ovrednotenje uspešnosti okvirnega sklepa, ki določa minimalne predpise glede sestavnih elementov kaznivih dejanj in kazni na področju nedovoljenega prometa z drogami.

V ReNPPD je zapisano, da je potrebno posamezne dejavnosti uskladiti v Republiki Sloveniji in navzven v odnosu do mednarodnih povezav, vendar pa posebnih *eksplicitnih aktivnosti v zvezi z usklajevanjem nacionalnih politik ni navedenih*.

d) V okviru EU okrepiti *sodelovanje na področju kazenskega pregona, preiskav kaznivih dejanj in sodne medicine* med državami članicami EU, ki imajo skupne interese in/ali se soočajo z enakimi problemi v povezavi z drogami. Ustvariti bi bilo potrebno širši okvir možnosti za sodelovanje med državami članicami, ki imajo enake probleme v obliki skupnih preiskav, preiskovalnih enot, ustanavljanja omrežij za izmenjavo, projektov za analizo drog, seminarjev in konferenc ipd. Uporabiti je potrebno vse zmogljivosti Europol, Eurojusta, CEPOL-a in deliti najboljše prakse. V ReNPPD je zaznati splošno potrebo po sodelovanju na mednarodni ravni, vendar pa konkretnih *nalog, dejavnosti tu ni izpostavljenih*.

e) Krepitev prizadevanj na področju *kazenskega pregona*, usmerjenih k *državam nečlanicam EU, v katerih se proizvajajo droge*, in regijam ob poteh, po katerih *poteka promet z drogami*. Ta krepitev je potrebna zato, ker meja znotraj EU skoraj ni več in zato morajo nacionalne kontrole dopolnjevati ukrepe, ki se izvajajo na zunanjih mejah EU. Pri izvajanju te politike pa morajo sodelovati carinski organi in druge službe kazenskega pregona. Pri ukrepih pregona je potrebno razširiti mrežo uradnikov za zvezo držav članic EU v tretjih državah, sprejeti stroge ukrepe za spodbujanje in

širjenje sodelovanja z organi pregona tretjih držav, jim nuditi finančno in logistično podporo ter izvajati več skupnih projektov.

ReNPPD predvideva, da se bo zaradi uvedbe schengena povečal pritisk na slovenski meji, predpostavlja tudi sodelovanje s t.i. tretjimi državami, vendar eksplicitno samo na področju pranja denarja (predvsem balkanske države in države nekdanje ZSSR).

Medtem ko Strategija EU na področju zmanjševanja ponudbe predvideva *veliko sodelovanja med državami članicami in tudi tretjimi državami* ter daje velik poudarek usklajenosti nacionalnih politik pregona, je v ReNPPD večji poudarek na *sodelovanju različnih organov znotraj Slovenije*, čeprav je izpostavljena tudi potreba po *sodelovanju na mednarodni ravni*, vendar predvsem pri *boju proti pranju denarja in nadzoru nad predhodnimi sestavinami*. Kot posebna točka so v ReNPPD omenjeni *zavodi za prestajanje kazni zapora*, pri čemer pa se večina omenjenih aktivnosti, ki bi jih bilo potrebno izvesti na tem področju, nanaša predvsem na zmanjševanje povpraševanja; na zmanjševanje ponudbe se nanaša le aktivnost preprečevanja vnosa drog v zavode za prestajanje kazni. Več sodelovanja na mednarodni ravni je predvidenega v posebnem poglavju ReNPPD, ki govori o *novih sintetičnih drogah*, predvsem v zvezi s sprejemanjem in izvajanjem splošne evropske zakonodaje o sintetičnih drogah, sodelovanje v obstoječem sistemu EU za zgodnje opozarjanje na nove sintetične droge in odkrivanje teh drog ter sprotno prilagajanje predpisov o seznamih drog v državi zaradi ustreznega izvajanja kazenske politike. V Strategiji EU pa tem drogam ni namenjene posebne pozornosti.

V tem delu (ki opisuje ukrepe za zmanjševanje ponudbe) bi bilo potrebno ReNPPD še nekoliko dopolniti, da bi v večji meri sledil Strategiji EU v zvezi z okrepljenim mednarodnim sodelovanjem.

7. Mednarodno sodelovanje

7.1. Strategija EU v zvezi z **mednarodnim sodelovanjem** predpostavlja konkretne in določljive rezultate (Strategija EU na področju drog (2005-2012), 2005: 16):

»...merljivo izboljšanje učinkovitosti in razvidnosti usklajevanja med samimi državami članicami ter med njimi in Komisijo pri spodbujanju in pospeševanju uravnoveženega pristopa k problemu drog in predhodnih sestavin v okviru mednarodnih organizacij in forumov ter pri sodelovanju s tretjimi državami. Cilj tega je v okviru političnega in razvojnega sodelovanja zmanjšati proizvodnjo in pritok drog v Evropo ter pomagati tretjim državam na prednostnih področjih zmanjševati povpraševanje po drogah...« Poudarek je, da je zaradi globalnih razsežnosti drog potreben regionalni, mednarodni in večstranski pristop ter dvostransko sodelovanje med EU in sodelovanje v okviru mednarodnih organizacij in forumov.

Tudi ReNPPD prepozna, da globalna narava problematike drog *zahteva okrepljeno mednarodno sodelovanje*, vendar so eksplicitno izpostavljene predvsem: reševanje negativnih posledic delovanja *organiziranega kriminala, pranja denarja in korupcije*. Sicer je v nadaljevanju zapisano, da je sodelovanje razumljeno tudi kot del vsestranskih prizadevanj za usklajeno in celovito ponudbo različnih storitev, iz česar lahko povzamemo, da gre ravno tako za spodbujanje uravnoveženega pristopa k problemu drog.

7.2. Strategija EU opredeljuje še **področje zunanjih odnosov**, kamor sodi:

a) usklajeno, učinkovito in vidnejše *delovanje Unije v mednarodnih organizacijah* in forumih za krepitev in spodbujanje uravnoveženega pristopa k problemu drog: države članice in Komisija naj bi se posvetovale s Svetom in vzpostavile skupen pristop v okviru mednarodnih forumov, ki obravnavajo problematiko drog (Svet Evrope – skupina Pompidou; UNODC, Dublinska skupina, WHO, UNAIDS, tretje države).

ReNPPD *predpostavlja sodelovanje* ministrstva, pristojnega za koordinacijo na področju drog za sodelovanje pri delu teles EU, za usklajevanje dejavnosti Skupine Pompidou, v okviru UNDCP, pa tudi dvostranske in večstranske povezave med državami. O usklajenem pristopu EU navzven pa posebej ni zapisanega nič.

b) posebna *prizadevanja v odnosu do držav kandidatk in možnih držav kandidatk* v okviru *Stabilizacijsko-pridružitvenega procesa*: spodbujanje teh držav, da sprejmejo in uporabljajo pravni red EU in v čim večji meri sodelujejo v EMCDDA, Europol, Eurojust.

c) *pomoč tretjim državam in ključnim državam*, v katerih se proizvajajo droge in prek katerih poteka promet z drogami za povečanje učinkovitosti pri zmanjšanju povpraševanja po drogah in njihove ponudbe; ta pomoč se izvaja v okviru tesnejšega sodelovanja med državami članicami EU in z vključevanjem problema drog v splošni okvir razgovorov o skupni zunanji in varnostni politiki ter razvojnem sodelovanju. Tako morajo sporazumi o sodelovanju med EU in tretjimi državami vsebovati posebno klavzulo o sodelovanju na področju nadzora nad drogami. Ocena programov sodelovanja pa oceno projektov nadzora nad drogami. Posebno pozornost namenjajo ocenjevanju sodelovanja z državami na vzhodni meji EU, balkanskim državam, Afganistanu, latinskoameriškim in karibskim državam, Maroku in drugim potem.

V Strategiji EU je prečna tema mednarodnega sodelovanja tako namenjena predvsem sodelovanju z ostalimi državami sveta; medtem ko je v ReNPPD sodelovanje na mednarodni ravni najprej sodelovanje znotraj EU, potem pa še navzven. Z vidika dejstva, da je v Strategiji EU močan *poudarek na enotnem, usklajenem nastopu EU* nasproti državam in organizacijam izven EU, je najbrž potrebno tudi ReNPPD ustrezno dopolniti v tem smislu, da do tretjih držav deluje preko EU in ne izključno samostojno.

8. Informiranje, raziskovanje in vrednotenje

8.1. V zvezi z **informiranjem in raziskovanjem** je v Strategiji EU zapisano, da je potrebno boljše razumevanje problema drog in razvoj optimalnega odziva nanj s pomočjo izmerljivega in trajnostnega izboljšanja temeljnega znanja in infrastrukture znanja. V tem okviru želijo *okrepiti informacijski sistem* in orodja na področju drog, ki so bila razvita v predhodnem obdobju v sodelovanju z EMCDDA in Europolom. Načrti ukrepanja pa morajo vsebovati *prednostne raziskovalne tematike, spodbujanje obsežnih izmenjav in razširjanja rezultatov raziskovanja*, izkušenj in dobrih praks na ravni držav članic EU, posebej je potrebno *usposabljanje strokovnjake* ter se posvetovati z zasebnimi in javnimi akterji.

Tudi v ReNPPD je raziskovanju in izobraževanju namenjeno posebno poglavje. V okviru *raziskovanja* omenjajo finančno podporo permanentnim študijam v okviru delovanja informacijskega središča, raziskavam samostojnih raziskovalcev ter raziskovalcev na inštitutih in univerzah, smiselno uporabo izsledkov raziskav pri razvoju ukrepov za preprečevanje, zdravljenje, socialno obravnavo in zmanjšanje ponudbe drog; spodbujati: deskriptivne študije, interpretacijske študije pojava uporabe in zlorabe drog, študije o nevarnosti posameznih drog, študije o družbenem eksperimentiranju (novi programi: heroinski vzdrževalni program), študije o ovrednotenju različnih programov, pristopov in postopkov; epidemiološke študije, študije o vrednotenju škode, ki jo problemi, povezani z drogami, povzročajo gospodarstvu. Posebej je izpostavljeno tudi *izobraževanje*: kot potreba po stalnem usposabljanju na dodiplomski in podiplomski ravni za obravnavo odvisnih od prepovedanih drog. Podiplomsko izobraževanje naj bi potekalo usklajeno z vsemi resorji in različnimi fakultetami; zagotoviti bi bilo potrebno nove oblike usposabljanja in izobraževanja za načrtovanje in evalvacijo preventivnih programov. *Informiranje* je zajeto v poglavju o informacijskem sistemu, ki v ReNPPD predstavlja posebej izpostavljeno vsebinsko področje. Informacijski sistem naj bi zagotavljal celovitost ter enotno zbiranje, obdelavo in dajanje informacij in podatkov z namenom zagotavljanja kakovostne informacijske podpore ob odločanju pri načrtovanju in izvajanju politik države na področju prepovedanih drog; dostop do podatkov mora biti zagotovljen javnosti, različnim ustanovam, organizacijam na lokalni državni in mednarodni ravni. Vse podatke, ki se zbirajo v informacijskih sistemih različnih ministrstev, vladnih služb, javnih zavodov, nevladnih organizacij, je potrebno zbrati na ravni države, obdelati in analizirati. Za zbiranje in razpošiljanje informacij v zvezi z izvajanjem ReNPPD in akcijskega načrta (ki ga še ni) se v ministrstvu, pristojnem za koordinacijo na področju drog, organizira dokumentacijski center. Posamezni resorji zagotavljajo zbiranje, obdelavo, analizo ter posredovanje podatkov s svojega področja, zbirajo in analizirajo pa se v zato pristojni ustanovi, ki jo v skladu z zakonom imenuje minister za zdravje. Ta ustanova podatke pošilja drugim ustanovam v državi, mednarodnim ustanovam in širši javnosti. V okviru prioritet za obdobje 2004-2005 je v ReNPPD še natančneje določeno, da se oblikuje informacijska enota pri Inštitutu za varovanje zdravja (tu se oblikujejo medresorske delovne skupine po posameznih kazalnikih, usklajenih pri EMCDDA; enota ima pregleden status in naloge ter opredeljene komunikacijske in vsebinske povezave z

drugimi ustanovami v RS in tujini) in dokumentacijski center pri ministrstvu, pristojnem za koordinacijo na področju drog (statusno pregleden in z nalogami ter pooblastili definiran dokumentacijski center).

8.2. Na področju **vrednotenja** Strategija EU predpostavlja, da mora *vrednotenje ostati sestavni del pristopa* EU k politiki na področju drog. Odgovornost za stalno in skupno vrednotenje strategije in načrta ukrepanja prevzema Komisija, pri čemer naj bi ji pomagale EMCDDA in Europol.

Tudi v ReNPPD je vrednotenju namenjena posebna pozornost. Najprej je omenjeno že v sklopu opisa preventivnih programov, kjer je navedeno, da je potrebno znanja in sredstva vlagati tako v razvijanje programov kot v ovrednotenje – ugotavljanje njihove učinkovitosti in uspešnosti. Še posebej pa ovrednotenje (evalvacijo) izpostavljajo v okviru poglavja o raziskovalnem delu in izobraževanju, saj je eksplicitno navedeno, da je potrebno v prihodnjem obdobju ovrednotiti vse proračunsko financirane programe ter vzpostaviti enoten sistem ovrednotenja. Strokovnjaki za ovrednotenje so lahko notranji ali zunanji, pri čemer pa je srednjeročni cilj, da večino programov ovrednotijo zunanji strokovnjaki in da se oblikuje strokovno telo, ki bo izdelalo strokovna merila in smernice za izvajanje vseh faz ovrednotenja.

V okviru teme informiranja, raziskovanja in ovrednotenja je ReNPPD precej bolj konkretna (poimenuje akterje) v primerjavi s Strategijo EU, kar je z vidika načrtovanja ukrepov delovanja na področju drog dobro, vendar pa je hkrati treba zagotavljati pogoje za izvajanje načrtovanih aktivnosti v praksi in bolj jasno določiti mejnike za izvedbo konkretnih nalog, kar naj bi bilo zapisano v akcijskem načrtu.

9. Naloge, ki naj bi jih Slovenija izvedla v skladu z akcijskim načrtom (Akcijski načrt EU na področju drog 2005-2008, 2005)

9.1. Na področju **usklajevanja** Slovenijo zavezujejo tudi nekateri cilji in ukrepi iz Akcijskega načrta EU.

- Z vidika cilja zagotovitve uravnoveženega, interdisciplinarnega pristopa je potrebno, da države članice ob upoštevanju nacionalne zakonodaje in upravnih struktur *do leta 2007 sprejmejo celostno nacionalno strategijo in enega ali več akcijskih načrtov na področju drog* ter zagotovijo skladnost teh strategij/načrtov s strategijo/načrti EU. Ob analizi ReNPPD smo pokazali, da obstajajo nekatera neskladja z novo Strategijo EU in pomanjkljivosti; še posebej pa je za Slovenijo problematično, da še nima akcijskega načrta.
- Za doseg cilja učinkovitega usklajevanja na ravni EU in nacionalni ravni je *do leta 2007* potrebno doseči, da imajo *države članice* in Komisija popolnoma delujoč mehanizem usklajevanja na področju drog in da morajo *določiti osebo, oddelek ali organ, ki opravlja nalogo koordinatorja na področju drog*. V ReNPPD so akterji, ki naj bi opravljali koordinacijo, predvideni, vendar smo že opozorili, da se nekatere naloge med njimi prepletajo, kar bi lahko povzročilo prenašanje odgovornosti iz enega akterja na drugega. Države članice poročajo Komisiji o obstoječih nacionalnih usklajevalnih strukturah.
- V zvezi z doseganjem cilja okrepitve vključevanja civilne družbe so države članice zavezane, da *do leta 2007 omogočijo civilni družbi, da predstavi svoje mnenje*. V ReNPPD je vloga civilne družbe močno izpostavljena, saj naj bi civilna družba sodelovala v vseh fazah priprave, sprejemanja in izvajanja ReNPPD; predvsem je izpostavljen pomen Zveze nevladnih organizacij. Države članice morajo o tem pripraviti poročilo do leta 2008.
- Za doseg cilja ohranitve rednega foruma za usklajevanje v EU naj bi predsedstvo *dvakrat letno* omogočilo, da se *pristojni za usklajevanje na področju drog srečajo* ter *izmenjajo podatke o razvoju na nacionalni ravni*, pregledajo področje uporabe za obsežnejše sodelovanje in se osredotočijo na izvajanje akcijskega načrta EU.

9.2. Na področju **zmanjševanja povpraševanja** naj bi države članice v skladu z zapisanimi časovnimi roki zagotovile naslednje:

- Za doseg cilja izboljšanja obsega delovanja in učinkovitosti ukrepov zmanjšanja povpraševanja po drogah morajo države članice v sodelovanju z EMCDDA *do leta 2007* izvesti dva ukrepa: *izboljšati obseg delovanja, kakovost in vrednotenje programov* zmanjšanja povpraševanja po drogah in dostop do njih ter *zagotoviti učinkovito razširjanje dobrih praks* ter *učinkovito uporabljati in*

redno posodabljati program izmenjave podatkov o ukrepih za zmanjševanje povpraševanja po drogah EDDRA centra EMCDDA in drugih zbirk podatkov. Za preverjanje izvajanje tega ukrepa bo potrebna količinska in vsebinska analiza dostopa in učinkovitosti ukrepov za zmanjševanje povpraševanja po drogah ter uživanja drog in zaznavanja tveganja zaradi drog med širšo javnostjo in šolskimi študijami.

- Za dosego izboljšanja dostopa do šolskih programov preprečevanja in njihove učinkovitosti v skladu z nacionalno zakonodajo je *do leta 2007* potrebno zagotoviti *vklučitev obsežnih učinkovitih in ovrednotenih preventivnih programov v šolske učne načrte* in njihovo čim širše izvajanje (teme: dovoljene in prepovedane psihoaktivne snovi ter hkratno uživanje več vrst drog) ter podpirati *izvajanje in razvoj skupnih preventivnih programov* javnih služb, šolskih skupnosti in ustreznih NVO. Preventivi v vzgoji in izobraževanju ter sodelovanju ostalih služb je v ReNPPD namenjeno precej pozornosti in predlogov za izboljšanje delovanja.
- V zvezi s ciljem oblikovanja, razvijanja in izboljšanja selektivne preventive ter novih načinov dostopa do ciljnih skupin npr. z uporabo različnih medijev in novih informacijskih tehnologij je *do leta 2008* ob upoštevanju razlik med spoloma potrebno *razviti in izboljšati preventivne programe za izbrane ciljne skupine*: razpečevalci, socialno prikrajšane skupine, socialno izključeni otroci in ogrožene družine, mladi, ki so prenehali s šolanjem in *za posebne okoliščine*: vožnja pod vplivom drog, droge na delovnem mestu, droge v rekreacijskih okoljih. V ReNPPD so določene ciljne skupine posebej izpostavljene: ljudje v zaporih, vzgojnih zavodih in prevzgojnem domu, mladostniki, ženske-nosečnice, uporabniki s pridruženo duševno motnjo, okuženi s HIV in hepatitisi, brezdomci, tisti, ki hkrati uporabljajo različne droge; izpostavljene so tudi določene okoliščine – npr. preventiva na delovnem mestu. Skupine razpečevalcev, ali posebne okoliščine – vožnja pod vplivom drog ali droge v rekreacijskih okoljih pa niso posebej izpostavljene oz. omenjene v ReNPPD.
- Za dosego cilja izboljšanja metod za zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja in zgodnje ukrepanje je potrebno izvesti naslednje ukrepe: *odkrivati dejavnike tveganja*, povezane z uživanjem drog različnih ciljnih skupin, zlasti mladih in razširjanje teh dejavnikov v korist programov zgodnjega ukrepanja in usposabljanja strokovnjakov. O tem je potrebno dati poročilo. Drugi ukrep je

zagotavljanje usposabljanja za ustrezne strokovnjake, ki so v stiku s potencialnimi uživalci drog – do leta 2008 je potrebno oddati poročilo o predvidenem odstotku strokovnjakov, vključenih v posebna usposabljanja; ter podatke o starosti ob prvi uporabi drog in ob prvem povpraševanju po zdravljenju. Tretji ukrep pa je *izvajanje programov zgodnjega ukrepanja*, vključno z ukrepi, ki so povezani zlasti z eksperimentalno uporabo psihoaktivnih snovi. Tudi tu je potrebno poročati o številu programov zgodnjega ukrepanja in ocenjenem ciljnem prebivalstvu. V ReNPPD je močan poudarek na raziskovanju, ki lahko pripomore k izvedbi prvega ukrepa, predvideno je tudi usposabljanje strokovnih in drugih delavcev, ki delajo v vzgoji in izobraževanju ter posebej izpostavljeno, da je potrebno zagotoviti stalno usposabljanje na dodiplomski in podiplomski ravni za obravnavo odvisnih od prepovedanih drog. Nekoliko problematično je lahko zagotavljanje izvajanja tretjega ukrepa, ki mu je v ReNPPD namenjene manj pozornosti: opisanih je namreč le malo programov, ki so usmerjeni v ukrep preprečevanja preraščanja eksperimentiranja z drogami v resno uporabo zato je težko verjeti, da bomo dosegli prioriteto 'lažje dostopnosti programov (ukrepov) zgodnjega posredovanja, predvsem za mlade, ki eksperimentirajo s psihoaktivnimi snovmi'.

- V okviru doseganja cilja zagotovitve razpoložljivosti programov usmerjenega in raznovrstnega zdravljenja ter rehabilitacije in dostopa do njih je potrebno izvajati naslednje ukrepe: zagotoviti *možnosti zdravljenja, ki temeljijo na dokazih* in vključujejo vrsto psihosocialnih in farmakoloških pristopov ter ustrezajo povpraševanju po zdravljenju; oblikovati *strategije in smernice za povečanje storitev za uživalce drog, ki so izven delovanja obstoječih služb* in dostop do njih, kar se preverja preko kazalnikov povpraševanja po zdravljenju in razpoložljivosti (EMCDDA). Druga dva ukrepa pa sta: *izboljšati obseg delovanja programov za rehabilitacijo in socialno reintegracijo* in dostop do njih, ob tem pa posvečati posebno pozornost specializiranim (socialnim, psihološkim, zdravstvenim storitvam) za mlade uživalce drog, kar se preverja preko števila ljudi, ki so vključeni v te programe (EMCDDA); ter *pripraviti in spodbujati razširjanje podatkov o razpoložljivosti programov zdravljenja in rehabilitacije*, kar se preverja preko števila nacionalnih in lokalnih projektov. V ReNPPD je navedeno, da se programi zdravstvene in socialne obravnave uporabnikov drog sprejemajo na podlagi ocene učinkovitosti, varnosti in strokovne ter znanstvene

utemeljenosti, kar prispeva k uresničevanju prvega ukrepa. Predvideno je tudi, da se ob pojavu novih drog ali novih oblik uporabe drog, ki ogrožajo življenje uporabnika ali širšega prebivalstva, zagotavljajo dodatna sredstva za hitro uvajanje novih programov; posebne strategije in smernic za povečanje storitev za uživalce drog pa ni navedenih. V zvezi s programi za rehabilitacijo in socialno reintegracijo je navedeno, da je potrebno pospeševati nastajanje raznovrstnih programov in različnih oblik dela, vendar mladi kot posebna skupina niso izpostavljeni. Tudi priprava in spodbujanje razširjanja podatkov v ReNPPD nista posebej izpostavljena.

- V zvezi z doseganjem cilja, da se še naprej razvijajo druge možnosti poleg že obstoječih - zaporne kazni za odvisnike od drog in storitev na področju drog za zapornike, je potrebno: omogočiti *učinkovito uporabo in razviti druge možnosti*, poleg zaporne kazni, za odvisnike od drog; ter razviti *storitve za preprečevanje, zdravljenje in zmanjšanje škodljivih posledic za zapornike, storitve za reintegracijo po izpustu iz zavora in metode spremljanja/analiziranja uživanja drog med zaporniki*. V ReNPPD je temu delu namenjeno posebno poglavje, sicer v sklopu ukrepov zmanjševanja ponudbe, vendar pa zajema vsa zgoraj omenjena področja, razen metod spremljanja/analiziranja uživanja drog med zaporniki.
- V zvezi s preprečevanjem zdravstvenih tveganj, povezanih z uživanjem drog, morajo države članice *izvajati Priporočilo Sveta o preprečevanju in zmanjšanju zdravstvenega tveganja, povezanega z odvisnostjo od drog*, ki sicer v ReNPPD ni eksplicitno izpostavljeno, je pa že med načeli navedeno, da sledimo različnim priporočilom in smernicam.
- V zvezi z doseganjem cilja razpoložljivosti in dostopa do storitev za zmanjšanje tveganja je potrebno *izboljšati dostop odvisnikom do vseh ustreznih storitev možnosti zdravljenja, namenjenim zmanjšanju tveganja*, ob primernem upoštevanju nacionalne zakonodaje; preverja se preko kazalnikov povpraševanja po zdravljenju in razpoložljivosti ter analiz različnih vrst tveganja in storitev za zmanjševanje tveganja. V ReNPPD je navedeno, da bo zaradi lokalne nepokritosti potrebno razviti mrežo nizkopražnih programov, ki bo pokrivala vso Slovenijo. Analize tveganja bi se lahko izvajale v okviru raziskav, ki so predvidene.

- V zvezi s preprečevanjem širitve HIV/AIDS, hepatitisa C ter drugih okužb in bolezni, ki se prenašajo s krvjo je potrebno *zagotoviti izvajanje obsežnih in usklajenih nacionalnih in/ali regionalnih programov o HIV/AIDS, hepatitisu C in ostalih bolezni, ki se prenašajo s krvjo*. Ti programi se morajo vključiti v splošne socialne storitve in storitve zdravstvenega varstva. Ta ukrep se preverja s kazalniki razširjenosti HIV, hepatitisa C in drugih okužb. V ReNPPD posebnih programov na tem področju eksplicitno ni predvidenih, je pa navedeno, da je potrebno posebno pozornost nameniti preventivi okužbe z virusom HIV in drugih nalezljivih bolezni in zato lahko predpostavljamo, da je potem ta vsebina vključena v različne preventivne programe.
- Cilj zmanjšanja števila smrtnih primerov zaradi uživanja drog bi naj dosegli tudi preko *spodbujanja vzpostavljanja stikov z odvisniki z delovanjem uličnih enot s pomočjo dobro izurjenih zdravstvenih delavcev*. Cilj pa se bo preverjal preko kazalnika smrtnih primerov zaradi uživanja drog. V ReNPPD je terensko delo posebej izpostavljeno kot ena izmed oblik strokovnega dela vendar pa bolj v okviru programov reševanja socialne problematike kot zdravstvenih programov, zato najbrž ni bilo v tolikšni meri predvideno, da bi bili terenski delavci predvsem zdravstveni delavci.

9.3. Na področju **zmanjševanja ponudbe** so predvideni naslednji ukrepi:

- V okviru cilja povečati in razviti sodelovanje na področju kazenskega pregona med državami članicami, in po potrebi z Europolom, Eurojustom, s tretjimi državami in z mednarodnimi organizacijami v boju proti mednarodni organizirani proizvodnji drog in prometu s prepovedanimi drogami je potrebno kot prvi ukrep *izvajati operativne projekte kazenskega pregona*, kot so skupne preiskovalne ekipe, skupni carinski projekti in skupne preiskave ter *obveščevalne projekte kazenskega pregona* za izboljšanje tako obveščevalnih razmer kot tudi opravljenih posredovanj. V te projekte morata biti vključeni vsaj 2 državi članici in se morajo osredotočiti na proizvodnjo drog, nezakonit čezmejni promet in kriminalne mreže, ki se s temi aktivnostmi ukvarjajo. Izvajanje tega ukrepa se preverja preko števila operativnih projektov in obveščevalnih projektov kazenskega pregona v teku ali že zaključenih, preko količine in vrednosti zaseženih predhodnih sestavin, preko števila onemogočenih kriminalnih združb in odstranjenih nedovoljenih laboratorijev. Kot drugi ukrep je potrebno do polne

mere izkoristiti operativni in strateški potencial Europolu, graditi na obstoječem sodelovanju med Europolom in nacionalnimi enotami Europolu ter *izboljšati obveščevalne razmere glede dobave in distribucije*, tako da: države članice izboljšajo doslednost, s katero se ustrezni podatki o skupinah, ki trgujejo z drogami, in trgovalnih poteh posredujejo agenciji v skladu z določbami iz Konvencije o Europolu za takšno izmenjavo podatkov; države članice izboljšajo doslednost, s katero Europolu posredujejo podatke o zasegu; Europol zagotovi, da so zbrani podatki dostopni državam članicam v operativno in strateško uporabo; Europol zagotovi periodične strateške ocene tveganja, izdelane na podlagi teh podatkov; se oceni uspeh in operativni vpliv sklopa pridobivanja podatkov, analize, distribucije in operativnih dejanj, ki iz tega izvirajo, in se poišče tako izkazane napredke. Kot tretji ukrep je navedeno: *krepite nadzor na zunanjih mejah EU* za zaustavitev pretoka drog iz tretjih držav, kar se ugotavlja preko količine in vrednosti drog in predhodnih sestavin, zaseženih na zunanjih mejah, ter poročil o ukrepanju. Četrty sklop so *posebni ukrepi za boj proti čezmejnemu prometu z drogami znotraj EU* ter peti - omogočiti *razvoj strategije za uporabo rezultatov sodne medicine*, povezanih s heroinom in kokainom, *za strateške in operativne namene kazenskega pregona in izdelati priporočila glede tega*. V ReNPPD je predvideno sodelovanje in usklajevanje na mednarodni ravni z Europolom in zavezanost k uspešnejšem obvladovanju kriminalnih združb in zavedanje povečanega števila primerov preusmerjanja pretoka prepovedanih drog ob vstopu Slovenije v schengenski sistem, vendar pa v ReNPPD ni natančnega spiska ukrepov z zvezi s sodelovanjem z Europolom, niti omenjene strategije za uporabo rezultatov sodne medicine za strateške in operativne namene kazenskega pregona.

- V okviru cilja zmanjšanja proizvodnje in čezmejnega prometa s heroinom, kokainom in konopljo je potrebno izvajati skupne *interdisciplinarne operativne projekte in projekte zbiranja podatkov*, deliti najboljše prakse in povečati delovanje proti narkotikom. Delo je potrebno osredotočiti na zunanje države in regije, povezane s proizvodnjo in čezmejnimi prometom heroina, kokaina in konoplje v EU. Uspešnost tega ukrepa pa se bo merila s številom začelih ali dokončanih operacij, količino in vrednostjo zaseženega heroina, kokaina, konoplje ter številom onemogočenih kriminalnih združb. Posebnega ukrepa na tem področju v okviru ReNPPD ni predvidenega.

- V zvezi s ciljem zmanjšanja proizvodnje in ponudbe sintetičnih drog je potrebno kot prvi ukrep razviti *operacije in projekte zbiranja podatkov za preprečevanje izdelave sintetičnih drog, prometa z njimi ter operacije boja proti temu*. Te operacije naj vključujejo vsaj 2 državi članici. V tem okviru naj se popolnoma izkoristi projekt Synergy. Ukrep bodo preverjali preko števila začetih ali dokončanih operacij in projektov zbiranja informacij, količine in vrednosti zaseženih sintetičnih drog in predhodnih sestavin za sintetične droge, števila onemogočenih kriminalnih združb, števila odstranjenih nedovoljenih laboratorijev. Drugi ukrep je, da se na ravni EU razvije *dolgoročna rešitev za uporabo rezultatov sodne medicine, povezanih s sintetičnimi drogami*, v strateške in operativne namene kazenskega pregona. Takšno rešitev naj pripravijo organi kazenskega pregona in sodne medicine, v sodelovanju in na osnovi izkušenj na tem področju. Tretji ukrep pa je *popolno izvajanje Sklepa Sveta glede izmenjave podatkov, ocene tveganja in nadzora novih psihoaktivnih snovi*. ReNPPD problemu novih sintetičnih drog namenja posebno pozornost – tako za ukrepe zgodnjega odkrivanja teh drog in opozarjanja kot za izmenjavo podatkov, oceno tveganja in nadzor nad novimi snovmi. Ponovno izpostavljamo, da v ReNPPD ni nobenega poudarka na razvoju uporabe rezultatov sodne medicine.
- Naslednji cilj je bojevanje proti nevarnemu kaznivemu delovanju na področju kemične zlorabe predhodnih sestavin in tihotapljenju, in sicer s krepitvijo sodelovanja pri kazenskem pregonu med državami članicami in, če je to primerno, z Europolom, Eurojustom, tretjimi državami in mednarodnimi organizacijami preko ukrepa *Skupna evropska enota za predhodne sestavine*, ki naj vključuje vsaj dve članici. Ukrep se preverja preko števila začetih ali dokončanih projektov kazenskega pregona, količine in vrednosti zaseženih predhodnih sestavin in drog ter števila onemogočenih kriminalnih združb. V ReNPPD je sicer v okviru ukrepa nadzora nad predhodnimi sestavinami predvidena izmenjava informacij s pristojnimi organi drugih držav, vendar pa skupna evropska enota za predhodne sestavine ni omenjena.
- V zvezi s ciljem preprečevanja zlorabe predhodnih sestavin, zlasti predhodnih sestavin za sintetične droge, uvoženih v EU je kot prvi ukrep predvideno *izvajanje zakonodaje Skupnosti na področju predhodnih sestavin*, še zlasti sodelovanje med državami članicami na področju nadzora uvoza predhodnih

sestavin za sintetične droge, še posebej je potrebno okrepiti nadzor na zunanjih mejah s carinskimi ali drugimi pristojnimi organi ter okrepiti nadzor znotraj Skupnosti. Drugi ukrep je *podpirati mednarodne operacije UN INCB* (Mednarodne uprave za kontrolo narkotikov), zlasti projekta PRISM. Ukrepa se bosta preverjala s številom zasegov oz. zaustavljenih pošiljk. Tretji pa je *razviti sodelovanje med pristojnimi organi držav članic, ki izvajajo nadzor nad predhodnimi sestavinami, in industrijo* in se bo preverjal preko števila memorandumov o soglasju/podobnih ureditev z industrijo in/ali števila seminarjev z industrijo in iz tega izhajajočega števila obvestil in preiskav. V ReNPPD to področje ni posebej izpostavljeno.

- Glede cilja usmerjanja na pranje denarja in zaseg pridobljenega premoženja, povezanega z drogami, je kot prvi ukrep predvideno *izvajanje operativnih projektov kazenskega pregona*, kot so (i) projekti za pregon organizacij, ki trgujejo z drogami, vključno z istočasno in poglobljeno preiskavo financ in premoženja (kakršnega koli) zločincev za povrnitev premoženja v čim večji meri in zbiranje/delitev s tem povezanih informacij; in (ii) projekti za odkrivanje in prekinitev nezakonitih denarnih tokov znotraj EU in iz EU na določene visoko rizične destinacije zunaj EU in v države izvora. Ti projekti kazenskega pregona naj vključujejo vsaj 2 državi članici. Izvajanje ukrepa se preverja preko števila začelih ali dokončanih operativnih projektov, kazenskega pregona, zasega denarja in premoženja, kot posledica preiskav, povezanih z drogami; vrednosti pridobljenega in zaplenjenega premoženja v povezavi s številom zaključenih projektov operativnega kazenskega pregona. Drugi ukrep je *razviti sodelovanje pri izmenjavi podatkov med enotami za finančni nadzor (FIU) z uporabo mreže FIU*. Tretji ukrep je upoštevati *možnosti oblikovanja nacionalnih interdisciplinarnih enot za odkrivanje in preiskovanje financ in premoženja zločincev*. V ReNPPD so ti ukrepi predvideni, zadnji sicer ne eksplicitno, ampak je med strateškimi usmeritvami navedena potreba po okrepitvi sodelovanja med policijo in državnim tožilstvom ter vključevanje ostalih poklicev – notarji, odvetniki, davčni svetovalci, revizorji, računovodje...
- Naslednji cilj je preučiti možne povezave med proizvodnjo drog, prometom z drogami in financiranjem terorizma, ki se izvaja preko *prepoznavanja možnih povezav in uporabo teh podatkov v podporo preiskavam/ukrepov*. Preverja se

preko števila začetih ali dokončanih preiskav in/ali ukrepov. V ReNPPD preiskovanje povezav v zvezi s financiranjem terorizma ni predvideno.

- V sklopu cilja krepitve dejavnosti preprečevanja kriminala, povezanega z drogami je predviden ukrep *deliti izkušnje in najboljše prakse na področju preprečevanja distribucije drog na ulici in predstaviti rezultate*. Tak ukrep v ReNPPD ni predviden.
- V okviru razvijanja novih metod in dobre prakse za boj proti kriminalu, povezanem z drogami in preprečitvi zlorab predhodnih sestavin s pomočjo informacijske tehnologije je predvideno, da morajo države članice *pridobiti podatke o storjenem kriminalu, povezanem z drogami in zlorabi predhodnih sestavin s pomočjo informacijske tehnologije* in z namenom razvijanja novih metod in dobrih praks za boj proti tem pojavom ter te rezultate predstaviti. ReNPPD omenja sodelovanje, vendar pa pridobivanje podatkov s pomočjo informacijske tehnologije v tem okviru ni predvideno.
- Izboljšali naj bi tudi usposabljanje za organe kazenskega pregona, kar bo razvidno iz *vključitve več tečajev usposabljanja za osebe, ki izvajajo kazenski pregon, posebno v povezavi z bojem proti proizvodnji drog in prometu s prepovedanimi drogami*, v letne delovne programe usposabljanja. Spodbujanje izobraževanja in usposabljanja organov odkrivanja in kazenskega pregona je predvideno tudi v ReNPPD.

9.4. Na področju **mednarodnega sodelovanja** naj bi izvedli naslednje ukrepe:

- V okviru cilja sprejetja enotnih stališč EU o drogah v mednarodnih forumih se predpostavlja ukrep, da *stališča EU na mednarodnih srečanjih o vprašanih drog, pripravijo HDG in ostali usklajevalni forumi*; usklajevalni sestanki EU se organizirajo med sestankom Komisije za droge. Ukrep se preverja preko števila stališč EU za ustrezna mednarodna srečanja v povezavi s številom nacionalnih stališč. ReNPPD tega ukrepa eksplicitno ne predpostavlja.
- V zvezi s ciljem podpiranja držav kandidatk in držav stabilizacijsko pridružitvenega procesa je potrebno državam zagotoviti potrebno *tehnično in drugo pomoč, da se seznanijo s pravnim redom EU*, in jim pomagati pri izvajanju zahtevanih ukrepov. To se preverja preko števila dokončanih projektov; izdatkov in odstotka celotnih izdatkov za pomoč tem državam. V ReNPPD so sicer predvidene različne dvostranske in večstranske povezave

- med državami pri preprečevanju, zdravljenju, socialni obravnavi in zmanjševanju ponudbe, vendar pa ne natančno kot podpiranje držav kandidatk.
- V okviru cilja pomagati evropskim sosedom je predvideno najprej *izvajati dele akcijskih načrtov s področja evropske politike sosedstva*, ki se nanašajo na droge in nato izvajati *določbe, ki se nanašajo na droge*, in sicer: akcijskega načrta med EU in Rusijo o boju proti organiziranemu kriminalu in časovnega načrta za skupni prostor svobode, varnosti in pravičnosti; preučiti področje uporabe za izboljšano sodelovanje z Rusijo, zlasti v okviru tega časovnega načrta, in ostalimi sosednjimi državami za zmanjšanje tveganja, povezanega z drogami. Oboje se preverja preko števila izvedenih določb s področja drog. V ReNPPD je predvideno bolj dvostransko in parcialno sodelovanje s temi državami, predvsem Urada RS za preprečevanje pranja denarja in drugih slovenskih organov pri vzpostavitvi sistema za preprečevanje in odkrivanje pranja denarja v za nas pomembnih državah in regijah (balkanske države in nekdanja ZSSR). Ker Akcijski načrt EU predpostavlja enoten pristop do teh držav, bo najbrž potrebno predvideti določeno usklajevanje aktivnosti na ravni EU, kar je razvidno tudi iz ukrepa pri spodaj zapisanem cilju.
 - V okviru cilja zagotavljanja, da se ob določanju prednostnih nalog sodelovanja EU s tretjimi državami/regijami upošteva problematika drog, je potrebno *združevati projekte na področju drog v skupno sodelovanje EU in tretjih držav/regij*, zlasti tistih, prizadetih zaradi drog. Posebno pozornost je treba posvetiti zagotavljanju pomoči in sodelovanju z: državami na vzhodni meji EU; balkanskimi državami; Afganistanom (zlasti v okviru izvajanja njegovega izvedbenega načrta boja proti narkotikom za leto 2005 in prihodnjih izvedbenih načrtov) in njegovimi sosedami; EU in države članice morajo povečati svojo pomoč latinskoameriškim in karibskim državam; Maroku; državam, po katerih poteka promet z drogami. To pomoč in sodelovanje je treba povezati z akcijskimi načrti za boj proti drogam, ki jih je EU sprejela z različnimi regijami in s področji za boj proti drogam drugih akcijskih načrtov, ki jih je EU sklenila s partnerji. Ukrepi se preverjajo preko števila dokončanih projektov, izdatkov in odstotka celotnih izdatkov za pomoč tem državam.
 - Cilj krepiti prizadevanja na področju kazenskega pregona, usmerjenega na države, ki niso članice EU, zlasti države proizvajalke in regije vzdolž poti prometa s prepovedanimi drogami naj bi dosegli preko ukrepov: *oblikovati in/ali*

nadalje razviti mrežo uradnikov za zvezo držav članic; vsaka mreža se mora sestati vsaj vsakih šest mesecev, da bi izboljšala operativno sodelovanje in *uskladiti ukrepanja držav članic v tretjih državah*, ki se preverja s številom oblikovanih in/ali nadalje razvijajočih se mrež uradnikov za zvezo v državah članicah in s številom sestankov; z *zagotavljanjem ustreznega usposabljanja za uradnike za zvezo* v državah članicah, ki se preverja z usposabljanji za uradnike za zvezo DČ, ki je zagotovljeno v letnih (usposabljanje) delovnih programih države članice; z *izvajanjem operativnih projektov kazenskega pregona* in po potrebi pomoči pri teh projektih, deliti najboljše prakse in povečati boj proti narkotikom v državah/regijah, navedenih v Ukrepanju št. 35, preverja se preko števila začelih ali dokončanih operativnih projektov kazenskega pregona, količine in vrednosti zaseženih predhodnih sestavin in drog, števila onemogočenih kriminalnih združb, števila odstranjenih nedovoljenih laboratorijev; ter s *pomočjo organom kazenskega pregona v državah/regijah, navedenih v Ukrepanju št. 35* na področju preprečevanja proizvodnje drog in prometa z drogami ter zlorabe predhodnih sestavin; ta pomoč velja tudi za področje usposabljanja in se preverja preko števila zaključenih projektov kazenskega pregona na področju drog, izdatkov za projekte kazenskega pregona na področju drog. V ReNPPD tovrstni ukrepi sploh niso predvideni.

- V zvezi s ciljem nadaljevanja razvijanja dejavnega političnega sodelovanja EU s tretjimi državami sta predvidena ukrepa: *v polni meri sodelovati pri delovanju mednarodnih organizacij in forumov*, ki se ukvarjajo s problemom drog, kot so Svet Evrope (skupina Pompidou), UNODC, WHO in UNAIDS in *v polni meri uporabiti Dublinsko skupino* kot prilagodljiv, neformalen posvetovalni in usklajevalni mehanizem za globalne in regionalne probleme ter probleme, specifične za posamezne države na področju proizvodnje prepovedanih drog, prometa in povpraševanja. V ReNPPD je sicer predvideno sodelovanje z mednarodnimi organizacijami, vendar ne eksplicitno v okviru sodelovanja s tretjimi državami.
- Pri cilju izboljšati koherentnost, razpoznavnost in učinkovitost pomoči državam kandidatkam in tretjim državam/ regijam je potrebno *ovrednotiti projekte Komisije in držav članic na področju drog, ki so vključeni v programe sodelovanja*. Tega v ReNPPD ni predvidenega.

9.5. Na področju **podatkov, raziskav in vrednotenja** je potrebno zagotoviti naslednje:

- V okviru cilja zagotavljanja zanesljivih in primerljivih podatkov o ključnih epidemioloških kazalnikih morajo države članice in EMCDDA v polni meri *izvajati pet ključnih epidemioloških kazalnikov* in poročati o morebitnih problemih. V ReNPPD je sicer navedeno sodelovanje z EMCDDA, vendar ne natančno, katere vse podatke je potrebno posredovati.
- V okviru cilja zagotoviti zanesljive podatke o razmerah na področju drog je potrebno *nadaljevanje delovanja REITOX nacionalnih kontaktnih točk* in nacionalnih enot Europol za droge za zagotavljanje njihovega letnega in standardiziranega poročanja o nacionalnih razmerah na področju drog. Tudi tu je v ReNPPD sicer predvideno sodelovanje z Europol, o čem natančno je potrebno poročati, pa ni določeno.
- Za pripravo ocene javnih izdatkov za reševanje problematike drog je potrebno, da države članice in komisija ob pomoči EMCDDA preučijo oblikovanje združljivih metodologij o neposrednih in posrednih izdatkih za ukrepe, povezane z drogami. Tudi tega v ReNPPD ni eksplicitno zapisanega.
- V okviru spodbujanja raziskav na področju drog je zapisano, da je potrebno najprej: *spodbujati raziskave v okviru programa Skupnosti za raziskave in razvoj in raziskovalnih programov držav članic* o biomedicinskih, psiholoških in drugih dejavnikih, ki prispevajo k uživanju drog in zasvojenosti ter o drugih pomembnih vprašanjih, kot so učinkovitost osnovnih kampanj ozaveščanja, učinkovito posredovanje za preprečevanje HIV/Aids in hepatitisa C in dolgoročni učinki uživanja ekstazija. Ta ukrep se preverja preko opredelitev in vključitev tem v okvirni program in delovne programe ter tudi v nacionalne raziskovalne programe ter preko števila uspešnih aplikacij, povezanih z drogo v okviru raziskovalnega programa, in števila projektov, podprtih na ravni držav članic. Drugi ukrep je *spodbujati raziskave na področju prepoznavanja zaščitnih faktorjev v državah z nizko stopnjo razširjenosti HIV/AIDS* med uživalci drog ter tretji: *v polni meri izrabiti raziskovalno sposobnost Sveta Evrope* (skupina Pompidou). V ReNPPD je raziskovalni dejavnosti namenjene precej pozornosti, vendar pa teme, ki jih predvideva Akcijski načrt EU, niso omenjene.

10.Priporočila za uskladitev ReNPPD s Strategijo EU in za izdelavo Akcijskega načrta

Na podlagi rezultatov analize ugotavljamo, da je v glavnih vsebinskih sklopih ReNPPD usklajena s Strategijo EU, vendar pa se znotraj posameznih delov pojavljajo posamična odstopanja, kar je deloma posledica nesistematičnih zapisov in prepletanj različnih ravni. Vse te pomanjkljivosti je mogoče odpraviti deloma s spremembo ReNPPD (pomanjkljivosti, ki so strateškega značaja) in s sprejetjem akcijskega načrta (konkretizacija ciljev, nalog, nosilcev rokov).

Poglavitni sklopi pomanjkljivosti ReNPPD v primerjavi s Strategijo EU, iz katerih izhajajo naša priporočila, so naslednji:

Prvič, **cilji**, ki so zapisani v ReNPPD sicer vsebinsko sovpadajo s splošnima ciljema Strategije EU, vendar pa v večji meri niso operacionalizirani. V ReNPPD tako pogrešamo zelo jasno izpostavljeno potrebo po določitvi natančnih ciljev, prednostnih nalog, kazalcev in ukrepov z opredelitvijo odgovornosti in skrajnih rokov za izvajanje, kar predpostavlja Strategija EU in kar je potrebno narediti z akcijskim načrtom. Zaradi pomanjkljive operacionalizacije lahko pričakujemo težave pri ocenjevanju doseganja ciljev in usmerjanju politike v naslednjih obdobjih. Druga pomanjkljivost v zvezi s cilji je ta, da so zapisani skupaj in prepletano ne glede na to, da so dejansko povezani z vsebinsko različnimi sklopi ukrepov. Zato predlagamo dvoje: da splošne cilje v dopolnjeni / novi ReNPPD predstavimo po vsebinskih sklopih in da cilje v operacionalizirani obliki zapišemo v akcijskem načrtu, ki ga je potrebno sprejeti v najkrajšem možnem času, ki mora biti jasno določen.

Drugič, naslednja kritična pomanjkljivost je **usklajevanje politik** o drogah, ki je pri nas 'razdeljeno' med več delovnih teles (predvsem komisija za droge in ministrstvo, pristojno za koordinacijo na področju drog), medtem ko na ravni EU usklajevanje poteka znotraj ene Horizontalne delovne skupine za droge. Nevarnost 'razdelitve' nalog usklajevanja vidimo v tem, da se lahko odgovornost prenaša od enega na drugega akterja oziroma da obstaja večja možnost konfliktnih situacij v primeru neizvedenih nalog, saj v določenih primerih ni zelo jasne razmejitev glede tega, kaj so naloge posameznega akterja. Zato predlagamo podobno ureditev, kot je na ravni

EU – operativno delovno skupino, ki bo usklajevala politiko tako znotraj Slovenije kot navzven v odnosu do EU in ostalih držav. Z vidika Strategije EU pa je v dopoljnjeni ReNPPD ali v akcijskem načrtu potrebno natančneje določiti obseg in načine obveščanja EU o nacionalnih aktivnostih.

Tretjič, pri opisu **ukrepov na področju zmanjševanja povpraševanja** terminologija ukrepov v ReNPPD še ni usklajena s terminologijo Strategije EU, kljub temu pa so vsebinsko ukrepi večinoma usklajeni. V ReNPPD je zelo malo pozornosti namenjene ukrepom, ki sodijo v sklop preprečevanja preraščanja eksperimentiranja z drogami v redno uporabo. Druga pomanjkljivost je precejšnje prepletanje področij ukrepov v opisih ReNPPD, saj so ukrepi razdrobljeni med okolja izvajanja aktivnosti (šola, delovno, družinsko in lokalno okolje), kar je dejansko prečna tema. Tretja pomanjkljivost je v tem, da ni izpostavljenih prednostnih nalog. Vse to bi bilo potrebno urediti v dopoljnjeni ReNPPD oziroma zadnjo pomanjkljivost odpraviti s sprejetjem akcijskega načrta.

Četrto, tudi pri **ukrepih glede zmanjševanja ponudbe** lahko navedemo podobno pomanjkljivost kot zgoraj – veliko je prepletanj med različnimi skupinami ukrepov in premalo zavezanosti h konkretizaciji. Poleg tega priporočamo, da v dopoljnjeni ReNPPD bolj jasno zapišemo večjo zavezanost mednarodnemu sodelovanju za vsa področja zmanjševanja ponudbe in ne samo pri pranju denarja in nadzoru nad predhodnimi sestavinami, kar je v ReNPPD že zapisano.

Petič, okrepljeno **mednarodno sodelovanje** je v ReNPPD izpostavljeno, vendar smo kot pomanjkljivost v primerjavi s Strategijo EU opazili, da se ReNPPD še ne sklicuje na usklajeno delovanje do tretjih držav, kar Strategija EU poudarja kot pomemben princip sodelovanja. Zato priporočamo uskladitev ReNPPD tudi v tej točki.

Šestič, na področju **raziskovanja, izobraževanja, informiranja in vrednotenja** v ReNPPD ponovno naletimo na pomanjkljivost v zvezi z delitvijo nalog. Predvsem raziskovanje in informiranje sta 'razdeljena' med dokumentacijski center pri ministrstvu, pristojnem za koordinacijo na področju drog in informacijsko enoto pri Inštitutu za varovanje zdravja; nekatere raziskave (ni specifično določeno) pa naj bi izvajali še zunanji raziskovalci. Menimo, da bi morale biti naloge v zvezi z izvajanjem

raziskovanja in informiranja bolj jasno določene in razmejene med navedenimi akterji, kar bi lahko naredili v okviru dopolnjene ReNPPD ali z akcijskim načrtom. Glede vrednotenja pa v ReNPPD ni jasno podeljenega mandata. Sicer je omenjeno sklopu evalvacije programov, vendar ni razvidno, kdo bo (bodo) ključni nosilec, kot je to določeno v Strategiji EU. Zato je pomembno, da se za izvajanje te naloge čimprej določi ključnega nosilca, saj je vrednotenje nemogoče izvesti v kratkem časovnem obdobju, ker predpostavlja predhodno (dalj časa trajajoče) spremljanje izvajanja programov/ukrepov (Rode, Rihter, Kopal, 2006).

Strategija EU sicer določa možnost upoštevanja nacionalnih in lokalnih različnosti na področju politike do drog, vendar bi le te morale biti utemeljene na podlagi jasno izraženih ocen, trendov, potreb, kar pa predpostavlja sprotno spremljanje in vrednotenje izvajanja obstoječih ukrepov. Ker to v primeru Slovenije, v obdobju priprave resolucije, v celoti ni bilo narejeno¹¹, se je naša politika le prilagajala smernicam in zahtevam EU. Pri tem se nam poraja vprašanje, ali in v koliki meri je v takih okoliščinah lahko nacionalna politika na področju drog, sploh neodvisna od politike EU.

¹¹ Prva javna diskusija na področju drog je bila v začetku 90-tih let prejšnjega stoletja in je predstavljala osnovo za prvi nacionalni program na področju drog (prim. Kokot, 1992), politika na področju drog se je oblikovala na podlagi ocene strokovnjakov o povečanju razširjenosti uporabe drog pri nas, ukrepi so bili posledica prioritete in političnega konsenza na nacionalni ravni. Na Fakulteti za socialno delo, Fakulteti za družbene vede je bilo narejenih nekaj parcialnih raziskav (prim. Grebenc, 2005, Kvaternik Jenko, 2004), evalvacij (prim. Flaker in Rode, 2000; Rihter, 2004) posameznih programov, vendar evalvacija politike na področju drog v celoti ni bila narejena.

II. IZVAJANJE POLITIKE NA PODROČJU ZMANJŠEVANJA POVPRÁŠEVANJA IN ZMANJŠEVANJA PONUDBE NA PODROČJU DROG¹²

1. Uvod

Rezultati analize Resolucije o nacionalnem programu na področju drog (2004) z vidika usklajenosti s Strategijo EU na področju drog (2005) kažejo, da v glavnih vsebinskih sklopih med dokumentoma ni bistvenih razhajanj. Kljub temu opazimo posamezna odstopanja predvsem glede ciljev v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog (ReNPPD), ki so preveč splošno opredeljeni in je zato pričakovati težave pri ocenjevanju uspešnosti. Naslednjo pomanjkljivost vidimo v porazdelitvi istih nalog (npr. usklajevanje politik) med različne akterje, pri čemer obstaja nevarnost prelaganja odgovornosti med njimi, kar lahko ogrozi realizacijo nalog. Glede na to, da smo z analizo dokumentov odkrili določene ovire že na deklarativni ravni, je potrebno v nadaljevanju podrobneje preučiti, kako poteka izvajanje politike v okviru resorjev pristojnih za zmanjševanje povpraševanja.

ReNNP (2004) je v delu, kjer so opisani ukrepi politike zmanjševanja ponudbe, vsebinsko v veliki meri usklajena s Strategijo EU na področju drog (2005). Odstopanja se pojavijo v tistem delu, kjer so v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog (ReNPPD) prikazane aktivnosti v zavodih za prestajanje kazni zapora, saj se prepletajo z ukrepi, ki sodijo na področje zmanjševanja povpraševanja. Cilji, ki se nanašajo na delovanje na tem področju, in so zapisani v ReNPPD (2004) v uvodnem delu skupaj z ostalimi cilji, so splošno opredeljeni in zato se pri ocenjevanju, ali so cilji bili doseženi, lahko pojavijo težave (Rihter *et. al.* 2007). Glede na to, da lahko na ravni analize dokumentov, ki urejajo področje zmanjševanja ponudbe drog v Sloveniji, opazimo določene pomanjkljivosti, pričakujemo, da se težave pojavljajo tudi na ravni izvedbe politike, v izvrševanju predvidenih ukrepov.

¹² Krajša verzija poglavja bo objavljena v eni od prihodnjih števil revije Socialno delo. Celotno poglavje pa v znanstveni monografiji založbe Fakultete za socialno delo.

Za izvrševanje ukrepov s področja zmanjševanja ponudbe so po ReNPPD (2004) pristojni Ministrstvo za notranje zadeve (MNZ), Ministrstvo za finance (MF), Ministrstvo za pravosodje (MP) in Ministrstvo za obrambo (MO). Od predstavnikov teh ministrstev, ki so zadolženi za naloge, zapisane v nacionalnem programu na področju drog, smo želeli izvedeti, kako politiko izvršujejo v praksi. Tako nas je zanimal njihov pogled na problematiko drog, kaj ocenjujejo kot pozitivne odzive politike na sploh, kako njihov resor prispeva k reševanju problematike (kateri so tisti dokumenti, ki poleg ReNPPD opredeljujejo njihovo delo, kaj so prednostne naloge, kako ocenjujejo učinke dela, na podlagi katerih informacij se odločajo o nadaljnjih ukrepih), kako poteka sodelovanje z drugimi akterji in kaj so prihodnje, predvidene aktivnosti. Po več zaprosilih za pogovor s predstavniki ministrstev, so pogovor odobrili le iz dveh (MNZ, MF).

Zanimalo nas je, kako resorna ministrstva uresničujejo nacionalni program na področju drog, kateri dokumenti usmerjajo njihovo delo, katere so prednostne naloge, kako resorna ministrstva sodelujejo med seboj ter kako poteka koordinacija na ministrski ravni, katere so skupne naloge, kakšni so učinki politike na področju drog in kaj opažajo kot pomanjkljivosti.

Ker na področju alkoholne politike nacionalnega programa nimamo¹³, analiza na deklarativni ravni ni bila mogoča. Poskušali pa smo pridobiti podatke o usmeritvah in izvajanju aktivnosti na tem področju.

Podatke smo želeli pridobiti s strani tistih resorjev, ki so člani Vladne komisije za droge¹⁴, ter od nekaterih izvajalcev programov, ki so v preteklosti aktivno sodelovali pri oblikovanju politike na področju drog. Za sodelovanje smo zaprosili predstavnike vseh resorjev. Na naše povabilo so se odzvali na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ), Ministrstvu za šolstvo in šport (MŠŠ), Ministrstvu za

¹³ Politiko na področju alkohola regulira Zakon o omejevanju porabe alkohola (2003), trenutno pa na Ministrstvu za zdravje pripravljajo še akcijski načrt.

¹⁴ Komisija vlade RS za droge usklajuje vladno politiko in ukrepe ter programe, predlaga nacionalni program in ukrepe pri izvajanju le-tega, določa prednostni red pri vzpostavitvi in razvoju programov, sprejme strokovna mnenja in ocene glede posameznih programov, spremlja in daje mnenje k uresničevanju dela na področju drog, odloča in usklajuje medresorsko sodelovanje na področju drog. Komisija deluje na medresorski ravni in je sestavljena iz predstavnikov ministrstev za zdravje, finance, obrambo, pravosodje, notranje zadeve, delo, družino in socialne zadeve, šolstvo in šport ter znanstvenikov in strokovnjakov s področja drog.

zdravje (MZ), Zavodu za zdravstveno varstvo Koper (ZZV Koper), Centru za zdravljenje odvisnosti (CZO).

V času med aprilom 2007 in februarjem 2008 smo opravili osem delno strukturiranih intervjujev, ki smo jih analizirali po metodi kvalitativne analize na tak način, da smo pod okvirne teme združili vse relevantne odgovore, jih kodirali in združevali pod skupne kategorije (Mesec 1998). Rezultate analize prikazujemo v štirih vsebinskih sklopih: problematika drog in alkohola v družbi, prispevek resorja k reševanju problematike, sodelovanje z drugimi akterji in prihodnje, predvidene aktivnosti.

2. Problematika drog in alkohola v družbi

2.1. Ocena števila uporabnikov drog

Zanesljivih, reprezentativnih in primerljivih podatkov o tem, kako obsežna je problematika na področju prepovedanih drog, v Sloveniji nimamo. Ker ne razpolagamo z realno sliko o številu uživalcev drog, po mnenju predstavnikov resorjev ne moremo z gotovostjo trditi, ali in v kolikšni meri je določena droga prisotna v našem prostoru. Ocene so zgolj posledica percepcije posameznega strokovnjaka ali skupine strokovnjakov. Poleg tega se ocene števila uporabnikov drog med posameznimi resorji razlikujejo še zaradi različnih definicij problema (npr. MDDSZ problematiko zajema širše in vključuje vse oblike zasvojenosti). Resorna ministrstva sicer razpolagajo z določenimi podatki iz posameznih študij, vendar niso reprezentativni za področje celotne Slovenije. Informacije o številu uporabnikov drog pridobivajo iz različnih virov: s terena (pogovor s strokovnimi sodelavci), iz mreže Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOD), iz parcialnih raziskovalni projektov, kot so npr. ciljni raziskovalni projekti (CRP).

Na MZ razpolagajo tako s podatki iz zdravstvenega resorja kakor tudi s podatki iz ostalih (policijskega, carinskega, socialnega resorja). Ocenjujejo, da je problematika na področju prepovedanih drog že dlje časa stabilna in hkrati navajajo, da so podatki, ki se nanašajo na omenjeno problematiko zanesljivo pomanjkljivi, saj je premalo presečnih in tudi kvalitativnih študij na tem področju. Posebej izpostavljajo

problematiko nedostopnosti določenih podatkov, ki jih zbirajo javni zavodi (kot npr. IVZ) tako za strokovnjake kot za splošno javnost.

MŠŠ razpolaga s podatki, ki kažejo trenutno situacijo ne pa tudi trendov. V CPZOD sami zbirajo podatke o evidentiranih uporabnikih v njihovih centrih, vendar opozarjajo, da lahko prihaja do prekrivanja zaradi prestopov uporabnikov iz enega v drugi center ali pa ob prihodih uporabnikov iz različnih regij.¹⁵ To so podatki o povpraševanju po zdravstveni obravnavi zaradi uživanja drog, ki zajamejo le tiste uživalce drog, ki poiščejo pomoč v okviru zdravstvenih programov in zato ne predstavljajo reprezentativnih epidemioloških podatkov o uživalcih drog na ravni cele države¹⁶. Predstavniki resorjev menijo, da je v Sloveniji potrebno izvesti raziskavo o uporabi drog v splošni populaciji.

Edina baza podatkov, s katerimi razpolagamo in so primerljivi z evropskimi, so podatki iz Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD). Ti podatki se nanašajo na ciljno populacijo srednješolcev in ne zajamejo dijakov, ki so izpadli iz šolskega sistema, zato jih, po mnenju respondentov, ne moremo interpretirati kot reprezentativne.

Za spremljanje problematike na področju drog smo na nacionalni ravni po vnaprej določenih indikatorjih dolžni podatke posredovati Evropskemu centru za spremljanje drog in zasvojenosti (EMCDDA). Informacijska enota za prepovedane droge pri Inštitutu za varovanje zdravja (IVZ) je zadolžena za zbiranje, analizo in posredovanje epidemioloških podatkov, ki se nanašajo na uporabo drog v Sloveniji. Respondenti so poudarjali, da to nalogo omenjena inštitucija zelo slabo opravlja in da teh podatkov enostavno ni.

Popolnoma drugačna slika glede zbiranja podatkov se kaže na področju alkohola. Pripravljalci alkoholne politike menijo, da IVZ na tem področju razpolaga z dobrimi podatkovnimi bazami.

¹⁵ V okviru 18 centrov so izvedli raziskavo o razširjenosti hepatitisa med evidentiranimi uživalci drogi, in ugotovili, da jih je 16,5 % okuženih s hepatitisom C. Uporabniki, ki obiskujejo njihove centre, so pretežno ljudje z »dvojnimi diagnozami« (poleg tega, da uporabljajo droge, imajo težave še z anoreksijo, depresijami, zaradi spolnih zlorab in podobno) in jih je vsako leto za približno deset več.

¹⁶ Te številke ne zajemajo vseh kategorij uživalcev drog, predvsem pa ne tistih, ki se ne želijo identificirati v okviru zdravstvenega sistema, eksperimentatorjev in začetnikov.

Tako na Ministrstvu za notranje zadeve kot na Ministrstvu za finance (carina) ocenjujejo, da problematika na področju prepovedanih drog narašča. Na MF ne omenjajo posebnih kazalcev, na podlagi katerih bi lahko podali zanesljivo oceno o razširjenosti drog. Glede na posredni kazalec – število zasegov v Sloveniji, ki se je v zadnjih letih zmanjšalo, zaradi boljšega dela na Hrvaškem, ki jo finančno podpirata EU in ZDA, bi lahko celo rekli, da se je v Sloveniji problematika zmanjšala, vendar temu ni tako. Na MNZ so eksplicitno navedli, da razširjenost drog ocenjujejo na podlagi podatka o številu kaznivih dejanj in da med drogami prevladujejo herion, kokain in marihuana. Na MF pa glede na posredne kazalce ocenjujejo, da se v zadnjem času povečuje razširjenost kokaina. Na MNZ poleg podatkov o številu kaznivih dejanj vodijo še podatke o številu osumljencev ter o številu zasegov prepovedane droge po vrsti droge, dostop do teh podatkov je javen in so objavljeni na internetu.

Kot pozitivne odzive politike zmanjševanja ponudbe na MF omenjajo tako tehnične vidike (ustrezno opremljenost enot) kot tudi usposobljenost. Zelo pomemben vidik pa je sodelovanje tako na mednarodni ravni (akcije zatiranja tihotapljenja drog) kot tudi znotraj države med sektorji na področju zmanjševanja ponudbe, kjer imajo podpisane sporazume. Na MNZ kot pomemben dejavnik omenjajo poslušnost vlade in parlamenta za pobude po spremembah zakonodaje (Zakon o kazenskem postopku, Uredba o uničevanju drog).

Če primerjamo ocene obsega problematike drog in to, kar v posameznih resorjih ocenjujejo kot pozitivne odzive, potem lahko rečemo, da tako resorji na področju zmanjševanja povpraševanja kot na področju zmanjševanja ponudbe, ne razpolagajo z zanesljivimi podatki o razširjenosti drog. Ocene so v glavnem parcialne (zajamejo predvsem tiste uživalce drog, ki poiščejo pomoč) in posredne (zajamejo le tiste, ki storili kazniva dejanja, ki so jim zasegli prepovedane substance). Kot pozitivni odzivi so na področju zmanjševanja povpraševanja izpostavljeni: povečanje finančnih sredstev in izpostavljenost problematike na deklarativni ravni, kar v celoti sovpada z ocenami resorjev na področju zmanjševanja povpraševanja. Pomembno je, da je problematika prepoznana in ustrezno zapisana v normativnih aktih, saj lahko šele na tej osnovi zagotovimo sredstva za izvedbo dejavnosti in aktivnosti na obeh področjih.

2.2. Odzivi resornih politik na področju drog in alkohola

Odzivi na problematiko drog ter alkohola in politike posameznih resorjev se med seboj razlikujejo. Med pozitivne odzive politik na področju drog lahko štejemo povečanje sredstev za financiranje socialnovarstvenih programov na področju drog in zasvojenosti. MDDSZ je od leta 1996, ko so za te programe namenili skupno 86.000 €, močno povečalo finančna sredstva, saj so leta 2007 tem programom dodelili okrog 1.900.000 €. Povečanju financiranja programov sledita povečano vlaganje v raziskovanje tega področja in usklajevanje resornih dokumentov z ReNPPD in s potrebami ljudi, ki imajo težave z zasvojenostmi. MDDSZ je v letu 2005 sprejelo Resolucijo o nacionalnem programu na področju socialnega varstva (2006-2010), v kateri so dopolnilne programe na področju socialnega varstva, vključno s programi, ki se ukvarjajo s problematiko zasvojenosti, vsebinsko umestili v dve večji skupini. Prva skupina so javni socialnovarstveni programi, med katere sodijo programi terapevtskih skupnosti in drugi programi, ki omogočajo nastanitev za uživalce drog ter terapevtski programi in drugi programi za urejanje socialnih stisk zaradi alkoholizma in drugih oblik zasvojenosti. V drugo skupino – razvojni in eksperimentalni programi pa sodijo nizkopražni programi za uživalce drog, mreža centrov za svetovanje in socialno rehabilitacijo zasvojenih s prepovedanimi drogami. V resoluciji ni razvidno, na podlagi katerih kriterijev so programe različnega praga umestili v različne skupine. MDDSZ stalno spremlja problematiko na tem področju preko javnih razpisov, udeleževanja v aktivnostih, na seminarjih ter konferencah.

Na MŠŠ kot dobre odzive politike vidijo deklarativno izražanje podpore aktivnostim namenjenim preprečevanju odvisnosti.

Med pozitivne odzive na področju alkoholne politike lahko štejemo to, da na MZ pripravljajo dvoletni akcijski načrt za področje alkohola, katerega osnutek so pripravili v mandatu prejšnje vlade. Na področju prepovedanih drog pa skuša MZ ponovno vzpostaviti koordinacijo tako med resornimi ministrstvi, raziskovalnim sektorjem kakor tudi med nevladnimi organizacijami, ki je zamrla z ukinitvijo Urada za droge. V letu 2008 so vzpostavili sodelovanje resorjev v okviru Pompidoujeve skupine, na novo pa vzpostavljajo tudi sodelovanje resorjev v okviru Vladne komisije za droge in spodbujajo mreženje nevladnih organizacij na področju drog.

Delo na področju zmanjševanja ponudbe ureja resorna zakonodaja (Zakon o carinski službi) in Resolucija o nacionalnem programu za področje drog (2004), na podlagi katerih imajo v obeh resorjih (MF in MNZ) oblikovane še akcijske načrte oz. načrt dela policije (tako srednjeročni kot letni).

Najbolj splošni cilji so zmanjšanje ponudbe (MNZ) ter razvoj in analiza tveganj (MF). Kot prednostne naloge na MF omenjajo nadzor predhodnih sestavin ter operativno delo v sodelovanju z državami na Balkanski poti.

Aktivnosti so financirane iz proračuna, v preteklosti pa so na MF pridobivali tudi sredstva EU.

Ocenjevanje uspešnosti in učinkovitosti ukrepov, ki jih izvajajo, poteka preko posrednih kazalcev. Medtem ko na MF ocenjujejo, da kazalci, kot je npr. število zasegov, niso ustrezni, pa na MNZ kot kazalce uspešnosti omenjajo ravno število zasegov, število osumljenih, ki so obravnavani in število zadev, ki so obravnavane. Iz tega bi lahko sklepali, da je politika zmanjševanja ponudbe uspešna le, če čim več zaseže, če osumi čim več ljudi..., kar pa bi v primeru, da bi se ponudba dejansko zmanjšala, ne bilo več mogoče. Zato na MF kot bolj ustrezne ocenjujejo kazalce, kot so realizacija načrtovanih akcij, angažiranost zaposlenih, ustreznost tehničnih sredstev.

Nadzor oz. poročanje o delu je v obeh ministrstvih urejeno hierarhično: od najnižjega nivoja k najvišjemu in ne neposredno od operativnih delavcev k generalnemu direktorju. Tudi odločanje poteka na ravni najvišjega organa (generalni direktor, kolegij).

Podatki, ki so pri odločanju o ukrepih zelo pomembni, so podatki s terena – tako notranje informacije kot informacije, ki jih posredujejo mednarodni organi. Ukrepanje je takojšnje. Ocenjevanje potreb poteka torej tako, da enote na terenu poročajo neposredno nadrejenim, le-ti pa višjim instancam, ki nato pripravljajo letne načrte.

Težave, ki jih omenjajo na MF, so povezane z omejenostjo glede finančnih sredstev in zato ne morejo zadovoljiti vseh potreb, ki jih identificirajo. Na MNZ večjih težav ne

navajajo, omenjajo pa težave v zvezi z organizacijo strokovnega dela, saj primanjkuje policistov in so zato tisti, ki delajo na terenu, precej obremenjeni.

Primerjava med resorji na področju zmanjševanja ponudbe in zmanjševanja povpraševanja pokaže, da sicer vsi resorji delujejo na podlagi Resolucije o nacionalnem programu na področju drog (2004), vendar so resorji na področju zmanjševanja ponudbe k delu pristopili bolj načrtno, saj so pripravili tudi akcijski načrt z opredelitvijo dolgoročnih in kratkoročnih (letnih) aktivnosti. Tako so ReNPPD dejansko operacionalizirali in eksplicitno navedli, kaj so njihove naloge. Tudi nadzor in poročanje o delu sta zelo jasno opredeljena. Vloga posameznih akterjev je natančno določena, delovanje je strogo hierarhično, zato je tudi lažje oceniti delo in usmerjati ukrepe na tista področja, kjer se pokažejo potrebe. Medtem ko je ocenjevanje potreb oz. odločanje na podlagi potreb v resorjih s področja zmanjševanja povpraševanja običajno dolgotrajno in večinoma parcialno (parcialne raziskave, obravnave rezultatov na raznih telesih – komisijah, svetih), le-to na področju zmanjševanja ponudbe poteka sprotno, pa tudi ukrepi morajo biti takojšnji, saj bi sicer ob predolgi proceduri odločanja, akcije ne bile uspešne.

Na podlagi izkušenj resorjev s področja zmanjševanja ponudbe, ki ne omenjajo bistvenih težav, kar se razlikuje od področja zmanjševanja povpraševanja, kjer je težav precej več (pomanjkljivo medresorsko sodelovanje, težave pri delu z izvajalci programov, ki dejansko niso neposredno zaposleni v resorjih, ampak so to velikokrat organizacije, ki imajo s posameznimi resorji sklenjene pogodbe o izvajanju določenih programov), lahko predpostavimo, da je za uspešno delovanje velikega pomena jasna razdelitev nalog, z natančno razdeljenimi pristojnostmi in potmi poročanja in obveščanja o izvedenih ukrepih. Ne glede na to, da strogo hierarhičnim strukturam nekateri očitajo pomanjkanje inovativnosti, pa ima takšno delovanje prednost v tem, da je bolj transparentno, zato najbrž določeni elementi takšnega načina delovanja ne bi bili odveč v resorjih zmanjševanja povpraševanja.

3. Prispevek resorjev k reševanju problematike dovoljenih in nedovoljenih drog

3.1. Prispevki posameznih resorjev k reševanju problematike

Dokument, na podlagi katerega so oblikovane resorne politike na področju drog, je Resolucija o nacionalnem programu na področju drog (2004), ki na deklarativni ravni določa prednostne naloge posameznih resornih ministrstev. Pomanjkljivost omenjene resolucije je ravno njena deklarativnost, saj dokument nekako ni zaživel na ravni izvedbe, ker mu ni sledil akcijski načrt na tem področju. Na področju alkoholne politike nimamo nacionalnega programa, je pa področje zakonsko regulirano z Zakonom o omejevanju uporabe alkohola (2003), ki določa pripravo dvoletnega akcijskega načrta.

Krovni dokument MDDSZ na področju zasvojenosti je Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva 2006 – 2010 (2006). Opozarjajo tudi, da je potrebna sprememba Zakona o preprečevanju prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (1999), saj v okviru obstoječih regulativ uporabniki socialnovarstvenih programov ne morejo uveljavljati pravic s področja zdravstvenega zavarovanja. Tako uporabniki, vključeni v program socialne rehabilitacije, nimajo pravice do bolniških nadomestil in plačila iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja.

MŠŠ nima izdelane posebne strategije za področje odvisnosti od drog in deluje na podlagi dokumenta Vključevanja zdravja v kurikulum. Dokument opredeljuje široko definicijo zdravja (telesno, duševno, itd.), vključuje problematiko uživanja drog, ter nakazuje načine izvajanja preventivnih dejavnosti. Menijo, da je s tem deklarativna raven pokrita, potrebno pa je prikazati primere dobre prakse in tako bolj podpreti šole.

Na področju alkoholne politike se MZ sklicuje na Zakon o omejevanju porabe alkohola (2003); Zakon o medijih (2006), ki izrecno prepoveduje oglaševanje alkohola, izjema je dovoljena le v primerih, če to dovoljuje nek drug zakon; Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z žvili (2000), ki opredeljuje oglaševanje alkoholnih pijač ter Resolucijo o nacionalnem programu o

varnosti cestnega prometa, za obdobje 2007-2011 (2007). V teh petih dokumentih so urejene državne regulative, ki se v večji meri nanašajo na ukrepe zmanjševanja ponudbe kot pa na zmanjševanje povpraševanja. MZ na področju alkoholne politike sodeluje z delovno skupino za izvajanje resolucije s področja varnosti v cestnem prometu in prispeva k reševanju problematike s pripravo akcijskega načrta na tem področju za prihodnji dve leti. MZ namerava sklicati svet za alkoholno politiko, ki naj bi problematiko obravnaval na medresorski ravni in imenovati člane ožje delovne skupine za pripravo akcijskega načrta. Običajna praksa sodelovanja na medresorski ravni je, da se ministrstva na svetu zgolj odločajo o konkretnih stvareh (primer: promil 0,2 ali 0,5), usklajenost stroke ali operativnost ljudi naj bi bila dogovorjena že pred tem. Kar zadeva preventivne aktivnosti so lahko ločene za področje alkohola in za področje drog, dopuščajo pa povezavo med obema. Programe ne glede na področje (droge, alkohol) financirajo iz istega proračuna. Na področju prepovedanih drog pa MZ poleg ReNPPD upošteva tudi Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog.

MZ je na eni strani zadolženo za usklajevanje ukrepov na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah, obvladovanje tveganj, ki so povezana z uživanjem drog, zdravljenjem zasvojenosti in zdravjem uživalcev drog in zasvojencev, na drugi strani pa za izvajanje nacionalnega programa na področju drog in usklajevanje resorne politike.

3.2 Cilji resornih politik

Na področju nedovoljenih drog naj bi resorne politike sledile ciljem, ki izhajajo iz nacionalne resolucije.

Glavni cilji delovanja so v okviru MDDSZ zmanjševanje posledic uporabe drog in pomoč programom na področju socialne rehabilitacije. V prihodnje bo potrebno urediti preventivo na nacionalni ravni in nadaljevati s podporo programom zmanjševanja škode, urediti dodeljevanje denarnih socialnih pomoči na CSD- jih, ter podpirati zatočišča v dnevnikih centrih in zavetišča.

MŠŠ deluje na preventivnem in kurativnem področju, pri čemer je prednostna naloga preventiva na osnovi razvijanja prosocialnih aktivnosti. Glede izvajanja kurative MŠŠ nima jasne opredelitve zaradi odsotnosti konsenza o primernem modelu, saj se pojavljajo različni modeli od restriktivnih do odprtih.

Na MZ glede alkoholne politike nimajo jasno opredeljenih ciljev. Trenutno je glavna aktivnost izdelava akcijskega načrta, v katerem bo vodstvo ministrstva na podlagi obstoječih indikatorjev opredelilo cilje in politiko zasledovanja teh ciljev. Na področju prepovedanih drog MZ pozorno sledi ciljem, ki so zapisani v resoluciji o nacionalnem programu, in sicer od evalvacij do raziskovanja, razvoja in krepitev Lokalnih akcijskih skupin, na področju represivnih državnih organov je bil narejen akcijski načrt, v zaporu se izvaja ukrepe skladno z omenjeno resolucijo. Po njihovem mnenju edino informacijski sistem ne deluje tako kot bi moral. Sicer je bil dokumentacijski center prenesen iz MZ na Zavod za zdravstveno varstvo Koper, ki tudi sicer servisira in koordinira delo nizkopražnih programov na področju drog.

3.3. Sprejemanje odločitev in prednostne naloge

Informacije o tem, kako poteka odločanje in kdo je organ, ki odloča, so nam podali le nekateri resorji.

Tako na MŠŠ, kakor na MZ zasledimo prenos odgovornosti s strokovne na politično raven. Na MŠŠ poteka odločanje o oblikovanju politike v fazah. Prva faza je razvojno-raziskovalna. Najprej zbirajo strokovne podlage, ki jih pridobijo iz rezultatov CRP-ov, evalvacijskih študij, mednarodnih študij. V naslednji fazi minister imenuje strokovno ekipo (delovna skupina, svet, komisija), ki jo sestavljajo strokovnjaki (teoretiki, šolniki, predstavniki Zavoda za šolstvo in ministrstva). Ta skupina nato pripravi dokument. Ministrstvo oblikuje smeri ravnanja in prepusti šolam v izvajanje. Pri tem zadolži osebo, ki izvaja nadzor nad izvajanjem in uresničevanjem dokumentov.

Na MZ je pri odločanju o alkoholni politiki pomemben akter koordinator, ki pripravlja vse strokovne temelje za svet na področju alkoholne politike ter za pripravo

akcijskega načrta. Glede opredelitve ministrstva do alkoholne politike ter za določanje ciljev akcijskega načrta pa je pristojno vodstvo ministrstva. Opozarjajo, da so cilji akcijskega načrta na področju alkohola že določeni v Evropski strategiji na področju alkohola. To dejstvo sicer olajšuje delo vodstva, vendar morajo biti cilji tudi v skladu z obstoječo zakonodajo RS. Poleg tega o vsebini nacionalnega programa ne odloča zgolj eno ministrstvo temveč vsa ministrstva s tega področja. Na področju prepovedanih drog pa je za koordinacijo zadolžen Sektor za krepitev zdravja in zdrav življenjski slog v direktoratu za javno zdravje.

Prednostne naloge resorjev so na področju drog v glavnem povezane z vnaprej določeno vlogo na tem področju.

Glede dejavnosti, ukrepov in programov, ki jih trenutno spodbujajo, so na MDDSZ navedli projekt verifikacije socialnovarstvenih programov. Postopek verifikacije se je začel v jesenskem času 2007, končal se bo predvidoma v dveh letih. Pogoj za pridobitev naslova javnega socialnovarstvenega programa je strokovnost, uspešnost, uspešna evalvacija, ter doseganje želenih rezultatov. Programom bo s pridobitvijo verifikacije zagotovljeno stabilnejše financiranje. Poleg tega pa določena sredstva namenjajo tudi preventivnim akcijam.

Med prednostne naloge MŠŠ sodi zagotavljanje prosocialnega vedenja v šolah. Zato bodo na ministrstvu od šol zahtevali sistematični pristop, pripravo letnega načrta, načrta vzgoje, preko katerega želijo doseči poenotenost delovanja šol na področju preventivnih dejavnosti, ki bodo finančno pokrite s strani ministrstva (s sofinanciranjem ESS – Evropskih strukturnih skladov). S tem želijo identificirati in pokazati primere dobre prakse. V okviru MŠŠ podpirajo tako kurativne kot preventivne programe, pri čemer zaradi prosocialne vloge šole večjo pozornost namenjajo preventivi. Mrežo preventive pokrivajo preko tako imenovanih Zdravih šol, ki so se v sedanjem času, po zaslugi IVZ-ja, razširile po vseh slovenskih regijah. Pri tem opozarjajo na slabo pokritost strokovnih in poklicnih šol, kar je posledica preteklega elitističnega pojmovanja nedostopnosti drog nižjim socialnim slojem in kulturne usmerjenosti le teh k uživanju alkohola. Zato so se na ministrstvu zavzeli za pridobitev sredstev iz EU, ki bodo namenjena prav prenovi teh programov. Denar je namenjen predvsem preprečevanju šolske neuspešnosti. Uspešnost naj bi bila

ključna tema, saj menijo da je sprejetost in uspešnost otrok pomemben dejavnik preprečevanja zasvojenosti. Od sredstev, v višini 20 milijonov evrov, bodo eno tretjino namenili prosocialnim aktivnostim.

3.4. Podatkovne baze, ugotavljanje potreb in načrtovanje ukrepov

Z namenom načrtovanja potreb po programih resorna ministrstva zbirajo določene podatke, ki niso sistematično urejeni niti znotraj posameznih resorjev niti med resorji. Glede podatkovnih baz, s katerimi razpolagajo posamezni resorji, obstajajo različne prakse – od tega, da uporabljajo izključno svoje vire podatkov in svoje podatkovne baze do tega, da določeni resorji nimajo svojih baz podatkov in večinoma uporabljajo podatkovno bazo IVZ, ki je z vidika podatkov za področje drog po nekaterih ocenah pomanjkljiva.

Boljši so podatki za področje alkohola, kjer indikatorje še prilagajajo in oblikujejo.

Potrebe po programih na MDDSZ ocenjujejo preko zbiranja podatkov v »okviru redne javne službe« (CSD). Podatke zbirajo preko vprašalnikov (koliko storitev je opravljenih na centru za socialno delo na področju zasvojenosti in na področju alkoholizma, koliko uporabnikov in koliko svojcev je bilo vključenih), ki na področju drog niso bili strukturirani na tak način, da bi bilo razvidno, za kakšne oblike zasvojenosti gre, kaj so glavni problemi, koliko časa že traja zasvojenost in podobno. Iz tega razloga so se odločili, da IRSSV (Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo) analizira podatke po posameznih programih, ki jih sofinancirajo (število sofinanciranih programov, sredstva, ki jih za to namenjajo in razmerje v porabljenih sredstvih za preventivne in kurativne dejavnosti, število uporabnikov, kategorije programov, regijska pokritost programov), vendar niso dobili zadovoljivih podatkov z vidika ugotavljanja potreb.

Na MŠŠ niso problematizirali pomanjkanja podatkov, ki bi prikazovali opis situacije, ni pa podatkov o trendih. Identificirali so potrebo po ustanovitvi informacijskega centra, ki bi te podatke zbiral. Najbrž se ravno zaradi omenjenih pomanjkljivosti v nekaterih

resorjih odločajo za posamične raziskave in analize, ki lahko podajo le trenuten pogled na stanje, ne omogočajo pa bistvenih primerjav.

Ugotavljamo, da na izvajalski ravni npr. CPZOD zbirajo podatke, ki jih uporabljajo v lastne namene in za izboljšanje programa.

Na MZ za ugotavljanje potreb na področju alkoholne politike uporabljajo indikatorje, ki jih za ta namen zbira IVZ. Ti indikatorji so: uporaba alkohola v splošni populaciji, uporaba alkohola med mladimi, prevalenca rabe alkohola, število mrtvih v prometnih nesrečah zaradi rabe alkohola, število bolniških in hospitalizacij zaradi rabe alkohola. Na področju prepovedanih drog pa na MZ ugotavljajo, da imajo na razpolago veliko virov (parcialnih raziskovalnih projektov kot so: Evalvacija vzdrževalnega substitucijskega programa zdravljenja v Sloveniji – ocena kvalitete in učinkovitosti, Potrebe po novih programih pomoči za uporabnike drog v RS, Na kokainu), na katere se lahko naslonijo pri načrtovanju potreb. Opozarjajo pa, da jim zmanjka časa za analizo teh virov in da je ena od vlog informacijske enote analiza razpoložljivih raziskav in podatkov.

Podatki, na podlagi katerih se pristojni v posameznih resorjih in izvajalci programov odločajo o ukrepih, izhajajo iz podatkovnih baz, s katerimi razpolagajo. Zato se v nekaterih resorjih odločajo izključno na podlagi lastnih podatkov (tisti, ki imajo lastne podatkovne baze), v drugih pa na podlagi podatkov, ki jih zbirajo druge institucije, kar je lahko na eni strani prednost, ker ni potrebno trošiti dodatnih virov za vzdrževanje lastnih podatkovnih baz; na drugi strani pa obstaja nevarnost, da podatkovne baze izven resorja ne pokrivajo vseh potrebnih podatkov, ki so ključnega pomena za učinkovito načrtovanje in izvajanje ukrepov.

3.5. Ukrepi in mehanizmi za nadzor in ocenjevanje uspešnosti

V večini resorjev niso posredovali informacij glede tega, komu in kako poročajo o svojem delu. Na MŠŠ so na primer v preteklem obdobju imeli Svet za zdravje, ki je pripravljala poročila in ocenjujejo, da obstaja potreba po ponovni vzpostavitvi tega sveta. Predvidevamo, da je delo posameznih strokovnih delavcev v celoti

prepuščeno njim samim, če na višjih nivojih ni potrebe po informacijah o izvedenih aktivnostih in ugotovljenih pomanjkljivostih ali potrebah. Takšno stanje lahko vodi do stagnacije ali nazadovanja, saj ne ponuja spodbude za kakovostno delo.

Med ukrepi in mehanizmi za nadzor na ravni različnih resorjev so predstavniki najpogosteje omenjali samoevalvacijo, kar lahko kaže na nepoznavanje vloge (samo)evalvacije, ki naj bi bila namenjena informiranju o potencialnih dosežkih ali primanjkljajih, in ni mehanizem nadzora, ali pa na to, da ne uporabljajo mehanizmov nadzora, ki so opredeljeni v področni zakonodaji (npr. socialna inšpekcija).

Ocenjevanje uspešnosti in učinkovitosti ukrepov v različnih resorjih (programih) poteka različno. Na MDDSZ menijo, da je samoevalvacija edini mehanizem, s katerim lahko nadzorujejo izvajanje programov in doseganje ciljev. Tako so analizirali podatke za leto 2006. Ocenjevanje dela v določeni meri izvajajo tudi v okviru CPZOD.

Na MŠŠ so v letu 2000 načrtovali zunanjo evalvacijo programov po posameznih šolah, ki je zaradi spreminjanja izvedbe programov ter usihanja programov niso izvedli. Zato so se odločili za mehanizem samoevalvacije, ki naj bi jo vsaka šola izvedla za svoje programe. Obveza samoevalvacije je povezana s spremembo zakonodaje (Zakon o osnovni šoli). V primeru sprejetja zakona bodo šole morale izdelati načrt šole, spremljati izvedbo in izvesti samoevalvacijo vzgojno-izobraževalnega dela na podlagi inštrumentov, ki so jih preizkušali v letu 2002. Namen samoevalvacije je identifikacija uspešnih programov ter prepoznavanje elementov uspešnosti. Pod pogojem, da bosta noveli zakona sprejeti, bodo na ta način odpravili primanjkljaj primerov dobre prakse. Ministrstvo bo šolam namenilo finančna sredstva iz Evropskega socialnega sklada in jih hkrati zavezalo k opisom primerov dobre prakse. Menijo, da je zaradi nenehnega spreminjanja programov nacionalno preverjanje nesmiselno.

Na MZ poročajo o svojem delu vladi in ta poroča parlamentu. Gre za sistemsko poročanje o porabi sredstev (za kaj so jih porabili in komu so namenjena). V nacionalnem programu je predvideno vrednotenje tako ukrepov in programov na področju prepovedanih drog kakor tudi same resolucije in zakonodaje.

Vrsta podatkov, ki jo v okviru ocenjevanja uspešnosti in učinkovitosti zbirajo, je raznolika. Na MDDSZ so naredili celovito analizo, vendar so se osredotočili na regijsko pokritost programov, v okviru CPZOD pa spremljajo število uporabnikov. Glavne ugotovitve so, da regijska pokritost še ni ustrezna (primanjkljaj v določenih regijah SV, SZ, JV Slovenija) oz. da se število uporabnikov v CPZOD-ih letno veča.

Za resorje, za katere nimamo eksplicitnih podatkov o ocenjevanju uspešnosti in učinkovitosti ukrepov, sklepamo, da izvajajo podobne prakse – od tega, da nekateri šele načrtujejo izvedbo ocenjevanja do tega, da imajo to, vsaj z vidika določenih nujnih podatkov že izvedeno. Je pa razvidno, da kljub temu, da gre za področje, ki se ukvarja z istim socialnim problemom, ni enotnih smernic za ocenjevanje uspešnosti in učinkovitosti ukrepov.

3.6. Težave pri izvajanju dela in predlogi za odpravljanje težav

Težave pri izvajanju dela so največkrat povezane z izvajanjem nalog posameznih resorjev in programov, pri čemer posamezniki omenjajo še težave z medresorskim sodelovanjem ali težave na sistemski ravni oz. na ravni države. Nekateri respondenti navajajo tudi predloge za odpravljanje težav.

V tistih resorjih, kjer so navajali številne aktivnosti, ki potekajo na področju drog (npr. MDDSZ), je večina težav povezana z njihovim neposrednim delom z izvajalci programov. Opažajo predvsem težave pri organizaciji strokovnega dela in izpostavljajo potrebo po koordinatorjih na lokalni ravni, ki bi prenašali znanja in informacije z državne ravni na lokalno in obratno. Težava, ki jo opaža kar nekaj respondentov, je pomanjkanje kadra in izgorelost na delovnem mestu. Kot glavni vzrok za pomanjkanje kadra navajajo pomanjkljive finančne vire in kot možno rešitev prijave na razpise EU. Drugi težave vidijo v stagnaciji in pomanjkanju znanja, kar bi bilo mogoče izboljšati s preučevanjem primerov dobre prakse z drugih področij ter z ustrežnejšimi izobraževalnimi programi. Pomembna težava, ki jo izpostavljajo tako v resornih ministrstvih kot tudi na izvajalski ravni, so modeli dela. Nekateri govorijo o tem, da so obstoječi modeli dela zastareli, da ne upoštevajo dovolj spremenjenih razmer (npr. nove zasvojenosti, nove droge) in evropskih usmeritev. Drugim pa

težave povzročajo nestrinjanja glede tega, kakšen oz. kakšni modeli dela so bolj primerni. Tako se na eni strani pojavljajo težnje po izključevanju določenih modelov dela (npr. nizkopražni pristop), drugi pa zagovarjajo večjo odprtost. Te raznolike težnje povzročajo težave ob pripravi ustreznih resornih usmeritev, pa tudi med samimi izvajalci programov prihaja do napetosti. Nekateri respondenti predlagajo več povezovanja s strokovnjaki iz tujine in sledenje zahodnoevropskim smernicam na področju politike drog. Če temu dodamo še naslednjo pomanjkljivost – odsotnost ustreznih raziskav in podatkov, postane jasno, da je (informirano) odločanje o tem, kaj so primerni ukrepi in usmeritve posameznega resorja, skorajda nemogoče. Evropska strategija na področju drog (Strategija EU na področju drog 2005–2012, 2005) sicer dopušča, da so konkretni ukrepi oblikovani glede na regionalne posebnosti, vendar je v izhodiščih opredeljen celovit pristop k reševanju te problematike, ki ne zagovarja vnaprejšnje prednosti posameznim ukrepom. Tako pri pripravi ukrepov posameznih resorjev potrebujemo ustrezne podatke o potrebah, da ne bo prihajalo do odločanja pod vplivom raznih pritiskov in trenutne moči zagovornikov takšnih ali drugačnih ukrepov, kar lahko prinese veliko škodo. V trenutni situaciji, ko ustreznih podatkov o dejanskih potrebah ni na voljo, je breme preloženo izključno na izvajalce programov, ki so v neposrednem stiku z uporabniki. Predpostavljamo, da so zaradi neposrednega stika izvajalci pozorni na izražene potrebe uporabnikov, vendar tak način dela ne omogoča, da bi na ravni države imeli vpogled v obsežnost določenih potreb in želja in da bi temu ustrezno spodbujali primerne ukrepe.

Ostale težave so največkrat povezane s pomanjkljivim medresorskim sodelovanjem, zaradi česar se zgodi, da resor, ki je sprejel zakonodajo npr. MZ, ki je sprejelo zakon za področje alkohola, nima možnosti nadzora in spremljanja programov, ki jih izvajajo drugi resorji npr. Ministrstvo za notranje zadeve (MNZ). Na področju alkoholne politike rešitev vidijo v oblikovanju akcijskega načrta in oblikovanju krovne organizacije, ki bi zagotavljala usklajevanje in nadzorovanje.

4. Sodelovanje z drugimi akterji

4.1. Sodelovanje pri razvijanju in implementaciji politik na področju dovoljenih in nedovoljenih drog

Pri delu oziroma izvrševanju nalog resorjev med drugim prihaja do zapletov pri medresorskem sodelovanju. Kljub temu določeni resorji v večji ali manjši meri sodelujejo z drugimi akterji pri razvijanju in implementaciji politik na področju drog.

Večina sodelovanja poteka na ravni države. Pri tem gre za sodelovanje med različnimi ministrstvi; med ministrstvi in raziskovalnimi ustanovami (v manjši meri); med ministrstvi in drugimi državnimi organi (npr. varuh človekovih pravic – v manjši meri); med ministrstvi in njihovimi resornimi izvajalci programov; med izvajalci programov znotraj resorja oz. izvajalci programov različnih resorjev.

Sodelovanje z akterji na ravni EU respondenti izpostavljajo kot potrebo. Predvsem gre za sodelovanje z Evropsko komisijo in z Evropskim socialnim skladom zaradi možnosti pridobivanja dodatnih finančnih virov, in z ostalimi državami članicami, s katerimi bi lahko izmenjali znanje in izkušnje izvajalcev.

Na MZ so zadolženi za koordinacijo navznoter (na nacionalni ravni) in navzven (do EU in drugih držav). V času našega raziskovalnega projekta je bilo zelo okrepljeno mednarodno sodelovanje v okviru koordinacije v skupini Pompidou, Komisije ZN za droge na Dunaju, Horizontalne skupine za droge v okviru EU. Ocenjujejo, da le na področju zbiranja, posredovanja in izmenjave podatkov - z Evropskim centrom za spremljanje drog in zasvojenosti sodelovanje ni takšno kot so pričakovali.

Izvajalci programov omenjajo še sodelovanje z drugimi državami srednje Evrope, vzhodne Evrope, centralne Azije, kar kaže, da sodelovanje na ravni EU in na meddržavni ravni znotraj Slovenije ni usklajeno, ampak poteka po različnih modelih: ministrstvo – Evropska komisija; izvajalec programa – posamezna država. Nekateri resorji sodelujejo tudi s Komisijo za droge v okviru Organizacije združenih narodov. Glede na usmeritev Evropske strategije na področju drog (2005), da naj bi sodelovanje s tretjimi državami potekalo usklajeno preko EU, se zdi, da sodelovanje ne poteka usklajeno niti na ravni Slovenija – EU; sodelovanje s tretjimi državami pa poteka predvsem na podlagi individualnih stikov, ki so jih izvajalci posameznih programov vzpostavili z organizacijami v drugih državah.

Načini sodelovanja so na različnih ravneh raznoliki. Na ravni države gre pri medministrskem sodelovanju na področju drog večinoma za pogovore o odprtih temah, za določene skupne projekte, sodelovanje v zvezi z raziskovalnim delom. Ni pa zaznati sodelovanja v zvezi z oblikovanjem politik. Na področju oblikovanja alkoholne politike omenjajo dobro sodelovanje med Ministrstvom za zdravje in ostalimi resorji.

Sodelovanja predstavnikov resornih ministrstev na ravni EU je manj; v glavnem gre za spremljanje razpisov in prijavljanje na razpise. Kar zadeva sodelovanja med izvajalci programov in tretjimi državami, se nekateri izvajalci pojavljajo v vlogi izobraževalcev. Škoda je le, da se to ne uredi tudi na sistemski ravni.

Sodelovanje med izvajalci različnih programov je videti bolj kot nuja, saj en program ne odgovori na vse potrebe, ki jih lahko ima uporabnik drog. Ker uporabniki prehajajo med programi (med nizkopražnimi; med nizkopražnimi in visokopražnimi), se je razvilo sodelovanje predvsem za to, da so si izvajalci olajšali delo.

Glede pogostosti sodelovanja na ravni države (tako med ministrstvi kot med izvajalci programov) respondenti izpostavljajo, da je v preteklosti bilo to sodelovanje precej bolj pogosto, kot je sedaj, ko je opaziti pasivnost glede sodelovanja, ter občasne, redke stike.

Ocene sodelovanja se večinoma povezujejo s pogostostjo sodelovanja – kjer je pogostost sodelovanja večja, so tudi ocene sodelovanja boljše; kjer je stikov manj, je ocena slaba. Kot razloge za slabo sodelovanje na ravni države večinoma navajajo prepočasno odzivnost, ukvarjanje predvsem z nalogami resorja, zaradi česar ne ostane dovolj časa za medresorsko sodelovanje, kar je s strani drugega resorja lahko videti, kot da določen resor področju drog ne posveča dovolj pozornosti.

Nekateri izvajalci programov omenjajo, da na ravni države strukture ne delujejo oz. delujejo nepovezano; na drugi strani sodelovanje med različnimi izvajalci programov ni bilo ocenjeno kot slabo. Zanimiv je obrat v ocenah sodelovanja na ravni države in sodelovanja na ravni EU. V preteklosti je bilo bolje ocenjeno sodelovanje na ravni države (takrat je bilo manj sodelovanja in slabše ocenjeno sodelovanje z EU),

medtem ko sedaj ocenjujejo kot boljše sodelovanje na ravni EU. Menimo, da se je z ukinitvijo Urada za droge, katerega delo je bilo s strani vseh resorjev kot tudi izvajalcev programov ocenjeno kot pozitivno, na domačem področju pojavila praznina, ki so jo nekateri resorji »zapolnili« s tem, da so se neposredno obrnili na strukturo EU. Pri večjem sodelovanju navzven (in posledično manjšem navznoter) vidimo prednosti, saj lahko pristojni resorji neposredno sledijo vsem novostim na ravni EU. Vendar se že kažejo tudi slabosti, saj so izvajalci programov na tistih točkah, kjer bi bilo potrebno sodelovanje s programi, ki jih pokriva drug resor, večkrat prepuščeni sami sebi.

Resorji na področju zmanjševanja ponudbe sodelujejo med sabo na podlagi skupnih načrtov (MF in MNZ), v delovnih skupinah (MF, MNZ, MP), na podlagi neposrednega dela med vodji. Pogostost sodelovanja med njimi je velika, pa tudi ocena sodelovanja je dobra, saj menijo, da je delo korektno opravljeno in da pri sodelovanju ni težav. Več težav je bilo v preteklosti, ko so si omenjeni resorji konkurirali in tekmovali med sabo, kdo bo uspešnejši po številu zasegov, saj je bilo od tega odvisno financiranje dejavnosti.

Drugačna pa je slika, ko gre za sodelovanje med resorji na področju zmanjševanja ponudbe in resorji na področju zmanjševanja povpraševanja; sodelovanja z npr. MDDSZ ali MŠŠ ni. Več je sodelovanja MZ predvsem zaradi sodelovanja predstavnikov resorjev s področja zmanjševanja ponudbe v Pompidujevi skupini, sodelovanje ocenjujejo kot korektno. Znotraj MZ je slabše ocenjen Inštitut za varovanje zdravja (IVZ) kot neodziven. Na MNZ nesodelovanja z večino resorjev na področju zmanjševanja povpraševanja ne problematizirajo. Menijo namreč, da je sodelovanja malo zaradi dejstva, da se delo pač ne prepleta. Na MF navajajo, da sodelujejo z drugimi akterji, ki so izvajalci programov na področju zmanjševanja povpraševanja – šole, vendar gre zaenkrat le za individualne pobude, kot so dnevi odprtih vrat, kjer carina predstavlja svoje aktivnosti.

Tudi v MF in MNZ ocenjujejo, da je preteklosti kot zelo pomemben akter s pozitivno vlogo deloval Urad za droge, bil je pomemben vezni člen in vir informacij.

MF in MNZ imata močne povezave tudi navzven. Oboji sodelujejo s Komisijo EU: MF na različnih sestankih, MNZ v okviru Horizontalne delovne skupine za droge pri raznih posvetovanjih; z Europolom in Interpolom; s Seki centrom v Bukarešti (akcije na področju odkrivanja mednarodnega kriminala); z Organizacijo združenih narodov. MF sodeluje še s Svetovno carinsko organizacijo (udeležba na sestankih); z vsemi članicami EU, podpisnicami Neapeljske konvencije, pri čemer opozarjajo, da se pri nas v okviru tega sodelovanja pojavljajo težave, ker carina nima ustreznih pooblastil za nadaljnje ukrepanje, ko zaseže prepovedano drogo; ima bilateralne sporazume z različnimi državami predvsem zaradi izmenjave podatkov in raznih zaprosil. MNZ omenja sodelovanje z EMCDDA in EUROJUST.

4.2. Težave pri sodelovanju med različnimi akterji na področju dovoljenih in nedovoljenih drog

Glavne težave pri sodelovanju med akterji pri razvijanju in predvsem implementaciji politik na področju nedovoljenih drog so na nivoju države naslednje: premalo je medsebojnega povezovanja in komunikacije; zato prihaja do težav predvsem pri implementaciji projektov, ki jih ne more izvesti le en sam resor. Respondenti navajajo, da sodelovanja, mreženja, povezav in skupnega dela na tem področju ni. Kot vzrok za te težave nekateri navajajo ukinitve Urada za droge, nedelovanje Vladne komisije za droge, skratka odsotnost koordinacije med strukturami, ki delujejo na področju politike drog. Izvajalci programov dodajajo, da je v preteklosti pred uvedbo Urada za droge RS obstajal institut koordinatorja na MZ, ki naj bi dobro opravljal svoje delo in imel jasne naloge. Sledila je ustanovitev Urada za droge, ki je imel koordinatorsko vlogo na področju celotne Republike Slovenije in jo je razširil tudi na nevladni sektor. Ukinitve Urada za droge je povzročila ovire pri izvajanju politik. Z umestitvijo Urada za droge pod okrilje MZ so področje drog razpršili na različna področja dela in služb, s tem so se razpršile tudi pristojnosti in odgovornosti. Kot predlog navajamo mnenje MDDSZ, ki vidi rešitev v ponovni vzpostavitvi državnega telesa, ki bi pokrival celotno področje.

Problematično je dejstvo, da izvajalci v programih, ki sodijo v okvir MZ, nimajo sogovornika na ministrstvu, na katerega bi se lahko obrnili v primeru odprtih vprašanj, usmeritev.

Tudi na MZ ocenjujejo, da je glavna ovira pri sodelovanju z resorji v tem, da ni organa, ki bi opravljal koordinacijo med njimi. Sicer so se z ukinitvijo Urada za droge pooblastila in pristojnosti prenesle na MZ. Ocenjujejo, da na področju koordinacije škripa tako zaradi pomanjkanja kadra (bistveno se je zmanjšalo število strokovnih delavcev, ki pokrivajo področje drog) kakor tudi zaradi preobremenjenosti strokovnih delavcev (strokovni delavci pokrivajo več različnih področji hkrati). Poleg koordinacije, izvajanja politike na področju drog in alkohola in mednarodnega sodelovanja na MZ opravljajo še vrsto upravnih zadev (izdajanja dovoljenj za posest drog, izdajanje dovoljenj za učne in znanstvene namene, ki jih potrebujejo razne inštitucije in organizacije). Na MZ menijo, da jim marsikdaj tudi zaradi preobremenjenosti z omenjenimi postopki zmanjka časa za strateške razmisleke, kot je na primer akcijski načrt, ki je nujno potreben in kar vlada in parlament pričakuje od njih.

Z Resolucijo o nacionalnem programu na področju drog (2004) je bila za zbiranje in posredovanje podatkov, ki bi resorjem zagotavljali ustrezno informiranost o problematiki, zadolžena informacijska enota pri IVZ, vendar nekateri resorji ocenjujejo, da obstoječe podatkovne baze niso ustrezne za usmerjanje nadaljnjega dela. Pomanjkanje podatkov o številu uživalcev drog, trendih uživanja drog, številu problematičnih uživalcev drog je namreč precejšnja ovira za načrtovanje politik.

Glede težav v zvezi s sodelovanjem na ravni EU samo eden od resorjev (MŠŠ) omenja, da so v preteklosti imeli težave s črpanjem sredstev iz skladov EU, kar pa je že urejeno.

Pomembno je, da strokovni delavci na ministrstvih in v organizacijah, ki izvajajo programe, razmišljajo o možnih rešitvah, ki bi sodelovanje izboljšale. Po njihovem mnenju je na državni ravni nujna vzpostavitev koordinacije, ki jo nekateri vidijo v aktiviranju Vladne komisije za droge, povezovanju struktur med sabo; na področju politike alkohola pa v ustanovitvi sveta za alkoholno politiko ter širjenju programov na

tem področju. Nujno je dvostransko sodelovanje med posameznimi ministrstvi, ki financirajo vsebinsko podobne programe (npr. MDDSZ in MŠŠ – področje preventive). Za spodbujanje sodelovanja izvajalcev programov na ravni EU bi bila potrebna usposabljanja in izobraževanja za prijavljanje na razpise in črpanje sredstev ter precej bolj intenzivno sodelovanje držav članic na področju izmenjav izvajalcev programov.

Ko primerjamo opise sodelovanja resorjev na področju zmanjševanja povpraševanja in zmanjševanja ponudbe, lahko kot prvo razliko izpostavimo to, da na področju zmanjševanja povpraševanja večina sodelovanj poteka znotraj države med različnimi ministrstvi; med ministrstvi in raziskovalnimi ustanovami (v manjši meri); med ministrstvi in drugimi državnimi organi (npr. varuh človekovih pravic – v manjši meri); med ministrstvi in njihovimi resornimi izvajalci programov; med izvajalci programov znotraj resorja oz. izvajalci programov različnih resorjev. Vendar ta sodelovanja niso sistematična (torej namenjena oblikovanju skupnih politik), ampak jih lahko ocenimo kot 'ad hoc' sodelovanja glede odprtih tem, posameznih skupnih projektov, raziskovanj ipd. Na področju zmanjševanja ponudbe je sodelovanje znotraj države precej bolj sistematično, načrtno, jasno dogovorjeno. Resorji s področja zmanjševanja ponudbe se tudi precej bolj povezujejo z akterji izven države, kjer je njihova vloga jasno opredeljena, medtem ko se resorji na področju zmanjševanja povpraševanja v tujino usmerjajo bolj kot k viru za dodatno financiranje aktivnosti.

Zanimivo je, da nekateri akterji na področju zmanjševanja ponudbe (MNZ) ne vidijo potrebe po povezovanju z resorji na področju zmanjševanja povpraševanja, češ da je njihovo delo preveč različno. Ne glede na to, pa vsi menijo, da je ukinitvev Urada za droge, ki je deloval kot koordinator in povezovalac med različnimi resorji, prinesla negativne posledice, saj trenutno ni ustreznega organa, ki bi se odzval na tekočo problematiko predvsem na tistih področjih, kjer je potrebno medresorsko sodelovanje oz. problematiko, ki je ni mogoče rešiti znotraj enega samega resorja. Odsotnost koordinatorja občutijo še toliko bolj resorji s področja zmanjševanja povpraševanja, ker niso toliko povezani med sabo, kot so resorji na področju zmanjševanja ponudbe.

5. Prihodnje, predvidene aktivnosti

Prihodnje, predvidene aktivnosti v posameznih resorjih v grobem sodijo v tri sklope. Prvi je vezan na neposredno delo z izvajalci programov na področju drog, kar vključuje »skrb« za dobro izvedbo programov (npr. posodobitev opreme v nizkopražnih programih s kombiji za terensko delo) in spodbujanje razpisov za področja, kjer se pojavljajo potrebe (npr. za področje alkohola in mladih).

V drugi sklop sodijo aktivnosti, ki so povezane s strokovnim razvojem. To vključuje spremembe zakonodaje, ki bodo omogočale evalvacijo programov in identificiranje primerov dobre prakse ter sodelovanje pri organizaciji mednarodnih konferenc, ki omogočajo prenos znanja.

Tretji sklop so aktivnosti, ki jih vidimo kot odgovor na težave v zvezi s pomanjkljivo koordinacijo. Na področju alkoholne politike je predvidena ustanovitev sveta za alkoholno politiko. Na področju nedovoljenih drog pa resorji predlagajo obuditev medresorskega sodelovanja v okviru že obstoječih struktur (Vladna komisija za droge) ali v okviru ponovne vzpostavitve struktur, ki so bile ukinjene (Urad za droge).

Izvajalci programov želijo dopolnjevati programe na podlagi spremljanja obstoječih aktivnosti in izobraževanja.

Kot najbolj nujne aktivnosti respondenti izpostavljajo tiste, ki sodijo v sklop izboljšanja koordinacije in pri tem navajajo konkretne predloge, kot so: večje medresorsko sodelovanje tako na nivoju lokalne skupnosti (kjer so nujni koordinatorji, ki bodo posredniki med državo in lokalno skupnostjo v smislu informiranja, usmerjanja in zbiranja podatkov in so lahko financirani ali s strani države ali s strani EU), kot pri raziskovanju področja zasvojenosti (tu se pojavlja potreba po celoviti raziskavi za Slovenijo; po oblikovanju podatkovne baze), pri spremembah zakonodaje (npr. Zakona o preprečevanju prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog, da bi zagotovili večjo zdravstveno varnost uporabnikom programov socialne rehabilitacije), sodelovanje pri usmerjanju posebnih skupin programov (npr. preventivni programi); sodelovanje kadrov pri skupnih projektih; oblikovanje sveta za alkoholno politiko. Drugi sklop nujnih aktivnosti je povezan z izvajalci programov, kjer

se pojavlja potreba po boljši organizaciji dela z vzpostavitvijo vmesnih struktur med resorjem in izvajalci.

Prihodnje predvidene aktivnosti v resorjih zmanjševanja ponudbe se nanašajo na potrebne vire (kadri, oprema in finančna sredstva) ter sodelovanje z akterji. V obeh resorjih navajajo, da bodo nadaljevali z obstoječimi aktivnostmi in sodelovanji. Predvsem na MF menijo, da bodo za izvedbo aktivnosti v prihodnje potrebna večja finančna sredstva za nabavo sodobne opreme, medtem ko na MNZ nabave opreme še ne vidijo kot zelo nujne naloge. Oboji omenjajo, da je nujno izobraževanje kadrov, ki poteka sprotno; na MNZ bi želeli odpraviti pomanjkanje kadra, vendar menijo, da je to v dani situaciji nerealno.

V vseh resorjih s področja zmanjševanja ponudbe, pa tudi v nekaterih s področja zmanjševanja povpraševanja se zavedajo pomena strokovnega razvoja kadra, posodabljanja opreme, torej ustreznih virov za izvedbo aktivnosti. Ker se v resorjih s področja zmanjševanja ponudbe ne srečujejo z večjimi težavami, so prihodnje akcije dejansko nadaljevanje že začelih. Več težav je na področju zmanjševanja povpraševanja, zato tu načrtujejo raznolike ukrepe, vezane na neposredno delo z izvajalci programov, spodbujanje razpisov za programe, kjer se pojavljajo potrebe, spremembe zakonodaje, ki bodo omogočale evalvacijo programov in transparentnost delovanja; pojavlja se tudi potreba po koordinaciji.

6. Sklep

Na podlagi rezultatov analize intervjujev s predstavniki resornih politik in nekaterimi izvajalci programov pomoči ugotavljamo, da na nacionalni ravni ne razpolagamo z ustreznimi bazami podatkov o številu uživalcev drog, o trendih, o povpraševanju po zdravljenju ipd. Ugotavljamo, da tako v resorjih, ki imajo dostop do nacionalne baze podatkov, kot v tistih, ki tega nimajo oziroma ocenjujejo te podatke kot neustrezne, financirajo in izvajajo različne dodatne raziskave. Zato je nujno razmisliti, ali je nacionalna podatkovna baza (v taki obliki, kot je sedaj) smiselna oziroma kdo sploh uporablja to bazo kot informacijo za usmerjanje politik. Da bi bila nacionalna baza (bolj) uporabna za usmerjanje politik, je potrebno poleg indikatorjev, ki so na evropski

ravni že znani in jih letno zbira EMCDDA, določiti še indikatorje, ki jih resorji potrebujejo tako za ocenjevanje potreb kot za usmerjanje politike na nacionalni ravni. Podatkovne zbirke na področju alkohola so v primerjavi s podatkovnimi zbirkami na področju prepovedanih drog, po mnenju predstavnikov resornih politik, zadovoljive. V resorjih na področju zmanjševanja ponudbe zbirajo podatke o razširjenosti drog na podlagi posrednih kazalcev (npr. število zasegov, število obravnavanih zadev s tega področja ipd.), ki nam ne dajo zanesljive slike o razširjenosti drog. Evidence podatkov imajo urejene in so javno dostopne tudi preko spleta.

Posamezni resorji sicer poskušajo izvajati politiko na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah, vendar se pri tem pojavljata dve glavni oviri. Prva je prepletanje področij dela, kar se kaže skozi poseganje posameznih resorjev na področja dela drugih resorjev (npr. MDDSZ in MŠŠ posegata na področje preventive in kurative), kar je še posebej problematično zaradi slabega sodelovanja. Ker v ReNPPD (2004) ni jasno določenih akterjev, ki bi bili zadolženi za posamezne naloge na posameznih področjih dela, je nemogoče določiti odgovornost posameznega resorja v primeru neizvedenih nalog. Kot drugo oviro opažamo prikritost problematike v resornih dokumentih (kot npr. na MŠŠ, kjer je področje drog implicitno vključeno v dokument Vključevanje zdravja v kurikulum). Ocenjujemo, da tak način ni primeren za učinkovito implementacijo programov na tem področju. Na področju alkohola pa se bodo medresorska pogajanja o vsebini akcijskega načrta (prioritetah, ciljnih, nalogah in akterjih) šele začela. Politiko na področju zmanjševanja ponudbe ocenjujejo kot ustrezno. Razberemo lahko, da so aktivnosti preišljene, načrtovane (kratkoročno in dolgoročno), ciljno usmerjene in da sta poročanje o delu in nadzor jasno opredeljena. Potrebe po aktivnostih ocenjujejo sprotno s pomočjo informacij s terena in iz mednarodnih podatkov, odzivi so takojšnji.

Kar zadeva sodelovanja z drugimi akterji na področju alkoholne politike vzpostavljajo koordinacijo v okviru sveta za alkoholno politiko, medtem ko na področju nedovoljenih drog opažamo odsotnost koordinacije na državni ravni. Posledice tega se kažejo kot neusklajeno delovanje resorjev ali slabo delovanje resorjev. Analiza podatkov, ki smo jih pridobili, kaže, da so na področju dejavni predvsem tisti resorji (zdravstvo in sociala), ki v okviru ukrepov zmanjševanja povpraševanja po drogah financirajo programe pomoči. Kot težava na področju sodelovanja se je pokazala tudi

latentnost posameznih delovnih skupin in komisij, ki so odvisne od vsakokratne menjave političnih struktur. Predlagamo ponovno vzpostavitev delovnega telesa, skozi katerega bi potekala strokovna koordinacija in bi bilo zadolženo za operativno izvedbo določenih nalog. Kriterij za članstvo v omenjenem delovnem telesu pa bi moral biti strokovnost, pripravljenost za delo, aktivnost in ne politična pripadnost. Sodelovanje med resorji na področju zmanjševanja ponudbe poteka zelo dobro znotraj države, številne povezave so tudi na nivoju EU in v svetovnem merilu. Pomanjkljivost, ki jo opazimo, je v tem, da skoraj ni nobenega sodelovanja z resorji na področju zmanjševanja povpraševanja, razen z MZ, ki pa ima po ukinitvi Urada za droge vlogo koordinatorja.

III. ANALIZA OPISOV PROGRAMOV, KI DELUJEJO NA PODROČJU DROG: NIZKOPRAŽNI PROGRAMI IN VISOKOPRAŽNI PROGRAMI NA PODROČJU SOCIALNEGA VARSTVA¹⁷

1. Uvod

V skladu z Resolucijo o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009 (v nadaljevanju ReNPPD) (Ur.l.RS, 28/2004) je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ) opredeljeno kot odgovorni nosilec za financiranje programov socialne rehabilitacije – stabilne abstinence. Skupaj z Ministrstvom za šolstvo in šport (MŠŠ) ter z Ministrstvom za zdravje (MZ) je zadolženo še za financiranje preventivnih programov ter skupaj z Ministrstvom za zdravje tudi kot odgovorni nosilec za financiranje nizkopražnih programov.

MDDSZ je financiranje in izvajanje teh programov podpiralo že na podlagi Nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005 (Ur.l. RS, 10/2000), saj so bile med posebej izpostavljenimi skupinami prebivalstva, ki jim je potrebno zagotoviti pomoč, osebe, ki imajo težave zaradi zasvojenosti. Država pa naj bi pomoč tem in drugim skupinam zagotavljala preko organizirane mreže javne službe s strokovno usposobljenim kadrom in preko vzpodbud za razvoj neprofitnih organizacij. Tako v

¹⁷ Celotno poglavje je predvideno za objavo v eni od družboslovnih revij pri nas.

okviru javne službe zagotavljajo socialno preventivo, storitve prve socialne pomoči, storitve osebne pomoči, storitve pomoči družini za dom, storitve pomoči družini na domu, institucionalno varstvo v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki, vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji, dajatve, do katerih so upravičene tudi osebe, ki imajo težave zaradi zasvojenosti. Še posebej pa so bili izpostavljeni drugi socialnovarstveni programi, ki jih država sofinancira pod določenimi pogoji z letnimi razpisi, med njimi tudi mreža centrov za svetovanje in socialno rehabilitacijo zasvojenih s prepovedanimi drogami. Ker se je država z Nacionalnim programom socialnega varstva do leta 2005 (*ibid.*) zavezala, da bo tiste programe, ki bodo izpolnjevali z razpisi določene kadrovske, prostorske in strokovne pogoje, financirala na podlagi večletnih (petletnih) pogodb, so se na razpise prijavile tako organizacije, ki izvajajo t.i. nizkopražne programe, kot tudi organizacije, ki izvajajo visokopražne programe na področju drog. V letu 2008 je bilo v sklopu programov, ki so poimenovani kot programi socialne rehabilitacije zasvojenih in obsegajo programe, ki vključujejo preprečevanje tveganj in težav v zvezi z uživanjem drog in drugimi zasvojenostmi, zmanjšanje socialne škode, ki jo povzroča uživanje drog ter zmanjšanje števila zasvojenih ter se izvajajo v dnevni centrih, terapevtskih skupnostih, komunah ali pisarnah za svetovanje in informiranje (Seznam sofinanciranih večletnih programov, MDDSZ, http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/programi_socialnega_varstva/seznam_sofinanciranih_vecletnih_programov/), sofinanciranih 20 različnih organizacij, nekatere od njih so bile že večkrat sofinancirane za petletno obdobje. Obe 'vrsti' programov – nizkopražni in visokopražni sta tako bili financirani pod enakimi pogoji.

Ko je bila v letu 2006 sprejeta Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva 2006-2010 (Ur. l. RS 39/2006), so v okvir javne službe vključili poleg omenjenih storitev, pooblastil in dajatev iz prejšnjega nacionalnega programa, še t.i. javne socialno varstvene programe. Status javnega socialnovarstvenega programa lahko pridobijo socialnovarstveni programi, ki so bili do leta 2005 sofinancirani na podlagi sklepa o večletnem sofinanciranju, morajo pa uspešno opraviti verifikacijo programov, za katero je zadolžena Socialna zbornica Slovenije. Vendar za status javnega socialnovarstvenega programa ne morejo konkurirati vsi programi, ampak samo tisti, ki v skladu z Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva (*ibid.*) opredeljeni v sklopu količinskih in organizacijskih meril. Za ciljno skupino oseb, ki

imajo težave zaradi zasvojenosti, so to trije sklopi programov (mreža terapevtskih skupnosti in drugih programov, ki omogočajo nastanitev za uživalce drog, skupaj s pripadajočimi mrežami sprejemnih in dnevnih centrov (za motiviranje in pripravo uporabnikov na vstop v terapevtske skupnosti), centrov za reintegracijo abstinentov v družbo, programov za vzporedno terapevtsko pomoč družinam uživalcev drog ter terapevtskim skupnostim alternativnih programov za uživalce drog; mreža terapevtskih programov in drugih programov za urejanje socialnih stisk zaradi alkoholizma in drugih oblik zasvojenosti; ter mreža sprejemališč in zavetišč za brezdomne uživalce nedovoljenih drog), od katerih dva sodita v skupino visokopražnih programov. Večina nizkopražnih programov pa je po resoluciji uvrščena v mrežo razvojnih in eksperimentalnih programov (mreža nizkopražnih programov za uživalce drog, mreža centrov za svetovanje in socialno rehabilitacijo zasvojenih s prepovedanimi drogami, potrebnih vsakodnevne obravnave). Zakaj je z novim nacionalnim programom socialnega varstva prišlo do takega razlikovanja v statusu nizkopražnih in visokopražnih programov, iz resolucije ni razvidno.

Glede na dejstvo, da Resolucija o nacionalnem programu na področju drog (2004) in še posebej Strategija EU na področju drog 2005-2012 (2005) kot pomembna načela oz. izhodišča za delovanje na tem področju izpostavljata uravnoteženost pristopov, spodbujanje obstoječih in razvoj novih instrumentov za soočanje s problematiko (Rihter, Kvaternik Jenko, Grebenc, Rode, Flaker 2007), je na normativni ravni težko najti argumente, zakaj je prišlo do razlikovanja med enimi in drugimi skupinami programov. Poleg tega so bili oboji že pred tem financirani za večletno obdobje, s čemer je bila s strani financerja prepoznana njihova strokovnost in lahko na podlagi tega dejstva predpostavimo, da to niso več razvojni in eksperimentalni programi. Razlikovanje glede statusa bi bilo utemeljeno, če bi bilo vzpostavljeno na podlagi empiričnih dejstev o izvajanju nizkopražnih in visokopražnih programov, vendar pa v Sloveniji razpolagamo le s parcialnimi podatki (evalvacijami, raziskavami, ki so bile narejene po različnih metodologijah, zaradi česar neposredna primerjava ni možna), na podlagi katerih je kakršnokoli odločanje precej omejeno (Rihter 2007).

Ker na Fakulteti za socialno delo že od leta 2003 skupaj z Inštitutom Republike Slovenije za socialno varstvo razvijamo model evalvacije socialnovarstvenih programov (Rode, Rihter, Kobal 2006), smo v letu 2007 dobili priložnost, da

analiziramo opise (in deloma tudi delovanje) dopolnilnih programov, ki jih Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve sofinancira za večletno obdobje; med temi programi so tudi programi socialne rehabilitacije zasvojenih (Rode, Rihter, Rape, Jakob, Žiberna, Kobal 2008). Tako želimo predstaviti analizo opisov visokopražnih in nizkopražnih programov, kar nam bo omogočilo, da izpostavimo razlike in podobnosti in na tej osnovi podamo oceno o tem, ali je bila delitev v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva (2006) utemeljena.

2. Metodologija

V letu 2007 smo v okviru projekta Vpeljevanje enotnega postopka evalvacije izvajanja javnih socialnovarstvenih programov (Rode, Kobal, Rihter, Dremelj 2007) izvedli usposabljanja za samoevalviranje programov in sprejeli dogovore glede kriterijev evalvacije socialnovarstvenih programov za skupaj sedem skupin programov. Usposabljanj so se udeležili tudi predstavniki iz 14 organizacij, ki izvajajo 15 različnih programov socialne rehabilitacije zasvojenih. Med njimi se jih je 6 opredelilo kot nizkopražni programi (vsi na področju drog), 9 pa kot visokopražni programi (od tega dva programa za motnje hranjenja in eden za zasvojenosti s področja alkohola). V okviru poročil o izvedenih pilotskih samoevalvacijah v teh programih po vnaprej in skupaj določenih kriterijih, je prvi del poročila predstavljal opis programa, ki naj bi ga pripravili po enotnih smernicah (po Smith, 1990):

- splošen pregled programa in osnovni temeljni principi (splošen namen; teorije, principi in predpostavke, na katerih temelji program; cilji programa),
- metode, ki jih uporabljajo pri delu (metode, s pomočjo katerih nameravajo doseči rezultate; principi in načela prakse, ki so v uporabi znotraj vsake metode; razširjenost uporabe metod v drugih programih, z drugimi skupinami uporabnikov; dolžina in čas zagotavljanja storitve; morebitni konflikti med zaposlenimi o metodah, ki naj bi jih uporabljali),
- ključni elementi področja in konteksta programa (območje, ki ga program pokriva; področje, na katerega posega s svojimi storitvami; podobnosti in razlike z ostalimi programi, ki delujejo na istem/podobnem področju),
- okolje, v katerem se program izvaja (fizična lokacija programa; tip organizacije, v kateri se izvaja program; organizacijska struktura, pravila in pravilniki; vidiki

menedžmenta in vloge uporabnikov pri vodenju programa; kratka zgodovina programa),

- financiranje programa in stroški (kako se program financira; deleži javnega, zasebnega, lokalnega, državnega denarja; stroški; pravočasnost financiranja),

- uporabniki, ki jim je program namenjen (definicija ciljne populacije; opis populacije, ki je bila v zadnjem letu vključena v program; problemi, ki jih imajo uporabniki, ki so vključeni v program; vidiki njihovega življenja, ki naj bi se z vključitvijo v program spremenili; vstopni pogoji za program; po katerih značilnostih se ljudje, ki prejemajo storitve programa, razlikujejo od ostalih skupin),

- značilnosti osebja, ki zagotavlja storitve (izobrazba - stopnja, poklic, število zaposlenih strokovnih in laičnih delavcev, zaposlenih preko javnih del, po pogodbi, prostovoljcev; pretekle izkušnje osebja s storitvijo, ki jo ponuja program; dodatna usposabljanja na področju delovanja programa),

- vidiki delovanja programa (morebitna ozka grla; uspehi programa; primernost teorije za dano storitev).

Opise programov smo analizirali za skupino nizkopražnih programov na področju drog in za skupino visokopražnih programov na področju drog. Analiza je potekala tako, da smo najprej izpostavili podobnosti in razlike znotraj nizkopražnih programov, nato znotraj visokopražnih programov; v nadaljevanju pa smo primerjali obe skupini programov med sabo in opozorili na morebitne podobnosti in razhajanja. Pri analizi opisov programov smo naleteli na težavo, saj v nekaterih programih niso natančno sledili smernicam. V nizkopražnih programih so vsi (razen enega) dobro opisali osnoven pregled programa; metode, po katerih opravljajo delo; okolje, v katerem se program izvaja; financiranje. V nekaterih organizacijah pa so pomanjkljivo predstavljeni ključni elementi programa; kdo so uporabniki programa; osebje v programu ter vidiki implementacije programa. V visokopražnih programih tovrstnih težav v glavnem ni bilo.

3. Analiza opisov nizkopražnih programov in visokopražnih programov na področju drog

3.1. Splošen pregled programov in osnovni temeljni principi

Pri *splošnem pregledu programov in osnovnih temeljnih principih* so v večini nizkopražnih programov navedli, da je namen programa podpora in pomoč ljudem s težavami zaradi odvisnosti od prepovedanih drog pri reševanju njihovih stisk, nekoliko manj pa jih je kot eksplicitni namen navedlo spodbujanje k večji socialni vključenosti za isto ciljno skupino ter informiranje uporabnikov o nevarnostih in tveganjih. Preprečevanje škodljivih posledic drog so kot namen programa izpostavili le v eni organizaciji, je pa kot cilj dejansko naveden v večini organizacij.

V večini visokopražnih programov so kot namen programa opredelili omogočanje sprememb, dajanje informacij o samem pojavu odvisnosti ter možnosti za reševanje tovrstnih težav in omogočanje vključitve v visokopražne programe. Dve organizaciji sta poudarili namen urejanja v okviru družine (brez hospitalizacije), ki omogoča ohranjanje socialne vključenosti, dvakrat pa je bilo omenjeno tudi razreševanje stisk in abstinenca. Abstinenca so nekatere organizacije navajale tudi kot pogoj za vključitev v obravnavo, v večini organizacij pa se je pojavila med cilji. Organizacije so posamično navajale tudi zniževanje škode; socialno reintegracijo po urejanju; načrtovanje intervencij; celovito obravnavo in usposobitev za samostojno življenje. Pri namenih so organizacije z visokopražnimi programi izpostavile usmeritve na tri različne ravni in sicer na posameznika, na družino in na skupine.

Kot načrtovane aktivnosti (intervencije) so v večini nizkopražnih programov omenjali informiranje, sodelovanje in podporo pri reševanju problemov, svetovanje; v dveh programih pa še kreativno preživljanje prostega časa ter spodbujanje k socialnemu vključevanju. Ostale aktivnosti so bile navedene posamično.

V visokopražnih programih so navedli, da njihove intervencije najpogosteje zajemajo omogočanje dela na sebi in svetovalno ter terapevtsko delo. Po pogostosti nato sledi informiranje, izobraževanje in usmerjanje uporabnikov ter delo s svojci (predvsem starši). Druge aktivnosti, ki so jih programi navajali, so vzpostavljanje stika in definiranje problema; spodbujanje in motiviranje za vključitev ter informiranje in osveščanje javnosti.

Teoretične predpostavke prakse so tako v nizkopražnih kot tudi v visokopražnih programih opisane precej raznoliko. Trije nizkopražni programi eksplicitno utemeljujejo svoje delo na principih zmanjševanja škode; posamični nizkopražni

programi pa omenjajo druge osnove: kognitivna psihologija, Rogersova nedirektivna metoda svetovanja, socialno delo s perspektive moči, sistemska teorija v socialnem delu ipd.

V visokopražnih programih delo utemeljujejo predvsem na celostnem pristopu in holistični usmeritvi, dobrih praksah (in tradiciji dela) v terapevtskih skupnostih ter na dinamiki skupnosti (ki deluje na principu skupine za samopomoč z elementi strokovne podpore). Več kot enkrat je bila omenjena še pomembnost lastne aktivnosti in participacije. Posamični programi so navajali tudi teorije (vedenjske, družinsko-relacijske, socialno andragoške ipd.), po katerih delujejo ter principe in metode socialnega dela (delo tu in zdaj, možnost izbire, ohranjanje socialne vključenosti ipd.).

Cilji so v nizkopražnih programih običajno zapisani precej splošno in bi jih lahko v grobem delili na tiste, ki se bolj nanašajo na proces dela z uporabniki, kot so npr. pomoč pri reševanju stisk uporabnikov drog; podpora pri organizaciji socialne mreže, podpora osebam, ki želijo abstimirati oz. se vključiti v terapevtske skupnosti; spodbujanje povezav s širšim okoljem (strokovnjaki, uporabniki, svojci, lokalna skupnost, prostovoljci); pridobitev vpogleda v mikrookolje uživanja drog; na tiste, ki se nanašajo na proces dela v programu, npr. večanje strokovne kompetentnosti strokovnih delavcev; prispevanje k oblikovanju stvarnejše predstave o pojavu drog; ter na tiste, ki se nanašajo na končni rezultat, vezan na uporabnike, kot so npr. zmanjševanje socialnih in zdravstvenih posledic, povezanih z uživanjem drog; v nekaterih programih tudi socialna integracija, vključitev v visokopražne programe, zaposlitev, vključitev v izobraževanje. Opaziti je, da je večina ciljev zelo širokih in da niso zapisani v operacionalizirani obliki.

Tudi pri visokopražnih programih je opaziti tiste cilje, ki se nanašajo na proces dela z uporabniki (npr. pomoč pri vključitvi v program, učenje konstruktivnejšega načina vzpostavljanja odnosov, identificiran problem ter uvid v problem) ter take cilje, ki se nanašajo na končni rezultat – vezan na uporabnike. Slednje bi lahko razdelili na dva glavna cilja (ki sta se pojavila v večini organizacij) in šest drugih ciljev ki so se pojavili vsaj v dveh programih. Glavna cilja sta abstinenca (stabilna) in izboljšani družinski odnosi (boljše funkcioniranje družine, opolnomočenje). Drugi cilji pa so: nadomeščen

primanjkljaj na področju izobrazbe (oz. zaposlitve); spremembe v družbi (destigmatizacija uživalcev drog in bivših uživalcev drog); večja odgovornosti uporabnika; detoksikacija oz. urejanje v domačem okolju; vključitev oz. reintegracija v okolje po urejanju; presežen odvisniški stil življenja; zdrav življenjski slog s kvalitetno izrabo prostega časa.

3.2. Metode, ki jih uporabljajo pri delu

Pri opisu metod se v različnih nizkopraznih programih pojavljajo različni načini *predstavitve metod* – nekje se kot glavni vidik pojavi način dela (terensko delo, telefon, mail, pošta), drugje delitev na individualno in skupinsko delo, v nekaterih programih pa še, kaj delajo npr. svetovanje, informiranje, pogovori. Metode dela so v nekaterih programih skoraj identične kot cilji (tisti, ki smo jih zgoraj opredelili kot cilje procesa dela), kar bi lahko pomenilo, da se v organizacijah bolj osredotočajo na vidike dela kot pa na končne rezultate pri uporabnikih. V eni od organizacij so kot metode dela navedli tudi take, ki se vežejo na organizacijsko in administrativno delo (evalvacija in načrtovanje projektov, sodelovanje z mediji in drugimi organizacijami ipd.).

Tudi v visokopraznih programih se pojavljajo različni načini predstavitve metod. Najbolj opazna je delitev na individualno in skupinsko delo. Iz opisov izhaja, da v vseh visokopraznih programih izvajajo metodo dela s posameznikom, v večini pa poleg tega tudi delo s skupino. Pri delitvi glede na to, kaj delajo, so organizacije največkrat navedle svetovanje in terapevtsko delo (z uporabniki in/ali svojci), več kot enkrat pa se pojavijo še individualno načrtovanje, biblioterapija, učenje, izobraževanje, usposabljanje, pisanje dnevnika, delo z družino, samopomoč in športno terapevtski tabori oz. tek in planinarjenje. V enem izmed visokopraznih programov so kot metodo navedli tudi mesečne evalvacije.

V nizkopraznih programih *principov in načel prakse znotraj metod*, ki jih uporabljajo, niso eksplicitno navajali, v visokopraznih programih so navedli sedemnajst različnih principov, ki jih uporabljajo: najpogosteje motivacijski razgovor oz. intervju, sledijo pa

(z več kot eno navedbo) sistemska družinska terapija; geštalt terapija; transakcijska analiza; psihodrama; logoterapija.

Teorije, na katerih temeljijo metode, so predstavljene le v treh nizkopražnih programih in se navezujejo na teorije, ki jih opisujemo že v prejšnji točki. Teorije in predpostavke v ozadju intervencij, ki so jih navedli visokopražni programi, bi lahko razdelili v pet kategorij in sicer glede na to o čem le-te govorijo.

1. predpostavke o uporabnikih: vsak uporabnik (in družina) ima dobre možnosti, vreden je spoštovanja, sprejemanja, upoštevanja njegove individualnosti, poslušanja; potrebna je sprememba življenjskega sloga in odnosa do življenja; za zmanjševanje njihove socialne izključenosti je pomembna socialna rehabilitacija,
2. predpostavke o tem, kako delati z uporabniki, ki imajo težave z zasvojenostjo: upoštevanje leksikona moči; vztrajna prizadevanja; upoštevanje predpisov o socialnem varstvu in kodeksa etičnih načel v socialnem varstvu; sistemski pristop, celostna pomoč uporabniku, družini; uporaba spoznanj različnih ved,
3. predpostavke o zasvojenosti: zasvojenost je stiska, droga je le zunanji simptom; zasvojenost je problem cele družine, zato je potrebno tudi v obravnavo povabiti vse člane družine; hitreje kot se zasvojenost odkrije oz. uvidi (torej manj časa kot traja), hitrejša in lažja je pot iz nje; za uspešno urejanje je ključna svobodna odločitev za vključitev v urejanje,
4. predpostavke o družbi: del krivde za zasvojenost posameznika nosi tudi družba; pomembnost preventive, družine, destigmatizacije, zmanjševanje škode,
5. predpostavke o teorijah, ki se uporabljajo pri delu z uporabniki: uporaba vseh pridobljenih znanj; povezanost teorij; uporaba »socialne« znanosti.

V nobenem od nizkopražnih programov ne navajajo natančno, *pri katerih skupinah uporabnikov so bile metode dela, ki jih izvajajo, že uporabljene*, navajajo pa (razen enega programa, ki izvaja preventivo), da so že bile uporabljene.

V visokopražnih programih nekaj organizacij navaja, v katerih terapevtskih skupnostih (v Italiji in Sloveniji) so bile metode dela že uporabljene, so pa tudi programi, ki so navedli le, da so bile metode že uporabljene. Na splošno bi lahko razdelili organizacije, ki izvajajo visokopražne programe, v dve skupini in sicer na tiste, ki uporabljajo metode, ki so se za ta namen razvile – le-te navajajo tudi več

desetletno tradicijo uporabe tovrstnih metod pri teh skupinah uporabnikov in tiste, ki so modificirale metode, ki se uporabljajo na drugih področjih in opažajo, da modificirane metode pri njihovih uporabnikih dajejo dobre rezultate.

Urniki zagotavljanja storitev je pri nizkopražnih programih raznolik. V vseh programih je vsaj kakšna od storitev na voljo vsak delovni dan; individualni (daljši) pogovori praviloma potekajo po predhodnem dogovoru.

V visokopražnih programih je urnik zagotavljanja storitev večinoma odvisen od programa oz. storitve in primerljiv med podobnimi programi. Za terapevtske (bivalne) skupnosti je značilno, da so uporabniki tam 24 ur na dan med tednom (ponekod tudi med vikendi). Svetovalnice in informacijske pisarne ponujajo svoje storitve od 35 do 47 ur tedensko, tudi v popoldanskem času. Delavnice, izobraževanja, skupine za samopomoč in podobne aktivnosti programi organizirajo v popoldanskem in večernem času in po potrebi oz. dogovoru z uporabniki. Skoraj v vseh visokopražnih programih so poudarili časovno prilagodljivost uporabnikom (termini po dogovoru, dežurstvo zaposlenih oz. stanje pripravljenosti).

Konfliktov med zaposlenimi o uporabi obstoječih metod v nizkopražnih programih trenutno ni nikjer. So pa v enem od teh programov konflikti bili prisotni v preteklosti. V enem programu navajajo, da se o morebitnih razhajanjih dogovarjajo sproti in da metod, o katerih ne dosežejo strinjanja, ne uporabljajo.

V visokopražnih programih so trije programi navedli, da se kakšni konflikti pojavijo občasno (da je to npr. odvisno od vodstva, od zahtevnosti dela ipd.) in poudarili da morebitna nesoglasja rešujejo sproti (na timih, s komunikacijo). V dveh visokopražnih programih konfliktov ni, dva programa pa na to nista odgovorila.

3.3. Ključni elementi področja in konteksta programa

V točki 'ključni elementi področja in konteksta programa' večina nizkopražnih programov navaja, da vsaj del aktivnosti izvaja na *državnem nivoju*.

Med visokopražnimi programi pa dobra polovica programov (štirje) deluje na državnem nivoju, polovica izmed teh je izpostavila še pomembnost za lokalno okolje. Trije visokopražni programi delujejo na *regionalnem nivoju*, kjer vsak izmed njih pokriva svojo regijo. Tudi tu je en program izpostavil pomembnost tudi za lokalni nivo.

Nizkopražni programi s svojimi dejavnostmi posegajo na *področje* preprečevanja škode in predvsem zmanjševanja škode zaradi uporabe drog. Večina visokopražnih programov je kot osnovni področji, na kateri posegajo s svojimi storitvami, navedla kurativo oz. urejanje ali reševanje problemov povezanih z zasvojenostjo ter preventivo odvisnosti – za zdravo in kvalitetno življenje ter dobre medsebojne odnose. Več kot enkrat sta bili omenjeni še področji varstva družine in področje reintegracije in socialnega vključevanja.

V glavnem v nizkopražnih programih navajajo, da so *podobni* ostalim nizkopražnim programom, ker ne zahtevajo abstinence kot pogoja za vstop. *Razlike*, ki jih izpostavljajo v posameznih programih, so v enem primeru zaradi tega, ker ne opravljajo terenskega dela, v dveh programih izpostavljajo, da gre za razliko v načinu dela (delo, ki temelji na močnem osebem stiku, intervencije), v enem pa, da se ukvarjajo s specifično populacijo (uživalci plesnih drog).

V visokopražnih programih med podobnostmi navajajo, da gre za abstenenčne programe s ciljem trajne abstinence in spremembe načina življenja (trije programi), za delo na zmanjšanju, izboljšanju stiske zaradi zasvojenosti (dva programa) ter za mednarodno priznan program (dva programa). Kot podobnosti se posamično pojavijo še sodelovanje celotne družine, strokovno delo, redno zaposlen kader ter skupnostno socialno delo. Zanimivo je, da so med razlikami (do ostalih programov) trije visokopražni programi izpostavili, da imajo celosten oz. celovit pristop, dvakrat je bila med razlikami navedena obravnava v okolju, v katerem je odvisnost nastala, prav tako sta dva programa kot razliko izpostavila vzpostavljanje abstinence brez kemičnih substanc. Posamično so navajali še naslednje razlike: celotna obravnava poteka v Sloveniji; zaposleni so strokovni delavci in bivši uporabniki; stanovanjski del programa reintegracije; terapevtsko usmerjen program, ki ne bazira na delovni terapiji; da je program edini v regiji; nepristajanje na klasifikacijo trde : mehke droge; velik doprinos prostovoljstva; osebni in neinstitucionaliziran pristop; visokopražnost;

urejanje ob delu – brez hospitalizacije; intenzivno delo; oblika samopomoči prepletena s strokovnimi posegi; vpetost programa v mrežo drugih programov. En izmed programov pa je navedel ugotovitev, da konceptualno ni večjih razlik med visokopražnimi programi, so pa filozofske razlike v primerjavi z nizkopražnimi programi.

Pri *oceni uspešnosti dosedanjih izidov* so v nekaterih nizkopražnih programih navajali načine ocenjevanja (v glavnem na podlagi razgovorov, nekje anonimnih anket; le v eni organizaciji je bila izvedena raziskava, v eni pa zunanja evalvacija), kazalce uspešnosti, ki se deloma povezujejo s pričakovanimi izidi programov; v dveh organizacijah so omenjali tudi konkretne učinke npr. učinki, ki so vezani na uporabnike: zadovoljene potrebe uporabnikov, učinke, ki sovpadajo s cilji programa, ter učinke, ki so vezani na program: program je prepoznaven, nagrajen...

V visokopražnih programih bi odgovore, ki so povezani z oceno uspešnosti, lahko razdelili v tri kategorije. Največ organizacij je navajalo kazalce uspešnosti (npr. veliko mladih, ki so uspešno zaključili program, se je dobro vključilo v vsakodnevno življenje), dva visokopražna programa sta svojo oceno uspešnosti podkrepila s številom ali deležem obravnav, številom uporabnikov, ki abstiniirajo ipd., nekaj programov pa je navedlo pavšalno oceno (npr. visoka stopnja uspešnosti) ali pa niso podali odgovora

3.4. Okolje, v katerem se program izvaja

Nizkopražni programi so kot *fizično lokacijo* programa navajali središča večjih mest po Sloveniji (Ljubljana, Maribor, Koper) ter dveh manjših mest (Sežana, Žalec).

Visokopražni programi so na eni strani opisovali njihovo lokacijo (npr. bližina srednjih šol, zdravstvenih domov, CSD-jev, v centru mesta, v bližini pomembnih objektov za uporabnike), dostopnost (z javnim, zasebnim prevozom ipd.) in pogoje (mirna okolica, parkirni prostor, vrt ipd.), na drugi strani pa navedli kraj, v katerem se njihov program izvaja. Po trije programi se izvajajo v Ljubljani, na Primorskem (Piran, Koper) in na Štajerskem (Celje Maribor), dva programa na Dolenjskem (Ribnica, Kočevje) in po en program v Prekmurju, Zasavju (Trbovlje) in na Gorenjskem (Škofja

Loka). Večina visokopražnih programov ima eno lokacijo, ena organizacija ima tri lokacije, ena šest, ena pa sedem.

Večina organizacij, ki izvajajo nizkopražne programe, so *nevladne organizacije* (društva), le en program deluje v okviru javnega zavoda CSD kot dodatni program. Štiri organizacije, ki izvajajo visokopražne programe, so organizirane (delujejo) kot zavod, od tega le en program v okviru javnega zavoda – ostali so zasebni zavodi. Trije programi pa so organizirani kot društva. Pri opisu tipa organizacije so organizacije poleg te delitve navajale še neprofitnost (4), humanitarnost (4), status dobrodelne organizacije (2), apolitičnost (1), s statusom društva v javnem interesu na področju socialnega varstva (1).

Večina nizkopražnih programov navaja, da delujejo *po demokratičnih principih* na podlagi pravil (internih pravil in zakonov), le v dveh organizacijah eksplicitno omenjajo tudi sodelovanje uporabnikov pri pripravi programov in upravljanju organizacije, vendar to še ne pomeni, da v drugih organizacijah uporabniki nimajo vpliva.

Tudi v visokopražnih programih so največkrat navedli, da delujejo po demokratičnih principih, na podlagi pravilnikov in da je njihova struktura opredeljena z organi zavoda ali statutom. V enem programu so eksplicitno navedli tudi dogovore z uporabniki.

V visokopražnih programih so med *vidiki menedžmenta* najpogosteje navedli menedžment neprofitnih organizacij in pojasnili, da vodenje in menedžment izvaja direktor in svet zavoda.

V večini nizkopražnih programov sežejo *začetki izvajanja programa* v zadnja leta prejšnjega stoletja, pobuda za oblikovanje programa je v nekaterih programih prišla s strani uporabnikov, pri drugih pa so svoje delovanje utemeljili na podlagi ugotovitev iz različnih raziskav o povečani problematiki uživanja drog.

Vseh šest visokopražnih programov, ki delujejo na področju drog, je pričelo z delovanjem v obdobju šestih let – od leta 1993 do leta 1998. Visokopražni program

na področju alkoholizma pa je pričel delovati prej in sicer leta 1985. Pobuda za oblikovanje programov je ponekod prišla s strani svojcev zasvojenih, s strani socialne delavke, s strani MDDSZ ali mestne občine. Nekateri so se pri oblikovanju programa zgledovali po programih v Italiji. Trije programi so v svoji zgodovini zamenjali bodisi pravno formalno obliko (iz društva so se preoblikovali v zasebni zavod, iz CSD-ja prešli v društvo) bodisi zavod, v katerem se je program izvajal (iz CSD-ja prešli pod zdravstveni zavod).

3.5. Financiranje programa in stroški

V zvezi s financiranjem programa in stroški je v nizkopražnih programih opaziti, da so *viri financiranja* v glavnem ministrstva (MDDSZ, MZ, MŠŠ) ali uradi (npr. Urad za mladino), občine, donatorji (v nekaterih programih navajajo, da gre predvsem za donacije v materialu), članarine, prispevki uporabnikov in svojcev, lastni viri programa (npr. od prodaje izdelkov).

V visokopražnih programih si po pogostosti navedb sofinancerjev sledijo: MDDSZ (7), lokalne skupnosti in/ali mestne občine (6), prispevki uporabnikov (oz. vključenih) (5), donacije in humanitarni prispevki (5), ustanovitelj (3), FIHO (2). Posamično so bili navedeni še EU razpisi (Equal), članarine, prihodki od prodaje testov in sponzorstva.

Če kot *javni denar* opredelimo tiste finančne vire, ki jih program pridobi s strani ministrstev, občin, uradov ter organizacij, ki so vezane na proračunska sredstva, lahko ugotovimo, da je delež javnega denarja v večini nizkopražnih programov okrog 90%.

V visokopražnih programih se delež javnih sredstev (v primerjavi z zasebnimi) nahaja v razponu od 69 do 98%, povprečni delež javnih sredstev v sedmih organizacijah pa znaša 82%. Če javna sredstva pogledamo podrobneje, lahko ugotovimo, da se delež državnih sredstev (v javnih sredstvih – torej v primerjavi z lokalnimi) nahaja na razponu od 57 do 92%, povprečni delež državnih sredstev (med javnimi) pa dosega 74%.

Med *stroški* v nizkopražnih programih prevladujejo stroški dela (od 70% do 85%).

Tudi v visokopražnih programih med stroški prevladujejo neposredni stroški – natančnejše stroški dela (redno zaposlenih in stroški dela izven redne zaposlitve). Skupni letni stroški v visokopražnih programih (v letih 2006 ali 2007) se v večini programov razlikujejo za največ 71.000 €, v enem programu pa je odstopanje večje.

3.6. Uporabniki, ki jim je program namenjen

Večinoma kot uporabnike, ki jim je program namenjen, v nizkopražnih programih navajajo osebe, ki imajo težave z uživanjem nedovoljenih (dovoljenih) drog (tako tiste, ki ne želijo biti v stiku z drugimi institucijami, kot tiste, ki so vključeni ali se želijo vključiti še v kakšen drug program). Kot uporabniki so skoraj v vseh nizkopražnih programih navedeni še svojci.

V vseh visokopražnih programih so kot populacijo navedli posameznike s težavami (problemi) zaradi zasvojenosti (pri čemer so navajali različne substance ali kombinacije substanc, različne stopnje zasvojenosti in težav, različne predhodne vključenosti v druge nizko ali visokopražne programe, različne stopnje motivacije ipd.) in svoje uporabnikov oz. pomembne druge (starši, partnerji ipd.). Večina programov je kot svoje uporabnike navedla tudi eksperimentatorje. Po enkrat pa so bile navedene tudi osebe z izrečenim vzgojnim ukrepom in pa vsi, ki so kakorkoli povezani s problematiko zasvojenosti. Nekateri visokopražni programi so navajali tudi, kaj njihovi uporabniki potrebujejo (pomoč pri ohranjanju abstinence, individualno obravnavo, motivacijo za abstinenco, pri eksperimentatorjih – preprečitev zasvojenosti, podporo pri reintegraciji, proces spremljanja ipd.) ali pa so še z nekaterimi drugimi karakteristikami opisali populacijo vključenih (iz cele Slovenije, zaposleni, v povprečju 5 ali 6 stopnja izobrazbe ipd.). Tako bi lahko osnovne značilnosti ciljne populacije visokopražnih programov razdelili v naslednje štiri skupine: osebe, ki občutijo posledice zasvojenosti in imajo vsaj delni uvid oz. se zavedajo težav, so v stiski; osebe, ki želijo spremeniti življenjski slog ali potrebujejo podporo pri vključitvi nazaj v okolje (po urejanju); osebe, ki priznajo, da si same ne morejo pomagati oz. so pripravljene sprejeti pomoč; uporabniki programov visokopražnih organizacij so tudi eksperimentatorji, zasvojene osebe, svojci in zainteresirani strokovnjaki.

Med *problemi, s katerimi se soočajo uporabniki* nizkopražnih programov, so v večini organizacij navajali zdravstvene težave, neurejen status z vidika zaposlitve, izobraževanja, stanovanjski problemi, slaba samopodoba, konfliktni odnosi.

Visokopražni programi so probleme delili na tiste, ki jih imajo uporabniki in probleme svojcev. Pri uporabnikih je šest programov navedlo, da imajo njihovi uporabniki predvsem težave zaradi zlorabe in odvisnosti od drog. Po štirje programi so nato natančneje navedli: brezposelnost, težave v poklicni karieri in izključenost iz šolskega sistema; slabo oz. nizko samopodobo; pomanjkanje veščin za konstruktivno komunikacijo (oz. slaba komunikacija); alkoholizem (tudi v kombinaciji z drugimi odvisnostmi); neurejene družinske razmere oz. šibki, nefunkcionalni družinski odnosi. Po tri organizacije so kot probleme svojih uporabnikov izpostavile šibko socialno mrežo oz. izključenost iz širšega socialnega okolja ter kriminal, prostitucijo in kazenske postopke. V več kot enem programu pa so pri uporabnikih opazili še slabe navade (delovne, spalne, prehranjevalne), težave v telesnem (in duševnem) zdravju, neustrezno ravnanje s financami, pomanjkanje uvida ter kombinacijo odvisnosti. Pri svojcih pa so v visokopražnih programih opazili predvsem nepoznavanje problematike, vzrokov in porušene odnose v partnerstvu in z otroki. Tako za uporabnike kot tudi njihove svojce nekateri programi navajajo še stigmatiziranost, neinformiranost in stisko, nemoč. Nekateri programi so analizirali tudi, s čim imajo znotraj njihovih programov uporabniki in svojci največ težav. Uporabniki težko sprejmejo pravila programa in imajo težave s spremembo življenjskega sloga, za svojce pa je težko sprejeti odvisnost v družini, vzpostaviti nadzor in postavljati meje.

Z vključitvijo v program, *naj bi uporabniki v večini nizkopražnih programov postali* bolj kompetentni (krepitev moči), pridobili koristne informacije, izboljšali kakovost življenja na različnih področjih, pridobili socialne veščine za razreševanje stisk.

Visokopražni programi so predstavili vidike uporabnikov in vidike svojcev, ki naj bi se z vključitvijo v program spremenili. Večina programov je pri uporabnikih navedla abstinenco, nato pa s po tremi navedbami sledijo: zaposlitev oz. vključitev v delo; šolanje (nadaljevanje, zaključek); kvalitetno preživljanje prostega časa in integracija zdravih navad; izboljšanje samopodobe, večja samozavest; znanje za boljše

soočanje s problemi in konstruktivno razreševanje težav; izboljšanje komunikacije in odnosov z družino ter zmanjšanje konfliktnosti in konstruktivno razreševanje konfliktov. Več kot enkrat so bili navedeni še vidiki: prepoznavanje, izražanje čustev; pridobitev novih spretnosti, znanj in veščin; večja informiranost in večja odgovornost uporabnikov. Visokopražni programi so navedli tudi zmanjševanje škode, opolnomočenje in razširitev socialne mreže. Za svoje pa je bil dvakrat omenjen vidik redefinicije družinskih vlog (vzpostavljanje meja, pravil ipd.), navedli pa so še: moč in stabilnost v odločitvah oz. zahtevah; informiranost, osveščenost; pridobitev veščin za motiviranje zasvojenega, pridobitev socialnih veščin ter prepoznavanje problematike.

V tistih nizkopražnih programih, kjer navajajo *vstopne pogoje* za program, omenjajo, da je vstop prostovoljen, da abstinenca ni potrebna, da so storitve na voljo takoj (ni čakalne dobe), da pa morajo uporabniki podpisati dogovor o sodelovanju, kjer so razvidne njihove pravice in dolžnosti. Kar zadeva plačilo, obstajajo razlike – v nekaterih programih je vstop brezplačen, v drugih pa uporabniki prispevajo določeno (nižjo) vsoto denarja.

Najpogostejši vstopni pogoj v visokopražnih organizacijah je plačilo, saj so skoraj vse organizacije za vsaj katerega izmed svojih pod-programov navedle, da uporabniki prispevajo določeno vsoto denarja. Običajno gre za mesečne prispevke, višina pa se giblje od 30€ (npr. ambulantna terapija) do 300€ (celodnevno bivanje) in je odvisna od vrste programa. Programi navajajo, da gre za prispevek k materialnim stroškom, nekateri programi pa so izpostavili, da prispevek ni obvezen za finančno najbolj šibke. Po štirje programi so navedli kot pogoj za vstop še abstinenco in sprejemanje pravil oz. podpis dogovora ali vstopnih pogojev. Uporabniki morajo pred vključitvijo v posamezne programe izpolnjevati še nekatere druge pogoje kot npr. ustreznost (primerna) stopnja zasvojenosti, urejeni dokumenti, opravljen informativni razgovor ipd. V večini organizacij posamezne izmed zahtevanih pogojev lahko uporabnik izpolni v sami organizaciji (v drugem programu iste organizacije), saj je kar nekaj analiziranih programov organizirano stopenjsko (npr. najprej pripravljalni program, nato vključitev v terapevtsko skupnost). Dva programa sta kot vstopni pogoj navedla aktivnost uporabnika, en program pa je navedel še motiviranost.

Uporabniki v nizkopražnih programih se po mnenju izvajalcev programov *razlikujejo od uporabnikov drugih programov* predvsem po tem, da so bolj stigmatizirani oz. da je družba do njih manj tolerantna.

Visokopražni programi navajajo, da se njihovi uporabniki razlikujejo od ostalih po načinu življenja, nestabilnih odločitvah, večkratnih poskusih reševanja težav in manjši uspešnosti na različnih področjih.

3.7. Značilnosti osebja

Glede značilnosti osebja, ki izvaja storitve, lahko rečemo, da imajo v nizkopražnih programih od enega do šest *zaposlenih*, pri čemer imajo v vseh programih zaposlena največ dva strokovna delavca (ostalo so laični delavci), v nekaterih programih imajo tudi zaposlene preko javnih del ali preko pogodbe, v vseh so pomembni izvajalci še prostovoljci (različno število v različnih programih).

V visokopražnih programih imajo precej različno število zaposlenih (strokovnih in laičnih) in sicer od dveh do sedemnajstih. Izpostavili so tudi pomembnost doprinosa prostovoljstva.

Izobrazbena struktura je v nizkopražnih programih raznolika: v večini programov so izvajalci socialni delavci, psihologi, v manjši meri tudi pedagogi. Precej laičnih sodelavcev ima od III. do VI. stopnje izobrazbe.

Visokopražni programi imajo največ delavcev z univerzitetno izobrazbo. Po številu programov, v katerih so navedli posamezne profile, prevladujejo socialni delavci, sledijo socialni pedagogi, nato teologi, sociologi in ekonomisti. Po enkrat sta bila navedena še psiholog in športni pedagog. Trije programi zaposlujejo tudi laične delavce, ki imajo običajno srednješolsko izobrazbo in lastno izkušnjo zasvojenosti. Dva programa sta navedla, da zaposlujejo tudi zaposlene z magisterijem, v enem pa osebo s specializacijo.

Izkušnje izvajalcev s podobnimi programi so opisane v nizkopražnih programih le v manjšem delu poročil (za strokovne delavce), medtem ko so laični delavci v nekaterih programih ljudje z lastno izkušnjo uživanja drog.

Visokopražni programi so izpostavili tri vrste izkušenj. Najpogosteje so programi navedli število let delovnih izkušenj na tem ali sorodnem področju ter na drugih področjih (svetovalno delo, delo z mladimi, delo z ranljivimi skupinami); nato so lastne izkušnje zasvojenosti ter usposabljanje v tujini.

Dodatna usposabljanja izvajalcev nizkopražnih programov so predstavili le v nekaterih poročilih, potekajo pa v obliki seminarjev.

Visokopražni programi so dodatna usposabljanja opisovali glede na različne dimenzije in sicer daljša (tri letno, pet semestersko izobraževanje) – krajša; redna (znotraj tima, permanentna) – občasna (kongresi, seminarji, okrogle mize); v Sloveniji – v tujini. Programi so navedli široko paleto dvajsetih področij, na katerih se njihovi zaposleni izobražujejo. Področja, ki so bila navedena več kot enkrat, si po pogostosti sledijo: zasvojenost, odvisnost, adiktologija; supervizija; zakonska in družinska terapija in menedžment neprofitnih organizacij.

3.8. Vidiki implementacije

V tej točki so opisana ključna *ozka grla*, ki se v nizkopražnih programih kažejo v tem, da ni dovolj (finančnih in kadrovskih) virov za nadgradnjo programa v skladu s potrebami uporabnikov; v nekaterih programih nimajo dovolj virov za pokritje stroškov dela, ni možnosti za dodatna izobraževanja oz. strokovna usposabljanja; v nekaterih programih omenjajo tudi nizko motiviranost uporabnikov za samostojno delo oz. samostojne aktivnosti.

V visokopražnih programih bi navedena ozka grla lahko razdelili v tri sklope:

a) programske pomanjkljivosti – gre za težave, ki jih v povezavi s svojimi programi opažajo organizacije (npr. težave pri vključevanju starejših parov, potreba po specializiranem kadru zaradi novih oblik zasvojenosti, nepredvidljivo število uporabnikov, potreba po vsebinski razširitvi programa). Tovrstna ozka grla opaža šest programov.

b) obremenjenost kadrov - štirje programi so navedli ozka grla, kot so problemi nadomeščanja, preobremenjenost kadra z različnimi vlogami in storitvami, težko zadržati kadre ker nagrajevanje ni možno ipd.

c) druga področja (npr. problem merjenja uspeha, ne-usmerjanje potencialnih kandidatov s strani javne službe, financiranje, sistemske pomanjkljivosti).

Kot *uspehe* z vidika dela izvajalcev posamezni nizkopražni programi omenjajo, da so intervencije prilagodili potrebam uporabnikov, da so vzpostavili medsebojno zaupanje z uporabniki, da so pridobili zaupanje strokovne javnosti. Pri uporabnikih opažajo večanje kakovosti življenja (zdravje), integracijo v družbo.

Visokopražni programi so kot svoje uspehe navajali:

a) število obravnav in uspešnost le-teh (npr. število obravnav se povečuje, velik del tistih, ki uspešno zaključijo program, ohranja abstinenco). Te so navedle tri organizacije.

b) prepoznavnost programa (npr. vse večja prepoznavnost in dobra promocija od ust do ust), ki so jo navedle tri organizacije.

c) sodelovanje in vpetost v mrežo (npr. dobro sodelovanje z ostalimi socialno varstvenimi programi in storitvami, sodelovanje v projektih in prenavljanje strategije na področju zasvojenosti v občini); tudi to so kot uspeh navedle tri organizacije.

č) drugo. Posamezno so programi navedli kot uspeh še to, da obdržijo stik z uporabniki po zaključku obravnave in vse boljši interdisciplinarni kontakt zaradi izobraževanja.

Kar zadeva *primernost teorije* za dano storitev in financiranje, v nizkopražnih programih niso podali eksplicitnih odgovorov. Glede primernosti teorije za dano storitev so vsi visokopražni programi ocenili, da je teorija po kateri delajo, primerna (dovolj dobra, ustrezna, primerna in uspešna) zaradi široke zastavljenosti in izpeljanosti v praksi, interdisciplinarnega pristopa, celostnega pristopa, ki omogoča hiter dvig. V eni izmed organizacij pa so dodali, da v zadnjem času opažajo drugačne pojave, nepredvidljive situacije, ki zajemajo celotnega človeka v družbi, družini.

Glede *financiranja* lahko odgovore visokopražnih programov delimo na tiste, ki govorijo o državnem ali občinskem financiranju (teh je največ), tiste ki govorijo o financiranju EU in ostale. O načinu državnega in občinskega financiranja so pisali

štirje programi in sicer sta dva programa navedla pozitivne posledice dosedanjega načina (npr. konstantnost, stabilnost delnega sofinanciranja) in dva programa, ki sta izpostavila negativne posledice (npr. prijavljanje na razpise vedno znova, od zaključke razpisa do pridobitve sredstev lahko mine več mesecev, negotovost dolgoročnega financiranja, vse zahtevnejši razpisi). Štiri organizacije so pri vidikih implementacije pisale o obsegu financiranja s katerim niso zadovoljne, saj je problematično financiranje same organizacije (uprava, računovodstvo, administracija), obseg financiranja ne zadošča potrebam in je nižji kot v javnem sektorju kljub nadpovprečnim vložkom ipd. Glede pravočasnosti sta dva programa navedla, da financiranje ni pravočasno in da to ovira poslovanje organizacij. Dve organizaciji sta pisali o evropskih sredstvih in sicer, da imajo to pomanjkljivost, da je denar na voljo šele po uspešno zaključenem projektu in da je tudi obseg teh sredstev nezadosten. En program pa je navedel, da pričakovanja, da naj bi tovrstni programi pridobili sredstva s pomočjo donatorstev in sponzorstev, niso realna saj podjetja niso stimulirana v tej smeri, vse več je tudi prosilcev za sredstva, področje drog pa je stigmatizirano in zato mnogokrat podjetja na to gledajo kot na »anti-reklamo« in niso pripravljena prispevati sredstev.

4. Sklep: razlike in podobnosti med nizkopražnimi in visokopražnimi programi

Med analiziranimi nizkopražnimi in visokopražni programi obstaja kar nekaj podobnosti in nekaj razlik.

Nekateri cilji in nameni programov so prisotni v obeh skupinah (spodbujanje k socialni vključenosti, podpora in pomoč, informiranje; omogočanje sprememb oz. razreševanja stisk in težav zaradi odvisnosti od (prepovedanih) drog.); cilji so v obeh primerih opredeljeni splošno in predvsem vezani na proces dela z uporabniki, manj jih je vezanih na rezultate za uporabnike.

Razlike opazimo v tem, da so visokopražni programi že v svojih namenih bolj usmerjeni tudi na družino oz. svojce osebe, ki ima težave zaradi uživanja drog. Nizkopražni programi izpostavljajo cilje kot je npr. pomoč pri reševanju težav, zmanjšanje socialnih in zdravstvenih posledic vezanih na uživanje drog, visokopražni

programi pa izpostavljajo dva glavna cilja in sicer stabilno abstinenco ter izboljšanje družinskih odnosov. Medtem ko je prevladujoč princip v nizkopražnih programih princip zmanjševanja škode, visokopražni programi svoje delo najpogosteje utemeljujejo na celostnem pristopu oz. obravnavi. Tudi iz ciljev je razvidna usmeritev na zmanjševanje škode (blaženje posledic) na eni strani in spremembo načina življenjskega na drugi.

Z vidika metod večinoma uporabljajo metode, ki so bile predhodno že uporabljene; v obeh skupinah programov je prisotna osnovna delitev metod na individualno delo in na skupinsko delo, povsod izvajajo svetovanje, informiranje in pogovore. Če pa pogledamo urnik zagotavljanja storitev, ugotovimo, da so vsaj nekatere izmed storitev uporabnikom nizko in visokopražnih programov na voljo vsak delovni dan.

Kot bistveno razliko pa opazimo, da je pri nizkopražnih programih v ospredju bolj informiranje in podpora, medtem ko v visokopražnih programih poudarjajo omogočanje dela na sebi ter svetovalno in terapevtsko delo.

Ključni elementi področja in konteksta delovanja programov so podobni v tem smislu, da večina programov vsaj deloma deluje na državnem nivoju; ko se primerjajo med sabo (nizkopražni z nizkopražnimi in visokopražni z visokopražnimi), menijo, da razlike med njimi niso velike. Podobnost med visokopražnimi in nizkopražnimi programi pa najdemo tudi v tem, da na področju ocenjevanja uspešnosti izidov bolj navajajo načine ocenjevanja in potencialne kazalce, redki pa so programi, ki lahko svojo oceno uspešnosti podkrepijo z rezultati raziskav oz. evidenco.

Medtem ko nizkopražni programi kot področje svojega dela izpostavljajo predvsem preprečevanje in zmanjševanje škode zaradi uporabe drog, so visokopražni programi kot pomembno področje, na katerega posegajo, poleg kurative navedli tudi preventivo.

Glede na okolje, v katerem programe izvajajo, so glavne lokacije v obeh skupinah programov središča večjih mest v Sloveniji (Ljubljana, Maribor in Koper), nekaj se jih izvaja v manjših mestih. Večinoma programe izvajajo v okviru društev ali zavodov, ki so nevladne organizacije. V obeh skupinah programov le po en program deluje v okviru javnega zavoda. Vsi navajajo, da delujejo po demokratičnih principih in le v

malem številu tako visokopražnih kot nizkopražnih programov eksplicitno omenjajo vlogo uporabnikov v načrtovanju in izvajanju programov. Programi s področja drog so nastali v zadnjem desetletju prejšnjega stoletja (visokopražni malce prej kot nizkopražni), medtem ko ima program s področja alkohola daljšo tradicijo.

Viri financiranja so v večini programov javni in znotraj tega predvsem državna sredstva (MDDSZ). V nizkopražnih programih vir financiranja iz javnih sredstev predstavlja v povprečju 90% vseh virov; v visokopražnih pa okrog 82%. V obeh skupinah programov pa med stroški prevladujejo stroški dela.

Razlike se pojavijo pri državnih virih financiranja. Visokopražni programi kot financerja navajajo le MDDSZ, medtem ko pri financiranju nizkopražnih programov sodelujejo poleg omenjenega tudi druga ministrstva (MZ in MŠŠ). To sovпада z Resolucijo o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009 (Ur.l.RS, 28/2004), kjer je opredeljeno, da je MDDSZ skupaj z MŠŠ ter z Ministrstvom za zdravje MZ zadolženo še za financiranje preventivnih programov ter skupaj z Ministrstvom za zdravje tudi kot odgovorni nosilec za financiranje nizkopražnih programov. Izpostaviti je potrebno še podatek, da je kot vir financiranja v visokopražnih programih opredeljen finančni prispevek uporabnikov, katerega višina je odvisna od storitve, ki je uporabniku zagotovljena.

Uporabniki so v obeh skupinah programov osebe, ki imajo težave z uživanjem drog ter njihovi svojci oziroma pomembni drugi. Problemi, s katerimi se srečujejo uporabniki, pokrivajo cel spekter zdravstvenih in socialnih okoliščin (izobraževanje, zaposlitev, stanovanjski problem, konfliktni odnosi). V programu pa naj bi uporabniki pridobili koristne informacije, socialne kompetence, izboljšali kakovost življenja. V obeh skupinah programov je podpis dogovora o sodelovanju, v katerem so razvidne pravice in obveznosti, pogost vstopni pogoj.

Razlike se pojavljajo v tem, da v visokopražnih programih v precej večji meri izpostavljajo, da morajo biti uporabniki ne samo tisti, ki imajo težave, ampak jih morajo biti tudi pripravljeni reševati; med pridobitvami, ki jih je lahko deležen uporabnik, pa pogosto navajajo še abstinenco, čeprav je v večini visokopražnih programov abstinenca že pogoj za vstop v program. Zanimivo je še to, da v

nizkopražnih programih kot značilnost uporabnikov izpostavljajo dejstvo, da so to ljudje, ki so stigmatizirani, označeni s strani družbe, medtem ko v visokopražnih programih bolj izpostavljajo značilnosti, ki so vezani na posameznika npr., da so to osebe, ki imajo drugačen način življenja, nestabilne odločitve, manjšo uspešnost na različnih področjih, iz česar pa je razvidna tudi razlika v filozofiji med programi.

Z vidika značilnosti osebja ugotavljamo, da je v obeh skupinah zaposlenih le po nekaj strokovnih delavcev, precej osebja pa predstavljajo laični delavci in prostovoljci. Po vrsti izobrazbe med strokovnimi delavci prevladujejo socialni delavci. Izkušnje, ki jih imajo s tovrstnim delom, so raznolike – strokovni delavci imajo v glavnem izkušnje s podobnimi programi in storitvami, laični pa tudi izkušnje z zasvojenostjo.

Razlike med programi se pojavijo pri ostalih strokovnih profilih. Medtem ko so psihologi bolj prisotni v nizkopražnih kot visokopražnih programih, je slika obrnjena s pedagogi in teologi, ki so bolj prisotni v visokopražnih programih. V nekoliko večji meri se dodatnih usposabljanj udeležujejo v visokopražnih programih.

Kar zadeva implementacijo programov povsod opozarjajo na to, da ni dovolj finančnih virov za vsebinske razširitve programov, ki bi bile nujne glede na identificirane nove potrebe uporabnikov. S problemi financiranja pa so povezani tudi kadrovski problemi.

Razlika med visokopražnimi in nizkopražnimi programi je tudi v tem, da v nizkopražnih še posebej izpostavljajo, da nimajo dovolj finančnih sredstev za prepotrebna dodatna usposabljanja kadra.

Glede na dejstvo, da med opisi programov obeh skupin (visokopražni in nizkopražni) opazamo več podobnosti kot razlik, menimo da je dodelitev raznolikega statusa v okviru Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva (Ur. l. RS 39/2006) neutemeljena. Bistvene razlike med skupinama programov so v glavnem v pristopu do problematike zasvojenosti, čeprav lahko tudi tu znotraj nizkopražnih programov najdemo elemente visokopražnosti in obratno, ter deloma tudi v financiranju programov, saj je v večini visokopražnih programov potreben finančni prispevek uporabnikov. Zato je nujen ponoven razmislek še pred sprejetjem nacionalnih

programov tako na področju drog kot na področju socialnega varstva, da zagotovimo ustrezno pomoč in podporo osebam, ki imajo težave zaradi zasvojenosti.

VI. OCENA POLITIKE Z VIDIKA SLUŽB IN IZVAJALCEV

1. Uvod

Oceno politike na področju drog in zasvojenosti so izdelali udeleženci posveta z naslovom Politika na področju drog in zasvojenosti, ki je potekal na Fakulteti za socialno delo, Ljubljana, 27.3.2008. Stališča smo zbirali v obliki fokus skupin (sodelovalo je 45 različnih strokovnjakov iz javnih in nevladnih organizacij) ter poglobljeno v obliki pisnih izdelkov, ki so jih izmed vseh udeležencev posveta izdelalo 7 strokovnjakov, med njimi so tri strokovne delavke iz centrov za socialno delo, dva sodelavca iz nevladnih organizacij s področja zmanjševanja škode in dve strokovni delavki iz enega od slovenskih zavodov za zdravstveno varstvo.

Podatke, na podlagi katere smo izdelali oceno politike na področju drog in zasvojenosti, smo zbrali s pomočjo vprašalnika (v prilogi) in matrice senzitivirajočih pojmov, ki je bila v pomoč pri diskusiji kot opomnik s ključnimi besedami.

Tabela 1: Tabela senzitivirajočih pojmov

Ocena upoštevanja nacionalnega programa	Kvaliteta življenja	Tveganja	Pravice	Uporabniška perspektiva
Sodelovanje z ministrstvi	Dohodek	Preventiva Preprečevanje škode	Upoštevanje načel ReNPPD	Vpliv nad izvajanjem storitev
Financiranje programov	Zaposlitev	Zmanjševanje škode	Dostop do storitev Možnost izbire	Vključevanje uporabnikov v načrtovanje in izvajanje storitev
Informiranje (dostopnost podatkov,	Socialni stiki	Popravljanje škode	Informiranost o pravicah	Javna podoba uživalcev

dostopnost mrež...)				drog
Službe/izvajalci: sodelovanje, povezovanje,	Kariera/osebna biografija	Zmanjševanje povpraševanja po drogah	Uresničevanje pravic	Konkretna oblike združevanja uporabnikov
Službe/izvajalci: raznovrstnost izvajalcev	Varnost	Zmanjševanje ponudbe drog	Možnost pritožbe	
Mednarodna raven sodelovanja	Ocena kvalitete življenja uživalcev drog: +,-			

Zapise fokus skupin in pisne izdelke smo obdelali po metodi kvalitativne analize: iz zapisov fokus skupin in osebnih zapisov/pisnih izdelkov udeležencev posveta smo poiskali vse izjave, ki smo jih grupirali in med seboj primerjali ter jih tematsko razvrstili v štiri ključne vsebinske sklope, ki sestavljajo oceno:

1. Stališča izvajalcev do trenutne politike na področju drog in zasvojenosti
2. Neskladja med deklarirano in aktualno politiko
3. Kakovost življenja uporabnikov drog
4. Ocena prednosti in pomanjkljivosti trenutne politike

2. Stališča izvajalcev do trenutne politike na področju drog in zasvojenosti

Udeleženci fokus skupin so na tej točki razmišljali, kako ne glede na zapisano v resoluciji, občutijo aktualno politiko na področju drog. Sogovorniki so bili mnenja, da:

»je politika do drog in zasvojenosti z vidika osebnih človekovih pravic v povojih, z vidika politike pa poskus konsenza med splošnim javnim mnenjem in stroko..., Država ne kaže posebnega interesa za ta problem ,... da je politika na področju drog in zasvojenosti,..., usmerjena bolj

zdravstveno – medicinsko in ne toliko socialno, saj se veliko govori o alternativnih oblikah zdravljenja, rehabilitacije ipd.«

Večina sogovornikov meni, da je s stališča aktualne politike čutiti poudarek na zdravju. Pri tem eden od sogovornikov poudari, da se v politiki do drog zrcalijo moralna stališča, ki niso podprta z informiranim pogledom na problematiko drog in zasvojenosti:

»Politika ne sloni na podatkih temveč na moralnem pogledu tistih, ki o tem pišejo«.

Težavo aktualne politike vidijo v nedorečenosti, neusklajenosti in podrejenosti aktualnim strankarskim politikam na oblasti:

»Vtis, ki ga imam je, da je politika na področju drog kaotična, glavni opravilja nevladni sektor. Težava je nedefiniranost kompetenc na določenem sektorju dela. Trenutna politika, ki kroji področje drog, so stranke, ki so na oblasti. Zamenjava nacionalnega programa sovpada s parlamentarnimi volitvami. Kar se sofinanciranja tiče, sodelujemo v glavnem z MDDSZ, MZ je letos prvič objavilo razpis za naše področje.«

Na ravni vsakdanje, aktualne politike, ki jo občutijo kot okoliščino, v kateri se morajo znajti kot izvajalci storitev opažajo, da je resolucija poskus povezovanja med seboj izključujočih se pristopov:

»Resolucija je po mojem mnenju poskus kompromisa med različnimi pristopi na področju problematike drog.«

Na ravni vsakdanjega izvajanja programov in služb se to kaže kot težava pri financiranju programov, saj je ločeno glede na pristojnost posameznega resorja, pa tudi na izključujoče in paradoksen situacije, ki jih povzročata nihanje med filozofijo represije in vključevanja/integriranja/reintegriranja:

»Ti pristopi med seboj izključujejo... Poudarek je na represiji: Ti lahko uživaš določeno substanco, ne moreš jo pa kupiti. Lahko jo imaš, nimaš pa legalne metode, da bi si jo pridobil. Vse te nedorečenosti vplivajo na javno podobo uživalcev pa tudi služb«.

Hkrati so sogovorniki izpostavili, da težko postavijo enoznačno trditev ali je politika danes bolj represivna kot včasih ali ne. Argument, ki dokazuje povečanje represije vidijo v številu oseb v zaporih, argument, ki kaže na blaženje posledic represije pa v manj stigmatizirajočem odnosu služb do uživalcev drog:

»Argumenti za bolj represivno- več ljudi v zaporih. Manj represivna-uporabniki imajo manj težav s z odnosom v službah kot včasih, ...naša politika je dokaj represivna, saj so uporabniki drog potisnjeni na rob družbe, označeni kot deviantni, kriminalni, marginalni, torej imajo negativno družbeno vlogo in so v podrejenem položaju«.

3. Neskladja med deklarirano in aktualno politiko

Udeleženci fokus skupin so v diskusiji iskali neskladja med deklarirano in aktualno politiko. Predvsem so se dotaknili različnih načel in smernic, ki jih resolucija predvideva, v praksi pa se kažejo kot spregledane ali neuresničljive:

»Načelo decentralizacije ne vzdrži: glavnino dela opravlja nevladni sektor..., glavno središče je še vedno v Ljubljani oziroma v drugih večjih mestih,... naša politika ne vključuje uporabnikov drog – ti niso soustvarjalci politike, oziroma programov, temveč le uporabniki storitev,... za določene skupine uporabnikov ni dobro poskrbljeno, saj jih institucije zaradi specifičnosti njihovih težav, niso pripravljene sprejeti (npr. mladoletni

prestopniki, pri katerih je prisotna tudi odvisnost od drog; zasvojenici z igrami na srečo ipd.)«.

Izvajalci programov so kritični do resolucije kot dokumenta, saj imajo izkušnje, da jim v praksi poznavanje deklaracije ne koristi:

»Na primeru nizkopražnih programov in zmanjševanja škode uporabe prepovedanih drog lahko povem opažanja, da nam pri delu popolnoma nič ne pomaga branje in poznavanje deklarativne politike, ...so programi, ki so zapisani v ReNNP, ki se v praksi ne izvajajo (varne sobe ipd.). Strategija je odraz stanja. Je opis, ki je orodje tudi za pridobivanje sredstev in za nek kompromis. Lahko se sklicuješ nanjo, vendar še ne zagotavlja verjetnosti izvajanja programov«.

Nobeden od izvajalcev ni povsem zadovoljen. Strokovnjaki s področja zmanjševanja škode menijo, da imajo prednost abstinenčni programi, izvajalci preventive imajo občutek, da je primanjkljaj na področju preventive (konkretno delo z mladimi), še posebej v manjših krajih, strokovnjaki, ki delajo v visoko pražnih programih, opažajo, da se položaj njihovih uporabnikov v družbi ne izboljšuje.

»Trenutna politika daje poudarek abstinenčnim programom«.

»Čutiti je primanjkljaj na področju preventivnega dela, osveščanja in informiranja ter izobraževanja, več bi bilo na lokalnem nivoju potrebno delati na področju mladih«.

»Zelo dosti se govori o aktivnih uživalcih in manj o tistih, ki abstinirajo. Ti, kljub temu, da abstinirajo so še vedno na dnu lestvice. Je velika razlika med nizkopražnimi in visokopražnimi. Opažamo pa majhno povezovanje med organizacijami«.

Zdi se torej, da v javnem zaznavanju vendarle več naklonjenosti požanjejo abstinenčni programi, vendar pa sami uporabniki tega prestiža v vsakdanjem življenju ne občutijo.

Ena od sogovornic pravi:

*"Eno od načel resolucije o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009 je, da reševanje problematike drog zahteva **celosten pristop**, ki upošteva problematiko uporabe in zlorabe drog kot posledico sočasnega večplastnega dogajanja na individualnem in širšem področju ter pri katerem so vključeni različni akterji in različne ravni delovanja in usklajevanja. Menim, da je še vedno premalo zavedanja, da problem drog ni samo uživanje droge. **Premalo je sodelovanja med institucijami**, ki se srečujejo s problemom drog (npr. centri za socialno delo, šole, zdravstvo, policija) in preveč prelaganja dela, odgovornosti iz ene stroke na drugo«.*

Izvajalci storitev opažajo, da uporabniki drog niso dovolj vključeni v soustvarjanje programov:

»Uporabniki drog niso dovolj vključeni v soustvarjanje programov na podlagi ugotavljanja njihovih potreb, ampak so zgolj uporabniki programov«.

Opažajo, da nekatere skupine prebivalcev kljub temu, da jih strategija posebej omenja, izpade v uporabniškem smislu, saj se za njih programi bodisi ne izvajajo, bodisi se izvajajo le v posameznih krajih, vsekakor pa ne v skladu s potrebami in interesi uporabnikov:

»Politika prav tako premalo upošteva oziroma obravnava mladoletne uporabnike drog. Pri večini programov je pogoj polnoletnost, kar se lahko razume v smislu prevzemanja odgovornosti pri mladoletnih osebah«.

»V zavodih za prestajanje kazni zaporniki, ki so odvisni od drog nimajo možnosti dostopa v različne programe, ki se mu nudijo izven zavodov za

prestajanje kazni (obravnavna odvisnosti od prepovedanih drog; menjava igel, varne sobe, detoksikacija in druge oblike zdravljenja ipd.)«.

Sogovorniki so neskladje med deklarirano in dejansko politiko videli tudi v pomanjkanju skrbi za posebne skupine uporabnikov služb, med temi so izpostavili ljudi z »dvojnimi diagnozami«.

»Naslednje odstopanje vidim tudi pri neenakem dostopu do različnih programov. Visokopražni programi, kot so terapevtske skupnosti in komune, še vedno niso namenjeni tistim, ki imajo poleg odvisnosti še pridruženo duševno motnjo. Komune se temu bolj ali manj ogibajo. Nekatere so popolnoma zaprte za to populacijo, ostale pa imajo le določen procent prostih mest, namenjenih tovrstnim uporabnikom. Terapevtske skupnosti in komune bi se morale bolj odpreti za tovrstne uporabnike ali pa bi ustanovljali nove, ki bi bile namenjene izključno njim«.

Hkrati so kot izvajalci storitev poudarjali, da je danes uporabnikom njihovih storitev vendarle na voljo več programov, kot izvajalci pa so podrejeni medsebojni tekmovalnosti, kar ne pomeni nujno večje izbire za uporabnike:

»Več različnih programov, tako imajo uporabniki možnost izbire, uporabljajo se različni pristopi, vendar pa politika spodbuja negativno tekmovalnost med izvajalci programov, namesto, da bi izvajalce programov spodbujala in jih povezovala«.

Težave s sodelovanjem med različnimi službami je občutila večina sogovornikov, predvsem v smeri sodelovanja s službami, ki so iz javnega sektorja. Hkrati pa so posamezni sogovorniki povedali, da imajo tudi dobre izkušnje sodelovanja:

»Mi imamo dobre izkušnje z nekaterimi javnimi službami. Odvisno je od same osebe, ki dela v določenih javnih službah. Tudi v nekaterih metadonskih programih podpirajo kar delamo programi zmanjševanja škode«.

Glede povezovanja med strokami na lokalni, regionalni in mednarodni ravni menijo, da je nujno, da se to spodbuja in hkrati ugotavljajo, da je v realnosti to pogosto odvisno od osebne angažiranosti strokovnjakov, ki sodelujejo. Po mnenju sogovornikov bi sodelovanje moralo biti pravilo, ki velja za vse enako in vključuje povezovanje tako javnega in nevladnega sektorja.

Izvajalci programov predvsem pogrešajo kvalitetne baze podatkov, ki jih resolucija predvideva in koordinativno telo, ki bi usklajevalo programe:

*»Razlika med deklarirano politiko in dejansko se kaže tudi v tem, da ni informacijske enote kot je to bil nekdanji Urad za droge. **Ni koordinatorja**, ki bi na nacionalni ravni koordiniral programe, vzpostavljaj stike s pristojnimi resorji ipd.« Druga sogovornica pravi: »Ni preglednih analiz, ki bi celovito in stalno spremljali stanje na področju uporabe drog, so slabo spremljani trendi. Se zaradi tega ne da spremljati problematike na tem področju. Evalvacija, zbiranje podatkov bi moralo biti poenoteno.«*

Sogovorniki so razmišljali, da je vzrokov za neskladja več. Na eni strani premajhna angažiranost ministrstev pri postavljanju kriterije, evalvaciji in beleženju potreb, na drugi strani pomanjkljivo znanje na strani izvajalcev in njihovi slabi kadrovske in finančni viri. Pogrešajo *kriterije kvalitete/uspešnosti*, rezultate evalvacij pa tudi učinkovit nadzor delovanja v službah.

»Cilj ReNPPD je tudi zagotoviti več kakovostnih programov zdravljenja odvisnosti od drog z uvedbo različnih pristopov. V Sloveniji je sicer čedalje več programov z različnimi pristopi namenjenimi zdravljenju odvisnosti od drog, vendar ni potrebnih analiz, iz katerih bi bila razvidna njihova uspešnost oziroma neuspešnost, in na podlagi katerih bi se oblikovali programi, ki bi bili lahko v Sloveniji še bolj uspešni.«

*“Odgovornost za neizpolnjevanje politike je tako potrebno iskati na nivoju **ministrstva**, ki ne sledi spremljanju izvajanja ciljev nacionalne politike in hkrati večino odločitev prepušča strokovnim vodjam v društvih, ki pa niso*

vedno sposobni strokovnega in vizionarskega razmišljanja ampak predvsem uradniškega in administrativnega».

Glede možnosti avtonomnega razvoja strok, ki se ukvarjajo s področjem drog, so sogovorniki ocenili, da trenutna politika spodbuja »birokratske odgovore«, sogovorniki so se pritoževali, da:

»Trenutna politika na področju drog in zasvojenosti preveč temelji na birokraciji, zaradi česar zmanjka časa za konkretno delo z uporabniki«.

»Npr. Ko se prijavljamo na razpise, je najprej delo z prijavi in potem stalna poročila, ki jih je treba pisati. Kako bi lahko drugač? Manjka enoten sistem, ki bi ga lahko vsi izvajali in potem uporabljali. Imeti enotne smernice, ko gledaš eno stvar in veš, kako o tem pisati.«

»Položaj nevladnih organizacij v Sloveniji je čuden, saj nas sofinancira država. V naši državi ni uveljavljen sistem donacij...«

»Problem financiranja, zlasti za zagotavljanje kontinuitete programov....«

Edini sogovorniki, ki se niso pritoževali glede financiranja aktivnosti so bili tisti, ki prihajajo iz zavodov za zdravstveno varstvo:

»Preprečevanje uporabe drog je del celotnega pristopa programa promocije zdravja in se kot tako financira iz sredstev MZ in drugih virov«.

Ti sogovorniki so tudi poudarili, da imajo možnost izvajati raznovrstne programe in da lahko večino programov uspešno izpeljejo, pri tem pa so poudarili, da večino svojih aktivnosti posvečajo promociji zdravja:

»Poudarek je na promociji zdravega življenjskega sloga« .

Pri tem občutijo podporo s strani drugih organizacij na lokalni in regionalni ravni:

»Predlagamo in sprejemamo predloge, imamo podporo od strani lokalnih skupnosti, NVO, OZ RK, mladinskih organizacij, šolskega okolja, sodelujemo z MNZ, verskimi skupnostmi...«

Kljub kritičnim pogledom, pa so sogovorniki poudarili, da vendarle opazijo določene izboljšave:

»Kljub vsem večjim in manjšim pomanjkljivostim pa menim, da se je stanje v zadnjih letih v Sloveniji precej izboljšalo. Osveščenost je veliko boljša, verjetno predvsem zaradi boljšega informiranja, obveščanja in samega dela na tem področju. Program tudi nakazuje smernice, kam mora razvoj na tem področju še iti, kje so primanjkljaji, kje prednosti.«

Pomen nacionalne strategije kot dokumenta vidijo torej predvsem *kot sredstvo za senzibilizacijo javnosti* (tudi strokovne), manj pa kot dokument, ki bi imel dejanski vpliv na izvajanje politike.

4. Kakovost življenja uporabnikov drog

Prav vsi sogovorniki so soglašali, da se je kvaliteta življenja uporabnikom *zboljšala*. Pri tem so mislili na dostopnost storitev, na raznovrstnost programov, na odnos služb do njih.

»Kvaliteta življenja uporabnikov se je izboljšala. Na voljo je več programov. Večja je možnost izbire. Uporabniki imajo kje biti, so ljudje, ki se z njimi vsakodnevno ukvarjajo, ki so tam za njih. Tako uporabnik bolj aktivno preživlja čas, je socialno vključen in v tem je kvaliteta njegovega življenja. Slabost pa je v tem, da so še vedno stigmatizirani. Ne morejo priti do služb, ki bi jih radi opravljali. Potem se zaposlijo tam, kjer se lahko, kar pa je tudi dobro saj so tako zaposleni in imajo obveznosti, ki jim zapolni čas, ko bi razmišljali o drogah. Institucije so bolj osveščene in imajo veliko informacij, kar je vsekakor velik premik na boljše v primerjavi s tem, kako je bilo urejeno včasih.«

»Če najprej primerjam današnjo kakovost življenja uporabnikov drog v preteklostjo, potem lahko rečem, da imajo današnji uporabniki višjo kakovost življenja v primerjavo z uporabniki v preteklosti. Pri tem mislim predvsem na uporabnike, ki so vključeni v metadonske programe, saj ekonomsko gledano, jim danes ostane ravno toliko denarja več, kot bi ga porabili za zadovoljevanje istih potreb z drugimi substancami«.

»Programi zmanjševanja škode so zelo pripomogli k povečevanju kvalitete življenja uporabnikov. Zdi se mi, da je metadonski program pripomogel k temu, da v Sloveniji ni toliko nalezljivih bolezni«.

»Pri nas ni pogojev za vstop v program. Preživlja drugače dnevni čas, omogočaš socialno vključenost, ki jo mogoče nima (smučanje, plavanje), pa da se tudi zaposlijo. Najhujša stvar je stigmatiziranosti, kartoteke imajo prazne. V ambulantni pa je to zapisano (npr. da je bil overdoz), ovira pri iskanju služb«.

»Prav tako se je povečalo odpiranje lokalnih Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti (t.i. metadonski centri)«.

Vendar so bili sogovorniki hkrati kritični do politike na področju drog in zasvojenosti-tako na področju dovoljenih kot nedovoljenih drog. Resoluciji eden od sogovornikov ne pripiše bistvenega prispevka pri dvigu kvalitete življenja:

»ReNPPD 2004-2009 nima jasne vloge pri vplivanju na kvaliteto uporabnikov drog. Če že vpliva je to nenamerno in zgolj slučaj«.

Predvsem so kot kritično točko kvalitete življenja uživalcev drog izpostavili ekonomski položaj ljudi, še posebej tistih, ki so zasvojeni. Iz ekonomskega vidika se slabša položaj tistih ljudi, ki so zasvojeni z legalnimi psihoaktivnimi snovmi, saj so ti izdelki visoko obdavčeni, zato dražji, to pa prizadene predvsem tiste, ki so revnejši:

»Ostali uporabniki drog (alkohol, cigarete) so danes na istem kot prej, upam si trditi da celo na slabšem. Država z vedno z novim zviševanjem davkov na dobrine, ki povzročajo odvisnost posledično povečuje tudi ceno teh dobrin.«

Tisti, ki so bili javno prepoznani kot uživalci drog imajo še vedno težave pri zaposlovanju, dostopu do nekaterih zdravstvenih storitev:

»Glavne težave vidijo v odnosu do ljudi, ki so uživalci drog. Tako se pogosto srečujejo s težavami pri zaposlovanju, pri dostopu do običajnih storitev (npr. zdravstvenih), Primer: Pri zdravniškem pregledu imajo še več težav tisti s pridruženo duševno motnja in pa okuženi z virusom hepatitisa ali HIV. Okuženi z virusom imajo lahko težave že samo pri zobozdravniku. Zobozdravnik ima pravico nekoga s hepatitisom C naročiti ob koncu delovnega časa, če prideš urgentno, pa te pusti čakati oziroma ti naroči, da pridi nazaj, ob koncu delovnega časa. Razlog je ta, da morajo po tem intrumente bolj očistiti in razkužiti. Ta razlaga je popolnoma skregana z zdravo logiko, kajti menim, da morajo pri zobozdravniku instrumente po vsakem pacientu očistiti in razkužiti, tako kot da bi bili vsi, ki se usedemo na stol, okuženi. V tem poglavju sem na kratko opisala izkušnjo nekoga, ki se je deset let boril z odvisnostjo, sedaj pa se že tri leta z vsemi zgoraj naštetimi posledicami«.

Hkrati za posamene skupine pristopi niso ustrezni:

»Sprevidani so mladoletniki, preventiva v različnih okoljih. Konkretna in glede na potrebe. Če se že izvaja, se z žuganjem. Pri mladih je treba upoštevati tudi to, da si danes mladi znajo sami poiskati informacije, imajo tudi veliko znanja o drogah«.

Zato se včasih posamezne intervencije v skupnosti lahko za nekatere uporabnike izkažejo kot intervencije, ki njihovo kvaliteto življenja poslabšajo.

Kot pomemben dejavnik kvalitete življenja se je izkazal tudi teritorialni vidik (infrastruktura, urbano/ruralno, mobilnost, razvoj regij in regionalnih središč...):

»Kvaliteta življenja je odvisna tudi od tega, kje uporabnik živi. Razlika je namreč v tem ali uporabnik živi npr. v Ljubljani ali v kakšnem manjšem kraju. V Ljubljani so namreč možnosti veliko boljše..., V določenih regijah še vedno ni programov s katerimi bi lahko bi zmanjšali tveganja in škode zaradi uporabe drog. V nekaterih regijah ni programov izmenjave igel v lekarnah (manjši kraji), prav tako ni iglomatov.«

Med pridobitvami, ki so jih sogovorniki prepoznali kot učinek politike do drog so novi programi in večja informiranost, ki jo omogočajo sodobni informacijski sistemi:

»Velika pridobitev je tudi internet, saj ponuja veliko informacij in je lažje tako priti do njih«.

»Že tudi je razlika, da vsaj zloženske krožijo po Sloveniji, tudi internet«.

Predvsem zaposleni v javnih institucijah opažajo, da se vendarle poskuša danes bolj slediti potrebam in interesom uporabnikov:

»Iz prakse sem prepoznala določen potek dela v primerih uporabnikov (zasvojenih), ki pridejo na center za socialno delo po denarno socialno pomoč. Z njimi se namreč sklene pogodba o aktivnem reševanju socialne problematike, v slednji se opredeli, kakšne so uporabnikove aktivnosti in katere obveznosti bo izpolnjeval. V kolikor se tega uporabnik drži, je upravičen do denarne socialne pomoči. Obveznosti, ki jih uporabnik ima, se določijo na osnovi njegovega položaja, njegove zmožnosti. Sam se odloči na kakšen način se bo lotil svoje stiske. Če se uporabnik odloči za zdravljenje v komuni, se organizacije povežejo z centrom za socialno delo. Uporabnik je upravičen tudi do enkratne denarne socialne pomoči s katero pokrije vse stroške ob vstopu v komuno. Na centru kjer sem bila pripravnica imamo tudi informativno pisarno Društva Up, ki je enkrat mesečno na razpolago zasvojencem in njihovim svojcem.«

»Zaposlena sem na centru za socialno delo. V primerih, ko se na nas obrnejo uporabniki drog, se povežemo z nevladnimi organizacijami, kamor napotujemo uporabnike. Uporabnikom nudimo prvo socialno pomoč, osebno pomoč, nudimo pa pomoč tudi družini. Delam tudi na področju denarnih socialnih pomoči, kjer se pogosto srečujemo z uporabniki drog. Menim, da se je na tem področju v zadnjem času precej spremenilo v korist uporabnikov. Včasih se je tiste, ki so zaprosili za denarno socialno pomoč, obravnavalo le kot prejemnike denarne socialne pomoči. To pomeni, da so se morali prijaviti na zavod za zaposlovanje in si iskati službo. Seveda so bili večkrat odjavljeni iz evidence brezposelnih oseb, ker bodisi niso sprejeli kakšne zaposlitve ali niso bili na razpolago za zaposlitev. Posledica tega je bila, da so ostali brez denarne socialne pomoči, torej brez sredstev za preživljanje«.

Pojavili so se novi programi za skupine uživalcev drog, ki se prej niso izvajali. Pri tem so pomislili na zavetišča za brezdomce, dnevne centre, terensko delo:

»Aktualni nacionalni program na področju drog je vplival na kakovost življenja uporabnikov drog, saj je odprlo več zatočišč, zavetišč, dnevnih centrov in centrov Drop - in. Tako imajo brezdomni uporabniki drog možnost bivanja v zavetiščih. Lahko pa se zadržujejo (ne samo brezdomni uporabniki drog, temveč tudi ostali) tudi v ostalih dnevnih programih, kjer se jim (po)nudi možnost vzdrževanja osebne higiene, topel obrok, dostop do interneta in ostalih medijev, pomoč pri osebnih stiskah, razna svetovanja in informiranja ipd.«

Programi se odpirajo v smislu vključevanja njihovih uporabnikov kot akterjev načrtovanja in izvajanja storitev. Pri tem izvajalci še vedno občutijo ovire s strani izvajalcev politik: težave pri zaposlovanju prek javnih del, sofinanciranje uporabniških skupin in uporabniških iniciativ:

»V programih zmanjševanja škode (nizkega praga) lahko delajo in se vključujejo kot soustvarjalci programov tudi nestrokovnjaki in nekdanji

uporabniki ali drog ter tisti, ki jih še uporabljajo. Na ta način se lahko zaposlijo (npr. javna dela) v določenih nizkopražnih programih».

Za res kvalitetno delo in s tem boljšanje položaja uporabnikov naši sogovorniki poudarijo kot *ključni dejavnik povezanost programov in dobro medsebojno sodelovanje in usklajevanje:*

»Povezanost je pomembna. Metadonska ambulanta, naš dnevni center. Metadon poskrbi, da so uporabniki zdravi, dnevni center poskrbi za vse čez dan, mi pa pridemo na sceno zvečer (teren)«.

5. Prihodnost z vidika izvajalcev programov in služb, ki delujejo na področju drog in zasvojenosti

Nekaj sogovornikov je izpostavilo, da je za prihodnost ključno delo potrebno posvetiti krepitevi uporabnikov in njihovi podpori pri aktiviranju za svoj položaj v družbi:

»Pomembno je, da bi tudi uporabniška perspektiva prišla do izraza. Za enkrat se uporabnikom bolj splača skrit. Uporabniki so socialna skupina, ki so ji najbolj kršene človekove pravice. Mnogi uporabniki se niti ne zavedajo svojih pravic, se sprjaznijo z situacijo«.

Glede na situacijo, s katero se srečujejo pri svojem vsakodnevnem delu so sogovorniki poudarili, da bo potrebno v prihodnje razmišljati tudi o programih za posameznike in skupine, ki jim obstoječi programi ne morejo zadostiti. Pri tem so omenjali starejše uživalce, brezdomce, mlade družine, ženske, mladoletnike, osebe z dvojnimi diagnozami:

»Stara se ciljna skupina uporabnikov, zdravstveno stanje se slabša, čez pet-deset let bodo to brezdomci. Pri uporabnikih, ki pridejo proti 50., ni več mobilnosti, borbe za preživetje, želijo si mir«.

»Zavetišča za brezdomne odvisnike bo treba«.

»Problem mladih družin«.

»Nimamo kam namestiti uporabnice, ki je zasvojena in ima otroka...«

Na strani države in politike pričakujejo, da bo za to namenila tako sredstva kot možnost, da se takšni programi formirajo:

»Na voljo moramo imeti sredstva in kadre za eksperimentiranje. Rabimo čas., da razvijemo storitve«.

6. Ocena prednosti in pomanjkljivosti trenutne politike

Aktualno resolucijo in aktualno doživljanje politike na področju drog in zasvojenosti so sodelujoči v fokus skupinah ovrednotili tudi z vidika dobrih plati in pomanjkljivosti. Izjave so urejene tabelarno.

Tabela 2: Tabela prednosti in vrzeli

Prednosti trenutne politike	Pomanjkljivosti trenutne politike
<p>Na ravni besedila resolucije kot celote</p> <p>- resolucija je zapisana na način, ki široko pokrije področja delovanja, » resolucija zapisana optimalno, če se spusti samo en del resolucije, se cel sistem sesuje (npr. varna soba)«.</p>	<p>- slaba razumljivost konceptov politike: »trenutna politika ni jasno določena v tej meri, da bi jo vsi subjekti lahko sledili/razumeli in sprejeli«;</p> <p>- glavna pomanjkljivost je omejenost na promocijo in krepitev zdravja in zapostavljanje socialnih vidikov reševanja situacije posameznika;</p> <p>- pogrešamo jasno zastavljen in oblikovan akcijski načrt na</p>

	<p>nacionalnem nivoju, strokovno podporo, inovativne programe s področja preprečevanja uporabe drog ter medresorsko sodelovanje;</p> <p>- manjkajo jasno opredeljeni cilji.</p>
<p>Na ravni izvajanja programov</p> <p>- v primerjavi s preteklostjo na voljo je več različnih programov, ki vključujejo različne pristope;</p> <p>- omogoča nastajanje novih programov: »Resolucija je omogočila sofinanciranje izvajanja naših programov in program se izvaja za uporabnika (primer dnevni center)«, in ohranjanju oz. nadgrajevanju starih programov;</p> <p>- spodbuja povečanje število programov, ki jih izvajajo nevladne organizacije na podlagi strokovne samostojnosti.</p>	<p>- menjave aktualne politike vplivajo na izvajanje programov, manjkajo strokovnega telesa (Urad za droge manjka);</p> <p>- programi se ne razvijajo usklajeno in glede na potrebe. »Učinek programov zmanjševanja škode je precej manjši, ker niso razviti programi kot je varna soba«;</p> <p>- pomanjkljiva podpora nekaterim programom: »Pristop zmanjševanja škode ni zaživel v celoti, določeni programi so bili deklarativno priznani in pozitivno ovrednoteni, niso pa zaživel zaradi pomanjkanja podpore«;</p> <p>- notranje težave programov: »Ne moremo timsko delati, slaba komunikacija med strokovnimi vodji in uporabniki«...;</p> <p>- prehuda obremenjenost izvajalcev »Prevelika birokracija, zanemarjajo se človeški viri, zmanjkuje čas za kvalitetno, produktivno delo«;</p> <p>- kot izvajalec programa nimaš niti</p>

	<p>strokovne podpore (npr. petletni program: odobrijo ti enega strokovnega vodjo programa in enega delavca zraven, problem zaposlovanja prek javnih del);</p> <ul style="list-style-type: none"> - zavračanje uporabnikov: »Če gre pri uporabniku za kombinirane težave, ga institucije niso pripravljene sprejeti«; - izvajalci občutijo razlike med programi: »večji poudarek je na abstinenčnih programih,..., prevelika razlika med nizkopražnimi in visokopražnimi programi«; - koncentracija raznovrstnosti programov na nekaj večjih središč: Večina programov v večjih središčih (težava za tiste, ki so iz manjših in oddaljenih krajev, npr. prevozni stroški, oddaljenost); - slaba regijska pokritost: V določenih regijah še vedno ni programov s katerimi bi lahko s katerimi bi zmanjšali tveganja in škode zaradi uporabe drog. V nekaterih regijah ni programov izmenjave igel v lekarnah (manjši kraji), prav tako ni iglomatov; - na lokalni ravni je prisoten velik primanjkljaj na področju preventive, izobraževanja, informiranja, osveščanja. To pomeni manj ali nič izbir za uporabnike služb (»Če hočeš
--	--

	<p>nek poseben program, moraš v večji kraj, mi moramo ljudi za vsakodnevne storitve in vključenost v programe usmerjat v centre, ki so tudi več kot 50 km oddaljeni«).</p>
<p>Na ravni financiranja</p> <ul style="list-style-type: none"> - resolucija vključuje spodbujanje razvijanja novih programov; - možnost črpanja sredstev iz evropskih <p>Skladov: »Slovenija kot članica EU ima večje možnosti črpanja denarnih sredstev iz proračuna EU (npr. za financiranje, sofinanciranje raznih programov)«.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - hkrati majhna finančna podpora novim programom; - resolucija sama še ne zagotovi vrednotenja in stabilnega financiranja potrjenih programov in ukrepov na področju drog; - podcenjujoč odnos do strokovnjakov, ki delajo na področju drog: »Glavno je, da delate s srcem. Občutimo rangiranje strokovnjakov glede na vrste programov, ki jih izvajajo in mačehovski odnos do teh služb, do tega dela«; - neustrezni ali pomanjkljivi kriteriji kvalitete dela: »Delitev denarja ne temelji na rezultatih dela, na uspešnosti, evalvaciji..., »Vsakodnevno delo se prevaja v jezik, ki ga hočejo financerji slišati,... Financerji želijo samo številke, ki nimajo smisla, ne obsegajo bistva dela in kvalitete dela«.

<p>Na ravni sodelovanja</p> <p>- resolucija spodbuja k sodelovanju različne akterje in priporoča razvoj partnerskega odnosa civilne družbe na vseh področjih usklajevanja in odločanja</p> <p>-boljša in večja angažiranost javnih služb (npr. CSD);</p> <p>- dobro je, da je za nizkopražne programe spet koordinator (ZZV Koper koordinator nizkopražnih programov).</p>	<p>-sodelovanje med institucijami je pogosto odvisno od samoiniciative tistega, ki dela s konkretnim uporabnikom oziroma na konkretnem področju;</p> <p>-ni nobenega povezovalca, ki bi spodbujal sodelovanje;</p> <p>- ni koordinatorja, ki bi usklajeval različne programe s področja drog na nacionalni ravni;</p> <p>- ni povezovanja med resorji: “...nepovezanost med ministrstvi, ni sodelovanja, centraliziranost«;</p> <p>- strogo se ločuje javni in nevladni sektor;</p> <p>- prelaganje odgovornosti na drugega, saj “...naloge in njeni nosilci niso točno določeni, zaradi česar se pogosto zgodi, da se kaj ne naredi pod pretvezo, da bi to moral narediti nekdo drug”.</p>
<p>Na ravni dokumentiranja: (raziskovanje, kriteriji kvalitete in uspešnosti, znanje)</p> <p>- resolucija poudarja pomen raziskovnega, dokumentiranja, evalviranja, toda...</p>	<p>- ni podatkov oz. informacij, kaj se dogaja na terenu. “Resolucija ne zagotovi informacijskega sistema, ki bi zbiral, urejeval in obdeloval stanje na področju drog”;</p> <p>- ni razvitega ustreznega izobraževanja za strokovnjake, ki</p>

	<p>delajo na področju drog;</p> <p>- ni povratnih informacij iz ministrstev, »Lahko bi pripravili kakšne letne statistike o izvajanju programov, uspešnosti, kaj programi pokrivajo...«.</p>
--	---

Skupen imenovalec te situacije je, da imajo izvajalci programov in služb občutek prepuščenost samih sebi in svoji iznajdljivosti ter prepuščenost, kot se je izrazil eden od sogovornikov: »nekim pogojem, ki jih ne moreš vnaprej predvideti«.

Glavne ugotovitve lahko strnemo v naslednjih trditvah:

- Izvajalci storitev v službah in programih, ki delujejo na področju drog zaznavajo ReNPPD kot dokument, ki ima za njih na prvem mestu retorično vrednost v smislu sklicevanja manj pa uporabno vrednost, ki jo pričakujejo od akcijskega načrta.

- Na ravni izvajanja programov zaznavajo, da je resolucija spodbudila nastajanje novih programov, hkrati pa so ti programi pogosto prepuščeni sami sebi (imajo tako kadrovske kot finančne težave). Pogrešajo diskusijo in dogovore na ravni pristojnih ministrstev in več angažiranja pri pripravljanju vsebinskih kriterijev kvalitete dela ter zavezanosti za podporo programom.

- Pogrešajo koordinativno telo, ključne strokovne sogovornike na pristojnih ministrstvih, ki bi bili zadolženi in odgovorni za stike tako s strokovno kot laično javnostjo.

- Na ravni financiranja programov ocenjujejo, da le-to še vedno ni uravnoteženo in da se ustvarjajo razlike v financiranju posameznih programov. Neusklajenost financiranja pripisujejo tudi nedorečenosti kriterijev kvalitete in uspešnosti programov.

- Kljub temu, da resolucija priporoča in napoveduje informacijske baze podatkov, izvajalci pogrešajo kvalitetne informacije (podatke s terena, aktualne in ažurirane podatek, povratne informacije z ministrstev...)

V. OCENA UPORABNIC IN UPORABNIKOV SLUŽB

1. Uvod

Ocena uporabnic in uporabnikov služb na področju drog je pomemben del analize politike na področju drog oz. evalvacije izvajanja Resolucije o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009. Želeli smo ugotoviti, kako ocenjujejo politiko do drog in zasvojenosti v Sloveniji (kakšno je poznavanje služb na področju drog, kakšne so njihove osebne izkušnje s službami, kako ocenjujejo učinkovitost delovanja služb na ravni preprečevanja ponudbe drog in na ravni zmanjševanja škode ter na ravni zmanjševanja povpraševanja po drogah ter kako ocenjujejo usmeritve oz. politike posameznih služb); kakšne so bile spremembe na ravni pravic po sprejemu ReNPPD (z vidika dostopnosti služb, informiranosti o programih ter možnosti pritožb in vpliva na programe); v kolikšni meri se upošteva uporabniška perspektiva; kako se uporabniki in uporabnice vidijo v očeh javnosti ter kakšna je kakovost njihovega življenja.

Oceno smo pridobili s pomočjo delno strukturiranega vprašalnika (v prilogi 1). Za sodelovanje se je odločilo 10 uporabnic in uporabnikov dnevnega centra v Ljubljani, ki deluje v okviru programa Zmanjševanje škode zaradi drog pri Društvu Stigma. Dva med njimi sta vprašalnik izpolnila pisno¹⁸, s tremi smo opravili individualni intervju. Opravili smo tudi dva skupinska intervjuja - prvega s tremi osebami in drugega z dvema. Vse sodelujoče smo po prepisu intervjujev prosili, da zapisano pregledajo (razen oseb, ki sta pisno izpolnili vprašalnik ter osebe, s katero je intervju posnet na diktafon), tako so vsi zapisi intervjujev potrjeni s strani sodelujočih.

Vsi sodelujoči so aktivni uporabniki oz. uporabnice drog in prihajajo v dnevni center Društva Stigma. Zaradi slednjega se morda na nekaterih mestih v oceni služb pojavi vprašanje objektivnosti.

¹⁸ Oba intervjuja sta bila najprej izpolnjena le delno, po ponovni prošnji za celotno izpolnitev je to storila le oseba pri intervjuju št. 7.

Nihče od sodelujočih ni poznal ReNPPD. Kljub temu smo opravili intervjuje, vprašanja o spremembah zaradi sprejetja ReNPPD pa smo interpretirali v smislu »ali zaznavate, da se je od leta 2004 karkoli spremenilo«.

Analiza je potekala po metodi kvalitativne analize podatkov, tako da smo v odgovorih identificirali ključne teme in jih ilustrirali z ustreznimi citati.

2. Ocena politike na področju drog v RS

Politiko do drog in zasvojenosti v Sloveniji uporabniki in uporabnice drog večinoma ocenjujejo kot negativno, represivno oz. kot da je sploh ni. Menijo, da se država izogiba in distancira od problema drog, da uporaba drog ostaja individualni problem, da država stigmatizira uporabnice in uporabnike drog in ni dovolj učinkovita na ravni preprečevanja ponudbe:

»...vedno isto, še vedno isto, ni nobene politike (...) totalno represivno...«

»... droge so zasebni problem, ni nek družben, socialni, ampak individualni – kdor nima veze s tem, nič ne prispeva – npr. če nimaš otrok, moraš še vedno plačevati davke za šole, za drogo pa ne...«

»Mislim, da še vedno država gleda na to od daleč, izogiba se temu problemu. In težave rešuje na napačen način. To pomeni, da nas ('narkomane') stigmatizira. Nam omogoča razne terapevtske skupnosti, da nas vodijo tam samo, da se država za določen čas otrese tega problema. Policisti zapirajo 'male ribice', velike ribe pa delajo naprej.«

»Politiki se premalo ukvarjajo s problemom drog v Sloveniji. Morali bi sprejeti kake zakone v zvezi z uživanjem prepovedanih drog, ker menim, da je to bolezen, ki bi jo morali registrirati in bolj temeljito nadzirati in zdraviti.«

Menijo, da država ne nudi dovolj pomoči oz. da izvajalke in izvajalci (konkretno zdravstveno osebje v metadonskih ambulantah) niso dovolj usposobljeni, da ni ustrezne alternative obstoječim programom zmanjševanja škode na področju drog in da manjkajo varne sobe za injiciranje drog:

»Morali bi več pomagati zasvojenecem.«

»In mot me to, da oni majo, ne vem, da niso...recimo zdej so dal ven subotex pa substitol, pa mi govorijo ljudje pač, da se lovijo te zdravniki zdaj s temi zdravili, ker ne vejo, kolko jim morajo dat, a jim dajo preveč ali jim dajo premal, to ni nič preizkušen, nič se niso...tak občutek imam, k da se niso nič drugje pozanimali, mislim, tako kot da nič ne vejo, neizobraženi da so v tem smislu. Kot da na nas delajo poizkuse, ja tako, nekaj izvajajo, pa sploh ne vejo, kaj v bistvu sploh izvajajo. Tako da take stvari me motijo.«

» To me tud mot, da razen metadona ni nobene druge alternative, v bistvu komaj se je uvedla, pa tud ta ni vsem na voljo, pa komi je na preizkušnji. ... Ja, jaz ne vem, kaj še obstaja takega, ampak...ne vem... slišala sem za neko zdravilo, zdaj se ne bom spomnila, kako se imenuje, ki menda pomaga človeku in ga lahko dobiš samo tko, pač ilegalno, da ga vzameš in zraven tebe mora bit ena oseba, ti spiš, prespiš, 10, 12 ur, ampak ko se zbudiš...kaj je to, ibogain. Ibogain je menda ful v redu zadeva, ni kakšnih stranskih učinkov, mislim, ni učinkov, da bi se lahk zasvojil s tem, pa mi je zanimivo, da tega ne poizkusijo, mislim, če poizkusijo ta zdravila, s katerimi si zasvojen hitr, zakaj ne bi potem še tega. No, zihr obstaja še kaj takega. Kot alternativa, ja, al pa to, ljudem ful pomaga, ali pa vsaj meni bi najbž precej kakšna terapija, veš, v tem smislu, da greš, ne vem, imam eno staro kolegico, k mi je razlagala, da en njen kolega ma pač neke vrsto komuno in on recimo nekje, ne vem kje, na Veliki Planini... in on ma par teh džankijev in vsako jutro mislim vsak dan jih tko, da hodjo v naravo, vsako jutro jih tera, da laufajo... gor na vrh... po tistih hribih in pol pridejo do neke točke, tisti, k pride prvi, dobi cel šut rjavga za nagrado, vsi ostali pa dobijo po pol za nagrado. In pol oni... vsi nakrizirani in res ful laufajo in s tem ko oni laufajo, jim gre velik hitrej iz telesa in pol jim daje čedaljo manjšo nagrado, da na

koncu ni treba sploh več nč dat. ... Pa to je dobra varianta, se men zdi. Tko, zanimiva je in ja, rata se jim skint, zarad tega, k...ti, k si nekje, čist drugačen občutek, k si nekje na zraku, v naravi, k ni okrog tebe tega vrveža...«

»...manjka varna soba – treba bi bilo pobrat vse igle, ki ležijo po tleh, takoj po tem odpret varno sobo in tako bi se videlo, da so varne sobe učinkovite...«

»Manjka varna soba – res je rizično, če to delaš na WC-jih.«

Sodelujoči v intervjujih ocenjujejo, da so tudi na splošno ljudje do uporabe drog in uporabnikov/-ic drog netolerantni in polni stereotipnih predstav, kar se lahko spremeni tudi z ustreznim osveščanjem, obveščanjem in informiranjem ter osebno odločitvijo (tako uporabnikov/-ic drog o ne-uporabi drog kot ostalih ljudi o ne-stereotipnem gledanju):

»Ljudje tega¹⁹ ne berejo... ne vem...mogli bi jim pokazat, da smo enakop...ampak po drugi strani pa ne, zarad tega ker, noben ne mara droge, še mi, k se drogiramo, se nočmo v bistvu drogirat...tko da to je ful težko narest... noben se ne bi rad od nas zadeval...tko da ne vem, če bi blo dobro, da nas tolerirajo...dobro..ne rabjo lih...motjjo me neke te, kako se reče...temu, stereotipi.. ja, motjjo me te neki stereotipi o nas, k se kao zadevamo pa to ... to bi lahk podrl, npr. če se zadevaš, pa da zihr kradeš; če si džanki, pol zihr kradeš...to je eden od stereotipov...če si džanki, pol zihr maš kakšno bolezen...take stvari...ampak ta je najpogostejši, da kradeš... (...) Ne vem, če se da kej spremenit...mogl bi se ljudje spremenit, ljudje majo preveč predsodkov, ne sam glede nas džankijev, tud glede drugih ljudi...na splošno mammo velik predsodkov...mogoče tud jz...tud če misliš, da jih nimaš, zihr jih maš...tko da ljudje bi se mogl na splošno spremenit, ampak se ne bojo...ne vem, če se da kej spremenit, lahk jih pač obveščáš, izobrazš, informacije...«

¹⁹ ReNPPD

Bolj pozitivna mnenja o politiki do drog in zasvojenosti v Sloveniji so povezana s tem, da pomoč vendarle je na voljo in pretežno dostopna (razvidno iz točke 2.1. Dostopnost služb) ter s tem, da obstajajo programi nizkega praga - dnevni centri za aktivne uporabnike in uporabnice drog ter terensko delo:

»Politika do drog - jaz mislim, da je kar v redu, glede na to, da so tako centri kokr je ta, Stigma pa to, ane, in če oni financirajo ta center...včer so mi razložil, da greste tud tam, k ni Stigme, na teren. Tko da se mi zdi kr v redu, mislim, na nek način, naj bi blo mal boljše, ampak...«

2.1.Poznavanje služb na področju drog

Sogovornice in sogovorniki v intervjujih so navedli naslednje službe na področju drog:

a) nevladne organizacije:

- terapevtski programi, skupnosti in komune:
 - o Up - Društvo za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem Slovenije,
 - o Društvo Projekt Človek - organizacija za pomoč uživalcem drog,
 - o Zavod Pelikan Karitas,
 - o Reto centri,
- Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma,
- Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam "Svit" Koper;
- Društvo prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote

b) vladne službe na področju zdravstva:

- Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (detoksikacija) v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana,
- Centri za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v okviru zdravstvenih domov Sloveniji,
- različni programi v psihiatričnih bolnišnicah (npr. v Begunjah);

c) vladne službe na področju socialnega varstva in zaposlovanja:

- centri za socialno delo,
- Zavod RS za zaposlovanje.

d) policija.

Med navedenimi službami in programi so bile najpogosteje omenjene: Društvo Stigma in detoksikacijski program (v 6 intervjujih), metadonski centri (v 5 intervjujih) ter Projekt Človek in centri za socialno delo (v 4 intervjujih). Ostale službe in programi so bili omenjeni v 1 ali 2 intervjujih.

2.2. Osebne uporabniške izkušnje s službami na področju drog

»Detoks« - Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana:

S tem programom imajo uporabniki in uporabnice drog predvsem pozitivne izkušnje, saj ponuja možnost učenja dela na sebi in s tem posredno vzpostavljanja in vzdrževanja abstinence. Kot pozitivno je ocenjena tudi možnost dnevne bolnišnične oskrbe, saj je to čas, ko se hkrati še učiš vzdrževanja abstinence in urejanja vsakdanjega življenja:

»Super uravnoteženo razmerje med terapevtskim in fizičnim delom. Terapevtsko: delaš na svojih mislih, na zavedanju samega sebe, znakov recidiva in delaš na tem. Ozavestiš stvari, izkušnje iz otroštva. Fajn je, ker se tega naučiš. Tudi če ti po detoksikaciji ne uspe nehat z drogami, se tam tega naučiš, dobiš izkušnjo in zametke, kako to delat in lahko kasneje to še uporabljaš sam. Za razliko od Metelkove (kjer velja način 'korenček-palica') imaš tukaj možnost delat na sebi, dobiš pozitivno izkušnjo, čeprav imajo pravila, ki se jih moraš držat. Fajn je tudi dnevna bolnica, ko (po detoksikaciji) hodiš 3x tedensko še tja, še vedno delaš na sebi, hkrati pa se

lotiš urejanja življenja, pri tem ti pomagajo. Dobra izkušnja, priporočam še komu.«

»...bila sem tam in je dober program (odvisno od posameznika, kaj želi od sebe in s kakšnim namenom je prišel tja).«

Kot negativno v tem programu ena od sogovornic ocenjuje nesmiselne zahteve za vstop v program – pred vstopom v program ne smeš sočasno jemati metadona in drog ter moraš vključen biti v dopolnilno zdravstveno zavarovanje (več o tem pod točko 3.1. Dostopnost služb).

Terapevtski programi, skupnosti in komune:

Izkušnje s temi programi so tako pozitivne kot negativne. Kot pozitivne navajajo omogočanje zdravljenja, učenje spretnosti za vsakdanje življenje ter možnost vključitve v center za rehabilitacijo po komuni:

»...so mi omogočili zdravljenje, v Dia Novi je več terapevtskega in manj fizičnega v primerjavi s Patriage, je bilo učinkovito, priporočam tudi drugim, ko prideš ven, je fajn, ker je zdaj tudi center za rehabilitacijo, prej tega ni bilo, je bilo težje. Moja izkušnja: sem imel srečo in v treh dneh sem dobil službo (preko prijatelja), je bilo lažje se vključit« (o Društvu Up)

»Komune: (...) fajn je zato, ker se lahko rešiš staršev, tam je kot nadomestek vojske, maš možnost se naučit, kako čez dan npr. si skuhat in poskrbet zase – ven prideš bolj odrasel.«

Kot negativne izkušnje so navedene plačljivost programov, njihova verska usmerjenost, premalo terapevtskega dela (konkretno za komuno Patriage) oz. le-to ni ustrezno (konkretno za Projekt Človek) ter preveliko oddaljenost komun od okolja, kjer boš živel/-a po komuni. Ena od sogovornic je izpostavila tudi potrebo po komunah za ženske v Sloveniji:

»...je pa drago, rabiš denar, da se lahko vključiš (meni so pomagali starši + denarna socialna pomoč), vsebinsko je njihov program ok, ampak premalo terapevtskega, preveč fizičnega dela (terapevtsko je bilo zvečer ena ura za 40 ljudi v skupini, težko 'prideš na vrsto'); v času moje vključitve se je njihova komuna Patriage spremenila v Dia Nova – sprememba tudi v vsebini, v Dia Novi je več terapevtskega in manj fizičnega.« (o Društvo Up)

»Komune – Don Pierino – program je zaprt in to ni najboljše, saj se človek preveč oddalji od normalnega okolja.«

»Projekt človek: groza – ko je tale psiholog njihov prišel v Piran, je bilo vse narobe, najini družini sta razpadli. Namreč prodajajo totalne iluzije, nobenega od naju sploh ni videl, pa kar vse ve, kaj je narobe in kaj morajo starši narest, da bo v naših družinah vse ok in da se ne bova več drogirala – npr. ne smejo nama pomagat, morajo naju vržt na cesto in samo na tak način nama lahko pomagajo. Starši seveda verjamejo le njim. Tega je zdaj dve leti, od takrat nimamo stikov.«

»To me moti, ja, te komune, večina njih je krščanskih, v Sloveniji sploh ne vem, če obstaja kakšna komuna za ženske ... Ja, jaz sem hotla it v komuno, pa mi partner...ni, ne da mi...pravi, da jaz ne bom zdržala... zaradi tega, ker on je bil v komuni, v Međugorju in... pa ko je reku, da ne verjame v boga, in pol so ga zanalašč poslali v Međugorje, k je ful močn plac in so ga, je reku, da je ful jebeno, ne vem, da cel dan ne smeš se usest, lahk klečiš al pa stojiš ... maš recimo 5 cigaret na teden, take glupe fore, pa molt ne vem 5x na dan, pa ob 5h zjutri ...mislm ne ob 5h zjutri tko...zjutri zgodi te zbudijo, da greš do ene cerkve gor peš romať, pa gor molt, pa tko... in to me moti, da tud pr nas v Sloveniji, da če je že zastonj, ta center kakšn, k bi se lahko spucu, da je krščanski, da ni kakšen laični. Čeprou, jaz sm verna, ampak ne rabim zdey enga, k mi tam tul to vero.«

»Metadonski centri« - Centri za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v okviru zdravstvenih domov Sloveniji

Kot pozitivne izkušnje z metadonskim programom nekateri uporabniki in uporabnice navajajo možnost odločitve o terapiji, kot primer dobre prakse pa je posebej izpostavljen metadonski center v Kranju, kjer se lahko dogovarjaš o posebnostih in pri svojem delu niso apatični:

»Fino je, ker lahko izbiraš, da se 'hitro spucaš' ali pa počasi (z vzdrževalno terapijo) – kaj od tega hočeš, se odločiš skupaj s terapevtom; program ocenjujem kot ful ok, dobiš možnost za it naprej, dobiš potrdilo za socialno.«

»...metadonska v Kranju - pozitivne izkušnje, saj že 7 let hodim tja, pa tudi so me kdaj toleriral in pogledal skozi prste (npr. sem dobil metadon za s sabo, čeprav je bil test pozitiven). Tukaj (v primerjavi z ostalimi službami) še največ dajo na kontrolo, zato so najmanj apatični.«

Nekateri imajo v zvezi z dogovarjanjem o terapiji negativne izkušnje, tudi menjavo samega metadona (od drugega proizvajalca) ocenjujejo kot negativno. Kot negativne izkušnje v zvezi z metadonskim programom navajajo še neustrezen odnos zaposlenih in kaznovalni sistem:

»Z metadonom mam kar v redu izkušnje, mot me sam to, k ne morš nižat tko hitr metadona, k ga hočš, tud če si čist, drgač pa nimam slabih izkušenj.«

»... slabo, res, ljudi hočejo zadržat – če hočeš nižat dozo, traja, pa 1 mesec prej moraš povedat, pa ne vem koliko časa moraš biti negativen, za zvišat dozo pa sploh ni problem. Pa še metadon so zamenjal – prejšnji od Plive je bil boljši od tega Krkinega, ki je zdaj.«

»... obravnavajo te kot..., izsiljujejo te, si ujet, obnašajo po principu 'korenček-palica', če ne boš dober, ne dobiš metadona; negativno tudi to, da

vse obravnavajo enako (npr. če zunaj pred vhodom rešuješ križanko, te naderejo kot če bi počel kaj drugega, prepovedanega). So vzvišeni, represivna politika, jim je vseeno.«

»Negativna izkušnja na metadonski v Ljubljani: en petek sem prav na hitro zvedel, da lahko grem v tujino za cel teden. Ker sem vedel (na podlagi mojih prejšnjih izkušenj - sem že poskusil, pa ni šlo), da mi v tem primeru v Ljubljani ne bi dali metadona za s sabo, sem se zmenil na metadonski v domačem kraju, da so mi dali. V Ljubljano sem sporočil, da me ne bo. So mislili, da bom metadon kupil na cesti - nisem povedal, da sem se zmenil v 'našem' metadonskem. Ko sem po enem tednu prišel nazaj na Metelkovo, so me izključili iz programa z besedami 'kar hodi na metadonsko v domačem kraju, očitno se tam z osebjem bolje razumeš' (vmes so namreč preverili na tisti metadonski). Očitno bi bilo bolje, če bi kupil metadon na cesti. Rekli so sicer, da me ne bi izključili, če bi jim povedal, da sem se dogovoril za metadon v metadonski v domačem kraju, ampak vem, da bi bil to tudi problem.«

Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma

O programih Društva Stigma uporabniki in uporabnice drog ne navajajo negativnih izkušenj, predvsem pozitivne in sicer: zastonj sterilni pribor za injiciranje, brezplačni prostor za zbiranje in preživljanje časa (dnevni center), možnost uporabe računalnika, interneta, znamk. Prav tako dobijo informacije, imajo možnost 'z nekom se pogovoriti', izpostavljajo pa tudi pozitiven odnos zaposlenih do uporabnikov in uporabnic drog ter to, da se 'borijo za njih'. Pogrešajo odprtost dnevnega centra tudi v popoldanskem času in ob koncih tedna.

»Je ok, čutijo, da smo ljudje in se ne obnašajo do nas kot do smeti; fajn je, ker imaš čez dan kam iti, lahko delaš na računalnik, spiješ kavo; pa borijo se za nas, za varno sobo, to je ok.«

»...pozitivne izkušnje: vedno dobim, kar rabim (npr. informacije, material – igle, internet, znamke).«

»... tam na Wolfovi je bilo groza, zdaj na petkovšku je velika sprememba – urejeno je, imaš koga za pogovoriti se, ni problema z materialom (iglami) – ni dnevno omejeno...«

»S Stigmo imam dobre izkušnje, saj so ena redkih ustanov, ki se ukvarjajo z uživalci drog in jih hkrati tudi poučujejo o posledicah in načinu uživanja.«

»Stigma: odlično je, imaš filme, se imaš kam dat, fino je, ker se počutiš domače, lahko greš nekam brez denarja, pa da si zaželjen (npr. v kafič ne moreš), pa noben ti ne teži, imaš mir; le manjkajo folije, kakšni novi filmi, kaj za jest, pa da bi blo odprt tudi čez vikend.«

»...fajn je to, da dobiš zastonj insulinke tud zarad tega, ker smo brez denarja, pa ne sam zato, tud zato, ker, ne vem, večina ljudi si najbrž ne bi kupovala insulink vsak dan, tko pa jih tuki dobijo... 10, 20 si jih vzamejo, pa jih lohka menjajo pol...drgač bi se zihr z isto, pol pa ...manj je možnosti, da zbolíš, manj je možnosti, da fašeš kej. Pa kul mi je to pr Stigmi, k se lahko zbiraš tle, pač, da si lahk v nekem... kolektivu zbrani... al pa recimo te, k nimajo doma pa to, recimo te iz zavetišča, kokr vem, so lahko samo od 8h zvečer naprej notr, čez dan se pa nimajo kam dat. Js lahko grem domov, oni se nimajo dat kam, tko da je fajn, da obstajajo take službe, da so lohka notr pa da se usedejo...da majo vsaj neke vrste kt dnevno sobo, majo in televizijo in računalnik na voljo in lahk so tuki pač vsaj neki časa. Zato se mi zdi Stigma fajn.«

Centri za socialno delo

Pri opisovanju izkušenj s centri za socialno delo se je pokazala razlika med posameznimi centri ter med posameznimi strokovnimi delavkami oz. delavci. Pozitivne izkušnje imajo uporabniki in uporabnice drog s CSD Lj. Šiška, CSD Lj. Vič

Rudnik in CSD Kranj, predvsem zaradi pozitivnega odnosa zaposlenih do njih ter pridobitve informaciji in možnost uveljavljanja pravic (denarna socialna pomoč). Pri CSD Kranj kot negativno izkušnjo eden od sogovornikov opisuje apatičnost zaposlenih.

»CSD Lj. Šiška: Tam so ok, tolerantni, razumevajoči, prijazni – vsi od vratarja do direktorja; se počutiš kot človek, je pa zelo odvisno od referenta.«

»Ko sm bla pa neki časa na centru na Viču...zdej jz ne vem, a je to odvisno od ljudi, al so v celmu centru taki ljudje...tist je bil pa čist kontra temu... nam je pa zrihtala ženska, k nas je mela, da smo več denarja dobil; je rekla: ...če boste kot družina prjavljeni, boste dobil več denarja in nas je prjavla kot družino ...to nam je vse ona povedala...pol pa...je rekla, ...ne vem, nikol nam ni...veš, zdej k sm v tem za Bežigradom, morm zmeri, k podaljšujem, morm zmeri vse papirje prnest na novo. Tam mi pa ni blo treba, je ona itak vedla, k če sm pred tremi mesci prnesla papirje, je pač vedla, da se niso zihr v treh mescih spremenil nč in ni zahtevala sploh tega...bolj je bla taka...v redu.. Pa tud po telefonu se je dal kej uredit, tuki (na CSD Lj. Bežigrad) pa morš vedno osebno pridt pa tko...«

»...imam kar pozitivne izkušnje, sicer se mi zdijo nekoliko apatični, ne kažejo zanimanja. Opravek z njimi imam zaradi denarne socialne pomoči (DSP). Pozitivno se mi zdi, ker mi je bilo omogočeno priti do tistega, kar sem potreboval (informacije in DSP).«

Negativne izkušnje so opisane za CSD Lj. Bežigrad in sicer se kažejo v negativnem odnosu zaposlenih:

»CSD Lj.-Bežigrad: ne, nisem mela dobrih izkušenj, zarad tega, ker so ful doskrat...zajebal so oni doskrat, pa smo mi čakal...če si ti pozabu en papir prnest recimo, takoj nisi dobil socialne...če so pa oni založil celo tvojo vlogo, pa si čakal tri mesce na tisto socialno pa nisi dobil niti opravičila...doskrat se mi je to zgodil, da je bil tak odnos...nesramen, no... (...) en ti tko reče, en ti

tko reče... pa prneseš drugo, pa ni v redu...al pa ne vem, zadnjič recimo sm prnesla pravočasno vlogo, ona pa je rekla 'joj, veste jz mam tok dela, ne bom mogla kao vaše vloge oddat, zato k mam preveč dela, boste dobil šele drug mesec'. Čeprou sm jo pravočasno prnesla...tam pred koncem mesca, do 30. jo morš prnest, jz sm jo prnesla 28. pa je ona rekla 'ja, veste, itak mam preveč dela, pa ne boste dobil socialne, ampak vseen oddejte, da boste dobil čez dva mesca'...recimo, tko je blo... Al pa so zgubil našo vlogo, recimo, pa sm pršla tja, pa sm rekla 'kako nej zdej po vašem'...pa so priznal, da so oni krivi... 'kako nej zdej plenice otroku kupm, če ste mi mojo vlogo založil'. 'Ja, mi nimamo nč s tem,...gor..dol' ...mislim...hvala lepa! Ne vem, lahk bi mi vsaj dal kakšen naslov od Karitasa al pa...jst sm to čist od drugih ljudi zvedla, da lahk grem na Karitas po stvari, na Rdeči križ, da lahko dobim obleke, hrano...men to niso nč na centru za socialno delo povedal...tko da...s tistim centrom mam same slabe izkušnje, za Bežigradom...«

Kot pozitivno izkušnjo s centri na splošno opisujejo možnost pridobitve denarne socialne pomoči samo na podlagi potrdila o vključitvi v metadonski program in ne potrebujejo tudi potrdila o brezposelnosti. Kot negativno pa na splošno za centre (kot pri CSD Kranj) navajajo, da »se ne poglobljajo preveč o tem problemu in uživanju drog«.

Policija

S policijo nimajo pozitivnih izkušenj, negativne izkušnje imajo zaradi neustreznega odnosa zaposlenih: »nimajo pravega odnosa do nas, dilerje in uporabnike mečejo v isti koš – npr. sem imel že skuhano, očitno je bilo, da ne bom dilal ali pa enkrat sem prižgala džoint, me je popisal, v Amsterdamu mi je vrnil šus, ko je ugotovil, da je le en in da je zame.«

2.3 Učinkovitost delovanja služb na različnih ravneh

Preprečevanje ponudbe

Uporabnice in uporabniki drog ocenjujejo delo policije kot izključno negativno in neučinkovito, saj se ukvarjajo le z manjšimi preprodajalci/-kami, večje pa po njihovem mnenju pustijo pri miru:

»...niso učinkoviti...«

»Policija – negativno.. Izvajajo akcije 2x-3x letno in dostikrat zapre bolj nedolžne osebe, z velikimi ribami pa se ne ukvarja ali pa jih celo ščiti, saj država brez nadaljnjega kriminala ne bi mogla dobro funkcionirati ('ne bi imeli kaj delat, če bi vse zaprli').«

»S policijo, hvalabogu, nimam izkušenj. Sicer pa mislim, da niso učinkoviti, droge je vedno več.«

»Delovanje služb, kot so policija, se ukvarjajo s problemom razpečevanja in prodaje drog, le da ne pridejo dovolj visoko na lestvici dilerjev, saj mislim, da je tudi v Sloveniji precej podkupovanja tudi s strani policije in ustavijo le dilerje na cesti in ne tiste, ki imajo vse pod kontrolo. Večje živine, večji dobavitelji in organizatorji za razpečevanje drog.«

»Policija: Ni učinkovita, nimajo pravega odnosa do nas, dilerje in uporabnike mečejo v isti koš.«

» Tko, no včasih se mi zdi policija, da samo neko, kako bi rekla, statistiko fila, da se ne trudi kej preveč zašit nekoga, k ma pač vse niti v rokah, ampak da pač tok pa tok folka popiše pa jih poberejo sam zarad statistike. Ne zdi se mi lih, da jim uspeva. Kokr jz vidm, je še zmeri isto, tisti, k so mel kakšno izkušnjo s policaji, da so jih dobil... so takoj uzuni pa takoj delajo naprej...ni, ni nobenga tega učinka...«

Zmanjševanje škode

Programi nevladnih organizacij

Na ravni zmanjševanja škode so mnenja uporabnikov in uporabnic služb glede učinkovitosti nekoliko deljena, prevladuje mnenje, da so programi nevladnih organizacij, ki delujejo na področju nizkega praga, učinkoviti – predvsem zaradi zmanjševanja negativnih zdravstvenih posledic uporabe drog:

»Stigma je absolutno učinkovita v zmanjševanju škode (prenos bolezni zaradi sterilnega pribora).«

»Stigma z dnevnim centrom (pribor in osvežanje) definitivno zmanjša škodo.«

»Pozitivno. Delo služb nizkega praga – to je ok, pomaga iz zdravstvenih razlogov – preprečuje širjenje bolezni.«

V enem od intervjujev pa sta uporabnika izrazila, da je učinkovitost nizkopražnih programov nevladnih organizacij minimalna in zmanjšanje negativnih zdravstvenih posledic uporabe drog ni toliko odvisno od obstojev takih programov kot bolj od osebnih odločitev:

»Stigma – učinkovita minimalno, efekt 1%, ni sicer zaradi Stigme več uživalcev droge, ni pa ključno, ni bistveno, da bi zato obstajala, je bolj ok zaradi dnevnega centra, da se lahko kam daš, ne morš rečt 'hvala Stigmi, nimam hepatitisa' ali pa 'če bi takrat bila Stigma, ne bi dobil hepatitisa'. Če paziš, ga ne moreš dobit, to ni odvisno od Stigme, ampak individualno.«

Metadonski program

Metadonski program je v enem intervjuju opredeljen kot *»pravi pristop za pomoč narkomanom in zmanjšanje kriminala.«* Učinkovitost metadonskega programa uporabniki/-ce drog opredeljujejo tudi kot posledico osebne odločitve o tem, da

uporabljaš le metadon in ne hkrati tudi prepovedanih drog. V večji meri pa metadonski program ocenjujejo kot negativen in neučinkovit ter v enem od intervjujev tudi kot program, ki obstaja zaradi farmacevtskih in zdravniških lobijev:

» Metadon – odvisno od posameznika – če se res odločiš, da le metadon, se zmanjša škoda, veliko pa jih še tudi uporablja drogo.«

»Metadonska – ne zmanjšuje škode, ker se jih itak $\frac{3}{4}$ še vedno naprej drogira.«

»Joj, ne, metadon ni učinkovit, to je res pravi strup, v Piranu so vsi še vedno na metadonu in noben ne bo nehal, v Gradcu so šli ljudje celo direkt na substitol, brez, da bi bili prej na heroinu. Samo določeni ljudje grejo na metadon, jaz rajši kriziram, kot da bi šel na metadon. Spijem sicer ga, če ga kje dobim. Ni pa ok, da se ga navlečeš, je preveč, prehudo je nehat – če si ves čas notr, ne moreš ven. Sicer zmanjšuješ, ampak to je pravljica – zdravniki jim vedno vlečejo še malo, pa še 1 tableta, potem subotex, vedno še nekaj – s tem se samo podpira sam njihov posel, pa zavarovalnice, pa farmacevtske firme. To je sam biznis – zavarovalnice, zdravniki, farmacija, vsi imajo interes od tega. Metadon je zlo numero 1 te civilizacije, hujš kot vojne, lakota – zavajanje ljudi, poneumljanje.«

Centri za socialno delo

Tudi centre za socialno delo ocenjujejo kot neučinkovite, v najboljšem primeru kot nevtralne oz. kot službe, ki nimajo nič opraviti z zmanjševanjem škode zaradi uporabe drog:

»CSD – ne zmanjšuje škode, npr. soc. delavka v Kranju nič ne vpraša, nič ne ponudi, odgovori sicer na moja vprašanja, sama pa ni pobudnica. Pa na CSD Kranj bi moralo biti za področje drog več socialnih delavk, ne le dve.«

»Centri za socialno delo pa se ne ukvarjajo preveč s problemi, ki jih povzroči uživanje prepovedanih drog.«

»Ne, oni nimajo prou nč s tem... S centrom za socialno delo mam sam slabe izkušnje. Na splošno, ne sam... ne vem, oni nimajo kej dost z drogo veze... Ne trudjo se kej preveč. Vidm tud po tem, k poznam kakšno mamico, k je...narkomanka, pa zlo slabo skrbi za svojga otroka, pa bi se mogu center za socialno delo vmešat, pa se ne vmeša... Recimo mi smo prjavl, trije smo bli, k smo prjavl mamico, ker se nam je zdel, da zlo zlo grdo ravna s svojim sinom, ker ga je skoz s sabo vlačila... sicer je skrbela za njega pa to, ampak zmeri je bil zraven, ko je kupovala drogo, ko se je zadevala...s sabo ga je mela na wc-ju, ko se je šla zadevat, pa je bla po eno uro notr s tisti fantkom, k je star 5 let pa še zmeri plenice nos... Tko da, smo jo prjavl in nč ni blo, še zmeri ga ma, še zmeri je isto...(...) ja, naj se ji da en ultimat...mislm ne morš ti tko z otrokom, ja, jz bi ji vzela otroka, ja, zakaj ne bi mel on možnost normalno žvet...kaj bo ta otrok, ko bo star 15 let, kakšen bo...točno tak bo kot ona...sej ne morš bit drugačen, ane, če gledaš...mislm, dobr, lahko si, ampak... ne vem no, men se to ne zdi do otroka fer, neki bi pač mogli ukrent, pa niso... (...) jz se tud zadevam, pa me moj sin nikol ni vidu še z insulinom v roki al pa zadeto al pa kakorkoli...jaz mislim, da je to malomarnost ... ne pravm, da je zdej slaba mama... ampak pač ne zna in...ja, mogla bi se ji dat neka pomoč...skratka center ne dela dovolj dobro.«

Zmanjševanje povpraševanja po drogah

Komune

Na ravni zmanjševanja povpraševanja po drogah so kot učinkovite navedene le komune, pa še te v manjši meri. Bolj pogosto je mnenje, da komune niso učinkovite.

»Komune so ok. Odvisno od nas samih potrošnikov po drogah, kaj želimo oz. kakšen program si izberemo.«

»Komuna je verjetno učinkovita, te reprogramirajo. Sam nimam izkušnje; od tistih, ki jih poznam, jih je cca 25% ostalo clean.«

»Komuna in zdravstvo: niso učinkoviti v zmanjševanju povpraševanja po drogah. Zdravstvo sploh ne, komune pa mogoče malo, ne vem, ne poznam osebno, kogarkoli pa poznam, da je bil v komuni, se je še vedno vrnil nazaj na drogo (cca 15 ljudi).«

»Komune: eni imajo 10 komun za sabo, po 2-3 leta, fajn je zato, ker (...) ven prideš bolj odrasel. Sicer na ravni povpraševanja po drogi pa niso učinkovite.«

Detoksikacija in zdravstvo

Tudi ti programi so po mnenju uporabnikov in uporabnic drog neučinkoviti v smislu zmanjševanja povpraševanja po drogah:

»Na DTO niso učinkoviti, fizično te sicer spucajo, ko pa se vrneš v tisto okolje, je velika možnost, da se vrneš na drogo.«

»Zdravstvo se bi moralo prav tako več ukvarjati s temi problemi, ki so povezani s problemom odvisnosti od drog.«

»... zdravstvo: 2-3% možnost, da uspeš, enim določenim ljudem ustreza...«

Preventiva

Preventiva prav tako ni učinkovita, saj je *»vedno več uporabe drog«*:

»...na ravni preventive niso kaj dosti učinkoviti, droge je vedno več; jaz v šoli nisem bil nič deležen, droge so bile tabu tema.«

»Ko sem bil v šoli, je bila to tabu tema. Mislim, da niso učinkoviti, vedno več je uporabe trde droge (heroin, kokain), prej je blo več trave. Sedaj je več kot 50% uspešnih mladih na kokainu.«

» če bi hoteli to izkoreniniti, bi bilo treba že v vrctu delat prav na tem – npr. že 1000 let to laufa, nobeni civilizaciji ni uspelo, zakaj bi gruntali nekaj, kar bi ustavilo drogo, bolj učinkovito bi bilo se naučit živet s tem, da otrok vidi, a ma to v seb in odkrivat druge njegove potenciale, potencirat njegove želje, ne pa ga silit. Če bi npr. dobil šut od države, ne bi celega dneva porabil za to, da najdeš keš in bi lahko počel to, za kar si talentiran.«

2.4 Usmeritev oz. politika posameznih služb (represivna ali tolerantna)

Glede represivne oz. tolerantne politike posameznih služb si sogovorniki in sogovornice v intervjujih niso enotni. Razen za represivno policijo in komune so za večino služb rekli bodisi, da so represivne, bodisi so menili, da je *»več ali manj vse skupaj tolerantno«*. Konkretno pri centrih za socialno delo so izpostavili tudi odvisnost od centra do centra oz. od zaposlenih.

Centri za socialno delo:

»CSD naj bi bil toleranten, pa ni.«

»CSD – toleranten, do metadona pa tudi, če vejo, da si na drogi. Je pa odvisno od CSD do CSD oz. od socialne delavke do socialne delavke. Eni se vedejo, kot da iz svojega žepa dajejo, eni pa čist normalno – vzamejo papirje in uredijo.«

»...tudi na CSD le preverijo, koliko metadona jemljem in če kaj zmanjšujem...«

»Jz mislim, da oni (CSD) niso sploh nč, niti represivni niti tolerantni...nč nimajo s tem...«

Metadonski programi:

» So vzvišeni, represivna politika, jim je vseeno...«

»Metadon – preveč tolerantno – če se 1x odločiš, bi moral pustit drogo, ne pa, da je potuha; ne zdi se mi normalno, da nekdo 10-15 let pije metadon, zraven pa še fura droge.«

»...npr. kljub pozitivnemu urinskemu testu še vedno dobim metadon...«

Zavod RS za zaposlovanje:

»Mogoče bi bilo fino, če bi bil npr. na zavodu za zaposlovanje program, da bi nam ponujali službo. Potrebno bi bilo tudi z disciplino: urinski testi, če pozitiven, ne dobiš službe. Npr. na metadonu (na začetku je bilo tako), če boš pozitiven, ne dobiš za cel teden – sem takoj pazil in sem bil 1 teden negativen.«

»Zavod za zaposlovanje...toleranca...ne vem, če jih ne moti to, potem...jz nism mela občutka do zdej, da ...ampak pr men je drgač, jz mam mammo na zavodu za zaposlovanje zaposlena, ko d se do mene precej drgač obnašajo kokr recimo do partnerja... mene niso še nikol vrgl iz zavoda za zaposlovanje, zato ker ona je zaposlena tam...čeprav me ni blo neki časa, pa bi me lahko vrgl...on se pa ni zdej mesce oglasu, pa je zdej že drugič ...so ga vrgl vn...zmeri mi rečejo... to je zato k tvoja mama....doskrat sm to slišala 'zato, k je tvoja mam kao tuki'...so velik bolj prjazni do mene, tko d ne morm objektivno ocent tega...«

Kot najbolj tolerantno so opredelili usmeritev Društva prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote in Društva Stigma. Pri prvem je toleranca posledica interesa cerkve,

da pridobi nove vernike in vernice, pri Društvu Stigma pa je toleranca omejena s širšo represivno politiko (npr. pravila dnevnih centrov oz. odsotnost varne sobe).

Stigma:

»Tolerantna je edin Stigma, če bi tko pogledu...«

»...tolerantna, še vedno ne smeš se zadevat, ne smejo pa podpirat droge, ker je celotna politika represivna.«

Vincencijeva zveza in cerkev:

»...so kar tolerantni, ker vejo, da od uspešnega in dobro situiranega človeka ne bodo imeli nič, če pa zbereš zgubljene, psihično sfukan folk, taki, ki so zgubljeni, iščejo odgovore, so brez osebnosti, take pa lahko spreobrneš, da najdejo Kristusa v sebi in potem oni naprej širijo idejo o Kristusu.«

3. Spremembe na ravni pravic (po sprejemu ReNPPD)

3.1.Dostopnost služb

Mnenje enega od sogovornikov je, da je dostopnost služb in programov na področju drog majhna in tako nespremenjena (*»dostop je nespremenjen in je tudi informiranost majhna...«*), večina pa jih ocenjuje, da so službe dostopne: *»programi so dostopni«, »dostop do služb imam«, »na splošno so službe dostopne,...«*.

Izpostavljena je bila razlika med mestom in vasjo, ki kaže na večjo dostopnost v urbanih okoljih – *»službe so dostopne v mestu, na vasi pa ne«* ter osebna odločitev o vključitvi v programe - *»Pomoč je na voljo in je dostopna. Kdor si jo želi poiskati, jo bo našel – je stvar posameznika, ali 'vzame' pomoč ali ne.«*

Kot največjo oviro pri dostopu do služb izpostavljajo plačljivost programov, predvsem terapevtskih – bodisi v obliki neposrednih plačil za npr. komune bodisi posredno preko vključenosti v dopolnilno zdravstveno zavarovanje. S takim razlikovanjem, torej brezplačnimi programi zmanjševanja škode ter plačljivimi programi zdravljenja, se po mnenju sogovornice posredno vzpodbuja nadaljnjo uporabo drog in otežuje odločitve za zdravljenje, zato predlaga večjo finančno pomoč pri vključitvi v programe zdravljenja:

»...je pa drago, rabiš denar, da se lahko vključiš (meni so pomagali starši + denarna socialna pomoč)« (o vključitvi v komune preko Društva Up)

»Moti me recimo, da moraš še zmeri plačat ene programe, recimo če si zasvojenc, pa če bi se rad spucal pa to, če bi rad nehal in če bi šel, da bi ti kdo pomagal, morš plačat. In zdaj - večina nas džankijev nimamo dnarja, da bi si prvoščil to...tko, da to mi ni v redu. Mislim, da bi oni mogli nam omogočit to zastonj, torej da za zdravljenje ne bi blo treba plačat ali pa vsaj manj ali vsaj ne vem, recimo, kakšna drugačna varianta, da bi bla... če ti ne rata, da plačaš, ali pa ... ne pa tko, da morš bit nujno dodatno zavarovan, če hočeš kej dobit. (...) Nimaš velik možnosti, da bi se očistu tega, ampak če pa si do metadona in do tega, da si menjavaš insulinke pa to, pa maš dostop...tko bi rekla. Če bi se pa hotu spucat, pa ni tok na voljo... Bolj je na voljo to, da ostajaš džanki, da ti na tak način pomagajo, kokr pa na tak, da bi nehu bit džanki...«

»Če si samo na heroinu, pomeni da vsak dan laufaš okrog za tisti denar, da si boš spustu šuť, zihr nimaš tistih 20 eur na mesec, da boš dal za dodatno zavarovanje.... (...) Če si na heroinu, valda nimaš dnarja, ne morš funkcionirat, ne morš nč, mislm neki časa že, sam...«

Zmanjšanje dostopnosti programov pripisujejo tudi premajhni izbiri med programi (predvsem ni alternative za metadon in detoksikacijo) ter predolgim čakalnim dobam za vključitev v programe (npr. detoksikacije). Očitek programu detoksikacije v okviru Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v okviru Psihiatrične klinike

Ljubljana je tudi zahteva oz. pogoj, da mora oseba tri mesece pred vključitvijo v program biti zgolj na metadonu ali zgolj na heroinu, nikakor pa ne kombinacija obojega:

»Metadon – isto kot je, ni spremembe, razen da je na voljo še subutex in substitol, prej le metadon.«

»To me tud mot, da razen metadona ni nobene druge alternative, v bistvu komaj se je uvedla, pa tud ta ni vsem na voljo, pa komi je na preizkušnji.«

»Detoks: hotla sem it, dokler nism zvedla, da morš čakati tri mesce, da not prideš, kakšna je to butasta fora. Tri mesce morš bit čist, da greš lahk na detoks, kakšna je to glupa fora, če bom jaz tri mesce čista uzuni, zakaj bi pol rinla še nekam notr, pa še tam čista visela... Jaz bi šla lih zato not, da se not spucam, ne pa da se uzun pucam pa pridem pol čista not. A ni to glupo? Pa še plačati morš, morš bit dodatno zavarovan, če hočš notr. ... Morš bit al sam na metadonu al pa sam na heroinu...sej mi mam lih s tem probleme. Če bi lahko bla sam na metadonu, pol sploh ne bi mela problema, bi počasi zniževala metadon, zakaj bi sploh hotla it na detoks. En džanki uzuni, k je samo na heroinu pa ni na metadonu, pa itak nima dnarja, da bi šel na detoks...(...) Metadon je lih za nas džankije zato dobr, da ti ni treba vsak dan zjutri vstat in laufat okrog za denar, da bi se lahko prbil. Če ne bi blo metadona, tud dnarja ne bi blo. (...) Zato se mi zdi to neumnost. Oni bi mogli sprejet kogarkol notr, dobr- naj majo neka merila al pa karkol, ne pa dnar...Najhujši džankiji, k bi bli najbolj potrebni detoksa, najbrž nimajo dnarja. Pa še neki, da morš čakati tri mesce, da prideš not, to se mi tud zdi mal mim. K ti se odločiš v enmu trenutku, da bi se rad spucu, ne pravm zdej, da morjo oni skočt takoj, k si se pa ti spomnu spucat, sam bi moral met pa možnost, da greš takrat, ko se odločiš, ne pa... ne vem... jz se zdej odločm, čez dva dni me bo pa spet želja premagala, zato bi jz takoj šla. Bi morala bit še kakšna varianta poleg tega detoksa, kakšna druga še... Zato mam slabe izkušnje z njimi.«

3.2. Informiranost o programih

Tudi glede informiranosti o programih uporabnice in uporabniki drog menijo, da je velika in zadostna, le eno mnenje je, da je *»informiranost majhna, razen nekaterih osnovnih podatkov in smernic.«* Nekateri so mnenja, da je možnosti za informiranje celo preveč in da so sredstva, ki gredo za informiranje, slabše uporabljena, kot če bi jih namenili za npr. zdravljenje. Najpogosteje je kot vir informacij omenjeno Društvo Stigma, sledijo javne službe na področju zdravstva in socialnega varstva (zdravstveni domovi in metadonski centri, CSD, zavod za zaposlovanje) ter mediji, knjižnice in informiranje med uporabniki/-cami samimi:

»Največ informacij o raznih stvareh bi najbrž tuki na Stigmi dobila, če bi hotla kej...«

»Informacije se da ok dobit: na Stigmi, na Metelkovi, v zdravstevem domu, na cesti od ljudi in v medijih.«

»... informacij je veliko, vedno več (preko javnih služb, CSD, zavoda, Stigme, še najmanj informacij dobim v medijih).«

»...informacije na voljo – no, kolikor se zanimaš, spet odvisno od posameznika. Na voljo so pri zdravniku na metadonski, na Stigmi so letaki o varni uporabi droge.«

»... preveč informacij je na voljo, preveč služb za informiranje je, za informiranje in letake gre preveč denarja, namesto da bi šel za učinkovite programe (npr. ta denar bi lahko šel za zdravljenje ljudi); če boš rabil informacije, boš že šel v knjižnico, to informiranje samo podebilja...«

3.3. Možnost pritožb in vpliva na programe

Po mnenju uporabnic in uporabnikov drog so pritožbe, preko katerih naj bi vplivali na programe, sicer možne, vendar ne verjamejo, da so tudi učinkovite oz. upoštevane, saj njihovega mnenja nihče ne jemlje resno:

»Pritožbe so možne, a mislim, da ne spremenijo ničesar. Vplivanje na programe mislim, da skoraj ni možno oziroma ne spremeniš ničesar, ker te nihče ne jemlje dovolj resno.«

»... pritožiš se lahko, pa te nihče ne posluša – npr. ko so nas vrgli iz Roga, nam je Janković najprej obljubil nadomestek, je rekel 'bomo zrihtali'. Ko sva se naslednjič slišala, pa je imel zelo grd pristop 'pojdi domov, če si iz Pirana; pojdi delat...'«

Podobno menijo, da imajo majhno možnost vplivanja na programe, pri tem so zlasti izpostavili metadonski program na Metelkovi v Ljubljani. Nekaj jih je mnenja, da imajo možnost sodelovanja in vpliv na programe pri Društvu Stigma:

»Metadonski program na Metelkovi: ne da se vplivat na program, nimaš se možnosti pritožiti, ni možnosti se kaj dogovoriti – npr. ko se mi je služba v petek končala po tem, ko se je metadonska že zaprla, ni bilo možno dobiti metadon, za četrtek bi se lahko dogovoril le, če bi služba dala potrdilo (če nočem povedat v službi, zakaj potrebujem to potrdilo, to ni ok, je malo sporno). Prav tako ne dobiš metadona, če prideš npr. eno minuto po dogovorjeni uri – metadon je tam, sestra je tam, lahko bi mi ga dala, ampak ne.«

»Metadon – Možnost pritožbe in vpliva je zelo majhna, zdravniki ti dajo občutek, da so oni višja vrsta, ki več vejo, ne upoštevajo tebe, čeprav poznaš svoje telo bolje kot oni. Oni ne morejo vedeti, če nimajo lastnih izkušenj.«

»... vplivat na programe ni možno, sodeluješ pa lahko, na Stigmi npr. lahko«

» Ja, tuki mam možnost na Stigmi povedat, zdej ne vem, kok se bo kej spremenil, k še nismo pršli do (smeh)²⁰...«

»Možnost vpliva na programe imam na Stigmi.«

» Stigma: lahko se pogovarjaš, na pritožbo/predloge dobiš odgovor, zakaj se kaj da oz. se ne da.«

4. Upoštevanje uporabniške perspektive

Uporabnice in uporabniki drog večinoma menijo, da uporabniška perspektiva ni upoštevana. Dvomijo v to, da je njihovo mnenje upoštevano ter se hkrati sprašujejo, kdo jih lahko sliši, komu naj sporočijo svoje ideje in kdo jih lahko uresniči:

»...na splošno se mi zdi, da se je ne upošteva...«

»...ne verjamem, da bi me kdo zares slišal...«

»...drugi programi so gluhi...«

»...kdo nas bo sploh poslušal...«

»Predloge imam, pa niti ne vem, komu jih lahko sporočim. Kdo me lahko sploh sliši, kdo je sploh tisti, ki lahko kaj naredi? Npr. imam večjo idejo, da se naredi ena večja hiša, kot varna hiša (s hrano) za ljudi, ki so na cesti, pa da bi bila prisotna tudi medicinska sestra. Namen bi bil pomagat drugim, da ne bi bilo brezdomstva in da bi odkrili svoj talent, da bi vedeli, kaj delat v življenju. Sedaj ne obstaja nič konkretnega, pa gre ful denarja za vse programe... Sploh ne bi smelo bit brezdomstva, zavetišče na Poljanski pa ni

²⁰ Ta intervju sva opravljali ravno po tem, ko smo v dnevnem centru po pol leta odprtja prosili obiskovalce in obiskovalce za prvo evalvacijo delovanja centra. Sogovornica je v okviru izvajanja družbeno koristnega dela te anketne liste zbirala in vpisovala v računalnik.

ok, tam so samo stari pijančki, za mlade ni ok, pa ni vegetarijanske hrane. Komot bi lahko bili vsi pod isto streho, nič jih ne bi stalo dat eno hišo in 2 zaposlena. Če bi imela keš, bi lahko sama speljala.»

Nekaj uporabnikov in uporabnic pa meni, da se uporabniška perspektiva vendarle upošteva predvsem kadar nastopajo v vlogi respondentov pri raznih raziskavah in prepoznajo nekatere nevladne organizacije (Društvo Stigma, Društvo Kralji ulice) kot tiste, preko katerih lahko sporočijo svoje mnenje:

»...očitno hoče država neki sprement, če da pač tako anketo ven²¹ ...očitno nekdo hoče nekispremenit, ga zanima... s tem mi povejo, da jih zanima, kaj se dogaja z nami, že zarad te ankete...V bistvu mam možnost povedat, če hočmo...«

»Za to je še najbolj dozvetna Stigma, če hočemo kaj povedat,... le preko Stigme lahko kaj sporočimo.«

»Na Stigmi bi se verjetno slišalo, če bi hoteli kaj sporočit, tudi prenesli bi naprej (preko dnevnega centra), verjetno tudi na Kraljih ulice.«

Z uporabniškim združevanjem nimajo veliko izkušenj in zaznavajo, da nastopajo predvsem kot posamezniki oz. posameznice:

»Nimam osebnih izkušenj z združevanjem...«

»Združevanje uporabnikov je le poredkoma, saj smo vsi predvsem sami in se le redko združujemo v večje skupine.«

Eden od sogovornikov meni, da je uporabniška perspektiva pomembna in sicer zlasti pri preventivi v šolah:

²¹ Pri tem je sogovornica pokazala na vprašalnik za ta intervju.

»Vedno več je uporabe drog, pomembno je, kdo jim to predstavi, informacije (npr. v šolah) morajo dobiti iz prve roke, od nekoga, ki je dal to čez, da jim pove, da droga res ni to; ne trava, alkohol je odskočna deska.«

5. Podoba uporabnic in uporabnikov drog v očeh javnosti

Podoba uporabnikov in uporabnic drog v javnosti je po mnenju uporabnic in uporabnikov slaba, *»a priori smo negativci«*. Menijo, da je odnos večine ljudi konzervativen in netoleranten. Ljudje si zatiskajo oči - *»to se dogaja drugim, mojim otrokom že ne«*, programe ocenjujejo kot potrebne in smiselne, vendar jih ne želijo imeti v svoji bližini. Drog se bojijo in so precej nevedni, neizobraženi in neinformirani, uporabo drog vidijo kot nalezljivo bolezen:

»Ljudje si zatiskajo oči pred tem, da droge obstajajo, ljudje niso tolerantni, se bojijo (drog, kriminala), so nevedni«

»...v stilu 'vse ok, programi so fajn, ampak ne blizu nas'«

»Jaz mislim, da je javnost predvsem neizobražena glede uživalcev drog, tud nas gleda postrani, zatiska si oči, ...vsak bi... ne rad mel to...občutek imam, da je tko, k da bi mel aids...ljudje zvejo, da se drogiraš, pa se te izogibajo, te gledajo tko, kot da si...gobav...recimo...kot da se lahk naleze, v tem smislu...včasih se mi zdi, da mi piše tko na čelu, da sm džanki, pa ne vem zakaj, a se jz sam tko počutim, k vem, da sm džanki al se mi res vid, da sm...tko da...jz mislim, da je javna podoba slaba...«

»Javna podoba je zelo slaba, saj ljudje na narkomane gledajo, kot da smo kužni in imajo premalo znanja, da bi nas vsaj delno razumeli.«

Uporabniki/-ce drog se počutijo stigamitizirane in izločene iz družbe. Poudarjajo, da ljudje napačno mečejo vse uporabnike/-ce drog v isti koš, da ne poznajo razlike med

npr. tistimi, ki uporabljajo heroin in tistimi, ki uporabljajo kokain ter da vse vidijo kot neuspešne, umazane in tiste, ki 'fehtajo' in obratno: »Tudi če je človek samo na cesti, ga imajo že za narkomana.«

»Stigmatizirani smo, vse mečejo v isti koš, mi, ki vemo, da obstajajo taki, ki skrbijo zase in za higieno, eni so pa poden – npr. v politiki in Hollywood-u so vsi zadeti, pa je ok, dobijo plačo in kokain, to je kul, kokain. Če pa si na cesti, moraš narest pizdarijo, da prideš do droge. Ves kokain v Sloveniji priskrbijo politiki in Bush. Masa je zavedena, ne poznajo. Naftovod – kao naftovod, bolj kot to pa se šverca ilegalne substance. Konkretno v Piranu – policisti, kriminalisti se ukvarjajo z drogo, so jih dobili z 10 kg heroina, sedaj vsi sedijo.«

»Ljudje si za narkomana predstavljajo nekoga, ki je na ulici, ki fehta, ki je umazan – mešajo, zamenjujejo med brezdomci in narkomani. Npr. uporabnikov kokaina se sploh ne pozna. Sem ravno vprašal kolegico, kaj je narkoman, je rekla, da nekdo, ki je skoz zadet, umazan, na igli. Torej sem takrat, ko sem snifal, bil bolj narkoman, ker sem bil skoz zadet, kot zdaj, ko sem na igli. Je pa to tudi odvisno od tega, na kateri drogi si – heroin je za klošarje, kokain pa za filmske igralce. Če bi se v javnosti pojavlo, kdo vse uporablja droge, bi se ljudje za glavo prijel.«

»ampak nismo pa vsi enaki...ne mormo metat vse ljudi v en koš, oni pa to vse v isti koš mečejo..ne pravm zdej, da je zdej treba met rad...ne rabjo pa neki bit..ne rabjo nas izločvat iz družbe...«

Prav tako ljudje po mnenju uporabnikov in uporabnic kriminal neutemeljeno vedno povezujejo z drogo:

»Kriminal se enači z drogo – npr. takrat, ko je tisti moški zabodel zobozdravnico na Metelkovi, je bilo takoj v medijih, da je bil džanki, pa sploh ni bil.«

»to je eden od stereotipov...če si džanki, pol zihr maš kakšno bolezen...take stvari...ampak ta je najpogostejši, da kradeš...k jz nisem...jz sm sicer kradla, ampak takrat nisem bla džanki...zdej pa res ne kradem...k mi ni treba...tud žicam ne več...to je tud...če fehtaš dnar, ga zihr za drogo fehtaš...zakaj bi to blo tko ..sej mogoče je res, ampak nismo pa vsi enaki...«

Tudi neposredno v medosebnih odnosih uporabniki in uporabnice drog zaznavajo negativen odnos do sebe in da jih ostali ne jemljejo resno zgolj zaradi dejstva, da uporabljajo droge:

»... takoj k zvejo, da se pa zadevaš...jz mam tm, sva mela enga frenda... on je od partnerja ful dobr prjatu – bil, dokler ga ni vidu na Metelkovi metadon pit...od takrat je reku...ti maš problem...k se bosta rešla tega probema, se bomo pa spet pogovarjal...zdej nas ne jebe več...odkar ga jz poznam, prej ni vedu, da se zadevam, zdej k je zvedu...to je glupo...pa smo bli prou tisto, ne vem...njemu se je rodila hčerkica, pa smo mu poslal čestitke pa darilo...on je nam dal cune od svojih otrok, zmeri bi se šla k njemu ostrišt zastonj...tko mel smo neki odnos, zdej pa...to je glupo, ampak tko pač je....«

»Tudi doma me drugače gledajo, pri konfliktih me takoj vprašajo, če sem malo zaspan (torej če sem zadrogiran), me ne jemljejo resno.«

Poleg neizobraženosti, nevednosti in stereotipnega gledanja ljudi je krivdo za tako slabo javno podobo ena od sogovornic pripisala tudi samim uporabnicam in uporabnikom drog:

»Ampak po eni strani smo si sami tud krivi, da je slaba ...pač eni od nas ne pazmo dost...al pa pazjo, bom rekla, ne pazmo...ne pazjo dost na to tud, kakšen je naš ugled al pa izgled...ne vem, men se tud ne zdi fajn gledat nekoga čist počenga tm, k pač spi al pa ...k bi spal na sred prešerca, pa ne zdi se mi fajn, da grem u igrišče otroško pa da vidm igle po tleh...Tko da se mi zdi, da smo si dost sami krivi za to...za ta ugled...al ne-ugled...«

Ista sogovornica pa je izpostavila, da so mediji, vsaj v primerjavi z njihovim poročanjem pred npr. desetimi leti, danes bolj objektivni:

»Mediji ...pa ne vem, zadnje kaj te so kr tko, mediji so objektivni, niso več tisto...ja, zaznala sm spremembo, k sm gledala, ne vem točno kok časa je to nazaj, ampak vem, da je bil intervju s parimi, k hodjo tud sm pa na Metelkovo, pa so jih intervjujal, tko da so mel možnost sami povedat kako pa kaj. Tko da se mi zdi, da mediji na nek način dajo možnost, da obe strani povesta...Ja, pred desetimi leti, al pa ko sm bla otrok, da je to blo bolj tko strašenje, otroci smo bli tisto, so nas strašili... tko v tem smislu...nerealno...ne na drogo...kaj zdej on neki...strašenje... Mislím da zdej se je zboljšala zadeva, situacija, kar se tega tiče al sm pa jz odrasla, pa drgač mal razmišljam.«

6. Kakovost življenja uporabnic in uporabnikov drog (dohodek, zaposlitev, socialne mreže, kariere, varnosti) ter vpliv ReNPPD

Uporabniki in uporabnice drog opisujejo, da je kakovost življenja povsem individualna izkušnja: *»na splošno je težko o tem govorit, vsak ima svojo izkušnjo...«* in da je odvisna od več dejavnikov, med njimi so individualne okoliščine, *»iz katerih izhajaš, npr. bogati starši.«*

Kakovost življenja je odvisna tudi od vrste droge, ki jo posameznik uporablja, – uporabniki/-ce kokaina imajo bolj kakovostno življenje, večinoma nimajo težav z denarjem, uporabniki/-ce heroína ravno nasprotno: *»Deli se na dva – kokain so uspešni, vse laufa, skrivajo, se ne ve, so v kravati, tisti na heorinu so neuspešni, so na cesti...«*

Razlog za slabšo kakovost življenja je tudi visoka cena droge in človek potrebuje veliko denarja, da jo lahko kupi. Poudarjajo, da je že življenje brez droge predrago (cena stanovanj, uvedba evra), še težje je, če potrebuješ tudi denar za drogo, pri

čemer plačilo v redni službi ne zadošča, zato je včasih potrebno najti druge (nezakonite) poti do denarja:

»Jaz npr. delam, ampak nimam redne plače – ne morem najet sobe, pa tudi če jo, bo šla cela plača za stanovanje. Ni samo za tiste, ki so na cesti, ampak tudi za ostale je stanovanje problem, odvisen si od staršev. Morali bi dobiti stanovanje od države pri 18-ih letih, npr. 20 m² dobiš, da lahko sploh naprej štartaš, tako kot neko nagrado, ljudje bi se tako došolali... V Piranu ni klošarjev, sociala jim še vedno toliko pomaga. Jaz sem bil eden redkih s stanovanjem, ostali so do 40. leta pri starših. Problem je v tem, da imajo stari vile, živijo pa le v kuhinji, ko umrejo, to dobijo njihovi otroci, ki so tudi že stari. Stari ne dopustijo mladim, da zaživijo. Stari so bogati, mladi revni. Npr. moj šef je mlad, mlajši od mene, mu je oče prepustil firmo, ker se je pač naveličal delat – to je redek dober primer.«

»Na področju drog politična moč ne pride do pravega izraza razen teh mileniumskih sprememb, kot so tolarji, a predvsem pa zdaj, ko smo prevzeli evro, ki je vse podražilo, na trgu in v trgovini.«

»Z drogo lahko živiš normalno življenje, problem je v tem, da je droga predraga in si ne moreš samo s službo privoščiti stanovanja in še droge.«

»...kriminal za dobiti denar za drogo...«

Medtem ko nekateri menijo, da lahko z drogo živiš povsem normalno življenje (če izvzamemo potrebo po večji količini denarja), so drugi mnenja, da že sama droga ter negativen odnos ljudi do uporabnikov in uporabnic drog močno vpliva na kakovost življenja, na ohranjanje redne zaposlitve in na medosebne odnose:

»...ko si na drogi, je groza, zaradi droge ne moreš nič, ne moreš jest, si kot fajakarski konj, vidiš samo naslednji šut; pa odnosi z drugimi so slabi, vsi trpijo, službo težko furaš (en čas ti znese, potem pa ne več);«

»...zaradi drog je absolutno drugačna kakovost življenja: prilagajanje, laganje prijateljem, ...«

»Imam srečo s šefom, on razume, da moram zjutraj dobit dozo, sicer ne morem delat. Je težko dobit službo, če šef ne tolerira.«

»...ko so v službi (lokalni radio) zvedeli, da sem na drogi, sem moral zapustit službo.«

»Za dobit službo – v gostinstvu ok, moja izkušnja je, da so delodajalci ok, problem delajo sodelavci.«

Za tiste, ki so vključeni v metadonski program, pri vsakdanjem življenju velik problem predstavlja vezanost na urnik in pravila metadonskih centrov:

»... pa vsak dan moram po metadon – ne morem se odločit npr. zdaj, da grem za 4 dni na morje, zaradi vezanosti na metadonski center se ti zelo zniža kakovost življenja – ne toliko torej sama droga kot zdravljenje...«

»Moje spremembe na ravni vsakdanjega življenja so stvari, po katerih se počasi vzpenjamo in tudi nihamo. Zaposlitev je težko najti nekaj pravega, kar spada k nujnostim, kot so to metadon. O karieri niti ne razmišljam toliko, kot sem pa nekoč verjel trdno v svoj zastavljeni cilj.«

Mnenja in osebne izkušnje so torej različne, dvojni pogled na to, ali droga vpliva na kakovost življenja ali ne, pa je razviden tudi iz enega od pogovorov, kjer je sogovornica zatrdila, da droga ne vpliva na kakovost življenja, hkrati pa tudi potrdila, da dejstvo v zvezi z uporabo drog skriva, saj bi sicer imela težave v vsakdanjem življenju (pri iskanju zaposlitve, v medosebnih odnosih v socialni mreži):

Vpr.: »Kakšna je po tvoji oceni danes kakovost življenja uporabnikov drog? Kako ocenjujete spremembe na ravni vsakdanjega življenja? (dohodek, zaposlitev, socialne mreže, kariere, varnosti)«

Odg.: »Jaz mislim, da to nima nobene veze z drogo, kako bi rekla, kakovost življenja uporabnikov drog...zarad tega ker te itak ne vpraša vsak, a se zadevaš al ne...ti itak ne poveš tega, ko iščeš zaposlitev, ti ne rečeš, jaz se zadevam, pa da boš čaku pol, kakšen bo odziv, al pa ko greš po socialno, tud ne poveš, da se zadevaš, pa da vidiš... ti itak skrivaš to, zato k predvidevaš že vnaprej, da te bodo obsodil...«

Vpr.: »Torej ima vpliv, ti skrivaš...če bi mela občutek, da lahko o tem govoriš normalno...«

Odg.: »Ja, v bistvu ma vpliv...skrivam, ja....bi govorila najbrž normalno, ja, znam vozit avto, mam 5 let delovnih izkušenj, sm džanki... tko da ne vem, spremembe...težko je vidt...men se zdi pač...ne, ne bi še mogla javno govorit o tem, tko da ni nekih...ne vem, če so spremembe, k raj ne bi poskušala zvedt...«

Uporabniki in uporabnice drog menijo, da s sprejetjem ReNPPD ni bilo nikakršnih sprememb pri kakovosti njihovega življenja oz. jih ne zaznavajo, da pa so spremembe v primerjavi izpred 30 let, ko uporaba drog ni bila tako stigmatizirana in da sedaj obstaja interes, da droge kot problem sploh obstajajo. Eden od njih je mnenja, da kakovost njihovega življenja niti ni odvisna od sistemskih rešitev.

»Ne zaznavam nobenih sprememb.«

»Ne čutim nobenih sprememb, lahko da so, ampak jih ne čutim.«

»Spremenilo se je to, da npr. 30 let nazaj, ko je bil Tito, ni bilo tako stigmatizirano, ni bilo potrebe, vsega je bilo dovolj. Od kapitalistične družbe naprej se je spremenilo. Sedaj je več droge, čeprav so službe, ki naj bi preprečevale. (...) Obstaja interes, da je problem. Npr. čez čas bodo odkrili, da je metaamfetamin nov problem, odprle se bodo nove službe za to, nova birokracija, nove možnosti za zaposlitve tistih v teh službah – torej 'hvala, metaamfetamin'. (...) Preveč denarja gre za papirje in birokracijo, za spremembe pa ne, že 1000 let.«

»Sprememba po moje še ni, je prekratek čas. Mogoče se to pozna na daljše obdobje. Razlika je glede na to, a jemlješ drogo ali ne, ne pa od sistemskih rešitev.«

SKLEP

1. Uporabniki in uporabnice v oceni politike na področju drog v RS na prvo mesto postavijo trditev, da se država distancira od problema drog in ga interpretira kot individualni problem.
2. Ocenjujejo, da na ravni preprečevanja ponudbe in zmanjševanja povpraševanja po drogah ni učinkovita, kar utemeljujejo z naraščanjem dostopnosti drog in težavam, ki jih občutijo kot uporabniki služb, ki delajo na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah (npr. plačljivost programov, slaba regionalna pokritost s programi, oddaljenost programov, pogojevanja vstopa v program...).
3. Službe, ki delujejo na področju drog so po njihovem mnenju dostopne. Hkrati pa opozorijo, da vsi programi, ki jih priporoča ReNPPD ne obstajajo (npr. varne sobe za injiciranje, iglomati, nerazvitost programov v manjših krajih...).
4. Tudi uporabniki in uporabnice služb opozorijo na pomanjkanje »sogovornikov«- tako na ravni resornih ministrstev kot na ravni služb – in tako možnosti, da bi lahko vplivali na storitve. Pogrešajo koordinacijo med programi in možnosti, da bi izvajalce seznanili s potrebami.
5. V smislu informiranosti menijo, da so informacije sicer razvejane in dobro dostopne, vendar pogosto premalo konkretne.
6. Na ravni vsakdanjega življenja je odzivnost izvajalcev na njihove specifične situacije pogosto odvisna od osebnih značilnosti strokovnjakov in ne od obvezujočih kriterijev kvalitete dela in standardov storitev. Njihova ocena je, da je »politika« služb odvisna od »politike« strokovnjakov, ki delajo v posameznih službah (in je v razponu med liberalno in represivno). Problem takšnega odnosa vidijo predvsem takrat, kadar represivno politiko zastopajo službe, ki bi morale imeti strpnejši in liberalnejši odnos do uporabnikov storitev.

VI. SKLEP

1. Analiza politike na področju drog na deklarativni ravni

Primerjava Strategije EU in ReNPPD pokaže, da sta oba dokumenta v glavnih vsebinskih sklopih usklajena, vendar se znotraj posameznih delov pojavljajo posamična odstopanja, deloma kot posledica nesistematičnih zapisov in prepletanj različnih ravni. Pomanjkljivosti strateškega značaja lahko odpravimo s spremembo ReNPPD, cilje, naloge in nosilce pa določimo v akcijskem načrtu.

Poglavitni sklopi pomanjkljivosti ReNPPD v primerjavi s Strategijo EU, iz katerih izhajajo naša priporočila, so naslednji:

Prvič, **cilji**, ki so zapisani v ReNPPD sicer vsebinsko sovpadajo s splošnima ciljema Strategije EU, vendar pa v večji meri niso operacionalizirani. V ReNPPD tako pogrešamo zelo jasno izpostavljeno potrebo po določitvi natančnih ciljev, prednostnih nalog, kazalcev in ukrepov z opredelitvijo odgovornosti in skrajnih rokov za izvajanje, kar predpostavlja Strategija EU in kar je potrebno narediti z akcijskim načrtom. Zaradi pomanjkljive operacionalizacije lahko pričakujemo težave pri ocenjevanju doseganja ciljev in usmerjanju politike v naslednjih obdobjih. Druga pomanjkljivost v zvezi s cilji je ta, da so zapisani skupaj in prepletano ne glede na to, da so dejansko povezani z vsebinsko različnimi sklopi ukrepov.

Drugič, naslednja kritična pomanjkljivost je **usklajevanje politik** o drogah, ki je pri nas 'razdeljeno' med več delovnih teles (predvsem komisija za droge in ministrstvo, pristojno za koordinacijo na področju drog), medtem ko na ravni EU usklajevanje poteka znotraj ene Horizontalne delovne skupine za droge. Nevarnost 'razdelitve' nalog usklajevanja vidimo v tem, da se lahko odgovornost prenaša od enega na drugega akterja oziroma da obstaja večja možnost konfliktnih situacij v primeru neizvedenih nalog, saj v določenih primerih ni zelo jasne razmejitev glede tega, kaj so naloge posameznega akterja.

Tretjič, pri opisu **ukrepov na področju zmanjševanja povpraševanja** terminologija ukrepov v ReNPPD še ni usklajena s terminologijo Strategije EU, kljub temu pa so vsebinsko ukrepi večinoma usklajeni. V ReNPPD je zelo malo pozornosti namenjene ukrepom, ki sodijo v sklop preprečevanja preraščanja eksperimentiranja z drogami v redno uporabo. Druga pomanjkljivost je precejšnje prepletanje področij ukrepov v opisih ReNPPD, saj so ukrepi razdrobljeni med okolja izvajanja aktivnosti (šola, delovno, družinsko in lokalno okolje), kar je dejansko prečna tema. Tretja pomanjkljivost je v tem, da ni izpostavljenih prednostnih nalog. Vse to bi bilo potrebno urediti v dopoljnjeni ReNPPD oziroma zadnjo pomanjkljivost odpraviti s sprejetjem akcijskega načrta.

Četrtič, tudi pri **ukrepih glede zmanjševanja ponudbe** lahko navedemo podobno pomanjkljivost kot zgoraj – veliko je prepletanj med različnimi skupinami ukrepov in premalo zavezanosti h konkretizaciji.

Petič, okrepljeno **mednarodno sodelovanje** je v ReNPPD izpostavljeno, vendar smo kot pomanjkljivost v primerjavi s Strategijo EU opazili, da se ReNPPD še ne sklicuje na usklajeno delovanje do tretjih držav, kar Strategija EU poudarja kot pomemben princip sodelovanja.

Šestič, na področju **raziskovanja, izobraževanja, informiranja in vrednotenja** v ReNPPD ponovno naletimo na pomanjkljivost v zvezi z delitvijo nalog. Predvsem raziskovanje in informiranje sta 'razdeljena' med dokumentacijski center pri ministrstvu, pristojnem za koordinacijo na področju drog in informacijsko enoto pri Inštitutu za varovanje zdravja; nekatere raziskave (ni specifično določeno) pa naj bi izvajali še zunanji raziskovalci. Glede vrednotenja pa v ReNPPD ni jasno podeljenega mandata. Sicer je omenjeno sklopu evalvacije programov, vendar ni razvidno, kdo bo (bodo) ključni nosilec, kot je to določeno v Strategiji EU.

Strategija EU sicer določa možnost upoštevanja nacionalnih in lokalnih različnosti na področju politike do drog, vendar bi le te morale biti utemeljene na podlagi jasno izraženih ocen, trendov, potreb, kar pa predpostavlja sprotno spremljanje in vrednotenje izvajanja obstoječih ukrepov. Ker to v primeru Slovenije, v obdobju

priprave resolucije, v celoti ni bilo narejeno²², se je naša politika le prilagajala smernicam in zahtevam EU. Pri tem se nam poraja vprašanje, ali in v koliki meri je v takih okoliščinah lahko nacionalna politika na področju drog, sploh neodvisna od politike EU.

2. Analiza resornih politik

Na podlagi rezultatov analize intervjujev s predstavniki resornih politik in nekaterimi izvajalci programov pomoči ugotavljamo, da na nacionalni ravni ne razpolagamo z ustreznimi bazami podatkov o številu uživalcev drog, o trendih, o povpraševanju po zdravljenju ipd. Ugotavljamo, da tako v resorjih, ki imajo dostop do nacionalne baze podatkov, kot v tistih, ki tega nimajo oziroma ocenjujejo te podatke kot neustrezne, financirajo in izvajajo različne dodatne raziskave. V resorjih na področju zmanjševanja ponudbe zbirajo podatke o razširjenosti drog na podlagi posrednih kazalcev (npr. število zasegov, število obravnavanih zadev s tega področja ipd.), ki nam ne dajo zanesljive slike o razširjenosti drog. Evidence podatkov imajo urejene in so javno dostopne tudi preko spleta.

Posamezni resorji sicer poskušajo izvajati politiko na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah, vendar se pri tem pojavljata dve glavni oviri. Prva je prepletanje področij dela, kar se kaže skozi poseganje posameznih resorjev na področja dela drugih resorjev (npr. MDDSZ in MŠŠ posegata na področje preventive in kurative), kar je še posebej problematično zaradi slabega sodelovanja. Ker v ReNPPD (2004) ni jasno določenih akterjev, ki bi bili zadolženi za posamezne naloge na posameznih področjih dela, je nemogoče določiti odgovornost posameznega resorja v primeru neizvedenih nalog. Kot drugo oviro opažamo prikritost problematike v resornih dokumentih (kot npr. na MŠŠ, kjer je področje drog implicitno vključeno v dokument Vključevanje zdravja v kurikulum). Ocenjujemo, da tak način ni primeren za učinkovito implementacijo programov na tem področju. Na področju

²² Prva javna diskusija na področju drog je bila v začetku 90-tih let prejšnjega stoletja in je predstavljala osnovo za prvi nacionalni program na področju drog (prim. Kokot, 1992), politika na področju drog se je oblikovala na podlagi ocene strokovnjakov o povečanju razširjenosti uporabe drog pri nas, ukrepi so bili posledica prioritete in političnega konsenza na nacionalni ravni. Na Fakulteti za socialno delo, Fakulteti za družbene vede je bilo narejenih nekaj parcialnih raziskav (prim. Grebenc, 2005, Kvaternik Jenko, 2004), evalvacij (prim. Flaker in Rod, 2000; Rihter, 2004) posameznih programov, vendar evalvacija politike na področju drog v celoti ni bila narejena.

alkohola pa se bodo medresorska pogajanja o vsebini akcijskega načrta (prioritetah, ciljih, nalogah in akterjih) šele začela. Ker je v resornem nacionalnem programu socialnega varstva prišlo do sprememb glede statusa visokopražnih in nizkopražnih programov, ki so bili po prejšnjem nacionalnem programu opredeljeni kot drugi programi, zdaj pa je njihov status raznolik – visokopražni programi lahko pod določenimi pogoji postanejo javni socialnovarstveni programi, medtem ko niskopražni ostajajo v skupini eksperimentalnih programov - kar ni popolnoma v skladu s smernicami ReNPPD in Strategije EU, ki se zavzemata za uravnotežen pristop. Z analizo opisov teh programov smo ugotovili, da med nizkopražnimi in visokopražni programi obstaja kar nekaj podobnosti in nekaj razlik. Določeni cilji in nameni programov so prisotni v obeh skupinah. Cilji so v obeh primerih opredeljeni splošno in predvsem vezani na proces dela z uporabniki, manj jih je vezanih na rezultate za uporabnike. Razlike opazimo v tem, da so visokopražni programi v namenih bolj usmerjeni na družino oz. svoje osebe, ki ima težave zaradi uživanja drog. Medtem ko je prevladujoč princip v nizkopražnih programih princip zmanjševanja škode, visokopražni programi svoje delo najpogosteje utemeljujejo na celostnem pristopu oz. obravnavi. Tudi iz ciljev je razvidna usmeritev na zmanjševanje škode (blaženje posledic) na eni strani in spremembo načina življenjskega sloga na drugi. Z vidika metod je v obeh skupinah programov prisotna delitev na individualno delo in na skupinsko delo, povsod izvajajo svetovanje, informiranje in pogovore. Kot bistveno razliko pa opazimo, da je pri nizkopražnih programih v ospredju bolj informiranje in podpora, medtem ko v visokopražnih programih poudarjajo omogočanje dela na sebi ter svetovalno in terapevtsko delo. Ključni elementi področja in konteksta delovanja programov so podobni saj večina programov vsaj deloma deluje na državnem nivoju. Podobnost med visokopražnimi in nizkopražnimi programi pa najdemo tudi v tem, da na področju ocenjevanja uspešnosti izidov bolj navajajo načine ocenjevanja in potencialne kazalce, redki pa so programi, ki lahko svojo oceno uspešnosti podkrepijo z rezultati raziskav oz. evidenco. Medtem ko nizkopražni programi kot področje dela izpostavljajo preprečevanje in zmanjševanje škode zaradi uporabe drog, so visokopražni programi kot pomembno področje poleg kurative navedli tudi preventivo. Glede na okolje, v katerem programe izvajajo, so glavne lokacije v obeh skupinah programov središča večjih mest v Sloveniji, nekaj se jih izvaja v manjših mestih. Večinoma programe izvajajo v okviru društev ali zavodov, ki so nevladne organizacije. V obeh skupinah programov le po en program deluje v okviru javnega

zavoda. Vsi navajajo, da delujejo po demokratičnih principih in le v malem številu tako visokopražnih kot nizkopražnih programov eksplicitno omenjajo vlogo uporabnikov v načrtovanju in izvajanju programov. Programi s področja drog so nastali v zadnjem desetletju prejšnjega stoletja (visokopražni malce prej kot nizkopražni), medtem ko ima program s področja alkohola daljšo tradicijo. Viri financiranja so v večini programov javni in znotraj tega predvsem državna sredstva (MDDSZ). Razlike se pojavijo pri državnih virih financiranja. Visokopražni programi kot financerja navajajo le MDDSZ, medtem ko pri financiranju nizkopražnih programov sodelujejo poleg omenjenega tudi druga ministrstva (MZ in MŠŠ). To sovпада z Resolucijo o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009 (Ur.l.RS, 28/2004), kjer je opredeljeno, da je MDDSZ skupaj z MŠŠ ter z Ministrstvom za zdravje MZ zadolženo še za financiranje preventivnih programov ter skupaj z Ministrstvom za zdravje tudi kot odgovorni nosilec za financiranje nizkopražnih programov. Izpostaviti je potrebno še podatek, da je kot vir financiranja v visokopražnih programih opredeljen finančni prispevek uporabnikov, katerega višina je odvisna od storitve, ki je uporabniku zagotovljena. Uporabniki so v obeh skupinah programov osebe, ki imajo težave z uživanjem drog ter njihovi svojci oziroma pomembni drugi. Razlike se pojavljajo v tem, da v visokopražnih programih v precej večji meri izpostavljajo, da morajo biti uporabniki ne samo tisti, ki imajo težave, ampak jih morajo biti tudi pripravljeni reševati; med pridobitvami, ki jih je lahko deležen uporabnik, pa pogosto navajajo še abstinenco, čeprav je v večini visokopražnih programov abstinenca že pogoj za vstop v program. Zanimivo je še to, da v nizkopražnih programih kot značilnost uporabnikov izpostavljajo dejstvo, da so to ljudje, ki so stigmatizirani, označeni s strani družbe, medtem ko v visokopražnih programih bolj izpostavljajo značilnosti, ki so vezani na posameznika npr., da so to osebe, ki imajo drugačen način življenja, nestabilne odločitve, manjšo uspešnost na različnih področjih, iz česar pa je razvidna tudi razlika v filozofiji med programi.

Politiko na področju zmanjševanja ponudbe ocenjujejo kot ustrezno. Razberemo lahko, da so aktivnosti preišljene, načrtovane (kratkoročno in dolgoročno), ciljno usmerjene in da sta poročanje o delu in nadzor jasno opredeljena. Potrebe po aktivnostih ocenjujejo sprotno s pomočjo informacij s terena in iz mednarodnih podatkov, odzivi so takojšnji.

Kar zadeva sodelovanja z drugimi akterji na področju alkoholne politike vzpostavljajo koordinacijo v okviru sveta za alkoholno politiko, medtem ko na področju nedovoljenih drog opazamo odsotnost koordinacije na državni ravni. Posledice tega se kažejo kot neusklajeno delovanje resorjev ali slabo delovanje resorjev. Analiza podatkov, ki smo jih pridobili, kaže, da so na področju dejavni predvsem tisti resorji (zdravstvo in sociala), ki v okviru ukrepov zmanjševanja povpraševanja po drogah financirajo programe pomoči. Kot težava na področju sodelovanja se je pokazala tudi latentnost posameznih delovnih skupin in komisij, ki so odvisne od vsakokratne menjave političnih struktur.

3. OCENA IZVAJALCEV IN UPORABNIKOV IN UPORABNIC DROG

Na podlagi ocene politike, ki so jo izdelali uporabniki in uporabnice služb in izvajalci storitev je razvidno, da oboji zaznavajo težave, ki so vezane na izključujoče si cilje ReNPPD. S tem mislijo predvsem na pristope, ki na eni strani zastopajo represivne ukrepe na drugi strani pa pristope, ki temeljijo na pravicah in svoboščinah državljanov in državljanek. Ta dvojna drža se nato zrcali tudi v političnih praksah izvajalcev storitev in v odnosu javnosti do uživalcev drog.

Tako uporabniki služb kot izvajalci pogrešajo koordinacijo na državni ravni, ki bi zagotovila na eni strani diskusijo o aktualnih problemih in iskanje odgovorov, na drugi strani pa dialog med uporabniki in izvajalci v smislu ocene potreb, informacij, dostopnosti znanja in postavljanja kriterijev kvalitete dela.

Obe skupini opazata, da je ReNPPD spodbudila razvoj novih programov, vendar hkrati še vedno niso živeli vsi programi, ki jih resolucija priporoča, kakor tudi pogrešajo boljšo pokritost Slovenije z različnimi službami, saj so trenutno bolje pokrita predvsem večja središča.

Glede kvalitete življenja si opažanja služb in uporabnikov nekoliko nasprotujejo. Medtem, ko izvajalci storitev ocenjujejo, da se je kvaliteta življenja uporabnikom zboljšala, predvsem v smislu programov, ki jim pomagajo preživeti dan (zdravstvene storitve, socialni programi in programi nizkega praga), uporabniki služb kvaliteto

življenja povezujejo predvsem z njihovo družbeno stigmatizacijo in vključevanja v storitve večinoma ne občutijo kot neposreden prispevek h kvaliteti življenja ampak bolj kot načine blaženja negativnih posledic družbene izključenosti.

Obe skupini menita, da bi za bolj dosledno izvajanje politike na področju drog nujno potrebovali akcijski načrt, ki bi definiral naloge, časovne roke, pogoje dela in rezultate.

VII.PRIPOROČILA

1. Priporočila za oblikovanje politike na področju drog na deklarativni ravni

V zvezi s cilji, ki so zapisani v ReNPPD predlagamo dvoje: prvič, da splošne cilje v novi ReNPPD predstavimo po vsebinskih sklopih in drugič, da cilje v operacionalizirani obliki zapišemo v akcijskem načrtu, ki ga je potrebno sprejeti v najkrajšem možnem času, ki mora biti v novi ReNPPD jasno določen.

Pri usklajevanju politik o drogah predlagamo podobno ureditev, kot je na ravni EU – operativno delovno skupino, ki bo usklajevala politiko tako znotraj Slovenije kot navzven v odnosu do EU in ostalih držav. Z vidika Strategije EU pa je v novi ReNPPD ali v akcijskem načrtu potrebno natančneje določiti obseg in načine obveščanja EU o nacionalnih aktivnostih.

Z vidika ukrepov na področju zmanjševanja povpraševanja bi bilo potrebno uskladiti terminologijo ukrepov s terminologijo, ki je uporabljena v Strategiji EU. Več pozornosti je potrebno nameniti ukrepom, ki sodijo v sklop preprečevanja preraščanja eksperimentiranja z drogami v redno uporabo. Izogniti se je potrebno prepletanju področji ukrepov, saj so v obstoječem nacionalnem programu preveč razdrobljeni med okolja izvajanja aktivnosti (šola, delovno, družinsko in lokalno okolje), kar je dejansko prečna tema. Nujno pa je izpostaviti tudi prednostne naloge v akcijskem

načrtu, ki mora takoj slediti novi strategiji na področju drog. Ko smo analizirali opise visokopražnih in nizkopražnih programov smo opazili več podobnosti kot razlik, zato menimo da je dodelitev raznolikega statusa v okviru Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva (Ur. l. RS 39/2006) neutemeljena. Bistvene razlike med skupinama programov so v glavnem v pristopu do problematike zasvojenosti, čeprav lahko tudi tu znotraj nizkopražnih programov najdemo elemente visokopražnosti in obratno, ter deloma tudi v financiranju programov, saj je v večini visokopražnih programov potreben finančni prispevek uporabnikov. Zato je nujen ponoven razmislek še pred sprejetjem nacionalnih programov tako na področju drog kot na področju socialnega varstva, da zagotovimo ustrezno pomoč in podporo osebam, ki imajo težave zaradi zasvojenosti.

Pri ukrepih glede zmanjševanja ponudbe priporočamo, da v novi ReNPPD bolj jasno zapišemo večjo zavezanost mednarodnemu sodelovanju za vsa področja zmanjševanja ponudbe in ne samo pri pranju denarja in nadzoru nad predhodnimi sestavinami, kar je v obstoječi ReNPPD že zapisano.

Na področju mednarodnega sodelovanja je potrebno uskladiti nacionalni program v skladu s smernicami, ki jih narekuje Strategija EU – predvsem na področju usklajenega delovanja do tretjih držav.

Na področju raziskovanja, izobraževanja, informiranja in vrednotenja menimo, da bi v novi ReNPPD morale biti naloge v zvezi z izvajanjem raziskovanja in informiranja bolj jasno določene in razmejene med navedenimi akterji. Za vrednotenje pa je pomembno čim prej določiti ključnega nosilca, saj je vrednotenje nemogoče izvesti v kratkem časovnem obdobju, ker predpostavlja predhodno (dalj časa trajajoče) spremljanje izvajanja programov/ukrepov.

2. Priporočila za lažje usklajevanje resornih politik

Ker na nacionalni ravni ne razpolagamo z ustreznimi bazami podatkov o številu uživalcev drog, o trendih, o povpraševanju po zdravljenju ipd, je nujno razmisliti, ali je nacionalna podatkovna baza (v taki obliki, kot je sedaj) smiselna oziroma kdo sploh

uporablja to bazo kot informacijo za usmerjanje politik. Da bi bila nacionalna baza (bolj) uporabna za usmerjanje politik, je potrebno poleg indikatorjev, ki so na evropski ravni že znani in jih letno zbira EMCDDA, določiti še indikatorje, ki jih resorji potrebujejo tako za ocenjevanje potreb kot za usmerjanje politike na nacionalni ravni.

Da bi lahko izboljšali medresorsko sodelovanje, predlagamo ponovno vzpostavitev delovnega telesa, skozi katerega bi potekala strokovna koordinacija in bi bilo zadolženo za operativno izvedbo določenih nalog. Kriterij za članstvo v omenjenem delovnem telesu pa bi moral biti strokovnost, pripravljenost za delo, aktivnost in ne politična pripadnost.

3. Priporočila za oblikovanje politike na področju drog s strani izvajalcev programov in uporabnikov ter uporabnic programov

1. Za boljše delo različnih resorjev je potrebno uskladiti ukrepe glede na trende in potrebe posameznikov in skupin, ki uživajo droge. To bi bilo mogoče doseči z nacionalno bazo, ki bi bila zavezana podatke zbirati in posredovati zainteresirani javnosti.

2. Vzpostaviti je potrebno koordinativno telo in na vseh pristojnih ministrstvih namestiti odgovorne ključne osebe, ki bi bile zadolžene za implementacijo politike na ravni prakse (postavljanje kriterijev kvalitete, evalvacije, usklajevanje med izvajalci, vključevanje uporabnikov v telesa, ki oblikujejo politiko in postavljajo pogoje delovanja programov).

3. Izdelati je potrebno akcijski načrt, ki bo definiral naloge, časovne roke, pogoje dela in rezultate.

4. Razviti je potrebno programe, ki jih resolucija priporoča, pa še niso zaživel (npr. varne sobe za injiciranje) in zagotoviti boljšo regionalno pokritost s programi. Pri tem je potrebno vedeti, da še ni večanje izbire za uporabnike povečevanje števila programov ampak predvsem pomeni večanje izbire možnost vpliva na načrtovanje in izvajanje storitev.

LITERATURA IN VIRI

Akcijski načrt EU na področju drog 2000-2004 (2000): EU Drugs Action Plan 2000-2004, Horizontal Working Party on Drugs, 8305/00.

Akcijski načrt EU na področju drog 2005-2008 (2005): EU Drugs Action Plan 2005-2008, Horizontal Working Party on Drugs, 8652/1/05.

Flaker, V., Rode, N. (2000): Modeli in metode za merjenje učinkov razvojnih in preventivnih programov na področju socialnega varstva (Evalvacija stroškovne učinkovitosti in uspešnosti 5-letnih socialnovarstvenih programov. Končno poročilo. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Grebenc, V. (2005): Ocena potreb in raziskovanje lokalnih vednosti kot izhodišče za delovanje v socialnem delu. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Hartnoll, R. (2004): Drugs and Drug Dependence: linking research, policy and practise. Lesnon learned, challenges ahead. Council of Europe Publishing.

Kokot, M. (1992): Droge na tehtnici: za tehtnost javne razprave. Časopis za kritiko znanosti 20 (146/147).

Kvaternik Jenko, I. (2004): Droga kot element političnega razmerja. Človekove pravice na primeru subkulture uporabnikov/uporabnic drog. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

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

Mesec, B. (1998), *Uvod v kvalitativno analizo*. Ljubljana: VŠSD.

Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 (2000). *Ur. l. RS*, 10/2000: 3777 – 3787.

Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004- 2009 (2004). *Ur. l. RS*, 28/2004: 3125-3139.

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006 - 2010 (2006). *Ur.l. RS*, 39/2006: 4190-4210.

Resolucija o nacionalnem programu o varnosti cestnega prometa za obdobje 2007-2011 (2007). *Ur.l. RS*, 2/2007: 158-177.

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006 - 2010 (2006). *Ur.l. RS*, 39/2006: 4190-4210.

Rihter, L. (2004): Evalvacije na področju socialnega varstva in njihov pomen za prilagajanje sodobnih držav blaginje na izzive globalizacije. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Rihter, L. (2007). Evalvacija na področju socialnega varstva v Sloveniji. *Socialno delo*, 46, 4-5: 207-212.

Rihter, L., Kvaternik Jenko, I., Grebenc, V. Rode, N., Flaker V. (2007). Slovenska politika na področju drog v evropskem kontekstu. *Teorija in praksa*, 44, 3- 4: 431- 446.

Rode N., Rihter L., Kobal B. (2006). *Evalvacija programov v socialnem varstvu: model in postopek izvedbe*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Inštitut RS za socialno varstvo.

Rode, N., Kobal, B., Rihter, L., Dremelj, P. (2007). *Vpeljevanje enotnega postopka evalvacije izvajanja javnih socialnih programov: poročilo za leto 2007*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, Fakulteta za socialno delo.

Rode, N., Rihter, L., Rape, T., Jakob, P., Žiberna, V., Kobal, B. (2008). *Podpora pri procesu evalvacije izvajanja javnih socialnih programov: analiza samoevalvacijskih poročil*. Ljubljana: Institut Republike Slovenije za socialno varstvo: Fakulteta za socialno delo.

Smith, M. J. (1990), *Program Evaluation in the Human Services*. New York: Springer Publishing Company.

Strategija EU na področju drog 2005-2012 (2005). *EU Drugs Strategy 2005-2012*. 15074/04.

Zakon o carinski službi (2004). *Ur. l. RS*, 103/2004: 12465-12478.

Zakon o kazenskem postopku (2007). *Ur. l. RS*, 32/2007: 4393-4463.

Zakon o medijih (uradno prečiščeno besedilo) (2006). *Ur. l. RS*, 110/2006: 11328-11356.

Zakon o omejevanju porabe alkohola (2003). *Ur. l. RS*, 15/2003: 2108-2111.

Zakon o preprečevanju prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog (1999). *Ur. l. RS*, 98/1999: 14661-14664.

Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (2000). *Ur. l. RS*, 52/2000: 6949-6955.

DODATEK 1: PROBLEMATIKA DROG V OČEH DIPLOMANTK IN DIPLOMANTOV FAKULTETE ZA SOCIALNO DELO²³

1. Uvod

Poznavanje problematike uživanja prepovedanih drog ter obravnave in zdravljenja uživalcev je pomembno za uspešno delo socialnih delavk in delavcev. Problematika povezana z uživanjem prepovedanih drog se v socialnem delu prekriva z mnogimi področji, ki so v njegovi domeni, predvsem z delom z mladimi in s pomočjo družini, pa tudi z delom z ljudmi po prestajanju zaporne kazni. Socialno delo je v obravnavi uživalcev prepovedanih drog ključnega pomena. Njegov pomen se kaže že pri delu z aktivnimi uživalci prepovedanih drog, predvsem pri zagotavljanju stikov z njimi in zmanjševanju zdravstvene in socialne škode, ki nastaja zaradi zasvojenosti s prepovedanimi drogami (Herwig-Lempp, Stover 1992, Flaker 2000, Stefanoski 1996, Fojan 2002). Pomembno vlogo ima socialno delo tudi pri reintegraciji zdravljenih odvisnikov. Področje zmanjševanja škode zaradi uživanja drog v Sloveniji tradicionalno pokrivajo predvsem socialni delavci. Prav tako je do vključitve Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) v zdravstvene domove leta 1999 (primerjaj Jerman Vavpotič 2000: 39, 81) imelo socialno delo pomembno vlogo tudi v zdravljenju, predvsem v vzdrževalnih metadonskih programih v obliki psihosocialne pomoči, za katero Trautman et al. (2007: 43) navajajo, da v povprečju poveča učinke vzdrževalnega zdravljenja z metadonom. Področje dela z uživalci drog je torej pomembna tema pri študiju socialnega dela.

Diplomske naloge predstavljajo vrh študija na FSD, zato so praviloma dokaj skrbno pripravljene. To je razlog, da lahko trdimo, da diplomske naloge na FSD predstavljajo dovolj dobro skico stanja na področju dela z uživalci prepovedanih drog, da jo je vredno upoštevati pri pregledu stanja na tem področju. Na podlagi pregleda diplomskih nalog pa je tudi možno sklepati o pogledu teorije in stroke socialnega dela na problematiko prepovedanih drog. Diplomske naloge so torej vsaj po našem mnenju dovolj dober prikaz teorije in prakse na obravnavanem področju, zato jih lahko jemljemo kot kazalec dejanskega stanja, priporočila podana v njih pa velja

²³ Prispevek bo objavljen v eni od prihodnjih števil revije Socialno delo.

upoštevati pri oblikovanju stališč in dejavnosti na tem področju. To je namen pričujočega članka. Pokazali bomo, kako diplomantke in diplomanti FSD vidijo stanje na področju drog, katere teorije in pogledi jih pri tem vodijo in kaj predlagajo. Iz tega bomo poskusili potegniti nekaj naukov za študij tega področja na FSD in za politiko do drog nasploh.

V članku najprej skiciramo zgodovinski kontekst analiziranih diplomskih nalog, nato pokažemo, kakšen pomen ima to področje za socialno delo in na kratko predstavimo nekatere pomembne pojme, ki so usmerjali razmišljanje v diplomskih nalogah. Sledi klasifikacija in pregled tem, ki jih obravnavajo diplomske naloge. Zaključimo z analizo pomena ugotovitev diplomskih nalog za izobraževanje za delo na področju prepovedanih drog in za samo delo z uživalci prepovedanih drog.

2. Teoretski okvir diplomskih nalog in pomembni pojmi

Socialno delo na področju drog ima svoje posebnosti. Temelji na nekaj pomembnih konceptih, ki so začrtali tudi okvir, v katerem so nastajale analizirane diplomske naloge.

Eden najpomembnejših konceptov v socialnem delu je koncept socialnega dela, ki sprejema droge. Prva sta ga opredelila v svojem članku Herwig-Lemp in Stover (1992). Po tem konceptu mora socialno delo priznati uživalcem drog pravico do človeka vrednih zdravstvenih in socialnih razmer brez pogojevanja z abstinenco. Uživalci drog so osebe odgovorne zase. Njihov življenjski slog je stvar njihove lastne osebne odločitve. Zato mora tudi sprejemanje pomoči biti prostovoljno z njihove strani. Strokovnim delavcem ni potrebno vedeti kaj je za uživalca drog prav, smiselno in dobro, ker o tem odloča sam. To ne pomeni, da socialno delo podpira uživanje drog, pač pa, da poskuša s sprejemanjem enkratnosti vsakega posameznika in upoštevanjem načela instrumentalne definicije problema soustvariti najboljšo možno korist za vsakega posameznika. Pogoj za sodelovanje ni abstinenca, ampak pogled na konkretno situacijo in iskanje boljših pogojev, možnih rešitev, ki bi zmanjševale tveganje posameznikov v trenutni situaciji.

Drugi pomemben koncept je koncept zmanjševanja škode. Model zmanjševanja škode je tudi nasploh vedno bolj pomemben in prevladuje v okviru evropske politike na področju drog, kot je zapisana v Strategiji in akcijskem načrtu EU (citat). Model zmanjševanja škode je zdravorazumski odgovor (Nadelmann 1999)

modelu represije, ki je prevladoval v bližnji preteklosti in je bil avtokratičen, ukazovalen in izključevalen. Močan dejavnik pri uveljavljanju modela zmanjševanja škode je bila epidemija aidsa, saj so s to strategijo upočasnili njegovo širjenje.

Pristop zmanjševanja škode namesto sledenja iluziji o popolni odpravi uživanja drog raje posveča pozornost ugotavljanju dejavnikov, ki večajo ali zmanjšujejo tveganje in škodo zaradi uživanja drog ter vplivanju nanju. Izhaja iz pragmatičnega spoznanja, da so droge pojav, ki obstaja v vseh civilizacijah in ga ni mogoče povsem odpraviti. Zmanjševanje škode je pravzaprav odgovor na terapevtske in represivne politike do drog, ki so se izkazale za neuspešne. Njegov namen je omiliti in zmanjšati škodljive posledice drog. Sem sodijo posledice za telesno in duševno zdravje, za katere lahko trdimo, da nastajajo predvsem zaradi učinkov drog in načinov njihovega uživanja. Prav tako pa sodijo sem tudi socialne posledice uživanja drog, ki izhajajo predvsem iz odnosa družbenega okolja do uživalcev: izključevanje, socialna izolacija in marginalizacija.

Pristop zmanjševanja škode se osredotoča na tisto, kar je uspešno in kar res pomaga. Z zmanjševanjem škode je povezan pojem organizacij nizkega praga. Storitve, ki jih nudi uživalcem prepovedanih drog, niso pogojene z visokimi zahtevami do uporabnikov (npr. abstinenca), zato so jim bolj dostopne. Uspešne oblike zmanjševanja škode svoje uporabnike vključujejo v procese načrtovanja in delovanja ter s tem tudi krepijo njihovo moč. Z vzpostavitvijo delovnega odnosa poudarijo enakopravnost, tako da vsak sam postavlja želene cilje in o njih odloča.

Glede obravnave uživalcev drog in zdravljenja odvisnosti lahko zasledimo tri modele: medicinski model, ki odvisnost obravnava predvsem kot bolezen, ki jo je potrebno zdraviti ali vsaj kontrolirati njene simptome (vzdrževalno zdravljenje kot pri npr. diabetikih); psihoterapevtski model, ki na odvisnost gleda bolj kot na psihično stanje, ki ga je možno premagati s psihoterapevtskimi tehnikami; socialnoterapevtski model, ki poleg psihičnih poudarja tudi socialne dejavnike in kot rešitev zagovarja celovito spremembo načina življenja. (primerjaj Vučak 2000: 27 in Jerman, Vavpotič 2000) Namen obravnave po teh modelih je odvajanje od drog, vzpostavljanje abstinence.

4. Teme obravnavane v diplomskih nalogah

Pregledali smo diplomske naloge od leta 2000 do 2007. Od 1216 diplomskih nalog, ki so jih v tem obdobju zagovorile diplomantke in diplomanti FSD, jih je 63 (5,2%) obravnavalo tematiko povezano s področjem drog. Kot je bilo pričakovati, so diplomske naloge, ki obravnavajo problematiko drog, usmerjene izključno v obravnavo področja povpraševanja po drogah in ukrepov za njegovo zmanjševanje. Prvih nekaj let obravnavanega obdobja (približno do leta 2003) praktično vse diplomske naloge poudarjajo nasprotovanje vojni proti drogam in nujnost, da se uveljavi koncept socialnega dela, ki sprejema droge (primerjaj Herwig-Lempp, Stover 1992, Stefanoski 1996, Flaker 2000). Kasneje se vedno bolj pojavljajo diplomske naloge, ki namesto polemičnih tonov v ospredje postavljajo deskripcijo stanja na področju drog v določenih okoljih.

Najprej smo kot tematski okvir pregleda uporabili delitev iz Resolucije o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 (2004, v nadaljnjem tekstu: ReNPPD)²⁴, vendar se je izkazalo, da ta delitev ne razkrije pomembnih razlik v pristopih k obravnavani problematiki.. Od 63 nalog smo jih lahko le 31 klasificirali po področjih iz ReNPPD. S problemi preventive se ukvarja 8 nalog, zmanjševanje tveganj in škode zaradi uporabe drog je tema 12 nalog, zdravljenje in socialna obravnava pa 11 nalog. Preostalih 32 diplomskih nalog ni bilo možno razporediti po tem kriteriju, saj so tematiko obravnavale iz drugačnih zornih kotov. Zato smo s pomočjo induktivne klasifikacije razvili taksonomijo tem, ki jo prikazujemo v nadaljevanju. Pri tem smo posvetili pozornost predvsem vprašanju, kako diplomske naloge opišejo teme, ki jih obravnavajo.

Podrobnejša analiza je pokazala, da lahko pri diplomskih nalogah ločimo vsaj še razlike v pristopih (sprejemanje droge, vojna proti drogi, psihosocialni pogled, hitra ocena), situacijsko občutljivost in nenazadnje metodologijo zbiranja in obdelave podatkov. Delitev tem diplomskih nalog po teh kriterijih prikazuje tabela 1.

V nadaljevanju bomo podrobneje pregledali, kako so omenjene teme prikazane v diplomskih nalogah. Skozi pregled bomo poskusili prikazati situacijo na področju prepovedanih drog v Sloveniji, kot so jih videle diplomantke in diplomanti. Predloge, ki so jih podali v svojih nalogah pa predstavljamo v naslednjem razdelku.

24 V ReNPPD je zmanjševanje povpraševanja po drogah razdeljeno na (a) preventivo, (b) zmanjševanje tveganj in škode zaradi uporabe drog ter (c) zdravljenje in socialno obravnavo. ReNPPD kot posebno temo obravnava tudi vlogo in delovanje civilne družbe na področju drog.

Začnimo z nalogami, ki podajajo splošen pregled problematike. Lukšič (2000) podaja pregled politike do drog v svetu in v Sloveniji do leta 2000, ko je bila napisana. Prikaže, da v 20. stoletju prevladuje prohibicionistična politika do drog. Večje spremembe na tem področju se začnejo v devetdesetih letih, ko znova začne pridobivati na veljavi tolerantnejši pogled, ki zagovarja usmerjenost v zmanjševanja škode zaradi uživanja drog. V socialnem delu se začne krepiti usmeritev, ki sprejema uživanje drog. Ocenjuje, da v Sloveniji prevladuje prohibicionistični pristop, vendar opozori tudi na nastavke politike zmanjševanja škode. V nalogi je podrobneje prikazana takrat veljavna zakonodaja na tem področju. Po avtoričinem mnenju se z novo zakonodajo odpirajo večje možnosti za zdravljenje in socialno rehabilitacijo uživalcev drog. Opozori, da je potrebno večje sodelovanje med zdravstvom in socialo na tem področju, hkrati pa postavi zahtevo, da se socialno delo uveljavi kot pomembna stroka na tem področju.

S prispevkom socialnega dela na področju prepovedanih drog se ukvarja Kaube (2000). V nalogi zastopa stališče, da je zasvojenost priučeno vedenje. Kot osnovo za socialno delo na področju drog vzame socialno delo, ki sprejema uživanje drog (Stefanoski 1996: 13 – 35). Kot opozori, je abstinenca predvsem idealno stanje, socialno delo pa se mora ubadati s problemi in rešitvami tukaj in sedaj, kar pomeni predvsem zmanjševanje tveganj in škode zaradi uživanja drog. V nadaljevanju poda izčrpen opis tipologije uživalcev in kariere uživalca, nato pa popiše organizacije, ki so v tistem času delovale na področju drog. Obravnava tudi centre za socialno delo. Tam uživalci prepovedanih drog, kot vsi državljani v stiski, dobivajo denarno pomoč, v posameznih primerih pa jih na centrih tudi motivirajo za zdravljenje, učijo socialnih veščin in podobno. Zaradi njihove razpredenosti po vsej Sloveniji in vpetosti v življenje lokalne skupnosti vidi v centrih za socialno delo potencial za izboljšanje dela z uživalci nedovoljenih drog, zato predlaga, da začnejo bolj aktivno delovati tudi na tem področju.

Tabela 1: Področja in podpodročja tem diplomskih nalog o drogah

Splošna analiza politike do prepovedanih drog in vloge centrov za socialno delo na tem področju(4 naloge)		
Doživljanje in problemi povezani s kariero uživanja drog (18 nalog)	Uživalci drog (12 nalog)	V času ko uživajo (8 nalog)
		Med zdravljenjem in po njem (4 naloge)

	Starši in družine uživalcev drog (6 nalog)	V času ko uživajo (2 nalogi) Med zdravljenjem in po njem (4 naloge)
Organiziranost in delovanje organizacij, s katerimi prihajajo v stik uživalci drog (12 nalog)	Represivne in druge državne organizacije (7 nalog)	Zapori (4 nalogi)
		Vzgojno izobraževalni zavodi (2 nalogi)
		Policija (1 naloga)
	Nizkopražne organizacije (2 nalogi)	
	Visokopražne organizacije (3 naloge)	
Hitra ocena stanja glede uživanja drog na določenem geografskem področju (8 nalog)		
Ugotavljanje prevalence uživanja dovoljenih in prepovedanih drog med mladimi – anketiranje (9 nalog)	V osnovnih šolah (
	V srednjih šolah	
	V osnovnih in srednjih šolah (1 naloga)	
Druge teme (10 nalog)	Plesne droge (3 naloge)	
	Različne „eksotične“ teme (7 nalog)	

Čanžek (2003) se ukvarja z vprašanjem, kako obravnavajo uživalce drog na centrih za socialno delo. Po njenih ugotovitvah večina centrov pride v stik z uživalci drog preko prve socialne pomoči. V glavnem jih napotijo na druge organizacije, ki se ukvarjajo z uživalci drog. Kljub temu je 77% centrov odgovorilo, da uživalce drog obravnavajo tudi sami. Po njenih podatkih je sodelovanje centrov z drugimi institucijami dobro: 77% centrov za socialno delo pri obravnavi uživalcev sodeluje s Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), 73% z osebnim zdravnikom, 65% centrov pa glede uživalcev drog sodeluje tudi z zavodom za zaposlovanje. Glede centrov za socialno delo velja omeniti da Kračan, Popovič (2007) v svoji nalogi ugotavljata, da socialni delavci postajajo predvsem pisarniški delavci, vsaj kar se tiče področja dela uživalci drog,, na terenu pa so v glavnem prostovoljci.

Med splošne naloge spada tudi Sluga (2005), ki obravnava delovanje lokalne akcijske skupine (LAS). Predstavi vse aspekte in naloge LAS in pokaže njeno vlogo kot povezovalca in organizatorja dela na preventivi in zmanjševanju škode, predvsem pa na koordinaciji dejavnosti povezanih s problematiko prepovedanih drog v okolju.

Osemnajst nalog se ukvarja neposredno s problemskimi situacijami, v katerih se najdevajo uživalci prepovedanih drog in z doživljanjem vpletenih. Naloge prikazujejo situacije, kot jih doživljajo posamezne kategorije uživalk in uživalcev drog, ali pa starši in družine zaradi dejstva, da član njihove družine uživa droge. Nalog, ki se ukvarjajo z uporabniki je dvanajst. Po obdobjih, ki jih obravnavajo, jih lahko razdelimo na tiste, ki se ukvarjajo z obdobjem uživanja droge (Hvala-Cerkovnik 2000, Lešnik 2000, Kenda 2001, Pretnar 2003, Štrukelj 2004, Dolinar 2005, Kovač 2006, Kuljanac 2007), z obdobjem (vzdrževalnega) zdravljenja z metadonom (Jerman, Vavpotič 2000, Tršar 2004, Škalič 2007), in reintegracije po zdravljenju (Šeme 2006). Po predmetu obravnave jih lahko razdelimo na tiste, katerih pozornost je usmerjena v obravnavo situacije in tiste, ki se posvečajo posebnim kategorijam uživalcev. Od tistih, ki obravnavajo splošne situacije, tri naloge obravnavajo situacije okoli uživanja drog na splošno (Lešnik 2000, Pretnar 2003, Šeme 2006) in dve opisujeta in vrednotita program bodisi nevladne organizacije (Dolinar 2005), bodisi metadonskega centra (Jerman, Vavpotič 2000). Od nalog, ki obravnavajo posebne kategorije uživalcev, se ena skupina nalog posveča predvsem ženskam: spolno zlorabljenim uživalkam (Hvala-Cerkovnik 2000), materam (Tršar 2004, Kovač 2006) in staršem uživalcem (Škalič 2007), tudi ena od nalog, ki so se posvetile uživanju drog nasploh (Pretnar 2003) ima za informantke tri uživalke drog. Druga skupina nalog se posveča uživalcem z različnimi praksami uživanja drog: uživalcem heroina na foliji (Kenda 2001), marihuane (Štrukelj 2004) in tistim, ki hkrati uživajo heroin in kokain. (Kuljanac 2007).

Z doživljanjem staršev ali družine se ukvarja šest nalog. Dve od njih se ukvarjata s skupinami staršev uživalcev drog za samopomoč, prva (Vozlič Danilovič, 2000) je merila individualizacijo staršev članov skupine pri metadonskem centru, druga (Kek, 2002) pa vpliv skupine za samopomoč pri nevladni organizaciji na njene člane. Dve nalogi se ukvarjata z doživljanjem staršev v obdobju uživanja droge, ena (Mušič Vencelj 2005) opisuje doživljanje mater, druga (Koser 2003) primerja dogajanje v družini z modelom družinske drame, kot ga opisuje Flaker (2002). Preostali dve (Perše, Rahne 2003 in Pejović 2007) opisujeta doživljanje in delovanje staršev med zdravljenjem v visokopražnih programih.

V skupini diplomskih nalog, ki obravnavajo odnos represivnih in drugih institucij do problematike prepovedanih drog je sedem diplomskih nalog. Štiri diplomske naloge (Jakop-Berglez 2000, Mattias, Perše 2001, Bah, Klančar 2001 in

Fogadić 2001) se ukvarjajo s problematiko drog in njenim reševanjem v zaporih, od teh se Fogadić (2001) dotakne teme prepovedanih drog zgolj bežno, saj obravnava svetovanje v zaporih, pri čemer so droge le ena od možnih tem. Dve diplomski nalogi (Pečelin 2003 in Tušar 2006) obravnavata vzgojno izobraževalne zavode, ena (Veinhandl 2006) pa odnos policije do drog in uživalcev drog.

Problematika drog je v zaporih posebej trd oreh, saj je uporaba drog v zaporu zakonsko opredeljena kot kaznivo dejanje (Mattias, Perše 2001: 39). Vse tri naloge, ki se s tem podrobneje ukvarjajo (Jakop-Berglez 2000, Mattias, Perše 2001, Bah, Klančar 2001) poudarjajo, da prohibicija ne deluje, zato je potrebno najti bolj sprejemljive oblike obravnave problematike drog v zaporih. Naloge praviloma prikazujejo poskuse najti takšne oblike in spremembe, ki so se v tem obdobju dogajale na področju obravnave zaprtih uživalcev drog. Vse tri so vezane na širše raziskave, ali na akcije, ki so jih socialni delavci izvajali v zaporih. Tako te diplomske naloge prav za prav na nek način spremljajo in beležijo spremembe v odnosu do drog in uživalcev drog v zaporih: uvajanje tako imenovanih suhih (drug-free) oddelkov za tiste, ki hočejo prenehati z uživanjem drog (primerjaj Jakop-Berglez 2000), začetek vzdrževalnih substitucijskih programov za zaprte uživalce drog (Jakop-Berglez 2000: 74) in podobno. Ta proces se je začel z raziskavo, ki je razkrila dejanske razsežnosti problema in dejstvo, da je problem delavcem v zaporih praktično neviden. Po podatkih raziskave približno petina zapornikov uživa droge (Mattias, Perše 2001: 39), vendar strokovno osebje tega ne zazna. To je predvsem posledica represivnega pristopa do uživanja drog v zaporih. Zaradi tega morajo uživalci drog svoje početje skrivati, zaradi česar so prisiljeni v uživanje drog na neprimernih mestih, na skupno uporabo pribora za vbrizgavanje drog in druga tvegana obnašanja. Avtorji in avtorice diplomskih nalog poudarjajo, da je zato pri obravnavi uživalcev drog v zaporih nujno uporabiti pristop zmanjševanja škode zaradi uživanja drog. Praktično isto, le malo manj trdo sliko pokažeta nalogi, ki se ukvarjata z drogami v vzgojnih zavodih (Pečelin 2003, Tušar 2006). Tudi tam se uživanje drog dogaja za hrbti vzgojiteljev in drugih zaposlenih, zaradi česar so prakse uživanja drog bolj tvegane.

Naloga, ki se ukvarja s policijo (Veinhandl 2006), opiše njene naloge na področju drog in poda statistike. Kot je pričakovati, se policija ukvarja predvsem s preprečevanjem in zmanjševanjem ponudbe prepovedanih drog. Takšna usmeritev zmanjšuje možnosti in pripravljenost policije za sodelovanje s socialnimi službami.

Vzrok za takšno stanje vidi avtor v zakonodaji, ki strogo loči preprečevanje preprodaje (ponudbe) drog, kar je naloga policije in pomoč uživalcem in rešitev njihove situacije, kar je naloga socialnih služb. Problemi nastajajo predvsem zato, ker policijska represija zadene tudi uživalce in otežuje nudenje pomoči, ki so je potrebni. Seveda ne gre za namerno oviranje dela socialnih služb s strani policije, ampak za različne zorne kote. Na to med drugim kaže tudi dejstvo, da se policija vključuje v preventivne dejavnosti povezane z drogo, a nanje gleda predvsem kot na dejavnosti za preprečevanje kriminalitete.

Dve diplomski nalogi se ukvarjata neposredno z nizkopražnimi organizacijami na tem področju. Prva naloga (Vučak 2000) obravnava problematiko zaposlovanja uživalcev drog. Opozori, da sta brezposelnost in uživanje drog sicer medsebojno prepletena pojava, da pa uživanje drog ni popolnoma nezdružljivo z zaposlenostjo. Na poti k socialni stabilizaciji je pomembno, da uživalec pridobi zaposlitev. Vendar uživalci drog in vzdrževanci na metadonu veljajo za nezanesljive delavce in zato za težje zaposljive. Naloga opisuje programe za težje zaposljive na območni službi Zavoda Murska Sobota, v katere se vključujejo uživalci drog, dva splošna programa in en program namenjen samo uživalcem drog, ki pa je prenehal zaradi pomanjkanja finančnih sredstev. Druga (Mithans, Vene 2000) pa predstavlja metadonski vzdrževalni program. Ugotavlja, da po obdobju odklonilnega stališča do te oblike obravnave odvisnikov v devetdesetih letih prejšnjega stoletja zdaj v večini držav priznavajo koristnost takšnih programov. Metadonsko vzdrževanje je nizkopražni program, ki omogoča velikemu številu odvisnikov stik z zdravstveno službo in s tem možnost zmanjševanja prenosa različnih okužb. (Mithans, Vene 2000: 14) Avtorici sta v nalogi opisali delo Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog v Mariboru in primerjali uporabnike metadonskega programa z aktivnimi uživalci drog, ki niso vključeni v ta program. Uporabniki metadonskega programa so v primerjavi z aktivnimi uživalci drog starejši, več je zaposlenih, za sabo imajo več poskusov zdravljenja. Njihovi družinski odnosi so boljši, med njimi je manj kazensko obravnavanih, in so na sploh bolje vključeni v družbo.

Neposredno obravnavajo visokopražne programe tri diplomske naloge, od tega dve (Pečjak 2000, Feldin 2003) Projekt Človek, ena (Mivšek 2001) pa društvo Up. Zadnja poda pregled dejavnosti društva in faze programa obravnave zasvojenih. Pečjak (2000), ki obravnava Projekt Človek poda dober pregled zgodovine nastanka organizacije, v nadaljevanju pa se osredotoči na problem usposabljanja prostovoljcev

in dela z njimi. Feldin (2003) prikaže potek psihosocialne rehabilitacije v Projektu Človek. Vse tri naloge sicer v uvodu razložijo razliko med visokopražnimi in nizkopražnimi programi, v nadaljevanju pa se predvsem usmerijo v obravnavo dogajanja znotraj organizacij. To dejstvo lahko kaže na to, da so visokopražne organizacije zaradi svoje organizacije in pristopa k delu z uživalci drog, relativno neodvisne od ostalih oblik dela z njimi, zaradi svoje ideologije pa tudi dokaj samozadostne in vase usmerjene. Z visokopražnimi programi je povezana tudi naloga Oblonšek (2005), ki zagovarja pomen športa kot preventivnega in kurativnega dejavnika proti uživanju drog.

V osmih diplomskih nalogah (Matjašič 2000, Gologranc 2001, Klinar 2004, Žirovnik 2004, Tišlarič 2005, Zorec, Štolar 2005, Kos 2005, Nedeljko 2007) so si avtorice in avtorji zadali za nalogo podajati sliko stanja glede problematike drog in njene obravnave na različnih geografskih območjih Slovenije. Cilj avtoric in avtorjev teh nalog je prikazati stanje glede uživanja drog na izbrani teritorialni enoti ter mrežo organizacij in ustanov, ki se tam ukvarjajo s to problematiko. Njihova ambicija temelji na metodah za hitro oceno in odgovor (Rapid assessment and response, glej Stimson et al. 2003, Grebenc 2006), ki predstavlja skupek napotil in metod hitrega zbiranja podatkov za čim prejšnji odziv na probleme, ki jih zaznajo. V praksi to pomeni intervjuje s priznanimi avtoritetami za to področje in ljudmi, ki se s to problematiko srečujejo. Takšne naloge bi lahko sčasoma pokrile večino Slovenije kot kamenčki mozaika in omogočile pregled stanja v celoti. Na žalost se naloge, verjetno zaradi osredotočenosti na lokalno problematiko, med sabo toliko razlikujejo, da ne omogočajo neposredne primerjave informacij. Kljub temu so dober prvi korak v smeri akumulacije informacij o dejanskem stanju na terenu.

Ne glede na metodološke in informacijske razlike med nalogami, ki izvajajo hitro oceno stanja, je možno razbrati nekatere splošne vzorce, ki so lahko vodilo za širšo akcijo. Droge so ponavadi dokaj lahko dostopne (Gologranc 2001, Zorec, Štolar 2005). Od prepovedanih drog prevladuje uporaba kanabisa (Matjašič 2000, Gologranc 2001, Tišlarič 2005, Nedeljko 2007), ki pa je glede obravnave uživalcev najbolj zanemarjen (Nedeljko 2007). Uživalci drog imajo običajno svoja zbirališča, marsikdaj tam, kjer se zbirajo mladi nasploh (Klinar 2004, Žirovnik 2004, Zorec, Štolar 2005). Zaradi negativnega odnosa okolja, kriminaliziranosti in drugih dejavnikov, se morajo uživalci skrivati, kar večja tveganja povezana z uživanjem drog (Klinar 2004, Žirovnik 2004, Zorec, Štolar 2005, Kos 2005).

Izkušnje uživalcev kažejo, da je vsaj začasno možno nadzorovano uživanje drog, pa tudi prenehanje uživanja brez strokovne pomoči (Zorec, Štolekar 2005). Mnogokrat pa je to ogroženo zaradi problemov povezanih s kriminalizacijo uživanja drog (primerjaj Zorec, Štolekar 2005, Kos 2005, Klinar 2004). Kot ugotavlja eden od avtorjev (Klinar 2004), so problemi uživalcev v glavnem vsakdanji problemi, ki pa so večji zaradi kriminalizacije in stigmatizacije. Včasih okolje tolerira uživanje drog, vsaj dokler ni drugih problemov, včasih pa zaradi strahu pred obsojanjem družina tudi skriva probleme (Kos 2005).

Z uživalci drog se v obravnavanih okoljih ukvarjajo različne organizacije in ustanove. Mnoga od teh okolij pokrivajo Centri za preventivo in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (Gologranc 2001, Kos, Nedeljko). V drugih okoljih pokritje s stani teh centrov ni zadovoljivo. Razlogi za nezadovoljstvo s pokritostjo so različni. Ponekod se morajo uživalci drog voziti relativno daleč v drug kraj (Klinar 2004, Tišlarič 2005, Kos 2005), drugje omenjeni centri ne zadovoljujejo dejanskih potreb uživalcev drog (Nedeljko 2007), lahko pa je razlog za nezadovoljstvo tudi to, da pride do večje koncentracije uživalcev drog, ker hodijo po metadon v lokalni center (Žirovnik 2004).

Vse naloge, ki so opravile hitro oceno, naštevajo da v njihovem okolju delujejo visokopražni programi. Ti programi so na ta ali oni način prisotni v vseh okoljih, kar ni čudno. Način dela teh organizacij zahteva umik zdravljenca iz njegovega vsakdanjega okolja, zato fizična prisotnost programa ni pomembna. Tem bolj pa je pomembna močna propagandna in informacijska prisotnost, ki jo morajo te organizacije razviti, če hočejo pridobiti uporabnike. Drugače je z nizkopražnimi programi, ki morajo biti neposredno prisotni v lokalnem okolju. Ti so sodeč po diplomskih nalogah v obravnavanih okoljih zelo neenakomerno porazdeljeni. Tako tri naloge (Tišlarič 2005, Zorec, Štolekar 2005, Kos 2005) izrecno poročajo o tem, da v njihovem okolju ne delujejo nizkopražni programi. Vse naloge pa poudarjajo, da nizkopražnih programov v njihovih okoljih ni dovolj, da ni terenskega dela in da je pristop zmanjševanja škode še premalo uveljavljen.

Od ustanov, ki imajo opravka z uživalci drog so v diplomskih nalogah, ki obravnavajo stanje na področju drog v določenih okoljih, omenjeni še zdravstveni domovi, ki v glavnem oskrbujejo uživalce drog ob krizah (Klinar 2004, Tišlarič 2005), ali pa so krovna ustanova Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (Žirovnik 2004). Omenjajo policijske postaje, ki predvsem delajo

na zmanjševanju ponudbe droge (Tišlarič 2005,). Njihov odnos do uživalcev drog se razlikuje glede na policijsko postajo, od koder prihajajo policisti (Kos 2005). Lahko so tolerantni (Matjašič 2000), vendar v nekaterih okoljih uživalci poročajo, da jih policija nadleguje (Nedeljko 2007).

Nekateri centri za socialno delo imajo posebne programe za uživalce drog ali njihove svojce (Klinar 2004, Tišlarič 2005), vendar imajo mnogi pri delu z uživalci dokaj formalen pristop, ali pa se temu celo izogibajo (Klinar 2004). Kljub takšnemu stanju, ali pa zaradi njega, je dokaj veliko prostora v teh nalogah posvečeno vlogi socialnega dela na področju dela z uživalci drog. Tudi v teh nalogah poudarjajo, da je uspešno na tem področju samo socialno delo, ki sprejema uživanje drog. Usmerjeno naj bo predvsem na zmanjševanje škode, predvsem socialne. V skladu s tem povzemajo Flakerjevo celostno strategijo zmanjševanja škode (Flaker 2000): Dvig kulture uživanja droge, redčenje vloge uživalca, občutljivost za razne sloge uživanja, zmanjševanje temeljnega nesporazuma med uživalci in okoljem, krepitev stvarnega odnosa laične in strokovne javnosti do uživanja, poudarek na konkretnih in kontekstualnih metodah (Klinar 2004, Kos 2005, Nedeljko 2007).

Skupina osmih diplomskih nalog se ukvarja z razširjenostjo zlorabe dovoljenih in prepovedanih drog med mladimi. Osredotoča se na osnovnošolsko (Mrzlak, Gomboc-Mrzlak 2001, Lipolt, Ninkovič 2002, Babšek 2003, Lukša 2003, Lavrenčič 2006) in delno srednješolsko populacijo (Herič 2003 in Kračan, Popovič 2007, Matajurc 2005 pa primerja OŠ s SŠ), od katere zbirajo podatke s pomočjo anket. Za večino teh nalog je značilno, da imajo bolj negativen odnos do droge, kot druge diplomske naloge. Le ena od nalog, ki obravnava srednješolsko populacijo (Herič 2003), zastopa bolj tolerantno stališče do drog. Predvsem diplomske naloge, ki so usmerjene na osnovnošolce, obravnavajo mladostniško obdobje kot nestabilno in mladostnika kot potencialno ranljivega in podložnega negativnim vplivom. Ena od teh nalog (Lavrenčič 2006) opozarja na pomanjkanje prostočasovnih aktivnosti za mlade in predlaga ukvarjanje s športom kot način večanja samozavesti in preventivo proti zlorabi drog. Večina od njih (Mrzlak, Gomboc-Mrzlak 2001, Lipolt, Ninkovič 2002, Babšek 2003, Lukša 2003 in Matajurc 2005) poudarja tudi pomen družine in odnosov v njej ter vlogo staršev pri začenjanju ali odklanjanju uživanja drog. Štiri naloge (Lipolt, Ninkovič 2002, Babšek 2003, Lukša 2003 in Matajurc 2005) izrecno obravnavajo vlogo šole, ki naj bi jo imela pri vzgoji proti uživanju drog. Diplomski nalogi, ki obravnavata srednješolce, se omejujeta samo na prepovedane droge. Ena

(Herič 2003) se omeji na alkohol, heroin in kokain, druga (Kračan, Popovič 2007) pa obravnava tudi plesne droge.

Plesne droge obravnavajo tri naloge, od teh ena kot pojav v določenem okolju, Idriji. Šimek, Šimek 2003 podata zelo dober prikaz vloge plesnih drog v rave subkulturi. Pokažeta, da so plesne droge del te subkulture. Raverji pravijo, da je zanje droga predvsem igra in obred, mešanje drog pa je zanje neka vrsta ustvarjalnosti. Obenem se zavedajo dobrih in slabih strani uživanja drog in vsaj intervjuvanci poznajo načine za zmanjševanje tveganj. Kovač (2004) bolj poudarja možne negativne posledice uživanja plesnih drog. Pri uživanju plesnih drog lahko pride do akutnih motenj: vročinskega udara, izgube spomina ali nekontroliranega gibanja. Pri tem so bolj ogroženi začetniki, saj še nimajo dovolj izkušenj. Opozarja tudi na možne socialne posledice: slabše odnose s starši, izgubo motivacije za navezovanje stikov in podobno. V nalogi pokaže vlogo Drogarta kot organizacije, ki nudi pomoč in informacije glede plesnih in drugih drog. Tudi Vidmar (2004) bolj poudarja možne negativne posledice uživanja plesnih drog. Med njenimi ugotovitvami zbujejo skrb podatki, da od anketiranih v Idriji le 5 % ve, da je ob zaužitju ekstazija dobro piti izotonično pijačo in da jih zelo malo pozna posledice uživanja ekstazija. Po njenih podatkih je 19% osnovnošolcev in srednješolcev poskusilo ekstazi, od teh kar dve tretjini na zabavah.

Štiri naloge se ukvarjajo z bolj eksotičnimi temami. Jakšič (2003) se osredotoča na podobo uživalcev v medijih, Pavko (2001) obravnava alternativne oblike zdravljenja odvisnosti, Dečman (2003) obravnava ljudstva na Tajskem, kjer je uživanje drog del kulture, v to skupino pa lahko prištejemo tudi diplomsko nalogo Ajdnik (2006), ki obravnava psihofarmake ali, kot jih imenuje avtorica, „psihiatrične droge“. Za ta pregled so manj pomembne tudi naloga Hrviča (2005), ki se obravnava skupino Anonimni narkomani na hrvaškem, naloga Leskovšek (2003), ki obravnava mladinski tabor kot obliko preventive, in naloga Gjerek (2007), ki obravnava droge v povezavi z mladimi v prometu. Te naloge so za naš pregled sicer obrobne pomena, vendar jih navajamo, ker se dotikajo problematike drog.

Kot kaže pregled, se torej največ nalog ukvarja neposredno s problemskimi situacijami, v katerih se znajdejo uživalci drog ali njihovi bližnji. To je odraz usmerjenosti FSD na reševanje problemov, ki jih imajo posamezniki, skupine in skupnosti tukaj in zdaj. Nekatere naloge se osredotočijo na konkretne probleme, druge spet problematiko obravnavajo širše.

6. Zaključek

V članku smo prikazali, kako diplomantke in diplomanti, ki so izbrali temo diplomske naloge povezano s problematiko uživanja prepovedanih drog, vidijo to področje. To nas je zanimalo iz dveh razlogov. Zato, da ugotovimo, kakšno je stanje na tem področju in zato, da pokažemo, kako kakovostno FSD posreduje strokovna stališča svojim študentom. Videnje diplomantk in diplomantov smo opisali skozi klasifikacijo tem, ki so se jih lotili. Pri tem smo kot orientacijo vzeli ReNPPD. Ugotovili smo, da teme nalog sicer v grobem sledijo področjem, ki jih obravnava ReNPPD, vendar ta niso dovolj za izčrpno klasifikacijo. Naloge se med sabo razlikujejo še po:

- (ideološkem) odnosu do problematike: naloge do drog zavzamejo različna stališča od eksplicitne polemike z vojno proti drogam, preko pragmatičnega sprejemanja uživanja drog kot dejstva, in nevtralnega stališča opazovalca stanja (v hitrih ocenah), pa do iskanja razlogov za uživanje drog in načinov za preprečevanje nastanka odvisnosti ali njeno odpravljanje (kjer prevladuje psihosocialni pogled) in končno do odkritega zagovarjanja zaostritve odnosa družbe do drog in ukrepov proti njihovi zlorabi (pri ugotavljanju prevalence uživanja drog med osnovnošolci). Naloge, ki zastopajo zadnje stališče, se hkrati brez izjem zavzemajo za izenačenje obravnave dovoljenih in prepovedanih drog;
- problemskih situacijah in vpleteni v njih: v nalogah poleg različnih kategorij uživalcev drog (najbolj zanimive so diplomantom in diplomantkam matere ali splošno starši uživalci drog) obravnavajo predvsem starše in njihovo doživljanje; obravnavane situacije lahko razdelimo glede obdobja, ali nastanejo v času, ko uživalec še aktivno uživa droge, v času, ko se zdravi (je na vzdrževalni terapiji ali pa se zdravi v komuni), ali v času ponovne integracije v okolje, pri čemer se obravnava zdravljenja in reintegracije v nalogah po navadi prepletata;
- uporabljenih metodah zbiranja in obdelave podatkov: delitev, ki je v glavnem odvisna od izbrane teme: naloge, ki se ukvarjajo s prevalenco drog med osnovnošolci in srednješolci, praviloma uporabljajo ankete in kvantitativni prikaz podatkov, med tem ko naloge, ki obravnavajo druge teme, kot vire podatkov uporabljajo intervjuje in praviloma ostajajo na nereflektiranem opisu povedanega; posebno moteče je to pri nalogah, katerih cilj je hitra ocena, kjer

bi pričakovali več kvantitativnih podatkov o obravnavanih okoljih in vsaj rudimentarni poskus triangulacije med podatki iz različnih virov.

Pregled diplomskih nalog je pokazal, da diplomantke in diplomanti v veliki meri prevzemajo vrednote in stališča, ki jih zagovarjajo predstavniki FSD, kot tudi razlike, ki se med njimi pojavljajo. Slednje kaže na to, da študij uspešno oblikuje strokovnjake na področju socialnega dela z uživalci drog.

Kljub temu lahko podamo nekaj predlogov za izboljšanje študija za to področje. Diplomantke in diplomante bi bilo vredno usmeriti, da v nalogah posvetijo več pozornosti doživljanju, recimo jim, "običajnih" uživalcev drog, ki jih ne znači še kakšna druga, zanimivejša lastnost, ter tipičnim situacijam v katerih se uživalci drog najdevajo in znajdevajo. Dosedanje naloge, ki obravnavajo doživljanje uživalcev drog, so se osredotočile k bolj specialnim kategorijam, kot so uživalke drog - matere, politoksikomani in podobno. Seveda so mnoge diplomantke in diplomanti opravili intervjuje tudi z uživalci drog, ki niso nosilci še kakšne bolj zanimive družbene vloge, vendar so se v njih bolj posvečali opisom drugih stvari in dogajanj, kot doživljanju uživalcev samih.

Sorazmerno majhno je število nalog, ki obravnavajo nevladne organizacije, tako nizkopražne, kot visokopražne. Še bolj moteče je dejstvo, da v teh nalogah praviloma ni kritične distance do doktrine in delovanja organizacije, ki jo opisujejo. Zato takšne naloge praviloma ne morejo najti zornega kota, ki bi omogočal predloge za izboljšave. Nadalje pri hitrih ocenah stanja metodologija ni dovolj izenačena, da bi omogočila tisto, kar ta pristop obljublja, primerjavo med geografskimi območji in postopno graditev celovite slike stanja v celotni Sloveniji. Nenazadnje gre omeniti tudi metodološko pristranskost nalog, ki praviloma uporabljajo intervjuje majhnega števila vpletenih kot argument za uveljavljanje splošnih teorij. Tako ugotovitve na podlagi empiričnega materiala marsikdaj ostanejo zgolj na anekdotični ravni.

Literatura:

Ajdnik, B. (2006) Vpliv psihiatričnih drog na vsakdanje življenje njihovih uporabnikov, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Babšek, R. (2003) Vpliv različnih dejavnikov na mladostnikov odnos do drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Bah, B. Klančar B. (2001) Zmanjševanje škode v zvezi z uživanjem drog v zaporih

Čanžek, I. (2003) Uživalec prepovedanih drog na CSD, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Dečman, M. (2003) Kulturne značilnosti in socialni problemi severno tajskih ljudstev, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Dolinar, N (2005) Ocena potreb uživalcev drog v dnevnem centru Želva – Žalec, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Feldin, N. (2003) Spremembe v življenju uporabnikov organizacije za urejanje zasvojenosti, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Fogadić, A. (2001) Svetovanje v zavodih za prestajanje kazni zapora kot neprofitni organizaciji, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Gjerek, D. (2007) Tvegano vedenje mladostnikov na področju drog in prometa, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Gologranc, L. (2001) Zmanjševanje škode na področju uživanja drog na Koroškem, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Grebenc, V, (2006), Needs assessment in community : what communities can tell us, v: Flaker, V., Schmid, T. (ur.). Von der Idee zur Forschungsarbeit Wien: Böhlau Verlag, Herbst.

Herwing Lempp, J., Stover, H. (1992). Temelji socialnega dela, ki akceptira uživanje drog. Iskanja, 9,12, 73-96.

Herič, H. (2003) Mladostnik in zloraba drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Hrvič, D. (2005) Proces urejanja in okrevanja v skupini za samopomoč – anonimni narkomani, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Hvala-Cerkovnik, M. (2000) Posledice, vpliv in obravnava spolno zlorabljenih žensk, odvisnih od drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Jakop-Berglez, A. (2000) Zloraba drog pri mladih – nevarno tveganje, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Jakšič, M. (2003), Podoba uživalcev nedovoljenih drog v javnosti in vpliv medijev, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Jerman, N., Vavpotič, V. (2000) Prostočasovna skupina uporabnikov metadonskega programa, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Kaube, S. (2000) Zasvojenost: prispevek socialnega dela, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Kek, T. (2002) Delovanje skupine za samopomoč za starše otrok zasvojenih z drogo, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Kenda, J. (2001) Uživalci heroina na foliji v Fužinah, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Klinar, M. (2004) Uživanje drog na Jesenicah in ocena služb z vidika zmanjševanja škode, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Kos, K. (2005) Potrebe zasvojenih s heroinom in načrtovanje odgovorov v lokalni skupnosti v Zagorju ob Savi, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Koser, S. (2003) Študija primera družine odvisnika od nedovoljenih drog s primerjavo poteka družinske drame v knjigi Vita Flakerja Živeti s heroinom I. in II., Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Kovač, G. (2006) Osveščenost mladih mamic, uporabnic nedovoljenih drog, o vplivu mamil na otroka, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Kovač, V. (2004) Uporaba plesnih drog – hitra ocena in seznam možnih odgovorov, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Kračan, B., Popovič B. (2007) Razširjenost drog med mladimi, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Kuljanac, B. (2007) Kokain med intravenoznimi uživalci drog, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Lavrenčič, M. (2006) Vloga preventive in športa v povezavi z ogroženostjo otrok v osnovni šoli, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Leskovšek, A. (2003) Tabor mladinskih delavnic Veržej 2002: s preventivnimi dejavnostmi v življenje brez drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Lešnik, D. (2000) Analiza doživljanja zasvojenec z ilegalnimi drogami, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Lipolt, H. Ninkovič, S. (2002) Droge uničujejo mladost, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo

Lukša, B. (2003) Pogostost uživanja tobaka, alkohola in nedovoljenih drog med osnovnošolci v medvoški občini, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Lukšič, M. (2000) Politika do drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo

Matajurc, M. (2005) Mladost in droge, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Matjašič, B. (2000) Razširjenost drog v občini Metlika, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Mattias, K., Perše B. (2001) Uporaba drog in tvegano vedenje v zaporih Koper in Nova Gorica, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Mithans, Ž., Vene, B. (2000) Uporabniki nizkopražnega metadonsko vzdrževalnega programa v okviru centra za zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog v ZD Maribor, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Mivšek, D. (2001) Proces psihosocialne rehabilitacije osebe z izkušnjo zasvojenosti, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Mrzlak, B., Gomboc-Mrzlak, S. (2001) Zloraba drog pri osmošolcih glede na vas in mesto, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Mušič-Vencelj, T. (2005) Doživljanje matere zasvojenega otroka, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Nedeljko, N. (2007) Ocena uživanja marihuane med mladimi v Zagorju ob Savi, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Nedelmann, E. A. (1999). Zdravorazumska politika na področju drog. Teorija in praksa, 35, 5: 827-838.

Oblonšek, S. (2005) Športna aktivnost v zdravljenju odvisnosti od nedovoljenih drog, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Pavko, N. (2001) Alternativni pogledi na uporabo drog in obravnavo odvisnosti od njih, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Pečelin, V. (2003) Podobe uživanja drog v zavodu z vidika zmanjševanja škode, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Pečjak, L. (2000) Evalvacija usposabljanja prostovoljcev za delo z zasvojenimi Društvo »Projekt Človek« , Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Pejović, J. (2007) Družinska drama in proces pomoči v primeru odvisnosti od nedovoljenih drog – študija primera, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Perše, M., Rahne, T. (2003) Prikaz strukture in dinamike družin z zasvojenim članom, vključenih v terapevtsko skupino staršev skupnost Srečanje, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Pretnar, N. (2003) Kakovost življenja uživalcev drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 (2004), Ur. l. RS, 28/2004.

Stefanoski, P. (1996) Socialno delo, ki akceptira uživanje drog. V: Socialno delo Let. 35, št. 4, str. 289-300.

Stimson, G. V., Donoghoe, M. C., Fitch, C., Rhodes, T. J., Ball, A. Weiler, G., (2003), Rapid Assessment and Response Technical Guide, Version 1.0, World Health Organization: Department of Child and Adolescent Health and Development, and Department of HIV/AIDS, Geneva,
http://www.who.int/docstore/hiv/Core_All/Core_All.html dostop 16. 5. 2008

Šeme, P. (2006) Vključevanje bivših uživalcev drog v vsakdanje okolje, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Šimek, M., Šimek, S. (2003) Mladi in rave subkultura, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Škalič, L. (2007) Življenjske razmere staršev, ki so vključeni v vzdrževalni metadonski program, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Štrukelj, B. (2004) Marihuana – primerjava izkušenj tolminskih in barcelonskih uporabnikov, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Tršar, A. (2004) Kakovost življenja mater na vzdrževalnem metadonskem programu, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Vozlič-Danilovič, V. (2000) Proces individualizacije v skupini staršev otrok zasvojenih od nedovoljenih drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Tišlarič, N. (2005) Razširjenost prepovedanih drog v občini Kočevje, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Tušar, J. (2006) Dovoljene in nedovoljene droge v vzgojnem zavodu Planina, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Veinhandl, B. (2006) Možnosti sodelovanja policije s socialnimi službami na področju drog: študija primera – ozdravljenega odvisnika od prepovedanih drog, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Vidmar, T. (2004) Problematika ekstazija v občini Idrija, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Vučak, D. (2000) Problem zaposlovanja uživalcev nedovoljenih drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga)

Zorec, S., Štolekar, M. (2005) Uživalci heroina in kokaina na Ptuj, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

Žirovnik, R. (2004) Hitra ocena uživanja drog v Trbovljah in zmanjševanje škode pri uživalcih drog, ki redno uživajo droge, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)

DODATEK 2: KAJ PREDLAGAJO DIPLOMANTKE IN DIPLOMANTI FAKULTETE ZA SOCIALNO DELO GLEDE POLITIKE DO PREPOVEDANIH DROG²⁵

1. Uvod

Diplomska naloga je za študentko ali študenta vrh študija na FSD, zato lahko pričakujemo, da vanje vloži vse znanje, ki ga pridobi med študijem. Tudi v zbiranje in analizo informacij na področju, ki ga v nalogi obravnava, vloži praviloma veliko energije. Predlogi, ki iz takšnega dela izhajajo, so torej vredni upoštevanja. Vse to seveda velja tudi za diplomske naloge, ki se ukvarjajo s področjem prepovedanih drog. Trdimo lahko, da podajajo dovolj verodostojno sliko teorije in prakse na področju dela z uživalci prepovedanih drog, ki jo je vredno upoštevati pri razmišljanju o politiki na tem področju. Če nič drugega, jih lahko obravnavamo kot dober kazalec dejanskega stanja, priporočila podana v njih pa velja upoštevati pri oblikovanju stališč in dejavnosti na tem področju. Namen pričujočega članka je zbrati predloge, ki so jih študentke in študentje podali v svojih nalogah. Pokazali bomo, kaj menijo diplomantke in diplomanti FSD o stanju na področju drog in kaj predlagajo, da bi bilo delo na tem področju bolj uspešno in učinkovito. Iz tega bomo poskusili potegniti nekaj naukov politiko do drog nasploh.

V članku najprej skiciramo zgodovinski kontekst analiziranih diplomskih nalog in podamo nekaj začetnih ocen stanja. Nato predstavimo ugotovitve in predloge diplomskih nalog za izobraževanje za delo na področju prepovedanih drog. Končamo z analizo pomena ugotovitev za samo delo z uživalci prepovedanih drog in za politiko do drog nasploh.

2. Zgodovinski kontekst

25 Prispevek bo objavljen v eni od prihodnjih števil revije Socialno delo.

Preden se lotimo pregleda zgodovinskega konteksta, v katerem so nastale obravnavane diplomske naloge, velja na hitro skicirati ideološko paradigmatične okvirje, znotraj katerih se giblje razmišljanje o prepovedanih drogah. V praksi ločimo vsaj tri zelo prepoznavne paradigme politike na področju drog, in sicer: prohibicionistično, javnozdravstveno in klasično-liberalno paradigmo (Kvaternik Jenko 2006).

Prohibicionistična politika ali politika vojne proti drogam izhaja iz predpostavke o nedvomni škodljivosti za posameznika in družbo. Svoj odnos do prepovedanih drog in vseh, ki so z njimi v stiku, organizira skozi vojaški žargon boja, bitke in soražnika. Proti drogam se je potrebno boriti, uživanci drog pa so izbrali nasprotno stran in jih je potrebno temu primerno obravnavati. Kot je zmeraj značilno za tako organizirano misel, je tudi pri odnosu do prepovedanih drog vsak dvom v "našo stvar" že dokaz popuščanja pred sovražnikom. Kdor ni "z nami", je "proti nam". Edina rešitev je "končna rešitev", spreobrnjenje vseh, ki so podlegli drogi, nazaj v "čisto življenje" in dokončno izkoreninjenje prepovedanih drog kot emanacije zla.

Javnozdravstvena paradigma odklanja pogled na uživalce drog kot na zlobneže ali slabiče, ki namenoma škodijo sebi in družbi. V njenem izhodišču je skrb za javno zdravje. Preprečiti ali vsaj omiliti skuša škodljive posledice uživanja drog, predvsem za zdravje prebivalstva. Uživalci drog si po tej paradigmi ne morejo sami pomagati, torej niso sami krivi za stanje v katerem so in za dogajanje, ki ga "povzročajo". Skratka po tej paradigmi gre za to, da je uživanje drog kronična bolezen, ki jo lahko ozdravijo le strokovnjaki. Uživalci drog niso več sovražniki in kriminalci, ostajajo pa slabiči. Hkrati se spremenijo v kronične bolnike, natančneje duševne bolnike. Rešitev je po tej paradigmi v preprečevanju širjenja bolezni, zdravljenju "obolelih" in zagotavljanju zdravih okoliščin, ki bi preprečevale "širjenje bolezni", duševnemu ekvivalentu higiene, ki bi uživanje drog zmanjšala na minimum, če že ne odpravila. V vmesnem času, ko bolezen še ni izkoreninjena, je potrebno zmanjševati negativne posledice, ki jih povzroča.

Klasična liberalna paradigma izhaja iz ideje posameznika, ki je sposoben odločati sam o sebi in sprejemati odgovorne odločitve. Kot takšen ima pravico delovati, kot se mu zdi primerno, mora pa prevzeti odgovornost za svoja dejanja. Po tej paradigmi ima posameznik pravico uživati droge, če se tako odloči, njegova odgovornost pa je, da to počne tako, da ne škodi drugim in da čim manj škodi sebi.

Po tej paradigmi so uživalci drog, kot so po klasično- liberalni doktrini vsi ljudje, racionalna bitja, ki delujejo v smeri maksimizacije koristi zase, s tem pa za celotno skupnost. Ko jim uživanje drog ne bo več v interesu, bodo z njim pač prenehali. Ves boj proti drogam in javnozdravstvena zaskrbljenost sta po tej paradigmi bob ob steno. Namesto da kriminaliziramo uživalce, pa tudi proizvajalce in prodajalce drog, bi bilo potrebno droge legalizirati in s tem omogočiti pravno in davčno regulacijo njihove proizvodnje in prometa, pa tudi uživanja. Tako bi uravnavali potrošnjo drog na enak način, kot portošnjo katerekoli druge dobrine.

V svetu imamo le nekaj glavnih akterjev, ki bolj ali manj določajo politiko politiko do drog. Prav gotovo so najpomembnejši akter na tem področju ZDA, v katerih prevladuje prohibistična paradigma. v ZDA se sicer pojavljajo predlogi in akcije, ki izhajajo iz vseh treh paradigem politike na področju drog in konec koncev jih ima večina sedaj znanih pristopov korenine v ZDA. Vendar se uradna politika ZDA nikdar ne oddalji zelo od prohibicionistične paradigme politike do drog, ki temelji na konceptu vojne proti drogi in vojaškega organiziranja obravnave področja prepovedanih drog. V perspektivi vojne proti drogam so tudi uživalci "sovražniki družbe" in kriminalci.

Tej politiki je na začetku sledila tudi EU. V devetdesetih letih prejšnjega stoletja pa je v Evropi vedno večjo težo začela dobivati javnozdravstvena politika, katere bolj ali manj osnovno vodilo je princip zmanjševanja škode. Hiter pregled dokumentov EU pokaže, da v njih do leta 1997 prevladuje usmeritev v preprečevanje uživanja drog, terminologija, ki so jo uporabljali pa je predvsem vojaško obarvana: "bojevanje" (combat), "boj proti" (fight against). Po letu 1997 je opaziti razširitev terminologije v povezavi z drogami. Pojavijo se termini povezani z zdravstvom, "zmanjševanje zdravstvene škode povezane z drogami" (reducing drug related health damage), termini prevzeti iz ekonomije: "zmanjševanje povpraševanja" (demand reduction) "zmanjševanje ponudbe" (supply reduction) in nevtralni termini: "obrnava problema drog" (addressing the drug problem), "odgovor na probleme drog" (response to the drug problem). Vojaška terminologija se umakne na področje obravnave kriminala povezanega s prepovedanimi drogami: "boj proti" (fight against) kriminalu in preprodaji drog. Ekonomistična termina ponudbe in povpraševanja postaneta krovna termina, ki ločita samo uživanje drog (povpraševanje) in (kriminalne) dejavnosti povezane s proizvodnjo in prodajo prepovedanih drog (ponudba). V dokumentih ostaja termin preventive (prevention), vendar izgublja

primat v primerjavi z zmanjševanjem škode. Prav tako velja omeniti, da okrog leta 1995 dokumenti pogosteje začnejo uporabljati besedno zvezo "akcijski načrt" (action plan) in "strategija delovanja" (action strategy) kot vmesna člena med "vojno" in "ekonomiziranjem" v zvezi z drogami.

Slovenska politika na področju drog je izrazito posnemovalna (Lukšič 1999: 823). Najprej jo je vodila podobna logika kot politiko vojne proti drogi v ZDA. V devetdesetih letih prejšnjega stoletja pa je začela bolj ali manj slediti premikom v politiki do drog v Evropi, kjer je vedno večjo težo začela dobivati javnozdravstvena politika, katere bolj ali manj osnovno vodilo je princip zmanjševanja škode. Zgodovinski pregled pokaže, da se je ob koncu osemdesetih in v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja namesto izrazito represivno-prohibicionistične politike, ki je veljala do takrat, v Sloveniji začel razvijati medicinsko-represivni pristop, ki je nekakšna izpeljanka patoloških modelov javnozdravstvenih paradigem (Deželan in Drobne 2007). Do takrat smo bili v Sloveniji priča razvijanju lokalnih, skupnostnih pristopov na področju drog.²⁶ Tako odzivi na razširjenost uživanja prepovedanih drog kakor tudi politika na področju drog so se najprej oblikovali na lokalni ravni. V zgodnjih devetdesetih letih prejšnjega stoletja se je v Sloveniji pojavila potreba po normiranju politike na področju drog z državne ravni. Leta 1992 je skupščina RS sprejela »Nacionalni program za preprečevanje zlorabe drog v Republiki Sloveniji«. Omenjeni program je bil podlaga ustanovitve Urada vlade RS za droge, ki je usklajeval in koordiniral politiko na področju drog na nadnacionalni, nacionalni, lokalni ravni in uskladal slovensko politiko na področju drog z evropsko z oblikovanje Resolucije o nacionalnem programu na področju drog RS (2004-2009, v nadaljnjem tekstu ReNPPD), ki postavlja okvire naši politiki še danes.

Leta 2004 je bila sprejeta nova Strategija EU na področju drog 2005–2012. Ta v skladu s tržno terminologijo, ki zadnje čase prevladuje v govoru o drogah, deli ukrepe na področju prepovedanih drog na ukrepe za zmanjševanje ponudbe drog in ukrepe za zmanjševanje povpraševanja po njih. (Strategija EU na področju drog 2005–2012, 2005) Pri ukrepih zmanjševanja ponudbe drog gre predvsem za represivne ukrepe usmerjene v preprečevanje proizvodnje in prometa s prepovedanimi drogami ter kontrole prometa in proizvodnje njihovih prekurzorjev,

26 Prvi odgovori na potrebe intravenoznih uživalcev drog so se razvili koncem osemdesetih let prejšnjega stoletja, med njimi prva ambulanta v kateri so začeli podeljevati substitucijo (metadon) uživalcem heroina v Kopru

hkrati pa proti pranju denarja pridobljenega s temi dejavnostmi in tako posredno proti njihovemu financiranju. Pri teh ukrepih socialno delo praviloma ne igra posebne vloge.

Drugače je z ukrepi za zmanjševanje povpraševanja po prepovedanih drogah. To je področje, ki zadeva potencialne in obstoječe uživalce prepovedanih drog in njihovo socialno okolje. Strategija EU na tem področju predvideva ukrepe za »... odvrčanje ljudi od tega, da bi začeli uporabljati droge; preprečevanje preraščanja eksperimentiranja z drogami v redno uporabo; zgodnje posredovanje pri vzorcih uživanja drog, ki predstavljajo tveganje; zagotavljanje programov zdravljenja; zagotavljanje programov za rehabilitacijo in socialno reintegracijo; zmanjševanje škode, ki jo droge povzročajo na zdravstvenem in socialnem področju ...« (Strategija EU na področju drog 2005–2012, 2005: 3)

Osnova

Kot smo že poudarili, je temeljni dokument, ki opredeljuje politiko do drog v Sloveniji ReNPPD. Ta dokument smo uporabili tudi kot okvir za klasifikacijo tem, ki jih obravnavajo diplomske naloge. Zato preglejmo, kako ta dokument ureja področje. V ReNPPD je zmanjševanje povpraševanja po drogah razdeljeno na preventivo, zmanjševanje tveganj in škode zaradi uporabe drog ter zdravljenje in socialno obravnavo. ReNPPD obravnava tudi delovanje civilne družbe v tem kontekstu.

Preventivni programi naj bi pokrivali predvsem skupine otrok in mladostnikov, izvajali pa naj bi jih pedagogi, predstavniki nevladnih organizacij in lokalne akcijske skupine. Izvajali naj bi jih v šolskem, družinskem in lokalnem okolju, na delovnih mestih in v civilni družbi nasploh. Cilji teh programov so predvsem odvrčanje ljudi od tega, da bi začeli uporabljati droge in zgodnje posredovanje pri vzorcih uživanja drog, ki pomenijo tveganje.

Programi zmanjševanja tveganj in škode zaradi uporabe drog, katerih ciljna skupina so uživalci prepovedanih drog, v njih pa, kot je izrecno napisano v ReNPPD "...lahko delajo tudi nestrokovnjaki in nekdanji uporabniki drog ter tisti, ki jih še uporabljajo", so usmerjeni v izobraževanje o nevarnostih pri uporabi drog in varnejših načinih njihovega uživanja ter zagotavljanju pogojev za manj tvegano uživanje drog in s tem zmanjšanje škode, ki jo droge povzročajo na zdravstvenem in socialnem področju.

Programi zdravljenja in socialne obravnave, ki so namenjeni obravnavi vseh skupin uživalcev prepovedanih drog, naj bi bili kar se le da učinkoviti, varni ter strokovno in znanstveno utemeljeni, potrdila pa naj bi jih najvišja strokovna telesa. Obravnava naj bi potekala v okviru zdravstva, socialnega varstva in nevladnih organizacij. Primarni cilj zdravstvene obravnave je abstinenca, pa tudi preprečevanje škodljivih posledic uporabe drog ter širjenja nalezljivih bolezni in kriminala. V okviru zdravstvene obravnave naj bi, kot je razbrati iz ReNPPD, potekale tudi različne preventivne dejavnosti, usmerjene v zdrav življenjski slog in vzpostavljanje odgovornosti do lastnega zdravja, ki bi jih vodili zdravstveni delavci. Socialna obravnava obsega vzpostavljanje stika z uporabnikom drog, razmislek o nadaljnjem življenju in spoznavanje možnosti za nadaljnjo rehabilitacijo ter rehabilitacijo v ožjem smislu, socialno vključitev v konkretno življenjsko okolje. Tudi programi socialne obravnave naj bi obsegali celoten spekter od programov zmanjševanja škode, preko reševanja socialnih stisk uživalcev in njihovih svojcev znotraj socialnovarstvenih storitev javnih služb, do odvajanja od drog in rehabilitacije. Posebno v socialni obravnavi je predvidena pomembna vloga nevladnih organizacij. V ReNPPD sicer izrecno piše, da morajo biti programi obravnave uporabnikov drog v okviru zdravstva, socialnega varstva in nevladnih organizacij medsebojno usklajeni. Lahko pa iz strukture in vsebine tega poglavja razberemo, da je pisano na kožo delitve med izobraževalnim, zdravstvenim in socialnim resorjem ter nevladnimi organizacijami.

Civilna družba ima v okviru ReNPPD posebno poglavje. Tu se ReNPPD prikloni civilni družbi kot pomembnemu partnerju na tem področju in se zavzame za dobro sodelovanje med državo in civilno družbo. (primerjaj ReNPPD 2004: 9-10).

5. Predlogi v nalogah

Pregledali smo diplomske naloge od leta 2000 do 2007. Od 1216 diplomskih nalog, ki so jih v tem obdobju zagovorile diplomantke in diplomanti FSD, jih je 63 (5,2%) obravnavalo tematiko povezano s področjem drog. Kot smo povedali v posebnem članku (Rode et al. 2008) teme, ki jih diplomantke in diplomanti v svojih nalogah obravnavajo, lahko razen po področjih iz ReNPPD, klasificiramo še po pristopih, situacijski občutljivosti in metodologiji zbiranja in obdelave podatkov. Predloge, kako delovati in kaj izboljšati na področju dela z uživalci drog, ki jih najdemo v diplomskih nalogah, lahko za razliko od obravnavanih tem brez problemov

razdelimo po področjih preventive, zmanjševanja škode ter zdravljenja in socialne obravnave, kot so razdeljene v ReNPPD.

Avtorji diplomskih nalog predlagajo pogostejše in bolj sistematično izvajanje preventivnih dejavnosti, predvsem v šolah, kjer naj bi tematiko obravnavali bolj pogosto in jo vključili v redni program (Matajurc 2005, Mrzlak, Gomboc-Mrzlak 2001, Babšek 2003, Kračan, Popovič 2007, Jerman, Vavpotič 2000, Lešnik 2000, Mušič-Vencelj 2005, Perše Rahne 2003, Pejovič 2007, Matjašič 2000), Sluga (2005) pa opozori tudi na to, da bi bilo potrebno preventivne dejavnosti usmeriti tudi k otrokom, ki ne obiskujejo šole. Lahko trdimo, da bi večina diplomantk in diplomantov podprla Kračan, Popovič (2007), ko poudarjata, da bi morali več govoriti o škodljivih posledicah uživanja drog, vendar je, kot izrecno opozarja Nedeljko 2007, potrebno tematiko drog prikazovati bolj realno. Glede odnosa do drog mnogi poudarjajo, da bi morali naučiti učence socialnih veščin (Lavrenčič 2006, Jerman Vavpotič 2000, Škalič 2007), ki bi jim omogočile "reči ne" (Lavrenčič 2006). Štrukelj 2004 dodatno ugotavlja, da bi morali učencem omogočiti, da si ustvarijo lastno mnenje o drogah. V preventivne programe naj bi vključili tudi starše (Mrzlak, Gomboc-Mrzlak 2001, Lipolt, Ninkovič 2002, Mušič-Vencelj 2005, Perše Rahne 2003, Pejovič 2007, Zorec, Štolekar 2005, Klinar 2004), ki bi jih poučili o drogah (Mrzlak, Gomboc-Mrzlak 2001) in o tem, kako prepoznati, da njihov otrok jemlje drogo (Mušič-Vencelj 2005), pa tudi napotke o primerni vzgoji (Mrzlak, Gomboc-Mrzlak 2001, Babšek 2003). Poučili bi jih o pomenu dobrih in odkritih odnosov v družini (Kračan, Popovič 2007, Perše Rahne2003) in jih opremili z znanji in spretnostmi za njihovo vzpostavljanje in ohranjanje (Perše Rahne2003, Pejovič 2007).

Znotraj preventive poudarjajo tudi, da bi bilo potrebno organizirati strokovnjake na področju drog, bodisi v šolah (Matajurc 2005, Mrzlak, Gomboc-Mrzlak 2001, Lukša 2003, Herič 2003,), bodisi v okolju (Matjašič 2000, Mušič-Vencelj 2005, Zorec, Štolekar 2005, Sluga 2005); da bi lažje obveščali zainteresirane o tej problematiki in jim dajali realne in uporabne informacije. Poudarjajo tudi potrebo po izobraževanju strokovnjakov v izobraževanju (Matajurc 2005, Mrzlak, Gomboc-Mrzlak 2001, Lukša 2003, Herič 2003, Klinar 2004, Zorec, Štolekar 2005) zdravstvu, in socialni, ki prihajajo v stik z uživalci, o problematiki drog, problemih uživalcev drog in načinih zdravljenja, da ti strokovnjaki ne bi dodatno stigmatizirali uživalcev in jih brez potrebe ločevali od ostalih strank (Škalič 2007, Lešnik 2000, Mithans, Vene 2000). Opozorili so tudi na potrebo po objektivnem informiranju javnosti o tej problematiki in spreminjanju

odnosa javnosti do nje (Kračan, Popovič 2007, Herič 2003, Lukša 2003, Babšek 2003).

V diplomskih nalogah se zavzemajo tudi za širjenje in boljšo razporejenost programov zmanjševanja škode (Tršar 2004, Matias, Perše 2001, Bah, Klančar 2001, Pečelin 2003, Klinar 2004, Gologranc 2001), predvsem za delilnice pribora za vbrizgavanje drog in iglomite (Kuljanac 2007, Sluga 2005) ter zagotavljanje dnevnih centrov (Tišlarič 2005, Kenda 2001) in varnih prostorov za uživanje droge (Kenda 2001, Kuljanac 2007). Avtorice in avtorji poudarjajo, da je do sedaj glavna pozornost veljala predvsem zmanjševanju tveganj in škode povezane z zdravjem, zanemarjena pa je bila škoda, ki nastaja zaradi socialnih posledic povezanih z uživanjem droge (Dolinar 2005, Kuljanac 2007, primerjaj tudi Jakšič 2003). Predvsem opozarjajo na škodo zaradi izključenosti vseh, ki so kdajkoli uživali drogo, ne glede na to, ali jo še uživajo, ali so na vzdrževalnem zdravljenju, ali abstininirajo (Tršar 2004, Šeme 2006,).

Na področju zdravstvene in socialne obravnave dajejo diplomantke in diplomanti, kot je pričakovati, predvsem predloge povezane s socialno obravnavo. Kljub temu je nekaj nalog, ki v zvezi z zdravljenjem uživalcev drog opozorijo, da bi moralo vzdrževalno zdravljenje z metadonom in podobno medikacijo pridobiti enakopraven status z drugimi zdravstvenimi obravnavami (Tršar 2004, Škalič 2007, Mithans, Vene 2000). Glede metadonskih programov poudarjajo tudi, da bi bili bolj učinkoviti, če bi jih dopolnili z ustrežno socialno obravnavo in s programi, ki bi bolj upoštevali njihove dejanske potrebe (Jerman, Vavpotič 2000, Pretnar 2003, Vučak 2000, Tišlarič 2005, Kovač 2006, Hvala-Cerkovnik 2000, Šeme 2006, Vučak 2000, primerjaj tudi Kenda 2001, Oblonšek 2005).

Pri socialni obravnavi se avtorice in avtorji zavzemajo za več terenskega dela (Kenda 2001, Dolinar 2005, Kuljanac 2007, Štrukelj 2004, Klinar 2004, Gologranc 2001, Zorec, Štolekar 2005, Kos 2005, Žirovnik 2004, Nedeljko 2007, Matjašič 2000). Prav tako poudarjajo, da bi bilo potrebno pripraviti programe, ki bodo dopolnjevali metadonsko vzdrževanje in interesne programe za uživalce in za zdravljenca v organizacijah, ki delajo z njimi, nasploh (Jerman, Vavpotič 2000, Pretnar 2003, Vučak 2000, Tišlarič 2005, Kovač 2006, Hvala-Cerkovnik 2000, Šeme 2006, Vučak 2000, primerjaj tudi Kenda 2001, Oblonšek 2005). Potrebno je boljše poskrbeti za vključevanje uživalcev drog, predvsem pa tistih, ki z uživanjem drog prenehujejo ali so že prenehali, nazaj v družbo (Šeme 2006, Vučak 2000, primerjaj tudi Zorec,

Štolar 2005). Glede tega Šeme (2006) in Vučak (2000) še posebno poudarjata potrebo po reševanju problemov zaposlovanja.

Vse naloge sicer priznavajo, da je potrebno težiti k vzpostavljanju abstinence, vendar lahko razberemo, da se jih večina strinja s temeljnim načelom socialnega dela, ki sprejema droge, da, kot opozori Klinar (2004), abstinenca ne more biti pogoj za nudenje pomoči. Abstinenca ne more biti edini cilj dela z uživalci drog, temveč je potrebno reševati tudi probleme tistih, ki še uživajo droge in nočejo ali ne morejo prenehati.

Od splošnih ukrepov politike do drog nekatere naloge predlagajo bolj represivne ukrepe, višanje cen in omejevanje proizvodnje dovoljenih drog za zmanjševanje ponudbe, ter poostreitev sankcij za opitost/drogiranost na delovnem mestu in v prometu, preprodajo drog in podobne prekrške (Mrzlak, Gomboc-Mrzlak 2001, Lipolt, Ninkovič 2002, Lukša 2003).

Velik pomen dajejo naloge izboljšanju sodelovanja med institucijami in organizacijami, ki delujejo na področju drog, ter boljši koordinaciji med njimi samimi (Matajurc 2005, Herič 2003, Tršar 2004, Škalič 2007, Lešnik 2000, Kovač 2006, Kuljanac 2007, Jakop-Berglez 2000, Pečelin 2003, Veinhandl 2006, Fogadič 2001, Tišlarič 2005, Kos 2005, Žirovnik 2004, Lukšič 2000, primerjaj tudi Kaube 2000) in navzven z drugimi organizacijami (Lukšič 2000, Matjašič 2000, Nedeljko 2007, Kos 2005, Žirovnik 2004). Nekateri od njih poudarjajo, da bi moralo socialno delo na tem področju imeti posebno pomembno vlogo (Lukšič 2000, Kaube 2000, Kračan, Popovič 2007, Kuljanac 2007). Verjetno lahko to priporočilo vzamemo kot najpomembnejšo ugotovitev pričujočega pregleda diplomskih nalog na FSD, ki se ukvarjajo s problematiko drog. Priporočilo je dala dobra tretjina avtoric in avtorjev iz različnih področij naše klasifikacije, kar kaže na to, da je problem koordinacije in sodelovanja jasno prisoten.

Zaključek

Priporočila, ki jih podajajo avtorice in avtorji v svojih diplomskih nalogah, lahko brez večjih problemov razdelimo na področja iz ReNPPD. Diplomantke in diplomanti, ki obravnavajo preventivo na področju drog, predlagajo, da jo bolje povežemo z vzgojo nasploh. Prav tako je potrebno vanjo bolj vključiti tudi starše in učitelje. programe je potrebno čim bolj prilagoditi ciljni populaciji mladih. Prav tako opozarjajo

na potrebo po večji dostopnosti strokovnjakov na tem področju. Zmanjševanje škode je področje, za katerega diplomantke in diplomanti praktično soglasno trdijo, da bi mu morali posvetiti še več pozornosti. Predvsem je potrebno narediti več na področju zmanjševanja škode zaradi socialnih posledic dejstva, da nekdo uživa droge. Ena od vrst škode, ki je še posebno pereča, je škoda, ki nastaja zaradi družbenega izključevanja vseh, ki so kdajkoli veljali za uživalce prepovedanih drog, ne glede na to, ali še uživajo prepovedane droge, ali ne. Glede zdravstvene in socialne obravnave se diplomantke in diplomanti predvsem zavzemajo za več terenskega dela in za boljšo povezanost obeh vrst obravnave. Poudarijo tudi potrebo, da vzdrževalno zdravljenje pridobi enak status, kot druge zdravstvene dejavnosti. Zelo pomembno priporočilo, ki ga poudarja veliko nalog, je potreba po boljšem sodelovanju med vsemi, ki se na kakršenkoli način ukvarjajo s problematiko prepovedanih drog.

Za razmišljanje o politiki do drog v Sloveniji ima pregled diplomskih nalog pomen, ker pokaže, da v Sloveniji na lokalnih nivojih in na nivojih organizacij obstaja veliko različnih iniciativ, ki v danih okvirih dokaj dobro delujejo. Kljub temu ne moremo biti zadovoljni s trenutnim stanjem, saj bodisi zaradi relativnega pomanjkanja sredstev in neurejene organizacijske strukture na tem področju, bodisi zaradi doktrinarnih, ideoloških, ali celo osebnih sporov prihaja do kratkih stikov in slabega sodelovanja med posameznimi subjekti znotraj posameznih področij iz ReNPPD, še bolj pa pride do izraza slabo sodelovanje in koordinacija med področji. Do sodelovanja prihaja predvsem ad hoc, "po potrebi". Tako prihaja do tega, da imajo vsi akterji občutek, da sicer dobro sodelujejo, le "oni drugi" stvari ne razumejo prav in povzročajo probleme in škodo. Ta problem je očitno tako akuten, da ga zaznavajo tudi diplomantke in diplomanti FSD in zato se v svojih nalogah zavzemajo za več sodelovanja med akterji. Naj bo to tudi naš končni sklep, saj reševanje problemov na področju dela z uživalci drog presega meje katerekoli stroke ali discipline in zahteva koordiniran projektni pristop, za kar se zavzemata tudi Strategija EU na področju drog 2005-2012 (2004) in Akcijski načrt EU za boj proti drogam (2005-2008) (2005).

Literatura:

Čačinovič Vogrinčič, G. (2001), Socialno delo z družino: predavanja v šolskem letu 2001/2002. Študijsko gradivo, Ljubljana, Fakulteta za socialno delo.

- Dekleva B., Grund, J.-P., Nolimal, D. (1997), Politika droge: zmanjševanje škode. Mreža drog, 2-4 (5).
- Deželan, T. in Drobne, M. (2007), Identifikacija politike do prepovedanih drog v Sloveniji. Institucionalni vidik. Socialno delo, 46, 6: 295-302.
- Flaker, V. (2002), Živeti s heroinom 1 in 2. Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji. Ljubljana: cf.
- Flaker, V. (2003), Oris metod socialnega dela: uvod v katalog centrov za socialno delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Skupnost centrov za socialno delo Slovenije.
- Fojan D. (2005), Zmanjševanje škode na področju drog. Socialna pedagogika, 9, 2: 177 – 192.
- Grebenc, V. (2006), Needs assessment in community : what communities can tell us, v: Flaker, V., Schmid, T. (ur.). Von der Idee zur Forschungsarbeit Wien: Böhlau Verlag, Herbst.
- Grebenc, V. (2003), Zmanjševanje socialne škode povezane z uživanjem drog in iskanje odgovorov v skupnosti. Ljubljana: FDV (magistrsko delo).
- Herwing Lempp, J., Stover, H. (1992), Temelji socialnega dela, ki akceptira uživanje drog. Iskanja, 9,12, 73-96.
- Kocmur, D. (2004), Droge in zmanjševanje škode kot nova paradigma v politiki do drog – nekaj izhodišč. Ljubljana. Neobjavljen prispevek.
- Kvaternik Jenko, I. (2006), Politika drog: pogledi uporabnikov in uporabnic. Ljubljana: Fakulteta družbene vede (doktorska disertacija).
- Lukšič, I. (1992), Legalizacija drog: Nujnost in nezmožnost. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo, 20, 146-147: 73: 83.
- Nedelmann, E. A. (1999), Zdravorazumska politika na področju drog. Teorija in praksa, 35, 5: 827-838.
- Rihter, L., Kvaternik Jenko, I., Grebenc, V., Rode, Flaker V., (2007), Slovenska politika na področju drog v evropskem kontekstu, Teorija in praksa, 20, 3-4: 431-446

- Rode, N., Rihter, L., Grebenc, V., Šabič, A., Rape Žiberna, T., Kvaternik I. (2008) Problematika drog v očeh diplomantk in diplomantov fakultete za socialno delo, Socialno delo 22 xx, xxx – xxx
- Romer, D. (2002), Prospects for an Integrated Approach to Adolescent Risk Reduction. v: Reducing adolescent Risk. Toward an integrated approach. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.
- Stefanoski, P. (1996), Socialno delo, ki akceptira uživanje drog. V: Socialno delo Let. 35, št. 4, str. 289-300.
- Stimson, G. V. Donoghoe, M. C. Fitch, C. Rhodes, T. J. Ball, A. Weiler, G.,(2003), Rapid Assessment and Response Technical Guide, Version 1.0, World Health Organization: Department of Child and Adolescent Health and Development, and Department of HIV/AIDS, Geneva,
http://www.who.int/docstore/hiv/Core_All/Core_All.html dostop 16. 5. 2008
- (1992), Nacionalni program za preprečevanje zlorabe drog. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo, 20, 146-147: 153: 156.
- (2004), Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009, Ur. l. RS, 28/2004.
- (2004) Strategija EU na področju drog (2005-2012), (15074/04 ms/VM/kbl)
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10375_SL_EU%20Drugs%20Strategy_SL.PDF, dostop 3.6.2008
- (2005) Akcijski načrt EU za boj proti drogam (2005-2008), (2005/C 168/01)
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10512_SL_sl.pdf, dostop 3. 6. 2008
- Ajdnik B. (2006), Vpliv psihiatričnih drog na vsakdanje življenje njihovih uporabnikov, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Babšek R. (2003), Vpliv različnih dejavnikov na mladostnikov odnos do drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Bah, B. Klančar B. (2001), Zmanjševanje škode v zvezi z uživanjem drog v zaporih

Čanžek I. (2003), Uživalec prepovedanih drog na CSD, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Dečman M. (2003), Kulturne značilnosti in socialni problemi severno tajske ljudstev, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Dolinar N (2005), Ocena potreb uživalcev drog v dnevnem centru Želva – Žalec, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Društvo »Projekt Človek« , Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Feldin N. (2003), Spremembe v življenju uporabnikov organizacije za urejanje zasvojenosti, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Fogadić A. (2001), Svetovanje v zavodih za prestajanje kazni zapora kot neprofitni organizaciji, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Gjerek D. (2007), Tvegano vedenje mladostnikov na področju drog in prometa, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Gologranc L. (2001), Zmanjševanje škode na področju uživanja drog na Koroškem, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Herič H. (2003), Mladostnik in zloraba drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Hrvić D. (2005), Proces urejanja in okrevanja v skupini za samopomoč – anonimni narkomani, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Hvala-Cerkovnik M. (2000), Posledice, vpliv in obravnava spolno zlorabljenih žensk, odvisnih od drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Jakop-Berglez A. (2000), Zloraba drog pri mladih – nevarno tveganje, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Jakšič M. (2003), Podoba uživalcev nedovoljenih drog v javnosti in vpliv medijev, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Jerman, N. Vojko Vavpotič V. (2000), Prostočasovna skupina uporabnikov metadonskega programa, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Kaube S. (2000), Zasvojenost: prispevek socialnega dela, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Kek T. (2002), Delovanje skupine za samopomoč za starše otrok zasvojenih z drogo, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Kenda J. (2001), Uživalci heroina na foliji v Fužinah, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Klinar m. (2004), Uživanje drog na Jesenicah in ocena služb z vidika zmanjševanja škode, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Kos K.(2005), Potrebe zasvojenih s heroinom in načrtovanje odgovorov v lokalni skupnosti v Zagorju ob Savi, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Koser S. (2003), Študija primera družine odvisnika od nedovoljenih drog s primerjavo poteka družinske drame v knjigi Vita Flakerja Živeti s heroinom I. in II., Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Kovač G. (2006), Osveščenenost mladih mamic, uporabnic nedovoljenih drog, o vplivu mamil na otroka, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Kovač V. (2004), Uporaba plesnih drog – hitra ocena in seznam možnih odgovorov, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Kračan, B. Popovič B. (2007), Razširjenost drog med mladimi, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Kuljanac B. (2007), Kokain med intravenoznimi uživalci drog, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Lavrenčič M. (2006), Vloga preventive in športa v povezavi z ogroženostjo otrok v osnovni šoli, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Leskovšek A. (2003), Tabor mladinskih delavnic Veržej 2002: s preventivnimi dejavnostmi v življenje brez drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Lešnik D. (2000), Analiza doživljanja zasvojenec z ilegalnimi drogami, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

- Lipolt, H. Ninkovič, S. (2002), Droge uničujejo mladost, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo
- Lukša B. (2003), Pogostost uživanja tobaka, alkohola in nedovoljenih drog med osnovnošolci v medvoški občini, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Lukšič M. (2000), Politika do drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo
- Matajurc M. (2005), Mladost in droge, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Matjašič B. (2000), Razširjenost drog v občini Metlika, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Mattias, K. Perše B. (2001), Uporaba drog in tvegano vedenje v zaporih Koper in Nova Gorica, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Mithans, Ž. Vene B. (2000), Uporabniki nizkopražnega metadonsko vzdrževalnega programa v okviru centra za zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog v ZD Maribor, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Mivšek D. (2001), Proces psihosocialne rehabilitacije osebe z izkušnjo zasvojenosti, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Mrzlak, B. Gomboc-Mrzlak S. (2001), Zloraba drog pri osmošolcih glede na vas in mesto, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Mušič-Vencelj T. (2005), Doživljanje matere zasvojenega otroka, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Nedeljko N. (2007), Ocena uživanja marihuane med mladimi v Zagorju ob Savi, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Oblonšek S. (2005), Športna aktivnost v zdravljenju odvisnosti od nedovoljenih drog, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Pavko N. (2001), Alternativni pogledi na uporabo drog in obravnavo odvisnosti od njih, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Pečelin V. (2003), Podobe uživanja drog v zavodu z vidika zmanjševanja škode, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Pečjak L. (2000), Evalvacija usposabljanja prostovoljcev za delo z zasvojenimi

- Pejović J. (2007), Družinska drama in proces pomoči v primeru odvisnosti od nedovoljenih drog – študija primera, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Perše, M. Rahne T. (2003), Prikaz strukture in dinamike družin z zasvojenim članom, vključenih v terapevtsko skupino staršev skupnost Srečanje, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Pretnar N. (2003), Kakovost življenja uživalcev drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Šeme P. (2006), Vključevanje bivših uživalcev drog v vsakdanje okolje, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Šimek, M. Šimek, S. (2003), Mladi in rave subkultura, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).
- Škalič L. (2007), Življenjske razmere staršev, ki so vključeni v vzdrževalni metadonski program, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Štrukelj B. (2004), Marihuana – primerjava izkušenj tolminskih in barcelonskih uporabnikov, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Tišlarič N. (2005), Razširjenost prepovedanih drog v občini Kočevje, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Tršar A. (2004), Kakovost življenja mater na vzdrževalnem metadonskem programu, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Tušar J. (2006), Dovoljene in nedovoljene droge v vzgojnem zavodu Planina, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Veinhandl B. (2006), Možnosti sodelovanja policije s socialnimi službami na področju drog: študija primera – ozdravljenega odvisnika od prepovedanih drog, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Vidmar T. (2004), Problematika ekstazija v občini Idrija, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Vozlič-Danilovič, V. (2000), Proces individualizacije v skupini staršev otrok zasvojenih od nedovoljenih drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Vučak D. (2000), Problem zaposlovanja uživalcev nedovoljenih drog, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Zorec S. Štolekar M. (2005), Uživalci heroina in kokaina na Ptuju, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

Žirovnik R. (2004), Hitra ocena uživanja drog v Trbovljah in zmanjševanje škode pri uživalcih drog, ki redno uživajo droge, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).

PRILOGA 1: INTERVJUJI S PREDSTAVNIKI RESORJEV (MINISTRSTVA)

PROBLEMATIKA DROG V DRUŽBI

- ocena razsežnosti problema
- kaj ocenjujejo kot pozitivne, dobre odzive politike na to problematiko (razlogi za tako oceno)
- kje opažajo največje težave (zakaj)

PRISPEVEK RESORJA K REŠEVANJU PROBLEMATIKE

(Kako prispeva k reševanju problematike vaš resor/področje?)

- na podlagi katerih dokumentov (zakon, pravilniki, strategije, (ali obstaja akcijski načrt na področju resorja) usmerjajo delovanje
- kaj je/so glavni cilji delovanja na tem področju
- katere so prednostne naloge
- kdo odloča o načinih ukrepanja (organ, oseba,...kakšno je pri tem sodelovanje izvajalcev programov, uporabnikov) in na kakšen način odloča
- katere dejavnosti, ukrepe, programe spodbujajo (pozornost na *vsebinsko* – preventiva/zmanjševanje škode/psihosocialna rehabilitacija/zmanjševanje ponudbe – sodelovanje pri kazenskem pregonu, preprečevanje nedovoljenega uvoza in izvoza prepovedanih drog, kako,... - *regionalno pokritost, finance, ki jih namenjajo*)
- na kakšen način ocenjujejo potrebe po programih
- kakšni so mehanizmi za nadzor nad delovanjem ukrepov, programov,...ki jih izvajajo
- kako ocenjujejo uspešnost, učinkovitost ukrepov (metode, ugotovitve)
- s kakšnimi vrstami podatkov razpolagajo (podatkovne baze, informacijski sistem, viri podatkov, kdo vodi baze podatkov,...)
- na osnovi katerih podatkov se odločajo o nadaljnjih ukrepih, prioritetah, spremembah,...
- komu in kako poročajo o svojem delu
- težave, ki jih opažajo pri svojem delu/predlogi za rešitve

SODELOVANJE Z DRUGIMI AKTERJI

- s kom sodelujejo pri razvijanju in implementaciji politik na področju drog (na ravni države, EU,...)
- na kakšen način poteka sodelovanje
- kako pogosto
- kako ocenjujejo sodelovanje
- težave, ovire/predlogi za rešitve
- ali pri svojem delu lahko uporabljajo nacionalne podatkovne baze s področja drog (so jim dostopne)

PRIHODNJE, PREDVIDENE AKTIVNOSTI

- morebitne spremembe, ki jih predvidevajo za prihodnost
- kaj ocenjujejo kot najbolj nujne aktivnosti/ukrepe za prihodnje

Za ostale intervjuvance namesto 'Prispevek resorja k reševanju problematike'
OVREDNOTENJE RESOLUCIJE O NACIONALNEM PROGRAMU NA PODROČJU
DROG

- kakšna se vam zdi politika (v najširšem smislu) na področju drog v Sloveniji
- kako ocenjujejo Strategijo RS na področju drog (prednosti/slabosti, predlogi za izboljšanje)
- katera področja so dovolj dobro pokrita, kje bi bile potrebne spremembe (kakšne)
- koliko in kako spremljajo problematiko uporabnikov drog
- na katera področja posegajo s svojimi aktivnostmi, opis aktivnosti
- s kakšnimi vrstami podatkov razpolagajo (podatkovne baze, informacijski sistem, viri podatkov, kdo vodi baze podatkov,...)
- na osnovi katerih podatkov se odločajo o nadaljnjih ukrepih, prioritetah, spremembah,...
- komu in kako poročajo o svojem delu
- težave, ki jih opažajo pri svojem delu/predlogi za rešitve

Še nekaj dodatnih vprašanj na osnovi zapisanega v nacionalnem programu

- Ali uporabnike drog (ne glede na vrsto službe, v kateri iščejo pomoč) cepijo proti nalezljivim boleznim (brezplačno). Kako je to zakonsko urejeno?
- V skladu s pravico do dela in uvedbo javnih del za uporabnike drog, je treba preveriti, kako uporabnike drog obravnavajo na Uradih za delo. Kako je z zaposlovanjem uporabnikov drog?
- Kaj je z zavezanostjo po krepitevi moči uporabnikov drog? Ali obstajajo uporabniške organizacije? Če ne/da, zakaj?
- Kaj menite o lokalnih akcijskih skupinah?
- Funkcioniranje NVO na področju drog. Težave in prednosti.

PRILOGA 2: IZVAJANJE RESOLUCIJE O NACIONALNEM PROGRAMU NA PODROČJU DROG V PRAKSI – IZVAJALCI V PRAKSI

Udeleženci se razvrstijo v diskusijske skupine po 3 do 4 člane. Skupine naj se oblikujejo glede na vlogo/status udeležencev: predstavniki ministrstev, predstavniki izvajalcev/služb in predstavniki uporabnikov. V vsaki skupini naj izberejo zapisnikarja in poročevalca. V diskusiji si udeleženci lahko pomagajo s priloženo tabelo spremenljivk.

Vprašanja za diskusijo v skupinah

1 Ocena trenutne politike na področju drog in zasvojenosti (15 minut, greste na naslednjo točko)

1.a Definicija aktualne politike:

Kako bi z vašimi besedami opisali trenutno politiko do drog in zasvojenosti v Sloveniji? Kaj so po vašem mnenju značilnosti naše politike? Pojasnite!

2 Identifikacija vrzeli (morebitnih neusklajenosti) med politiko (deklarativna raven) in prakso (izvajanje programov in kakovost življenja uporabnikov drog pri nas)

(15 minut, sledi poročanje)

2.a Analiza prednosti in pomanjkljivosti trenutne politike (aktualnega stanja)

Prednosti trenutne politike	Pomanjkljivosti trenutne politike

2. b Ugotavljanje neskladij med deklarirano in aktualno politiko (10 minut, sledi poročanje)

Razlike med trenutno politiko in deklarirano politiko. Ali se v praksi kažejo odstopanja od nacionalnega programa? V čem se kažejo te razlike? Kaj je po vašem mnenju vzrok?

2. c Kakšna je po vaši oceni danes **kakovost življenja uporabnikov drog**? Na kakšen način je na kakovost življenja vplival aktualni nacionalni program na področju drog? (priloženi izvodi ReNPPD 2004- 2009) **(15 minut, sledi poročanje)**

PRILOGA 3: VPRAŠALNIK ZA UPORABNIKE PROGRAMOV POMOČI NA PODROČJU DROG

1. Kako bi z vašimi besedami opisali trenutno **politiko do drog in zasvojenosti v Sloveniji**? Kaj so po vašem mnenju značilnosti naše politike? Pojasnite!

a) Katere službe delujejo na področju? S katerimi službami imate izkušnje in kakšne so te izkušnje?

b) Kako ocenjujete delovanje teh služb (kaj je pozitivno in kaj negativno, utemeljitev ocene)?

- na ravni preprečevanja ponudbe: delo policije?

- na ravni zmanjševanja škode: delo služb nizkega praga (teren, dnevni centri...), metadon, CSD?

- na ravni zmanjševanja povpraševanja po drogah: zdravstvo, komune, preventiva, ...

c) Kako bi vi razvrstili usmeritev/politiko nekaterih služb? Npr. CSDje. V represivno ali tolerantno?

2. Kako se je po sprejemu nacionalne strategije kaj spremenilo **na ravni pravic**: dostopnost prej omenjenih služb, informiranost o programih, možnost pritožb, možnost vpliva na programe... ? (konkretno za programe)

3. Kaj lahko rečete o **upoštevanju uporabniške perspektive** (združevanje uporabnikov)?

a) Kakšna je danes javna podoba uživalcev drog?

4. Kakšna je po vaši oceni danes **kakovost življenja uporabnikov drog**?

- a) Kako ocenjujete spremembe na ravni vsakdanjega življenja? (dohodek, zaposlitev, socialne mreže, kariere, varnosti)

- b) Na kakšen način je na kakovost življenja vplival aktualni nacionalni program na področju drog? (priložen izvod Resolucije o nacionalnem programu na področju drog 2004- 2009)

POVZETEK

Namen raziskave je podpreti načrtovanje razvoja optimalnih pogojev za zdravje na področju nenalezljivih kroničnih bolezni, natančneje na področju zasvojenosti z dovoljenimi in nedovoljenimi drogami. Eden pomembnih dokumentov na tem področju je Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009, zato jo bomo v projektu vzeli kot izhodišče raziskave. Znano je, da je pozornost, ki jo država namenjala politiki na področju drog odvisna med drugim tudi od vidnosti problematike drog v družbi, socialnih skupin, ki so najbolj ogrožene in od predstav, ki jih uživanje drog sproža v javnosti. Politika na področju drog v posamezni državi je hkrati odvisna od zgodovinskih, zdravstvenih, kriminoloških in socialnih ter kulturnih dejavnikov prostora in časa v katerem živimo. Vsi ti dejavniki sooblikujejo nacionalno strategijo. Ker je v Strategiji razvoja Slovenije zapisano, da bo svojo razvojno strategijo uresničevala znotraj Evropske unije v okviru Lizbonske strategije, smo v tem okviru analizirali resolucijo na področju drog, pripravili pregled medresorskih politik na področju dovoljenih in nedovoljenih drog in analizirali delovanje in sodelovanje različnih akterjev na omenjenem področju. V procesu vrednotenja izvajanja nacionalne strategije na področju drog smo analizirali tako nacionalno strategijo na omenjenem področju in njeno vpetost v pravno politični prostor Evropske unije, kot tudi obstoječe stanje, predvsem resorne strategije in medresorsko sodelovanje, in na tej podlagi zastavili priporočila za nadaljnje aktivnosti na tem področju.