

Ines Kvaternik, Liljana Rihter

MED NACIONALNIMI USMERITVAMI IN PRAKSO

POLITIKA ZMANJŠEVANJA POVPRASEVANJA

NA PODROČJU DOVOLJENIH IN NEDOVOLJENIH DROG

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 opredeljeni preveč splošno in je zato pričakovati težave pri ocenjevanju uspešnosti. Drugo pomanjkljivost vidimo v porazdelitvi istih nalog (npr. usklajevanje politik) med različne akterje, pri tem pa obstaja nevarnost prelaganja odgovornosti med njimi, to pa lahko ogrozi uresničitev nalog¹. Glede na to, da smo z analizo dokumentov odkrili določene ovire že na deklarativni ravni, je treba v nadaljevanju podrobneje preučiti, kako poteka izvajanje politike v okviru resorjev, pristojnih za zmanjševanje povpraševanja.

Zanimalo nas je, kako resorna ministristva uresničujejo nacionalni program na področju drog, kateri dokumenti usmerjajo njihovo delo, katere so prednostne naloge, kako resorna ministristva sodelujejo med seboj in 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 nimamo², analiza na deklarativni ravni ni bila mogoča. Poskušali pa smo pridobiti podatke o usmeritvah in izvajanju dejavnosti na tem področju.

Podatke smo želeli pridobiti od tistih resorjev, ki so člani Vladne komisije za droge³, 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 zdravje (MZ), Zavodu za zdravstveno varstvo Koper (ZZV Koper) in Centru za zdravljenje odvisnosti (CZO).

Med aprilom 2007 in januarjem 2008 smo opravili osem delno strukturiranih intervjujev in jih analizirali po metodi kvalitativne analize tako, da smo v okvirne teme združili vse relevantne odgovore, jih kodirali in združevali

¹ Več o analizi Resolucije o nacionalnem programu na področju drog 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.

² Politiko na področju alkohola regulira Zakon o omejevanju porabe alkohola (2003), trenutno pa na Ministrstvu za zdravje pripravljajo še akcijski načrt.

³ Komisija vlade RS za droge usklajuje vladno politiko in ukrepe ter programe, predlaga nacionalni program in ukrepe pri izvajanju tega programa, določa prednostni red pri vzpostavitvi in razvoju programov, sprejme strokovna mnenja in ocene glede posameznih programov, spremlja uresničevanje dela na področju drog in izraža mnenje, 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.

v skupne kategorije (Mesec 1998). Rezultate analize prikazujemo v štirih vsebinskih sklopih: problematika drog in alkohola v družbi, prispevek resorjev k reševanju problematike, sodelovanje z drugimi akterji in prihodnje, predvidene dejavnosti.

PROBLEMATIKA DROG IN ALKOHOLA V DRUŽBI

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 kolikšnem obsegu je določena droga navzoča 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 ti niso reprezentativni za območje 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 raziskovalnih projektov, kot so ciljni raziskovalni projekti (CRP). 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 so možna prekrivanja zaradi prestopov uporabnikov iz enega centra v drugega ali pa ob prihodih uporabnikov iz različnih regij.⁴ To so podatki o povpraševanju po zdravstveni

⁴ V okviru 18 centrov so izvedli raziskavo o razširjenosti hepatitisa med evidentiranimi uživalci drog, in ugotovili, da jih je 16,5 % okuženih s hepatitisom C. Uporabniki, ki obiskujejo njihove centre, so večinoma ljudje z »dvojnimi diagnozami« (poleg tega, da uporabljajo droge, imajo težave še z anoreksijo, depresijo, zaradi spolnih zlorab in podobno) in jih je vsako leto za približno deset več.

obravnavi zaradi uživanja drog, ki zajamejo le tiste uživalce drog, ki poiščejo pomoč v okviru zdravstvenih programov in zato niso reprezentativni epidemiološki podatki o uživalcih drog na ravni celotne države⁵. Predstavniki resorjev menijo, da je v Sloveniji treba 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 reprezentativnih.

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

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

Odzivi resornih politik na področju drog in alkohola

Odzivi na problematiko drog ter alkohola in politike posameznih resorjev se med seboj razlikujejo. Za pozitivne odzive politik na področju drog lahko imamo povečanje sredstev za financiranje socialnovarstvenih programov na področju drog in zasvojenosti. MDDSZ je od

⁵ Te številke ne zajemajo vseh kategorij uživalcev drog, predvsem pa ne tistih, ki se ne želijo identificirati v okviru zdravstvenega sistema, eksperimentatorjev in začetnikov.

leta 1996, ko so za te programe namenili skupaj 86.000 €, občutno povečalo finančna sredstva, saj so leta 2007 tem programom dodelili približno 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 leta 2005 sprejelo Resolucijo o nacionalnem programu na področju socialnega varstva (2006–2010), v kateri so dopolnilne programe na področju socialnega varstva, med drugim tudi programe, 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 meril so programe različnega praga umestili v različne skupine. MDDSZ stalno spremlja problematiko na tem področju prek javnih razpisov, udeleževanja v dejavnostih, na seminarjih in konferencah.

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

Med pozitivne odzive na področju alkoholne politike lahko štejemo to, da na MZ pripravljajo dveletni akcijski načrt za področje alkohola, katerega osnutek so pripravili v mandatu prejšnje vlade.

PRISPEVEK RESORJEV K REŠEVANJU PROBLEMATIKE DOVOLJENIH IN NEDOVOLJENIH DROG

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 prav njena deklarativnost, saj dokument na ravni izvedbe ni zaživel, ker mu ni sledil akcijski načrt na tem področju. Na področju alkoholne politike nimamo nacionalnega programa, vendar pa področje zakonsko regulira Zakon o omejevanju uporabe alkohola (2003), ki določa pripravo dveletnega 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 in nakazuje načine izvajanja preventivnih dejavnosti. Menijo, da je s tem za deklarativno plat poskrbljeno, treba 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 neki drugi zakon; Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (2000), ki opredeljuje oglaševanje alkoholnih pijač, ter na Resolucijo o nacionalnem programu o varnosti cestnega prometa, za obdobje 2007–2011 (2007). V teh štirih dokumentih so urejene državne regulative, ki se bolj 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 pripomore 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 dejavnosti, 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.

Cilji resornih politik

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

Poglavitni cilji delovanja so v okviru MDDSZ zmanjševanje posledic uporabe drog in pomoč programom na področju socialne rehabilitacije. V prihodnje bo treba urediti preventivo na nacionalni ravni in še naprej podpirati program zmanjševanja škode, urediti dodeljevanje denarnih socialnih pomoči na CSD-jih ter podpirati zatočišča v dnevnikih centrih in zavetiščih.

MŠŠ deluje na preventivnem in kurativnem področju, pri tam pa je prednostna naloga preventiva na podlagi 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 najpomembnejša dejanost izdelava akcijskega načrta, v katerem bo vodstvo ministrstva na podlagi obstoječih indikatorjev opredelilo cilje in politiko uresničevanja teh ciljev.

Sprejemanje odločitev in prednostne naloge

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

Tako na MŠŠ kakor tudi na MZ opažamo 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-jev, 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 izvajanje prepusti šolam. Pri tem določi 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 glede določanja 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 le eno ministrstvo, temveč vsa ministrstva s tega področja.

Prednostne naloge resorjev so na področju drog večinoma 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. Pogoji za pridobitev naslova javnega socialnovarstvenega programa so strokovnost, uspešnost, uspešna evalvacija in doseganje zelenih 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, s katerim želijo doseči poenotenost delovanja šol na področju preventivnih dejavnosti, ki jih bo finančno pokrilo ministrstvo (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 tem pa zaradi prosocialne vloge šole večjo pozornost namenjajo preventivi. Mrežo preventive pokrivajo s tako imenovanimi zdravimi šolami, 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; to je posledica preteklega elitističnega pojmovanja nedostopnosti drog nižjim socialnim slojem in kulturne usmerjenosti nižjih socialnih slojev 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 sta sprejetost in uspešnost otrok pomembna dejavnika preprečevanja zasvojenosti. Od sredstev v višini 20 milijonov evrov bodo tretjino namenili prosocialnim aktivnostim.

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 samo svoje vire podatkov in svoje podatkovne baze, do tega, da določeni resorji nimajo svojih baz podatkov in večino uporabljajo podatkovno bazo IVZ, ki je z zornega kota podatkov za področje drog po nekaterih ocenah pomanjkljiva.

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

Potrebe po programih na MDDSZ ocenjujejo na podlagi zbiranja podatkov v »okviru redne javne službe« (CSD). Podatke zbirajo z vprašalniki (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 tako, da bi bilo jasno, za kakšne oblike zasvojenosti gre, kateri so poglavitni problemi, koliko časa že traja zasvojenost in podobno. Zato 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 glede 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 prav zaradi omejenih pomanjkljivosti v nekaterih resorjih odločajo za posamične raziskave in analize, ki lahko ugotovijo 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.

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 zgolj na podlagi lastnih

podatkov (tisti, ki imajo lastne podatkovne baze), v drugih pa na podlagi podatkov, ki jih zbirajo druge institucije. To je lahko po eni strani prednost, ker ni treba porabljati dodatnih virov za vzdrževanje lastnih podatkovnih baz, po drugi strani pa obstaja nevarnost, da podatkovne baze zunaj resorja ne obsegajo vseh potrebnih podatkov, ki so ključnega pomena za učinkovito načrtovanje in izvajanje ukrepov.

Ukrepi in mehanizmi za nadzor in ocenjevanje uspešnosti

V večini resorjev niso posredovali informacij o tem, komu in kako poročajo o svojem delu. Na MŠŠ so na primer v preteklem obdobju imeli Svet za zdravje, ki je pripravljaval poročila, in ocenjujejo, da obstaja potreba po vnovični vzpostavitvi tega sveta. Predvidevamo, da je delo posameznih strokovnih delavcev v celoti prepuščeno njim samim, če na višjih ravneh ni potrebe po informacijah o izvedenih dejavnostih in ugotovljenih pomanjkljivostih ali potrebah. Takšno stanje lahko povzroči stagnacijo ali nazadovanje, saj ne ponuja spodbude za kakovostno delo.

Med ukrepi in mehanizmi za nadzor na ravni različnih resorjev so predstavniki najpogosteje omenjali samoevalvacijo. To 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 leta 2000 načrtovali zunanjo evalvacijo programov po posameznih šolah, a je zaradi spreminjanja izvedbe programov in 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 šolske zakonodaje. V primeru sprejetja sprememb bodo morale šole izdelati načrt šole, spremljati izvedbo in izvesti samoevalvacijo vzgojno-izobraževalnega dela na podlagi instrumentov, ki so jih preizkušali leta 2002. Namen samoevalvacije sta identifikacija uspešnih programov in prepoznavanje elementov uspešnosti. Če bodo spremembe zakonodaje sprejete, 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.

Vrsta podatkov, ki jo v okviru ocenjevanja uspešnosti in učinkovitosti zbirajo, je raznolika. Na MDDSZ so naredili celovito analizo, največ pozornosti so namenili regijski pokritosti programov, v okviru CPZOD pa spremljajo število uporabnikov. Najpomembnejše ugotovitve so, da regijska pokritost še ni ustrezna (primanjkljaj v določenih regijah SV, SZ, JV Slovenije) oz. da se število uporabnikov v CPZOD-ih vsako leto poveča.

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 jasno, da kljub temu, da gre za področje, ki se ukvarja z istim socialnim problemom, ni enotnih smernic za ocenjevanje uspešnosti in učinkovitosti ukrepov.

Težave pri izvajanju dela in predlogi za odpravljanje težav

Težave pri izvajanju dela so največkrat povezane z izvajanjem nalog posameznih resorjev in programov, pri tem pa 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, v katerih so navajali številne dejavnosti, 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 poudarjajo potrebo po koordinatorjih na lokalni ravni, ki bi prenašali znanja in informacije z državne ravni na lokalno in z lokalne na državno. Težavi, ki ju opaža kar nekaj respondentov, sta pomanjkanje kadra in izgorelost na delovnem mestu. Kot poglobitvi vzrok za pomanjkanje kadra navajajo pomanjkljive finančne vire in kot možno rešitev prijave na razpise EU. Drugi težave vidijo v stagnaciji in pomanjkanju znanja; to bi bilo mogoče izboljšati s preučevanjem primerov dobre prakse z drugih področij in z ustrežnejšimi izobraževalnimi programi. Pomembna težava, ki jo poudarjajo 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 primernejši. Tako se na eni strani pojavljajo težnje po izključevanju določenih modelov dela (npr. nizkopražni pristop), drugi pa zagovarjajo večjo odprtost. Te raznovrstne težnje povzročajo težave ob pripravi ustreznih resornih usmeritev, pa tudi med samimi izvajalci programov se pojavljajo napetosti. Nekateri respondenti predlagajo več povezovanja s strokovnjaki iz tujine in sledenje zahodnoevropskim smernicam na področju politike drog. Če temu dodamo še eno 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 odločanja

pod vplivom raznih pritiskov in trenutne moči zagovornikov takšnih ali drugačnih ukrepov, saj lahko to zelo škoduje. V trenutni situaciji, v kateri ustreznih podatkov o dejanskih potrebah ni na voljo, je breme v celoti preloženo 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.

Druge težave so največkrat povezane s pomanjkljivim medresorskim sodelovanjem. Zaradi tega se zgodi, da resor, ki je sprejel zakonodajo, npr. MZ, ki je sprejelo zakon za področje alkohola (Zakon o omejevanju porabe alkohola 2003), 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.

SODELOVANJE Z DRUGIMI AKTERJI

Sodelovanje pri razvijanju in uresničevanju politik na področju dovoljenih in nedovoljenih drog

Pri delu oziroma izvajanju nalog resorjev se med drugim zapleta pri medresorskem sodelovanju. Kljub temu določeni resorji v večji ali manjši meri sodelujejo z drugimi akterji pri razvijanju in uresničevanju 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 poudarjajo kot potrebo. Predvsem gre za

sodelovanje z Evropsko komisijo in Evropskim socialnim skladom zaradi možnosti pridobivanja dodatnih finančnih virov in z drugimi državami članicami, s katerimi bi lahko izmenjali znanje in izkušnje izvajalcev.

Izvajalci programov omenjajo še sodelovanje z drugimi državami Srednje Evrope, Vzhodne Evrope, Srednje Azije. To kaže, da sodelovanje na ravni EU in na meddržavni ravni znotraj Slovenije ni usklajeno, ampak poteka po različnih modelih: ministrstvo – Evropska komisija; izvajalec programa – organizacije v drugih državah. Nekateri resorji sodelujejo tudi s Komisijo za droge v okviru Organizacije združenih narodov. Glede na usmeritev Strategije EU na področju drog (2005), da naj bi sodelovanje s tretjimi državami potekalo usklajeno prek 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 navezali z organizacijami v drugih državah.

Načini sodelovanja so na različnih ravneh raznovrstni. 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 drugimi resorji.

Sodelovanja predstavnikov resornih ministrstev na ravni EU je manj; večinoma gre za spremljanje razpisov in prijavljanje nanje. 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 zato, da so si izvajalci olajšali delo.

Glede pogostosti sodelovanja na ravni države (tako med ministrstvi kot med izvajalci programov) respondenti poudarjajo, da je bilo v preteklosti to sodelovanje precej bolj pogosto, kot je zdaj, ko je opaziti pasivnost glede sodelovanja in zgolj 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; drug resor to lahko razume, kot da določen resor področju drog ne namenja dovolj pozornosti.

Nekateri izvajalci programov omenjajo, da na ravni države strukture ne delujejo oz. delujejo nepovezano; po 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 boljše ocenjeno sodelovanje na ravni države (takrat je bilo manj sodelovanja in slabše ocenjeno sodelovanje z EU), zdaj pa ocenjujejo kot boljše sodelovanje na ravni EU. Menimo, da se je z ukinitvijo Urada za droge, katerega delo so vsi resorji in tudi izvajalcev programov ocenili pozitivno, na domačem področju pojavila vrzel, ki so jo nekateri resorji »zapolnili« s tem, da so se neposredno obrnili na strukture EU. Pri večjem sodelovanju navzven (in zato 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.

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

Največje težave pri sodelovanju med akterji pri razvijanju in predvsem uresničevanju politik na področju nedovoljenih drog so na

ravni države tele: premalo je medsebojnega povezovanja in komunikacije; zato se pojavljajo težave predvsem pri uresničevanju 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 koordinator 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 pa so se razpršile tudi pristojnosti in odgovornosti. Kot predlog navajamo mnenje MDDSZ, ki vidi rešitev v ponovni ustanovitvi 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.

Z Resolucijo o nacionalnem programu na področju drog (2004) je bila za zbiranje in pošiljanje podatkov, ki bi resorjem zagotavljali ustrezno informiranost o problematiki, določena informacijska enota pri IVZ, vendar nekateri resorji ocenjujejo, da obstoječe podatkovne baze niso ustrezne za usmerjanje nadaljnega 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, a so te težave že uredili.

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 in 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.

PRIHODNJE, PREDVIDENE DEJAVNOSTI

Prihodnje, predvidene dejavnosti v posameznih resorjih v grobem sodijo v tri sklope. Prvi je povezan z neposrednim delom z izvajalci programov na področju drog; to vključuje »skrb« za dobro izvedbo programov (npr. posodobitev opreme v nizkopražnih programih s kombiji za terensko delo) in spodbujanje razpisov za področja, na katerih se pojavljajo potrebe (npr. za področje alkohola in mladih).

V drugi sklop sodijo dejavnosti, 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 dejavnosti, ki jih vidimo kot odgovor na težave zaradi pomanjkljive koordinacije. 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 vnovične vzpostavitve struktur, ki so bile ukinjene (Urad za droge).

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

Kot najbolj nujne dejavnosti respondenti poudarjajo tiste, ki sodijo v sklop izboljšanja koordinacije, in pri tem navajajo konkretne predloge, kot so: večje medresorsko sodelovanje tako na ravni lokalne skupnosti (tu so nujni koordinatorji, ki bodo posredniki med državo in lokalno skupnostjo v smislu informiranja, usmerjanja in zbiranja podatkov in ki jih lahko financirana država ali 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 (1999), 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 dejavnosti je povezan z izvajalci programov; tu se pojavlja potreba po boljši organizaciji dela z vzpostavitvijo vmesnih struktur med resorjem in izvajalci.

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, 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 zdajšnji obliki) smiselna oziroma kdo sploh uporablja to bazo kot informacijo za usmerjanje politik. Da bi bila nacionalna baza (bolj) uporabna za usmerjanje politik, je treba poleg indikatorjev, ki so na evropski ravni že znani in jih vsako leto 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.

Posamezni resorji sicer poskušajo izvajati politiko na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah, vendar se pri tem pojavljata dve poglobitni oviri. Prva je prepletanje področij dela. Kaže se kot poseganje posameznih resorjev na področja dela drugih resorjev (npr. MDDSZ in MŠŠ posegata na področje preventive in kurative). To je še posebej problematično zaradi slabega sodelovanja. Ker v ReNPPD (2004) ni jasno določenih akterjev, ki bi bili pristojni 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 (npr. na MŠŠ, kjer je področje drog implicitno vključeno v dokument Vključevanje zdravja v kurikulum). Ocenjujemo, da tak način ni primeren za učinkovito izvajanje programov na tem področju. Na področju alkohola pa se bodo medresorska pogajanja o vsebini akcijskega načrta (prioritetah, ciljih, nalogah in akterjih) šele začela.

Glede sodelovanja z drugimi akterji na področju alkoholne politike vzpostavljajo koordinacijo v okviru sveta za alkoholno politiko, na področju nedovoljenih drog pa opažamo odsotnost koordinacije na državni ravni. Posledice tega se kažejo kot neuskklajeno 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 menjava političnih struktur. Predlagamo vnovično vzpostavitev delovnega telesa, ki bi skrbelo za strokovno koordinacijo in bi bilo pristojno za operativno izvedbo določenih nalog. Merila za članstvo v omenjenem delovnem telesu pa bi morale biti strokovnost, pripravljenost za delo, aktivnost in ne politična pripadnost.

VIRI

MESEC, B. (1998), *Uvod v kvalitativno analizo*.
Ljubljana: VŠSD.

Resolucija o nacionalnem programu na področju
drog 2004–2009 (2004). *Ur. l. RS*, 28/2004:
3125–3139.

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., 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.

Strategija EU na področju drog 2005–2012 (2005).
EU Drugs Strategy 2005–2012, 15074/04.

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 živilo (2000). *Ur. l. RS*,
52/2000: 6949–6955.