

Tomaž Deželan, Manca Drobne

IDENTIFIKACIJA POLITIKE DO PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI

INSTITUCIONALNI VIDIK

UVOD

Oblikovanje in zahtevnost procesa oblikovanja posamezne politike v določeni državi ali kakšni drugi obliki teritorialne oziroma funkcionalne organiziranosti sta odvisna od množice med seboj povezanih in pogosto nasprotujočih si dejavnikov. Razen pri popolnem soglasju se vedno vzpostavi vsaj dva, argumentativno ali funkcionalno nasprotujoča si pola – pozicija vs. opozicija (ne nujno strankarska, npr. politika vs. znanost, libertarne vrednote vs. konservativizem, naravoslovje vs. družboslovje itn.), ki na podlagi lastnih interesov in nazorov zagovarjata vsaka svoje stališče. Droge so zelo fundamentalna in marginalna problematika posamezne družbe in pogosto simbolizirajo tudi odnos do smrti, zdravja, norosti, tujega, produktivnega človeka, družbene koristi, individualne svobode, zasvojenosti, kriminala (Lukšič 1999: 820), hedonizma, pregrehe itn. Pri politiki do prepovedanih drog, še zlasti pri njihovi uporabi je konflikt med različnimi pristopi reševanja te problematike še bolj jase, od razmerij moči pa je odvisno, katera artikulacija prevlada. Prevladujoča artikulacija oziroma svetovni nazor kot skupek pogledov na svet, ki izvira iz nabora posameznih teoretskih predpostavk, tako posledično determinira prevladujočo razlago družbenega problema ter hkrati determinira okvir za oblikovanje in izvajanje posameznih politik.

V prvem delu prispevka bomo predstavili in na kratko opisali temeljne paradigmatske poglede oziroma poglobitve tipe politik do prepovedanih drog. Po kratki »idealnotipski« epizodi bomo tudi na kratko umestili dejanske politike do prepovedanih drog v posameznih državah in izkušnje z njimi v poprej predstavljene paradigmatske pristope. V drugem delu se bomo osredotočili na področje politike do prepovedanih drog v Sloveniji. Najprej

bomo to s pomočjo pregleda relevantne literature umestili v predstavljeni teoretski okvir, zatem pa bomo identificirani tip slovenske politike do prepovedanih drog poskušali potrditi ali ovreči s pomočjo analize institucionalnega omrežja na področju drog. V sklepu bomo strnili dobljene ugotovitve v sintetično definicijo slovenske politike do prepovedanih drog, utemeljeno na institucionalnem vidiku.

PARADIGMATSKI PROSTOR PREPOVEDANIH DROG

Vsaka politika do prepovedanih drog na »terenu« v posamezni državi ima tudi svoje vrednotne in interpretativne temelje v teoretsko-akademskih ali političnih krogih, ki so v danem trenutku prevladali. Tako je mogoče vsak nabor posameznih politik do prepovedanih drog vsaj v grobem umestiti v enega izmed teoretskih tokov¹ na tem področju ter na tej osnovi tudi klasificirati države z različnimi praksami. V raziskovalni srenji je prisotnih veliko različnih klasifikacij, ki se razlikujejo po kompleksnosti, dovršenosti, natančnosti in namenu oziroma funkciji. Navidez obstajajo med njimi precejšnje razlike, ki pa na končno opredeljevanje in zamejitev materije – področja (prepovedanih) drog – nimajo večjega vpliva. V našem primeru smo zaradi izjemne strukturiranosti in funkcionalne skladnosti s poudarkom na področju javnega

¹ Avtorji (Hartnoll 2004, Kvaternik Jenko 2004, Lukšič 1999, Jeretič 1999, Nadelmann 1999) na tem teoretskem področju različno uporabljajo termine, kot so paradigma, tip, perspektiva, pristop, koncept, model itn. za označevanje teoretskih tokov in njihovih izpeljank. V našem primeru bomo uporabljali terminologijo v skladu s skupino Pompidou Sveta Evrope.

zdravstva za izhodiščno klasifikacijo izbrali Hartnollovo (2004) opredelitev temeljnih skupin paradigem na področju prepovedanih drog, s pomočjo katere bomo na kratko opisali tudi pogloblitve značilnosti tega področja.

Prva izmed omenjenih temeljnih skupin paradigem so biomedicinske in klinične paradigme. V to skupino sodijo tako preprosti bolezenski modeli kot tudi kompleksnejši biomedicinski in klinični modeli. Za prve je značilna osredotočenost na fizične pomanjkljivosti oziroma deviacije, kjer je bila v ospredju identifikacija izboklin na glavi, epilepsije, manjkajočih genov itd. Poudarek je bil na preprostem konceptu bolezni, katerega primer je bilo razširjeno iskanje »odvisne osebnosti« (Hartnoll 2004: 27). Kompleksnejši biomedicinski in klinični modeli so v nasprotju z bolezenskimi bolj sofisticirani in poskušajo pojasniti vpliv drog z upoštevanjem množice različnih faktorjev. Kompleksnost modelov, ki poskušajo zaobjeti genetske različnosti, nevrofiziološke mehanizme, osebne izkušnje in vplive okolja, je torej posledica kompleksne medsebojne povezanosti različnih faktorjev. Znotraj biomedicinske in klinične skupine paradigem spadajo še modeli komorbidnosti, vzgojni modeli itn. Značilnost te skupine paradigem je osredotočenost na posameznika in zanemarjanje faktorjev, kot so okolje, kultura, življenjski stili in demografske in socioekonomske značilnosti. Iz te pomanjkljivosti izhajajo najpogostejše kritike te skupine paradigem, saj osredotočenost na posameznika odvzame moč usmerjanju socialnih in javnozdravstvenih politik na področja preventive, promocije zdravljenja, dostopa do zdravstvenih ali socialnih storitev in nadzora nad nalezljivimi boleznimi, povezani s prepovedanimi drogami (ibid.).

Druga skupina paradigem so zakonske oz. represivne paradigme, ki definirajo uporabo prepovedanih drog kot deviantnost, kot napačno in včasih celo kot patološko. Namen tovrstnih paradigem je nadzorovati prepovedane substance in zatreti njihovo uporabo. Pristop do uporabnikov je avtoritaren ter predpostavlja omejevanje, izključevanje, stigmatizacijo in zapor. Ponudba in uporaba prepovedanih drog je kriminalizirana, preventiva je spodbujena s kampanjami in stališči proti drogam, zdravljenje pa temelji na abstinenci in potencialni medikalizaciji s substituti. Zdravljenje ima po tem pristopu pogosto tudi represiven značaj. Represivni pristopi so ponavadi v sovzvočju z bolezenskimi modeli in

nekompatibilni s tretjo skupino paradigem, s sociološkimi in ekonomskimi paradigmami. Ta skupina paradigem vključuje sociološke, tržne in interaktivne modele. Sociološki modeli interakcije in deviantnosti poudarjajo problem »etiketiranja« marginaliziranih posameznikov in vpliv tega na povečanje stopnje deviantnosti. Deviantnost in značilnosti subkultur uporabnikov drog sta tako po teh modelih posledici politike do prepovedanih drog in nista samoumevna faktorja uporabe drog kot take. Tržni modeli temeljijo na ekonomski teoriji in racionalnosti trga, kjer racionalni potrošnik izbira med uporabo drog in ostalimi dobrinami. Trg, ki deluje po načelu laissez-faire, vpliva na posameznikovo izbiro, hkrati pa tudi posameznik vpliva na trg. Pojav kriminalitete in črnega trga, ki je generiran na podlagi prohibicije, tako izgubi svoj potencial, normalizacija uporabe drog zmanjša stopnjo stigmatizacije in kriminalnih dejanj, uporaba drog pa postane legalizirana, obdavčena in regulirana s potrošniško in mladostniško-valorovalno zakonodajo. Tretji, interaktivni modeli socioloških in ekonomskih paradigem poudarjajo problem percepcije (družbe, vpletenih akterjev) pri oblikovanju odgovorov (politik) na probleme, povezane z drogami. Bistvena značilnost teh modelov je triangularna zasnova obojesmernih interakcij med situacijo na področju drog, odgovori nanjo (politike) in percepcijo vpletenih akterjev (uporabniki, politiki, javnost, akademska sfera).

Četrta skupina paradigem so javnozdravstvene paradigme, ki so v sodobnih zahodnoevropskih družbah pridobile veliko veljavo. Antonovsky (po Hartnoll 2004: 29) loči javno zdravstvo in posledično javnozdravstvene paradigme na dva koncepta: bolezenske oz. patogene modele in salutogenetski pristop. Bolezenske modele gre razumeti kot nekakšno logično nadaljevanje tradicionalnih medicinskih bolezenskih modelov in se nanašajo na prizadevanja za izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva z bojem proti dejavnikom tveganja in z zdravljenjem bolezni. Primer tovrstnih modelov je razumevanje uporabe drog kot »epidemije«, ki se širi z izpostavitvijo drog in asociacijo z njenimi uporabniki, kar posledično vodi v izolacijo »okuženih« ali »cepljenje« za droge dovezne populacije. Kljub razvoju tovrstnih modelov v smeri upoštevanja izpostavljenosti dejavnikom tveganja iz okolja (širši družbeni in kulturni kontekst) poleg individualne dovzetnosti pa je primarna pozornost še vedno na konceptu modela bolezni. Salutogenetski pristop

se od bolezenskih (patogenih) modelov razlikuje zlasti po osredotočenosti na zdrave. V nasprotju z bolezenskimi modeli, ki implicirajo »starševski«, prisilen in nadzorni koncept odnosov, salutogenetski pristop predpostavlja bolj demokratično, svobodno in egalitarno strukturo odnosov. Tako poleg upoštevanja posameznikove dovzetnosti in vplivov okolja salutogenetski pristop predpostavlja tudi izčrpen in celosten pristop k promociji zdravja v smeri večje »odpornosti« tako posameznika kot skupnosti, s koordiniranimi strategijami soočanja s problemi družbene izključenosti in dostopa do potrebnih storitev. Salutogenetski pristop javnozdravstvenih paradigem tako definira problem drog z vidika posameznikove uporabe kot tudi družbenega vedenja (življenjskih stilov), ki predstavlja tveganje za posameznikovo zdravje in za okolje. Poglavitni cilji so povečanje »odpornosti«, promocija zdravja in minimizacija škode za posameznika in populacijo s partnerskim pristopom, upoštevanjem človekovih pravic, družbeno inkluzivnostjo in odgovornim ukrepanjem. Salutogenetski pristop temelji na preventivi, ki odvrta od uporabe drog in spodbuja zdravo življenje, na pragmatičnem pristopu k »zdravljenju« uporabnikov, na odmiku od represivnih prijemov in na strategiji zmanjševanja škode (Hartnoll 2004: 32).²

Poleg teh skupin paradigem je treba omeniti tudi različne perspektive, ki se nanašajo na moralnost oziroma moralo, povezano z uporabo drog. Moralistična perspektiva, ki temelji na protestantski etiki, razume uporabo drog kot moralno šibkost in ne bolezen, kjer so uporabniki kršilci in ne žrtve, zato jih tudi obsoja in ravna z njimi avtoritarno. Tovrstna razmišljanja pogosto »sobivajo« z represivnimi paradigami in bolezenskimi modeli biomedicinskih in javnozdravstvenih paradigem. Nekoliko drugačen pogled na uporabo prepovedanih drog ponuja hedonistična perspektiva, ki je pozitivno naravnana do užitkov, povezanih z uporabo drog. Vendar je družbeni odnos do hedonizma zelo ambivalenten in pogosto že na ravni posameznika nekonsistenten. Dodaten pogled ponujajo humanitarne oz. človekoljubne perspektive, osredotočene na principe enakosti,

² Naj pri tem poudarimo, da avtor (Hartnoll 2004: 32) koncepta zmanjševanja škode nima za posebno paradigmo na področju drog, temveč ga omenja kot konstitutivni del salutogenetskega pristopa javnozdravstvenih paradigem. V literaturi lahko zasledimo tudi drugačno interpretacijo (npr. Fojan 1999, 2005: 182).

demokratičnosti in človekovih pravic ter oprte na načela utilitarizma oz. optimalne rešitve za maksimizacijo dobrobiti in zmanjšanje trpljenja tako posameznika kot družbe. Zadnje čase se pojavljajo tudi libertarne perspektive, kjer je osnovno načelo svobodni trg in ki poudarjajo individualizem in pravice potrošnika. Naravnost k absolutni tržni svobodi postavlja pod vprašaj vlogo države kot regulatorja, hkrati pa lahko ima globoke posledice na področju družbenega vedenja (življenjskih stilov) in posledično tudi javnega zdravja.

Predstavljene paradigme, perspektive in modeli so povezani z razvojem znanosti in družbe. So abstraktne, idealnotipske rešitve oz. razumevanja in ne dejanske ureditve, ki jih sestavljajo posamezni aspekti teh teoretskih pogledov. Dejanskemu urejanju področja prepovedanih drog – politiki do prepovedanih drog – se posvečamo v nadaljevanju.

POLITIKA DO PREPOVEDANIH DROG V PRAKSI

Politika do prepovedanih drog v posameznih državah ali kakšnih drugih oblikah teritorialne ali funkcionalne organiziranosti je praviloma mozaik različnih teoretskih razmišljanj in je le redko tako radikalna kot v primeru Singapurja in Malezije (Lukšič 1999: 821), kjer je represivni model utemeljen na zastraševanju in celo smrtni kazni. V zahodnoevropskem prostoru postavlja meje spoštovanje načel človekovih pravic in demokracije, a tudi na za države specifičen način (npr. korelacija med stopnjo avtoritarne politične kulture in stopnjo tolerance do represivnih ukrepov). »Politika do drog temelji na samorazumevanju posamezne države in je vključena v izgrajevanje njene samoidentifikacije« (Lukšič 1992: 75).

Najbolj znana, v literaturi največkrat opisana in verjetno tudi največkrat polemizirana politika do prepovedanih drog je politika »vojne proti drogam« (Nadelmann 1999, Lukšič 1999, Pezelj 2001, Kvaternik Jenko 2005 itn.), ki jo vodijo Združene države Amerike. Vendar kljub načelni zavezanosti tej politiki in enormnim proračunskim sredstvom tudi tam na ravni zveznih držav in lokalnih skupnosti in tudi v velikem delu znanstvene srenje podpirajo alternativne pristope k problemu prepovedanih drog, saj se je ta politika izčrpala ter pokazala v vsej svoji nemoči (Nadelmann 1999: 837). Represija državnega aparata je namreč vodila do absurdnosti, hkrati pa se je z vsesplošnim

preganjanjem okrepila trgovina z drogami, zvišala njihova cena, povečala družbeno izključenost in netolerantnost, zmanjšala stopnja svobode ter povečala stopnja družbenega nezadovoljstva.

Represivni model je tako postal simbol avtoritarnega in pokroviteljskega ravnanja s »tujki«, ki pa problematike ni približal optimalni rešitvi, temveč zgolj poglobil in razširil problem na ostale ravni družbenega delovanja. Kazenskopравни sistem, ki ga pri politiki do prepovedanih drog povezujemo s konceptom represije, »ni zgolj pravno regulirani in racionalizirani aparat za opravljanje instrumentalnih funkcij na področju nadzora škodljivih dejanj, ampak tudi ekonomsko pogojeni mehanizem razredne dominacije, izraz kolektivnih moralnih emocij, utelešenje zgodovinsko specifične senzibilnosti in manifestacija suverene državne oblasti (politične avtoritete)« (op.cit.: 221). Kot močna alternativa politiki do prepovedanih drog v praksi stoji nasproti represivnemu modelu, ki je avtokratičen, ukazovalen, »starševski« in izključevalen, model zmanjševanja škode kot tako imenovani zdravorazumski tip politike do prepovedanih drog (Nadelmann 1999). Ta model je utemeljen na načelih salutogenetskega pristopa, je interdisciplinarno usmerjen, ne temelji na strahu, predsodkih in preziru, temveč na načelih demokratičnosti, egalitarnosti, človekovih pravicah, skrbi za javno zdravje ter si za cilj poleg zmanjševanja uporabe prepovedanih drog postavlja tudi zmanjševanje kriminala, revščine in tveganja za javno zdravje, ki jih povzročata zloraba drog in prepovedovalna politika (ibid.). Za model zmanjševanja škode kot uresničljive in ne radikalne alternative represivnemu modelu je značilna dekriminilizacija uporabnikov drog, ki v nasprotnem primeru zaposluje represivne organe do absurdnih meja³, čeprav večina pristašev tega modela ne verjame v legalizacijo prepovedanih drog. Kanduč (1999: 258) o politiki/praksi zmanjševanja škode govori kot o neke vrste praktični »antitezi« še vedno prevladujočega kaznovalnega modela, ki ji pripisuje določeno mero postopnosti, negotovosti in previdnosti; celo kot neke vrste »podtalni« aboliciji. Poglavitni ukrepi, značilni za politiko zmanjševanja škode, so zajezitev širjenja

HIV in drugih bolezni z uporabo sterilnih igel, kar predpostavlja dostopnost novih in pobiranje rabljenih igel (izmenjava), dovoljenje zdravnikom za predpisovanje metadona (ali celo drugih drog kot ukrep za izničenje trga s prepovedanimi drogami), ustanavljanje »varnih sob za injiciranje«, najmanjše enot za analizo kvalitete predvsem plesnih drog, integriranje načel zmanjševanja škode v strategije skupnosti in poudarjanje njihove pomembnosti za samopomoč itn. Pri zmanjševanju škode so poleg zgoraj naštetih pomembni še atributi, kot so (po Flaker 1992: 199, gl. tudi Kanduč 1997: 167) dvigovanje življenjskega standarda in omogočanje vključevanja v nestigmatizirajoče dejavnosti. Uživanje drog je tako po Flakerju na nizkem pragu storitev in služb, ki so na voljo, sprejeto kot dejstvo in ni obremenjeno s prevelikimi cilji za abstinenco kot edino možno rešitvijo. Kljub tem načeloma pozitivnim lastnostim je tudi načelo zmanjševanja škode naletelo na kritike in neodobravanje, saj so številni ukrepi poleg implementacijske zahtevnosti za mnoge tudi vrednostno sporni. Tako tudi zahodnoevropske države, ki so bolj naklonjene načelom zmanjševanja škode, previdno in počasi uvajajo te ukrepe, pogosto tudi ob ostrem nasprotovanju konzervativnega pola politike in interesnih skupin. Dokaz tega je tudi stockholmska resolucija, ki jasno afirmira kaznovavno prohibicionistično politiko do prepovedanih drog in tako rekoč zavrača frankfurtsko resolucijo in njena načela zmanjševanja škode (ibid.).

Posledično bi lahko dejali, da se dejanska politika do prepovedanih drog v zahodnoevropskih demokracijah nahaja nekje med ostro represivno, prohibicionistično politiko in politiko zmanjševanja škode kot interdisciplinarnega, celostnega pristopa javnozdravstvenih paradigem, ki je v precejšnji meri diametralno nasprotna prvi. Lahko bi dejali, da so dejanske politike mešanice različnih pristopov, kjer je razlika zlasti v tem, kateri elementi določenega pristopa prevladajo. Kralj (po Pezelj 2001: 59) razlikuje posamezne države glede na stopnjo represivnosti in način obravnavanja prepovedanih drog v tri skupine: visoka represija ob obveznem zdravljenju poleg prestajanja kazni, sankcionirano uživanje z možnostjo izogiba kazni v obliki izbire terapije in nesankcionirano oz. delno sankcionirano uživanje, kjer samo uživanje drog ni sankcionirano. Nekatere države se torej pretežno zatekajo k avtoritarnim praksam prohibicije, omejevanja ponudbe in kaznovanja uporabe prepovedanih drog, medtem ko so druge bolj

³ V ZDA so v času republikanske vladavine in »divjega« boja proti drogam v letu 1992 aretirali več kot milijon ljudi. Od teh jih je bilo kar dve tretjini zaprtih zaradi posesti prepovedanih drog in le tretjina zaradi njihove preprodaje (Chambliss po Lukšič 1999: 822).

usmerjene v zmanjševanje škode, skrb za javno zdravje in družbeno neizključevanje z manjšim poudarkom na represivnih prijemih.

IDENTIFIKACIJA SLOVENSKE POLITIKE DO PREPOVEDANIH DROG

Slovenska politika je po mnenju Lukšiča (1999: 823) izrazito posnemovalna, saj je kontaminirana s podobno logiko kot v ZDA, od debat o hipijevstvu v šestdesetih letih, strahu pred nezmožnostjo ohranitve obstoječega družbenega reda do identifikacije novih sovražnikov oz. nevarnosti v okoliščinah po padcu totalitarnega režima. Od izrazito represivno-prohibicionistične politike se je z osamosvojitvijo oziroma ob koncu osemdesetih in v začetku devetdesetih let ob razpravah o prepovedanih drogah začel razvijati medicinsko-represivni pristop (Kvaternik Jenko 2004: 135), ki je nekakšna izpeljanka patoloških modelov javnozdravstvenih paradigem. Zgodovinsko korenine teh usmeritev izhajajo iz zgodnjih 90-ih let, ko se pojavi potreba po normiranju te politike iz centra, države. Mislimo zlasti na iniciative za sprejetje programa na nacionalni ravni (leta 1992 je skupščina RS sprejela »Nacionalni program za preprečevanje zlorabe drog v Republiki Sloveniji«). Že v takratnih načrtih za institucionalno urejanje in oblikovanje mreže na področju drog, navaja Podmenik (1992), so vsi programi z izjemo enega opredeljevali patološkost uporabe drog in nanjo navezovali zdravljenje uporabnikov. Trikotnik droga-patologija-zdravljenje je bil kot družbena norma tako močno zasidran, da je bila vsakršna alternativa o vprašanju »nepatološke« uporabe drog povsem neprimerna (po op. cit.: 142). Ob sprejemanju, spreminjanju ali ohranjanju slovenske politike do prepovedanih drog pa sta se oblikovala dva pola: konservativni, ki se je zavzemal za večjo represijo oziroma prohibicijo, in liberalnejši, ki se je zavzemal za bolj interdisciplinaren pristop z večjo vlogo nevladnih organizacij in ponekod celo dekriminalizacijo uporabe drog (Lukšič 1999: 824, Pezelj 2001: 72). Jeretič (2001: 341) pri analizi javnega diskurza o drogah ugotavlja, da sta tudi na tem področju prisotni obe osnovni paradigmi, prohibicionistična politika in politika zmanjševanja škodljivih posledic uporabe drog. Kvaternik Jenko (2004: 137) ugotavlja konflikt znotraj delujočega sistema politike do prepovedanih drog med psihiatričnim in socialno-medicin-

skim pogledom. To lahko interpretiramo kot trenja med vizijo patoloških modelov in salutogenetskega pristopa znotraj javnozdravstvenih paradigem, z medicinskim aparatom na enem bregu in ostalimi (socialni sektor, zlasti pa nevladne organizacije in druge stroke oz. pogledi na tem problemskem polju) na drugem.

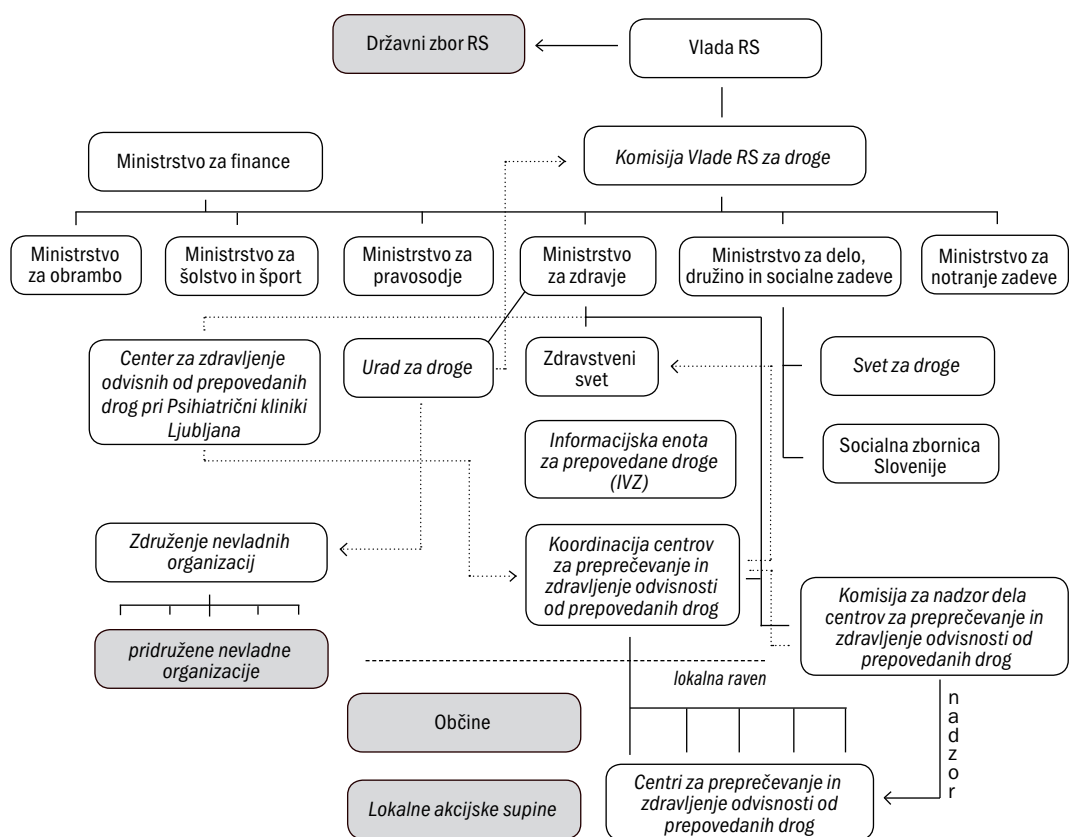
Z analizo institucionalnega omrežja na področju preprečevanja uporabe in obravnave uživalcev prepovedanih drog lahko dodatno potrdimo ali ovrzemo omenjene trditve. Več kot očitno je, da je na področju preprečevanja uporabe in obravnave uživalcev prepovedanih drog v veljavi model, ki ga lahko uvrstimo med javnozdravstvene paradigme, saj na tem področju prevladujejo in ga bistveno regulirajo javnozdravstvene institucije. Potrdilo represivnega, prohibicionističnega in »starševskega« odnosa do uživalcev prepovedanih drog je tudi njihova (de)kriminalizacija. Na eni strani »prostovoljnost« vstopanja v program zdravljenja uživalcev prepovedanih drog ali socialnovarstvene programe, ki ga nalaga 33. člen zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD) v primeru prekrška posedovanja manjše količine prepovedane droge za enkratno osebno uporabo, ter na drugi strani »prisilnost« skozi 66. člen kazenskega zakona RS, ki določa ukrep obveznega zdravljenja zaradi narkomanije. Dodatni kazalec premika slovenske politike do prepovedanih drog v smer patoloških modelov je predstavitev leta 1999 ustanovljenega vladnega urada za droge po petih letih delovanja pod okrilje ministrstva za zdravje, kar kaže na neuravnoteženost slovenske politike do drog v korist javnozdravstvenih institucij nasproti socialnemu in nevladnemu sektorju, pa tudi stroki sami. Pri oblikovanju politike do drog, poudarja Nolimal (1992: 192), je potrebna previdnost, prag prepovedanosti mora biti določljiv pragmatično, upoštevati je treba možnosti njegove spremenljivosti, zlasti pa je pomembno zavedanje, da nobena od strok in podstrok, ki se s problemom ukvarjajo, ne more nadomestiti družbenega konsenza, ki lahko nastane samo ob tehtanju strokovnih argumentov, v kateri vse stroke sodelujejo v javni razpravi. Nevladni sektor je hkrati podrejen javnozdravstvenemu sektorju, saj se združenje nevladnih organizacij sofinancira iz sredstev urada za droge, ki je pod okriljem ministrstva za zdravje in tudi ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, ki financira programe socialne rehabilitacije in nekatere dejavnosti nevladnih organizacij v smeri zmanjševanja škode.

Prevlada javnozdravstvenega sektorja je očitna tudi ob pogledu na strukturiranost in kontrolne mehanizme omrežja centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki izvajajo zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, v glavnem od opiatov, s substitucijskimi programi in spremljajočo paleto ostalih obravnjav (psihoterapija, psihosocialna obravnava, psihofarmakoterapija itn.). Iz omrežja je torej razvidna dobro razvita plat medikalizacije, ne pa tudi dejavnosti socialnovarstvenih storitev in programov reševanja socialne problematike in programov zmanjševanja škode, katerih nosilci so zlasti nevladne organizacije. Dodatno je očitna ločenost širše družbene sfere v obliki lokalnih akcijskih skupin, kolikor te prispevajo k zmanjševanju škode in k bolj celostnemu pristopu k urejanju problematike prepovedanih drog, a so vendarle odvisne od sred-

stev, ki jih pridobijo od občin ali iz drugih virov. Kot dodaten indikator dominantnosti javnozdravstvenih institucij znotraj področja drog bi lahko identificirali tudi umestitev informacijske enote za prepovedane droge znotraj inštituta za varovanje zdravja kot javnozdravstvene institucije.

Te trditve potrjuje tudi pregled t. i. »proračuna za droge«, ki je kazalec javnih proračunskih izdatkov določene politike in meri izdatke države v boju proti prepovedanim drogam. Zajema celoto proračunskih izdatkov na področju prepovedanih drog in ga delimo na dva tipa izdatkov: neposredne (jasni in transparentni podatki) in posredne, kjer gre za kompleksne ocene deležev aktivnosti javnih organov na področju drog (Kopp 2003), treba pa je upoštevati tudi razpršitev sredstev na centralni, regionalni in lokalni ravni, v slovenskem primeru npr. proračuni sredstev lokalnih akcijskih skupin.

Slika 1: Institucionalno omrežje preprečevanja uporabe in obravnave uživalcev prepovedanih drog v Sloveniji



□ — ni upravičenec državnega proračuna po ZPUPD

ležeče — organizacijske enote s primarno usmerjenostjo na zadevah povezanih z drogami

Vir: posodobljeno po Deželan (2005: 16)

T. i. »proračun za droge« je v slovenskem primeru v precejšnji meri neidentificiran, netransparenten, kar je posledica reševanja problemov, povezanih s prepovedanimi drogami, skozi stalne aktivnosti raznih organov in ministrstev, ki po navadi specifično ne identificirajo postavke, namenjene temu področju. Precejšen del proračunskih sredstev, namenjenih področju prepovedanih drog, tako ostaja zakrit, vseeno pa lahko natančneje analiziramo transparentni del »proračuna za droge«, kar nas kljub omenjenim omejitvam pripelje do nekaterih zanimivih sklepov. Iz porazdelitve proračunskih in drugih javnih sredstev, ki predstavljajo transparentni del t.i. »proračuna za droge« v letu 2002, je razvidno, da daleč največji del transparentnih sredstev (58 odstotkov) pripada zavodu za zdravstveno zavarovanje. Ta sredstva zavoda so bila porazdeljena med programe centrov za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, programe centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri psihiatrični kliniki Ljubljana in za zdravilo metadon.

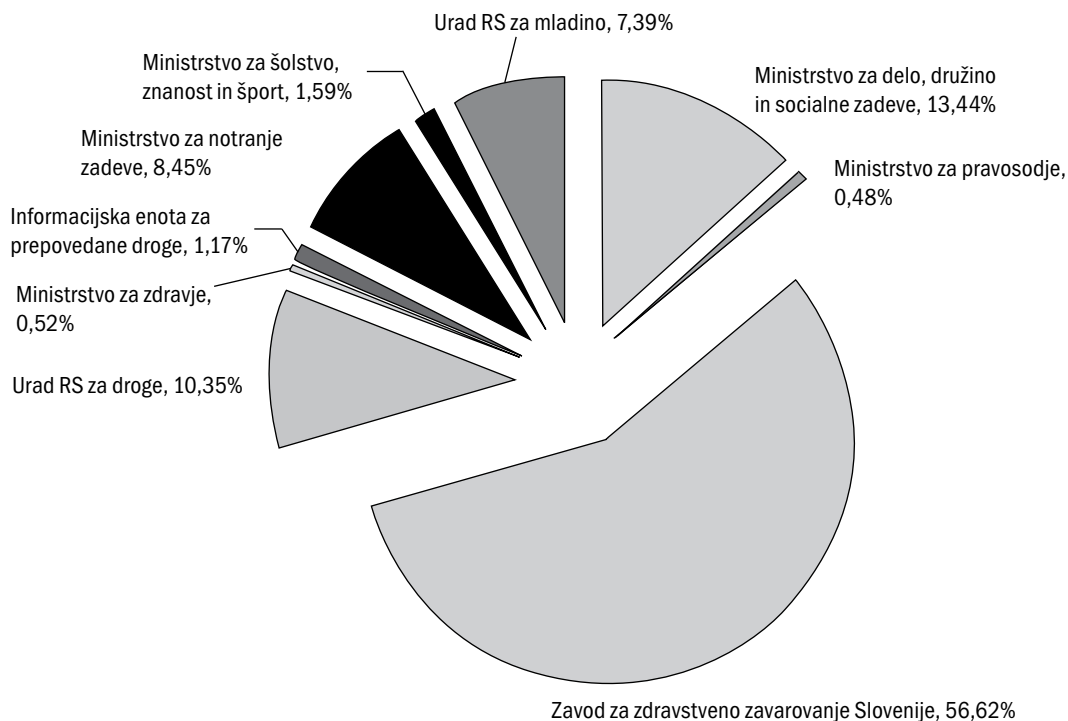
Pregled proračunskih in drugih javnih sredstev, namenjenih področju prepovedanih drog v Sloveniji, lahko tako strnemo v nekaj temeljnih ugotovitev. Prvič, t. i. »proračun za droge« v

Sloveniji v precejšnji meri sestavlja netransparentni del sredstev, kar onemogoča tehtnejše in natančnejše nadaljnje analize glede distribucije sredstev. Drugič, v transparentnem delu sredstev, namenjenih za to področje, močno prevladujejo sredstva, ki so namenjena delovanju institucij in programov, povezanih s t. i. »javnozdravstveno« paradigmo, hkrati pa je institucijam in organom javnozdravstvenega sektorja omogočeno tudi najstabilnejše delovanje, saj se financirajo v glavnem iz proračunske postavke. Tretjič, iz transparentnega dela t. i. »proračuna za droge« so bolj ali manj izvzete nevladne organizacije, še zlasti pa njihovo stabilno financiranje, hkrati pa je tudi financiranje lokalnih akcijskih skupin iz državnega proračuna v veliki meri onemogočeno.

SKLEP

Pregled institucionalnega omrežja na področju preprečevanja uporabe prepovedanih drog in obravnave njihovih uporabnikov pritrjuje nekaterim pogosto podanim domnevam o prevladujoči javnozdravstveni paradigmi na področju prepovedanih drog v Sloveniji. Znotraj te

Slika 2: Razdelitev proračunskih in drugih javnih sredstev transparentnega tipa na področju prepovedanih drog v letu 2002



paradigme je slovenska ureditev bližje patološkimi modelom, saj kaže visoko stopnjo razvitosti javnozdravstvenega sektorja, hkrati pa pomanjkljivo vključevanje drugih pristopov. Značilnosti oziroma tendence uveljavljanja načel salutogenetskega pristopa so opazne, vendar zaradi šibkejše vloge nevladnih organizacij, socialnega sektorja in širše civilne družbe še ne dosegajo ravni nekaterih zahodnoevropskih držav. Tako kaže, da so v Sloveniji ne samo koncept zmanjševanja škode, pač pa tudi drugi ukrepi, pri katerih gre za sprejemanje droge, njene uporabe in obravnave uporabnikov na način, značilen in tipičen za druge države (varne sobe za injiciranje npr. na Nizozemskem in v Nemčiji, razdeljevanje igel v zaporih v Španiji, alternativne rešitve zaporu za uporabnike drog v večini evropskih držav, toleranca do marihuane na Nizozemskem, predpisovanje heroina in zdravljenje s heroinom ali derivati kanabisa v več državah po Evropi in svetu itn.), dolgoročen projekt, z vzponi in padci, saj ima na uspešnost njihove implementacije močan vpliv zlasti sociokulturni kontekst.

VIRI

- Deželan, T. (2005), Formal Networks for Drug Policy in Slovenia. V: Lovrečič, M. (ur.), Report on the Drug Situation 2005 of the Republic of Slovenia. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja (12-16).
- Flaker, V. (1992), Normalna droga: Epilog k vojni proti drogi. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo, XX, 146-147: 193-200.
- (1999), Družbene okoliščine uživanja drog. Teorija in praksa, 36, 5: 809-819.
- Fojan, D. (1999), Retorika droge. Univerza v Ljubljani: Pedagoška fakulteta (magistrsko delo).
- (2005), Zmanjševanje škode na področju drog. Socialna pedagogika, 9, 2: 177-192.
- Hartnoll, R. (2004), Drugs and Drug Dependence: Linking Research, Policy and Practice: Lessons Learned, Challenges Ahead. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Jeretič, S. (2001), Politčna korektnost: Primer uporabnic in uporabnikov nedovoljenih drog. Teorija in praksa, 38, 2: 328-345.
- Kanduč, Z. (1997), Problemi v zvezi z uživanjem mamil: Kriminalne, kazenskopravne in kriminalnopolitične perspektive. Revija za kriminalistiko in kriminologijo, 48, 2: 157-170.
- (1999), O nekaterih normativnih vprašanjih v zvezi s politiko do prepovedanih drog. Socialno delo, 38, 4/6: 255-259.
- (2003), Zapor v primežu minimalističnih («dekonstruktivističnih») in maksimalističnih zahtev. Časopis za kritiko znanosti, 31, 13/214: 203-223.
- Kazenski zakon Republike Slovenije. Ur. l. RS, 95/2004.
- Kopp, P. (2003), Public Spending on Drugs in the European Union During the 1990s. Lizbona: EMCDDA (znanstveno poročilo).
- Kvaternik Jenko, I. (2004), Droga kot element političnega razmerja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede (doktorska disertacija).
- (2005), Političnost (uporabe) prepovedanih drog. Teorija in praksa, 42, 1: 178-191.
- Lovrečič, M. (ur.) (2004), Report on the Drug Situation 2003 of the Republic of Slovenia. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.
- Lovrečič, M., Drobne, M. (ur.) (2005), Report on the Drug Situation 2005 of the Republic of Slovenia. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.
- Lukšič, I. (1992), Legalizacija drog: Nujnost in nemožnost. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo, XX, 146-147: 73-83.
- (1999), Droga kot politično razmerje. Teorija in praksa, 36, 5: 820-826.
- Nacionalni program za preprečevanje zlorabe drog (1992). Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo, XX, 146-147: 153-156.
- Nadelmann, E. A. (1999), Zdravorazumska politika do drog. Teorija in praksa, 36, 5: 827-838.
- Nolimal, D. (1992), Utrinki o svobodi in omejitvah na področju uživanja drog. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo, XX, 146-147: 191-192.
- Pezelj, I. (2001), Vloga parlamenta v boju proti kriminalu z drogami. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede (magistrsko delo).
- Podmenik, D. (1992), Slovenski načrti za institucionalno mrežo na področju drog. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo, XX, 146-147: 135-146.
- Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009 (ReNPPD). Ur. l. RS, 28/2004.
- Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P., Wilson, E. (2001), International Guidelines for Estimating the Economic Costs of Substance Abuse. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1357> (24. 5. 2005).
- Zaključni račun proračuna Republike Slovenije za leto 2002 (2003). http://www.gov.si/mf/slov/proracun/zaklj_racun_2002/ZR2002_III-2_obr_15_VLADNE_SLUZBE.pdf (24. 4. 2006).
- Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (ZPUPD). Ur. l. RS, 98/1999.
- Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD). Ur. l. RS, 108/1999.