

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

MELITA ŽONTAR

**Multidisciplinarni pristop in medinstitucionalno sodelovanje pri obravnavi
zasvojenih**

MAGISTRSKO DELO

LJUBLJANA, 2009

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

MELITA ŽONTAR

**MULTIDISCIPLINARNI PRISTOP IN MEDINSTITUCIONALNO
SODELOVANJE PRI OBRAVNAVI ZASVOJENIH**

MAGISTRSKO DELO

MENTOR: izr. prof. dr. VITO FLAKER

LJUBLJANA, 2009

PREDGOVOR	4
1 ZASVOJENOST Z DROGAMI - DRUŽBENI POJAV	8
1.1 ZNAČILNOSTI OBRAVNAVANJA UŽIVALCEV DROG PO LETU '90	11
2 POLITIKA IN DROGE	16
2.1 MEDNARODNA ZAKONODAJA	18
2.2 SLOVENSKA ZAKONODAJA NA PODROČJU DROG	20
2.2.1 NACIONALNI PROGRAM NA PODROČJU DROG 2002-2008 - SMERNICE	21
2.2.2 RESOLUCIJA NACIONALNEGA PROGRAMA NA PODROČJU DROG 2004 –2009	22
3 POGLEDI RAZLIČNIH DISCIPLIN NA UŽIVANJE DROG	28
3.1 MEDICINA	32
3.2 SOCIOLOGIJA	35
3.3 SOCIALNO DELO	38
3.4 ZLORABA DROG IN VLOGA REPRESIVNIH ORGANOV	42
3.4.1 POLICIJA	45
4 ZASVOJENOST	49
4.1 OBRAVNAVA ZASVOJENOSTI	51
4.2 MULTIDISCIPLINAREN PRISTOP	62
4.2.1 TIMSKO SODELOVANJE	62
4.2.2 INTERDISCIPLINARNOST POKLICA	64
4.2.3 ZBIRANJE PODATKOV IN UPORABA LE-TEH PRI MULTIDISCIPLINARNI OBRAVNAVI	67
4.2.4 MREŽA SODELOVANJA MED POKLICI IN SLUŽBAMI, PRETOK INFORMACIJ - PREDLOG POVEZAV SLUŽB	69
4.2.5 TIM KOT NAČIN INTERDISCIPLINARNEGA SODELOVANJA	69
5 MEDINSTITUCIONALNO POVEZOVANJE	75
5.1 SODELOVANJE Z DRUGIMI INSTITUCIJAMI	76
6 SEKTORJI	77
6.1 JAVNI SEKTOR	77
6.2 PROSTOVOLJNI (NEVLADNE ORGANIZACIJE IN POLFORMALNA POMOČ) SEKTOR	79
6.3 PRIVATNI SEKTOR	79
6.4 NEFORMALNI SEKTOR	80
6.5 NEPROFITNE NEVLADNE ORGANIZACIJE	80
7 INSTITUCIJE	83
8 OPREDELITEV PROBLEMA IN (HIPO)TEZE	85
8.1 OPREDELITEV PROBLEMA	85
8.2 (HIPO)TEZE	87
8.2.1 HIPOTEZE	87
8.3 VRSTA RAZISKAVE	89
8.4 MERSKI INSTRUMENT	91
8.5 VIRI PODATKOV	92
8.6 ZBIRANJE PODATKOV	92
8.7 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV	94
9 REZULTATI IN RAZPRAVA	96
10 SKLEPI IN PREDLOGI	141
11 LITERATURA	161
12 PRILOGE	165

PREDGOVOR

V Centru za socialno delo Kranj sem na področju zasvojenosti zaposlena enajst let. V času mojega pripravništva je potekal projekt Center za odvisnosti, pri izvedbi katerega sem veliko sodelovala. Center deluje na drugi lokaciji, kjer je imel takrat sedež tudi zdravstveni program - Center za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od nedovoljenih drog Kranj. Mentor, ki me je uvedel v delo, je bil po osnovni izobrazbi medicinski tehnik, dolga leta zaposlen v zdravstvu, kasneje pa je diplomiral na Visoki šoli za socialno delo in se zaposlil na Centru za socialno delo. Glede na vse to (neizkušnost, skupno delovanje z zdravstvom, socialni delavec, ki je deloval po medicinskem modelu), sem imela kar nekaj težav, preden sem našla svoje mesto v skupni timski obravnavi oziroma izoblikovala socialno delovni pristop. Na Visoki šoli za socialno delo sem sicer dobila nekaj znanja o obravnavi zasvojenih, največ pa sem ga pridobila z obiskovanjem raznih seminarjev in povezovanjem z drugimi socialnimi delavci, ki so že delovali na tem področju.

Kot sem že omenila, sta oba programa (Center za odvisnosti in Center za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od nedovoljenih drog Kranj) delovala v isti hiši, kar je pomenilo tudi tesno sodelovanje strokovnih delavcev obeh programov. Deloval je strokovni tim v zasedbi stalno istih strokovnjakov, ki se je sestajal enkrat tedensko. Vsak uživalec drog, ki se je želel vključiti v program, se je najprej srečal s strokovnim timom, ki smo ga sestavljali: splošni zdravnik, psihiater, klinični psiholog in dva socialna delavca. Socialna delavca sva bila tudi izven delovanja tega tima veliko prisotna v hiši, zdravnik in psihiater pa le enkrat tedensko.

V interdisciplinarnih timih in tudi nasploh imajo zdravniki nekaj pomanjkljivosti, ki jih ovirajo, da bi se bolj "poglobili" pri obravnavi uporabnikov. Premalo jih je, bolj so obremenjeni z drugimi deli, ki so precej ozko medicinska, ali z vodstvenimi nalogami, tudi osnovna izobrazba zdravnikov je slabši temelj za svetovanje in psihosocialni prijem. Neposredne prednosti pa so, da imajo zdravniki v rokah več orodij, predvsem pa metadon in druga zdravila, več formalnih vzvodov vplivanja in več neformalnega vpliva in družbene moči. So po navadi tudi nadrejeni drugim članom tima in torej odgovornejši pri odločitvah, ki se dotikajo čisto življenjskih zadev uporabnikov in še zlasti poteka zdravljenja. (Flaker 2002a, 181)

Tudi v Kranju je bila slika podobna: vodja tima in zdravstvenega programa je bil psihiater, neposrednih stikov z uporabniki pa sva imela s socialnim delavcem bistveno več. Glede na to, da sva uporabnike bistveno bolje poznala, je bila najina vloga v timu zelo pomembna in dragocena. Težave so se pojavile, ko so uporabniki želeli z najino pomočjo reševati vprašanja dodeljevanja metadona oz. medikamentoznega zdravljenja. Veliko svetovanj se je vrtelo okoli nižanja in višanja metadona in počasi se je izgubljal socialno delovni pristop. Z znanjem in izkušnjami, ki sem jih pridobivala, so se mi začela postavljati vprašanja, kakšna je dejansko moja vloga v tem programu in počasi sem razmejevala vlogo socialnega delavca od vlog drugih članov tima.

Danes že vemo, da se da uživanje drog uspešno preprečevati in odvisnost tudi uspešno zdraviti, toda ne pri vseh. Še vedno ostajajo ljudje, ki ne zmorejo prenehati z uporabo drog. Vemo tudi, da se da z ustreznim medsektorskim in multidisciplinarnim pristopom bistveno zmanjševati škodo, ki jo povzročajo droge, in izvajati uspešno politiko na področju drog, a zato je potrebna volja stroke in podpora politike. (Krek v Pezelj 2002, 10)

Širše gledano, lahko rečemo, da so izpolnjeni vsi pogoji za uspešno sodelovanje različnih strok v multidisciplinarnih timih.. Dilem in odprtih vprašanj, bi se morali lotiti na državni ravni. Po dosedanjih izkušnjah sodelovanje med posamezniki deluje. V to smer se razvijajo tudi smernice Nacionalnega programa. Kje se potem ustavi, da pogosto slišimo, da medinstitucionalno sodelovanje ni možno in posamezni strokovni delavci ostajajo sami pri reševanju tako kompleksnega problema, kot je obravnava zasvojenosti?

V svoji nalogi sem želela raziskati prav ta problem. Hotela sem ugotoviti, ali se pri delu z zasvojenimi uporablja timski pristop dela in medinstitucionalno povezovanje in v katerih primerih se strokovni delavci odločijo za takšno vrsto obravnave in kje zaznavajo težave.

Za boljše razumevanje problema sem v teoretičnem delu naloge poskušala osvetliti pogled na zasvojenost iz različnih zornih kotov različnih disciplin in opredeliti službe, ki se z zasvojenimi srečujejo pri svojem delu.

V Sloveniji se že dalj časa pojavlja težnja po poenotenju terminologije, vendar tega še nismo storili. Menim, da je razlog v tem, da se različne stroke lotevajo definicij iz svojih zornih kotov in ob tem uporabljajo izraze, za katere menijo, da najbolj opredeljujejo njihovo delovanje. V nalogi sem raziskovala poglede različnih služb in uporabljala različne izraze, kot so uživalec drog, uporabnik programa, zasvojeni, odvisnik..., glede na področje, ki sem ga v posameznih delih raziskovala. V empiričnem delu pa sem se odločila za izraz obravnava zasvojenih.

Problem uživanja drog in obravnave uživalcev je kompleksen in ga obravnavajo vsi resorji, tako socialni, zdravstveni..., kot represivni. Raziskava delovanja vseh resorjev presega okvire magistrske naloge, saj bi bilo potrebno raziskati najmanj tri nivoje (stališča ministrstev, stališča vodilnih delavcev v organizacijah, ki so zadolženi za izvedbo določenih nalog in stališča strokovnih delavcev, ki te naloge opravljajo), zato sem pogled na uživalce drog iz zornega kota represivnih organov opisala v teoretičnem delu, v empiričnem delu pa sem raziskovala, kako med seboj sodelujejo CSD –ji, Centri za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od ilegalnih drog in nevladne organizacije.

Od načrtovanja raziskave do izvedbe raziskave so se razmere na področju drog v Sloveniji precej spremenile. Urad za droge, ki je v času načrtovanja raziskave deloval kot samostojna služba, je vlada premaknila pod okrilje Ministrstva za zdravje. To je pri strokovnih delavcih, zaposlenih pri nevladnih organizacijah in programih Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, sprožilo val nezadovoljstva. Prepričani so, da bodo imeli programi Ministrstva za zdravje boljši položaj. Pojavlja se skrb, da bo prevladoval medicinski vidik obravnave zasvojenih, čeprav je jasno zapisano, da vloga in naloge Urada za droge ostajajo enake.

Poleg tega se je zelo razvil nevladni sektor in dobili smo kar nekaj novih nevladnih organizacij, ki se ukvarjajo z uživalci drog.

Spremembe so nastale tudi v CSD – jih, kjer se je v zadnjih letih izvajala sistemizacija delovnih mest po storitvah iz Pravilnika o standardih in normativih in ne več po področjih. Tako se obravnava uporabnikov drog lahko v enem CSD razprši na več strokovnih delavcev, ki izvajajo različne socialnovarstvene storitve.

Kljub temu sem se odločila, da predstavim ugotovitve raziskave v svoji magistrski nalogi, saj menim, da problem zasvojenosti narašča in da tudi dobljeni rezultati kažejo na potrebo po multidisciplinarni obravnavi.

Spremembe same namreč ne pomenijo, da multidisciplinarna obravnava ni pomembna, morda ravno obratno, zlasti ko govorimo o spremembah na CSD, ko ni »specializiranih« strokovnih delavcev in se ustanavlja velika ponudba možnosti v društvih, nevladnih organizacijah, posledica pa je, da je obravnava velikokrat še bolj razpršena.

Ob tej priložnosti bi se rada zahvalila svoji družini za vso pomoč, podporo in neizmerno potrpežljivost pri pisanju magistrske naloge. Za strokovno podporo in pomoč se zahvaljujem mentorju dr. Vitu Flakerju in Tamari Repe za pomoč pri obdelavi podatkov.

Za pomoč pri raziskovalnem delu se zahvaljujem strokovnim delavcem centrov za socialno delo, nevladnih organizacij in centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od nedovoljenih drog, ki so izpolnili vprašalnik in me ob tem tudi spodbujali.

1 ZASVOJENOST Z DROGAMI - DRUŽBENI POJAV

Ko zaslišimo besedo droga, jo praviloma povežemo s kriminalom, z vedno bolj prisotnim fenomenom odvisnosti od mamil, s širjenjem nalezljivih bolezni, kot so HIV, aids in hepatitis A, B in C, kot tudi z dejstvom, da varne droge ni ter da je končna odločitev, ali bo nekdo jemal prepovedano drogo ali ne, v rokah vsakega posameznika.

Droge moramo vedno obravnavati v celoti, torej naj bi jih ne ločevali na dovoljene in prepovedane. Uživanje enih in drugih je v načelu enako problematično in nevarno. Odvisniki od drog so pripadniki določenih skupnosti, družbe in tako se problem drog kaže kot problem širše družbe. (Pezelj 2002, 24)

V družboslovju, v sociologiji in antropologiji že dolgo vemo, da družbe potrebujejo svoje deviante in jih pazljivo in dolgo konstruirajo. V tem kontekstu je očitno, da so nedovoljene droge in njih uživalci zelo primeren sovražnik, proti kateremu se je treba bojevati. Če na stvar gledamo iz tega zornega kota, potem nam status nelegalnih drog v kakšni družbi in politika do drog pravzaprav odkrivata, kakšni so dominantni diskurzi te družbe. Odnos do nedovoljenih drog je simptom družbenega razvoja; bolj ko je politika do drog prežeta z medikalizacijo in represijo, manj je družba razvita v socialnem smislu, pravih problemov ne vidi in noče videti, s prstom kaže na deviante iz obrobja in jih prepušča strokovnim obravnavam. Nedovoljene droge navadno definiramo kot družbeni in socialni problem, zato se z njimi sploh ukvarjamo. (Rener v Flaker 2002, 6)

Droga je širši družbeni problem, družbena in kulturna kategorija v času in prostoru. Večina politik do prepovedanih drog je v glavnem nastajala na osnovi dveh, dolgo časa »nedotakljivih« tipov monopolnih diskurzov, in sicer medicinskega (psihiatričnega) ter policijsko represivnega. Oba diskurza sta nedovoljene droge razumela in v glavnem še razumeta kot nekakšen družbeni odklon od standardov družbeno še sprejemljivega vedenja. Droga je tudi nosilec političnega razmerja. Skoznjjo poteka politični boj, ki jo konstruira. Dela jo prepovedano ali dovoljeno, tistega, ki jo poseduje, pa vzpostavlja kot posebej privzdignjenega člana skupnosti ali za

kriminalca in celo sovražnika. Droga angažira politično voljo za boj proti njej, kar pomeni proti ljudem, ki so z njo povezani ali z njeno afirmacijo. (Lukšič 1999, 820)

Potemtakem so prepovedane droge ter njeni uporabniki nekakšen socialni sovražnik, proti kateremu se je treba bojevati, razprava o drogah pa je tudi razprava o političnih razmerjih, razprava o načinu razvojne politike, o pravicah človeka in državljana in tudi razprava o možnostih oziroma nezmožnostih sprejemanja različnih vrst življenjskih slogov. Gledano s tega zornega kota je, kadar govorimo o politiki do prepovedanih drog, status drog in odnos politike do drog kot nekakšen lakmusov papir, ki opozarja, katere nadzorovalne politike neka družba uporablja – rečeno v socialno delavskem jeziku - bolj ko je politika do drog v neki družbi trda, bolj ko se ne premakne s tradicionalnih stališč (medicinski in policijski nadzorovalni diskurz), manj je razvita v socialnem smislu in manj je demokratična. (Pezelj 2002, 93-94)

Zasvojenost je predvsem socialna bolezen in problem okolja, ne pa samo individualna motnja, ki bi jo lahko reševali ločeno. Zato je osnovna dolžnost vsakega socialnega delavca, da ima dovolj ustreznega, širokega in sodobnega splošnega in specializiranega znanja svoje stroke. (Nolimal v Barber 1997, 8)

Problem omamljanja ni nov; vsaka kultura ga pozna. Vendar postaja vedno večji, ker je sodoben človek vedno bolj obremenjen, droga pa vedno lažje dostopna. Tako so droge vedno manj omejene na marginalne družbene skupine in postajajo splošen družbeni problem. Vzroki uživanja so večplastni in zajemajo način življenja, družino, vzgojo, celotno družbo; nemalokrat se prenašajo iz generacije v generacijo. (Auer 2001, 5)

S sedenjem pred televizijskimi sprejemniki, video kasetami ali igralnimi avtomati otroci odraščajo v vzdušju pasivnosti, živčne napetosti in nasilja, ter se zgodaj naučijo, kako se izogniti naporom in kreativnemu življenju. Odtujijo se dejavnim oblikam prostega časa in se naučijo osnovnih vzorcev odvisnega vedenja. (Auer 2001, 5)

Posebej hude posledice (tudi kot vzročni dejavnik odvisnosti od nedovoljenih drog) ima odvisnost od alkohola. Deluje tako z vzorcem navajanja na rabo psihoaktivnih snovi, kot - še huje - z uničevalnim vplivom alkoholnega vedenja na družinsko življenje. Tesnoba in

depresivnost otrok iz takih družin sta pogosto vzrok odvisnosti od nedovoljenih drog. To kaže na tesno prepletanje medsebojnih vplivov: družine - odvisnosti - družbe - prenosa iz generacije v generacijo ipd. (Auer 2001, 5)

Uživanje drog postane velikokrat tudi del nekega socialnega vedenja, neke pripadnosti. Mladi se premalo zavedajo, da daje uživanje drog le trenuten in navidezen odgovor. Poleg tega je v naravi drog, da človeka odtuja od realnega razmišljanja (zato jih ljudje tudi uživajo). Javnost se velikokrat sprašuje, kako to ustaviti. Vsi se strinjajo, da je potreben celovit sklop različnih družbenih ukrepov, od skrbi za ustrezno vzgojo in zdravo družino do zagotavljanja možnosti šolanja in zaposlitve oziroma socialno uravnoteženo in solidarno družbo nasploh. Pomemben je tudi poostren nadzor policije in sodstva nad vnosom in trgovanjem z drogami, saj brez njega ni mogoče izvajati učinkovite preventive. (Auer 2001, 5)

Posameznikovo zasvojenost z drogami posreduje in pogojuje, marsikdaj pa tudi podpira neposredno okolje, pa tudi širše družbeno okolje. Če torej hočemo govoriti o bolezni, moramo govoriti o bolezni celotnega družbenega sistema ali/in njegovih podsistemov, kar pa ni produktivno. Uporabnejše je v tem primeru pojmovanje zasvojenosti kot dinamičnega ravnotežja vseh delujočih v spletu odnosov okoli zasvojenega. (Rode in Žontar 2001)

Zloraba drog postaja medicinski, socialni, sociološki in politološki problem sodobnega sveta in predstavlja pomemben element destabilizacije družbe. Predstavlja tudi politični, socialni in kulturni problem, zaradi katerega so dvomi v institucije demokratičnega sistema. (Pezelj 2002, 209)

Pri nas je zadnje desetletje zaznamovano z bistvenimi strukturnimi spremembami, ki predstavljajo družbeni kontekst, v katerem se uživanje odvija, prišlo je do sprememb v »življenjskem standardu, naraščanju revščine, spremembe vrednot (individualizem, želja po hitrem zaslužku in užitku), razpadanja socialne države, naraščajoče brezposelnosti, pomanjkanja stanovanj in drugo« (Flaker 2002).

Nekatere zadnje študije na področju drog in ocene uživanja drog so pokazale, da so spremembe pri uživanju drog povezane s spremembami v socialnem in političnem okolju. (Rhodes *et al.*,

1999) Dokazano je, da prav družbeni kontekst in materialni pogoji vplivajo na zavedanje in percepcijo tveganja. Različni avtorji navajajo, da pri uživanju drog sodijo med mikro in makro dejavnike tveganega vedenja fizični in družbeni okvir uporabe drog, kulturne norme in vrstniške skupine pa tudi širše družbeno, ekonomsko in politično okolje. Zaradi uživanja drog postanejo ljudje ranljivejši in bolj izpostavljeni socialnemu izključevanju (stigmatizacija, izolacija, brezposelnost), pri čemer so ranljivejše skupine izpostavljene tudi problematičnemu uživanju drog (mladi, priseljenci, manjšine, pripadniki delavskega razreda). Škoda, ki jo utrpi posameznik, je tako prej posledica socialnega obubožanja kot samega uživanja drog. (Flaker 2002)

Ko se oseba drogira, njena zasvojenost vpliva na več dejavnikov. Na prvem mestu vpliva na njo samo, zaradi pomanjkanja denarja se zasvojeni ljudje pogosto zatekajo k kriminalu, s tem to postane problem policije in sodišča. Zasvojenost vpliva na ostale člane družine, ki jih ima zasvojena oseba, pojavljajo se stiske, konflikti. Zasvojenega člana pogosto njegova družina zaradi nevzdržnih odnosov postavi na cesto in postane brezdomec. In tako se sproži reakcija. Torej je zasvojenost socialni in družbeni problem, ki vpliva na veliko dejavnikov, tako osebnih, družinskih kot institucionalnih – zdravstva, policije, sodišča. (Stefanoski 1996, 295)

Kot ugotavljajo in utemeljujejo zgoraj navedeni avtorji, moramo problem drog obravnavati kot družbeni problem. Uživanje drog sproži niz drugih nenačrtovanih reakcij, ki vodijo do različnih posledic in se dotaknejo različnih odnosov v življenju uživalca drog samega, njegovega ožjega in širšega socialnega okolja, s čimer postane uživanje drog predmet razprave širše družbe.

1.1 ZNAČILNOSTI OBRAVNAVANJA UŽIVALCEV DROG PO LETU '90

Z drogami smo se v Sloveniji srečevali že več let pred osamosvojitvijo, strokovnjaki iz cele Jugoslavije so sodelovali in se srečevali na različnih simpozijih in drugih strokovnih srečanjih. Zasvojeni so pred osamosvojitvijo iskali pomoč v drugih republikah Jugoslavije, predvsem v Zagrebu, za Slovenijo, kot samostojno državo, pa so zelo pomembni začetki v prvih letih samostojnosti, zato se bom v nalogi dotaknila dogajanja po letu 1990.

Konec 80-tih let se je v Sloveniji pojavilo masovno uživanje drog, čemur je sledila potreba po vzpostavitvi mreže pomoči uživalcem drog. Slovenija se razlikuje od drugih držav tudi po tem, da so uživalci drog sami dali pobudo za ustanovitev društva Stigma.

V Psihiatrični bolnišnici Vojnik se je leta 1989 pod vodstvom dr. Vesne Novak izvajala metadonska terapija, ki pa jo je psihiatrija prepovedala izvajati, saj je v metadonu videla opojno drogo, na katero ne gre v nobenem kontekstu, niti socialno medicinskem, gledati kot na zdravilo. Kljub prepovedi se je ta oblika pomoči uživalcem kot ilegalna izvajala dalje vse do leta 1995 (*dr. Krek na Obali, dr. Čelanova v Ljubljani... - op. avt.*). (Pov. po Fojan 1999, 251)

V letu 1989 je skupina zainteresiranih posameznikov – prostovoljcev, socialnih in zdravstvenih delavcev in uživalcev drog – začela na pobudo Antiprohibicionistične zveze Slovenije, ki je bila predhodnik zavzemanja za nove prijeme v politiki do drog, ustanavljati društvo Stigma – nevladno organizacijo za »pomoč, samopoč in nasvete v zvezi z drogami in AIDSom«. Društvo je bilo ustanovljeno leta 1990. Veliko Stigminih aktivistov je bilo na začetku vpletenih v etnografske raziskave, ki so se odvijale v letu 1991. (Kocmur 1999, 333)

Leta 1991 je v Ljubljani potekala okrogla miza o »narkomaniji«. Izkušnje nekaterih držav so namreč pokazale, da se dokončno uspe izmakniti zasvojenosti z drogami le približno 30 % odvisnih od drog. Že takrat so ugotavljali, da je to eden izmed razlogov, da potrebujemo najrazličnejše programe preprečevanja, zdravljenja in rehabilitacije. Sem sodijo poleg visokopražnih (popolna abstinenca) tudi različni nizkopražni programi zmanjševanja škodljivih posledic, ki tolerirajo uživanje drog. (Pov. po Nolimal, Rejc 1996, 50-58)

Na tej okrogli mizi je Slavko Gorjup iz društva Stigma opozoril, da se mora spremeniti besednjak. Ni narkomanov in ne narkomanije. Po njegovem gre za uživalce in odvisnike od drog. Društvo Stigma izhaja iz pravic uživalcev drog – od spodaj navzgor. Uživalci drog si želijo in zahtevajo primerno zdravljenje, dekriminalizacijo uživanja drog, čim manj represije, čim več dialoga, čim manj pritiska policije. Represija po njegovem onemogoča stik. (Pov. po Nolimal, Rejc 1996, 50-58)

Dušan Nolimal je takrat opozoril na nepripravljenost Slovenije na problem zlorabe dovoljenih in nedovoljenih drog. Vzroki za to so številni in zelo kompleksni. Veliko bi lahko govorili o neznanju, nemoči ali ignoranci vlade. Opozoril je na pomanjkanje zdravstvene vzgoje šolarjev, pomanjkanje ustreznih kadrov, zdravstveno vzgojnih programov ter da šolstvo in zdravstvo slabo sodelujeta – ni najnujnejšega denarja. Poudaril je, da zdravstvena vzgoja ni le skrb strokovnjakov, starševska, zdravniška, vzgojiteljska in moralna obveznost, sodi tudi v ekonomsko razmišljanje vsake vlade. (Pov. po Nolimal, Rejc 1996, 50-58)

Konec leta 1991 je bil v Ljubljani ustanovljen Socialni forum za zasvojenosti in omame, kot civilno združenje strokovnih in prostovoljnih delavcev socialne sfere na področju zasvojenosti in omam. V tem času se je pri nas čedalje bolj pereče kazal problem zasvojenosti mladih z drogami. Država in javne zdravstvene ustanove imajo navadno kratkotrajne centre za razstrupljanje, ki so sicer nujni, nihče pa ne pričakuje, da bi narkomana ozdravili zasvojenosti ali ga celo socialno usposobili za urejeno življenje v družini, pri delu in v prostem času. Prav tako seveda ne, da bi lahko celostno pomagali urediti zapleteno problematiko družine, v kateri je eden od članov zasvojen. Pri zasvojenosti namreč ni nikdar problem droga ali alkohol, ampak vedno človek, ki se omamlja, in medčloveški odnosi vseh, ki živijo z njim. Vprašanje urejanja zasvojencev je, kaj vse je treba dati človeku potem, ko je prenehal z mamili, in kako mu omogočiti, da bo sam s svojimi bližnjimi vse to »dobil«. Gre torej za osebno in socialno urejanje. Takšnim nalogam se posvečajo civilni sistemi pomoči zasvojencem in samopomoči zasvojencem. Zato so nujni komplementarni pol javnim službam na področju reševanja problematike drog. Socialni forum se je tesno povezal z italijanskim programom CeIS in v Sloveniji pomagal pri ustanovitvi Projekta Človek. Osnova tega projekta je celostna podoba človeka v vseh njegovih razsežnostih. Pomemben je zdrav organizem in uspešno delovanje duševnosti, prav tako pa tudi duhovna svoboda odločanja in osebne odgovornosti do svojih življenjskih nalog, vsakdanje usklajevanje medčloveških odnosov, kulturno in duhovno poglobljanje, doživljanje smisla v svojem vsakdanu. Projekt Človek je celostna vizija o uresničitvi človeka z vsemi osebnimi možnostmi sredi konkretne družbe. (Pov. po Ramovš 1995, 95-117)

Septembra 1993 so se na mednarodnem seminarju o informacijskih sistemih in uporabni metodologiji na področju drog prvič srečali strokovnjaki z različnih področij – policije, pravosodja, zdravstva, sociale. Zdravniki so takrat govorili o 1500 uživalcih heroina, policija pa

je ocenjevala, da jih je že več kot 3000. Izkušnje na področju zbiranja informacij o drogah ter izkušnje pri ustanavljanju lokalnih akcijskih skupin v Sloveniji so pokazale, kako pomembno je medsebojno sodelovanje različnih služb, zlasti pravosodja in policije ter zdravstva in sociale na področju epidemiološkega spremljanja te problematike. Delavci v policiji in pravosodju poznajo nekatere bistvene informacije, ki so potrebne za ustrezno, predvsem pa pravočasno ukrepanje zdravstvenih in socialnih služb. Seminarja so se udeležili tudi člani skupine Pompidou. Njeno delo temelji na predpostavki, da je problem zlorabe drog mednaroden in da bodo članice pridobile tako na nacionalni kot mednacionalni ravni, če bodo bolje razumele izkušnje drugih. Mednarodni problemi pa so tihotapstvo, prostitucija, kriminal, aids. Slovenija se je na tem seminarju obvezala, da bo postala enakopravna članica te skupine. (Nolimal in Rejc 1996, 69)

Kot posledica zahtev aktivnih skupin uporabnikov drog, vključenih v projekt Odbora za zaščito norosti Stigma, je Ministrstvo za zdravstvo aprila 1995 izdalo navodila za vzpostavitev devetih centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od nedovoljenih drog, ki so izvajali metadonski vzdrževalni program v nekaterih večjih mestih po Sloveniji. Posamezni zdravniki so metadon sicer že predpisovali od leta 1991, vendar do leta 1995 to področje zdravstva ni bilo zakonsko urejeno. Tako v metadonskem programu kot tudi v aktivnosti samoorganiziranih skupin uživalcev in drugih, ki so si prizadevali za uvajanje politike normalizacije in oblikovanje različnih, ne zgolj k abstinenci usmerjenih oblik pomoči, so mnogi videli način omajanja, celo poraz prej dominantnega psihiatričnega lobija, ki je prej nasprotoval vsem oblikam zmanjševanja škode. (Fojan 1999, 245)

Pojem in strategija zmanjševanja škode sta nastala pred dobrim desetletjem kot trezna in realistična možnost ukvarjanja s problemi, povezanimi z uživanjem drog. V nasprotju s klasičnimi prijemi, ki pri obravnavi uživalcev temeljijo na imperativu abstiniranja in ozdravitve, pri politiki pa na prepovedi in preganjanju, ta prijem izhaja po eni strani iz pragmatičnega spoznanja, da so droge pojav, ki obstaja v vseh civilizacijah in ureditvah in ga ni mogoče povsem odpraviti, po drugi strani pa iz etične opredelitve, da je uživanje drog osebna odločitev in pravica vsakega človeka, da počne s svojim telesom, kar hoče. Izkušnje iz okolij, kjer so normalizacijo uveljavili kot politiko do drog, so pokazale pozitivne rezultate pri družbenem ukvarjanju z užitci drog. Tako lahko rečemo, da je zmanjševanje škode reakcija na neuspeh

terapevtske in represivne politike do drog ter javno zdravstveni odgovor na epidemijo aidsa. (Flaker 2002, 6-7)

Ob kratkem pregledu »slovenske zgodovine« obravnave drog vidimo, da se je le-ta odvijala vzporedno. Na eni strani so uživalci sami dali pobudo za ustanovitev društva Stigma in opozarjali na potrebo po programih zmanjševanja škode, na drugi strani pa so se odzvale državne institucije, v prvi vrsti z vzpostavitvijo programov, usmerjenih v trajno abstinenco. Proti koncu 90-ih let sta se ti poti nekako srečali, ena in druga stran sta potrdili, da potrebujemo tako programe zmanjševanja škode kot programe celostnega urejanja uživalca drog.

2 POLITIKA IN DROGE

Večina doslej dominantnih politik do drog se je oblikovala na podlagi dveh diskurzov, medicine oziroma psihiatrije na eni strani in policijsko nadzorovalnega aparata na drugi strani. Oba diskurza tematizirata drogo kot družbeno deviantnost in poudarjata njeno izjemnost oziroma da je uporaba nedovoljenih drog odklon od standardov družbeno sprejemljivega vedenja.

Med najvplivnejšimi miselnimi modeli, ki narekujejo zaznavanje drog, so moralni, medicinski, kazenskoopravni in socialni. Prav ti modeli razdelijo vloge in lastnosti, pripisane ljudem, ki drogo uživajo. Skozi moralni pogled dobijo uživalci drog oznake, da so grešni, zlobni, brezvestni, pokvarjeni, izprijeni, hedonistični in zato potrebujejo moralno korekcijo. Medicinski model narekuje podobe uživalcev, po katerih so ti bolni, zmešani, okuženi, nori ter potrebujejo medicinsko pomoč in obravnavo. Kazenskoopravni pogled določa podobe, po katerih so uživalci drog kriminalni, slabi, neodgovorni, nesocialni in jih je potrebno kaznovati. Omenjeni trije pogledi zožujejo zorni kot predvsem na ravnanje posameznika, medtem ko četrti, socialni, sicer upošteva širši kontekst, kot na primer ekonomske in družbene razmere, uživalce drog pa prikazuje predvsem kot žrtve teh razmer. (MacDonald, Patterson 1991; Kenny, McCabe 1999; Rasmussen 2000; Flaker 2002).

Fojanova (1999, 247) ugotavlja, da je retorika drog zadnjih trideset let skoraj nespremenjena ter da diskusijo o drogah še vedno obvladujejo predvsem medicinska interpretacija in zahteve po rigoroznejšem ukrepanju organov pregona. Zdi se torej, da javnost njunega paradoksalnega položaja pravzaprav niti ne zaznava niti ne kritizira, bolj kot to se zdi, da se v javnih diskusijah potegne na površje tisti vidik, ki trenutno najbolj zadovolji publiko. Produciranja javnih podob o drogah ne moremo gledati izven odnosov moči. Odnos med znanjem in močjo je bil sicer redko neposredno raziskovan, vendar obstaja več posrednih dokazov, ki kažejo predvsem negativne učinke moči na znanje. Scholl (v: Cranach, Doise, Mugny 1992) opazi med tipičnimi reakcijami, ki so povezane z izkazovanjem moči, da močnejši ponavadi ustavi diskusijo, ko opazi, da so njegovi interesi v nevarnosti, da so ljudje, ki zastopajo drugačna mnenja, podvrženi konformističnemu pritisku in so pogosto izločeni iz skupine, če se ne uklonijo, da se informacije zadržujejo ali se z njimi manipulira, da bi močnejši akterji prišli do zaželenega rezultata in da

šibkejši v diskusiji neradi spontano predstavijo svoje mnenje. Če te reakcije apliciramo na javni diskurz o drogah, lahko opazimo podobne zakonitosti reagiranja. Okrogle mize in javne razprave so dober primer manifestiranja boja za prevlado moči pri postavljanju definicij. Nesorazmerje moči se tako najočitneje kaže med stališči, ki jih zastopajo strokovnjaki in uporabniki, slednjim se možnosti za deklariranje svojih stališč v javnem prostoru skoraj ne namenja, kvečjemu takrat, ko pritrjujejo dominantnim diskurzom (npr. ko pred publiko nastopajo bivši uživalci drog). Nesorazmerje moči pa se izkazuje tudi, ko gre za prestižne pozicije med posameznimi strokami. Tako medicinski pogled prekaša vsak drug (npr. socialni, pedagoški), pogosto tudi kazensko pravni. (Grebenc 2003, 14)

Zgodovina upravljanja z zasvojenostjo je pravzaprav zgodovina protislovij, dvoumnosti, oporekanj in spodbijanj med medicinskimi in pravnimi režimi. Medicinski in pravni režim, ki si pri obravnavanju zasvojenosti jemljeta največji vpliv, sta dejansko ves čas v medsebojni napetosti. Koncept bolnika in koncept kriminalca sta v popolnem nasprotju, medtem ko se prvemu odreka prostovoljnost ravnanja, je pri drugem svobodna volja in pristanek pogoj, ki ga mora oseba izpolnjevati, da je dejanje predmet kaznovanja. (Malley 2002).

Janez Pezelj je v svojem magistrskem delu Vloga parlamenta v boju proti kriminalu z drogami pregledal slovensko zakonodajo s tega področja in vlogo parlamenta pri spreminjanju le-te. Pezelj ugotavlja, da je bilo vprašanje prepovedanih drog predolgo časa razumljeno kot izključno zdravstveno-policijski-socialni problem in je bilo širše multidisciplinarne razprave deležno redkokdaj. Stanje se zaradi novih spoznanj počasi le spreminja. To pomeni, da se sedaj v spopade že enakopravno vključujejo tudi psihologi, sociologi, farmakologi, strokovnjaki kazenskega prava, penološki delavci, učitelji, vzgojitelji, novinarji, politologi, ki se predvsem ukvarjajo z oblikovanjem politik, in vsi tisti, ki se pri delu srečujejo s problematiko drog. Pri tem ne smemo zanemariti nevarnosti, da so na problematiko prepovedanih drog, ki ima tako izrazito socialno razsežnost, ob takšnem številu strokovnjakov lahko pogledi in predlogi za reševanje celo nasprotujoči, saj so odvisni navsezadnje tudi od svetovno nazorskih prepričanj. A ko se različnost preseže, lahko povezano znanje onemogoči ali prepreči del škode, zanesljivo pa omili storjeno škodo, zlasti pri tistih, ki so se znašli v kleščah tako imenovane bele kuge. (Pezelj 2002, 14)

Pezelj je v svojem magistrskem delu evropskim parlamentom postavil več vprašanj. Eno od njih se je nanašalo na mnenje, ali je treba problematiki drog nameniti dodatno pozornost, čeravno so zakoni že sprejeti: Navzlic temu, da je zakonodaja s tega področja v glavnem sprejeta, so v vseh parlamentih izjavili, da bi morali biti na problematiko zaradi zelo agresivne »narkomafije« še bolj pozorni. Namignili so, da vidijo tu pomembno veliko vlogo nevladnih organizacij. Njihovi strokovnjaki so v vsakdanjem stiku s stvarnim življenjem odvisnikov, poznajo smeri razvoja drog, srečujejo se tudi na mednarodnih seminarjih, okroglih mizah, javnih soočenjih, izmenjujejo si mnenja in so glede problematike v vsem na tekočem. Tega ne moremo trditi za prezaposlene strokovnjake v parlamentih ali poslance, ki so vpeti v naprej določen ritem dela. (Pezelj 2002, 182)

Trenutna politika do drog spodbuja predvsem zmanjševanje zdravstvenih posledic uživanja (varnejše uživanje drog z namenom preprečevanja širjenja nalezljivih bolezni, ...), nepokrito pa ostaja obsežno področje socialnih posledic, povezanih z uživanjem drog. (Grebenc 2003,157)

Politika države do drog tudi pri nas temelji na medicinskem in represivnem pogledu, šele zadnjih nekaj let so dobili tudi predstavniki drugih disciplin možnost povedati svoje mnenje. Slovenija je podpisnica številnih mednarodnih dokumentov na področju boja proti drogam, prav tako so bili v parlamentu sprejeti številni zakoni, ki urejajo boj proti drogam v različnih resorjih. Kljub temu ostaja vtis, da je v Sloveniji na tem področju še veliko vprašanj odprtih. Odgovore bi kazalo iskati pri uživalcih drog, tako aktivnih kot neaktivnih, in strokovnih delavcih različnih strok, ki se pri svojem delu srečujejo s problemom drog.

2.1 MEDNARODNA ZAKONODAJA

Prvi začetki mednarodnih organiziranih dejanj in ukrepov proti zlorabi mamil in psihotropnih snovi segajo v leto 1909, ko se je na pobudo ZDA 13 držav udeležilo prve mednarodne konference o mamilih v Šanghaju. Udeleženci so takrat sprejeli 9 zahtev za nadzor in zmanjševanje trgovine z opijem. Te zahteve so 1912 pripomogle k sprejetju prve mednarodne konvencije o opiju oziroma sprejetju tako imenovane Haaške konvencije. Leta 1915 je konvencija postala prvi obvezni inštrument mednarodnega prava, ki je urejal nadzor nad nezakonitimi, predvsem ladijskimi prevozi opija. Konvencija je vsebovala samo priporočila, vendar je vseeno pomenila simboličen začetek mednarodnega boja proti prepovedanim drogam.

Najpomembnejše mednarodne pogodbe na tem področju, ki danes pomenijo temelj mednarodnega nadzora nad nedovoljenimi drogami, so bile sprejete med letoma 1912 in 1972. Mednarodni nadzor sicer temelji na nacionalnih zakonodajah, ki pa morajo biti v skladu z mednarodnimi pogodbami, če so države podpisnice pogodb. Temeljna usmeritev in vsebina mednarodnih pogodb v zvezi z nedovoljenimi drogami je sledila cilju notranje represivne zakonodaje večine držav, to je zmanjševanju obsega ponudbe oziroma dostopnosti drog. (Pezelj 2002,101)

2.1.1 SKUPINA »POMPIDOU«

V sklopu Sveta Evrope deluje t.i. skupina »POMPIDOU«, ki je bila ustanovljena leta 1971. Skupina je usklajevalni organ na področju boja proti zlorabi in trgovanju z nedovoljenimi drogami.

Ta skupina se ukvarja s preprečevanjem ponudbe ilegalnih drog pa tudi preprečevanjem povpraševanja po drogah. To je izrazito multidisciplinarna skupina. Njeno delo temelji na predpostavki, da je problem zlorabe drog mednaroden in da bodo članice pridobile tako na nacionalni kot mednacionalni ravni, če bodo bolje razumele izkušnje drugih. Mednarodni problemi pa so tihotapstvo, prostitucija, kriminal, aids. (Nolimal, Rejc 1996, 69)

Skupina deluje na naslednjih področjih:

- raziskovanje učinkovitosti kazenskega prava posameznih držav na področju zlorabe mamil in psihotropnih snovi;
- raziskovanje različnih oblik boja proti trgovini z mamili in psihotropnimi snovmi v smeri odkrivanja in zaplembe nezakonitih dobičkov;
- zbiranje in analiziranje gradiv za oblikovanje politik na področju mamil in psihotropnih snovi;
- raziskovanje pobud na polju vzgoje in izobraževanja.

Skupina namenja pozornost tudi raziskovanju številnih problemov, ki jih povzroča odvisnost od mamil in psihotropnih snovi, vključno z zdravljenjem in rehabilitacijo odvisnikov. (Pezelj 2002, 205)

2.1.2 URAD ZDRUŽENIH NARODOV ZA NADZOR NAD MAMILI IN PREPREČEVANJE KRIMINALA

Urad Združenih narodov za nadzor nad mamili in preprečevanje kriminala ocenjuje, da je na svetu več kot 180 milijonov uživalcev prepovedanih drog in da se število odvisnikov na največjih trgih s prepovedanimi drogami ne zmanjšuje. Droge postajajo vedno večji problem in v različnih državah se mu upirajo z različnimi prijemi: najprej s pomočjo lastne zakonodaje, ki urejuje področje boja proti zlorabi drog, nato s pomočjo mednarodne zakonodaje in z dvostranskimi sporazumi povezanih držav o sodelovanju v boju proti zlorabi drog, s podzakonskimi določili ter nato s pomočjo represivnih aparatov ter s programi številnih nevladnih organizacij, ki so prav tako namenjeni preprečevanju zlorabe drog. Ker je problem uživanja škodljivih snovi vedno večji in sega v vse pore družbenega življenja, je dobrodošla sleherna dejavnost, ki poskuša ta družbeni pojav omejiti. (Pezelj 2002, 205)

2.2 SLOVENSKA ZAKONODAJA NA PODROČJU DROG

Slovenija je podpisnica številnih sporazumov pri Združenih narodih ali njih naslednice, ki so bili podpisani s prejšnjo Jugoslavijo. Najpomembnejši od njih vključujejo Enotno konvencijo o mamilih iz leta 1961, Protokol o spremembi enotne konvencije o mamilih iz leta 1972, Konvencijo o psihotropnih substancah iz 1971 in Konvencijo zoper nezakonit promet mamil in psihotropnih snovi iz leta 1988. Poleg teh je Slovenija v juniju 1998 podpisala tudi deklaracijo o vodenju principov o zmanjševanju porabe drog, ki ga je prevzela po glavnem zboru ZN v New Yorku.

V letu 2003 ni bilo sprememb v zakonih, upravljanju ali smernicah na področju drog. Zakoni so bili primerno izvršeni, s strani ustreznih avtoritet, kot so ministrstva, policija, carina, inšpektorji... Ministrstvo za zdravje je izdalo predpis na listo in trgovino predhodnikov v juliju 2004. V bližnji prihodnosti so pričakovane nekatere spremembe v zakonih in upravljanjih, odkar je bila prevzeta nova nacionalna strategija, posebno na področju kriminalne zakonodaje, alternativne zaporne kazni za kršilce uporabnikov drog in definicija količine drog za osebno uporabo.

Pričakovane spremembe zakonodaje glede na novo nacionalno strategijo so:

- strožje obsodbe ali kazni za trgovce, prodajalce drog in osebe, ki prodajajo nezakonite droge in dajejo možnost za njihovo uporabo (zlorabo) v bližini šol ali blizu zbirališč, namenjenih otroškim ali mladostniškim aktivnostim, ali zlorablajo vpliv na otroke in mladostnike, ki se ne zavedajo realnih posledic uporabe drog;
- nove mere za hitrejšo sodno postopke, posebno kjer je odvisnost glavni vzrok kriminalnega dejanja;
- priskrbeti alternativne kazni namesto zapornih za kršilce uporabnikov drog;
- določiti količino drog za osebno uporabo.

Novo strategijo na področju drog je sprejel Državni zbor v februarju 2004. Ta dokument je bil diskutiran na medministrskem in vladnem nivoju v letu 2003, sprejet pa s strani Vladne komisije za droge.

Urad za droge je bil prestavljen z vladnega nivoja v organizacijsko strukturo Ministrstva za zdravje kot rezultat reform javne administracije. Urad za droge je del Ministrstva za zdravje od 1.4.2004 dalje. Vse naloge služb ostajajo enake, vključno medministrska koordinacija kot najpomembnejša naloga službe.

Urad za droge je začel aktivnosti za pripravo plana nacionalne akcije v februarju 2003 in v ta namen organiziral medministrska srečanja. Nekateri akcijski plani so bili že pripravljeni s strani Ministrstva za notranje zadeve. (Povz. po Košir 2004, 22)

2.2.1 NACIONALNI PROGRAM NA PODROČJU DROG 2002-2008 - SMERNICE

Ob pripravi Nacionalnega programa na področju drog smo se zbrali strokovnjaki z vseh resorjev, ki se srečujemo z uživalci drog, in skupno ugotavljali, da se soočamo s podobnimi težavami. Težave se pojavljajo tako pri delu s posameznikom, kjer ugotavljamo, da posamezen strokovni delavec nima zadosti znanja, da bi lahko nudil celostno pomoč uporabniku, kot pri sodelovanju z drugimi službami, kjer naletimo na odpor oziroma strah pred sodelovanjem, saj se čutimo ogrožene in velikokrat razumemo poskus sodelovanja kot poseg v naše področje delovanja.

Nacionalni program na področju drog 2002-2008 opredeljuje sodelovanje na več ravneh, in sicer:

- sodelovanje na mednarodni ravni, saj globalna narava problema drog zahteva okrepljeno mednarodno sodelovanje, zlasti glede reševanja negativnih posledic delovanja organiziranega kriminala, pranja denarja in korupcije, poleg tega pa ima Slovenija interes tudi zaradi aktivnega vključevanja v soustvarjanje politike in strokovnih pristopov pri reševanju problematike, povezane z uporabo in zlorabo drog.
- sodelovanje na ravni države, tj. povezovanje koordinacij, ki delujejo v slovenskem prostoru na različnih nivojih, kot so Komisija za droge in Koordinacija urada za droge, Komisija za preprečevanje nedovoljene trgovine s prepovedanimi drogami ter Lokalne akcijske skupine. Vsi trije nivoji se med seboj smiselno povezujejo.
- sodelovanje na ravni lokalne samouprave: Lokalne akcijske skupine so ustanovljene kot strokovno posvetovalni organi, pristojni za pripravo usklajenih ukrepov lokalnih skupnosti na področju drog in spremljanje izvajanja le-teh.
- sodelovanje na nevladni ravni: nevladne organizacije in Zveza nevladnih organizacij, ki s svojim delovanjem dopolnjujejo dejavnosti javne službe na področju preprečevanja in obravnave odvisnosti od prepovedanih drog. (Povz. po: Nacionalni program na področju drog 2002-2008).

2.2.2 RESOLUCIJA NACIONALNEGA PROGRAMA NA PODROČJU DROG 2004 – 2009

S strateškim planom se določijo dolgoročni in kratkoročni cilji. Dolgoročni cilj slovenske Resolucije nacionalnega programa na področju drog 2004-2009 (v nadaljnjem besedilu Resolucija) je predvsem okrepiti strategije za zmanjševanje škode povpraševanja po drogah ter povečati strategije za preventivo in zmanjševanje škode v skladu s sprejetimi dokumenti v državah Evropske unije. Kratkoročni cilji pa predvidevajo razvoj politike in strategij za povečanje osveščenosti o problemu drog, razvoj zmogljivosti znanja in vedenja ter okrepitev mrežnega sistema sodelovanja.

Znotraj teh strateških ciljev so na **nacionalni ravni** opredeljene naslednje vsebine:

1. razvoj informacijskega sistema;

2. v okviru zmanjševanja povpraševanja po drogah: preventiva, zmanjševanje škode zaradi uporabe drog, zdravljenje in socialna obravnava ter civilna družba;
3. preprečevanje ponudbe drog;
4. sintetične droge;
5. pospešeno mednarodno sodelovanje;
6. usklajevanje na različnih ravneh;
7. raziskovalno delo, ovrednotenje in izobraževanje.

Odgovorni nosilci na ravni države so Komisija Vlade RS za droge, ministrstva in drugi organi, javni zavodi, na lokalni ravni pa LAS kot posvetovalno telo župana.

LAS – Lokalno akcijska skupina

Nacionalni program v povezavi z Lokalnimi akcijskimi skupinami (v nadaljevanju LAS) predvideva razvoj modela celovitega skupnostnega medsektorskega sodelovanja na lokalni ravni. LAS je definiran kot strokovno posvetovalno telo župana in /ali mestnega /občinskega sveta. LAS se ukvarja izključno z dejavnostmi na področju preprečevanja zasvojenosti, sestavljeno pa naj bi bilo iz predstavnikov občine, vrtcev, šol, staršev, mladih, zdravstvenega doma, centra za socialno delo, zavoda za zaposlovanje, policije, sodišča, nevladnih organizacij (zlasti mladinskih centrov ali klubov ter športnih in kulturnih društev), verskih skupnosti, medijev.

Temeljni cilji pri delu LAS naj bi bili zlasti:

- povezovanje različnih akterjev na lokalni ravni;
- priprava in izvedba raziskave oziroma analize stanja;
- razvoj preventivnih programov (npr. izobraževalni programi v obliki predavanj in delavnic), spodbujanje prostočasnih dejavnosti, zagotavljanje celovite skrbi za mlade, zlasti zaščita zdrave populacije;
- razvoj programov zmanjševanja škodljivih posledic rabe in zlorabe drog;
- razvoj reintegracijskih in resocializacijskih programov.

Metoda ciljno naravnane planiranja omogoča LAS- om upoštevati nekatera načela, kot so:

- a) načelo celovitega in sočasnega reševanja problematike drog;
- b) načelo decentralizacije;

- c) zagotavljanje možnosti za odgovorno sprejemanje odločitev o ne uporabi drog (med otroki in mladostniki);
- d) načelo prilagojenosti različnim socialnim skupinam.

Na podlagi tako zastavljenih načel je možno uresničevati naslednje cilje:

- enakovredno obravnavanje problematike drog;
- vključevanje problematike vseh drog (legalnih in ilegalnih) kakor tudi zniževanje števila okuženih s HIV in AIDS;
- okrepiti represivne dejavnosti na lokalni ravni;
- celovitejše obravnavanje storilcev kaznivih dejanj v zvezi s prepovedanimi drogami;
- zagotoviti politično in finančno podporo na lokalni ravni;
- spodbujati različne akterje;
- zagotoviti vrednotenje in stabilno financiranje potrjenih programov in ukrepov.

(Povz. po Glušič 2005, 15-17)

Deklaracija o smernicah na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah, ki je bila sprejeta na izrednem zasedanju Generalne skupščine OZN leta 1998, predvideva tudi spodbujanje aktivnega in usklajenega sodelovanja posameznikov na lokalni ravni oziroma krepitev zmožnosti lokalne skupnosti za delovanje na področju preprečevanja zasvojenosti. OZN ugotavlja, da sta udeležba širše skupnosti in partnerski pristop ključnega pomena za natančno oceno problemov, identifikacijo rešitev ter pripravo in izvedbo ustreznih politik na področju preprečevanja zasvojenosti.

Tak pristop mora biti multidisciplinaren in mora vključevati koordinacijo ter sodelovanje med ustanovami, kot so npr. zdravstvene in socialne službe, policija in sodstvo. Priporočljivo pa je, da so v koordinacijo vključene tudi šole, lokalne nevladne organizacije, verske skupnosti, lokalni mediji, mala in srednja velika podjetja ter različni zainteresirani posamezniki, kot so npr. uporabniki drog, starši, študenti idr.

Lokalne aktivnosti na splošno vključujejo intervencije, katerih namen je zlasti zmanjševanje uporabe drog v lokalni skupnosti, zmanjševanje škode zaradi uporabe drog za posameznike in

njihovo okolje ter zmanjševanje kriminalitete, povezane s prepovedanimi drogami. Vlade lahko podprejo tovrstne aktivnosti na različne načine, zlasti pa z vključitvijo lokalnih skupnosti v razvoj politike in programov na področju drog.

V lokalno skupnost usmerjeni programi lahko po prepričanju OZN pomembno prispevajo k preprečevanju in zmanjševanju uporabe drog in zasvojenosti, izboljšanju zdravstvenega stanja zasvojenцев, izboljšanju blaginje lokalnih prebivalcev in socialne povezanosti (kohezivnosti) znotraj lokalne skupnosti, ki je obremenjena s problematiko drog. Ti programi lahko na ravni lokalnih skupnosti prispevajo tudi k preprečevanju in zmanjševanju kršitev javnega reda in miru ter kriminalitete, povezane z drogami. Ozaveščanje in aktiviranje lokalne skupnosti lahko dolgoročno zagotovita podporo strategijam na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah.

Tudi Evropska unija oziroma EMCDDA (Evropski opazovalni center za droge in zasvojenost) vse več pozornosti usmerja k spodbujanju in proučevanju koordinacije na regionalni in lokalni ravni (t.i. vertikalna koordinacija na področju drog). Gre za koordinacijo med državnimi ustanovami (npr. vlado) na eni strani ter regionalnimi in lokalnimi oblastmi oziroma ustanovami na drugi strani. Politika na področju drog, zlasti pa njen javno-zdravstveni in socialno-varstveni del, je povsod praviloma decentralizirana na raven regije in /ali lokalne skupnosti. Zagotavljanje vertikalne koordinacije je ključnega pomena za uspeh nacionalne strategije na področju drog in njenega učinkovitega izvajanja.

Nacionalni program in smernice za razvoj LAS v prihodnjih letih

Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009 je bila sprejeta februarja 2004, pomembno vlogo namenja tudi LAS-om in razvoju modela celovitega medsektorskega sodelovanja na lokalni ravni. Smernice za delovanje LAS v naslednjem obdobju, ki izhajajo iz nacionalnega programa, so:

- LAS mora imeti pomembno vlogo pri načrtovanju in izvajanju različnih programov pri preprečevanju uporabe in zlorabe drog, zato bo Urad za droge pri Ministrstvu za zdravje v obdobju 2004/2005 v sodelovanju z LAS in različnimi strokami pripravil enotna izhodišča za oblikovanje in vrednotenje preventivnih programov v lokalni skupnosti.

- Zagotoviti je treba usklajenost zdravstvenih programov s socialno obravnavo uporabnikov pred vstopom v zdravstvene programe, med obravnavo in po končani obravnavi v zdravstvu, zato vlogo usklajevalca prevzamejo LAS, ki združujejo vse ključne nosilce različnih programov in dejavnosti z različnih področij.
- Vsi programi bi morali biti vrednoteni (evalvirani). Priporočljivo je, da evalvacijo izvajajo zunanji strokovnjaki, lahko pa tudi notranji.
- Dodatna finančna sredstva.
- Vzpostavljanje koordinacije LAS na državni, pokrajinski in občinski ravni.
- Pravno formalni okvir za delovanje LAS. (Povz. po Košir 2005, 5-14)

Analiza obstoječih LAS

V novembru 2004 sta bili narejeni kvantitativna in kvalitativna analiza obstoječih LAS v Sloveniji. Rezultati so pokazali, da je delo LAS usmerjeno pretežno v preventivo (vsi LAS), zmanjševanje tveganj/škode zaradi uporabe drog (53,5 %), manj pa so v LAS prisotna področja, kot so npr. zmanjševanje ponudbe drog (34,9 %), socialna reintegracija (27,9 %) in zdravljenje (9,3 %).

Ciljne skupine LAS so zlasti osnovnošolci, dijaki, študenti ter starši in družine, manj pa druge skupine, kot so npr. ne šolajoča mladina, predšolski otroci, splošna populacija, ostali odrasli in druge rizične oziroma ranljive skupine lokalnega prebivalstva. Glede na uporabo drog LAS največ pozornosti pri svojem delu posvečajo ne uporabnikom drog (tj. zdravi populaciji) in eksperimentalnim (občasnim) uporabnikom drog, manj pa uporabnikom drog, odvisnikom, nekdanjim uporabnikom drog ter drugim osebam z zdravstvenimi problemi, povezanimi z drogami. Strateške ciljne skupine oziroma dejavniki sprememb, na katere se usmerjajo aktivnosti LAS, so zlasti starši in družina, učitelji, vzgojitelji, socialni in zdravstveni delavci, manj pa nevladne/prostovoljne organizacije, policisti, psihologi, drugi strokovnjaki, nekdanji in aktualni uporabniki drog, skupine za (samo)pomoč idr.

Ob pregledu delovanja LAS- ov lahko ugotovimo, da je na področju preventive sodelovanje različnih institucij uspešno in produktivno. Kažejo se prvi pozitivni rezultati medsektorskega sodelovanja. Na področju preventive se je Slovenija odzvala smernicam Nacionalnega programa,

vendar ne po vsej Sloveniji. Zaostajajo še vedno manj razvite občine.

3 POGLEDI RAZLIČNIH DISCIPLIN NA UŽIVANJE DROG

Uporaba psihoaktivnih snovi in zasvojenost z njimi je multidisciplinaren in globalen problem družbe in ne zgolj problem družine in ožjega okolja oseb, odvisnih od drog, ali celo problem osebe same, ki zlorablja drogo. Ravno zaradi tako velike družbene razsežnosti problematike, ki je vezana na droge, je zaželeno, da se z njo ukvarja čimveč strokovnjakov z različnih področij. Da bi spremenili obnašanje prebivalcev do drog in preprečili odiranje oseb, odvisnih od drog, na obrobje družbe, je treba čim globalneje ozaveščati prebivalstvo. Potrebno je vpeljati nujne ukrepe, tako preventivne kot terapevtske, rehabilitacijske in resocializacijske. Glavni akterji pri tem delu so strokovnjaki, ki praviloma izhajajo iz različnih življenjskih okolij, različnih izobraževalnih programov, starostnih skupin in svetovnih nazorov. Ravno zaradi tega pa so njihovi pogledi na problem uporabe in zlorabe drog in ukrepanja na tem področju pogosto zelo različni. Ta večplastna različnost je včasih tudi ovira za uspešno interdisciplinarno obravnavo posameznika ali problema uporabe drog kot celote. (Povz. po Krek v Soc. delo 1999, 307)

Velikokrat so že poskušali priti do splošno sprejemljive definicije zasvojenosti, vendar za zdaj ostaja problem nerešen in vsi odgovori sporni. Zato imajo besede, za katere se morda zdi, da opisujejo bolj ali manj isto (npr. škodljiva uporaba drog ali uporaba drog v neustrezne namene), v pomenu subtilne odtenke, in lahko med strokovnjaki za droge privedejo do ognjevitih, včasih tudi ogorčenih razprav. Laiku se bo to zdelo dokaj nenavadno in pikolovsko, saj tudi je, razlog za tolikšno ukvarjanje s pomenoslovjem pa je v tem, da so mnenja o tako temeljnih vprašanjih, kot npr. kdaj »čezmerna« uporaba postane »zasvojenost« oziroma ali je problem prvenstveno fiziološki, psihološki ali obojestranski, močno deljena. (Barber 1997, 22)

Krek vidi kot prvo nalogo na področju drog prav poenotenje strokovnega izrazoslovja. Izrazil je pričakovanje, da se bo v dodiplomskem izobraževanju na različnih usmeritvah vzpostavilo redne programe izobraževanja s tega področja, z namenom, da se ustvari določena količina znanja, ki je nujno potrebna za delo na tem področju, in kvalitetne medsebojne pretoke informacij. Pričakuje tudi, da se bosta poenotila terminologija in temeljni nabor pojmov in definicij, s čimer bi omogočili kvalitetno komunikacijo med različnimi strokovnjaki. Zgoraj naštetimi pogoji bi pripomogli h kvalitetnim pogovorom o problematiki odvisnosti od drog, s čimer bodo strokovnjaki učinkovitejši pri delu v interdisciplinarnih skupinah. (Pov. po Krek 1999, 307)

Zasvojenost je psihosocialen proces, ki pomeni redno uživanje drog, od katere oseba postane odvisna - telesno, duševno in psihično. Za heroinsko odvisnost je značilno, da človek sčasoma začne propadati na vseh področjih - telesnem, poklicnem, družinskem, medosebnem, duhovnem. Odvisnost človeka pripelje v dejanja, ki jih kot nezasvojen človek ne bi nikoli storil - kraje, vlomi, nasilje, manipulacija. Kljub vsem stereotipom in obtoževanjem pa so zasvojenci ljudje, ki potrebujejo pomoč in podporo. Zasvojenost je treba zdraviti na vseh področjih, najprej se mora odvisnik zdraviti na telesnem področju - kriziranje, čiščenje telesa. Zdravljenje se mora dopolnjevati z delovno terapijo, kajti večina odvisnikov nima delovnih navad, saj je njihovo življenje eno samo tekanje za drogo in denarjem. Uživalec drog se mora zdraviti tudi duševno, psihično razreševati svoje pretekle vzgibe, mora osebnostno rasti in se ves čas dopolnjevati. V zdravljenje je zelo pomembno vključiti celotno družino - družinska terapija, zavedati se je potrebno, da ni mogoče spreminjati celotne družbe, da bi odvisniku uspelo, potrebno je spremeniti primarno socialno mrežo - družino, kjer se morajo vsi člani družine spremeniti in si solidarnostno pomagati pri premagovanju odvisnikove zasvojenosti. **Zasvojenost je škodljiva potreba; njene kvarne posledice se kažejo na vseh človekovih razsežnostih.** (Ramovš 1999, 60-61)

Grebenčeva (2003, 59) vrste škod razdeli na tri glavna področja, ki pa so med seboj povezana - socialno in osebno, pravno - formalno, zdravstveno.

Socialna in osebna škoda

V družbi so uživalci drog stigmatizirani in podvrženi negativnemu stereotipiziranju, kar vodi v nizko samopodobo ljudi, ki uživajo droge, hkrati pa tudi v zavračanje uživalcev v širši skupnosti:

- medsebojni odnosi s prijatelji, družino, sodelavci so lahko okrnjeni ali izgubljeni, vsekakor pa so ti odnosi zaradi uživanja drog obremenjeni;
- možnosti zaposlitve in drugi pozitivni karierni načrti so preprečeni zaradi policijskih ali zaporniških kartotek, neizpolnjevanja delovnih obveznosti ali šolskih obveznosti;

- delo in izobraževalni proces sta lahko okrnjena ali prekinjena, ker nekdo uživa droge intenzivno in nekontrolirano, lahko je oteženo ali onemogočeno tudi vključevanje v nadaljnje izobraževanje, lahko pa pride tudi do izključitve iz izobraževalne ustanove;
- tisti, ki so v skupnosti poznani kot uživalci drog, imajo omejen dostop do pravic, ki so v skupnosti na voljo ljudem, ki ne uživajo drog (npr. ne dobijo mesta v materinskem domu, ne smejo v mladinski klub, šikanirani so pri prošnjah za denarno pomoč, ne smejo se vključiti v prostočasne organizacije...). Že tako nizka samopodoba je tako še podkrepljena z izkušnjami, ki jih imajo z neuživalci, kar utrjuje uživalce v fatalističnem pogledu na prihodnost.

Pravno - formalna škoda

Ker je posest droge že v manjših količinah prekršek, nabava in prodaja pa sta kaznivi, so ljudje tudi zaradi lastne uporabe drog zabeleženi v policijskih kartotekah. Opravka imajo s sodiščem, nekateri krajši ali daljši čas preživijo v priporu ali zaporu, kar vse vpliva na osebno kariero tega človeka. Zmanjševanje škode je zelo težko, pri čemer ne gre brez dogovarjanja s policijo. Tako je nujno, da policijo obvestimo o vseh aktivnostih, ki se jih v okviru zmanjševanja škode izvaja na nekem področju.

Škoda za zdravje

Nepoznavanje drog in načinov uživanja vodi v vrsto škodljivih posledic za zdravje: predoziranje, okužbe, poškodbe, nesreče. Posledice so rezultat souporabe pribora, nepoznavanja drog, precenjevanja lastnih zmožnosti, napačnih predstav o uživanju, nezavarovane spolnosti. Zaradi intenzivnega uživanja ljudje slabše skrbijo za prehrano, niso pozorni na bolezni (tuberkuloza, hepatitis) in se ne zdravijo. Pogosto imajo tudi neurejeno zdravstveno zavarovanje, s čimer so jim zaprte poti do zdravniške oskrbe. (Grebenc 2003, 59)

Strokovna literatura na področju drog govori o tako imenovanih kriterijih odvisnosti, ki so:

- pojav odtegnitvene (abstinenčne) krize, če organizem ostane brez droge;
- rast tolerance - za doseg želenega učinka so potrebne čedalje večje količine droge;

- okupiranost z drogo - zasvojeni porabi veliko časa in energije za to, da si drogo priskrbi (tako imenovano tekanje za drogo), za uživanje in za okrevanje od posledic;
- trajna želja, da bi z jemanjem prenehal - ne da bi v tem uspel;
- pomembno popuščanje v šolskih, družinskih, poklicnih ali socialnih dejavnostih;
- nadaljevanje jemanja kljub velikim telesnim ali življenjskim težavam zaradi tega.

Literatura običajno tudi navaja, da gre za odvisnost, če so prisotni trije (ali vsaj dva) od omenjenih kriterijev. Nekateri menijo, da naj bi za diagnozo zadostoval zgolj pojav odtegnitvene krize, ostali kriteriji (razen pojava tolerantnosti) pa naj bi bili le njena posledica. (Auer 2001)

Odvisnost je proces, ki se razvija in pogloblja. Več ko je prisotnih kriterijev, hujša je. V začetnih obdobjih ugodni učinki drog še prevladujejo, ko pa zasvojeni za dosego učinka potrebuje vedno več droge in se pojavijo tudi prvi odtegnitveni simptomi, se prične zavedati nevarnosti ter poskuša omejiti rabo. Pojavi se občutek krivde, ki pa lahko vodi v povečevanje in ne zmanjševanje uživanja (beg v omamo). Za obdobje polno razvite odvisnosti pa je značilna popolna okupiranost z drogo, pogosto povezana tudi z razpečevanjem, s krajami, seksualnim delom (prostitucijo) ipd. Odvisni droge ne jemlje več zaradi užitka, ampak da bi odgnal ali preprečil odtegnitveno krizo; iz istega razloga prične uživati še druge droge. Njegovo vedenje v veliki meri določajo obrambni mehanizmi, s katerimi odvisnost zanika oziroma izriva iz polja zavednega. (Auer 2001)

Različne stroke različno definirajo zasvojenost. Pri tem uporabljajo različne izraze in pojme opisujejo z različnimi besedami. Vsem pa je skupno, da je uživanje drog po eni strani posameznikova pravica do svobodnega odločanja o njegovem načinu življenju, vendar, ko človek postane z drogami zasvojen, je prizadeta tudi njegova ožja in širša okolica.

Zasvojene ljudi družba še vedno ocenjuje na podlagi stereotipov in jih obtožuje, vendar so to ljudje, ki potrebujejo pomoč in podporo.

Zasvojenost je treba obravnavati na vseh področjih človekovega delovanja, saj povzroča škodo na človekovem zdravju, na socialnem in osebem področju ter na pravno formalnem področju njegovega delovanja.

3.1 MEDICINA

Definicija svetovne zdravstvene organizacije WHO opredeljuje odvisnost od drog: »Odvisnost je psihično, včasih tudi fizično stanje, ki je posledica interakcije med živim organizmom in drogo, s karakteristično (značilno) spremembo v obnašanju in drugimi reakcijami, ki vedno vključuje potrebo, da se droga jemlje trajno ali periodično (občasno), da se doseže njen psihični učinek, ali da se človek izogne neprijetnostim, ki so posledica njenega nejeemanja.« (Kušević 1987, 34)

Pojem odvisnost (angl. dependence) se ne nanaša samo na psihoaktivne droge. Označuje pretirano patološko navezanost na neke substance ali nematerialne stvari, z nevzdržljivo ali težko obvladljivo željo, da se nadaljuje z jemanjem odnosnih substanc ali z uporabo in ponavljanjem materialnega ali nematerialnega objekta odvisnosti. Človek je lahko odvisen npr. od hrane, kartanja ali katere druge igre, ali glasbe, telesne vadbe, televizije in to lahko postane glavna vsebina in faktor organiziranja njegovega življenja. Seveda imajo tudi različne odvisnosti različen karakter ali zelo različne individualne in socialne dimenzije in pojavljajo se v različnih stopnjah intenzivnosti. Torej, odvisnost se ne more vedno smatrati kot negativen pojav, čeprav se, večkrat napačno tako karakterizira. (Kušević 1987, 32)

Odvisnost ima lahko resne zdravstvene in socialne posledice. Stalna intoksikacija z drogo pripelje do različnih akutnih in kroničnih fizičnih in psihičnih motenj. Oslabljeni organizem ima zmanjšano odpornost pred različnimi boleznimi. Postopoma lahko nastanejo trajne spremembe v vedenju in v odnosu do okolice. Droga lahko postane glavni faktor organizacije odvisnikovega življenja. Vsi načini, da se droga nabavi, postanejo tako sprejemljivi, vključno s kaznivimi dejanji in prostitucijo. Odvisnik lahko postopoma izgubi interes za okolico, delo, družino, prijatelje in obveznosti do družbe ter se orientira v smeri življenja na margini družbe. Socialni problemi, povezani z odvisnostmi, so praviloma težji od zdravstvenih, možnosti za vrnitev odvisnikov v normalne družbene tokove pa omejene. (Kušević 1987, 33)

Zgodovinske izkušnje dokazujejo, da je odvisnost mogoče obravnavati in zdraviti ravno tako kot vsako drugo bolezen, in sicer tudi s pomočjo nadomestnih zdravil ter z domišljenimi programi oziroma terapijami. Pri zdravljenju odvisnosti z nadomestnimi zdravili ne gre za ozdravljenje pacienta, temveč strokovnjaki z zdravili le skrajšajo čas, ki ga uporabnik drog potrebuje za

ozdravitev. Zdravniki morajo pri svojem delu upoštevati načela zdravljenja. Načela učinkovitega zdravljenja so:

- Ni zdravljenja, ki bi bilo enako primerno za vse posameznike.
- Zdravljenje naj bo dostopno takoj.
- Učinkovito zdravljenje obsega skrb za vse posameznikove potrebe, ne le z vidika uporabe drog.
- Načrt zdravljenja in pomoči za vsakega posameznika moramo vrednotiti sproti in ga nenehno prilagajati, tako da bo ustrezal posameznikovim potrebam, ki se spreminjajo.
- Vztrajanje v ustreznem zdravstvenem programu je ključnega pomena za njegovo uspešnost.
- Svetovanje (individualno ali/in skupinsko) in druge vedenjske terapije so ključni elementi uspešnega zdravljenja odvisnosti.
- Za številne paciente so zdravila pomemben element zdravljenja, posebno še v kombinaciji s svetovanjem in drugimi vedenjskimi terapijami.
- Posamezniki, ki so odvisni od drog oziroma jih uporabljajo, obenem pa trpijo zaradi duševnih motenj, potrebujejo celovito zdravljenje.
- Medicinska detoksifikacija je šele prva stopnja zdravljenja odvisnosti in sama po sebi le neznatno vpliva na spreminjanje dolgotrajne uporabe drog.
- Uspešno zdravljenje ni nujno zgolj prostovoljno.
- Morebitno uporabo drog med zdravljenjem moramo nenehno spremljati.
- Programi zdravljenja naj bi vsebovali testiranje za HIV/aids, hepatitis B in C, tuberkulozo in druge nalezljive bolezni. (Kastelic in Kostnapfel Rihtar 2000, 37-39).

V Sloveniji se z zasvojenostjo ukvarja tudi dr. Sanja Rozman, ki prav tako kot Kušević o zasvojenosti razmišlja širše in opozarja tudi na nekemične odvisnosti, ki postajajo velik problem današnjega časa in prostora: »Zasvojenost je bolezen. Vendar te bolezni ne povzročajo kemična sredstva, s katerimi se zasvojeni omamljajo. Ta kemična sredstva povzročajo telesno odvisnost, to pa pomeni, da se na poseben način vključijo v telesno presnovo in postanejo nujno potrebna. Če zasvojeni neha jemati drogo, doživi odtegnitveno oziroma abstinenčno reakcijo. To je zelo mučno telesno in psihično odzivanje, ki traja navadno nekaj dni. Vendar po tem, ko odtegnitvena reakcija izzveni, zasvojeni še ni ozdravljen.

Droge namreč ne povzročajo zasvojenosti, ampak so le eno od mogočih sredstev, s katerimi se zasvojeni lahko omamijo. Mogoče pa se je omamiti tudi brez drog. Omamijo nas lahko prenekateri postopki, rituali, psihični manevri ali pa snovi, ki same po sebi nimajo farmakološkega učinka na zavest. Posebno občutljivi za nastanek odvisnosti so ljudje, ki imajo posebno kombinacijo osebnostnih lastnosti in so odraščali v neugodnih razmerah, tako da so "ranljivi" za nastanek zasvojenosti.

Zasvojenost je v jedru le ena bolezen z mnogimi oblikami, te pa lahko prehajajo ena v drugo. Razlike obstajajo zaradi različnih drog in postopkov, toda veliko več je skupnega. Vsi zasvojeni se morajo v rednih časovnih presledkih omamiti s svojo drogo, sicer jim grozi odtegnitvena reakcija. Omamo lahko povzročajo s kemičnimi sredstvi, ni pa nujno. Vsi ljudje imamo v svojem živčevju vgrajen sistem za omamljanje, ki v določenih okoliščinah sproži izločanje morfinu podobnih snovi - endorfinov. Te snovi povzročajo otopitev telesne in duševne bolečine ter omamo. Vsaka snov in vsak postopek, ki lahko zmanjša bolečine, lahko postaneta podlaga za zasvojenost. Temeljne značilnosti zasvojenosti so:

- škodljivo vedenje, omamljanje,
- ponavljanje in povečanje odmerka,
- zasvojeni doživljajo ekstremne vzpone in padce razpoloženja,
- kompulzivnost - kljub temu, da se zasvojeni škodljivosti zaveda, škodljivega vedenja ne more opustiti,
- abstinenčna reakcija.

Pomembno pa je, da je zasvojenost ozdravljiva bolezen. (Rozman 2001)

Potrošnja dovoljenih in nedovoljenih drog je v Sloveniji velika in pomeni resen javni zdravstveni problem. Z naravo in razširjenostjo problema se ukvarja epidemiologija alkohola in drugih drog, ki pa se pri nas kljub vseobsežnosti problema še ni uspela razviti do te mere, ki bi zagotovila celostno podobo. Na splošno lahko definiramo epidemiologijo kot znanstveno, izrazito multidisciplinarno vedo za proučevanje pojavljanja množične zdravstvene in druge problematike v času, prostoru in pri različnih populacijah, ter vzrokov za njihovo pojavljanje. Da jo lahko uporabimo kot metodo dela v javnem zdravstvu v zvezi s problemom uživanja dovoljenih in nedovoljenih drog in konkretnim ukrepanjem, je treba epidemiološko dejavnost usmeriti v

ustrezne institucije za epidemiološko spremljanje in ukrepanje, zagotoviti ustrezno usposobljene strokovnjake ter sredstva za izvajanje ustreznih ukrepov, ki so potrebni za preprečevanje škodljivega uživanja drog in odvisnosti od njih. (Nolimal, Petrič 1996, 161)

Zgornje navedbe so pisali zdravniki, ki delajo z uživalci drog posredno ali neposredno. Glede na to, da so zaposleni v mreži javnega zdravstva, obravnavajo uživalce drog kot bolnike, zasvojenost pa kot bolezen. S temi izrazi se strokovni delavci drugih ved, predvsem socioloških, ne moremo strinjati, saj vemo, da je problem uživanja drog širši družbeni problem. Gre za prikaz pojmovanja zasvojenosti z vidika medicine, zato izrazov nisem spreminjala.

3.2 SOCIOLOGIJA

Takoj ko se je sociologija začela ukvarjati s pojmom deviantnosti, se je uživalec droge znašel v središču zanimanja sociologov, ugotavlja Vito Flaker v poglavju svoje knjige: Uvod – uživanje heroína kot vprašanje družbenih vlog. (Flaker 2002,19)

Flaker povzema Beckerja, ki je pokazal, da je uživanje drog psihosocialen proces, saj se mora uživalec naučiti uživati droge, to pa lahko naredi le tako, da se vključi v skupino užiivalcev in njeno kulturo. Od izkušenih užiivalcev dobiva nasvete, interpretacije posameznih dogodkov, občutij, izkušenj in pomoč pri uživanju, posnema bolj izkušene užiivalce in jih jemlje za vzor. Uči se po eni strani s tem, da je vključen v skupino, po drugi strani pa tudi s tem, da je izpostavljen javnim, pogosto negativnim podobam. (Flaker 2002, 19)

Posamezne droge imajo v posameznih okoljih svojo zgodovino. Becker je v svojem delu ugotavljal, da je na začetku, ko je droga v kakšnem okolju še nova, več »psihičnih« poškodb, več interpretacij in da več užiivalcev izkusi psihično stisko ali psihotično epizodo. Njegov sklep je, da sta za zmanjševanje psihičnih poškodb, če mamilo ne pušča trajnih posledic na možganih, potrebna še dva pogoja:

- prvič, da obstaja kultura, ki poleg znanja, kako priti do mamila in ga zaužiti, vsebuje tudi definicije značilnih učinkov, značilnega poteka izkušnje, trajanja učinkov in opisa tehnik pomoči, potrebnih za ukvarjanje s človekom, ki je tesnoben zaradi uživanja droge ali pa ima motene zaznave;

- drugič, da je uživanje skupinsko in da skupina lahko v kritičnih trenutkih posreduje. V tem primeru lahko govorimo o normalizaciji, ki jo prineseta ustaljeno uživanje droge in kultura uživanja, hkrati pa lahko govorimo o nasprotnih procesih, povezanih z dramatizacijo uživanja. (Flaker 2002, 21)

Lindesmith je opozoril na to, da ni samo uživanje drog psihosocialen proces, ampak tudi zasvojenost. Iskal je splošno definicijo zasvojenosti in ugotovil, da je telesna odvisnost preohlapen in hkrati nezadosten pogoj za definiranje fenomena zasvojenosti. Taka definicija izključuje tiste, ki so zasvojeni, pa v tistem trenutku niso v stanju telesne odvisnosti, vključuje pa tiste, ki so telesno odvisni, pa ne hlepijo po mamilu. Prav želja, ali bolje rečeno hlepenje, je specifično za zasvojene uživalce. Lindesmith zatrjuje, da hlepenje ni posledica želje po užitku, ki je sicer eno izmed gonil uživanja, a pogosto prav v obdobju zasvojenosti pojenja. Tako je edini skupni imenovalac hrepenenja po opijatih lajšanje abstinencijskih težav. Lindesmith tako pride do sklepa, da postane človek zasvojen (z opijati), ko doživi abstinencijske težave, jih kot take konceptualno prepozna, se tako nauči hlepeti po drogi in s ponavljanjem te izkušnje pridobi stališča in vedenja zasvojenca. Zasvojenost je torej konceptualen proces, ki je družbeno posredovan. Odvisnost in zasvojenost nista en in isti fenomen. (Flaker 2002, 21-22)

Kariera uživalca drog – napredovanje v vlogo džankija, je niz družbenih in družabnih dogodkov, konkretnih obubožanj in družbenih intervencij ter institucionalnih pripomočkov. Z uživanjem drog je poleg zdravstvenih težav povezanih tudi veliko socialnih posledic. Uživalci heroína imajo lahko velike probleme z zaposlitvijo, težko obdržijo službo, pogosto jo izgubijo itn.; imajo lahko manjše ali večje stanovanjske stiske; prijatelji, sorodniki, družina jih lahko izobčijo. Po drugi strani pa verjetno večina te probleme izkusi v milejši obliki ali pa jih sploh ne – marsikatera njihova težava je povsem primerljiva s težavami njihovih vrstnikov. Obstajajo uživalci, ki jih uživanje drog ne spravlja v stisko, saj obstaja cel niz različnih slogov uživanja heroína in nekateri od njih ne pripeljejo do dramatičnih preobrazb. To so ljudje, ki droge na splošno le poskušajo, uživajo jih občasno, pri raznih priložnostih, lahko tudi redno, npr. enkrat tedensko, a se ne zasvojijo; obstajajo tudi zasvojeni uživalci, ki znajo poskrbeti za svojo navado. Džankiji so najbolj vidna, očitna podoba uživalcev, ki je opažena in zaznamovana v javnosti, hkrati pa manjšinski del vseh uživalcev skupaj. (Flaker 2002, 252)

Sloge uživanja heroína lahko razporedimo drugače, ne le po pogostnosti in intenzivnosti uživanja. Ločimo jih lahko po tipih vnosa, po stopnji nadzorovanja uživanja, stopnji povezanosti s »sceno«, slogu uživanja, odgovornosti do družbenega okolja, po številu ljudi, ki skupaj uživajo drogo, trajanju kariere ter kraju bivanja. Škodljive socialne posledice uživanja heroína niso (ali pa le obrobno) posledica samega uživanja, ampak načina, kako se droge uživajo, se pravi tipa, sloga in okoliščin uživanja. Premiki iz enega tipa, sloga in okoliščin uživanja v drugega so strukturirani kot kariera uživalca drog. Obstaja vsaj toliko karier, kolikor je tipov uživanja. Dominantna vloga, ki obvladuje teren uživanja in je hkrati najbolj destruktiven izid kariere, je džanki. (Flaker 2002, 253)

Na ravni družbene reprezentacije džanki povzroča moralno paniko, ima pa tudi učinek »črne luknje«, ki uživalce nenehno vleče k sebi, k uničujočim načinom uživanja drog. Na praktični ravni je to niz naučenih vedenj, v katerega posameznika porinejo, ko mu s stigmatizacijo onemogočajo druge možnosti. Tako opusti druge družbene in družabne vloge, ki jih ima na voljo, tako da mu na koncu preostane le vloga džankija. Kriminalizacija in z njo povezane visoke cene drog povzročajo, da sta kupovanje drog in pridobivanje denarja za uživalce bistvena in skoraj ekskluzivna dejavnost; znašli so se v taki vlogi, se popolnoma stopili z uživalsko subkulturo in zavzeli fatalističen odnos do življenja, ki se kaže tudi v džankijevi splošni drži in podobi. (Flaker 2002, 253)

Sociologi, ki so zagovorniki vedenjske terapije, pogosto nasprotujejo medicinskemu pristopu k zasvojenosti, ker naj bi bil klinično in znanstveno neuporaben. (Barber 1997, 27)

Uživanje drog, samo po sebi, ne predstavlja problema v takšni razsežnosti, kot ga zaznavamo. Da postane problematično, je potrebnih niz družbenih in družabnih dogodkov ter okoliščin, ki uživalca drog vodijo iz ene družbene vloge v drugo. Vloga džankija je najbolj opazna vloga, vendar ugotavljamo, da je le vrh ledene gore.

Človek postane zasvojen (z opijati), ko doživi abstinenčne težave, jih prepozna, se tako nauči hlepeti po drogi in s ponavljanjem te izkušnje pridobi stališča in vedenja zasvojenca. Zasvojenost je družbeno posredovan proces. Odvisnost in zasvojenost nista en in isti fenomen.

3.3 SOCIALNO DELO

Uživanje drog postane predmet socialno delavske obravnave v trenutku, ko se nezadovoljevanje osnovnih potreb po avtonomiji in povezanosti pri članu ali članih odnosnega sistema uživalca drog izrazi v obliki težave ali stiske na kateremkoli življenjskem področju – materialnem, somatskem, psihičnem, socialnem ali družbenem – in je njena možna posledica socialno izobčenje. (Stefanoski 1997, 292)

Socialno delo, ki se ukvarja z zasvojenostjo, sodi med posebna področja socialnega dela. Je znanost in profesija, ki pomaga ljudem reševati osebne, skupinske, družinske ter skupnostne probleme in vzpostavljati zadovoljujoče osebne, skupinske in skupnostne odnose s pomočjo prakse socialnega dela, ki vključuje vse tri tradicionalne metode: delo s posameznikom, skupino in skupnostjo, s poudarkom na reduciranju problemov v medčloveških odnosih in na bogatenju človekovega življenja in njegovih interakcij.

Socialni delavci, ki se srečujemo z uporabniki drog, moramo stremeti k cilju, da bi uporabniki dosegli boljše socialno funkcioniranje in povečali sposobnost za interakcije in socialne odnose z drugimi. Socialni delavec pomaga pri reševanju individualnih problemov na ravni zavednega ter pri soočanju z realnostjo. Prvi kontakt s človekom pa je največkrat šele takrat, ko so njegovi potenciali, motivacija, sposobnosti, pravni status in socialno funkcioniranje zmanjšani, s tem pa tudi zmožnost odločanja oz. vplivanja na to, kaj se bo z njim ali njegovimi bližnjimi dogajalo.

Socialno delo je spodbujanje ljudi oz. posameznikov, skupin in skupnosti za samo razvoj in samo organiziranje pri premagovanju težav in problemov, dajanje osebne in stvarne pomoči v kriznih stanjih z uporabo družbenih virov in notranjih sil človeka ter spreminjanju družbenih razmer v smislu odpravljanja ovir za polno vključitev posameznika v družbeno življenje in delo.

Uporaba drog je po objektivni metodi socialni problem. Zaradi uživanja droge ljudje obolevajo in umirajo. Zaradi uživanja zapuščajo šolanje in se s tem posredno onemogočajo pri zagotavljanju samostojnega preživljanja. Prodaja drog je nezakonita. Uživalec drog je potencialni ropar ali tat, ki si skuša preskrbeti denar za nakup droge. Uživanje drog uničuje družinsko življenje in ne nazadnje, zdravljenje uživalca drog je drago. Ker uživanje drog škodi

družbi, je, po metodi proučevanja objektivnih variabel družbenega uživanja drog, socialni problem. (Stefanoski 1997, 292)

Pomembno je, da se zasvojenca ne zasuje z zahtevami, ampak se ga predvsem posluša in se ga usmerja. Kategorična zahteva po popolni abstinenci s pozicije »mi vemo, kaj je zate najboljše« onemogoča srečanje med uživalcem droge, člani njegovega odnosnega sistema in socialnim delom, kot mediacijsko dejavnostjo. (Stefanoski 1997, 295)

Težave, s katerimi se srečuje uživalec drog, ko želi prevzeti nadzor nad svojim življenjem, svojimi odločitvami, so tudi družbeno pogojene, saj je uživanje kriminalizirano in stigmatizirano. Socialno delo mora zagotoviti odprt, varen prostor za komuniciranje, v katerem bo stiska odnosnega sistema izrečena in v katerem se bo generiral proces njenega reševanja. To pa ni mogoče, če strokovni delavci vstopamo v ta prostor s predpostavko o kriminalnosti, nemoralnosti, nesmiselnosti ravnanja, neodgovornosti in »bolnosti« uživalcev. (Stefanoski 1997, 298-299)

Uživanje drog je predmet proučevanja skoraj vseh področij, na katerih delujejo različni strokovnjaki. Ekonomija se ukvarja s stroški, povezanimi z uživanjem drog, medicina proučuje bolezen odvisnosti, policija in pravosodje se ukvarjata z zakonitostjo uživanja drog... Za socialno varstvo pa ni pomembna cena drog, bolezen odvisnosti ali zakonitost uživanja sama po sebi. Načrtovalce in izvajalce socialno varstvenih storitev in programov reševanja socialne problematike, povezane z uživanjem drog, zanima predvsem to, kako vse to vpliva na stopnjo socialne vključenosti. Bolezen odvisnosti še ne predstavlja socialne vključenosti same po sebi, prav tako pa je mnogokrat že uživanje drog brez odvisnosti lahko vzrok za marginalizacijo, socialno izključenost posameznika ali skupine. (Stefanoski 2003)

Težave vsakdanjega življenja rešujemo ljudje na različne načine. Kljub temu, da jih večino rešimo na neformalen način, s pomočjo svojih bližnjih, pa so se ob razvoju človeštva razvili številni institucionalni načini reševanja težav posameznika in skupin. Vsi ti načini sicer temeljijo v zavedanju soodgovornosti za skupno bivanje, vendar so ti temelji v svojih institucionalnih oblikah lahko precej neprepoznavni. Institucije oz. sistemi »reševanja«, ki svoja ravnanja utemeljujejo na »objektivni« znanstveni logiki ali pa na logiki obče veljavnih družbenih vrednot,

se pogostokrat znajdejo v nemočnem položaju, ko jim je podeljen mandat za »ureditev« tistih posameznikov, ki »nočejo« ali »ne zmorejo« živeti »normalno«. (Stefanoski 2003)

Škodljive socialne posledice uživanja drog so posledice tipa, sloga in okoliščin uživanja. Med uživalci drog so takšni, ki imajo lahko velike probleme z zaposlitvijo, težko obdržijo službo, pogosto jih odpustijo, itn.; imajo lahko manjše ali večje stanovanjske stiske; prijatelji, sorodniki, družine jih izobčijo; medtem ko drugi te probleme izkusijo v milejši obliki ali pa jih sploh ne – marsikatera njihova težava je povsem primerljiva s težavami njihovih vrstnikov. Nedvomno obstajajo uživalci, ki jih uživanje drog ne spravlja v stisko, saj obstaja cel niz različnih slogov uživanja drog in nekateri od njih ne pripeljejo do dramatičnih preobrazb. To so ljudje, ki droge ponavadi poskušajo, jemljejo občasno, pri različnih priložnostih, lahko tudi redno (na primer konec tedna), a se ne zasvojijo. (Grebenc 2003, 157)

Na socialne okoliščine uživalca vpliva slog uživanja drog (npr. občasno uživanje drog, nadzorovano uživanje drog) podobno kot spremembe v socialnem kontekstu vplivajo na življenjski slog uživalca. Zagotovo pa je uživalec drog veliko bolj izpostavljen in občutljiv, ko gre za kakršnekoli spremembe v njegovem socialnem položaju, ne glede na to, ali so te spremembe posledica sloga uživanja ali pa je do sprememb prišlo neodvisno od uživanja. Tako se lahko pripeti, da posameznik nenadoma utрпи veliko materialno stisko, ki ni nujno posledica uživanja drog, vendar pa te spremenjene razmere povzročijo vrsto negativnih dogodkov, ki so povezani prav z uživanjem drog: npr. sprememba sloga uživanja (prehod na intravenozni način), hitrejši zdrs v kriminalna dejanja, saj je posameznik že tako blizu teh krogov, ipd. Če je omenjeni posameznik svoje uživanje do sedaj uspešno nadzoroval, ker si je to lahko privoščil, se zdaj znajde v situaciji, ko to ni več mogoče. To pomeni, da uživanje drog izpostavi človeka v smislu socialnih posledic na dva načina:

- na eni strani lahko posameznik s svojim ravnanjem sproži proces socialnega obubožanja (džankizacija), ker zanemarja ali ne izpolnjuje pričakovanih socialnih nalog: npr. ne izpolnjuje delovnih obveznosti, spregleda običajna ravnanja v medsebojnih odnosih, preveč zapravlja in podobno;

- po drugi strani pa steče proces socialnega obubožanja kot reakcija na uživanje drog; džankizacijo sproži ravnanje okolice, ne glede na to, kako posameznik izpolnjuje obveznosti iz socialnih naslovov.

V vsakdanjem življenju se ta dva momenta lahko prekrivata oziroma spodbudita drug drugega. (Grebenc 2003, 157)

Proces, ki ga lahko poimenujemo kot džankizacija, je glavni dejavnik socialnih posledic. Gre za dve vrsti fenomenov: en register uživanja drog je kulturnen – gre za splošna vprašanja uživanja drog – drugi pa je bolj socialen in govori o škodljivih posledicah uživanja drog. (Flaker 2002, 254)

Z vidika socialnega dela lahko nekatere pojave, ki jih opisujemo z izrazom odvisnost od drog, najbolje razumemo kot umeščanje v agregate na različnih ravneh. Lastnost »sile«, ki osebo priklepa na določeno vedenje, lahko večkrat pripišemo socialni situaciji kot sami osebi. Tovrstna »situacijska odvisnost« se lahko pojavi na različnih ravneh (tudi na ravni posameznika), obravnava odvisnosti na eni ravni pa še ne pomeni, da bo takšno vedenje v celoti odpravljeno. (Barber 1997, 31)

Pri socialnem delu običajno začnemo s čim natančnejšo oceno klientovega pogleda na problem. Zadaj je mikrosistem oziroma aktivnosti, vloge in medosebni odnosi, ki jih doživlja klient v danem okolju. Mikrosistem se torej nanaša na klientovo neposredno, fenomenološko okolje. Sem spadajo vsi posamezniki in okolja, s katerimi ima klient neposreden stik, npr. družinski člani, delovno mesto, prijatelji. Če hočemo razumeti klientovo zasvojenost, moramo torej razumeti neposredni socialni kontekst, znotraj katerega se ta pojavlja. Za mikrosistemom je mezo sistem oziroma medsebojni odnosi med dvema ali več okolji, v katerih je klient aktivno udeležen. Na tej ravni analize socialni delavec preuči odnose med mikrosistemi, iz katerih je sestavljeno klientovo življenje, npr. odnose med domom in delovnim mestom ali med domom in prijatelji. (Barber 1997, 44)

Socialno delo je stroka, ki uživalca drog sprejme kot posameznika, vpetega v ožji in širši družbeni sistem. Sem spadajo vsi posamezniki in okolja, s katerimi ima zasvojeni neposreden stik, npr. družinski člani, delovno mesto, prijatelji. Če hočemo razumeti človekovo zasvojenost,

moramo torej razumeti neposredni socialni kontekst, znotraj katerega se ta pojavlja. Skupaj z njim in/ali pomembnimi osebami iz njegovega življenja poskuša socialni delavec uporabnika motivirati za doseg boljšega socialnega funkcioniranja in s tem povečati sposobnost za interakcije in socialne odnose z drugimi.

3.4 ZLORABA DROG IN VLOGA REPRESIVNIH ORGANOV

Eden najintenzivnejših stereotipov o drogah je, da število ljudi, ki uživajo droge, narašča in da se kriminal, povezan z drogami, nenehno širi. Hough in Roberts (Muncie 1999) medijem pripisujeta, da z ne reprezentativnimi in ne tipičnimi zgodbami ustvarjajo neuravnoteženo javno znanje, kreirajo popularni koncept, da so droge vedno tu in v porastu, da je večina uživalcev drog nasilnih in da so sodišča rutinsko popustljiva pri kaznovanju.

Res je, da se s prohibicijo uživanja drog in s kriminalizacijo ljudi, ki jih uživajo, pojma neločljivo zvežeta. Razmerje med uporabo drog in kriminalom je po eni strani očitno: posest, prodaja, izdelava in pridelava drog oziroma snovi, iz katerih se droga pridobiva, je prepovedana in kot taka predmet kazenske zakonodaje. Toda ta okoliščina še zdaleč ne pojasni samoumevnosti stereotipa, ki se je utrdil v vsakodnevnih predstavah: o uživanju drog kot kriminalni aktivnosti in o uživalcih drog kot nevarnih kriminalcih in nasilnežih. (Grebenc 2003, 15)

Čeprav samo uživanje drog ni prepovedano, pa je moralna obsodba uživanja legalna in nujna. Medijske podobe uživalcev drog so pogosto obarvane z moralističnim pogledom, ki naj pri ciljni publiku vzbudi občutja jeze, zgražanja. Novica naj šokira, preseneti. Uživalec drog je šibak, grešnik, podlega zlobnim in nebrzdanim strastem. Do vstopa v skupnost lahko pridobi pravico le tako, da prizna nizkotno naravo in se pokesa zaradi svoje grešnosti. Moralna panika, ki jo pomagajo uprizarjati masovni mediji, je način, s katerim se opravičujeta in promovirata kazenskopravni model ter prohibicionistična politika kot ustrezni rešitvi vprašanja drog (MacDonald in Patterson 1991). Uživalec drog je nevaren, slab človek, ki po racionalnem premisleku vstopa v kriminalne aktivnosti. Taka osebnost je po definiciji kriminallec, ki je odgovoren za lastna dejanja in posebej strah, nezaupanje in druge neprijetne občutke. Ustrezno rešitev predstavlja kaznovanje. (Grebenc 2003, 16)

Na družbeni ravni poteka delitev na dobre (neuživalci) in zle (uživalci), na ravni skupine pa se zli še enkrat delijo na dobre (uživalce) in zle (dilerje). Da so lahko uživalci tudi dobri, je potrebno poseči po drugih arsenalih družbenih podob, saj kazenskoopravni model ob podpori moralnega tega ne omogoča. Tu nastopita medicinski in socialni model, ki sta v polju interpretiranja drog in njihovega uživanja zasedla prav tako pomembno mesto. (Grebenc 2003, 17)

Ko je obravnava in pomoč uživalcem drog zaprta v okvir represije in podrejena kazensko pravnemu sistemu, je terapija mišljena večinoma kot preusmerjanje, kot alternativa ali substitucija kazenskega pregona. (Grebenc 2003, 13)

Droge so že celo stoletje problem človeštva, ki sega v številne družine, šole, podjetja in navsezadnje tudi v zdravstvene in socialne službe ter do represivnih organov. Ker vemo, da v vsaki državi poteka pridelava, proizvodnja, tranzit, preprodaja nedovoljenih drog in pranje umazanega denarja, ki se je zbral na račun drog, je jasno, da morajo represivni organi tudi praktično izvajati zakonodajo. Zloraba drog ne povzroča škode samo družinam oziroma največ odvisnikom, temveč vedno vpliva na spreminjanje ustaljenega načina življenja prizadetih, na razkroj tradicionalnih vrednot, škodi pa tudi gospodarstvu. Večina uživalcev je namreč starih od 18 do 35 let, so zaposleni in s svojim obnašanjem vplivajo na splošno počutje na delovnem mestu. Praviloma zmanjšujejo produktivnost podjetja, povzročajo številne delovne nesreče, na ta način se dela velika škoda tudi državi, ki mora del proračunskega denarja namenjati za odpravo posledic in škode, drugi del pa namenja preganjanju droge in preventivnemu delovanju. Trgovci z drogo pa imajo na voljo veliko denarja, ki ga namenijo tudi za podkupovanje policistov, carinikov, uradnikov, odvetnikov, novinarjev, politikov in sodnikov. Zato je na dlani, da so se in se glavni organizatorji mnogokrat izognejo kazenskemu preganjanju. (Nolimal, Rejc 1996, 103)

Obstaja vrsta raziskav, ki bolj ali manj relativno dokazujejo ali ugotavljajo zvezo med kriminalom in drogami. Predvsem policijske in pravosodne statistike podpirajo idejo, da je kriminala zaradi drog veliko. Podatki policij kažejo večjo verjetnost, da bodo zaradi vlomov prejeli nekoga, ki je zasvojen z drogami (Kenny in McCabe 1999). Tudi raziskave, ki so opravljene na populaciji prestopnikov, kažejo visoko stopnjo povezave drog in kriminala. Kenny in McCabe kot avtorja primerjave nekaterih raziskav razmišljata: »Ne glede na to, da je to

povezanost mogoče ugotoviti, pa je še vedno odprto in nejasno vprašanje, za kakšno vrsto povezanosti gre. Včasih se zdi, da vpletenost v kriminal in delinkventna subkultura stimulira ljudi k uživanju drog, medtem, ko so v drugih primerih odgovori bližje zamisli, da pride do kriminalnega ravnanja zaradi nuje po potešitvi potrebe po drogi, včasih tudi kot posledica učinkovanja drog ter izgube samokontrole in socialnih zadržkov.« Tako ostajata skeptična glede poskusov različnih raziskovalcev, da bi dokazali vzročno zakonitost obeh pojavov: »Če bi nekdo lahko dokazal, da problematično uživanje drog vodi v kriminalna dejanja zaradi ekonomske nujnosti, bi logičen odgovor na problem predstavljala možnost legalnega predpisovanja sredstev za vzdrževanje (metadon, heroin na recept). Če pa po drugi strani sklepamo, da predvsem delinkventna in kriminalna populacija uživa droge na problematičen način, bi logičen odgovor sledil, da je potrebno opraviti z vzroki za delinkventno in kriminalno ravnanje, pri čemer naj bi tudi preventiva pred ali prekinitev s kriminalnim življenjskim stilom pokazala rezultate pri zmanjševanju problematičnega uživanja drog.« Predvsem politiki so naklonjeni takim razlagam, ki temeljijo na vzročnosti pojava, saj je na njih mogoče utemeljevati razvoj politike in strategije na področju drog. (Kenny in McCabe 1999)

Potrebo dela prebivalstva po represivni politiki bi kazalo razumeti bolj v luči strahu pred nenadzorovano rastjo kriminala ter političnim in socialnim kaosom pri nas. Ker gospodarstvo trenutno ni sposobno državljanom zagotoviti zadovoljive količine dobrin, se pojavljajo velika črna gospodarstva, ki ponekod ogrožajo ustanovitev zakonito vodenih gospodarstev. Razvoj kriminala, povezanega z drogami, že postaja prava mora za davkoplačevalce. Brezposelni lahko s preprodajo drog na hitro zaslužijo velike količine neobdavčenega denarja. Drugi razlog za favoriziranje represivne politike so razdiralni vzorci uporabe drog, ki spremljajo zdravstvene in socialne pomanjkljivosti oz. odsotnost preventivnih programov. Slovenija je danes (*op. avtorja leta 1995*) še vedno brez ustreznega raziskovalnega inštituta, ki bi dal odgovor na taka vprašanja in pripravil kompreheziven nacionalni preventivni program za droge kot ravnotežje enostranski represivni politiki. (Nolimal, Rejc 1996, 103)

Eno najpomembnejših vlog pri praktičnem izvajanju zakonodaje, oziroma pri preprečevanju pridelave, gojenju, proizvodnji in trgovini z drogo, torej mednarodnemu organiziranemu kriminalu imajo represivni organi, predvsem policija, carina in sodstvo. Na osnovi sprejete zakonodaje bi morali biti pri delu učinkovitejši, poskrbeti bi morali za stalno izobraževanje

svojih zaposlenih, za redno izmenjavo izkušenj in za srečanja, kjer bi ocenjevali opravljeno delo. (Pezelj 2002, 158)

Izkušnje iz preteklosti govorijo, da je trgovina z mamili in psihotropnimi snovmi tesno povezana z organiziranim kriminalom in da na svetu ni države, ki se ne bi ukvarjala s problemi kriminala na področju drog. Izkušnje prav tako opozarjajo na značilnosti organiziranega kriminala, česar se v boju proti kriminalu ne sme spregledati. Ena izmed značilnosti skupin organiziranega kriminala je težnja k monopolizaciji in vpliv na državne institucije. (Pezelj 2002, 158)

Uživanje drog je v veliki meri povezano s kriminalno dejavnostjo. Pri tem imajo mediji veliko vlogo. O uživalcih drog, ki so povzročili kaznivo dejanje, poročajo senzacionalistično. S tem prikazujejo uživalce drog kot nevarne kriminalce in nasilneže, večajo strah in tesnobo pri ljudeh, s tem pa vplivajo na krepitev kazenskopravnega modela obravnave zasvojenih.

Kazenskopravni model ob podpori moralnega ne omogoča, da bi lahko uživalce drog videli tudi kot neproblematične. Tu nastopita medicinski in socialni model, ki sta v polju interpretiranja drog in njihovega uživanja zasedla prav tako pomembno mesto.

3.4.1 POLICIJA

Tipično in značilno je, da je kriminaliteta prepovedanih drog prikrita kriminaliteta, torej tista, katero organ odkrivanja - policija odkrije na podlagi lastnega dela in iniciative. Obstaja namreč specifična odnosa med akterji, saj zaradi medsebojne odvisnosti ni klasično podanih naznanil in ovadb, tako da skoraj ni primerov, da bi posameznik, vpleten v neko kaznivo ravnanje, le-to tudi naznanil. Seveda obstajajo tudi takšni primeri, vendar so izjemno redki. Gre za specifičen odnos odvisnosti odvisnika od preprodajalca in obratno, kjer nihče nima interesa drugega naznaniti oz. prijaviti. To dejstvo delo policije močno otežuje.

Ob uporabi prepovedanih drog se nujno srečujemo tudi s ponudbo prepovedanih drog. Gre za prepovedano dejavnost, ki je na podlagi mednarodnih, v Sloveniji ratificiranih konvencij Združenih narodov določena kot kazniva. Po drugi strani pa se srečujemo tudi s posledicami uporabe oz. zlorabe prepovedanih drog. (Povz. po Pirkovič 2003)

Zdravstveni delavci menijo, da je odvisnost od drog (tudi) bolezen, policisti se s tem le deloma strinjajo in opozarjajo, da je posredno tudi kriminalna dejavnost. Začaran krog. Praksa namreč kaže, da je velika verjetnost, da bo skoraj vsak uporabnik drog postal slej ko prej tudi kriminallec, saj zasvojenci za svoje dnevne odmerke porabijo tudi četrtno povprečne slovenske plače. Uživanje drog jih sili v organiziran kriminal: padejo v vloge preprodajalcev, vlomilcev, roparjev, izsiljevalcev ali celo morilcev. Tako so v eni osebi bolnik, žrtev in kriminallec. Organizirani kriminal pa prevzame tiste dejavnosti, v katerih se pričakuje največji dobiček. V nekaterih dejavnostih je organiziran kriminal prisoten že tradicionalno (droge, prostitucija), hkrati pa se uveljavlja na novih področjih zaradi uveljavljanja in v skladu s sposobnostmi svojih pripadnikov. (Dobovšek 1997, 48)

Delinkvenco v zvezi s prepovedanimi drogami je Dvoršak razdelil v tri bistvene kategorije, in sicer:

- t.i. primarno kriminaliteto na področju drog, kamor štejemo vse oblike storitve kaznivih dejanj, opredeljenih v 196. in 197. členu KZ;
- v oskrbovalno kriminaliteto z neposrednimi delikti, kamor sodijo nabava in posest prepovedanih drog, vlomi v lekarne in ponarejanje receptov in posrednimi delikti, kamor sodijo tatvine, vlomi, ropi, goljufije, prodaja droge za denar zaradi pridobivanja sredstev za kasnejšo lastno nabavo in uporabo itd. in
- posledično delinkvenco, kot je ulično nasilje, združevanje v tolpe, prostituiranje, prosjačenje in podobno. (Dvoršak 2002, 631)

Družbene spremembe so močno vplivale na način izvajanja policijske dejavnosti. Če je včasih veljalo, da je policijska dejavnost zgolj uveljavljanje zakonov, pa sodobni pristopi k opravljanju policijskega dela ugotavljajo, da je mogoče policijsko delo uspešno upravljati zgolj s sodelovanjem skupnosti. To od policistov zahteva veliko več raznovrstnih znanj in spretnosti. V skupnost usmerjeno policijsko delo je uspešno takrat, ko policisti rešujejo (varnostne) probleme, ki nastanejo v skupnosti in so prebivalci s policijskimi uslugami zadovoljni. Poleg tradicionalnih znanj policisti za tako delo potrebujejo tudi znanja in spretnosti, ki jih v preteklosti niso povezovali z delom policista. Govorimo o socialnem delu podobni policijski dejavnosti, koncept v skupnost usmerjenega policijskega dela pa vse bolj postaja tudi uradna filozofija policije v Sloveniji. Tako raziskave dokazujejo, da imajo policisti v primerjavi s socialnimi

delavci veliko bolj odklonilen odnos do marginaliziranih skupin. Ko so avtorji vprašali prebivalce, ali so pripravljeni sodelovati pri različnih policijskih dejavnostih, je bila njihova pripravljenost veliko večja, kot so to zaznali policisti. Po drugi strani pa rezultati raziskav med policisti in socialnimi delavci v Sloveniji kažejo, da obstaja obojestranski interes po veliko bolj tvornem sodelovanju obeh profesij. To je še zlasti pomembno zaradi tega, ker policisti porabijo od 65 do 90 odstotkov svojega časa za »netipična« policijska opravila, ki mnogokrat posegajo na področje socialnega dela. Policisti mnogokrat delajo z osebami s posebnimi potrebami, pa zato niso usposobljeni. Sporočanje novice o smrti je dogodek, ki ga policisti ne morejo korektno opraviti zgolj z obvladovanjem policijskih znanj in spretnosti. Da bi policisti uspešno opravljali svoje delo, se morajo veliko naučiti od socialnih delavcev, ti pa morajo spremeniti razumevanje vloge policistov v sodobni skupnosti. Samo z medsebojnim sodelovanjem je namreč mogoče rešiti probleme v skupnosti, to pa je cilj tako policijske dejavnosti kot socialnega dela. (B. Lobnikar, M. Pagon 2002)

Policija je nasprotni del scene uživanja heroina. Podoba policije je pri uživalcih drog negativna in stereotipna, hkrati pa so uživalci deležni še hujše policijske stereotipizacije, nerazumevanja in celo ponižanja. Policija preganja uživalce, uživalci pa se skrivajo pred njo. Policija je nenehno navzoča v življenju uživalca heroina. Večina stikov s policijo je neprijetnih, napetih, za nekatere celo travmatičnih, čeprav so v raziskavi ugotovili, da so nekateri sogovorniki poročali tudi o korektnosti policije in celo o tem, da so jim policisti neposredno pomagali. Pogosto si stojita nasproti dva cilja policijskega dela, ki sta povezana z drogami: zmanjševanje ponudbe in vzdrževanje javnega reda. Kar zadeva ohranjanje javnega reda in miru, vedno obstaja pritisk javnosti na policijo, naj stori nekaj, kar bo zmanjšalo ulični kriminal in zaustavilo neustrezno vedenje džankijev in dilerjev v javnosti. (Povz. po Flaker 2002, 151-158)

Policisti opozarjajo, da je uživanje drog in zasvojenost tudi kriminalna dejavnost. Policisti imajo odklonilen odnos do marginaliziranih skupin, prav tako pa imajo uživalci drog do policistov negativen odnos.

Policija opozarja, da je mogoče rešiti probleme v skupnosti samo z medsebojnim sodelovanjem različnih služb, predvsem sociale in policije.

4 ZASVOJENOST

Do bistva zasvojenosti pridemo, ko ugotovimo, da droga in ne človek sam nadzoruje njegovo vedenje. Zasvojenost pomeni izgubo nadzora nad vedenjem. Zasvojenec ne more nehati jemati drog, čeprav to privede do različnih družbenih, zakonskih in zdravstvenih posledic. Zasvojenec ničesar več ne počne zaradi zavezanosti šoli, prijateljem ali družini, niti po svoji volji, pač pa zaradi potrebe po drogah. Zaposlen je z mislimi, kje bo dobil droge in bo zato naredil skoraj vse. (Povz. po Friedman in Rusche 2004, 133-134)

Dejavniki, ki pripomorejo k nastanku odvisnosti, izhajajo iz lastnosti posameznega uživalca in njegovega komuniciranja z okoljem. O tem, kdo in kdaj bo prvič posegel po drogi, po kateri drogi, ali bo pričel z rednim uživanjem in ali bo postal z njo zasvojen, pa je pogojeno tudi z dejavniki zaščite. Nobena klasifikacija teh dejavnikov docela ne zadovoljuje. Pomembnejša kot lahka dostopnost drog se zdi sprejemljivost mladih za uživanje drog. Epidemiji uživanja nedovoljenih drog med mladimi v Sloveniji nedvomno botruje lahka dostopnost teh drog v kombinaciji z neustreznimi socialnimi razmerami, vključno z nezaposlenostjo mnogih mladih in s pomanjkanjem objektivnih možnosti za vključevanje pozitivnih vrednot v njihovo življenje. Vse to veča sprejemljivost in povpraševanje po drogah. Zelo pomemben dejavnik tveganja in obenem zaščite je tudi ustreznost strokovnih služb oziroma ukrepanj na problematiko drog. (Nolimal in Rejc 1996, 34)

Dolgoletno uživanje drog povzroči več vrst sprememb v možganih in telesu. To so toleranca, senzibilizacija, telesna odvisnost, abstinenčna kriza, neznosna potreba po drogah in zasvojenost. Ti izrazi, ki imajo nedvoumen pomen za znanstvenike, pa večkrat niso natančno uporabljeni v vsakdanjih pogovorih. Zato je včasih težko govoriti o učinkih drog, ker ne vemo, kaj natančno ljudje mislijo, ko te izraze uporabljajo. Za znanstvenike pomenijo vsi izrazi spremembo možganov. Še vedno pa ne vedo, ali katera od teh možganskih sprememb:

- izgine po prenehanju uživanja drog,
- traja dlje kot jemanje drog ali
- ostane za vedno.

Če droge povzročijo trajne ali pa vsaj leto dni trajajoče spremembe v delovanju možganov, bi bilo težko zanikati, da je zasvojenost z drogami možganska motnja. Če pa bi se prejšnje stanje po prenehanju jemanja drog znova vzpostavilo, bi bilo to teorijo težje zagovarjati. (Friedman in Rusche 2004, 152)

Po Beckerju je uživanje drog psihosocialen proces, Lindesmith pa pokaže, da to ne velja zgolj za uživanje, ampak tudi za zasvojenost. Lindesmithova definicija razlikuje med nerefektirano odvisnostjo in prepoznano zasvojenostjo. Lindesmith je iskal splošno definicijo zasvojenosti in je ugotovil, da je telesna odvisnost preohlapen in hkrati nezadosten pogoj za definiranje fenomena zasvojenosti. Taka definicija namreč izključuje tiste, ki so zasvojeni, pa v tistem trenutku niso v stanju telesne odvisnosti, vključuje pa tiste, ki so telesno odvisni, pa ne hlepijo po mamilu. Prav želja, ali bolje rečeno hlepenje, je specifično za zasvojene uživalce. Lindesmith ugotavlja, da postane človek zasvojen, ko doživi abstinenčne težave, jih kot take tudi prepozna, se tako nauči hlepeti po drogi in s ponavljanjem te izkušnje pridobi stališča in vedenje zasvojenca. Zasvojenost je torej konceptualen proces, ki je družbeno posredovan. Odvisnost in zasvojenost nista en in isti fenomen. (Flaker 2002, 22)

V literaturi je najti več različnih tipologij uživanja drog. Vsem je skupno, da se nagibajo h gradacijam ali stopnjevanju, tako da pogosto ni jasno, ali je govora o stadijih ali zvrsteh uživanja. Flaker v knjigi *Živeti s heroinom* predstavi tipologije treh različnih avtorjev, in sicer Kuševiča, Sengersa in Pearsona s sodelavci. Flaker je s sodelavci, za namene raziskave, združil obstoječe tipologije v niz tipov, ki so upoštevali stopnjevanje količine užite droge, hkrati pa temeljili na sprejemanju identitete in vloge uživalca. Sestavili so naslednjo tipologijo:

- Neuživalci: mednje sodijo vsi, ki niso nikoli poskusili heroina ali drugih opijatov.
- Priložnostni (občasni, naključni) uživalci, eksperimentatorji: v to kategorijo lahko uvrstimo tiste, ki uživajo mamilo občasno ali eksperimentalno, in tiste, ki ne »poskušajo«, temveč uživajo, ko imajo priložnost.
- Redni uživalci: mednje sodijo tisti, ki mamilo uživajo redno, a ne razvijejo odvisnosti ali zasvojenosti.
- Odvisni uživalci: v to kategorijo sodijo tisti, ki so odvisni od mamila, pa tega ne vidijo kot zasvojenost. Pri tej kategoriji se odpira vprašanje psihološke odvisnosti.

- Zasvojeni uživalci: v to kategorijo štejemo uživalce, ki doživijo abstinenčne težave in jih prepoznajo ter hlepijo po opijatih zaradi lajšanja abstinenčnih težav, pa se jim zaradi tega ni poslabšal socialni status.
- Džankiji: ta kategorija se od zgornje razlikuje po socialni degradaciji in propadanju. Pri džankiju je vloga bolj dominantna in razčlenjena. Zasvojenec postane džanki takrat, ko mu droga postane najpomembnejša stvar na svetu in ne more več igrati drugih vlog. (Povz. po Flaker 2002, 23 -24)

Tipologija je logična celota, ki hkrati predstavlja možne stopnje ali faze kariere uživanja heroina in drugih opijatov in možne tipe uživanja. Mogoči so prehodi iz enega tipa v drugega, kot tudi med večino stopenj in stadijev, tako iz neuživanja v džankizacijo kot obratno. Vprašljiv je le prehod iz džankizacije ali zasvojenosti nazaj v odvisnost, saj ta tip uživanja ni definiran tako kot drugi, s kakšno posebno vlogo in je le vmesni tip med rednim uživanjem in zasvojenostjo. (Flaker 2002, 29)

4.1 OBRAVNAVA ZASVOJENOSTI

Na obravnavo in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog danes odločilno vplivata predvsem dejstvi:

- hitro naraščanje števila odvisnih,
- velike razlike med njimi v starosti, trajanju odvisnosti, osebnostnih lastnosti, psihičnih soboleznih, podpori družine, socialnih razmerah, v katerih živijo, predizkušnja z zdravljenjem ipd.

Na ilegalnem trgu se pojavljajo vedno nove in (ni nujno) močnejše ter nevarno mešane droge, ki ne ogrožajo le vsakega uporabnika drog posebej ali njegove družine, pač pa imajo negativne posledice za celotno družbo. Vladimir Auer je v svojem priročniku Droge in odvisnost poudaril, da so posledice odvisnosti poleg duševnih in zdravstvenih tudi socialne, gospodarske, varnostne in da zato javnost od politike do drog pričakuje, da probleme reši, če pa tega ne zmore, naj se radikalno spremeni.«Vendar politika, ki že v svoji naravi pomeni usklajevanje različnih interesov, ne more ponuditi univerzalnih rešitev, pač pa mora upoštevati različne interese:

- tistih, ki so zaradi rabe ogroženi ali že odvisni,

- tistih, ki trpijo negativne posledice zlorabe, npr. svojci ali stanovalci sosesk, kjer se problemi z drogami najbolj kopičijo,
- tisti, ki delujejo v zdravljenju in psihosocialni obravnavi ljudi, ki so odvisni,
- javnega miru in varnosti.« (Auer 2001, 185)

Vsi programi niso enako primerni za vse zasvojene. Odločiti je treba, ali je za posameznika primeren nizkopražen program, usmerjen v zmanjševanje škode ali ga usmerjati v visokopražen, usmerjen v trajno treznost, in ali je primeren ambulantni ali bolnišnični način, ter ali je nujno takoj in v celoti spremeniti odvisnikovo okolje ali ne. Načrtovati je potrebno metodo in dolžino obravnave in rehabilitacijo oz. reintegracijo po končani obravnavi. Smiselno je tudi zaporedje različnih oblik obravnave, vzponi in padci, značilni za potek zasvojenosti, se odražajo tudi v tem, katere oblike pomoči zasvojeni v določenem obdobju iščejo. Poleg tega morajo načini obravnave spremljati tudi spreminjanje vzorcev rabe drog. (Auer 2001, 102)

Program zdravljenja mora zasvojeni, če naj bo uspešen, sprejeti za svojega. Zato je pomembno upoštevati tudi njegovo doživljanje narave njegove zasvojenosti. V tem se zasvojeni, kot tudi javno mnenje, močno razlikujejo. Poleg najpogostejšega mnenja, da gre za bolezen, vidijo nekateri v zasvojenosti razvado nezmernosti ali vzgojno pomanjkljivost, nekateri osebnostno šibkost ali prirojeno nagnjenje. Včasih jo dojemajo kot kazen (bodisi zaslužno, bodisi krivično), včasih kot sovražno silo, pred katero so popolnoma nemočni. Včasih vidijo v njej strategijo za obvladovanje okolja. Lahko pa jo vzamejo tudi kot priložnost za razmislek in osebnostno rast. Tak pogled običajno spodbujajo tudi profesionalni delavci in lahko deluje konstruktivno, če ga uspejo prenesti tudi na zasvojenega. (Auer 2001, 102)

Odločenost za zdravljenje je spočetka krhka, velikokrat v obliki meglenega občutka zasvojenega, da s svojim načinom življenja ni zadovoljen in da mora nekaj spremeniti. Vendar jih je celo od teh, ki si spremembe želijo, spočetka to sposobnih izpeljati le okrog 15-20%. Večina avtorjev se strinja, da je kakršnokoli zdravljenje boljše kot nobeno; zasvojeni lahko v vsakem, če je le zasnovano dovolj strokovno in humano - pridobi nekaj zase. Vendar je treba potek terapije stalno spremljati in razmišljati tudi o morebitnih prilagoditvah in spremembah. Nekateri prekinajo več zdravljenj, preden enega dokončajo. Drugi imajo za seboj več končanih zdravljenj, pa vedno

znova padejo nazaj v odvisnost. Možnosti za ozdravitev so tem večje, čim dlje zmore nekdo živeti brez droge in čim bolj vsestransko dogradi svojo osebnost. (Auer 2001, 102)

Prochaska in DiClement ugotavljata, da zdravljenje poteka v petih fazah, ki se med seboj izmenjujejo in prepletajo:

1. faza indiferentnosti, ko zasvojeni ne čuti potrebe po spremembah in se jim upira, ponavadi tudi zanika problem;
2. faza preudarjanja, ko se uživalec drog začne zavedati neskladja med svojimi vrednotami in dejanskim ravnanjem in začne tehtati pozitivne in negativne strani spremembe;
3. v fazi pripravljanja je obdobje, ko uživalec lahko že uvaja drobne spremembe v vedenju, predvsem pa je prisotna namera spremeniti vedenje, niso pa še jasni cilji in obseg sprememb;
4. faza ukrepanja, ko so spremembe, njihovi cilji in kriteriji za uspeh določeni in uživalec (skupaj s terapevtom, lahko pa tudi drugimi zanj pomembnimi osebami) spreminja svoje obnašanje in/ali okolje;
5. po opravljenih spremembah preide (zdaj verjetno že bivši) uživalec v fazo vzdrževanja, ko mora bolj ali manj stalno vzdrževati doseženo stanje in se boriti s težnjami, skušnjavami, pritiski in drugimi procesi v njem samem in v okolju, ki bi ga utegnili povrniti v stanje pred spremembo.

Opisane faze si ne sledijo nujno v opisanem vrstnem redu, ampak zasvojeni bolj ali manj poljubno prehaja iz ene v drugo, v odvisnost od lastne aktivnosti in vplivov okolja. (Barber 1997, 32-34)

Pri zasvojenih ne gre zgolj za defekt posameznika. Njegovo zasvojenost z drogami posreduje in pogojuje, marsikdaj pa tudi podpira, neposredno okolje pa tudi širše družbeno okolje. Če torej hočemo govoriti o bolezni, moramo govoriti o bolezni celotnega družbenega sistema ali/in njegovih podsistemov, kar pa ni produktivno. Uporabnejše je v tem primeru pojmovanje zasvojenosti kot dinamičnega ravnotežja vseh delujočih v spletu odnosov okoli zasvojenega. Zasvojeni ima v tem primeru sicer odločilno vlogo v vzdrževanju ali/in spreminjanju tega ravnotežja, ne more pa celotne spremembe izpeljati sam.

Na omenjeno ravnotežje vplivajo s svojim delovanjem in medsebojnim povezovanjem ali/in reagiranjem na druge različni akterji, ki jih lahko prikažemo v obliki treh koncentričnih sfer (Glej skico 1!):

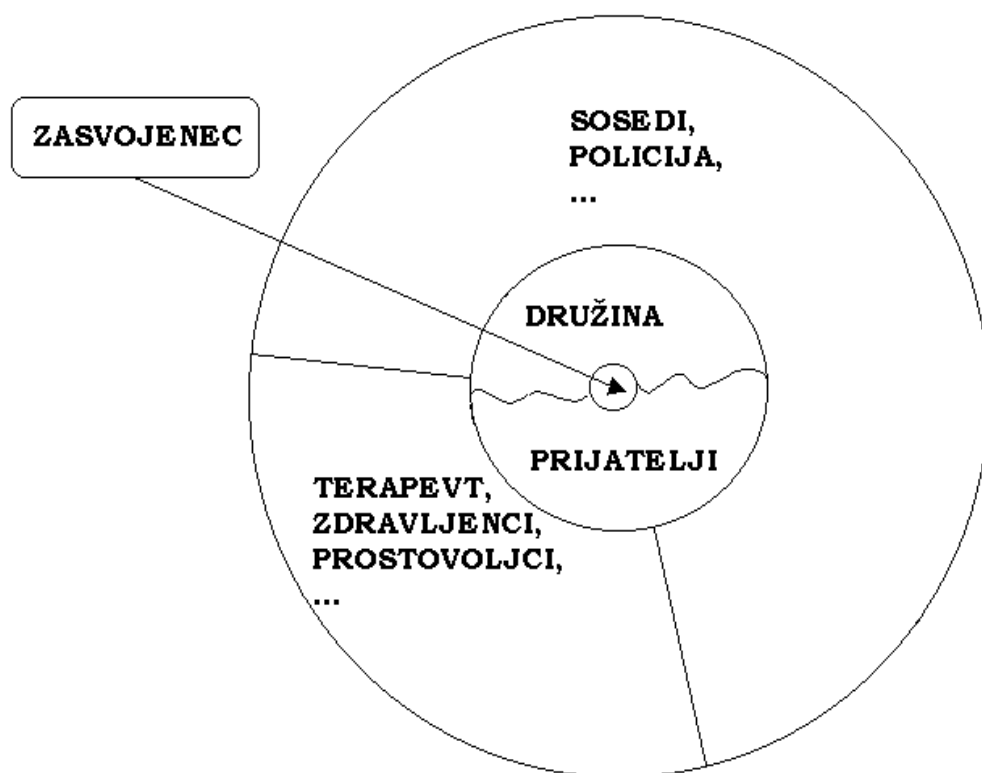
1. Zasvojeni kot centralna sfera s svojimi navadami, izkušnjami, osebnostnimi in drugimi značilnostmi.
2. Ožje družbeno okolje, predvsem družina in prijatelji, kratka osebe in skupine, s katerimi je zasvojeni v neposrednih vsakdanjih odnosih.
3. Širše družbeno okolje, v katero sodijo različne institucije, v našem primeru sta predvsem pomembni policija in sodstvo ter ljudje, s katerimi se zasvojeni srečuje bolj bežno in z njimi nima tesnejših ali/in intenzivnejših stikov, sosedje, znanci pa tudi terapevti, prostovoljci in drugi zdravljenici, ki niso del ožjega družbenega okolja.

Stigma je interakcijski pojem: nastane iz interakcij in jih zaznamuje, diskreditira stigmatizirane – uživalce drog in jim manjša splošno interakcijsko kredibilnost. V formalnem okolju zaposlitve ali šole je veliko pomembnejša kot v manj formalnih okoljih. Ukrepi so hitrejši in odločnejši, prizivnost manjša, trud, vložen v prikrivanje stigme, večji, stopnja nadzora usodnejša, možnosti, da nekdo obdrži svoj položaj, manjše, itn. – in to zato, ker je stigma ekonomsko okrepljena in ker je v naši kulturi povezana z vprašljivostjo pogodbenega statusa posameznika, z vprašanjem, ali človeku lahko verjamemo, da bo opravil svoj del pogodbenih obveznosti in ravno tako, kakor od njega pričakujemo. Stigma daje pečat nepredvidljivosti, hkrati pa odpira prostore, kjer so vprašanja pripadnosti, teritorialne umeščenosti in povezanosti z drugimi manj pomembna kakor v prostorih, kjer je neformalna povezanost temelj interakcij. Gre za v naprej določene prostore, kjer velik del interakcij uravnavajo pravila, ki so v naprej postavljena in ki jih je mogoče le deloma sproti spreminjati in prilagajati. V neformalnih okoljih je izločevalni, bolje rečeno izobčevalni učinek stigme počasnejši, zato pa morda toliko bolj usoden. Uživanje, ki ga spremlja stigma, namreč pretrese domači teritorij, izzove družinsko dramo in je pot in vozilo k emancipaciji, kratka – je način ustvarjanja novih, umetnih teritorijev. Stigma ustvarja prepad med domačim teritorijem in teritorijem uživanja heroína in poraja temeljni nesporazum med položajem, ki ga oseba ima, in med tistim, za katerega drugi menijo, da naj bi ga imela. Ti nesporazumi izzovejo pomemben obrat v posameznikovem razumevanju sebe. To še zlasti velja, če uživalca ne razumejo vrstniki in če sprejmejo njegov stigmatizirani položaj. Uživalec to reakcijo, v nasprotju z reakcijo, ki poteka v formalnem okolju, doživlja kot intimno

prevrednotenje sebe. Zapuščanje domačega teritorija je tudi dvojna izdaja: za tistega, ki odhaja in tistega, ki ostaja. (Flaker 2002, 246-247)

Kariera uživalca drog je zgodba o subjektivizaciji človeka, ki govori o zapuščanju domačega teritorija, o tavanju in iskanju novega, novih pokrajin, novih angažmajev in novih doživetij. Je zgodba o nerazumevanju (predvsem staršev), o osamljenosti, o vzajemnem izdajstvu in razočaranju, a tudi o očaranosti nad popolnim doživetjem, ki se izraža za »varljivo srečo«. Govori o obsedenosti in tragičnem obratu, kjer užitek postane mora in prav narobe, kriza postane užitek in os življenja, njegov motor, razlaga, opravičilo in drama. Tragedija je v obratu, ki poteka od emancipacije, volje po suverenosti in obvladovanju življenja in sveta k podjarmljenosti, suženjstvu, odvisnosti in pomanjkanju – materialnemu pomanjkanju in pomanjkanju volje. Posameznik bi potemtakem moral nujno udariti ob dno in se pri soočanju s smrtjo in svojo »ničevostjo« dvigniti. Ta končni obrat je spreobrnitev, dno je uzrtje (absolutne) resnice, ki jo spremlja spoznanje, da je za obstoj individualne volje in za možnost obvladovanja lastne usode nujno priznavati transcendentalne vrednote. (Flaker 2002, 247)

SKICA 1: AKTERJI SPLETA ODNOSOV, KI LAHKO ALI PA NE VZDRŽUJEJO ZASVOJENOSTI



Džanki je popularen lik uživalca heroina in zapolnjuje predstave o zasvojenosti z drogami. Popularnost tega koncepta narekuje dejstvo, da kot džankiji uživalci drog postanejo v javnosti vidni. Stabilnega uživalca je na ulici težko prepoznati, medtem ko je džankija skoraj nemogoče spregledati. Še posebno, ker počnejo stvari, ki pritegnejo pozornost ostalih, pristopijo k ljudem, ko prosjačijo, se nerodno lotevajo priložnostnih kraj, nestrpno postopajo na kakšnem vogalu, medtem ko jih dilerji pustijo čakati. Vidni pa postanejo tudi v okviru služb, ki se ukvarjajo s področjem drog in tako nehotе narekujejo načine obravnave uživalcev nasploh. Da bi vsaj delno omilili težavno življenje, se na tej stopnji pogosteje odločajo za vključitev v kakšno od obravnav in tako strokovnjaki, ki se srečajo z njimi (zdravniki, socialni delavci, policisti, sodniki), dobijo napačno predstavo, da večino uživalcev heroina živi na tak način, saj tudi »strokovnjaki niso imuni na moralno paniko«. (Flaker 2002) Zato ni naključje, da se večinoma organiziranost služb in programi obravnave uživalcev heroina prilagajajo potrebam te skupine, na žalost pa se potem v ta vzorec pomoči tišči tudi vse ostale uživalce. (Grebenc 2003, 25)

Večina zasvojenih se v svoji karieri sreča z različnimi oblikami obravnave oziroma pride v stik z večino institucij, ki se ukvarjajo s težavami v zvezi z drogami. Predvsem so to zdravstveni in socialni programi ter policija in sodstvo.

Večina služb, ki se ukvarja z uživanjem drog in uživalci, ima bojevit in netoleranten odnos do drog in bojuje »vojno proti drogam«. Službe, kakršne so policija, mediji, pravosodje, zdravstvo in socialne službe, a tudi nevladne organizacije, ki so se razvile kot odgovor na širjenje drog, so s svojo dejavnostjo proizvajale kriminalizacijo, odvisnost uživalcev, familiarizacijo uživanja, vplivale so na produkcijo kariere in etiketiranje in hkrati prispevale k zelo čustvenemu, nepragmatičnemu stališču javnosti; tako so prispevale k množenju džankijevskih karier in vplivale na to, da se je uživanje drog kot kulturni in ekonomski pojav spremenilo v socialnega. (Flaker 2002, 261)

Kot je zapisal Pezelj, je eno najpomembnejših vprašanj pri obravnavi zasvojenih vprašanje, kako si sledijo koraki v svetu mamil: Ali je najprej prvi skrivnostni cigaretni dim, ki mu sledi »trava« in tej druge droge? Seveda ne drži trditev, da kajenje marihuane nujno vodi v uživanje trdih drog,

res pa je, da so praktično vsi, ki so zasvojeni s heroinom, pred tem kadili marihuano. Po prvi fazi uživanja drog sledi druga, to je redno jemanje. V tej fazi začne uporabnik najprej razmišljati, da bi poiskal pomoč, nato pa pomoč sprejme v obliki, za katero se odloči sam. Na voljo ima posebne dnevne programe, terapevtsko skupnost, pomoč v zdravstvenem domu ali centrih za socialno delo. Odločitev je v vsakem primeru njegova. Prav možnost, da se odvisnik sam odloči, v kateri program se bo vključil, je ena od kakovosti, značilna za našo državo. V tej drugi fazi se pogosto pojavi vprašanje, ali je mogoče prepustiti izbiro načina pomoči uporabniku samemu. O tem so tudi med strokovnjaki različna mnenja. Naj se zdi izbira še tako neprimerna, do nje ima vsakdo pravico, saj navsezadnje nikogar ne moremo prisiliti v zdravljenje njegove odvisnosti, pa tudi popolna abstinenca ni edini cilj niti vladnih, niti nevladnih organizacij, ki se ukvarjajo z uživalci prepovedanih drog. Nekateri uporabniki je nikoli ne bodo dosegli in zaradi tega jih družba ne sme enostavno odpisati. Prav zanje so nastali tako imenovani programi za zmanjševanje škode pri uživanju drog; uporabniki med njimi izbirajo in se vanje vključujejo, dokler sami ne spoznajo, kaj jim droga pomeni. Ko oziroma če spoznajo in se odločijo spremeniti način življenja, jim strokovnjaki lahko ponudijo druge programe. (Pezelj 2001, 77)

Odločitev, katero vrsto pomoči bo zasvojeni sprejel, je popolnoma odvisna od njega. Iz dolgoletnega dela z uživalci pa imam izkušnjo, da zasvojeni največkrat ne ve, kam bi se obrnil po pomoč, oziroma vidi mnogo ovir pri vsaki od ponujenih možnosti. Tukaj lahko svetovalec s svojim znanjem in na podlagi dobrega delovnega odnosa skupaj z njim pretehta ponujene možnosti, pomaga poiskati rešitve pri odstanjevanju »ovir« do ustrezne pomoči. Zasvojenemu lahko posreduje tudi svoje mnenje, kateri od programov bi bil zanj najbolj primeren. Na koncu je še vedno uživalec sam tisti, ki s svetovalčevo oceno soglaša ali pa tudi ne.

V Sloveniji so mnoge storitve in programi usmerjeni k visokopražnim ciljem, ki vključitev v obravnavo pogojujejo z abstinenco. V pogovorih s strokovnjaki se je izkazalo, da v Sloveniji obstaja velika potreba po razvoju služb tako imenovanega nizkega praga oziroma nizkopražnih programov, kamor sodi razvoj terenskega dela ne le v urbanih središčih, ampak tudi v manjših krajih, da obstajajo potrebe po dnevni centrih v obliki drop – inov, ponekod pa tudi slip - inov, v katerih je mogoče prespati. Povedano drugače: strokovnjaki in raziskovalci predlagajo, da se je treba problematike drog lotiti na decentraliziran način. Delovati je treba v lokalnih skupnostih, kjer zasvojenosti tudi nastajajo. In ravno v te skupnosti bi morali vključevati različne stroke,

službe, mreže, ki bi v premišljene projekte povezale mnogo znanja. Takšni projekti bi lahko bili tudi eksperimentalni. (Pezelj 2002, 209)

Konec 90. let se je v Sloveniji razvila mreža služb in programov, ki bolj ali manj ustrezno reagirajo na stiske uživalcev, njihovih svojcev in širšega okolja. Kljub razvoju nekateri menijo, da je ustreznih služb premalo oz. da te premalo naredijo. Kritika se nanaša na pomanjkanje služb v domačem kraju in zunaj velikih mest in na to, da službe, ki so na voljo, ponujajo programe, v katerih ljudje nočejo sodelovati. Pomanjkanje služb zaznajo uživalci kot ogledalo lastnega statusa in dejstva, da je pojav relativno nov. Zapuščenost in prepuščenost samemu sebi je izraz krivde uživalcev, ker so njihove stiske posledica njihove lastne odločitve in napačnega ravnanja, hkrati pa so ravno zaradi tega, ker so odrinjeni, tudi nepoznani, dovolj abstraktni, da jih je mogoče zaničevalno obravnavati in zanemarjati. Tako strokovnjaki postanejo eni redkih zaveznikov. Uživanje drog je še vedno razlog za moralno paniko, na katero strokovnjaki in službe niso imuni. Moralna panika, okrepljena z nevednostjo, nepoučenostjo in pomanjkanjem odgovorov krepi željo po izločanju uživalcev (v komune). Strokovnjaki z občutki krivde in varno spravljenostjo lajšajo svoje nelagodje, ki ni zgolj posledica nevednosti, nepripravljenosti in pomanjkanja strokovnih odgovorov, temveč tudi nelagodje glede razrednega vprašanja in družbene funkcije strokovnjaka. Delo strokovnjakov poleg nevednosti obvladujejo tudi predsodki, ki jih imajo o uživalcih in ki izhajajo iz splošnih stereotipov. (Flaker 2002, 169-171)

Zmanjševanje škode imamo upravičeno lahko za novost, ki prekinja z racionalistično paradigmo, ki vzdržuje mit o možnosti »končne rešitve« problema drog. Prvič, stara paradigma je zmotno prepričana, da je mogoče povsem odpraviti vprašanje drog bodisi s pravnimi bodisi s terapevtskimi sredstvi, zmanjševanje škode pa je vpeljalo probabilistično razumevanje, ki se ukvarja s tveganjem in z verjetnostjo, da se nekaj utegne zgoditi, z ugotavljanjem dejavnikov, ki tveganje večajo ali zmanjšujejo, in z iskanjem odgovorov na ugotovljena tveganja. Drugič, v službah, ki so na voljo uživalcem, vpeljuje pojem nizkega praga, kar pomeni, da so storitve uporabnikom bolj dostopne in da ne povezujejo pomoči z zahtevo po abstinenci. Tretjič, kot kriterij intervencije vpeljuje namesto gramatike ravnanja pragmatiko, se pravi, ravna se po tistem, kar naj bi bilo pravilno, kar zahteva dominantni diskurz o normalnosti. Četrto, uživalce in uporabnike služb vključuje v procese načrtovanja in delovanja takih služb in krepi njihovo moč. (Flaker 2002, 9)

V krajih, kjer ni razvitih nizkopražnih programov, bi lahko centri za socialno delo opravljali funkcijo nizkopražnih programov, predvsem v smislu informiranja in svetovanja, brez vstopnih pogojev. Aktivnim uživalcem že sedaj po svoji funkciji nudijo storitve prve socialne pomoči. Res da se mora uživalec sam zglasiti pri njih, vendar je storitev prve socialne pomoči dostopna vsem prebivalcem Slovenije, ne glede na krajevno pristojnost. Nekateri centri za socialno delo (CSD Kranj v programu Razdelilnica hrane) uživalcem nudijo tudi topel obrok hrane, ne glede na to, da nimajo pravice do denarne socialne pomoči. V prostorih razdelilnice dobijo tudi osnovne informacije, kam se lahko obrnejo po pomoč.

Za uživalce so službe sinonim za visoki prag. Obstoječe službe so učinkovite, če je človek zainteresiran za pomoč, ki jo nudijo in je pripravljen z njimi sodelovati, za kar je potrebna pripravljenost in dozorelost. Sogovorniki so imeli občutek, da je osnovna naravnost služb popolno abstiniranje. Za zdravljenje se je treba odločiti in prav ta odločitev je tisti visoki prag, ki ga mora uživalec prestopiti, da dobi pomoč. Iz tega izhaja, da tisti uživalci, ki se ne odločijo za abstinenco, pomoči, vsaj te, ki jo službe ponujajo, ne dobijo. (Flaker 2002, 173)

Nekateri uživalci zavračajo moralistično naravnost služb in poudarjajo, da je pomoč, ki jo potrebujejo, predvsem praktične narave. Večina služb tako vzdržuje temeljni nesporazum, ki temelji na dramatizaciji uživanja. Svojim uporabnikom ponujajo zdravljenje, ko je morda v njihovem interesu nekaj povsem drugega. Tisto kar službe ponujajo, ni tisto, kar človek v tem trenutku potrebuje. Službe žugajo uživalcem z dnom in pristankom v bolj represivnih prostorih, da bi pripravili uživalce k odvajanju od droge, ne odgovarjajo pa na njihove konkretne stiske. Del uživalcev službam ne zaupa, prejemanje pomoči kakšne izmed služb pa včasih zanje pomeni tudi izgubo samospoštovanja. Nekateri uživalci drog, predvsem tisti, ki so džankizirani, pa imajo občutek, da so zapuščeni oz. izrinjeni iz družbenega obtoka in nimajo dostopa niti do navadnih storitev. (Flaker 2002, 173)

Splošna ocena služb, ki so namenjene uživalcem, je precej kritična. Uživalce moti predvsem pomanjkanje raznoličnosti. Občutijo pomanjkanje ustreznih odgovorov, pomanjkanje nasploh pa je še bolj občutno na periferiji kakor pa v urbanih centrih. Iz dosega služb bodo izpadli tisti

uživalci, ki službam ne zaupajo, tisti, ki jih ne potrebujejo in tisti, ki so povsem obupani in zapuščeni, ker ne zmorejo doseči praga, ki jim ga postavljajo službe. Tako lahko domnevamo, da so tipične stranke služb za uživalce srednji ali vmesni sloj uživalcev, ki se deloma pokriva tudi s srednjim družbenim slojem, ki je dovolj globoko v vlogi zasvojenega uživalca, vendar pa ne toliko, da bi povsem obupal, in ki ima podporo v svojem okolju, a ne toliko, da bi se lahko s problemi ukvarjal samostojno, brez pomoči strokovnjakov. (Flaker 2002, 173)

Obravnave uživalcev drog se moramo na vseh ravneh lotiti celostno. V Sloveniji imamo že sedaj razvitih vrsto programov, ki pa so bolj pisani na kožo zasvojenim uživalcem drog, džankijem, kot jih imenuje Flaker. Džankiji so ob zdrs iz drugih družbenih vlog najbolj na očeh javnosti, poleg tega se strokovnjaki najpogosteje srečujemo prav z njimi, poznamo njihove težave in stiske in logična posledica tega je, da se razvijajo programi, ki sledijo njihovim potrebam. V devetdesetih letih so se razvijali in izpopolnjevali visokopražni programi (komune in terapevtske skupnosti), za razvoj nizkopražnih programov pa je bila družba v Sloveniji še dosti premalo osveščena. Tudi to področje se v zadnjih letih razvija.

Uživalci drog imajo s tem možnost izbirati obravnavo, ki jim v določeni fazi kariere ustreza. Strokovnjaki bi morali spodbujati in spoštovati njihovo izbiro. Z vsako vključitvijo, v katerikoli program, lahko uživalec nekaj pridobi zase. Zasvojeni ima odločilno vlogo v spreminjanju ali vzdrževanju svojega življenjskega stila. Ko se odloči za spremembo, pa le-to zelo težko izpelje sam. Stigma, ki jih spremlja, je zanje usodna. V formalnih okoljih je veliko pomembnejša za uživalčev socialni status, v neformalnih pa je usodnejša na področju intimnega prevrednotenja sebe. Tako stigmatiziranemu uživalcu drog ostane le ozek krog ljudi, ki mu lahko pomagajo pri spremembi načina življenja. Pogosto so to prav strokovnjaki, ki so ga spremljali in spoštovali njegove odločitve v njegovi karieri uživalca drog.

4.2 MULTIDISCIPLINAREN PRISTOP

Povezovanje med zdravstvom, socialo, policijo, pravosodjem in drugimi sektorji je nujno potrebno. Razvoj dobrih odnosov in zastavljanje skupnih projektov sta dve pomembni opravili, ki ju moramo izpeljati, da bi vzpostavili dobro sodelovanje različnih služb. (Nolimal in Rejc 1996, 122)

Z multidisciplinarnim pristopom k problemu zasvojenosti se lahko izboljša ponudba kvalitetne obravnave zasvojenih. Pri tem želim opozoriti predvsem na povezovanje institucij, ki zasvojenim nudijo programe pomoči, in institucij, ki v naši državi izvajajo represivno funkcijo. Vloga in mnenje strokovnih delavcev iz prvih institucij je premalo poudarjena pri obravnavi zasvojenih v drugih institucijah (postopki na sodišču).

Nolimal meni, da bi se na področju zasvojenosti lahko socialno delo nedvomno uveljavilo kot vrhunska specializirana in znanstveno terapevtska stroka. S tem v zvezi bi lahko centri za socialno delo postali strokovna in raziskovalna središča za pomoč zasvojencem, njihovim svojcem ter prizadetemu okolju. Socialno delo pri nas je že sedaj relativno dobro usmerjeno v tista znanja, ki so nujno potrebna za področje problematike alkohola, kot npr. svetovanje v šoli, v centrih za socialno delo, zdravstvenih enotah, delovnih organizacijah in drugod. (Barber 1997, 8)

V prejšnjih poglavjih smo ugotovili, da uživanje drog (lahko) pušča posledice na vseh ravneh človekovega delovanja. Iz tega dejstva izhaja tudi dejstvo, da je pri obravnavi zasvojenih potrebno sodelovanje vseh služb, tako zdravstva in sociale kot policije in sodstva.

4.2.1 TIMSKO SODELOVANJE

Rode in Žontar sta v svojem članku Prostovoljci pri delu z zasvojenimi izhajala iz dejstva, da je zasvojenost bolezen celotnega družbenega sistema pri posamezniku, in ugotavljala, da je multidisciplinarna obravnava pri pojavu zasvojenosti koristna, če že ne nujno potrebna. Z multidisciplinarnim pristopom k problemu zasvojenosti se lahko izboljša ponudba kvalitetne obravnave zasvojenih. Pri tem sta želela opozoriti predvsem na povezovanje institucij, ki

zasvojenim nudijo programe pomoči, in institucij, ki v naši državi izvajajo represivno funkcijo. Vloga in mnenje strokovnih delavcev iz prvih institucij je premalo poudarjena pri obravnavi zasvojenih v drugih institucijah (postopki na sodišču). (Rode in Žontar 2001)

Motnje osebnosti, ki jih pogosto zasledimo med uživalci drog, so po sodobnih psihoanalitičnih razvojnih teorijah posledica motenega psihičnega razvoja v zgodnjem otroštvu. Pomemben vpliv na nastanek teh motenj pa ima lahko tudi droga oz. odvisnost od droge sama, saj ta večinoma nastopi v pozni adolescenci, ko se dokončuje osebni razvoj. Droga takrat še bolj onemogoči posameznikovo osamosvojitev in iskanje lastnega prostora v družbi. Osebe, odvisne od drog, tako ostanejo emocionalno, socialno in materialno odvisne, pogosto so odrinjene na rob družbe v razne subkulture, zaidejo v kriminal. Mogoče je zdravljenje odvisnosti zato tako težavno, ker šele z odpravo same telesne odvisnosti (detoksikacijo) izbruhnejo primarne težave, ki so pripeljale v odvisnost, posamezniki pa nimajo volje in možnosti, da bi se z njimi resnično spopadli. Tako vidijo edino rešitev spet v drogi in krog se ponovi. Resnično zdravljenje odvisnosti je izrazito multidisciplinarno. Ne bi smel biti zanemarjen ne socialni, ne psihološki in ne biološki vidik. Delno reševanje problematike odvisnosti samo premešča odvisnike iz ene obravnave v drugo (kazensko, socialno ali zdravstveno), kjer se praviloma srečujejo z ljudmi, ki so za to delo premalo usposobljeni. (Benedik 2002, 246)

Na vseh področjih človekovega delovanja, s katerimi se pri svojem delu srečujemo strokovni delavci, tako pri obravnavi zasvojenih kot pri obravnavi drugih kompleksnih problemov, je močno izražena potreba po multidisciplinarni obravnavi. Prav vsa področja, pri tem področje zasvojenosti nikakor ni izjema, pa se pri poskusih sodelovanja srečujejo s podobnimi problemi. Iz prispevka B. Rupar, ki problem timskega sodelovanja ugotavlja v okviru institucije, kjer se vsi strokovni delavci med seboj poznajo, je lepo razvidna potreba po timskem sodelovanju, hkrati pa pokaže tudi na probleme strokovnih delavcev pri tem: Timsko delo postaja čedalje pomembnejša dejavnost tako v profitnih kot v neprofitnih organizacijah. Organizacije, kjer je timsko delo vzpostavljeno, delujejo kvalitetneje, hitreje in bolj ekonomično. V Centru slepih in slabovidnih so opravili raziskavo, v kateri so ugotavljali dejansko stanje. Osredotočeni so bili na delo zdravstveno-negovalnega dela v centru. Rezultati raziskave so pokazali, da je eden glavnih problemov, s katerim se srečujejo, govorno sporazumevanje. Vsi anketirani menijo, da v timu prihaja do težav in nejasnosti, ki so vezane na govorno sporazumevanje. To opazijo tudi pri

problemih, ki nastopijo pri nenačrtnih pogovorih. Delno je to povezano tudi s samozavestjo posameznikov. Bolj ko je posameznik samozavesten, manjše ima probleme pri komuniciranju. Omenjeni dejavniki vplivajo tudi na pogostnost konfliktnih situacij, ki izhajajo iz ne informiranosti kadra. Pri tem se moramo zavedati, da konfliktna situacija nima le negativnih lastnosti, temveč so prisotne tudi pozitivne lastnosti. (Povz. po Rupar 2002)

Problem nedovoljenih oz. prepovedanih drog je nedvomno zapleten. Gre za tisti segment varnosti, ki tako v Sloveniji, kot tudi v drugih državah, zahteva kompleksno, multidisciplinarno in uravnoteženo reševanje. Takšno je tudi stališče mednarodnih organizacij, kar se odraža v številnih deklaracijah, resolucijah in priporočilih tako Združenih narodov kot tudi organov Sveta Evrope, Evropske unije in drugih vladnih in nevladnih organizacijah. (Pirkovič 2003)

Pri obravnavi tako kompleksnih problemov, kot je zasvojenost, je močno izražena potreba po multidisciplinarni obravnavi oz. uporabi timskega pristopa dela. Zagotavljanje te potrebe pa terja od strokovnih delavcev veliko strokovnega znanja, predvsem pa strokovne samozavesti. Tudi kadar je motivacija za timsko sodelovanje velika, saj prinaša vrsto koristi (kvaliteta obravnave, hitrost, ekonomičnost), se strokovnjaki v timih srečujejo s težavami. Predvsem se pojavi težava pri sporazumevanju (pojmi niso poenoteni), kar povzroča konfliktnost med strokovnimi delavci. To je mogoče izboljšati s poglobljanjem znanja posameznih strokovnih delavcev in poglobljanjem strokovne samozavesti. Pomembno dejstvo, ki narekuje multidisciplinarno obravnavo, je, da delno reševanje problematike zasvojenosti samo premešča zasvojene iz ene obravnave v drugo (kazensko, socialno ali zdravstveno).

4.2.2 INTERDISCIPLINARNOST POKLICA

Tajnškova in Miloševičeva ugotavljata, da je ena izmed značilnosti socialnega dela prav gotovo njegova interdisciplinarnost, ki pomeni sintezo dveh ali več disciplin, s čimer se vzpostavlja nova raven sporočanja v novem jeziku in novih strukturnih zvezah. Interdisciplinarni prijem je metoda uporabe obstoječega znanja iz različnih ved, za spoznavanje in raziskovanje skupnega interesnega področja, ki se nanaša na eno ali več različnih ved. Torej interdisciplinarnost socialnega dela pomeni načrtno črpanje ustreznih spoznanj iz različnih disciplin in njihovo

povezovanje v novo celoto, teorijo socialnega dela in praktično uporabo teh spoznanj v metodah in tehnikah socialnega dela.

Medicina je med znanostmi najbolj povezana s socialnim delom, saj, poenostavljeno povedano, medicina zdravi organske bolezni, socialno delo pa družbene, tesno povezovanje med strokama pa je vsestranska obravnava bolezni in socialnih pojavov. Najbolj je socialno delo povezano s socialno medicino, saj je to zdravstvena veda in stroka, ki se ukvarja z družbenimi vidiki zdravja, saj preučuje družbene okoliščine, ki vplivajo na pojav bolezni in možnosti za njihovo preprečevanje. Socialna psihiatrija usmerja in poudarja vlogo družbenih dejavnikov pri nastajanju, razvoju in zdravljenju duševnih bolezni, zato je k svojemu delu pritegnila tudi socialne delavce, saj poznajo družbene pojave in njihov vpliv na osebnost. Nesporno je, da je v metodah, imenovanih socio terapija, veliko tistega, kar je nastalo v socialnem delu ob uporabi metode skupinskega dela. (Povz. po P.R. Tajnšek Soc. delo v delovnem okolju 94/95, in V.Milošević Uvod v soc. delo)_

Dušan Nolimal je v predgovoru k slovenski izdaji knjige Socialno delo na področju zasvojenosti povedal, da se strinja z avtorjem, ki meni, da lahko prav socialno delo zaradi svoje narave dela in izrazite interdisciplinarnosti odločilno prispeva k ustreznemu ukrepanju na področju reševanja problematike alkoholizma in posledic škodljive uporabe drugih psihoaktivnih snovi.

Nolimal nadaljuje, da je pri zdravljenju zasvojenosti in preprečevanju recidive ter pri evalvacijskem in raziskovalnem delu socialna dimenzija zasvojenosti pogosto spregledana. Od tod izhajajo številni nesporazumi v zvezi s stopnjo učinkovitosti zdravljenja v različnih programih. Področje socialnih stisk pa ni za človeka nič manj boleče kot področje telesnih in duševnih motenj in obolenj. Veliko socialnih delavcev že dela na področju zasvojenosti, nimajo pa na tem področju vidnega strokovnega mesta. Značilnost mnogih okolij, kjer delajo socialni delavci, je, da družba od njih pričakuje, da bodo probleme v zvezi s škodljivo uporabo alkohola in drog reševali z upravno-administrativnimi pristopi. Le-ti pa so pogosto represivni, premalo učinkoviti, tudi kontra produktivni in premalo v pomoč ljudem v socialnih stiskah. (J.G. Barber 1997)

V interdisciplinarnih timih in tudi nasploh imajo zdravniki nekaj pomanjkljivosti, ki jih ovirajo, da bi se bolj "poglobili" pri obravnavi uporabnikov. Premalo jih je, bolj so obremenjeni z drugimi deli, ki so precej bolj ozko medicinska, ali z vodstvenimi nalogami, tudi osnovna izobrazba zdravnikov je slabši temelj za svetovanje in psihosocialni prijem. Neposredne prednosti pa so, da imajo zdravniki v rokah več orodij, predvsem pa metadon in druga zdravila, več formalnih vzvodov vplivanja in več neformalnega vpliva in družbene moči. So po navadi tudi nadrejeni drugim članom tima in torej bolj odgovorni pri odločitvah, ki se tičejo čisto življenjskih zadev uporabnikov in še zlasti poteka zdravljenja. (Flaker 2002 181)

Interdisciplinarnost socialnega dela pomeni sintezo dveh ali več disciplin, črpanje ustreznih spoznanj iz različnih disciplin in njihovo povezovanje v novo celoto ter praktično uporabo teh spoznanj v metodah in tehnikah socialnega dela. Medicina je med znanostmi najbolj povezana s socialnim delom, saj, poenostavljeno povedano, zdravi organske bolezni, socialno delo pa družbene, tesno povezovanje med strokama pa je vsestranska obravnava bolezni in socialnih pojavov.

Socialno delo zaradi svoje narave dela in izrazite interdisciplinarnosti odločilno prispeva k ustreznemu ukrepanju na področju reševanja problematike drog in posledic njihove škodljive uporabe.

INTERDISCIPLINARNOST POKLICA Z DRUGIMI POKLICI, KI SE UKVARJAJO S POMOČJO ČLOVEKU

Pomemben del dinamike timskega dela je povezan z vlogami, ki jih imajo in razvijajo člani tima. Včasih se razvijajo v podobnem stopenjskem zaporedju kot skupinska dinamika. Nekateri avtorji govorijo o ločevanju vlog na začetku, ko se strokovnjaki oklepajo svojih tradicionalnih vlog, ohranjajo stroge meje v odnosu do drugih članov tima, temu sledi precenjevanje sposobnosti in znanja drugih članov, v kombinaciji s podcenjevanjem kompleksnosti dejanske naloge, kar lahko privede do razočaranja ali celo do izgube zaupanja v idejo sodelovanja v timu. Rešitev je v tem, da drug drugega ocenimo bolj realistično, kar se ponavadi zgodi, ko začne tim zares delati in ko postane komplementarna narava različnih disciplin bolj očitna. Takrat se pokaže tudi prostor za integracijo tima, vloga pa lahko postane del interdisciplinarnega tima. Profesionalci iz različnih poklicev se učijo drug od drugega in med nalogami pride do določene izmenjave, prekrivanja in

zabrisovanja vlog. Medtem ko prekrivanje vlog štejemo med bistvene pogoje za timsko delo, ker pač mora obstajati neka skupna osnova, da tim sploh nastane, je zabrisovanje vlog nekoliko težavnejši koncept, mnenja o tej zadevi pa razdeljena. Nekateri menijo, da zabrisovanje vlog pomeni zmedo pri uporabnikih oz. njihovih družinah, drugi pa vidijo v procesu zabrisovanja možnost za kreativno spremembo. S tega vidika je določena mera zabrisovanja vlog potrebna, da se ljudje vživijo v nove vloge, ki so specifične za posamezen tim. Praktično se zdi, da je zabrisovanje vlog legitimen proces v timih, ki se iz zelo strukturiranih in hierarhičnih organizacijskih temeljev pomikajo v smeri večje fleksibilnosti in enakopravnosti, kjer so potrebna nova znanja in vloge.

Terensko delo je še ena priložnost za interdisciplinarno delo različnih strokovnjakov. V delo na terenu so vključeni tako socialni delavci kot zdravniki, sociologi, psihologi in uporabniki drog, zato je vsekakor nujno sodelovanje in ne vztrajanje za prevlado posamezne stroke v posameznih programih. Zato niti ni pomembno, kdo vodi program, kajti ti programi se ne smejo voditi, pač pa koordinirati, kar zahteva popolnoma drugo filozofijo vodenja, kot smo je vajeni v večini naših ustanov. Vsaka stroka mora imeti svojo avtonomijo, ki se konča tam, ko se dotakne druge stroke. Nedopustno je poseganje ene stroke na področje druge. Tu se izkaže, ali smo sposobni sodelovati ali pa ne. (Krek v Soc. delo 1999, 310)

Obstajati mora neka skupna osnova, da tim sploh nastane. Prekrivanje vlog je bistven pogoj za timsko delo. Zabrisovanje vlog je najtežavnejši koncept dela, hkrati pa legitimen proces v timih, ki se iz zelo strukturiranih in hierarhičnih organizacijskih temeljev pomikajo v smeri večje fleksibilnosti in enakopravnosti. Vodja tima mora prevzeti vlogo koordinatorja in ne vodje v hierarhičnem smislu. Vsaka stroka mora imeti svojo avtonomijo, ki se konča tam, ko se dotakne druge stroke, saj je nedopustno poseganje ene stroke na področje druge.

4.2.3 ZBIRANJE PODATKOV IN UPORABA LE-TEH PRI MULTIDISCIPLINARNI OBRAVNAVI

Vsaka institucija o uporabniku zbira podatke, ki jih uporabi pri svojem delu. Zakon o socialnem varstvu in Zakon o upravnem postopku, natančno opredeljuje, katere podatke o uporabniku in njegovi socialni težavi moramo zbirati, saj je to pogoj za dobro strokovno delo. Podatke zbiramo kot usmerjevalni oz. napotitveni element za uporabnika. Cilj zbiranja podatkov strokovnjakov v

timu je razumevanje in spoznavanje problemov, osebnosti, življenjskih razmer uporabnika, da bi lažje načrtovali najuspešnejšo obliko pomoči. Podatke zbiramo kot pripomoček za pravilno opredelitev socialne težave in predvidevanja njenega prihodnjega razvoja, za boljše razumevanje potreb uporabnika, njegovih interesov, nagnjenj, sposobnosti, življenjskih navad, socialnih vlog življenjskega in delovnega okolja, težav, motenj in konfliktov v različnih življenjskih situacijah, kar bi vsem strokovnjakom v timu omogočilo hitrejše in uspešnejše delo. Zbrane podatke je potrebno selekcionirati in jih povezati s sedanjo strankino težavo. Pri delu mora socialni delavec imeti določeno mero natančnosti, objektivnosti, občutljivosti, predvsem pa sistematičnosti. Edino socialna težava odloča o tem, katere podatke zbiramo, pri kom jih bomo iskali, zakaj jih bomo uporabili in komu jih bomo posredovali. Podatke zbiramo usmerjeno. Zanimanje je usmerjeno v sedanjost in spoznavanje trenutnih življenjskih okoliščin. Minuli dogodki nas zanimajo le toliko, kolikor pojasnjujejo sedanje uporabnikove potrebe, navade, probleme in reakcije nanje. Zbiramo podatke o tem, kako uporabnik deluje v svojem socialnem okolju, kako se vanj vključuje, kako ga okolje sprejema. Torej, pri strokovni obravnavi potrebujemo podatke o stranki in o njenem okolju. Stranka sama je temeljni in prvi vir podatkov o svoji socialni težavi, o sebi in o svojem okolju, vendar pa ni edini vir podatkov. Iz drugih virov dobimo podatke le s privolitvijo stranke, prav tako jih sami lahko posredujemo le z njeno privolitvijo. Presoditi je potrebno, ali druge vire podatkov zares potrebujemo ali pa stranki s tem škodujemo.

Podatki, ki jih posredujejo uporabniki in njihovi svojci, so subjektivno obarvani in so odvisni od trenutnega emocionalnega stanja uporabnika. Socialni delavec bo dejstva uporabil za refleksijo, analizo in načrtovanje pomoči. Strokovnjaki, ki so s stranko v preteklosti že imeli strokovne stike - zdravnik, učitelj, vzgojitelj, psiholog, socialni delavec na šoli - lahko posredujejo koristne podatke, vendar so le ti pogosto enostranski in ozko specializirani prikaz enega dela strankinih problemov, zato jih mora socialni delavec dopolniti s svojimi. Pregled obstoječe dokumentacije drugih služb je koristen, vendar pa ne edini vir zbiranja podatkov, zato je priporočljivo, da socialni delavec najprej sam izdela socialno poročilo, preden si pridobi podatke drugih, v izogib determinacije pogleda na stranko pred in po pridobitvi ostale dokumentacije.

Zbiranje podatkov opredeljujeta Zakon o socialnem varstvu in Zakon o upravnem postopku. Pri obravnavi zasvojenega socialni delavci zbiramo podatke, ki so pomembni za definiranje socialne stiske in težave in ki pripomorejo k načrtovanju razrešitve le-te. Najprej si sliko

ustvarimo sami, kasneje pa v soglasju s stranko pridobivamo podatke iz drugih služb. Zbiramo predvsem tiste podatke, ki so nam lahko v pomoč pri obravnavi zasvojenega.

4.2.4 MREŽA SODELOVANJA MED POKLICI IN SLUŽBAMI, PRETOK INFORMACIJ - PREDLOG POVEZAV SLUŽB

Vida Milošević je v Uvodu v socialno delo poudarila, da podatke o socialni težavi oz. socialnem problemu ter o okolju uporabnika socialni delavec potrebuje predvsem zase, za boljše razumevanje uporabnika in za načrtovanje strokovne pomoči, za druge strokovnjake pa kot dopolnitev diagnoze uporabnika za izoblikovanje skupne opredelitve in izbiro strokovne pomoči, za boljše poznavanje in ustreznejše ravnanje z uporabnikom v drugih institucijah, npr. šole, zdravstvene organizacije, sodišča. Poročanje drugih institucij je zelo odgovorno, saj ima pomembne posledice za uporabnika. Podatke je treba zbrati glede na to, komu in kako jih posredujemo. Socialna težava je v socialnem delu vedno opredeljena deskriptivno. Iz opisa mora biti razvidna usmerjevalnost strokovnega dela. Vrednotenje dela naj spremlja vsako od metod dela, saj pripomore k bolj ekonomičnemu poslovanju in učinkovitejši pomoči ljudem. Analiza dosežkov dela omogoča preventivne ukrepe ljudem in uporabo tistih metod, tehnik in rešitev, ki so se pokazale kot najbolj učinkovite. (Vida Milošević Uvod v socialno delo)

4.2.5 TIM KOT NAČIN INTERDISCIPLINARNEGA SODELOVANJA

Timi so brez dvoma ena najbolj konkretnih in razširjenih oblik interdisciplinarnega sodelovanja. Tim je nekaj, kar ima skupne cilje, člani tima pa obdržijo osebno in individualno odgovornost ter si delijo delo tako, da vsak s svojo aktivnostjo prispeva kar največ in zagotovi, da skupaj dosežejo skupne cilje. Ovretveit navaja definicijo za multidisciplinarni tim, ki pravi, da je to manjša skupina ljudi, ponavadi različnih poklicev in dejavnosti, ki se povežejo med seboj, da bi prispevali k skupnemu cilju, cilj pa je zagotavljanje zdravstvenih in socialnih potreb enega klienta ali populacije klientov v skupnosti.

Vendar iz vsakdanjih izkušenj vemo, da lahko delo v skupini včasih rodi hude frustracije in celo škoduje ciljem in nalogam, ki smo si jih zadali. Zato se je pametno vprašati o smiselnosti tima, še zlasti, kadar gre za področje socialnega dela in duševnega zdravja, kjer je tradicionalna metoda

delo s posameznikom. Zakaj bi torej hoteli svoje delo na področju socialnega dela in drugih, človeku namenjenih služb, opravljati kolektivno?

Odgovora sta vsaj dva:

- Timi so v korist **uporabnikom**, saj zadovoljujejo zelo kompleksne potrebe. Uporabniki zdravstvenih storitev tem službam pogosto razgrnejo kompleksne življenjske situacije, s katerimi se ne more ukvarjati en sam strokovnjak. Uporabnik, ki ima dolgotrajne težave, ne potrebuje pomoči le v obliki zdravljenja, temveč tudi pri nastanitvi, zaposlitvi, potrebuje nekoga, ki jim bo svetoval in jim pomagal pri navezovanju odnosov s sorodniki in drugimi pomembnimi tretjimi. Vse to je mogoče le z usklajenim delovanjem strokovnjakov in interdisciplinarnega tima na teh področjih. Uporabnik ima lahko korist od širokega spektra znanja in metod, ki pa mu jih ne more posredovati le predstavnik enega poklica, četudi sta določena usposobljenost in znanje skupna poklicem, ki se ukvarjajo s pomočjo človeku, kar vse skupaj omogoča integracijo timskega dela.
- Drug odgovor bi bil, da so timi v prid strokovnjakom. Time potrebujemo zaradi delitve dela in porazdelitve moči. Namreč, uporabnikov čas je pogosto omejen, zato se morajo delavci odločiti, kako ga bodo uporabili. S tem pa, ko je uporabnikov čas omejen, se strokovnjaki soočijo z dejstvom, da ga morajo koristno uporabiti. Na ta način določijo prioritete in uskladijo svoje dejavnosti.

Vendar pa timsko delo lahko postane tudi poligon, kjer se merijo moči med posameznimi poklici oz. strokovnjaki, saj strokovnjaki vstopajo v time z različnimi stopnjami moči, glede na zakonske kompetence kot tudi glede na status in usposobljenost. Vendar pa je v večini primerov uporabnik tisti, ki je obsojen na največjo nemoč.

DINAMIKA TIMSKEGA DELA

Timi gredo skozi nekakšen proces, ki ga vidimo kot zaporedje faz, in sicer:

1. Faza orientiranja, ko člani skupine hočejo vedeti, kaj se dogaja in kaj se od njih pričakuje, skrbi jih, kakšen vtis bodo naredili.

2. Faza, ko se člani sprašujejo o namenu umestitve v tim; to je čas za konflikte, čas, ko skupina začne zares delati, ko so konflikti kreativno rešeni - takrat šele lahko skupina kaj doseže, to je nekakšen vrhunec skupine.

Tako sosledje faz je sicer idealno in lahko poteka le v ugodnih okoliščinah, če ljudje upoštevajo emocionalne, produktivne in organizacijske vidike skupnega dela. Vendar je problem v tem, da skupine v glavnem težko sledijo temu vzorcu in se pogosto zatakne v eni izmed faz. Znanje o skupinskih procesih, teoretično in izkustveno, je zato bistvenega pomena za ljudi, ki delajo v timih, da o vodji tima niti ne govorimo.

DINAMIKA MOČI V TIMU

Timi so sredstvo, ki ljudi pripravi k delovanju, saj jih prisili, da si vsi prizadevamo za doseg ciljev v določeni organizaciji. To hkrati pomeni, da se morajo odreči določenemu delu svoje individualne suverenosti. Po drugi strani pa je tim nosilec pooblastil. Tako v tim prihajajo strokovnjaki z različnimi formalnimi kompetencami in poklicnim prestižem, privilegiji in osebno močjo in odvisno je, kako bodo to vse v timu uporabili. Npr. psihiater ima formalno moč, da odredi prisilno hospitalizacijo, ne glede na to, kaj mislijo drugi člani tima. Lahko pa npr. svojo moč prenese na tim, da skupaj najdejo rešitev, s katero so zadovoljni vsi. V tem primeru ne dobi moči le tim, temveč tudi psihiater, kajti, če mora zunaj tima utemeljevati odločitev, ki je bila sprejeta kolektivno, so njegovi argumenti odmevnejši in tudi močnejši, saj ima za seboj celo skupino.

V razmerah, kjer vsak strokovnjak prinese v tim svoje znanje in svoje poglede na reševanje problematike in si ob tem prihaja navzkriž s sodelavci, potrebuje skupina kar dosti časa, da se uskladi in začne enotno delovati. V veliko pomoč so pogosta srečanja tima (stalni tim) in sprotno reševanje nastalih problemov. Kljub vztrajnemu forsiranju posameznih članov skupine je treba ohraniti razumen tok usklajevanja, sicer prihaja v timu do nepotrebnih napetosti. Poseben problem je vključevanje novih sodelavcev v tim. Ostali največkrat že pozabijo, s kakšnimi težavami so se srečevali na začetku, zato so do novince nestrpni. Novi član skupine pa se čuti odrinjenega. Zato je zelo pomembno, da vodja tima vzpostavi razmere, v katerih se novi član varno in brez nepotrebnih pritiskov začne usklajevati z ostalimi sodelavci. (Krek v Soc. delu 1999, 311)

Pri timskem delu je zelo pomembno vzdrževati neposredno odgovornost za strokovno opravljanje dela na področju, ki ga strokovnjak obvlada in dobro pozna, in preprečiti neumestno vmešavanje drugih. Večini nepotrebnih zapletov, ki otežujejo delo in medsebojno komunikacijo, se lahko izognemo s pomočjo supervizije, *ki je v vseh poklicih, kjer delamo z ljudmi, zelo pomembna.* (op.. avt). V supervizijskem razgovoru lahko supervizor spodbudi razreševanje tenzij, ki so nastale med strokovnjaki v skupini in odpre povezovalna polja. (Krek v Soc. Delu 1999, 311)

ODLOČANJE V STROKOVNEM (KRIZNEM) TIMU

Strokovni tim lahko razumemo kot tim strokovnjakov CSD, tim strokovnjakov različnih služb ali tim za posamezni načrt. Predvsem pa je to dovolj operativna skupina ljudi (3-5), ki imajo ekspertizo za ukvarjanje z določeno zadevo.

Tim je treba aktivirati v skladu s pravilnikom. Na timski konferenci se seznani z gradivom ali razpravlja o možnostih za uresničevanje zahtev delavca, ki vodi primer. Člani tima dobijo tako podrobno poročilo, da lahko kompetentno odločajo o obstoju ali neobstoju urgentne ogroženosti, ki narekuje nujno ukrepanje. Tim naj bi odločal o nadaljnjih ukrepih s soglasjem.

Osnovna naloga tima je preveriti odločitve, ocene in načrte. Pri tem lahko uporabi različne tehnike, kot so brainstorming, igranje vlog, simulacije itn.

V tim je mogoče povabiti specialiste za posamezna področja in posamezne strokovnjake ali prostovoljce, ki posebno dobro poznajo dosedanje procese (izvajanja pomoči in razvoja problematike). Načelno so vsa mnenja različnih specialistov, ki sodelujejo v timu, enakovredna. Posebno pozornost pa je treba posvetiti tistim vidikom, ki lahko sprožijo neobvladljivo stopnjevanje problemov. Tudi pri delu kriznega tima velja načelo, da je ocena resursov enako pomembna kot ocena problemov.

Če je nujno, tim pripravi kratkoročen program izvajanja ukrepa. V programu morajo biti navedeni vsi izvajalci, njihove funkcije, način medsebojnega komuniciranja in usklajevanja.

Predvideti je treba časovne roke izvajanja ukrepa in rok, ko preneha veljati kratkoročni program in je treba preiti na stalni program izvajanja ukrepa.

Lahko pripravimo sheme ali posebne opomnike za posamezne izvajalce ukrepa. Pomembno je dovolj izčrpno informirati uporabnike. V nekaterih primerih (kjer gre za zaščito otroka – javno pooblastilo), je treba posebej poudariti, da starši izgubijo možnost nadzora in kontrole nad izvajanjem ukrepa.

Posebej se moramo zavedati, da mora tim delovati po načelu radikalnega sprejemanja stvarnosti. To pomeni, da pri presojanju kompetentnosti za prevzemanje socialnih vlog velja le dosedanje ravnanje, se pravi dejanja. Obljube so lahko le izhodišče za nadaljevanje dela, npr. vključevanje posameznikov ali para v posebne socialno terapevtske programe, svetovalne procese ali druge dalj časa trajajoče storitve.

Krizni tim lahko predlaga delovne povezave z drugimi ustanovami in družinami, ki naj v prihodnosti prevzamejo delne funkcije v izvajanju ukrepa. (Flaker 2003, 69)

Februarja 2008 je bil v državnem zboru sprejet Zakon o preprečevanju nasilja v družini (v nadaljevanju ZPND). Zakon določa pojem nasilja v družini, vlogo in naloge državnih organov, nosilcev javnih pooblastil, izvajalcev javnih služb, organov samoupravnih lokalnih skupnosti in nevladnih organizacij pri obravnavi nasilja v družini ter določa ukrepe za varstvo žrtev nasilja v družini. ZPND opredeljuje mrežo in naloge organov in organizacij ter nevladnih organizacij. V ZPND med drugimi nalogami CSD-ja opredeljuje, da se pri CSD za obravnavo nasilja ustanovi multidisciplinaren tim, v okviru katerega se izdela načrt pomoči žrtvi. Zakon opredeljuje, da CSD pozove k sodelovanju v timu tudi druge organe in organizacije, ko so ali bodo v okviru svojega delovanja obravnavali žrtev oz. povzročitelja nasilja ter nevladne organizacije. Med drugim ZPND tudi določa, da morajo ministri, pristojni za delovanje policije, zdravstvenih organizacij, socialno varstvenih in vzgojno-izobraževalnih zavodov, v soglasju z ministrom, pristojnim za delo, družino in socialne zadeve, določiti pravila in postopke, ki zagotavljajo usklajeno delovanje organov in organizacij, ki jih morajo organi in organizacije z navedenih področij upoštevati pri obravnavi primerov nasilja. (Povz. po ZPND)

To je prvi zakon, ki opredeljuje tudi multidisciplinarno obravnavo in različnim službam nalaga, da se pri obravnavi in reševanju posameznih primerov povezujejo med seboj. Do sedaj je bilo sodelovanje in povezovanje v domeni posameznih strokovnih delavcev, ki so verjeli, da s skupnim pristopom različnih služb lahko ponudijo uporabniku učinkovitejšo pomoč.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je izoblikovalo predlog navodil o ravnanju CSD pri obravnavi nasilja v družini, iz katerega izhaja, da CSD oblikuje multidisciplinaren tim, ki je sestavljen iz najmanj treh notranjih članov centra, ki imajo potrebna znanja s področja nasilja. CSD na podlagi obvestila, ki ga prejme, pozove druge organe, da sporočijo ime predstavnika, ki bo sodeloval v multidisciplinarnem timu na CSD. Organe, katerih predstavniki bodo sodelovali v multidisciplinarnem timu, CSD določi za vsak primer posebej, glede na obravnavo žrtve in možnosti sodelovanja organa pri pripravi pomoči žrtvi. Multidisciplinaren tim se sestane na svoji prvi seji v najkrajšem možnem času oz. najkasneje v treh dneh po njegovi ustanovitvi. Dela tima usklajuje CSD. Multidisciplinaren tim se sestaja na sejah, kjer o svojem delu sprejema usmeritve. Na sejah se o delu piše zapisnik. Naloga multidisciplinarnega tima je, da usmerja aktivnosti CSD in ostalih organov, ki sodelujejo pri obravnavanju posameznega primera, da organi med seboj delujejo usklajeno, enotno in učinkovito. (Povz. po predlogu navodil MDDSZ)

Nujnost timskega sodelovanja oz. potrebo po multiprofesionalni obravnavi problema drog, z namenom učinkovitega reševanja človekovih stisk in težav, strokovni delavci zaznavajo že vrsto let. Pri tem se srečujejo s kopico težav, tako osebnih kot profesionalnih. V timih prihaja do merjenja moči med strokovnimi delavci, do prekrivanja vlog itn...

V letošnjem letu je bil sprejet prvi zakon, ki medinstitucionalno sodelovanje tudi zakonsko določa. S tem se strokovni delavci ne morejo več izogibati sodelovanja, ampak se bodo morali potruditi odpraviti osebne zadržke, ki so pogosto razlog, da sodelovanje ne steče.

5 MEDINSTITUCIONALNO POVEZOVANJE

Stefanoski je v svojem prispevku na 5. Nacionalni konferenci Lokalnih akcijskih skupin poudaril, da je pri obravnavi uživalcev drog poseben poudarek na medsektorskem sodelovanju. Vzpostaviti je namreč potrebno nacionalni sistem, ki bo omogočal smiselno in učinkovito sodelovanje resorskih izvajalcev. V praksi se pogostokrat zatika, ko uživalec drog »prehaja« iz enega v drug resor. Urad za droge Vlade Republike Slovenije je zadolžen za tovrstno usklajevanje, vendar bo svojo nalogo lahko uspešno opravil le pod pogojem, da posamezni resorji jasno predstavijo svoje cilje dela z uživalci drog, svoje strategije in hkrati prisluhnejo drugim resorjem. (Stefanoski 2003)

Droge so del naše vsakdanje resničnosti, težave, ki jih povzročajo, pa niso le socialne, duševne in duhovne, temveč vplivajo tudi na biološke spremembe pri posamezniku. Čim bolj se poglobljamo v neznane globine zasvojenosti, tem bolj spoznavamo, da gre pri uživanju drog pri posameznikih za hudo obolenje, ki je v sodobni družbi, družbi različnih vrst in oblik tveganja ter posameznikovih negotovosti, dobilo tudi razsežnost epidemije. Čas, v katerem živimo, z družbenimi odnosi in zakonitostmi vpliva na razvoj bolezni zasvojenosti in težko, čeprav ne nemogoče, se bo upreti bolezni, ki ima v naši družbi tako ugodne pogoje za svoj razvoj. V nasprotju z infekcijskimi boleznimi tu ni bakterije ali virusa, ki bi ga lahko krivili za nastanek bolezni. Odziv družbe na pojav tovrstne epidemije mora biti celosten, vključevati mora več področij hkrati, zato mora delovati usklajeno na lokalni, nacionalni in globalni ravni. (Milan Krek v Lažnivi sli 2004)

Pri obravnavi uživalcev drog je zelo pomembno medsektorsko sodelovanje. Vzpostaviti je namreč potrebno nacionalni sistem, ki bo omogočal smiselno in učinkovito sodelovanje resorskih izvajalcev. V praksi se zatika, ko uživalec drog »prehaja« iz enega v drug resor. Brez povezave resorjev med seboj je uživalec deležen ozko usmerjene obravnave, s čimer izgubi možnost reševanja svoje težave in stiske v celoti.

5.1 SODELOVANJE Z DRUGIMI INSTITUCIJAMI

Sodelovanje z drugimi ustanovami ni nujno v vseh primerih oziroma je nujno, ko gre za zapletene primere (ki jih obravnava več ustanov) in ko so potrebne informacije o dogodku ali situaciji uporabnikov pa tudi pogledi različnih služb na dogodek ali na situacijo. Nujno je, kadar je treba vključiti druge strokovnjake ali če morebitni načrt dela vsebuje tudi druge storitve.

Sodelovanje z drugimi ustanovami je ustrezno le, če je stopnja ogroženosti otroka velika ali če to sodelujoči želijo. Druge ustanove lahko ponudijo informacije, ki bodo pomagale pri izdelavi ocene ogroženosti uporabnika. Zlasti lahko pomaga svetovalna služba v šoli ali vrtcu, a tudi sicer je dobro stike z učitelji vzpostaviti prek svetovalnih služb.

Sodelovanje z drugimi ustanovami je včasih potrebno tudi zaradi destigmatizacije in dedramatizacije kakšnega dogodka. Včasih je bolje ne sodelovati z drugimi ustanovami ravno zaradi morebitne tovrstne škode. O sodelovanju z drugimi ustanovami je treba vedno obvestiti uporabnika in uporabnico. (Flaker 2003, 60)

Center za socialno delo sodeluje z različnimi institucijami, vladnimi in nevladnimi, društvi in organizacijami ter posamezniki z namenom, sestaviti delčke informacij v celoto, kar prispeva k uspešnemu in učinkovitemu reševanju posameznih primerov. Zelo pomembno je poznavanje svojega dela, pristojnosti in meja, prav tako pa vsaj v grobem poznavanje dela drugih sodelujočih. Vsi sodelujoči strokovnjaki in drugi posamezniki delajo skupaj, v korist posameznika.

Center za socialno delo sodeluje z različnimi institucijami, vladnimi in nevladnimi, društvi in organizacijami, ter posamezniki z namenom, sestaviti delčke informacij v celoto, kar prispeva k uspešnemu in učinkovitemu reševanju posameznih primerov. Zelo pomembno je poznavanje svojega dela, pristojnosti in meja, prav tako pa vsaj v grobem poznavanje dela drugih sodelujočih. Vsi sodelujoči strokovnjaki in drugi posamezniki delajo skupaj, v korist posameznika.

6 SEKTORJI

Socialno delo je umeščeno v različne sisteme in sektorje. Ne opravljajo ga le v še vedno prevladujočem javnem sektorju, temveč tudi v organizacijah prostovoljnega in zasebnega sektorja. (Flaker 2003, 20)

Za razumevanje obravnave problema drog so pomembni predvsem sektorji, ki se ukvarjajo z uživalci drog.

6.1 JAVNI SEKTOR

Sektor za socialno varstvo vključuje Centre za socialno delo.

Nekateri uživalci imajo kariero uporabnikov socialnih služb še iz srednje ali osnovne šole, ko še niso uživali heroina. Strokovnjake teh služb bolje poznajo tisti uživalci, ki so bili socialni ali »disciplinski« problemi. Lastnost socialnih delavk je, da lahko relativno hitro navežejo stik z mladimi, katerih problemi so povezani z uživanjem drog. S socialnimi službami pridejo mladoletni uživalci v stik zaradi kaznivih dejanj, saj so socialne službe vključene v izvajanje vzgojnih ukrepov. Ukrepi vključujejo svetovanje, spremljanje in vzdrževanje stikov. Nekateri uživalci vidijo soc. delavce kot posrednike koristnih informacij, kar je zelo pomembno takrat, ko si človek želi pomoči. Vidijo jih tudi kot posrednike, ki jim omogočijo stik z ustreznimi službami. (Flaker 2002, 211-213)

CSD ima status javnega zavoda in je organiziran za opravljanje dejavnosti socialnega varstva za določeno območje. CSD opravlja naslednje dejavnosti:

- izvršuje javna pooblastila in naloge po zakonih in drugih predpisih,
- izvaja storitev socialne preventive,
- izvaja socialnovarstvene storitve (prva socialna pomoč, osebna pomoč in pomoč družini za dom),
- organizira skupnostne akcije za socialno ogrožene skupine prebivalstva.

K sektorju za zaposlovanje spadajo zavodi za zaposlovanje.

Velikokrat je želja po spremembi življenjskega sloga povezana z željo po službi. Konec devetdesetih let je ZRSZZ izvajal dva projekta (Žarek in Diada), ki sta pomagala uživalcu drog pri zaposlovanju in usposabljanju. (Flaker 2002, 214)

Žal sta bila projekta ukinjena zaradi pomanjkanja denarja.

Osnovne, srednje šole, vzgojne zavode, stanovanjske skupine za mlade »pokriva« **sektor za šolstvo**.

Zdravstvo »pokriva« psihiatrijo in medicino zasvojenosti.

V zadnjih desetih letih je zdravstveni sektor zgradil najmočnejšo mrežo ponudbe za ljudi, ki imajo probleme zaradi uživanja heroina. Ta sektor pride v stik z največjim številom uživalcev. Zdravstvo je tudi največ investiralo tako v razvoj mreže kakor v kadre (njihovo usposabljanje, koordiniranje, supervizijo). Osnovna ponudba zdravstvenih služb je metadon, katerega glavna naloga je, da nadomesti heroin. Pričakovani učinki so večplastni. Z nadomeščanjem heroina se ustavi hlepenje po njem: uživalcu heroina ni treba kupovati, niti pridobivati denarja za nakup, s čimer je razbremenjen neposredne stiske in vključevanja v ilegalno trgovanje, hkrati pa ima vsaj načelno več denarja in časa in lahko oboje uporabi za izboljšanje kvalitete svojega življenja.

(Povz. po Flaker 2002, 191-193)

Sektor za pravosodje »pokriva« sodišča in zapore, **sektor za notranje zadeve** pa policijo, upravo, azilne domove, centre za tujce in begunske centre.

Službe represivnega sektorja so razširjene po vsej državi. V tem sektorju težko govorimo o nizkem ali visokem pragu, saj ta prag določa zakon, ta pa prag postavlja razmeroma visoko. Glede na kapacitete policije, sodstva in zaporov, pa morajo te službe pri svojem izvajanju prag znižati in se usmeriti v učinkovito delovanje in preganjanje večjega kriminala, povezanega z drogami, in v dekriminalizacijo uličnih uživalcev. V tem smislu se v represivnem sektorju razvijajo načini dela, ki so kompatibilni s pojmom zmanjševanja škode. (Flaker 2002, 227-229)

Javni sektor se ukvarja tudi z delovnim okoljem v podjetjih, socialnovarstvenih zavodih, zdravstvenih in izobraževalnih delovnih organizacijah, v javni upravi, pravosodju, policiji, vojski in s pomočjo menedžmentu pri delu z ljudmi in pri kakovosti delovnega življenja.

6.2 PROSTOVOLJNI (NEVLADNE ORGANIZACIJE IN POLFORMALNA POMOČ) SEKTOR

Prostovoljne, nevladne organizacije delimo glede na nastanek na: klasične dobrodelne organizacije (Rdeči križ, Karitas), paradržavne organizacije za samopomoč (invalidske organizacije, društva za pomoč duševno prizadetim), nove nevladne prostovoljne organizacije in cerkvene organizacije.

Glede na specialnost:

splošne (Rdeči križ, Slovenska filantropija, Društvo za razvoj prostovoljnega in preventivnega dela, Karitas) in

področne, specializirane :

- invalidi, hendikepirani (klasična invalidska društva paraplegikov, distrofikov, s cerebralno paralizo, Invalidski forum, YHD),
- duševno prizadeti, motnje v razvoju, pri učenju (Sožitje, Barka, Silva),
- duševno zdravje (Altra, Ozara, Paradoks, Šent, Vezi),
- droge (Odsev se sliši, projekt Človek, Zavod Pelikan, Robert- Stigma, Up, Zarja),
- alkohol (KZA, AA),
- ženske (SOS, Ženska svetovalnica),
- otroci (DPM, UNICEF),
- mladi (CPM, MISS),
- stari (društva upokojencev, Društvo za socialno gerontologijo in gerontagogiko);

formalno ali polformalno organizirana samopomoč: skupine svojcev, društva pomagalcev (Deteljica, društvo rejnic), društvo za nenasilno komunikacijo, skupine za samopomoč starih in klubi iskalcev zaposlitve;

drugi: interesne skupine (ki jim ni primarno socialno varstvo ali kaj podobnega, npr. gasilska društva, društva kmečkih žensk, taborniki, planinci ipd.), politične stranke in sindikati.

6.3 PRIVATNI SEKTOR

V privatni sektor spadajo: servisi za pomoč na domu (pri negi, socialni oskrbi, stikih), posredovalnice dela in programi usposabljanja (B&Z oz. Papilot), organizacije za izobraževanje

(Firis, Arx), raziskovalni instituti (institut Antona Trstenjaka), servisi za pomoč zaposlenim v delovnih organizacijah in zavarovalništvo (kot agenti ali kot eksperti).

6.4 NEFORMALNI SEKTOR

Neformalni sektor tvorijo svojci, neformalne skupine za samopomoč ali vzajemno pomoč, sosedska pomoč, izpostavljene osebe – naravni pomočniki (točajke in točaji, frizerke in frizerji, poštarji, knjižničarke ipd.). (Povz. po Flaker 2003, 76-78)

6.5 NEPROFITNE NEVLADNE ORGANIZACIJE

Proces, ki smo mu bili priča v Sloveniji v devetdesetih, je nastajanje nevladnih neprofitnih organizacij (v nadaljevanju NNO) na področju socialnega varstva. Z začetkom procesa demokratizacije v poznih osemdesetih in osamosvojitvijo v začetku devetdesetih let so v Sloveniji ob drugih civilnih iniciativah začele nastajati tudi NNO na področju socialnega varstva. Ta proces je na eni strani povezan s tranzicijskimi procesi v naši družbi, na drugi pa s splošno krizo države blagostanja (Črnak in Meglič 2000, 75-78). Zmožnosti države, da bi z enotnimi institucijami sama priskrbela rešitve za vedno bolj diferencirane probleme na področju socialnega varstva, so vse manjše. Prazen prostor, ki tako nastaja, začenjajo pokrivati različne NNO. Država naj bi omogočala in koordinirala delo teh organizacij, ter nadzorovala kvaliteto in enako dostopnost storitev za vse. Za razumevanje tega procesa in vloge NNO v njem je pomemben koncept tako imenovanega »welfare mixa«. (Evers 1993; Črnak in Meglič 2000; RŠ 2000). Po tem konceptu potrebe s področja socialne varnosti zadovoljujejo trije sektorji: država, trg in skupnost /družina. Ne gre le za tri vrste organizacij, ki bi bile pod vplivom zgolj enega od sektorjev. Trdimo lahko, da je v vsaki obliki zagotavljanja socialnega varstva z načeli organizacije in vrednot, bolj ali manj prisoten vpliv teh glavnih sektorjev, konkretna »mešanica« njihovih deležev pa določa naravo in verjetno tudi način dela te oblike. (Rode 2001, 5)

Nastanek NNO lahko torej pojmujeemo kot odraz demokratizacije in tranzicije, s katerima so nastali pogoji za njihov razvoj, hkrati pa kot odgovor na nemoč države, da bi zadovoljila nove potrebe, ki so nastajale v tranziciji, zaradi procesov, ki so spremljali privatizacijo in socialno diferenciacijo v slovenski družbi. Prostor, ki se je odprl z demokratizacijo, so s svojimi projekti zaposlili različne interesne skupine in uporabniška gibanja, ki so se pojavili v tem obdobju, pa

tudi tradicionalne (cerkvene in druge) organizacije civilne družbe. Izvor novonastalih projektov na področju socialnega varstva je določal njihove cilje in parcialne potrebe, ki so jih zaznali in nameravali zadovoljiti. Te determinante so vplivale na organiziranost in na način dela. Z razvojem so se razlike v načinu dela med NNO začele zmanjševati, vendar še zmeraj ostajajo in bodo ostale predvsem zaradi razlike v ciljih, ki jih želijo doseči različni projekti, ko odgovarjajo na določene parcialne potrebe v družbi. (Rode 2001, 6)

Večanje zanimanja za NNO je bolj ali manj posledica krize države blaginje, ko država ni mogla več zadovoljiti potreb, ki so izhajale iz diferenciacije moderne družbe. Pojmovanje države kot glavnega dejavnika, ki zagotavlja socialno varnost in blagostanje ter korigira neenakost, ki nastajajo v tržnem gospodarstvu, je v 80-ih letih doživelo polom. Postajalo je vedno bolj jasno, da država sama preprosto ne more več, verjetno pa nikoli ni mogla v celoti, zadovoljiti vseh potreb, ki nastajajo na področju socialnega varstva. Diferenciacije življenjskih slogov v moderni družbi in diferenciacije potreb, ki iz tega izhajajo, onemogočajo pokritje vseh potreb z enotnimi vnaprej oblikovanimi ustanovami. Država lahko s poskusom, da bi pokrila vse potrebe na področju socialnega varstva in zagotovila popolnoma enake storitve za vse, povzroči tudi škodo. Predvsem pa taki poskusi večajo stroške sistema socialnega varstva prek razumnih meja. (Rode 2001, 7)

Zmožnosti države, da bi z enotnimi institucijami sama priskrbel rešitve za vedno bolj diferencirane probleme na področju socialnega varstva, so vse manjše. Prazen prostor, ki tako nastaja, začenjajo pokrivati različne NNO. Država naj bi omogočila in koordinirala delo teh organizacij ter nadzorovala kvaliteto in enako dostopnost storitev za vse. (Rode 2001, 7)

Po konceptu mešanice blaginje potrebe s področja socialne varnosti zadovoljujejo trije sektorji: država, trg in skupnost/družina. Ne gre le za tri zvrsti organizacij, ki bi bile pod vplivom zgolj enega od sektorjev. Prepričan sem, da je v vsaki obliki zagotavljanja socialnega varstva z načeli organizacije in vrednot bolj ali manj prisoten vpliv teh glavnih sektorjev, konkretna »mešanica« njihovih deležev pa določa naravo in verjetno tudi način dela te oblike. (Rode 2001, 7)

NNO spadajo v vmesno polje med temi tremi sektorji, ki ga različni avtorji imenujejo »neprofitni sektor«, »tretji sektor« ali »neprofitno-volonterski sektor«; Evers (1993) ta sektor vmesti v trikotnik blaginje med omenjene tri sektorje. (Rode 2001, 7)

Z razvojem NNO na področju drog, ki je nastal kot posledica nezadostnega delovanja javnega sektorja, se predvsem v centrih za socialno delo pojavlja nov problem. Strokovni delavci si ob številnih nalogah, ki jim jih nalagajo vedno novi zakoni, jemljejo razvoj nevladnega sektorja na področju drog za izgovor, da se jim ni treba ukvarjati z uživalci drog. Omejijo se zgolj na informiranje in napotitve uživalcev drog, ki imajo postavljene pogoje za vključitev, v druge programe pomoči. Če uživalec drog v tistem času ne zmore vzpostaviti pogojev za vključitev oziroma si vključitve ne želi, tako ostane brez pomoči.

7 INSTITUCIJE

Socialno delo je stroka, ki deluje izven trdnih institucionalnih prostorov. Medtem, ko ima pravo sodišče, medicina kliniko, pedagogika šolo, torej prostore, ki avtomatično usmerjajo in narekujejo odnose in izmenjave med ljudmi, ki se tam nahajajo, ko mora obiskovalec avtomatično prevzeti jezik in odnose, ki vladajo v instituciji, socialno delo takega posebnega prostora nima; deluje med ljudmi, uporablja njihovo govorico in logiko, ki je podobna vsakdanji. (Flaker 2003, 21)

Pluralizacija sistema socialnega varstva je strategija, ki jo je vlada pričela izvajati v začetku 90. let. Po prvih desetih letih lahko ugotovimo velik porast števila izvajalskih nevladnih organizacij (v nadaljevanju NVO). Mnoge so se v tem času razvile v stabilne organizacije, ki povsem enakovredno z javnimi zavodi delujejo na lokalni in nacionalni ravni. (Leskošek in Hrženjak 2002, 7)

Financiranje, kupovanje in izvajanje so trije pojmi, ki označujejo odnos med državo ali lokalnimi oblastmi in med organizacijami, ki izvajajo storitve. Kadar država financira in v izvajanje storitev vključuje različne sektorje, govorimo o pluralnem blaginjskem sistemu. Nevladne organizacije najdemo v širokem polju tretjega sektorja. Finance pridobivajo pri državi, na trgu in v neformalnem sektorju, ki se najpogosteje vključuje s prostovoljnim delom. Vloga države mora zagotoviti okvir, v katerem lahko delujejo posamezniki, NVO in trg. Centraliziran ali decentraliziran sistem socialnega varstva vpliva na delitev dela med državo in lokalnimi skupnostmi. Na lokalni ravni posamezne občine planirajo, (so)financirajo in nadzorujejo delo različnih organizacij; na državni pa vlada določa politiko, spremlja pojavnost in trende, financira, spodbuja delovanje z omogočanjem inovacij in »policy« iniciativ ter koordinira celotno področje. Vloge NVO so različne. Pri nas se vedno pogosteje definirajo kot izvajalske organizacije, ki nudijo storitve različnim populacijam ljudi. Ponavadi so tiste, ki z razvijanjem prostovoljstva prispevajo k večanju solidarnosti, predstavljajo interese članic/ov ali uporabnic/kov njihovih storitev in državo seznanjajo s potrebami ljudi v konkretnih lokalnih nivojih. (Leskošek in Hrženjak 2002, 12)

Angleška etnografska literatura opisuje delovanje več strokovnih in državnih ustanov, ki se ukvarjajo s problemom mamil in vpliv njihovega delovanja na vlogo džankija. Flaker je v raziskavi 1993. odkril, da ima stik s tovrstnimi ustanovami diskriminatorno vrednost, in sicer, da med zasvojenimi uživalci razlikuje tiste, ki so džankizirani, in tiste, ki niso. Med slednjimi so v raziskavi našli dve manjši skupini, in sicer eno, ki je poleg obravnave policije (in socialnega dela) v manjši meri deležna medicinske (psihiatrične) obravnave, in drugo, ki je je deležna v večji meri. Podatki raziskave kažejo, da ustanove pripomorejo oz. sodelujejo pri ustvarjanju vloge džankija. Odgovor na vprašanje kako, bi lahko našli na najmanj treh ravneh delovanja ustanov:

- v njihovem sodelovanju pri ustvarjanju javnega mnenja,
- v institucionalnih odločitvah, ki uravnavajo usodo uživalcev,
- v neposredni komunikaciji z uživalci, kjer kot podzvrst pomembnih drugih vplivajo na uživalčevo podobo samega sebe.

Vse tri ravni so tesno povezane, tako da stereotipi, ki jih imajo o uživalcih strokovnjaki, vplivajo na njihove odločitve in podobo, ki jo posredujejo v neposrednih stikih z uživalci. Položaj strokovnjaka v institucionalni mreži bo vsekakor vplival na njegovo zaznavo in torej tudi na njegovo soudeležbo pri ustvarjanju stereotipov. Ravno tako bo vplival na to, kakšno interakcijo bo imel z uživalcem, in ta interakcija nazaj na njegove odločitve in soudeležbo pri stereotipiziranju. (Povz. po Flaker v Soc. delo 1999, 228)

Od objave tega članka je minilo že skoraj 10 let. V tem času so se strokovnjaki različnih institucij povezali med seboj in se obravnave problema uporabe drog lotili celostno. Strokovnjaki različnih resorjev so se izobraževali, si izmenjevali izkušnje. S tem so prispevali k demistifikaciji obravnave uživalcev drog, posledično pa tudi k zmanjševanju stereotipov.

8 OPREDELITEV PROBLEMA IN (HIPO)TEZE

8.1 OPREDELITEV PROBLEMA

Kadar govorimo o medinstitucionalnem sodelovanju pri reševanju posameznih družbenih problemov, ki prizadenejo človeka na vseh področjih njegovega delovanja, kar se pri problemu zasvojenosti pojavi pri večini uživalcev drog, moramo upoštevati vse vidike tega problema, tako medicinskega, socialnega in policijskega.

V empiričnem delu magistrske naloge sem želela dobiti odgovore oziroma raziskati, kako imajo organizirano obravnavo zasvojenih v Centrih za socialno delo (v nadaljevanju CSD), v Centrih za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od nedovoljenih drog (v nadaljevanju CZPOD) in v nevladnih organizacijah-NVO). Želela sem dobiti odgovore, v kolikšni meri se poslužujejo timske in medinstitucionalne obravnave. Iz dobljenih rezultatov sem želela ugotoviti, katera organizacija se bolj poslužuje slednjih.

Pri obravnavi zasvojenih vedno pogosteje govorimo o tem, da je multidisciplinarna obravnava pri zasvojenih nujna, da je medinstitucionalno povezovanje potrebno, hkrati pa ugotavljamo, da je oboje v praksi težko ali skoraj neizvedljivo.

Ob vsesplošnem pogledu na sodelovanje se zdi, da imamo vse pogoje za uspešno sodelovanje. V začetku sem razmišljala, da bi se tega problema morali lotiti na državni ravni, saj po mojih izkušnjah sodelovanje med posamezniki deluje, ob prebiranju Nacionalnega programa (glej Prilogo) pa sem ugotavljala, da gredo tudi smernice Nacionalnega programa v to smer. Vedno pogosteje slišimo, da medinstitucionalno sodelovanje ni možno in posamezni strokovni delavci ostajajo sami pri reševanju tako kompleksnega problema, kot je obravnava zasvojenosti. V svoji nalogi sem želela ugotoviti, kje nastajajo težave pri sodelovanju.

V teoretičnem delu naloge sem problem zasvojenosti raziskala z različnih vidikov. Vsak resor obravnava problem zasvojenosti iz svojega zornega kota, iz česar ne moremo razbrati nujnosti oziroma potrebe združevanja vseh resorjev pri reševanju tega problema.

V teoretičnem delu raziskovanja timskega sodelovanja in medinstitucionalnega povezovanja sem se usmerila na naslednje osrednje teme: medicinski vidik obravnave uživalcev drog in smernice za reševanje le-tega, socialni vidik uživanja drog in smernice za reševanje le-tega ter policijski vidik obravnave kaznivih dejanj, ki so nastale kot posledice zasvojenosti, in smernice za obravnavo le-teh, kot nasprotni pol (represivni del obravnave) prvih dveh vidikov. Poleg teh treh vidikov sta me zanimala še timsko sodelovanje znotraj služb in medinstitucionalno sodelovanje.

V teoretičnem delu naloge ugotavljam, da je »problem drog« večplasten in se dotika večine služb, tako sociale, zdravstva, nevladnih organizacij, kot tudi policije in sodstva, oziroma je problem politike celotne države. Problem medinstitucionalnega sodelovanja (CSD, policija, zdravstvo) je v tem, da je pojav drog kriminaliziran. Izkušnje v praksi kažejo na to, da si uživalec drog ne želi vključevanja organov pregona v obravnavo svojih težav. Dejstvo je namreč, da je uživanje drog posredno inkriminirano in povezano s kaznivimi dejanji. Ob kontaktih z drugimi strokovnimi delavci sem ugotavila tudi, da je v službah, ki prihajajo v stik z uporabniki drog, veliko predsodkov in stereotipnih predstav. Praviloma obravnavo drog v veliki meri določa cilj, ki je definiran kot popolna opustitev uživanja drog, ki mora biti dosežena z obravnavo. Zato sem se odločila, da bom v raziskovalnem delu naloge preverila sodelovanje Centrov za socialno delo s Centri za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog in nevladnimi organizacijami, ki nudijo pomoč uporabnikom drog. Posredno sem s tem preverila tudi sodelovanje le-teh s policijo.

Delo bo prispevalo k identifikaciji problemov, ki nastajajo pri medinstitucionalnem sodelovanju pri reševanju problema zasvojenosti. Smernice za medinstitucionalno povezovanje so namreč znane, vsi resorji pa opozarjajo na težave, ki se pojavljajo pri dejanskem delu.

Z dobljenimi rezultati analize anket bom poskušala ugotoviti prednosti in pomanjkljivosti timske obravnave in medinstitucionalnega povezovanja.

V raziskovalnem delu sem poskušala odgovoriti na vprašanje, kje se ustavi medinstitucionalno sodelovanje oziroma zakaj se strokovnjaki, ki se srečujemo z uporabniki drog, v večji meri ne

poslužujemo medinstitucionalnega sodelovanja oziroma multidisciplinarnega pristopa, kljub temu da sodimo, da je to zelo pomembno.

8.2 (HIPO)TEZE

GLAVNA HIPOTEZA NALOGE:

Med različnimi organizacijami (CSD, CZPOD, NVO) se pojavljajo razlike pri uporabi individualnega, timskega in medinstitucionalnega pristopa pri delu z uporabniki.

Na podlagi izkušenj in ugotovitev v teoretičnem delu sem v raziskovalnem delu naloge želela preveriti naslednje teze:

- Sistem pooblastil je v hierarhično strukturiranih resorjih, kot je zdravstvo, zelo razvit. Zdravstvo je zaprt sistem hierarhije in če nimajo zaposlenih profilov, ki bi jih za multidisciplinarni tim potrebovali, se poslužijo le profilov, ki jih imajo zaposlene v svoji organizaciji in ne vključujejo zunanjih profilov. Posledica tega je, da prevlada medicinski model obravnave.
- Doktrina socialnega dela temelji na raziskovanju širše mreže pomoči posamezniku. Ravno zato socialni delavci pri obravnavi zasvojenih težimo k reševanju problemov skozi timsko delo in medinstitucionalnemu povezovanju. Ovire za takšno reševanje posameznih problemov se pokažejo zaradi sistema pooblastil in hierarhične strukture v posameznih resorjih.

8.2.1 HIPOTEZE

Na podlagi zgornjih tez sem oblikovala hipoteze, s pomočjo katerih sem poskušala preveriti zgornje teze :

Teza 1

Sistem pooblastil je v hierarhično strukturiranih resorjih, kot je zdravstvo, zelo razvit. Zdravstvo je zaprt sistem hierarhije in če nimajo zaposlenih profilov, ki bi jih za multidisciplinarni tim potrebovali, se poslužijo profilov, ki jih imajo zaposlene v svoji organizaciji in ne vključujejo

zunanjih profilov. Posledica tega je, da prevlada medicinski model obravnave. CSD in NVO se v primerjavi z zdravstvom v večji meri poslužujejo medinstitucionalnega povezovanja.

Za preverjanje Teze 1 sem oblikovala naslednji sklop hipotez:

- Pogostost različnih tipov (individualno, timsko, medinstitucionalno) obravnave se razlikuje glede na tip organizacije.
- Vse organizacije pogosteje uporabljajo interne time kot medinstitucionalne time.
- V večini CZOPD time sestavlja le zdravstveno osebje.
- Največ različnih profilov v timih ne navajajo v zdravstvu. (Ob tej hipotezi bo razviden prikaz za vse organizacije – tudi za zdravstvo.)
- Ni razlik v pogostosti uporabe stalnih timov glede na tip organizacije. (Z grafičnimi prikazi bo mogoče ugotoviti, koliko različnih profilov zajemajo timi v posameznih organizacijah.)
- Najmanj različnih profilov v timih pogrešajo v zdravstvu.
- Delež tistih, ki se na lastno pobudo obrnejo po pomoč pogosto ali vedno, je v zdravstvenih ustanovah večji kot v CSD-jih in v nevladnih organizacijah.

Teza 2:

Doktrina socialnega dela temelji na raziskovanju širše mreže pomoči posamezniku. Ravno zato socialni delavci pri obravnavi zasvojenih težijo k reševanju problemov skozi timsko delo in medinstitucionalnemu povezovanju. Ovire za takšno reševanje posameznih problemov se pokažejo zaradi sistema pooblastil in hierarhične strukture v posameznih resorjih.

Za preverjanje Teze 2 sem oblikovala naslednji sklop hipotez:

- Ob vključitvi v obravnavo se v CSD-jih z večino zasvojenimi podpiše dogovor.
- V CSD-jih in nevladnih organizacijah v več kot 70% pogrešajo zdravstvene profile.
- Z največ različnimi institucijami sodelujejo CSD-ji.
- Največje število odgovorov DA pri »sodelovanje z drugimi organizacijami opredelijo kot medinstitucionalno obravnavo« je pri CSD-jih.
- V vsakem tipu organizacij večkrat vključijo v obravnavo družino obravnavanega kot lokalno skupnost.

- CSD-ji pogosteje kot ostale organizacije v obravnavo vključijo lokalno skupnost.
- V večjih CSD-jih imajo pogosteje zaposlenega specializiranega le za obravnavo zasvojenih.
- Pogostosti timske in medinstitucionalne obravnave sta povezani.
- Velikost CSD je povezana s pogostostjo medinstitucionalne obravnave.

8.3 VRSTA RAZISKAVE

Raziskava je deskriptivna in izvedena po načelih kvantitativne analize. Namen je bil raziskati različne načine obravnave zasvojenih v različnih institucijah in povezovanje le-teh med seboj oziroma sodelovanje pri obravnavi posameznih primerov.

Preverjala sem povezanost med neodvisno spremenljivko (tip organizacije) in ostalimi spremenljivkami (individualni pristop, timska obravnavna, medinstitucionalno sodelovanje, multidisciplinarna obravnavna).

Podatke, potrebne za empirični del naloge, sem pridobila s pomočjo vprašalnika, kjer sem dobila številne kvantitativne podatke.

Neodvisna spremenljivka:

TIP USTANOVE	1. CSD 2. Center za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od nedovoljenih drog 3. Nevladne organizacije
--------------	---

Odvisne spremenljivke sem razdelila glede na pobudo za obravnavo in način obravnave. Pri tinskem načinu obravnave me je zanimala uporaba timskega pristopa ter sestava stalnih timov. Poleg tega me je zanimalo, kateri profili so zastopani v timih, kdo je nosilec primera in katere profile pogrešajo pri timski obravnavi ter razlog, zakaj jih nimajo. Zanimala me je uporaba medinstitucionalnega pristopa, oziroma kdaj ga organizacije uporabijo in s katerimi institucijami

takrat sodelujejo. Poleg tega me je zanimalo, kakšne izkušnje imajo z medinstitucionalnim sodelovanjem in kakšne težave zaznavajo pri sodelovanju. Pri CSD-jih me je zanimala tudi organizacija obravnave zasvojenih, glede na velikost CSD-ja.

Odvisne spremenljivke:

POBUDA ZA OBRAVNAVO	Lastna želja, pobuda svojcev, napotitev iz druge institucije, posledica ukrepov drugih služb
NAČIN OBRAVNAVE	Individualno, timsko, medinstitucionalno
UPORABA TIMSKEGA PRISTOPA	Da, ne, samo v nekaterih primerih odvisnik
STALNI TIM	Da, ne, time sestavljajo glede na potrebe
PROFIL STROKOVNIH DELAVCEV V TIMU	Soc.delavec, psiholog, spl. zdravnik, pravnik, medicinska sestra, sociolog, psihiater, del. terapevt, bivši odvisnik
PROFIL KOT NOSILEC PRIMERA	Soc.delavec, psiholog, spl. zdravnik, pravnik, medicinska sestra, sociolog, psihiater, del.terapevt, bivši odvisnik
KATERE PROFILE POGREŠAJO	Soc. delavec, psiholog, spl. zdravnik, pravnik, medicinska sestra, sociolog, psihiater, del. terapevt, bivši odvisnik
RAZLOG, ZAKAJ PROFILOV NIMAJO	Nimajo zaposl. tega profila, njegov delokrog je izven obr. zasvojenih
UPORABA MEDINSTITUCIONALNEGA PRISTOPA	Da, ne, po potrebi
KDAJ SE POSLUŽIJO MEDINSTITUCIONALNEGA SODELOVANJA	Težji primeri, kadar so v primer vključeni mld. Otroci, kadar zasvojeni sam pokaže interes, kadar je ogroženo življenje
INSTITUCIJE, S KATERIMI SODELUJEJO	Zdravstvene institucije, policija, srednje in osnovne šole, zavodi za zaposlovanja, centri za socialno delo in organi pregona: policija, sodišča,

	zavodi za prestajanje kazni, zapori
POTREBA MEDINSTITUCIONALNEGA SODELOVANJA	Da, ne čutimo potrebe po med. povezovanju samo v pos. primerih, tam jo tudi organiziramo, v medinst. se vključimo, ko nas drugi povabijo, sami te potebe nimamo
TEŽAVE PRI MEDINSTITUCIONALNEM SODELOVANJU	Nepripravljenost drugih za sodelovanje, težave pri časovnem usklajevanju, ni soglasja obravnavanega, različni pogledi na način obravnave pri različnih profilih
ORGANIZACIJA OBRAVNAVE ZASVOJENIH	En strokovni delavec, specializiran za to področje, strokovni delavec za več področij, vsi zaposleni

:

8.4 MERSKI INSTRUMENT

Pri zbiranju podatkov sem uporabila kot merski instrument vprašalnik (v Prilogi).

Vprašalnik je sestavljen iz 16 vprašanj. Od tega je pet vprašanj formuliranih tako, da so vprašani z določitvijo stopnje pogostosti odgovorili na navedene možne odgovore. Štiri vprašanja so odprtega tipa. Predvsem so bila namenjena pojasnjevanju ostalih šestih vprašanj, kjer so se vprašani lahko odločili za eno ali več naštetih možnosti (zaprta vprašanja). Zadnje vprašanje odprtega tipa je namenjeno temu, da so vprašani lahko napisali svoje razmišljanja oz. osebno stališče o medinstitucionalnem sodelovanju pri obravnavi zasvojenih. Eno vprašanje je tudi izbirno.

Ob analizi vprašalnikov sem ugotovila, da je bil vprašalnik v nekaterih delih premalo jassen in so imeli vprašani težave, kar je bilo razvidno iz odločitev za dva odgovora, kjer je bil možen samo eden. Ob analizi sem se tako sama odločila, katerega sem upoštevala. Iz ostalih vprašanj je bilo mogoče razbrati, kateri odgovor natančneje opredeli situacijo.

Zavedam se, da sem s vprašanji, kjer so vprašani odgovarjali tudi s stopnjo pogostnosti, tvegala vsaj eno od tipičnih napak ocenjevanja:

1. osebna enačba: nekateri ljudje so nagnjeni k preblagemu ali prestrogemu ocenjevanju;
2. halo efekt: ocena ene lastnosti neupravičeno »obsije« ali »zasenči« oceno druge lastnosti;
3. napaka sredine: nekateri ocenjevalci so nagnjeni k temu, da prepogosto ocenjujejo s srednjimi ocenami in se izogibajo skrajnim. (Mesec 2003)

Menim, da se je prva napaka pojavila predvsem v tistih primerih, kjer vprašani ne vodijo evidence oziroma niso razumeli vprašanja.

Tretji napaki sem se poskušala izogniti tako, da sem lestvici dodala štiri stopnje, kar je pripomoglo k temu, da se ocene niso mogle kopičiti na sredini.

Za vprašalnik nismo naredili metričnih karakteristik (zanesljivost, veljavnost, objektivnost, preverljivost), saj bi to presegalo obseg in namen te študije.

Pred uporabo sem vprašalnik testirala s pomočjo treh strokovnih delavk, zaposlenih na CSD, kjer imajo za obravnavo zasvojenega zaposlenega specializiranega strokovnega delavca. S pomočjo njihovih pripomb sem poskušala odpraviti pomanjkljivosti in nejasnosti tako, da sem preoblikovala določena vprašanja.

8.5 VIRI PODATKOV

Predmet moje raziskave so bile organizacije, ki se ukvarjajo z uživalci drog: Centri za socialno delo, Centri za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od nedovoljenih drog in nevladne organizacije oziroma strokovni delavci, zaposleni v njih, ki so delovali v Sloveniji v začetku leta 2005.

8.6 ZBIRANJE PODATKOV

V raziskavo sem vključila organizacije (CSD, CZPOD in NVO) iz vse Slovenije. Glede na oddaljenost le-teh med seboj in veliko število vprašanih (102 organizaciji), sem se odločila za posredno (po pošti) spraševanje. S tem so vprašani dobili možnost, da so sami izbirali čas in prostor izpolnjevanja, sama pa sem s pomočjo tako izvedene ankete v kratkem času lahko pridobila veliko število podatkov. Pomanjkljivost takega načina je ta, da vprašani niso imeli možnosti razjasniti nejasnosti ob izpolnjevanju vprašalnika. Vprašalnikom sem dodala svojo

telefonsko številko, vendar me od izpolnjevalcev ni nihče poklical za razjasnitev nejasnosti. Nekateri so ob odgovorih to napisali kot pripombo.

Podatke sem zbirala v letu 2005. Standardizirane vprašalnike sem poslala na vseh 62 CSD (naslove sem našla na spletni strani Skupnosti Centrov za socialno delo), na 20 CZPOD, ki so bili v letu 2005 vključeni v mreži Centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od nedovoljenih drog, in na 20 nevladnih organizacij, ki sem jih našla v Vodniku po programih, ki ga je izdal Urad za droge v letu 2004.

Vprašalnike sem pošiljala z navadno pošto in v elektronski obliki (samo na CSD), da so imeli izpolnjevalci možnost izbire, kako jih bodo izpolnjevali. Pri tem sem pazila, da ni prišlo do podvajanja, zato sem želela, da mi izpolnjevalci napišejo, kateri CSD je izpolnil vprašalnik.

Vsem sem poleg vprašalnika poslala tudi spremni dopis (v Prilogi), v katerem sem opredelila namen raziskave. Žal pa nisem dodala navodil za izpolnjevanje vprašalnika, kar se je pri analizi podatkov pokazalo kot pomanjkljivost. Kmalu po pošiljanju vprašalnikov, ki sem jim priložila tudi kuverte z naslovi in znamkami, sem prejela nazaj približno tretjino vprašalnikov. Odločila sem se, da v tiste organizacije, ki mi niso poslale izpolnjenih vprašalnikov, še pokličem .

Nekateri so mi povedali, da imajo kadrovske težave oziroma da so odgovorni za področje drog odsotni oziroma so bili odsotni ali pa so na vprašalnike pozabili. Nekateri so povedali, da vprašalnika niso izpolnili zato, ker problema drog ne evidentirajo posebej in zato nimajo posebej zadolženega človeka (predvsem manjši CSD- ji) oziroma problema drog niti ne zaznajo. Ob tem so povedali, da je CSD v manjšem kraju, kjer se vsi poznajo. Povedali so, da verjamejo, da so droge prisotne tudi v njihovem kraju, vendar so domnevali, da se zasvojeni zaradi zagotovitve anonimnosti raje obrnejo po pomoč v večja mesta, kjer imajo sedeže nevladne organizacije in CZPOD.¹

¹ Podobne izkušnje smo imeli tudi na Gorenjskem. Konec 90-ih let je bil v Kranju sedež CZPOD, razdeljevanje metadona pa je potekalo tudi v Trzinu in na Jesenicah. Vsi, ki so se vključevali v program CZPOD, so prišli najprej v Kranj. Ob napotitvi na matični CSD smo nemalokrat zaznali odpor oziroma pojasnilo, da so tam pomoč že iskali, pa je niso dobili, oziroma so povedali, da ne želijo na matični center, ker se bojijo, da se bo razvedelo, da imajo težave z drogo. Razen strokovne delavke iz CSD Jesenice, ki je sodelovala z nami, drugi CSD-ji niso imeli točno določenega strokovnega delavca za to področje, tako da sva s sodelavcem opravljala uvodne razgovore tudi za zasvojene iz drugih občin. Vključevali so se tudi v program Centra za

Bistvena slabost poštna anketa je osip. Izpolnjeni vprašalnik vrne praviloma le večji ali manjši odstotek vprašanih, nikoli vsi. (Mesec, 2003)

Kljub dodatni (telefonski) prošnji za izpolnitev vprašalnika je bil osip kar velik. Vprašalnike sem poslala na 62 CSD, v 20 nevladnih organizacij in v 20 Centrov za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od ilegalnih drog. Osip je bil najmanjši na CSD, in sicer 29%, pri zdravstvu je bil osip skoraj 37%, največji pa je bil pri nevladnih organizacijah, in sicer 40%.

Brez dodatnega klicanja, v relativno kratkem času, so vprašalnike izpolnili strokovni delavci, ki me osebno poznajo. V času delovanja na področju drog sem namreč obiskovala različne seminarje, posvete, konference in strokovna srečanja tako s področja socialnega varstva kot s področja zdravstva. Tudi sama sem organizirala izobraževanja, na posvetih in konferencah pa sem aktivno sodelovala s svojimi prispevki. Tako sem spoznala veliko strokovnih delavcev iz celotne Slovenije.

Strokovni delavci, ki so me poznali, so mi ob vrnitvi vprašalnika poslali tudi besede spodbude in odobravanja raziskovalne teme.

8.7 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Podatke sem večinoma obdelala s programskim paketom Statistical package for social sciences (SPSS 16.0), pri nekaterih prikazih sem uporabila program Microsoft Excel, brez računalniških programov pa sem izvedla tudi t test za primerjavo deležev. Izračunavala sem naslednje opisne statistike: aritmetična sredina, mediana, odstotki, varianca, standardni odklon, standardna napaka, minimum, maksimum, razpon, asimetrija porazdelitve, koničavost porazdelitve in Pearsonov koeficient linearne korelacije.

odvisnosti in v kolikor so na matičnem CSD-ju uveljavljali kakšno pravico, sva po potrebi pisala tudi poročila o aktivnem reševanju svoje socialne problematike.

Opisne statistike so mi pomagale pridobiti prvi vtis o rezultatih in preveriti predpostavke, ki morajo biti izpolnjene pri posameznih metodah za izračun interferenčnih statistik. S koeficientom korelacije (ki je definiran na intervalu od -1 do 1) sem ugotavljala povezanost spremenljivk. Predznak rezultata korelacije pove smer povezanosti, pri interpretaciji velikosti pa sem upoštevala lestvico po Mesec (Mesec, 2003).

Podatke prikazujem v frekvenčnih porazdelitvah, kontingenčnih tabelah in z naslednjimi grafičnimi prikazi: strukturni krog (Pie), stolpčni grafikon (Bar) in histogram (za prikaz zveznih spremenljivk).

Pri izbiri grafičnega prikaza (in metod obdelave podatkov) sem bila pozorna na nivo merske lestvice spremenljivk (nominalna, ordinalna, intervalna, razmernostna).

Pomemben del naloge pa predstavljajo tudi izračuni inferenčnih statistik: interval zaupanja, analiza variance (ANOVA) – za primerjavo več aritmetičnih sredin med skupinami, t test za odvisna vzorca (Paired Samples T Test), t test za neodvisna vzorca (Independent-Samples T Test) in neparametrični preizkus hi-kvadrat (Chi-Square).

Z metodami ANOVA, t test za odvisna vzorca, t test za neodvisna vzorca in hi-kvadrat sem preverjala domneve, kar pomeni, da sem želela ugotoviti, kolikšno je tveganje, da je v populaciji stanje drugačno, kot sem ga predpostavila v ničelni hipotezi. Ugotavljala sem statistično značilnost razlik in za zavračanje hipotez uporabila tveganje 5% ali manj.

9 REZULTATI IN RAZPRAVA

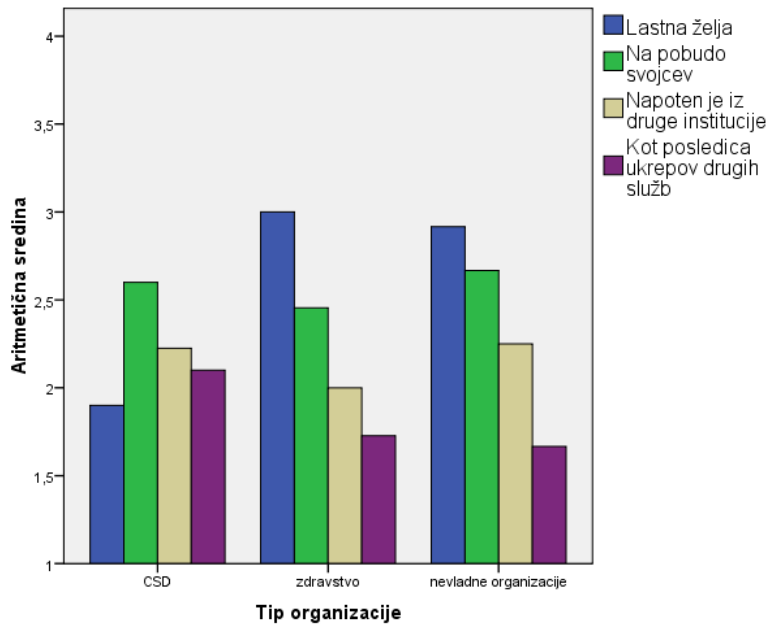
H10: NI RAZLIK V POGOSTNOSTI LASTNE POBUDE MED ORGANIZACIJAMI PRI VKLJUČITVI V OBRAVNAVO.

S prvo hipotezo sem želela ugotoviti, kako se zasvojeni vključijo v obravnavo na CSD, CZPOD in NVO. Izkušnje iz preteklih let so namreč pokazale, da se zasvojeni po pomoč na CSD sami obrnejo le redko oziroma to storijo zaradi drugih stisk in težav (predvsem materialna ogroženost), redko pa kot osnovno težavo navedejo zasvojenost.

Najpogosteje smo strokovni delavci prihajali v stik z njimi preko njihovih svojcev, ki so v svoji stiski in želji pomagati otroku oz. partnerju iskali pomoč po različnih institucijah. Predvidevam, da se to še vedno ni bistveno spremenilo. CSD je tista institucija, kamor zasvojeni redko pridejo na lastno pobudo, medtem ko se predvsem za vključevanje v zdravstvene programe (program Centra za zdravljenje in preprečevanje od ilegalnih drog – CZPOD) in programe nevladnih organizacij (NVO), ki ponujajo celostno urejanje (komune, terapevtske skupnosti), večkrat odločajo sami, v slednje že po obravnavi na CSD in/ali zdravstvu.

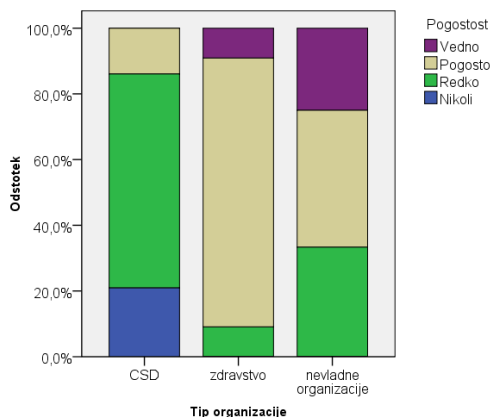
Glede na to, da sem bila zunanji član tima v CZPOD Kranj (metadonski program), sem največ zasvojenih, ki so se kasneje vključili v obravnavo na CSD, prvič srečala v okviru njihovega programa. Šele na podlagi napotitve in pojasnitve, katere storitve jim lahko nudi CSD, so se zglasili na CSD. Vendar pa smo imeli takšno organizacijo dela samo v Kranju, drugod po Sloveniji pa večinoma ne, zato me je zanimalo, koliko CZPOD, ki nimajo zaposlenih socialnih delavcev, napotujejo uživalce drog na CSD. Prav tako me je zanimalo, koliko se napotitve poslužujejo druge službe, ki se v okviru svojih del in nalog srečajo z zasvojenim (npr. Zavod za zaposlovanje, delodajalci, šole...). Že na CSD Kranj so se v preteklosti namreč pokazale razlike med strokovnimi delavci. Kljub temu da smo imeli področje obravnave uživalcev drog dobro razvito, so se sodelavke na drugih področjih (npr. denarna socialna pomoč, družina...) različno odzivale. Nekatere so problem zaznale in posameznika napotile na področje, druge so obravnavale zgolj tisti problem, ki ga je zasvojeni izpostavil in niso čutile potrebe, da bi ga napotile naprej. Prikaz povprečij posameznih odgovorov je prikazan v Prilogi 1.

Slika 1- na čigavo pobudo se zasvojeni obrnejo po pomoč – za vse organizacije

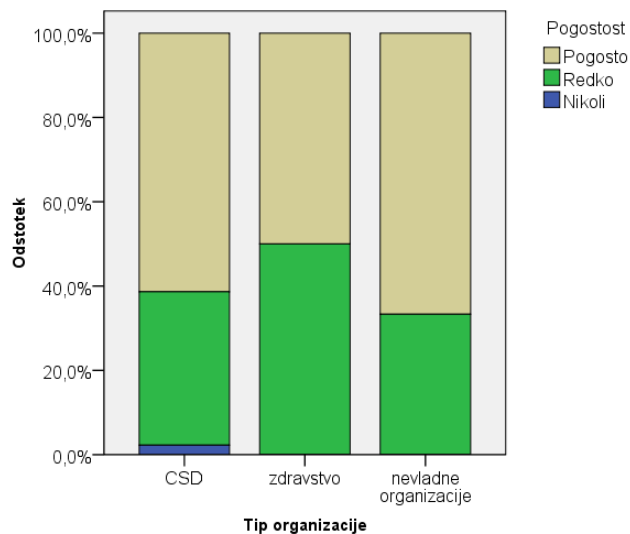


Iz 1.slike in Priloge 1 lahko razberemo, da so v CZPOD in NVO kot razlog oz. pobudo za vključitev navedli lastno željo v bistveno večjem številu kot na CSD. Na CSD je v ospredju pobuda svojcev. Slike 2, 3 in 4 prikazujejo, kako pogosto se v posamezne organizacije vključijo na podlagi različnih pobud. Pregled testiranja hipoteze za odgovore »Kako pogosto zasvojeni pride v vašo obravnavo na lastno željo?« si lahko ogledate v Prilogi 1a, 1b, in 1c.

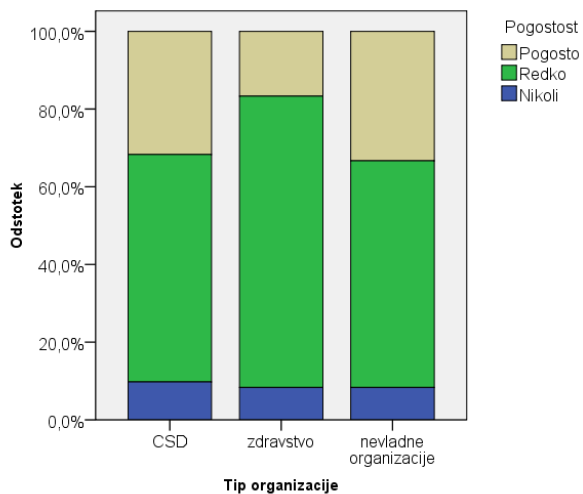
Slika 2 - lastna želja



Slika 3 - na pobudo svojcev



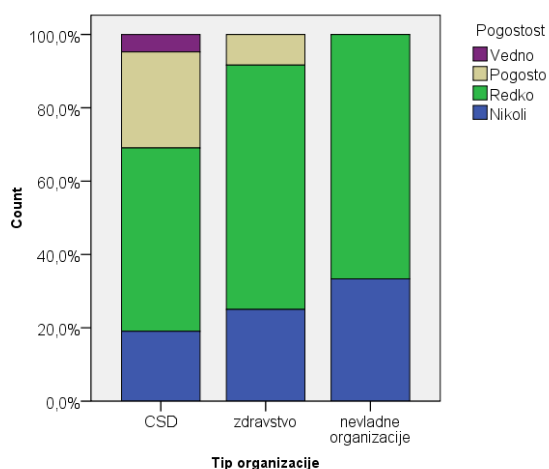
Slika 4 - napoten je iz druge institucije



Glede na izkušnje, ki sem jih dobila skozi dolgoletno delo z zasvojenimi, si upam trditi, da Slika 4, ki prikazuje odgovor na možnost NAPOTEN JE IZ DRUGE INSTITUCIJE, ne prikazuje realnega stanja, predvsem pri odgovorih, da institucije redko napotujejo zasvojene v druge institucije. Na CSD Kranj in CZPOD Kranj smo strokovni delavci vedno spodbujali zasvojene, da so se vključevali tudi v druge oblike pomoči. Pomagali smo jim izbrati primerno obliko pomoči oziroma smo jih spodbujali, da so se dogovorili za razgovor v drugi instituciji in s tem pridobili možnost, da si sami ustvarijo sliko, kaj posamezen program nudi.

Verjetno je vzrok v tem, da zaposlenih v institucijah ne zanima, kje so bili zasvojeni obravnavani že prej oziroma tega ne vprašajo. Zasvojeni pa le redko izpostavi, da ga je kdo napotil v obravnavo, ampak izpostavi problem, ki ga želi rešiti. Predvsem pri vključevanju v NVO (komune, terapevtske skupnosti) menim, da je delež napotenih (v smislu motiviranja za vključitev) večji, kot so pokazali rezultati.

Slika 5 - kot posledica ukrepov drugih služb



S tem vprašanjem sem želela preveriti, koliko se jih vključi v program CZPOD (metadonski program) ali programe NVO (terapevtsko skupnost oz. komuno) na podlagi pogodbe o aktivnem reševanju socialne problematike, ki jo strokovni delavec na področju DSP sklene z zasvojenim oziroma koliko se sodišča poslužujejo možnosti izreka obveznega zdravljenja ob sodbi za kaznivo dejanje, ki ga je storil zasvojeni. Čeprav vprašanje ni bilo točno definirano, pa so prav nevladne organizacije odgovorile, da nikoli oziroma redko.

ODGOVOR: Obstajajo statistično značilne razlike v pogostnosti vključitve v obravnavo na podlagi lastne želje med CSD in ostalima dvema tipoma organizacij, in sicer se v povprečju v CSD vključujejo uporabniki v obravnavo na podlagi lastne želje manj pogosto kot v zdravstvene ali nevladne organizacije.

H20: OB VKLJUČITVI V OBRAVNAVO CSD-ji V VEČJI MERI PODPISUJEJO DOGOVORE KOT V CZPOD IN NVO.

Na prvi pogled se zdi, da sta vprašanji podobni, vendar sem s tem vprašanjem poskušala ugotoviti, koliko zasvojenih se vključi v osebno pomoč, kot jo določa Pravilnik o normativih in standardih. Moje izkušnje namreč kažejo, pa tudi iz teoretičnega dela naloge lahko razberemo, da zasvojeni večkrat kroži med različnimi strokovnimi delavci, vsakemu pove delček zgodbe, konstantnosti obravnave pa vsaj na začetku srečevanja s strokovnimi delavci ne zmore.

Ko sem sama sklepala z njimi dogovore o vključitvi v osebno pomoč, ki naj bi ga podpisali, se jim je to zdelo preveč obvezujoče in sem imela kar nekaj težav, medtem ko so v CZPOD vsi zasvojeni takoj ob vstopu podpisali terapevtski dogovor. Največkrat ga sploh niso prebrali. Moje domneve so bile, da se tudi drugod po CSD-jih srečujejo s podobnimi problemi.

Še več težav sem pričakovala tam, kjer so se zasvojeni vključili na pobudo svojcev, saj največkrat sami problema ne zaznavajo v tako hudi meri kot njihovi svojci. Prepričani so, da bodo problem rešili sami in pridejo na CSD skupaj s svojci predvsem zato, da bi jim dokazali, da z njimi ni nič narobe in da zmorejo problem rešiti sami.

Glede izvajanja javnih pooblastil pa menim, da je zelo učinkovita Pogodba o aktivnem reševanju socialne problematike, ki jo večina zasvojenih sklene na področju denarno socialne pomoči, vendar se je zaradi preobilice dela na tem področju (skoraj na vseh CSD) ne podpisuje striktno. Poleg tega so vprašalnike izpolnjevali strokovni delavci za področje zasvojenosti in ne DSP, tako da tisti, ki imajo na CSD sklenjeno pogodbo o aktivnem reševanju, verjetno niso zajeti v celoti.

TABELA1: Na kakšen način se posameznik vključi v obravnavo v CSD

Na kakšen način se posameznik vključi v obravnavo v CSD

	Aritmetična sredina		95% interval zaupanja za aritmetično sredino		Stand. odklon	Minimum	Maksimum
			Spodnja meja	Zgornja meja			
	Vrednost	Stand. napaka	Vrednost	Vrednost	Vrednost	Vrednost	Vrednost
Na njegovo pobudo in z njim sklenjenega dogovora	1,93,110		1,71	2,15,712		1	4
Na pobudo družinskih članov in s posameznikom sklenjenega dogovora	2,26,097		2,07	2,46,627		1	3
Na osnovi izvajanja javnih pooblastil in načrtov o nujnosti vključitve	2,45,114		2,22	2,68,739		1	4

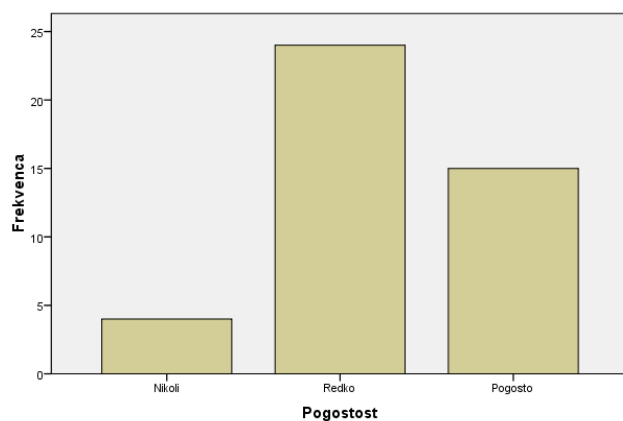
N= 42

Slika 6: lastna pobuda in z njim sklenjen dogovor



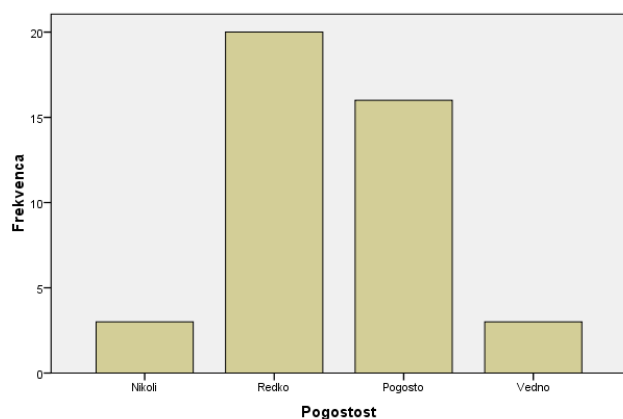
Slika 7: pobuda družinskih članov in z njim sklenjen dogovor

Na pobudo družinskih članov in s posameznikom sklenjenega dogovora



Slika 8: izvajanje javnih pooblastil in načrtov o nujnosti vključitve

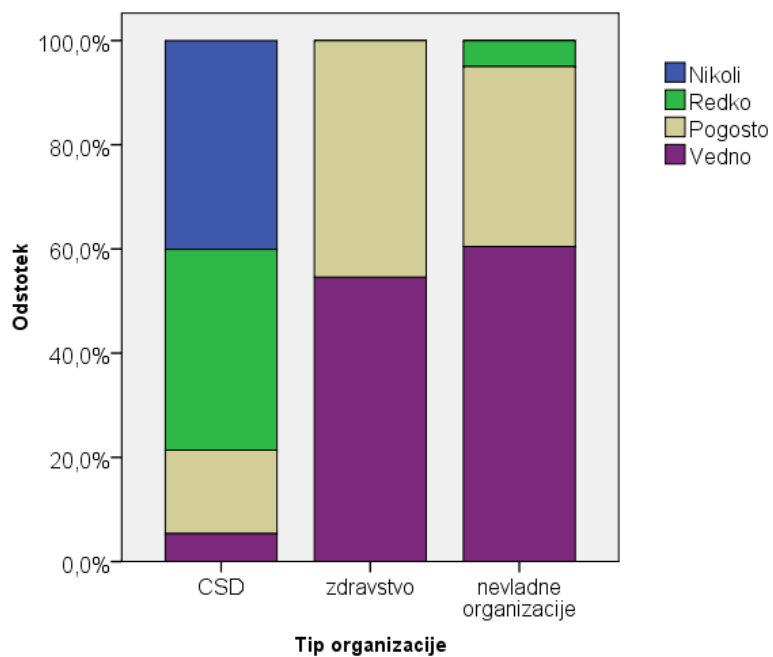
Na osnovi izvajanja javnih pooblastil in načrtov o nujnosti vključitve



Kot je razvidno iz 6. in 7. slike, zasvojeni na CSD le redko podpiše dogovor. Največ jih podpiše dogovor v primeru, ko se v storitev vključijo na podlagi javnih pooblastil.

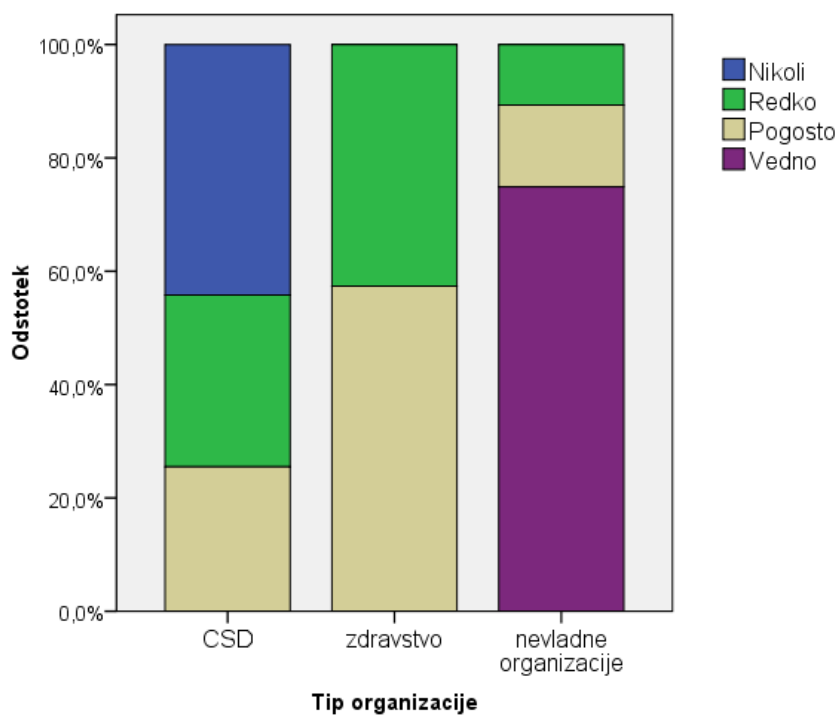
Pri tem vprašanju sem preverjala tudi, kolikokrat se v posameznih organizacijah z uporabnikom podpiše dogovor.

Slika 9: na njegovo pobudo in z njim sklenjenega dogovora



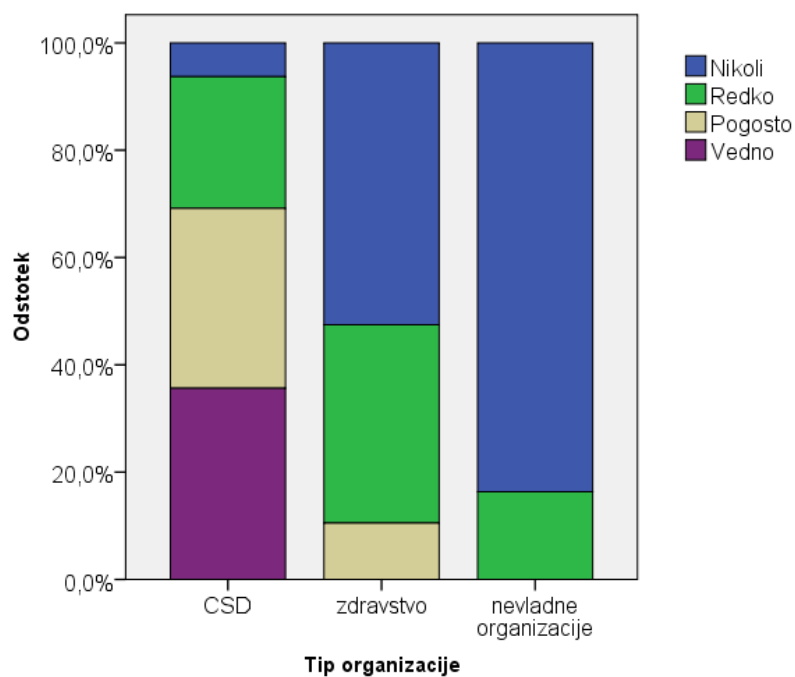
N= 67

Slika 10: na pobudo družinskih članov in s posameznikom sklenjenega dogovora



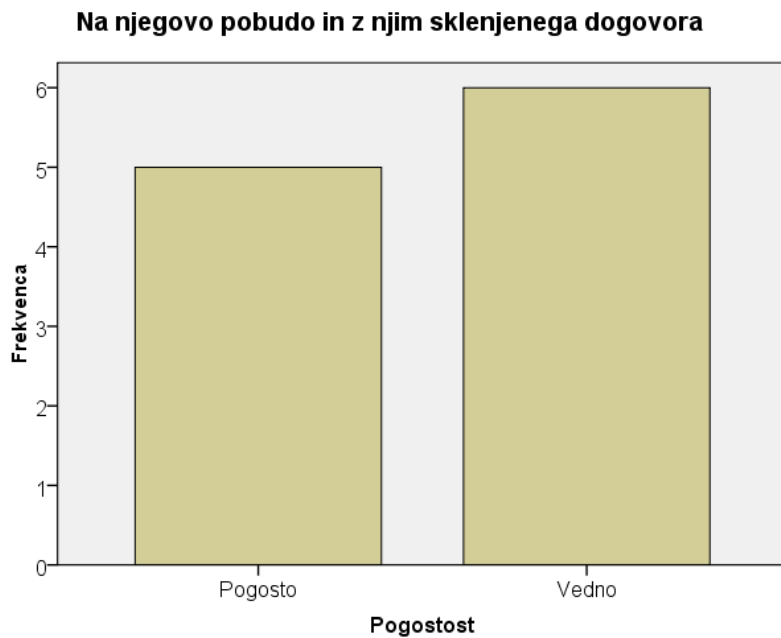
N=67

Slika 11: na osnovi izvajanja javnih pooblastil in načrtov o nujnosti vključitve



N=67

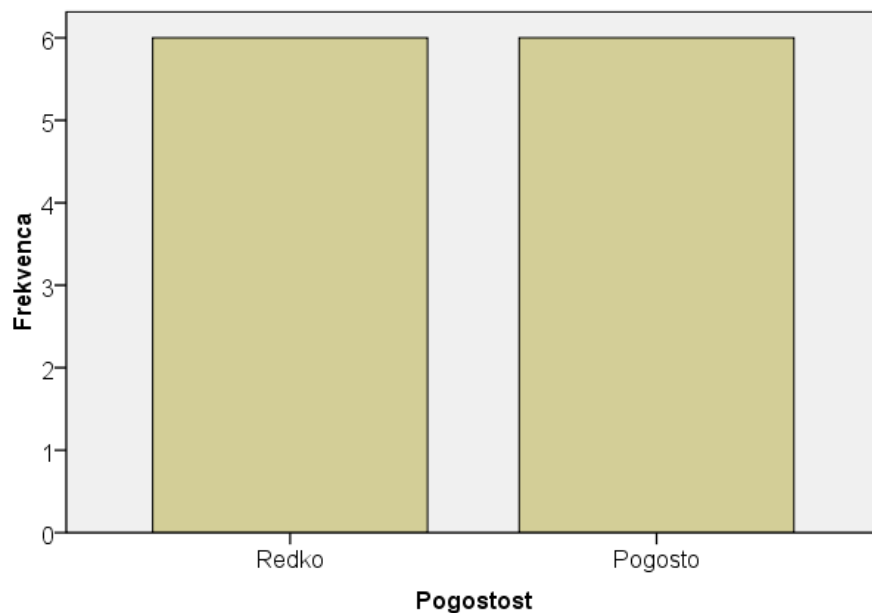
Slika 12: ZDRAVSTVO - na njegovo pobudo in z njim sklenjenega dogovora



N=12

Slika 13: ZDRAVSTVO – na pobudo družinskih članov in z njim sklenjenega dogovora

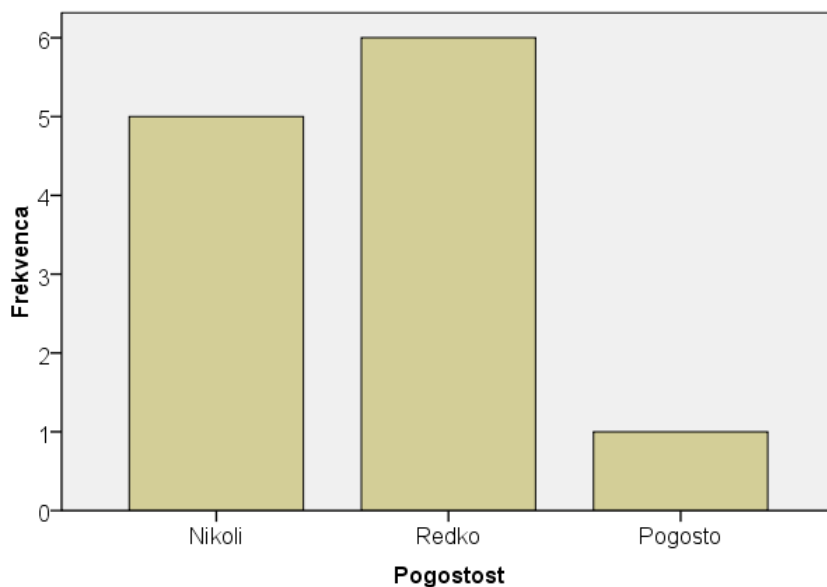
Na pobudo družinskih članov in s posameznikom sklenjenega dogovora



N=12

Slika 14: ZDRAVSTVO - na osnovi javnih pooblastil

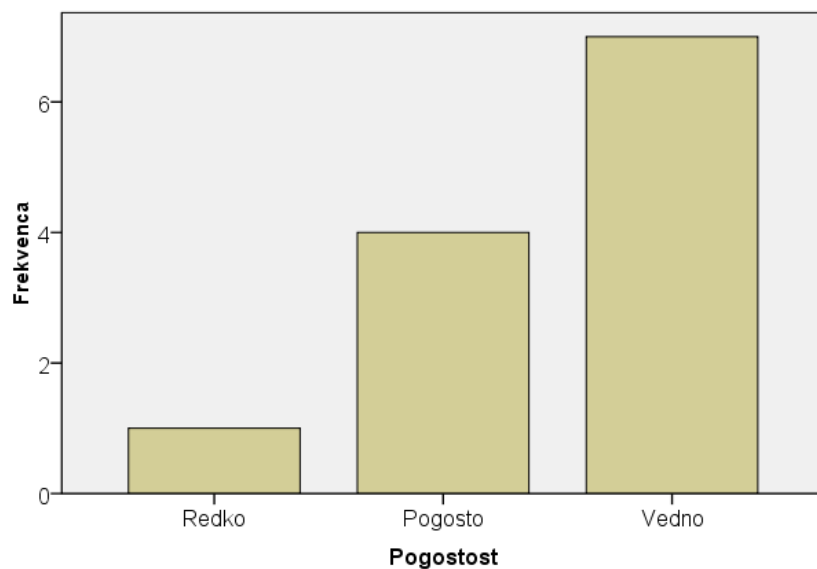
Na osnovi izvajanja javnih pooblastil in načrtov o nujnosti vključitve



N=12

Slika 15: NVO - na njegovo pobudo in z njim sklenjenega dogovora

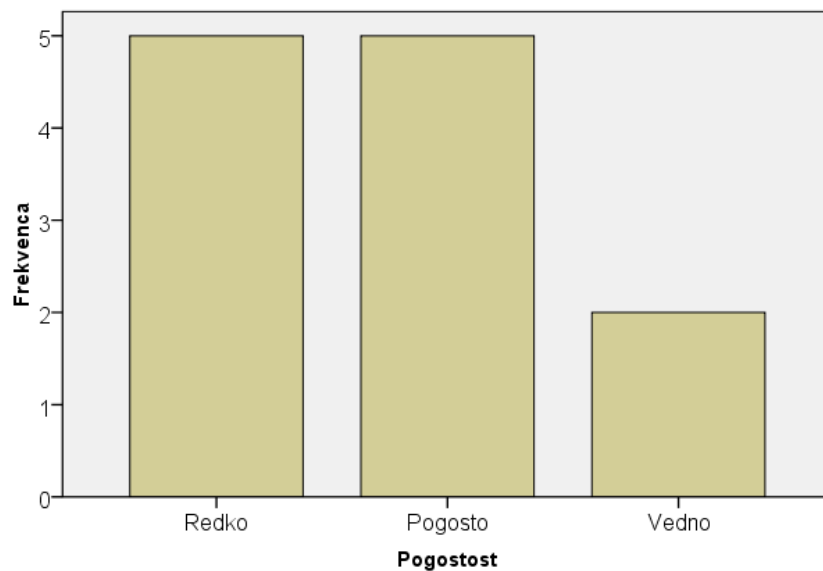
Na njegovo pobudo in z njim sklenjenega dogovora



N=12

Slika 16: NVO - na pobudo družinskih članov in z njim sklenjenega dogovora

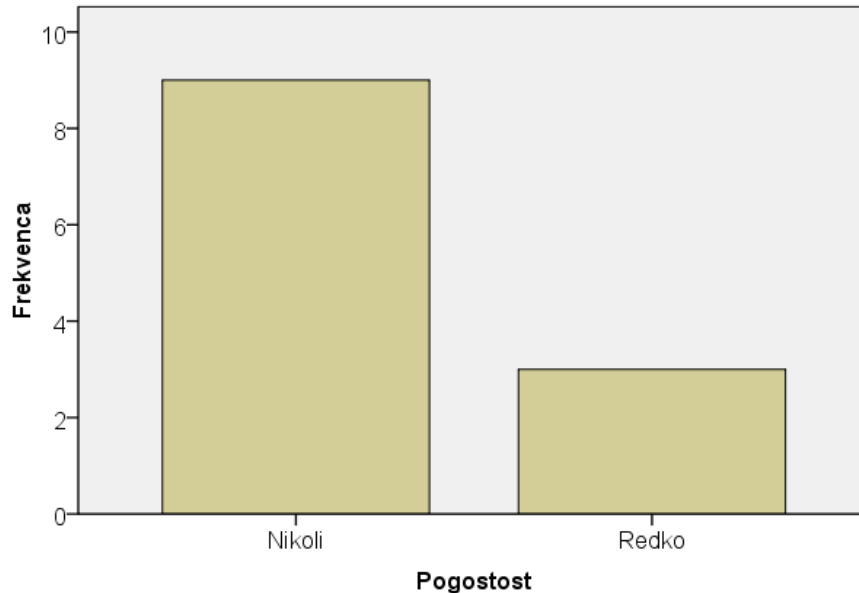
Na pobudo družinskih članov in s posameznikom sklenjenega dogovora



N=12

Slika 17 :NVO - na osnovi javnih pooblastil

Na osnovi izvajanja javnih pooblastil in načrtov o nujnosti vključitve



N=12

Zasvojeni, ki se vključuje v program CZPOD, je pripravljen takoj podpisati dogovor o vključitvi, saj brez podpisa ne more dobiti metadona. V program CZPOD se večkrat vključijo brez vednosti svojcev, kar jim omogoči, da svoj problem zasvojenosti lažje prikrijejo pred svojci. (Glej Sliki 9 in 11!)

Medtem pa je zgodba pri vključevanju v storitve na CSD in v programe nevladnih organizacij drugačna. Ko je zasvojeni še v fazi zanikanja in prikrivanja problema, ne vidi potrebe, da bi poiskal pomoč na CSD, poiščejo pa jo svojci, ki so prav tako v stiski, ko ugotovijo, kakšne težave ima njihov družinski član. Po ponujenih storitvah svojci potem pripeljejo na CSD tudi zasvojenega.

Zasvojeni sam pa na CSD običajno želi urediti denarno socialno pomoč (v nadaljevanju DSP) in pri tem prikriva osnovni problem. V okvirih DSP strokovni delavec lahko z njim sklene pogodbo o aktivnem reševanju socialne problematike (vključitev v storitev osebne pomoči) – na podlagi javnih pooblasti, ni pa nujno. Pogodba se sklene vedno v primeru, ko strokovni delavec

pozna problem zasvojenosti. Uživanci imajo brez pogodbe pravico do DSP v primeru, če so aktivni iskalci zaposlitve (prijava v bazo iskalcev zaposlitve pri Zavodu za zaposlovanje).

Pri vključitvi v storitev »osebna pomoč« je v Pravilniku o standardih in normativih opredeljeno, da naj bi se z vsakim uporabnikom podpisal tudi dogovor. V primeru, da pridejo najprej družinski člani, se le-ti včasih vključijo v storitev osebne pomoči, kamor pa se kasneje vključi tudi zasvojenega.

Sama sem organizirala tudi izobraževanja za strokovne delavce CSD, kjer so le-ti navajali, da se jim zdi sporno, da zasvojenega obremenjujemo s podpisom dogovora o izvajanju storitve osebne pomoči. Poudarjali so namreč, da jim je pomembnejše, da zasvojeni sodeluje kot pa sam podpis dogovora. Kljub temu da niso sklepali pisnega dogovora, so delo z zasvojenimi opredelili kot storitev osebne pomoči. Hipotezo 2 sem namenila preverjanju tega stanja in izkazalo se je, da razmišljam pravilno.

Vprašani so odgovarjali, da redko podpišejo dogovor. Glede na Pravilnik pa bi morali vsi podpisati dogovor, zato sem tudi postavila hipotezo, da v večini primerov podpišejo dogovor. (Glej Slike 6,7 in 9!)

Vključitev v visokopražne programe nevladnih organizacij je prav tako vezana na sprejemanje pravil programa, kar zasvojeni potrdi s podpisom terapevtskega dogovora takoj ob vključitvi v program. Ob vključitvi v visokopražne programe zasvojeni običajno doseže veliko stopnjo motivacije za spremembo življenja in je tudi pripravljen podpisati dogovor. (Glej Slike 15,16, 17!)

H30: NI RAZLIK V POGOSTNOSTI INDIVIDUALNE OBRAVNAVE MED RAZLIČNIMI TIPI ORGANIZACIJ.

Zasvojenost je problem, ki prizadene skoraj vsa področja človekovega delovanja. Večino srečanj različnih strokovnih delavcev smo zaključevali z ugotovitvami, da zasvojeni potrebuje celostno obravnavo, ki pa je ne more zagotoviti en sam strokovni delavec. Poleg tega tudi v Pravilniku o normativih in standardih govorimo o timski obravnavi pri storitvi »osebna pomoč«, zato me je zanimalo, koliko se te vrste obravnave poslužujejo strokovni delavci na CSD. Moja predpostavka je, da večina strokovnih delavcev čuti potrebo po timski ali medinstitucionalni obravnavi, poslužimo pa se je le v redkih primerih, ko se mi kot strokovni delavci znajdemo v stiski, kako naprej. Pregled testov oz. analize za odgovore »Način obravnave - individualno« si lahko ogledate v Prilogah 2, 2a in 2b.

ODGOVOR: Če bi želeli zavrniti ničelno hipotezo »Ni razlik v pogostnosti individualne obravnave med različnimi tipi organizacij«, bi morali tvegati več kot 5%.

H40: NI RAZLIK V POGOSTNOSTI TIMSKE OBRAVNAVE MED RAZLIČNIMI TIPI ORGANIZACIJ

Pregled analize oz. testov, na podlagi katerih sem dobila spodnje odgovore »Način obravnave - timsko«, si lahko ogledate v Prilogi 3, 3a in 3b. Iz njih je razvidno, da obstajajo razlike v pogostnosti uporabe timskega pristopa med različnimi tipi organizacij. Te razlike so tudi statistično značilne med CSD-ji in zdravstvom, v CSD najmanj pogosto uporabljajo timski pristop. Ni pa statistično značilnih razlik med ostalimi (zdravstvom in NVO ter med CSD in NVO).

ODGOVOR: Obstajajo razlike v pogostnosti uporabe timskega pristopa med različnimi tipi organizacij. Te razlike so tudi statistično značilne med CSD-ji in zdravstvom, v CSD najmanj pogosto uporabljajo timski pristop.

Glede na to, da sem sama sodelovala v timskih obravnavah tudi v zdravstvu, imam izkušnje, da v zdravstvu drugače beležijo storitve kot na CSD. V programu CZPOD štejejo kot timsko obravnavo že srečanje zasvojenega z vsemi člani tima, kljub temu da gre samo za vprašanje pridobitve ugodnosti (zasvojeni potrebuje metadon za več dni skupaj).

Pri CSD-jih in nevladnih organizacijah se za sklic timske obravnave odločijo redkeje, vendar je takrat obravnavo kompleksnejša. Strokovnjaki, vabljeni na timsko obravnavo, v njej aktivno sodelujejo, sprejmejo se sklepi, največkrat s konsenzom vseh vključenih, ki so podlaga za kasnejšo obravnavo.

S člani tima v CZPOD Kranj se je tedensko srečalo tudi do 10 vključenih v program. Sama bi opredelila srečanje kot timsko obravnavo v največ dveh primerih na teden – predvsem v tistih primerih, ko se je zasvojeni šele vključeval v program.

Organizacija v CZPOD je bila namreč takšna, da so imeli zdravnik, psihiater in klinični psiholog enkrat tedensko ambulantno, ob torkih pa so dve uri namenili timski obravnavi posameznikov, ki so čez teden izrazili željo, da bi prišli na tim. Na timu smo v dveh urah obravnavali vse prijavljene na tim.

Pri nevladnih organizacijah pa izraz timska obravnava uporabljajo podobno kot pri CSD. Kot timsko, v nekaterih primerih medinstitucionalno, obravnavo štejejo tisto, kjer se v posameznem primeru sreča več različnih strokovnih delavcev (različni profili, različne organizacije...) in posamezen primer pogledajo iz vseh zornih kotov

H50: NI RAZLIK V POGOSTNOSTI MEDINSTITUCIONALNE OBRAVNAVE MED RAZLIČNIMI TIPI ORGANIZACIJ

Test, na podlagi katerega sem dobila odgovore »Način obravnave – medinstitucionalno«, si lahko ogledate v Prilogi 4.

ODGOVOR: Če bi želeli zavrniti ničelno hipotezo »Ni razlik v pogostnosti medinstitucionalne obravnave med različnimi tipi organizacij«, bi morali tvegati skoraj 40%, zato ničelne hipoteze ne zavrnamo.

Rezultati so pokazali, da CSD manj pogosto kot ostali dve organizaciji uporablja medinstitucionalno obravnavo. Razlog za takšno stanje rezultatov je verjetno tudi v tem, da so na vprašalnik odgovarjali vsi CSD-ji, tudi manjši, ki se z uživalci drog srečujejo redkeje, medtem ko so v CZPOD in NVO vključeni v obravnavo izključno uživalci drog in njihovi svojci.

Glede na pooblastila oz. poslanstvo CSD bi se morali vsi CSD-ji ukvarjati tudi z uživalci drog, vendar kot ugotavljamo že v teoretičnem delu naloge, temu ni tako. Razloga sta najmanj dva, prvega lahko vidimo v zasvojenem samem. Kadar išče pomoč na CSD, velikokrat prikriva zasvojenost in želi reševati izključno problem, ki ga v tistem obdobju najbolj občuti (denarna stiska, stanovanjski problem), ali pa pomoči sploh ne išče na CSD, ker ne verjame, da bi jo tam lahko dobil. Drugi razlog pa lahko iščemo pri strokovnih delavcih, ki zaradi neznanja, stereotipne predstave o uživalcih drog, preobremenjenosti, ne zaznajo uporabnika tudi kot uživalca drog in mu pomoči v obliki storitev ne ponudijo.

Z manjšim številom obravnavanih na področju drog pa se tudi zmanjša potreba po medinstitucionalnem sodelovanju.

H60: NI RAZLIK V POGOSTNOSTI UPORABE TIMSKE IN MEDINSTITUCIONALNE OBRAVNAVE MED ORGANIZACIJAMI.

ODGOVOR: Z manj kot pol promila tveganja, da se motimo, lahko zavrnamo ničelno hipotezo in trdimo, da v organizacijah pogosteje uporabljajo timsko kot medinstitucionalno obravnavo.

Rezultati so potrdili mojo hipotezo. (Glej Prilogi 4a in 4b) Kadar strokovni delavci začutijo potrebo po timski obravnavi posameznika, najprej poiščemo člane tima znotraj zaposlenih v posamezni organizaciji, predvsem takrat, kadar nimamo podatka, da bi bil zasvojeni vključen v druge oblike pomoči.

Na CSD timsko obravnavo opredeljuje tudi storitev »osebna pomoč«, še bolj pa storitev »pomoč družini za dom«, ki se izvaja v primeru, ko ima zasvojeni družino.

Kot sem že zgoraj navedla, v programu CZPOD vsako srečanje različnih strokovnih delavcev hkrati pojmujejo kot timsko obravnavo, kar povečuje delež le-teh.

Nevladne organizacije že ob ustanovitvi običajno stremijo k temu, da v programih sodelujejo strokovnjaki različnih profilov. Zaradi slabega finančnega stanja pogosto vključujejo prostovoljce različnih usmeritev, ki s svojimi znanji pomembno vplivajo na uspešno delovanje NVO in na potek obravnave posameznika. Ob potrebi po kompleksnejši obravnavi posameznika v timsko obravnavo vključijo le-te.

Sklic medinstitucionalnega tima je zahtevna naloga. Potrebno je uskladiti termine različnih strokovnih delavcev, zaposlenih v različnih institucijah. Glede na vse naloge v matični službi si le ti težko organizirajo delo tako, da bi prišli na timsko obravnavo v rednem delovnem času (predvsem zdravniki in psihiatri), saj imajo običajno termine zasedene že več mesecev vnaprej.

O potrebi po sklicu takšne obravnave pa gre običajno takrat, ko vsaj eden od strokovnih delavcev zazna, da je potrebno uskladiti in poenotiti obravnavo takoj.

H7O: V CZOPD V TIME VKLJUČUJEJO TUDI DRUGE PROFILE

Tabela 2: Ali ima zdravstvena organizacija v timu le zdravstveno osebje?

	Frekvenca	Odstotek
Ne	11	91,7
Da	1	8,3
Skupaj	12	100,0

Iz Tabele 2 je razvidno, da ima le ena organizacija (kar predstavlja 8,3%) v timu izključno zdravstveno osebje, zato ne moremo trditi, da time v CZOPD sestavlja le zdravstveno osebje. Tabela 3 prikazuje profile, ki jih zajemajo timi v zdravstvenih organizacijah.

Na podlagi razgovorov s strokovnjaki iz CZPOD, ki sem jih srečevala na raznih seminarjih, konferencah, okroglih mizah, kjer jih je večina izražalo potrebo po zaposlitvi socialnega delavca ali psihologa v okviru CZPOD, sem želela preveriti, ali imajo v timih samo zdravstvene profile ali ne.

Kljub temu da hipoteze ne moremo potrditi, pa iz tabele izhaja, da ima samo polovica zdravstvenih programov v svoj redni tim vključenega socialnega delavca, pedagoga in delovnega terapevta pa samo po en program.

Ko se zasvojeni vključi v program CZPOD, je njegovo socialno stanje običajno zelo šibko. Neredko ima porušene odnose s svojimi bližnjimi, ni zaposlen, zdravstveno stanje je slabo, kar pogojuje, da tudi zaposlitev težje najde. Prav v takih primerih bi bilo koristno, če bi se zasvojeni že programu CZPOD srečal s socialnim delavcem, kasneje, po stabilizaciji, pa mogoče tudi s pedagogom in delovnim terapevtom.

Strokovni delavci CZPOD sicer informirajo vključene o možnosti pomoči, ki jo lahko dobijo v drugih institucijah (CSD, NVO), vendar se ti le redko odločijo za ta korak oziroma včasih traja več mesecev, da ga naredijo. Metadon jim namreč »olajša življenje«, saj jim ni več treba dnevno iskati denarja oziroma droge. In s tem se podaljša čas, preden začetijo željo po celostnemu urejanju.

Prav zato sem sama, še več let po »ločitvi« obeh kranjskih programov, v soglasju z direktorjem, obiskovala CZPOD vsak torek v času timske obravnave. Kadar sem se za srečanje na CSD dogovorila osebno, je zasvojeni običajno res prišel, kadar pa mu je informacijo, kje in kdaj naj se zgleda na razgovor, posredovala medicinska sestra, je bil odziv slab. Ob tem sem ugotovila, kako pomembno je osebno povabilo, oziroma da se je potrebno zasvojenim približati tam, kjer sami iščejo pomoč. To pa pomeni, da bi z zaposlenim socialnim delavcem v CZPOD zasvojeni dobil celovitejšo obravnavo na enem mestu, ki bi verjetno pripomogla k učinkovitejši obravnavi.

Tabela 3: prikaz profilov v timih v CZPOD

Prikaz profilov, ki jih zajemajo timi v zdravstvenih organizacijah

		Odgovori		
		N	Odstotek	Odstotek enot
Sestava timov (profili)	Soc. delavci	6	11,8%	50,0%
	Psihologi	11	21,6%	91,7%
	Pedagogi	1	2,0%	8,3%
	Splošni zdravnik	9	17,6%	75,0%
	Psihiater	9	17,6%	75,0%
	Medicinska sestra	12	23,5%	100,0%
	Delovni terapevt	1	2,0%	8,3%
	Drugo	2	3,9%	16,7%
	Skupaj	51	100,0%	425,0%

H8O: NI RAZLIK MED ORGANIZACIJAMI V ŠTEVILU PROFILOV V TIMIH

ODGOVOR: Z manj kot pol promila tveganja, da se motimo, lahko zavrnamo ničelno hipotezo, da ni razlik med organizacijami v številu profilov v timih in trdimo, da imajo v CZPOD -jih v povprečju več profilov v stalnih timih kot v CSD-jih in NVO-jih.

Iz 10. slike lahko razberemo, da se na CSD-jih, kjer nimajo stalnih sestavov timov, in v NVO-jih večkrat poslužujejo medinstitucionalnih timov. Glej priloge 5, 5a in 5b.

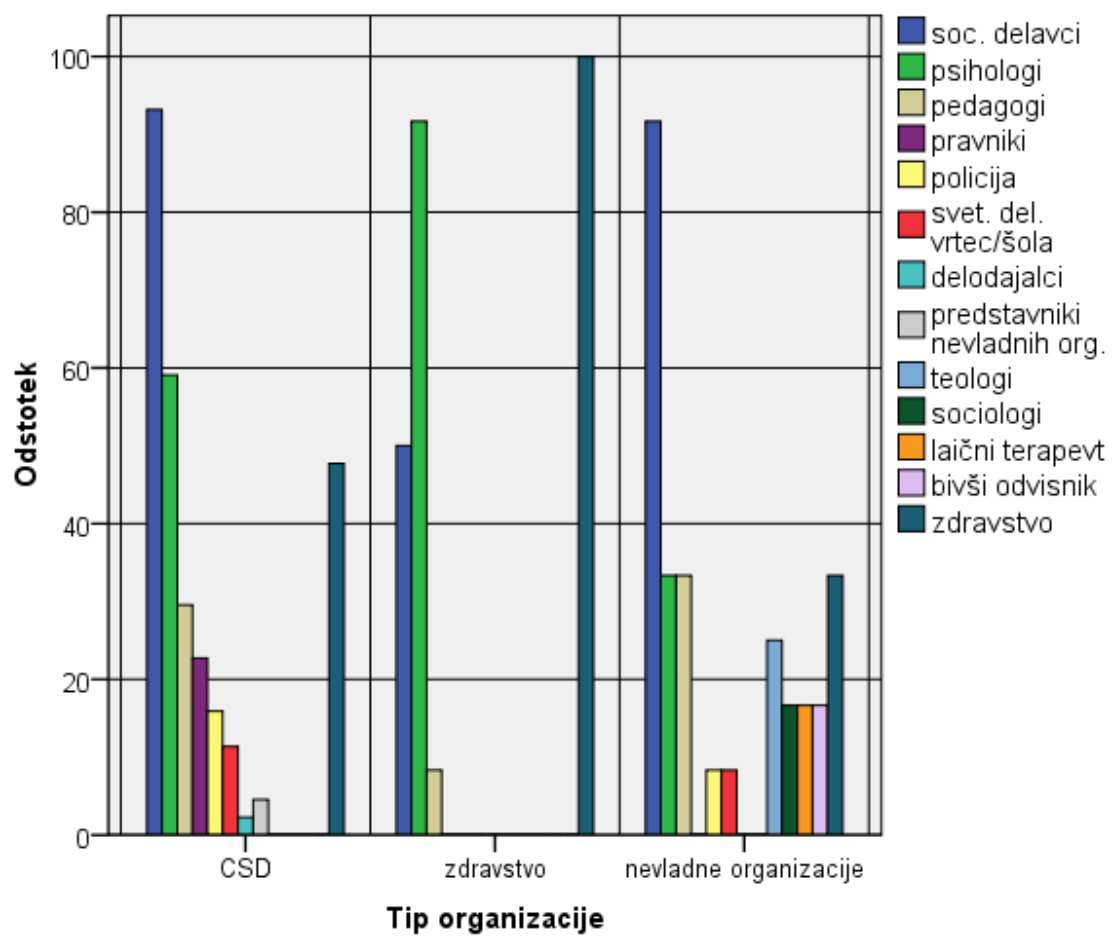
CZPOD-ji so kot člane timske zasedbe navedli poleg zdravstvenih delavcev še psihologe, socialne delavce in pedagoga.

Strokovnjaki iz CSD-jev so poleg socialnih delavcev, psihologov, pedagogov in pravnikov, ki so običajno tudi zaposleni v CSD-jih in so jih navajali že pri notranji sestavi timov, navajali tudi policijo, svetovalne delavce vrtcev in šol, delodajalce, predstavnike nevladnih organizacij ter zdravstvene delavce.

Prav tako so predstavniki NVO-jev poleg članov, zaposlenih znotraj NVO-jev (socialni delavci, psihologi, teologi, laični terapevti, bivši odvisniki), navedli še policijo, svetovalne delavce vrtcev in šol, delodajalce in zdravstvene delavce.

Rezultati preverjanja zgornje in spodnje hipoteze pokažejo razliko med stalnimi in razširjenimi timi. Zasedba stalnih timov je v CZPOD-jih pestrejša, v razširjenih timih pa je sestava glede na profil člana tima pestrejša v NVO-jih in CSD-nih. Glede na to, da pri sestavi tima v CZPOD niso omenjali policije, svetovalnih delavcev vrtcev in šol ter predstavnikov nevladnih organizacij, lahko sklepamo, da zdravstvo ne sklicuje medinstitucionalnih timov. V primeru da jih skličejo CSD-ji ali NVO-ji, pa se odzovejo vabilu, kar je razvidno iz sestave timov pri CSD-jih in NVO-jih, kjer je zdravstvo zastopano. (Slika 18)

Slika 18: Prikaz sestave timov (profili).



n=68

H9O : ORGANIZACIJE SE MED SEBOJ RAZLIKUJEJO GLEDE POGOSTNOSTI UPORABE STALNIH TIMOV.

Na CSD-jih sestavljajo time strokovni delavci, ki so tam zaposleni: soc. delavci, psihologi, soc. pedagogi, pravniki. V CZPOD-jih sestavljajo time predvsem strokovni delavci zdravstvenih profilov. (Glej Sliko 9!)

Strokovni delavci čutimo potrebo po timski obravnavi oz. medinstitucionalnem sodelovanju, vendar jo redko realiziramo. Razlogov je vsekakor več. Na manjših CSD-jih en strokovni delavec pokriva več področij in zato nima časa za sklic timov ipd. Na nekaterih CSD-jih nimajo zaposlenih različnih profilov, dela pa se v parih (dva strokovna delavca).

Stalnih timov na CSD-jih nimajo organiziranih, timsko zasedbo nosilci primerov izbirajo in organizirajo po potrebi, kar je razvidno iz Tabel 4 in 5. Glej tudi Prilogo 6!

Tabela 4: Stalni timi za vse organizacije

Organizacija	Stalni tim		
	Ne	Da	Skupaj
CSD	39	1	40
Zdravstvo	3	9	12
Nevladne organizacije	6	6	12
Skupaj	48	16	64

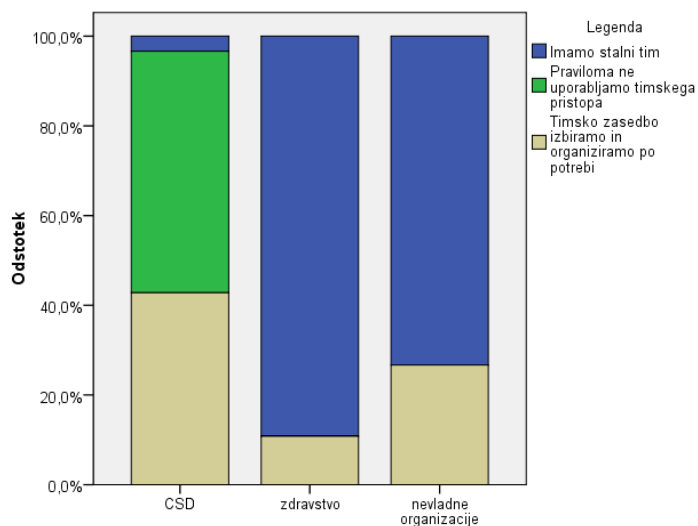
ODGOVOR: S tveganjem, manjšim od pol promila, lahko zavrnamo ničelno hipotezo in trdimo, da so razlike med CSD-ji in ostalimi organizacijami glede pogostnosti uporabe stalnih timov. CSD-ji statistično značilno manj pogosto uporabljajo stalne time kot zdravstvo in nevladne organizacije.

Tabela 5: Organizacija stalnega tima

	Ali imate za obravnavo zasvojenih organiziran stalni tim?			
	1 Imamo stalni tim	2 Praviloma ne uporabljamo timskega pristopa	3 Timsko zasedbo izbiramo in organiziramo po potrebi	Skupaj
CSD	1	4	35	40
Zdravstvo	9	0	3	12
Nevladne organizacije	6	0	6	12
Skupaj	16	4	44	64

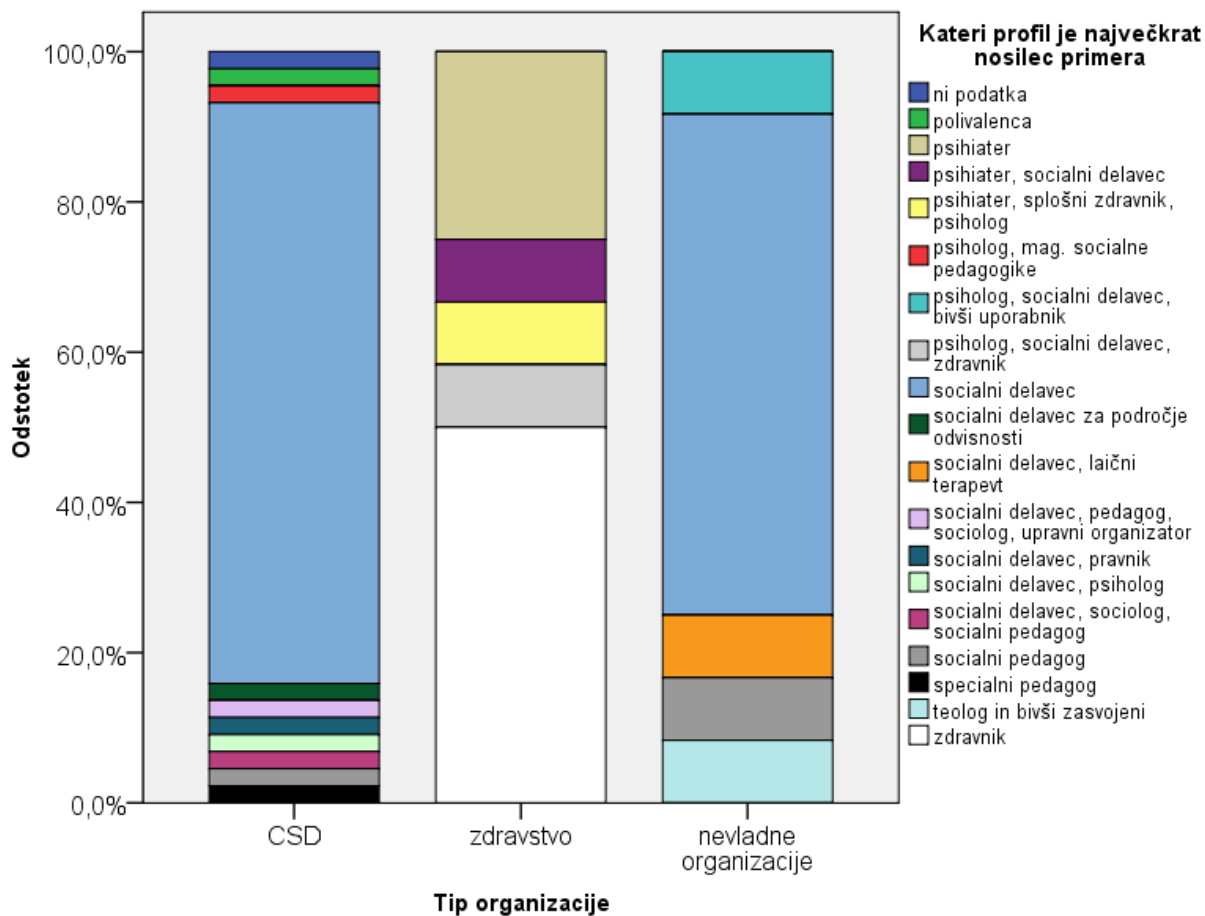
Iz Tabele 5 in Slike 19 je razvidno, da CSD-ji timsko zasedbo izbirajo in organizirajo po potrebi v skoraj vseh primerih, kjer se odločajo za timsko obravnavo posameznika. Medtem pa se za organizacijo takšnih timov odloča le ena četrtnina programov CZPOD-jev, tri četrtine jih posameznika obravnava v stalnem timu, kar pomeni, da ne vključujejo zunanjih strokovnjakov. Polovica NVO-jev prav tako timsko zasedbo izbirajo in organizirajo po potrebi, ostala polovica pa se je opredelila, da imajo stalni tim.

Slika 19:»Ali imate za obravnavo zasvojenih organiziran stalni tim?«



N: CSD=40, zdravstvo=12, nevladne organizacije=12

Slika 20: Nosilec primera ob timski obravnavi



n=68

Iz 20. slike in Priloge 7 lahko razberemo, da so v CSD-jih v večini primerov nosilci prav socialni delavci (35), v petih primerih so poleg na prvem mestu napisanega socialnega delavca napisali še druge profile: po en nosilec pa so psiholog, socialni pedagog in specialni pedagog. Na enem vprašalniku ni bilo odgovora na to vprašanje. Glede na to, da so v CSD-jih zaposleni večinoma socialni delavci in so psihologi in drugi profili zastopani v manjšini oziroma zaposleni za posebna področja, odgovor ni presenetljiv.

V CZPOD-jih so le v enem primeru napisali kot nosilca primera socialnega delavca, vendar so poleg njega navedli še psihologa in zdravnika. V petih primerih so kot nosilca navedli psihiatra, v šestih pa zdravnika, iz česar je razvidno, da je hierarhija v zdravstvu močna. Kljub temu da so

navedli širok spekter profilov, ki sestavljajo njihove time, je velika verjetnost, da je nosilec primera vedno zdravnik. Razumljivo je, da je pri obravnavi bolezni (*kot zasvojenost definira zdravstvo op. avt*) vedno prvi odgovorni zdravnik, vendar je pri obravnavi zasvojenega, ko je zdravstveno stanje še zadovoljivo, včasih potrebno reševati v prvi vrsti druge težave.

Pri NVO-jih so v osmih primerih navedli kot nosilca primera socialnega delavca, v enem primeru so poleg socialnega delavca napisali še laičnega terapevta, v enem pa psihologa in bivšega uporabnika. Le v enem primeru sta nosilca primera teolog in bivši zasvojeni. Študenti na FSD so v času svojega študija deležni spodbujanja za izdelavo novih projektov oziroma spodbujanja k ugotavljanju dejanskih potreb ljudi, zato sklepam, da so socialni delavci tudi ustanovitelji oziroma pobudniki za ustanovitve NVO-jev.

H100: DELEŽ CSD-jev IN NEVLADNIH ORGANIZACIJ, KI POGREŠAJO ZDRAVSTVENO OSEBJE, JE 70%.

Tabela 6: Ali pogrešate zdravstveno osebje?

	Frekvenca	Odstotek
Ne pogrešajo	35	62,5
Pogrešajo	21	37,5
Skupaj	56	100,0

ODGOVOR: Odstotek tistih organizacij (CSD-jev in nevladnih), ki pogrešajo zdravstveno osebje, je le 37,5%, zato zavrnamo ničelno hipotezo.

Ob sodelovanju v programu CZPOD sem se srečala z zasvojenimi, ki so jim zdravniki postavili tako imenovano dvojno diagnozo. To je pomenilo, da so zasvojeni z ilegalnimi drogami, imajo pa tudi eno od psihiatričnih motenj, zaradi česar so bili v programu CZPOD deležni drugačne obravnave. Tudi pri usmerjanju v trajno abstinenco, kjer so tudi sami izražali željo po vključitvi v visokopražne programe, smo ravno zaradi dvojnih diagnoz naleteli na težave. Konec 90-ih let nobena od komun ni sprejela zasvojenega z dvojno diagnozo. V njihovih programih je veljal strog režim glede tablet in to bi pomenilo opustitev psihiatričnega zdravljenja, kar bi lahko pomenilo poslabšanje psihiatrične bolezni. V komunah so bivali samo zasvojeni, zdravnik ni bil stalno prisoten. Tako so bili ljudje z dvojnimi diagnozami deležni obravnave v zdravstvu, CSD-ji pa smo nudili suport obupanim svojcem. Kasneje se je razvilo nekaj novih NVO-jev, ki so bili pripravljeni nuditi oporo tudi ljudem z »dvojnimi« diagnozami.

Res, da ničelne hipoteze ne moremo zavrniti, vendar pa je odstotek 37,5 velik, če upoštevamo, da se v resnici ukvarja z zasvojenimi manj CSD-jev, kot so izpolnili vprašalnik. Prav zato je zanimiv prikaz podatkov, katere profile pogrešajo CSD-ji in NVO-ji.

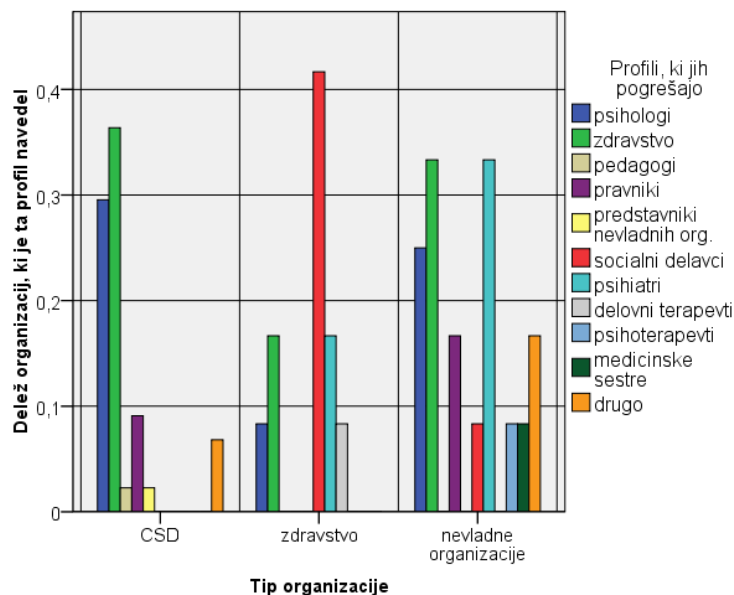
H110: NI RAZLIK V ŠTEVILU POGREŠANIH PROFILOV V TIMIH – GLEDE NA TIP ORGANIZACIJE.

Število pogrešanih profilov sem dobila tako, da sem pri vsakem vprašalniku preštela število navedenih profilov. V kolikor je bilo navedeno le »zdravstvo«, sem to upoštevala kot navedbo enega profila.

Iz podatkov izhaja, da največ profilov (v povprečju 1,5) pogrešajo NVO-ji. (Glej sliko 21 in Prilogo 8 in 8a!)

ODGOVOR: Ničelne hipoteze »Ni razlik v številu pogrešanih profilov v timih – glede na tip organizacije« ne moremo zavrnila pri 5% tveganju, torej ne moremo trditi, da največ različnih profilov pogrešajo v CSD-jih.

Slika 21: Profili, ki jih pogrešajo - po tipih organizacij



n=68

Iz 21.slike je razvidno, da največ različnih profilov pri timski obravnavi pogrešajo NVO-ji, ki so največkrat navedli zdravstvo in psihiatra, potem psihologa, tem profilom pa sledijo še pravnik, socialni delavec, psihoterapevt in medicinska sestra.

Tudi CSD-ji so kot najbolj pogrešan profil navedli zdravstvene profile, takoj za njimi so psihologi, v manjšem številu pa so navedli še pravnike, pedagoge in predstavnike nevladnih organizacij.

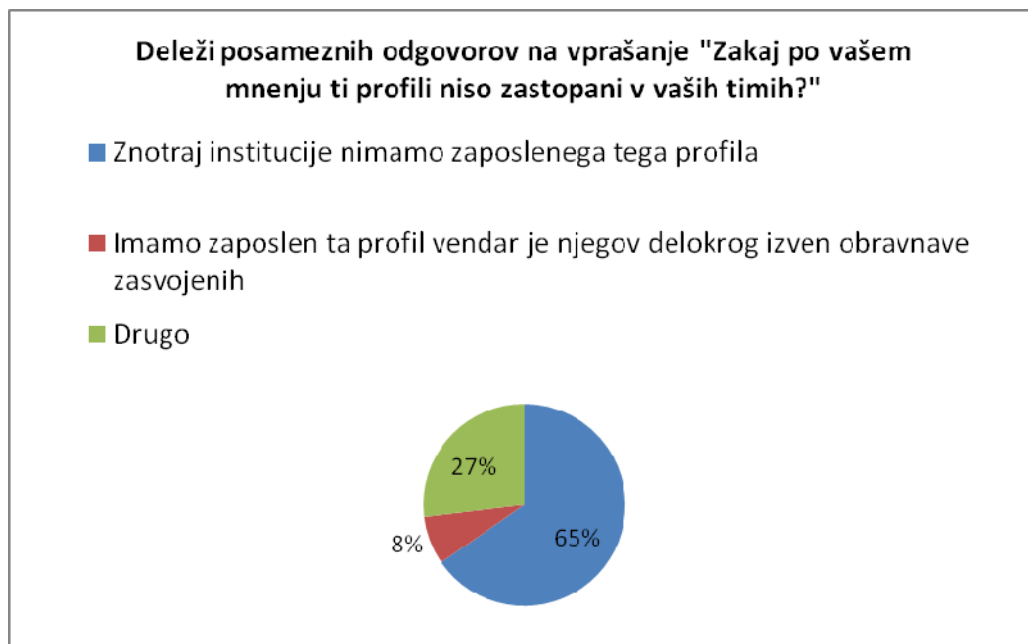
Zanimivi so tudi odgovori zdravstva, ki so v večjem številu kot NVO-ji in CSD-ji pri zdravstvu odgovorili, da v timih pogrešajo socialne delavce. V enakem številu odgovorov so navedli, da pogrešajo psihiatre in zdravstvo. Tem profilom pa sledijo še psihologi in delovni terapevti.

Tabela 7: Zakaj po vašem mnenju ti profili niso zastopani v vaših timih?

Vzrok	Odgovori		
	N	Odstotek	Odstotek enot
Znotraj institucije nimamo zaposlenega tega profila	34	65,4%	73,9%
Imamo zaposlen ta profil, vendar je njegov delokrog izven obravnave zasvojenih	4	7,7%	8,7%
Drugo	14	26,9%	30,4%
Skupaj	52	100,0%	113,0%

n=46

Slika 22: Zakaj po vašem mnenju ti profili niso zastopani?



V 65% so vprašani odgovorili, da določenega profila, ki ga pogrešajo pri timski obravnavi, nimajo zaposlenega znotraj institucije. Le v 8% so odgovorili, da imajo zaposlen določen profil, vendar je njegov delokrog izven obravnave zasvojenih. Ti odgovori sami po sebi narekujejo iskanje novih rešitev, in sicer: če nek profil pogrešaš in ga nimaš v svoji organizaciji, obstaja možnost sklica medinstitucionalnega tima. Vprašani se poslužujejo te možnosti v različnih primerih, kar je razvidno iz Tabele 8 in Slike 24. (Glej še prilogo 9!)

KDAJ SE ORGANIZACIJE ODLOČAJO ZA MEDINSTITUCIONALNO SODELOVANJE

Tabela 8: V katerih primerih se odločite za medinstitucionalno sodelovanje?

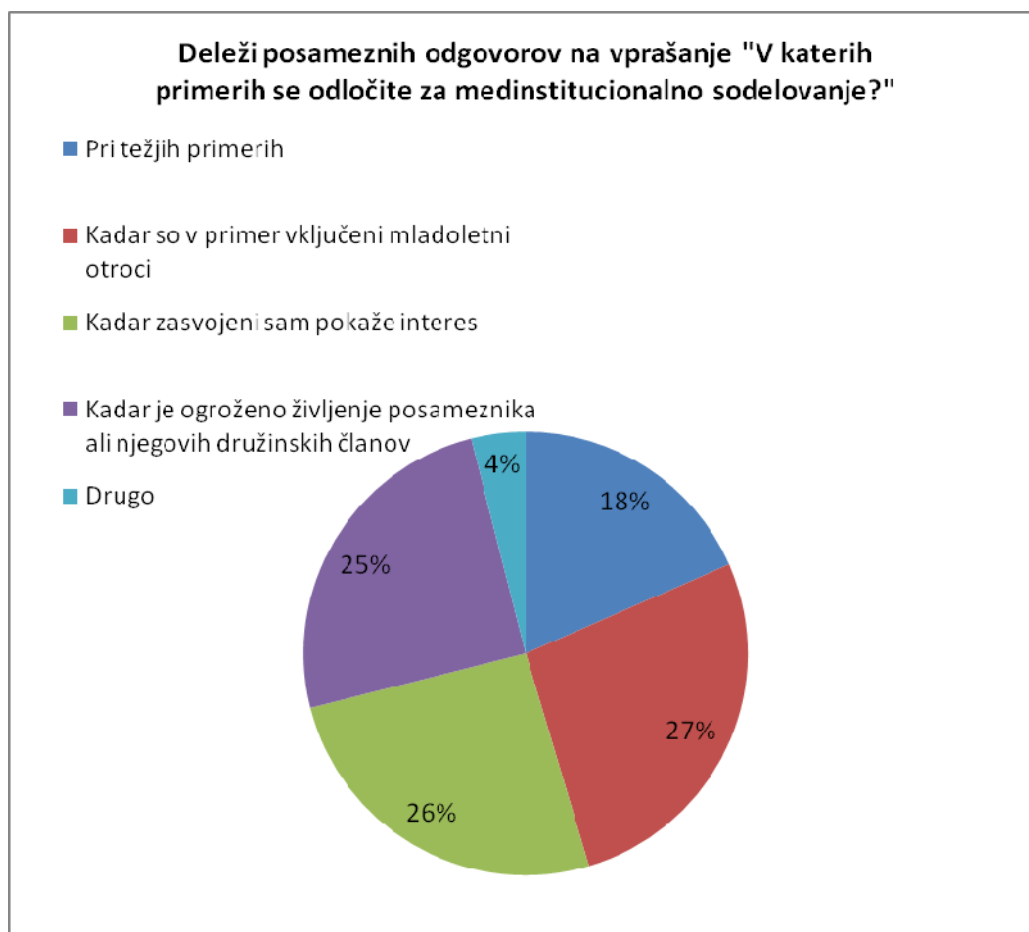
	Odgovori		
	N	Odstotek	Odstotek enot
Pri težjih primerih	28	18,4%	43,1%
Kadar so v primer vključeni mladoletni otroci	41	27,0%	63,1%
Kadar zasvojeni sam pokaže interes	39	25,7%	60,0%

Tabela 8: V katerih primerih se odločite za medinstitucionalno sodelovanje?

	Odgovori		
	N	Odstotek	Odstotek enot
Pri težjih primerih	28	18,4%	43,1%
Kadar je ogroženo življenje posameznika ali njegovih družinskih članov	38	25,0%	58,5%
Drugo	6	3,9%	9,2%
Skupaj	152	100,0%	233,8%

n=65

Slika 23: V katerih primerih se odločate za medinstitucionalno sodelovanje



V 26% so vprašani povedali, da tim skličejo na pobudo zasvojenega. Običajno je njihova pobuda vezana na pridobitev pravic oziroma ugodnosti. Kjer pa se za sklic odločajo strokovni delavci, se običajno odločamo takrat, kadar poteka obravnava na različnih institucijah vzporedno, kjer so stvari nejasne in se vrtimo v krogih – odgovor pri težjih primerih. Delež sklicanih timov, kadar so vključeni mladoletni otroci, je največji, takoj za tem pa se odločijo za sklic medinstitucionalnega tima tudi v primerih, kadar je ogroženo življenje posameznika ali njegovih družinskih članov - lahko tudi otrok. (Glej Sliko 23, tabelo 8 in prilogo 10!)

H120: NI RAZLIK V POVPREČNEM ŠTEVILU INSTITUCIJ, S KATERIMI ORGANIZACIJE SODELUJEJO GLEDE NA TIP ORGANIZACIJE.

ODGOVOR: Ničelne hipoteze »Ni razlik v povprečnem številu institucij, s katerimi organizacije sodelujejo glede na tip organizacije«, ne moremo zavrniti pri 5% tveganju, torej ne moremo trditi, da so statistično značilne razlike v povprečnem številu institucij, s katerimi organizacije sodelujejo. Iz podatkov pa izhaja, da v povprečju CSD-ji (aritmetična sredina 5) sodelujejo z eno organizacijo manj kot zdravstvo in NVO-ji (aritmetična sredina 6).

Glej komentar pod H 13 0 in Priloge 11, 11a!

H0130: ŠTEVILO INSTITUCIJ, S KATERIMI SODELUJEJO CSD-JI, SE NE RAZLIKUJE OD ŠTEVILA INSTITUCIJ, S KATERIMI SODELUJEJO OSTALE ORGANIZACIJE.

ODGOVOR: Ničelne hipoteze »Število institucij, s katerimi sodelujejo CSD-ji, se ne razlikuje od števila institucij, s katerimi sodelujejo ostale organizacije«, ne moremo zavrniti pri 5% tveganju, s 6% tveganjem da se motimo, pa lahko trdimo, da obstajajo statistično značilne razlike v številu institucij, s katerimi sodelujejo, med CSD-ji in ostalimi organizacijami, in sicer v povprečju CSD-ji sodelujejo z eno organizacijo manj kot ostale organizacije.

Smernice Nacionalnega programa za socialno varstvo postavljajo CSD-je v vlogo koordinatorjev mreže pomoči posamezniku, kar napeljuje k misli, da naj bi prav CSD-ji sodelovali z največ institucijami. Pri analizi vprašalnikov nam podatki kažejo, da CZPOD-ji in NVO-ji v povprečju sodelujejo z eno institucijo več kot CSD-ji. (Glej Prilogo 12 in 12a!)

Iz podatkov je razvidno (Glej Sliko 24!), da NVO-ji najpogosteje sodelujejo s CSD-ji in CZPOD-ji (v enakem deležu – 90%), sledi sodelovanje z raznimi društvi in drugimi nevladnimi organizacijami, zavodi za prestajanje kazni zapora in v nekoliko manjšem deležu z Zavodom za zaposlovanje. Enako pogosto sodelujejo s policijo, sodišči ter srednjimi in osnovnimi šolami. Polovica NVO-jev je navedla, da sodelujejo z zdravniki in bolnišnicami. Z Dispanzerjem za mentalno zdravje pa jih sodeluje manj kot 40%.

CZPOD-ji so v skoraj 100% navedli, da sodelujejo s CSD-ji, v 90% sodelujejo z osebnim zdravnikom obravnavanega in drugimi CZPOD-ji. V enakem deležu (več kot 80%) je sodelovanje z Dispanzerjem za mentalno zdravje, raznimi društvi in nevladnimi organizacijami ter Zavodi za prestajanje zaporne kazni. Takoj za tem sledi sodelovanje s sodišči. Več kot 60% CZPOD-jev sodeluje z bolnišnicami in srednjimi in osnovnimi šolami. Visok delež sodelovanja so opredelili tudi pri sodelovanju s policijo (skoraj 60%). Polovica CZPOD-jev je opredelila, da sodelujejo z Zavodi za zaposlovanje.

CSD-ji najpogosteje sodelujejo z osebnim zdravnikom obravnavanega (več kot 80%), v manj kot 80% sledi sodelovanje s policijo, skoraj 70% CSD-jev je kot naslednje navedlo srednje in osnovne šole ter razna društva in druge nevladne organizacije. 60% jih sodeluje s CZPOD-ji in Zavodom za zaposlovanje, več kot 50% pa tudi z Zavodom za prestajanje zaporne kazni. Polovica CSD-jev pri obravnavi zasvojenega sodeluje s sodišči. CSD-ji v manj kot 50% sodelujejo z bolnišnicami in drugimi CSD-ji. V najmanjšem deležu, nekaj več kot 30%, pa sodelujejo z Dispanzerjem za mentalno zdravje.

Iz podatkov lahko razberemo, da vprašani CSD-ji, CZPOD-ji in NVO-ji med seboj pogosto sodelujejo. Pri sodelovanju z drugimi institucijami pa se pokažejo razlike. Najbolj očitno se pokaže razlika pri sodelovanju z represivnimi organi.

Večina vprašanih CZPOD-jev sodeluje z Zavodom za prestajanje zaporne kazni, velik je tudi delež sodelovanja s sodišči in policijo. Pri sodelovanju z Zavodom za prestajanje zaporne kazni je sodelovanje vzpostavljeno zaradi prejemanja nadomestne metadonske terapije.

Ta podatek nam tudi pove, da so zasvojeni, vključeni v programe CZPOD-jev, še vedno pogosto obravnavani tudi kot storilci kaznivih dejanj.

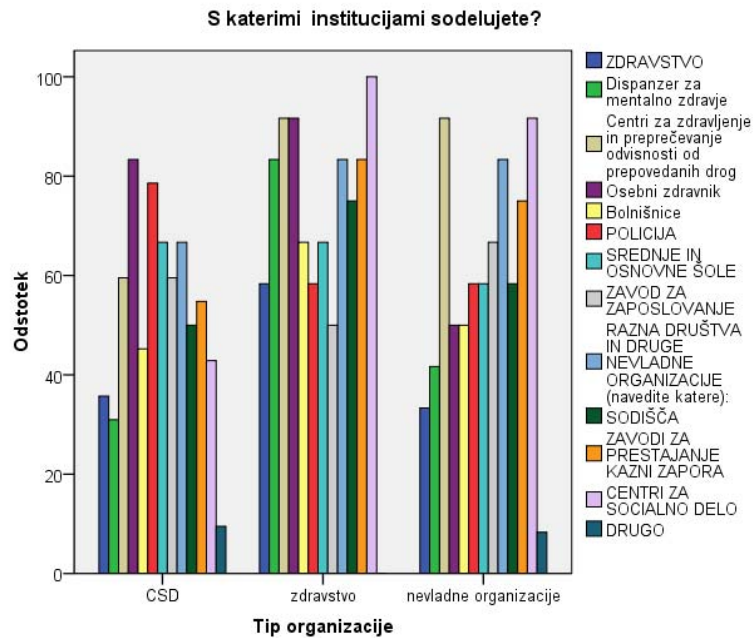
Vzporedno me je zanimalo tudi, ali bi to sodelovanje lahko opredelili kot medinstitucionalno obravnavo zasvojenih ali gre zgolj za pisanje poročil drugim institucijam. (Glej Sliko 25!)

CSD-ji so se v več kot 80% opredelili, da takšnega načina sodelovanja ne pojmujejo kot medinstitucionalno sodelovanje. 70% vprašanih je namreč opredelilo, da gre bolj za pisanje poročil oziroma prejemanje le-teh s strani drugih institucij.

Sledijo NVO-ji, ki so se v več kot 70% opredelili enako kot CSD-ji, da gre za pisanje poročil je povedalo nekaj manj kot 40% vprašanih. 30% vprašanih pa je sodelovanje opredelilo za medinstitucionalno sodelovanje.

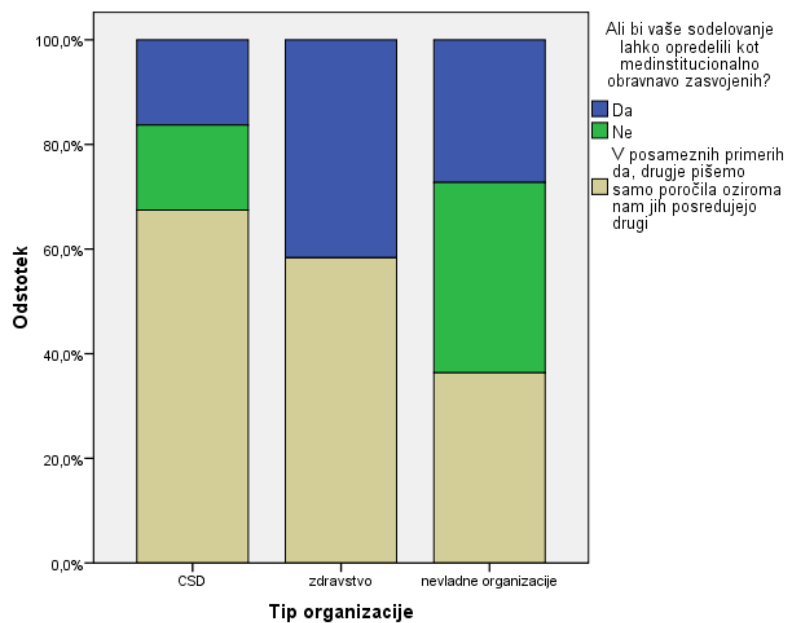
CZPOD-ji pa v 60% sodelovanja pišejo poročila oz. jih prejema od drugih, v 40% pa so sodelovanje opredelili kot medinstitucionalno sodelovanje.

Slika 24: s katerimi institucijami sodelujejo



n=66

Slika 25: Kako bi opredelili vaše sodelovanje?



N=66

H140: NI RAZLIK V ORGANIZACIJAH V POGOSTNOSTI VKLJUČITVE V OBRAVNAVO DRUŽINE IN LOKALNE SKUPNOSTI.

Ali v Obravna vo posamez nega primeru vključuje te tudi...	Aritmetična sredina	N	Standardni odklon	Standardna napaka aritmetične sredine
Družino	3,04	68	818	,099
Lokalno skupnost	1,66	68	784	,095

Tabela 9

Odgovor: Z manj kot pol promila tveganja, da se motimo, lahko zavrnemo ničelno hipotezo in trdimo, da organizacije bolj pogosto v obravnavo vključujejo družino (v povprečju pogosto) kot lokalno skupnost (v povprečju med nikoli in redko).

Iz podatkov je razvidno, da organizacije v obravnavo pogosto vključujejo družino obravnavanega, lokalno skupnost pa redko oziroma nikoli. (Glej Prilogo 13 in Prilogo 13 a in 13b!)

Pri obravnavi zasvojenega ima ključno vlogo on sam, takoj za tem pa njegovo ožje družbeno okolje, predvsem družina in prijatelji. Širše družbeno okolje lahko pomaga k rešitvi problema, vendar samo v primeru, če zasvojeni to sprejme, kar smo ugotovili že v teoretičnem delu naloge.

H150: NI RAZLIK V POGOSTNOSTI ZAPOSLENEGA, SPECIALIZIRANEGA LE ZA OBRAVNAVO ZASVOJENIH GLEDE NA VELIKOST CSD-jev.

Tabela10: Kontingenčna tabela velikost CSD in ali imajo le-ti zaposlenega (enega ali več strokovnih delavcev), ki je/so specializirani za to področje

Velikost CSD	Imajo zaposlenega, ki je specializiran za to področje		
	Ne	Da	Skupaj
Majhni CSD (do vključno 12 zaposlenih)	19	1	20
Veliki CSD (nad 12 zaposlenih)	18	6	24
Skupaj	37	7	44

Odgovor: Če bi hoteli zavrniti ničelno hipotezo, da »Ni razlik v pogostnosti zaposlenega, specializiranega le za obravnavo zaposlenih glede na velikost CSD-jev«, bi tvegali več kot 10%, zato tega ne storimo.

Razlike glede na delokrog posameznega strokovnega delavca in njegovo poznavanje problema zasvojenosti se kažejo v načinu obravnave zasvojenega.

Na manjših CSD-jih so strokovni delavci zadolženi za več področij, v večjih CSD-jih pa imajo zaposlenega strokovnega delavca za področje zasvojenosti. Specializiran strokovni delavec ima večjo paleto znanj in uporablja več načinov dela pri obravnavi posameznika in medinstitucionalnem povezovanju. (Glej Priloge od 14 .14c!)

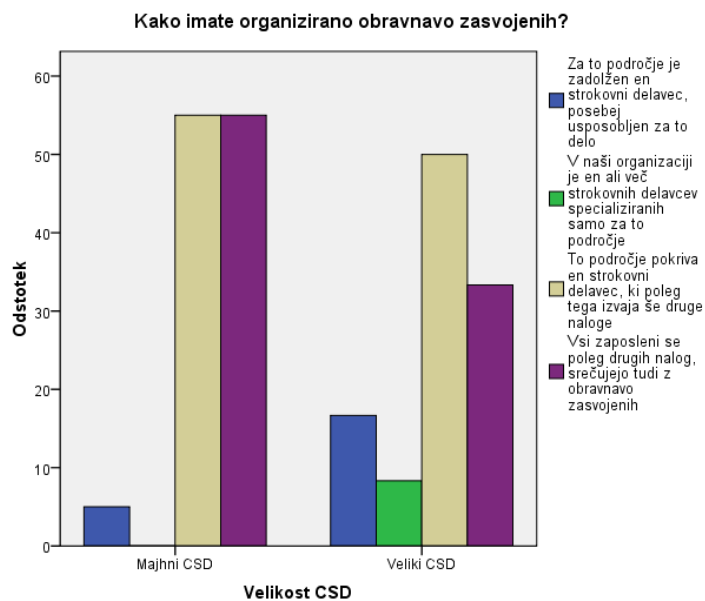
Če bi želeli pokazati, kako to vpliva na našo raziskavo o medinstitucionalnem sodelovanju, bi morali primerjati še odgovore manjših in večjih CSD-jev med seboj, vendar to presega našo raziskavo, zato sem naredila samo prikaz, kako imajo organizirano obravnavo manjši in večji CSD-ji.

Prav tako bi bilo zanimivo pogledati razlike med na novo organiziranimi CZPOD-ji in CZPOD-ji, ki so bili ustanovljeni med prvimi, kar pomeni, da so ob izpolnjevanju vprašalnika imeli za

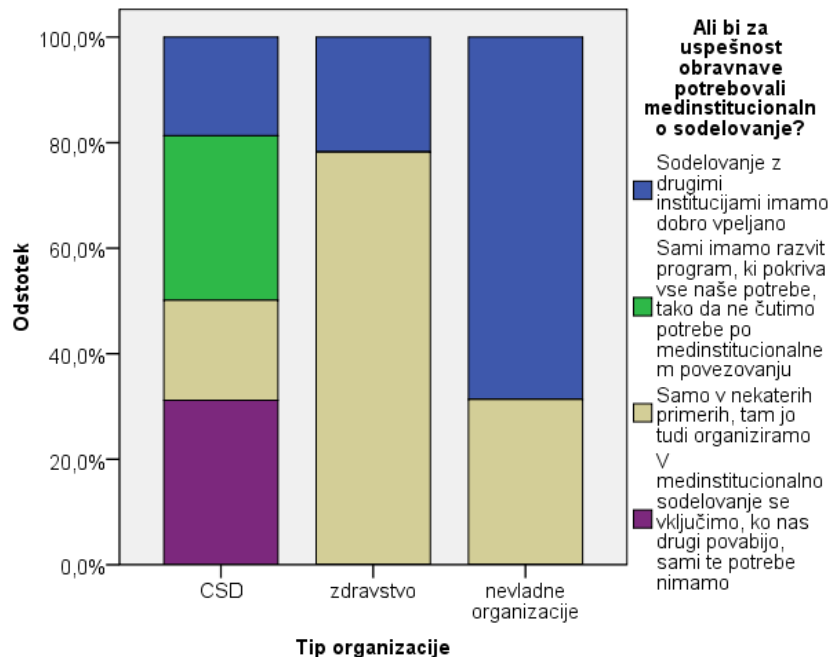
seboj že deset let delovanja. Podobno velja za NVO-je. Nekatere delujejo že več kot 10 let, druge so se pravkar ustanovile.

Kot sem že prej omenila, pa to presega našo raziskavo, zanesljivo pa vpliva na odgovore glede načina sodelovanja.

Slika 26: Organizacija obravnave zasvojenih na CSD



Slika 27: Ali za uspešnost obravnave potrebujete medinstitucionalno povezovanje?



n=65

Glede na zavedanje zgoraj omenjenih razlik, me je zanimalo, ali bi za uspešnost obravnave potrebovali medinstitucionalno sodelovanje (tudi če so ob izpolnjevanju vprašalnika odgovorili, da ne sodelujejo z drugimi institucijami). (Glej sliko 27!)

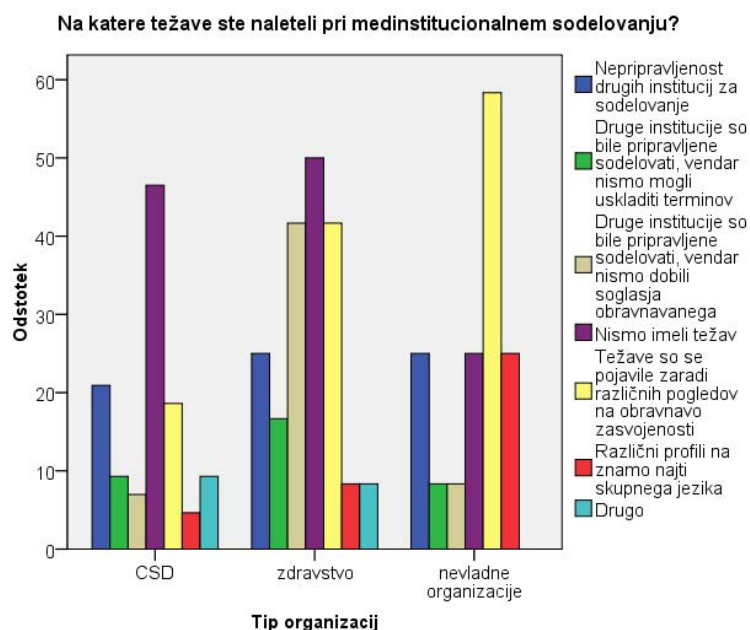
CZPOD-ji so v 80% odgovorili, da bi medinstitucionalno obravnavo potrebovali samo v nekaterih primerih, kjer jo tudi organizirajo. 20% pa jih je odgovorilo, da imajo sodelovanje dobro vpeljano.

Ravno obrnjena je slika v NVO-jih, kjer jih 70% trdi, da imajo sodelovanje dobro vpeljano, v 30% pa so se opredelili, da bi za uspešnost obravnave potrebovali medinstitucionalno sodelovanje in tam to tudi organizirajo.

CSD-ji so v 30% odgovorili, da ne čutijo potrebe po medinstitucionalnem sodelovanju, vanjo se vključijo, ko jih drugi povabijo. V 20% so odgovorili, da imajo sodelovanje dobro vpeljano in da bi medinstitucionalno obravnavo potrebovali samo v nekaterih primerih, kjer jo tudi organizirajo. Zanimiv pa je podatek, da je kar 30% vprašanih CSD-jev odgovorilo, da imajo sami razvit

program, ki pokriva vse njihove potrebe, tako da potrebe po medinstitucionalnem sodelovanju ne čutijo.

Slika 28: Na katere težave ste naleteli pri medinstitucionalnem sodelovanju?



Pri tem vprašanju (Glej sliko 28!) izstopa odgovor NVO-jev. Skoraj 60% vprašanih je odgovorilo, da so se težave pojavile zaradi različnih pogledov na obravnavo zasvojenosti. Ta problem je navedlo tu 40 % CZPOD-jev in le v 20% vprašani na CSD-jih.

Polovica vprašanih CSD-jev in CZPOD-jev ni imelo težav, medtem ko je ta odgovor izbrala samo četrtnina NVO-jev.

CZPOD-ji v več kot 40% vidijo kot problem sodelovanja v tem, da ne dobijo soglasja obravnavanega. Podobne težave je imelo manj kot 10% CSD-jev in NVO-jev. Verjetno je iskati razlog v tem, da CSD-ji sklicujejo time na podlagi drugih zakonskih podlag, zaradi česar ne potrebujejo soglasja. Pri NVO-jih pa soglasje dobijo, ker so obravnavani tudi sami motivirani za celostno obravnavanje njihovih težav.

Kot težavo je nepripravljenost drugih institucij za sodelovanje opredelila skoraj četrtina NVO-jev in CZPOD-jev, vprašani CSD -ji pa so to težavo opredelili v 20%.

V manj kot 10 % vprašanih imajo CSD-ji in NVO-ji težave z uskladitvijo terminov, CZPOD-ji pa v manj kot 20%. 20% NVO-jev vidi težavo v tem, da različni profili ne znajo najti skupnega jezika. Ta problem zaznava samo 5% vprašanih CSD-jev in 10% vprašanih NVO –jev.

H16O: POGOSTNOSTI TIMSKE IN MEDINSTITUCIONALNE OBRAVNAVE NISTA POVEZANI.

CSD, n=41: Pearsonov koeficient linearne korelacije $r=0,431 \rightarrow$ zmerna korelacija

T test za korelacijo pokaže, da je korelacija statistično značilna od 0 pri stopnji tveganja 0.5%.

ZDRAVSTVO n=11: Pearsonov koeficient linearne korelacije $r=0,463 \rightarrow$ zmerna korelacija

T test za korelacijo pokaže, da korelacija ni statistično značilna od 0 pri stopnji tveganja 10%.

NEVLADNE ORGANIZACIJE n=10: Pearsonov koeficient linearne korelacije $r=0,456 \rightarrow$ zmerna korelacija

T test za korelacijo pokaže, da korelacija ni statistično značilna od 0 pri stopnji tveganja 10%.

ODGOVOR: Organizacije, ki v povprečju več uporabljajo timski pristop, v povprečju tudi več uporabljajo medinstitucionalno obravnavo. Povezava med timsko in medinstitucionalno obravnavo je pri vseh organizacijah zmerna, statistično značilna pa le pri CSD-jih.

H170: VELIKOST CSD NI POVEZANA S POGOSTNOSTJO MEDINSTITUCIONALNE OBRAVNAVE.

CSD n=42: Pearsonov koeficient linearne korelacije $r=0,279 \rightarrow$ nizka korelacija

T test za korelacijo pokaže, da korelacija ni statistično značilna od 0 pri stopnji tveganja 5%, je pa statistično značilna od 0 pri stopnji tveganja 7,3%.

ODGOVOR: Obstaja nizka povezava med velikostjo CSD in uporabo medinstitucionalnega pristopa, in sicer tisti CSD - ji, ki so v povprečju večji (imajo več zaposlenih), v povprečju tudi več uporabljajo medinstitucionalni pristop.

Ti rezultati nam povedo, da obstaja povezanost med uporabo timskega pristopa in uporabo medinstitucionalnega sodelovanja – torej, če organizacije v povprečju več uporabljajo time, v povprečju več uporabljajo tudi medinstitucionalno povezavo.

CSD-ji z več zaposlenimi pogosteje uporabljajo medinstitucionalno sodelovanje. Eden od razlogov je verjetno v tem, da imajo več časa samo za področje obravnave zasvojenih in so bolj specializirani za celostno reševanje težav zasvojenih (obiskujejo dodatna izobraževanja, posvete itd. s področja drog).

Drugi razlog pa je verjetno tudi v tem, da imajo tisti, ki več delajo v timih, s timskim delom pozitivne izkušnje in tudi več sklicujejo medinstitucionalne time oziroma v njih sodelujejo.

Razlog je verjetno iskati tudi v naravnosti posamezne organizacije in posameznikov v njej, saj gre za usmeritev k takšnemu načinu dela.

10 SKLEPI IN PREDLOGI

Če izhajamo iz predpostavke, da je zasvojenost pojav, ki zajema zelo različne vidike delovanja posameznika, njegovega okolja in celotnega družbenega sistema, lahko z gotovostjo trdimo, da je multidisciplinarna obravnava pri pojavu zasvojenosti koristna, če že ne nujno potrebna. Ne glede na pomisleke, navedene v nalogi, menim, da lahko le tako posamezniku zagotovimo celovito in kvalitetno obravnavo, saj se zasvojenost dotakne vseh delov človekovega delovanja.

S prvo hipotezo sem želela ugotoviti, kako se zasvojeni vključijo v obravnavo na CSD, CZPOD in NVO. Moje izkušnje in izkušnje drugih strokovnih delavcev, zaposlenih na CSD –jih, s katerimi sem se srečevala v preteklih letih, so namreč pokazale, da se zasvojeni po pomoč na CSD sami obrnejo le redko oziroma to storijo zaradi drugih stisk in težav (predvsem materialna ogroženost), redko pa kot osnovno težavo navedejo zasvojenost.

Rezultati raziskave kažejo razlike v pogostnosti vključitve v obravnavo na podlagi lastne želje med CSD in ostalima dvema tipoma organizacij, in sicer se v povprečju v CSD vključujejo uporabniki v obravnavo na podlagi lastne želje manj pogosto kot v zdravstvene ali nevladne organizacije. Na CSD je v ospredju pobuda svojcev. Menim, da zasvojeni ne poznajo dobro delovanja CSD oziroma niso informirani, katere storitve lahko koristijo na CSD-ju, medtem ko informacije o »metadonskem programu« dobijo preko »neformalnega« informiranja že vključenih v program, s katerimi so dnevno v neposrednem stiku. Svojci običajno pridejo najprej na CSD, saj CSD poznajo kot organizacijo, kjer lahko dobijo informacije za različne težave. Poleg tega CSD-ji niso namenjeni zdravljenju zasvojenosti, kjer je ključnega pomena pripravljenost posameznika, da opusti jemanje drog. Prav zaradi tega razloga so CSD-ji praktično edina institucija, ki nudi pomoč svojcem, še preden je zasvojeni sploh pripravljen poiskati pomoč.

Strokovnim delavcem CSD predlagam, da v obliki informativnih lističev predstavijo svoje delo in tako povabijo uživalce drog, še bolje pa bi bilo, če bi svoje delo lahko opravljali »terensko« in se približali zasvojenim, ki njihovo pomoč potrebujejo, tam, kjer se zasvojeni zadržujejo. Ena od možnosti je tesna povezava s programom Centra za preprečevanje odvisnosti od nedovoljenih drog, ki deluje v njihovem kraju (lahko kot zunanji član tima). V Kranju smo strokovni delavci

CSD-ja redno odhajali na timske sestanke v CZPOD, kjer smo prihajali v stik tudi z zasvojenimi, ki niso poznali oblik pomoči, kakršne je nudil CSD. Z našimi neformalnimi pogovori smo vzpostavljali odnose z uživalci drog, kar je za tisti čas v Kranju predstavljalo neke vrste terensko delo. (*V tistem času je že delovala Stigma, vendar samo v Ljubljani.- op. avt.*) S tem smo vzpostavili most med CSD in CZPOD. V manjših krajih po Sloveniji, kjer je v CZPOD –je vključenih manjše število zasvojenih, zaradi kadrovskih normativov ni mogoče zaposliti socialnega delavca, zato predlagam, da se obe organizaciji povežeta med seboj na način, da se posamezni strokovni delavci vključujejo kot zunanji sodelavci. Ob tem predlogu se zavedam, da je najprej potrebno soglasje vodij obeh centrov, saj le tako strokovni delci ne bodo imeli težav v domači organizaciji.

Poleg tega, na kakšen način se zasvojeni odločijo, da sprejmejo pomoč na CSD, CZPOD in NVO, sem s tem vprašanjem preverila tudi, koliko strokovni delavci napotujejo zasvojene v druge institucije in koliko se uporablja napotitev na zdravljenje v okviru pogodbe o aktivnem reševanju socialne problematike ter koliko se sodniki poslužijo izreka obveznega zdravljenja.

Menim, da rezultati raziskave, da institucije redko napotujejo zasvojene v druge institucije, ne prikazujejo dejanskega stanja. Večina strokovnih delavcev, ki sem jih v teh letih spoznala, je povedala, da spodbujajo zasvojene, da se vključijo tudi v druge oblike pomoči, v raziskavi pa so vprašani največkrat označili, da se zasvojeni vključijo v obravnavo na podlagi lastne želje. Menim, da je do takšnih rezultatov prišlo predvsem zato, ker strokovni delavci ob vstopu posameznika v program preverjajo zgolj motivacijo in jih podatek, kje je dobil informacije oziroma kdo ga je spodbudil za iskanje drugih oblik pomoči, niti ne vprašajo.

Na podlagi občasnega sodelovanja v intervizijskih skupinah na področju denarno-socialnih pomoči ugotavljam, da se napotitev v druge institucije na podlagi pogodbe o aktivnem reševanju socialne problematike, ki jo strokovni delavec na področju DSP lahko sklene z zasvojenim, uporablja le v redkih primerih. Strokovnim delavcem na področju denarno-socialnih pomoči zato predlagam, da začnejo uporabljati to možnost vsaj v primerih, ko zasvojeni ne izpolnjuje pogojev za pridobitev pomoči. S tem prejemnika DSP motivirajo k reševanju lastnih težav, sami pa se izognejo dodatnemu delu (izvajanje osebne pomoči), za katerega praviloma niso usposobljeni. Iz lastnih izkušenj in pogovorov s strokovnimi delavci na področju denarno- socialnih pomoči

menim, da za izvajanje osebne pomoči zasvojenemu potrebuješ specifična znanja, predvsem pa morata biti zagotovljena čas in prostor, da se sploh lahko razvije zadostna mera zaupanja med strokovnim delavcem in zasvojenim. Tega, časa in prostora, pa žal strokovni delavci na področju denarno-socialnih pomoči nimajo, saj mesečno rešujejo tudi čez sto vlog.

V kazenskih postopkih imajo sodniki možnost izreka obveznega zdravljenja za kaznivo dejanje, ki ga je storil zasvojeni. Rezultati raziskave so pokazali, da te možnosti sodniki ne uporabijo oziroma jo le v izjemnih primerih. Izkušnje iz tujine kažejo, da je izrek obveznega zdravljenja učinkovitejši kot izrek zaporne kazni, zato predlagam sodnikom, da začnejo to možnost uporabljati. Verjetno se pojavi težava tudi v tem, da imamo v Sloveniji premalo programov, ki imajo dovoljenje za izvajanje obveznega zdravljenja. Uradu za droge predlagam, da to možnost ponovno preuči in na medministrskem nivoju uskladi smernice ter opredeli programe, ki bi bili usposobljeni in verificirani za to delo. Menim, da imamo v Sloveniji dovolj dobrih programov, zato bi izrek obveznega zdravljenja lahko postal stalna praksa sodišč - kot alternativa zaporni kazni.

V svoji nalogi sem preverjala, kako pogosto se z zasvojenim podpiše terapevtski dogovor oz. dogovor o vključitvi v storitev osebne pomoči. Preverjala sem hipotezo, da zasvojeni najpogosteje podpiše terapevtski dogovor v zdravstvu in nevladnih organizacijah, na CSD pa le redko.

Rezultati so pokazali, da je zasvojeni, ki se vključuje v program CZPOD, pripravljen takoj podpisati dogovor o vključitvi, saj brez podpisa ne more dobiti metadona. V terapevtskem dogovoru so opredeljena pravila programa in sankcije za kršitev terapevtskega dogovora, ki pa se ne izvajajo. Strokovnim delavcem, zaposlenim v CZPOD, predlagam, da prevrednotijo pomen podpisa terapevtskega dogovora. S tem bi povečali učinkovitost zdravljenja v programu, saj bi bili na ta način zasvojeni bolj motivirani za spremembe oziroma bi se vključevali v program z zavedanjem, da je le z veliko mero njihove lastne angažiranosti zdravljenje lahko uspešno. Hkrati bi zmanjšali kritike laične javnosti, saj bi to vodilo k višanju praga metadonskih programov in zmanjšanju kriminalitete na področju preprodaje metadona.

Vključitev v visokoprazne programe nevladnih organizacij je prav tako vezana na sprejemanje pravil programa, kar zasvojeni potrdi s podpisom terapevtskega dogovora takoj ob vključitvi v

program. Ob vključitvi v visokopražne programe zasvojeni običajno doseže veliko stopnjo motivacije za spremembo življenja in je tudi pripravljen podpisati dogovor. S kritičnostjo in motivacijo za zdravljenje tudi kasneje prevzema odgovornost za kršitve terapijskega dogovora in s tem povezane sankcije.

Medtem pa je zgodba pri vključevanju v storitve na CSD drugačna. Ko je zasvojeni še v fazi zaničanja in prikrivanja problema oz. sam problema nima, ne vidi potrebe, da bi poiskal pomoč na CSD, poiščejo pa jo svojci, ki so prav tako v stiski, ko ugotovijo, kakšne težave ima njihov družinski član. Strokovni delavci opravijo s svojci razgovor, da jim razložijo oblike pomoči (osebna pomoč, pomoč družini za dom). Včasih sorodniki najprej dalj časa sodelujejo sami, kasneje pa pripeljejo na CSD tudi zasvojenega. Predlagam, da se strokovni delavci kljub dilemam in pomislekom odločajo za podpis dogovora o vključitvi v storitev. S podpisom takšnega dogovora in izdelavo načrta pomoči zasvojeni sam oziroma njegov družinski član prevzame odgovornost za reševanje lastnega problema. Ob tem se svojci zavedo, da ni naloga strokovnega delavca, da »popravi« njihovega družinskega člana, ampak se morajo tudi sami aktivno vključiti v reševanja problema oziroma spoznavanja lastnih stisk in težav, ki jih doživljajo ob tem, ko ugotovijo, da se njihov bližnji drogira.

Zasvojenost je problem, ki zajame skoraj vsa področja človekovega delovanja. Večino srečanj različnih strokovnih delavcev smo zaključevali z ugotovitvami, da zasvojeni potrebuje celostno obravnavo, ki pa je ne more zagotoviti en sam strokovni delavec. Poleg tega tudi v Pravilniku o normativih in standardih govorimo o timski obravnavi pri storitvi »osebna pomoč«, zato me je zanimalo, koliko se te vrste obravnave poslužujejo strokovni delavci na CSD. Moja predpostavka je, da večina strokovnih delavcev čuti potrebo po timski ali medinstitucionalni obravnavi, poslužimo pa se je le v redkih primerih, ko se mi kot strokovni delavci znajdemo v stiski, kako naprej.

Rezultati raziskave so pokazali, da različne organizacije pogosteje uporabljajo individualno obravnavo, redkeje pa timski in medinstitucionalni pristop dela.

Obstajajo tudi razlike v pogostnosti uporabe timskega pristopa med različnimi tipi organizacij. Te razlike so tudi statistično značilne med CSD-ji in zdravstvom, v CSD najmanj pogosto

uporabljajo timski pristop. Ni pa statistično značilnih razlik med ostalimi (zdravstvom in NVO ter med CSD in NVO). Glede na to, da sem sama sodelovala v timskih obravnavah tudi v zdravstvu, lahko trdim, da v zdravstvu drugače beležijo storitve kot na CSD. V programu CZPOD štejejo kot timsko obravnavo že srečanje zasvojenega z vsemi člani tima, kljub temu da gre samo za vprašanje pridobitve ugodnosti (zasvojeni potrebuje metadon za več dni skupaj). Pri CSD-jih in nevladnih organizacijah se za sklic timske obravnave odločijo redkeje, vendar je takrat obravnavo kompleksnejša. Strokovnjaki, vabljeni na timsko obravnavo, v njej aktivno sodelujejo, sprejmejo se sklepi, največkrat s konsenzom vseh vključenih, ki so podlaga za kasnejšo obravnavo. Nevladne organizacije izraz timska obravnavo uporabljajo podobno kot CSD. Kot timsko, v nekaterih primerih medinstitucionalno, obravnavo štejejo tisto, kjer se v posameznem primeru sreča več različnih strokovnih delavcev (različni profili, različne organizacije...) in posamezen primer pogledajo iz vseh zornih kotov.

Predlagam stalne sestave multiprofesionalnih timov strokovnih delavcev, ki delujejo v posameznih institucijah. S kontinuiteto in stalnostjo bi zmanjšali težave, ki se pojavljajo pri timskem sodelovanju. Tim naj bi se sestajal vsaj enkrat mesečno, glede na posamezna področja obravnave pa celo enkrat tedensko. Sodelavci bi se v tesnem in kontinuiranem sodelovanju bolje spoznali med seboj, se na ta način izognili merjenju moči med posameznimi člani in medsebojnemu ocenjevanju strokovnosti. Z delitvijo vlog bi posamezni strokovnjaki lažje opravljali tiste naloge, za katere so dejansko usposobljeni. S tem bi se izognili nenamernemu poseganju na področja drugih profilov, za katere nismo usposobljeni. Takšen multiprofesionalen tim nujno potrebuje tudi supervizijo, kjer lahko razrešuje medsebojna nesoglasja, včasih pa tudi dileme ob konkretnih primerih. O superviziji pa v nalogi nisem govorila, saj ta tema presega našo raziskavo. V represivnih institucijah težko zagotovijo multidisciplinaren tim, zato predlagam, da se enkrat mesečno sestanejo posamezniki, ki so zadolženi za okrožja.

V CZPOD, kjer je sestajanje stalnih timov že vpeljeno, predlagam, da obravnavo posameznika ob tem poglobijo in se ne zadovoljijo z reševanjem posameznih vprašanj/težav uporabnika.

Na nekaterih CSD-jih takšen način dela že poznajo in imajo organizirane posvetovalne time na področju zaštite in varstva otrok, v letošnjem letu pa smo dobili tudi Zakon o preprečevanju nasilja v družini, ki sestavo multidisciplinarnih timov tudi zakonsko ureja.

V raziskavi sem želela preveriti, kako pogosto se posamezne organizacije poslužijo medinstitucionalnega sodelovanja. Zanimalo me je, če obstajajo razlike med posameznimi organizacijami.

Pokazale so se razlike v pogostnosti medinstitucionalne obravnave med različnimi tipi organizacij. Rezultati so pokazali, da CSD manj pogosto kot ostali dve organizaciji uporablja medinstitucionalno obravnavo. Razlog za takšno stanje rezultatov je verjetno tudi v tem, da so na vprašalnik odgovarjali vsi CSD-ji, tudi manjši, ki se z uživalci drog srečujejo redkeje, medtem ko so v CZPOD in NVO vključeni v obravnavo izključno uživalci drog in njihovi svojci. Glede na pooblastila oz. poslanstvo bi se morali vsi CSD-ji ukvarjati tudi z uživalci drog, vendar, kot ugotavljamo že v teoretičnem delu naloge, to ni tako. Razloga sta najmanj dva, prvega lahko vidimo v zasvojenem samem. Kadar išče pomoč na CSD, velikokrat prikriva zasvojenost in želi reševati izključno problem, ki ga v tistem obdobju najbolj občuti (denarna stiska, stanovanjski problem), ali pa pomoči sploh ne išče na CSD, ker ne verjame, da bi jo tam lahko dobil. Drugi razlog pa lahko iščemo pri strokovnih delavcih, ki zaradi neznanja, stereotipne predstave o uživalcih drog in preobremenjenosti ne zaznajo uporabnika tudi kot uživalca drog, se namerno odločijo, da tega problema ne bodo odpirali in mu pomoči v obliki storitev ne ponudijo. Z manjšim številom obravnavanih na področju drog pa se tudi zmanjša potreba po medinstitucionalnem sodelovanju.

Iz rezultatov je razvidno, da v organizacijah pogosteje uporabljajo timsko kot medinstitucionalno obravnavo. Kadar strokovni delavci začutimo potrebo po timski obravnavi posameznika, najprej poiščemo člane tima znotraj zaposlenih v posamezni organizaciji, predvsem takrat, kadar nimamo podatka, da bi bil zasvojeni vključen v druge oblike pomoči.

Na CSD timsko obravnavo opredeljuje tudi storitev »osebna pomoč«, še bolj pa storitev »pomoč družini za dom«, ki se izvaja v primeru, ko si zasvojeni sam ustvari družino. Obe storitvi opredeljujeta timsko obravnavo, vendar izkušnje in rezultati raziskave kažejo, da se

po večini CSD vsaj storitev osebne pomoči izvaja pretežno individualno. Strokovnim delavcem CSD predlagam, da si pomagajo s timom vsaj pri evalvaciji posamezne storitve.

Kot sem že zgoraj navedla, v programu CZPOD vsako srečanje različnih strokovnih delavcev hkrati pojmujejo kot timsko obravnavo, kar v odgovorih v raziskavi povečuje delež le-teh.

Nevladne organizacije že ob ustanovitvi običajno stremijo k temu, da v programih sodelujejo strokovnjaki različnih profilov. Zaradi slabega finančnega stanja pogosto vključujejo prostovoljce različnih usmeritev, ki s svojimi znanji pomembno vplivajo na uspešno delovanje NVO in na potek obravnave posameznika. Ob potrebi po kompleksnejši obravnavi posameznika v timsko obravnavo vključijo prostovoljce različnih usmeritev.

Sklic medinstitucionalnega tima je zahtevna naloga. Potrebno je uskladiti termine različnih strokovnih delavcev, zaposlenih v različnih institucijah. Glede na vse naloge v matični službi si le- ti težko organizirajo delo tako, da bi prišli na timsko obravnavo v rednem delovnem času (predvsem zdravniki in psihiatri), saj imajo običajno termine zasedene že več mesecev vnaprej. Za potrebo po sklicu takšne obravnave pa gre običajno takrat, ko vsaj eden od strokovnih delavcev zazna, da je potrebno obravnavo zasvojenega uskladiti in poenotiti takoj.

Zato želim izpostaviti naslednji predlog za področje obravnave drog: v posameznih krajih naj se organizirajo Lokalni timi za obravnavo drog in zasvojenosti. Predlagam, da se na rednih mesečnih srečanjih povežejo strokovni delavci različnih služb, ki se z uživalci drog srečujejo neposredno. S tem bi omogočili izmenjavo informacij o trenutnem stanju v njihovem kraju in boljše poznavanje področja, ki ga pokrivajo druge službe. Tako bi dobili vpogled v različne oblike pomoči in jih lažje predstavili uporabniku. Pridobili bi možnost obravnave konkretnega uporabnika iz različnih zornih kotov, seveda z njegovim soglasjem, brez pa le v primerih, kjer bi to lahko storili na podlagi javnih pooblastil, ki izhajajo iz nalog CSD-ja (varstvo družine, zaščita otrok). S tem bi zagotovili hitrejšo in učinkovitejšo pomoč uporabnikom posameznih programov in potrebo po načrtovanju novih programov.

Medinstitucionalna obravnava splošnih vprašanj pri problemu drog je ustrezna oblika, celo nujna in v preteklosti v nekaterih primerih tudi realizirana. Pomembnost tega sodelovanja se največkrat izpostavi pri uvajanju novih programov, ko je potrebno doseči soglasje vseh resorjev in laične javnosti. V mislih imam predvsem programe zmanjševanja škode.

Posamezne občine so ustanovile Lokalne akcijske skupine, ki delujejo na področju preventive. Njihovi člani so predstavniki različnih organizacij, ki delujejo v občini, med njimi tudi predstavniki represivnih organov. V teoretičnem delu ugotavljam, da je na področju preventive takšno sodelovanje uspešno. LAS-om predlagam, da se pri izvajanju preventive usmerijo tudi na starše otrok, ki so vključeni v preventivne programe. Osveščenost in zavedanje staršev sta pomembna elementa. Starši, ki se zavedajo, da njihov otrok ni »imun na droge«, uživanje drog zaznajo in lahko takoj ukrepajo. Na področju preventive v osnovnih in srednjih šolah predlagam vzporedni preventivni program. Vzporedno bi morale potekati izobraževanje otrok, staršev in strokovnih delavcev. Vsebine primarne preventivne bi bilo potrebno vnesti tudi v vrtce, predvsem v smislu izobraževanja staršev. V predšolskem obdobju se starši pogosteje udeležujejo srečanj, ki jih organizira vrtec. Kasneje, v šolskem obdobju, ko je okupiranost tako staršev kot otrok večja, pa vse manj. Mnogi ob naslovih predavanja, kot so: Nevarnost uživanja drog, Ali se naš otrok drogira? ipd., naredijo hitro oceno, da se to pri njih ne more zgoditi in se predavanja ne udeležijo. S tem izgubijo možnost, da bi se osvestili o problemu drog in postali sogovornik svojega otroka pri tej temi.

Pri obravnavi zasvojenega v okviru CSD in CZPOD ter NVO pa vključevanje represivnih organov v obravnavo uživalca drog pride le redko v poštev, kar kažejo tudi rezultati raziskave. Iz rezultatov raziskave je razvidno, da organizacije v timsko obravnavo redko vključujejo policijo in sodstvo.

Pri obravnavi individualnih primerov, ko oseba povzroča hujše konflikte v okolici (kazniva dejanja, pritiski na policijo s stani okolice, ovadbe, ogrožanje sebe ali drugih...), je potrebno sodelovanje različnih institucij. V takih primerih se strokovni delavec, ki je odgovoren za primer, odloči za sklic medinstitucionalnega tima. Tako povod za takšno obravnavo ni definirana težava s strani uporabnika, temveč s strani institucij.

Na podlagi razgovorov s strokovnjaki iz CZPOD, ki sem jih srečevala na raznih seminarjih, konferencah, okroglih mizah, kjer jih je večina izražalo potrebo po zaposlitvi socialnega delavca ali psihologa v okviru CZPOD, sem želela preveriti, ali imajo v timih samo zdravstvene profile ali ne. Predvidevala sem, da bodo rezultati raziskave potrdili, da imajo CZPOD zaposlene pretežno zdravstvene profile.

Iz dobljenih rezultatov je razvidno, da ima samo polovica zdravstvenih programov v svoj redni tim vključenega socialnega delavca, pedagoga in delovnega terapevta pa samo po en program. Ko se zasvojeni vključi v program CZPOD, je njegovo socialno stanje v večini primerov zelo šibko. Neredko ima porušene odnose s svojimi bližnjimi, ni zaposlen, zdravstveno stanje je slabo, kar vpliva na to, da tudi zaposlitev težje najde. Prav v takih primerih bi bilo koristno, če bi se zasvojeni že v programu CZPOD srečal s socialnim delavcem, kasneje, po stabilizaciji, pa mogoče tudi s pedagogom in delovnim terapevtom z namenom, da ponovno pridobi spretnosti in znanja, za katere bi sam ocenjeval, da jih potrebuje za ureditev svojega življenja.

Strokovni delavci CZPOD sicer informirajo vključene o možnosti pomoči, ki jo lahko dobijo v drugih institucijah (CSD, NVO), vendar se ti le redko odločijo za ta korak oziroma včasih traja več mesecev, da ga naredijo. Metadon jim namreč »olajša življenje«, saj jim ni več treba dnevno iskati denarja oziroma droge - s tem pa se podaljša čas, preden začetijo željo po celostnem urejanju.

Prav zato sem sama, še več let po »ločitvi« obeh kranjskih programov, v soglasju z direktorjem, obiskovala CZPOD vsak torek v času timske obravnave. Kadar sem se za srečanje na CSD dogovorila osebno, je zasvojeni običajno res prišel, kadar pa mu je informacijo, kje in kdaj naj se zgleda na razgovor, posredovala medicinska sestra, je bil odziv slab. Ob tem sem ugotovila, kako pomembno je osebno povabilo oziroma da se je potrebno zasvojenemu približati tam, kjer sam išče pomoč. To pa pomeni, da bi z zaposlenim socialnim delavcem v CZPOD zasvojeni dobil celovitejšo obravnavo na enem mestu, ki bi verjetno pripomogla k učinkovitejši obravnavi. Zato CZPOD predlagam, da v svoj program zaposlijo socialnega delavca oziroma vzpostavijo tesno sodelovanje s CSD, ki deluje v njihovem okolju.

V raziskavi sem preverjala hipotezo, da obstajajo razlike med organizacijami v številu profilov v timih, in sicer, da imajo v CZPOD -jih v povprečju manj različnih profilov v stalnih timih kot v

CSD-jih in NVO-jih. Zanimalo me je tudi, ali organizacije sploh imajo stalne time ali jih organizirajo po potrebi.

Rezultati raziskave kažejo, da imajo v CZPOD -jih v povprečju več profilov v stalnih timih kot v CSD-jih in NVO-jih, kjer stalnih timov praviloma nimajo. CSD-ji in v NVO-ji se zato večkrat poslužujejo medinstitucionalnih timov, kar lahko razberemo iz naslednjih ugotovitev. Strokovnjaki CSD-jev so poleg socialnih delavcev, psihologov, pedagogov in pravnikov, ki so običajno tudi zaposleni v CSD-jih in so jih navajali že pri notranji sestavi timov, navajali tudi policijo, svetovalne delavce vrtcev in šol, delodajalce, predstavnike nevladnih organizacij ter zdravstvene delavce.

Prav tako so predstavniki NVO-jev poleg članov, zaposlenih znotraj NVO-jev (socialni delavci, psihologi, teologi, laični terapevti, bivši odvisniki), navedli še policijo, svetovalne delavce vrtcev in šol, delodajalce in zdravstvene delavce. CZPOD-ji so kot člane timske zasedbe navedli poleg zdravstvenih delavcev še psihologe, socialne delavce in pedagoga.

V raziskavi sem preverjala hipotezo, ali obstajajo razlike med stalnimi in razširjenimi timi. Predpostavljala sem, da imajo v zdravstvu več stalnih timov, redko pa se odločajo za sklic medinstitucionalnega tima, CSD-ji pa ravno obratno.

Rezultati raziskave kažejo razliko, in sicer: Zasedba stalnih timov je v CZPOD-jih pestrejša, v razširjenih timih pa je sestava glede na profil člana tima pestrejša v NVO-jih in CSD-jih. Glede na to, da pri sestavi tima v CZPOD niso omenjali policije, svetovalnih delavcev vrtcev in šol ter predstavnikov nevladnih organizacij, lahko sklepamo, da zdravstvo ne sklicuje medinstitucionalnih timov. V primeru da jih skličejo CSD-ji ali NVO-ji, pa se odzovejo vabilu, kar je razvidno iz sestave timov pri CSD-jih in NVO-jih, kjer je zdravstvo zastopano. Na CSD-jih sestavljajo time strokovni delavci, ki so tam zaposleni: socialni delavci, psihologi, socialni pedagogi, pravniki. V CZPOD-jih sestavljajo time predvsem strokovni delavci zdravstvenih profilov.

Strokovni delavci CSD-jev čutimo potrebo po timski obravnavi oz. medinstitucionalnem sodelovanju, vendar jo redko realiziramo. Razlogov je vsekakor več. Na manjših CSD-jih en strokovni delavec pokriva več področij in zato nima časa za sklic timov ipd. Na nekaterih CSD-jih nimajo zaposlenih različnih profilov, dela pa se v parih (dva strokovna delavca).

CSD-ji timsko zasedbo izbirajo in organizirajo po potrebi v skoraj vseh primerih, kjer se odločajo za timsko obravnavo posameznika, medtem ko se za organizacijo takšnih timov odloča le ena četrtnina programov CZPOD-jev, tri četrtine pa jih posameznika obravnava v stalnem timu, kar pomeni, da ne vključujejo zunanjih strokovnjakov. Polovica NVO-jev prav tako timsko zasedbo izbirajo in organizirajo po potrebi, ostala polovica pa se je opredelila, da imajo stalni tim.

Iz izkušenj, ki sem jih pridobila pri sodelovanju v CZPOD Kranj, sem želela preveriti stališče, da je v zdravstvu sistem hierarhičen, kar je pomenilo, da so bili nosilci primera vedno zdravniki. Predpostavljala sem, da je sistem hierarhije najbolj izrazit v zdravstvu.

V CSD-jih so v večini primerov nosilci prav socialni delavci. Glede na to, da so v CSD-jih zaposleni večinoma socialni delavci in so psihologi in drugi profili zastopani v manjšini oziroma zaposleni za posebna področja, odgovor ni presenetljiv.

V CZPOD-jih so le v enem primeru napisali kot nosilca primera socialnega delavca, vendar so poleg njega navedli še psihologa in zdravnika. V petih primerih so kot nosilca navedli psihiatra, v šestih pa zdravnika, iz česar je razvidno, da je hierarhija v zdravstvu močna. Kljub temu da so navedli širok spekter profilov, ki sestavljajo njihove time, je velika verjetnost, da je nosilec primera vedno zdravnik. Razumljivo je, da je pri obravnavi bolezni (*kot zasvojenost definira zdravstvo op. avt*) vedno prvi odgovorni zdravnik, vendar je pri obravnavi zasvojenega, ko je zdravstveno stanje še zadovoljivo, včasih potrebno reševati v prvi vrsti druge težave. CZPOD - jem iz zgoraj navedenih razlogov predlagam, da nosilca primera izberejo glede na potrebe posameznika in na podlagi zaznanih težav, ki jih je potrebno predhodno obravnavati.

NVO-ji v večini primerov navajajo kot nosilca primera socialnega delavca, v enem primeru so poleg socialnega delavca napisali še laičnega terapevta, v enem pa psihologa in bivšega

uporabnika. Le v enem primeru sta nosilca primera teolog in bivši zasvojeni. Razlog je verjetno ta, da so študenti na FSD v času svojega študija deležni spodbujanja za izdelavo novih projektov oziroma spodbujanja k ugotavljanju dejanskih potreb ljudi, zato sklepam, da so socialni delavci tudi ustanovitelji oziroma pobudniki za ustanovitev NVO-jev.

Zanimalo me je, ali obstajajo razlike v številu pogrešanih profilov glede na tip organizacije. Predpostavljala sem, da bo delež v CSD-jih in NVO-jih visok, predvsem pri pogrešanju zdravstvenih profilov, saj sem se ob sodelovanju v programu CZPOD srečala z zasvojenimi, ki so jim zdravniki postavili tako imenovano dvojno diagnozo. To je pomenilo, da so zasvojeni z ilegalnimi drogami, imajo pa tudi eno od psihiatričnih motenj, zaradi česar so bili v programu CZPOD deležni drugačne obravnave. Tudi pri usmerjanju v trajno abstinenco, kjer so tudi sami izražali željo po vključitvi v visokopražne programe, smo ravno zaradi dvojnih diagnoz naleteli na težave. Konec 90-ih let nobena od komun ni sprejela zasvojenega z dvojno diagnozo. V njihovih programih je veljal strog režim glede tablet, kar bi pomenilo opustitev psihiatričnega zdravljenja, to pa poslabšanje psihiatrične bolezni. V komunah so bivali samo zasvojeni, zdravnik ni bil stalno prisoten. Tako so bili ljudje z dvojnimi diagnozami deležni obravnave v zdravstvu, CSD-ji pa smo nudili suport obupanim svojcem. V zadnjih sedmih letih se je razvilo nekaj novih NVO-jev, ki so bili pripravljeni zagotoviti oporo tudi ljudem z »dvojnimi« diagnozami. Predvsem NVO-ji, ki so organizirali vstop v komune Reto in Remar, »dvojnih« diagnoz niso navajali kot razlog, zaradi česar se zasvojeni ne bi smeli odločiti za vstop v komuno. Tudi nekateri slovenski NVO-ji so »spustili« svoje kriterije v smislu, da se v njihovo društvo lahko vključijo tudi zasvojeni, ki imajo predpisano psihiatrično terapijo.

Rezultati so pokazali, da zdravstveno osebje v timih pogreša 37,5% CSD-jev in NVO-jev. Največ profilov pogrešajo NVO-ji, ki so največkrat navedli zdravstvo in psihiatra, potem psihologa, tem profilom pa sledijo še pravnik, socialni delavec, psihoterapevt in medicinska sestra.

Tudi CSD-ji so kot najbolj pogrešan profil navedli zdravstvene delavce, takoj za njimi psihologe, v manjšem številu pa še pravnike, pedagoge in predstavnike nevladnih organizacij.

Vprašani v zdravstvu so, v večjem številu kot NVO-ji in CSD-ji, odgovorili, da v timih pogrešajo socialne delavce. V enakem številu odgovorov so navedli, da pogrešajo psihiatre in druge zdravstvene profile. Ta odgovor je presenetljiv, po drugi strani pa razumljiv. V manjših CZPOD-jih je zaposlen le splošni zdravnik ali le psihiater. Tam kjer nimajo zaposlenega psihiatra, so navedli, da pogrešajo psihiatre, tam, kjer nimajo zdravnikov, pa zdravnike. Tem profilom pa sledijo še psihologi in delovni terapevti.

V raziskavi me je zanimalo, kje strokovni delavci vidijo razlog, da ti profili niso zastopani v timih. V 65% so vprašani odgovorili, da določenega profila, ki ga pogrešajo pri timski obravnavi, nimajo zaposlenega znotraj institucije. Le v 8% so odgovorili, da imajo zaposlen določen profil, vendar je njegov delokrog izven obravnave zasvojenih. Ti odgovori sami po sebi narekujejo iskanje novih rešitev, in sicer: če nek profil pogrešaš in ga ne moreš zaposliti v svoji organizaciji, obstaja možnost sklica medinstitucionalnega tima.

V raziskavi sem želela ugotoviti, kdaj se organizacije odločajo za medinstitucionalno sodelovanje. V 26% so vprašani povedali, da tim skličejo na pobudo zasvojenega. Običajno je njihova pobuda vezana na pridobitev pravic oziroma ugodnosti, kot so razna priporočila, ki jih zasvojeni potrebuje za druge službe, pridobitev denarne socialne pomoči, kljub temu da ne izpolnjuje osnovnih pogojev, prejem metadona za daljše obdobje. Kjer pa se za sklic odločajo strokovni delavci, se običajno odločamo takrat, kadar poteka obravnava na različnih institucijah vzporedno, ko so stvari nejasne in se vrtimo v krogih – odgovor pri težjih primerih. Delež sklicanih timov je največji, kadar so vključeni mladoletni otroci, takoj za tem pa v primerih, ko je ogroženo življenje posameznika ali njegovih družinskih članov - lahko tudi otrok.

Rezultati raziskave so pokazali, da v povprečju CSD-ji sodelujejo z eno organizacijo manj kot ostale organizacije. Smernice Nacionalnega programa za socialno varstvo postavljajo CSD-je v vlogo koordinatorjev mreže pomoči posamezniku, kar napeljuje k misli, da naj bi prav CSD-ji sodelovali z največ institucijami.

Predpostavljala sem, da se CSD-ji, kot nosilci javnih pooblastil, pogosteje odločajo za sklic medinstitucionalnega tima in da v povprečju sodelujejo z več institucijami kot NVO-ji in CZPOD-ji.

Iz podatkov je razvidno, da NVO-ji najpogosteje sodelujejo s CSD-ji in CZPOD-ji (v enakem deležu – 90%), sledi sodelovanje z različnimi društvi in drugimi nevladnimi organizacijami, zavodi za prestajanje kazni zapora in, v nekoliko manjšem deležu, z Zavodom za zaposlovanje. Enako pogosto sodelujejo s policijo, sodišči ter srednjimi in osnovnimi šolami. Polovica NVO-jev je navedla, da sodelujejo z zdravniki in bolnišnicami. Z Dispanzerjem za mentalno zdravje pa jih sodeluje manj kot 40%.

CZPOD-ji so v skoraj 100% navedli, da sodelujejo s CSD-ji, v 90% sodelujejo z osebnim zdravnikom obravnavanega in drugimi CZPOD-ji. V enakem deležu (več kot 80%) je sodelovanje z Dispanzerjem za mentalno zdravje, različnimi društvi in nevladnimi organizacijami ter Zavodi za prestajanje zaporne kazni. Takoj za tem sledi sodelovanje s sodišči. Več kot 60% CZPOD-jev sodeluje z bolnišnicami in srednjimi in osnovnimi šolami. Visok delež sodelovanja so opredelili tudi pri sodelovanju s policijo (skoraj 60%). Polovica CZPOD-jev je opredelila, da sodelujejo z Zavodi za zaposlovanje.

CSD-ji najpogosteje sodelujejo z osebnim zdravnikom obravnavanega (več kot 80%), v manj kot 80% sledi sodelovanje s policijo, skoraj 70% CSD-jev je kot naslednje navedlo srednje in osnovne šole ter razna društva in druge nevladne organizacije. 60% jih sodeluje s CZPOD-ji in Zavodom za zaposlovanje, več kot 50% pa tudi z Zavodom za prestajanje zaporne kazni. Polovica CSD-jev pri obravnavi zasvojenega sodeluje s sodišči. CSD-ji v manj kot 50% sodelujejo z bolnišnicami in drugimi CSD-ji. V najmanjšem deležu, nekaj več kot 30%, pa sodelujejo z Dispanzerjem za mentalno zdravje.

Iz podatkov lahko razberemo, da vprašani CSD-ji, CZPOD-ji in NVO-ji med seboj pogosto sodelujejo. Pri sodelovanju z drugimi institucijami pa se kažejo razlike. Najočitnejše se kaže razlika pri sodelovanju z represivnimi organi. Večina vprašanih CZPOD-jev sodeluje z Zavodom za prestajanje zaporne kazni, velik je tudi delež sodelovanja s sodišči in policijo. Pri sodelovanju z Zavodom za prestajanje zaporne kazni je sodelovanje vzpostavljeno predvsem zaradi prejemanja nadomestne metadonske terapije. Ta podatek nam tudi pove, da so zasvojeni, vključeni v programe CZPOD-jev, še vedno pogosto obravnavani tudi kot storilci kaznivih dejanj.

Vzporedno me je zanimalo tudi, ali bi to sodelovanje lahko opredelili kot medinstitucionalno obravnavo zasvojenih ali gre zgolj za pisanje poročil drugim institucijam. Predpostavljala sem, da strokovni delavci sodelovanja z drugimi institucijami ne pojmujejo kot medinstitucionalne obravnave, ampak zgolj kot sodelovanje.

CSD-ji so se v več kot 80% opredelili, da takšnega načina sodelovanja ne pojmujejo kot medinstitucionalnega sodelovanja; 70% vprašanih je namreč opredelilo, da gre bolj za pisanje poročil oziroma prejemanje le-teh s strani drugih institucij.

Sledijo NVO-ji, ki so se v več kot 70% opredelili enako kot CSD-ji. Da gre za pisanje poročil, je povedalo nekaj manj kot 40% vprašanih, 30% vprašanih pa je sodelovanje opredelilo za medinstitucionalno sodelovanje.

CZPOD-ji pa v 60% sodelovanja pišejo poročila oz. jih prejemajo od drugih, v 40% pa so sodelovanje opredelili kot medinstitucionalno sodelovanje.

V raziskavi pridobljeni podatki kažejo, da različne službe pogosto sodelujejo med seboj pri reševanju posameznih vprašanj. Običajno sodelujejo z eno od institucij, ki je po svoji nalogi kompetentna za rešitev določenega problema obravnavanega. Če izhajamo iz definicije medinstitucionalne obravnave, takšnega sodelovanja ne moremo opredeliti kot 'medinstitucionalna obravnava posameznika', lahko pa trdimo, da je sodelovanje med institucijami potrebno in v korist posamezniku.

Želela sem preveriti, kako pogosto organizacije v obravnavo zasvojenega vključijo družino in kako pogosto lokalno skupnost. Predvidevala sem, da pogosteje družino.

Rezultati so pokazali in potrdili mojo domnevo, da organizacije v obravnavo pogosteje vključujejo družino kot lokalno skupnost. Pri obravnavi zasvojenega ima ključno vlogo on sam, takoj za tem pa njegovo ožje družbeno okolje, predvsem družina in prijatelji. Širše družbeno okolje lahko pomaga k rešitvi problema, vendar samo v primeru, če zasvojeni to sprejme, kar smo ugotovili že v teoretičnem delu naloge. Za ureditev nekaterih vprašanj glede uživanja drog,

aktivnega preživljanja prostega časa uživalcev drog, zmanjšanja stigmatizacije uživalcev drog, pa je nujna vključenost širšega družbenega okolja.

V Sloveniji deluje 62 CSD-jev, ki so različno veliki. Predpostavljala sem, da se obravnava zasvojenih razlikuje glede na velikost CSD-jev in da so zasvojeni v večjih CSD-jih deležni strokovnejšega pristopa obravnave.

Na manjših CSD-jih so strokovni delavci zadolženi za več področij, v večjih CSD-jih pa imajo zaposlenega strokovnega delavca za področje zasvojenosti. Razlike glede na delokrog posameznega strokovnega delavca in njegovega poznavanja problema zasvojenosti se kažejo v načinu obravnave zasvojenega. Specializiran strokovni delavec ima večjo paleto znanj in uporablja več načinov dela pri obravnavi posameznika in medinstitucionalnem povezovanju.

Obstaja nizka povezava med velikostjo CSD-jev in uporabo medinstitucionalnega pristopa, in sicer tisti CSD-ji, ki so v povprečju večji (imajo več zaposlenih), v povprečju tudi več uporabljajo medinstitucionalni pristop. Razlog je verjetno tudi v tem, da so večji CSD-ji v urbanih središčih, kjer imajo sedeže tudi druge, tako vladne kot nevladne organizacije. V večjih mestih je ponudba obravnave zasvojenih širša, kar tudi prispeva k možnosti medinstitucionalnega sodelovanja.

Rezultati nam povedo tudi, da obstaja povezanost med uporabo timskega pristopa in uporabo medinstitucionalnega sodelovanja – torej, če organizacije v povprečju več uporabljajo time, v povprečju več uporabljajo tudi medinstitucionalno povezavo. CSD-ji z več zaposlenimi pogosteje uporabljajo medinstitucionalno sodelovanje. Eden od razlogov je verjetno v tem, da imajo več časa samo za področje obravnave zasvojenih in so bolj specializirani za celostno reševanje težav zasvojenih (obiskujejo dodatna izobraževanja, posvete itd. s področja drog). Drugi razlog pa je verjetno tudi v tem, da imajo tisti, ki več delajo v timih, s timskim delom pozitivne izkušnje in tudi več sklicujejo medinstitucionalne time oziroma v njih sodelujejo.

Razlog je verjetno tudi v naravnosti posamezne organizacije in posameznikov v njej, saj gre za usmeritev k takšnemu načinu dela.

Če bi želeli pokazati, kako to vpliva na našo raziskavo o medinstitucionalnem sodelovanju, bi morali primerjati še odgovore manjših in večjih CSD-jev med seboj, vendar to presega našo raziskavo.

Prav tako bi bilo zanimivo pogledati razlike med na novo organiziranimi CZPOD-ji in CZPOD-ji, ki so bili ustanovljeni med prvimi, kar pomeni, da so ob izpolnjevanju vprašalnika imeli za seboj že deset let delovanja. Podobno velja za NVO-je. Nekatere delujejo že več kot deset let, druge so se pravkar ustanovile. Kot sem že prej omenila, pa to presega našo raziskavo, zanesljivo pa vpliva na odgovore glede načina sodelovanja. Organizacije, ki delujejo že dalj časa, imajo verjetno več izkušenj s timskim sodelovanjem, ponekod imajo dobro vpeljanega, »začetne« težave so člani že premostili, po drugi strani pa bi se lahko izkazalo, da se »starejše« organizacije manj poslužujejo medinstitucionalnega sodelovanja, saj so skozi leta strokovni delavci, zaposleni v njih, pridobili več izkušenj in so bolj suvereni pri svojem delu.

Zanimalo me je, ali bi organizacije za uspešnost obravnave potrebovale medinstitucionalno sodelovanje. Predvidevala sem, da bodo odgovori pokazali potrebo po medinstitucionalnem sodelovanju.

Rezultati so pokazali: CZPOD-ji so v 80% odgovorili, da bi medinstitucionalno obravnavo potrebovali samo v nekaterih primerih, kjer jo tudi organizirajo, 20% pa jih je odgovorilo, da imajo sodelovanje dobro vpeljano.

Ravno obrnjena je slika v NVO-jih, kjer jih 70% trdi, da imajo sodelovanje dobro vpeljano, v 30% pa so se opredelili, da bi za uspešnost obravnave potrebovali medinstitucionalno sodelovanje in tam to tudi organizirajo.

CSD-ji so v 30% odgovorili, da ne čutijo potrebe po medinstitucionalnem sodelovanju, vanjo se vključijo, ko jih drugi povabijo. V 20% so odgovorili, da imajo sodelovanje dobro vpeljano in da bi medinstitucionalno obravnavo potrebovali samo v nekaterih primerih, kjer jo tudi organizirajo. Zanimiv pa je podatek, da je kar 30% vprašanih CSD-jev odgovorilo, da imajo sami razvit

program, ki pokriva vse njihove potrebe, tako da potrebe po medinstitucionalnem sodelovanju ne čutijo.

V raziskavi sem želela ugotoviti, na katere težave so organizacije naletale pri medinstitucionalnem sodelovanju. Pri tem vprašanju izstopa odgovor NVO-jev. Skoraj 60% vprašanih je odgovorilo, da so se težave pojavile zaradi različnih pogledov na obravnavo zasvojenosti. Ta problem je navedlo tudi 40 % CZPOD-jev in le v 20% vprašani na CSD-jih. Menim, da so imeli vprašani težave zaradi različnih pogledov na obravnavo zasvojenosti v smislu različno visoko postavljenih ciljev obravnave. Cilji večine vprašanih NVO-jev so usmerjeni v popolno abstinenco, medtem ko so cilji CZPOD-jev usmerjeni v ohranjanje zdravja, v CSD-jih pa v reševanje konkretnih težav.

Polovica vprašanih CSD-jev in CZPOD-jev ni imelo težav, medtem ko je ta odgovor izbrala samo četrtnina NVO-jev.

CZPOD-ji v več kot 40% vidijo kot problem sodelovanja v tem, da ne dobijo soglasja obravnavanega. Obravnavani se je pripravljen vključiti v njihov program in ne čuti potrebe po celostnem urejanju, kar je pogosto razlog za sklic medinstitucionalnega tima. Včasih obravnavani ne želijo, da bi druge institucije, v katerih rešujejo druge težave, izvedele, da so vključeni v CZPOD, saj menijo, da bi jim to povzročilo škodo. Podobne težave je imelo manj kot 10% CSD-jev in NVO-jev. Verjetno je razlog v tem, da CSD-ji sklicujejo time na podlagi drugih zakonskih podlag, zaradi česar ne potrebujejo soglasja. Pri NVO-jih pa soglasje dobijo, ker so obravnavani tudi sami motivirani za celostno obravnavanje svojih težav.

Kot težavo je nepripravljenost drugih institucij za sodelovanje opredelila skoraj četrtnina NVO-jev in CZPOD-jev, vprašani CSD -ji pa so to težavo opredelili v 20%.

V manj kot 10 % vprašanih imajo CSD-ji in NVO-ji težave z uskladitvijo terminov, CZPOD-ji pa v manj kot 20%. 20% NVO-jev vidi težavo v tem, da različni profili ne znajo najti skupnega jezika. Ta problem zaznava samo 5% vprašanih CSD-jev in 10% vprašanih NVO-jev.

Pri interdisciplinarnem sodelovanju zaznavamo probleme na vseh področjih, ki jih pokrivamo socialni delavci, tako pri delu z zasvojenimi kot pri delu z ljudmi s posebnimi potrebami, žrtvami spolnih zlorab..., skratka na vseh področjih človekovega delovanja. Prav zato menim, da bi bilo potrebno pri strokovnih delavcih različnih profilov najti skupen jezik, ki bi zajemal poenotenje nekaterih osnovnih izrazov, ki bi se uporabljali glede problematike drog in problemov v zvezi z uživanjem drog. Poenoteno izrazoslovje bi omogočalo multidisciplinarni pristop in medinstitucionalno povezovanje, brez nepotrebne izgube časa, ko se posamezni strokovni delavci ukvarjajo sami s seboj oziroma z izrazi. Nekateri delujemo na posameznih področjih že več let in smo z leti in veliko lastne angažiranosti in pripravljenosti oziroma zavedanja, da je sodelovanje nujno, le-to tudi vzpostavili. Sedaj se počasi kažejo sadovi skupnega sodelovanja. Žal je to še vedno preveč odvisno od posameznih strokovnih delavcev, od "poznanstev", ki smo jih razvili v zadnjih letih. Menim, da bi bilo potrebno organizirati več skupnih delovnih srečanj različnih strokovnih delavcev, zaposlenih v različnih institucijah, ki se ukvarjajo s problematiko drog in zasvojenosti. S tem bi strokovni delavci pridobili možnost izmenjave izkušenj, vzpostavili pa bi tudi kontakte, ki bi jim kasneje lahko omogočili konstruktivno medinstitucionalno povezovanje.

Torej bi se morali reševanja tega problema lotiti na državni ravni. Nujno bi bilo postaviti skupno doktrino in smernice za reševanje posameznih primerov. Za postavljanje skupnih smernic pa je potrebno združiti vse resorje, ki se srečujejo z zasvojenimi.

Pred leti je Socialna zbornica Slovenije dala pobudo in ustanovila skupino ljudi, ki smo pripravili zbornik, v katerem so bile prikazane trenutne razmere delovanja na področju zasvojenosti in hkrati smernice za uspešno sodelovanje, te so nastale kot rezultat večletnih izkušenj. Žal zbornik ni nikoli izšel, saj so se pojavile finančne težave. Tukaj se sprašujem, kako je mogoče, da zaradi finančnih težav v predalu obleži prikaz strokovnega dela skoraj petdesetih posameznikov, ki smo z ogromno lastne angažiranosti pripravili ta zbornik.

Izdelava zbornika je poudarila pomen velike potrebe po enotni doktrini dela in enotni terminologiji na vseh področjih delovanja. Veliko nesoglasij je bilo že pri samem poimenovanju uživalca drog, ali je to odvisnik, zasvojenec, džanki... In prišli smo do ugotovitve, da ne moremo

postaviti enotne terminologije sami (člani Socialne zbornice Slovenije) oziroma da bi to delo morali opraviti člani vseh resorjev, ki se srečujejo z zasvojenimi.

Ob ustanovitvi Urada za droge smo pričakovali, da bo to pravi naslov za razrešitev zgoraj navedenih dilem. Ob pripravi Nacionalnega programa na področju drog smo se zbrali strokovnjaki z vseh resorjev, ki se srečujemo z uživalci drog, in skupno ugotavljali, da se srečujemo s podobnimi težavami. Te se pojavljajo tako pri delu s posameznikom, kjer ugotavljamo, da posamezen strokovni delavec nima zadosti znanja, da bi lahko nudil celostno pomoč uporabniku, kot pri sodelovanju z drugimi službami, kjer naletimo na odpor oziroma strah pred sodelovanjem, saj se čutimo ogrožene in velikokrat razumemo poskus sodelovanja kot poseg v naše področje delovanja.

Organizacije, ki v povprečju več uporabljajo timski pristop, v povprečju tudi več uporabljajo medinstitucionalno obravnavo. Povezava med timsko in medinstitucionalno obravnavo je pri vseh organizacijah zmerna, statistično značilna pa le pri CSD-jih.

Potrebna je čim večja osveščenost javnosti na področju drog, kar pomeni, da je treba o tem problemu govoriti, vendar ne v senzacionalističnem tonu. Droge so bile prisotne že v zgodovini in bodo še naprej. Ni pomembno, kateri program je uspešnejši, pomembno je, da imamo raznolike programe, tako preventivne kot kurativne, tako nizkopražne kot visokopražne. Karier uživanja drog je toliko kot uživalcev drog. Za vsakega sicer ne moremo individualno prilagajati programa, strokovni delavci v programih pa lahko prilagodimo načrt pomoči posamezniku v okviru danega programa. Pri tem si je treba priznati svoje meje - meje svoje strokovnosti. Ko sami s svojim znanjem ne vidimo več naprej, ni sramotno, če se posvetujemo s kolegi iz drugih profesij in/ ali drugih programov. Pri tem želim opozoriti na poštenost do sebe in do uživalca drog, s katerim delamo. Napotitve v drug program ne bi smeli pojmovati kot naš poraz in zato zadrževati uporabnika v programu, kljub temu da ocenjujemo, da uporabnik ni dosegel zastavljenih ciljev. Pri tem se moramo vprašati, ali ni napredka zaradi uporabnikove neangažiranosti, naše nestrokovnosti ali pa ni napredka preprosto zato, ker program za tega uporabnika ni ustrezen. Strokovnjaki bi se morali zavedati pasti »strokovnjaštva«. Vsak program je v določenem obdobju primeren za določenega uporabnika, naloga strokovnih delavcev pa je, da druge programe poznajo in jih ponujajo uživalcem drog, ki iščejo pomoč.

11 LITERATURA

1. Auer, Vladimir. 2001. *Droge in odvisnost*, Samozaložba IBIDEM, Ormož, Maribor, Ljubljana, Portorož
2. Barber, James.G. 1997. *Socialno delo na področju zasvojenosti*, RS MDDSZ, Ljubljana
3. Benedik, Emil. 2002, *Osebnostne značilnosti uživalcev prepovedanih drog* v Revija za kriminalistiko in kriminologijo 53/2002/3, Ljubljana
4. Deisinger, Mitja.. 2002: *Kazenski zakonik s komentarjem*, Posebni del, GV Založba; Ljubljana
5. Dobovšek, Bojan. (1997), *Organiziran kriminal*, Unigraf, Ljubljana
6. Dvoršak, Andrej. 2002, *Drug – Related Crime*, Policing in central and eastern Europe, Deviance, Violence and Victimization, VPVŠ, Ljubljana
7. Flaker, Vito. 2002a. *Živeti s heroinom I.-Družbena konstrukcija uživalca drog*, Ljubljana
8. -----b, *Živeti s heroinom II.- K zmanjševanju škode*, Ljubljana
9. Flaker, Vito. 1997, Timi kot način interdisciplinarnega sodelovanja, *Socialno delo* št.1., str.3-13, Ljubljana
10. Flaker, Vito. in sodelavci, 1993, Raziskovalna naloga *Droge in nasilje*, Ljubljana
11. Flaker, Vito. 2003, *Oris metod socialnega dela*, Fakulteta za socialno delo, Skupnost centrov, Ljubljana

12. Fojan, Dragica.1999. Droga kot argument za karkoli; *Socialno delo, letnik 38*, avg.- dec. 1999, št. 4-6, VŠSD, Ljubljana
13. Friedman, David.P, Rusche, Susan..2004,Lažnivi sli , Založba Debora, Ljubljana
14. Glušič, Nada. 2005, Akcijski plan na področju drog v LAS v *Zbornik 7. Nacionalne konference lokalnih akcijskih skupin (LAS)*, MZZ, Urad za droge, Ljubljana
15. Grebenc, Vera. 2003, *Zmanjševanje socialne škode povezane z uživanjem drog in iskanje odgovorov v skupnosti*, Magistrsko delo, Ljubljana 2003
16. Hajdinjak, M. 1993, *Kaj pa zdravje?*, Rotis, Maribor
17. Jager, Marko. 1995; *Kriminalna politika in ilegalne droge*, raziskava št.110, Izhodišča kriminalne politike v R Sloveniji, Inštitut za kriminologijo pri pravni fakulteti, Ljubljana
18. Kastelic, Andrej, Kostnapfel Rihtar, Tatja.(2000) *Kako preprečujemo in zdravimo odvisnost od prepovedanih drog v sistemu zdravstvenega varstva*, Ministrstvo za zdravstvo RS, Ustanova odsev se sliši, Ljubljana
19. Kastelic, Andrej in Mikulan, Milica. (1999), *Mladostnik in droga*, priročnik za starše in učitelje, založba Domus, Ljubljana
20. Kenny, S., Mc Cabe, A., 1999, *Working with Substance Misuse*, Year 1 – Distanc Learning Pack. Dept of Social Policy and Social Work: University of Birmingham
21. Killinger, B.1992, *The respectable addicts*, London, Simon&Shuster
22. Kocmur, Dare, 1999, Projekt Stigma – retrospektiva, *Socialno delo, letnik 38*, avg.- dec. 1999, št. 4-6, VŠSD, Ljubljana
23. Košir, Matej, 2004, Ministry of Health of the Republik ob Slovenij, Office for Drugs, *Report on the drug situation 2004 of the Republic of Slovenija*, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2004
24. Košir, Matej, 2005, *Nacionalni program na področju drog in razvoj modela LAS* v *Zbornik 7. Nacionalne konference lokalnih akcijskih skupin (LAS)*, MZZ, Urad za droge, Ljubljana
25. Krek, Milan. 2002, v *Nevarna prepoved*, Samozaložba, Ljubljana
26. Krek, Milan, 1999, Terensko delo – priložnost za interdisciplinarni prijem, *Socialno delo, letnik 38*, avg.- dec. 1999, št. 4-6, VŠSD, Ljubljana
27. Kušević, V. 1987, *Zloupotreba droga*, Grafički zavod Hrvatske, Zagreb
28. Leskošek, V., Hrženjak, M., (2002) *Spremenjene vloge nevladnih organizacij*, Mirovni inštitut, Ljubljana

29. Lobnikar, Branko., Pagon, Milan., (2002) *Policijska dejavnost in socialno delo: sodelovanje ali nasprotovanje*, v 1. Kongres socialnega dela Slovenije: Globalno- lokalno- socialno; zbornik abstraktov; Ljubljana
30. Lukšič, Igor. 1999, Droga kot politično razmerje: Teorija in praksa, letnik 35, 5/1999, Ljubljana
31. MacDonald,D., Patterson, V.,1991, Drug Training: Learning about drugs and Working with Drug Users. Routledge: London
32. Milošević, Vida. 2003, Uvod v socialno delo, Študentska založba , Ljubljana
33. Muncie, J., 1999, *Youth and Crime – a Critical Introduction*. SAGE Publications: London, Thousand Oaks, New Delhi.
34. Nolimal, Dušan., Rejc, Vladimira.,1996, *Pogovori o drogah*, Ljubljana
35. Nolimal, Dušan.1996, *Osnovne informacijske zahteve na področju uporabe in problematike drog v Mednarodnih razgledih*, Ljubljana
36. Malley, Peter, 2002, *Drugs, risks and freedoms: illicit drug »use« and »misuse« under neoliberal governance*. V: Hughes, Gordon, McLAUGHLIN, Eugene, Muncie, John: Crime Prevention and Community Safety – New Directions. SAGE Publications: London, Thousand Oaks, New Delhy.
37. Pirkovič, Ljubo,2003; Vpliv prepovedanih drog na varnost v lokalni skupnosti, Interno gradivo za 5. Konferenco LAS, Grosuplje
38. Picchi, M. 1995; *Projekt človek*, Inštitut Antona Trstenjaka, Ljubljana
39. Pezelj.Janez, 2002; *Neverna prepoved*, Samozaložba, Ljubljana
40. Ramovš, Jože. 1995; *Slovenska sociala med včeraj in jutri*, Inštitut Antona Trstenjaka, Ljubljana
41. Ramovš.Jože (1995) *Projekt Človek v Sloveniji*, v Picchi, M.: Projekt Človek, Ljubljana, Inštitut Antona Trstenjaka
42. Renner, Tanja v Flaker,Vito. 2002. *Živeti s heroinom I.-Družbena konstrukcija uživalca drog*, Ljubljana
43. Rutar, Barbara, (2002) v: *Timsko delo v centru slepih in slabovidnih Škofja Loka*, 1. Kongres socialnega dela Slovenije: Globalno- lokalno- socialno; zbornik abstraktov; Ljubljana
44. Rupnik Čuk, Jasna, 1995, Odziv družbe na probleme alkohola in drugih drog, Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana

45. Rode, Nino. 2001. Možnosti evalvacije nevladnih, neprofitnih organizacij na področju socialnega varstva, Magistrsko delo, Ljubljana
46. Rode, Nino. In Žontar, Melita. 2001. Prostovoljci pri delu z zasvojenimi, *Socialno delo*, december 2001
47. Rozman, Sanja (2001), Odvisnost od nekemičnih sredstev. Interno gradivo na seminarju Odvisnost od odnosov, Arx d.o.o., Ljubljana
48. Socialno delo, letnik 38, avgust-december 1999, št. 4-6
49. Stefanoski, Peter. 1997, Razmišljanja o strokovnih izhodiščih za delo z uživalci drog na CSD, *Socialno delo*, 36,3, Ljubljana
50. Stefanoski, Peter. 2003 , Interno gradivo za 5. Konferenco LAS, Grosuplje 2003
51. Tajnšek Rapoša Pavla., 1994/1995; Soc. delo v delovnem okolju, Ljubljana
52. Taradash, M., 1993, *Cena prohibicije drog*, Prispevki iz mednarodnega antiprohibicionističnega foruma, Bruselj 1988, Založba Taxus, Ljubljana
53. Vlada RS, Urad za droge; *Nacionalni program na področju drog 2002-2008*, september 2002
54. Žigon, Darko. 2000, Kaj resnično veš o drogah?, Center marketing int. D.o.o.prvi natis, Ljubljana

12 PRILOGE

Priloga 1 - prikaz povprečij pos. odgovorov za vse organizacije

Kako zasvojeni pride v vašo obravnavo?	CSD		Zdravstvo		Nevladne organizacije		Skupaj	
	Aritmetična sredina	N	Aritmetična sredina	N	Aritmetična sredina	N	Aritmetična sredina	N
Lastna želja	1,93	43	3,00	11	2,92	12	2,29	66
Na pobudo svojcev	2,59	44	2,50	12	2,67	12	2,59	68
Napoten je iz druge institucije	2,22	41	2,08	12	2,25	12	2,20	65
Kot posledica ukrepov drugih služb	2,17	42	1,83	12	1,67	12	2,02	66

Priloga 1a

Hipotezo sem preverila s pomočjo metode Analize variance (anova).

		Tip organizacije		
		1 CSD	2 zdravstvo	3 nevladne organizacije
Aritmetična sredina	Vrednost	1,93	3,00	2,92
	Stand. napaka	,090	,135	,229
95% interval zaupanja za aritmetično sredino	Spodnja meja	1,75	2,70	2,41
	Zgornja meja	2,11	3,30	3,42
Mediana		2,00	3,00	3,00
Varianca		,352	,200	,629
Std. Odklon		,593	,447	,793
Minimum		1	2	2
Maksimum		3	4	4
Razpon		2	2	2
Asimetrija	Vrednost	,013	,000	,161
	Stand. napaka	,361	,661	,637
Koničavost	Vrednost	,006	5,000	-1,261
	Stand. Napaka	,709	1,279	1,232

Varianca je približno enaka, porazdelitve so vse bolj ali manj asimetrične v desno, predpostavka o približno enaki koničavosti kršena.

Priloga 1b - Kako pogosto zasvojeni pride v vašo obravnavo na lastno željo – glede na tip organizacije

Varianca	Vsota kvadratov	Stopinje prostoti	Povprečen kvadratni odklon	F	Značilnost
Med skupinami	15,823	2	7,911	21,024	,000
Znotraj skupin	23,707	63	,376		
Skupaj	39,530	65			

Iz tega testa (oz. tabele) izhaja, da pri tveganju, manjšem od pol promila (značilnost je 0,000), lahko zavrremo našo ničelno hipotezo in trdimo, da so razlike v pogostnosti lastne pobude med organizacijami pri vključitvi v obravnavo.

Kot izhaja že iz prve tabele pri tej hipotezi, tudi »post hoc test« (test Games-Howell) potrdi, da obstaja statistično značilna razlika med CSD-ji in ostalimi tipi organizacij - glede na pogostnost vključitve na lastno pobudo. (Glej prilogo 1c!)

Priloga 1c- Games-Howell

		Razlika med aritmetični ma sredinama	Stand. napaka	Značilno st	95% interval zaupanja	
Prva organizacija	Druga organizacija				Spodnja meja	Zgornja meja
1 CSD	2 zdravstvo	-1.070(*)	.162	.000	-1.48	-.66
	3 nevladne organizacije	-,986(*)	,246	,003	-1,63	-,35
2 zdravstvo	1 CSD	1,070(*)	,162	,000	,66	1,48
	3 nevladne organizacije	,083	,266	,947	-,60	,76
3 nevladne organizacije	1 CSD	.986(*)	.246	.003	.35	1.63
	2 zdravstvo	-,083	,266	,947	-,76	,60

* Razlika aritmetičnih sredin je značilna pri 5% tveganju.

Priloga 2 - Način obravnave – individualno

		ORGANIZACIJA		
		1 CSD	2 zdravstvo	3 nevladne organizacije
Število enot		41	10	10
Aritmetična sredina	Vrednost	3,20	3,60	3,70
	Std.			
	Napaka	,112	,163	,153
95% interval zaupanja Spodnja meja		2,97	3,23	3,35
za aritmetično sredino Zgornja meja		3,42	3,97	4,05
Mediana		3,00	4,00	4,00
Varianca		,511	,267	,233

Std. Odklon		,715	,516	,483
Minimum		1	3	3
Maksimum		4	4	4
Razpon		3	1	1
Asimetrija	Vrednost	-,739	-,484	-1,035
	Std. napaka	,369	,687	,687
Koničavost	Vrednost	,909	-2,277	-1,224
	Std. napaka	,724	1,334	1,334

Po skupinah je različno število enot, varianca se ne razlikuje bistveno, vse porazdelitve so asimetrične v levo, pri CSD-jih je porazdelitev koničava, druge pa sploščena. Predpostavke so v določeni meri kršene.

Priloga 2a – Razlika pogostosti individualne obravnave med razl. Tipi organizacij

Test oz. analiza varianc (ANOVA)

	Vsota kvadratnih odklonov	Stopinje prostosti	Povprečni kvadratni odklon	F	Značilnost
Med skupinami	2,282	2	1,141	2,692	,075
Znotraj skupin	27,121	64	,424		
Skupaj	29,403	66		0	

Priloga 3 - Način obravnave – timsko

		ORGANIZACIJA		
		1 CSD	2 zdravstvo	3 nevladne organizacije
Število enot		41	10	10
Aritmetična sredina	Vrednost	2,34	3,10	3,00
	Std. napaka	,102	,233	,298
95% interval zaupanja Spodnja meja		2,13	2,57	2,33
za aritmetično sredino Zgornja meja		2,55	3,63	3,67
Mediana		2,00	3,00	3,00
Varianca		,430	,544	,889
Std. Odklon		,656	,738	,943
Minimum		1	2	2
Maksimum		4	4	4
Razpon		3	2	2
Asimetrija	Vrednost	1,184	-,166	,000
	Std. napaka	,369	,687	,687
Koničavost	Vrednost	1,152	-,734	-2,129
	Std. napaka	,724	1,334	1,334

Po skupinah je različno število enot, varianca se ne razlikuje bistveno, porazdelitve zdravstva je asimetrična v levo, medtem ko je porazdelitev CSD-jev asimetrična v desno, pri nevladnih organizacijah pa ni asimetrije. Pri CSD-jih je porazdelitev koničava, druge pa sploščena. Predpostavke so v določeni meri kršene.

Priloga 3a - Razlika pogostosti timske obravnave med razl. tipi organizacij

Test oz. analiza varianc (ANOVA)

	Vsota kvadratnih odklonov	Stopinje prostosti	Povprečni kvadratni odklon	F	Značilnost
Med skupinami	6,732	2	3,366	6,720	,002
Znotraj skupin	31,053	62	,501		
Skupaj	37,785	64			

Kljub temu, da so predpostavke v določeni meri kršene, lahko pri tveganju 0,2% zavrnilo ničelno hipotezo in trdimo, da obstajajo razlike v pogostnosti timske obravnave med različnimi tipi organizacij.

Priloga 3b - Games-Howell

			Razlika med aritmetični ma sredinam a	Std. napaka	Značiln ost	95% interval	
1. tip org.	2. tip org.					Spodnja meja	Zgornja meja
Games-Howell	CSD	Zdravstvo	-,742	,219	,009	-1,30	-,18
		Nevladne organizacije	-,575	,279	,133	-1,30	,15
	Zdravstvo	CSD	,742	,219	,009	,18	1,30
		Nevladne organizacije	,167	,324	,865	-,65	,98
	Nevladne organizacije	CSD	,575	,279	,133	-,15	1,30
		Zdravstvo	-,167	,324	,865	-,98	,65

Kljub temu, da so predpostavke v določeni meri kršene, lahko pri tveganju 0,2% zavrnemo ničelno hipotezo in trdimo, da obstajajo razlike v pogostnosti timske obravnave med različnimi tipi organizacij.

Priloga 3b - Games-Howell

			Razlika med aritmetični ma sredinam a	Std. napaka	Značiln ost	95% interval	
1. tip org.	2. tip org.					Spodnja meja	Zgornja meja
Games- CSD	Zdravstvo		-,742	,219	,009	-1,30	-,18

*Razlika med aritmetičnimi sredinami je značilna pri 5% stopnji tveganja.

Iz tega testa izhaja, da so razlike med CSD-ji in zdravstvom v pogostnosti uporabe timske obravnave tudi statistično značilne pri tveganju, manjšem od 1% (natančna stopnja tveganja 0,9%).

Priloga 4 - Način obravnave - medinstitucionalno

		ORGANIZACIJA		
		1 CSD	2 zdravstvo	3 nevladne organizacije
Število enot		41	10	10
Aritmetična sredina	Vrednost	2,15	2,30	2,40
	Stand. napaka	,096	,153	,163
95% interval zaupanja	Spodnja meja	1,95	1,95	2,03
	Zgornja meja	2,34	2,65	2,77
Mediana		2,00	2,00	2,00
Varianca		,378	,233	,267
Std. Odklon		,615	,483	,516
Minimum		1	2	2
Maksimum		4	3	3
Razpon		3	1	1
Asimetrija	Vrednost	,592	1,035	,484
	Stand. napaka	,369	,687	,687
Koničavost	Vrednost	1,431	-1,224	-2,277
	Stand. napaka	,724	1,334	1,334

Po skupinah je različno število enot, varianca je homogena, vse porazdelitve so asimetrične v desno, pri CSD-jih je porazdelitev koničava, druge pa sploščena. Predpostavke so v manjši meri kršene.

Ni razlik v pogostnosti uporabe timske in medinstitucionalne obravnave med različnimi tipi organizacij. $\mu_{\text{tim}} = \mu_{\text{medinstitucionalne}}$

Priloga 4a- Opisne statistike

	Aritmetična sredina	N	Stand. odklon	Stand. Napaka za aritmetično sredino
Timska obravnava	2,58	62	,780	,099
Medinstitucionalna obravnava	2,23	62	,584	,074

Priloga 4b

T test za odvisna vzorca

	Razlike med spremenljivkama							
	Aritmetična sredina	Stand. Odklon	Stand. napaka aritmetične sredine	95% interval zaupanja za razliko		t	sp	Značilnost (2-stranski preizkus)
				Spodnja meja	Zgornja meja			
Timska obravnava								
Medinstitucionalna obravnava	,355	,726	,092	,170	,539	3,846	61	,000

Priloga 5 - Ni razlik med organizacijami v številu profilov v timih.

		Tip organizacije		
		1 CSD	2 zdravstvo	3 nevladne organizacije
Aritmetična sredina	Vrednost	2,6098	4,2500	2,9167
	Stand. napaka	,16703	,30464	,39807
95% interval zaupanja	Spodnja meja	2,2722	3,5795	2,0405
za aritmetično sredino	Zgornja meja	2,9473	4,9205	3,7928
Mediana		3,0000	4,0000	3,0000
Varianca		1,144	1,114	1,902
Stand. Odklon		1,06953	1,05529	1,37895
Minimum		1,00	3,00	1,00
Maksimum		5,00	6,00	5,00
Razpon		4,00	3,00	4,00
Asimetrija	Vrednost	,473	,522	,176
	Stand. napaka	,369	,637	,637
Koničavost	Vrednost	,126	-,637	-1,003
	Stand. napaka	,724	1,232	1,232

Po skupinah je različno število enot, varianca je dokaj homogena (enaka), vse porazdelitve so asimetrične v desno, pri CSD-jih je porazdelitev koničava, drugje pa sploščena. Predpostavke so v manjši meri kršene.

Iz tabele izhaja, da imajo v timih največ različnih profilov v zdravstvu (v povprečju 4,25), najmanj pa v CSD-jih (v povprečju 2,61).

Priloga 5a: Razlike med skupinami

	Vsota kvadratnih odklonov od povprečja	Stopinje prostosti	Povprečni kvadratni odklon	F	Značilnost
Med skupinami	25,016	2	12,508	9,826	,000
Znotraj skupin	78,923	62	1,273		
Skupaj	103,938	64			

Iz tabele izhaja, da lahko s pol promila tveganja trdimo, da se variance statistično značilno razlikujejo med seboj in da torej obstajajo razlike v številu profilov v timih glede na tip organizacije (CSD, zdravstvo, NVO).

Da se prepričamo, med katerimi tipi organizacij obstajajo statistično značilne razlike, naredimo Scheffe post hoc test.

Priloga 5b - Scheffe post hoc test

		Razlika med aritmetičnima sredinama	Standardna napaka	Značilnost	95% interval zaupanja	
Prva organizacija	Druga organizacija				Spodnja meja	Zgornja meja
1 CSD	2 zdravstvo	-1,64024*	,37031	,000	-2,5690	-,7115
	3 nevladne organizacije	-,30691	,37031	,711	-1,2357	,6219
2 zdravstvo	1 CSD	1,64024*	,37031	,000	,7115	2,5690
	3 nevladne organizacije	1,33333*	,46061	,020	,1781	2,4886
3 nevladne organizacije	1 CSD	,30691	,37031	,711	-,6219	1,2357
	2 zdravstvo	-1,33333*	,46061	,020	-2,4886	-,1781

Priloga 8b

*. Razlika med aritmetičnima sredinama je statistično značilna pri tveganju 0,05.

Iz tabele izhaja, da so statistično značilne razlike med številom različnim profilov med zdravstvom in ostalimi organizacijami, in sicer v povprečju zdravstvene time sestavlja več profilov kot time v CSD in NVO.

Priloga 6: pogostnosti uporabe stalnih timov

Organizacija	Stalni tim		
	Ne	Da	Skupaj
CSD	39	1	40
Zdravstvo	3	9	12
Nevladne o.	6	6	12
Skupaj	48	16	64

Organizacije se med seboj razlikujejo glede pogostnosti uporabe stalnih timov.

Delež CSD z DA $p_1 = 1/40 = 0,025$

Število CSD $n_1 = 40$

Delež zdravstvo in NVO z DA $p_2 = 15/24 = 0,625$

Število ostalih $n_2 = 24$

$$p = \frac{n_1 p_1 + n_2 p_2}{n_1 + n_2}$$

$$p = 0,25$$

$$Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{p(1-p)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

$$z = -5,37$$

Stopnja značilnosti $< 0,0005$

Priloga 7 – nosilec primera

Kateri profil je največkrat nosilec primera?	Tip organizacije			
	CSD	zdravstvo	nevladne organizacije	Skupaj
brez odgovora	1	0	0	1
Polivalenca	1	0	0	1
Psihiater	0	3	0	3
psihiater, socialni delavec	0	1	0	1
psihiater, splošni zdravnik,	0	1	0	1
psiholog, mag. socialne	1	0	0	1
psiholog, socialni delavec, bivši	0	0	1	1
psiholog, socialni delavec,	0	1	0	1
socialni delavec	34	0	8	42
socialni delavec za področje	1	0	0	1
socialni delavec, laični terapevt	0	0	1	1
socialni delavec, pedagog,	1	0	0	1
sociolog, upravni organizator				
socialni delavec, pravnik	1	0	0	1
socialni delavec, psiholog	1	0	0	1
socialni delavec, sociolog,	1	0	0	1
socialni pedagog	1	0	1	2
specialni pedagog	1	0	0	1
teolog in bivši zasvojeni	0	0	1	1
Zdravnik	0	6	0	6
Skupaj	44	12	12	68

Priloga 8 - razlike v številu pogošenih profilov v timih – glede na tip organizacije.

		Tip organizacije		
		1 CSD	2 zdravstvo	3 nevladne organizacije
Aritmetična sredina	Vrednost	,8636	,9167	1,5000
	Stand. napaka	,11069	,35799	,37939
95% interval zaupanja Spodnja		,6404	,1287	,6650
v aritmetično sredino Zgodnja meja		1,0869	1,7046	2,3350
Mediana		1,0000	,5000	1,0000
Varianca		,539	1,538	1,727
Stand. Odklon		,73424	1,24011	1,31426
Minimum		,00	,00	,00
Maksimum		3,00	4,00	4,00
Razpon		3,00	4,00	4,00
Asimetrija	Vrednost	,591	1,558	,577
	Stand. napaka	,357	,637	,637
Koničavost	Vrednost	,333	2,454	-,613
	Stand. napaka	,702	1,232	1,232

Po skupinah je različno število enot, varianca ni homogena, vse porazdelitve so asimetrične v desno (nekatero bolj kot druge), pri CSD-jih in zdravstvu je porazdelitev koničava, pri NVO-jih pa sploščena. Predpostavke so kršene.

Iz podatkov izhaja, da največ profilov (v povprečju 1,5) pogošajo NVO-ji.

Priloga 8 a – razlike med organizacijami

	Vsota kvadratnih odklonov od povprečja	Stopinje prostosti	Povprečni kvadratni odklon	F	Značilnost
Med skupinami	3,887	2	1,943	2,137	126
Znotraj skupin	59,098	65	909		
Skupaj	62,985	67			

Test kaže, da ni statistično značilnih razlik v številu profilov med tipi organizacij, saj bi bilo tveganje, če bi želeli to trditi, večje od 12%.

Priloga 9 - Zakaj po vašem mnenju ti profili niso zastopani v vaših timih?« glede na tip organizacije

		ORGANIZACIJA			
		CSD	zdravstvo	nevladne organizacije	Skupaj
Znotraj institucije nimamo zaposlenega tega profila	Število % znotraj posameznega tipa	22 71,0%	4 66,7%	8 88,9%	34
Imamo zaposlen ta profil, vendar je njegov delokrog izven obravnave zasvojenih organizacije	Število % znotraj posameznega tipa	3 9,7%	1 16,7%	0 0%	4
Drugo	Število % znotraj posameznega tipa	10 32,3%	1 16,7%	3 33,3%	14
Skupaj	Skupaj	31	6	9	46

n=46, odstotki in skupaj so izračunani na podlagi števila enot (n)

Priloga 10 - V katerih primerih se odločite za medinstitucionalno sodelovanje – glede na tip organizacije

		ORGANIZACIJA			
		CSD	zdravstvo	nevladne organizacije	Skupaj
Pri težjih primerih	Število	13	8	7	28
	% znotraj posameznega tipa	31,7%	66,7%	58,3%	
Kadar so v primer vključeni mladoletni otroci	Število	27	9	5	41
	% znotraj posameznega tipa	65,9%	75,0%	41,7%	
Kadar zasvojeni sam pokaže interes	Število	21	9	9	39
	% znotraj posameznega tipa	51,2%	75,0%	75,0%	
Kadar je ogroženo življenje posameznika ali njegovih družinskih članov	Število	22	8	8	38
	% znotraj posameznega tipa organizacije	53,7%	66,7%	66,7%	
Drugo	Število	4	1	1	6
	% znotraj posameznega tipa	9,8%	8,3%	8,3%	
Skupaj	Število	41	12	12	65

n=65, odstotki in skupaj so izračunani na podlagi števila enot (n)

Priloga 11: Ni razlik v povprečnem številu institucij, s katerimi organizacije sodelujejo glede na tip organizacije.

		Tip organizacije		
		1 CSD	2 zdravstvo	3 nevladne organizacije
Aritmetična sredina	Vrednost	5,0455	6,1667	6,0000
	Stand. napaka	,33308	,48979	,67420
95% interval zaupanja	Spodnja	4,3737	5,0886	4,5161
	Zgornja meja	5,7172	7,2447	7,4839
Mediana		5,5000	6,0000	7,0000
Varianca		4,882	2,879	5,455
Stand. Odklon		2,20944	1,69670	2,33550
Minimum		,00	3,00	2,00
Maximum		9,00	8,00	9,00
Razpon		9,00	5,00	7,00
Asimetrija	Vrednost	-,413	-,444	-,565
	Stand. napaka	,357	,637	,637
Koničavost	Vrednost	-,258	-,763	-1,110
	Stand. napaka	,702	1,232	1,232

Po skupinah je različno število enot, varianca je homogena, vse porazdelitve so asimetrične v levo, pri vseh organizacijah je porazdelitev sploščena. Predpostavke niso kršene.

Priloga 11 a: prikaz razlik

	Vsota kvadratnih odklonov od povprečja	Stopinje prostosti	Povprečni kvadratni odklon	F	Značilnost
Med skupinami	16,895	2	8,447	1,821	,170
Znotraj skupin	301,576	65	4,640		
Skupaj	318,471	67			

Test kaže, da ni statistično značilnih razlik v številu profilov med tipi organizacij, saj bi bilo tveganje, če bi želeli to trditi 17%.

Priloga 12 - Število institucij, s katerimi sodelujejo CSD-ji, se ne razlikuje od števila institucij, s katerimi sodelujejo ostale organizacije.

		Tip organizacije	
		NVO in zdravstvo	CSD
Aritmetična sredina	Vrednost	6,0833	5,0455
	Stand. napaka	,40788	,33308
95% interval zaupanja	Spodnja meja	5,2396	4,3737
	Zgodnja meja	6,9271	5,7172
Mediana		6,5000	5,5000
Varianca		3,993	4,882
Stand. Odklon		1,99819	2,20944
Minimum		2,00	,00
Maksimum		9,00	9,00
Razpon		7,00	9,00
Asimetrija	Vrednost	-,553	-,413
	Stand. napaka	,472	,357
Koničavost	Vrednost	-,803	-,258
	Stand. napaka	,918	,702

Po skupinah je različno število enot (CSD n= 44, ostalo n=24), varianca je homogena, vse porazdelitve so asimetrične v levo, pri vseh organizacijah je porazdelitev sploščena.

Predpostavke niso kršene.

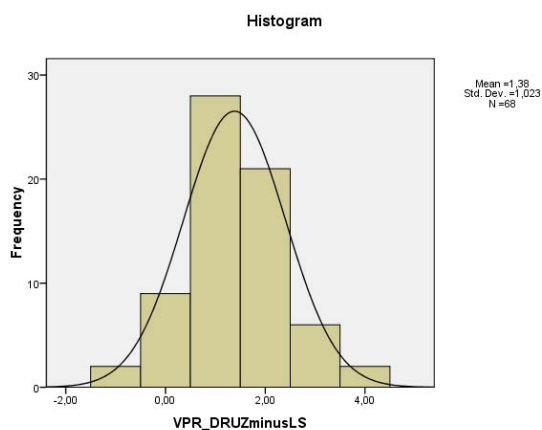
Priloga 12a

T test za neodvisna vzorca:

Levenov test	F	,263
homogenosti varianc	Stopnja značilnosti	,610
t-test za razlike med	T	1,913
aritmetičnima	Stopinje prostosti	66
sredinama	Značilnost (2-tailed)	,060
	Razlika med aritmetičnima sredinama	1,03788
	Stand. napaka razlike	,54259
	95% interval zaupanja Spodnja meja	-,04543
	za razliko Zgornja meja	2,12119

Priloga 13 - ni razlik v organizacijah v pogostnosti vključitve v obravnavo družine in lokalne skupnosti.

Test predpostavke o normalni porazdelitvi razlik (slika spodaj) pokaže, da se razlike porazdeljujejo približno normalno.



Priloga 13a - T test za odvisna vzorca

Ali v obravnav o posamez nega primera vključuje te t Udi...		Razlika med vrednostmi spremenljivk							
		Razlika med povprečje ma	Standar dni odklon	Standar dna napaka za povprečj e razlik	95% interval zaupanja za		t	Stopin je prosto sti	Značilnos t (2- stranski preizkus)
					Spodnja meja	Zgornja meja			
Par	Družina – lokalna skupnost	1,382	1,023	1,124	1,135	1,630	11,148	67	0,000

Priloga 13 b - Ni razlik med organizacijami v pogostnosti vključitve lokalne skupnosti v obravnavo.

	Tip organizacije			Standardna napaka po tipih organizacije		
	CSD	zdravstvo	nevladne organizacije	CSD	zdravstvo	Nevladne organizacije
Aritmetična sredina	1,66	1,58	1,75	1,126	1,149	1,250
95% interval	1,41	1,26	1,20			
zaupanja za	1,91	1,91	2,30			
aritmetično sredino						
Mediana	2,00	2,00	2,00			
Varianca	,695	,265	,750			
Standardni odklon	,834	,515	,866			
Minimum	0	1	0			
Maksimum	3	2	3			
Razpon	3	1	3			
Asimetrija	-,786	-,388	-,441	1,357	1,637	1,637
Koničavost	,104	-2,263	,234	1,702	1,232	1,232

Iz dobljenih izračunov izhaja, da se variance deloma razlikujejo (predvsem v zdravstvu), vse porazdelitve so asimetrične v levo (najbolj porazdelitev CSD-jev), porazdelitvi CSD-jev in nevladnih organizacij sta koničavi, medtem ko je porazdelitev zdravstva sploščena. Predpostavke so v določeni meri kršene.

Priloga 13 c- prikaz razlik

	Vsota kvadratov	Stopinje prostosti	Povprečen kvadratni odklon	F	Značilnost
Med skupinami	,168	2	,084	,133	,876
Znotraj skupin	41,053	65	,632		
Skupaj	41,221	67			

Priloga 14 - Ni razlik v pogostnosti zaposlenega, specializiranega le za obravnavo zaposlenih glede na velikost CSD-jev.

Kontingenčna tabela velikosti CSD-jev in ali imajo le-ti zaposlenega (enega ali več), ki je specializiran za to področje:

Velikost CSD-jev	Imajo zaposlenega, ki je specializiran za to področje		
	Ne	Da	Skupaj
Majhni CSD-ji (do vključno 12 zaposlenih)	19	1	20
Veliki CSD-ji (nad 12)	18	6	24
Skupaj	37	7	44

Priloga 14 a - Test hi kvadrat

	Vrednost	Stopinje prostosti	Asimptotična stopnja značilnosti (2-stranska)	Natančna stopnja značilnosti (2-stranska)
Hi-kvadrat	3,262 ^a	1	,071	,106
Število veljavnih enot	44			

- a. 2 celici (50,0%) imata teoretični frekvenci manj kot 5. Najmanjša teoretična frekvenca znaša 3,18.

Priloga 14b - Mera povezanosti

	Vrednost
Kramarjev koeficient	,272
N of Valid Cases	44

Odgovor: Iz tega koeficienta izhaja, da sta spremenljivki šibko povezani.

Priloga 14c - veliki in majhni CSD-ji

	Frekvenca	Odstotek	Odstotek CSD	Kumulativni odstotek
Majhni CSD-ji	20	29,4	45,5	45,5
Veliki CSD-ji	24	35,3	54,5	100,0
Skupaj	44	64,7	100,0	
Ostale organizacije	24	35,3		
Skupno število enot	68	100,0		

H16o: Pogostnosti timske in medinstitucionalne obravnave nista povezani.

CSD, n=41: Pearsonov koeficient linearne korelacije $r=0,431 \rightarrow$ zmerna korelacija

T test za korelacijo (SPSS: Analyze $\rightarrow$ Correlate $\rightarrow$ Bivariate) pokaže, da je korelacija statistično značilna od 0 pri stopnji tveganja 0.5%.

ZDRAVSTVO n=11: Pearsonov koeficient linearne korelacije $r=0,463 \rightarrow$ zmerna korelacija

T test za korelacijo (SPSS: Analyze $\rightarrow$ Correlate $\rightarrow$ Bivariate) pokaže, da korelacija ni statistično značilna od 0 pri stopnji tveganja 10%.

NEVLADNE ORGANIZACIJE n=10: Pearsonov koeficient linearne korelacije $r=0,456 \rightarrow$ zmerna korelacija

T test za korelacijo (SPSS: Analyze $\rightarrow$ Correlate $\rightarrow$ Bivariate) pokaže, da korelacija ni statistično značilna od 0 pri stopnji tveganja 10%.

ZA VSE ORGANIZACIJE SKUPAJ n=62: Pearsonov koeficient linearne korelacije $r=0,463 \rightarrow$ zmerna korelacija

T test za korelacijo (SPSS: Analyze → Correlate → Bivariate) pokaže, da je korelacija statistično značilna od 0 pri stopnji tveganja 0,05%.

Vse korelacije pa povedo, da **tiste organizacije, ki v povprečju več uporabljajo timski pristop, v povprečju tudi več uporabljajo medinstitucionalno obravnavo.**

Priloga 15: Spremni dopis

Pozdravljeni!

V prilogi vam pošiljam vprašalnik, na podlagi katerega bi v svoji magistrski nalogi z naslovom **MULTIDISCIPLINARNI PRISTOP IN MEDINSTITUCIONO SODELOVANJE PRI OBRAVNAVI ZASVOJENIH** rada odgovorila oziroma raziskala, zakaj pri obravnavi zasvojenih vedno pogosteje govorimo o tem, da je multidisciplinarna obravnava pri zasvojenih nujna, da je medinstitucionalno povezovanje potrebno, hkrati pa ugotavljamo, da je oboje v praksi težko ali skoraj neizvedljivo.

Ob vsesplošnem pogledu na sodelovanje se zdi, da imamo vse pogoje za uspešno sodelovanje. V začetku sem razmišljala, da bi se tega problema morali lotiti na državni ravni, saj po mojih izkušnjah sodelovanje med posamezniki deluje, ob prebiranju Nacionalnega programa pa ugotavljam, da gredo tudi smernice Nacionalnega programa v to smer. Kje se potem ustavi, da vedno pogosteje slišimo, da medinstitucionalno sodelovanje ni možno in posamezni strokovni delavci ostajajo sami pri reševanju tako kompleksnega problema, kot je obravnava zasvojenosti?

Če govorimo o medinstitucionalnem sodelovanju pri reševanju posameznih družbenih problemov, ki prizadenejo človeka na vseh področjih njegovega delovanja, kar se pri problemu zasvojenosti pojavi pri večini uživalcev drog, moramo upoštevati vse vidike tega problema, tako medicinskega, socialnega in policijskega.

V raziskavi si bomo problem zasvojenosti ogledali z vseh vidikov in potem poskušali pokazati nujnost oziroma potrebo združevanja vseh resorjev pri reševanju tega problema.

Delo bo prispevalo k razjasnitvi problemov, ki nastajajo pri medinstitucionalnem sodelovanju pri reševanju problema zasvojenosti. Smernice za medinstitucionalno povezovanje so namreč znane, vsi resorji pa opozarjajo na težave, ki se pojavljajo pri dejanskem delu.

S primerjavo dobljenih rezultatov pri intervjujih in analizi anket bomo poskušali ugotoviti prednosti in pomanjkljivosti timske obravnave in medinstitucionalnega povezovanja.

Iz dobljenih rezultatov bomo izluščili primere dobre prakse in na podlagi le-teh poskušali oblikovati tudi smernice za vzpostavitev modela timske obravnave pri posameznih primerih, ki bo uporaben za večino strokovnih delavcev, ne glede na to, v kateri instituciji bodo zaposleni.

Da pa bomo vse to lahko izvedli in bodo rezultati prikaz dejanskega stanja, potrebujemo vašo pomoč.

Vljudno vas prosim, da izpolnite priloženo anketo in jo čim prej pošljete na moj naslov:

MELITA ŽONTAR ALI
SESTRANSKA VAS 45
4224 GORENJA VAS

MELITA ŽONTAR
CSD KRANJ
SLOVENSKI TRG 1
4000 KRANJ

Zahvaljujem se vam za sodelovanje in lep pozdrav!

Melita Žontar

Priloga 16 - VPRAŠALNIK

VPRAŠALNIK

1. Kako zasvojeni pride v vašo obravnavo?

	NIKOLI	REDKO	POGOSTO	VEDNO
Lastna želja				
Na pobudo svojcev				
Napoten je iz druge institucije				
Kot posledica ukrepov drugih služb				

2. Na kakšen način se posameznik vključi v obravnavo?

	NIKOLI	REDKO	POGOSTO	VEDNO
Na njegovo pobudo in z njim sklenjenega dogovora				
Na pobudo družinskih članov in s posameznikom sklenjenega dogovora				
Na osnovi izvajanja javnih pooblastil in na tem področju narejenih načrtov o nujnosti vključitve				

3. Način obravnave

	NIKOLI	REDKO	POGOSTO	VEDNO
Individualno				
Timsko				
Medinstitucionalno				

4. Kadar primer obravnavate timsko, katere profile stokovnih delavcev zajema vaš tim?

5. Ali imate za obravnavo zasvojenih organiziran stalni tim?

- Da, stalni člani so(naštej profile:_____)
- Praviloma ne uporabljamo timskega pristopa.
- Timsko zasedbo izbiramo in organiziramo po potrebi.

6. Kateri profil je največkrat nosilec primera?

7. Kater profile v timski obravnavi pogrešate?

8. Zakaj teh profilov v timih nimate?

- Znotraj institucije nimamo zaposlenega tega profila.
- Imamo zaposlen ta profil, vendar je njegov delokrog izven obravnave zasvojenih.

9. V katerih primerih se odločite za medinstitucionalno sodelovanje?

- Pri težjih primerih (navedi primer:_____)
- Kadar so v primer vključeni mladoletni otroci.

- Kadar zasvojeni sam pokaže interes.
- Kadar je ogroženo življenje posameznika ali njegovih družinskih članov.
- Drugo (navedi): _____

10. S katerimi institucijami sodelujete?

ZDRAVSTVO

- Dispanzer za mentalno zdravje
- Centri za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog
- Osebni zdravnik
- Bolnišnice

POLICIJA

SREDNJE IN OSNOVNE ŠOLE

ZAVOD ZA ZAPOSLOVANJE

RAZNA DRUŠTVA IN DRUGE NEVLADNE ORGANIZACIJE (navedite katere):

SODIŠČA

ZAVODI ZA PRESTAJANJE ZAPORNE KAZNI

CENTRI ZA SOCIALNO DELO

11. Ali bi vaše sodelovanje lahko opredelili kot medinstitucionalno obravnavo zasvojenih?

- Da
- Ne
- V posameznih primerih da, drugje pišemo samo poročila, oziroma nam jih posredujejo drugi.

12. Ali v obravnavo posameznega primera vključujete tudi:

	NIKOLI	REDKO	POGOSTO	VEDNO
Družino obravnavanega				

Lokalno skupnost				
Nikogar				
Drugo(navedi: _____ _____)				

13. Kako imate organizirano obravnavo zasvojenih?

- Za to področje je zadolžen en strokovni delavec, posebej usposobljen za to delo.
- V naši organizaciji je en ali več strokovnih delavcev, specializiranih samo za to področje.
- To področje pokriva en strokovni delavec, ki poleg tega izvaja še druge naloge.
- Vsi zaposleni se poleg drugih nalog srečujejo tudi z obravnavo zasvojenih.

14. Ali bi za uspešnost obravnave potrebovali medinstitucionalno sodelovanje?

- Sodelovanje z drugimi institucijami imamo dobro vpeljeno.
- Sami imamo razvit program, ki pokriva vse naše potrebe, tako da ne čutimo potrebe po medinstitucionalnem povezovanju.
- Samo v nekaterih primerih, kjer to tudi organiziramo.
- V medinstitucionalno sodelovanje se vključimo, ko nas drugi povabijo, sami te potrebe nimamo.

15. Na katere težave ste naleteli pri medinstitucionalnem sodelovanju?

- Nepripravljenost drugih institucij za sodelovanje.
- Druge institucije so bile pripravljene sodelovati, vendar nismo mogli uskladiti terminov.
- Druge institucije so bile pripravljene sodelovati, vendar nismo dobili soglasja obravnavanega.
- Nismo imeli težav.
- Težave so se pojavile zaradi različnih pogledov na obravnavo zasvojenosti.
- Različni profili ne znamo najti skupnega jezika.
- Drugo (opiši): _____

15. Ali bi lahko medinstitucionalno obravnavo opredelili kot timsko obravnavo?

	NIKOLI	REDKO	POGOSTO	VEDNO
Da				
Ne				
Običajno sodelujemo v parih (dva strokovna delavca in različnih institucij)				
Da, če že sodelujemo, je vključenih več institucij				
Vključeni sta dve instituciji, ki ju zastopa več strokovnih delavcev				

16. Kaj osebno menite o medinstitucionalnem sodelovanju pri obravnavi zasvojenih?

Vprašalnik izpolnil CSD: _____

HVALA ZA SODELOVANJE!