



preventivna platforma

Skupne pobude na področju alkoholne in tobačne politike ter politike na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji

Inštitut za raziskave in razvoj »Utrip«

Rdeči križ Slovenije

Mladinsko združenje Brez izgovora

in podporne nevladne organizacije

Maj 2014

I. Skupna pobuda na področju alkohola in alkoholne politike

Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA) in Zakon o javnih zbiranjih (ZJZ) – predlagane spremembe in dopolnitve

1. Uvod
2. Predlagani ukrepi
3. Viri

II. Skupna pobuda na področju tobaka in tobačne politike

Pobuda ob glasovanju za strožjo EU direktivo o tobačnih izdelkih

III. Skupna pobuda na področju prepovedanih drog in politike do prepovedanih drog

Zakon o preprečevanju zasvojenosti (ZPZ-1)

1. Problemsko ozadje in utemeljitev
2. Predlogi sprememb

IV. Skupna pobuda vsebinske mreže NVO na temo sprememb in dopolnitev ter načelnih pripomb na predlog Nacionalnega programa na področju prepovedanih drog 2014-2020

1. Poglavje: Preventiva v vzgoji in izobraževanju
2. Načelne pripombe na temo poglavja Preventiva v vzgoji in izobraževanju
3. Načelna pripomba na temo zmanjševanja tveganj in škode v šolskem prostoru
4. Poglavje: Preventiva v družini
5. Revščina, izključenost, socialna neenakost, diskriminacija in stigma
6. Kazenska politika
7. Finančna sredstva za izvajanje nacionalnega programa

I. Skupna pobuda na področju alkohola in alkoholne politike

Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA) in Zakon o javnih zbiranjih (ZJZ) - predlagane spremembe in dopolnitve

1. Uvod

V zadnjih letih se v Sloveniji vse pogosteje pojavlja problem pitja mladoletnih oseb na množičnih prireditvah, kot sta npr. »Ritem mladosti« in »Žur za razlogom«. Brezplačne prireditve privabijo mlade, ki ob takih priložnostih popijejo velike količine alkohola, tako na prireditvi kot (oz. še posebej) pred vstopom na sam prireditveni prostor.

Pitje v mladostništvu pa ima zaradi vpliva na razvijajoče se telo in možgane lahko posledice, ki trajajo celo življenje. Adolescenca je obdobje visoke ranljivosti za učinke alkohola na možgane in kognitivni primanjkljaji zaradi prekomernega pitja alkohola imajo lahko posledice, ki segajo na različna področja (akademsko, delovno in socialno) še v odraslostiⁱ. Alkohol vpliva tudi na razvoj možganov, še posebej v tako kritičnem obdobju, kot je adolescenca. Študije so potrdile, da imajo mladi, ki veliko pijejo, probleme s spominomⁱⁱ, pozornostjo ter hitrim procesiranjem informacijⁱⁱⁱ,^{iv} ter z izvršilnimi funkcijami^v. Zgoden začetek pitja je povezan z večjo verjetnostjo za nastanek zasvojenosti.^{vi} Pitje alkohola pri mladostnikih je med drugim povezano tudi s samomorilnostjo in depresijo^{vii}, nenamernimi poškodbami tako sebe^{viii} kot drugih^{ix}, nasiljem^x ter bolj tveganim spolnim vedenjem^{xi}.

V Mladinskem združenju Brez izgovora so v sklopu aktivnosti v projektu »Preventivna platforma« na letošnjem »Ritmu mladosti« izvedli raziskavo, s katero so želeli ugotoviti povprečno starost obiskovalcev in delež mladoletnih obiskovalcev v povezavi s količino popitega alkohola. Na različnih lokacijah v okolici prireditvenega prostora smo ob različnih urah naključne obiskovalce sistematično povprašali o njihovi starosti in količini popitega alkohola.

Med 18. in 19. uro smo uspeli doseči 143 obiskovalcev, katerih povprečna starost je bila 17,8 let, delež mladoletnih pa je bil 72,0 %. Med 20. in 21. uro je bila povprečna starost 137 obiskovalcev 17,1 let, delež mladoletnih pa je bil 63,5 %. Med 22. in 23. uro pa je bila povprečna starost 99 obiskovalcev 17,7 let, delež mladoletnih med njimi pa je bil 55,6 %. Med 18. in 19. uro je bil delež mladoletnih, ki alkohola niso pili, razmeroma visok – 85,4 %, od tega 92,2 % med dekleti in 74,4 med fanti. Po drugi strani je bil delež mladoletnih, ki so do tiste ure spili 5 ali več meric 1,9 % (1,6 % deklet in 2,6 % fantov). Ta delež se je med 20. in 21. uro povečal že na 18,4 % (14,8 % deklet in 24,2 % fantov), med 22. in 23. uro pa na 30,9 % (23,3 % deklet in 40,0 % fantov). Ob tej uri je bil tako delež mladoletnih, ki niso spili nič alkohola, 29,13 %, torej je dobrih 70 % mladoletnih do takrat že spilo nekaj alkohola, od

tega več skoraj tretjina nad mejo prekomernega opijanja (5 meric), pri čemer je bil delež fantov, ki so tvegano pili, višji od deleža deklet.

Rezultati raziskave so sicer omejeni s samoporočanjem udeležencev o količini popite pijače in neločevanjem med pitjem na prireditvenem prostoru in pred njim, vseeno pa lahko iz njih razberemo neko okvirno sliko o problematiki pitja mladoletnih na množičnih prireditvah. Mladim je alkohol relativno enostavno dostopen. Rezultati raziskave v okviru evropskega projekta »Opolnomočenje družin«^{xii} (»European Family Empowerment«) so pokazali, da najstniki v Sloveniji alkohol največkrat pijejo doma oziroma jim ga ponudijo starši, v slabih 20% pa so mladostniki poročali, da alkohol brez težav kupijo v barih in lokalih. Zabava in prosti čas mladih sta v preteklih letih doživela pomembne spremembe. Masovna raba alkohola med vikendi^{xiii} je nov fenomen z neznanimi vplivi na večino staršev. Ta pojav je sprožil številne odzive med starši, s tem da so nekateri starši začeli prepovedovati otrokom prisostvovanje na dogodkih, kjer je raba zasvojljivih snovi pogostejša (npr. nočne zabave), drugi pa so se odzvali bolj permisivno (npr. prepustili so otrokom odločitev, ali želijo iti ven ali ne, ali bodo pili alkohol ali ne ipd.). Na splošno starši opravičujejo tvegano obnašanje svojih otrok s stereotipnimi argumenti, kot so npr. da je tveganje del odraščanja mladih in da to počne večina mladih. Prosti čas in zabava sta temeljna elementa življenjskega sloga današnje mladine in pogosto kontekst, v katerem razvijajo svojo identiteto in socialni kapital. Čeprav so se ljudje vedno zabavali, so nočno življenje, druženje s prijatelji, zabava in socialno mreženje postali nov fenomen v življenju mladih z nekimi novimi značilnostmi.

Na splošno toleranten odnos družbe do pitja alkohola je možno spremeniti s pomočjo celovite strategije na področju alkohola, kar pa je seveda dolgotrajen proces. Na podlagi že omenjenih aktivnosti in rezultatov raziskav predlagamo še dodatne ukrepe (poleg že pripravljenih skupnih pobud na področju alkoholne politike).

2. Predlagani ukrepi

Predlagani ukrepi se nanašajo na *javne prireditve* na splošno:

- V **Zakon o javnih zbiranjih (ZJZ)** predlagamo umestitev člena, v katerem bi od prirediteljev zahtevali označevanje polnoletnih oseb (npr. posebne vidne/razpoznavne zapestnice) v primeru, da se na prireditvenem prostoru ali v njegovi bližini točijo alkoholne pijače. Ker gre za množične prireditve, bi moral prireditelj zagotoviti več vhodov in redarjev, da bi se izognili preveliki gneči na vhodih in s tem zmanjšani varnosti za obiskovalce. Z označevanjem polnoletnih oseb bi bila ponudnikom pijač omogočena lažja in hitrejša prepoznavna

mladoletnikov. Seveda bi bile za kršenje tega določila (npr. v primeru, da polnoletna oseba svojo zapestnico preda mladoletni osebi; neupoštevanje člena) predvidene denarne kazni.

Vzporedno s tem ukrepom predlagamo dodatne člene v **Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA)**:

- Glede na to, da je alkohol relativno lahko dostopen mladoletnim osebam, predlagamo strožje in bolj dosledno izvajanje ukrepov prodaje in ponujanja alkohola, in sicer na ekspresnih blagajnah v večjih prodajalnah, kjer je nadzor s strani osebja zelo omejen. Poostreni nadzori pa naj bi se izvajali ob posebnih dogodkih (množične prireditve, martinovanje ...), ko je splošno znano, da bo pitje alkohola obsežnejše.
- V 13. členu predlagamo spremembo, po kateri bi morali imeti prodajalci alkoholnih pijač v prodaji vsaj polovico različnih brezalkoholnih pijač, ki so cenovno enake ali cenejše od najcenejše alkoholne pijače (sedanji člen določa »prodajo vsaj dveh različnih vrst brezalkoholnih pijač«).
- V 7. členu predlagamo dodatno alinejo, in sicer: »Prepovedano je posedovanje in pitje alkoholnih pijač pri osebah, mlajših od 18 let.« Kaznovanje v primeru neupoštevanja tega določila bi bilo večstopenjsko: mladoletna oseba bi s strani tiste osebe, ki bi izvajala nadzor najprej prejela opomin, ob ponovnem prekršku bi sledil uraden opomin in obveščanje staršev.
- Prav tako predlagamo prepoved pitja na javnih površinah, ki naj bo v domeni države in ne zgolj lokalnega okolja.
- Vzporedno z vsem naštetim bi bilo potrebno spremeniti določila zakona, s katerimi bi imeli policisti več pristojnosti za ukrepanje v takšnih primerih.

3. Viri

ⁱSqueglia, L., Jacobus, J. in Tapert, S. (2009). The influence of substance use on adolescent brain development. *Clinical EEG and Neuroscience*. 40 (1), 31-38.

ⁱⁱBrown, S.A., Tapert, S.F., Granholm, E. in Delis, D.C. (2000). Neurocognitive Functioning of Adolescents: Effects of Protracted Alcohol Use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 24(2), 164-171.

ⁱⁱⁱTapert, S.F. in Brown, S.A. (2000). Substance dependence, family history of alcohol dependence and neuropsychological functioning in adolescence. *Addiction*, 95(7), 1043–1053.

^{iv}Tarter, R.E., Mezzich, A.C., Hsieh, Y-C. in Parks, S.M. (1995) Cognitive capacity in female adolescent substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 15–21.

^vGiancola, P.R., Shoal, G.D. in Mezzich, A.C. (2001). Constructive thinking, executive functioning, antisocial behavior, and drug use involvement in adolescent females with a substance use disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(2), 215–227.

^{vi} Hingson, R. W., Heeren, T., in Winter, M. R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Archives of pediatrics in adolescent medicine*, 160(7), 739.

^{vii}Groves, S., Stanley, B.H. in Sher, L. (2007). Ethnicity and the relationship between adolescent alcohol use and suicidal behavior. *International Journal of Adolescent Medicine in Health*, 19(1), 19–25.

^{viii}Sindelar, H., Barnett, N.P. in Spirito, A. (2004). Adolescent alcohol use and injury. A summary and critical review of the literature. *Minerva Pediatrica*, 56(3), 291-309.

^{ix}Hingson, R. W., in Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics*, 123(6), 1477–1484.

^xMelzer-Lange, M.D. (1998). Violence and associated high-risk health behavior in adolescents: Substance abuse, sexually transmitted diseases, and pregnancy of adolescents. *Pediatric Clinics of North America*. 45(2), 307-17.

^{xi} Tapert, S.F., Aarons, G.A., Sedlar, G.R., and Brown, S.A. (2001). Adolescent substance use and sexual risk taking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 28(3), 181-189.

^{xii} <http://www.institut-utrip.si/opolnomocenje-druzin-za-ucinkovito-preventivno-delo/>

^{xiii} Hughes, K., Quigg, Z., Eckley, L., Bellis, M., Jones, L., Calafat, A., Košir, M. & Van Hasselt, N. (2011). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention *Addiction*, 106 (Suppl. 1), 37–46. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03316.

II. Skupna pobuda na področju tobaka in tobačne politike

Pobuda ob glasovanju za strožjo EU direktivo o tobačnih izdelkih

Udeleženci *1. evropske mladinske konference o tobaku* (Izola, 15. - 21. september 2013) in *okrogle mize projekta Preventivne platforme* na temo **nove EU tobačne direktive** v Državnem svetu RS (Ljubljana, 20. september 2013) odločno podpiramo hitro sprejetje revidirane Evropske direktive o tobačnih izdelkih, ki bo bistveno zmanjšala uporabo tobaka med mladimi in celostno zaokrožila učinkovite ukrepe za nadzor tobaka v Evropski uniji.

Po seriji strukturiranih debat na konferenci in okrogli mizi, ki so pokrivalo tri glavne teme – tobačno politiko, preprečevanje in opuščanje kajenja ter manipulacijo z marketinškimi prijemi s strani tobačne industrije, smo udeleženci prišli do soglasne odločitve, da moramo tudi mi, predstavniki mladih v Evropi, strokovnjaki in predstavniki vsebinske mreže nevladnih organizacij s področja preventive v Sloveniji, imeti besedo pri tem, kaj bo v novi evropski direktivi o tobačnih izdelkih vključeno:

1. Odločno podpiramo odločitev, da se pri proizvodnji cigaret ne uporablja nikakršne arome ali okusov, saj postanejo zaradi teh tobačni izdelki bolj privlačni, predvsem mladim.
2. Prepričani smo, da je po zgledu Avstralije potrebno uvesti enotno embalažo tobačnih izdelkov skupaj z ustreznimi slikovnimi zdravstvenimi opozorili, ki prikazujejo bolezni in nevarnosti povzročenih zaradi uporabe tobačnih izdelkov.
3. Tobačna industrija naj za embalažo cigaret uporablja le snovi, ki jih je možno v celoti reciklirati, različni izdelki kot so npr. »slim« cigarete, cigarete, ki so usmerjene na določene etične skupine potrošnikov, spol, raso, spolno usmerjenost, starost ali katero koli drugo osebno lastnost, pa naj bodo prepovedani. V primeru kršitve te prepovedi naj se kršitelja oglobi.
4. Promet in prodaja »snusa« naj bo prepovedana po celi Evropi, razen na Švedskem, kjer pa naj bo prodaja pod strogim nadzorom države zaradi nevarnosti tihotapljenja v druge države Evropske unije.
5. Elektronske cigarete je potrebno uvrstiti na seznam zdravil, ki jih lahko predpiše le zdravnik z receptom za pomoč kadilcem pri odvijanju od kajenja. S tem ukrepom bomo omogočili uporabo elektronskih cigaret le pod zdravniškim nadzorom.

Poleg zgornjih ključnih sporočil smo prepričani, da naj revidirana direktiva vključuje tudi ureditev oglaševanja na prodajnih mestih tobačnih izdelkov. Dobre prakse iz tujine, na primer Škotske, dokazujejo, da prepoved oglaševanja tobačnih izdelkov na mestih prodaje zares deluje in ne povzroča motenj prodaje odraslim potrošnikom. Tobačni izdelki bi se morali prodajati v omejenem številu trgovin, kjer bi bili zakriti in ne vidni mladoletnim osebam ter nekadilcem na splošno. Oglaševalske in promocijske dejavnosti tobačne industrije bi bilo potrebno popolnoma prepovedati, s čimer ne bi v nobenem primeru kršili pravice odraslih do izbire, mlade pa bi ščitili pred njihovo izpostavljenostjo. Sponzorstva različnih dogodkov s strani tobačne industrije, predvsem pa tistih pri katerih sodelujejo mladi, je potrebno prepovedati, v primeru kršitev pa je te primere potrebno strogo kaznovati. Poleg tega je nujno potrebno uvesti popolno prepoved prodajnih avtomatov, ki ponujajo tobačne izdelke, saj jih dokazano lahko uporabljajo tudi mladoletne osebe.

Zavzemamo se za omejitev posrednega oglaševanja ali t.i. »product placement« tobačnih izdelkov v filmih in ostalih televizijskih vsebinah, ki promovirajo ali se celo sklicujejo na uporabo tobaka. Take vsebine naj bodo na sporedu šele po 21. uri in z opozorilnim napisom na začetku oddaje ali filma, ki bi obveščal, da televizijska vsebina ponazarja uporabo tobaka. Poleg tega je potrebno v imenu zaščite svobode govora in javnega obveščanja, zagotoviti zaščito medijev ob objavi vsebin o negativnih vidikih tobačne industrije. S tem bomo medije za vselej zaščitili pred grožnjami in tožbami s strani tobačne industrije ali njenih hčerinskih družb.

Ko govorimo o davkih in trošarinah, poudarjamo, da povečanje in harmonizacija obdavčitve tobačnih izdelkov, povečuje prihodke od davkov in trošarin v državno blagajno ter zmanjšuje stopnjo kajenja v Evropi. Ob višanju davkov in trošarin je zelo pomembno, da pristojna ministrstva, predvsem ministrstvo za finance in ministrstvo za zdravje, na tem področju tesno sodelujeta pri vzpostavljanju sistema, ki bi omogočil uporabo trošarin, pridobljenih s strani prodaje tobačnih izdelkov, za podporo programov krepitev zdravja in promocije zdravega življenjskega sloga državljanov.

Direktiva o tobačnih izdelkih je močno orodje, ki lahko zaščiti mlade pred uničujočimi posledicami uporabe tobačnih izdelkov. Zato vam zaupamo, da boste kot predstavniki ljudstva poskrbeli, da bo Evropski parlament hitro prišel do zaključka, ki bo postavil zdravje in varstvo državljanov nad interese industrije, ki s svojim delovanjem proizvede veliko več škode kot koristi na vseh ravneh.

Tokratna revizija direktive o tobačnih izdelkih je bistvenega pomena za prihodnost zdravja vseh mladih v Evropi. Ni nam vseeno, zato želimo biti mladi, strokovnjaki in predstavniki nevladnih organizacij vključeni in prevzeti aktivno vlogo v oblikovanju prihodnosti naše mladine. Da bi še naprej zagotavljali aktivno in trajnostno sodelovanje mladih na tem področju, smo se na zgoraj omenjenem mednarodnem mladinskem srečanju, na katerem smo bili prisotni tudi predstavniki projekta Preventivna platforma, zavezali k ustanovitvi Evropske mladinske tobačne zveze (European Tobacco Youth Network), prek katere bomo dejavno sodelovali pri oblikovanju prihodnosti evropske tobačne politike, področja preventive ter nadzora nad tobakom, hkrati pa predstavljali glas mladih na področju tobačne kontrole v Evropi. Omenjena mreža bo v delo in razprave vseskozi vključevala tudi strokovnjake in predstavnike nevladnih organizacij s področja preventive, saj se zavedamo, da bomo tako še močnejši.

III. Skupna pobuda na področju prepovedanih drog in politike do prepovedanih drog

Zakon o preprečevanju zasvojenosti (ZPZ-1)

1. Problemsko ozadje in utemeljitev

V prvi fazi projekta »Preventivna platforma« smo se z vidika zagovorništva in civilnega dialoga pretežno usmerili v alkoholno in tobačno politiko ter politiko na področju prepovedanih drog, s čimer imamo v Sloveniji nedvomno največ težav (zlasti to velja za alkohol in tobak). V praksi opažamo vse večjo prisotnost tudi drugih oblik tvegane vedenja in (nekemičnih oziroma vedenjskih) oblik zasvojenosti (kot so npr. motnje hranjenja, samopoškodbeno vedenje, zasvojenost z igrami na srečo, športnimi stavami, internetom in računalniškimi ali video igravicami ipd.), tovrstne trende pa kažejo tudi različne raziskave in študije doma in v svetu. V bodoče moramo z vidika strateške in zakonske obravnave več pozornosti nameniti tudi drugim oblikam tvegane obnašanja in zasvojenosti. Osredotočiti se moramo zlasti v promocijo in uvajanje tistih praks na področju preventive, zmanjševanja tveganj in škode, zdravljenja in socialnega varstva, ki upoštevajo več oblik tvegane vedenja hkrati (ne zgolj usmerjenost v eno substanco ali obliko zasvojenosti).

V današnji moderni družbi je področje zasvojenosti dobilo podobo, ki presega zgolj uporabo ali zlorabo alkohola, tobaka in prepovedanih drog ter posledično zasvojenosti z omenjenimi substancami. Klasičnim oblikam zasvojenosti s substancami se je pridružila cela vrsta tako imenovanih nekemičnih oziroma vedenjskih zasvojenosti. Negotovost, tesnoba, strah, bolečina, pomanjkanje ljubezni, nizko samozavest, osamljenost itd. dandanes ljudje vse pogosteje »premagujemo« tudi z različnimi tveganimi vedenji, postopki in rituali, od katerih nekateri postanejo zasvojeni do te mere, da njihova odtegnitev oziroma pomanjkanje povzroči abstinenčno krizo, podobno tisti, ki nastane zaradi alkohola, tobaka ali prepovedanih drog. Med takšne zasvojenosti danes spadajo zasvojenost od interneta, računalniških in video igravic, iger na srečo, športnih stav, samopoškodbenega vedenja, spletne spolnosti (npr. pornografije), hrane (npr. anoreksija, bulimija), dela (npr. deloholizem), ekstremnih telesnih aktivnosti idr.

Skupna značilnost vseh teh zasvojenosti je za posameznika in družbo tvegano in škodljivo vedenje, kompulzivnost (npr. prisilnost in nezmožnost opustiti vedenje kljub temu, da se zasvojeni tveganj in škode zaveda) in abstinenčna kriza. Zasvojenost je tako dandanes postala bolezen z mnogo oblikami, ki lahko prehajajo iz ene v drugo, se med seboj prepletajo in dopolnjujejo do te mere, da težko postavimo meje med še zdravim in »zasvojenim« vedenjem. Še zlasti so te meje zabrisane in težko prepoznavne pri tako imenovanih nekemičnih tveganih vedenjih in zasvojenostih.

Zasvojeni pogosto zbolevajo za različnimi boleznimi, od katerih so mnoge povezane s stresnim načinom življenja. Najpogostejše bolezni, ki jih zasledimo pri zasvojenih so okvare prebavil, bolezni dihal, debelost, povišan krvni tlak, bolezni srca in ožilja, bolezni ženskih spolnih organov in dojk (npr. kronična vnetja in rak na maternici ali dojkah), obolenja ščitnice, različne vrste raka, degenerativne bolezni gibal ter različne (samo)poškodbe. Pri tem se neredko pojavljajo simptomi, za katere ne najdemo vzrokov, kažejo pa na škodljive posledice dolgotrajnega tvegane obnašanja in zasvojenosti.

Kot takšna je zasvojenost vsesplošen kompleksen družbeni, medicinski in individualni problem današnjega časa, ki zahteva ustrezno preventivno delovanje na ravni posameznika, njegovih socialnih

mrež (npr. šole, družine, lokalne skupnosti in delovnega mesta) in skupnosti ter tudi ustrezno zdravstveno, socialno in psihološko obravnavo.

Da bi na ravni preventive, zmanjševanja tveganj in škode, zdravljenja in socialnega varstva dosegli celovito obravnavo področja zasvojenosti, predlagamo javno razpravo in posledično sprejem krovnega zakona o preprečevanju vseh oblik zasvojenosti, ki bo omogočil obravnavo tudi tistih zasvojenih oseb, ki niso vključene v obstoječi *Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (ZPUPD)*. Prizadevanja za preprečevanje drugih oblik tveganih vedenj in zasvojenosti (razen tistih, povezanih z alkoholom, tobakom in prepovedanimi drogami) trenutno ostajajo pretežno nenačrtna, neorganizirana, parcialna, problemsko in sektorsko nepovezana, učinki in rezultati teh posamičnih aktivnosti pa so običajno daleč od želenih.

S predlogom novega zakona želimo pospešiti in povezati strokovna in civilno-družbena prizadevanja ter prizadevanja pristojnih ministrstev in služb na področju preprečevanja zasvojenosti. Obenem želimo omogočiti tudi enakopravno obravnavo številnih sodobnejših in vedno bolj prisotnih novejših oblik tvegane vedenja in zasvojenosti. In to tako z vidika strokovnega razvoja in izvajanja ter (so)financiranja raznolikih programov na tem področju. Predlog upošteva tudi vse predloge in pobude, ki smo jih opredelili v prvi fazi projekta Preventivna platforma in so objavljene v publikaciji *Skupne pobude na področju alkoholne in tobačne politike ter politike na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Publikacija je objavljena na spletni strani projekta: www.preventivna-platforma.si.

Delovni predlog pripravil: Ciril Klajnšček v sodelovanju s projektnimi partnerji

Svoje predloge in pripombe so posredovale naslednje nevladne organizacije:

- Zavod Zvezda, Koper
- Društvo Žarek upanja, Ljubljana
- Sprememba v srcu, zavod za psihoterapijo
- Inštitut za zasvojenosti in travme
- Društvo Up
- Društvo Projekt Človek
- Zveza aktivov svetov staršev Slovenije

Svoje predloge in pripombe so posredovale tudi naslednji strokovnjaki:

- dr. Mirna Macur, Nacionalni inštitut za javno zdravje
- Tanja Breznik, Delovna terapija in psihoterapija Tanja Breznik s.p.

2. Predlogi sprememb

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Ta zakon določa ukrepe za preprečevanje zasvojenosti in obravnavo zasvojenih oseb.

Ukrepe iz prvega odstavka, ki zajemajo informativne, zdravstveno-vzgojne in svetovalne dejavnosti, psihiatrično-medikamentozno zdravljenje, psihosocialno zdravljenje, socialno-varstvene storitve in programe za reševanje socialne problematike, povezane z zasvojenostjo, ter spremljanje stanja, procesov in trendov s področja preprečevanja zasvojenosti, izvajajo pristojna ministrstva v tesnem sodelovanju z akademskimi ustanovami, nevladnimi in humanitarnimi organizacijami ter lokalnimi skupnostmi.

2. člen

Zasvojenost pomeni kronično motnjo v delovanju možganov in ne samo vedenjsko težavo, ki je posledica pretirane uporabe alkohola, tobaka in drugih drog ter drugih tveganih vedenj. Je bolezen z mnogimi oblikami, ki lahko prehajajo iz ene v drugo, se prepletajo in dopolnjujejo. Kaže se skozi nekontrolirano uporabo alkohola, tobaka ali drugih drog ter kronično zasvojenost od nekontroliranih oblik prisilnega vedenja.

Zasvojene osebe so osebe, ki so kronično zasvojene od substanc ali prisilnih vedenj. Če se zasvojena oseba ne zdravi oziroma obravnava na drug primeren način oziroma se ne vključi v proces okrevanja, postane zasvojenost progresivna in lahko povzroči trajne posledice ali prezgodnjo smrt.

Prisilna vedenja so vse oblike nekontroliranega, nezmernega in drugače tvegane vedenja, s katerimi je zasvojena oseba v podobnem stanju zasvojenosti kot v primeru alkohola, tobaka ali drugih drog.

Obravnava zasvojenih oseb obsega psihiatrično-medikamentozno zdravljenje, psihosocialno zdravljenje, socialno-varstveno obravnavo ter reševanje socialne problematike, povezane z zasvojenostjo.

Spremljanje zasvojenosti zajema zbiranje, obdelavo in izmenjavo podatkov o stanju, procesih in trendih na področju uporabe alkohola, tobaka in drugih drog ter drugih nekemičnih oziroma vedenjskih zasvojenosti.

II. UKREPI ZA PREPREČEVANJE ZASVOJENOSTI

3. člen

Država omejuje uporabo alkohola in tobačnih izdelkov, preprečuje in zmanjšuje uporabo prepovedanih drog, preprečuje nekemične oziroma vedenjske zasvojenosti ter skrbi za odpravo škodljivih vplivov na zdravje z ukrepi na področju vzgoje in izobraževanja, zaposlovanja, zdravstvenega in socialnega varstva ter na drugih področjih.

Za uresničevanje nalog iz prejšnjega odstavka Državni zbor Republike Slovenije na predlog Vlade Republike Slovenije sprejme **nacionalni program na področju preprečevanja zasvojenosti** (v nadaljnjem besedilu: nacionalni program), ki določa strategijo preventivnega delovanja, zmanjševanja tveganj in škode, psihiatrično-medikamentoznega zdravljenja, psihosocialnega zdravljenja, socialno-varstvene obravnave ter reševanja socialne problematike, povezane z zasvojenostjo.

Ukrepi na področju javnega zdravja in socialnega varstva zajemajo preventivne programe, programe zmanjševanja tveganj in škode, psihiatrično-medikamentozno zdravljenje in psihosocialno zdravljenje, socialno-varstvene storitve ter programe reševanja socialne problematike, povezane z zasvojenostjo.

4. člen

Komisija Vlade Republike Slovenije za preprečevanje zasvojenosti, ki jo imenuje minister, pristojen za zdravje, pospešuje in usklajuje vladno politiko, ukrepe in programe za preprečevanje zasvojenosti ter pri tem opravlja naslednje naloge.

- predlaga Vladi Republike Slovenije predlog nacionalnega programa in ukrepe za njegovo izvajanje;
- usklajuje medresorske priprave predloga nacionalnega programa;
- usklajuje medresorske predloge proračunskih sredstev, namenjenih programom za preprečevanje zasvojenosti in obravnave zasvojenih, ki se financirajo iz proračuna;
- skrbi za medresorsko usklajevanje za oblikovanje prioritet programov ter nadzoruje in usklajuje njihovo vzpostavitev in razvoj;
- verificira preventivne in socialno-varstvene programe ter programe zmanjševanja tveganj in škode na področju preprečevanja zasvojenosti, ki se (so)financirajo iz proračuna;
- predpiše način verifikacije ter kakovostna merila in standarde za verifikacijo programov na področju preprečevanja zasvojenosti;
- skrbi za mednarodno koordinacijo na področju preprečevanja zasvojenosti ter usklajuje medresorsko sodelovanje pri delu teles in ustanov mednarodnih organizacij in združenj;
- druge naloge, ki jih določi Vlada Republike Slovenije.

V Komisijo Vlade Republike Slovenije za preprečevanje zasvojenosti se imenujejo predstavniki ministrstev, pristojnih za zdravje, socialne zadeve, izobraževanje in šport, pravosodje, notranje zadeve in obrambo, predstavnik Inštituta za javno zdravje Republike Slovenije, predstavnik Socialne zbornice Slovenije, predstavnik Zavoda RS za šolstvo, predstavnika policije in sodstva, predstavniki nevladnih organizacij ter strokovnjaki s področja preprečevanja zasvojenosti.

Komisija Vlade Republike Slovenije za preprečevanje zasvojenosti je sestavljena tako, da vsaj tretjino članov komisije predstavljajo predstavniki nevladnih organizacij in neodvisni strokovnjaki s področja preprečevanja zasvojenosti, ki niso zaposleni na pristojnih ministrstvih in v javnih ustanovah, ki že imajo svoje člane v komisiji.

5. člen

Nacionalni inštitut za javno zdravje opravlja naslednje naloge:

- spremlja stanje in problematiko na področju ponudbe in povpraševanja po alkoholu, tobaku in drugih drogah ter drugih oblik tveganega vedenja in zasvojenosti doma in po svetu;
- spremlja stanje, procese in trende na področju vseh oblik zasvojenosti;
- spremlja problematiko na področju preventivnih dejavnosti;
- spremlja problematiko na področju zmanjševanja tveganj in škode;
- spremlja problematiko na področju na področju psihiatrično-medikamentoznega zdravljenja in reševanja socialne problematike, povezane z zasvojenostjo.

1. Preventivne dejavnosti

6. člen

Preventivne dejavnosti po tem zakonu vključujejo informativne, izobraževalne in vzgojne dejavnosti, programe promocije zdravja in druge dejavnosti, ki dvigujejo kvaliteto življenja in zmanjšujejo tveganja za zasvojenost in njene škodljive posledice. Izvajajo se na različnih lokacijah, vključno z vzgojno-varstvenimi zavodi, šolami, družinami, lokalnimi skupnostmi, lokacijami nočnega življenja, zdravstvenimi in socialnimi ustanovami in drugje, kjer je potrebno.

Vrste preventivnih programov v skladu z nacionalnim programom na posameznih področjih določijo: minister, pristojen za zdravje, minister, pristojen za socialno varstvo, minister, pristojen za izobraževanje in šport, minister, pristojen za notranje zadeve, minister, pristojen za pravosodje, ter minister, pristojen za obrambo.

Pristojna ministrstva v sklopu javnih razpisov financirajo le tiste preventivne programe, ki so znanstveno utemeljeni, vključujejo dokazano učinkovite komponente in so ovrednoteni. Pristojna ministrstva zagotavljajo finančna sredstva in izobraževanje predstavnikov nevladnih organizacij na temo minimalnih kakovostnih standardov, dobrih praks in vrednotenja preventivnih programov.

Za spremljanje in koordinacijo programov in aktivnosti preprečevanja zasvojenosti na lokalni ravni in za izvajanje preventivnih ukrepov občine ustanovijo lokalne akcijske skupine.

Lokalne akcijske skupine se povezujejo v mrežo, finančna sredstva za delovanje mreže pa zagotavlja ministrstvo, pristojno za zdravje.

2. Psihiatrično-medikamentozno in psihosocialno zdravljenje

7. člen

Psihiatrično-medikamentozno zdravljenje zasvojenih poteka v obliki hospitalnih in ambulantnih programov zdravljenja, ki jih potrdi Komisija Vlade RS za preprečevanje zasvojenosti.

Zdravljenje iz prejšnjega odstavka izvajajo fizične in pravne osebe, ki izpolnjujejo pogoje, določene za opravljanje zdravstvenih dejavnosti v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost.

Psihosocialno zdravljenje zasvojenih poteka v obliki programov, ki jih izvajajo za to dejavnost registrirane pravne osebe ter ustrezno izobražene in usposobljene fizične osebe, in ki jih potrdi Komisija Vlade RS za preprečevanje zasvojenosti.

Programi psihiatrično-medikamentoznega zdravljenja in programi psihosocialnega zdravljenja, ki omogočajo reintegracijo oziroma rehabilitacijo zasvojenih oseb s ciljem krepite njihovega zdravja in zdravega življenjskega sloga, se lahko med seboj dopolnjujejo, kadar je to z vidika zasvojene osebe potrebno in koristno.

Programi psihosocialnega zdravljenja, ki dopolnjujejo programe psihiatrično-medikamentoznega zdravljenja, se ravno tako financirajo iz zdravstvenega zavarovanja tudi v primeru, kadar jih izvajajo nevladne organizacije.

8. člen

Za opravljanje ambulantne dejavnosti preprečevanja in zdravljenja zasvojenosti se v okviru mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni organizirajo **centri za preprečevanje in zdravljenje zasvojenosti**.

Dejavnost centrov iz prejšnjega odstavka izvajajo osebe iz drugega odstavka 7. člena tega zakona na podlagi koncesije ali javni zdravstveni zavodi.

Minister, pristojen za zdravje, imenuje koordinacijo centrov za preprečevanje in zdravljenje zasvojenosti, predlaga doktrino in preverja izvajanje doktrine zdravljenja zasvojenosti ter koordinira strokovno sodelovanje centrov za preprečevanje in zdravljenje zasvojenosti.

Sestavo in način dela koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje zasvojenosti podrobneje predpiše minister, pristojen za zdravje.

Za opravljanje hospitalnega in specialističnega ambulantnega zdravljenja Vlada Republike Slovenije ustanovi javni zdravstveni zavod – **Center za zdravljenje zasvojenosti**.

Za hospitalno zdravljenje se štejejo bolnišnična detoksikacija, psihosocio-terapevtska obravnava, podaljšano zdravljenje in zdravstvena rehabilitacija.

3. Socialno-varstvene storitve in programi reševanja socialne problematike, povezane z zasvojenostjo

9. člen

Socialno-varstvene storitve, namenjene preprečevanju in odpravljanju socialnih stisk in težav, povezanih z zasvojenostjo, ki se izvajajo v okviru javne službe, so zlasti selektivna in indicirana preventiva (preventivne storitve za posebno ranljive skupine in posameznike), prva socialna pomoč, osebna pomoč in pomoč družini.

Storitve iz prejšnjega odstavka se izvajajo v skladu z zakonom, ki ureja socialno varstvo, ter po normativih in standardih, ki jih predpiše minister, pristojen za socialne zadeve. Medministrsko sodelovanje za področje socialno-varstvenih storitev in programov reševanja socialne problematike, povezane z zasvojenostjo, se jasno opredeli v Zakonu o socialnem varstvu.

Socialno-varstvene storitve lahko po potrebi izvajajo tudi nevladne organizacije, ki ima za tovrstne storitve usposobljene strokovne delavce, in katerih programe verificira Komisija Vlade Republike Slovenije za preprečevanje zasvojenosti.

10. člen

Programi reševanja socialne problematike, povezane z zasvojenostjo, ki se izvajajo izven okvira javne službe, so strokovno opredeljene celote socialno-varstvenih strokovnih ravnanj, namenjene posamezniku, družinam in skupinam prebivalstva pri odpravljanju socialnih stisk in težav, povezanih z zasvojenostjo. Za programe reševanja socialne problematike, povezane z zasvojenostjo, ki se izvajajo izven okvira javne službe, se lahko štejejo tudi organizirane oblike medsebojne pomoči zasvojenim osebam, njihovih bližnjih ali drugih zainteresiranih oseb.

Programe reševanja socialne problematike, povezane z zasvojenostjo, ki se sofinancirajo iz javnih sredstev, verificira Komisija Vlade Republike Slovenije za preprečevanje zasvojenosti.

11. člen

Kadar Komisija Vlade Republike Slovenije za preprečevanje zasvojenosti meni, da del verificiranega programa za reševanje socialne problematike vsebuje elemente psihiatrično-medikamentoznega ali psihosocialnega zdravljenja, predlaga zdravstvenemu svetu, da potrdi del programa kot del psihiatrično-medikamentoznega ali psihosocialnega zdravljenja zasvojenih. Zdravstveni svet lahko potrdi del programa ter določi, kateri del se šteje za del psihiatrično-medikamentoznega ali psihosocialnega zdravljenja in za kakšno obdobje.

Regionalni koordinator programov socialnega varstva pri centrih za socialno delo skrbi za storitve posredovanja informacij, usmerjanja uporabnikov v pluralne programe pomoči ter načrtovanja podpore in skrbi za posameznika s povezovanjem z nevladnim sektorjem. Izvajajo jih lahko tudi strokovnjaki izven kataloga poklicev, ki sodijo na področje socialnega varstva, če so za to ustrezno usposobljeni.

4. Nevladne organizacije

12. člen

Nevladne organizacije po tem zakonu izvajajo z nacionalnim programom usklajene dejavnosti v sodelovanju z javno službo na področju preprečevanja zasvojenosti.

Dejavnosti nevladnih organizacij lahko zajemajo vzgojno-izobraževalne aktivnosti, preventivne dejavnosti, programe zmanjševanja tveganj in škode, programe vzpostavljanja in vzdrževanja abstinence, psihosocialnega zdravljenja, socialne rehabilitacije in reintegracije, samoorganizirane ali vodene skupine za pomoč in samopomoč ter druge oblike obravnave zasvojenih oseb in njihovih bližnjih v skladu s četrnim odstavkom 2. člena tega zakona in nacionalnim programom iz 3. člena tega zakona.

Dejavnosti iz prejšnjega odstavka lahko nevladne organizacije izvajajo v okviru stanovanjskih skupnosti, dnevnih centrov ter drugih z nacionalnim programom usklajenih oblik dela.

Stanovanjske skupnosti so terapevtske skupnosti, ki opravljajo strokovni terapevtski in rehabilitacijski program, komune s programom, ki temelji pretežno na medsebojni pomoči ter azili s programom, ki temelji pretežno na skupnem bivanju in delu.

Dnevni centri so stacionarna oblika programske organizirane pomoči, v katerega so zasvojeni in njihove bližnje osebe vključene ob svojem vsakdanjem življenju. V njih se izvajajo programi, namenjeni zmanjševanju škodljivih posledic uporabe prepovedanih drog programi odvajanja od vedenjskih oblik odvisnosti ter programi, ki se izvajajo na terenu.

Programi, namenjeni zmanjševanju tveganj in škode, so programi razdeljevanja injekcijskih igel, svetovanja o zmanjševanju tveganj in škode zaradi uporabe prepovedanih drog in drugi programi, namenjeni zmanjševanju tveganj in škode.

Programi, ki se izvajajo na terenu, so programi razdeljevanja informacijskih gradiv, razdeljevanja medicinskega materiala in drugi programi, ki se izvajajo na terenu.

13. člen

Nevladne organizacije iz prejšnjega člena se lahko prostovoljno združujejo v različna **zdrženja ali mrež nevladnih organizacij na področju preprečevanja zasvojenosti**.

Dejavnosti združenj ali mrež nevladnih organizacij so:

- koordinacija skupnih aktivnosti;
- medsebojno povezovanje organizacij članic;
- usklajevanje dejavnosti in programov;
- zastopanje združenj ali mrež nevladnih organizacij pred javnostjo ter državnimi organi, organi lokalne skupnosti in nosilci javnih pooblastil;
- pospeševanje razvoja nevladnih oblik dela z zasvojenimi osebami;
- pridobivanje donacij za nevladne oblike dela z zasvojenimi osebami;
- svetovanje vladnim in drugim službam ter organizacijam;
- pospeševanje strokovnega razvoja in izobraževanja za člane organizacij članic.

5. Spremljanje stanja in trendov zasvojenosti

14. člen

Spremljanje stanja in trendov vseh oblik zasvojenosti poteka v obliki zbiranja, urejanja, obdelovanja in posredovanja informacij o alkoholu, tobaku in drugih drogah ter o vseh nekemičnih oziroma vedenjskih oblikah zasvojenosti in njihovih posledicah. Podatki se zbirajo z namenom zagotavljanja nacionalne informacijske mreže in medresorsko usklajenega zbiranja podatkov ter izmenjave informacij na nacionalni in mednarodni ravni.

Dejavnosti iz prejšnjega odstavka izvajajo pristojna ministrstva, javni zavodi in nevladne organizacije. Način spremljanja na delovnem področju posameznega ministrstva podrobneje predpiše pristojni minister.

Spremljanje zasvojenosti poteka na podlagi predpisov, ki urejajo zbirke podatkov na področju zdravja in socialnega varstva ter v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov.

Za izvajanje dejavnosti iz prvega odstavka tega člena ministrstvo, pristojno za zdravje, organizira informacijsko enoto za zasvojenosti pri Inštitutu Nacionalnem inštitutu za javno zdravje.

V informacijsko enoto iz prejšnjega odstavka se vključujejo vsa pristojna ministrstva, javni zavodi in nevladne organizacije z zbirkami podatkov na področju zasvojenosti, s katerimi razpolagajo.

III. FINANCIRANJE

15. člen

Sredstva za sofinanciranje izvajanja programov preprečevanja zasvojenosti se zagotavljajo iz državnega proračuna.

Sredstva za financiranje delovanja lokalnih akcijskih skupin zagotavlja občina.

Sredstva za izvajanje zdravljenja se zagotavljajo v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.

Sredstva za sofinanciranje socialno varstvenih storitev in programov reševanja socialne problematike, povezane z zasvojenostjo, se sofinancirajo iz državnega proračuna.

Dejavnost nevladnih organizacij se sofinancira iz državnega proračuna, občin in drugih sredstev. Način sofinanciranja nevladnih organizacij je določen s pogoji in kriteriji posameznega uporabnika proračunskih in javnih sredstev v skladu z nacionalnim programom.

Verificirani nevladni neprofitni programi se v obsegu, določenim z nacionalnim programom, od pristojnega uporabnika proračunskih sredstev sofinancirajo v višini najmanj 80% vrednosti programa. Obseg, normative in standarde za odmero priznane višine vrednosti programa določa nacionalni program.

Do sprejema nacionalnega programa določi obseg, normative in standarde minister, pristojen za socialne zadeve, in minister, pristojen za zdravje, v treh mesecih od uveljavitve tega zakona.

Združenja in mreže nevladnih organizacij se sofinancirajo iz proračunskih sredstev Komisije Vlade Republike Slovenije za preprečevanje zasvojenosti.

16. člen

Zasvojeni, vključen v program reševanja socialne problematike, povezane z vsemi oblikami tveganih vedenj in zasvojenosti, ki je financiran iz državnega proračuna in vključuje celodnevno oskrbo, je dolžan prispevati del stroškov za izvajanje programa v skladu s svojimi materialnimi možnostmi, vendar največ v višini cene oskrbnega dne.

Način določitve prispevka iz prejšnjega odstavka določi izvajalec programa.

Nadzor nad določitvijo višine prispevka pri programih iz prvega odstavka tega člena opravlja ministrstvo, pristojno za socialne zadeve.

IV. NADZORSTVO

17. člen

Nadzor nad delom centrov za preprečevanje in zdravljenje zasvojenosti ter psihiatrično-medikamentoznim in psihosocialnim zdravljenjem zasvojenih izvaja ministrstvo, pristojno za zdravje.

Način izvajanja nadzora iz prejšnjega odstavka podrobneje določi minister, pristojen za zdravje.

Za nadzor nad izvajanjem socialno-varstvenih storitev in programov reševanja socialne problematike, povezane z zasvojenostjo po tem zakonu, se smiselno uporabljajo določbe o nadzoru po zakonu, ki ureja socialno varstvo.

18. člen

Upravni nadzor nad zakonitostjo izvajanja tega zakona opravljajo pristojna ministrstva.

V. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

19. člen

Ministri, pristojni za izvajanje tega zakona, sprejmejo izvršilne predpise po tem zakonu v šestih mesecih po uveljavitvi tega zakona.

20. člen

Centri za preprečevanje in zdravljenje zasvojenosti se organizirajo v skladu s tem zakonom v treh mesecih po uveljavitvi tega zakona.

Minister, pristojen za zdravje, imenuje koordinacijo centrov za preprečevanje in zdravljenje zasvojenosti v treh mesecih po uveljavitvi tega zakona.

Javni zdravstveni zavod - **Center za zdravljenje zasvojenosti** se organizira v skladu s tem zakonom v treh mesecih po uveljavitvi tega zakona.

21. člen

Minister, pristojen za zdravje, imenuje **Komisijo Vlade Republike Slovenije za preprečevanje zasvojenosti** v treh mesecih po uveljavitvi tega zakona.

22. člen

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

IV. Skupna pobuda vsebinske mreže NVO na temo sprememb in dopolnitev ter načelnih pripomb na predlog Nacionalnega programa na področju prepovedanih drog 2014-2020

4.1 Poglavje: Preventiva v vzgoji in izobraževanju

Predlagamo spremembo in dopolnitev drugega stavka poglavja, in sicer se po novem glasi:

Vzgojno-izobraževalne ustanove same ne morejo preprečiti rabe drog med otroki in mladostniki, vendar pa lahko vzgojno-izobraževalno delujejo tako, da ob ohranjanju abstinence posameznikov podpirajo tudi doseganje drugih ciljev preventive – **odlaganje morebitne rabe drog na čim poznejše starostno obdobje, preprečevanje prehoda od eksperimentiranja z drogami k redni uporabi ter zgodnje ukrepanje pri morebitni rizični rabi drog med otroki in mladostniki.**

Predlagamo spremembo in dopolnitev sklopa na temo **temeljnih ciljev preventive**, in sicer se po novem glasi:

Temeljni cilj preventive v prostoru vzgoje in izobraževanja je ustvarjanje takih družbenih **(in šolskih)** razmer, ki posamezniku dajejo možnosti za razvijanje življenjskega sloga brez uporabe drog in drugih oblik tveganega obnašanja. Realistično obravnavanje problematike rabe drog v vzgojno-izobraževalnih ustanovah zahteva vključevanje **tudi selektivnih (rizične skupine otrok in mladostnikov) in indiciranih (rizični posamezniki) preventivnih intervencij**, saj ni realno pričakovati ohranjanja abstinence za vse posameznike. Zato si preventiva v vzgoji in izobraževanju prizadeva tudi za to, da bi posameznika, ki ~~se morda bo oziroma~~ se je že odločil za eksperimentiranje z drogami oziroma le-te uporablja na tvegan in škodljiv način, seznanili s tveganji in škodo, ki so s tem povezana **(vendar ne v sklopu univerzalnih preventivnih intervencij, ki so namenjene vsem otrokom in mladostnikom).** Pri tem moramo upoštevati starost in stopnjo rizičnosti ter temu primerno prilagoditi ukrepanje.

Naslednji odstavek se spremeni tako, da se po novem glasi:

Preventivo v vzgoji in izobraževanju tako razumemo kot široko razvejano področje preprečevanja rabe dovoljenih in nedovoljenih drog, ki vključuje tudi spodbujanje psihosocialnega dozorevanja osebnosti otrok in mladostnikov ter razvijanja palete socialnih veščin in vrednostnih usmeritev, ki so v prid zdravju ter progresivni rasti in razvoju, ~~enako kot tudi sestavine zmanjševanja tveganj in škode, povezanih z morebitno rabo drog.~~ Vključiti je treba tudi normativno izobraževanje (spreminjanje napačnih norm med otroki in mladostniki) ter seznanjanje mladostnikov o manipulativnih pristopih novačenja novih uporabnikov s strani legalne (alkoholne in tobačne) ter ilegalne industrije. Iz tako opredeljenega pristopa izhajajo naslednji cilji preventive v vzgoji in izobraževanju: ohranjanje abstinence posameznika, dvig starostne meje ob morebitni prvi uporabi drog, **preprečevanje prehoda od eksperimentiranja k redni uporabi ter zgodnje ukrepanje pri morebitni rizični rabi drog** ~~in zmanjševanje tveganj in škode, ki lahko nastane ob posameznikovi odločitvi za rabo drog.~~ Preventiva tako vključuje abstinentne pa tudi mlade, ki z drogo že eksperimentirajo oziroma jo občasno uporabljajo.

Naslednji odstavek se spremeni tako, da se po novem glasi:

Med vzgojno-izobraževalnimi institucijami je šola še posebej pomemben prostor preventive, saj jo obiskuje velik delež otrok in mladostnikov. Šola je prostor, ki posredno in neposredno sooblikuje izkušnje, stališča, znanje, vrednote in ravnanje učencev v zvezi z drogami. Izobraževanje in različne preventivne dejavnosti lahko zmanjšujejo sprejemljivost drog med otroki in mladostniki ~~in zmanjšujejo tveganja in škodo, ki lahko nastane z rabo drog~~. Ob tem pa je potrebno poudariti, da je strategija preprečevanja rabe drog in **zasvojenosti** od teh in drugih psihoaktivnih substanc integralni del različnih vzgojnih dejavnosti, ki se že izvajajo v okviru vzgojno-izobraževalnega procesa na šoli, obenem pa se znotraj šole izvajajo tudi posebej oblikovane intervencije in programi izven vzgojno-izobraževalnega procesa. ... *(vmesni del ostane enak)* ... To pomeni, da se otroci in mladostniki ne odločijo za rabo drog, tudi kadar se znajdejo v zahtevnih življenjskih okoliščinah, oz. da če po njih kdo poseže, **jih posebej obravnavamo s pomočjo selektivnih in indiciranih pristopov v preventivi ter zgodnjimi intervencijami sledijo cilju varne rabe**. Zato velja, da vzgojno delovanje šole, ki vzpostavlja odgovorne posameznike, deluje hkrati preventivno s preprečevanjem nezaželenih ravnanj med učenci tako tudi pred rabo drog.

Naslednji odstavek se dopolni, in sicer se po novem glasi:

Poleg preventivnih programov za učence je potrebno razviti programe za starše, ki ne vključujejo le vsebin v zvezi z zasvojenostjo, temveč tudi o razvoju in vzgoji otrok ipd. **V programe za starše je treba vključevati tudi pridobivanje in krepitev veččin staršev, da otrokom in mladostnikom dovolj zgodaj postavijo jasna (stroga) pravila glede uporabe alkohola, tobaka in drugih drog ter jih skozi celotno obdobje zadnje triade osnovne šole in v srednji šoli spodbujati, da čim dlje vztrajajo pri vzpostavljenih pravilih.**

Naslednje poglavje **Preventiva v šoli** se prekriva s prejšnjim poglavjem in ju je treba smiselno združiti brez nepotrebne ponavljanja. Kljub temu imamo na poglavje Preventiva v šoli naslednje predloge sprememb in dopolnitev:

V drugem odstavku predlagamo naslednje spremembe in dopolnitve, in sicer se odstavek po novem glasi:

Sledimo naslednjim ciljem preventive: ohranjanje abstinence posameznika, dvig starostne meje ob morebitni prvi uporabi drog, **preprečevanje prehoda od eksperimentiranja k redni uporabi ter zgodnje ukrepanje pri morebitni rizični rabi drog in zmanjševanje tveganj in škode, ki lahko nastane ob posameznikovi odločitvi za rabo drog**. Obravnava problematike rabe drog in odvisnosti vključuje obravnavo rabe dovoljenih in nedovoljenih drog, in je sestavni del veljavnega učnega programa. Učitelji lahko posamezne učne cilje dosežejo tudi s pomočjo obravnave vsebin s področja rabe drog. ~~Otrokom in mladostnikom morajo rabo drog pojasniti z vidika različnih strok (antropologije, sociologije, filozofije, zgodovine, biologije, kemije ...).~~ Preventivne vsebine so lahko tudi del posebej oblikovanih intervencij in programov, ki jih na šoli izvajajo zunanji izvajalci (centri za socialno delo, svetovalni centri za otroke in mladostnike, zdravstveni domovi in nevladne organizacije).

Predlagamo naslednjo spremembo v prvi alineji v tem poglavju:

- Na podlagi **minimalnih kakovostnih standardov**, ki jih bo oblikovala ekspertna skupina, ki jo bo imenovala Komisija za droge Vlade RS na podlagi te resolucije in akcijskega načrta, ki mu sledi, bo oblikovan indikativni seznam preventivnih projektov in programov – primerov dobre prakse, ki bodo priporočeni šolam za izvajanje s strani zunanjih akterjev za njihove učence.

4.2 Načelne pripombe na temo poglavja Preventiva v vzgoji in izobraževanju

Na temo poglavja **Preventiva v vzgoji in izobraževanju** imamo nekaj konkretnih načelnih pripomb, ki bi jih po našem prepričanju morali nekako vključiti v besedilo nacionalnega programa (lahko kar z vključitvijo celotnih ali posameznih delov zapisanih odstavkov spodaj):

1. Predšolsko obdobje je preveč zapostavljeno, večina preventivnih programov se izvaja v osnovnih šolah, takrat pa je družinska dinamika že postavljena. Otroci pridejo v šolo že z določenimi veččinami in prepričanji, v šoli se samo še izoblikujejo. Več poudarka bi moralo biti na zgodnejši preventivi, na odgovornem starševstvu. V tem primeru niso ciljna skupina otroci, ampak starši. Tako bi morali bolj specificirati delavnice, da bi bile hkrati preventivne in hkrati vzgojne. Bolj bi morali delati na prepoznavanju in prevzemanju odgovornosti staršev. Preventiva se v razvitih državah vse bolj širi na področje predšolske vzgoje in na populacijo otrok pred vstopom v osnovno šolo. V vrtcih in osnovnih šolah bi morala biti kakovostna in strukturirana preventiva obvezna. Vzgojitelji in učitelji bi morali imeti na voljo ustrezna usposabljanja, opolnomočenje, (samo)krepitev in druga orodja (npr. ustrezna gradiva in priročnike), ki bi omogočala kakovostno preventivno delo.
2. Potrebno bi bilo narediti zgodnji pregled («screening») rizičnih skupin otrok. Rizična skupina so otroci ločenih staršev, otroci staršev, ki so ali še vedno uporabljajo droge, otroci, ki se srečujejo z nasiljem v družini, zlorabljeni otroci, osipniki itd. Ti otroci so bolj ranljivi in so izpostavljeni večjemu tveganju glede uporabe drog. Pri tem bi morali imeti podporo in vzpostavljeno sodelovanje s centri za socialno delo, zdravstvenimi domovi in vzgojno-izobraževalnimi ustanovami. Starše je vse prevečkrat strah priznati, da imajo v družini problem. Ali da so sami zasvojeni z drogami oziroma so zasvojeni njihovi otroci. Priznajo in odprejo se šele takrat, ko vidijo, da imajo tudi drugi probleme, zato je potrebna podpora staršem in celotni družini. Starši ponavadi naredijo korak naprej šele takrat, ko jim država zagrozi, npr. center za socialno delo predlaga ukrep zaščite otroka z odvzemom. Potrebna je tako imenovana hitra intervencija, da se hitro prepozna tiste, ki izstopajo v vedenjski problematiki. V Združenih državah Amerike obstajajo določena pravna sredstva sodišč, ki jim dajejo možnost, da v določen družinski preventivni program vključijo celotne družine, npr. za tri mesece. Velik odstotek ljudi je, ki to izkoristi. Ali je morda to prevelika prisila?!
3. Kako učiti mlade zdravega življenjskega kroga ali celo zdrave zabave? Otroci so pogosto prepuščeni sami sebi in na svoj način silijo v odraslost. Nihče jih ne motivira in jim ne nudi alternativnih oblik zabave ipd. brez tveganj in škodljivih posledic. Ljudske univerze in sorodne ustanove (tudi nevladne organizacije) bi lahko naredile več na lokalnem območju ter izvajale predvsem alternativne (neformalne) izobraževalne programe. Pogosto so ovire v pomanjkanju (so)financiranja takih dejavnosti. Izjema je program PUM (Projektno učenje za mlajše odrasle), ki ima dobro izdelane preventivne strategije za populacijo osipnikov, vendar daleč premalo pokriva vse obstoječe nacionalne potrebe. Pomembno je, da se otroci srečujejo, ne samo v lokalih, ampak tudi na kakšnih filmskih večerih, športnih aktivnostih, ustvarjalnih delavnicah; po svoji izbiri in na lastno pobudo.

-
4. Problem je tudi ta, da na področju preventive ni nacionalnega koncepta oziroma konsenza in stvari ne funkcionirajo dobro (zlasti ne na relaciji pristojnih ustanov na področju izobraževanja in zdravja). Imamo veliko izobraženih ljudi, vendar so za izvajanje preventive največji problem finance in površno spremljanje novih strokovnih dognanj ter smernic in kakovostnih standardov na področju preventive s strani tistih, ki izvajajo preventivne dejavnosti. Novi programi večkrat ne pridejo do denarja iz razpisa, čeprav so dobro zastavljeni. Stari, nekateri že zastareli in neučinkoviti, pa dobijo finančna sredstva brez ustreznega vrednotenja in rezultatov. Če bi lahko spremenili vsaj nekaj na tem področju, bi naredili veliko. Predvsem je treba v primeru preventivnih programov, ki jih izvajajo nevladne organizacije, opredeliti, kateri vladni resor je pristojen, da jih strokovno verificira ter zagotovi redno (so)financiranje zgolj dokazano učinkovitih ter dobro strukturiranih in ovrednotenih programov.

4.3 Načelna pripomba na temo zmanjševanja tveganj in škode v šolskem prostoru

Na več mestih v svojih predlogih smo predlagali umik navedbe: ... »**zmanjševanje tveganj in škode**, ki lahko nastane z morebitno rabo drog med otroki in mladostniki« in podobno. Glede tega želimo strokovno pojasniti, zakaj razmišljamo tako:

V Sloveniji je kar nekaj ustanov ali organizacij (zlasti nevladnih), ki v šolskem prostoru in drugje izvajajo aktivnosti zmanjševanja tveganj in škode (oziroma t. i. »harm reduction«), za katere menimo, da v šolski prostor nikakor ne sodijo (zlasti ne v obliki univerzalnih preventivnih pristopov s celotno populacijo učencev ali dijakov). Zakaj? Definicija termina »harm reduction« oz. »zmanjševanje tveganj in škode« je v stroki več ali manj jasna in nedvoumna ter se ga pogosto hote ali ne hote napačno uporablja. Da ne bi navajali zgolj definicij EMCDDA (ki so absolutno relevantne), lahko kot argument navedemo definicijo »harm reduction«, ki jo uporablja IHRA (ugledna mednarodna organizacija na področju zmanjševanja škode). Tudi oni dokaj jasno ločujejo »harm reduction« intervencije od preventive, in to je nedvoumno razvidno iz prvih nekaj odstavkov njihove definicije (npr. *»reduce the harms associated with the use of psychoactive drugs in people unable or unwilling to stop«, »focus on people who continue to use drugs« in »based on the recognition that many people throughout the world continue to use psychoactive drugs despite even the strongest efforts to prevent the initiation or continued use of drugs«*).

Morda je včasih res, da v primeru, ko želimo pomagati ljudem, definicije niso tako zelo pomembne. Vendar pa po drugi strani, ko debata poteka na neki strokovni ravni oziroma se nekateri koncepti zapišejo v nacionalni program, takrat pa moramo natančno vedeti, o čem se pogovarjamo, kakšna so osnovna strokovna izhodišča in tudi definicije, sicer lahko pogosto prihaja do napačnih interpretacij in slabe volje med strokovnjaki in strokovnimi delavci, ki delujemo tako na področju preventive kot tudi zmanjševanja tveganj in škode.

Ravno tako je treba vedno imeti v mislih morebitne kontroverznosti pri razvoju lastnih ali prenašanju tujih praks s področja preventive ter zmanjševanja tveganj in škode, zlasti tistih, ki jih želimo vpeljati v šolski prostor (npr. kar je morda z vidika ene (npr. prometno-varnostne) politike dobro, ni nujno tudi z vidika druge (npr. politike na področju javnega zdravja). Pri tem moramo ravnati skrajno previdno in ne puščati strokovnih dvomov, saj so nenazadnje v šolskem prostoru vpleteni otroci, ki nimajo možnosti in znanja, da bi se neučinkovitim ali škodljivim praksam uprli. Za vsako morebitno kontroverzno aktivnost moramo imeti na voljo dovolj znanstvenih dokazov ter rezultatov vrednotenja učinkov na končno ciljno populacijo v nekem daljšem časovnem obdobju, da vnaprej preprečimo morebitne nesporazume in strokovne konflikte, ki se hote ali ne hote porajajo tudi v Sloveniji.

V šolskem prostoru lahko uporabimo celo paleto različnih preventivnih intervencij namesto prenatrženih pristopov zmanjševanja tveganj in škode, vendar se jih žal prereditko poslužujemo. To so zlasti učinkoviti pristopi selektivne in indicirane preventive. Še preden začnemo razmišljati o pristopih zmanjševanja tveganj in škode, pa imamo seveda v skrajnih primerih na voljo tudi t. i. zgodnje intervencije v primeru tistih otrok in mladostnikov, ki kažejo očitne znake tveganega in škodljivega pitja alkohola ali uporabe prepovedanih drog.

4.4 Poglavlje: Preventiva v družini

Predlagamo dodaten odstavek v tem poglavju:

- Razviti je treba programe in intervencije hitrega odkrivanja in ukrepanja v primerih zlorabe drog v družini pri starših oziroma skrbnikih. Šole, centri za socialno delo in ostale pristojne ustanove morajo tesno sodelovati pri obravnavi takih družin, pri ukrepih in informiranju o storitvah ter timsko sodelovati tudi z nevladnimi organizacijami s ciljem preprečiti zlorabo otrok in zaščititi otroke ter pomagati celotni družini.

4.5 Revščina, izključenost, socialna neenakost, diskriminacija in stigma

Zlasti v času finančne krize se nam zdi zelo pomembno, da se tudi v nacionalni program na področju prepovedanih drog 2013-2020 vključi tematike, kot so revščina, izključenost, socialna neenakost, diskriminacija in stigma ter njihovo učinkovito preprečevanje.

Predlagamo, da se v nacionalni program vključi novo poglavje **Revščina, izključenost, socialna neenakost, diskriminacija in stigma** z naslednjim tekstom ali pa se glede na vsebino predlagan tekst vnese v drugo obstoječe primerno poglavje:

Revščina, izključenost, socialna neenakost, diskriminacija in stigma so pojmi, ki bi morali biti v polnosti upoštevani v politikah zmanjševanja povpraševanja po drogah. Več problematične uporabe drog je med posamezniki, ki nimajo dokončane izobrazbe, so brezposelni in brezdomci. Socialno-ekonomsko izključenost povezujemo z zasvojenostjo od drog in ne z uporabo drog.

Vemo tudi, da imajo države z večjo socialno kohezijo in nižjo socialno neenakostjo manj problematičnih uporabnikov drog. Socialna neenakost in revščina postajata vse večji problem, s katerim se bodo mnogi posamezniki soočali v času rehabilitacije in socialne reintegracije, vključno z dolgotrajnim ciljem ozdravljenja (zagotovitev čim boljšega fizičnega in duševnega zdravja ter soudeležnost v vlogah in odgovornostih v družbi). Poleg medicinskega zdravljenja reintegracija vključuje še zadovoljevanje širših posameznikovih socialnih potreb (npr. zaposlitev, reševanje stanovanjskega problema, aktivna udeležnost v družbenih dejavnostih).

Zato je potrebno zagotavljanje:

- strategij in finančnih sredstev, ki bodo pomagale preseči socialno, zdravstveno ali ekonomsko neenakost, stigmatizacijo in diskriminacijo, kar posebej velja za posameznike znotraj ranljivih skupin (otroci, mladi, ženske); in
- učinkovitih preventivnih programov na selektivni in indicirani ravni.

4.6 Kazenska politika

Predlagamo, da se v poglavje **Kazenska politika** smiselno doda naslednji tekst:

Država mora prizadevanja na področju kaznovalne politike preusmeriti od kaznovanja k zagotavljanju informacij o pomoči, svetovanju in zdravljenju (če je potrebno), zlasti v primerih posedovanja manjše količine droge za lastno uporabo.

Vpletenost v kazenske postopke ne pomeni finančne obremenitve le za posameznika, temveč tudi za širšo družbo, glede na to, da je v proces vključena policija in zakonodajni organi. Za posameznika, ki se večkrat znajde v takšnih postopkih, se s tem poveča socialna izključenost, vključno z zmanjšanjem zaposlitvene možnosti.

Uporabnikom drog je potrebno:

- ponuditi učinkovito pot do (o)zdravljenja vsakič, ko se znajdejo v postopku kaznovanja;
- zagotoviti lahek dostop do programov zgodnje intervencije v primeru rizične uporabe drog, katerih učinkovitost temelji na strokovnih dokazih in so lahko podlaga za uspešno (o)zdravljenje in prenehanje z uporabo drog.

Pristojna ministrstva bodo spodbujala dobre prakse v vladnem in nevladnem sektorju, ki bi pripomogle k spremembam sistema: od kaznovanja k pomoči na poti do (o)zdravljenja.

4.7 Finančna sredstva za izvajanje nacionalnega programa

Načelna pripomba

Večina nevladnih organizacij na področju preprečevanja zasvojenosti v Sloveniji se sooča z negotovim financiranjem programov, ki jih izvajajo, zato lahko rečemo, da je obstoj in delovanje nevladnega sektorja vedno znova velik izziv. Financiranje določenega števila preventivnih programov iz javnih razpisov do določene mere omili omenjene težave s financiranjem, vendar še vedno lahko govorimo o problemu preživetja, s katerim se sooča večina NVO na tem področju. Poleg tega so sredstva neenakomerno razporejena med tiste programe in aktivnosti, ki dokazano učinkujejo in so ovrednotene, ter tistimi, ki ne dosegajo niti najmanjše kakovostne standarde na področju preventive (medijska odmevnost in razširjenost sta najpogosteje najpomembnejša kriterija za občutno večje sofinanciranje, ne pa kakovost, učinki in rezultati določenega programa).

Predlog dopolnitve

Predlagamo, da se v poglavje **Finančna sredstva za izvajanje nacionalnega programa** smiselno doda naslednji tekst:

Pristojna ministrstva bodo nevladnim organizacijam zagotavljala:

- redno večletno koriščenje finančnih mehanizmov za delovanje NVO v okviru nacionalnih mrež (npr. projektno ali vsebinsko sodelovanje večjega števila NVO);
- bistveno večje (so)financiranje v primeru doseganja višjih kakovostnih standardov in ustreznega vrednotenja učinkov in rezultatov; ter
- (so)financiranje aktivnega povezovanja na evropski in mednarodni ravni (npr. zagotavljanje deleža sredstev v primeru črpanja evropskih sredstev).