

Droge v diskurzu zaporov

POGLED OD ZUNAJ

Zapori v današnji obliki so relativno sodoben družbeni fenomen z manj kot dvestoletno zgodovino. Pred tem kaznilnice različnih oblik in tipov praviloma niso služile kaznovanju za storjeno pravno regulirano dejanje. Namenjene so bile bolj "treznjenju preveč opitih posameznikov" ali pa so obtoženi občasno v njih čakali na sojenje (Giddens: 186–190). Sodobni zapori so nastali iz tako imenovanih delovnih taborišč (*workhouses*) ob prehodu iz fevdalne v industrijsko družbo, ki je mnoge najemne delavce na kmetijah spravila ob delo, tako da so postali berači in klateži. V ta taborišča so nameščali tudi drugo populacijo, ki ni imela nobenega skrbnika zunaj: telesno in duševno bolne, stare. V osemnajstem stoletju se je, med do tedaj precej identičnimi institucijami (zapori, azili in bolnišnice), izvedla diverzifikacija. Prepričanje, da je odvzem prostosti najučinkovitejša oblika preprečevanja kriminala, je postalo prevladujoče. Vloga zapora je na splošno torej dvojna: kaznovanje storilcev kaznivih dejanj in zaščita prebivalcev pred njimi. Zapori imajo dve ključni nalogi: prva izhaja iz vloge zaporov in se nanaša na nadzor kaznjencev in varnost državljanov, druga pa temelji na načelih obravnave zaprtih oseb.¹ Sem spadajo različne pedagoške, psihološke, socialne in zdravstvene aktivnosti (Anika Snare: 1–2), ki naj pripeljejo do sprememb vedenja kaznjencev, da bodo ustrezali napisanim in nenapisanim pravilom družbene prezentacije. Izolirano in neprostoVOLjno izbrano okolje s svojimi lastnimi pravili in regulativami naj torej pripomore k resocializaciji in rehabilitaciji posameznikov? Številna empirična dejstva kažejo povsem nasprotno rezultate.

¹ Foucault (1984: 9–13) postavlja spremenjeno percepcijo funkcije kaznovanja v drugo polovico 18. stoletja, ko nastane ideja "spreminjanja" obsojenih, s čimer naj bi se dokončno odpravila fizična bolečina – mučenje in maščevanje. V tem obdobju nastanejo ideje človečnosti kaznovanja. Tako je od začetka 19. stoletja kazensko zapiranje dobilo veljavo najbolj civilizirane in neposredne oblike vseh kazni. Zajemalo je hkrati odvzem prostosti in spreminjanje obsojenih. Družba je tako zapovedala zaporu funkcije, v okviru katerih naj bi deloval. Foucault pripiše zaporu naslednje funkcije: kaznovanje, nadzorovanje, spreminjanje, razvrščanje in stigmatiziranje.

Zapornikom ni samo odvzeta prostost, temveč so ob svoj zaslužek, ob stike s svojim socialnim okoljem, družino, heteroseksualne spolne odnose, osebne predmete itd. Poročila in raziskave iz vsega sveta govorijo o prenapolnjenosti zaporov, kar prinaša nova tveganja in grožnje. Številne bolezni, v zadnjem času zlasti tuberkuloza, hepatitis ter HIV dodatno in bolj neposredno ogrožajo zapornike. K temu je treba dodati še strog zaporniški režim in sankcije v primeru kršenja pravil.

Iz zapisanega je lahko potegniti sklep, da zapor objektivno ne morejo pomembno pripomoči k bolj družbeno prilagojenemu po prestani kazni. Življenje v zaporu kot tudi norme in vedenja ter ravnanja so povsem drugačne od tistih zunaj njega. Posameznik se v pogojih totalne institucije prisilno adaptira tako na pravila institucije kot na tista med zaporniki. Med slednjimi vlada hierarhija in hoten ali nehoten "prenos različnih znanj" tudi na manjvešče ali nevešče zapornike. Tako tudi ni presenetljiva velika stopnja povratništva. V Veliki Britaniji se več kot 60 odstotkov moških v štirih letih po odpustu ponovno znajde v zaporu (Giddens: 1997). Verjetno je dejanski odstotek storilcev kaznivih dejanj še višji, saj vseh, ki ponovno storijo nedovoljeno dejanje, ne odkrijejo. Kot smo videli, zapor praviloma nimajo – in ne morejo imeti – pomembne rehabilitativne in resocializacijske vloge. Mnogokrat so zapor celo kot "visoka šola kriminala". Mogoče je, da imajo zapor zaradi nevzdržnih življenjskih razmer za ljudi določeno širšo preprečevalno funkcijo (*deterrent effect*). Če so razmere bivanja v zaporih slabe, to lahko komu prepreči storiti kaznivo dejanje, po drugi strani pa slabe razmere v zaporu še zmanjšajo morebitnega tretmajskega uspeha. Ta navidezna kontradiktornost je razrešljiva na načelni ravni. Zapor je kot oblika kazni morda ustrezen za storilce najhujših kaznivih dejanj. Kaznovanje pa je problematično takrat, ko ni usmerjeno zoper "zločine", temveč zoper razmeroma majhna kazniva dejanja in zoper osebe, ki so zaradi svoje statusne, socialne, etnične, prostorske ali kakšne druge determiniranosti posebej izpostavljeni represivnim strukturam. Dobršen del zaporniške populacije tvorijo v zadnjih letih, na primer, storilci kaznivih dejanj, povezanih z drogami.

Foucault (1984: 261–264) artikulira kritiko, ki se nanaša na učinkovitost zaporov v naslednjih točkah:

- Zapor ne zmanjšuje obsega kriminalnosti.
- Zapiranje povzroča povratništvo; ko pride človek iz zapora, ima več možnosti, da se vanj vrne, kakor prej.
- Zapor neogibno dela prestopnike s svojo specifično vrsto vsiljenega življenja, ki ga zaporniki morajo živeti.
- Zapor spodbuja organiziranje okolja prestopnikov, ki so med seboj solidarni, hierarhizirani in pripravljeni na sleherno prihodnje povezovanje.
- Socialne okoliščine (stalno bivališče in zaposlitev) jih usodno obsojajo na povratništvo.

– Nazadnje pa zapor dela prestopnike še posredno – tako, da potisne v bedo zapornikovo družino.

Po vsej tej neučinkovitosti delovanja totalne ustanove se postavlja vprašanje njenega obstoja in delovanja. Kanduč (1993: 17) na to vprašanje odgovarja, “da se je zapor kot institucija ohranil pri življenju zgolj zaradi lastne inercije, nesmiselne in toge prisile načela ponavljanja”.

ZAPOR IN DROGE

Zapori so v tako rekoč vseh državah prenapolnjeni (glej tabelo 1). Bivanje v njih je stresno, sovražno in pogosto nasilno. Med zaporniki se najštevilnejši tisti iz nižjih družbenih slojev in iz marginaliziranih socialnih in etničnih manjšin. Zlasti uporabniki drog² so med najbolj reprezentiranimi socialnimi skupinami v zaporih. Ti so v zaporih pogosto statusno najnižje rangirana skupina. Drugi zaporniki jih krivijo za dodatne in vedno nove preiskave in večji nadzor.

DRŽAVA	ŠT. ZAPOROV	ŠT. ZAPORNIKOV	% UPORABNIKOV DROG
Estonija	9	4387	13
Francija	187	53000	32
Grčija	28	7280	36
Irska	15	2700	52
Malta	1	240	47
Nizozemska	39	12553	50
Portugalska	53	14598	53
Ruska federacija	–	–	66
Španija	–	38365	50
Slovaška republika	18	7102	7
Velika Britanija	132	65298	48

Tabela 1: Zaporska statistika nekaterih evropskih držav (Drug use in prison, 2000)

² Kot lahko vidimo v tabeli 1, so ocene števila uporabnikov drog zelo različne. Temu botruje v veliki meri nepo- enotena terminologija oz. definicija “uporabnika drog”. V vseh državah članicah EU sicer poročajo o številnih težavah, povezanih z rabo drog, jasne definicije subjekta pa ne elaborirajo. Najbolj pogosto definira uporabnika drog v zaporu dolžina/stalež, ki jo posameznik preživi na drogi, in pa vrsta drog, ki jo uporablja (Stoever 2001). Neuskkljena terminologija povzroča zlasti težave pri epidemiološkem primerjanju podatkov. Pri opredeljevanju so ključne dileme: kdo definira problem, ali je to zaporniški zdravnik, drugo osebe ali pazniki, ali pa gre za samodefiniranje zapornika, pri čemer je pomembno, komu se je ta oseba predstavila kot taka. Nadalje je pomembno, kaj je osnova definicije: kršenje zakonodaje, ki se nanaša na droge, ali pa druga kazniva dejanja, storjena za financiranje življenjskega sloga z drogami. Kot je bilo že omenjeno, je dilema tudi pri vrsti in količini drog: Ali gre za rabo kanabisa ali opiatov, kokaina ali za rabo različnih drog hkrati, tudi alkohola, ki je v zaporih prepovedan? Časovna dinamika rabe drog je tudi pomembna, ali gre za enkratno dejanje, redno ali občasno rabo; pred prestajanjem kazni ali v zaporu; za kakšen način rabe drog gre: injiciranje, kajenje, njuhanje? Faza v karieri uporabnika, v kateri se nahaja, je tudi pomembna za definicijo. Dodatne težave nam lahko povzročajo opredelitve, ali gre za: ozdravljenega nekdanjega uporabnika, samoozdravljenega nekdanjega uporabnika, osebo, ki je že dlje časa brez drog, ali npr. za nekoga, ki z drogami šele eksperimentira?

Število zapornikov se ni drastično povečalo le v evropskih državah.³ Po vsem svetu je danes v zaporih več kot osem milijonov ljudi, od tega približno polovica le v treh: Kitajski, Rusiji in ZDA. Prvi dve imata vsaka milijon ljudi v zaporih, medtem ko je v ZDA v zaporih skorajda dva milijona oseb. Raba drog je glede osnovnih epidemioloških značilnosti (socialno deprivilegirana populacija uporabnikov, vrste drog, načini uporabe – pri teh prihaja do verjetno največjih odstopanj v smeri večjega tveganja v zaporih zaradi manjših in slabših sredstev in možnosti) podobna tisti zunaj zaporov. Govorimo lahko, da so zapori brez drog iluzija in da so v nekaterih evropskih ter ameriških zaporih neuporabniki drog že manjšina.

Po navedbah ameriškega ministrstva za zdravje (2001) ima v njihovih zaporih okrog 80 odstotkov ljudi resne težave z drogami.⁴ Konec leta 1999 je bilo v ZDA 6,3 milijona odraslih ljudi vključenih v katerega izmed represivnih sistemov: zapori, pogojne kazni ali druge oblike alternativnega kaznovanja. Od dveh milijonov zapornikov je zaradi drog kaznovanih četrtnina. To število presega celotno evropsko zaporniško populacijo, ki je 350.000, pri tem, da je prebivalcev Evropske unije približno 100 milijonov več. Stroški, ki jih je ameriška vlada in zvezne države v letu 2000 namenila delu zaporniškega sistema, ki zajema zgolj nenasilne storilce kaznivih dejanj, povezanih z drogami, so znašali 9,4 milijarde dolarjev (Stoeber, 2001).

Obravnava uporabnikov drog v zaporih je kompleksna in zlasti za same uporabnike še dodatno tvegana zadeva. Posedovanje drog je prepovedano in sankcionirano. Posameznik, pri katerem so odkrite droge, tudi če je raba drog zaznana v testih, izgubi različne ugodnosti: prosti izhodi, prepoved obiskov, strožja kontrola, šikaniranje tako s strani osebja zapora kot drugih zapornikov, izolacija. Zapori naj bi po eni strani vsem zagotavljali varnost, po drugi pa naj bi nudili tudi pomoč tistim, ki jo potrebujejo. V primeru zaporov je iskanje pomoči za zapornika, ki ima težave, povezane z rabo drog, lahko dvorezen meč, saj se s tem svojim dejanjem razkrije in izpostavi. Tudi to je eden izmed razlogov za precejšnjo tabuizacijo in prikrivanje rabe drog. Hkrati pa problem odpira nova vprašanja etične, strokovne, kulturne in politične narave.

Proizvodnjo, posedovanje in promet z drogami ureja zakonodaja. Tudi represivni organi v Sloveniji opozarjajo, da se v zadnjih letih povečuje število prekrškov, povezanih s posestjo drog, in kazenskih dejanj, povezanih s preprodajo drog in omogočanjem uživanja prepovedanih drog. Poročila kažejo, da je v posameznih okoljih v Sloveniji okoli 70 odstotkov premoženjskih kaznivih dejanj posredno ali neposredno povezanih s preprodajo prepovedanih drog. Na podlagi dostopnih

³ Stoeber, 2001.

⁴ <http://www.cdc.gov/idu>

podatkov se ocenjuje, da okoli 50 odstotkov vseh kaznivih dejanj v Sloveniji izvedejo uporabniki drog.

Temu primerno narašča tudi število zaprtih oseb na določen dan v letu. Celotno število zaprtih oseb je v enem letu bistveno večje. Večja stopnja kriminalitete pa ni edini razlog večjega števila zapornikov. Kazenski zakonik RS, ki je začel veljati v začetku leta 1995, je za kazniva dejanja neupravičene proizvodnje in prometa z mamili predpisal 100 odstotkov strožje kazni kot Kazenski zakonik SFRJ.

V slovenskih zavodih za prestajanje kazni v zadnjih letih opažajo povečan delež uporabnikov prepovedanih drog. Po ocenah strokovnjakov ima težave z drogami v zaporih od 25–30 odstotkov zapornikov. Zlasti naj bi bila izpostavljena dva večja zopora: Dob in Ljubljana. Večina zavodov za prestajanje kazni v Sloveniji je relativno prostorsko omejena. Manjše število zapornikov v eni instituciji pomeni bolj pregledno in tudi bolj neposredno okolje. Občutek anonimnosti v totalni ustanovi, potenciran z omejenostjo lastne izbire in vselej mogočih nena-povedanih nadzorov in še dodatno obremenjen z deviantno strukturo odnosov med zaporniki je v manjšem sistemu vendarle bolj obvladljiv. Zapori v Sloveniji skušajo slediti sodobnim težnjam pri obravnavi uporabnikov drog. Zato uvajajo različne programe zdravljenja odvisnosti, zlasti oddelke brez drog. Zapornikom skušajo omogočiti tudi takšno zdravljenje odvisnosti, ki se povezuje s programi zdravljenja zunaj zaporov in v katerega so bili vključeni pred prihodom v zavod za prestajanje kazni – metadonski program.

Terapevtska obravnava uporabnikov drog v zaporih je ena bolj občutljivih tem. Po eni strani bi lahko tretma v zaporu zaradi količine časa, ki ga imajo zaporniki na voljo, imel precej pomembno vlogo vsaj na področju informiranja in usposabljanja, po drugi strani pa, kar smo že ugotovili, bi se uporabniki drog sami razkrili in s tem posredno ali neposredno izpostavili tudi različnim možnostim sankcioniranja. Nadzorna in kaznovalna funkcija zaporov imata tukaj povečan nestimulativen predznak. V Evropski uniji se mreža t.i. oddelkov brez drog nepretrgoma veča. Kljub veliki politični in pogosto strokovni podpori pa se kljub vsemu povsem lahko primeri, kar je bila tudi že praksa pri nas, da bi v oddelke brez drog ali drugačne abstinenčne tretmaje (samopomočne skupine) želeli predvsem tisti, ki z drogami neposredno nimajo ničesar, a bi se radi umaknili od prevladujoče dinamike odnosov med uporabniki drog. Svetovalni delavci v zaporih so pri marsikaterem zaporniku (Turnbull in McSweeney 2000, 41–59) prva možnost za odkrit razgovor o različnih stiskah in težavah, ki jih imajo zaradi drog. Pri vsaki socialni, psihološki ali medicinski obravnavi v zaporih je zelo pomembno vprašanje zaupnosti. Za vsakršno vsebinsko odnosno delo je prvi pogoj temeljno zaupanje, ki pa je pri bivanju v zaporu privedeno na minimum. Zapornik praviloma ne more/ne sme zaupati nikomur. S tem, da bi zaupal, bi se izpostavil

sojetnikom in osebju. Osebje – svetovalni delavci – so tudi v dvojni vlogi. Po eni strani želijo vzpostaviti korektne in zaupne/vsebinske odnose z zaporniki, po drugi pa ne morejo spregledati nadzorstvenih funkcij zavora in nalog drugega osebja, paznikov in vodstva zaporov.

Tukaj je treba omeniti še Evropska zaporska pravila (1987), kjer se utemeljuje, da sta ustrezen nadzor in primerna disciplina nujna za doseganje tretmajske ciljeve. Termin tretma je opredeljen kot (v najširšem smislu) vsi tisti ukrepi (delo, socialne intervencije, šolanje, izobraževanje, usposabljanje, šport, priprava na odpust itd.), ki jih je moč uporabiti za ohranjanje ali doseganje telesnega in duševnega zdravja zapornikov v pogojih odvzema svobode ter za njihovo ponovno vključitev v družbo.

Posebno pozornost in skrb bi v zaporih morali posvetiti obsojenim na kratke kazni, ki jih je tam največ, mladim in ženskam. Z ustreznim informiranjem in izobraževanjem: Kakšne so nevarnosti rabe drog? Kako se droge lahko varneje rabijo? Kam se lahko obrnejo po pomoč, ko bodo zunaj? In svetovanjem: motivacijski intervju, modeli socialnega učenja in različni vedenjsko kognitivni pristopi lahko pomembno pripomorejo k zmanjšanju tveganja,⁵ kateremu je lahko izpostavljen uporabnik drog.

Žensk je v zaporih precej manj kot moških (v Sloveniji je to razmerje skorajda 1 : 30). Zlasti epidemiološke in primerjalne študije v nekaterih evropskih državah (EMCDDA 2002) kažejo, da je problematika drog v ženskih zaporih bolj akutna. Podatki kažejo, da je prevalenca rabe drog v ženskih zaporih večja kot v moških zaporih, pri čemer si ženske pogosteje izmenjavajo droge in pribor za injiciranje. V tem kontekstu je morda zanimiv tisti del v Evropskih zaporskih pravilih, ki govori o možnostih opustitve načela ločevanja zapornikov na specifične kategorije, saj sodobna kaznovalna filozofija ne zahteva več strogega ločevanja mladih in starih, moških in žensk in obsojencev od pripornikov. Ta pravila so zdaj manj

⁵ Flaker (1994: 189–195) nam poda analizo tveganja, ki jo opredeli kot postopek, ki se je razvil iz dvojne potrebe strokovnjakov, zlasti socialnih delavcev, ki so tako ali drugače odgovorni za varnost ljudi in za nevarnost, če bodo ti ljudje ogrožali sebe ali druge. Iz spoznanja, da če je nekdo nerazumen, ne pomeni nujno, da je nevaren, sledi, da je treba oceniti, kakšno je konkretno tveganje, da se bo človek znašel v situaciji, ki bo realno nevarna zanj in za druge. Zato pri analizi tveganja Flaker navaja dva temeljna elementa: grožnja in nevarnost, ki jo imamo za izid, za katerega obstaja empirična ali teoretična verjetnost, da se bo pripetil. V tem kontekstu grožnja ni dogodek, ki bi nas zanimal, je pa ključ za razumevanje same nevarnosti. Flaker opozori še na eno od slepih peg človeškega poenostavljenega razumevanja zveze med grožnjo, nevarnostjo in tveganjem. Primer: "Ker uporablja droge intravenozno, se bo okužil z virusom HIV in umrl," namesto: "Lahko se bo okužil z virusom HIV in umrl." Lahko bi rekli, da grožnja preoblikuje celo situacijo tveganja.

⁶ Koncept zmanjševanja škode (*harm reduction*) na področju drog gre razumeti predvsem kot pragmatko usmerjeno politiko, ki se je začela hitro razvijati zlasti v zadnjih dveh desetletjih in pomeni prelom tako z medicinsko razlago "bolezni odvisnosti", ki je posamezniku odvzemala odgovornost in možnost samonadzora, kot tudi z vero v učinkovitost represivnih načinov obravnavanja pojava, tj. načinov, ki so se skozi dolgo zgodovino "vojne proti drogam" izkazali za neproduktivne ali celo kontraproduktivne. Vzroki za čedalje širše družbeno sprejemanje tega koncepta tičijo v naglem večanju števila okuženih z virusom HIV med intravenoznimi uporabniki drog. Z različnimi programi zmanjševanja škode se torej minimalizira škoda na individualni in širši socialni ravni.

stroga in dopuščajo možnost, da lahko v določenih okoliščinah pride do obojestranske koristi ali vsaj ne do škode pri dovoljevanju stikov med različnimi kategorijami zapornikov. V konkretni situaciji velja, da mladim zapornikom v določenih okoliščinah sodelovanje s starejšimi koristi, prav tako naj bi to veljalo za sodelovanje moških in žensk, in tudi pripornikom naj bi delovne izkušnje obsojencev koristile.

Kot je bilo že zapisano, so v zadnjih dvajsetih letih droge spremenile zaporsko realnost. Težja dostopnost drog v primerjavi z zunanjim svetom lahko v skrajnem primeru prekine uporabo drog ali pa zmanjša količino uporabljene droge in način uporabe, po drugi strani pa ravno zaradi nerazvitosti vseh institucij pomoči, kot jih poznamo tudi pri nas, obstaja večja verjetnost še bolj tveganih in celo nevarnih načinov rabe drog. V zaporih, kjer niso razviti programi izmenjave igel, si lahko posameznik, ki pred kaznijo sicer ni izmenjeval iste igle z drugimi, začne s tem. Ravno tako v zaporih skorajda ni, ali pa je zelo omejena, rabe drog v skupini, kar v običajnih okoliščinah poveča občutek varnosti v primeru predoziranja. Programi zmanjševanja škode,⁶ ki so se že potrdili v širši družbi kot za uporabnike sprejemljivi in stroškovno učinkoviti, so znotraj zaporov deležni veliko nezaupanja. Vprašanje je, kako uskladiti aktivnosti za preprečevanje dostopnosti drog s programi, ki zmanjšujejo tveganja in ki hkrati predpostavljajo, da droga v zaporih je in da se le-ta tam tudi rabi. Navidezno brezihodni položaj je lahko rešljiv, če skušamo slediti interesom, potrebam, željam in koristim najbolj izpostavljenih v kontekstu totalne ustanove, to je zapornikov. Kot minimum bi moralo veljati pravilo, da oseba po prestani kazni ne sme biti v slabšem zdravstvenem stanju kot pred prihodom v institucijo. Pri tem seveda puščamo povsem ob strani vse druge in ravno tako pomembne dimenzije človeka, ki so med prestajanjem kazni izpostavljene tveganjem.

V zadnjih letih zaznavamo številne epidemične razsežnosti primerov širjenja okužb z virusom HIV v zaporih. To se posebej dramatično kaže zlasti v državah nekdanje Sovjetske zveze.⁷ V devetdesetih letih je bila ena najbolj ogroženih

V nasprotju s tradicionalnim, medicinskim pristopom, ki ocenjuje uspeh preprečevanja in terapije z abstinenco kot končnim in edinim ciljem, daje praksa zmanjševanja škode prednost vzpostavljanju oz. krepitevi socialne kompetence in socialne participacije uporabnika drog na vseh področjih njihovega življenja. Popolna opustitev uporabe drog je tako le ena od mogočih izbir posameznika, zaradi česar izkazana želja po abstinenci ne pomeni zahtevanega temeljnega pogoja za nudenje storitev oz. pomoči. Prve poskuse sistematičnejšega uvajanja modela zmanjševanja škode na področju drog (terenskega dela, izmenjave igel, vzdrževalnega metadonskega programa), informiranja in izobraževanja, vključno z različnimi testiranjmi (aids, hepatitis) v slovenskem prostoru zasledimo v začetku devetdesetih let, ko so bile omenjene dejavnosti povezane z nastankom društva Stigma in akcijo skupine raziskovalcev, praktikov ter študentov v obalni in ljubljanski regiji (B. Dekleva, 1997). Pojav HIV pa je pospešil oblikovanje tovrstnih inventivnih pristopov k pojavu drog in bil izhodišče za nove argumentacije.

⁷ V baltiških državah so v začetku letošnjega leta (2003) ugotovili naslednja števila okuženih s HIV: Estonija 2783, Latvija 2311 in Litva 735 oseb. V tej državi so v zgolj dvanajstih mesecih zaznali več kot 100-odstotno rast števila okuženih. V začetku leta 2002 je bilo okuženih 338 oseb. V največjem litvanskim zaporu, kjer je

držav Španija, kjer pa so z aktivno politiko na področju drog ustavili negativne trende. Poleg izdatne finančne podpore preventivnim programom so celostno razvijali pragmatične ukrepe, vključno s programi zmanjševanja škode in zakonodajo na področju drog, ki je zlasti do uporabnikov kanabisa med najbolj liberalnimi v Evropi. Prenos težišča problema okužb z virusom HIV iz širše družbe v zapore ni presenetljiv in sledi procesu rabe drog v skupnosti in kasnejši epidemiji okužb intravenoznih uporabnikov drog v nekaterih delih sveta.

Po podatkih lizbonskega centra za droge (EMCDDA) se na leto v Evropski uniji zaradi drog znajde v zaporih od 180.000 do 600.000 ljudi. Med temi je veliko povratnikov. Tudi zaradi tolikšnega števila uporabnikov drog, ki imajo v skupnosti možnost dostopa do različnih oblik pomoči, so v nekaterih državah uvedli programe zmanjševanja škode⁸ (dostopnost do razkužil, kondomov, sterilnega pribora za injiciranje, svetovanje).

NAČELO ENAKOSTI V PRIPOROČILIH IN SMERNICAH MEDNARODNIH ORGANIZACIJ

Slovenija je podpisnica oz. naslednica vseh treh konvencij Organizacije združenih narodov, ki opredeljujejo svetovno politiko in različne aktivnosti na področju prepovedanih drog. Slovenska zakonodaja, ki temelji na določilih teh konvencij, je usklajena tudi s pravnim redom EU in usmeritvami Sveta Evrope. Zlasti Svetovna zdravstvena organizacija in Svet Evrope sta v zadnjih petnajstih letih s svojimi dokumenti (priporočili in smernicami) pomembno, če ne bistveno pripomogla k jasnejšim, učinkovitejšim in humanejšim pristopom v zaporih. Med ključne koncepte oz. načela sodi "enakost pomoči" (equivalence of care). To načelo govori o potrebi po prenosu vseh zdravstvenih ukrepov in aktivnosti, ki se uspešno izvajajo zunaj zaporov, tudi v zapore. Načelo lahko služi tudi za poglobljeno argumentacijo o potrebnih dodatnih programih zdravljenja ali

1900 jetnikov, je okuženih 299 oseb (Agence France Presse, 2003). Za primerjavo lahko navedemo podatke Inštituta za varovanje zdravja RS (<http://www.sigov.si/ivz/>), po katerih je v državi okuženih z virusom HIV najmanj 125. Od tega je 26 bolnikov z aidsom in 99 oseb, ki še niso zbolele za aidsom. Na omenjenem inštitutu predvidevajo, da je v Sloveniji okuženih precej manj kot eden na 1000 prebivalcev, verjetno le nekaj 100 oseb. Najbolj prizadeta skupina so moški, ki imajo spolne odnose z moškimi. K sreči se po razpoložljivih podatkih hitro širjenje okužb med injicirajočimi uživalci drog in njihovimi spolnimi partnerji v Sloveniji še ni začelo.

⁸ Tovrstni programi so najbolj celovito oblikovani v Nemčiji, Španiji in Švici. Ker je program izmenjave sterilnega pribora za vbrijgavanje najbolj provokativen, velja pogledati nekaj ključnih izsledkov študije, ki sta jo v Nemčiji opravila Jutta Jacob in Heino Stoeber (2000). Najpomembnejši sta morda ugotovitvi, da se raba drog po uvedbi tega programa v nobenem zaporu ni povečala niti se niso začele igle uporabljati kot sredstvo za grožnje ali obračunavanje med zaporniki ali do osebja. Ti dve bojazni sta bili najpogostejše vzroka, da program ni bil razvit prej. Prav tako se je pri uporabnikih drog izboljšala celotna zdravstvena slika, saj ni bilo več abscesnih ran niti na novo okuženih z virusi HIV in hepatitisa. Zaupanje med zaporniki in osebjem se je na splošno izboljšalo. Ocene odnosov med osebjem in zaporniki so bile boljše v zaporih, kjer je osebje lahko ves čas sodelovalo pri načrtovanju programa in njegovem izvajanju, in tam, kjer je bil organiziran stalen pretok znanja v obliki ciljanega izobraževanja. Pri tem so imele pomembno vlogo zunanje organizacije, ki so pri uporabnikih drog bolj kredibilne.

preprečevanja škode. Navedemo lahko stališče programa Združenih narodov za AIDS (UNAIDS) "... zaradi poznane učinkovitosti preventivnih in zdravstvenih ukrepov na področju HIV/AIDS imajo zaporniki pravico dostopa do vseh programov pomoči, kot jih poznamo v širši skupnosti."

Podobna stališča so sprejeli in v priporočilih zapisali tudi pri Svetu Evrope: "Zapornikom bi morala biti ponujena enaka zdravstvena in psihološka oskrba, kot jo imajo drugi prebivalci".

EVROPSKA STRATEGIJA NA PODROČJU DROG

Konec leta 1999 je v Evropski uniji začela veljati Strategija na področju drog (http://emcdda.org/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml), ki načelno in celovito obravnava vse ukrepe in aktivnosti, povezane z drogami. Operativni dokument strategije se imenuje akcijski načrt. Oba dokumenta definirata splošne in glavne cilje, ki jih morajo različni akterji doseči do leta 2004. Uvodoma Strategija poudari pomembnost in enakovrednost obravnavanega področja z vsemi drugimi socialnimi, zdravstvenimi in ekonomskimi temami v EU. Posebna pozornost in skrb je namenjena naslednjim področjem in skupinam: javnemu zdravstvu, civilni družbi, zbiranju podatkov in ranljivim skupinam. Slednje zajemajo mlade, starše, manjšine in zapornike.

SKLEP

Pomembna dimenzija rabe drog v zaporih je, da obsojenim pomaga premagovati občutek osamljenosti, neperspektivnosti, strahu, negotovosti, odtujenosti. Zdravniško predpisanih drog, ki se uporabljajo za iste namene, v tem prispevku nismo posebej obravnavali, je pa to gotovo zanimiva tema. Kanabis in opiat, ki se najpogosteje uporabljajo v zaporih, so torej nekakšni pacifikatorji zapornikov. Intravenozna raba heroina v zaporih je zaradi nedostopnosti programa izmenjave igel še veliko bolj tvegana, kot je že sicer. Študije so pokazale, da uvedba tovrstnega programa v ničemer ne poslabša razmer za osebje zapora, ravno narobe, z ustreznim vodenjem se poveča medsebojno zaupanje. Brez strahu in predsodkov se je treba lotiti reševanja problemov, katerih rešitve so že poznane v skupnosti. Alternativni ukrepi in pristopi, kot jih uporabljajo v številnih državah: polodprti zapori, prestajanje kazni ob koncu tedna ali le čez noč in različne oblike pogojnih kazni, prostorske omejitve, odvzem določenih dovoljenj, delo v korist skupnosti, povračila žrtvi (ali z delom ali v materialni obliki), preusmeritev v programe zdravljenja in terapevtske skupnosti kažejo težnjo po večji humanosti in upoštevanju realnosti. Načine sodobnega pristopa k penalnim problemom opredeljujejo tudi Evropska zaporska pravila, kjer je poudarjena potreba po premiku od izrekanja kazni zapora

k izrekanju alternativnih in krajših kazni. Pri tem ni nepomembna ugotovitev, da po prestani kazni zapora mnogi, ki so situacijsko pogojeno prenehali uporabljati droge, to ponovno začnejo. Recidivizem v obdobju po odpustu je najbolj nevaren, saj je oseba telesno očiščena, scena na terenu pa je lahko povsem spremenjena, vključno s kakovostjo droge.

LITERATURA

- Annual report on the state of the drug problem in the European Union (2002), EMCDDA, Lisbon.
- Council of Europe Recommendation No. R (93) 6 – Concerning Prison and Criminological Aspects of the Control of Transmissible Diseases Including AIDS and Related Health Problems in Prison. (Adopted by the Committee of Ministers on 18 October 1993 at the 500th meeting of the Ministers' Deputies), and Appendix to Recommendation No. R (93) 6 I. Prison aspects, 1993; R(93)6.
- PRISON OVERCROWDING AND PRISON POPULATION INFLATION (2000): Council of Europe Recommendation No. R (99) 22
- DILLON, L. (2000): "Drug Use by Prisoner: A review of the Irish Situation". v: Muscat, R.: *Drug use in prison*, Council of Europe, Strasbourg.
- DRUG-MISUSING OFFENDERS IN PRISON AND AFTER RELEASE (2000), Council of Europe, Strasbourg
- EUROPEAN PRISON RULES (1987), Council of Europe, Strasbourg.
- EU DRUG STRATEGY (1999), http://emcdda.org/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml
- DEKLEVA, B. (1997): "Politika droge – Zmanjševanje škode", *Mreža drog*, 5, str. 2–4, Ljubljana.
- FLAKER, V. (1994): "Analiza tveganja", *Socialno delo*, 33, str. 3. Ljubljana.
- FLAKER, V. (1998): "Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov", Založba* cf. Ljubljana.
- FOUCAULT, M. (1984): "Nadzorovanje in kaznovanje", *Delavska enotnost*, Ljubljana.
- GIDDENS, A. (1997): "Sociology", Polity Press, Cambridge.
- JACOB, J., STOEVEER, H. (2000): "The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons", *International Journal of Drug Policy*. Str. 11.
- MUSCAT, R. (2000): "Drug use in prison", Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- PETROVEC, D. (1998): "Kazen brez zločina", *Studia Humanitatis*, Ljubljana.
- SNARE, A. (1995): "Establishing policies and priorities in drug control in the context of criminal justice", UNDCP, Budapest.
- STANDARD MINIMUM RULES FOR THE TREATMENT OF PRISONERS http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm
- TURNBULL, P.J.; MC SWEENEY, T. (2000): "Drug treatment in prison and aftercare: A literature review and results of a survey of European countries", v: Council of Europe: *Drug-misusing Offenders in Prison and After Release*. Strasbourg.
- HIV/AIDS AND HUMAN RIGHTS, INTERNATIONAL GUIDELINES, United Nations, Second Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, Geneva, str. 23–25, September 1996 (Organized jointly by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), New York and Geneva, 1998; HR/PUB/98/1.
- WHO GUIDELINES ON HIV AND AIDS IN PRISONS (1993). Geneva.
- ZEBEC-KOREN, M. (1993): "Kako (tudi) misliti socializacijo?" *Časopis za kritiko znanosti*, str. 21, Ljubljana

SPLETNE STRANI:

- <http://www.emcdda.org>
<http://www.mnz.si>
<http://www.cdc.gov/idu>
<http://www.afp.com/home/>
<http://www.sigov.si/ivz/>