

SODOBNI TRENDI IN DOBRE PRAKSE TERENSKEGA DELA V TUJINI

Terensko delo – konceptualne opredelitve

Dare Kocmur

Uvod: v tem delu bomo govorili o terenskem delu in osnovnih konceptih. Z vidika tujih izkušenj se mi zdi zanimivo izpostaviti neke temeljne okoliščine pri izvajanju terenskega dela, ki so značilna za okolja- npr. - večjih evropskih mest. Pri tem gre za izpostavljanje razlik v metodah dela, ki so značilna za mobilen pristop v Sloveniji. Vključil sem tudi problematiziranje konceptov na katerih so opozorili na konferenci. Gre za vprašanje koncepta težko dosegljivih skupin. Poleg tega pa je vključeno še nekaj gradiva, ki zadeva novosti glede uvajanja novih standardov/perspektiv (npr. Naloxon), ter dodatnih izhodišč za raziskovanje, ki nudijo možnost implementacije dodatnih vsebin za vrstniško vzgojo (okoliščine prvega injiciranja droge).

Ključne točke terenskega dela:

- Terensko delo lahko doseže posameznike, ki nimajo stikov z obstoječimi servisi
- Terensko delo ponuja zaščitna sredstva in spodbuja spremembe vedenja
- Terensko delo z napotitvijo spodbuja iskanje pomoči v različnih ustanovah in servisih

Terensko delo sicer poznamo v **treh temeljnih sklopih**:

- poulično
- na domu
- v okviru drugih služb kot so npr. zapori.

V našem prostoru dominira predvsem poulično delo, obiski na domu so lahko izjemne narave (v povezavi z slabim zdravstvenim stanjem uporabnika, njegovo nemobilnostjo in določenimi potrebami), delo v zaporih pa pri nas bolj smatramo kot obliko skupnostnega sodelovanja, ker tudi vloga terenskih delavcev v tem okviru izhaja iz precej formalnih dogovorov med obema službama.

Ni vrste drog, katerih uživanje ne bi imelo potencialno škodljivih posledic. Droge so lahko škodljive za posameznika in njegovo zdravje, pa tudi za skupnost in javno zdravje. V tistih skupnostih, na primer, kjer sta močno prisotna uživanje drog in kriminal, povezan z drogami,

nastopajo škodljive posledice uživanja drog tako pri uživalcih pa tudi ljudeh, ki drog ne uživajo. Zato je pomembno vzpostaviti intervencijsko strategijo skupaj s prednostno listo ciljev in nalog. Ti cilji, ki so lahko hkrati tudi cilji terenskega dela, so:

- preprečevanje začenjanja uživanja drog
- preprečevanje začenjanja injiciranja drog
- spodbujanje opuščanja uživanja drog, predvsem injiciranja
- zmanjševanje škodljivih posledic uživanja drog.

Poročila dobrih praks in raziskav kažejo da bodo imele intervencije večji učinek pri uvajanju sprememb, ko bodo pragmatične pri navezovanju stikov z uživalci drog in se bodo pri nujenju storitev prilagajale potrebam uživalcev drog. Ravno tako pa morajo upoštevati prednost javnemu zdravju pred medicinskimi ali zakonskimi vidiki uživanja drog. Iz pričujočih navodil je razvidno, da ponuja terensko delo eno izmed najbolj pragmatičnih in prilagodljivih intervencijskih metod v javnem zdravstvu.

Namen in cilji terenskega dela so torej:

1. dosežati t.i. skrite skupine uživalcev drog na področju ključnih regij, zlasti v mestih, kjer je ta problem največji ter jih opremiti s pomembnimi informacijami o preprečevanju poškodb zdravja, pravicah uporabnikov ter možnostih reševanja socialnih in drugih stisk
2. nuditi storitve v življenjskih okoljih uporabnikov
3. zmanjševati škodljive posledice, ki so posredno ali neposredno povezane z uživanjem drog
4. izvajati sekundarno zamenjavo igel v nam nedostopnih prostorih kar vključuje sodelovanje ključnih akterjev med samimi uživalci drog.
5. identificirati spremembe in trende na t.i. sceni drog, z namenom oblikovanja čimbolj učinkovitih programov
6. ugotavljati potrebe za vpeljevanje novih programov in načinov dela na področju drog

7. vzpostaviti racionalno širitev mreže v okviru kritičnih regij kar vključuje večja in manjša slovenska mesta.

Problem vstopa na sceno

Socialno okolje v življenju uporabnikov drog je pomemben dejavnik in sam po sebi lahko odločilno vpliva na kakovost stikov med uporabniško sceno in službami. Strah v povezavi z stigmatiziranjem se zdi v večji meri prisoten v manjših krajih, kjer je stopnja neformalne socialne kontrole že zaradi majhnosti okolja, toliko večja. Terensko delo, ki računa na specifiko manjših mest se torej prilagaja tem posebnostim, oziroma lahko nanje računa že vnaprej tudi takrat, kadar svojo dejavnost širi na nove lokacije. Tu govorimo o problemu temeljnega nezaupanja, ki obstaja na sceni drog, gre za problem odzivanja na prisotnost novih akterjev.

Če bi želeli pokazati na primerjavo med značilnostmi terenskega pouličnega dela, ki so npr. značilna za večja evropska mesta in manjšimi slovenskimi mesteci, bi s to primerjavo tudi lažje osvetlili težave, ki se navadno pojavljajo v začetnih fazah načrtovanja projektov v slovenskem prostoru. Zlasti je to značilno v zadnjih letih, ko se je terensko delo iz večjih mest kot so Ljubljana, Maribor, Koper, premaknilo z razvojem mobilnega terena s kombiji tudi v druge regije in manjša mesta....

Na konferenci se je na eni plenarnih sej - „*Hard to reach communities“ - who do we mean and why do we talk about them*“ (avtorica Pye Jakobsson) znova aktualiziralo vprašanje nekaterih osnovnih pojmov, v našem primeru terminov kot so: skupine s povečanim tveganjem, težko dosegljive skupine, in „skrita populacija“.

Njena prezentacija je izpostavila skrbi in frustracije, ki jih opaža pri načrtovalcih terenskega dela, ki se nanaša na tako imenovane težko dosegljive skupine. Ljudje so videni kot posebej težko dosegljivi v kolikor pripadajo kateri od marginaliziranih skupin kot so injicirajoči uporabniki drog, seksualni delavci /sex workers – (ne vem ali se ta pojem v slovenskih

dokumentih, oz resolucijah tudi že uporablja po defaultu), posebej težko dosegljivi pa naj bi bili videti, če pripadajo več kot eni marginalizirani skupini, npr. uživalke drog, ki se ukvarjajo tudi z prostitucijo.

Njena izkušnja po nekaj letih dela z prostitutkami za zaprtimi vrati je drugačna. V resnici si večina ljudi želi, da bi bili doseženi, da bi imeli koristne stike z ustreznimi službami, in vsakdo bi bil rad opažen s strani drugega. Pri nas je sicer veliko odvisno od osnovnih prioritet kako so NVOji na področju zmanjševanja škode in ulične preventive organizirani glede vsebin svojega dela. V sklopu terenskega dela so bile naše dejavnosti glede stikov z prostitutkami bolj posredno naravnane z sekundarno distribucijo kondomov ter sterilnega pribora, z vključitvijo nekaterih uporabnikov.

Njena opažanja glede terenskih servisov... (avtorica je švedinja in tudi sam „seksualna delavka“), opozarja na pomankljivosti, ko se zelo pogosto vidi, da terenske službe nimajo pravih ocen potreb, vrstniškega vključevanja ter orodij za evalvacijo. Predpostavka, da so določene skupine težje dostopne se jemlje kot izgovor, da se ne gre naprej. Možna posledica tega je, da marsikatero službo niso povsem adekvatne, ker ostaja nerešen problem določenih skupin, ki niso nikoli dosežene, z napačno oceno, da si tega ne želijo. Odločilna vprašanja, ki si jih zastavlja so naslednja: Kdo postavlja vprašanja? Zakaj je služba nastala? Kako poskušamo doseči ljudi. Njena opservacija pojma težko dosegljivih skupin in problemov pouličnega dostopanja se sicer ves čas vrti okoli uživalk drog, ki se ukvarjajo s prostitucijo. V zahodnih velemestih je pojav seveda neprimerno bolj izražen in vpadljiv, s tem tudi aktivizem, ki se zavestno in logistično omejuje na to področje dela, kakor v njenem primeru.

V okviru njene predstavitve je šlo predvsem za kritiko fetišizacije pojma „hard to reach“, v pogledu dostopanja in pravega odnosa. S tem želi opozoriti na nevarnost, da nekateri pristopi ki jih poimenujemo z že uveljavljeno terminologijo ne postanejo „žeton v igri“, samoumevnost in pomanjkanje pravega zavedanja. Razumevanje njene teze je ob koncu predavanja želel potrditi tudi Chairman z naslednjo anegdoto. Živi na Dunaju, v stavbi na precej prometnem področju. Pod njegovim blokom se večkrat sprehajajo prostitutke. Na obisk pride prijatelj, ki komentira dejstvo:

- „Oh, you have so many sexworkers around your house. They are really hard to reach, aren't they?“

– „Oh no, not exactly! They are in front of your nose!“

Meni se zdi težavnost terenskega dostopanja vredna premisleka tudi v okviru dosedanjih izkušenj, ki so značilna za naš prostor. Dilema, ki jo načenja Jakobssonova je pravzaprav univerzalnejske narave in nima zveze samo s problemi prostitucije v navezavi z uživanjem drog. Gre namreč za izkušnje, ko implementacija osnovnih načel in metod terenskega dela ni nujno avtomatična v pomenu uspešne realizacije, predvsem smo to opazili pri vstopanju na nove terene, oz. lokalne skupnosti, kjer je bilo potrebno vedno znova orati ledino. Zato se mi zdi koristno, da poskusimo težavnost vstopanja na teren reflektirati tudi z strani naših lastnih izkušenj.

Pokrivamo precejšen del osrednje Slovenije, dele Gorenjske, Notranjske, Dolenjske in Zasavja. Občine, kjer trenutno izvajamo terensko delo so: Novo mesto, Krško, Senovo, Kranj, Jesenice, Trbovlje, Domžale, Kamnik, Ribnica, Kočevje, Ljubljana, Pivka in Postojna. Svetovalno delo v zaporih poteka v ZPKZ Ig, Dob in Ljubljana.

Strategija pouličnega dela pri širjenju svoje dejavnosti v novih okoljih, primarno temelji na novo pridobljenih insajderskih informacijah, ki jih ponavadi dobimo na podlagi poglobljenih intervjujev z posameznimi uporabniki drog. Z njimi ponavadi pridemo v stik v naših dnevniških centrih, izkaže pa se da so iz drugega kraja bivanja. Ali pa gre za pretok informacij, ki krožijo v dnevniških centrih, in terenu, na podlagi katerih lahko pridemo do ključnih oseb, ki so vir koristnih informacij. V primeru manjših krajev kjer je vrstniški pogled nad lokalno sceno uporabnikov že zaradi manjšega števila ljudi na sceni – dokaj pregleden, je mogoče z večjo gotovostjo sklepati na verodostojnost podatkov o značilnostih lokalne scene v kolikor gre za okvir hitre ocene stanja, ki kaže na obstoj tveganega vedenja in skritosti populacije.

Gre za tipično karakteristiko slovenskega okolja. Na terenu je mogoče pridobiti določene ključne informacije: trende, številčnost pojava, zlorabe, dejavnike tveganja, vpletenost mladih, vključenost v druge službe, socialne probleme, skratka tiste odločilne indice, ki ponavadi pomenijo pretehtan razlog za pristop v nekem novem okolju. Vendar imamo naenkrat problem. Znana nam je socialna anamneza tveganja v neki lokalni sceni, tiste karakteristike urbanosti, ki je značilna za bolj vsakdanji pristop na ulici pa v takem okolju večkrat ni, ali pa je zelo zmanjšana. „Hard to reach“, težko dosegljivi, so kot taki lahko tudi v

kontekstu urbanih karakteristik, oz. značilnosti okolja v spregi socialne kontrole. V pomenu karakteristik: scena obstaja, vendar je nekako nevidna, primež neformalne socialne kontrole deluje. Urbanega druženja in srečevanja ni v isti meri, ki je značilna za velika evropska mesta, zadevanje na pustih krajih – daleč stran od ljudi, pa kaže samo na sledove občasne prisotnosti redkih posameznikov, ne pa formiranja vrstniških skupin.

Ko izpostavljam razliko med večjimi evropskimi mesti, npr. Manchester, Amsterdam, Rotterdam, London, ali pa ameriški Chicago in kanadski Vancouver, želim opozoriti, na dejstvo, da koncepti terenskega dela ter elaboracije praks iz teh okolij – ob vseh pametnih priporočilih – niso avtomatično prenosljiva na neko drugo podlago kot je sistem razdrobljenih mest in manjših krajev v Sloveniji. Izkušnje iz Roterdama so nam bile predstavljene že leta 95 na seminarju o terenskem delu na Otočcu. Lifeline iz Manchesterja so bili v nekem obdobju naši partnerji, bili so z nami v Ljubljani, mi pri njih, fokus je bil teren v Ljubljani, se pravi delo znotraj mesta v katerem že živiš; zdaj imamo že več let novo situacijo z širjenjem terenske mreže v druga mesta.

Značilnost evropskih mest je urbano kroženje, četrti, periferije, stiki na ulici so na nek način „prekriti“ z običajnim vrvežem, terenske ekipe so lahko precej mobilne v pešačenju ali krajšimi relacijami javnega prevoza, stiki se dogajajo v individualnih kontaktih ali različno velikih skupinah na obrobju, vse skupaj ima pridih urbanosti, mestnega utripa... pa tudi osamelosti zapuščenih kvartov. Problem doseganja skrite populacije je v tem okviru v tesnejši zvezi z socialno veščino, imeti skil, nos in pozornost, hkrati pa tudi sposobnost evidentiranja in sprotnega organiziranja v planiranju razvoja mreže. Značilnost večjih mest je torej v tem, da dovršen del lokacij kjer se potencialno zadržujejo uporabniki drog ni ravno velika skrivnost (seveda pa se tudi v teh primerih po že vzpostavljenih stikih lahko širi mreža na pred tem „nevidne „ lokacije).

Na drugi strani imamo sedaj problem manjših slovenskih mest z prej opisanimi karakteristikami.

„Težko dosegljivi“ - hard to reach, kakor pravi harm reduction, se torej lahko pojavlja kot problem v zelo različnih kontekstih.

- Poenostavljeno, če imaš nekoga pred nosom pa ga težko dosežeš, je vprašanje ali gre za njegovo nedostopnost ali tvojo zmanjšano socialno prebojnost. Tukaj govorim čisto shematično.
- Na drugi strani pa imamo podatke o sceni, scene pa ni nikjer videti...

V tem primeru je načrtovanje plansko in strateško usmerjeno v skupnost. Vstop na sceno lahko planiramo tako, da razvijemo preliminarno mrežo z vsemi tistimi službami, ki prihajajo v stik z uporabniki drog. Tudi policija ni izjema. S tem pristopom pravzaprav delamo dve stvari naenkrat: v lokalni skupnosti se predstavimo in razložimo razloge za svojo prisotnost; kdo smo, kaj počnemo, kakšni so naši cilji in metode, s kakšnimi razlogi in informacijami operiramo, kakšen je naš javni status ter kakšna je seveda lahko naša potencialna korist za skupnost. Mreža služb ki jo kontaktiramo so lahko CSD, Občina, metadonska ambulanta, lekarne, mladinski domovi, policija in drugi. Vsaka posebej ali pa v okviru lokalno akcijskih skupin. Terensko delo v lokalni skupnosti na ta način pridobiva zaupanje, glas o tem se počasi širi, obveščanje uporabnikov z naše strani pa poteka še z sodelovanjem primarnih informatorjev, info-flayerji z opisi dejavnosti in kontaktno GSM številko, ki jih pustimo v večini omenjenih služb ter zaposlenim ki tam delajo.

Stik z nekaterimi akterji lokalne scene je seveda najhitrejši pri metadonski ambulanti, vendar je tudi delikaten. V večini primerov lahko dosežemo toleranco do naše prisotnosti z strani službe, ko gre za uvodno fazo vzpostavljanja stikov, večje nelagodje pa izvira iz podmene, da „zalezujemo“ metadonske paciente, ki naj bi bili vendarle stabilni... mi pa seveda želimo stik tudi z vsemi ostalimi. Podoben scenarij se nam je že večkrat ponovil v različnih mestih.

Zaradi pomanjkanja „statične ulične scene“ (ne pa dejanske scene z njenimi problemi), smo pravzaprav dosegli to, da so uporabniki prišli do nas in na nek način to sceno naredili. Mi smo prišli do njih zato, da so oni prišli do nas; to bi lahko bila nekakšna formula tega pristopa, ki je značilna za manjša okolja. Seveda ne sredi mesta, dogovor o možni lokaciji vedno poteka z uporabniki in se po potrebi tudi spreminja toliko časa, dokler ne pride do bolj splošnega konsenza.

Začetna, navidez poenostavljena dilema v glavah izvajalcev in načrtovalcev je pravzaprav v tem: imamo ustrezne informacije, ki smo jih pridobili od ljudi z scene, ustvarjamo klimo zaupanja, predstavili smo vsebino dela, vsi indici kažejo, da smo „user friendly, low threshold program, nudimo pomoč, brezplačen material, sterilni pribor, kondome, info materiale, nudimo osebno asistenco in svetovanje, morda gojimo še dodatno iluzijo, da Stigmo vsi poznajo...

Resnica je včasih zelo preprosta: če za nazaj analiziramo vtise, ko smo sčasoma uspeli prebiti led, smo lahko na uporabniški sceni opazili na začetku različne reakcije: strah, nezaupanje, dvom, nejevero, lahko tudi lokal patriotski ponos, češ kaj delajo tle tile (ža.....?), itd itd.... Kar smo se sami naučili iz lastnih izkušenj je naslednje: uporabniki na koncu največkrat pridejo, potem se tudi začne dejanski proces in kontinuirano delo. Tudi ob še tako slabem ali včasih celo ničnem odzivu, se splača vztrajati, ker veš, da so bile stvari pred tem sistemsko že napeljane. In v to je treba imeti nekaj zaupanja. To je malo mesto, skrivajo se, tudi pred metadonsko ni posebnega grupiranja, malo sem ter tja, potem poniknejo... V malem mestu, kjer operira mobilna enota je že zaradi časovne razporejenosti potrebna racionalna izraba časa. Ekipa je locirana na dogovorjenem postanku, princip dela v parih zahteva, da sodelavca ostaneta skupaj.

V začetnih fazah je značilno, da morajo nosilci lokalnega projekta vzdržati v začetni negotovosti, ohraniti potrpežljivost in zaupanje. Tudi sami smo se učili iz lastnih napak, oz. streznitvi po prevelikih pričakovanjih, ko smo verjeli, včasih tudi na podlagi fantazme o tem, da Stigmo vsi poznajo..., da bo zagon projekta relativno enostaven in hiter. V resnici ni ravno tako, kot smo mislili ali pa verjeli. V tej uvodni fazi, ki se premika z milimetrskimi koraki se postavi vprašanje časovne spremenljivke, ugibanje o tem koliko časa še vztrajati, da se projekt premakne z mesta in zaživi. Zdaj se vidi kako težave s tem „HARD TO REACH“ lahko nastopajo v različnih kontekstih.

Objektivnih, pričakovanih indecev v zvezi z napredovanjem največkrat ni, začetno vrtenje v krogu, občasni, redki stiki se zdijo premalo, občutek za racionalnost početja pa je na krajši rok včasih vprašljiv. Zjutraj je treba prej vstati, dva človeka morata na pot, preveriti preskrbo v

kombiju, za pot je potreben bencin, na dogovorjeni lokaciji se držiš časovnega okvira... Če v takih okoliščinah ne pride do stikov z uporabniško sceno se delavci slabo počutijo.. in si postavljajo vprašanja.

Včasih gre za to, da pokažeš trmasto vztrajanje (in na drugi strani /uporabniški sceni) s tem morda vzbudiš začudenje in zanimanje... če obdobje uvajanja na novem terenu poteka tako, potem je treba zagotoviti čas. Vendar so za nami že tudi pridobljene izkušnje tako, da lahko rečemo da tudi nekaj mesecev ni odveč, potem ko se kasneje, sedaj, na lepem zavedaš, da projekt že več let dobro dela in napreduje....

Morda bi na podlagi povedanega lahko sklepali tudi na vprašanje kakšne so dejanske potrebe nekega okolja, če je uvajalna doba terenskih stikov tako dolga. V istem okolju smo dobili feedback, da bi uporabniki želeli imeti dnevni center, kar nas sploh ni presenetilo. Dejstvo je, da terensko delo v razvitejših skupnostih kjer neka mreža dnevnih centrov že obstaja, praviloma igrajo vlogo dopolnila in nadgradnje dnevnih centrov, tudi kot motivacijski element za vključevanje v stacionarne programe zamenjave igel.

Vloga mobilnega terenskega dela v Sloveniji je tudi v premoščanju te vrzeli v pomanjkanju dnevnih centrov. Vendar premoščanje ni enako zapolnjevanju. Je začasen, zasilen izhod. Domet terenskega dela, ki kroži po mestih v okviru časovne razporeditve enega tedna ne more povsem nadomestiti potenciala dnevnega centra, ki operira vsak delavnik. V kvantitativnem obsegu nikakor. Tudi vključevanje uporabnikov kot sekundarnih distributerjev sterilnega pribora izhajajo iz teh okoliščin, in je zaradi tega lahko sestavni del terenskega dela.

Terensko delo, ki želi učinkovito spodbujati neposredne spremembe v skupnosti, mora razjasniti cilje in izide, ki jih želi doseči. Projekti in izvajalci terenskega dela ne smejo postati zgolj terenski farmacevti, saj zgolj razdeljevanje preventivnega gradiva ne zadovoljuje potreb ciljnih skupin. Razdeljevanje kondomov, igel in brizgalk jih sicer oskrbuje s tehničnimi sredstvi za spreminjanje vedenja, kar pa - samo po sebi - še ne pomeni, da se bo vedenje res spremenilo.

Izkušnje terenskega dela kažejo, da ponavljanje sporočil za zmanjševanje tveganja pomaga pri trajnejšemu utrjevanju priporočenih sprememb vedenja. Če so sporočila o spremembah

vedenja pogosta, pri tem pa se spreminja tudi način njihovega predstavljanja, je bolj verjetno, da se bodo spremembe vedenja zgodile, kot pa ne. Informacije o zmanjševanju škode posredujemo vsakokrat z različnih zornih kotov ter z vidika potreb konkretnega poameznika pri čemer se izogibamo zgolj rutinskemu utrjevanju. Kljub temu pa obstaja nabor zlatih pravil, ki jih je potrebno utrjevati ves čas.

Primer temeljnih preventivnih sporočil je v naslednjem:

Vedno se lahko zaščitiš pred infekcijo. Uporabljalj **samo svoje** pripomočke ter upoštevaj zlato pravilo:

- En šut – ena igla!
- Uporabljalj samo nove, sterilne injekcije in igle,
- Samo svojo prekuhano vodo in kozarec,
- Samo svojo žlico,
- Samo svoj filter,
- Alkoholne krpice, čiste gaze.
- Nikoli ne souporabljalj, dajaj ali posojaj ničesar od zgoraj naštetega.
- vso injekcijsko opremo uporabljalj samo enkrat (iglo, brizgo, filter)
- Vodo po uporabi zavrzi.
- Uporabljalj najmanjše možne igle.
- Če težko najdeš veno, zamenjalj iglo (s sterilno).
- Osvobodi prevezo preden injiciraš!

Vedno se zavedaj nevarnosti:

predoziranja

dobiti infekcijo od koga drugega

ali koga drugega okužiti

preizkus nove droge z manjšo dozo je potreben zaradi dveh nevarnosti: predvsem zaradi premočne droge neznanega izvora ali pa strupenih primesi.

Poišči zdravniško pomoč v primeru kakršnihkoli resnih krvavitev, odprtih abscesov, kadar je mesto injiciranja več dni močno boleče, vroče ali rdeče, če koža ponekod postaja bleda ali črna.

V primeru overdosa ali hude krvavitve kliči nujno medicinsko pomoč – 112

Opomba: to je seveda zelo majhen del v mozaiku vseh različnih sporočil, predstavlja pa osnovo, ki jo je potrebno utrditi pri čimvečjem številu IDU's. Podrobnejše informacije o tveganjih in preventivnih ukrepih so podane v priročnikih, ki jih razdeljujemo skupaj z medicinskim materialom.

Pomembnejša novost glede terenskega dela pa je bila predstavljena v ideji raziskovanja o okoliščinah pri prvem injiciranju. Pomembno je vprašanje, čigava je bila 1. ideja: Pri tistem, ki še ni injiciral ali pri tistem, ki je izkušen poznavalec in obvlada prakso. Vprašanje ima praktično vrednost za nadaljne postopke ozaveščanja, za apeliranje na iskušene uživalce ter koristi pri vrstniški vzgoji. **Olga Balakireva je omenila raziskavo v Ukrajini**, po kateri je med moškimi, ki jih nekdo drug prvič injicira 75%, med ženskami pa 84%, pri čemer je ukrajinska značilnost, da uporabljajo mešanico opijevega ekstrakta z ratličnimi stimulansi.

V terenskih kontaktih je možno izvesti osnovne vidike raziskave tudi z vključitvijo vprašanja: ali si injiciral koga drugega v zadnjih 6 mesecih? Osnova pridobljenih podatkov lahko služi kot koristna informacija terenskim delavcem, kot njihov argument za vplivanje na spreminjanje tega vedenja pri izkušenih "injektorjih" v afirmaciji naslednjih priporočil:

...po prioritetah:

- Nikoli NE injiciraj nekoga drugega, ko je to zanj prvič!
- Ne injiciraj v prisotnosti tistih, ki sami tega ne počnejo!
- Opozori na negativne posledice!
- Ne govori pozitivno o injiciranju!
- Upri se pritisku, da nekomu prvič pomagaš z injekcijo!
- Če nekdo to že počne, naj ima pred tem vsaj trening (mišljeno didaktično, saj izkušnje ima že v vsakem primeru.

Kar zadeva **področje problematike predoziranj** se je na konferenci najbolj aktualiziralo vprašanje **implementacije uporabe naloxona**. Naloxon je antagonist opiatom, deluje v nasprotni smeri in izpodriva učinke heroina z opiatnih receptorjev.

Od Amerike, Rusije, Vietnama in drugod... Odvisno od lokalnih pogojev, prioritet, finančne podpore, etc se uporaba Naloxona v praksi – kakor smo videli - lahko uveljavlja na različne načine: kot samostojnejši projekt z večjim fokusom na prevencijo OD, ali pa kot del ostalih celostnih ukrepov. Prva faza implementacije je prav v širjenju zavesti o njegovi uporabi, lastnostih delovanja, farmakološki aktivnosti, načinu aplikacije ter seveda njegovi praktični učinkovitosti na terenu.

Sicer je govora o tem, da deluje že intramuskularno, vendar sem bil pri nekaj intervencijah na Stigmi priča temu, da so reševalci izrecno iskali veno in imeli s tem precejšnje težave.

Naloxon sicer velja za zanesljivo sredstvo pri obravnavi predoziranj, ker z svojim delovanjem izpodrine učinke heroina na opiatnih receptorjih.

Če sumiram **priporočila glede Naloxona**, ki jih je bilo mogoče slišati na konferenci:

- vse reševalne ekipe bi morale imeti antidot za predoziranje (nam se sicer to zdi samoumevno, vendar marsikje po svetu temu očitno ni tako....)
- usposabljanje za uporabo mora vključevati injicirajoče uporabnike drog in njihove bližnje (znanje o njegovih lastnostih, načinu aplikacije in reagiranju v primerih predoziranj)
- potrebno je zaupati IUD njihovo sposobnost, da znajo aplicirati Naloxon svojemu vrstniku (nek predstavnik iz Vietnama je tu poudaril, da tega nihče ne more tako dobro opraviti kot prav IUD)...
- potrebno je zagotoviti njegovo distribucijo tudi v drugih okoljih, ne samo tam kjer trdenutno operirajo terenske ekipe
- Naloxon bi moral biti neovirano dostopen ljudem z visokim tveganjem (tudi bolnikom, ki imajo za protibolečinsko terapijo opiatna zdravila)
- Naloxon bi moral biti dostopen brez recepta
- Naloxon je orodje za opolnomočenje!
- Naloxon je ZLATI STANDARD v preprečevanju smrtnih primerov zaradi predoziranja z opiati.

Predstavljen je bil primer – mislim, da ruskega mesta (žal na podlagi slabo čitljivih zapiskov ne vem več točnega vira) v katerem je po oceni okoli 8000 problematičnih uporabnikov drog, distribucija Naloxona poteka že tri leta. V tem času so izdali 2500 ampul, ki so jih razdelili 1700 klientom, v 150 primerih so naloxon uporabili, noben OD se ni končal z smrtjo. V 27 primerih so klicali tudi rešilca.

Po podatkih iz nacionalnega poročila IVZ o stanju na področju drog v Sloveniji je po podatkih državne zbirke o umrlih v obdobju od 2004 – 2009 umrlo 206 oseb zaradi neposrednega delovanja drog v telesu.

Glede implementacije Naloxona pri nas se mi zdi pameten predlog oblikovati neko skupno stališče v mreži NVOjev, ki dela na tem področju in to predstaviti različnim organom, ki na to lahko vplivajo. ZZV Koper zagotavlja medicinski material programom v Sloveniji, v svojem delu je omejen na obseg potreb, ki jih formulirajo NVOji, vendar morajo v skladu z logiko razpisov iskati cenejše artikle. Do sedaj nam zagotavljajo insulinke, brizge in različne dimenzije igel, askorbinsko kislino, alcoswabe, kondome ter dezinfekcijska sredstva za površine. Nabor potrebnih materialov je širši. Manjka nam sterilna voda, sterilni kuhalniki in sterilne vate pri filtriranju heroinske doze. Skupaj z Naloxonom bi tovrsten obseg omogočil učinkovitejšo preventivo. To bi pustil kot točko za razpravo in pobude.

Terensko delo kot vzpodbuda za medvrstniško informiranje in samopomoč

Vzroki za izvajanje in širjenje terenskega dela, usmerjenega k vrstniškim skupinam so enaki tistim za izvajanje običajnega terenskega dela:

- obstoječe intervencije mobilne enote ne morejo vedno doseči čisto vseh ciljnih skupin
- vrstniško svetovanje, ki deklarira podporo - ki jo ima v terenski ekipi mobilne enote – tudi svojim vrstnikom, tako omogoča tudi večjo afirmacijo vloge strokovnih terenskih delavcev in s tem učinkovitejši odziv večjega števila uporabnikov drog, ki se vključijo v stike na terenu.

Vendar pa obstaja še en dodaten razlog za izvajanje terenskega dela, usmerjenega k vrstnikom:

- terenski delavci spodbujajo predvsem tisto količino vedenjskih sprememb pri posameznikih, ki zadeva njihovo zdravje in pomoč pri preurejanju osebnega socialnega statusa. Reševanje določenih problemov IDU's v lokalni skupnosti, ki so v povezavi z njihovo marginalizacijo in stigmatizacijo kot skupine, pa je poleg načrtovanja skupnostnih ukrepov različnih služb odvisno tudi od določenega vidika samoorganizacije IDU's, predvsem v utemeljevanju osnovnih pravic v zvezi z zdravstveno samozaščito in destigmatizacijo njihove vloge. Pomemben element vrstniškega povezovanja je torej tudi v njihovi samoorganizaciji in predstavniški vlogi v lokalni skupnosti.

Uporabniki nedovoljenih drog se pogosto srečujejo s stigmatizacijo in diskriminacijo. To pogosto vpliva na mnoge vidike posameznikovega življenja (npr. težave pri iskanju zaposlitve in prebivališč). Mnogi imajo prekinjene stike z družino, kar je pogosto velika ovira pri ponovnem vzpostavljanju kontaktov z družino, pri vstopu v terapevtske programe in odločitvi za abstinenco. Dodaten problem za vstop v nekatere terapevtske programe je tudi pomanjkanje finančnih sredstev. Zaradi kriminalizacije uporabe drog se mnogi zapletejo v kazenski sistem. Iz zdravstvenega vidika lahko poročamo o precejšnjem tveganju za zdravstvene zaplete, možnosti okužb in predoziranja. V zadnjem času opažamo tudi povečano problematiko z brezdomstvom in revščino. Ocenjujemo, da obstaja precejšnje pomanjkanje programov (varne sobe za injiciranje drog, več zatočišč, dnevni centri za uporabnike/ce drog v Kranju in Novem mestu). Še ena težava, ki jo opažamo, je pomanjkanje metadonskih centrov. Mnogi uporabniki drog morajo vsakodnevno premagovati velike razdalje, da pridejo do metadonske ambulante – ta čas bi lahko izkoristili bolj učinkovito z iskanjem zaposlitev, stanovanja,...

Ocenjujemo, da smo v program uspeli vključiti uporabnike drog, ki jim je program namenjen. V letu 2010 se je povečalo število vključenih uporabnikov v Zasavju, poleg tega pa opažamo povečanje števila uporabnikov v Beli Krajini (Črnomelj, Semič) – ti uporabniki se v program vključujejo v Novem mestu. Zmanjšanje števila vključenih oseb opažamo v Kamniku, Ribnici

in Kočevju. Glavni razlogi so predvsem v vključitvi precejšnjega števila uporabnikov v terapevtske skupnosti, nekaj jih je na prestajanju kazni zapora. Pri starejši populaciji so se pojavile zdravstvene težave, povezane z dolgoletno uporabo drog (hepatitis,...), ta del populacije se večinoma vključuje v programe dnevnih centrov v Ljubljani.

Poglavitna težava, ki jo opazamo že nekaj let, je povezana z dinamiko uporabniških scen v različnih občinah. Največ kontaktov z uporabniki v večini občin bi lahko navezovali ob ponedeljkih in petkih. Ker ne moremo biti prisotni na vseh lokacijah hkrati, smo prisiljeni v to, da se na nekaterih lokacijah pojavljamo v časovnih terminih, ki niso najbolj primerni. To težavo rešujemo z motiviranjem uporabnikov za sekundarno terensko delo.

Vendar pa je pogled na našo situacijo z neke druge perspektive deloma zadovoljiv. Ni nam treba dokazovati, da dostopnost sterilnega pribora in delo nizkopražnih služb koristi javnemu zdravju, problemi, ki ostajajo so zapolnjevanje potreb v delu teh služb (opremljenost servisov za zamenjavo igel z vsemi pripomočki, uvajanje novih standardov: igle v zaporih, varne sobe, preventiva predoziranja z naloxonom..)