

**Razvoj in nadgradnja  
mreže mobilnih enot  
za izvajanje  
preventivnih programov  
in programov  
zmanjševanja škode  
na področju  
prepovedanih drog  
2017 - 2023**

Monografija projekta



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



EVROPSKA UNIJA  
EVROPSKI STRUKTURNI  
IN INVESTICIJSKI SKLADI



**Razvoj in nadgradnja  
mreže mobilnih enot  
za izvajanje  
preventivnih programov  
in programov  
zmanjševanja škode  
na področju  
prepovedanih drog  
2017 - 2023**

Monografija projekta



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



EVROPSKA UNIJA  
EVROPSKI STRUKTURNI  
IN INVESTICIJSKI SKLADI

# Kolofon

**Naslov:**

Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog 2017 – 2023  
Monografija projekta

**Urednika:** Julijana Zucchiati Godina, Anže Trček

**Izdajatelj:** Ministrstvo za zdravje

**Oblikovanje in tisk:** ☼ **grafex** d.o.o.

**Naklada:** 200 izvodov

Brezplačen izvod

Ljubljana, 2023

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.83:616-084  
351.761(497.4)

RAZVOJ in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog 2017-2023 : monografija projekta / [urednika Julijana Zucchiati Godina, Anže Trček]. - Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2023

ISBN 978-961-6523-91-2  
COBISS.SI-ID 150112771

# KAZALO

<b>1</b>	<b>Predgovor in uvod v monografijo</b>	<b>5</b>
	dr. Jože Hren, Vesna Marinko	
<b>2</b>	<b>20 let sistematičnega razvoja mreže mobilnih enot in pregled projekta</b>	<b>7</b>
	Julijana Zucchiati Godina, dr. Jože Hren	
<b>3</b>	<b>Pregled učinkov projekta Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog</b>	<b>11</b>
	Anže Trček, dr. Jože Hren	
<b>4</b>	<b>Organizacija usposabljanj in izobraževanj v okviru projektne pisarne</b>	<b>22</b>
	Anej Korsika Knific	
<b>5</b>	<b>Vtisi izvajalcev ob zaključku projekta</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>Strokovni prispevki</b>	<b>43</b>
<b>6.1</b>	<b>Zbiranje, interpretacija in uporaba epidemioloških podatkov pri načrtovanju ter izvajanju projektov</b>	<b>44</b>
	Mateja Jandl	
<b>6.2</b>	<b>Delovanje mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in Centra za zdravljenje odvisnih od drog pri Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana v programih zdravljenja odvisnosti od drog</b>	<b>49</b>
	dr. Andrej Kastelic	
<b>6.3</b>	<b>Nove psihoaktivne snovi: izziv za raziskovalce, praktike in snovalce politik</b>	<b>55</b>
	dr. Roman Kranvogel	
<b>6.4</b>	<b>Okrevanje kot nova paradigma celovite obravnave na področju drog</b>	<b>58</b>
	dr. Vera Grebenc	
<b>6.5</b>	<b>Z razvojem integriranih programov pomoči učinkoviti pri odzivih na potrebe uporabnikov prepovedanih drog in skupnosti</b>	<b>61</b>
	dr. Ines Kvaternik	
<b>6.6</b>	<b>Nizkopražni programi: včeraj, danes, jutri</b>	<b>64</b>
	Borut Bah, Tomaž Pečarič, Marko Verdenik, dr. Matej Sande, Simona Šabić	
<b>7</b>	<b>Kontakti avtorjev</b>	<b>69</b>



Pred vami je monografija o izvedbi sorazmerno velikega in časovno obsežnega projekta na področju prepovedanih drog, ki smo ga na Ministrstvu za zdravje poimenovali Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog. Na ministrstvu smo projekt začeli načrtovati že sredi preteklega desetletja, ko je postalo jasno, da je vsebina, ki se ji želimo posvetiti, primerna za to, da bi sredstva za projekt lahko črpali iz evropskega socialnega in kohezijskega sklada. Dokumentacijo za vzpostavitev enote za vodenje projekta ter javni razpis in javna naročila smo začeli pripravljati v letu 2017. Začetki projekta segajo sicer še nekoliko dlje v preteklosti, v leti 2005 in 2006, ko je tedanji urad za droge, ki je že deloval na Ministrstvu za zdravje, prvič pridobil finančna sredstva iz Evropske unije (program tehnična pomoč) za nakup šestih kombijev za delo na terenu. Ker so se ta vozila v desetih letih uporabe izrabila, je bilo treba program nadgraditi. Spoznanja o učinkovitosti in sprejemljivosti mobilnih enot med uporabniki drog ter potrebe po novih vsebinah pa so bili ključni za pripravo novega projekta.

Intenzivno in dolgoletno sodelovanje z različnimi izvajalci po vsej državi ter posledično poznavanje njihovih težav in izzivov sta olajšala vsebinsko pojmovanje projekta. Za njegovo uspešno izvedbo je bilo treba vzpostaviti posebno projektno enoto na Ministrstvu za zdravje, ki je spremljala izvajanje celotnega projekta in hkrati skrbela tudi za usklajevanje vseh dejavnosti, povezanih z njim, ter za deležnike, vključene v projekt, organizirala številna izobraževanja. Izvajalcem je bilo omogočeno tudi strokovno vodenje in nadzorovanje, kar je bilo še posebej dragoceno. Za vzpostavitev projektne pisarne gre zahvala vsem na Ministrstvu za zdravje, ki so prepoznali potrebo po takšni enoti. Pisarna neposredno povezuje številne izvajalce na terenu, na začetku izvajanja projekta pa je tudi spodbujala k poskusnemu uvajanju nekaterih novih vsebin in storitev v slovenskem prostoru ter zanj zagotavljala podlago in okvir. Prav pri razvoju nekaterih novih vsebin dela, kot je zlasti testiranje novih psihoaktivnih snovi, je bila umeščenost projektne pisarne v Ministrstvo za zdravje ključna, saj je pisarna zaradi zakonskih pooblastil ministrstva omogočala zanesljivo in odgovorno izvedbo projekta ter učinkovito sodelovanje z drugimi resorji, raziskovalnimi institucijami in nevladnimi organizacijami. Testiranje novih psihoaktivnih snovi je bilo med izvajanjem projekta smiselno vključeno v sistem za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi, ki je bil na ta način pomembno nadgrajen.

Omeniti je treba, da je ministrstvo v preteklosti že pomagalo pri vzpostavitvi nekaterih ključnih programov na področju prepovedanih drog v državi in neposredno spremljalo njihovo izvajanje, naj omenimo le program vzdrževalnega nadomestnega zdravljenja. Zato je bilo v aktualni projekt tudi lažje vključiti dve mobilni ambulanti, ki sta program nadomestnega zdravljenja začeli izvajati v dveh regijah, kjer takšnega programa do takrat še ni bilo. Na ta način sta se pomembno povečali dostopnost in dosegljivost tega programa na Koroškem in širšem območju Ptuja, saj uporabnikom s teh območij ni bilo več treba voziti se na zdravljenje v bolj oddaljena mesta.

Poseben prispevek projekta je bila zaposlitev diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v nizkopražnih programih, terapevtski skupnosti in centru za zdravljenje odvisnosti. Večina teh programov pred začetkom izvajanja projekta tega poklica ni vključevala v svoje delo, čeprav smo na Ministrstvu za zdravje že vrsto let prejeli pobude za vključitev zdravstvenikov zlasti v delo nizkopražnih programov. Del uporabnikov drog se je postaral, zvišuje se tudi povprečna starost uporabnikov, s tem pa se pri njih pojavljajo

novе, dodatne in vedno bolj zapletene zdravstvene težave, ki jih socialni delavci, ki so pred projektom pretežno delali v nizkopražnih programih, niso zmogli ustrezno obravnavati.

Z vsemi dejavnostmi v projektu, ta se bo formalno končal 31. maja 2023, smo dosegli vse na začetku projekta zastavljene cilje oziroma kazalnike ali jih celo presegli. Podrobneje so podatki predstavljeni v nadaljevanju te monografije, na tem mestu naj omenimo le to, da smo s projektom pomagali vključiti se v intenzivne programe funkcionalnega opismenjanja za približevanje trgu dela več kot 500 uporabnikom. Zaposlilo se je skupaj več kot 100 oseb. S projektom smo za delo z uporabniki drog in za delo v mobilnih enotah usposobili več kot 20 strokovnjakov.

V okviru projekta je bilo vzpostavljenih deset multidisciplinarnih timov, ki delujejo po vsej državi. Za večjo dostopnost vseh omenjenih storitev smo na ministrstvu kupili deset kombinjev in jih preuredili za delo na terenu. Izvajalci projekta so bile nevladne organizacije. O svojem delu so kratka poročila za monografijo prispevale vse organizacije. V njih opisujejo svoje izkušnje, dosežke in izzive, s katerimi so se soočale pri svojem delu, nekateri prispevki pa se dotaknejo tudi novih vsebin, ki se jim je treba posvetiti v prihodnje.

Mobilne enote so se dodatno izkazale v času epidemije covid-19, ko so naši izvajalci skrbeli, da uporabniki niso ostali brez zdravil in pripomočkov, ki jih potrebujejo, in tudi brez hrane ali prevoza do zdravnika. Dostop do vsega tega je bil v času, ko ni deloval javni promet, zelo otežen.

Naslednji pomembni cilj projekta je bil obvladovanje spolno in s krvjo prenosljivih bolezni. Dosegli smo ga s petimi programi za zmanjševanje škode zaradi uporabe drog (tako imenovani nizkopražni programi) in dvema programoma za nadomestno zdravljenje. V te programe je bilo vsako leto vključenih več kot 1500 uporabnikov, v letu 2022 pa celo več kot 2250.

Zaradi vseh navedenih dosežkov in vseh storitev, ki smo jih za uporabnike začeli izvajati s projektom, je bila pomembna naloga Ministrstva za zdravje zagotovitev trajnosti vseh dejavnosti po koncu projekta. V pogajanjih z zavodom za zdravstveno zavarovanje je bila tako dosežena vključitev dveh novih centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, v Slovenj Gradcu in na Ptujju, v mrežo takih centrov, ki deluje po Sloveniji. S formalno zaposlitvijo v krajevnih zdravstvenih domovih je bilo zagotovljeno tudi delo diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov v nizkopražnih programih. Na ta način se za te strokovnjakinje in strokovnjake omogoča ustrezna strokovna podpora in pomoč.

Ob tej priložnosti bi se želeli zahvaliti vsem, ki so pomagali pri zasnovi in izvedbi tako obsežnega projekta. Iskrena hvala vodstvu Direktorata za javno zdravje za podporo za začetno podporo in pomoč, sodelavcem v projektni pisarni, vsem zunanjim strokovnjakom ter seveda vsem našim izvajalcem iz zdravstvenih domov in nevladnih organizacij.

Brez vseh vas tega projekta ne bi bilo.

Vodja projekta  
dr. Jože Hren

Vodja Sektorja za krepitev zdravja in  
preprečevanje odvisnosti  
Vesna Marinko



# 20 let sistematičnega razvoja mreže mobilnih enot in pregled projekta

Julijana Zucchiati Godina  
dr. Jože Hren

Projekt Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog je bil pripravljen na podlagi temeljitega pregleda dotedanjega delovanja obstoječih mobilnih enot in sledenja trendom razvoja različnih dostopnih, dosegljivih in sprejemljivih oblik pomoči za uporabnike drog, njihove svojce in širšo skupnost.

V Sloveniji že dobrih 30 let obstajajo različni programi pomoči za uporabnike drog. Leta 2007 smo na Ministrstvu za zdravje s pomočjo evropskih sredstev iz programa tehnične pomoči za nove države članice Evropske unije vzpostavili tudi mrežo prvih šestih mobilnih enot. Z njimi smo uporabnikom drog, njihovim svojcem in širšim skupnostim zagotovili posebne storitve, ki jih sicer zaradi finančnih in organizacijskih ovir predvsem v manjših krajih ne bi imeli. Pomembna dejavnost mobilnih enot so bile tako imenovane storitve nizkega praga, ki izhajajo iz paradigme zmanjševanja škode zaradi drog. Te storitve zajemajo terensko delo z zamenjavo sterilnega pribora, svetovanje in spodbujanje vključevanja uporabnikov drog v družbo oziroma pomoč pri ohranjanju socialnih stikov. V takšen sistem so bili vključeni tudi obe pristojni ministrstvi (Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti) in različne izvajalske organizacije.

Osnovni cilj novega projekta je bil razviti usklajen sistem mreže mobilnih enot na državni ravni, ki povezuje zdravstvenovarstvene in socialnovarstvene storitve ter organizacije. Poleg tehnične nadgradnje mobilnih enot, ki so bile v osnovi namenjene zagotavljanju tako imenovanih storitev nizkega praga, smo v okviru projekta vzpostavili tudi mobilni enoti oziroma ambulanti, v katerih se izvaja nadomestno zdravljenje, dve enoti za zagotavljanje storitev visokega praga ter mobilni laboratorij za testiranje novih psihoaktivnih snovi na terenu.

Kot podporni in hkrati ključni sestavni del za izvedbo projekta smo v februarju 2017 ustanovili še projektno pisarno, ki je bila zadolžena za usklajevanje in celotno izvedbo vseh dejavnosti, od administrativne priprave in izvedbe javnega razpisa za izvajalce programov ter javnih naročil za nakupe laboratorijske opreme, nakupe vozil, njihove nadgradnje in priprave do izvedbe vseh usposabljanj, namenjenih udeležencem projekta, ter letnih nacionalnih konferenc o odvisnostih. Projektna pisarna je bila nameščena na Ministrstvu za zdravje.

## Posodobitev mreže obstoječih mobilnih enot nizkopražnih programov

Že vzpostavljeno mrežo mobilnih enot na področju zmanjševanja škode zaradi drog so upravljale naslednje nevladne organizacije: Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma, Društvo Šent, Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam Svit, Društvo

Zdrava Pot in Javni zavod Socio Celje. Izvajalce, strokovne delavce v projektu, ki so praviloma diplomanti družboslovnih ali humanističnih smeri, je vse od začetka sofinanciralo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Takšna kadrovska struktura pa ni omogočala izvajanja celovitih storitev, predvsem s stališča zdravstvene oskrbe. Vse bolj se je kazala potreba po zdravstvenih delavcih za delo na terenu in tudi po razvoju novih vsebin. S staranjem populacije uporabnikov drog so se pojavile tudi različne zdravstvene težave, pridružene zdravstvenim tveganjem, povezanim s samo rabo droge.

Zaradi dotrajanosti vozil smo v okviru novega projekta najprej kupili pet mobilnih enot – kombiniranih vozil za delo v nizkopražnih programih na terenu z uporabniki drog, njihovimi svojci in širšimi skupnostmi.

Hkrati smo omogočili petim diplomiranim zdravstvenicam, da so se v okviru projekta zaposlile v zdravstvenih domovih, terensko delo pa so opravljale tudi v mobilnih enotah na terenu. Novozaposlene zdravstvenice so omogočile izvajanje dodatnih storitev, vključno s svetovanjem in informiranjem, zdravstveno pomočjo pri nujnih posredovanjih, oskrbo lažjih ran in poškodb ter svetovanjem uporabnikom in spremljanjem uporabnikov v zdravstvene ustanove. Tako so uporabniki dobili celostno psihosocialno in zdravstveno obravnavo v okolju, kjer živijo, kar je zelo pomembno predvsem zaradi njihove stigmatiziranosti. Nadgrajena mreža mobilnih enot danes zajema celotno državo, njene dejavnosti pa potekajo v okolju, kjer uporabniki živijo. Program je anonimen, vodi se le statistična evidenca uporabnikov prepovedanih drog.

V okviru projekta smo mrežo mobilnih enot nadgradili v dveh bistvenih sestavnih delih.

## Mobilni ambulanti za nadomestno zdravljenje

Mobilni ambulanti pomembno prispevata k izvajanju preventivnih programov, nadomestnega zdravljenja ter pomoči pri rehabilitaciji. Na podlagi analize in ugotovljenih potreb v posameznih regijah, kjer podobnih programov sploh niso imeli, smo v okviru projekta kupili dve kombinirani vozili in pilotno vzpostavili mobilni ambulanti za delo na terenu.

Z novovzpostavljeno mobilno enoto v okviru Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Slovenj Gradec smo delovali v vseh občinah v koroški regiji, z enoto v okviru Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Ptuj pa v širši ptujski regiji. Na tak način smo pomoč približali številnim uporabnikom in njihovim svojcem, hkrati pa smo naredili pomemben korak k prepoznavanju tistih ciljnih skupin, ki še niso bile vključene v nobeno obliko zdravljenja ali pomoči.

Z zaposlitvijo treh diplomiranih medicinskih sester oziroma zdravstvenikov v vsaki mobilni enoti smo pomembno razširili obseg storitev. Delo v mobilnih enotah tako obsega poleg nadomestnega zdravljenja tudi zdravstveno oskrbo, ukrepe za zaježitev spolno in s krvjo prenosljivih bolezni (testiranje, cepljenje), spodbujanje k vzdrževanju abstinence, različna svetovanja in posvete, individualne in skupinske terapije, pripravo na bolnišnično obravnavo ter pomoč pri rehabilitaciji in ponovnem vključevanju v družbo. Mobilni enoti sta se izkazali kot odlično orodje med epidemijo covid-19 zaradi možnosti razdeljevanja nadomestnih zdravil na terenu in tudi zaradi ohranjanja osebnega stika z uporabniki, s čimer se je zmanjšalo tveganje za preprodajo nadomestnih zdravil in tudi predoziranja.

Pomemben sestavni del delovanja mobilnih ambulant za nadomestno zdravljenje je tudi sodelovanje z vsemi predstavniki zdravstvenih domov, lokalnimi skupnostmi, centri za socialno delo in nevladnimi organizacijami.

## Mobilni enoti visokopražnih programov zdravljenja odvisnosti in ponovnega vključevanja v družbo

V projekt sta se vključila dva centra, ki izvajata visokopražne programe zdravljenja odvisnosti in socialne obravnave oziroma ponovnega vključevanja v družbo: Univerzitetna psihiatrična klinika – Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in Društvo Projekt Človek. Osnovni namen vključitve teh vsebin v projekt je bil (nekdanjim) uporabnikom prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi omogočiti celovito okrevanje ter jih opolnomočiti pri socialnem aktivaciji in iskanju zaposlitve ob hkratnem zagotavljanju zdravstvene in socialne podpore.

Centra se povezujeta tudi z drugimi organizacijami, kot so zavodi za vzgojo in izobraževanje, centri za socialno delo in različne nevladne organizacije, pomembno je tudi sodelovanje z zdravstvenimi fakultetami in fakulteto za socialno delo.

## Mobilna enota za testiranje novih psihoaktivnih snovi

Novi psihoaktivne snovi so postale velik problem po vsem svetu in tudi v Sloveniji, saj jih je moč relativno preprosto in hitro izdelati, njihov učinek pa je neznan in nepredvidljiv. Zaradi njihove zlorabe smo že ugotovili smrtne primere. Z mobilnim laboratorijem smo želeli uporabnikom ponuditi storitev anonimnega testiranja psihoaktivnih snovi predvsem na prireditvah, kjer se zbirajo mladi, in v nočnem življenju.

V projekt sta vstopila nevladna organizacija DrogArt z vzpostavljenim delovanjem v okoljih, kjer se zadržujejo mladi, in Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano. V sklopu projekta smo kupili kombinirano vozilo za terensko delo in ustrezno laboratorijsko opremo ter ju predali v upravljanje. Obenem smo omogočili zaposlitev kemijskega strokovnjaka.

Z vzpostavitvijo mobilnega laboratorija smo omogočili različne storitve na terenu, na plesnih zabavah, tam, kjer se zbirajo mladi in drugi uporabniki drog. Vpeljali smo hitro in anonimno testiranje snovi na terenu samem in s tem izboljšali vedenje, kaj te snovi dejansko vsebujejo. Pri projektu je na samem začetku tega programa v Sloveniji sodeloval tudi forenzični laboratorij, ki je bil odgovoren tudi za podrobnejšo analizo novih psihoaktivnih snovi. S sodelovanjem dveh tako pomembnih raziskovalnih in analitičnih institucij smo pridobili zanesljive in verodostojne podatke o sestavi teh snovi, kar je ključni podatek za uporabnika in za zmanjšanje tveganja ob morebitnem zaužitju.

Z razvojem in nadgradnjo integrirane storitve testiranja prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi v različnih lokalnih okoljih smo se približali uporabnikom in hkrati zmanjšali njihovo izpostavljenost zdravstvenim tveganjem. Ta storitev je del sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi ter omogoča monitoring trga drog v državi in sprotno odzivanje na zaznane izzive.

## Konec projekta

Predvideno je bilo, da se bo projekt končal konec leta 2022, vendar smo ga zaradi izrednih razmer v času epidemije covid-19 podaljšali do vključno aprila 2023. V tem času smo dosegli vse zastavljene cilje in kazalnike uspešnosti projekta, ki so podrobno predstavljeni v poglavju Pregled učinkov projekta Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog.

Vzpostavljeni program mobilnih enot omogoča stik z večjim številom uporabnikov nedovoljenih drog, predvsem s tistimi, ki niso vključeni v nobeno obliko zdravljenja ali pomoči, ter s tem dosega tako imenovano skrito populacijo uporabnikov nedovoljenih drog. Eden od ključnih ciljev celotnega projekta je bil vključevanje ciljne populacije, nekdanjih in sedanjih uporabnikov drog, v programe socialne aktivacije, programe usposabljanja in izobraževanja ter v zaposlovanje.

Naj povzamem ključne dosežke projekta. V programe funkcionalnega opismenjevanja za približevanje trgu dela je bilo vključenih več kot 500 oseb. Zaposlilo se je skupaj več kot 100 oseb. Z različnimi storitvami smo dosegli vsaj 5000 uporabnikov, opravili smo okoli 4000 analiz vzorcev psihoaktivnih snovi, mobilne enote so delovale v 145 krajih po celotni državi in skupaj na več kot 180 lokacijah.

V sklepu ugotavljamo, da se mreža mobilnih enot v slovenskem prostoru izkazuje kot zelo uspešen in potreben program, zato je eden ključnih ciljev poskrbeti za njegov nadaljnji razvoj.

# Pregled učinkov projekta Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog

Anže Trček  
dr. Jože Hren

## Uvod

Dejavnosti na področju zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog v Sloveniji niso novost. Že v devetdesetih letih prejšnjega stoletja so bili v Sloveniji razviti programi za zamenjavo igel in sterilnega pribora za ljudi, ki si injicirajo droge, od leta 1995 pa je bilo v Sloveniji ustanovljenih 21 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljnjem besedilu: CPZOPD). Do danes smo z namenom pomoči ljudem, ki jemljejo droge, razvili nabor različnih programov, ki na več načinov prispevajo k zdravljenju in preprečevanju odvisnosti, zmanjševanju škode zaradi prepovedanih drog in reintegraciji ljudi, ki abstininirajo.

Namen projekta Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog je bil mrežo obstoječih storitev posodobiti in razširiti ter okrepiti z diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravstveniki. S projektom smo finančno omogočili zaposlitev 13 diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov<sup>1</sup> ter enega kemika za analizo prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi, nakup desetih kombijev, preurejenih za potrebe mobilnih enot, in nakup opreme za analizo prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi ter organizacijo in vodenje dejavnosti, nujnih za izobraževanje kadra in vodenje projekta.

Prve mobilne enote v sklopu projekta so začele delovati v začetku leta 2018, projekt pa se je za šest organizacij končal 1. novembra 2022, ko so zaposlitve šestih diplomiranih medicinskih sester prešle v trajno financiranje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Za ostale izvajalce se je zaradi epidemije covid-19 projekt podaljšal do 30. aprila 2023.

Namen tega besedila je, da na kratko v številkah predstavimo nekatere dosežke organizacij, ki so sodelovale v projektu, in prispevek projekta k zmanjševanju škode zaradi uporabe drog in zdravljenju ljudi, ki uporabljajo prepovedane droge.

Projekt je trajal pet let in se bo na več področjih nadaljeval tudi po koncu financiranja s strani Evropske unije. Predstavljeni podatki obsegajo dosežke v letih 2018–2022.

<sup>1</sup> V nekaterih organizacijah je prišlo do menjavanja zaposlitve delovne sile zaradi zahtevnosti dela z uporabniki drog. Večina zdravstvenic in zdravstvenikov pa je ostala zaposlena v projektu ves čas njegovega trajanja. Na Ministrstvu za zdravje smo na začetku izvajanja projekta vzpostavili projektno pisarno, v kateri sta dva strokovna delavca skrbela za usklajevanje vseh dejavnosti projekta in organizacijo izobraževanj.

## Mreža izvajalcev programov mobilnih enot

V okviru projekta je bilo vzpostavljenih deset multidisciplinarnih timov, ki delujejo po vsej državi in izvajajo naslednje programe: (1) nadomestno zdravljenje, zlasti v krajih, kjer tovrstnih programov ni bilo, (2) programe preprečevanja uporabe prepovedanih drog in programe zmanjševanja škode pri uporabnikih, (3) zdravstveno in socialno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog ter (4) analizo prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi v mobilnem laboratoriju.

Področje dela	Partnerske organizacije
<b>nadomestno zdravljenje</b>	Zdravstveni dom Ptuj – CPZOPD Zdravstveni dom Slovenj Gradec – CPZOPD
<b>programi zmanjševanja škode</b>	Javni zavod Socio Celje Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma Društvo Šent Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam Svit Koper Društvo Zdrava pot
<b>programi zdravstvene in socialne rehabilitacije</b>	Univerzitetna psihiatrična klinika – Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Društvo Projekt Človek
<b>analiza prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi</b>	Združenje DrogArt Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano (v nadaljnjem besedilu: NLZOH)*

\* NLZOH je v projektu sodeloval pri analizi prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi ter vzpostavljanju potrebnih protokolov, ni pa imel mobilne enote in ni deloval na terenu.

V želji po čim večji dostopnosti storitev zdravljenja in preprečevanja odvisnosti v Sloveniji že dlje časa vzpostavljamo mrežo programov, ki bi kar najbolj razpršeno pokrivala vso državo. Na ta način je dostop do programov kar najbolj dosegljiv vsakemu posamezniku, ne glede na kraj bivanja. Tudi pri nadgradnji mobilnih enot smo v projekt vključili izvajalce iz vse Slovenije in skušali storitve širiti po čim večjem delu države. Z desetimi mobilnimi enotami smo delovali v 145 krajih, v večjih krajih pa so mobilne enote delovale na več lokacijah, kar je pomenilo delo na več kot 180 lokacijah. Od nakupa novih mobilnih enot leta 2018 so te prevozile skupno 886.819 km.

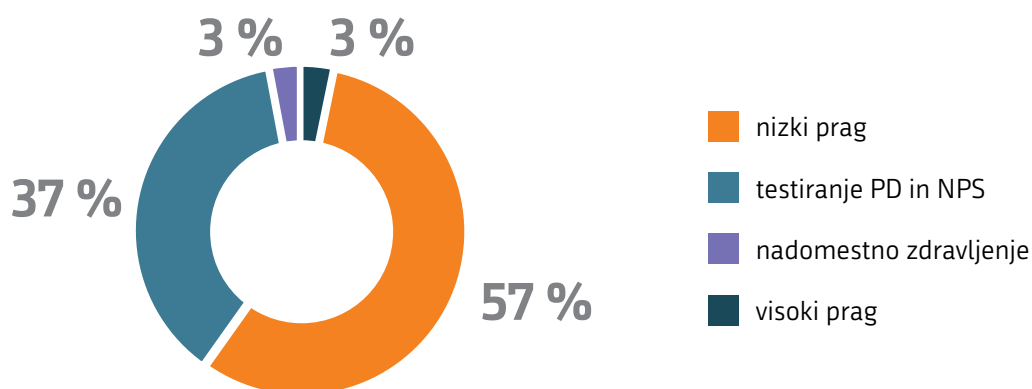
## Sedeži organizacij vključenih v projekt



## Demografski podatki

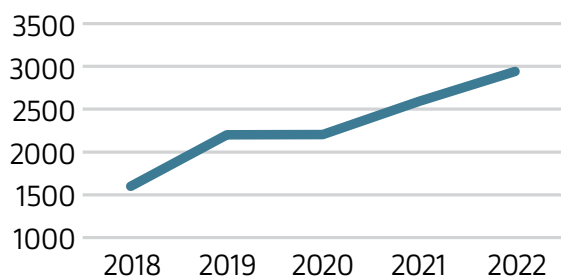
V programe je bilo vsako leto skupno vključenih več kot 1500 uporabnikov, v letu 2022 pa jih je bilo vključenih kar 2941. Od tega jih je bilo največ vključenih v nizkoprazne programe in program zmanjševanja škodljivih posledic klubskih drog med mladimi.

### Število uporabnikov po tipu programa (povprečje)

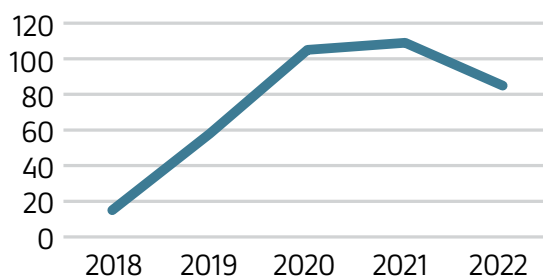


Število uporabnikov je skozi leta naraščalo, kar pomeni, da je mobilnim enotam uspelo doseči več uporabnikov, ki so se vključili v programe zmanjševanja tveganja in zdravljenja. S pomočjo projekta se je v okviru zdravstvenih domov Ptuj in Slovenj Gradec šele na novo vzpostavil program CPZOPD, v sklopu katerega deluje program nadomestnega zdravljenja, za vključitev v nadomestno zdravljenje pa se je od leta 2018 do konca leta 2022 odločilo več kot 105 novih uporabnikov prepovedanih drog.

## Skupno število uporabnikov po letih

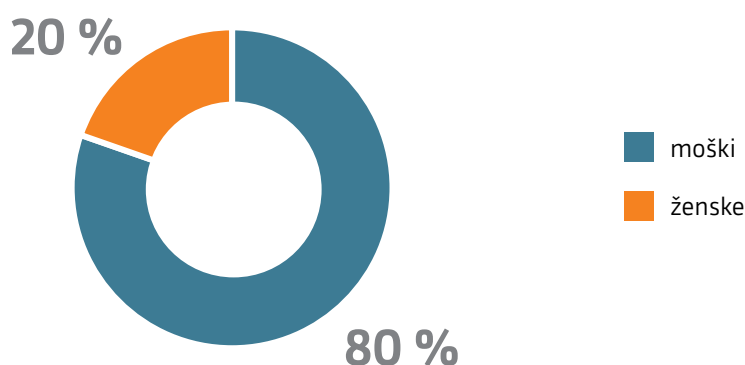


## Število uporabnikov CPZOPD



Izvajalci programov tudi ugotavljajo, da droge uporabljajo pretežno moški in da se uporabniki starajo. Glede na dosegljive podatke lahko tako sklepamo, da se manj mladih odloča za zelo tvegano uporabo drog. Kljub temu se razpon starosti uporabnikov, vključenih v programe, giblje vse od 16 do 85 let.

## Spol uporabnikov



Najmlajši so uporabniki programa zmanjševanja škodljivih posledic klubskih drog med mladimi v okviru združenja DrogArt. Povprečna starost uporabnikov teh programov je 28 let. Podatek o mlajši populaciji je pričakovan, saj so obiskovalci zabav v povprečju mlajši od splošne populacije. Najstarejši uporabnik DrogArta pa ima kljub temu 70 let.

Povprečna starost uporabnikov programov nadomestnega zdravljenja je okoli 30 let, nizkopražnih programov pa okoli 40 let.

## Zaposlovanje in izobraževanje

Eden od ključnih ciljev projekta je bilo približevanje ciljne populacije – ljudi, ki uporabljajo ali so uporabljali droge – trgu dela. Uporabnikom smo pomagali vključevati se v programe socialne aktivacije, usposabljanja in izobraževanja ter jih podpirali in jim pomagali pri iskanju zaposlitve. Raziskave na področju dela z uporabniki drog nam kažejo, da je celostna podpora, ki pomeni pomoč v celotnem spektru življenjskih potreb uporabnikov, izrednega pomena za izboljšanje kakovosti življenja in za okrevanje.



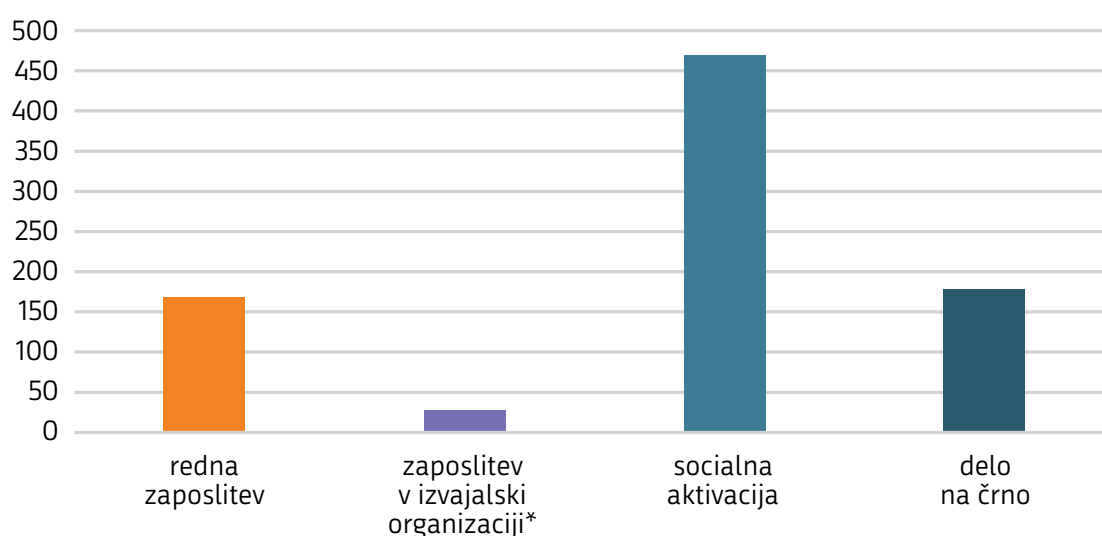
V petih letih se je v desetih organizacijah v iskanje zaposlitve in v različne programe za približevanje trgu dela in za izobraževanje vključilo kar 655 uporabnikov, v različne oblike zaposlitve pa 381 uporabnikov.

Leto	Število uporabnikov – približevanje trgu dela <sup>2</sup>	Število uporabnikov – iskanje zaposlitve in izobraževanje <sup>3</sup>
2018	59	53
2019	116	104
2020	162	78
2021	181	83
2022	137	63
Skupaj	655	381

Za nadaljnje šolanje ali dodatno izobraževanje (nacionalna poklicna kvalifikacija, sprememba poklica in podobno) se je odločilo 65 uporabnikov.

Kar nekaj uporabnikov se je vrnilo na delo ali pridobilo novo zaposlitev. Nekateri od njih so pridobili bolj tradicionalne oblike zaposlitve, nekateri pa so se na trg dela vključili prek javnih del ali se vsaj približali trgu dela z vključitvijo v programe socialne aktivacije. Nekateri so zaslužek začasno poiskali v delu brez pogodb.

### Uspešna vključitev na trg dela 2018–2022



\* Tudi prek javnih del.

V času projekta se je 28 uporabnikov zaposlilo tudi v izvajalskih organizacijah, vključenih v projekt.<sup>4</sup> Organizacije, ki so zaposlile uporabnike, poročajo o veliki dodani vrednosti, ki jo lastna izkušnja odvisnosti lahko prinese delovanju programa.

<sup>2</sup> Število oseb, vključenih v intenzivne individualne programe funkcionalnega opismenjevanja za približevanje trgu dela, ki vključujejo svetovanje, motivacijski intervju, praktična usposabljanja v smislu iskanja prostih delovnih mest in prijav na prosta delovna mesta, pripravo na osebni razgovor za službo in podobno.

<sup>3</sup> Število vključenih v iskanje zaposlitve, izobraževanje ali usposabljanje, pridobivanje kvalifikacij ali v zaposlitev ob izhodu.

<sup>4</sup> Število zaposlitev pomeni skupno število uporabnikov, zaposlenih prek javnih del in rednih zaposlitev.

Izobraževali so se tudi zaposleni v mobilnih enotah. Z namenom, da bi zaposlene celostno opremili z znanjem za delo z ljudmi, ki uporabljajo droge, smo v okviru projekta izvedli več kot 30 izobraževanj. Z usposabljanji smo zajeli širok izbor tem, ki jih zaposleni v mobilnih enotah lahko uporabljajo za kakovostno delo z uporabniki.

Izobraževanja so bila zastavljena tako, da so zajela širok izbor tem, razdelimo pa jih lahko v tematske sklope:

- osnovne metode dela z uporabniki prepovedanih drog,
- motivacijske tehnike dela z uporabniki prepovedanih drog,
- razumevanje zasvojenosti, dejavniki tveganja in pomen za terensko delo,
- samorefleksija in soočanje s težkimi in stresnimi situacijami,
- zdravstvena nega uporabnikov prepovedanih drog – postopki oživljanja, obvezovanje ran, spodbujanje k spremembam in podobno,
- nenasilje in načini strokovnega dela z nasilnim vedenjem,
- druge vsebine s področja prepovedanih drog.

Z izobraževanji smo tako celostno zajeli celotno področje dela z uporabniki prepovedanih drog, ki vključuje tako zdravstveni kot tudi socialni vidik, različne metode in načine dela ter tematike preprečevanja izgorelosti delavcev.

Z namenom širjenja znanja in dobrih praks smo v projekt vključevali tudi študente različnih študijskih smeri. V NLZOH so se v delo vključevali študenti kemije, v ostalih organizacijah pa študenti zdravstvenih in socialni smeri. Skupaj je v okviru projekta opravljalo prakso 108 študentov.

## **Delo diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v okviru projekta**

Iz evropskih sredstev smo financirali zaposlitev 13 diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov; od teh jih je sedem delovalo neposredno v zdravstvenih ustanovah (šest v CPZOPD v Zdravstvenem domu Ptuj in Zdravstvenem domu Slovenj Gradec ter eden v CPZOPD v Univerzitetni psihiatrični kliniki), šest pa jih je delovalo v sodelovanju z nizkopražnimi organizacijami.

Zaposlitev diplomiranih zdravstvenic je omogočala nadgradnjo dela organizacij in bolj celostno obravnavo uporabnikov. V sodelovanju z organizacijami, ki izvajajo storitve za uporabnike drog na terenu, smo predvideli, da bodo zaposlene diplomirane zdravstvenice v okviru programov mobilnih enot izvajale naslednje dejavnosti:

- razdeljevanje sterilnega pribora za injiciranje in zamenjava igel, deljenje sanitarnega materiala, varno zbiranje uporabljenih injekcijskih igel v medicinskih kontejnerjih;
- informiranje in svetovanje v zvezi z zmanjševanjem škode zaradi uporabe prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi, obstoječimi oblikami pomoči in obravnav, ustreznimi ustanovami in drugimi programi za uporabnike;
- skupinsko in individualno delo z uporabniki – osebna svetovanja in spodbujanje k pozitivnim vedenjskim spremembam (odločitev za program nadomestnega zdravljenja, detoksikacijo ali terapevtsko skupnost);
- preprečevanje zasvojenosti, informiranje in svetovanje;
- informiranje in svetovanje v zvezi s tveganimi vedenji (injiciranje, spolnost in drugo), nevezano testiranje na morebitne okužbe z virusi hepatitisa in HIV;

- zdravstvena pomoč pri nujnih intervencijah, oskrba lažjih ran in poškodb uporabnikov, prevezovanje, testiranje urina, svetovanje uporabnikom pri jemanju zdravil, obiski na domu v primerih onemogočenega dostopa do storitve (bolezen, nepokretnost in podobno);
- svetovanje uporabnikom in spremljanje uporabnikov v zdravstvene ustanove, priprava na hospitalno obravnavo (na primer bolnišnične obravnave, terapevtske obravnave in podobno), pomoč pri prepoznavanju bolezenskih stanj;
- informiranje in svetovanje uporabnikom o skrbi za zdravje (zdrava prehrana, osebna higiena, psihofizično zdravje);
- podpora pri rehabilitaciji in ponovnem vključevanju v družbo;
- delo s svojci uporabnikov;
- usklajevanje in sodelovanje v strokovnem multidisciplinarnem timu;
- druge dejavnosti, potrebne za učinkovito izvajanje programa.

V petih letih trajanja projekta je bilo opravljenih veliko različnih storitev, ki obsegajo vse od pomoči pri iskanju zaposlitve, delitve nadomestnih zdravil, obvezovanja ran, zamenjave sterilnega pribora, obiskov na domu in motivacijskih pogovorov do spremljanja k uradnim osebam, svetovanja in še marsičesa.

Spodaj navajamo le nekaj podatkov o terenskem delu in storitvah, ki se izvajajo v sklopu mobilnih enot.

## Storitve

Organizacije, ki so sodelovale v projektu mobilnih enot, so bile zelo različne, saj je njihovo primarno področje delovanja obsegalo vse od nizkopražnih programov zmanjševanja škode zaradi prepovedanih drog do programov zdravljenja in ponovnega vključevanja v družbo ljudi, ki so prenehali uporabljati droge. Vse vključene organizacije so pridobile mobilno enoto, s katero so lahko svoje delovanje približale ljudem in širile območje delovanja.

Mobilne enote so poleg terenskega dela omogočale tudi obiskovanje uporabnikov na domu, kar je veliko prispevalo k dostopnosti storitev in k temu, da so se v programe vključevali tudi ljudje, ki bi drugače mogoče ostali brez pomoči. V času projekta so mobilne enote na domu vsako leto obiskovale 316 različnih uporabnikov, v obdobju celotnega projekta pa 517.

**» Število uporabnikov, ki so jih obiskovali na domu: 517**

Fleksibilnost, ki jo omogočajo mobilne enote, je še večji pomen pridobila v času epidemije covid-19. Takrat so tudi nekatere mobilne enote, ki so bile predvsem namenjene delu v nizkopražnih programih, pomagale razvažati nadomestna zdravila in na ta način ohranjale dostopnost do pomoči v težkih razmerah, ki jih je povzročila pandemija. Izvajalci nizkopražnih programov so v času projekta na domu obiskovali 434 uporabnikov, od tega so 132 uporabnikom razdeljevali nadomestna zdravila.

» Število uporabnikov, ki so jih obiskovali na domu – nizkopražni programi: 434

Od tega za namen nadomestnega zdravljenja: 132 uporabnikov

V programih nadomestnega zdravljenja so se mobilne enote uporabljale predvsem za navezovanje stikov z novimi uporabniki in razvažanje nadomestnih zdravil.

Oba programa nadomestnega zdravljenja, ki sta sodelovala v sklopu projekta, sta bila z evropskimi sredstvi vzpostavljena na novo. To je pomenilo pridobitev novih uporabnikov, ki so na ta način lahko dobili pomoč in zdravljenje, za nekatere uporabnike pa je to pomenilo večjo dostopnost zdravljenja, saj so se pred tem na zdravljenje morali voziti v precej oddaljene kraje, v katerih so že bili vzpostavljeni CPZOPD.

Poleg najpogosteje uporabljanega metadona so v sklopu CPZOPD uporabnikom pomagali tudi z Bupivalom, buprenorfinom, Zubsolvom in Substitolom.

Zdravstveni dom Slovenj Gradec je kot prvi CPZOPD v Sloveniji v svoj program uvedel Bupival, buprenorfin v obliki podkožne injekcije s podaljšanim sproščanjem. S tem so uporabnikom omogočili, da po terapijo prihajajo manj pogosto, kar jim olajša vsakdan, poleg tega pa na ta način tudi lažje vzdržujejo običajno življenje in zaposlitev.

Prav tako so kot prvi v Sloveniji uvedli prehod z metadona na buprenorfin z mikrotitracijo buprenorfina ob pitju metadona. Na ta način je prehod potekal praktično brez krize ali zmanjševanja odmerkov metadona.

Kot pomembna potreba na terenu so se pokazali tudi pomoč pri urejanju zdravstvenih težav, spremljanje v zdravstvene ustanove ter prevezovanje in oskrba ran. Uporabniki prepovedanih drog so izredno stigmatizirana populacija in se pogosto izogibajo obisku zdravnikov, pa tudi ob obisku teh oskrb, ki jo prejmejo, pogosto ni tako kakovostna, kot bi morala biti. Zaposleni so uporabnike spremljali tudi v druge ustanove in jih podpirali glede na njihove potrebe. Največja potreba po takih storitvah se je pokazala v nizkopražnih programih in deloma v programih nadomestnega zdravljenja. Po drugi strani pa so v Društvu Projekt Človek poročali, da jim je zaposlitev diplomirane medicinske sestre omogočila veliko kakovostnejšo podporo uporabnikov tudi z zdravstvenega vidika. Tudi pri njih je projekt olajšal spremljanje uporabnikov k zdravniku, ki so ga izvajali že pred tem, predvsem pa je omogočil obravnavo tudi z zdravstvenega vidika.

» Tedensko število premstev v ustanove:<sup>5</sup> od 1 do 9

<sup>5</sup> V vsaki od organizacij.

Diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki, zaposleni v mobilnih enotah v programih zmanjševanja tveganja, so v času projekta tedensko opravili tudi do 20 prevez ran na posamezno organizacijo. Poleg tega so delovali tudi kot zagovorniki in spremljevalci v različne ustanove (zdravstvene domove, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, upravne enote ...) tedensko pospremili več kot 80 uporabnikov.<sup>6</sup>

»» **Tedensko število oskrbljenih ran:<sup>7</sup>  
od 1 do 20**

Pomembna naloga nizkopražnih programov je prav zmanjševanje škode zaradi drog. S temi programi lahko namreč uspešno zajezimo bolezni, ki se širijo med prebivalstvom, in uporabnike drog podpremo pri odgovornejšem ravnanju.

»» **Število izdanih igel:<sup>8</sup> 928.081**

»» **Število prevzetih igel:<sup>9</sup> 568.023**

Med nizkopražnimi programi je pomembna dejavnost zamenjava sterilnega pribora. S tem preprečujemo širjenje potencialno zelo nevarnih bolezni, hkrati pa preprečujemo odmetavanje igel na neprimerna mesta. Po zbranih podatkih se v varno zbiranje vrne 60 odstotkov vseh izdanih igel.

#### **Izdaja in vračilo sanitetnega materiala 2018–2022:**



Namen nizkopražnih organizacij je tudi usmerjanje ljudi k manj tvegani uporabi drog, pri čemer je injiciranje drog najškodljivejši način uporabe. Spodnji graf, ki prikazuje načine uporabe droge, sicer ne pokaže popolne slike, saj nezanemarljivi del ljudi, ki uporabljajo droge, te jemlje na več različnih načinov, vseeno pa je lahko neki temeljni pokazatelj stanja na terenu.

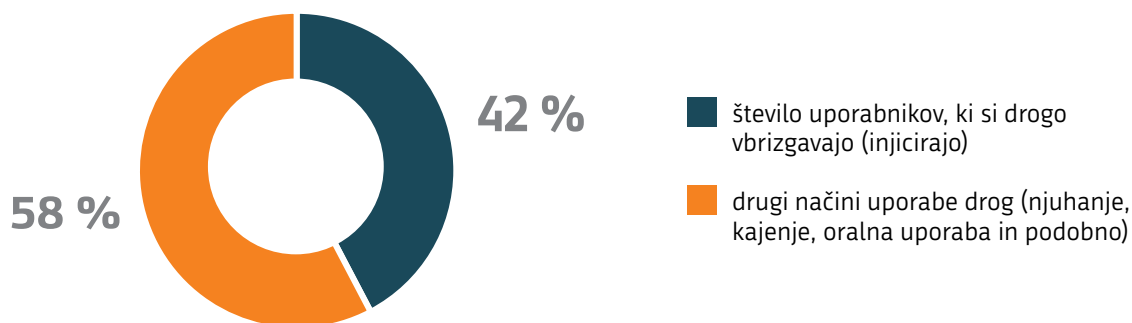
<sup>6</sup> V vseh organizacijah skupaj. DrogArt spremstev ni opravljal, ostale organizacije pa so opravile eno do štiri na teden.

<sup>7</sup> V vsaki od organizacij.

<sup>8</sup> V petih organizacijah v petih letih. Povprečno 37.123 izdanih igel/posamezno organizacijo/leto.

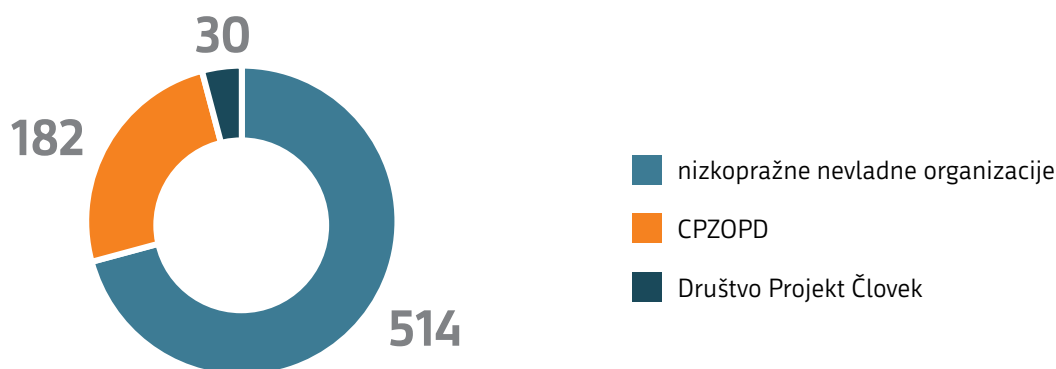
<sup>9</sup> V petih organizacijah v petih letih. Povprečno 22.720 prevzetih igel/posamezno organizacijo/leto.

## Načini uporabe droge – ocena izvajalcev



Poleg tega je v vseh programih potekalo tudi testiranje na hepatitis, po potrebi pa tudi na HIV in tuberkulozo. V vključenih programih je bilo skupno izvedenih 726 testiranj na omenjene bolezni.

## Število testiranj na spolno prenosljive bolezni 2018–2022



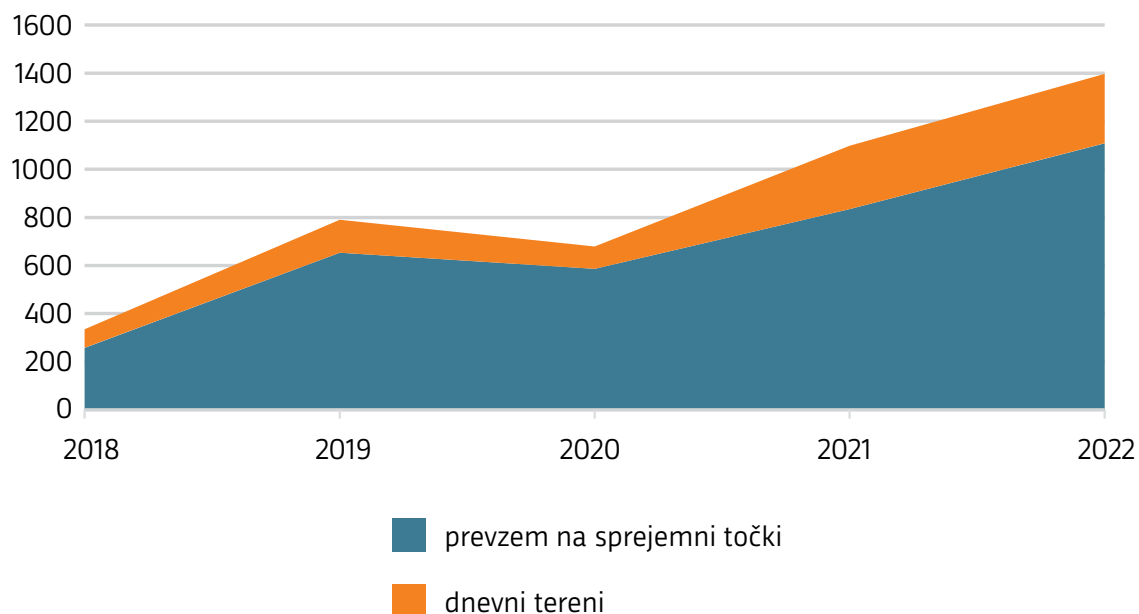
## Testiranje prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi

Veliko raznolikost programov, vključenih v projekt mobilnih enot, smo že poudarili, vendar pa je testiranje prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi del projekta, ki se od ostalih v nekaterih komponentah bistveno razlikuje. V ta del projekta je vključena tudi precej drugačna populacija, ki je v povprečju mlajša, hkrati pa je med njimi tudi več oseb, ki zaradi uporabe drog nimajo kompleksnejših težav.

Tudi na tem področju je projekt podprl organizacijo, ki se je že ukvarjala z zmanjševanjem škodljivih posledic klubskih drog med mladimi, ter jim omogočil hitrejšo in kakovostnejšo analizo ter testiranje drog na klubskih dogodkih. DrogArt je pred tem v sodelovanju s forenzičnim laboratorijem že testiral vzorce, vendar pa je bilo treba na rezultate čakati več tednov, zato so se za storitev odločili le redki. Oboje, tako krajši čas čakanja na rezultate kot tudi možnost testiranja na dogodkih, pomembno prispeva k varnosti uporabnikov, saj močno poveča možnosti, da uporabniki ne bi vzeli neznanih substanc in utrpeli potencialno življenjsko ogrožajočih posledic.

DrogArt je v sodelovanju z NLZOH v petih letih delovanja – navkljub epidemiji – testiral 3779 vzorcev ter posledično tudi navezal stik s 4300 uporabniki. Poleg zmanjševanja škode namreč testiranje vzorcev omogoča tudi navezovanje stika z uporabniki, ki jim je, če zdrsnejo v odvisnost, zato veliko lažje poiskati pomoč pri organizaciji, ki ji že zaupajo.

## Število uporabnikov



Delo mobilne enote DrogArt je močno zaustavila epidemija. Javno življenje se je ustavilo in tudi zabav dolgo časa ni bilo. Vseeno je mobilni enoti uspelo obiskati več prizorišč v Kranju, Trbovljah in Ljubljani, kjer se zbirajo tudi uživalci drog, ter festivale v Tolminu, Tenetišah pri Kranju, Sostrem, Tržiču, Kamniku, Ljubljani, Podlipoglavu in okolici Idrije.

Testiranje vzorcev na samih dogodkih so zaradi pomanjkanja dogodkov ter strahu organizatorjev pred policijo in lokalno skupnostjo, ki v testiranju vidi predvsem dokaz za uporabo drog, izvedli le trikrat.

## 4 Organizacija usposabljanj in izobraževanj v okviru projektne pisarne

Anej Korsika Knific

Projektna pisarna je bila zasnovana kot temeljni vzporedni sestavni del projekta Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog. Delovala je v okviru Ministrstva za zdravje, za izpolnjevanje njenih nalog pa sta bila zaposlena strokovna in strokovno-tehnična sodelavka oziroma sodelavec. Na ta način je bilo poskrbljeno za celovito podporo mobilnim enotam in spremljanje njihovih dejavnosti ter za njihovo povezovanje z lokalnimi skupnostmi, drugimi pristojnimi institucijami in službami. Projektna pisarna je bila pomemben dejavnik stabilnosti in trajnosti projekta, še posebej ob kadrovskih in drugih spremembah v mobilnih enotah zaradi materinskih oziroma starševskih dopustov. Pomemben dejavnik povezanosti, izmenjave informacij, dobrih praks in tudi skupnega reševanja zagat so bile redne mesečne supervizije, ki so od začetka projekta potekale pod vodstvom Študijsko-raziskovalnega centra za družino in jih je usklajevala projektna pisarna.

Dejavnosti projektne pisarne so tako posredno prispevale k izboljšanju storitev za uporabnike prepovedanih drog, njihove partnerje in svojce ter k večjemu razumevanju lokalne skupnosti in boljšemu sodelovanju z njo. Spodbujanje inovativnih rešitev in družbene solidarnosti je v celotnem obdobju izvajanja projekta sledilo temeljni dolgoročni ideji – krepitvi sistema mreže zdravstvenih in socialnih programov na državni in lokalni ravni ob sodelovanju vladnih in nevladnih organizacij.

Ob številnih drugih nalogah in reševanju vsakovrstnih izzivov pa je bilo temeljno poslanstvo projektne pisarne vendarle priprava, organizacija in izvedba usposabljanj in izobraževanj v podporo izvajanju preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog. V ta namen je bila na začetku projekta opravljena analiza potreb po dodatnih znanjih in veščinah med novimi zaposlenimi v mreži mobilnih programov. Za čim natančnejši vpogled v resnične potrebe po temeljnih in dodatnih oziroma specialističnih znanjih in veščinah so zaposleni v projektni enoti na Ministrstvu za zdravje organizirali tri fokusne skupine, in sicer 25. julija, 1. avgusta in 5. septembra 2017.

V teh poglobljenih intervjujih z izvajalci v mreži mobilnih enot je bilo ugotovljeno, da obstaja precejšnja potreba po sistematičnem, multidisciplinarnem izobraževanju s področja adiktologije. Posebej je bila poudarjena potreba po dodatnih znanjih s področja psihologije, socialnega dela, dvojnih diagnoz, etičnih načel in zaščite uporabnikov, nasilja na terenu med uporabniki, po razumevanju zasvojenosti s stališča zasvojenosti ter izmenjavi primerov dobrih praks z drugimi državami in številnimi drugimi znanji in veščinami, za katere so izvajalci ocenili, da bi jim koristile pri delu.

V Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog je bilo 14. in 15. februarja 2018 izvedeno osnovno izobraževanje za delo z osebami, ki jemljejo droge. Pojasnjeni so bili epidemiologija in nevrobiološki vidiki ter razvoj bolezni odvisnosti, predstavljeni so bili mreža javne zdravstvene službe za zdravljenje oseb, ki jemljejo prepovedane droge, pro-



grami z agonisti podprtega zdravljenja odvisnosti od opioidov in druge oblike zdravljenja z zdravili ter s tem povezana medsebojna vplivanja med zdravili in njihovi neželeni učinki. Posebna pozornost je bila posvečena uporabi benzodiazepinov v programih zdravljenja odvisnosti, predoziranju in pridruženim duševnim motnjam. Udeležencem je bila predstavljena problematika hepatitisa C in drugih s krvjo prenosljivih bolezni med osebami, ki jemljejo droge. Obravnavani so bili motivacijski postopki pri delu z uživalci drog, povezava med travmo in odvisnostjo kot tudi odvisnost v povezavi z vzgojnimi zavodi in zavodi za prestajanje kazni zapora.

Prvemu, krovnemu izobraževanju so nato sledila mesečna izobraževanja in konference. Na teh so bili še podrobneje predstavljeni politike in ukrepi na področju zmanjševanja uporabe prepovedanih drog in z njo povezanih škodljivih učinkov. Podrobneje so bili obravnavani programi zmanjševanja škode in konkretni, dokazano učinkoviti ukrepi, denimo izmenjava sterilnega pribora. Predstavljena je bila tudi problematika novih, posebej močnih vrst opioidov – fentanilov. Govor je bil o predoziranju in s tem povezanih smrtih ter o izjemnem pomenu opioidnega antagonista naloksona, ki se uporablja za izničenje učinkov opioidov pri predoziranju. Posebna pozornost je bila posvečena tudi posebnostim uporabnic prepovedanih drog in njihove zdravstvene obravnave ter programu varne hiše za uporabnice prepovedanih drog, ki so žrtve nasilja, ter načinom dela z njimi.

Tako v Sloveniji kot drugod v Evropski uniji in tudi v širšem mednarodnem prostoru so nove psihoaktivne snovi (med njimi predvsem sintetični katinoni, sintetični kanabinoidi, sintetični opioidi in dizajnerski benzodiazepini) velik izziv. Njihovo število se od leta 2008 skokovito povečuje, zato je bil vzpostavljen sistem zgodnjega obveščanja. Sodelovanje pristojnih služb v Sloveniji, predvsem Nacionalnega inštituta za javno zdravje, v okviru tega sistema je bilo prav tako del rednih mesečnih izobraževanj.

V okviru usposabljanj so bili ustrezne pozornosti deležni tudi delovanje in zgodovina mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, področna zakonodaja, mednarodni sistem (Evropska unija, Svet Evrope, Organizacija združenih narodov) in z njim povezane obveznosti države ter drugi upravni in politični vidiki področja prepovedanih drog.

Izvajalcem so na izobraževanjih svoje delo in pristojnosti na področju prepovedanih drog podrobneje predstavili tudi slovenska policija, Nacionalni forenzični laboratorij, uprava za izvrševanje kazenskih sankcij in drugi glavni deležniki, ki so dejavni predvsem na področju zmanjševanja ponudbe prepovedanih drog oziroma pri soočanju z delovanjem organiziranih kriminalnih družb.

Nadvse pomemben vsebinski sklop, ki mu je bila velika pozornost namenjena že v foku-snih skupinah, je bilo področje krepitve osebnih in socialnih veščin pri delu z uporabniki prepovedanih drog. Vzpostavitev in ohranjanje organskega občutka sebe, postavljanje jasne ločnice med lastnim egom in zavestjo, postavljanje še sprejemljivih meja med seboj in drugimi so bili med glavnimi poudarki za delo z uporabniki. S tem povezane deeskala-cijske tehnike so bile predstavljene ob več priložnostih.

Hiter in zato površen pregled dela projektne pisarne pokaže bogat nabor vsebin in veščin, sodelovanje s praktično vsemi pomembnimi deležniki na državni ravni (vladnimi, nevladnimi, znanstvenoraziskovalnimi) kot tudi z najpomembnejšimi na mednarodni ravni. Brez pretiravanja lahko zaključimo, da so bila usposabljanja in izobraževanja, izvedena pod vodstvom projektne pisarne, študij adiktologije v malem. Njihova dobra obiskanost in pozitivni odzivi sodelujočih pa dokazujejo, da v slovenskem prostoru resnično obstaja potreba po tovrstnem študiju.

## 5 Kaj o projektu pravijo izvajalci

Ob zaključku projekta smo sodelujoče organizacije prosili za krajšo oceno projekta, učinku, ki ga je imel projekt na delo v programih in na življenje uporabnikov. Kot osnovo za razmislek in zapis misli smo jim poslali 11 vprašanj, hkrati pa smo jih prosili, naj poudarijo, kaj se jim je pri sodelovanju v projektu zdelo najpomembnejše v zadnjih petih letih.

Besedila se med seboj precej razlikujejo, saj so nekateri izvajalci poslali vezane tekste, drugi pa so odgovarjali na vprašanja. Besedila so tudi različno dolga in poudarjajo različne vidike. Ob prebiranju poslanih prispevkov smo v vsakem od njih prepoznali drugačen način razmišljanja, ki kaže na raznolikost ljudi, ki delajo v organizacijah, pa tudi (ali pa morebiti predvsem) na različna delovna okolja, različne izzive, s katerimi so se ljudje soočali, različne cilje in primarne metode dela programov, v katerih delajo.

Odločili smo se torej, da zaradi prikaza razlik med izvajalci in ohranjanja avtentičnosti vsake od pripovedi poslane ocene ohranimo v obliki, kot smo jo dobili od organizacij, vključenih v projekt.

### Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

V Sloveniji je zdaj 22 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljnjem besedilu: CPZOPD). Zdravstvena domova Ptuj in Slovenj Gradec, ki sta sodelovala v projektu mobilnih enot, pred vključitvijo v projekt še nista imela CPZOPD. Prvim pacientom, ki so že bili vključeni v programe CPZOPD v bolj oddaljenih mestih, je vzpostavitev novih CPZOPD olajšala dostop do storitev in prihranila vožnjo v bolj oddaljena mesta. Pozneje so CPZOPD s terenskim delom in navezovanjem stikov v programe vključili še kar nekaj novih uporabnikov.

V okviru evropskih kohezijskih sredstev smo zdravstvenima domovoma Slovenj Gradec in Ptuj zagotovili financiranje mobilne enote (prilagojenega vozila) ter treh diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov v vsakem od teh zdravstvenih domov.

#### » Zdravstveni dom Ptuj

Bojan Horvat in Klaudija Cebek Ladič

#### **Kakšni so bili občutki na začetku procesa?**

Načrti so bili težko dosegljivi, saj so bili kazalniki določeni kar visoko.

#### **Kako bi izboljšali sodelovanje z ministrstvom za zdravje?**

Na začetku projekta, preden se je začela epidemija, smo odlično sodelovali, potem pa je sodelovanje precej oslabilo. Kljub dobro zastavljenemu projektu bi si želeli še več podpore ministrstva za zdravje.

## **Kaj je po vašem mnenju največji dosežek vaše organizacije v času izvajanja projekta?**

Med izvajanjem projekta smo se približali uporabnikom in jim zelo uspešno pomagali pri iskanju zaposlitve. Zaposlilo se je več kot 50 uporabnikov, med njimi nekaj tudi za nedoločen čas.

Uspešno je bilo tudi predavanje na temo odvisnosti, ki smo ga samostojno organizirali v veliki ptujski kinodvorani in se ga je udeležilo več kot 200 udeležencev.

## **Kako vam je uspelo vključiti se v lokalno okolje? Kaj vam je povzročalo največ težav? V čem ste bili najuspešnejši in kaj je bila dodana vrednost tega sodelovanja?**

Pred epidemijo smo navezovali stike s socialno službo (Zdrava pot, Center za socialno delo Ptuj, ARSVITAE ...). Težave so se začele pojavljati ob začetku epidemije, ko smo bili zaradi pomanjkanja delavcev začasno prerazporejeni na druga delovna mesta.

Pomemben dosežek projekta je bilo razvažanje nadomestnih zdravil uporabnikom na terenu. Med epidemijo so bile ambulante zaprte, ukinjen je bil ves javni promet, prepovedano je bilo prehajanje med regijami in občinami. Mobilna enota v tem času ni bila "online" ambulanta, ampak je bila z razvažanjem nadomestnih zdravil dostopna vsem našim uporabnikom. Brez tega marsikdo ne bi imel dostopa do nadomestnega zdravljenja.

## **Katere metode in načini dela so najbolj pripomogli k zaposlovanju uporabnikov?**

Pred epidemijo je nadomestno zdravljenje potekalo v kombiju, ob tem pa smo se z uporabniki veliko pogovarjali in jih spodbujali. Potrebno je bilo veliko vztrajnosti in pogovorov, da je zaposlitev dobil prvi uporabnik. Pri vsakem uporabniku smo uporabljali individualne in holistične pristope. Največji poudarek je bil na zaposlovanju in vključevanju uporabnikov v socialno in delovno okolje.

## **S kakšnimi težavami ste se srečevali pri pomoči pri zaposlovanju uporabnikov?**

Odvisniki od drog so posebej ranljiva skupina oseb na trgu dela, saj se soočajo ne samo s težavami pri iskanju in pridobivanju zaposlitve, ampak tudi z drugimi težkimi življenjskimi okoliščinami. Zaposlovanje ljudi, ki so odvisni od drog, z vidika družbe ovirajo stigma in predsodki, težave pa povzročajo tudi pridružene duševne težave odvisnikov in sama odvisnost.

## **Kako s posameznikom začeti proces pomoči pri zaposlovanju?**

Posebni programi za zaposlovanje odvisnikov od drog pri nas ni, delodajalci pa se zaposlovanju teh oseb izogibajo. Na trgu se pojavlja vedno več prostih delovnih mest, mi pa smo z vztrajnostjo, spodbujanjem in prepričevanjem vsakega uporabnika posebej poskušali doseči čim večjo zaposljivost v lokalnem okolju in bili pri tem tudi zelo uspešni. Nismo delovali samo kot mobilna enota, temveč tudi kot potujoča borza dela.

## **Kako ste nagovorili uporabnike k vključitvi v program nadomestnega zdravljenja?**

Na začetku projekta smo se predstavili v lokalnih medijih (radio, časopis ...), potem pa se je vest o programu razširila po lokalnem okolju in so nekateri uporabniki sami prišli k nam. Informacije o nas se hitro širijo tudi med sprejetimi uporabniki v CPZOPD. Dober glas seže v deveto vas.

## **Katere oblike dela bi bile najprimernejše za ljudi, ki uporabljajo ali so uporabljali droge? Kdo naj bi takšno zaposlovanje organiziral?**

Pomagali smo pri zaposlitvi večjega števila uporabnikov. Nekateri uporabniki ne želijo niti slišati o delu, saj se znajdejo drugače in nimajo želje po delu. Uspelo nam je, da smo se

približali posamezniku, čeprav nismo strokovnjaki na tem področju, vendar bi bila najprimernejša oblika pomoči podpora psihiatra, socialnega delavca in terapevta. Kot zdravstveni delavci pa smo svoje delo opravili več kot odlično.

### **Kaj bi na terenu še potrebovali, da bi ljudem, ki jemljejo droge, nudili boljšo podporo?**

Nujno potrebujemo finančna sredstva za podaljšanje programa mobilne enote. Ob koncu projekta so nekatere zaposlitve prešle v trajno financiranje v okviru Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, vendar pa to ne velja za našo mobilno enoto. Menimo, da smo veliko pripevali k reševanju težav na področju odvisnosti v naši okolici, zato bi bilo nadaljevanje projekta nujno v obliki, kot obstaja zdaj.

Več sodelovanja med nevladnimi organizacijami, manj igel in več zdravljenja. Iz izkušenj vemo, da je s pomočjo nadomestnega zdravljenja posameznika lažje stabilizirati, zaposliti in vključiti v socialno okolje. Čeprav z nevladnimi organizacijami dobro sodelujemo, si želimo, da bi sodelovali še boljše in da bi več uporabnikov spodbudili k vključitvi v programe zdravljenja v okviru CPZOPD.

## **»Zdravstveni dom Slovenj Gradec**

Aleks Paradiž

V izobraževalnih programih manjka tem o odvisnosti, zato smo si na začetku postavili za cilj, da se o delu z uporabniki drog dodobra izobrazimo, tudi s pomočjo strokovnih delavcev, ki že imajo izkušnje s tega področja.

Začetek je bil težak, vendar zelo zanimiv. Obiskali smo večino CPZOPD v Sloveniji in tako poskušali pridobiti čim več znanja. Uspelo nam je sestaviti sliko, kako naj bi tak center deloval. Pri pridobivanju znanja so nam bili v veliko pomoč na centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v Ljubljani, kjer smo opravili vsa osnovna izobraževanja in se udeležili tudi praktičnega usposabljanja na kliniki za detoksikacijo.

Način dela v našem CPZOPD se razlikuje od načina dela v preostalih CPZOPD, saj smo veliko znanja pridobili tudi od kolegov iz socialne stroke, s katerimi smo bili prek ministrstva ves čas v stiku. Ta način dela nam je pri delu z uporabniki drog v veliko pomoč.

Sodelovanje z ministrstvom za zdravje je bilo med izvajanjem projekta zelo dobro. Ob tej priložnosti se želimo zahvaliti dr. Jožetu Hrenu in dr. Maši Serec, saj sta nam bila vedno na voljo. Izobraževanja, ki sta jih organizirala, so bila poučna, aktualna in izčrpna.

Sodelovanje med različnimi strokami se nam zdi zelo pozitivno, saj drug drugemu lahko predstavimo svoje razumevanje problematike in svoj način dela ter s tem širimo dobre prakse. Naše delo z ljudmi, ki uporabljajo droge, je zato lahko zelo kvalitetno, kar se odraža tudi v naših dosežkih.

Za naš največji dosežek štejemo organiziranje nadomestnega zdravljenja na terenu. Tako smo uporabnikom olajšali dostop do tega zdravljenja, zaradi tega pa so tudi lažje obdržali zaposlitev, saj zaradi prihajanja v CPZOPD niso izostajali od dela.

Dosežek je tudi naš sistem dela med epidemijo covid-19. Mobilna enota se je izkazala kot odlično orodje med epidemijo, saj smo nadomestna zdravila vsem uporabnikom lahko razdeljevali na terenu. Na ta način smo z njimi ohranjali redni, vsakodnevni osebni stik (nekateri uporabniki so bili v tem obdobju v osebni stiku samo z nami), obenem pa smo zmanjšali tveganje za preprodajo nadomestnih zdravil, predoziranje in podobno.

Naš center je bil tudi prvi v Sloveniji, ki je v svoj program zdravljenja vpeljal Buprenorfin, buprenorfin v obliki podkožne injekcije s podaljšanim sproščanjem. Pri nas se vedno več uporabnikov odloča za to vrsto zdravljenja, saj lahko v center prihajajo le enkrat na teden oziroma enkrat na mesec, vedno manj pa jih zaradi tega prejema metadon. V našem CPZOPD smo tudi prvi v Sloveniji začeli za prehod z metadona na buprenorfin uporabljati mikrotitracijo buprenorfina ob pitju metadona. Prehod tako poteka praktično brez krize ali nižanja odmerkov metadona. Rezultati so za zdaj zelo dobri.

Z vključevanjem v lokalno okolje nismo imeli težav. Delujemo diskretno in ljudje nas po večini ne opazijo. Ob tem bi se radi zahvalili tudi občini Slovenj Gradec za podporo in odlično sodelovanje.

Da bi uporabnikom pomagali in jih spodbudili k iskanju zaposlitve, smo mobilno enoto uporabljali kot posebno ugodnost. Vsak uporabnik, ki dejavno išče zaposlitev oziroma je zaposlen, ima možnost prejemati zdravila na terenu. To je zanje velika spodbuda.

Želimo si, da bi bile organizacije, ki delajo z uporabniki drog, še bolj povezane. Centri za socialno delo, zavod za zaposlovanje, CPZOPD in nevladne organizacije bomo pri delu z ljudmi, ki so odvisni od drog, veliko uspešnejši, če se bomo sporazumevali in drug z drugim sodelovali. Tega je na žalost pri nas še vedno premalo.

Na terenu in v ekipi si želimo še več sodelavcev iz različnih strok. Zelo dobro bi bilo, če bi imeli možnost zaposliti socialnega delavca in psihologa. Želimo si tudi še več sodelovanja z učnimi zavodi in drugimi organizacijami, vladnimi in nevladnimi.

Mobilna enota je pri našem delu, ki temelji na dostopnosti in fleksibilnosti, postala nepogrešljiva, zato je še toliko pomembnejše, da se projekt nadaljuje in še naprej razvija.

## Organizacije za zmanjševanje škode zaradi drog

V projekt so bile vključene štiri nevladne organizacije in en javni zavod s področja zmanjševanja škode zaradi drog, ki so se v projekt prijavi v konzorcijskem partnerstvu z zdravstvenimi domovi. Tako smo zagotovili financiranje nakupa mobilnih enot ter zaposlitev diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov. Diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki so bili zaposleni v zdravstvenih domovih, kjer so imeli strokovno podporo in usmeritve, delovali pa so na terenu v mobilnih enotah skupaj z zaposlenimi v nevladnih organizacijah. Potreba po okrepitvi tovrstnih programov z zdravstvenimi delavci se v Sloveniji zaznava že dlje časa, s pomočjo evropskih sredstev pa smo to lahko tudi uresničili, preizkusili in smiselno umestili v sistem zdravstvenega in socialnega varstva.

### » Društvo za pomoč in samopomoč na področju zasvojenosti Zdrava pot

Nedeljka Hazabent

Namen izvajanja programa Mobilna zamenjava igel s terenskim delom in svetovanjem v zvezi z drogami in aidsom je preprečevanje vseh vidikov škode, ki nastanejo zaradi uživanja drog na vseh področjih življenja. Informiranje o varnem injiciranju, spodbujanje uporabnikov k rednemu (anonimnemu) testiranju na virus HIV in virus hepatitisa C ter sprotna zamenjava sterilnega materiala za manj tvegano uživanje drog so spodbuda za spreminjanje vedenjskih

vzorcev ljudi, ki uporabljajo droge, in posledično za opuščanje tveganega injiciranja. Uporaba sterilnega materiala in vračanje uporabljenih igel preprečujeta možnost okužbe ne samo uporabnikov drog, ampak celotnega prebivalstva. Program se s prirejenim vozilom izvaja vse delovne dni v letu na različnih, vnaprej dogovorjenih lokacijah in z obiski na domu.

V okviru terenskega dela izvajamo individualno svetovanje, organiziramo skupine za samopomoč, nudimo informacije o visokopražnih programih zdravljenja, napotujemo v druge programe pomoči, razdeljujemo informativni material in brošure, omogočamo uporabnikom zagovorništvo pri zagotavljanju pravic, jih spremljamo na ustrezne naslove pri urejanju statusa in uveljavljanju socialnih pravic, jim pomagamo pri urejanju stanovanjskih težav, nudimo konkretno pomoč na terenu, na primer prevoze in oskrbo manjših ran, ter jim pomagamo pri vključevanju v prostočasne dejavnosti za bolj kakovostno preživljanje prostega časa, kar posledično pomeni boljše vključevanje v skupnost.

V času trajanja projekta, to je med letoma 2018 in 2022, smo na novo zaposlili medicinsko sestro, ki je še dodatno prispevala k zmanjševanju škode ter nudila konkretno pomoč pri reševanju zdravstvenih težav, ki so nastale zaradi uporabe drog (prevezovanje in oskrba manjših ran, nudenje prve pomoči, svetovanje, spremstvo k zdravniku, opravljanje testiranj na HIV, hepatitis, covid-19, razbremenilni pogovori ...), še posebej pomembna pa je za uporabnike, ki nimajo izbranega osebnega zdravnika, saj jim lahko pomaga z nasveti in jim daje zanje pomembne zdravstvene informacije, ki jih sicer ne bi dobili.

Med projektom se je zaposlilo ali izobraževalo več uporabnikov, vendar so bile nekatere zaposlitve le kratkotrajne. Uporabniki so bili vključeni v izobraževanje na delovnem mestu v sodelovanju s konzorcijskimi partnerji in v prostovoljske dejavnosti. Menimo, da bi bile za uporabnike naših storitev najprimernejše oblike dela s skrajšanim delovnim časom, saj za opravljanje dela s polnim delovnim časom zaradi uporabe drog nimajo zadosti koncentracije. Največji izziv je zagotovo spodbujanje uporabnika, naj začne razmišljati o tem, da bi se zaposlil. Uporabnikom, ki so pokazali željo po zaposlitvi, smo pomagali iskati delo v njihovi stroki, jim nudili pomoč pri sestavljanju življenjepisa in prošnje za delo, jih vozili na razgovore ter spodbujali. Uporabnikom, ki so želeli pomoč pri zaposlovanju, smo najprej dali v izpolnjevanje vprašalnik, s pomočjo katerega smo skupaj dobili vpogled v to, kakšna dela je posameznik že opravljal ter kakšne so njegove veščine in sposobnosti, na spletnih portalih smo iskali primerne zaposlitve, izpopolnjevali socialne veščine uporabnikov (učenje osebnega pogovora z delodajalcem ali pogovora po telefonu), se zanje dogovarjali za pogovor s svetovalcem na zavodu za zaposlovanje (konzorcijski partnerji) ...

Za naš največji dosežek štejemo, da smo dosegli cilj, ki smo si ga zastavili, to je, da v času projekta, od leta 2018 do leta 2022, v programe vključimo 400 uporabnikov. Celo več smo jih, in sicer 490. Dosegli smo tudi kazalnik učinkovitosti, kot je bil določen, to je, da 20 uporabnikom pomagamo pri vključevanju na trg dela. Pravzaprav smo ga presegli, saj smo kar 25 uporabnikom pomagali, da so se vključili na trg dela.

Za dosežek štejemo tudi, da smo dosegli pričakovani rezultat, to je zaposlitev petih odstotkov uporabnikov oziroma vsaj enega uporabnika. Štirje uporabniki, ki smo jim pomagali, da so se zaposlili, so še vedno zaposleni in k nam ne prihajajo več; dva sta iz Pomurja in dva iz koroške regije.

Za boljšo podporo na terenu bi najbolj potrebovali redno dobavo sanitetnega materiala, kot so medene in jodove obloge, podloge za enkratno uporabo, fiziološka raztopina ... Prav tako bi bilo koristno še dejavnejše sodelovanje in povezovanje izvajalskih organizacij/programov v projektu (redne izmenjave izkušenj). V razmislek pri odločitvah o morebitnem financiranju predelave terenskega vozila za prevoz uporabnikov ponujamo tudi naslednji predlog: predelava vozila v bolj sterilni prostor za oskrbo ran uporabnikov ali pa

zmanjšanje priročne pisarne v zadnjem delu terenskega vozila, da bi medicinska sestra imela več prostora za svoje delo. Predlog bi bil morebiti izvedljiv, ko bo terensko vozilo dotrajano in ga bo treba zamenjati.

Gleda na pozitivne rezultate izpeljanega projekta se ministrstvu za zdravje zahvaljujemo za zaposlitev medicinske sestre. Uporabniki in zaposleni so jo lepo sprejeli, njena zaposlitev pa je velik prispevek ne samo k mobilni enoti, ampak k celotnemu društvu.

## »Združenje Šent – terensko delo z uporabniki drog

Luka Mrak

### **Kakšni so bili občutki na začetku procesa?**

Občutki so bili pozitivni, veseli smo bili, da se je projekt začel, čutiti pa je bilo tudi nekaj negotovosti. Novo vozilo in zaposlitev medicinske sestre sta nas navdajala z velikimi pričakovanji in tudi delovno vneto.

### **Kako bi izboljšali sodelovanje z ministrstvom za zdravje?**

Z ministrstvom za zdravje smo na začetku projekta intenzivno sodelovali. Na ministrstvu so pripravili delovno ekipo, ki se je posebej posvečala dejavnostim, povezanim s projektom nadgradnje mobilnih enot. Ker je šlo za novo obliko sodelovanja socialnega in zdravstvenega varstva, je bilo potrebnega veliko formalnopравниh in strokovnih usklajevanj. Z ekipo ministrstva za zdravje smo bili ves čas v stiku, vsak mesec smo se srečevali na supervizijah in strokovnih izobraževanjih, ki jih je organiziralo ministrstvo. Srečevanje udeležencev programov, izmenjava izkušenj, soočanje z izzivi in hkrati strokovno izpopolnjevanje, ki nam je bilo v tem okviru dano, so velika pridobitev za programe zmanjševanja škode.

### **Katera je največja sprememba, ki so jo v življenje uporabnikov drog prinesle zaposlitve diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov?**

Sprememba je predvsem ta, da lahko zdaj na terenu uporabnikom ponudimo dve vrsti obravnave: socialnovarstveno in zdravstveno. Nekateri uporabniki potrebujejo zelo specifične storitve, bodisi zdravstvene bodisi socialnovarstvene, in zdaj jih veliko lažje ponudimo. Zagotovo je veliko lažje, če v zdravstvene institucije vstopa in z njimi sodeluje medicinska sestra, ki je pri svojem delu suverena in kompetentna; to opažajo in sporočajo tudi uporabniki sami.

Medicinska sestra je pomembna ne samo zaradi strokovnosti, ampak tudi zato, ker v socialni mreži uporabnikov lahko znatno pripomore k manjši socialni izključenosti ljudi, ki uporabljajo droge.

### **Kaj je po vašem mnenju največji dosežek vaše organizacije v času izvajanja projekta?**

S konzorcijskim partnerjem imamo, v celoti gledano, zelo dobre odnose in odlično sodelujemo. Pred projektom smo se poznali le „od daleč“, sodelovali pa smo le priložnostno. Zdaj seveda precej bolje poznamo drug drugega in si želimo, da bi lahko v tem in drugih projektih sodelovali tudi v prihodnje.

Največji dosežki so torej: povezava socialnovarstvenega področja z zdravstvenim; izkušnja, da lahko v okviru socialnega varstva učinkovito deluje strokovnjak iz zdravstvenega varstva; prepoznavnost projekta in programa v skupnosti.

## **Kako je potekalo sodelovanje socialnih, zdravstvenih in laičnih delavcev?**

Zaposleni v timu – strokovni delavec, laični delavec in medicinska sestra – smo v neprestanem in neposrednem stiku. Vsak dan smo si na voljo za reševanje dilem, sodelovanje in podporo. Sproti se dogovarjamo o dnevni in tedenski dejavnosti ter sproti poskušamo reševati trenutne zagate, ki se pojavijo ob delu. Vsakdo izmed nas izpolnjuje svoje naloge in zadolžitve, kar preprečuje zmedo.

## **Kako vam je uspelo vključiti se v lokalno okolje? Kaj vam je povzročalo največ težav? V čem ste bili najuspešnejši in kaj je bila dodana vrednost tega sodelovanja?**

V lokalnem okolju smo zelo učinkovito sodelovali že pred projektom. Največji prispevek projekta je tesnejše sodelovanje z zdravstvenim domom in njegovim osebjem ter vpetost v nekatere projekte (skupna psihiatrična obravnava, SOPA, centri za krepitev zdravja). Zdravstvenovarstvene službe nas zdaj bolje poznajo, vedo, kaj delamo, ter nas v svoje delo vključujejo, hkrati pa tudi mi lažje sodelujemo z njimi.

## **Katere metode in načini dela so največ pripomogli k zaposlovanju uporabnikov?**

V naših programih zmanjševanja škode zaradi uporabe drog se trudimo, da bi bile razlike med našimi uporabniki in ostalimi v skupnosti kar se da majhne. Prizadevamo si, da bi bili uporabniki sposobni samostojnega in enakovrednega vključevanja v skupnosti, in to na katerem koli področju, tudi na trgu delovne sile. Ljudi spodbujamo k dejavnemu prepoznavanju svojih lastnih prednosti. Uporabnike spodbujamo, naj se vključujejo v dejavnosti znotraj naših programov (ustvarjalnost, delo, pomoč drugemu, šport in rekreacija, aktivno preživljanje prostega časa in tako dalje). Z nekaterimi sklenemo tudi dogovor o prostovoljstvu. S tistimi, ki si tega želijo, naredimo osebni načrt, ki včasih vključuje tudi dejavnosti za približevanje trgu delovne sile. Z njimi vstopamo v institucije, kot so Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, invalidska podjetja, gospodarska podjetja, probacijska služba in tako dalje. Pred leti smo imeli dobro izkušnjo s programom „socialne aktivacije“, ki je deloval v naši regiji in s pomočjo katerega so zaposlitev dobili tudi uporabniki naših programov zmanjševanja škode zaradi uporabe drog. Kljub temu je le majhen delež tistih uporabnikov, ki jim dejansko uspe vključiti se v kakšno formalno obliko delovnega procesa. Menimo, da bi ob okrepljeni kadrovske zasedbi ter boljši usposobljenosti zaposlenih s tega področja lahko bili na tem področju veliko uspešnejši, kot smo zdaj.

## **S kakšnimi težavami ste se srečevali pri pomoči pri zaposlovanju uporabnikov?**

V našem programu delamo s številnimi uporabniki, ki so se znašli v hudih življenjskih stiskah. Te stiske so povezane z zdravjem, delovno zmožnostjo, motivacijo, zasvojenostjo, šibko socialno mrežo, duševnimi težavami in tako dalje. Uporabniki se s svojimi stiskami pogosto vrtijo v začaranem krogu, njihov delovni status je povezan s stanovanjsko stisko, zasvojenostjo, neurejenimi družinskimi odnosi, drugimi pridruženimi bolezenskimi stanji in tako dalje. Tisti, ki s temi ljudmi delamo v praksi, vemo, kako težko je narediti že manjše spremembe ali korake na bolje. Dobiti zaposlitev je v teh časih težko že za ljudi, ki živijo v veliko boljših razmerah kot naši uporabniki, poleg tega pa imajo tudi višjo izobrazbo in so boljše opremljeni s socialnimi in delovnimi veščinami.

Zmanjševanje škode med uporabniki drog je zelo specifično in zahteva posebne pristope in dejavnosti. Naše delo sicer lahko obsega tudi približevanje uporabnikov trgu delovne sile, vendar pa je to dejavnost, ki na področju zmanjševanja škode ni med najpomembnejšimi. Od začetka delovanja projekta »nadgranje mobilnih enot« je v našem programu umrlo več kot 50 uporabnikov. Čeprav je torej zaposlovanje pomemben dejavnik urejanja zdravstvenih in predvsem socialnih razmer posameznika, so na področju zmanjševanja



škode za ljudi, ki uporabljajo droge, nekatere druge storitve pomembnejše. V praksi smo lahko veseli, če nam uspe z najranljivejšimi sploh vzpostaviti stik in delovni odnos ter ju nato ohranjati. Izziv je tudi ljudi podpreti pri iskanju primerne nastanitve, urejanju socialnega statusa, sodelovanju s socialnimi in zdravstvenimi službami in tako dalje. V prihodnosti lahko programi zmanjševanja škode zaradi uporabe drog ter nevladne organizacije zagotovo postanejo pomemben dejavnik pri približevanju uporabnikov drog trgu delovne sile, vendar bomo za to potrebovali veliko več kadrovske in infrastrukturne podpore.

### **Kako s posameznikom začeti proces pomoči pri zaposlovanju?**

Z vidika socialnega dela je proces zaposlovanja ali katerega drugega sodelovanja precej preprost; najučinkoviteje je, če je uporabnik motiviran za zaposlitev. Po naših izkušnjah je delovna motivacija pri ljudeh na vrsti takrat, ko so zadovoljene njihove bolj osnovne potrebe. Ko uporabnik in strokovni delavec menita, da je primeren čas za iskanje dela, strokovni delavec ugotovi, kaj si uporabnik želi delati, kakšne so njegove spretnosti in veščine in tako dalje. Skupaj z uporabnikom se nato vključimo v programe Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, kjer delujejo najprimernejši strokovnjaki s področja zaposlovanja. Če ima uporabnik druge možnosti ali zamisli (delovno usposabljanje/rehabilitacija, prostovoljsko delo, delo na črno in tako dalje), ga skušamo podpreti tam, kjer uporabnik meni, da mu lahko pomagamo. Pomemben pa je tudi legalni okvir, saj si kot uradno priznani socialnovarstveni program ne smemo privoščiti sodelovanja pri nelegalnih dejavnostih. V takih primerih se z uporabnikom pogovarjamo in skupaj iščemo rešitve, da se, kolikor je le mogoče, lahko upoštevajo želje tako uporabnika kot tudi zaposlenih v nevladnih organizacijah.

### **Katere oblike dela bi bile najprimernejše za vaše uporabnike? Kdo naj bi takšno zaposlovanje organiziral?**

Ker našo uporabniško skupino sestavljajo zelo različni uporabniki, so tudi oblike dela, primerne zanje, zelo različne. Večini uporabnikov je sicer skupno to, da prihajajo iz okolja, ki je prežeto z revščino, travmami, šibko socialno mrežo in nizko doseženo izobrazbo. Delodajalcem zato predlagamo, naj uporabnikom ponudijo delo, ki bi bilo prilagojeno njihovim potrebam in zmožnostim ter tudi zanimanju: delovni čas bi moral biti prilagodljiv, za večino bi moral biti skrajšan; uporabniki bi morali dobivati ustrezno plačilo; poskrbljeno bi moralo biti za ustrezno/strokovno spremljanje/vodenje/usmerjanje uporabnikov.

Organizacijo bi lahko vodili strokovnjaki iz Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, iz drugih zaposlitvenih programov in iz nevladnih organizacij. Sodelovati bi morali tudi centri za socialno delo, socialna podjetja, lokalne skupnosti, lokalna podjetja in tako dalje.

### **Ali zaposlujete (bivše) uporabnike drog (upoštevajte tudi javna dela in druge oblike zaposlitve)? Če ne, zakaj? Če da, katere prednosti vidite v tem za organizacijo in katere za osebo, ki se zaposli?**

V terenskem programu smo zaposleni trije: strokovni delavec s področja socialnega varstva, strokovna delavka s področja zdravstva ter strokovni sodelavec. Dva sva zaposlena v nevladni organizaciji, sodelavka je zaposlena v vladni organizaciji, zdravstvenem domu. Eden od nas ima osebno izkušnjo z zasvojenostjo, kar za delo v tovrstnih programih načeloma ni ovira, s pravimi usmeritvami je lahko celo prednost. Na žalost je pri tako majhnem kadrovskem okviru težko govoriti o zaposlovanju uporabnikov, saj za zaposlitve nasploh – razen medicinske sestre (v okviru projekta) – v zadnjih desetih letih ni bilo priložnosti.

V program so redno vključeni prostovoljci, s katerimi imamo sklenjen prostovoljski dogovor; ti prostovoljci večinoma prihajajo iz vrst uporabnikov. Pri vključevanju prostovoljcev

se soočamo s številnimi izzivi in omejitvami, saj delo s prostovoljci (uporabniki) zahteva veliko sodelovanja, usklajevanja, refleksije in tako dalje, za kar pa bi potrebovali še dodatne zaposlene, ki bi se ukvarjali predvsem s tem področjem. Vključevanje uporabnikov v delovne ekipe organizacij je vsekakor smiselno in eden pomembnejših vidikov socialnega in družbenega vključevanja ranljivih skupin.

### **Kaj bi na terenu še potrebovali, da bi ljudem, ki jemljejo droge, nudili boljšo podporo?**

Za večji obseg delovanja, ki zajema večje število v program vključenih uporabnikov, večje število storitev, večjo kakovost storitev, bolj kontinuirano delovanje z uporabniki, doseganje večje krajevne pokritosti in tako dalje, bi seveda potrebovali več primerno usposobljenih delavcev in dodatno tehnično opremo za delo na terenu (vozilo, računalnik, primernejšo varovalno opremo, več materiala za delo na terenu in tako dalje).

Pri snovanju projekta in njegovi izvedbi pogrešamo bolj dejavno vključevanje vseh sodelujočih, ne samo financerjev in nekaterih posameznikov, temveč tudi vseh izvajalcev ter tudi uporabnikov in poslovnih partnerjev v projektu. Od vsakega posebej bi bilo smiselno slišati, kakšen je njegov pogled na projekt ter kakšne so njegove potrebe in želje. Tako bi lahko spoznali dejanske potrebe uporabnikov drog ter služb, ki se z njimi ukvarjamo na terenu in neposredno, ter bi lahko skupaj določili tudi cilje delovanja in merila vrednotenja.

Nujno se nam zdi povečati število mobilnih enot znotraj regije. Zdaj delamo osem ur v dopoldanskem času, s čimer nam uspe do neke mere zadovoljiti potrebe samo določene skupine uporabnikov. Vemo pa, da so nekateri uporabniki dejavni v popoldanskem, večernem in nočnem času. Terensko delo bi moralo biti kadrovsko in tehnično dovolj podprto, da bi lahko zajeli širšo uporabniško skupino, ali pa bi morale biti mobilne ekipe bolj prilagodljive, da bi lahko storitve nudile tudi v popoldanskem, večernem in nočnem času. Poleg tega bi morali prepoznati tudi tiste uporabnike, ki jih naši programi in storitve ne obravnavajo, kot so uporabniki v večernem in nočnem času, mladi, uporabniki sintetičnih in dizajnerskih drog, ljudje z dvojnimi diagnozami, svojci in tako dalje, ter se tem uporabnikom prilagoditi.

## **»Javni zavod Socio Celje**

Martina Težak

Terensko delo z odvisniki od prepovedanih drog deluje v savinjski regiji že od leta 2007. Program je nizkopražen, kar pomeni, da uporabnikom ni treba izpolnjevati nikakršnih pogojev za vključitev, je anonimen in za vključitev vanj ni zahtevana abstinenca od prepovedanih drog. To je eden najpomembnejših programov zmanjševanja škode za ljudi, ki uživajo prepovedane droge.

Program sofinancirajo ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter občine regije, na razpise katerih se vsako leto s programom prijavljamo in smo uspešni.

V letu 2018 smo z uspešno prijavo programa prejeli od ministrstva za zdravje in Evropskega sklada za regionalni razvoj novo terensko vozilo in možnost zaposlitve diplomiranega zdravstvenega delavca. Diplomirana medicinska sestra je bila zaposlena prek konzorcijskega partnerja, ki je bil v našem primeru Zdravstveni dom Celje. Dnevno je delovala v mobilni enoti neposredno z uporabniki, njihovimi svojci in zainteresiranimi javnostmi. Bila je povezovalca med zaposlenimi v mobilni enoti in zdravstvenimi

ustanovami za dobrobit naše primarne ciljne skupine (s komunikacijo, prenosom znanj in prakse z zdravstvenega področja, prevajanjem zdravstvene terminologije v vsakdanji jezik uporabnika). Multidisciplinarni tim z nepretrganim, usklajenim, učinkovitim in pravočasnim delovanjem z vidika socialne in zdravstvene stroke omogoča, da je naš uporabnik obravnavan celostno in enakopravno ter ima absolutno pravico odločati o sebi in svojih izbirah.

Vloga diplomirane medicinske sestre v obdobju epidemije covid-19 se je izkazala za zelo pozitivno. Zaradi vseh omejitev, ki smo jih bili deležni v tem času, tudi našim uporabnikom ni uspelo priti v stik z osebnim zdravnikom. Tako je medicinska sestra lahko naročala uporabnike psihoaktivnih snovi na preglede, se zanje informirala, jim te informacije predajala, jim svetovala in spremljala njihovo zdravstveno stanje. Ob razglasitvi epidemije in zaprtju države je uporabnike obveščala o spreminjajočih se ukrepih za zajezitev širjenja okužbe z virusom covid-19, o pravilnem ravnanju pri kašlju in kihanju, o pravilnem umivanju in razkuževanju rok, pravilni nošnji in menjavanju maske ter pozneje tudi o cepljenju (lokacija, termin, naročanje ...).

Diplomirana medicinska sestra je zato po našem mnenju pomemben član pri boljšem razumevanju zasvojenosti in vseh posledic, ki jih ta prinaša. Prispeva k izboljšanju kakovosti in pogojev dela. Njena vloga v timu je tudi širše zagovorništvo opravljanja našega dela oziroma sploh obstoja mobilne enote v ožji in širši okolici, kjer delujemo. Diplomirana medicinska sestra zmanjšuje stigmatizacijo ciljne populacije mobilne enote v širšem okolju ter povečuje pomen in vlogo mobilnih enot pri zmanjševanju škode na področju prepovedanih drog. Njeno delovanje pa je pomembno prispevalo tudi k preprečevanju in širjenju okužb z virusom covid-19 pri naših uporabnikih.

Težava, s katero smo se srečali v našem zavodu, je menjavanje zaposlitve delovne sile, med projektom so se v celoti zamenjali vsi zaposleni, zato tudi težko opišemo, kako je potekal projekt na začetku in kakšno je bilo sodelovanje z ministrstvom za zdravje. Ko sem sama začela delati, je bilo vse že dobro vpeljana in je potekalo rutinsko. Povem lahko, da sem, kadarkoli sem od ministrstva potrebovala kakšno informacijo, to tudi prejela, bili so odzivni in sodelujoči.

Izziv je bil tudi opravljanje dejavnosti medicinske sestre v mobilni enoti, kjer je neprimeren in premajhen prostor, ni tekoče vode in primerne gretja v zimskem času, težave so z ločevanjem odpadkov, ki nastanejo pri njenem delu ...

Ves čas delovanja našega programa se kaže potreba po dnevnom centru v Celju. Prav tako se kaže potreba po nastanitvenih možnostih za aktivne uživalce drog in po toplem obroku za uporabnike programa, ki niso iz Mestne občine Celje, ker v svojih občinah nimajo zagotovljenega brezplačnega toplega obroka.

Ker uporabniki drog neradi obiskujejo zdravnika in se zaradi svojega stanja in načina življenja velikokrat pozno odločijo, da ga obiščejo, se kaže potreba po redni tedenski prisotnosti zdravnika splošne medicine na terenu oziroma vsaj v CPZOPD, da bi lahko uporabniki nemoteno in brez naročanja prišli v stik z njim.

Glede zaposlovanja naših uporabnikov lahko napišemo, da s težavo dobijo in obdržijo delo, ki ga lahko opravljajo. Večinoma opravljajo težka fizična, nezahtevna in slabo plačana dela, veliko jih dela na črno, opravljajo sezonska dela ali pa delajo kot prostovoljci v različnih organizacijah, ki delo prilagodijo njihovim zmožnostim (Rdeči križ, Karitas in podobno). Upabniki, ki še niso pregloboko zabredli v svet zasvojenosti, imajo redno delo, vendar se s temi bolj redko srečujemo oziroma le ob posebnih priložnostih (na primer, ko

jih ob praznikih obdarimo). Ti uporabniki so socialno in materialno bolj urejeni in navadno v CPZOPD prejemajo nadomestna zdravila.

Uporabniki, ki so vključeni v naš program, se težko odločijo, da bi si poiskali delo, oziroma težko izrazijo, kaj bi sploh želeli početi, kaj jih veseli. Težko jih je premakniti iz njihove „cone udobja“, njihovega vsakdanjega rituala, v katerem je dan podoben dnevu. Vsekakor pa morajo videti, da jim delo prinese več koristi in ugodnosti kot posedanje doma in pre-  
jemanje denarne socialne pomoči.

## » Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam Svit Koper

Maja Filipovič

### **Kakšni so bili občutki na začetku procesa?**

Na začetku sem imela občutek da bom „rešila“ vse uporabnike.

### **Kako bi izboljšali sodelovanje z ministrstvom za zdravje?**

Želela bi si koordinatorja zdravstvene stroke za zdravstvene delavce.

### **Katera je največja sprememba, ki so jo v življenje uporabnikov drog prinesla zaposlitve diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov?**

Uporabniki se zdaj lažje odločajo za obisk zdravnika, saj imajo ustrezno pomoč in spremstvo.

### **Kaj je po vašem mnenju največji dosežek vaše organizacije v času izvajanja projekta?**

Začetek bolj organiziranega sodelovanja z Infekcijsko kliniko v Ljubljani ter redno mesečno spremljanje in prevoz uporabnikov na kliniko.

### **Kako je potekalo sodelovanje socialnih, zdravstvenih in laičnih delavcev?**

Odvisno od osebe. Z nekaterimi sem dobro sodelovala, z drugimi manj.

### **Kako vam je uspelo vključiti se v lokalno okolje? Kaj vam je povzročalo največ težav? V čem ste bili najuspešnejši in kaj je bila dodana vrednost tega sodelovanja?**

Naše vključevanje v lokalno okolje je bilo zelo neuspešno. Takoj na začetku epidemije covid-19 so društvo deložirali iz prostorov, drugih prostorov nismo dobili in smo pol leta delali na cesti, brez dnevnega centra, toalete, tekoče vode ...

### **Katere metode in načini dela so najbolj pripomogli k zaposlovanju uporabnikov?**

Uporabnikom smo pomagali iskati delovna mesta, pisati prošnje in življenjepise, skupaj z njimi smo se dogovarjali s centrom za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, kako bo potekalo razdeljevanje nadomestnih zdravil za uporabnike, ki so zaposleni, ter jih spodbujali.

### **S kakšnimi težavami ste se srečevali pri pomoči pri zaposlovanju uporabnikov?**

Uporabniki večinoma ne kažejo zanimanja za zaposlitev, saj so v večji meri aktivni in dolgoletni uporabniki drog. Težko jih je spodbuditi k temu, da bi si našli zaposlitev in jo obdržali.

## **Kako s posameznikom začeti proces pomoči pri zaposlovanju?**

Uporabnike je treba ves čas spodbujati, naj redno spremljajo oglase za zaposlitev. Oglase smo začeli tiskati tudi sami in jih obešati na oglasno desko v dnevnem centru. Predvsem je najpomembnejše, da uporabnike nenehno spodbujamo k temu, da si najdejo zaposlitev.

## **Katere oblike dela bi bile najprimernejše za „vaše“ uporabnike? Kdo naj bi takšno zaposlovanje organiziral?**

Za uporabnike bi bila najprimernejša lažja dela. Ne toliko umska, ampak bolj fizična, saj imajo slabo koncentracijo. Delovni čas bi moral biti skrajšan na štiri ali šest ur, odvisno od uporabnika. Zelo primerno bi bilo socialno podjetje, v katerem bi se lahko zaposlili, saj jih v rednih službah neradi vzamejo.

## **Ali zaposlujete (bivše) uporabnike drog (upoštevajte tudi javna dela in druge oblike zaposlitve)? Če ne, zakaj? Če da, katere prednosti vidite v tem za organizacijo in katere za osebo, ki se zaposli?**

V času trajanja projekta se v društvu ni zaposlil noben bivši uporabnik. Večina od njih tudi nima ustreznih izkušenj in stopnje izobrazbe. Prizadevamo si, da bi v prihodnosti eno od naših uporabnic zaposlili prek javnih del. Imajo pa uporabniki (aktivni in bivši) možnost, da v našem društvu opravljajo družbenokoristna dela (zdaj imamo dva) ali da postanejo naši prostovoljci in dobivajo dodatek za delovno aktivnost.

## **Kaj bi na terenu še potrebovali, da bi ljudem, ki jemljejo droge, nudili boljšo podporo?**

Najbolj pogrešamo namestitve za brezdomne uporabnike.

## **»Društvo Stigma – društvo za zmanjševanje škode zaradi drog**

Klavdia Stanonik

Na začetku delovnega procesa so bili občutki mešani. Težava je bila, da sem v tem projektu edina zaposlena diplomirana medicinska sestra in nisem imela kakšnega posebnega uvajanja v delo v smislu zdravstvene oskrbe uporabnikov. Samoiniciativno sem delovala po metodi Virginije Henderson, ki navaja zdravstveno oskrbo glede na potrebe pri težavah v temeljnih življenjskih funkcijah. V dnevnem centru v Župančičevi jami sem si v prostoru, ki je bil prvotno namenjen varni sobi, uredila ambulanto. Povezala sem se s kliničnim centrom, ki mi je daroval preiskovalno mizo in špansko steno. Med delom sem se izobrazila tudi za izvajanje medicinske pedikure. Izkazalo se je, da uporabniki ta poseg nujno potrebujejo, saj imajo pogosto težave s stopali; ker so ves dan v istem obuvalu, jim nastanejo otiščanci, kurja očesa in ragade. Ob petkih tako redno izvajam medicinsko pedikuro.

Izkazalo se je tudi, da veliko uporabnikov potrebuje pomoč pri oskrbi kroničnih ran, ki nastanejo kot posledica paravenozne aplikacije drog. Proces oskrbe takih ran lahko traja tudi več mesecev, preden se zacelijo. Z zdravstvenega vidika lahko s svojim strokovnim znanjem veliko prispevam k boljši kakovosti življenja naših uporabnikov.

Sodelovanje z ministrstvom za zdravje, ki je izvajalo supervizije in mesečna usposabljanja, je bilo zelo plodovito in je pripomoglo k razvoju stroke. Zataknilo pa se je pri preskrbi s sanitetnim materialom za oskrbo kroničnih in akutnih ran. V tem času je še delovala

Maša Serec, ki je v času covid-19 uredila donacijo omenjenega materiala. To mi je bilo v veliko pomoč. Povezala sem se tudi s pro bono ambulanto in Kralji ulice, ki so nam darovali sanitetni material, kot so jodove mrežice, alginatne medove obloge, različna mazila in vazelinske mrežice ...

Največja sprememba, ki jo je projekt pomenil za uporabnike, je izboljšanje kakovosti zdravja, predvsem pri oskrbi kroničnih ran, ki je kar zapleten in dolgotrajen proces. Za izboljšanje kvalitete življenja uporabnikov je zelo pomembno pridobiti njihovo zaupanje in jih spodbuditi, da vztrajajo v zdravstveni oskrbi.

Naš največji dosežek je gotovo pridobitev zaupanja uporabnikov, da sodelujejo v procesu zdravstvene oskrbe. Pomembno je, da lahko zaupajo nekomu, ki jim brez moralnih predsodkov in stigmatizacije pomaga v njihovih osebnih in zdravstvenih stiskah.

Sodelovanje v interdisciplinarnem timu je bilo zelo strokovno in kakovostno. Pri delu smo se dopolnjevali in pomagali drug drugemu.

Vključitev v lokalno okolje je bila kar daljši proces. Najpomembnejša je bila pridobitev zaupanja uporabnikov na terenu. Z obiskovanjem uporabnikov na njihovih domovih smo precej izboljšali kakovost zdravstvene oskrbe.

Da bi uporabnikom lahko pomagali pri iskanju zaposlitve, smo se morali njimi veliko pogovarjati in pridobiti njihovo zaupanje. Nudila sem jim pomoč pri iskanju prostih del na spletu ter pri pisanju kakovostnega življenjepisa. Največji izziv je bil seveda uspešna pridobitev dela, saj so uporabniki zaradi odvisnosti pogosto stigmatizirani.

Za uporabnike, ki so se zaposlili v okviru našega programa, so se kot najprimernejša izkazala na primer delo šolskega hišnika, delo v vrtnariji ali delo na slovenskih železnicah.

Bivše uporabnike drog seveda zaposlujemo prek javnih del. Izkazalo se je, da zaradi svojih izkušenj lahko veliko pripomorejo k razumevanju stisk in potreb uporabnikov drog.

Za še bolj kakovostno delo bi potrebovali več časa in stalno ekipo na terenu.

## »Združenje DrogArt in Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano

Simona Šabić in Marko Verdenik

### **Kakšni so bili občutki na začetku procesa?**

Na začetku procesa je bilo čutiti veliko pripravljenost vseh vpletenih in željo, da se projekt kakovostno izpelje. To je zagotovo pripomoglo k temu, da smo se projekta lotili, čeprav je bil proces uvedbe testiranja v sodelovanju z Nacionalnim laboratorijem za zdravje, okolje in hrano (v nadaljnjem besedilu: NLZOH) izredno zahteven. Podpore in naklonjenosti projektu smo zaznavali tako pri ministrstvu za zdravje kot financerju in projektne partnerju NLZOH kot tudi pri drugih deležnikih, ki so sodelovali pri pripravi protokola za anonimni sprejem, transport in analizo vzorcev psihoaktivnih snovi, namenjenih za testiranje (nacionalni inštitut za javno zdravje, policija in nacionalni forenzični laboratorij), ter pripravi sporazuma o medsebojnem sodelovanju pri izvajanju programa, ki je podlaga za izvedbo storitve testiranja drog. Hkrati je bilo prisotne tudi nekaj negotovosti in stisk, saj za nekatere stvari do konca priprave na projekt oziroma tudi po njegovem začetku nismo ve-

deli, kako bodo potekale (na primer uporaba e-ME za poročanje). Nismo tudi čisto dobro vedeli, kakšne bodo prilagoditve kombijev in ali bodo dejansko uporabni za testiranje na terenu, kot je bil mišljeno.

Ob začetku projekta smo čutili tudi veliko zadovoljstva, saj nam je po nekajletnem razvijanju testiranja skupaj z drugimi deležniki uspelo zagotoviti pomembne nadgradnje te storitve in zastaviti enega boljših sistemov testiranja drog, ki je tudi izredno dobro povezan s sistemom za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi.

### **Kako bi izboljšali sodelovanje z ministrstvom za zdravje?**

Glede večine stvari sta bila sodelovanje in komunikacija zelo dobra, skrbnica pogodbe je bila zelo odzivna na naša vprašanja tako po telefonu kot tudi po e-pošti. Pri pripravah na projekt smo dobro sodelovali z Mašo Serec in Jožetom Hrenom. Z odzivnostjo, zavzetostjo in upoštevanjem dogovorov sta zelo veliko prispevala k vzpostavitvi pogojev za izvedbo storitve (na primer soglasje za storitev in podpis sporazuma med različnimi deležniki). V tistem času ocenjujemo kot pomanjkljivo le komunikacijo, povezano s predelavo terenskega vozila. Če ne bi bilo mogoče nabaviti ustreznega kombija in ga predelati povsem v skladu z zahtevami za uporabo mobilnega laboratorija na terenu, bi bilo dobro temu nameniti več pogovorov in se čim bolj približati potrebam.

Več zapletov je bilo na začetku povezanih z navodili za poročanje (administrativni vidik). Potrebovali bi kratka in jasna navodila glede poročanja, vendar jih nismo dobili, čeprav smo zanje prosili. To je na začetku oteževalo poročanje, vendar smo se sproti učili, predvsem s pomočjo drugih organizacij, vključenih v projekt, s katerimi smo si izmenjevali informacije o uporabi sistema. Kljub začetnim težavam, ki smo jih imeli, pa bi radi še enkrat poudarili, da nam je bila skrbnica pogodbe vedno na voljo za dodatna pojasnila in pomoč pri pripravi zahtevkov.

Ko gledamo nazaj, vidimo, da bi bilo zaradi sprotnega reševanja težav smiselno, da bi sestanki usmerjevalnega odbora oziroma vseh podpisnikov sporazuma potekali redno vsako leto ali pogosteje glede na potrebe. Ko bi se bilo treba dogovoriti o kaki težavi (na primer mladoletni v storitvi testiranja), smo se sicer s pomembnimi deležniki nekajkrat sestali, da bi skupaj zastavili protokol, vendar pa menimo, da bi bilo smiselno, da bi se sestajali redno in se sproti odzivali na takšne težave.

### **Kako je projekt vplival na uživanje drog na zabavah in na splošno?**

Testiranje drog ima različne vplive na uživanje drog. Prvič, pomaga lahko uporabnikom, da se izognejo nevarnim in škodljivim snovem, saj jim omogoča, da preverijo sestavo droge pred uporabo. Testiranje zmanjšuje število zdravstvenih zapletov, povezanih z nevarnimi drogami, saj uporabniki zaradi rezultatov analize ne uživajo takšnih snovi, ter spodbuja odgovorno uživanje drog, saj ljudje, ki vedo, kaj vsebuje droga, ki jo uživajo, lahko bolje skrbijo za svoje zdravje in varnost. S testiranjem drog nam je v programe pomoči uspelo privabiti uporabnike drog, ki se sicer v te programe ne bi vključili, oziroma smo dosegli skrito populacijo uporabnikov drog. Nekateri izmed njih so se zaradi svetovanja ob sprejemu vzorca vključili v redne oblike pomoči in se usmerili k manj tvegani uporabi ali abstinenci. Na podlagi tega lahko sklepamo, da je testiranje pomembna vstopna točka v program pomoči za skrite skupine uporabnikov. Podobno stališče ima tudi Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA), ki testiranje drog prepoznava kot pomemben del zmanjševanja škode in nudi organizacijam, ki so združene v vseevropsko mrežo informacij o drogah (TEDI), vse večjo podporo. Uspešno smo prestali tudi epidemijo covid-19, med katero se število zbranih vzorcev in uporabnikov v programu ni drastično zmanjšalo.

## **Kaj je po vašem mnenju največji dosežek vaše organizacije v času izvajanja projekta?**

Naš največji dosežek je uspešno krmarjenje projekta skozi vseh pet let, na tej poti smo sproti reševali težave ter sistem testiranja uspešno prilagajali različnim razmeram. Ob vsem tem smo stalno ohranjali veliko število testiranih vzorcev in uporabnikov ter postali ena izmed najbolj prepoznavnih organizacij za testiranje drog v Evropi. V času projekta smo svoje izkušnje delili celo z ministrstvom za zdravje Nove Zelandije, ki nas je prepoznalo kot primer dobre prakse. To nam je uspelo s strokovnimi delavci v laboratoriju in dostopom do najnatančnejših metod za kemijsko analizo, z zaupanjem uporabnikov v naše delo, razvojem informiranja in svetovanja uporabnikom, stalnega spremljanja trga in pomembnega opozarjanja na nevarne snovi v sklopu sistema zgodnjega opozarjanja (EWS).

## **Kako vam je uspelo vključiti se v lokalno okolje? Kaj vam je povzročalo največ težav? V čem ste bili najuspešnejši in kaj je bila dodana vrednost tega sodelovanja?**

V lokalno okolje smo se v največji meri vključili s pomočjo sprejemnih točk v organizacijah, ki delujejo v lokalnem okolju drugih slovenskih regij. S tem smo storitev testiranja približali uporabnikom in tako v različne programe privabili večje število uporabnikov. Sprejemnim točkam v lokalnih okoljih smo nudili strokovno in tehnično podporo. Uporabniki, ki so se odločili za testiranje drog, so najpogosteje tudi uporabniki organizacije, ki sprejema vzorce. Večinoma gre za nekoliko starejše rizične uporabnike drog organizacije, ki sprejema vzorce. Mladi iz lokalnih okolij težje prepoznavajo te organizacije kot primeren prostor, kamor bi zahajali, pa tudi programi, ki jih nudijo te organizacije, niso prilagojeni mlajši populaciji. V manjši meri pa je nekaterim organizacijam vseeno uspelo privabiti nove mlajše rekreativne uporabniške skupine, s katerimi prej niso imeli stika. Gre predvsem za tiste organizacije v lokalnih okoljih, ki imajo na voljo ustrezne prostore, ter nekatere druge v mlade usmerjene programe in dejavnosti.

V lokalno okolje smo se želeli vključiti tudi z mobilnim laboratorijem, s katerim bi lahko storitev testiranja izvajali na lokalnih dogodkih v nočnem življenju. Ta izziv je bil zaradi strahu organizatorjev pred policijo in lokalno skupnostjo, ki v testiranju vidi predvsem dokaz za uporabo drog, težko izvedljiv. Storitve smo uspešno izvedli le trikrat v Ljubljani, v drugih okoljih pa nam je ni uspelo izvesti. Možnost za poskuse izvedbe je onemogočila tudi epidemija in z njo povezano zaprtje nočnega življenja.

## **Kaj bi na terenu še potrebovali, da bi uživalcem drog na zabavah zagotovili večjo varnost?**

Poleg informacij o zmanjševanju škode in možnosti testiranja psihoaktivnih snovi bi bilo predvsem treba zagotoviti varno okolje in upoštevati ustrezne varnostne standarde za obiskovalce prireditelj. Z organizatorji dogodkov in lastniki klubov je treba vzpostaviti partnerske odnose z namenom večje ozaveščenosti vseh o tveganjih, povezanih z uporabo psihoaktivnih snovi, ter spoštovanja protokolov in zaveze za ukrepanje ob zapletih. Urediti bi bilo treba tudi področje varovanja v nočnih klubih in na prireditvah ter sistemsko zagotavljati in preverjati varnostne standarde v nočnem življenju (na primer število obiskovalcev glede na velikost kluba, zračenje). Delo varnostnika v nočnem življenju je naporno in odgovorno ter je izjemno pomembno za varnost mladih, ki se zabavajo v nočnem življenju. S svojim odnosom, načinom komunikacije in ukrepanja lahko dajejo mladim tudi zgled, kako se odzivati v konfliktih in ukrepati v težavah. Zato bi bilo nujno varnostnikom zagotavljati dobre pogoje dela ter na tak način pritegniti k temu delu ljudi, ki so ga sposobni opravljati kvalitetno. Še vedno pogosto tudi opažamo, da varnostniki ljudi, ki imajo težave zaradi čezmerne uporabe psihoaktivnih snovi, odženejo iz kluba, kar je lahko za te ljudi zelo nevarno. Smiselno bi bilo, da bi bil v klubu oziroma na prireditvi vedno zagotovljen prostor, kamor bi se lahko umaknili



ljudje, ki imajo težave, povezane s čezmernim zaužitjem psihoaktivnih snovi, usposobljeno osebje pa bi jim nudilo pomoč oziroma bi poklicalo nujno medicinsko pomoč v primeru težjih zapletov. Kadar je na prireditvi prisotna naša terenska ekipa (celonočno delo), sta takšen prostor in osebje (naši terenski delavci) sicer zagotovljena, vendar naša ekipa ne more biti prisotna povsod. V tem smislu so posebej izpostavljeni obiskovalci nočnega življenja, ki uživajo prepovedane droge. V nekaterih okoljih zaposleni uporabo drog preganjajo, kar je z vidika organizatorja po svoje razumljivo, po drugi strani pa to pomeni dodatno tveganje za uživalce, saj poveča možnost za zaplete (nekdo na primer naenkrat zaužije večjo količino droge, kot bi jo sicer, saj se ne želi večkrat izpostavljati) in zmanjša možnost, da si bodo v primeru zapletov poiskali pomoč.

Na splošno si je treba prizadevati za destigmatizacijo uporabnikov drog, saj stigma in sram, pa tudi posledice, ki lahko sledijo razkritju (na primer drugačna obravnava s strani zdravstvenega osebja, izguba službe ...), pogosto preprečujejo, da bi si oseba poiskala pomoč, in sicer tako ob akutnih zapletih kot tudi ob razvoju zasvojenosti oziroma ob prehodu iz rekreativne uporabe v problematično.

## Programi zdravljenja odvisnosti in reintegracije

Center za zdravljenje odvisnosti in Društvo Projekt Človek delujeta na področju zdravljenja odvisnosti in reintegracije. Mobilni enoti in novi zaposlitvi so v teh organizacijah imele nekoliko drugačen pomen in namen kot v drugih organizacijah.

Mobilni enoti obeh organizacij sta bili uporabljeni predvsem za prevoze uporabnikov med programi društva in na različne dejavnosti (prostočasne, športne, kulturne in podobno), prevoze v zdravstvene ustanove, prevoze po raznih osebnih opravkih uporabnikov (center za socialno delo, sodišče, osebni nakupi in podobno) ter obiske na domu.

V obeh organizacijah so tudi poročali, da jim je nova zaposlitev omogočila kakovostnejšo obravnavo uporabnikov, v Društvu Projekt Človek pa celo popolnoma nov (zdravstveni) način obravnave, ki ga do takrat niso mogli izvajati.

### » Društvo Projekt Človek

Igor Stojanov in Zala Brank

#### **Kakšni so bili občutki na začetku procesa?**

Vedno smo veseli novega projekta, sploh pa takega, ki je dodana vrednost k obravnavi zasvojenosti. In navedeni projekt je bil takšen, saj smo dobili možnost strokovne obravnave zasvojenosti s popolnoma novega vidika.

#### **Kako bi izboljšali sodelovanje z ministrstvom za zdravje?**

Sodelovanje z zaposlenimi na ministrstvu za zdravje, ki so bili del projekta (Mateja Štanta, Maša Serec, Samra Mušič in Jože Hren), je bilo zelo dobro. Vsi navedeni so bili vedno na voljo za komunikacijo na zelo korektni ravni, ne glede na to, ali smo potrebovali samo informacije ali pa pomoč pri konkretni težavi.

Ob koncu projekta je komunikacija nekoliko zastala, sploh glede nadaljevanja zaposlitve diplomirane medicinske sestre, ampak nazadnje nam je tudi to uspelo rešiti.

## **Katera je največja sprememba, ki so jo v življenje uporabnikov drog prinesle nove zaposlitve?**

Predvidevamo, da je zaupanje uporabnikov v delo, ki ga opravlja medicinska sestra, veliko večje, kot če bi to delo opravljal strokovni delavec z nekega drugega področja. Tudi kakovost dela, ko gre za povsem zdravstveno področje (medikamentozna terapija, spremljanje na zdravstvene preglede ...), je, če ga opravi medicinska sestra, veliko boljša, kot če bi ga opravil kateri koli drug delavec.

## **Kaj je po vašem mnenju največji dosežek vaše organizacije v času izvajanja projekta?**

Naš največji dosežek je, da smo delo diplomirane medicinske sestre brez večjih težav uveljavili v obstoječem konceptu dela.

## **Kako je potekalo sodelovanje socialnih, zdravstvenih in laičnih delavcev?**

Sodelovanje je potekalo brez večjih težav. Ostali zaposleni medicinske sestre niso obravnavali kot posameznice iz druge stroke, temveč so vsi skupaj delovali kot tim, v katerem ima vsak svoje posebno delo.

## **Kako vam je uspelo vključiti se v lokalno okolje? Kaj vam je povzročalo največ težav? V čem ste bili najuspešnejši in kaj je bila dodana vrednost tega sodelovanja?**

Naš največji uspeh je sodelovanje z Zdravstvenim domom Škofja Loka, v katerem nam je uspelo zagotoviti stalnega osebnega zdravnika za uporabnike. Z njim sodelujemo, prav tako tudi z ambulanto za preventivo in promocijo zdravja ter z ambulanto za cepljenje, v kateri uporabnikom redno nudijo cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu, gripi ...

## **Katere metode in načini dela so največ pripomogli k zaposlovanju uporabnikov?**

Menimo, da delo medicinske sestre neposredno ni prav veliko vplivalo na zaposlovanje uporabnikov, je pa dodatni strokovni pristop k obravnavi uporabnikov gotovo pomemben del celotnega procesa rehabilitacije posameznikov.

## **S kakšnim težavami ste se srečevali pri pomoči pri zaposlovanju uporabnikov?**

Uporabnike je treba usmerjati, da sami poiščejo področja dela, ki jih zanimajo. Učimo jih pisanja življenjepisa, prošenj za službo, pripravljamo jih na razgovore za službo in podobno.

## **Katere oblike dela bi bile najprimernejše za „vaše“ uporabnike? Kdo naj bi takšno zaposlovanje organiziral?**

Na vprašanje, katere oblike dela bi bile najprimernejše za naše uporabnike, ni mogoče odgovoriti. To je odvisno od njihove izobrazbe, delovnih izkušenj in interesa.

Menimo, da je potrebno sodelovanje med organizacijami, ki se ukvarjamo z rehabilitacijo marginalnih skupin, ter zavodom za zaposlovanje in podobnimi ponudniki dela. Če je bil nekdo zasvojen, ni nujno, da bo slab delavec. Naše izkušnje z uporabniki, ki dobijo zaposlitev, so pozitivne. Ni pa vedno tako. In tudi ni vse odvisno samo od uporabnika.

## **Ali zaposlujete (bivše) uporabnike drog (upoštevajte tudi javna dela in druge oblike zaposlitve)? Če ne, zakaj? Če da, katere prednosti vidite v tem za organizacijo in katere za osebo, ki se zaposli?**

V Društvu Projekt Človek je bilo v letu 2022 53 zaposlenih, od tega devet takih, ki so imeli lastno izkušnjo zasvojenosti. Večina od teh je v preteklosti končala naš program, nekaj pa jih je končalo kak drug program rehabilitacije.

Katere prednosti so v tem za organizacijo? Uporabniki naših programov težje manipulirajo z nekdanjimi uporabniki, saj imajo ti lastno izkušnjo in opazijo kaj, kar strokovni ali laični delavci ne. Gre za boljši vpogled v delovanje posameznika. Obenem so nekdanji uporabniki, ki so zaposleni v organizaciji, zgled za trenutne uporabnike, saj ti vidijo, da je mogoče spremeniti življenjske navade, nadaljevati šolanje (od prej omenjenih devetih zaposlenih nekdanjih uporabnikov jih ima sedem univerzitetno izobrazbo in dva srednješolsko) in dobiti službo.

Katere prednosti so v tem za osebo, ki se zaposli? Ta oseba dobi dokaz, da je vredna zaupanja, sploh pri delu, ki ga opravljamo in je precej zahtevno.

## » Univerzitetna psihiatrična klinika – Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

Robert Medved

### **Kakšni so bili občutki na začetku procesa?**

Na začetku so bili občutki mešani, saj smo se lotili nečesa, s čimer se v naši organizaciji še nismo ukvarjali. Menimo, da smo se dela lotili dobro, to je razvidno tudi iz naših rezultatov.

### **Kako bi izboljšali sodelovanje z ministrstvom za zdravje?**

Z ministrstvom za zdravje smo sicer dobro sodelovali, želeli pa bi, da bi se večkrat obrnili na naš center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog po kakšen nasvet pri strukturiranju programov, saj smo terciarna organizacija in imamo na tem področju veliko znanja.

### **Katera je največja sprememba, ki so jo v življenje uporabnikov drog prinesle nove zaposlitve?**

Z zaposlitvijo so se naši uporabniki v največji meri odtrgali od staršev, postali so samostojni in si ustvarili svoje življenje.

### **Kaj je po vašem mnenju največji dosežek vaše organizacije v času izvajanja projekta?**

Zdi se nam, da je eden od večjih dosežkov ta, da smo marsikateremu uporabniku, ki je končal zdravljenje pri nas, pomagali ustvariti si nov dom, bodisi tako, da smo jim s sodelovanjem centrov za socialno delo pomagali pridobiti neprofitna stanovanja, bodisi tako, da smo jim skupaj z njihovimi svojci pomagali pri obnovi stanovanja in jih pri tem spodbujali.

### **Kako je potekalo sodelovanje socialnih, zdravstvenih in laičnih delavcev?**

V naši organizaciji je bilo treba zelo dobro načrtovati vse dejavnosti mobilne enote, v katero so se vključevali preostali člani organizacije, ki sicer niso bili vezani na projekt. Usklajevanje je bilo zaradi odsotnosti sodelavcev velikokrat zelo težko, vendar nam je na koncu vse zastavljeno uspelo doseči.

### **Kako vam je uspelo vključiti se v lokalno okolje? Kaj vam je povzročalo največ težav? V čem ste bili najuspešnejši in kaj je bila dodana vrednost tega sodelovanja?**

V vsako lokalno okolje smo se nekako znali vključiti, ponekod lažje, drugod malo težje. Občasno smo se v okolju, kjer so živeli naši uporabniki, srečali s stigmatizacijo in diskriminacijo,

in to v organizacijah, v katerih česa takega ne bi smelo biti. Menimo, da smo ta pojav z našim prihodom in izobraževanjem vsaj nekoliko omejili, če že ne izkoreninili. Včasih smo naleteli tudi na odpor svojcev; v takem primeru smo se obisku uporabnikov na domu odrekli.

### **Katere metode in načini dela so najbolj pripomogli k zaposlovanju uporabnikov?**

Z našimi uporabniki smo se velikokrat udeležili različnih izobraževanj na področju zaposlitvene rehabilitacije. Učili smo jih pisanja življenjepisov in tudi tega, kako se prijaviti na prosto delovno mesto ter kaj je pomembno povedati na razgovoru za službo. Usmerjali smo jih v poklice oziroma v dela, v katerih so dobri. Spodbujali smo jih tudi k temu, naj izkoristijo svoje naravne darove, na primer na likovnem in glasbenem področju.

### **S kakšnimi težavami ste se srečevali pri pomoči pri zaposlovanju uporabnikov?**

Največja težava je bila ta, da so bili naši uporabniki po večini že dlje časa nezaposleni in jih je bilo strah, kako bo, ko bodo dobili zaposlitev, bali so se stresa, ki ga bo v njihov vsakdan prineslo nekaj novega, česar niso poznali. Pri nekaterih uporabnikih je zaposlitvena rehabilitacija potekala zelo zelo počasi.

### **Kako s posameznikom začeti proces pomoči pri zaposlovanju?**

Z vsakim posameznikom se je treba usesti in se pogovoriti o njegovih morebitnih predhodnih zaposlitvah ter željah za prihodnost. Pri tem moramo biti zelo previdni, saj je veliko zaposlitev iz različnih razlogov (napor, stres, nočno delo, izpostavljenost različnim snovem in tako dalje) naše uporabnike pripeljalo do odvisnosti. Poiskati je treba njihova močna področja in na tem graditi.

### **Katere oblike dela bi bile najprimernejše za „vaše“ uporabnike? Kdo naj bi takšno zaposlovanje organiziral?**

Za naše uporabnike so primerne tiste oblike dela, ki so prilagojene vsakemu posebej glede na njegovo izobrazbo, izkušnje in znanja. Po zdravljenju so naši uporabniki po večini sposobni sedem ali osem ur opravljati delo, ki ga znajo, na različnih področjih, na katerih so dobri.



## 6.1 Zbiranje, interpretacija in uporaba epidemioloških podatkov pri načrtovanju in izvajanju projektov

Mateja Jandl

### Pomen uporabe epidemioloških podatkov

**Za izvajanje politik javnega zdravja so epidemiološki podatki najpomembnejši, saj na njihovi osnovi oblikujemo in izvajamo na dokazih temelječe ukrepe.**

Spremljanje javnega zdravja in nadzor nad njim torej pomeni sistematično zbiranje, analizo in interpretacijo podatkov, ki so nato uporabni pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju ukrepov in politik javnega zdravja. Pomembno je zagotoviti zmogljivost za zbiranje in analizo podatkov, uporabnost teh podatkov ter njihovo pravočasno pošiljanje odločevalcem in izvajalcem učinkovitih preventivnih in nadzornih ukrepov oziroma politik.

V današnji informacijski dobi ni izziv pomanjkanje podatkov, temveč kako prepoznati najustreznejše podatke za pomembne rezultate in kako združiti podatke iz različnih virov, ki morda niso standardizirani ali interoperabilni. Pri določanju ustreznih virov podatkov je treba upoštevati več dejavnikov – ali potrebni podatki obstajajo in je do njih mogoče dostopati, v kolikšni meri je podatke iz različnih virov mogoče praktično kombinirati, kakšne so metode in izvedljivost zbiranja podatkov ter kateri viri (na primer osebe, financiranje) so na voljo. Viri podatkov in pristopi k zbiranju podatkov se razlikujejo glede na tematiko. Podatki na področju prepovedanih drog služijo načrtovanju bolj informiranih politik in ukrepov na področju drog, pri čemer si slovenska nacionalna informacijska enota prizadeva, da s podatki, ki jih zbira, analizira in z njimi zagotavlja informacije, prispeva k bolj zdravi in varni lastni državi.

Primeren odgovor na tveganja, ki so povezana z uporabo prepovedanih drog, je torej v celostnem spremljanju navedenega pojava, ki omogoča medresorsko usklajeno in pravočasno ukrepanje na področju preprečevanja in zmanjševanja tveganih vedenj ter s tem zmanjševanje škode za posameznika in za družbo kot celoto.

### Pridobivanje in uporaba podatkov

Pri izvajanju svojih nalog se v nacionalno informacijsko enoto vključujejo vsa pristojna ministrstva, vladne službe, javni zavodi in nevladne organizacije, ki spremljajo in zbirajo podatke na področju prepovedanih drog, ter posamezniki, ki lahko pomembno prispevajo k izpolnjevanju nalog. Podatki se zbirajo po določeni evropski metodologiji, ki je zahtevna in zahteva ustrezno usposobljene kadre.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ) je po Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva pooblaščen za zbiranje množice podatkov prek administrativnih podatkovnih zbirk in raziskav.

Strokovnjaki za javno zdravje lahko dostopamo do podatkov o primerih bolezni, ki jih je treba prijaviti (predvsem o nalezljivih boleznih), do povzetkov odpustnic iz bolnišnic prek obveznega poročanja izvajalcev in laboratorijev, obstoječi podatki o tveganem vedenju za zdravje pa so na voljo iz raziskav med prebivalstvom; nekateri viri podatkov (na primer mrliški listi) zajemajo številne izide bolezni, medtem ko so drugi bolj specifični (na primer registri bolezni, o katerih se poroča). Na področju prepovedanih drog spremljamo pet ključnih kazalnikov, ki so standardizirani na ravni Evropske unije: prevalenca in vzorci uporabe drog med splošno populacijo, prevalenca in vzorci problematične uporabe drog med uporabniki drog, nalezljive bolezni, povezane z uporabo drog (prevalenca in incidenca HIV ter hepatitisa B in C med injicirajočimi uporabniki drog), akutne smrti in smrtnost med uporabniki drog ter povpraševanje po zdravljenju.

Poleg teh stalnih podatkov pridobivamo tudi nove, nestalne podatke, zbrane v okviru preiskav, anket, rezultatov projektov na terenu, ki jih informacijski enoti pošiljajo deležniki na področju prepovedanih drog.

Z namenom učinkovitejšega odzivanja na potrebe uporabnikov in prilagajanja storitev, namenjenih ciljni skupini uporabnikov, je v letu 2017 Ministrstvo za zdravje začelo izvajati razvojni projekt Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju drog. Z delom na terenu se omogoča tudi prepoznavanje sprememb in trendov na »sceni«, kar pripomore k hitrejšemu oblikovanju učinkovitejših ukrepov za preprečevanje in zmanjševanje tako zdravstvenih in socialnih posledic uporabe prepovedanih drog kakor tudi k zmanjševanju konfliktov med uporabniki drog in skupnostjo.

V Sloveniji imamo še en dragocen vir informacij in podatkov za boljše razumevanje uporabe drog in trgov z drogami – sistem zgodnjega opozarjanja (v nadaljnjem besedilu: EWS) na pojav novih psihoaktivnih snovi. EWS hitro zaznava pojav novih in nevarnih psihoaktivnih snovi (v nadaljnjem besedilu: NPS), novih trendov na področju uporabe drog ter možnost izbruha epidemij. Podpira razvoj in izvajanje politik kot odgovor na spremembe v razmerah na področju drog.

## Primer spremljanja podatkov na področju nadomestnega zdravljenja

V okviru zdravstvenega varstva je zdravljenje zasvojenosti urejeno prek javne mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljnjem besedilu: CPZOPD) in Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Psihiatrične klinike Ljubljana (v nadaljnjem besedilu: CZOPD).

V letu 2022 je bilo v mrežo vključenih 21 CPZOPD, od tega dve mobilni enoti. Zdravstveni programi so za osebe, ki imajo urejeno osnovno (in dopolnilno) zdravstveno zavarovanje, brezplačni, saj so umeščeni v redni program zdravstvenega varstva, ki se financira iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

S pomočjo vprašalnika povpraševanja po zdravljenju (Evidenca obravnave uživalcev – TDI) se v CZOPD in CPZOPD ter v zavodih za prestajanje kazni zapora zbirajo podatki o vstopih in vključenostih v nadomestno zdravljenje. Zato so podatki TDI na voljo samo za to populacijsko skupino in ne zajemajo celotne populacije uporabnikov drog v Sloveniji, ki se zdravijo.

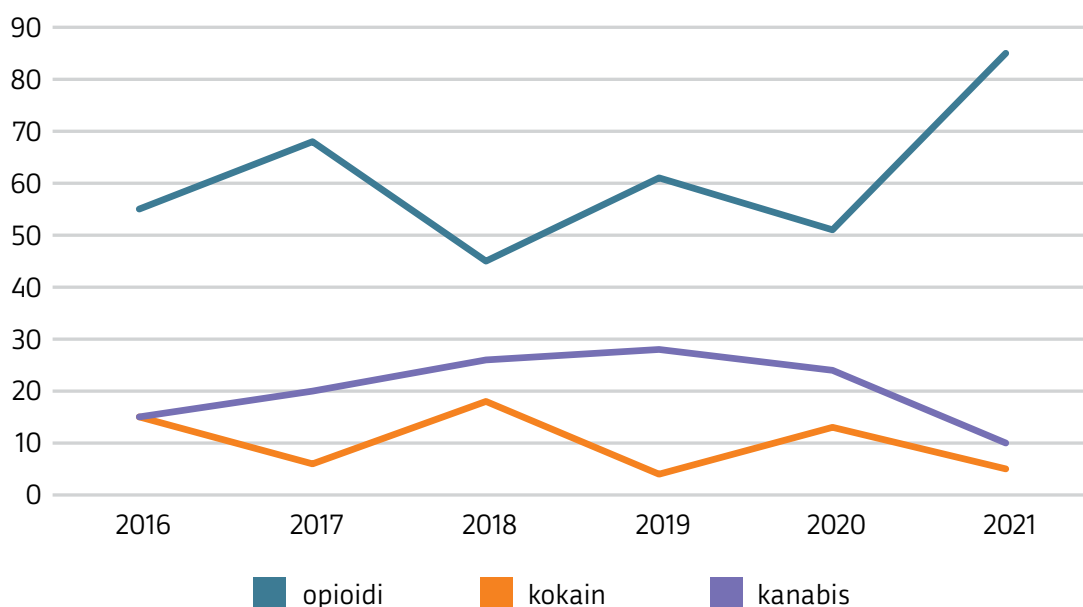
V letu 2021 je bilo v mrežo 21 CPZOPD vključenih 3886 bolnikov. Med 3078 bolniki, vključenimi v nadomestno zdravljenje v specializiranih centrih, je 1764 bolnikov prejelo metadon, 894 buprenorfin, 156 kombinacijo buprenorfina in naloksona ter 305 peroralni morfin s počasnim sproščanjem. V nadomestno zdravljenje v slovenskih zaporih je bilo vključenih 619 oseb. Podrobnejših podatkov o tem, katera zdravila so uporabljali, ni.

Ocenjuje se, da je približno 65 odstotkov problematičnih uporabnikov opioidov vključenih v nadomestno zdravljenje. Delež je visok v primerjavi z drugimi državami, vendar še vedno premajhen glede na široko dostopnost programa. Ne vemo, zakaj programa ne uporablja več uporabnikov.

Opazovanje trenda števila bolnikov, vključenih v mrežo CPZOPD od leta 2010, pokaže zmanjšanje števila uporabnikov, vključenih v program nadomestnega zdravljenja. Večina je kot glavni razlog za vključitev v specialistično zdravljenje zasvojenosti z drogami navedla opioide oziroma heroin kot glavno drogo. Konoplja je bila druga in kokain tretja najpogostejša problematična droga pri osebah, ki so se prvič vključile v obravnavo zasvojenosti od drog (sliki 1 in 2). Razlogi so povezani s staranjem kohorte uporabnikov opioidov oziroma heroina ter spremenjenimi vzorci uporabe drog.

Pomembno je poudariti, da so podatki iz vprašalnika TDI podcenjeni, saj nam podatke pošilja 60 odstotkov vseh CPZOPD. Podatke pridobivamo tudi iz drugega vira, od koordinacije centrov, kjer je razvidno stabilno stanje števila oseb, vključenih v zdravljenje.

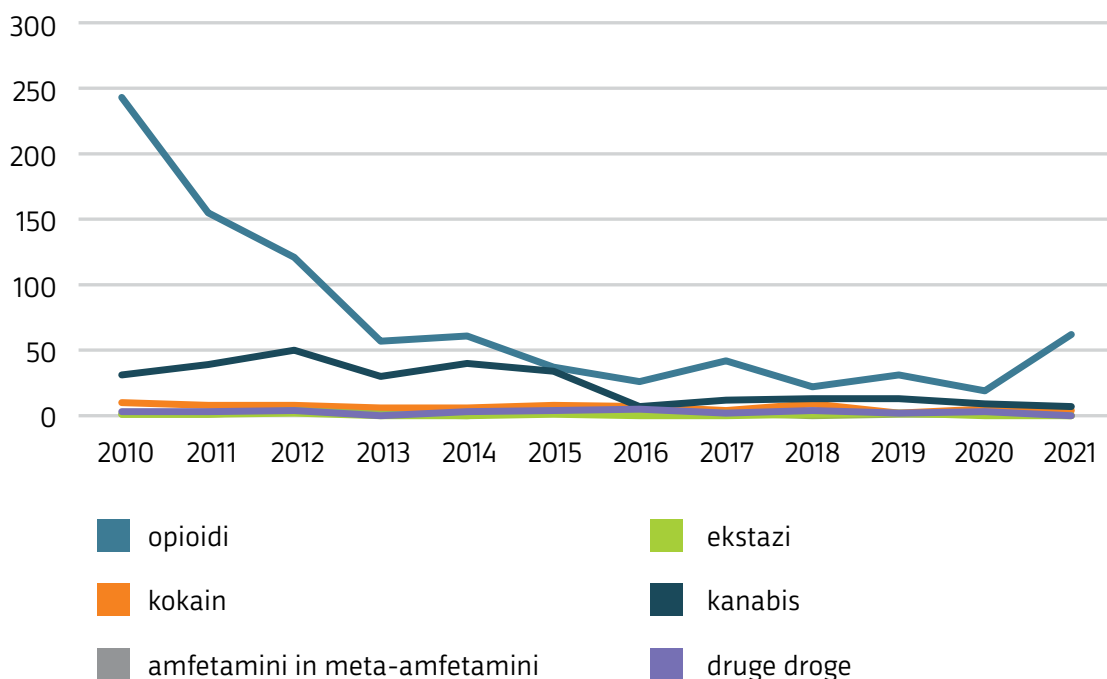
### Število bolnikov, ki se prvič vključijo v programe zdravljenja glede na primarno drogo



Vir: TDI.



## Trend števila bolnikov, ki prvič vstopajo v programe zdravljenja glede na primarno drogo



Vir: TDI.

## Prihodnost pridobivanja in upravljanja podatkov

Spletni prostor postaja vse pomembnejši pri prepoznavanju trendov v povpraševanju in ponudbi prepovedanih drog.

Sistemi mobilnega zbiranja podatkov, torej sistemi, ki za zbiranje digitalnih podatkov uporabljajo prenosne naprave, kot so mobilni telefoni ali tablični računalniki, se vse pogosteje uporabljajo v zdravstvu. Zasebnost in anonimnost, ki ju omogoča ta pristop, imata več dodatnih prednosti. Med drugim se je izkazalo, da anonimnost spletnega zbiranja podatkov o vprašanih drog pomaga zmanjšati pristranskost odzivov na občutljive teme, kot je uporaba drog, saj so nekatere študije pokazale, da je večja verjetnost, da bodo anketiranci poročali o svojih vzorcih uživanja snovi prek spletnih anket kot na primer v anketah na papirju, ki jih izvajajo sami. Zdi se tudi, da odsotnost anketarja zmanjšuje verjetnost, da bodo anketiranci premalo poročali o družbeno nezaželenem in stigmatiziranem vedenju, kot je uporaba drog.

Čeprav spletne raziskave niso reprezentativne za splošno populacijo, lahko ob skrbno načrtovani izvedbi in v kombinaciji s tradicionalnimi načini zbiranja podatkov pomagajo prikazati podrobnejšo, realistično in pravočasno sliko o uporabi drog in trgov z drogami v Evropi. Zato so take raziskave pomembne pri odzivnosti na stalno spreminjajočo se problematiko drog. Spletne ankete so obetavne tudi pri doseganju skritih populacij, ki jih tradicionalne metode vzorčenja morda zgrešijo.

Zdravstveni sistemi v nekaterih primerih še vedno ostajajo »bogati s podatki, a revni z informacijami«. Razpoložljivih podatkov in tehnologij je dovolj, a premalo uveljavljenih in uporabljenih. Nastajajoče tehnologije, vključno z analitiko velikih podatkovnih zbirk, lahko na primer izkoristijo izboljšano računalniško moč za obdelavo širokega spektra podatkov v realnem času, kar lahko, če se uporabi v zdravstvu, izboljša oskrbo pacientov in pospeši odkrivanje bolezni.

Glavne ovire za izgradnjo digitalnih zdravstvenih sistemov 21. stoletja niso tehnološke, temveč institucionalne in organizacijske ter odvisne od ugodnega političnega okolja. Krepitev upravljanja zdravstvenih podatkov bo omogočila produktivno uporabo podatkov in digitalnih tehnologij, hkrati pa zagotavljala varnost in spoštovanje zasebnosti posameznikov.

## Zaključek

Dobra javnozdravstvena politika temelji na ustreznih in pravočasnih informacijah, kvalitativnih in kvantitativnih podatkih. Politike, ki temeljijo na dokazih, temeljijo na sistematičnih in objektivnih znanstvenih ocenah, vključno z metaanalizami in ekonomskimi ocenami. Tako epidemiologija kot druge znanstvene discipline lahko veliko prispevajo. Zlasti teoretične in kvalitativne metode družbenih ved bogatijo in širijo znanstveno vedenje ter povečujejo razumevanje. Te informacije je nato mogoče združiti v posvetovalnem procesu z odločevalci. Nosilci političnega odločanja morajo zagotoviti izvedljive in sprejemljive politike, hkrati pa upoštevati proračunske in pravne omejitve. Dolžnost epidemiologov je, da oblikovalcem politik pomagajo razumeti negotovosti, kjer so dokazi redki, pomanjkljive kakovosti ali oboje, in da jih to ne ohromi.

Uspeh javnozdravstvenega projekta je predvsem odvisen od vpliva, ki ga ima na ciljno populacijo, čeprav tega ni enostavno izmeriti, saj rezultati pogosto niso oprijemljivi. Ta težava pri merjenju učinkov je velik izziv za projektno in programsko vodenje in ključno je, da uspeh javnozdravstvenih projektov sistematično vrednotimo z nizom celovitih meril.

## Viri:

- [https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/web-surveys\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/web-surveys_en).
- [https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-fact-sheets/european-web-survey-drugs-2021-top-level-findings-eu-21-switzerland\\_sl](https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-fact-sheets/european-web-survey-drugs-2021-top-level-findings-eu-21-switzerland_sl).
- <https://www.oecd.org/health/health-in-the-21st-century-e3b23f8e-en.htm>.
- <https://www.oecd.org/health/health-in-the-21st-century-e3b23f8e-en.htm>.
- <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0433>.
- [https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/web-surveys/web-surveys-method-collecting-information-patterns-drug-use-supply\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/web-surveys/web-surveys-method-collecting-information-patterns-drug-use-supply_en).
- [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-data-governance\\_9789264244566-en#page8](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-data-governance_9789264244566-en#page8).
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4515757/>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211989/>.
- [https://www3.paho.org/english/sha/epibul\\_95-98/be951survll.htm](https://www3.paho.org/english/sha/epibul_95-98/be951survll.htm).
- <https://www.cdc.gov/eis/field-epi-manual/chapters/collecting-data.html>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6265573/>.
- [https://www.researchgate.net/publication/12350540\\_The\\_evidence-based\\_approach\\_in\\_health\\_policy\\_and\\_health](https://www.researchgate.net/publication/12350540_The_evidence-based_approach_in_health_policy_and_health).
- [https://www.researchgate.net/publication/342582549\\_Project\\_Management\\_in\\_Public\\_Health\\_A\\_Systematic\\_Literature\\_Review\\_on\\_Success\\_Criteria\\_and\\_Factors](https://www.researchgate.net/publication/342582549_Project_Management_in_Public_Health_A_Systematic_Literature_Review_on_Success_Criteria_and_Factors).

# Delovanje mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in Centra za zdravljenje odvisnih od drog pri Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana v programih zdravljenja odvisnosti od drog v Republiki Sloveniji

6.2

doc. dr. Andrej Kastelic

Od leta 1995 je bilo v Sloveniji ustanovljenih 21 centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljnjem besedilu: CPZOPD), leta 2003 pa Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog pri Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (v nadaljnjem besedilu: CZOPD), kjer je že od leta 1995 deloval Oddelek za detoksikacijo.

## Javnozdravstvena mreža CPZOPD

Med programe zdravljenja v mreži CPZOPD uvrščamo v skladu z Zakonom o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/99) tudi programe za nadomestno zdravljenje odvisnih od opioidov. To zdravljenje je dragoceno zato, ker osebam, odvisnim od opioidov, omogoča zmanjšati izpostavljenost visoko tveganemu vedenju ter jim pomaga pri zdravstveni in psihosocialni stabilizaciji boleznih odvisnosti (1).

Nadomestno zdravljenje z metadonom smo v Sloveniji začeli leta 1990, leta 2004 je bil za tovrstno zdravljenje registriran buprenorfin, leta 2005 počasi sproščujoči morfin in leta 2007 buprenorfin v kombinaciji z naloksonom. Jeseni 2021 smo uvedli v zdravljenje dolgo delujoči buprenorfin v obliki injekcij za podkožno uporabo.

Odkar se je izkazalo, da se zaradi zdravljenja v nadomestnih vzdrževalnih programih zmanjšujejo uživanje opioidnih drog, smrtnost zaradi predoziranja, okuženost z boleznimi, ki se prenašajo s krvjo, in kriminaliteta, so ti programi hitro postali najpogostejši način zdravljenja oseb, odvisnih od opioidov. Seveda ne za vse in ne vedno takoj, saj nobeno zdravljenje ni primerno za vsakogar.

Raziskave kažejo, da je pri spodbujanju zdravljenja odvisnosti in vzdrževanju abstinence od prepovedanih drog vzdrževalno nadomestno zdravljenje bistveno učinkovitejše od programov detoksikacije.

Za osebe, ki jemljejo droge, smo vzpostavili tudi posebne programe zdravljenja hepatitisa C, programe za ženske, še posebej za nosečnice, programe zdravljenja v zaporih ... Izdelali smo tudi priporočila za uporabo in ukinjanje benzodiazepinov pri bolnikih, vključenih v programe nadomestnega zdravljenja odvisnosti od opioidov v Sloveniji (2).

V mreži CPZOPD širimo obravnavo oseb, ki jemljejo tudi druge droge, predvsem stimulanse in nove psihoaktivne snovi, v nekaterih CPZOPD pa obravnavajo tudi ljudi s težavami z nekemičnimi/procesnimi odvisnostmi in tudi mladoletne osebe ter izvajajo preventivne programe z mladimi.

## Odvisnosti in soobstoječe duševne motnje

Kar do 80 odstotkov oseb, odvisnih od drog, ima poleg bolezni odvisnosti tudi znake različnih soobstoječih duševnih motenj (psihoze, čustvene motnje, anksiozna stanja, pa tudi posttravmatske motnje, vključno z zlorabami in nasiljem, ali pa »le« težave v komuniciranju, socialnih spretnostih, asertivnosti ...). In kar polovica oseb z resnimi duševnimi motnjami ima tudi izkušnje z uživanjem drog (3).

## Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana

V CZOPD poteka obsežen ambulantni program zdravljenja odvisnosti od vseh vrst drog, trije programi dnevnih bolnišnic (podporna dnevna bolnišnica za »nestabilne« paciente, dnevna bolnišnica za abstinence in poseben program za paciente z duševnimi motnjami, pridruženimi odvisnosti), šesttedenski bolnišnični program, namenjen vzpostavitvi abstinence in/ali stabilizaciji ob nadomestnem zdravljenju, osemtedenski program intenzivne zdravstvene in psihosocialne terapije, osem- ali večtedenski program zdravstvene in psihosocialne rehabilitacije, še posebej za osebe z duševnimi motnjami, pridruženimi odvisnosti, na posestvu Razori, in programi ambulantnih terapevtskih skupin. Občasno deluje tudi poseben bolnišnični oddelek za osebe s pridruženimi duševnimi motnjami, ki se lahko kombinira s programom na posestvu Razori. Čakalna doba za ambulantni pregled je krajša od 14 dni, če pa je potrebno bolnišnično zdravljenje, je to mogoče takoj, ko je oseba nanj pripravljena.

## Preveliko odmerjanje (predoziranje)

Predožiranje z opioidnimi drogami je eden od glavnih vzrokov umrljivosti, ki pa ga je mogoče preprečiti (4). Veliko število uporabnikov opioidnih drog vsaj enkrat doživi predožiranje (ki na srečo ni nujno smrtno) in večina je predožiranju vsaj enkrat tudi priča pri drugih uporabnikih opioidnih drog v svoji okolici (5).

Opioidi, zlasti heroin in njegovi presnovki (pogosto v kombinaciji z drugimi snovmi, na primer benzodiazepini, alkoholom) (5), so prisotni pri večini v Evropi prijavljenih predožiranj, ki se končajo s smrtjo (4).

## Dejavniki, ki povečujejo tveganje za smrt zaradi prevelikega odmerjanja opioidnih drog (6)

Ti dejavniki so:

- ukinitvev ali zmanjšanje možnosti zdravljenja,
- prekinitvev zdravljenja in/ali obravnave,
- detoksikacija, ki ji ne sledita celostna psihosocialna in zdravstvena obravnava,
- izhod iz programov odvajanja/rehabilitacije,
- zmanjšana toleranca (na primer po odpustu iz zapora, zdravljenja ...),
- neodzivanje ali pomanjkljivo nudenje prve pomoči posameznikov, ki so priča prevelikemu odmerjanju bodisi zaradi neznanja, nedostopnosti učinkovitih zdravil (naloksona) ali strahu pred pravnimi posledicami.

## Preprečevanje predoziranja in z drogami povezanih smrtnih primerov: ključni pristopi

- Ozaveščanje oseb, ki jemljejo droge, in njihovih bližnjih ter splošne javnosti o predoziranju in posledicah.
- Izobraževanje oseb, ki jemljejo droge, o zmanjševanju tveganja in varnejši uporabi drog.
- Razdeljevanje zloženek o preprečevanju predoziranja in ravnanju ob predoziranju.
- Praktično usposabljanje (treningi) za izvajanje postopkov oživljanja.
- Programi zagotavljanja naloksona za domov ter izobraževanje uporabnikov in njihovih bližnjih glede uporabe naloksona.
- Vrstniško izobraževanje glede uporabe naloksona.
- Sistem zgodnjega opozarjanja o pojavu „nevarnih“ psihoaktivnih snovi.
- Vzpostavitev prostorov za bolj „varno“ jemanje drog („varne sobe“).
- Dostopnost in pravočasen odziv služb svetovanja in zdravljenja oseb, ki jemljejo droge.
- Informiranje drugih deležnikov (policija, gasilci, lekarne, urgentne službe, nizkopražni programi ...).

## Kaj je program nalokson za domov in kako deluje

Smrti zaradi prevelikega odmerjanja opioidov je mogoče preprečiti s pravočasnim dajanjem naloksona, močnega opioidnega antagonist, ki hitro prekine učinek opioidov z vezavo na opioidne receptorje v osrednjem živčnem sistemu (5).

# Preprečevanje prevelikega odmerjanja opioidnih drog (predoziranja): Programi za zagotavljanje naloksona za domačo uporabo (nalokson za domov) v Evropi in Sloveniji

Predpisovanje naloksona v Evropi poteka v okviru služb za zdravljenje odvisnosti od drog in drugih zdravstvenih ustanov. Uporabnik torej potrebuje recept, ki mu ga predpiše zdravnik (izjema sta Italija in Francija, kjer je nalokson na voljo brez recepta) (4). Tudi osebe na prestajanju kazni zapora so vključene v programe zagotavljanja naloksona za domov v več evropskih državah (4). Programi zagotavljanja naloksona za domov vključujejo tudi usposabljanje (trening) uporabnikov o preprečevanju predoziranja in o ravnanju ob predoziranju, prav tako je pomembno, da informacije o ravnanju ob predoziranju prejmejo tudi osebe, ki bi lahko bile priča prevelikega odmerjanja opioidov (svojci, partnerji uporabnikov ...) (4).

V Sloveniji se od leta 2021 nalokson lahko predpisuje in izroča v roke osebam, ki jemljejo droge v mreži CPZOPD, in sicer na stroške Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali pa samoplačniško na beli recept. Je pa treba osebe, preden prejmejo nalokson za domov, o uporabi zdravila ustrezno izobraziti in jim po možnosti omogočiti tudi učenje temeljnih postopkov oživljanja.

## Kdo lahko dobi nalokson za domačo uporabo (6)

Nalokson za domačo uporabo lahko dobijo:

- osebe, ki si vbrizgavajo opioidne droge,
- osebe v prvih štirih tednih po vstopu v nadomestno zdravljenje ali ob prenehanju nadomestnega zdravljenja,
- osebe po zaključku v abstinenco usmerjenega zdravljenja odvisnosti od opioidov ali po odpustu iz programa terapevtske skupnosti,
- osebe, nedavno izpuščene iz zapora, ki jemljejo ali so v preteklosti jemale opioidne droge,
- osebe, ki so že doživele predoziranje,
- osebe, ki tudi na druge načine jemljejo droge,
- osebe, ki poleg opioidnih drog jemljejo tudi druge droge, nepredpisana zdravila, alkohol ...

Večina predoziranj se zgodi doma in ob prisotnosti druge osebe. Večina oseb, ki si injicirajo droge, pa je bila že priča predoziranju ali so ga same doživele (6). Zato so osebe, ki uporabljajo droge, njihovi prijatelji in družinski člani potencialno prvi, ki se odzovejo v nujnih primerih predoziranja (6).

## Uvedba dolgo delujočega buprenorfina v podkožni injekciji

Dnevno oziroma pogosto prihajanje v CPZOPD je seveda tvegano in lahko sproži spodrslijaj oziroma recidiv, saj se tam pacienti srečujejo s skupino uporabnikov drog. Pogosto prihajanje po zdravila lahko tudi ovira proces šolanja in dela ter dodatno stigmatizira tovrstne

paciente. Po drugi strani pa lahko povzroči, da pacienti predčasno opuščajo zdravljenje, izpustijo nekatere odmerke in takrat lahko tudi dodatno vzamejo prepovedano drogo, nepredpisana zdravila, alkohol ... Zelo strukturirani terapevtski dogovori nekatere uporabnike tudi odvrtaajo od rednega prihajanja v CPZOPD, nekateri uporabniki ocenjujejo, da zaradi njih kakovost zdravljenja ni optimalna. Po raziskavah pa je ravno izboljšanje zdravljenja, socialnega funkcioniranja in kakovosti življenja eden od glavnih razlogov za vključevanje v tovrstne programe. Šele na drugem mestu med razlogi za vključevanje v tovrstne programe je tudi prenehanje uporabe ilegalnih opioidov, sledijo zmanjšanje drugih škod, povezanih z jemanjem drog, zmanjšanje kriminalnega vedenja in denar, ki ga uporabniki sicer porabijo za droge.

Dolgo delujoči buprenorfin v tedenskem ali mesečnem odmerku v podkožnih injekcijah ima seveda v tem smislu veliko prednosti, saj se uporaba prepovedanih drog pri vseh tistih, ki te droge jemljejo občasno (ne večkrat dnevno in vsakodnevno), zmanjša za vsaj 20–30 odstotkov, pri tistih, ki so že pred tem ob nadomestnem zdravljenju abstinirali, pa se izboljša vsaj zadovoljstvo v zdravljenju. Kot glavne razloge zadovoljstva po letu dni vključenosti v tovrstno zdravljenje pacienti kot najpomembnejše navajajo prihranek časa za prihajanje v terapevtski center, nejemanje zdravila vsak dan, možnost potovanja, večjo zasebnost, možnost, da zdravilo vzamejo pravočasno oziroma ga ne pozabijo vzeti, in tudi manjšo možnost, da bodo njihova zdravila uporabile druge osebe (na primer otroci) ali da bo prišlo do prodaje zdravila, tudi izsiljevanja, napačne rabe zdravil .... Prehod s podjezičnega buprenorfina na podkožno injekcijo je preprost. Naslednji dan po nazadnje zaužitem zdravilu pacient preprosto prejme injekcijo, po navadi najprej tedensko v enakovrednem odmerku ter po eni ali treh tedenskih injekcijah tudi mesečno. Če je odmerek premajhen, lahko vsakič prejme dodatno tedensko injekcijo. Injekcijo lahko prejme na osmih različnih mestih na rokah, nogah in trebuhu, mesta vboda pa se postopoma izmenjujejo.

**Pomembno izboljšanje dostopnosti nadomestnega zdravljenja in kakovosti dela v mreži CPZOPD je prinesel tudi evropski projekt Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog. Omogočil je, da sta novoustanovljena CPZOPD v Slovenj Gradcu in na Ptujju lahko nudila ustrezno obravnavo na Koroškem in na Ptujskem ter dala dober zgled tudi ostalim CPZOPD, da tam, kjer je potrebno, postopoma uvajajo tovrstne dopolnitve svojim programom. Ta projekt, ki poteka tudi v nekaterih nevladnih organizacijah, je omogočil tudi pomembno boljše sodelovanje med vladnimi in nevladnimi organizacijami.**

## Načrti za naprej

Še naprej je treba širiti mrežo CPZOPD, saj ta še vedno ne pokriva celotne Slovenije in ne zagotavlja enakovredne dostopnosti vsem prebivalcem. Nujno je treba ustanoviti CPZOPD v Beli krajini ter razpršiti mrežo v Ljubljani, tako da bi poleg centra v Zdravstvenem domu Ljubljana Center na Metelkovi ulici delovala še vsaj dva manjša centra. Programi se morajo tudi prilagoditi mladi populaciji oseb, ki jemlje predvsem „nove“ psihoaktivne snovi, osebam, odvisnim od kokaina, in starajoči se populaciji oseb z vse več telesnimi in duševnimi boleznimi. Glede na trenutno stanje bi bilo treba tudi v Ljubljani ustanoviti mobilno enoto, ki bi lahko razdeljevala nadomestna zdravila na terenu oziroma v povezavi z nizkopražnimi programi nevladnih organizacij.

V mreži CPZOPD bi bilo smiselno tudi izboljšati možnosti zaposlitvene rehabilitacije pacientov, najustrezneje za zaposlovanje delovnih terapevtov in socialnih delavcev.

Vsekakor pa je treba opolnomočiti uporabnike, da bi se tudi sami dejavneje vključevali v načrtovano izvedbo in vrednotenje programov zmanjševanja škode in zdravljenja, ter jim pomagati ustanoviti tako imenovane svete uporabnikov („consumers board“) in razširiti skupine za samopomoč.

Glede na dobre izkušnje pri preprečevanju širjenja okužbe z virusom hepatitisa C med tovrstno populacijo je nujno okrepiti sodelovanje s predstavniki klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja.

V okviru CZOPD pa je treba vzpostaviti manjši bolnišnični oddelek za obravnavo otrok in mladoletnih oseb, ki jemljejo droge.

V skladu z nacionalnim programom na področju prepovedanih drog pa je treba tudi razviti prostore za varno jemanje drog ter nočna in dnevna zavetišča za uporabnike drog z ulice ter ustrezna, varna in trajna bivališča za brezdomne uporabnike prepovedanih drog.

## Literatura in viri

1. Kastelic, A., Kostnapfel, T. Substitucijski programi zdravljenja odvisnosti od opioidov v Sloveniji. *Zdrav Vestn* (tisk. izd.). [Tiskana izd.], 2010, letn. 79, št. 7/8, str. 575–581.
2. [www.vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/953/830](http://www.vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/953/830).
3. Šegrec, N., Kastelic, A. Obravnavo bolnika z motnjo, vezano na uživanje psihoaktivnih snovi, in komorbidno psihotično motnjo = Treatment of patients with comorbidity of substance use disorder and psychotic disorder. *Zdrav Vestn* (tisk. izd.). [Tiskana izd.], 2010, letn. 79, št. 7/8, str. 566.
4. Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA). Evropsko poročilo o drogah (trendi in razvoj), 2019; [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724\\_TDAT19001SLN\\_PDF.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001SLN_PDF.pdf).
5. Take-home naloxone. EMCDDA; [https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone_en).
6. Opioid-related deaths: health and social responses. EMCDDA, december 2021; [https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/opioid-related-deaths-health-and-social-responses\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/opioid-related-deaths-health-and-social-responses_en).



## Nove psihoaktivne snovi: izziv za raziskovalce, praktike in snovalce politik

dr. Roman Kranvogel

Namen storitve testiranja je zagotoviti celostno izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi. Testiranje je namenjeno uporabnikom drog z namenom zmanjševanja tveganja za predoziranje in druge zaplete, povezane z uporabo neznanih snovi. Storitev testiranja prepovedanih psihoaktivnih snovi omogoča projekt Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog.

Sprejem vzorcev psihoaktivnih snovi je anonimen in je mogoč na različnih sprejemnih točkah po Sloveniji. Ob sprejemu vzorca sta uporabnikom na voljo tudi informiranje o zmanjševanju škode, povezane z uporabo drog, ter kratko svetovanje o težavah, povezanih z uporabo drog. V sprejemnih točkah se sprejemajo psihoaktivne snovi, namenjene laboratorijski analizi vsebnosti v skladu s smernicami sistema zgodnjega opozarjanja (EWS) na nove psihoaktivne snovi.

S storitvijo testiranja učinkovito zmanjšujemo škodo, tako da prepoznavamo farmakološko aktivne spojine, izvajamo kvantitativne analize ter določimo sestavo vzorca.

Za analizo psihoaktivnih snovi v laboratoriju so na voljo štiri različne analizne tehnike: FTIR-ATR spektrometer, tekočinski kromatograf visoke ločljivosti z DAD-analizatorjem (HPLC-DAD), plinski kromatograf z masnim analizatorjem (GC-MS) in tekočinski kromatograf z masnim analizatorjem na osnovi časa preleta ionov (LC-MS-QTOF). Nekaj opreme je prenosne (FTIR-ATR in HPLC-DAD) in se lahko uporabi tudi na terenu. Razlaga rezultatov je podprta z uporabo notranjih in zunanjih podatkovnih baz.

Analizo opravljajo strokovno usposobljeni delavci; s tem lahko zagotavljamo najkakovostnejšo analizo v vseh stopnjah preiskave (priprava, analiza in razlaga). Pri nadzorovanem sprejemu vzorcev v laboratorij vedno sodelujeta dve osebi. Vsakemu vzorcu posebej se določi laboratorijska oznaka, vzorci se fotografirajo in vnesejo v laboratorijski informacijski sistem. Sledi laboratorijska analiza. Instrumentalne tehnike so ustrezno kalibrirane, metode pa validirane. Analizni postopek je skrbno nadzorovan (uporaba kalibratorjev, kontrolnih vzorcev). Izvajamo tako kvalitativno kakor tudi kvantitativno analizo. Razvili smo metode za kvantitativno določitev okrog 50 različnih psihoaktivnih spojin oziroma spremljajočih komponent. Za tovrstne analize uporabljamo standardne referenčne materiale. Pri vsaki posamezni analizi (sekvenci) dodatno analiziramo standardne raztopine, raztopino za ustreznost kromatografskega sistema ter kontrolne vzorce. Primerjamo odzive internih standardov, tako da imamo kontrolo nad vsakim posameznim injiciranjem. S takšnim načinom dela ves čas težimo k minimalni možnosti napak. Z validacijo smo potrdili široko kvantitativno območje za vsako posamezno spojino. Za vsak posamezen instrument smo razvili robustne metode za določanje posameznih psihoaktivnih spojin. Metode so razvite z nizkimi mejami določanja. S kombinacijo metod smo sposobni zaznavati vse vrste aktivnih spojin. Za vsak posamezen vzorec pripravimo analizo poročilo z ustreznimi spremljajočimi informacijami, pri čemer uporabnik prejme informacije o vzorcu le ustno.

Skupno smo v sklopu anonimne storitve testiranja drog iz različnih sprejemnih točk po Sloveniji sprejeli 3667 vzorcev (od januarja 2018 do decembra 2022). Vse analize so bile opravljene v Nacionalnem laboratoriju za zdravje, okolje in hrano (v nadaljnjem besedilu: NLZOH). Od vseh sprejetih vzorcev jih je bilo največ kupljenih kot kokain (n = 1063), sledijo Drog v obliki kristalov in tabletk (n = 673), amfetamin (n = 468), LSD (n = 293), heroin (n = 272), konoplja (n = 244), ketamin (n = 109), različni benzodiazepini (n = 103) ter 2C-B (n = 89).

V okviru projekta smo uspešno analizirali več kot 200 različnih psihoaktivnih snovi. Kot eden izmed glavnih ciljev projekta je hitra zaznava novih psihoaktivnih snovi (v nadaljnjem besedilu: NPS). V celotnem obdobju smo v NLZOH skupno analizirali 519 tovrstnih vzorcev. V prvem letu testiranja smo analizirali 61 vzorcev NPS, v letu 2021 pa je bilo zaznanih 159 vzorcev NPS. V povprečju znaša delež vzorcev NPS 14 odstotkov.

V sklopu anonimnega testiranja psihoaktivnih snovi smo zaznali naslednje NPS, ki so bile kupljene in prinesene v analizo kot NPS. Zaznane so bile namesto klasičnih drog ali pa kot primesi v klasičnih drogah. Srečali smo se z najrazličnejšimi skupinami NPS (sintetični katinoni, sintetični opioidi, sintetični kanabinoidi, benzodiazepini in drugo). Skozi celotno obdobje projekta smo zaznavali velike spremembe na področju trga prepovedanih drog, kar še posebej velja za NPS. Gre torej za nove narkotične ali psihotropne snovi v čisti obliki ali v pripravku, ki niso nadzorovane po konvencijah Združenih narodov, pa bi kljub temu lahko pomenile resno „grožnjo“ za javno zdravje. Namen sinteze novih snovi je preoblikovati kemijsko strukturo tako, da snov ne bo nadzorovana, hkrati pa bo imela pričakovane psihoaktivne učinke. Nekatere NPS so izredno velik analitski izziv.

V zadnjih letih se je nekoliko upočasnilo naraščanje NPS. NLZOH je poleg forenzičnega in carinskega laboratorija edini, ki lahko odkrije nove droge pri analizi materialov s kromatografskimi oziroma spektroskopskimi tehnikami. Za prepoznavo nove snovi je potreben referenčni material (CRM) ali sodoben laboratorij z vrhunsko opremo, kot je na primer masna spektrometrija visoke ločljivosti (HRMS). S to tehniko lahko v večini primerov pokrijemo potrebe po analizi NPS. Za prepoznavo neznanih NPS, za katere referenčni materiali še niso na voljo, spojine pa še niso v notranjih ali komercialnih podatkovnih zbirkah spektrov laboratorija, se uporablja kombinacija vsaj štirih različnih analiznih metod. Za dokončno potrditev strukture je dodatno potrebna še NMR-analiza, v tem primeru se povežemo z drugimi laboratoriji.

V prvem letu projekta, letu 2018, so na področju NPS izstopali predvsem analogi fentanila ter različni sintetični katinoni. V letu 2019 so se pojavili predvsem analogi LSD (1P-LSD) ter različni benzodiazepini (Flualprazolam, Flubromazepam) v obliki lažnih tabletk. Izstopajo tudi primeri GBL/GHB vzorcev. V letu 2020, ko se je začelo obdobje epidemije covid-19, smo prepoznali veliko najrazličnejših benzodiazepinov (Flubromazolam, Klonazolam, Klonazepam in druge). Prisotnost teh spojin si razlagamo kot posledico zaprtja države oziroma ukrepov, ki so bili v tistem času sprejeti. Poleg raznolikosti vzorcev se je povečalo predvsem njihovo število glede na prejšnja leta. V letu 2021 smo imeli največje število primerov NPS, še vedno so se pojavljali najrazličnejši benzodiazepini, vendar v nekoliko manjši meri. Pojavili so se sintetični opioidi (ADB-BUTINACA, MDMB-4en-PINACA). Prav tako smo v tem letu prvič zaznali pojav sintetičnih opioidov (Etazen, Etonitazepin, Brorfin in druge). Pojavili so se novi sintetični katinoni (Eutilon, 4-CMC in drugi). V letu 2022 skorajda več nismo zaznali lažne tablete XANAX. Pojavili pa so se novi analogi LSD (1V-LSD), ob koncu leta smo zaznali polsintetični kanabinoid HHC (heksahidrokanabinol), ki lahko pomeni grožnjo v prihodnjih letih predvsem zaradi široke uporabe v najrazličnejših proizvodih (Vape).

Uspelo nam je razviti tudi mobilno enoto laboratorija, v kateri vzorce analiziramo z instrumentoma FTIR-ATR in HPLC-DAD. Analiza od prejema vzorca do izdaje rezultata traja okvirno 30 minut. Izvedemo lahko kvantitativno analizo za okrog 40 parametrov. Na terenu prepoznavna NPS ni mogoča, če NPS še ni v notranji podatkovni bazi. Na dogodku se uporabnikom poroča o rezultatih opravljenih analiz. Združenje DrogArt svetuje in podaja osnovne informacije o zmanjševanju tveganj pri uporabi psihoaktivnih snovi. Udeležili smo se sedmih dogodkov, na katerih smo analizirali skupno 69 vzorcev. Najprej smo v letu 2019 dvakrat izvedli mobilno testiranje na sprejemni točki DrogArta v Ljubljani, sledilo je mobilno testiranje v Klubu K4 (september 2019), trikrat pa smo mobilno testiranje izvedli na dogodku Kurzschluss (september, november in december 2019). Med epidemijo ni bilo organiziranih dogodkov, po tem obdobju pa smo izvedli le še eno mobilno testiranje, in sicer na sprejemni točki DrogArta v Mariboru (julij 2020).

Na področju drog in NPS v realnem času in periodično poročamo različnim deležnikom: na nacionalni ravni Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (NIJZ), in sicer v slovenski sistem zgodnjega opozarjanja na NPS (SI-EWS), ter na mednarodni ravni Evropskemu centru za droge in odvisnosti od drog (v nadaljnjem besedilu: EMCDDA). V evropsko bazo EMCDDA smo skupno vnesli 82 NPS, od tega jih je bilo 16 primerov določenih kot FIC (prva identifikacija v državi). V NLZOH smo v okviru projekta zaznali 35 NPS, ki so bile posledično tudi razvrščene na seznam prepovedanih drog. V okviru testiranja smo zaznali tudi pomembna tveganja glede zlorabe anabolnih steroidov ter drugih nedeklariranih snovi v prehranskih dopolnilih. S tem problemom se je treba ukvarjati predvsem zaradi tveganja za zdravje ljudi, še posebej to velja za mlade in za rekreativne športnike.

Na področju analitike psihoaktivnih snovi moramo ves čas stremeti k razvoju novih metod, dodajati različne analitske tehnike in se na splošno prilagajati trgu.

## 6.4 Okrevanje kot nova paradigma celovite obravnave na področju drog

doc.dr. Vera Grebenc

Potem ko je koncept okrevanja v osemdesetih in devetdesetih letih prejšnjega stoletja našel pot v politike na področju duševnega zdravja, se okrevanje kot pozitiven in zaželen cilj vedno bolj uveljavlja tudi v političnih dokumentih na področju obravnave zasvojenosti. V zadnji evropski strategiji na področju drog, ki je sprejeta za obdobje od leta 2021 do leta 2025 (Svet Evropske unije, 2020), je koncept okrevanja zapisan ob bok vsem drugim ukrepom, ki so se uveljavili v desetletjih oblikovanja politik in programov na področju drog. Okrevanje je prepoznano kot pomemben vidik celovite politike in uravnoteženosti pristopov na področju drog tudi v novem predlogu Resolucije o nacionalnem programu na področju drog 2022–2030 (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2022).

Zdi se, kot da se je v zadnjih letih povečalo zanimanje za ta koncept, ki ima močno pozitivno konotacijo in ga povezujemo tako s človekovim notranjim sistemom odpornosti in moči za obnavljanje kot s spoznanjem, da lahko ljudje in skupnosti okrevaajo in premagajo tudi različne življenjske preizkušnje. V splošni medicini in psihiatriji koncept okrevanja razumemo kot konec določene izkušnje ali epizode bolezni, poznan pa je tudi na področju drugih poklicev pomoči, kot na primer v psihologiji in socialnem delu, kjer del teorij in praks, ki temeljijo na perspektivi moči.

Tudi na področju zasvojenosti koncept okrevanja ni nov, saj izhaja iz gibanj za zmernost in treznost v devetnajstem stoletju (Yates in Malloch, 2010). Na področje medicine je koncept vstopil konec devetnajstega stoletja, ko so se oblikovale zamisli za vzpostavitev javnega sistema specialističnega zdravljenja tistih, ki so bili zasvojeni z alkoholom in ujeti v kaznovalni sistem zaradi povratništva (Berridge, 2012). Od tridesetih let prejšnjega stoletja se je zamisel okrevanja še posebej uveljavila v okviru pristopa dvanajstih korakov in tako sčasoma postala prepoznaven element programov, ki delujejo na področju vzpostavljanja abstinence. K popularnosti koncepta okrevanja pa so še posebej prispevala civilna gibanja uporabnikov in njihovih svojcev, ki so se angažirala pri opredeljevanju procesa zdravljenja (Day, Gaston, Furlong, Murali in Copello, 2005). Gibanja uporabnikov psihiatričnega sistema in drugih skupin, ki so v družbi ostajale marginalizirane kot neperspektivne in nezmožne izstopa iz spirale bolezni ali revščine, so koncept uveljavila kot emancipirajoč model krepitve moči. Gibanjem bivših bolnikov, ki so preživeli zdravljenje v institucijah (»preživelci«), in njihovih svojcev je uspelo s pomočjo koncepta okrevanja utemeljiti pomen nenadomestljivega znanja ljudi z izkušnjo. Pripadniki teh gibanj so pripomogli k nastajanju formalnih in neformalnih oblik vrstniške pomoči, skupin za samopomoč in zagovorniških praks. Upoštevanje uporabniške perspektive je prispevalo k temu, da se je na področju duševnega zdravja filozofija okrevanja uveljavila kot osebni proces ali osebna pot, sestavljena iz treh ključnih načel; te so: avtonomija (občutek nadzora nad lastnim življenjem), priložnost (življenje po bolezni, vključno z vključevanjem v družbo) in upanje (prepričanje, da je življenje lahko izpolnjeno in da se ne bi smeli zadovoljiti z manj) (SLAM/SWLSTG, 2010).

V osemdesetih letih prejšnjega stoletja je epidemija HIV/aidsa sprožila javnozdravstveni odgovor v obliki paradigme zmanjševanja škode. Več let je potem na področju zdravljenja ljudi, zasvojenih z drogami, veljala hierarhija ciljev, ki zajema korake od zmanjševanja neposredne škode, ki jo povzroča aktivna uporaba drog, do doseganja končnega cilja, abstinence (ACMD, 1988, EMCDDA, 2010). V zadnjem času pa je prišlo do ideološkega premika, ko so zagovorniki abstenenčnih pristopov znova dobili močnejši glas v političnem diskurzu (Stöver, 2016). Okrevanje je postalo nova in ustrežnejša paradigma, ki naj bi odpravila nekatere pomanjkljivosti paradigme zmanjševanja škode. Verjetno pa je ta vnovični vzpon zanimanja za okrevanje posledica nezadovoljstva zaradi neuspešnega spoprijemanja s problemom uporabe drog in zasvojenosti v svetu in v družbi na splošno, pa tudi s procesi, ki uporabnike služb, predvsem uporabnike služb nizkega praga in izvajalce teh storitev, stigmatizirajo in marginalizirajo v očeh javnosti in politike. Tako se zdi, da pojem okrevanja vnaša na področje uporabe drog in zasvojenosti širši in bolj celosten pogled, predvsem pa politično in vrednostno bolj všečen koncept, ki bo nekoliko zrahljal javno podobo ukrepov na področju drog.

Ob tem je treba opozoriti, da se je aktualni premik k paradigmi okrevanja na področju zasvojenosti zgodil brez jasne opredelitve okrevanja. White (2007) je ugotovil, da okrevanje kot koncept organiziranja (za politiko in prakso) pomeni finančno in ideološko grožnjo obstoječim sistemom zdravljenja in poklicnim vlogam. Opozoril je, da rast institucij, agencij in specialistov za okrevanje, ki so nastali v konkurenci z ustanovami, ogroža celovitost gibanja, in poudaril pomen jasne opredelitve, ki bo usmerjala prihodnji razvoj.

Nevarnost je, da postane zamisel okrevanja del izključevalne retorike vojne proti drogami. Nevarnost je tudi, da postanejo ljudje, ki ne zmorejo ali ne želijo abstimirati, izključeni kot neprimerni uporabniki storitev ali pa da bodo do pomoči prišli le tisti, ki se bodo izkazali kot perspektivni uporabniki in pri katerih je mogoče pričakovati ugodne izide. Prav tako pa je nevarno tudi, da bi se okrevanje, ki je koncept moči ljudi in skupnosti, preobrazilo v normativni model ocenjevanja, razvrščanja in obvladovanja ljudi. Okrevanja ne moremo vsiliti in ne more postati del pogojevanja pomoči. Okrevanje lahko omogočimo in spodbudimo, zgoditi pa se mora človeku samemu. Ob tem je treba razlikovati med različnimi uporabniki. Niso vsi uporabniki drog zasvojeni (na primer občasni uporabniki drog) in tudi ne želijo ali ne zmorejo vsi uporabniki drog abstimirati. Za tiste uporabnike drog, ki niso zasvojeni, in tiste, ki ne želijo prenehati uporabljati droge, koncepta okrevanja ne moremo povezovati z zdravljenjem, v tem primeru bi bilo bolje preusmeriti pozornost na „obvladovanje“. Okrevanje moramo torej povezati z doseganjem večje kakovosti življenja, z več avtonomije v življenju, s priložnostmi za spremembo in upanjem.

Za vzpostavljanje konsistentne in enake obravnave ljudi, ki bodo vstopali v službe pomoči, je pomembno, da v teh službah delujejo strokovnjaki, ki razumejo, da je okrevanje iskanje boljšega življenja, v katerem sodelujejo posamezniki in skupnost. Dojemanje procesa okrevanja in človekovo občutenje dobrega počutja je izrazito individualna, telesna, duševna in duhovna izkušnja, povezana tudi z medsebojnimi odnosi ter družbenim, kulturnim in političnim okoljem. Ta mikro- in makrokozmos vsakdanjega sveta bi morali upoštevati sistemi storitev, ki se bodo opredeljevali kot programi celovite obravnave za okrevanje. Celostna paradigma okrevanja torej potrebuje integrirane sisteme storitev, ki imajo različne cilje za različne ljudi z različnimi potrebami.

Danes, ko se soočamo s posledicami razdiralnih učinkov neoliberalnih ekonomskih politik na sisteme javnega zdravstva in socialnega varstva, in po obdobju epidemije covid-19, ko so se ti sistemi dokončno ekonomsko in človeško izčrpali, pa je treba poskrbeti tudi za okrevanje izvajalcev storitev. Vemo, da je celostno pomoč mogoče zagotoviti le v integri-

ranih službah, s povezovanjem različnih strokovnjakov v skupno in timsko delo, s sodelovanjem in vključevanjem uporabnikov v načrtovanje in oblikovanje storitev, predvsem pa z medsebojnim spoštovanjem.

## Literatura

- ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (1988). *AIDS and drugs misuse: part 1*, ACMD, London.
- Berridge, V. (2012). *The art of medicine: The rise, fall, and revival of recovery in drug policy*
- *The Lancet* London. 379/ 9810, str. 22–23.
- Day, E., Gaston, R., Furlong, E., Murali, V., in Copello, A. (2005). *United Kingdom substance misuse treatment workers' attitudes toward 12-step self-help groups*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, str. 321–327.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. EMCDDA Scientific Monographs 10. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2022). *Resolucije o nacionalnem programu na področju drog 2022–2030 (osnutek)*. Pridobljeno 16. januarja 2023 na <https://www.gov.si/zbirke/javne-objave/osnutek-nacionalnega-programa-na-podrocju-drog-2022-2030/>.
- Stöver, H. (2016). *Bridging harm reduction and recovery*. SAGE Publications Ltd, <https://dx.doi.org/10.4135/9781473921986>.
- Svet Evropske unije (2020), *EU Drugs strategy 2021–2025*. Brussels: Council of European Union. Pridobljeno 16. januarja 2023 na <https://www.consilium.europa.eu/media/49194/eu-drugs-strategy-booklet.pdf>.
- South London and Maudsley NHS Foundation Trust and South West London and St George's Mental Health NHS Trust (2010). *Recovery is for All. Hope, Agency and Opportunity in Psychiatry. A Position Statement by Consultant Psychiatrists*. London: SLAM/SWLSTG.
- White, W. L. (2007). *The new recovery advocacy movement*. *Addiction*, 120, str. 696–703.
- Yates, R., in Malloch, M. (2010). *The road less traveled? A short history of addiction recovery*. V R. Yates & M. Malloch (ur.), *Tackling addiction: Pathways to recovery* (str. 15–31). London: Jessica Kingsley.

# Z razvojem integriranih programov pomoči učinkoviti pri odzivih na potrebe uporabnikov prepovedanih drog in skupnosti

dr. Ines Kvaternik

V zadnjih desetih letih sta se povečala obseg problematike zaradi uporabe prepovedanih drog in raznovrstnost populacije uporabnikov prepovedanih drog, prav tako pa sta se povečala obseg in raznovrstnost pojavov, povezanih z uporabo prepovedanih drog, kot sta brezdomstvo in vidna uporaba drog v skupnosti. Strokovni delavci, ki so v vsakdanjem stiku z uporabniki prepovedanih drog, navajajo, da se uporabniki srečujejo s kombiniranimi potrebami, kompleksnejšimi zdravstvenimi težavami, slabšim socialnoekonomskim položajem in številnimi ovirami v dostopu do zdravstvenih storitev in drugih programov pomoči. Gre za vsakdanje stiske oseb, katerih potrebe segajo na področje različnih sektorjev in ustvarjajo med njimi presečišča. Brezdomni uporabniki prepovedanih drog namreč uporabljajo droge na javnih prostorih, kar za druge uporabnike teh prostorov in stanovalce okoliških stavb postaja vse bolj moteče, s tem pa se pogloblja konflikt med uporabniki in skupnostjo. Razvoj integriranih programov pomoči na področju obravnave uporabnikov prepovedanih drog, duševnega zdravja, brezdomstva in na drugih področjih, povezanih s tem, bi lahko ustavil tudi učinek vrtljivih vrat, ki ga doživljajo brezdomni uporabniki prepovedanih drog.

Razširjenost problematične uporabe drog v starostni skupini od 15 do 64 let se giblje med 6000 in 10.400 uporabnikov. Razširjenost problematične uporabe opioidov pa je stabilna in se giblje med 4000 in 6000 uporabnikov. Največ problematičnih uporabnikov drog je v osrednjeslovenski regiji, kjer je samo na območju Ljubljane približno 1250 uporabnikov, ki si droge injicirajo (Kvaternik in Rostohar v Jandl in sod., 2022). V zadnjih letih se opažajo tudi večja razširjenost okužb z virusom hepatitisa C, naraščanje števila obravnav zaradi zastupitev s prepovedanimi drogami in števila umrlih zaradi prepovedanih drog ter novi primeri okužbe z virusom HIV med to populacijo (Jandl in sod., 2022).

V Sloveniji imamo na področju obravnave uporabnikov prepovedanih drog dolgoletne izkušnje in relativno dobro geografsko pokritost s programi pomoči tako na področju zdravstva (mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog) kot tudi socialnega varstva (mreža programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog in brezdomstva). Navedeni programi obravnavajo potrebe aktivnih uporabnikov drog<sup>1</sup> in skupnosti ter izvajajo z dokazi podprte ukrepe, s katerimi preprečujejo nastanek zdravstvene, socialne in družbene škode zaradi uporabe drog, jo zmanjšujejo ter preprečujejo prenos okužb z nalezljivimi boleznimi in s tem tudi nadaljnje slabšanje zdravstvenega in socialnega stanja uporabnikov.

Med izvajanjem Resolucije o nacionalnem programu na področju drog (2014–2020) so bile vzpostavljene tudi zakonske in strokovne podlage ter zagotovljena finančna sredstva za nadgradnjo programov zmanjševanja škode z nadzorovanimi prostori za uporabo drog in uveden je bil javnozdravstveni ukrep nalokson za domov, ki pa ga zaradi sistemskih in administrativnih ovir, ki so povezane tudi s kombiniranim izvajanjem zdravstvenih in soci-

alnih storitev, bodisi ni bilo mogoče vzpostaviti bodisi ni bilo mogoče v polni meri izvajati v praksi.

Z izvajanjem projekta Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog, ki je primer dobre prakse horizontalnega in vertikalnega povezovanja različnih deležnikov, ki delujejo na področju prepovedanih drog, smo se v Sloveniji približali konceptu integriranih služb. Na simbolni ravni sta se priznala pomen in vloga nizkopražnih organizacij na področju socialnega varstva, na praktični ravni pa se je omogočilo izvajanje zdravstvene nege na terenu med uporabniki prepovedanih drog, ki težko dostopajo do javnozdravstvenih storitev. Vloga zdravstvene nege med aktivnimi uporabniki prepovedanih drog se kaže na treh področjih: na področju preprečevanja in zmanjševanja uporabe prepovedanih drog ter tveganih vedenj, na področju varovanja in krepitve ostalih vidikov zdravja in na področju urejanja zdravstvenega statusa. V prihodnje bi bilo treba zagotoviti prisotnost zdravnika v mobilnih enotah oziroma dnevni centrih nizkopražnih programov. S tem bi omogočili hitrejše diagnosticiranje in zdravljenje težav pri uporabnikih prepovedanih drog, ki so povezane tudi z drugimi vidiki zdravja (Kvaternik, 2022).

V izrednih razmerah, med izolacijo zaradi epidemije koronavirusa, so se razvili številni novi, ustrežnejši in bolj integrirani odzivi na spreminjajoče se okoliščine in nove potrebe omenjene ciljne skupine, kot na primer prevozi nadomestnih zdravil in paketov hrane do uporabnikov drog, prevozi uporabnikov do zdravstvenih in drugih storitev ter zdravstvena nega na terenu in psihosocialno svetovanje na terenu. Tako so se med seboj spojili sektorji, ki do tedaj niso sodelovali. Povezovanje oziroma integracija prej ločenih služb vodi k bolj kompleksnim in plodovitim oblikam odzivanja. To pa naj bi prineslo koristi na treh različnih področjih: podpora ranljivim skupinam uporabnikov bi bila bolj celovita, zaposleni bi bili bolj zadovoljni z delom, ukrepi pa bi bili dolgoročno ekonomsko učinkoviti (Richardson in Patana, 2015). Strinjamo se z Razpotnik (v Grebenc in Šabić, 2020), da so z vidika smiselnosti in prednosti integriranih služb učinki, ki se zgodijo v družbi in kulturi služb pomoči, pomembnejši od organizacijskih, stroškovnih in učinkovitostnih argumentov. To pa omogoča razvoj celostnih v posameznika usmerjenih storitev na vseh ravneh obravnave uporabnikov prepovedanih drog – od zmanjševanja škode in zdravljenja do celovitega okrevanja.

Za učinkovito odzivanje na potrebe uporabnikov prepovedanih drog in skupnosti se zdi v prihodnje smiselno krepiti povezovanje zdravstvenih in socialnovarstvenih programov pomoči na področju prepovedanih drog in krepiti razvoj integriranih storitev, ki zahtevajo razumevanje in spoštovanje različnih profesionalnih perspektiv in sprejemanje uporabnikov drog ter njihovo vključevanje v načrtovanje odzivov.



## Viri

- Kvaternik, I., Rostohar, K. 2022. Ocena problematičnih uporabnikov drog. V M. Jandl in sod. (ur.), Report on the Drug Situation 2022 of the Republic of Slovenia. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 20. 1. 2023 s [https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/12/NP\\_ang\\_2022\\_obl.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/12/NP_ang_2022_obl.pdf).
- Kvaternik, I. 2022. Z integracijo služb učinkovitejši pri implementaciji ukrepov na področju drog. V A. Kastelic in T. Kostnapfel (ur.), Zbornik 9. slovenske konference o zdravljenju odvisnosti. Radomlje: SEEAnet.
- Grebenc, V., Šabič, A. (ur.). 2020. Odprta scena. Zmanjševanje škode med brezdomnimi uporabniki drog. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Razpotnik, Š. 2020. Integrirane službe kot možen odziv na izzive odprte scene v Ljubljani. V V. Grebenc in A. Šabič (ur.), Zmanjševanje škode med brezdomnimi uporabniki drog. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Richardson, D., Platana, P. 2015. Integrating social services for vulnerable groups bridging sectors for better service delivery. Paris: OECD Publishing.

## 6.6 Nizkopražni programi: včeraj, danes, jutri

Borut Bah – Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma,  
Tomaž Pečarič – Društvo za pomoč in samopomoč na področju zasvojenosti Zdrava pot  
Marko Verdenik, dr. Matej Sande, Simona Šabič – Slovensko združenje za zmanjševanje škodljivih posledic drog DrogArt

Najpomembnejši vidik programov zmanjševanja škode je v tem, da v uporabnikih drog vidimo ljudi. Uporaba drog je osebna odločitev posameznika in pravica človeka, da s svojim telesom svobodno razpolaga. Strategija zmanjševanja škode je praktičen odziv na potrebe ljudi in razumski odgovor na tveganja, povezana z nekaterimi dejanji. Ne najdemo je samo pri programih, povezanih z uporabo drog, ampak tudi v mnogih drugih vidikih našega življenja (med vožnjo z avtomobilom smo pripeti z varnostnim pasom, da s tem preprečimo najhujše poškodbe, pri večjih tveganjih, na primer med plezanjem v gorah, se varujemo z vrvjo, pri pitju alkohola celo nekatere strokovne institucije priporočajo, da zraven jemo mastno hrano in pijemo veliko vode, da preprečimo nekatere neprijetne občutke in zmanjšamo škodo). Zmanjševanje škode pri uporabi drog je torej skupek koristnih ukrepov, ki preprečujejo smrtne primere zaradi uporabe drog in zmanjšujejo zdravstvene težave uporabnikov drog, izboljšujejo kakovost življenja tako uporabnikov kot njihovih bližnjih in ne nazadnje celotne skupnosti. Poudariti pa je treba, da z informacijami o varnejši uporabi drog ne spodbujamo same uporabe drog.

V Sloveniji so se v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja let začeli odpirati programi nadomestnega zdravljenja, dnevni centri za uporabnike drog z dostopom do sterilnega pribora za uporabo drog, terensko delo s „skrito populacijo“, svetovalnice o varnejši in zdravju manj škodljivi uporabi drog, pozneje tudi zavetišča in varna hiša za uživalke nedovoljenih drog, ki so žrtve nasilja. Z zagotavljanjem mobilnih enot in vključevanjem medicinskega osebja v njihovo delo pa se je vzpostavila tudi nujna povezava dveh področij – sociale in zdravstva; kot zelo pozitivno se je pokazalo vključevanje medicinskih sester v terenske ekipe mobilnih enot. Vzpostavil se je sistem testiranja drog. V nekaterih programih vedno večji poudarek dajemo tudi zagotavljanju stalnega dostopa do pribora za kajenje in snifanje drog z namenom spodbujanja uporabnikov k manj tveganim načinom uporabe drog. Nastali sta zamisli o vzpostavitvi varnih sob za uporabo drog in o projektu nalokson za domov, ki pa žal še čakata na izvedbo na sistemski ravni.

Ker se programi zmanjševanja škode odzivajo na trenutne potrebe uporabnikov in lokalnih skupnosti, se seveda stalno spreminjajo in dopolnjujejo. Pojavljajo se nove zamisli o zagotavljanju testiranja na vse spolno prenosljive okužbe med uporabniki prepovedanih drog v dnevni centrih in na terenu, o uporabi fibroscana in približevanju zdravljenja hepatitisa C uporabnikom drog (v sodelovanju s Klinikom za infektivne bolezni in vročinska stanja Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana), o dodatnem povezovanju med področji ter vključevanju zdravnikov v terenske ekipe in dnevne centre.

V zadnjem obdobju (v letih 2020 in 2021) različna društva opažamo povečano število smrti zaradi predoziranja med uporabniki drog in brezdomci, nekaj smrtnih primerov se je zgodilo tudi na javnih mestih. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ) število umrlih narašča že od leta 2014 – tako je bilo v letu 2019 že 74 smrti, kar Slovenijo po podatkih Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (v nadaljnjem besedilu: EMCDDA) uvršča v sam vrh po številu umrlih v Evropski uniji, v letu 2020 pa je bilo 70 smrtnih primerov.

Kot odgovor na to žalostno statistiko o številu smrti smo v Stigmi v zadnjih letih več časa namenili ozaveščanju uporabnikov o varnejši uporabi drog. Dosegli smo tudi to, da je od marca 2021 Nyxoid (nazalni nalokson) dostopen uporabnikom centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog (v nadaljnjem besedilu: CPZOPD). Žal se še ne podeljuje v zadostnem obsegu. Po smernicah EMCDDA je namreč dostop do naloksona poleg varnih sob za uporabo nedovoljenih drog najučinkovitejši ukrep za preprečevanje smrtnih predoziranja. Nalokson nevtralizira prevelik odmerek opiatov, Nyxoid pa je zaradi uporabe v obliki pršila primeren za domačo uporabo. Po našem mnenju bi moral biti dostopen vsem uporabnikom opioidov, saj dokazano zmanjšuje število smrti med uporabniki drog.

V društvu Stigma v zadnjem obdobju, odkar naše programe financira ministrstvo za zdravje, uporabnikom redno zagotavljamo sterilni pribor za varnejšo uporabo drog, tistim, ki si drog ne injicirajo, pa snif listke, ki jih od leta 2022 financira tudi NIJZ Koper, ter folijo za kajenje drog, ki jo za zdaj še kupujemo na stroške projekta, upamo pa, da bo tudi njeno zagotavljanje sistemsko postalo del programov zmanjševanja škode zaradi uporabe drog v Sloveniji. Namen spodbujanja k manj tveganim načinom uporabe drog je, da bi si čim manj uporabnikov začelo injicirati droge (saj je to z vidika smrtnih predoziranja najbolj tvegan način uporabe) oziroma da bi tisti, ki droge snifajo ali kadijo, čim dlje ostali pri tej manj tvegani obliki uporabe drog. Z vpeljavo folije in snif listkov nam je v program uspelo pridobiti tudi osebe, ki se prej v naše programe niso vključevale.

Po našem mnenju bi morali po vzoru nekaterih drugih evropskih držav nujno sistemsko uvesti program nalokson za domov (Take home Naloxone), s čimer bi zagotovili še večjo dostopnost nadomestnega zdravljenja. Zagotoviti bi bilo treba tudi dostop do naloksona na tako imenovanih kritičnih mestih, kjer se zadržujejo uporabniki (dnevni centri, zavetišča, odprte scene). Zagotoviti je treba tudi odprtje varnih prostorov za uporabo drog v večjih mestih – stacionarno in v mobilnih enotah – tako za injiciranje kot za snifanje in kajenje drog. Rezultati programa v državah, ki imajo varne sobe, so zelo pozitivni. Pomembna tematika, s katero se je treba ukvarjati, pa je tudi uporaba drog med mladimi. V zadnjih letih se znova srečujemo tudi z mladoletnimi uporabniki drog, ki si droge injicirajo; tudi raziskave kažejo, da se uporaba drog med mladimi povečuje.

V društvu Zdrava pot smo s financiranjem ministrstva za zdravje izvajali tri programe: dnevni center za odvisnike, terensko delo in program za ženske odvisnice. Glavni namen dnevnega centra za odvisnike je zmanjševanje škode (drugi izraz bi bil tudi izboljšanje kakovosti življenja uporabnika) na različnih področjih (socialnem, zdravstvenem, stanovanjskem in kazenskem ter na področju osnovne oskrbe). Namen programa je tudi zmanjšanje možnosti okužb z virusom hepatitisa C, HIV in povzročitelji drugih nalezljivih bolezni, odpravljanje že nastalih težav ter preprečevanje in odpravljanje socialnih stisk, povezanih z uživanjem nedovoljenih drog. Upabnikom nudimo različne storitve, kot so urejanje sprejema na zdravljenje odvisnosti, pomoč pri vključevanju v družbenokoristna dela, urejanje dolgov, reševanje stanovanjske problematike, spremljanje in zagovorništvo uporabnikov na uradih in v institucijah, nudenje sterilnega materiala za uporabo drog z namenom preprečevanja širjenja nalezljivih bolezni, osnovna oskrba (zajtrk, kosilo, kava in napitki, pranje in sušenje perila, prhanje, skrb za osebno higieno) in drugo. Upabniki lahko v centru vsak dan dobijo kosilo, ki ga pripeljemo iz javne kuhinje, in napitke, lahko se oprhajo ter si operejo in posušijo perilo. Omogočena jim je tudi uporaba računalnikov, interneta in telefona.

Terensko delo izvajamo s posebej prirejenim vozilom v življenjskem okolju uporabnikov, in sicer na že dogovorjenih ali spontanih lokacijah v večjih in manjših krajih Podravja, Koroške in Pomurja. Gre za nizkopražni program, ki ne zahteva vstopnih pogojev, zato se

lahko vanj vključijo uporabniki, ki so že izpostavljeni rizičnemu načinu življenja in/ali niso sposobni abstinence, uporabniki, ki so vključeni v metadonsko zdravljenje, in uporabniki, ki si zaradi oddaljenosti od večjih mest in/ali pomanjkanja finančnih sredstev in/ali neurejenega zdravstvenega zavarovanja ne morejo poiskati primerne pomoči, potrebujejo pa pomoč in podporo v smislu socialne obravnave ter informacije in pomoč s področja reševanja zdravstvenih težav. Ker so potrebe uporabnikov različne, je takšna tudi njihova vključenost v program in sodelovanje v njem. Nekateri potrebujejo samo določene informacije o možnostih uveljavljanja določenih pravic in potreb, nekateri dalj časa nepretrgoma uporabljajo storitve svetovanja, motivacijskega razgovora, skupinskega dela, individualnega pogovora ter zagovorništva in spremstva zaradi urejanja statusnih dokumentov. Diplomirana zdravstvenica, ki se je izkazala za veliko podporo programu, nudi informacije s področja zdravja ter je most med uporabnikom in javnim zdravstvom. Uporabnike spremlja k zdravniku in jim svetuje v zvezi z manj tvegano rabo drog in prenosljivimi boleznimi, opozarja na pomembnost rabe sterilnega pribora in kondomov ter izvaja delavnice na temo manj tveganega življenjskega sloga.

Glavni namen programa za ženske odvisnice je omogočiti uživalkam drog, da imajo v vsakem trenutku na voljo podporo in pomoč strokovnega delavca, ki mu lahko opišejo svoj položaj brez strahu, obsojanja in dodatnih stisk. V programu težimo k temu, da so naše uporabnice slišane in upoštevane ter da se zavedajo svojih možnosti izbire, s čimer pridobijo večjo moč, vpliv nad svojim življenjem in možnost samoorganizacije, to pa posledično vodi h kakovostnejšemu spopadanju z različnimi socialnimi vlogami ter sprejemanju večje odgovornosti zase in tudi za svoje otroke.

Uporaba drog prinaša različna tveganja, ki lahko privedejo do zdravstvenih, psiholoških ali socialnih težav ter do potrebe po zdravstveni ali psihosocialni obravnavi. Da bi preprečili te težave, je večina evropskih držav, vključno s Slovenijo, v skladu z mednarodnimi konvencijami za večino drog omejila njihovo proizvodnjo, distribucijo in posedovanje izključno na medicinske in zdravstvene namene.

Kljub sistemskim poskusom omejevanja dostopnosti drog ustvarjajo njihova uporaba, proizvodnja in preprodaja črni trg, ta pa zaradi pomanjkljivega nadzora povzroča dodatna tveganja za uporabnike. Črni trg odpira možnosti za zlorabe, kot so dodajanje nevarnih primesi (na primer levamisol v vzorcih kokaina), prodaja zelo potentnih drog (na primer ekstaziji z visoko vsebnostjo MDMA) ali lažnih snovi (kupljena snov vsebuje popolnoma drugačno, velikokrat še novo in neraziskano psihoaktivno snov).

Obstajajo različni odzivi na problematiko drog. Ob spoznanju, da družbe brez drog ni mogoče doseči, so se razvili tudi različni programi zmanjševanja škode, ki so danes pomemben del evropske strategije na področju drog. Med različnimi strategijami za zmanjševanje škode, ki se odzivajo na tveganja, povezana z uporabo drog, je bilo testiranje drog z namenom zmanjševanja tveganj za zdravstvene zaplete (tudi smrtne), povezane z zaužitjem neznanih psihoaktivnih snovi, uvedeno v več evropskih državah, vključno s Slovenijo.

Testiranje drog je integrirana storitev, sestavljena iz kemične analize vzorca za namen identifikacije in kvantifikacije njegove vsebine ter vračanja teh rezultatov uporabniku storitve, s čimer zmanjšamo izpostavljenost tveganjem uporabe drog. Storitev vključuje tudi informiranje o zmanjševanju škode in v nekaterih primerih svetovalni pogovor, ki poteka ob sprejemu vzorca.

V Sloveniji smo tovrstno storitev razvijali od leta 2006, ko sta nevladni organizaciji Združenje DrogArt in Društvo Stigma postali članici sistema zgodnjega opozarjanja (v nadaljnjem besedilu: sistem EWS) na pojav novih psihoaktivnih snovi. V okviru programa zmanj-

ševanja škode zaradi uporabe drog smo v Združenju DrogArt postopno začeli uvajati teste s hitrimi barvnimi reagenti, v Nacionalnem forenzičnem laboratoriju (v nadaljnjem besedilu: NFL) pa so ob sumljivih učinkih in reakcijah izvedli laboratorijsko analizo snovi, sprejetih v programih zmanjševanja škode v Združenju DrogArt in Društvu Stigma. Za razvoj storitve testiranja je bilo ves čas ključno dobro sodelovanje znotraj sistema EWS, predvsem nevladnih organizacij, NIJZ, policije (oddelek za prepovedane droge in NFL) ter ministrstva za zdravje.

V okviru projekta I-SEE<sup>1</sup> sta bila leta 2016 izvedena širitev mreže sprejemnih točk ter prvo ovrednotenje izvajanja testiranja psihoaktivnih snovi, ki je bilo končano leta 2017 (Sande in Šabić, 2018).<sup>2</sup> Projekt I-SEE je bil prvi uspešen poskus širše dostopnosti storitve testiranja psihoaktivnih snovi pri nas, saj je dve obstoječi točki za sprejem vzorcev razširil na devet. Glavne ugotovitve ovrednotenja so bile, da tako uporabniki na partijih kot tisti v drugih programih zmanjševanja škode zaradi uporabe drog ocenjujejo pomen testiranja kot prispevek k zmanjševanju tveganj, informiranje uporabnikov pa kot zelo pomembno. Uporabniki so poročali, da jih informiranje ob sprejemu vzorca ne bi motilo, dostopnost storitve pa so ocenjevali kot pomembno. Rezultati ovrednotenja so pokazali, da je storitev testiranja pomembna tako za uporabnike v nočnem življenju kot tudi za tiste, ki si droge injicirajo. Poznavanje potencialno nevarnih snovi pa je bilo pomembnejše za uporabnike v nočnem življenju. Storitev testiranja po mnenju anketirancev ne spodbuja uporabe drog. Izhajajoč iz rezultatov raziskave, so bile glavne ovire pri uporabi sistema testiranja v Sloveniji po mnenju uporabnikov strah pred izgubo anonimnosti, dolgo čakanje na rezultate testiranja ter nedostopnost testiranja na terenu. Ugotovitve ovrednotenja razvoja sistema testiranja so bile, da lahko širitev sistema testiranja drog in hitro sporočanje rezultatov hitreje spremljata spremembe na trgu drog ter ob dostopnih in ustrezno sporočenih informacijah zmanjšujeta potencialna tveganja za uporabnike.

Testiranje drog lahko poteka na zabavah in festivalih, kjer se uporablja mobilna tehnologija za kemijsko analizo in so rezultati na voljo kmalu po oddaji vzorca, ali kot stacionarna storitev, kjer testirna točka zagotavlja intervencijo zmanjševanja škode in odvzem vzorcev, kemijske analize pa se izvedejo naknadno v laboratoriju. Za kemijsko analizo psihoaktivnih snovi obstaja širok spekter možnih analitskih tehnik. Čeprav je dovolj dokazov o pozitivnih in negativnih vidikih vsake od analitskih metod, nekateri kritiki trdijo, da lahko tehnike nizke zanesljivosti dajejo lažen občutek varnosti in lahko vodijo do resnih zdravstvenih zapletov. Zaradi značilnosti trenutnega trga z drogami, na katerem se je v zadnjih desetletjih pojavilo več kot tisoč novih psihoaktivnih snovi – pri nekaterih od njih, ki so bile zaznane tudi v Sloveniji, kot je sintetični opioid isotonitazen, je smrtni odmerek podoben tistemu pri fentanilu, ki se začne pri 2 mg in pomeni zelo visoko tveganje za uporabnike drog –, je zelo pomembno, da so tehnike testiranja prilagojene trenutnim grožnjam na trgu drog. Da bi zmanjšali tveganje lažnega občutka varnosti, je treba analitične omejitve jasno razložiti uporabnikom storitve testiranja drog. Testiranje se kot strategija zmanjševanja škode nikoli ne sme ponuditi ločeno od svetovalnega pogovora, s katerim se podrobneje razišče in odgovori na potrebe uporabnika storitve. Zanesljivost analitičnih rezultatov se povečuje z naprednejšimi in dražjimi metodami, ki so zaradi sodelovanja z Nacionalnim laboratorijem za zdravje, okolje in hrano (v nadaljnjem besedilu: NLZOH) na voljo tudi v Sloveniji, kar izboljšuje zmožnosti spremljanja trga drog.

<sup>1</sup> V projektu Evropske unije I-SEE (Project for strengthening information exchange between Italy and South East Europe) o novih psihoaktivnih snoveh je sodelovalo pet partnerjev: univerza v Firencah (Italija), NIJZ (Slovenija), ministrstvo za notranje zadeve (Slovenija), Združenje DrogArt (Slovenija), medicinska fakulteta univerze v Splitu (Hrvaška).

<sup>2</sup> Sande, M., Šabić, S. The importance of drug checking outside the context of nightlife in Slovenia. *Harm Reduct J* 15, 2 (2018); <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0208-z>.

Poleg zahtevne tehnične izvedbe je izvajanje testiranja drog težavno zaradi zakonodaje in politike na področju drog na eni strani ter zagotavljanja zaupnosti in anonimnosti uživalcev drog na drugi strani. Kljub povečevanju števila organizaciji, ki nudijo storitev testiranja drog v Evropi v zadnjih letih, je ta pristop k zmanjševanju škode še vedno sporen. Glavna skrb kritikov je, da storitev spodbuja uporabo drog z ustvarjanjem lažnega občutka varnosti uživanja drog, ki prispeva k normalizaciji uporabe drog, in s pomanjkanjem znanstvenih dokazov. V povezavi s pomanjkanjem študij o vplivu testiranja na zmanjševanje škode stroka ugotavlja, da je randomizirano kontrolno študijo kot zlati standard za vrednotenje programa zelo težko izvajati v okoljih, kjer poteka testiranje drog. Poleg tega bi tudi naključna izbira udeležencev sprožila etična vprašanja, zlasti če bi udeleženci, izbrani za kontrolno skupino, na koncu zaužili nevarno nepreizkušeno snov. Kljub temu obstaja čedalje več študij, ki kažejo, da je testiranje drog učinkovit način za zmanjševanje škode, ker omogoča spremljanje trga drog, zaznavanje nevarnih snovi ter s tem preprečevanje zdravstvenih zapletov in smrti zaradi drog, informiranje in svetovanje uporabnikov drog, doseganje skritih populacij uporabnikov drog ter vpliv na pozitivno spremembo vedenja uporabnikov drog.

Navedeni učinki storitve testiranja drog so bili dokazani v ovrednotenju storitve testiranja drog v Sloveniji, ki od leta 2018 poteka pod okriljem projekta Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog in jo koordinira združenje DrogArt v sodelovanju z NLZOH, NIJZ in ministrstvom za zdravje. Poleg spremljanja trga drog v času trajanja projekta so ključne ugotovitve ovrednotenja, da je testiranje učinkovito pri doseganju skrite populacije uporabnikov drog, za katere je to prvi stik s programom pomoči; vzpostavljanju pozitivnih sprememb vedenja uporabnikov drog, saj se v primeru nepričakovanih snovi in primesi odločijo, da droge ne bodo uporabili; doseganju informacij o rezultatih tudi zunaj kroga uporabnikov storitve; večji informiranosti uporabnikov o zmanjševanju škode ter njihovi nenehni vključenosti v programe pomoči.

Kljub ugotovljenim dokazom glede učinkovitosti storitve testiranja drog je pomembno, da se merjenje učinkovitosti storitve še naprej izvaja za maksimalno doseganje ciljev zmanjševanja škode in delovanja v najboljšem interesu javnega zdravja z optimalnim kadrovskim in finančnim vložkom.

**Mateja Jandl**

Nacionalna informacijska enota na področju prepovedanih drog  
Center za proučevanje in razvoj zdravja  
Nacionalni inštitut za javno zdravje  
mateja.jandl@nijz.si

**doc. dr. Andrej Kastelic**

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog  
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana  
andrej.kastelic@psih-klinika.si

**dr. Roman Kranvogel**

Center za kemijske analize živil, vod in drugih vzorcev okolja  
Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano  
roman.kranvogel@nlzoh.si

**doc. dr. Vera Grebenc**

Fakulteta za socialno delo  
Univerza v Ljubljani  
vera.grebenc@fsd.uni-lj.si

**dr. Ines Kvaternik**

Center za proučevanje in razvoj zdravja  
Nacionalni inštitut za javno zdravje  
ines.kvaternik@nijz.si

**Borut Bah**

Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma  
Drustvo.stigma@siol.net

**Tomaž Pečarič**

Društvo za pomoč in samopomoč na področju zasvojenosti Zdrava pot  
Drustvo.zdrava.pot@gmail.com

**Marko Verdenik, dr. Matej Sande in Simona Šabič**

Slovensko združenje za zmanjševanje škodljivih posledic drog DrogArt  
Marko@drogart.org  
Matej@drogart.org  
Simona@drogart.org







