



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI
SOCIALNI SKLAD
NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST

Evalvacija Nacionalnega programa na področju prepovedanih drog 2014-2020

Končno poročilo raziskave

(opomba: besedilo ni lektorirano)

Avtorja in avtorica: Luka Mrak, Hana Košan, Andrej Miklavčič

Avgust, 2021

Kazalo vsebine

IZVRŠNI POVZETEK	7
Kratka predstavitev Nacionalnega program na področju drog 2014-2020	9
POTEK RAZISKAVE IN RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	11
Čas in kraj raziskave	11
Vzorec	11
Raziskovalne metode	13
Potek raziskave	15
Povratno sporočilo in konsenzualna validacija	17
1. DEL; PREDSTAVITEV REZULTATOV SPLOŠNEGA VPRAŠALNIKA	18
A. Splošno o delovanju organizacij na področju prepovedanih drog.....	18
Podatki o organizacijah	18
NOVI PROGRAMI v obdobju 2014 – 2020.....	19
NEUSPELI PROGRAMI v obdobju 2014 – 2020.....	22
Vključevanje uporabnikov in uporabnic v delovanje organizacij.....	23
Izkušnje in pogledi uporabnikov in uporabnic	24
Usposabljanje in izobraževanje kadra v organizacijah.....	35
Evalviranje programov	36
B. Situacija v Sloveniji na področju izvajanja dejavnosti in programov, ki jih pokriva NP na področju prepovedanih drog 2014–2020	38
Zaznane potrebe in nepokrita področja	38
Specifični programi za posebej ranljive skupine	39
Sodelovanje z zavodi za prestajanje kazni zapora (ZPKZ)	41
Delovanje lokalnih akcijskih skupin (LAS)	42
Informiranje in podpora organizacijam	43
Vpliv praktičnega dela organizacij na usmeritve politike do drog	43
Sodelovanje z vladnimi in nevladnimi organizacijami.....	44
Finančna ter politična podpora programom.....	46
Pandemija COVID-19.....	47
C. Usmeritve organizacij za oblikovanje naslednjega nacionalnega programa na področju prepovedanih drog.....	50
Vsebinska priporočila.....	50

Usmeritev nacionalnega programa.....	57
D. Ugotovitve in ključni poudarki.....	59
2. DEL; RAZVOJ IN NADGRADNJA MREŽE MOBILNIH ENOT ZA IZVAJANJE PREVENTIVNIH PROGRAMOV IN PROGRAMOV ZMANJŠEVANJA ŠKODE NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG.....	62
Predstavitev projekta.....	62
Raziskava o delovanju mobilnih enot	68
Intervjuji s strokovnimi delavci področja zdravstvene nege ter kemije	68
Intervjuji s strokovnimi delavci s področja socialnega varstva oziroma vodji programov	84
Intervjuji z uporabniki storitev programov mobilnih enot	107
Sklepna beseda ter predlogi in usmeritve na področju mobilnih enot in terenskega dela v prihodnje	115
3. DEL; SKUPNA PRIPOROČILA ZA NASLEDNJI NACIONALNI PROGRAM	118

Zahvala

Hvala vsem sodelujočim v raziskavi, ki ste si vzeli del svojega dragocenega časa ter z nami podelili svoje bogate izkušnje in razmišljanja o delu na področju drog in zasvojenosti. Veseli nas, da pri raziskovanju potreb ljudi, ki so se v določenem obdobju svojega življenja znašli v stiski, lahko skupaj združimo moči ter soustvarjamo rešitve in spodbujamo spremembe. Posebej se zahvaljujemo uporabnikom, ki ste se v velikem številu odzvali našemu vabilu in s svojo iskrenostjo ter neposrednimi izjavami obogatili ter hkrati tudi legitimirali celotno delo. Hvala Bojanu Deklevi, ki je z mentorstvom avtorjem usmerjal potek raziskave in bil venomer pripravljen svetovati, četudi je bilo to na praznično nedeljo zvečer. Hvala tudi ostalim strokovnjakom, ki so pomagali s svojimi mnenji ter ne nazadnje, hvala Ministrstvu za zdravje, ki nam je zaupalo in omogočilo raziskovanje.

Kratice

PD – prepovedane droge

NPS – nove psihoaktivne snovi

Zveza NVO – Zveza nevladnih organizacij na področju drog in zasvojenosti

MZ – Ministrstvo za zdravje

MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti

NP – Nacionalni program na področju drog 2014-2020

ESS – Evropski socialni sklad

NVO – nevladne organizacije

CPZOPD – Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

CZOPD – Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog

LAS – Lokalna akcijska skupina

NIJZ - Nacionalni inštitut za javno zdravje

CSD – center za socialno delo

ZZRS – Zavod za zaposlovanje Republike Slovenije

IZVRŠNI POVZETEK

Ob izteku Nacionalnega programa na področju prepovedanih drog 2014-2020 se je Zveza NVO odzvala na javni razpis Ministrstva za zdravje ter v skladu z razpisnimi pogoji preverila in ovrednotila izvedbene mehanizme ter razvojne usmeritve, načrtane v izteklem strateškem dokumentu. Poleg tega smo na željo naročnika pod poseben drobnogled vzeli delovanje mobilnih enot, katerih razvoj ter nadgradnjo je Ministrstvo za zdravje z izvedbeno fazo pričelo v letu 2017.

Zbiranje podatkov za celotno raziskavo je potekalo v organizacijah, katere MZ sofinancira v okviru javnega razpisa s področja varovanja in krepitev zdravja do leta 2022 ter organizacijah, ki sodelujejo pri izvedbi operativnega programa »Mobilne enote«. Skupaj je bilo evalviranih 19 različnih organizacij, iz katerih nam je empirično gradivo posredovalo preko 35 strokovnjakov s področja socialnega varstva, 12 strokovnjakov s področja zdravstvene nege ter kemije, 1 strokovnjak s področja medicine ter več kot 30 ljudi, ki uporabljajo storitve programov namenjenih uporabnikom drog s področja celotne Slovenije. S štirimi različnimi tipi vprašalnikov, ki so posebej zajeli vse prej naštetih kategorije anketirancev, smo podatke zbirali od aprila do maja ter naknadno še v mesecu juniju.

Pri analizi podatkov, ki so se neposredno navezovali na NP 2014-2020, katerega krovni cilj je zmanjšati in omejiti škodo, ki jo za posameznika, družino in družbo predstavlja uporaba prepovedanih drog, smo vsebine razdelili na splošno delovanje organizacij s področja prepovedanih drog, izvajanje dejavnosti in programov, ki jih pokriva NP ter usmeritve organizacij za oblikovanje naslednjega nacionalnega programa. Ker smo se raziskave lotili člani in članice Zveze NVO, smo se predvsem osredotočili na tiste vsebine NP, za katere menimo, da smo lahko relevanten sogovornik. Evalvacijo smo zasnovali tako, da dobimo čim več samih podatkov o organizacijah, njihovem delovanju ter o izkušnjah, ki se seveda neposredno povezujejo s samim NP. Želeli smo pokazati, kako se tako pomemben dokument, ki odraža usmeritve na področju prepovedanih drog, odraža in udejanja v sami praksi.

Najpomembnejše ugotovitve pri tem so, da imamo v našem prostoru dokaj razvejano mrežo različnih programov, ki delujejo na področju preventive, zdravljenja, reintegracije, zmanjševanja škode ter zagovorništva in delovanja v javnosti. Poleg že delujočih programov, so bili v obdobju 2014-2020 ustanovljeni številni novi, največ na področju dela z mladimi, kjer pa potrebe te posebej ranljive skupine še vedno močno presegajo ponudbo. Zelo podobno je stanje na področju drugih programov, namenjenih posebej ranljivim skupinam uporabnikov, kjer npr. starejši uporabniki, brezdomni, uporabniki s pridruženimi težavami v duševnem zdravju, ženske uporabnice, družine z otroki itd. še naprej v zelo veliki meri ostajajo zunaj dosega služb in programov, še pogosteje pa ne prejema tistih storitev, ki bi jih potrebovali za izstop iz začaranega kroga stiske. V tej smeri izvajalci programov ter uporabniki storitev izpostavljammo številne predloge za pripravo naslednjega nacionalnega programa, v katerem si med drugim želimo še več resorskega

sodelovanja odločevalcev, ki mora potekati skupaj z izvajalci programov v praksi ter po možnosti tudi z akademsko podporo. V preteklem obdobju je bil narejen pomemben korak pri krepitvi povezovanja socialnega varstva ter zdravstvenega področja, ki je osnovan na vzpostavitvi ter nadgradnji mreže mobilnih enot. Izkazuje se, da se z dobrim načrtovanjem, politično voljo, interesom za spremembe, predvsem pa veliko vnemo in entuziazmom izvajalcev storitev, da narediti veliko, celo presegati paradigmatike okvire posameznih strok. Podobno si pri načrtovanju naslednjega nacionalnega načrta želimo tudi v primeru preventivnega delovanja, kjer se zdi, da še vedno nimamo enotnega idejnega plana ter strategije kako pristopati. Na področju zdravljenja in reintegracije se izkazujejo potrebe praktično vseh deležnikov, ki si želijo širitve, posodobitve ter večje dostopnosti mreže programov. Na tem področju bo poleg infrastrukture potrebno krepiti delovni kader, ki je pri povečevanju števila uporabnikov ter pri vedno bolj kompleksnejših stiskah uporabnikov v velikem primanjkljaju. Slednje velja v enaki meri tudi za področje zmanjševanja škode, kjer v programe pomoči vstopa zelo veliko število različnih uporabniških skupin, med drugimi tudi take, ki primarno nimajo težav z uporabo drog oz. zasvojenostjo, vendar jim zaradi pomanjkanja njim prilagojenim programom druge možnosti ne ostanejo. Z medresorskim sodelovanjem bo vendarle potrebno začeti z akcijskim reševanjem problematike uporabe drog na javnih/odprtih površinah, v večjem obsegu začeti odpirati stanovanjske programe ter ponovno razmisliti o možnostih večje vloge socialnega varstva ter zmanjševanja škode v zavodih za prestajanje zaporne kazni, saj uporabniki poročajo o razmerah, ki nikakor ne sledijo strokovnim in sodobnim smernicam.

Pri izvedbi operativnega programa »Mobilnih enot« nam je uspelo zbrati podatke od skoraj vseh zaposlenih, ki so do sedaj izvajali projekt ter od številnih uporabnikov. Najpomembnejša je ugotovitev, da je projekt do sedaj sledil zastavljenim ciljem ter namenu, ki je bil predhodno določen. Vzpostavile so se številne nove storitve in aktivnosti, ki jih med drugim predvideva tudi NP, namenjene različnim skupinam uporabnikov: mladim v nočnem življenju, abstinentom v času reintegracije, abstinentom v fazi zdravstvene rehabilitacije, uporabnikom substitucijske terapije ter drugim aktivnim uporabnikom prepovedanih drog. S projektom sta se področji socialnega varstva ter zdravstva zagotovo »zblížali«, dostopnost ter storitve za uporabnike so se povečale, priča smo lahko številnim dobrim praksam, ki so že sedaj vzor delovanju v nacionalnem ter tudi mednarodnem okolju. Poleg tega raziskava odstira številne izzive, ki jih izpostavljajo v raziskavo vključene osebe ter narekuje nadaljnjo nadgradnjo in korake v razvoju projekta. Projekt »nadgradnje in vzpostavitve mobilnih enot« bomo lahko kot uspešnega ovrednotili po zaključku izvedbene faze zgolj pod pogojem, da se bo le-ta nadaljeval v izpopolnjeni verziji projekta, kar med drugim pomeni dodatno nadgradnjo ter aktivno soočanje s sedanjimi izzivi.

Kratka predstavitev Nacionalnega program na področju drog 2014-2020

V Nacionalnem program na področju drog je opredeljena strategija in usmeritve države na področju drog. Njen poudarek je na celovitem in uravnoveženem razvoju vseh ukrepov, programov in aktivnosti, ki prispevajo k reševanju problematike prepovedanih drog v Sloveniji.

Prvi nacionalni program na področju drog je bil sprejet leta 1992. Tretji, zadnji, nacionalni program je bil sprejet za obdobje 2014-2020. Nacionalni program je pomemben dokument, saj določa področja delovanja, smeri razvoja in izvedbene mehanizme. Skupaj z akcijskimi načrti je omogočen usklajen pristop in nadaljnji razvoj na področju drog, omogoča tudi smiselno navezovanje na druge sprejete strategije (npr. povezovanje s socialnim varstvom). Osnutek resolucije o nacionalnem programu na področju drog pripravi Ministrstvo za zdravje v sodelovanju z devetimi ministrstvi in zunanjimi strokovnjaki ter predstavniki civilne družbe. Osnutek obravnava in potrди Komisija za droge, ki je nato poslan v razpravo in potrditev v Državni zbor Republike Slovenije.

Ukrepi in politike na področju prepovedanih drog se v Sloveniji izvajajo znotraj devetih resorjev. Koordinacija ukrepov in politik je zagotovljena preko Komisije Vlade RS za droge. Nevladne organizacije na področju drog imajo pomembno vlogo, saj izvajajo nekatere temeljne programe pomoči za uporabnike drog in njihove svojce. Na področju države se povezujejo v zveze, ki so, med drugim, sogovornik ministrstvom pri oblikovanju ukrepov in politik. Predstavniki zvez so tudi člani Komisije Vlade RS za droge. Na lokalni ravni imajo koordinativno vlogo Lokalne akcijske skupine (LAS), ki so bile ustanovljene v občinah kot posvetovalna telesa županov. LAS usklajujejo ukrepe in aktivnosti s področja drog na ravni posameznih občin.

NP predstavlja strateško izhodišče za enoten, celovit in uravnovežen pristop države na področju drog. Izvajanje strategije se na operativni ravni zagotavlja z dvoletnimi akcijskimi načrti, v katerih so določene prednostne naloge, njihovi izvajalci in opredeljena finančna sredstva. Akcijski načrt predstavlja tudi instrument, ki s svojo strukturo omogoča natančno spremljanje izvajanja in sprotno prilagajanje aktivnosti aktualnim problemom in potrebam na področju drog.

Na podlagi teh ugotovitev, epidemioloških in drugih statističnih podatkov ter usmeritev (Strategija EU na področju drog 2013-2020), priporočila Evropskega centra za droge in zasvojenosti) je bila pripravljena Resolucija Nacionalnega programa, ki jo je potrdila Komisija za droge RS in je bila 2.4.2014 potrjena v Državnem zboru Republike Slovenije.

Krovni cilj Nacionalnega programa Slovenije na področju drog za obdobje 2014–2020 je zmanjšati in omejiti škodo, ki jo za posameznika, družino in družbo predstavlja raba prepovedanih drog. Za uresničitev tega cilja nacionalni program predvideva cilje in vsebinska področja, ki zajemajo

različne resorje in službe, kakor tudi civilno družbo ter lokalne skupnosti (op. izpostavljam tiste, na katere smo se pri evalvaciji navezovali):

- krepitev mreže programov zmanjševanja škode (HIV, hepatitis B in C, ter zmanjševanja števila smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov),
- razvoj specifičnih programe za posebej ranljive skupine (mlajši mladoletni, uporabniki drog s pridruženo duševno motnjo, starejši uporabniki drog, starši,...),
- zagotoviti kakovostne programe zdravljenja in socialne obravnave v zavodih za prestajanje kazni, vzgojnih zavodih ter v prevzgojnih domovih,
- razvoj programov psihosocialne obravnave uporabnikov drog, terapevtskih skupnosti in komun, ter programov reintegracije in programov socialnega zaposlovanja – prispevati k zmanjšanju socialne izključenosti uporabnikov drog
- zagotoviti sodelovanje različnih akterjev, zlasti civilne družbe, na vseh področjih usklajevanja in odločanja
- povečati število programov, ki jih izvajajo nevladne organizacije na podlagi strokovne samostojnosti;
- zagotoviti politično in finančno podporo za izvajanje dejavnosti, opredeljenih v Resoluciji o nacionalnem programu, in dejavnosti, opredeljenih v njem, na lokalni in državni ravni;
- Nadgraditi dejavnosti LAS in zagotoviti sodelovanje različnih akterjev, zlasti civilne družbe, na vseh področjih usklajevanja in odločanja
- zagotoviti celovit odziv države na področju rabe konoplje (preventiva, svetovalni programi, zdravljenje, medicinska uporaba).

POTEK RAZISKAVE IN RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Čas in kraj raziskave

Raziskava je potekala od aprila 2021 do avgusta 2021 na področju celotne Slovenije.

Vzorec

Pri vrednotenju NP naj bi izhajali iz izvajalskih programov, ki na področju Republike Slovenije izvajajo ter nudijo storitve socialnega ter zdravstvenega varstva uporabnikom prepovedanih drog. Izhodišče za izbor enot raziskave je podal naročnik – MZ, ki je pri javnem naročilu objavil dva seznama organizacij ter programov, ki naj bi bili pri vrednotenju NP ključni. Eden od seznamov je vključeval organizacije, ki jih MZ sofinancira v okviru javnega razpisa s področja varovanja in krepitev zdravja do leta 2022. Na tem seznamu je bilo predlaganih 17 različnih organizacij. Drugi seznam je vključeval 7 organizacij, ki so sodelujejo pri izvedbi operativnega programa »Mobilne enote«. Ker so določene organizacije vključene tako v prvi, kot drugi seznam izvajalcev, je bilo skupno število predlaganih organizacij dvajset (20). Med potekom raziskave smo skupaj z naročnikom ugotovili, da določene organizacije niso primerne, saj njihovo delovanje ne vključuje uporabnikov prepovedanih drog, ki so za namen našega raziskovanja ključni. Prav tako smo v raziskavo naknadno vključili tri izvajalske programe, ki prvotno niso bili predlagani s strani naročnika, vendar je njihovo delovanje pomembno povezano tako z vključevanjem uporabnikov prepovedanih drog kot tudi z dokumentom NP. V raziskavi smo zajeli programe, ki delujejo na področju preventive, zdravljenja, zdravstvene in socialne rehabilitacije in reintegracije, zmanjševanja škode ter zagovorništva in delovanja v javnosti.

Organizacije vključene v raziskavo Evalvacija Nacionalnega programa 2014-2020:

Št.	Naziv organizacije	Vir vključitve v raziskavo:
1.	ARS VITAE – društvo za razvoj in izvajanje programov pomoči	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022
2.	Zavod Etnika, Zavod za umetnost in medkulturno sodelovanje Maribor	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022
3.	Zavod Nora, center sodobnih zasvojenosti	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022

4.	»Up« Društvo za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem Slovenije	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022
5.	Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022
6.	Zavod eMČe plac, Zavod mladine Šaleške doline	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022
7.	Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022
8.	Zavod za izobraževanje in preventivo NewPrevent	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022
9.	Humanitarno društvo Retro center – prijatelji upanja	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022
10.	Slovensko združenje za zmanjševanje škodljivih posledic drog – DrogArt	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022 & Operativni program »Mobilne enote«
11.	Društvo Projekt človek	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022 & Operativni program »Mobilne enote«
12.	Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog STIGMA	Varovanje in krepitev zdravja do leta 2022 & Operativni program »Mobilne enote«
13.	ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje	Operativni program »Mobilne enote«
14.	JZ Socio – Javni zavod za socialno varstvene dejavnosti Celje	Operativni program »Mobilne enote«
15.	Društvo za pomoč in samopomoč na področju zasvojenosti Zdrava pot	Operativni program »Mobilne enote«
16.	Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim družinam Svit Koper	Operativni program »Mobilne enote«
17.	CZOPD Ljubljana	Operativni program »Mobilne enote«
18.	Zdravstveni dom Slovenj Gradec,	Operativni program »Mobilne enote«

	CPZOPD/KMEP	
19.	Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj, CPZOPD	Operativni program »Mobilne enote«

Na devetnajst sodelujočih organizacij smo naslovili 44 vprašalnikov, med katerimi so bili:

- Splošni vprašalniki (15 organizacij),
- Vprašalniki za strokovne delavce oz. vodje programov v mobilnih enotah (8 organizacij),
- Vprašalniki za zdravstvenike/kemika v mobilnih enotah (10 organizacij),
- Vprašalnik za uporabnike storitev v mobilnih enotah (10 organizacij).

Vrnjenih smo prejeli 42 izpolnjenih vprašalnikov, pri katerih je skupaj sodelovalo najmanj 35 strokovnih delavcev s področja socialnega varstva (iz vseh organizacij nismo prejeli podatkov, koliko strokovnih delavcev je sodelovalo pri izpolnjevanju vprašalnikov), 11 strokovnih delavcev s področja zdravstvene nege, 1 strokovni delavec ter vodja s področja medicine, 1 strokovni delavec s področja kemije, 31 uporabnikov storitev mobilnih enot.

V času obdelave podatkov je prišlo v dogovoru z naročnikom do sprememb, zato smo iz pridobljenih odgovorov izvzeli vse, ki se neposredno ne nanašajo na področje prepovedanih drog (to so Zavod Etnika, Zavod Nora in Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije). Tako se odgovori v splošnem delu v večini nanašajo na 12 sodelujočih organizacij.

Raziskovalne metode

V akcijsko raziskovalni skupini smo se odločili, da bomo empirično gradivo neposredno pridobivali z metodo spraševanja, v namen katere smo pripravili štiri vsebinsko različne verzije delno strukturiranih vprašalnikov. Pri pripravi vprašalnikov smo poskušali slediti temeljnemu vodilu kvalitativnega raziskovanja, ki raziskovalca usmerja, da prisluhne tistim, ki jih preiskuje. Pozornost smo namenili vidikom, ki so pomembni za raziskovane in ne zgolj za raziskovalce, zato smo si prizadevali izpostaviti stvarne stiske ter druge vidike življenja ljudi, poleg tega pa smo z odprtimi vprašanji sprejemali vsestransko različne podatke o raziskovanih, o katerih so le-ti poročali. Pri tem smo v čim večji meri sledili načelom socialnega dela ter poizkušali podatke zbirati v življenjskem ter delovnem kontekstu raziskovanih.

Pri sami evalvaciji smo želeli izhajati iz realnih izkušenj organizacij, ki delujejo na terenu, zato smo vprašanja zastavili tako, da bi čim več izvedeli o samem delovanju organizacij, njihovih izkušnjah, o uporabnikih ter zaznanih potrebah. Na takšen način lahko vidimo, kako se sam NP udejanja v realnosti.

Splošni vprašalnik

Splošni vprašalnik je bil namenjen vsem organizacijam, katere je Ministrstvo za zdravje predvidelo, da jih vključimo v raziskovanje. Vprašalnik je bil razdeljen na tri vsebinsko različne sklope: splošno o delovanju posamezne organizacije oz. programa; razmere na področju drog in zasvojenosti, katero usmerja ter povezuje NP; predlogi, ki jih posamezne organizacije predlagajo za oblikovanje prihodnjega NP. Vprašalnik je bil delno strukturiran, saj je bila večina vprašanj odprtega tipa, anketirance smo spodbujali, da se pri vprašanjih razpišejo ter tako poizkušajo pri odgovorih vključiti čim več različnih vidikov. Prav tako smo vprašalnik zasnovali v namen skupinske ankete, kar smo raziskovalci posebej opozorili na spletnem posvetu, kjer smo organizacijam predstavili vprašalnik, poleg tega smo jih k skupinskemu izpolnjevanju spodbudili tudi v nagovoru oz. uvodnem delu vprašalnika. Raziskovalci smo želeli, da se v izpolnjevanje vprašalnika vključi čim širši krog zaposlenih v organizacijah, saj bi s tem dosegli večjo raznolikost odgovorov ter bolj verodostojno in kakovostno gradivo. Vprašalnik je skupno vseboval 24 vprašanj.

Vprašalnik za strokovne delavce s področja socialnega varstva oz. vodje programov mobilnih enot

Vprašalnik je bil namenjen organizacijam, ki so vključene v projekt »Nadgradnje mobilnih enot« in jih je Ministrstvo za zdravje izpostavilo kot tiste organizacije, ki jih želi posebej raziskati v zvezi z operativnim programom mobilnih enot. Gre za šest programov zmanjševanja škode, od katerih eden vključuje mobilni laboratorij v namen testiranja drog na nočnih zabavah. Sedmi program je visokopražni program, ki vključuje socialno ter zdravstveno reintegracijo uporabnikov, ki so v obdobju abstinence ter socialnega urejanja. Vprašalnik je delno strukturiran in anketirance z vprašanji odprtega tipa spodbuja, da v odgovorih zapisujejo svoj obširnejša razmišljanja in zaznavanja. Vprašalnik je skupno vseboval 26 vprašanj.

Vprašalnik za strokovne delavce s področja zdravstvene nege in področja kemije v mobilnih enotah

Tudi ta vprašalnik je bil namenjen organizacijam, vključene v operativni program mobilnih enot. Po naknadni uskladitvi z naročnikom raziskave, smo ta vprašalnik razdelili desetim različnim organizacijam. Od tega jih je šest programov zmanjševanja škode (vključujoč mobilni laboratorij), dva programa namenjena socialni in zdravstveni reintegraciji ter dva programa mobilne ambulante za prevoz in dostavo substitucijske terapije. Vprašalnik je bil delno strukturiran, vseboval je 22 vprašanj.

Vprašalnik za uporabnike storitev mobilnih enot ter drugih programov namenjenih uporabnikom prepovedanih drog

Prvotno smo si raziskovalci želeli, da bi gradivo s strani uporabnikov storitev pridobivali neposredno s strani uporabnikov in sicer preko skupinskega pogovora oz. fokusne skupine. Na spletnem posvetu, ki smo ga organizirali pred začetkom končnega oblikovanja vprašalnikov, smo

s preostalimi organizacijami družno ugotovili, da bi bila izvedba fokusne skupine v času poostrenih zdravstvenih in epidemioloških razmer preveč tvegan način pridobivanja empiričnega gradiva. Kot rešitev smo se dogovorili, da na vse organizacije, ki izvajajo terensko delo z mobilnimi enotami, raziskovalci naslovimo delno strukturiran oz. pol odprti vprašalnik, preko katerega bodo strokovni delavci znotraj programov sami določili, ali bodo odgovore pridobivali preko skupinskih pogovorov/fokusnih skupin ali pa z individualnim intervjuvanjem uporabnikov. Delovanje v nekaterih programih je namreč specifično in terenski delavci sami najboljše vedo, kaj je v okviru njihovega delovnega odnosa z uporabniki najprimernejša metoda zbiranja podatkov. Vprašalniki so bili sestavljeni iz dveh sklopov; prvi je bil nestrukturiran in je vseboval zgolj področja oz. naslovne teme, o katerih smo raziskovalci želeli, da se terenski delavci pogovorijo in ugotovitve zabeležijo. Področja, o katerih smo želeli spraševati uporabnike so zajemala: aktivnosti posameznika, delovanje terenskega dela, zdravstvene storitve, vstopanje v programe pomoči in zagovorništva, testiranje drog, prestajanje zaporne kazni. Pri teh področjih smo sicer neposredne spraševalce usmerili z nekaj vzorčnimi vprašanji, sicer pa smo želeli, da se z uporabniki o temah/področjih pogovorijo čim bolj naravno in sproščeno, brez jasno določenega cilja kaj morajo od uporabnika izvedeti. Drugi sklop vprašalnika se je neposredno nanašal na NP, v njem pa smo s strukturiranimi in zaprtimi vprašanji uporabnike spraševali glede cepljenja, izmenjave igel v lekarnah oz. iglomatih ter o reševanju stanovanjske stiske. Vprašalnik je tako vseboval 6 odprtih vprašanj ter 3 zaprta. Skupaj je na vprašalnik s pomočjo strokovnih delavcev iz posameznih programov odgovarjalo 31 različnih uporabnikov iz desetih različnih programov mobilnih enot s področja celotne Slovenije.

Potek raziskave

Glavni cilji raziskovalcev pri pripravi evalvacije so bili boljša razvidnost ter preverjanje učinka, realizacije in povezanosti strateškega dokumenta NP z dejanskim stanjem na področju življenja uporabnikov drog ter strokovnega dela izvajalskih organizacij. Prizadevamo si izpostaviti prakse, ki so v našem prostoru dobre in nudijo primeren odziv na potrebe uporabnikov drog ter skupnosti v širšem kontekstu, na drugi strani pa opozoriti na izzive in podati predloge pri iskanju ustrežnejših rešitev. S tem izhodiščem smo nagovorili vključene osebe ter njihove posrednike, ko smo vstopali v raziskovalno polje. Ker so vizija in cilji vključenih organizacij usmerjeni v iskanje podobnih rešitev, obenem pa temeljijo na sorodnih izhodiščih, smo lahko z izvajalskimi organizacijami ustvarili varen prostor zaupanja ter si znali odgovoriti in hkrati prisluhniti, zakaj je sodelovanje pri raziskovanju potreb in storitev na področju uporabe drog potrebno in hkrati koristno. K lažjemu dostopanju do organizacij, ki so v raziskavi pomenili vir do iskanega gradiva, je zagotovo pripomoglo tudi dejstvo, da raziskovalci sami prihajajo iz prav teh organizacij in večina raziskovalcev se z raziskovanimi strokovnjaki pozna ter sodeluje, nekateri so si med seboj celo sodelavci. Vstopanje v raziskovalno polje preko Zveze NVO je bilo hkrati dobra priložnost za

predstavitev zveze in njene funkcije ter aktivnosti, hkrati pa tudi utrditev in uveljavitev mesta strokovnega organa, ki ga na področju drog in zasvojenosti ima.

Vsem dvajsetim organizacijam, za katere nam je seznam pripravilo Ministrstvo za zdravje, ki je hkrati naročnik raziskave, smo sredi marca 2021 poslali vabila na spletni posvet, ki smo ga naslovili Evalvacija Nacionalnega programa na področju drog 2014-2020. Od dvajsetih povabljenih društev se je posveta udeležilo 15 društev. Pred tem smo v delovni skupini, sestavljeni iz zaposleni v nevladnih ter tudi nekaterih vladnih institucijah (člani Zveze NVO), pripravili in oblikovali splošni vprašalnik. Poleg splošnega vprašalnika, ki je bil namenjen vsem organizacijam, smo posebej pripravili tri dodatne vprašalnike, o katerih smo že zapisali zgoraj. V primeru mobilnih enot smo vprašalnik pripravili posebej za novo zaposlen kader, ki vključuje diplomirane zdravstvenike ter v enem primeru kemika. Drug vprašalnik je bil namenjen vodjem mobilnih enot, ki so v večini primerov strokovni delavci s področja socialnega varstva ter hkrati tudi izvajalci terenskega dela na terenu. Tretji vprašalnik je bil namenjen uporabnikom storitev terenskega dela, ki so večinoma hkrati uporabniki tudi drugih storitev in programov namenjenih uporabnikom drog. Vse štiri vprašalnike smo raziskovalci skrbno pripravljali znotraj akcijsko raziskovalne skupine. Pri pripravi vprašalnikov je skupina sodelovala z dr. Ines Kvaternik – razvojno raziskovalko na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, dr. Vero Grebenc – profesorico, predavateljico in raziskovalko na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani ter z dr. Bojanom Deklevo – profesorjem, predavateljem ter raziskovalcem Pedagoške fakultete Univerze v Ljubljani, ki je še posebej aktivno sodeloval pri metodološki pripravi raziskave ter tudi v kasnejših fazah raziskovanja. Na prvem spletnem posvetu smo povabljenim organizacijam predstavili raziskovalni projekt s pripadajočo časovnico ter osnutke vsakega posameznega vprašalnika posebej. Organizacije smo prosili za mnenja in jih povabili k dopolnitvam, popravkom ter predlogom, katere smo nato tudi vključili v končne verzije vprašalnikov. Vprašalnike smo preko elektronske pošte poslali na uradne elektronske naslove ter časovni rok namenjen izpolnjevanju zamejili s približno dvema tednoma časa. Pri nekaterih organizacijah smo morali časovni rok zaradi različnih razlogov podaljšati, med drugim tudi zaradi izpolnjevanja vseh štirih vprašalnikov v primeru nekaterih organizacij (6), kar je v programih pomenilo večjo delovno obremenitev. Konec meseca maja, ko je že potekala analiza empiričnega gradiva, smo pri neformalnih pogovorih z naročnikom raziskave (MZ) ugotovili, da je pri pripravi javnega naročila prišlo do določenih nepravilnosti, saj v njihov seznam niso vključili treh pomembnih programov mobilnih enot, ki so s svojim delovanjem pričeli v okviru Operativnega programa nadgradnje mobilnih enot, hkrati pa so bile v seznam umeščene nekatere organizacije, ki storitev uporabnikom prepovedanih drog ne izvajajo. Zaradi dodatnega vključevanja treh programov v raziskavo, kar je vključevalo: predelavo vprašalnikov za mobilne enote (delovanje novo vzpostavljenih programov je specifično in se bistveno razlikuje od ostalih); organizacijo dodatnega spletnega posveta z namenom predstavitev raziskave ter osnutkov vprašalnikov; zbiranje empiričnega gradiva s strani organizacij ter dodatno analizo; smo morali prestaviti tudi rok oddaje končnega poročila s prvotno 25. 6. 2021 na 15. 8.

2021. Po zaključku analize celotnega empiričnega gradiva smo 5.8.2021 pripravili vnovičen spletni posvet, kjer smo vsem organizacijam, ki so sodelovale pri raziskavi predstavili osnutek končnega poročila. Po predstavitvi ter interpretaciji rezultatov raziskave, smo organizacije vnovič povabili k podajanju mnenj, popravkom in predlogom, za katere je bil namenjen čas do 15.8.2021, ko smo Ministrstvu za zdravje predložili končno verzijo poročila raziskave Evalvacija Nacionalnega programa 2014-2020.

Povratno sporočilo in konsenzualna validacija

Ena izmed kakovosti kvalitativnih raziskav je njihov participativni vidik, s katerim želimo zagotoviti kar se da enakopraven doprinos in sodelovanje tako raziskovancev ter njihovih predstavnikov kot raziskovalcev. Povratna sporočila in konsenzualno validacijo raziskave smo skušali zagotavljati na način, da smo že pred dejanskim pričetkom zbiranja empiričnega gradiva vse sodelujoče programe povabili na posvet in jih povabili k oblikovanju ter pripravi skupnih vprašalnikov in načinu zbiranja empiričnega gradiva. Tekom faze zbiranja gradiva smo bili raziskovalci v neprestanem stiku z raziskovanci in njihovimi predstavniki ter bili na voljo za dodatno usmerjanje in podporo pri zbiranju podatkov. Prav tako smo raziskovance ter njihove predstavnike ponovno povabili na posvet po zaključku analize empiričnega gradiva kjer smo jim predstavili pridobljene rezultate in jih povabili k morebitnim dopolnitvam in popravkom.

1. DEL; PREDSTAVITEV REZULTATOV SPLOŠNEGA VPRAŠALNIKA

A. Splošno o delovanju organizacij na področju prepovedanih drog

Podatki o organizacijah

Pri izpolnjevanju splošnega vprašalnika je sodelovalo 15 organizacij, ki smo jih podrobneje predstavili v samem uvodu (op. v podrobnejšo analizo smo vključili 12 organizacij, ki delujejo na področju prepovedanih drog). Sodelujoče organizacije smo v enem izmed vprašanj sicer prosili, da čim bolj obširno opišejo svoje delovanje in programe, vendar smo se ob pisanju poročila odločili, da natančnih podatkov o samih organizacijah (predvsem zaradi obsega poročila) v samo poročilo ne bomo vključili. Prav tako pri večini dobljenih rezultatov ne bomo natančno navajali, kateri organizaciji pritiče posamezni odgovor.

Smiselno pa se nam zdi, da pokažemo, na katerih področjih sodelujoče organizacije delujejo, saj se nam to zdi pomembno za samo razumevanje nadaljnjih rezultatov vprašalnika.

Spodnja tabela prikazuje, koliko sodelujočih organizacij izvaja programe na specifičnem področju, ki so nas v evalvaciji zanimala (ena organizacija lahko izvaja več programov iz različnih področij):

PODROČJE DELOVANJA	ŠTEVILO ORGANIZACIJ
Preventiva	11
Zdravljenje	4
Rehabilitacija/reintegracija	6
Zmanjševanje škode	8
Zagovorništvo in delovanje v javnosti	10

Področje preventive je v poročilu dobro zastopano, saj kar 11 organizacij izvaja preventivne programe. 10 organizacij deluje na področju zagovornišтва ter je aktivnih v delovanju v javnosti. Osem organizacij izvaja programe na področju zmanjševanja škode, šest organizacij pa na področju rehabilitacije oziroma reintegracije (pojma smo združili v eno kategorijo, saj smo pri pripravi vprašalnika ugotovili, da se pogosto prekrivata in da organizacije pogosto uporabljajo enega ali drugega za pojmovanje enakih aktivnosti). Štiri organizacije so se opredelile, da delujejo na področju zdravljenja.

NOVI PROGRAMI v obdobju 2014 – 2020

Spodnja tabela prikazuje programe, ki so jih sodelujoče organizacije razvile in vzpostavile v obdobju NP 2014-2020:

PROGRAM	ORGANIZACIJA
MOSTOVI-PREVENTIVA (nadgradnja že obstoječega programa Mostovi): Krepitev družin, Svetovalno delo z družinami, Delavnice za osnovnošolce in srednješolce ter Predavanja za starše po OŠ in Srednjih šolah.	ARS VITAE
Celostna obravnava rizičnih mladih uporabnikov drog v Ljubljani z dnevnim centrom	Drogart
Kemseks: zmanjševanje tveganj povezanih z uporabo drog in spolnostjo med MSM	Drogart
Razvoj in nadgradnja integrirane storitve testiranja prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi v različnih lokalnih okoljih	Drogart
Nadgradnje že obstoječih programov: - Center za svetovanje in psihoterapijo - Dnevno terensko delo z mladimi, ki tvegano uporabljajo droge na javnih prostorih - Spletne intervencije informiranja in svetovanja za mlade, ki uporabljajo droge - NightArt certifikat znamke kakovosti v	Drogart

nočnem življenju	
Mreža programov za mlade (ki eksperimentirajo in zlorablajo alkohol, marihuano in ostale PAS, prekomerno uporabljajo digitalne tehnologije in imajo druge težave v odraščanju)	Društvo Projekt Človek
Šola življenjskih veščin	Društvo UP
Nadgradnje že obstoječih programov: - Program Informacijska pisarna - Program Svetovalnica - Program Podpora mladim in krepitev družine (povečali nudenje storitve psihoterapije) Ob pomoči zaradi zasvojenostjo s prepovedano drogo nudimo pomoč tudi ob drugih oblikah zasvojenosti.	Društvo UP
Svetovanje preko spleta – prilagoditev na pandemijo	Društvo UP
eMČe plac ozavešča	Zavod eMČe plac
Nastanitvena podpora za aktivne uživalce prepovedanih drog	Društvo Kralji ulice
Osnovna zdravstvena oskrba in informiranje	Društvo Kralji ulice
Skupnostno delo kot preventivno delo	Društvo Kralji ulice
Delo na področju zmanjševanja škode in nudenje osnovne oskrbe	Društvo Kralji ulice
Terensko delo z mladimi na lokaciji preživljanja prostega časa v blokovskih soseskah	Zavod New Prevent
Interaktivne pogovorne delavnice »Y2Y«	Zavod New Prevent
Četrtni dnevni center za otroke in mladostnike v rizični soseski	Zavod New Prevent

Koordinacijska skupina za preventivo	Zavod New Prevent
Nadgradnje obstoječih programov in vnašanje novih aktivnosti v programe (gledališče, sodelovanje z lokalno skupnostjo ipd.)	Humanitarno društvo Retro
Zavetišče za brezdomce	ŠENT
Dobre izbire ne škodijo (preventivne delavnice v šolah in s starši, glasbene delavnice, telefonska aplikacija Baza, preventivni dogodki ipd.)	ŠENT
Dnevni center za zmanjševanje škode zaradi drog	ŠENT
Nadgradnja mobilnih enot	JZ SOCIO
Razdeljevanje prehrane (v sodelovanju z Viški hrane)	JZ SOCIO
Točka za oddajo ND in PAS testiranje	JZ SOCIO
Terensko delo z mladimi	Društvo Stigma
Testiranje drog	Društvo Stigma v sodelovanju z Drogartom
Varna soba za uporabo drog (opomba: do realizacije programa ni prišlo)	Društvo Stigma
Pobude za uvedbo Naloxona za domov (opomba: realizacija 1.3.2021)	Društvo Stigma
Celostna obravnava in mreženje sistema pomoči za ženske odvisnice od prepovedanih drog	Društvo Zdrava pot
Program za ženske odvisnice od prepovedanih drog	Društvo Zdrava pot

Novo vzpostavljeni programi, ki so se razvili med letom 2014 in letom 2020 (in so jih organizacije predstavile v odgovorih) v veliki meri pokrivajo področje preventive in področje zmanjševanja

škode. Mnogi programi pa v svojem delovanju že prepletajo posamezna področja in pristope dela in so usmerjeni v celostno reševanje stisk uporabnikov.

Več organizacij je v tem obdobju tudi nadgradilo že obstoječe programe in jih tako prilagodilo aktualnim zaznamim potrebam.

NEUSPELI PROGRAMI v obdobju 2014 – 2020

V omenjenem obdobju so sodelujoče organizacije pripravile še 11 programov, ki pa jih zaradi različnih razlogov niso realizirale. Gre za programe oziroma področja delovanja:

- Varna hiša za ženske odvisnice (v SV regiji)
- pilotni projekt Varna soba za uporabo drog
- Dnevni center za uporabnike prepovedanih drog
- Varna soba
- Kordinativna skupina za preventivo v MOK (op. težave pri delovanju)
- t.i. zunanji prostor/dnevni center, kjer uporabniki odprte scene v MOL ne bi bili preganjani
- terensko delo z mladimi v drugih lokalnih skupnostih (ne samo v MOL)
- vzpostavitev lokalne Infotočke za mlade in lokalne terenske ekipe v nočnem življenju na področju zmanjševanja škode zaradi drog
- Svetovalnica v Mariboru (svetovalno terapevtski program, delo na zmanjševanju uporabe, abstinenci ter reševanju s tem povezanih zdravstvenih in socialnih stisk)
- Kontinuirano mobilno testiranje drog na prireditvah v nočnem življenju

Pet programov ni bilo realiziranih zaradi nezadostne podpore ali nezainteresiranosti lokalne skupnosti (tako v smislu sofinanciranja kot politične podpore programom), eden ni bil izbran na javnem razpisu MZ, eden zaradi znižanja zaprosenih sredstev, trije programi zaradi pomanjkanja stika z uporabniki in terenom v določenem okolju niso zaživel, eden pa zaradi epidemije Covid-19.

En program (program reintegracijskega centra) se je v tem času ukinitil.

Vključevanje uporabnikov in uporabnic v delovanje organizacij

Zaposleni in sodelavci na programih so v večini odgovorili, da redno opravljajo evalvacije programov z uporabniki in uporabnicami, z namenom izboljšanja programov ter prilagajanja njihovim potrebam in željam. Povratni odzivi in evalvacije se opravljajo preko vprašalnikov, skupinskih pogovorov, individualnih razgovorov, preko sporočil spletnih kanalov, pa tudi preko različnih kreativnih medijev (še posebej z mladimi). Tako imajo uporabniki tudi možnost vplivanja na same vsebine programov. Več organizacij je odgovorilo, da uporabniki tudi sooblikujejo programe in dogodke, predvsem pristočasne, kreativne in športne dejavnosti ter aktivnosti neformalnega izobraževanja. Nekatere od teh aktivnosti so lahko odvisne samo od interesa in angažmaja uporabnikov.

Pet organizacij je odgovorilo, da so uporabniki (lahko) tudi člani društva, od tega sta dve organizaciji povedali, da uporabniki kot aktivni člani postanejo tudi odločevalci. Prav tako dve organizaciji pa sta izpostavili, da uporabnike specifično sprašujejo po programskih predlogih. V enem izmed sodelujočih društev so uporabniki vključeni v Strokovni svet, v eni organizaciji so ustanovili Svet uporabnikov, ki se nekajkrat letno sreča in poda predloge, mnenja, kritike, potrebe, ki so potem predstavljene Upravnemu odboru društva. V ostalih so povedali, da nekajkrat letno organizirajo uporabniške sestanke, nekateri se vežejo tudi na določene aktivnosti oziroma delavnice.

Dve organizaciji sta povedali, da omogočata uporabnikom zaposlovanje v njihovi organizaciji preko javnih del, na takšen način se *»bolj intenzivno vključujejo v tim zaposlenih«*, omogočata pa tudi delo v splošno korist. Tri organizacije spodbujajo uporabnike, da so v društvu vključeni kot aktivni prostovoljci, prav tako tri organizacije spodbujajo vrstniško podporno delo. Ena izmed organizacij je tudi izpostavila pomembno vlogo uporabnic pri skupinah za samopomoč.

Kot najaktivnejšo vlogo uporabnikov v organizacijah izpostavljajo informiranje in obveščanje novih uporabnikov in uporabnic o programih *»Tako tudi nove uporabnice lažje poiščejo pomoč, saj so dobile informacijo iz »svojih krogov« in se lahko bistveno hitreje vzpostavi sodelovanje in zaupanje za nadaljnje delo«*. Tako po metodi snežne kepe dosegajo nove potencialne uporabnike in uporabnice.

Pri terenskem delu izpostavljajo, da z rednim sodelovanjem in informacijami, ki jih podajo uporabniki *»... skupaj določimo točke v posameznem kraju, kjer smo locirani (to je kraj, kjer se uporabniki največ zadržujejo). Na njihove predloge in spodbude tudi pogosteje obiskujemo določene kraje«*. Tako lahko pri uličnem terenskem delu sodelujejo kot del terenske ekipe, kot strokovnjaki iz izkušenj. Povedo tudi, da uporabniki pomagajo pri razdeljevanju sterilnega pribora, občasno sodelujejo tudi na čistilnih akcijah odvržene materiala.

Iz odgovorov je razvidno, da organizacije v oblikovanje svojih programov aktivno vključujejo tudi uporabnike ter se s svojim delovanjem želijo čim bolj približati zaznamim potrebam na samem terenu.

Izkušnje in pogledi uporabnikov in uporabnic

Sledeče podpoglavje predstavlja odgovore uporabnikov in uporabnic programov, ki so bili v evalvacijo vključeni sicer preko sklopa Mobilnih enot. Večina jih je vključena tudi v druge programe, ki jih organizacije še izvajajo. V času priprave poročila smo se odločili, da rezultate vseeno predstavimo v tem delu poročila, saj smiselno bolj sovpadajo z vsebino splošnega vprašalnika. Rezultate predstavljamo čim širše, saj si želimo, da se tudi glas uporabnikov jasno predstavi v samem poročilu.

Spodnja tabela prikazuje število sodelujočih uporabnikov ter v katero organizacijo so vključeni:

Zaporedna številka	organizacija	Število sodelujočih uporabnikov
1.	DrogArt	2
2.	Projekt človek	1
3.	Šent	6
4.	Stigma	6
5.	Zdrava pot	2
6.	Socio Celje	3
7.	Svit Koper	5
8.	CZOPD Ljubljana	2
9.	CPZOPD Slovenj Gradec	3
10.	CPZOPD Ptuj	1
Skupaj:	10 organizacij	31

Življenjski svet uporabnika

- Bivanje

»Živiva skupaj, pri očetu, saj nama niso podaljšali najemne pogodbe, kjer sva živela dve leti prej. Pri očetu v hiši se pač moramo eden drugemu nekoliko prilagoditi, seveda midva nekoliko bolj kot on nama. Tudi on se prilagaja nama, že s tem, da nama pusti piti pivo pred njim kljub temu, da je alkoholik. To je kar velika stvar. Prej sva imela najeto stanovanje v katerem sva živela dve leti. Midva sva se hotela postaviti na svoje noge zato sva si najela stanovanje. Želela sva zaživeti samostojno in bolj urejeno, z manj drogiranja in delanja ostalih neumnosti. Žal se je obrnilo ravno obratno«.

»Živim v bazi (zapuščena hiša). Imamo okna, vodo za wc, grejemo se na alkohol. Imam cimra/ prijatelja. Super sobivava«.

»Živim kot podnajemnik v sobi. Gre za znano osebo, ki oddaja sobe, stanovanja ljudem iz roba družbe. Pobira nam denar, ima nas za hlapce, izkorišča za razna dela, tako za čistilce, kuharje, kot za delo na njivi. Skušam si najti drugo stanovanje, kjer mi pomagajo terenci Socia, vendar je v Celju dobiti stanovanje težko, vsaj za tiste, ki so na socialki«.

»Sva par in živiva v Hostlu v starem jedru Ljubljane. Hostli so se zaradi situacije s covidom pocenili, zato plača spanje sproti. Na dan dava 25e za sobo«.

»Ne živim nikjer. Pred časom sem prišel iz pripora, kjer sem bil pridržan skoraj leto dni, potem pa so me izpustili, ker niso imeli nobenih dokazov za zaporno kazen. Izpuščen sem bil na cesto, kjer sem še vedno. V življenju nimam ničesar«.

»Živim na ulici, ponoči pa spim v zavetišču na Poljanski. S starši nimam stikov, so nekako obupali nad mano. Pri stigmi sem tudi prijavljen, tako da tja dobim vso pošto. Čez nekaj mesecev grem za eno leto v zapor in to bom vzal kot priložnost, da se malo "sestavim"«.

Uporabniki poročajo o zelo različnih oblikah bivanja. Številni živijo v skupnem, ločenem ali deljenem gospodinjstvu, v stanovanju ali hiši pa sobivajo z enim ali več družinskimi člani, npr. z enim ali obema staršema, sestro, bratom, v dveh primerih je pri družini nastanjena tudi partner oz. partnerka uporabnika. Poleg življenja v okviru nastanitve družinskih članov, nekateri bivajo samostojno, bodisi kot podnajemniki stanovanja ali sobe. Nekateri tako prebivajo tudi v študentskih nastanitvah ali celo v hostlu. Manj varne se zdijo tiste oblike bivanja, kjer uporabniki na črno bivajo pri prijateljih ali znancih, še manj varne pa tiste, kjer uporabniku bivajo v zavetišču za brezdomne – po tej obliki nastanitve se je procentualno opredelilo največ posameznikov, nekateri poročajo tudi o prenočevanju na cesti ter bivanju v skvotu (squat). Eden izmed uporabnikov poroča, da pošto prejema na naslov NVO, kar med uporabniki drog ni osamljen primer. Peščica uporabnikov poroča o samostojnem lastništvu nastanitvene kapacitete ali o

trajnosti nastanitve v kateri prebiva. Iz poročanj tistih uporabnikov, ki so vključeni v programe prejetanja substitucijske terapije (preko mobilne enote) ali v program zdravstvene rehabilitacije je zaznati, da imajo bivanjske razmere bolj urejene kot ostali iz drugih mobilnih programov. Zelo velik delež je takih uporabnikov, katerih nastanitve je negotova in jih posledično lahko povežemo z brezdomstvom, številni so tudi taki, ki nimajo nikakršne nastanitve in tudi sebe opredelijo kot brezdomne osebe. Eden od uporabnikov prebiva v terapevtski skupnosti.

- *Delo in status*

(Status - kar je opredeljeno s pravicami, obveznostmi, ugledom v določeni družbi; položaj)

»Prostovoljno delam na DrogArtu, poleg tega pišem kolumne za časopis. Na Stigmi pa sodelujem pri delu na terenu. Trenutno največ pozornosti namenjam maturi, ki jo opravljam izredno«.

»Trenutno sem brezposeln in se pripravljam na vstop v komuno. Pred leti sem bil zaposlen in delal, na zadnje v Nemčiji, kjer smo opravljali gradbena dela. Trenutno delam stvari okrog hiše, pomagam tudi stricu, ki je sosed in ima avtomehanično delavnico«.

»Živiva od socialne podpore, včasih pa kaj delava na črno. Moja punca je po izobrazbi frizerka, zato nekaj denarja dobi, ko postriže kakšnega prijatelja. Sam imam končano osnovno šolo, vendar znam veliko različnih stvari. Zato se vedno javim, ko kakšen znanec potrebuje kakšno pomoč«.

»Bil sem zaposlen v gradbeništvu, zaradi zdravstvenih težav sem se invalidsko upokojil leta 2019. Trenutno občasno pomagam očetu pri obrtnih delih«.

»Po izobrazbi sem tiskar, vendar trenutno ne dobim zaposlitve. Zato sem na socialni podpori, prejemam tudi dodatek za prostovoljca, saj delam v DrogArtu kot prostovoljec«.

Največ izmed uporabnikov (tretjina) se je opredelilo kot brezposelni, prav tako tretjina uporabnikov poroča, da opravljajo prostovoljsko delo v NVO. Trije uporabniki so vključeni v srednješolski program izobraževanja in se pripravljajo na maturo. Prav tako trije izmed uporabnikov poročajo, da so redno zaposleni oziroma imajo z delodajalcem sklenjeno pogodbo o zaposlitvi. V teh primerih gre predvsem za uporabnike, ki so vključeni v mobilno enoto za razdeljevanje substitucijske terapije. Številni uporabniki poročajo o svojih poklicnih kvalifikacijah, ki so: slikopleskar, frizer, tiskar, kovinar, osebni negovalec, nekateri imajo dokončano osnovno šolo, eden uporabnik poroča o delovnih izkušnjah iz tujine, eden pa se je opredelil za delovno nezmožnega. Nekateri uporabniki poročajo o vključevanju v delo na črno, kadar se za to pojavi priložnost. Številni uporabniki so kot delo, ki ga opravljajo omenili opravljanje hišnih opravil in delo okrog doma ter pomoč pri delu sosedom in prijateljem. Poleg tega so uporabniki navedli, da npr. prodajajo ulični časopis Kralji ulice, pišejo kolumne za časopis ali sodelujejo pri delu na terenu. Nekateri so navedli, da se pripravljajo na vstop v različne programe zdravljenja, eden od uporabnikov odhaja na prestajanje zaporne kazni. Eden izmed

uporabnikov izpostavi stigmo, ki jo preživlja kot bivši kaznjeneec, zaradi česar ne more dobiti zaposlitve. Trije uporabniki so si pripisali status »alkoholika«.

- *Aktivnosti in prosti čas*

»V prostem času me zanima pop kultura, precej gledam filme in serije. Zadnje čase ugotavljam, da se združujemo skupaj tisti ljudje, ki imamo kakšne psihične težave, tako da se očitno enaki ljudje družimo med sabo. Prostovoljno delam na DrogArtu, poleg tega pišem kolumne za časopis. Na Stigmi pa sodelujem pri delu na terenu. Trenutno največ pozornosti namenjam maturi, ki jo opravljam izredno«.

»Največ pozornosti posvečam terapevtskemu delu na sebi, odnosih, ponovnemu vzpostavljanju delovne discipline in navad. Celovito urejam zasvojenost«.

»Star sem 30 let, zanima me veliko stvari, glasba, igram kitaro in zelo rad poslušam glasbo, tudi pojem. Rad tudi ustvarjam, pišem pesmi, rišem. Tisti, ki me poznajo pravijo, da znam zelo lepo risati. Zanima me tudi šport, borilne veščine, rad hodim«.

»Sicer je za naju na 1. mestu kuža, ki sva ga dobila po tem, ko sva se vselila v stanovanje. Na drugem mest je skrb zase. Že s tem, ko peljeva ven Donya, naredita tudi nekaj zase. Imava tudi eden drugega, kar nama je zelo pomembno. Midva sva 4 leti skupaj in to 24 ur na dan neprestano. Skrbiva tudi za očeta in ostale družinske stvari, ki se vedno odvijajo. Pomembna nama je tudi glasba, to poznam v nulo, kar želiš me lahko vprašaš«.

Pri aktivnostih in prostem času je nabor dejavnosti obsežen in raznolik. Uporabniki se v svojem vsakdanu pogosto srečujejo in družijo s prijatelji, s katerimi čas preživljajo v mestu, parku, zelo pogosto so mesto stičišča NVO. Veliko časa posvečajo elektronskim medijem, kot so računalnik, televizija in družabna omrežja, nekateri svoj čas posvečajo tudi revijam in časopisom. Med pogostimi aktivnostmi so uporabniki navedli uporabo drog ter aktivnosti povezane z njimi. Tisti, ki so vključeni v izobraževalni sistem, nekaj časa posvetijo študiju in učenju. Med zanimanji, ki jih imajo uporabniki je večkrat omenjeno zanimanje za glasbo, ples, umetnost in ustvarjanje, pa tudi zanimanje za pse, šport, borilne veščine in ribolov. Uporabnik, ki je vključen v terapevtsko skupnost, svoj čas namenja delu na sebi, delu na odnosih in vzpostavljanju delovne discipline, med tem ko ostali navajajo še: iskanje prostovoljstva, iskanje dela, iskanje bivališča, urejanje sodnih zadev, reševanje vozniškega dovoljenja, ukvarjanje s propadlim razmerjem, pisanje knjige in preživljanja časa z družino. Zgolj nekateri izmed uporabnikov pa poročajo, da nimajo posebnih zanimanj v življenju, niti se ne ukvarjajo z nobenim hobijem. Majhen del uporabnikov izpostavlja, da so starši. Redko živijo s svojimi otroki in partnerko v lastnem gospodinjstvu in nastanitvi, pogosteje ločeno.

- *Doživljanja vsakdana*

»Svoje dneve preživljam večinoma doma v stanovanju. Ven hodim zelo malo. Nisem zaposlen in z ničemer posebnim hobijem se ne ukvarjam. V bistvu sem precej osamljen in ujet v svojem svetu, ki sem ga popolnoma zavozil. Star sem 40 let. Največ svojega časa preživim pred računalnikom, razveseljuje me igranje pokra preko spleta ter spremljanje športa. Najraje spremljam NBA«.

»Občasno se počutim socialno izključen predvsem v obdobju epidemije je prišlo to do izraza. Družim se pretežno s starši, bratom, občasno tudi s sinom in starejšo hčerko. Z mlajšo hčerko nima kontakta«.

»Največ časa preživim z bratom in staršema. Sem usmerjen v družino, čemur v tem trenutku posvečam tudi največ pozornosti«.

»Živim iz dneva v dan, nimam smisla v življenju, dan je podoben dnevu«.

»Pred časom sem se družil z drugimi uporabniki, kar je bilo zame slabo, sedaj pa se praktično razen vas ne družim skoraj z nikomer. Sem zelo nezaupljiv človek in do vsakega sumničav«.

Pri doživljanju svojega vsakdana, uporabniki pogosteje govorijo o zaskrbljenosti (anksioznosti), o osamljenosti ter odsotnosti želja v prihodnosti. Nekateri zaznavajo, da se družijo večinoma v krogu ljudi, ki je v stiski. Tudi sami živijo iz dneva v dan, ujeti v svojem svetu, brezvoljni in včasih obupani. Nekateri nimajo stika s starši. Uporabniki se počutijo izključene iz družabnega življenja, nekateri navajajo, da v življenju nimajo ničesar. Številni poročajo o finančni stiski ter o grožnji izgube nastanitve.

Navedena mnenja uporabnikov odražajo le del teh, ki so sodelovali v raziskavi, saj vsi uporabniki niso spregovorili o svojih osebnih notranjih doživljanjih. So pa pri teh, ki so o njih spregovorili, poudarjena nemoč in iz tega izhajajoča stiska.

- *Želje*

»Zanima me, da bi se vključil v neko društvo in pomagal odvisnikom in tudi samemu sebi. Želim se pozdraviti in zaživeti. Rad rišem, pišem, tetoviram. Največ posvečam pozornosti svojem zdravju in doseganju svojih ciljev. Rad bi izdeloval različne stvari (nakit, ipd.)«.

»Glede kariere bi zelo rad doštudiral in sicer me zanimajo socialno usmerjene vede«.

»Rad bi si našel stanovanje oz. sobo. Vleče me tudi nazaj domov. Zaradi dolgčasa cel dan popivam«.

»Želel bi si začeti iz začetka, delo, družba, itd, da se rešim zavetišča«.

Najmanj so uporabniki govorili o svojih željah, vendar pa so te toliko bolj jasne in konkretne; uporabniki si v največji meri želijo prenehati uporabljati drogo, pogosto si želijo tudi svojo nastanitev ter s tem povezano samostojnost. Slišati je željo po urejanju, po zaposlitvi ter tudi po

dokončanju študija. Nekateri uporabniki si želijo pomagati sebi ter drugim zasvojenim, nasploh si želijo izboljšanja in sprememb.

Želje, ki jih navajajo uporabniki, so zelo pogosto tudi želje, ki jih imajo za njih svojci ter številni drugi, ki področja drog in zasvojenosti ne poznajo. Vprašanje, ki se nam lahko zastavlja samo zase je, zakaj so želje uporabnikov drog tako težko dosegljive, kljub temu, da si jih želijo sami (notranja motivacija)? Razmišljamo lahko v smeri, ali so uporabniki pri željah dejansko iskreni, ali morda le ponavljajo to, kar menijo, da si morajo želeli zaradi okolja/skupnosti v kateri živijo? Ali imajo pri uresničevanju svojih želja prejmejo dovolj podpore in storitev služb, ki bi jim te želje pomagalo uresničiti? Ali jih je okolje/skupnost/družba pripravljena podpreti, vključujoč strokovne službe, kljub temu, da uporabljajo droge?

Razumevanje želja je pomembno tudi z vidika izvajanja storitev in programov, saj morajo organizacije razmisliti, na kakšen način lahko uporabnike pri doseganju svojih ciljev (in želja) podprejo.

Vstopanje v programe pomoči in zagovorništvo

Velika večina uporabnikov redno vstopa v programe NVO, številni se poslužujejo aktivnosti različnih programov NVO ter tudi drugih programov, namenjenih uporabnikom drog. Vsi uporabniki, ki uporabljajo storitve NVO, imajo z njimi dobre izkušnje, nekateri celo menijo, da za njih najkoristnejše storitve prejmejo ravno v teh organizacijah. Uporabniki poudarjajo podporo, ki jo prejema s strani zaposlenih, med katerimi je pogosto izpostavljeno spremljanje in zagovorništvo na druge institucije v skupnosti. Posledično so mnenja, da zaradi podpore NVO lažje dostopajo do storitev pomoči, lažje je tudi urejanje birokratskih zadev. Temu najbrž botruje, kot navajajo uporabniki, dobra strokovna izobrazba zaposlenih ter izkušnje na tem področju, na drugi strani pa nekateri menijo, da je spremljanje zaposlenih (četudi njihova vloga ni proaktivna) koristno s psihološkega vidika oziroma v smislu podpore. Najpogosteje uporabnike spremljajo iz programov terenskega dela ter dnevnihi centrov, in sicer za namene urejanja stanovanjske stiske, podpore pri iskanju psihiatričnih storitev, iskanju osebnega zdravnika ter drugih zdravstvenih storitev, za urejanje osebnega statusa. Kljub dobrim izkušnjam z NVO, nekateri uporabniki opozarjajo, da so storitve, pristojnosti in zmožnosti teh organizacij omejene. Zelo podobno kot z NVO, so z delovanjem in podporo zadovoljni tudi uporabniki programa mobilne bolnice, ki jo izvaja CZOPD ter mobilne ambulante za oskrbo s substitucijsko terapijo, ki jo izvajata CPZOPD. Ob tem je zanimivo, da so nekateri uporabniki, ki so imeli prej pri vstopanju v stacionarno enoto CPZOPD težave izpostavili, da se je odnos pri prejemanju terapije preko mobilne enote izboljšal.

»Pri teh službah bi izpostavil, da država sama nima dobro urejenega sistema pomoči na državni ravni, na katere bi se lahko v skupnosti obrnil. Večino dobrih storitev prejmemo od NVO in s tem

si država nekako "krije rit", ker nima svojih programov. V javnem sektorju ni programov, ki bi bili dovolj dobrih in bili na nek način reformiranih oz. posodobljenih, primernih za današnji čas».

Poleg NVO uporabniki navajajo, da najpogosteje uporabljajo storitve CSD, sledi ZZRS ter CPZOPD. Uporabniki poleg teh instituciji v večji meri uporabljajo tudi storitve zdravstva, med katerimi prednjači osebni zdravnik, psihiatrične storitve in psihiatrična bolnišnica, splošna bolnišnica, večkrat je izpostavljena infekcijska klinika. Omenimo še komune, stanovanjske programe ter sodišča.

Manjši del uporabnikov poroča, da z vstopanjem v programe pomoči nima nikakršnih težav. Poleg že omenjenih dobrih izkušenj z NVO, posebej nekateri izpostavljajo še zadovoljstvo z nekaterimi službami kot na primer stanovanjski sklad, CSD in zdravstveni dom. Nekateri uporabniki so mnenja, da so se razmere in pogoji vstopanja v organizacije v zadnjih letih izboljšale. V veliko pomoč jim je, če so zaposleni v programih seznanjeni z osebnimi stiskami ter situacijo uporabnikov, čemur pripomore dejstvo, da določeni zaposleni sodelujejo z uporabniki daljše časovno obdobje. Kljub temu, večina uporabnikov še vedno izpostavlja obremenjenost zaposlenih s predsodki, ki posledično povzročata stigmatizacijo in diskriminacijo. Številni uporabniki imajo slabe izkušnje pri vključevanju v različne službe v skupnosti, pri tem sta največkrat izpostavljena CPZOPD in ZZRS. Uporabniki navajajo, da zaposleni (tam) ne znajo delati z uporabniki drog, največja ovira pa je, da njihova uporaba drog pri zaposlenih preglasi vse ostale potrebe uporabnikov, zaradi česar se zaposleni ne ukvarjajo s tem, zaradi česar so k njim prišli, temveč zgolj z njihovo uporabo drog in zasvojenostjo. To velja tudi za organizacije, ki se z zasvojenostjo ne ukvarjajo neposredno. Posledica tega je pogosto konflikt med uporabniki in zaposlenimi in težje dostopanje do storitev, kar pogosto vključuje tudi pošiljanje/usmerjanje uporabnika k drugemu strokovnjaku (sindrom vrtljivih vrat). Uporabniki opozarjajo na svoje izkušnje slabega delovanja javnih služb, poleg tega pa tudi na slabo pokritost programov pomoči, tako na vsebinski (neprilagojenost različnim stiskam in potrebam ljudi), kot tudi na krajevni ravni (sive lise in nepokritost s programi pomoči). Oteženo dostopnost so uporabniki občutili tudi v času epidemije.

»Včasih je spremstvo tudi zgolj kot psihična podpora, kar je včasih zelo pomembno, da se nekaj sprovede. Sicer ni, da sam ne bi znal, ampak če je nekdo zraven se je k stvari lažje spraviti».

»Kamorkoli greš, vedno je problem ta stigma. Pri vseh, ki vedo, da se drogiram, je najpomembnejše prav to in nič drugega. Najbolj se to opazi v zdravstvu, sploh če sem v bolnici, karkoli se mi zgodi, za vse sem kriv sam in droga. Tudi na CSD je podobno, odvisno je, na koga naletiš».

Testiranje drog

Med vsemi uporabniki so zgolj trije izrazili, da storitve testiranja ne poznajo, medtem ko jih velika večina preostalih potrjuje, da so s storitvijo testiranja seznanjeni. Eden izmed uporabnikov sporoča, da je sicer s storitvijo testiranja seznanjen, vendar ne ve, da je storitev omogočena v skupnosti, kjer se giblje in nahaja. Približno polovica uporabnikov poroča, da se je storitve testiranja substance že poslužila ter oddala vzorec v namen testiranja. Peščica uporabnikov se storitve testiranja poslužuje redno, nekateri so to storitev uporabili večkrat. Večina tistih, ki s testiranjem imajo izkušnje, so to naredili enkrat ali dvakrat. Del uporabnikov poroča, da kljub seznanjenosti, storitve še niso uporabili.

»Za storitev testiranja sem že slišal. Do lani nisem vedel, da jo ponujate tudi preko Šenta. Storitev se mi zdi dobra in seveda koristna za tistega, ki je na sceni. Sam je nisem nikoli uporabil, saj sedaj ne tikam več ničesar, verjetno pa jo pred leti bi. Čeprav sem sicer dokaj konservativen glede takih stvari in tudi številnih potuh na področju drog ne podpiram, se mi zdi ta storitev dobra«.

Večina uporabnikov, ki imajo izkušnje s storitvijo testiranja poroča o zadovoljstvu ter pozitivni izkušnji. Številni menijo, da je storitev uporabna in učinkovita. Poleg tega nekateri izpostavljajo tudi storitev opozarjanja na pojav nove ali posebej nevarne učinkovine, ki je prav tako za številne uporabnike koristna. Med uporabniki je bilo zaznati mnenje, da je testiranje substanc še posebej koristno za tiste uporabnike, ki so začetniki na sceni oziroma tiste, ki svojim preprodajalcem ne zaupajo.

»Zelo v redu, dobil sem rezultate in informacije, ki sem jih potreboval. Super, da lahko dam droge testirat. Informacije o zmanjševanju škode pa tako ali toke dobim v NVO, kamor sem dal vzorec testirati«.

Uporabniki se za testiranje droge najpogosteje odločajo zaradi zanimanja glede kakovosti substance, saj se na trgu pojavljajo najrazličnejše droge, katerih kakovost oz. čistost se med seboj lahko zelo razlikuje. Pogosto je razlog za analizo učinkovanje določene substance, ki se razlikuje od pričakovanja uporabnika. S tem želijo uporabniki, kot pravijo, zmanjšati tveganje za nepredvidene in nezaželene posledice uporabe drog. V primerih, ko se uporabniki storitve testiranja ne poslužujejo, je razlog v zaupanju svojemu preprodajalcu droge oz. so popolnoma prepričani v kakovost substance, ki jo uporabljajo.

»Storitev sem uporabil zato, da vem kaj konzumiram. Sicer v principu vem kaj naj bi substanca bila, vendar ne morem biti prepričan, da ni dodano še kaj drugega. Zagotovo s to storitvijo lahko zmanjšamo tveganje in preverimo substanco«.

»Možnost testiranja sem uporabil do sedaj enkrat, za pomoč prijateljici, ki je imela čudne simptome po uporabi ekstazija«.

Ko se uporabniki seznanijo z rezultati testiranja, jih največ med njimi z rezultatom seznaneni tudi druge uporabnike iz svoje socialne mreže. Med bolj pogostimi reakcijami uporabnikov je ravnanje, ko se uporabniki odločijo, da dotične droge ne bodo uporabili oz. jo zavržejo, za določene uporabnike, pa je prav rezultat testiranja razlog, da drogo po seznanitvi z rezultatom, uporabijo. Kot navajajo uporabniki, rezultate testiranja upoštevajo in temu primerno prilagodijo svoja ravnanja. Nekateri so pri uporabi drog zato bolj previdni, kar lahko pomeni, da prilagodijo odmerek glede na rezultat testiranja. Eden od uporabnikov je na podlagi rezultatov testiranja začel uporabo drog zmanjševati, med tem ko sta v dveh primerih po prejemu rezultatov prenehala kupovati drogo pri določenem človeku oz. sta zamenjala prodajalca. Pri peščici uporabnikov rezultat testiranja ni vplival na uporabo oz. neuporabo droge, nekdo izmed uporabnikov pa navaja, da so mu dobljeni rezultati dali misliti, kaj vse vnaša v svoje telo.

»Rezultat testiranja ni spremenil mojega vedenja. Informacije o rezultatih testiranja sem delil z drugimi«.

»Rezultate zelo upoštevam. Pri enem od dilerjev sem tudi nehal dobavljati robo, saj sem pri testiranju ugotovil, da roba ni dobra. Določenih substanc sem po opravljenem testiranju tudi prenehal uporabljati. Če bi naletel na drogo, kjer bi se ob testiranju pokazalo, da vsebuje veliko takšnih substanc, ki naj jih v teh drogi ne bi bilo, bi tako substanco zagotovo zavrzel«.

Med izzivi, ki jih izpostavljajo uporabniki je največkrat izražen čas trajanja, ko uporabnik odda vzorec, do seznanitve z rezultatom, ki je po mnenju nekaterih predolg. Slednje velja še zlasti v primeru tistih uporabnikov, ki so zasvojeni oziroma svoje uporabo drog težje regulirajo. Drugi izmed izpostavljenih izzivov je ta, da testiranje omogoča vpogled v prisotnost določenih snovi v vzorcu in ne deleža. Pri obeh omenjenih izzivih je bilo v času nadgradnje mobilnih enot narejen napredek ter spremembe v smeri nadgradnje in izboljšanja kakovosti testiranja, tako na hitrosti pridobljenih rezultatov in sporočanju le-teh, kot tudi glede določanja deležev v substanci. Izziv, ki smo ga predhodno že omenili, je slaba seznanjenost o storitvi testiranja s strani izvajalcev storitve oz. testirnih točk v skupnosti, kjer so uporabniki prisotni. Posledično nekateri uporabniki, kljub temu, da vedo, da storitev obstaja, ne vedo, da jim je omogočena v njihovi regiji oz. skupnosti. Prav tako je zaradi premajhne aktivnosti izvajalcev storitve testiranja med nekaterimi uporabniki prisotno razmišljanje, da je testiranje drog za namen uporabe neprimerno in jo razumejo kot »potuho«, nekateri tudi menijo, da testiranje drog omogoča številne zlorabe storitve, ki je sicer v osnovi dobronamerna. Izpostavljajo, da je premajhna pokritost testirnih točk v različnih regijah Slovenije, saj je storitev pomembna in lahko znatno pripomore k zmanjšanju tveganj pri uporabi, poleg tega so številni uporabniki, ki imajo s testiranjem izkušnje, mnenja, da bi morali za še večjo učinkovitost storitve storitev uporabljati širši krog uporabnikov. Še dva izziva, ki ju na tem mestu navajamo je testirni odmerek, ki je v primeru nekaterih substanc prevelik, poleg tega pa nekateri omenjajo odsotnost informacij zmanjševanja škode, ki naj jih ob sporočanju rezultatov od izvajalcev storitve ne prejmejo.

»Težava je v tem, da morava dati preveč snovi. 0,2 g je odmerek kokaina in če morava dati 0,1 je absolutno preveč«.

»Moj predlog bi bil ta, da se v vseh regijah Slovenije umesti testirne točke, kjer bi bilo možno preveriti kvaliteto določenih drog. je resnično zelo dobra storitev«.

Prestajanje kazni zapora

Med vsemi vključenimi uporabniki v raziskavo jih ima približno polovica izkušnjo prestajanja zaporne kazni. Od tega jih največ uporabnikov navaja, da so bili v zaporu enkrat, nekateri dvakrat, številni tudi večkrat. Najpogosteje so uporabniki kazni prestajali na Dobu, sledi Maribor, uporabniki navajajo še Koper, Ljubljano, Mursko Soboto ter zapor v Novi Gorici. Številni uporabniki navajajo, da so zaporno kazni prestajali v različnih zaporih. Poleg slovenskih zaporov uporabniki poročajo, da so zaporne kazni prestajali tudi v zaporih v tujini, izpostavljena je izkušnja z zaporom v Italiji. Razpon dolžine kazni, ki jih navajajo uporabniki je med dvema mesecema ter več kot osem let. Poleg zaporne kazni, je bila uporabnikom prostost odvzeta tudi z začasnim pridržanjem (24 urnim ali 48 urnim) ter z ukrepom pripora. V slednjih primerih veljajo nekoliko drugačna določila kot v primeru kazni zapora.

Velika večina uporabnikov, ki so prestajali zaporno kazni, je bila v zaporu vključena v prejemanje substitucijske terapije. Kljub temu jih je večina med prestajanjem zaporne kazni uporabljala tudi prepovedane droge. Uporabniki navajajo, da so v zaporu dostopne vse droge, njihova cena je višja kot na trgu zunaj zapora. Zelo je v zaporu razširjena preprodaja oz. prekupčevanje z drogami. Drogo v zaporu uporablja veliko število kaznjencev. Kljub temu dostop do sterilnega pribora za uporabo drog ni omogočen. Uporabniki navajajo, da morajo pribor za uporabo drog - tako kot droge, skrivati pred osebje zaporov. Posledično so ravnanja in načini uporabe drog izpostavljeni povečanim tveganjem kot sicer. Do igel in brizg je dostop omogočen nelegalno oz. »na črno«, njihova kvaliteta in sterilnost je slaba oziroma je ni. Kljub temu, nekateri uporabniki poročajo o prekinitvi uporabe drog v času prestajanja kazni zapora oziroma o zmanjševanju uporabe ter celo o zmanjševanju in regulaciji substitucijske terapije. Zelo majhen, vendarle prisoten je delež uporabnikov, ki zaporno kazni vidi kot možnost za socialno oz. osebno urejanje. Uporabniki razmere v zaporih ocenjujejo različno, nekateri poročajo o sprejemljivosti razmer, spet drugi poročajo o slabih ter za bivanje nevzdržnih pogojih. Številni izpostavljajo preveliko zasedenost ter pomanjkanje osebnega prostora. Po mnenju večine so zdravstvene storitve uporabnikom dostopne in so z njimi relativno zadovoljni. Njihova ponudba je sicer skromna in je nanje treba dlje časa čakati. Več je nezadovoljstva glede socialne oskrbe in podpore. Uporabniki navajajo, da je socialnih delavcev v zaporih premalo, dolgo je potrebno čakati na razgovor ali svetovanje, njihovo odzivanje je počasno ter pogosto nestrokovno in neučinkovito. Sicer je kakovost bivanja v zaporu pogosto pogojeno s odzivanjem ter osebnostjo zaposlenih, bodisi zdravstvenega, socialnega

osebja, vodij in pravosodnih policistov. Številni uporabniki poročajo o pretirano represivnem odzivanju služb, ki temeljijo na predsodkih in stigmati, nekateri pa poročajo tudi o sodelovalnem ter tolerantnem odnosu zaposlenih. V nabor izzivov, o katerih poročajo uporabniki, lahko umestimo še: onemogočanje pritožb oz. nedelovanje pritožbenega postopka, izsiljevanje na zaslišanjih v priporu, nezadostni varnostni ukrepi v času epidemije, slaba higiena ter prepuščanje urejanja sporov uporabnikom samim, kar velikokrat sproža nasilje in težke bivanjske okoliščine. Pri enem uporabniku je bilo razumeti, da so zanj razmere v zaporu boljše kot zunaj njega, kot dobro so nekateri uporabniki izpostavili hrano. Kot pozitivno so uporabniki navajali vključevanje NVO v zavodih za prestajanje kazni, saj je v nekaterih zavodih organizirana psihosocialna podpora s strani različnih NVO. Uporabniki to delo ocenjujejo kot dobrodošlo in učinkovito. S strani NVO jim je omogočeno vključevanje v razbremenilne, svetovalne in informativne razgovore. Zaporniki lahko urejajo nekatere osebne stiske, ne more pa delo NVO v zaporih nadomestiti zavodske socialne oskrbe, ki se večinoma nanaša na specifične stiske povezane s prestajanjem zaporne kazni. Zaskrbljujoče je tudi dejstvo, da se po prestani kazni nekateri uporabniki iz zavoda vrnejo brez urejenega osnovnega socialno-ekonomskega statusa (bivanje, zdravstveno zavarovanje, prejemanje denarnih transferjev, stik s svojci ...), kar jim otežuje integracijo ter pogloblja osebno stisko.

»Igel v zaporu ni, da bi si jih izmenjal, bi jih pa vsekakor potrebovali. V zaporu se dobi vse, popolnoma vse, le cene so višje. Mi smo imeli iglo in tudi drogo spravljeno na notranji strani kotlička za školjko. Ni najbolj higiensko, ampak če ni drugače, se je treba znajti. Travo smo kadili vsak dan. Šele, ko je varnostnik odprl vrata smo videli, kako zakajeno smo imeli noter, ampak pazniki niso nič rekli. Kaj nam pa hočejo. Če bi težili, bi si pljunili v svoj sistem in delo«.

Brezplačno cepljenje v obdobju 2014-2020

Dobra polovica anketiranih uporabnikov poroča, da je bila v obdobju med leti 2014 – 2020 brezplačno cepljena proti virusu Hepatitisa B. Poleg tega, nekateri tudi proti Hepatitisu A. Pogosteje uporabniki navajajo tudi cepljenje proti tetanusu, redkeje proti virusu gripe. Da v zadnjem obdobju ni bila cepljena z nobenim brezplačnim cepivom, navaja dobra tretjina vseh anketiranih uporabnikov.

Izmenjave sterilnih igel v lekarnah ali iglomatih

Velika večina uporabnikov nima izkušnje z izmenjavo igel v lekarnah ali z uporabo iglomatov, kjer bi lahko prejeli sterilen pribor za uporabo drog ter vrnili uporabljenega.

Nekateri uporabniki sicer občasno kupujejo igle ter pribor za uporabo drog v lekarnah. Večina uporabnikov izmenjavo pribora (prejemanje in vračanje) opravlja preko NVO, bodisi na terenu ali v stacionarnih enotah dnevnih centrov. Možnost izmenjave pribora preko iglomatov ni opazil ali izvedel nihče izmed anketiranih uporabnikov. Za razliko od tega sta dva izmed uporabnikov opazila ali imela izkušnjo z izmenjavo pribora za injiciranje drog v privatni lekarni v Kranju ter v lekarni v Sežani, kjer naj bi storitev izvajala NVO.

Kot posebne opombe, ki so jih uporabniki ob tej kategoriji izpostavljali je izkušnja nekaterih uporabnikov, ko jim zaposleni v lekarni niso želeli prodati igel ter brizg. Po prepričanju uporabnikov je bil razlog vedenje zaposlenih, da kupec namerava s priborom uporabljati droge. Druga opomba je usmerjena v kvaliteto materiala namenjenega uporabnikom drog, ki ga prejemajo s strani nevladnih organizacij. Ta naj bi bil po mnenju nekaterih uporabnikov manj kvaliteten ter predstavljal večje tveganje ob uporabi.

Urejanje stanovanjskih razmer

Velika večina anketiranih uporabnikov nima lastne izkušnje ter ne pozna nikogar, ki si je v zadnjem obdobju uspel pridobiti varno obliko nastanitve. Nekateri uporabniki sicer poročajo, da stanujejo v najemniškem stanovanju, zgolj peščica poroča, da je nastanjena v varni obliki nastanitve. Nekateri uporabniki posredno poznajo nekatere izmed svoje socialne mreže, ki so si v zadnjem obdobju uspeli pridobiti neprofitno stanovanje. V veliko pomoč pri tem je vključenost v družino z otroki, ki ima pri pridobitvi neprofitnega stanovanja prednost. Eden od uporabnikov ima znanca, ki je bil predhodno vključen v program zdravljenja in kasneje reintegracije, ki si je po končanem poteku socialnega urejanja uspel pridobiti samostojno in varno obliko nastanitve. Številni uporabniki poročajo, da jim pri iskanju nastanitve, bodisi kratkotrajne ali dalj časa trajajoče, veliko podpora nudijo NVO.

Usposabljanje in izobraževanje kadra v organizacijah

Vse sodelujoče organizacije se zavedajo pomena izobraževanja in usposabljanja tako zaposlenih kot drugih sodelavcev na programih. V večini so odgovorile, da spodbujajo izobraževanja v skladu s potrebami programov, nekatere tudi v skladu z interesi zaposlenih. Šest organizacij izvaja redna interna izobraževanja, ki so namenjena tako poglobljanju znanj s področja na katerem so dejavni, kot tudi dodatnemu izobraževanju s širših področjih, s katerih si zaposleni želijo dodatna znanja. Ena organizacija je zapisala, da izvajajo osnovno interno izobraževanje s področja drog in zmanjševanja škode za vse novo zaposlene, terenske delavce/prostovoljce in praktikante. Po

končanem izobraževanju morajo opraviti tudi izpit. Tretjina organizacij nudi tudi redno mentorstvo prostovoljcem in prostovoljkam, v sklopu česar se izvajajo mentorska srečanja in izobraževanja. Organizacije, ki nudijo terapevtsko svetovanje, se izobražujejo tudi na področju svetovanja in psihoterapije.

Polovica vprašanih se udeležuje strokovnih seminarjev in konferenc v Sloveniji, v manjši meri tudi v tujini. To predvsem tiste organizacije, ki so članice posameznih mednarodnih mrež. Dve organizaciji sta odgovorili, da se redno izobražuje tudi vodstveni kader na področju organizacije in vodenja. Tretjina od vprašanih organizacij daje velik pomen tudi strokovnim srečanjem in mreženju s sorodnimi organizacijami, s čimer pridobijo pomembne izkušnje in mnenja kolegov in kolegic iz stroke, prav tako pa se vzpostavi pomembno sodelovanje za skupno delovanje. Dve organizaciji sta tudi izpostavili, da redno spremljajo znanstvene in strokovne članke iz njihovega področja.

Več organizacij je izpostavilo, da si želi več finančne podpore za redna in kontinuirana izobraževanja.

Evalviranje programov

Pridobljeni odgovori kažejo, da imajo organizacije dobro vzpostavljene sisteme notranje evalvacije. Pri tem v veliki meri prevladuje mnenje, da je pri tem ključna povratna informacija uporabnikov in uporabnic, ki se v programe vključujejo *»Na osnovi zaznanih potreb, ki jih izražajo uporabniki, oblikujemo in prilagajamo programe. V vseh stopnjah programa (načrtovanje, izvedba, evalvacija) so uporabniki ključni sooblikovalci programa«*. Evalvacija z uporabniki poteka na različne načine: individualni pogovori v smislu letne ali polletne evalvacije individualnega načrta in samega procesa podpore, skupinske evalvacije izvajanja programov ter v obliki izpolnjevanja vprašalnikov in anket (tako v fizični obliki kot preko spleta). Pet organizacij je odgovorilo, da jim uspešnost programa predstavlja tudi število uporabnikov, ki se v program vključijo, tri organizacije pa so pri tem dodale, da jim povratno informacijo o uspešnosti programa predstavlja tudi napredovanje in zasledovanje ciljev, ki so si jih uporabniki v programih zadali *»Pokazatelji uspešnosti programa v socialno varstvenem okviru so vidni skozi vključevanje uporabnikov, ki ob nudenju pomoči postanejo aktivnejši pri prevzemanju družbenih vlog, skrbi zase...«*. Odraz dobrega programa je tudi prepoznavnost in vključenost organizacije v širšo lokalno skupnost, saj je pomembno *»kako se rezultati naših prizadevanj odražajo neposredno v skupnosti, v lokalnem okolju. Kaj novega smo doprinesli, vzpostavili, s katerimi vsebinami lahko dopolnujemo delo in prizadevanja ostalih organizacij, da lahko skupaj učinkoviteje naslavljamo problematiko uporabe drog«*. Poleg vključevanja mnenj in odzivov uporabnikov, notranja evalvacija zajema tudi redne tedenske ali mesečne timske sestanke in/ali intervizijska srečanja zaposlenih oziroma sodelavcev programa. Ob pripravi letnih poročil za financerje organizacije

zberejo kvantitativne podatke, prav tako pa z različnimi metodami »*SWOT analizo, ...metodo pripravljeno na Fakulteti za socialno delo*« ocenijo vsebino, zasledovanje ciljev, organizacijo dela ipd.

10 organizacij je odgovorilo, da so vključene v evalvacijo Inštituta RS za socialno varstvo (IRSSV), podatke zbirajo z vpisovanjem v aplikacijo Evapro, ki je sicer namenjena poročanju Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter evalviranju javnih socialnovarstvenih programov. Štiri organizacije so pri tem dodale, da z omenjeno evalvacijo niso zadovoljne, saj se jim zdi, da ne evalvira učinkov njihovega dela v zadostni meri, prav tako ne dobijo povratne informacije, ki bi jim pomagale pri optimizaciji in izboljšanju storitev za uporabnike. Prav tako štiri organizacije pa so zapisale, da so s trenutno evalvacijo IRSSV zadovoljne in se jim zdi primerna (ena izmed organizacij je sicer pri tem dodala, da se zaradi obsežnosti te evalvacije ne predstavljajo izvajati še kakšnih dodatnih, zato se trenutno zadovoljni). Evalvacijo za nekatere programe izvaja tudi NIJZ Koper, v to je vključenih pet organizacij. Tri organizacije od teh pravijo, da s to evalvacijo dobijo koristne podatke za izboljšanje programov, ostali dve nista podali mnenja. Ker so nekatere organizacije vključene v obe omenjeni evalvaciji, so podale predlog, da se postopek evalviranja poenoti oziroma sestavi enotni vprašalnik, ki bi podal vse pomembne informacije. To bi k sodelovanju pritegnilo tudi več uporabnikov, ki sedaj ne vidijo smisla v reševanju več podobnih vprašalnikov.

Polovica vprašanih si želi zunanjo evalvacijo programov, ki bi jo izvajali za to usposobljeni strokovnjaki »*Želeli bi si postopkov evalvacije, ki bi nam pomagali prepoznavati kvalitete in pomanjkljivosti našega dela, pa ne samo z vidika vsebine dela, temveč tudi z vidika možnosti za optimizacijo birokratskih procesov, procesov financiranja itd.*«. Eden izmed predlog je tudi, da se ustanovi nek samostojen organ, ki bi redno izvajal evalvacije tako programov na področju drog, kot tudi storitev različnih javnih institucij, ki delujejo na tem področju, prav tako pa tudi evalvacije NP, strategij in drugih dokumentov, ki se na tem področju sprejemajo.

Organizacijam je pomembno, da redno preverjajo kakovost izvajanja svojih programov, še posebej skladnost programov s potrebami uporabnikov. Evalvacije programov bi morale imeti večji vpliv na razvoj programov in politike na področju drog.

B. Situacija v Sloveniji na področju izvajanja dejavnosti in programov, ki jih pokriva NP na področju prepovedanih drog 2014–2020

Zaznane potrebe in nepokrita področja

V vprašalniku smo postavili vprašanje, kako organizacije ocenjujejo geografsko pokritost z različnimi programi, namenjenim uporabnikom drog v Sloveniji ter katera ostajajo nepokrita področja oziroma potrebe uporabnikov. Skoraj vse organizacije so se osredotočile zgolj na manko programov in potrebe, zato rezultatov o geografski pokritosti ne moremo relevantno predstaviti.

Izpostavila so se naslednja nepokrita področja oziroma manjkajoči programi:

- Vzpostavitev CZOPD v vzhodni Sloveniji
- Namestitveni programi za mlade, ki uživajo drogo – krizne namestitve, stanovanjske skupnosti
- Programi za mlade brezdomne
- Zavetišča s celodnevno bivanjem
- Programi za celostno obravnavo mladih (obravnavo kompleksne problematike z individualiziranim pristopom)
- Program zdravljenja za mlade in mlade odrasle, ki imajo težave z zasvojenostjo
- Prožna pomoč družini na domu (pri vsakdanjem življenju)
- Strukturirana pomoč za svojce oseb, ki uživajo psihoaktivne substance
- Brezplačno svetovanje in psihoterapija za mlade in družine, ki imajo težave v duševnem zdravju
- Stanovanjske skupnosti za starejše uporabnike
- Stanovanjske skupnosti/nastanitvena podpora za abstinate, ki imajo težave z zaposlitvijo/so nezaposljivi
- Visokopražni programi za družinsko kot individualno obravnavo po celotni Sloveniji
- Nadgradnja programov zmanjševanja škode s programi integracije, zaposlovanja in aktivnega vključevanja uporabnikov v družbene procese
- (Več) programov reintegracije po celotni Sloveniji

- Vzpostavitev programov Varnih sob (tako mobilnih kot stacionarnih) po vsej Sloveniji
- Zaposlovanje v obliki socialnega podjetništva (podporne oblike zaposlitve)
- Vključevanje zdravstva na teren oziroma v socialno varstvene programe
- Senzibilno specifični programi samo za ženske po celotni Sloveniji
- Vzpostavitev stacionarnih programov zmanjševanja škode (dnevni centri) v večjih urbanih središčih kot so: Celje, Kranj, Novo mesto, Murska Sobota, Idrija
- Testirne točke, kjer bi bilo možno preveriti kvaliteto določenih drog umestiti v vse slovenske regije

Specifični programi za posebej ranljive skupine

NP v svojih ciljnih predvideva razvoj specifičnih programov, namenjenih posebej ranljivim skupinam, kot so: mlajši mladoletni, uporabniki drog s težavami v duševnem zdravju in dvojnimi diagnozami, starejši brezdomni in uporabniki drog, zaprti v zavodih, starši uporabnikov drog, idr. Zanimalo nas je, v kolikšni meri so sodelujoče organizacije v obdobju 2014-2020 sledile temu cilju in izvajale programe za omenjene ciljne skupine.

Največ programov se je razvilo za ciljno skupino mladoletnih oziroma mladih, trije kot preventivne aktivnosti, ostali za mlade, ki uporabljajo ali eksperimentirajo z drogo. *»Tekom našega delovanja in izvajanja aktivnosti smo prihajali v stik s posebej ranljivo ciljno skupino mladih uporabnikov droge, nekateri med njimi so tudi mladoletni (15+), nekateri imajo izkušnje bivanja v zavodu ali stanovanjski skupini, nekateri tudi izkušnje prevzgojnega doma ali zapora. Z njimi smo sprva stopali v stik preko terenskega dela na Metelkovi v Ljubljani ter v Kranju....Z njimi smo preživljali čas, se bolje spoznali«.* Omenjeni citat jasno pokaže, kako so organizacije zaznale potrebe v njihovem lokalnem okolju in temu prilagajale svoje aktivnosti. Za omenjeno ciljno skupino so se razvile sledeče aktivnosti:

- Svetovalnica in Dnevni center
- Spletne aktivnosti, preko katerih se podajajo informacije zmanjševanja škode, nudi podpora, svetovanje ter usmeritev v bolj celostne programe pomoči
- Poglobljeno individualno delo z mladimi
- Skupna druženja z mladimi ob različnih aktivnostih (udeležba na kulturnih prireditvah, izleti, športne aktivnosti, skupinske pogovorne skupine, ki obravnavajo različne teme, ki so mladim aktualne)

- Ozaveščevalne in preventivne aktivnosti za mlade (mlajši mladoletni, mladi, uporabniki drog s težavami v duševnem zdravju), ki v mladinskem klubu preživljajo prosti čas; nekatere specifične aktivnosti se izvajajo tudi za mlade, ki potrebujejo bolj intenzivno in strokovno spremljanje in podporo
- Preventivno skupnostno delo z mladimi (ki prihajajo iz socialno ogroženih družin)
- Ulično terensko delo z mladimi (v »rizičnih« soseskah z mladimi, katerih starši so uporabniki drog)
- Interaktivne pogovorne delavnice z »osipniki«
- Ulično terensko delo z mladimi (informiranje, aktivnosti s področja zmanjševanja škode)
- Preventivne delavnice in aktivnosti zmanjševanja škode pri mladih, ki svoj prosti čas preživljajo na zabavah
- *ena organizacija mlade vključuje v svoj obstoječi program zdravljenja oziroma reintegracije

Štirje programi so se razvili za uporabnike drog s težavami v duševnem zdravju (op. nekatere organizacije so poimenovala za uporabnike z dvojnimi diagnozami) oziroma so aktivnosti obstoječih programov prilagodili potrebam omenjene ciljne skupine:

- Namestitveni program za aktivne uživalce prepovedanih drog (kamor se je tudi vključevala omenjena ciljna skupina)
- Podporno skupnostno delo (v zgradbi nujnih bivalnih enot)
- Terensko delo (dva programa različnih organizacij): nudenje hrane, oblek, informiranje, aktivnosti zmanjševanja škode, psihosocialno svetovanje
- *ena organizacija omenjeno ciljno skupino vključuje v svoj obstoječi program zdravljenja oziroma reintegracije

Tri organizacije so svoje aktivnosti usmerile v podporo starejšim uporabnikom drog. Nudile so individualno svetovanje, informiranje in razbremenilne pogovore, prav tako pa skupino za samopomoč ter samorazvoj svojcev.

V obdobju novega NP je potrebno večji poudarek dati še naslednjim specifičnim ranljivim skupinam:

- Za mlade (in mladoletne) uporabnike drog je potrebno področje še bolj specializirati in strokovno nadgraditi; poudarek dati tudi mladim, ki droge uporabljajo doma ter mladim, ki doživljajo psihosocialne stiske
- (Ranljivim) družinam, ki potrebujejo celostno in fleksibilno podporo
- Zasvojenim s težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo dolgotrajnejšo podporo
- Brezdomnim uporabnikom drog (op. razvoj kriznih namestitev in nastanitvene podpore)
- Starejšim uporabnikom drog (ki se soočajo z brezdomnostjo in imajo zdravstvene težave)
- Osebam po odpustu iz raznih institucij (prevzgojnih domov, ZPKZ, psihiatričnih bolnišnic ipd.)
- Brezdomnim ženskam, ki so uporabnice drog
- Uporabnikom s kompleksnimi težavami

Na področju specifičnih ranljivih skupin vidimo, da se organizacije sicer odzivajo na kompleksne probleme ciljne populacije, vendar je teh programov še vedno relativno malo. V večini so usmerjene na mlade, ostali programi pa se pogosto izvajajo znotraj obstoječih programov oziroma kot nadgradnje. Še vedno ostajajo nepokrita področja, na katere se sicer opozarja že vrsto let (starejši uporabniki drog, uporabniki drog s pridruženimi težavami v duševnem zdravju ipd.)

Sodelovanje z zavodi za prestajanje kazni zapora (ZPKZ)

Nevladne organizacije (op. samo omenjene so podale ta odgovor) sodelujejo z vsemi šestimi Zavodi za prestajanje kazni zapora v Sloveniji. Večinoma se obiskuje uporabnike in uporabnice organizacij, ki v tistem času prestajajo kazni zapora »*Sodelovanje poteka po vnaprejšnjem dogovoru s socialno službo zavoda*«. Nudijo jim pogovore, svetovanja, informiranje ter načrtovanje odpusta oziroma življenja (reintegracije) po odpustu. V nekaterih primerih pričnejo spremljati tudi obsojence in obsojenke, ki pred tem niso bili njihovi uporabniki in uporabnice in si v času prestajanja kazni zapora želijo stik z zaposlenimi v NVO. Razlogi, ki jih navajajo so, da osebju v zaporu ne zaupajo, ne dobijo takšne podpore kot si želijo, večkrat pa tudi, da tako dobijo vsaj obiske in možnost, da se s kom pogovarjajo. Nekatero organizacije izvajajo tudi tedenske pogovorne skupine z obsojenci in obsojenkami, ki delujejo v obliki podpornih skupin, pa tudi kot tedenske pogovorne skupine (in informiranje) na določeno temo. Ena izmed organizacij organizira nogometne tekme med uporabniki NVO in obsojenci, nekateri obsojenci pišejo tudi za ulični cestni časopis.

Tri organizacije so izpostavile, da so v ZPKZ pripravile predstavitev svojih programov, ena izmed organizacij pa tudi izobraževanje za zaposlene in delavnico za obsojence na temo Novih psihoaktivnih snovi. Ena organizacija je kratek čas izvajala tudi svetovanja z mladimi v mladoletniškem zaporu v Celju.

Nekatero organizacije so mnenja, da s strani uprave ZPKZ ni v zadostni meri razumljeno sodelovanje na področju zmanjševanje škode in tvegane uporabe drog. Realnost je, da se

nedovoljene droge uporabljajo tudi v zaporih, zato bi bilo nujno vzpostaviti izmenjavo sterilnega pribora tudi v ZPKZ. O tem poročajo tudi sami uporabniki (op. glej podpoglavje izkušnje uporabnikov). Prav tako se preizprašuje sama socialna obravnava uporabnikov v zaporih *»Menimo, da so potrebe obravnave posameznikov v zaporu večje kot so trenutne zmožnosti zaporov in vključujočih se institucij. Zaprti namreč kažejo veliko motivacijo za sodelovanje in imajo tudi veliko potrebo po tem...«*.

Mnenje zaposlenih v NVO in uporabnikov je, da obsojenci ne dobijo zadosti podpore pri psihosocialni obravnavi oziroma urejanju svojih statusov v samem zavodu. To se pokaže tudi v tem, da zaposleni v NVO (kot zunanji) prihajajo v ZPKZ in pomagajo obsojencem pri urejanju statusno-administrativnih zadev ter pri načrtovanju odpusta in reintegracije (kar bi v večji meri morali prevzemati zaposleni v samem zavodu). Strokovni delavci NVO težje nudijo podporo pri težavah, ki so povezane s samim bivanjem v ZPKZ, zato bi morali medsebojno sodelovanje okrepiti in omogočiti pretok informacij med zaposlenimi v NVO in zaposlenimi v ZPKZ.

Delovanje lokalnih akcijskih skupin (LAS)

LAS-u je bila dodeljena koordinativna vloga pri izvajanju NP 2014-2020 (v lokalnih skupnostih). 12 sodelujočih organizacij je odgovorilo, da v njihovem okolju obstaja LAS, ena organizacija (ki ne deluje na področju prepovedanih drog) ne ve, kaj to LAS sploh je, v dveh lokalnih okoljih pa pravijo, da LAS-a ni oziroma ne deluje, saj o tem ne vedno nič.

Šest organizacij je v LAS vključenih, tri organizacije so povedale, da se v LAS vključujejo občasno (ob povabilu, ko so teme relevantne za njihovo področje). Pri tem so organizacije opozorile da kljub temu, da je LAS pri njih načeloma vzpostavljen in so vanj vključene, ni dejaven. Opažajo, da se je vloga in vpliv LAS-a skozi leta manjšal.

V tem večletnem obdobju je bilo tudi nekaj poskusov vzpostavitve LAS-ov v novih lokalnih skupnostih, vendar večinoma niso zares zaživele. Po mnenju vprašanih je LAS večinoma aktivno peljal politiko preventivnih dejavnosti. V Mestni občini Ljubljana se je ustanovila Delovna skupina za reševanje problematike nedovoljenih drog v Ljubljani, katere članica je ena sodelujoča NVO. Skupina se tako neposredno odziva na aktualno dogajanje v mestu. Tudi v Mestni občini Koper se je LAS nadgradil v Koordinativno skupino za preventivno MOK (ki pa tudi ni zaživela, kot so si v organizaciji predstavljali).

Iz odgovorov lahko sklepamo, da LAS bolj aktivno deluje v manjših krajih oziroma občinah, kjer so s sodelovanjem zadovoljni, prav tako pa delovanje LAS-a ocenjujejo kot dobro (3 organizacije). Ena organizacija je odgovorila, da z delom LAS-a niso zadovoljni, saj ne zaznavajo nobenih pomembnih uspehov, ki bi jih lahko pripisali delovanju LAS-a. Ostali dela LAS-a niso vrednotili. Organizacije opozarjajo, da si same želijo imeti bolj aktivno vlogo v lokalni skupnosti in sodelovati pri pripravi strategij na področju zasvojenosti v svojih občinah. Vzpostavljanje raznih akcijskih skupin tudi nima smisla, če le te niso proaktivne v svojem delovanju.

Informiranje in podpora organizacijam

Organizacije si želijo boljšega sodelovanja in partnerskega povezovanja s pristojnimi državnimi organi oziroma financerji. Več kot polovica organizacij ocenjuje, da je pretok informacij med omenjenimi prepočasen in neučinkovit za ažurno odzivanje na aktualno stanje v državi. Pri pripravi novih razpisov si želijo večje participacije in vključevanja izkušenj s terena. Polovica organizacij si želi več transparentnosti in informacij o aktualnih javnih razpisih (in razpisanih prednostih področjih), da lahko ustrezno pripravljajo svoje programe in načrtujejo svoje delovanje. Zelo kritični so tudi do predolgega sporočanja rezultatov razpisa in čakanja na izplačilo sredstev (pa tudi glede neodzivnosti ob samem preverjanju glede situacije rezultatov razpisov), kar spravlja organizacije v negotov položaj, vpliva pa tudi na nezmožnost izvajanja samih programov (nezmožnost izplačevanja plač in drugih stroškov, ki nastajajo v programu, posledično so okrnjene tudi nekatere aktivnosti za uporabnike, saj nimajo sredstev za materialne stroške ipd.).

Premalo je tudi povratnih informacij financerjev o samem delovanju programov, kaj pričakujejo in kako razumejo učinke programov. Boljše povezovanje bi tudi omogočilo večji uvid v delo organizacij, verjetno pa tudi večje prepoznavanje in odprto podporo strokovnemu delu v organizacijah » (pred pristojnimi ministrstvi smo) *zagovarjali osnovne in uveljavljene principe zmanjševanja škode, saj smo zaznali, da ga niso upoštevali kot legitimen sodoben pristop, ki ga vključujejo nacionalni strateški dokumenti, kot enega izmed ključnih stebrov politike na področju drog pa ga prepoznava tudi EMCDDA*«.

Le odprto in partnersko sodelovanje vseh deležnikov (tako politike, financerjev kot tudi izvajalski oziroma nevladnih organizacij) omogoča celostno odzivanje na mnoge izzive področja uporabe drog. Trenutne prakse komunikacije in pretoka informacij med vsemi deležniki je v prihodnje potrebno nedvomno izboljšati.

Vpliv praktičnega dela organizacij na usmeritve politike do drog

Več organizacij je povedalo, da jih financerji in odločevalci (tako na državni ravni kot v smislu lokalne skupnosti) večkrat pozovejo, da predstavijo svoje delo, izkušnje in potrebe, ki jih v določeni lokalni skupnosti zaznavajo. Kljub temu je kar devet organizacij mnenja, da njihova spoznanja in izkušnje nimajo bistvenega vpliva na odločitve ministrstev in drugih državnih organov, lokalnih skupnosti oziroma financerjev. V večini se to predvsem nanaša na snovanje in zagotavljanje sofinanciranja novih programov, ki bi odgovarjali na zaznane, še nepokrite potrebe, na katere organizacije opozarjajo »*za spremembe na področju razvoja novih programov potrebno preveč časa. Preveč je pogovorov, načrtovanja, priprav in iskanja odgovorov na vsa vprašanja, ki se lahko pojavijo*«. Ena organizacija je izpostavila, da so zaznane potrebe na terenu podkrepili z raziskavo in uspešno izvedenim programom, pa vendar so za nadaljnjo izvajanje programa prejeli (pre)malo finančne podpore.

Organizacije morajo proaktivno delovati v širši javnosti in biti angažirane pri odzivanju na družbeno dogajanje, informirati in ozaveščati javnost o situaciji na terenu, na drugi strani pa tudi opozarjati na morebitne izključevalne prakse in neustrezne obravnave uporabnikov drog. Kot pravi tretjina organizacij, se bo na takšen način »glas slišal tudi do financerjev«.

Projekti oziroma programi, ki se izvajajo, morajo biti razumljeni kot skupni projekti vseh deležnikov tega področja »(da) financerji in politika odgovorno so-vplivata na izvajanje programov in da moramo pri tem sodelovati vsi!«. Le aktivno vključevanje mnenj NVO v usmeritve na področju drog bodo pokazale, da se jih jemlje kot strokovne in enakovredne partnerje.

Sodelovanje z vladnimi in nevladnimi organizacijami

Odgovori so pokazali, da imajo sodelujoče organizacije v večini široko razvite mreže sodelovanja tako z javnimi kot nevladnimi organizacijami, s katerimi se srečujejo oziroma sodelujejo pri svojem delu.

Odgovore, ki so jih podale organizacije, bomo predstavili v dveh tabelah. Prva bo predstavila odgovore sodelovanja z javnimi institucijami, druga sodelovanje z nevladnimi organizacijami.

Sodelovanje z javnimi institucijami:

Organizacije	Način in razlogi za sodelovanje	Načini sodelovanja in zadovoljstvo s sodelovanjem
<ul style="list-style-type: none"> - Center za socialno delo - Zavod za zaposlovanje - CPZOPD - CZOPD - bolnišnice (UKC, psihiatrične klinike ipd.) - vzgojno izobraževalni zavodi (šole, vzgojni zavodi ipd.) - ministrstva - lokalne skupnosti (»občine«) - zdravstveni domovi 	<ul style="list-style-type: none"> - sodelovanje pri podpori določenemu uporabniku - predstavitve dela NVO organizacij v institucijah - sodelovanje zaradi sofinanciranja - odzivanje na aktualno problematiko 	<ul style="list-style-type: none"> - sodelovanje teče dobro - zadovoljstvo s sodelovanjem - želja po bolj partnerskem in enakovrednem sodelovanju - zadovoljstvo s sodelovanjem pri razvijanju storitve testiranja - včasih se sodelovanje težko vzpostavi - razlikovanje v pogledih - prihaja tudi do trkov različnih politik na področju drog - razlikovanje med pozicijami moči, ki onemogočajo

<ul style="list-style-type: none"> - Uprava za probacijo - ZPKZ - fakultete - NIJZ - stanovanjski skladi 		<p>enakovredno sodelovanje</p> <ul style="list-style-type: none"> - nujna večja odzivnost/prisotnost predstavnikov ministrstva na določenih skupnih srečanjih - potreba po boljšem sodelovanju tudi med posameznimi javnimi institucijami in pristojnimi ministristvi - veliko prelaganja odgovornosti in nepovezanega delovanja
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sodelovanje z nevladnimi organizacijami (op. posameznih organizacij poimensko ne bomo naštevali).

Organizacije	Način in razlogi za sodelovanje	Zadovoljstvo s sodelovanjem
<ul style="list-style-type: none"> - sorodne NVO (ki večinoma delujejo na področju socialnega varstva) - komune 	<ul style="list-style-type: none"> - kadar je smiselno za naše delo - skupni projekti - načrtovanje podpore skupnim uporabnikom - skupno usmerjanje pomoči - izmenjava dobrih praks - ozaveščanje javnosti - povezovanje v Zvezi NVO 	<ul style="list-style-type: none"> - sodelovanje teče dobro - zadovoljstvo s sodelovanjem - potreba po več izmenjave dobrih praks in strokovnih znanj; skupne strokovne ekskurzije - zmanjka časa za dobro povezovanje in izmenjavo znanj - pomemben informacijski kanala je CVNOS - zelo dobro, korektno in iskreno sodelovanje

		- pomanjkljivo sodelovanje, več interesa za sodelovanje
--	--	---------------------------------------------------------

Sodelovanja med organizacijami so odvisna od posameznega deležnika, zato je težko posplošiti, kako le-ta potekajo. Pre pogosto je faktor za dobro (ali nezadovoljivo) sodelovanje pripravljenost in razumevanje s strani oseb, ki se med seboj povezujejo. Pri sodelovanju za določenega uporabnika se s strani javnih organizacij večkrat pokaže nerazumevanje širšega življenjskega konteksta uporabnika in nefleksibilnost pri preseganju protokolov v prid uporabnikov. Na drugi strani je ena organizacija izpostavila *»Dosedanje izkušnje vezane na sodelovanje z omenjenimi državnimi ustanovami ocenjujemo vestno v skrbi za varovance, saj je v našem skupnem interesu pomoč ranljivim, s tem odvisnim od prepovedanih drog«*, kar kaže na to, da so izkušnje raznovrstne in jih ne smemo generalizirati.

Poudarjajo *»dejanski partnerski dialog, ki temelji na strokovnosti posameznih deležnikov ter poteku dialoga, ki temelji na sodobnih strokovnih smernicah in argumentaciji, ne pa razmerjih moči«*.

Tretjina organizacij razlog za njihovo dobro sodelovanje z drugimi vidi v njihovem proaktivnem delovanju.

Večina organizacij so članice Zveze NVO in svoje članstvo dojemajo kot pomembno. Delovanje omenjene zveze ni profesionalizirano, kar pomeni, da si posamezne članice (organizacije) ter njihovi zaposleni čas in aktivnosti v Zvezi NVO določajo po svojih zmožnostih. Slednje je včasih premalo za aktivnejši pristop pri določenih vprašanjih ter večje spremembe na področju zasvojenosti.

Polovica organizacij redno sodeluje s tujimi organizacijami. Sodelovanje ocenjujejo kot zelo dobro *»...veliko so nam pomagali pri razvoju naših storitev, predvsem testiranja, kjer smo čutili močno strokovno podporo in solidarnost tujih organizacij na tem področju, hkrati pa tudi mi z našimi izkušnjami pomagamo organizacijam iz drugih držav«*.

Finančna ter politična podpora programom

Vse sodelujoče organizacije so pri izvajanju programov odvisne od prijavljanja na razpise različnih financiranj, zato pozdravljajo vzpostavitev večletnih razpisov, na katere so v preteklosti večkrat opozarjale. To jim omogoča kontinuirano izvajanje programov, ob enem pa tudi njihovo nadgradnjo, saj z večletnim zagotovljenim financiranjem lažje načrtujejo delo dolgoročno. Finančna stabilnost prav tako pozitivno vpliva tudi na samo delovanje posameznih NVO. Težavo pri financiranju izpostavljajo pri dinamiki izplačevanja, saj organizacije pogosto predlogo čakajo tako na izdane sklepe kot tudi na nakazilo sredstev, kar jim otežuje izvajanje samih programov.

Kljub zadovoljstvu z večletnim financiranjem pa v večini še vedno opozarjajo na nezadostno višino sredstev, ki jih pridobijo za izvajanje programov, saj le-ta ne omogočajo zaposlovanja zadostnega števila kadra, ki bi ga ob večanju števila uporabnikov, prav tako pa kompleksnejših težavah uporabnikov (ki potrebujejo individualiziran in intenzivnem pristop), potrebovali. Pri tem je pomembno tudi sofinanciranje s strani lokalnih skupnosti, ki pa si ga mnoge organizacije le s težavo zagotavljajo. Tako še vedno ni zadosti tako politične kot finančne podpore s strani posameznih lokalnih skupnosti »Kljub poslanim dopisom na Mestno občino X in opravljeni raziskavi s sodelovanjem NIJZ X... ni bilo odgovora z njihove strani«. Pozivajo, da lokalne skupnosti prevzamejo bolj aktivno vlogo pri podpori programov, ki se pomembno odzivajo na problematiko njihovega okolja.

Premalo finančne podpore se namenja tudi razvoju novih oziroma dodatnih programov, kar lahko vpliva tudi na slabšanje situacije povezane z drogami.

Nadgraditi oziroma spremeniti bi bilo nujno tudi sistem plač v NVO sektorju in ga izenačiti z zaposlenimi v javnem sektorju »Zaposleni v NVO se sprašujemo, ali je naše strokovno delo manj vredno kot delo kolegov v javnih institucijah«.

Politična podpora programom mora izhajati iz zaznanih potreb uporabnikov in ne sme biti odvisna od »samovolje oblasti«. Polovica vprašanih je mnenja, da obravnavana problematika nima zadostne politične podpore in da je v mnogih segmentih še vedno spregledano področje »...vlada pri načrtovanju javnih politik ne upošteva strokovnega mnenja in predlogov nevladnih organizacij, ki imamo pregled nad dejanskim stanjem na področju drog, o potrebnih sistemskih rešitvah in oblikovanju programov, ki zasledujejo potrebe uporabnikov drog«. Mnoge so izpostavile, da v obdobju 2014-2020 niso zaznale nobenih sprememb pri povečanju podpore temu področju, še vedno je premalo tudi razpisov in drugih aktivnosti, ki bi omogočale zadostno podporo za ustrezen razvoj področja prepovedanih drog. V splošni (ponekod tudi strokovni) javnosti so uporabniki programov sodelujočih organizacij še vedno stigmatizirani in zapostavljeni, kar pomeni, da se v teh letih ni dosti spremenilo tudi pri sami destigmatizaciji področja.

Pandemija COVID-19

Eno izmed vprašanj se je navezalo tudi na aktualno stanje pandemije bolezni Covid-19, ki je nedvomno vplivalo na izvajanje programov in dostopnost uporabnikov in uporabnic do najrazličnejših storitev in programov organizacij. Ne nazadnje so krizne razmere preusmerile fokus na samo spopadanje s pandemijo, zato nas je zanimalo, kako so sodelujoče organizacije v tem obdobju zasledovale cilje programov oziroma kako je potekalo samo izvajanje storitev in aktivnosti. Ob tem nas je tudi zanimalo, kakšno podporo so prejele s strani lokalne skupnosti in države, da so v teh kriznih časih lahko nudile podporo že tako socialno izključeni skupini, kot so uporabniki drog.

Organizacije so v skladu s priporočenimi ukrepi in navodili prilagodile izvajanje svojih programov, pri čemer so v največji možni meri sledile ciljni skupini, kateri so namenjene. Tiste, ki delajo z mladimi ocenjujejo, da so svoje delo uspešno prenesle na splet, saj so se mladi na stike in komunikacijo preko različnih kanalov zelo odzivali. Nekatere organizacije so dosegle tudi nove uporabnike iz drugih regij, ki jih drugače ne bi »*Spletne intervence so se izkazale za dobro orodje pri doseganju zelo mlade in ranljive skupine uporabnikov, poleg tega nam pomagajo pri nudenju pomoči v regijah, ki smo jih do sedaj težje dosegali. Izkazalo se je tudi, da lahko s pomočjo IG vključimo tudi skupine mladih, ki jih prej nismo dosegali*«. Pri tem so nekatere kupile novo IKT opremo oziroma vzpostavile (ali pričele) uporabljati nova spletna orodja, s katerimi so lažje vzdrževale stik z uporabniki. Za to večina organizacij ni prejela nobene dodatne pomoči s strani financerjev.

Težje je bilo ohranjati stik s tistimi uporabniki, ki jih dosegajo preko uličnega terenskega dela, saj so predvsem v času prepovedi zadrževanja na javnih mestih bili preganjani z javnih površin. Prav tako so bili prostori dnevnih centrov nedostopni oziroma so delovali omejeno, zato je bilo nujno poiskati načine, kako se kljub omejitvam približati ljudem in jim nuditi aktivnosti, ki so nujno potrebne. Tukaj se je pokazala fleksibilnost, katero (nevladne) organizacije premorejo, saj so npr. pričele izvajati terensko delo (razdeljevanje sterilnega pribora ipd.) v bližini domov uporabnikov, dve organizaciji sta uporabnikom dostavljali substitucijsko terapijo (zaradi ukinitve javnega prometa in oddaljenosti CPZOPD-jev), več organizacij pa je pričelo še z dodatnimi aktivnostmi in akcijami, ki so bile, predvsem v času popolnega zaprtja, nujne (nakupi in dostava hrane ter toplih obrokov, razdeljevanje vode in drugih napitkov brezdomnim na terenu, zagotavljanje nujne medicinske oskrbe na terenu, odprtje začasnega zavetišča ipd.). Zaradi zaprtja svojih prostorov je več organizacij preusmerilo svoje delo na ulico, v terensko delo. Nekatere so zunaj, pred vrati dnevnih centrov, nudile pomoč uporabnikom, saj bi drugače uporabniki ostali brez nujne podpore (pomoč pri urejanju socialnih statusov, pomoč pri urejanju administrativnih stvari, naročanje na UE, pomoč pri komunikaciji s CSD, razdeljevanje sterilnega pribora, oblek, hrane, tudi razbremenilni pogovori in reševanje psihosocialnih stisk). Delo se je izvajalo tudi preko telefonskih pogovorov, na daljavo. V tem času se je pokazalo, kako so mnogi uporabniki odvisni od aktivnosti, ki jih nudijo organizacije, tudi pri samem zadovoljevanju osnovnih eksistencialnih potreb.

V odgovorih organizacij se natančno pojavljajo tudi opisi vseh (dodatnih) aktivnosti, ki so jih izvajale v tem obdobju, vendar zaradi obsega poročila tega ne bomo navajali. Dobro bi bilo, da bi vse dobre prakse, ki so se v tem času vzpostavile, zbrale v posebnem poročilu.

Četudi organizacije pravijo, da so kljub omejevanju svojih običajnih aktivnosti v večini dosegale cilje programov, več, uporabnikom pomembnih aktivnosti, niso mogle izvajati »*Dnevni center z razglasitvijo epidemije obiskovalcem ni več mogel nuditi varnega prostora, kjer lahko smiselno preživijo del svojega časa, kar je eden od glavnih namenov dnevnega centra*«. Ukinitev prostočasnih in skupinskih aktivnosti, ki uporabnikom osmišljajo vsak dan, je vplivalo na

osamljenost, socialno izolacijo in povečanje psihosocialnih stisk pri uporabnikih. Število vključenih uporabnikov v organizacije je ostalo skoraj nespremenjeno, z nekaterimi se je intenziteta podpore tudi povečala *»Pri mnogih uporabnikih so bili potrebni dolgi in še bolj pogosti pogovori, nekateri uporabniki so potrebovali podporo skoraj vsak dan«*. V tem času so se vključevali novi uporabniki, tudi čisto nove skupine uporabnikov, ki so se zaradi omejenega dostopa javnih služb več obračale na (nevladne) organizacije.

Ob začetku pandemije organizacije niso prejele dovolj informacij in usmeritev, zanašati so se morale na svojo iznajdljivost in prilagodljivost glede samega izvajanja, prejele niso zadosti zaščitne opreme *»Zagotovo bi bilo lažje, če bi bili vključeni v delovne skupine tako na lokalnem kot državnem nivoju, kjer so pripravljali ukrepe za zajezitev pandemije«*. Ena organizacija je opozorila, da bi vlada morala jasno določiti, da so programi *»nujna infrastruktura«* in da na prilagojen način vseeno izvajajo aktivnosti, saj so se soočali z inšpekcijskimi nadzori in policijo, kar je samo oteževalo njihovo delo. V drugem valu se je informiranje in komunikacija s pristojnimi službami izboljšala, pridobile so tudi zadosti zaščitne opreme.

Čas pandemije je nedvomno predrugačil delo v organizacijah. Če se je mnogo javnih služb preselilo na delo na daljavo, omejilo svoje delovanje (in uradne ure), omejilo dostopnost in stike z ljudmi, so (nevladne) organizacije na drugi strani opravljale veliko dodatnega dela. Na ravni države se je večina aktivnosti usmerila na samo spopadanje s pandemijo, zato obstaja realna skrb, da bodo mnoge aktivnosti in nujne spremembe na področju drog zastale.

C. Usmeritve organizacij za oblikovanje naslednjega nacionalnega programa na področju prepovedanih drog

Vsebinska priporočila

- na področju preventivnega delovanja:

Področje preventivnega delovanja je potrebno bolj sistematično in opredeliti, pri čemer je nujno medresorsko povezovanje, ki bi omogočalo kakovostnejše preventivne programe. Pri tem opozarjajo, da je pomemben tudi nadzor nad samim izvajanjem preventivnih aktivnosti, saj so še vedno prepogosto priča delavnicam v šolah z zastarelo, neučinkovito ter neprimerno preventivno vsebino, ki po njihovem mnenju *»lahko naredijo več škode kot koristi«*. Opozarjajo, da pogosto nepremišljene tiskovine in ostali mediji z zgolj podajanjem informacij niso učinkovito sredstvo za preventivno osveščanje, predvsem populacije otrok in mladostnikov.

Velik del odgovorov se je nanašal na preventivno delo z mladimi, ki še vedno predstavljajo ključno ciljno skupino na področju preventivnega dela. Poudarja se preventivno delo skozi celotno izobraževalno obdobje, ne samo v (nižjih) razredih osnovne šole *»Področje preventivnega dela z mladimi bi moralo biti predmet resornega dogovora (vsaj) med področji sociale, šolstva, zdravstva in represije. Skupaj bi morali določiti vsebinski plan za različna starostna obdobja, začenši od začetka osnovne šole do študentske populacije. Vsaki od starostnih skupin bi morali v okviru šolskega sistema ponuditi določene vsebine, ki bi bile predhodno usklajene med čim večjim številom različnih profilov strokovnjakov«*. Eden izmed predlogov je tudi, da bi se preventivne aktivnosti vključilo v šolski učni načrt, v obliki rednih šolskih dejavnosti oziroma vsebin, ki bi tako bile dostopne vsem otrokom in mladim v vseh slovenskih osnovnih šolah. Pri tem je potrebno zagotoviti strokovnost izvajanja takšnih vsebin, prav tako pa se s svojimi pristopom približati ciljni skupini *»Mladi imajo namreč zelo pomembna vprašanja, katerih odgovore bodo poiskali tako ali drugače. Pripravljenost za poslušanje ter pogovor z mladimi je velikokrat primernejši od golega informiranja ali predavanja, kaj šele moraliziranja in strašenja«*. Preventivne dejavnosti za mlade morajo potekati v okviru med vrstniških dejavnosti in omogočati *»pozitivne izkušnje, krepitev samopodobe in skupinskega vključevanja v različne dejavnosti, k so lahko obenem vzgojne in tudi družbeno koristne (npr. ekološki projekti)«*.

Glavni cilj preventivnih dejavnosti mora tako predstavljati pozitiven razvoj posameznika, ki se udejanja preko najrazličnejših prostočasnih aktivnosti in drugih oblik (lastnega) ustvarjalnega izražanja. Mladim, ki se znajdejo v stiski je potrebno ponuditi dosegljive svetovalne in podporne dejavnosti v njihovem domačem oziroma lokalnem okolju, zato jih je potrebno razširiti po celotni Sloveniji, tudi v najmanjših krajih.

Drugi sklop odgovorov je poudaril uvedbo celostnih preventivnih pristopov, saj *»da je pri obravnavi preventive (treba) upoštevati celotno okolje in življenjske pogoje posameznikov, družin in drugih življenjskih skupnosti.... ustvarjati življenjske okoliščine, ki ljudem omogočajo dobro*

počutje, izpolnjevanja lastnih potencialov ter spoštljivo sobivanje, in to na vseh ravneh (družina, šola, nastanitev, zaposlovanje)«. Eden izmed odgovorov tudi pravi, da se »preventivni programi morajo izvajati v skupnosti, kjer ljudje živijo, samo tako bomo dosegli populacijo, ki jo želimo in jih s klasičnimi preventivnimi programi ne dosežemo«. Način dela in pristopi se morajo snovati tako, da se približajo naslovnikom oziroma osebam, za katere se aktivnosti načrtujejo. Tako se mora spodbujati več terenskega dela. Preventiva se mora prav tako usmeriti tudi na delo s starši oziroma celotnimi družinami pri njihovem vsakdanjem življenju, kar pomeni da zaobjamemo celostno življenjsko polje uporabnikov in uporabnic.

Dobre prakse iz tujine nam lahko pomagajo pri snovanju dobrih in kvalitetnih programov preventivnih aktivnosti tudi v našem prostoru. Spodbuja se prenos koncepta »na dokazih temelječa praksa«, prav tako pa kontinuirano in aktivno sodelovanje med prakso, raziskovanjem in politiko (različnimi deležniki), kar omogoča ažurno odzivanje na zaznane potrebe omenjenega področja.

Nacionalni program in javni razpisi morajo zagotavljati kontinuiteto kvalitetnih preventivnih programov, kar se lahko doseže s stabilnim, večletnim obdobjem financiranja. Ob tem je potrebno programe tudi redno evalvirati, prav tako tudi omogočati redno usposabljanje in izobraževanja kadra.

- **na področju zdravljenja:**

Tudi na področju zdravljenja poudarjajo usmeritev v holistični pristop, ki omogoča različne, a celostne možnosti za posameznika *»Možnosti zdravljenja obravnavajo osnovna vprašanja, ki spremljajo zlorabo substanc. Gre za potrebe odpiranja novih perspektiv z uporabo tradicionalnih, novih ali alternativnih oblik pomoči«*. Pri tem si želijo več sodelovanja med zdravstvenimi in ne zdravstvenimi institucijami, z namenom celostne obravnave uporabnikov *»...bi se poleg (premagovanja) abstinenčne krize ter fizične odvisnosti ljudem ponudilo tudi terapevtsko obravnavo, podporo in pomoč pri reševanju socialnih, odnosnih, družinskih in ostalih težav... v krogu strokovnjakov z različnih področji naj se vzpostavi sistem zdravljenja in obravnave ljudi....«*.

Izkušnje uporabnikov jasno nakazujejo, da potrebujemo večstopenjske programe zdravljenja, ki bi uporabnike bolj motivirali in spodbujali k zmanjšanju uporabe in nato k abstinenci in spremembi načina življenja. Mnogi uporabniki, ki so vključeni v nizkopražne programe ali programe zmanjševanja škode se, kljub želji po vključitvi v proces zdravljenja, pogosto neuspešno vključijo v obstoječe oblike zdravljenja, saj umanjajo programi, ki bi predstavljali nekakšen most med nizkopražnimi in visokopražnimi programi, sledili motivaciji uporabnikov in ponudili lažje vstopne pogoje v sam proces zdravljenja.

Razviti je potrebno specifične programe zdravljenja za mlade, ki uporabljajo drogo, saj dosedanje izkušnje kažejo, da obstoječi programi niso primerni za omenjeno ciljno populacijo.

Še vedno se kaže manko v programih, ki omogočajo zdravljenje in obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju (ali osebnostnimi motnjami) ter zasvojenostjo.

Poleg institucionalnega zdravljenja je potrebno spodbujati in razvijati skupnostne službe, ki so dosegljive posameznikom v njihovih vsakdanjih okoljih. Podporne skupnostne službe morajo ljudem omogočati prestajanje kriz v skupnosti, dosegljivo psihoterapevtsko pomoč in druge zdravstvene storitve za uporabnike drog. Na tem področju je bil sicer narejen velik napredek tudi z vzpostavitvijo mobilnih enot, še posebej tistih, ki na terenu uporabnikom distribuirajo substitucijsko terapijo ter v sklopu CZOPD Ljubljana nudijo storitve zdravstvene rehabilitacije v okolju, kjer ljudje živijo. O tem je več napisanega v 2. delu tega poročila.

Sodelujoče organizacije so podale povratno informacijo in priporočila tudi za delovanje obstoječih oblik zdravljenja, in sicer CPZOPD-jev in CZOPD-ja.

Pri delovanju CPZOPD-jev se zaznavajo velike razlike v delovanju različnih centrov po Sloveniji, zato bi jih bilo potrebno poenotiti in prenesti dobre ter delujoče pristope na vse CPZOPD-je, saj bi le tako uporabnikom omogočali enakopravno in ustrezno obravnavo. Samo delovanje centrov mora biti bolj prilagodljivo in omogočati bolj prožno odzivanje tako na zaznane družbene trende kot tudi na razumevanje celostne posameznikove življenjske situacije. Večkrat zaznana togost delovanj centrov ni v skladu s holističnimi pristopi, katerim moramo v prihodnje stremeti, v mnogih primerih lahko celo otežijo posameznikovo življenjsko situacijo. V samih CPZOPD-jih uporabniki potrebujejo več individualne obravnave, nujno pa se mora zaposlovati več različnih profilov, ki omogočajo celovito obravnavo, tudi strokovne delavce s področja socialnega dela oziroma socialnega varstva. V prihodnjem obdobju se mora večjo podpro zagotoviti tudi mobilnim enotam za razdeljevanje substitucijske terapije.

V Sloveniji potrebujemo tudi več CZOPD-jev, potrebno bi jih bilo vzpostaviti v različnih regijah po državi. Organizacije opozarjajo, da bi moral obstoječi center prilagoditi potek sprejema na zdravljenje, predvsem v smislu krajšega pripravljalnega procesa pred samo vključitvijo v program. Predolg proces lahko vpliva na samo motivacijo uporabnikov za vključitev, pri čemur se preveč preprosto interpretira, da uporabniki tako ne izkazujejo zadostno pripravljenost za zdravljenje, premalo kritično pa se razume samo togost postopkov, ki ne podpirajo potreb uporabnikov. Potencialnim uporabnikom, ki se želijo vključiti v samo zdravljenje in so oddaljeni od Ljubljane, bi se moralo preko različnih komunikacijskih kanalov prilagoditi sam proces pred sprejemom. Večina ima nizke dohodke in si večkratne poti v Ljubljano ne morejo privoščiti, kar vpliva tudi na samo motivacijo za vključitev v program. Glede na pozitivne izkušnje z novoustanovljenimi mobilnimi enotami, bi lahko razvoj vključevanja uporabnikov v CZOPD potekal tudi preko terenskega dela, ki ga po besedah uporabnikov le-ti doživljajo kot bolj dostopnega in prilagojenega.

- **na področju rehabilitacije in reintegracije:**

Spodbuja se širitev mreže programov reintegracije po celotni Sloveniji. Opaža se pomanjkanje programov reintegracije po zaključenih zdravljenih, zato bi se rehabilitacija in reintegracija morali

bolj celostno povezati z zdravljenjem, npr. *»...namestitveni program, ki vključuje nizek vstopni prag, se nato stopnjuje in uporabnika pripelje do abstinence, do terapevtskega dela z namenom urejanja življenja in sprejemanja bolj odgovornih odločitev«*. Trenutna situacija ne omogoča zadosti možnosti trajne in varne nastanitve s podporo, zato bi se podporni mehanizmi rehabilitacije in reintegracije morali povezovati z aktivno politiko reševanja brezdomstva, pri čemer se izpostavlja nujno sprejetje koncepta *»Housing first«* (Najprej stanovanje) oziroma zgledovanje po t.i. finskem modelu reševanja brezdomstva. Da bodo osebe uspešne v procesih rehabilitacije in reintegracije morajo imeti zagotovljeno varno streho nad glavo, po potrebi tudi z dodatno nastanitveno podporo terenskih strokovnih delavcev.

Poleg stanovanjskega vprašanja pa morajo programi rehabilitacije in reintegracije naslavljeni tudi aktivno vključevanje v družbo. Razširiti je potrebno aktivnosti, ki bi ljudem osmislile vsakdan in jim dajale občutek vrednosti in napredovanja, več pa bi se moralo vlagati v razvoj in spodbudo socialnemu podjetništvu in aktivnejši pomoči pri zaposlovanju oseb, ki so uspešno zaključile zdravljenje *»...tudi na način alternativnih oblik organiziranja dela, oz. poslovnih modelov z vidika socialnega podjetništva, ki bi omogočili ekonomsko stabilnost ranljivih skupin...Uporabnike bi tako lahko spodbujali pri opravljanju različnih priložnostnih ter servisnih del kot so npr.: popravilo koles, čiščenje in skrb za okolico, osebna pomoč, javna kuhinja, turistično vodenje itd.«*. Pomembno bi bilo razviti programe, ki so nekakšni vmesni ali prehodni programi med nizkopražnimi in visokopražnimi programi. Ena izmed organizacij podaja primer: *»V DC se med drugim srečujemo z uporabniki, ki se že pol leta ali leto držijo le predpisane substitucije oz. uživajo drogo in alkohol le občasno poleg substitucije. Ti uporabniki se v okolju DC, kamor so radi zahajali prej, ko so vsakodnevno uživali droge, zdaj počutijo neprijetno, ne želijo se srečevati z drugimi odvisniki, okolje ocenjujejo kot rizično, hkrati pa ne vedo, kam bi se dali. V visokopražne podporne skupine ne želijo, saj ne nameravajo popolnoma abstinirati, zanje je dosežek že to, da so se sposobni držati le predpisane terapije. Ti uporabniki velikokrat ostajajo doma sami, počutijo se osamljeno, ne vedo, kje najti primerno družbo zase...«*. Eden izmed uporabnikov je tudi povedal *»Jaz svojo reintegracijo udeležam preko vašega programa (program zmanjševanja škode - dnevni center in terensko delo)... programi ki obstajajo enostavno ne ponujajo tistega, kar potrebujemo...«*. Zato je nujno vzpostaviti in povezati programe reintegracije tudi z nizkopražnimi programi in znotraj takšnih programov omogočati aktivno participacijo in opolnomočenje uporabnikov. Pri tem se izpostavljajo tudi programi za mlade, ki uživajo prepovedane droge *»... za tiste mlade, ki niso dovolj motivirani za spremembo, ki ne želijo vpetosti v javne programe, potrebujejo pa zaupen, kontinuiran odnos z nekom, ki ga bo sčasoma pripeljal do odločitve o spremembi. Z mladimi je včasih potrebno najprej vzpostaviti dober odnos, ki od njega ne zahteva popolne abstinence, saj bo to povečalo motivacijo za nadaljnje spremembe«*. Takšni programi bi morali ponujati tudi svetovalno terapevtske storitve, ki uporabniku ne pogojujejo vstopa v program.

Podporno delo v programih rehabilitacije in reintegracije mora izhajati iz skupnosti, v katero je uporabnik vpet oziroma povezano z okoljem, kjer živi. Razvijati je potrebno skupnostne programe,

ki nudijo možnosti srečevanja, povezovanja in pridobivanje novih izkušenj, npr: »*svetovalnice, dnevni skupnostni centri, skupine za samopomoč, interesne skupine ipd*«. Pri tem je pomemben tudi skupnostni pristop različnih služb, ki bi moral biti organiziran kot model aktivnega sodelovanja med različnimi akterji v spremljanju in načrtovanju ukrepov za konkretne posameznike »*Koordinacija bi morala biti zgrajena »od spodaj navzgor«, saj se vsi tisti, ki delajo na različnih področjih obravnav najbolj dobro zavedajo ovir in pomanjkljivosti v pomanjkanju sodelovanja med institucijami... Odpiranje in odkrivanje sistemskih ovir pri reševanju konkretnih problemov pomeni tudi možnost, da jih odpravimo*«. Za izvajanje kompleksnih programov rehabilitacije in reintegracije je potrebno načrtovati več zaposlitev v samih programih, kader pa mora biti ustrezno usposobljen za delo z uporabniki drog, ob tem pa je zaželeno, da se v programih zaposluje osebe iz različnih strokovnih področij (socialno delo, terapevti, psihologi ipd.).

- **na področju zmanjševanja škode:**

V zadnjih letih se na področju zmanjševanja škode opaža stagnacija; kljub mnogim uspešnim programom se prepočasi dogajajo spremembe in nadgradnje tako programov kot tudi pristopov dela, ki bi sledili sodobnim spoznanjem s tega področja (op. v podpoglavju novi programi vseeno lahko vidimo kar nekaj novo vzpostavljenih programov). Svetla izjema so nadgrajeni programi mobilnih enot, pri katerih se zdi, da so s povezovanjem socialno varstvenega področja ter področja zdravstvene nege oz. kemije, dejansko naredili korak naprej pri pridruževanju dejanskim potrebam uporabnikom drog na terenu.

Več pozornosti je potrebno usmeriti v prepoznavnost in razumevanje koncepta zmanjševanja škode, tako v različnih institucijah kot tudi v splošni javnosti. Krepite se mora sodelovanje vseh akterjev pri uveljavljanju aktivnosti zmanjševanja škode (npr. varna soba), ki so sicer strokovno utemeljene, vendar pa povzročajo večje odpore v javnosti, kar pogosto (in nedopustno) vpliva tudi na samo realizacijo programov »*potrebna je tako politična kot finančna podpora in močno skupno iskreno sodelovanje vseh deležnikov*«. Za ustrezen razvoj področja se potrebuje zagotavljanje ustrezne izvedbe novih pilotskih projektov, njihove evalvacije in načrtovanje dolgoročnejših načinov financiranja.

Pomemben poudarek se daje tudi nujnemu povezovanju socialnovarstvenih programov in zdravstvene obravnave. V nacionalnem programu je nujno potrebno opredeliti možnosti vključevanja zdravstvenega kadra v programe socialnega varstva. Zdravstvene obravnave bi tako bile bolj dostopne uporabnikom in tako zares predstavljale most med uporabniki in zdravstvenimi institucijami. Dobra praksa pa se je pričela že razvijati z mobilnimi enotami. Po navedbah izvajalcev programov bi bilo število mobilnih enot z multidisciplinarnim »socialno-zdravstvenim« timom potrebno povečati. Terenske time pa bi bilo potrebno okrepiti tudi z zdravniki različnih specializacij, predvsem pa z družinskimi zdravniki ter psihiatri. Ti profili bi se lahko v tim vključevali občasno oziroma po potrebi. Še bolj potrebno pa je, da se poleg že vzpostavljenih

mobilnih enot, zdravstveniki v obliki redne prisotnosti vključijo tudi v delovanje dnevnih centrov, saj so potrebe po zdravstveni obravnavi uporabnikov drog velike in presegajo možnosti, ki so trenutno izvedljive v okviru mobilnih enot.

Naslednje, na tem področju je prav tako potrebno opredeliti in razviti programe, ki bodo primerni za mladostnike. Uskladiti se morata področji dela z mladimi in koncept zmanjševanja škode.

Izpostavljajo se sledeči programi oziroma aktivnosti, ki jim je na področju zmanjševanja škode potrebno nuditi še posebno pozornost v naslednjem nacionalnem programu: varna soba, dnevni centri še z nižjim pragom vstopa, nastanitveni programi z nizkopražnim vstopnim pragom (brezpogojno nastanjanje), podpora dolgotrajno zasvojenim (vse to tudi samo za ženske), iglomati, odpraviti destigmatizirano obravnavo v zdravstvenih ustanovah, omogočiti dostop do osebnih zdravnikov, zagotavljati možnost brezplačne psihoterapevtske obravnave, anonimno in brezplačno dostopen Naloxon, razvoj socialnega podjetništva oziroma prilagojeno zaposlovanje za aktivne uživalce drog.

Kot izrazito nenaslovljena področja se izpostavljajo:

1. problematika injiciranja drog na javnih površinah oziroma neustrezno naslavljanje t.i. odprte scene drog,
2. uporaba drog v ZPKZ in s tem povezanimi alarmantnimi vidiki souporabe injekcijskega pribora oziroma pomanjkanje aktivnosti zmanjševanja škode v ZPKZ,
3. nastanitve z zdravstveno obravnavo starejših uporabnikov drog

Organizacije se soočajo s »kroničnim pomanjkanje kadra« v programih zmanjševanja škode, zato pozivajo k povečanju sredstev in tako možnosti zaposlovanja dodatnega strokovnega kadra na tako širokem področju, kot je področje zmanjševanje škode.

- **na področju raziskovanja:**

Sodelujoči se v večini strinjajo, da bi v Sloveniji morali izvajati redne raziskave na področju prepovedanih drog. Potrebuje se več aktualnih podatkov in pregled stanja pri nas, na kar se potem lahko nanašajo tudi strategije in usmeritve, akcijski načrti ter javni razpisi na področju nedovoljenih drog. Še posebej se za raziskovanje izpostavljajo področja uporabe prepovedanih drog med mladimi in med drugimi rizičnimi ciljnim skupinami, področje novih psihoaktivnih snovi in njihovih posledic, povezave nevroznanosti, psihoterapije ter odvisnosti od prepovedanih drog, prav tako pa o povratnikih v zdravljenja. Predlaga se tudi obsežnejša vseslovenska raziskava o razširjenosti drog, značilnostih in življenjskih razmerah oseb, ki uporabljajo droge. Prav tako izpostavljajo, da potrebujemo evalvacije programov ZPKZ in CZOPD.

Zaradi neposredna stika s terenom in uporabniki prepovedanih drog, sodelovanja in mreženja s sorodnimi organizacijami in poznavanja t.i. realnega stanja na tem področju, bi NVO (in druge izvajalske organizacije) lahko prispevale pomembna raziskovalna spoznanja »Uporabniki bi lahko

postali tudi (so)raziskovalci oz. bi izdatno prispevali k učinkovitemu raziskovanju.... Drugi predlog je, da bi se delo izvajalskih organizacij in uporabnikov bolj povezovalo z akademskim delom. Več bi morale biti stika in sodelovanja različnih fakultet in univerz z nevladnimi in vladnimi organizacijami». Pri tem pa opozarjajo, da je potrebno raziskovalno delo posebej ovrednotiti, zagotoviti dodatno financiranje oziroma dodatno kadrovske pokritost, saj tega znotraj obstoječih kadrovske zmožnosti ne zmorejo pokriti. Pri raziskovanju bi se lahko okrepila tudi vloga LAS-ov, ki bi lahko predstavljali točko povezovanja organizacij, odločevalcev in raziskovalcev pri spremljanju aktualnega stanja v lokalnih skupnostih.

- **na področju informiranja:**

Vzpostaviti je potrebno neko institucijo oziroma organizacijo, ki bi bila zadolžena za ažurno in jasno izmenjavo informacij med vsemi deležniki področja prepovedanih drog v Sloveniji in bi bila od njih neodvisna. Nekatere organizacije sicer to pričakujejo že znotraj obstoječega sistema »*Če je Komisija za droge RS najvišje/najpomembnejše telo v državi na področju drog, bi si morda od njih želeli imeti ažurne informacije glede aktualnega dogajanja na področju politike drog, javnih razpisov na področju drog ter tudi možnost za dvosmerno komunikacijo*«, vendar se to v resnici ne izvaja zadovoljivo in v skladu s pričakovanji izvajalskih organizacij.

Organizacije potrebujejo tudi več informacij s strani financerjev za pridobivanje sredstev za nove programe.

Pri informiranju splošne javnosti (pa tudi potencialnih uporabnikov programov) moramo vzpostaviti dodelane strategije informiranja, ki morajo biti usklajene na nivoju odločevalcev kot tudi izvajalcev samih programov, »*opredeliti se in skupaj podajati enake, verodostojne informacije*«. Z informiranjem pa moramo proaktivno delovati tudi v smeri destigmatizacije samih uporabnikov drog. Npr. o materah, ki so zasvojene se v javnosti skoraj ne govori, zato moramo z ustreznim informiranjem detabuizirati določena področja oziroma ranljive skupine.

Sistem za zgodnje opozarjanje NPS se prepozna kot koristen, zato ga je potrebno umestiti tudi v nov nacionalni program.

- **na kakem drugem področju:**

V tem razdelku se je več organizacij usmerilo na samo delovanje in financiranje organizacij (predvsem NVO). Kakovostnim programom, ki se v evalvacijah izkažejo kot uspešni in sledijo potrebam uporabnikov, je potrebno zagotavljati stabilno in večletno financiranje, saj bodo le tako lahko zasledovali tudi cilje in usmeritve nacionalnih programov in akcijskih načrtov na tem področju. Omogočati pa je potrebno tudi razpise za nove (in eksperimentalne) programe, ki se lahko prožno odzivajo na novo zaznane potrebe.

Zaposleni v nevladnem sektorju opozarjajo na neenakovreden položaj, ki ga imajo v primerjavi z zaposlenimi v javnem sektorju, pri tem predvsem izpostavljajo nižje plače in nezmožnost napredovanj. To je tudi razlog, da mnogi zaposleni po več letih zaposlitve v NVO odhajajo v javne

službe, NVO pa morajo usposobiti nov kader za zahtevno delo, ki ga opravljajo. Tako pozivajo, da pristojni resorji nemudoma začnejo z urejanjem tega področja.

Znotraj financiranja programov se mora zagotavljati sredstva za redna, ustrezna in strokovna usposabljanja in izobraževanja oseb, ki se pri svojem delu srečujejo z ljudmi, ki uporabljajo droge in imajo težave z zasvojenostjo. Prav tako je pomembno redno izobraževanje oseb, ki so vključene v oblikovanje politik na področju drog (in nimajo neposrednega stika z uporabniki). Opozarjajo, da *»..tudi pomanjkanje znanja je lahko namreč vzrok za diskriminatorno in nestrokovno vedenje«*. Pri pripravi izobraževanj in izboru predavateljev je potrebno upoštevati sodobna spoznanja in najnovejše ugotovitve s področja uporabe drog in zasvojenosti, omogočati pa se mora tudi prenose dobrih in uspešnih praks iz tujine.

Organizacije potrebujejo dodatna sredstva tudi za samo vodenje in organizacijo dela.

Več organizacij je pri sami vsebini novih programov poudarilo dostopnost psihoterapevtskega svetovanja. To področje je v manjši meri dostopno ranljivim skupinam prebivalstva, kamor spadajo tudi uporabniki drog, zato bi morali tudi znotraj novega nacionalnega programa to področje bolj jasno opredeliti in omogočati pogoje za umeščanje psihoterapije v sistem javnega socialnega varstva in zdravstvenega sistema.

Usmeritev nacionalnega programa

Pričakuje se, da Nacionalni program s svojimi cilji in usmeritvami jasno odraža, kakšno politiko in usmeritev do drog bo država vodila v naslednjih letih. Ob tem si sodelujoče organizacije želijo, da bi Nacionalni program dopuščal možnosti prožnega odzivanja (in fleksibilnejšo vzpostavitev novih programov) na morebitne zaznane družbene spremembe in potrebe, ki se tekom daljšega časovnega obdobja lahko pojavijo. Ob tem morajo biti opredeljeni tudi mehanizmi za krizno upravljanje, ki v času izrednih razmer omogočajo nemoteno delovanje organizacij, prav tako pa omogočajo ustrezno odzivanje na nove situacije.

Izvajalske organizacije si želijo biti prepoznane kot aktivni akterji na tem področju ter sprejeti kot kompetentni sogovorniki pri oblikovanju politike na področju drog *»...NVO še bolj vključene v same procese odločanja in kreiranje politike na področju drog, pomembno je, da je sodelovanje čim bolj korektno, partnersko, vključujoče in enakovredno«*. Odločevalci bi morali sodelovati z zaposlenimi na terenu ter enakovredno upoštevati njihova mnenja in predloge, v samem Nacionalnem programu pa je potrebno jasno definirati načine participacije organizacij, ki delujejo v praksi. Uskladiti in poenotiti je potrebno delovanje oziroma usmeritve resorjev, institucij in organizacij, saj drugače v Sloveniji ne bomo uspešni pri razvoju tega področja.

Predlaga se, da se v naslednjem Nacionalnem programu spodbudi razvoj jasne in celovite strategije na dveh področjih, na področju dela z mladimi in področju preventive. Strategiji mora oblikovati ustrezna multidisciplinarna skupina, s strokovnjaki različnih področij (socialnega varstva,

zdravstva, mladinskega dela, prava in kriminologije...), na podlagi izkušenj iz prakse, dobrih praks in raziskav iz tujine, sodobnih strokovnih spoznanj, ki pri tem upošteva (tudi pravno formalni) kontekst Slovenije.

Vzpostaviti je potrebno »novo področje« oziroma večjo povezanost med nizkopražimi in visokopražnimi programi. Trenutno je na tem področju prevelika vrzel, ki mnogokrat daje učinek t.i. vrtljivih vrat – uporabniki krožijo med različnimi programi in organizacijami, vendar nikjer zares ne dobijo podpore, ki jo potrebujejo.

Področje uporabe drog je treba bolje povezati s stanovanjsko politiko in vsebine usmeriti v okrepitev področja nastanitvene podpore oziroma zagotavljanja varnih in dostopnih namestitev ali stanovanj. To se mora jasno določiti tudi v Nacionalnem programu. Tudi na takšen način bi lahko spodbudili samo stanovanjsko politiko, da prične z nujnim urejanjem tega področja.

Politika na področju drog mora iti v smer dekriminalizacije, prav tako zmanjševanju represivnih ukrepov *»Prioritetna področja bi morala iti v smer manjše represije (in ne posredne ali neposredne kriminalizacije) in v smer sprejemanja uporabnikov drog kot dela družbe«*. Dolgoletne izkušnje organizacij jasno kažejo, da aktivnosti, ki izhajajo iz represivnih ukrepov ne dosežejo želenega učinka (nasprotno, pogosto imajo ravno nasprotni učinek ali pa samo poglobijo stiske ljudi). To se mora jasno odražati tudi v osrednjem nacionalnem dokumenti, ki mora biti usmerjen k ustvarjanju družbene klime, sprejemanju in aktivnem vključevanju uporabnikov drog v družbo, pa tudi ustvarjanju ugodnega delovnega okolja in pogojev dela v organizacijah in inštitucijah, kjer je možno nuditi kvalitetno strokovno in celostno pomoč ter razvijati sodobne skupnostne pristope podpore.

D. Ugotovitve in ključni poudarki

V splošni del evalvacije je bilo vključenih 12 organizacij (op. na začetku 15, tri organizacije smo kasneje, z usmeritvami naročnika pri obdelavi podatkov izvzeli), kar sicer predstavlja manjši del (nevladnih) organizacij, ki delujejo na tem področju. Sodelujoče organizacije kljub temu pokrivajo širok spekter dela oziroma aktivnosti na področju prepovedanih drog in s svojimi številnimi programi zajamejo velik del različnih uporabnikov. Za celovitejšo sliko bi bilo potrebno vključiti še ostale izvajalske organizacije na tem področju, kar Zveza NVO v prihodnjih korakih sodelovanja pri pripravi novega Nacionalnega programa na področju drog namerava tudi storiti.

V obdobju 2014-2020 so (nevladne) organizacije razvile kar nekaj novih programov, pri čemer so sicer odgovorile na mnoga prezrta področja in ciljne skupine (v ospredju so predvsem programi preventivnega dela, informiranja in zmanjševanja škode), kljub temu pa ostajajo nekatere ciljne skupine in aktivnosti (kljub poskusom) brez prave podpore. Pri tem seveda najbolj izstopajo tiste, ki so opredeljene v samem NP (torej so te potrebe bile zaznane že pred šestimi leti), pa vendar še danes niso bile realizirane (npr. varna soba, heroin na recept, programi za mlade, ki uporabljajo droge, programi za starajoče uporabnike drog s pridruženimi boleznimi in povečanim tveganjem za brezdomstvo, zasvojeni s pridruženimi težavami v duševnem zdravju, nadgradnja programov v ZPKZ ipd.).

Organizacije so vzpostavile dobre načine notranje evalvacije programov, v katere pomembno vključujejo tudi uporabnike, s čimer kontinuirano preverjajo uspešnost (in smiselnost) svojih aktivnosti. Vzpostaviti je potrebno mehanizme zunanje evalvacije, tako samih programov NVO kot drugih, ki izvajajo storitve na tem področju. Za to bi bilo potrebno uveljaviti neodvisno institucijo oziroma organizacijo.

V NP je kot pomemben cilj navedena tudi podpora raziskovalnemu delu na tem področju, ki pa se po mnenju organizacij ne izvaja v zadostni meri. V raziskovanje bi se lahko več vključevale tudi same NVO organizacije, za kar pa v trenutnih razmerah nimajo zadosti kadra ne finančne podpore.

NP v svojih načelih zagovarja razvoj strokovno uravnoveženih pristopov in programov, ki se morajo med seboj dopolnjevati in povezovati v usklajene in celovite aktivnosti. Glede na vključeni vzorec, organizacije v večji meri pokrivajo področje primarne preventive, zmanjševanja škode in psihosocialno obravnavo, v manjši meri pa reintegracijo in zdravljenje. Četudi se opozarja še na mnogo nepokritih potreb uporabnikov iz vseh omenjenih področij, je iz odgovorov jasno razbrati, da se mora večjo težo dati razvoju programov reintegracije po celotni Sloveniji (prav tako regijsko razširiti druge programe), saj trenutno število programov nikakor ne odgovarja na številne potrebe tega področja (na to opozarjajo tudi sami uporabniki organizacij). Omenjene programe je potrebno celoviteje povezati s programi zmanjševanja škode, psihosocialne obravnave pa tudi zdravljenja.

Evalvacija aktualnega vsebinskega dela organizacij je sicer pokazala, da se področja dela vedno bolj prepletajo, če želijo ustrezno slediti potrebam uporabnikom. Zato je v prihodnosti potrebno preseči »klasično« delitev na področja (kot so npr. zmanjševanje škode, reintegracija ipd.) in ponujati celostne pristope po meri končnih koristnikov storitev.

Nadalje lahko to povežemo tudi z (v NP opredeljenem) načelom celovitega in sočasnega reševanje problematike drog, ki še posebej izpostavlja sodelovanje in vključevanje različnih akterjev in sektorjev. Organizacije se sicer povezujejo tako s sorodnimi NVO (s čimer so v veliki meri zadovoljne), kot tudi javnimi organizacijami oziroma institucijami, s katerimi pa imajo zelo raznolike izkušnje. Še vedno ni v zadostni meri skladno in timsko delovanje ter prevzemanje soodgovornosti različnih sektorjev, kot najbolj nujno potrebno se izpostavlja povezovanje socialnega varstva in zdravstva. Kot dober primer takšnega sodelovanja je projekt mobilnih enot, katerega evalvacija naj služi nadaljnjim širitvam tega sodelovanja.

Eden izmed ciljev NP je tudi sodelovanje civilne družbe (in NVO organizacij) v procese usklajevanja in odločanja na področju drog. Organizacije si želijo večje vključenosti in boljšega sodelovanja z državnimi organi, boljše pretočnosti informacij in skupnega sooblikovanja prioritetenih področij (in javnih razpisov). Želijo si enakovrednega položaja z javnimi institucijami, tudi v smislu strokovne samostojnosti in dojemanja NVO kot relevantnih in pomembnih sogovornikov. Tako je potrebno urediti tudi položaj zaposlenih v NVO in ga izenačiti z zaposlenimi v javnih službah.

Na področju financiranja programov so se z večletnimi razpisi zgodili pomembni premiki v smeri kontinuiranega in stabilnega delovanja organizacij, kljub temu pa obstoječe financiranje ne omogoča zaposlovanja zadostnega števila strokovnih delavcev, ki se jih ob večanju števila uporabnikov ter njihovih kompleksnejših težavah potrebuje. Problematično je tudi sofinanciranje s strani lokalnih skupnosti, ki je še vedno nezadostno, prav tako pa sama aktivnost in politična volja lokalnih skupnosti pri podpori razvoja tega področja.

Velik poudarek dajejo organizacije tudi stalnemu strokovnemu izpopolnjevanju na tem področju (v skladu s finančnimi zmožnostmi posameznih organizacij), s čimer zasledujejo tudi cilj NP, ki spodbuja kontinuirano izobraževanje strokovnjakov, ki delujejo na tem področju. Ob tem dodajajo, da je vsem akterjem tega področja potrebno omogočiti dodatna izobraževanja in usposabljanja, ki morajo slediti sodobnim smernicam in znanjem s tega področja, pri tem pa se mora omogočiti tudi prenos dobrih praks iz tujine.

Ne nazadnje, namen (nevladnih) organizacij in njihovih programov je naslavljanje in reševanje stisk uporabnikov drog ter omogočanje njihovega enakovrednega vključevanja v družbo. Zato apelirajo, da se glas uporabnikov ter njihove prvoosebne izkušnje s spoštovanjem vključujejo tudi v tako pomembne dokumente, kot je Nacionalni program.

2. DEL; RAZVOJ IN NADGRADNJA MREŽE MOBILNIH ENOT ZA IZVAJANJE PREVENTIVNIH PROGRAMOV IN PROGRAMOV ZMANJŠEVANJA ŠKODE NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG

Predstavitev projekta

Na podlagi večletnega izpostavljanja potreb organizacij, ki izvajajo storitve zmanjševanja škode neposredno v življenjskem okolju uporabnikov drog ter v sklopu ciljev Nacionalnega programa na področju drog 2014-2020, je Ministrstvo za zdravje (MZ) v letu 2017 objavilo javni razpis za izbor operacij »Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog« (v nadaljevanju »projekt«). Predmet javnega razpisa je bilo sofinanciranje programov za razvoj in nadgradnjo mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog in novih psihoaktivnih snovi. Mobilne enote zmanjševanja škode na področju drog in zasvojenosti so bile sicer s strani MZ sofinancirane že v letu 2007, poleg tega so nekatera društva terensko delo z uporabniki prepovedanih drog izvajala zunaj okvira sofinanciranja MZ. Z javnim razpisom MZ se je izvedbena faza projekta začela v letu 2017, v praksi so mobilne enote začele delovati v letu 2018. Projekt se bo zaključil v letu 2022. Glavni poudarek izvedbene faze projekta je vzpostavitev in delovanje strokovnih multidisciplinarnih timov, ki vključujejo različne pristope dela z ljudmi, ki uporabljajo droge. MZ je v razpisni dokumentaciji opredelilo in omogočilo delovanje štirih vsebinsko različnih sklopov dela z uporabniki prepovedanih drog, ki vključujejo zmanjševanje škode, reintegracijo ter zdravstveno in socialno rehabilitacijo uporabnikov. V sklopu projekta je tako začelo delovati 10 mobilnih enot, ki vsaka na svojem vsebinskem ter krajevnem področju deluje bodisi kot nadgradnja prej delujočega terenskega programa (sklop 1), bodisi kot inovativen ter novoustanovljen mobilni program za delo z uporabniki prepovedanih drog (sklopi 2, 3, 4). Glavna cilja celotnega projekta, ki sta bila opredeljena v javnem razpisu sta opolnomočenje ciljnih skupin za približevanje trgu dela in zdravstvena in socialna rehabilitacija uporabnikov prepovedanih drog (PD) in novih psihoaktivnih snovi (NPS). S tema ciljema naj bi se prispevalo tudi k zmanjševanju povpraševanja po PD in NPS in k omejevanju števila okuženih s HIV in hepatitisom B in C ter smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov PD in NPS. Skupna razpoložljiva višina nepovratnih sredstev, ki so za namen projekta razpoložljiva v obdobju 2017-2022 znaša 2.396.822,93 EUR, od tega jih preko Evropskega socialnega sklada (ESS) 80 % prispeva Evropska unija, 20 % finančnih sredstev pa izhaja iz postavke slovenske udeležbe za sofinanciranje kohezijske politike.

V nadaljevanju sledi predstavitev vsebinskih sklopov na katere so se izvajalci prijavi ob javnem razpisu za izbor operacij »Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog«.

Sklop 1:

»Programi preprečevanja uporabe PD in NPS v mobilnih enotah in programi zmanjševanja škode pri uporabnikih PD in NPS v mobilnih enotah«

Ta sklop je namenjen nadgradnji programov zmanjševanja škode, ki so že pred začetkom projekta delovali v različnih slovenskih regijah ter z mobilnimi enotami izvajali terensko delo z uporabniki prepovedanih drog. Teh programov je (bilo) pet, nekateri od njih so bili preko javnega razpisa sofinancirani s strani MZ od leta 2007: Društvo Stigma (Ljubljana), Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim svojcem Svit Koper (Koper), Javni zavod Socio (Celje), Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje (Nova Gorica) in Zdrava pot (Maribor). Poleg tega je bila ena enota, z javnim razpisom 2017, namenjena programu za preprečevanje uporabe PD in NPS oziroma storitvam socialne reintegracije. Ta program izvaja Društvo Projekt Človek (Škofja Loka). Namen programov mobilnih enot je povečanje dostopnosti programov preprečevanja uporabe PD in NPS in programov zmanjševanja škode pri uporabnikih PD in NPS, zmanjševanje regionalnih razlik in razlik med spoloma ter delo z ranljivimi (marginaliziranimi) skupinami prebivalstva. Prav tako je namen teh programov vzpostavitev pogojev za boljše sodelovanje in povezovanje zdravstvenega in socialnega sektorja pri delu z uporabniki PD in NPS. Glavni cilji izvajanja programov preprečevanja uporabe PD in NPS so informiranje, svetovanje, zgodnja detekcija in zgodnje intervencije. Glavni cilji izvajanja programov zmanjševanja škode so zmanjševanje zdravstvenih in socialnih posledic pri uporabnikih PD in NPS, vzpostavitev stika z večjim številom uporabnikov, predvsem s tistimi, ki še niso vključeni v nobeno obliko zdravljenja ali pomoči (skrita populacija uporabnikov). Terensko delo se izvaja s terenskimi vozili (kombiji) v katerih je pisarna in priročni ambulantni del. aktivnosti v okviru sklopa 1 se izvajajo v obliki obveznega konzorcijskega sodelovanja med prijaviteljem, ki je neprofitna pravna oseba javnega ali zasebnega prava (z referencami na področju preprečevanja rabe oziroma zmanjševanja škode zaradi PD in NPS), in konzorcijskim partnerjem, ki je zdravstveni dom s sedežem v Republiki Sloveniji. Prijavitelji so v okviru javnega razpisa od MZ prejeli v uporabo mobilno enoto, pri čemer morajo finančna sredstva, ki so namenjena uporabi mobilne enote, zagotoviti iz drugih virov. Prijavitelj je prav tako iz drugih virov moral zagotoviti dva sodelavca z izkušnjami pri socialni obravnavi uporabnikov, ki opravljata aktivnosti v mobilni enoti. Konzorcijski partner je v okviru javnega razpisa prejel sredstva za zaposlitev diplomiranega zdravstvenika, ki v strokovnem multidisciplinarnem timu (skupaj z omenjenima sodelavcema, ki ju zagotovi prijavitelj) opravlja aktivnosti v mobilni enoti. V okviru Sklopa 1 je bilo torej dodeljenih šest mobilnih enot in sofinanciranih šest zaposlitev diplomiranega zdravstvenika v zdravstvenih domovih.

Pričakovani rezultati za Sklop 1:

Kazalnik	Pričakovan rezultat na posameznega prijavitelja	Skupaj Sklop 1
Specifični kazalnik: Število oseb iz ranljivih ciljnih skupin (uporabniki PD in NPS), vključenih v programe preprečevanja uporabe PD in NPS in programe zmanjševanja škode zaradi PD in NPS	Vsaj 400	Vsaj 2.400
Kazalnik učinka: število oseb iz ranljivih ciljnih skupin, vključenih v program	Vsaj 20	Vsaj 120
Kazalnik rezultata: število oseb iz ranljivih skupin, vključenih v iskanje zaposlitve, izobraževanje ali usposabljanje, pridobivanje kvalifikacij ali v zaposlitev ob izhodu	5 % (vsaj 1 oseba)	5 % (vsaj 6 oseb)

Sklop 2:

»Programi za substitucijsko zdravljenje v mobilnih enotah«

Za ta sklop sta se na javni razpis MZ prijavila Zdravstveni dom Slovenj Gradec in Zdravstveni dom Ptuj, ki sta bila pri kandidaturi tudi uspešna. Namen programa substitucijskega zdravljenja v mobilnih ambulantah je povečanje dostopnosti programov substitucijskega zdravljenja, zmanjševanja regionalnih razlik in razlik med spoloma ter delo z ranljivimi (marginaliziranimi) skupinami prebivalstva. Glavni cilj izvajanja programa je višja vključenost uporabnikov PD in NPS v substitucijske programe zdravljenja in preprečevanje zdravstvenih in socialnih posledic pri pacientih. Program omogoča zgodnjo detekcijo in vzpostavitev stika z večjim številom uporabnikov, predvsem s tistimi, ki še niso vključeni v nobeno obliko zdravljenja ali pomoči (skrita populacija uporabnikov drog). Terensko delo se izvaja s terenskimi vozili (kombiji), v katerih sta pisarna in priročni ambulantni del, prilagojen za substitucijsko zdravljenje. V Sloveniji se kaže potreba po mobilnih ambulantah za substitucijsko zdravljenje zlasti v krajih, kjer tovrstnih programov še ni ali pa je število pacientov za obstoječe kapacitete previsoko. Upravičeni prijavitelji za ta sklop so bili zdravstveni domovi s sedežem v Republiki Sloveniji, ki so v okviru javnega razpisa od MZ prejeli v uporabo terensko vozilo in sredstva za zaposlitev dveh diplomiranih zdravstvenikov in ene srednje medicinske sestre. Ob tem je prijavitelj sam moral poskrbeti za zagotovitev sodelovanja strokovnega multidisciplinarnega tima za substitucijsko obravnavo, kar vključuje zdravnika specialista, ki je prisoten za predpisovanje zdravil in

spremljanje uporabnikov, ter terapevta. Poleg tega mora prijavitelj stroške, ki nastajajo za uporabe mobilne ambulante zagotoviti iz drugih virov. V okviru Sklopa 2 sta bili v uporabo dodeljeni dve mobilni ambulanti in sofinancirane štiri zaposlitve diplomiranega zdravstvenika ter dve zaposlitvi srednje medicinske sestre v zdravstvenih domovih. V Sloveniji sicer deluje mreža osemnajstih centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD).

Pričakovani rezultati za Sklop 2:

Kazalnik	Pričakovan rezultat na posameznega prijavitelja	Skupaj Sklop 2
Specifični kazalnik: Število oseb iz ranljivih ciljnih skupin (uporabniki PD in NPS), vključenih v programe substitucijskega zdravljenja	Vsaj 100	Vsaj 200
Kazalnik učinka: število oseb iz ranljivih ciljnih skupin, vključenih v program	Vsaj 15	Vsaj 30
Kazalnik rezultata: število oseb iz ranljivih skupin, vključenih v iskanje zaposlitve, izobraževanje ali usposabljanje, pridobivanje kvalifikacij ali v zaposlitev ob izhodu	5 % (vsaj 1 oseba)	5 % (vsaj 2 oseb)

Sklop 3:

»Analiza PD in NPS v mobilnem laboratoriju«

Prijavitelj in izvajalec tega sklopa je Združenje DrogArt (Ljubljana). Namen programa mobilnega laboratorija je zagotovitev različnih storitev na terenu, kjer se zbirajo mladi in drugi, ki uporabljajo PD, zlasti NPS (npr. na plesnih zabavah in drugih zabavi namenjenih dogodkih). NPS so postale velik problem po svetu in v Sloveniji, saj jih je moč relativno enostavno in hitro izdelati, njihov učinek pa je neznan in nepredvidljiv. Zaradi njihove uporabe so v nekaterih državah EU, vključno s Slovenijo, že poročali o smrtnih primerih. Glavni cilj izvajanja programa je anonimno testiranje vzorcev snovi z nudenjem čimprejšnje povratne informacije, kaj snov vsebuje oz. česa ne. Z anonimnim testiranjem in hitro povratno informacijo se lahko pomembno zmanjša tveganje za uporabnika, da bo uporabil snov, ki je lahko življenjsko ogrožajoča. Po vsebini javnega razpisa je bilo predvideno, da se nadaljnje in natančnejše analize posameznih v testiranje oddanih snovi opravi v laboratoriju z bolj sofisticiranimi metodami. Pred začetkom izvajanja projekta so snovalci le-tega načrtovali in predvideli, da bodo storitve v programu mobilnega laboratorija pomembno

prispevale tudi k spremljanju, profiliranju in prepoznavanju PD in NPS na nacionalni ravni. Terensko delo naj bi se po razpisu izvajalo s terenskim vozilom (kombijem), v katerem sta priročna pisarna in laboratorijska oprema, dejansko pa je program prejel terensko vozilo, ki za izvajanje terenskega dela, ki vključuje analizo PD in NPS, ni primeren in uporaben. Aktivnosti v okviru Sklopa 3 se izvajajo v obliki konzorcijskega partnerstva med prijaviteljem, ki je neprofitna pravna oseba javnega ali zasebnega prava (z referencami na področju zmanjševanja škode zaradi PD in NPS), in konzorcijskim partnerjem - Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano (NLZOH), ki je neprofitni javni zavod, ki opravlja laboratorijske analize in izpolnjuje zahteve standarda SIST EN ISO/IEC 17025 s sedežem v Republiki Sloveniji. V okviru javnega razpisa konzorcijski partner prejme sredstva za zaposlitev univerzitetnega diplomiranega kemika, ki opravlja aktivnosti v mobilnem laboratoriju, terensko vozilo ter stroški opreme za izvajanje analiz. Poleg tega prijavitelj iz drugih virov zagotavlja dva sodelavca z izkušnjami pri socialni obravnavi uporabnikov, ki opravljata aktivnosti v mobilnem laboratoriju, prav tako prijavitelj iz drugih virov krije stroške mobilnega laboratorija, ki nastajajo ob delu.

Pričakovani rezultati za Sklop 3:

Kazalnik	Pričakovan rezultat
Specifični kazalnik: Število oseb iz ranljivih ciljnih skupin (uporabniki PD in NPS), vključenih v programe analize PD in NPS	Vsaj 1000
Specifični kazalnik: Število opravljenih analiz PS in NPS	Vsaj 2000
Kazalnik učinka: število oseb iz ranljivih ciljnih skupin, vključenih v program	Vsaj 15
Kazalnik rezultata: število oseb iz ranljivih skupin, vključenih v iskanje zaposlitve, izobraževanje ali usposabljanje, pridobivanje kvalifikacij ali v zaposlitev ob izhodu	5 % (vsaj 1 oseba)

Sklop 4:

»Mobilna enota za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov PD in NPS«

Prijavitelj in izvajalec tega sklopa je Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD) Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana (UPK LJ). Namen programa mobilne enote za zdravstveno rehabilitacijo je zagotovitev prilagojene obravnave v skupnosti za uporabnike PD in NPS, ki zaradi pridruženih duševnih motenj ali drugih zdravstvenih težav težje dostopajo do institucionalnih in nevladnih programov pomoči. Glavni cilj izvajanja programa je ciljni skupini omogočiti prilagojeno obravnavo, ki vključuje multidisciplinarno oceno potreb in zmožnosti uporabnikov, sestavo rehabilitacijskega načrta z definiranimi cilji obravnave do zaključka obravnave ali sprejema v druge programe, izvajanje tako medikamentoznih kot nemedikamentoznih oblik obravnave, delo s svojci in povezovanje z nevladnimi organizacijami in drugimi službami na terenu. Terensko delo se izvaja s terenskim vozilom (kombijem), v katerem sta pisarna in priročen ambulantni del. Javni zdravstveni zavod je v okviru javnega razpisa od MZ v uporabo prejel mobilno enoto za zdravstveno rehabilitacijo in sredstva za zaposlitev diplomiranega zdravstvenika, pri čemer z drugimi viri zagotavlja sodelovanje strokovnega multidisciplinarnega tima za zdravstveno rehabilitacijo (zdravnika specialista, delovnega terapevta, medicinskega tehnika, psihologa in socialnega delavca). Prav tako prijavitelj zagotavlja financiranje ostalih stroškov, ki nastajajo z uporabo mobilne enote.

Pričakovani rezultati za Sklop 4:

Kazalnik	Pričakovan rezultat na posameznega prijavitelja
Specifični kazalnik: Število oseb iz ranljivih ciljnih skupin (uporabniki PD in NPS), vključenih v programe za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov PD in NPS	Vsaj 200
Kazalnik učinka: število oseb iz ranljivih ciljnih skupin, vključenih v program	Vsaj 35
Kazalnik rezultata: število oseb iz ranljivih skupin, vključenih v iskanje zaposlitve, izobraževanje ali usposabljanje, pridobivanje kvalifikacij ali v zaposlitev ob izhodu	5 % (vsaj 2 osebi)

Raziskava o delovanju mobilnih enot

V raziskavi smo podatke zbirali s tremi različnimi vprašalniki, ki smo jih razdelili med izvajalce in uporabnike storitev mobilnih enot. Kompleksen pristop v raziskovanju temelji na bifokalni perspektivi raziskovanja problemov socialnega dela, kjer je nujno upoštevati vsaj dve perspektivi, v našem primeru strokovnih delavcev s področja socialnega varstva ter zdravstva in perspektivo uporabnikov storite ter njihovega okolja. S tem smo prejeli številne nepovezane podatke o projektu, delovanju mobilnih enot ter tudi o življenju uporabnikov ter specifikah dela in doživljanja terenskih strokovnih delavcev.

Intervjuji s strokovnimi delavci področja zdravstvene nege ter kemije

Vprašalnike smo naslovili na vseh deset organizacij, ki v sklopu javnega razpisa izvajajo vse štiri sklope terenskega dela. V raziskavi smo želeli pridobiti odgovore vseh zdravstvenikov ter kemika, zato smo vprašalnik poslali tudi tistim zdravstvenikom, ki v projekt trenutno niso vključeni, bodisi zaradi prenehanja delovnega razmerja, ali pa zaradi drugih zadržanosti (bolniška odsotnost ali porodniški dopust). Vrnjenega vprašalnika nismo prejeli zgolj iz organizacije Zdrava pot (Maribor), saj trenutno v programu niso imeli zaposlenega zdravstvenika. Prejšnja zdravstvenica, katera je delovno razmerje predčasno prekinila, se na našo prošnjo za sodelovanje ni odzvala.

Kemik ter vse zdravstvenice, razen ene (v projekt se je vključila zaradi nadomeščanja porodniške odsotnosti predhodnice), so v projekt vključeni od začetka izvedbene faze projekta - v aprilu 2021 (ko je potekalo zbiranje podatkov za raziskavo) to pomeni približno 3 leta in 2 meseca. Sicer je povprečna delovna doba vseh dvanajstih strokovnjakov s področja zdravstvene nege in kemije dobrih enajst let (11,2), od tega jih ima 8 izmed njih manj kot 8 let skupne delovne dobe, ostali štirje pa več kot 10 let delovne dobe. Za eno izmed zdravstvenic je bila zaposlitev v sklopu projekta prva zaposlitvena izkušnja, najdaljša delovna doba izmed strokovnjakov zdravstvene nege traja skoraj 36 let.

Tabela sodelujočih izvajalskih organizacij ter organizacij delodajalcev, ki vključujejo strokovnjake zdravstvene nege in kemije:

Ime organizacije, ki izvaja projekt:		Delodajalec:	Število sodelujočih :
1.	Projekt Človek	Zdravstveni dom Škofja Loka	1
2.	Stigma	Zdravstveni dom Kranj	1
3.	Društvo za pomoč odvisnikom in njihovim svojcem Svit Koper	Zdravstveni dom Izola	1

4.	Javni zavod Socio	Zdravstveni dom Celje	2
5.	DrogArt	Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano (NLZOH)	1
6.	Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje	Zdravstveni dom Nova Gorica	1
7.	Zdrava pot	Zdravstveni dom Maribor	/
8.	CZOPD Ljubljana	CZOPD Ljubljana	1
9.	Zdravstveni dom Slovenj Gradec, CPZOPD/KMEP	Zdravstveni dom Slovenj Gradec, CPZOPD/KMEP	2
10.	Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj	Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj	2
Skupaj vključenih zdravstvenikov:			12

V nadaljevanju so predstavljene nekatere najpomembnejše teme oziroma vidiki novo zaposlenega kadra strokovnjakov s področja zdravstvene nege in kemije, pridobljeni na podlagi raziskovalnih vprašalnikov/intervjujev. Delno strukturirani intervjuji so predstavljeni s povzetki odgovorov vseh raziskovancev ter nekaterimi komentarji, ki se nanašajo na določeno temo, temu sledijo citati posameznih zdravstvenikov oziroma kemika. Poleg reprezentativnosti vsebine, je namen podati oseben, na trenutke čustven in iskren, a vendar bežen (ne poglobljen) dokument dela ter razmišljanja strokovnjakov o projektu in področju drog ter zasvojenosti.

Izsledki in spoznanja strokovnih delavcev s področja zdravstvene nege ter kemije

Motivacija za vključitev v projekt zdravstvenih delavcev ter kemika ter pričakovanja pred začetkom dela v projektu

Novo zaposleni navajajo številne *osebne vzgibe*, ki so jih vodili v prijavo na razpisano delovno mesto: zanimanje za področje drog in zasvojenosti, pomoč šibkejšim, osebne motivacijske sposobnosti, vztrajnost, sposobnost empatije, sprejemanje delovnega vzgiba, raziskovanje potreb, odsotnost zadržkov do uporabnikov drog, zanimanje za življenjske zgodbe ljudi itd. Poleg tega so motivacijo predstavljale tudi nekatere *značilnosti delovnega mesta* kot so: terensko delo, strokovno delo na področju zdravstva, možnost vplivanja na vedenje drugega, dinamičnost dela ter raziskovalno delo, priložnost za razvoj novih programov pomoči v regiji itd.

Z vidika kemika predstavlja analiza prepovedanih psihoaktivnih snovi zelo zanimivo področje. Največja motivacija je bila identifikacija novih psihoaktivnih snovi, ki predstavlja z raziskovalnega vidika velik izziv.

Že v času študija me je področje duševnega zdravja in psihiatričnih bolezni najbolj pritegnilo oz. zanimalo. Področje zasvojenosti dotika tudi duševnega zdravja. Zadržkov pred uživalci drog nisem imela. Všeč mi je tudi terensko delo.

*Pričakovanja so se pri večini novo zaposlenih v projektu uresničevala v večji, pri nekaterih pa v manjši meri. Pri novo zaposlenem kadru so bili prisotni številni *strahovi*, ki so se navezovali na morebitno lastno nekompetentnost, strahovi povezani s stereotipi in predsodki do uporabnikov drog, strahovi glede vključevanja v delo, ki ni njihovo strokovno področje itd. Vsi strahovi so se izkazali kot neutemeljeni. *Neuresničena pričakovanja*, ki se navezujejo na projekt so povezana z manjšim številom uporabnikov, s katerimi izvajalska organizacija dela na terenu ter s premajhnim povezovanjem in sodelovanjem z drugimi izvajalskimi organizacijami v projektu. Zaznano je nezadostno povezovanje in sodelovanje MZ z izvajalci projektov. Novo zaposleni so pred začetkom dela pričakovali, da na lokalnem ter nacionalnem nivoju programov pomoči obstajajo večje možnosti zdravljenja ter obravnave zasvojenosti, večja dostopnostjo programov za uporabnike - upoštevajoč nižje vstopne zahteve v programe, veliko več je tudi stigme in diskriminacije znotraj programov, ki nudijo podporo/obravnavo uporabnikom drog. Pri zaposlovanju nekaterih zdravstvenikov v program, je prišlo do neskladja pri razpisnih pogojih za zaposlitev ter pri dejanskem, delu, ki ga novo zaposlen kader izvaja. Pri slednjem primeru je vodstvo organizacije na razgovorih za delo namreč predstavilo delo ter aktivnosti povsem drugače, kot se to izvaja v praksi. Gre za očitno nerazumevanje dela in paradigme bodisi pri vodstvu organizacije, bodisi pri novo zaposlenem kadru.*

Bistveno mi je bilo, da sem se skušala prilagoditi delovnemu okolju, saj sem vedela, da grem v eno izmed nevladnih organizacij. Morebiti sem v tem kontekstu pričakovala več trenj s sodelavci, predvsem zaradi različnih pogledov, sociale in zdravstva. Pa moram reči, da so ta pričakovanja bila napačna, saj dobro sodelujemo. Tak je moj občutek. Na neki način se prilagajamo in učimo drug od drugega oz. si dovolimo pogledati na stvari tudi iz druge perspektive.

Pričakovala sem večje število stikov z uporabniki na terenu, več ozdravljenih odvisnikov, oz. večji odziv na zdravljenje. Moja pričakovanja se do sedaj niso uresničila, razumem tudi zakaj ne. Pričakovala sem tudi več možnosti ter inštitucij za zdravljenje, bolj enostaven vstop v programe in več programov reintegracije v družbo po doseženi abstinenci.

Samo delo je bilo predstavljeno drugače. Glavna sestra se je zgražala nad podeljevanjem metadona na terenu. Danes to predstavlja najpomembnejšo delo.

Vloga in delo zdravstvenikov ter kemika

Delo zdravstvenika/kemika razdelimo na aktivnosti, ki jih ti izvajajo *neposredno z ali za uporabnika* ter tiste *aktivnosti, ki jih v programu izvajajo brez stika/povezave z uporabnikom*. Zdravstveniki so najpogosteje izpostavili, da so uporabnikom s katerimi delajo »zaupniki«, iz tega najbrž sledijo pogosto navedene aktivnosti neformalnega pogovora, svetovanja ter informiranja. Skoraj polovica zdravstvenikov vzpostavlja stike z zdravstvenimi institucijami, kamor nekateri izmed njih uporabnike tudi spremljajo oz. vanje vstopajo, še več zdravstvenikov pa z ustanovami sodeluje na način, da uporabnike tja naroča na preglede in preiskave. Nekoliko presenetljivo je poročanje zdravstvenikov, da kljub zgolj dvema mobilnima enotama, ki na terenu uporabnikom dovažata substitucijsko terapijo, o tej storitvi spregovorijo zdravstveniki iz štirih različnih mobilnih programov. Kot se izkaže, je bila ta storitev nadvse dobrodošla v času epidemije, ko so uporabnike na ta način podprli tudi v mobilnih enotah, ki sicer substitucijske terapije ne razvažajo. Štirje zdravstveniki izvajajo storitve zamenjave sterilnega pribora za uporabo drog, prav tako štirje poročajo o prevezovanju in oskrbi kroničnih ter akutnih ran uporabnikov. Med bolj pogostimi storitvami, ki jih na terenu izvajajo zdravstveniki so še: izvajanje seminarjev na temo zdravja ter zdravstveno izobraževalno delo, pomoč pri prepoznavanju bolezenskih stanj in spremljanje zdravstvenega stanja uporabnikov, motiviranje uporabnikov in spodbujanje k zdravemu načinu življenja. Aktivnosti, ki jih poleg tega zdravstveniki kot svoje neposredno delo z/za uporabnike še navajajo so: upravljanje z medikamentozno terapijo uporabnikov, sestavljanje jedilnikov, kontroliranje higiene v terapevtski skupnosti, organizacija testiranja za virus hepatitisa C, iskanje informacij za uporabnike, pomoč pri iskanju službe, pomoč pri iskanju stanovanja, izvedba mobilnih testiranj, ozaveščanje uporabnikov, merjenje vitalnih funkcij, delo s svojci, skupno določanje nadaljnje zdravstvene obravnave, oskrba s hrano in priprava individualnega načrta zdravstvene rehabilitacije. Nekoliko manj je tistih aktivnosti, ki jih zdravstveniki opravljajo v programih in nimajo neposrednega učinka in stika z uporabniki storitev. Te aktivnosti so: skrb za opremljenost in urejenost skladišča, skrb za opremljenost in urejenost terenskega vozila, vožnja terenskega vozila, iskanje partnerstva z visoko zdravstveno šolo, koordiniranje projekta in vodenje sestankov terenskega tima. Specifične so naloge kemika, ki deluje v enoti mobilnega laboratorija, saj pri svojem delu nima skoraj nobenega stika z uporabniki. Njegove naloge in aktivnosti v programu so delo v laboratoriju, priprava laboratorija, izvajanje analiz, sporočanje rezultatov analiz, obveščanje o nevarnih vzorcih, raziskovalno delo in razvoj novih metod določanja snovi.

Svoj doprinos – mogoče to, da se posamezniki name obračajo z neko zdravstveno težavo, skupaj ugotovimo kakšne so možnosti nadaljnje obravnave in skupaj določiva kaj bova storila.

Terensko delo je bilo v začetku dokaj skopo, saj še v program ni bilo vključenih veliko število uporabnikov. Sprva smo dostavljali substitucijo osebam, ki so same zaradi zdravstvenih razlogov težje hodile v center, nato pa smo začeli v teren vključevati vse več uporabnikov. Na terenu se poleg podelitve substitucije na dnevni bazi opravljajo še pogovori, zdravstveno izobraževalno

delo, motiviranje uporabnikov za bolj zdrav način življenja, informiranje o kontraindikacijah in stranskih učinkih drog in zdravil na recept. Če je potrebno, gre na teren z nama tudi zdravnik. Naše zadolžitve so predvsem preprečevanje škode na vseh področjih in prepoznavanje tveganega vedenja pri posameznikih.

Usposobljenost novega kadra ob začetku projekta

Usposobljenost novega kadra je bila v začetni fazi projekta sicer različna, prevladovalo pa je mnenje, da so bili zdravstveniki preslabo opremljene z znanji in kompetencami, za katere se je v nadaljevanju projekta izkazalo, da jih potrebujejo. V veliko pomoč je bilo novo zaposlenemu kadru v primerih, kjer imajo poleg svoje osnovne izobrazbe zaposleni pridobljene tudi dodatne kvalifikacije (vključenost v doktorski študij, psihoterapevtska znanja itd.). Razlikujejo se tudi potrebe po usposobljenosti in izobraževanju v začetni fazi projekta ter kasnejši, ki je še vedno aktualna; med tem, ko so v začetni fazi medicinske sestre predvsem potrebovale jasnejše delovne usmeritve ter vodenje (kar je predvsem posledica samega začetka projekta, ki je bil za vse nekoliko negotov in nov), komunikacijske veščine ter druge kompetence za ne-zdravstveno delo z uporabniki, poznavanje NVO sektorja ter programov pomoči, ki delujejo na področju zasvojenosti itd., so v kasnejši fazi bolj v ospredje prišle potrebe po obnavljanju ter krepitvi kompetenc, ki se navezujejo na zdravstveno nego. Veliko je namreč ne-zdravstvenega dela, kar zavira razvoj tistih spretnosti, ki so pri strokovnjakih na področju zdravstvene nege bistvene. Še posebej se je ta vidik izkazuje v timih, kjer deluje zgolj zdravstveni kader, saj v nekaterih timih prihaja do občutnega pomanjkanja znanj s področja vzpostavljanja in vodenja delovnega odnosa z uporabniki. Kot uspešna se je izkazala samoiniciativnost novega kadra in sicer v primerih, ko so medicinske sestre same navezovale stike z morebitnimi viri pomoči ter same iskale informacije za podporo.

Nisem bila ustrezno usposobljena ne deležna ustreznega izobraževanja. Pogrešala sem obisk vsem organizacijam v projektu, komunam in ostalim NVO, več posluha za naše težave in potrebe, organizirana ali kontinuirana ali večdnevna usposabljanja na CZOPD.

Mislim, da je bilo v začetku projekta veliko novosti in zato tudi občutka neusposobljenosti. Vendar je bilo organiziranih veliko izobraževanj in s tem možnosti novih znanj.

Potrebne kompetence za delo v projektu

Znanja, veščine in lastnosti, ki jih navaja novo zaposleni kader razdelimo na *strokovna znanja, osebno naravnost* ter *delovne izkušnje*. Slednje se predvsem nanaša na specifične izkušnje, ki so pogojene z delom z ranljivimi skupinami ter predvsem tistimi ljudmi, ki so v stiski zaradi posledic uporabe drog oz. zasvojenosti. Med strokovnimi znanji so zdravstveniki in kemiki najpogosteje izpostavili znanje o drogah in odvisnostih, čeprav so hkrati povedali, da kompetenten

strokovnjak potrebuje tudi ostala znanja ter strokovnost, ki presegajo zgolj vedenje o drogah. Med temi znanji se največkrat pojavlja: znanje o duševnem zdravju, strokovna zdravstvena znanja (teoretska in praktična), sposobnost poslušanja in ostala komunikacijska znanja, znanje o ostalih programih iz mreže pomoči, odsotnost obsojanja ter sposobnost dela v skupini. Med kompetencami, ki smo jih pri analizi umestili med strokovna znanja najdemo še: zmožnost refleksije, znanja o pomoči marginalnim skupinam, znanje samopomoči, odsotnost iskanja svojih rešitev za primere drugih, itd. Med osebnimi naravnostmi, ki naj bi jih imel nekdo, ki dela z ljudmi v stiski strokovnjaki pogosteje omenjajo: potrpežljivost, doslednost, prilagodljivost, enaka obravnava vseh, duševna/čustvena stabilnost ter zmožnost empatije, ki je med vsemi lastnostmi največkrat izpostavljena. Poleg tega so omenjene še lastnosti kot so: iskrenost, sodelovalnost, ljubezen do človeka, zmerna osebna občutljivost, prepričanost v dobro, telesna vzdržljivost, odsotnost strahu, spoštovanje sočloveka itd. V posebno kategorijo – *delovnih izkušenj* smo umestili odsotnost prevelikih pričakovanj oz. postavljanje realnih ciljev, kar se zdi pomembno približno polovici strokovnjakov. Poleg tega smo med delovne izkušnje umestili tudi poznavanje populacije uporabnikov drog ter znanje in izkušnje zasvojenčevih vedenj, s katerimi se lahko strokovnjak (ali nestrokovnjak) seznanj predvsem z dalj časa trajajočim odnosom. Pri nekaterih pojmi prihaja do negotovosti ali sodijo v kategorijo strokovnih znanj ali osebnih naravnosti, kot npr. »neformalni odnos« z uporabnikom, ki je lahko del osebne naravnosti posameznika, do določene mere pa se je vzpostavljanja ter vzdrževanja neformalnega odnosa mogoče priučiti in je tako del strokovnih znanj. Podobno je tudi s pojmi »socialnih veščin« in »sposobnost poslušanja«, »zmožnost podelitve osebne stiske«, »sprejemanje drugačnosti«, »odsotnost predsodkov« in »sprejemanje drugačnosti«. Tudi kategorijo delovnih izkušenj, bi v širšem smislu sicer lahko umestili v kategorijo strokovnih znanj, vendar so zgolj v obdobju formalnega izobraževanja skoraj nedosegljive in jih običajno dobimo v dalj časa trajajočem procesu dela.

Naj bolj prav pride prepričanje, da je to delo koristno, da koristi kot uporabnikom tudi celotni družbi okoli njih. Brez prepričanja, da je to delo koristno ne bi morala to delo opravljati, saj tudi če ljudje ne vedo je to delo kot psihično tudi fizično naporno že zaradi same narave del na terenu, ob mrazu in vročini.

Predvsem poznavanje populacije uporabnikov PAS, poznati njihove najpogostejše značilnosti. Zdravstvenik more biti potrpežljiv, suportiven, motivacijski, razumevajoč, dosleden, znati more pohvaliti dobre stvari in pograjati slabe. Najpomembnejše pa je, da se med zdravstvenikom in uporabnikom razvije zaupen odnos, ker le tako pridejo uporabniki do zastavljenih ciljev.

Za opravljanje tega dela moraš biti osebno dovolj močan in prilagodljiv, fleksibilen in empatičen z dobro izdelano samopodobo. Znanje iz področja farmakologije je zelo dobrodošlo, sploh ko pride do svetovanja za manj tvegano vedenje uporabnikov. Kot zdravstveniki smo izobraženi samostojno opravljati preveze različnih tipov ran in zdravstveno-vzgojno izobraževati

uporabnike o varnejšem injiciranju, uporabi materiala, delovanju substitucije, poučevanje o samo pregledovanju in navsezadnje pravočasno napotitev k zdravniku. Velik poudarek dajemo tudi na dobro počutje, ki ga pri uporabnikih dosežemo s svetovanjem o zdravi prehrani, zadostni hidraciji in izogibanju uživanja več depresorjev centralnega živčnega sistema naenkrat. Zdravstveni delavci smo izobraženi podajati informacije, ki so esencialne za zdrav način življenja.

Prilagajanje ter umeščanje novega kadra za delo v projektu

Novo zaposlen kader se je v projektu prilagajal preko *prilagoditvenih izzivov, prilagoditvenih mehanizmov in novih spoznanj*. Prilagoditveni izzivi izhajajo predvsem iz stisk, ki jim je bil novo zaposleni kader izpostavljen ob vstopu na delovno mesto, ki v našem prostoru do takrat še ni obstajal. Ta inovativen proces so v tem primeru spremljali različni strahovi, negotovosti ter nejasnosti tako s strani izvajalske organizacije, kot s strani snovalcev projekta, ki so se nato v končni fazi implicirali pri novo zaposlenem kadru. Velik izziv je predstavljalo nestrokovno delo, ki se ne navezuje na opravljanje zdravstvene nege, za katero so diplomirani zdravstveniki usposobljeni. Poleg tega je bila od klasičnega dela medicinskih sester razlika tudi ta, da le-te v večini programov niso bile usmerjane s strani zdravnikov, temveč s strani strokovnjakov s področja socialnega varstva ali pa so v veliki meri bile prepuščene samim sebi in svoji iznajdljivosti. Izzivi so bili povezani tudi s specifičnimi potrebami uporabnikov drog, kar je že samo po sebi spremljala stigma in je za medicinske sestre pomenilo območje neznanega.

Najbolj težko se je bilo prilagoditi na delo, ki ni zelo zdravstveno. Delo ne vsebuje posegov in klasičnega ambulantnega načina dela. Na začetku sem se bala, da ne bo dovolj zahtevno, pestro in da prav dosti ne morem doprinesti na delovno mesto. Vendar se je izkazalo za ravno nasprotno. In verjamem, da je še veliko možnosti za novosti.

Najtežje mi je bilo na začetku ko sem poslušala zgodbe in stiske uporabnikov in sem te emocije nesla domov. Sedaj razumem njihove izbire, jezo, frustracije in sem se naučila živeti s tem.

Res se delo zelo razlikuje od ostalih del v ambulantah in na urgenci kjer sem delala. Potrebno je veliko dodatnega posluha, potrpežljivosti, samega sprejemanja do nekaj novega- neznanega. Začetek je bil težak. Sprejela sem vsakega uporabnika čisto individualno. Vsak nosi zelo težko-tragično zgodbo do katere smo prišli po nekaj mesecih skupnega dela.

Ko govorijo ljudje o odvisnikih imamo večinoma v glavi sliko človeka, ki krade, laže in ki se ga je najbolje izogniti. Ko sem spoznala, da se za tem odvisnikom skrivajo zelo težke zgodbe, krivice, ki so se jim zgodile v preteklosti sem ugotovila, da so to ljudje kot jaz.

Sodelovanja kadra v mobilni enoti

Sodelovanje kadra v mobilni enoti se je tekom projekta spreminjalo. Pri večini se je sodelovanje razvijalo iz smeri šibkega proti močnemu/dobremu sodelovanju, kar je povzročilo postopno krepitev strokovne vloge posameznikov, člani tima so med seboj postopoma pridobivali podporo eden drugega. K dobremu sodelovanju je v največji meri pripomoglo zadovoljstvo z odnosi v timu, k temu pa po mnenju strokovnjakov najbolj prispeva upoštevanje mnenja vsakega posameznika, dobra oz. jasna komunikacija ter jasna delitev vlog posameznikov v timu. Poleg tega so bili kot elementi dobrega timskega sodelovanja večkrat izpostavljeni še: načrtovanje dela, upoštevanje dela novega kadra, skupno iskanje rešitev, skupno prizadevanje za uspešnost dialoga ter prilagajanje timu oz. timski pristop. V isti kategoriji lahko omenimo tudi strokovnost izvajalcev, redne timske sestanke, multidisciplinarnost sodelavcev, podpora vodstva organizacije ter vključenost v supervizijo. Na drugi strani največji izziv sodelovanju tima povzročajo nerazumevanje vloge (novega) delovnega mesta, motnje v komunikaciji zaposlenih ter paradigmatične razlike v strokah socialnega varstva ter zdravstvene nege. V določenih primerih so se izzivi kazali tudi v nesoglasjih v timu, odsotnosti podpore sodelavcev iz tima ali vodstva organizacije.

Ko sem prišla v projekt sem že kmalu ugotovila, da ostajajo trenja med strokovno vodjo in laičnim delavcem. Vse skupaj se je prelevilo v stanje, ko sta me vsak prepričevala v svoj prav, po premisleku sem se postavila na eno stran, ki je bila zame pravilna. Odnosi so bili včasih slabi, včasih dobri. Delitev vlog je bila jasna, komunikacija je bila občasno motena, tudi načrtovanje je bilo dobro. Bile so težave v razumevanju specifičnih vlog posameznika v projektu. Zaradi ne razumevanja moje vloge v terenskem vozilu sem velikokrat naletela na nerazumevanje, nisem dobila podpore svojih sodelavcev. Moja doprinos k projektu je pridobival po več kot letu dni v projektu svoj pomen, svojo veljavo, potrditev, podporo. O začetku projekta pa vsekakor ne.

Menim, da sodelovanje poteka dobro. Sicer, se v komunikaciji včasih zgodijo nekateri šumi, ampak kje pa se to ne zgodi. Prav strogih meja v opravljanju dolžnosti nimamo. Kar se tiče strokovnega delavca v programu in moje vloge pa lahko rečem, da so meje kar jasne in se upošteva specifične drugega. Zavedam se, da nisem socialni delavec po izobrazbi in se ne spoznam na njihove specifične dela, formalno zakonodajo preko katere lahko informirajo uporabnike o njihovih pravicah, možnostih ... Menim, da so upoštevani moji pogledi in prispevki. Bistveno in pomembno mi je to, da se znamo skupaj pogovoriti, prediskutirati dileme, vprašanja in dobiti skupen konsenz. Je pa res, da sem pazljiva pri katerih stvareh lahko pogledam drugače in pri katerih stvareh ne (glede na svoje dolžnosti kot medicinske sestre). Če vem, da je kaj, kar presega meje moje vloge (v nekaterih formalnosti; postopkih, predpisih, ...), ni možnosti, da bi popustila.

Umeščenost zdravstvenega kadra in kemika v socialnovarstvenih programih

Ta vidik nas je zanimal pri tistih zdravstvenikih ter kemiku, ki so zaposleni pri delodajalcu s področja zdravstva oz. kemije, svoje delo pa opravljajo v socialnovarstvenih programih. Takih konzorcijskih sodelovanj imamo v projektu sedem. Iz teh programov praktično vsi zdravstveniki ter kemik poročajo o pridobivanju kompetenc, ki so posledica sodelovanja v multidisciplinarnem timu. Kompetence obsegajo tako *strokovna znanja s področja zdravstva, znanja s področja socialnega varstva*, zaposleni skoraj v celoti poročajo tudi o pridobivanju *kompetenc, ki se tičejo osebnostnega razvoja*. Od tega so nekatera spoznanja tudi čustveno obremenjujoča, saj odražajo stisko uporabnikov ter obremenjujoč odnos, ki ga ima skupnost in posamezniki do uporabnikov drog. Dve izmed medicinskih sester izražata tudi dvom v koristnost pridobljenih kompetenc, saj nista prepričani, ali jih bosta lahko uporabili na delovnih mestih, ki jih bosta imeli v prihodnje.

Presenetljivo, žal največ stigmatizacije do odvisnikov sem slišala in doživela od osebe zaposlenega neposredno pri delu z odvisniki. Ne vem kako mi bo ta izkušnja pomagala v nadaljnjem delu drugje. Vem, da se bom kjerkoli bom, zavzemala za dostojanstven odnos in življenje uporabnikov.

Vsekakor lahko rečem, da obstaja odpor in nepravilno vedenje do uporabnikov prepovedanih drog med zdravstvenimi delavci, predvsem starejšimi. Prav tako menim, da tudi zdravstveni delavci niso pridobili veliko znanj o odvisnosti tekom šolanja. Vsekakor mi bodo znanja, ki sem jih pridobila prišla prav, kjer koli bom zaposlena.

Mislim, da sem se veliko naučila. Predvsem pri načinu dela z uporabniki (soustvarjalni odnos) in komunikacije z njimi, upoštevanje njihovih potreb. Upam, da mi bo prišel ta napredek prav tudi pri nadaljnjem delu.

Umeščenost, sprejemanje projekta ter novega kadra z vidika delodajalca

Podatke smo dobili s strani zdravstvenikov in kemika, ki poročajo o odzivu devetih različnih zdravstvenih ustanov oz. inštituta. Šest izmed njih izpostavlja, da z institucijo delodajalca sodelujejo zelo dobro in z njihove strani občutijo naklonjenost projektu ter podporo njihovem delu. V eni od organizaciji zaposlena poroča, da sicer nima neposredne informacije o zadovoljstvu s projektom ter delom zaposlene, vendar je glede na odsotnost težav ter številnimi uspešnimi sodelovanji razbrati, da je zdravstvena ustanova projektu naklonjena. Na podlagi tega primera je za naprej morda priporočljivo, da se načrtuje kontinuirana evalvacija tudi s strani delodajalca. Pri dveh delodajalskih organizacijah razberemo očitno nenaklonjenost projektu ter delu zaposlenih, le-to pa izvira v nenaklonjenosti zdravstvene ustanove oz. njenega vodstva. V enem primeru zaposlena poroča, da slabi odnosi v konzorcijskem sodelovanju vplivajo tudi na njene delovne pogoje, ki se izkazujejo v administrativnih in paradigmatičnih ovirah ter pomanjkanju delovnega

materiala. Zdravstvenica je pri delodajalcu zaman iskala strokovno podporo, ko je le-to potrebovala. Kljub temu v dotičnem primeru opazimo tudi primere/*elemente premoščanja paradigmatiskih razlik* in strokovnih usmeritev h katerim v veliki meri prispeva prav zdravstvenica sama. V organizaciji, kjer deluje zgolj tim zdravstvenikov, le-ti tožijo nad distanco, ki jo imajo ostali zaposleni do izvajalcev projekta. Odsotnost podpore občutijo tudi s strani vodstva organizacije.

Ne vem, kako vidijo moje delo in mene. Osebno z njimi sodelujem dobro in nisem imela težav. Tudi drugače sodelujemo z različnimi službami znotraj zdravstvenega doma, so odprti za sodelovanje.

Sprva smo se počutili s strani ostalih zaposlenih v zdravstvenem domu malo stigmatizirani, vendar je tekom pričetka dela ta občutek hitro minil. Zaposlene smo o naravi našega dela izobrazili. V veliki meri sedaj razumejo in če je potrebno tudi sodelujejo pri izvajanju.

V našem ZD-ju smo porinjeni na obrobje. Vsi čimbolj roke držijo vstran oziroma se neradi vtikajo v delo z ''metadonci''. Kar je po eni strani v redu, saj lahko pri tem sami kreiramo neke zadeve, po drugi strani pa težje ''premahnemo'' kakšno zadevo. CZOPD zelo vzpodbuja naše delo, dobro sodelujemo, povejo tudi, da smo velik doprinos. V Ljubljani in ostalih centrih nas vidijo v svetli luči, medtem ko si ostali v ZD zatiskajo oči – držijo distanco.

Možnost usposabljanja in izobraževanja

Zdravstveniki usposabljanja v sklopu projekta ocenjujejo zelo različno. Medtem ko so nekateri zadovoljni z vsebinami, organizacijo ter številom izobraževanj, imajo drugi številne predloge, poleg tega pa izražajo tudi določeno mero nezadovoljstva nad procesom izobraževanj in usposabljanj v projektu. V začetni fazi projekta so si zdravstveniki želeli več usposabljanj, več praktičnega spoznavanja institucij kot so terapevtske skupnosti, komune in druge NVO, ki delujejo na področju drog in zasvojenosti. Nekateri kot primer dobrega izobraževanja izpostavljajo izobraževanje, ki je bilo organizirano 14.2. in 15.2.2018 na CZOPD z naslovom »*Osnovno izobraževanje za delo z ljudmi, ki jemljejo droge*«. Veliko potreb je bilo izraženih tudi v pridobivanju komunikacijskih in socialnih spretnosti ter veščin za čustveno samozaščito in samopomoč. V drugi fazi projekta, ki poteka sedaj pa prevladujejo težnje po strokovnem usposabljanju na področju zdravstvene nege, preventive v zdravju, urgentne medicine, patronažnega varstva in specifičnih poškodb, ki jih imajo uporabniki drog. Zaposlene si poleg teoretičnega znanja želijo tudi praktičnega usposabljanja, čemur botruje razlog, da imajo v svoji delovni praksi premalo strokovnega dela za katerega so usposobljene. Neskladje je opaziti tudi pri zbiranju licenčnih točk, saj posamezni zdravstveniki navajajo, da so do sedaj zbrali že zadostno število točk, medtem ko drugi menijo, da do sedaj še niso bili udeleženi na izobraževanjih, kjer lahko pridobijo licenčne točke. Iz tega lahko sklepamo, da zdravstveniki niso dovolj jasno seznanjeni s možnostjo pridobivanja licenčnih točk na izobraževanjih, ki se jih udeležujejo. Večina

zdravstvenikov sicer izraža veliko zadovoljstvo s trenutnim sistemom izobraževanj, ki so organizirane s strani MZ. V primeru kemika je redno in stalno izobraževanje nuja in le-to poteka kot del delovnega procesa, saj razvoj analitskih tehnik poteka zelo hitro in neprekinjeno.

Izobraževanja organizirana s strani ministrstva za zdravje in CZOPD Ljubljana so pripomogla k širjenju znanja na področju dela z ljudmi z boleznijo odvisnosti tako iz zdravstvenega, kot tudi socialnega področja. Slednje je za nas zdravstvenike še posebej pomembno, saj nam iz tega področja manjka določeno znanje.

Nisem bila še udeležena na izobraževanjih za ohranjanje licence. Udeležena sem bila na izobraževanjih, ki jih je v sklopu projekta organiziralo Ministrstvo za zdravje. Ostalih izobraževanj se nisem udeležila. Seveda, pogrešam izobraževanja, ki se tičejo področja zdravstvene nege, torej področja strokovnega razvoja.

Trenutno, vedno bolj pogrešam usposabljanja, ki se v bistvu niti ne tičejo področja zasvojenosti, ampak drugih področij zdravstvene oskrbe. Ker nimam skoraj nobenega stika z zdravstvom in procesi dela, se bojim, da se mi to počasi pozna tudi v ohranjanju določenih znanj in postopkov.

Delovna oprema in pripomočki

S strani šestih organizacij s katerih so nam poročali novo zaposleni strokovnjaki je razbrati, da so v projekt vstopili brez potrebne delovne opreme, ki jo za delo na svojem področju potrebujejo. Pomanjkanje delovnih pripomočkov in opreme ostaja problem tudi po več kot treh letih delovanja, saj ni zagotovljenega enotnega sistema pridobivanja materialov, ki so za zdravstveno nego potrebni. Programi so prepuščeni svoji iznajdljivosti pri zagotavljanju delovne opreme, le-to pa pridobivajo preko drugih partnerskih organizacij in programov ter z nakupom izvajalske organizacije ali pa opremo priskrbi delodajalec zdravstvenika. V trenutni fazi projekta o ustrezni preskrbljenosti z opremo poročajo zaposleni iz treh izvajalskih organizacij. Manj težav z delovno opremo beležijo v programih, kjer je izvajalska organizacija hkrati tudi delodajalec (CPZOPD in CZOPD), tukaj o težavah s pomanjkanjem materialov za sanitetno oskrbo uporabnikov ne poročajo. Pogoste so bile težave s terenskim vozilom, ki so se v različnih organizacijah odražale na različne načine. Bodisi gre za neustreznost vozil v smislu prostorske razporeditve, velikosti, tehnične opreme, ki je bodisi neprimerna, bodisi nedelujoča. Iz nekaterih programov poročajo, da bi v času večjih vremenskih obremenitev, npr. pozimi, potrebovali več toplih delovnih oblek oz. boljše delovanje klimatske naprave v vozilu.

Preskrbljenost (z delovnimi pripomočki) ocenjujem kot zelo pomanjkljivo. Kljub oddaji seznama pripomočkov, ki bi jih potrebovali jih žal nisem nikoli dobila.

Na tem področju pa imamo težave, saj ni bilo zagotovljeno dovolj materiala. Povezali smo se s pro bono ambulanto, ki nam je priskočila na pomoč s sanitetnim materialom. Prav tako patronažna služba na Metelkovi.

V okviru projekta smo v začetku nabavili ustrezne instrumente za analizo psihoaktivnih snovi (HPLC-DAD, FTIR-ATR). Delno smo v okviru projekta sofinancirali tudi nakup LC/MS opreme za identifikacijo novih spojin. V okviru NLZOH pa koristimo tehniko GC/MS za potrditve določenih spojin. Ocenjujem, da imamo no voljo vso potrebno delovno opremo in pripomočke.

Ob začetku nastopa delovnega mesta nisem imela opreme in pripomočkov. Imela sem material, ki ga je mobilna enota že prej uporabljala za namene razdeljevanja sanitarnega in sterilnega materiala. To je skoraj podobno, kot če bi zaposlili kuharja, kateri ne bi imel s čim skuhati hrane (lonci, ponve, jedilni pribor, kuhalnice, itd.). Veliko energije je potem šlo v to, da smo nekako material pridobili (po cca 2 letih in pol zaposlitve), hvala bogu za dobro sodelovanje med zdravstvenim domom in nevladno organizacijo. Materiale sedaj naročam sproti glede na potrebo v programu. To bi moralo biti urejeno in jasno že pred nastopom moje zaposlitve.

Drugi delovni pogoji v projektu

V zvezi z delovnimi pogoji dobimo zelo širok spekter odgovorov, ki jih podajajo zaposleni, večina jih navaja, da so pri svojem delu deležni tako dobrih pogojev dela, kot tudi številnih obremenitev. *Elementi, ki pripomorejo k dobrim delovnim pogojem* so vezani na pozitivne kolegialne odnose v timu, čemur botruje predvsem sprotno reševanje težav, urnik dela, zaupanje in podpora vodstva organizacije, dinamično delo na terenu, raziskovalno delo v laboratoriju, najbolj pa so zaposleni izpostavljali dober odnos in sprejemanje s strani uporabnikov, ki za delo pomenijo največjo vrednost. *Delovne obremenitve* povzročajo predvsem pomanjkanje delovnega materiala in pripomočkov, fizične obremenitve ter še pogosteje psihične obremenitve, ki so v številnih primerih vezane na stiske uporabnikov in nemoč zaposlenih ter v posameznem primeru tudi na nesoglasja v delovnem timu. V posameznem primeru se je kot obremenjujoča pokazala tudi dolžina petkovih izobraževanj MZ, iz dveh organizacij pa poročajo o pomanjkanju prostora za delo z uporabniki ter shranjevanju opreme in pripomočkov za delo na terenu. Obremenitev je za številne pomenila tudi epidemija virusa Covid 19, zaradi katere nekateri niso mogli koristiti letnega dopusta, ali so bili kako drugače obremenjeni v sklopu delovnega procesa.

Glede delovnega časa so me edino motila izobraževanja v petek popoldan, ker imam doma družino. Fizične obremenitve so bile predvsem najhujše pozimi, ob mrazu in snegu zunaj, poleti v naj hujši vročini, in prenašanje težjih škatel v skladišču z materialom v kletne prostore po stopnicah. Odnosi z uporabniki so bili večinoma dobri, saj so me dobro sprejeli, občasno so se neprimerno vedli.

Z delovnimi pogoji v projektu sem zelo zadovoljen, delovni čas ustreza. Zaradi raziskovalnega dela, je delo zelo zanimivo. Odnosov z uporabniki nimam oziroma so zelo redki (mobilno testiranje). Tudi med mobilnim testiranjem ni veliko odnosov z uporabniki, razen predaje in oddaje vzorca. Odnosi med sodelavci v laboratoriju so dobri. V začetku nismo imeli vseh pogojev, instrumenti, laboratorij.

Najbolj obremenjujoče in izpolnjujoče izkušnje v projektu

Najbolj obremenjujoče oz. izpolnjujoče izkušnje so skoraj v celoti vezane na doživljanje ter delo z uporabniki. Izjema je kemik, ki z uporabniki neposredno skoraj nima stika. Zanj je najbolj izpolnjujoča izkušnja takrat, ko uspe identificirati NPS, najbolj obremenjujoč pa je bil začetek projekta, ko za svoje delo ni imel ustreznih pripomočkov in opreme, poleg tega pa je moral razviti številne analitske metode in analitske tehnike za določevanje psihoaktivnih snovi. Zdravstveniki svoje največje obremenitve doživljajo zaradi nemoči ob stiskah uporabnikov, zaradi njihove stigme in življenjskih zgodb, na drugi strani pa tudi zaradi njihovega nasilnega vedenja, ne držanja dogovorov, premajhnega napredka ter pomanjkanja skrbi za svoje zdravje in prihodnost. Najbolj izpolnjujoče so njihove izkušnje ob hvaležnosti uporabnikov, kar so izpostavili skoraj vsi zdravstveniki, pozitivno rešene zdravstvene situacije in uspešnih zgodbah posameznikov. Posebej je obremenjujoče tudi pomanjkanje podpore vodstva v eni izmed projektov kjer med uporabniki razdeljujejo substitucijsko terapijo. Svoj prispevek k obremenjenosti so doprinesle tudi posledice epidemiološke krize.

Najbolj obremenjujoče mi je izvajanje preveze ran ker se uporabniki ne držijo urnika da bi hodili k meni na tri dni na preveze. Po navadi pridejo ko je rana že popolnoma zagnojena ali so v njej prisotni črvi.

Obremenjujoče so čustvene in psihične obremenitve. Pozitivno je to, da so odvisniki najbolj hvaležna populacija s katero sem delala.

Najbolj obremenjujoče je postalo, to da se ne vidi napredkov oz. so ti zelo mali in med tem mine kar veliko časa, imaš občutek, da je vse na mestu in nič se več ne da naredit z uporabniki, nočejo na sebi nič naredit, a vseeno skozi tarnajo kako jim je hudo, kakšne krivice se jim godijo. Najbolj izpolnjujoče je ko vidiš po dolgem času uspešnega človeka, ki mu je uspelo rešit svoje težave.

Strokovno vodenje s področja zdravstvene nege

Iz vseh izvajalskih organizacij nam zdravstveniki neposredno ali posredno sporočajo, da potrebe po strokovnem usmerjanju in vodenju s področja zdravstvene nege obstajajo ter da na sistemski ravni to področje ni urejeno. Zdravstveno osebje je tako prepuščene svoji iznajdljivosti ter

pogojem, ki jih imajo nudene s strani delodajalca. Rešitve iščejo v povezovanju med seboj – v okviru kolegov zdravstvenikov, ki so zaposlene/i v projektu, v drugih partnerskih organizacijah ter tudi pri svojem delodajalcu, ki pa zaradi različnih razlogov podpore ni pripravljen vedno nuditi. Pomembna je samoiniciativnost zaposlenih ter povezanost s strokovnjaki na svojem področju tako na lokalnem nivoju, nacionalnem, kot tudi mednarodnem. Kemik med drugim poroča, da strokovnega mentorstva ne potrebuje, je pa sam povezan s številnimi domačimi in tujimi strokovnjaki, s čimer so njihove storitve primerljive z najboljšimi laboratoriji na tem področju. Iz prejetih podatkov je razvidno, da imajo tisti zaposleni, ki sami iščejo možnosti povezovanja in podpore, manjšo potrebo po strokovnem usmerjanju in mentorstvu. V primeru CPZOPD in CZOPD, kjer zdravstveniki izvajajo storitve v okviru svojega delodajalca, so zdravstveniki v dveh primerih zadovoljni z usmerjanjem in podporo svojega vodstva organizacije, med tem ko v enem primeru navajajo, da podpore vodstva niso deležni, kar predstavlja za novo zaposlene velik delovni, kot tudi osebni izziv.

Velikokrat sem se po strokovni nasvet obračala na mojo nadrejeno v ZD Celje, vodjo Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti. Sicer pa je to vse vodilo v še večjo zmešnjavo, saj so se njeno mnenje in pogledi močno razlikovali od mnenj in prepričanj mojih sodelavcev v projektu. Velikokrat sem iskala pomoč oz. podporo v zdravstvenem domu tudi pri zdravnikih, vendar bolj kot ne zaman.

Bolj bi potrebovala tim, ki ga sicer imam v zdravstvenem okolju. Torej, zdravnika in medicinsko sestro, ki sta vključena v zdravstvenem domu, kjer sem tudi sama zaposlena. Niti ni potrebno, da bi imela vedno z njimi stik, ampak le v primeru nekih dilem, vprašanj, zaradi potreb uporabnika. Manjka neka podpora s strani kolegov iz zdravstvene dejavnosti, s katerimi bi definitivno ojačali vlogo v programu

Supervizija

S supervizijskimi srečanji so popolnoma zadovoljni štirje zdravstveniki. Ostali so s supervizijami delno zadovoljni oz. nezadovoljni. Poglavitni supervizijski izziv so prevelike supervizijske skupine, ki ne omogočajo poglobljenih obravnav posameznih ter specifičnih stisk. Za nekatere supervizija ne predstavlja razbremenitve temveč dodatno breme in vzbuja občutke nekompetentnosti. Po mnenju številnih, vsebine supervizijskih srečanj sodijo k vsebinam za delovne sestanke, saj se pogovori nanašajo na organizacijske vidike projekta in manj na notranje konflikte ter doživljanja, kar večina udeležencev razume kot bistvo supervizije. Neprimerna je tudi udeležba predstavnika MZ, ki nekaterim udeležencem onemogoča učinkovito sodelovanje na superviziji. Dve udeleženci supervizij poročata, da je supervizija, ki jo imajo s strani socialno varstvene organizacije povsem dovolj in veliko bolj uporabna kot ta, ki je organizirana v sklopu projekta. Supervizija naj bi se sicer v času epidemije, ko se je namesto srečanj v živo, preselila na

splet, izboljšala. Razlog udeleženci iščejo v manjšem številu udeležencev. Kemik poroča, da se supervizij ne udeležuje, saj zaradi narave njegovega dela te niso potrebno. Pri svojem delu namreč ne dela neposredno z uporabniki. Kot pomanjkljivost zdravstveniki navajajo pomanjkanje specifičnih izkušenj supervizork (izkušnje s področja drog in zasvojenosti) ter preveliko ukvarjanje z organizacijskimi zadevami projekta. Podani so predlogi in potrebe o pogostejšem stiku in neformalnem pogovoru zaposlenih različnih timov. V srečanjih si nekateri zdravstveniki želijo tudi udeležbo specifičnega kadra, ki izhaja iz področja zdravstvene stroke.

Sem s pomočjo te supervizije prišla do določenih spoznanj, vendar je bila skupina prevelika in časa premalo, da bi lahko rekla, da me je razbremenila.

Zame so to bili le bolj ali manj delovni sestanki, da sem izvedela kaj se dogaja z drugimi vpletenimi v tem projektu v smislu neke organizacije dela, pripomočkov in samega procesa dela. Tako, da težko govorim, da sem odšla s supervizijskega srečanja z dobro, pomirjenim občutkom. Vedno znova smo poglobljali stvari na katere nismo imeli vpliva in se tičejo delovnih sestankov. Mislim, da so to teme, ki sodijo na delovni sestanek, skupaj z odgovornimi iz Ministrstva za zdravje. Moram pa reči, da odkar se je supervizija preselila na spletno orodje (Skype), se je izboljšala. Niti ne vem v čem je razlog, mogoče v manjši zasedbi udeležencev.

Splošno mnenje o projektu

Razen pri eni medicinski sestri, ki prednost daje mnenju uporabnikov, saj naj bi bil projekt uspešen v tolikšni meri – kolikor to menijo uporabniki sami, so vsi ostali novo zaposleni izpostavili veliko pomembnost in koristnost projekta. Kot *koristne učinke* navajajo možnost razvoja specifičnih storitev, ki temeljijo na potrebah uporabnikov. V celoti je prisotno mnenje, da se uporabniki poslužujejo storitev novo zaposlenega kadra zdravstvenikov ter so z njimi v veliki meri zadovoljni. Zdravstveniki poročajo o manjšem številu okužb med uporabniki ter večji vključenosti uporabnikov v zdravstvenem sistemu ter seveda lažji dostopnosti do storitev. Z novimi zaposlitvami se manjša tudi meja med sistemoma javnega zdravstva ter socialnega varstva s čimer se manjša stigma do uporabnikov drog. Med pozitivnimi učinki projekta so navedeni tudi spremljanje trga drog, tedensko poročanje v mrežo EWS in EDND ter s tem možnost hitrejšega reagiranja ob pojavu NPS. Novo zaposleni navajajo možnost še večjega razvoja in večjega dometa skupnega dela, ob tem pa izpostavijo nekaj pomanjkljivosti v projektu, ki se navezujejo na očitno slabo pripravljeno fazo. Posledično je bilo veliko negotovosti in prepuščanja iznajdljivosti izvajalcem samim. Nekatero medicinske sestre poročajo o pomanjkljivih ali neustreznih kazalnikih in ciljnih, ki jih imajo v projektu. Pri vsakem od izvajalcev, z izjemo dveh CPZOPD ter CZOPD, poročajo o pomanjkanju ustreznih pripomočkov in delovni opremi, izrazita je tudi potreba po strokovnem vključevanju in podpori s strani zdravstvenega sistema. Iz slednjega izziva izhajajo številni predlogi, ki naj bi delo medicinskih sester bilo deloma razdeljeno v izvajalski organizaciji,

deloma pa v zdravstvenem domu s čimer bi lahko zdravstveniki ohranjali stik s svojo primarno (zdravstveno) delovno prakso, poleg tega bi bile tudi bolj vpeti v zdravstveno institucijo, s čimer bi lahko učinkoviteje večali dostopnost za uporabnike drog. Zdravstveniki, ki svoje delo opravljajo v socialnovarstvenih programih predlagajo, da bi bili vključeni ali v ambulate zdravljenja odvisnosti ali v patronažno službo. Nujno je tudi vzpostavitev systemskega sodelovanja z zdravniki, bodisi preko splošnih ambulant, bodisi preko CPZOPD. Zdravstveniki izpostavljajo potrebo po zaposlovanju dodatnega kadra, s katerim bi se morali po njihovem mnenju okrepiti v večini programov. Posebej v programih, kjer so zaposleni zgolj zdravstvenik/i, ti poročajo, da bi za nadaljnjo delo nujno potrebovali vključitev strokovnjaka s področja socialnega varstva. Poleg tega bi v različnih timih potrebovali zdravnika, specialista družinske medicine oz. psihiatra, v programu mobilnega laboratorija bodo za nadaljevanje dosedanjega nivoja dela nujno potrebovali dodatno zaposlitev v laboratoriju. Nekaj predlogov zdravstvenikov je usmerjenih v večje/intenzivnejše sodelovanje projektov med seboj.

Projekt kot sam ni slab, delo je smiselno in potrebno. Je pa res, da je verjetno bil slabo sestavljen, saj smo šele po 2 letih ugotovili, da sestra ne more sama izvajati prevezov brez zdravnika. Vsekakor je pogojno izvedljiv, ne čisto tako kot je opisan. Cilji niso bili dovolj jasno definirani zato se je bilo potrebno stalno prilagajati. Situacija je neprijetna, če prideš pred uporabnika in ne veš kaj so tvoje delovne naloge. Tako da so dobili občutek moj negotovosti, kar je imelo posledice, da sem izpadla kod nekompetentna.

Smiselno in potrebno je toliko kolikor v tem vidijo smisel uporabniki. Nuditi zdravstveno oskrbo/nego v programu ni samo postaviti medicinsko sestro in kombi v program. Gre za veliko več. Osebno menim, da bi bilo bolje, če bi bili zdravstveni delavci vpeti za polovični delovni čas v zdravstveno dejavnost, ki jo izvaja denimo zdravstveni dom. Mogoče bi lahko bili del tima v centrih za zdravljenje zasvojenosti ali morda neke druge ambulate, denimo del patronažnega varstva. Smisel vidim predvsem zaradi same vpetosti v zdravstveni sistem (poznanstva z drugimi kadri), kjer sem lahko med kolegi, kjer lahko podelim morebitne pomisleke, ki se tičejo zdravstvenih postopkov in usmeritev, pa tudi da se govori o tej težavi na več področjih v zdravstvu, ne samo na področjih zasvojenosti. Bistveno je, da je prisoten tudi zdravnik, kjer lahko s skupnim sodelovanjem, pripomoremo k večji in učinkovitejši zdravstveni oskrbi.

Pri nas se je projekt »prijel« tako, da bi ga splošno ocenil za zelo dobro. Takšno delo se mi zdi smiselno, saj smo marsikateremu uporabniku pomagali pri ureditvi socialnih zadev, organizaciji dneva, pridobiti zaposlitev, krepitvi socialne mreže itd., prav tako bi bilo po mojem mnenju potrebno izvajati tovrstno delo naprej v številčnejši kadrovski zasedbi tako na področju zdravstva kot tudi na področju sociale. Vse je odvisno od finančnih sredstev, ki bi jih organizacija prejela, če sredstva bodo, se lahko projekt nadaljuje in še izpopolni, če ne pa bodo uporabniki izgubili ta doprinos, ki smo ga skozi leta pridobili. Projekt je dosegel svoje cilje na smiseln način, ne smiselno bi bilo to sedaj to prekiniti, kar smo dosegli. Pri na s bi bilo potrebno zaposliti vsaj še dva

diplomirana zdravstvenika ali diplomirane medicinske sestre, pridobiti mogoče še kakšno dodatno vozilo za terensko delo, lahko je to osebni avto in ne kombi in po mojem mnenju bi bilo potrebno še boljše sodelovati z ostalimi organizacijami, ki delajo na področju zdravljenja ali pomoči uporabnikov PAS.

Intervjuji s strokovnimi delavci s področja socialnega varstva oziroma vodji programov

Vprašalnike smo v prvi fazi raziskave naslovili na tiste programe, katerih izvajalske organizacije sodijo na področje socialnega varstva in imajo z zdravstvenimi ustanovami ter kemijskim inštitutom vzpostavljeno konzorcijsko sodelovanje. Iz Sklopa 1 so to programi zmanjševanja škode (Šent, Društvo Stigma, Svit Koper, Društvo zdrava pot, JZ Socio) ter program organizacije Društvo Projekt Človek, ki je po javnem razpisu projekta naslovljen kot program preprečevanja uporabe PD in NPS. Prav tako smo vprašalnik poslali na Združenje DrogArt, ki v okviru Sklopa 3 izvaja program mobilnega laboratorija za namen analize PD in NPS. Naknadno smo v drugi fazi zbiranja empiričnega gradiva nekoliko prilagojene vprašalnike poslali trem zdravstvenim organizacijam, ki programe izvajajo samostojno (brez konzorcijskega sodelovanja) in sodijo v Sklop 2 - Programi za substitucijsko zdravljenje v mobilnih ambulantah (Zdravstveni dom Ptuj, Zdravstveni dom Slovenj Gradec), ter Sklop 4 - Mobilna enota za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov PD in NPS (CZOPD Ljubljana). Izmed teh treh programov smo uporaben odziv prejeli s strani predstojnika CZOPD, pri katerem se je izkazalo, da je hkrati tudi vodja koordinacije CPZOPD, posledično v projektu posredno sodeluje tako s programoma iz Sklopa 2, neposredno kot vodja programa iz Sklopa 2. Slednji intervjuvanec je edini izmed vodij programov, katerega strokovno področje ne izvira iz socialnega varstva, temveč s področja medicine.

Preko navedenih programov in postopka pridobivanja empiričnega gradiva, nam je omogočen celovit vpogled v delovanje posameznih programov mobilnih enot, ter projekta kot celote. Večina vključenih strokovnih delavcev je imela vpogled v različne faze projekta, poleg tega razmeroma dobro pozna področje drog in zasvojenosti, saj na tem področju delujejo že dalj časa.

Tabela sodelujočih izvajalskih organizacij, ki vključujejo strokovnjake s področja socialnega varstva in medicine:

Ime organizacije:	Čas vključenosti v projekt:	Terenski delavec:	Vodja projekta:
1. Združenje DrogArt	Od začetka	✓	✓
2. JZ Socio	Od začetka	✓	x
3. Društvo Projekt Človek	Od začetka	x	✓
4. Šent	Od začetka	✓	✓
5. Društvo Stigma	Od začetka	✓	✓

6.	Svit Koper	Od začetka	✓	✓
7.	Društvo zdrava pot	Od začetka	✓	✓
8.	CZOPD	Od začetka	x	✓

Izsledki in spoznanja strokovnih delavcev s področja socialnega varstva oziroma vodji programov

Ciljne skupine uporabnikov programov

Najpogosteje navedena ciljna skupina uporabnikov, katerim storitve namenjajo v sedmih programih (izvzet je CZOPD) so uporabniki nedovoljenih drog in njihovi svojci. Nekateri skupino uporabnikov drog še dodatno specificirajo in sicer na mlade uporabnike prepovedanih drog ter tiste uporabnike, ki droge injicirajo. Bistveno se ciljna skupina uporabnikov razlikuje zgolj v enem od programov, kjer so storitve namenjene abstinentom oz. tistim uporabnikom, ki se odločijo, da z uporabo drog prenehajo. V tem primeru se uporabniki programa dejansko ujemajo s ciljno skupino, saj tudi zaradi specifik programa ne more prihajati do večjih odstopanj. Manj homogena je dejanska (realna) skupina uporabnikov ostalih programov, gre za programe zmanjševanja škode, kamor se poleg uporabnikov drog vključujejo tudi uporabniki, ki drog ne uporabljajo. Skupna značilnost ljudi, ki se vključujejo v programe ter koristijo njihove storitve je, da so to ljudje iz različnih ranljivih in obrobnih skupin prebivalstva. Iz programov poročajo, da njihove storitve koristijo: uporabniki nedovoljenih in dovoljenih drog, stari, mladi, brezdomni, uporabniki s težavami v duševnem zdravju in psihiatrični bolniki, uporabniki, vključeni v substitucijsko terapijo, spolni delavci in delavke, ljudje s telesnimi ovirami, ljudje z nizkimi dohodki oz. brez dohodkov, tujci in migranti, svojci.

Razlogi za vključevanje tako širokega spektra uporabnikov je zagotovo v nizkopražnosti programov, ki ljudem v stiski omogoča, da z upoštevanjem minimalnih pogojev lahko dostopajo in uporabljajo storitve programov zmanjševanja škode. Poleg tega razmere kažejo na očitno pomanjkanje drugih primernih skupnostnih programov ter hkrati tudi na dejstvo, da je potreb med ljudmi veliko. Zastavlja se vprašanje, ali organizacije zmorejo vključevati tolikšno število različnih skupin uporabnikov ter ali jim lahko ponudijo primerne storitve. Slednje še posebej velja za tiste uporabnike, ki so dejansko ciljna skupina in zaradi katerih so programi tudi financirani.

Vključenost v pripravljajno fazo projekta

Nekatere organizacije so že leta pred začetkom projekta opozarjale na številne nenaslovljene potrebe med njihovimi uporabniki storitev ter že s tem po svoje pripomogle, da se je nagradnja projekta začela. Določeni programi so bili vključen že v prvi projekt vzpostavitve mreže mobilnih enot, ki se je s strani MZ začel leta 2007. Preko navedb strokovnih delavcev je razvidno, da so bile organizacije v pripravo in načrtovanje projekta nadgradnje vključeno različno. Nekateri poročajo, da so lahko sodelovali v fazah razvoja in načrtovanja projekta, pri čemer so bili njihovi predlogi in izkušnje upoštevane v veliki meri. Ob tem je pomembna ugotovitev, da so te organizacije imele kasneje pri implementaciji projekta manj stisk in izzivov pri tistih segmentih, kjer so lahko sodelovali in na projekt vplivali v fazi načrtovanja. V nekaterih društvih opozorijo, da so lahko le delno sodelovali pri načrtovanju projekta, bodisi pri urejanju administrativnih in koordinacijskih nalog, bodisi pri tehničnih vidikih kot so opremljanje terenskih vozil. V nekaterih organizacijah poročajo o izključenosti iz pripravljajne faze projekta oz. zgolj o seznanitvi z dejstvi pred začetkom projekta. Slednje je pripomoglo k večji negotovosti ter bolj obremenjujočemu delu, kar se je pri nekaterih pokazalo že pri prijavi ob javnem razpisu ter tudi kasneje pri delu na terenu.

V proces priprave programa smo bili vključeni na sestankih z Ministrstvom za zdravje, ki je preverjalo potrebe in potrebne pogoje za izvedbo projekta mobilnega laboratorija. V procesu so bile upoštevane naše pretekle izkušnje s storitvijo testiranja drog, pravno mnenje o izvajanju storitve testiranja, ki ga je na naše naročilo (v okviru evropskega projekta B.A.O.N.P.S.) pripravil pravni strokovnjak iz Inštituta za kriminologijo, izkušnje iz tujine in informacije strokovnjakov s področja laboratorijskega testiranja, ki smo jih zbirali skupaj s predstavniki Ministrstva. Zelo malo pa smo bili vključeni v proces odločanja o tem, kakšno predelavo potrebuje terensko vozilo za namen laboratorijskega testiranja in terenskega dela.

Kot izvajalci smo pogosto slišali informacije, da projekt bo, nismo pa s strani MZ, ki je bil vodilni partner pri tem projektu bili nikoli povabljeni, da podamo svoje predloge, dileme ali da bi se na sodelovalen način kdo pogovarjal z nami. Sicer vemo, da je na določenih pogovorih sodeloval naš direktor, vendar terenski delavci, ki dejansko poznamo specifične in potrebe programa in bi bili najbolj relevantni za podajanje teh informacij, na teh pogovorih in pripravah nismo sodelovali. Po objavi JR je bilo zelo stresno in naporno obdobje, bolj kot bi lahko bilo.

V projekt sem bil kot predstojnik CZOPD in vodja koordinacije CPZOPD vključen od začetka in sem lahko sodeloval pri kreiranju programa.

Jasnost pravnih, organizacijskih in administrativnih osnov ob začetku projekta:

Relativno jasen je bil okvir delovanja pred začetkom projekta v primeru programa CZOPD ter s strani koordinacije CPZOPD za izvedbo mobilne substitucijske ambulante. Pri slednji je bila

težava predvsem ta, da potencialni CPZOPD, ki bi se lahko prijavile na javni razpis ter se vključile v projekt mobilne substitucijske ambulante, te možnosti niso prepoznale kot potrebne in se zato na razpis niso prijavile. Med ostalimi organizacijami praktično ni nobene take, ki bi ob začetku projekta bila seznanjena ter hkrati razumela vse norme, pravila in določbe projekta. Sicer imamo take organizacije, ki so v začetku izvajanja projekta razumele pravne in organizacijske norme v projektu, niso pa razumele administrativnih norm in postopkov. Nerazumevanje je na takšen ali drugačen način prisotno v vsaki od organizacij. Razbrati je mogoče, da več kot je bilo v organizacijah nerazumevanja določenih segmentov projekta, večja je bila stiska pri zaposlenih in posledično tudi manjša kakovost storitev z uporabniki. K temu so botrovale nekatere okoliščine pri projektu kot na primer »pionirskost« projekta (inovacija) in pomanjkljivo načrtovanje, kar je bilo mnenje številnih v projektu. Učinki nerazumevanja s strani izvajalcev, morda tudi s strani pripravljavcev, so se odražala, na različnih nivojih delovanja, večinoma v breme in izziv izvajalcev, na primer: pomanjkanje opreme za delo, težave pri oddaji zahtevkov, nejasnost vloge medicinske sestre, nerazumevanje s strani konzorcijskih partnerjev ... Nekateri učinki so bili tudi pozitivni, ko npr. aktivnejše povezovanje med izvajalci in iskanje drugih virov pomoči v organizaciji, improviziran in inovativen pristop pri izvajanju storitev itd.

Pravne in organizacijske zasnove so bile jasne, saj smo se o njih veliko pogovarjali in dogovarjali na skupnih sestankih s predstavniki MZ, NIJZ, Policije in NLZOH, s katerimi smo sklenili tudi sporazum, ki je podlaga za izvajanje storitve testiranja znotraj Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih psihoaktivnih snovi. Administrativne osnove so bile ob začetku projekta nejasne, predvidevali smo, da bomo jasne informacije glede uporabe e-ME dobili na kick-off srečanju ali usposabljanju za uporabo sistema za poročanje, za katerega smo skupaj z ostalimi organizacijami zaprosili MZ, vendar se to ni zgodilo. To je v začetku oteževalo poročanje, smo pa se tekom izvajanja sproti učili, predvsem s pomočjo drugih organizacij, vključenih v operacijo, s katerimi smo si izmenjevali informacije o uporabi sistema. Kot nosilec projekta smo bili vmesni člen tudi pri partnerjevih oddajah zahtevkov, kjer se je zapletalo predvsem pri zahtevkih za materiale.

Občutek smo imeli (ga imamo še vedno), da so bile organizacijske in administrativne osnove premalo usklajene z izvajalskimi organizacijami. Najbolj je tukaj izstopala vloga medicinske sestra za katero je v dokumentaciji sicer napisana vloga in naloge, v praksi pa so le te težje izvedljive in smo se v organizaciji znašli pred številnimi izzivi, na katere se na MZ niso odzivali in se z njimi ukvarjali. Kljub temu smo od MZ pričakovali, da bodo, če že ne v začetni fazi projekta, pravno formalno uredili status medicinske sestre tekom projekta, vendar kot smo dobili vtis, MZ tega ni imel namena nikoli urediti. Na supervizijah smo zato imeli priložnost opazovati do kakšne zmede je prihajalo v nekaterih organizacijah. S tem v zvezi so najbrž povezane tudi nekatere odpovedi delovnih razmerij – s strani sester ter tudi vodij, ki pri vsem skupaj nismo imeli nobene podpore in usmeritev. Bilo je zelo »kavbojsko« predvideno in izpeljano. Podobno je bilo z materiali, ki naj bi jih medicinska sestra uporabljala za svoje delo. Od nikjer ni bilo nobenega

duha in suha, ne o materialih, ne o tem kdo naj bi jih priskrbel, kateri materiali naj bi to sploh bili, ali je za to namenjen pavšalni denar itd.

Od začetka programa je bil jasen njegov status, večjih težav ni bilo, razen, da so nekateri centri (CPZOPD) za katere bi bilo po našem mnenju koristno, da se vključijo, sodelovanje v programu ocenili kot nepotrebno in ga odklonili.

Težave ob izvajanju projekta

Težave ob izvajanju projekta, ki jih na tem mestu označujemo kot “izzivi” so nadaljevanje nerazumevanja določenega dela projekta, bodisi s strani izvajalcev, bodisi s strani pripravljavcev projekta. Temu so zopet botrovale nekatere okoliščine, ki jih pri tem vprašanju ne kategoriziramo, poleg tega je ob poročanju vodij projekta razumljeno, da je bil projekt zasnovan na novo, brez nekaterih pomembnih preteklih izkušenj ter gre za pionirski projekt. Najpogosteje oz. najbolj izpostavljeni izzivi so povezani s pomanjkanjem materialov in pripomočkov za delo novega kadra, neurejen formalin status medicinske sestre, neustreznost in pomanjkljivosti terenskega vozila, ter težavami z uporabo računalniškega programa e-MA. Nekateri od izzivov so se pogosteje pojavljali v začetni fazi, spet drugi v nadaljevanju. Za določene izzive so organizacije uspele poiskati primerne rešitve, spet druge težave so se izkazale kot manj moteče, nekatere pa ostajajo pereče tekom celotnega izvajanja projekta. Pri tistih, za katere so v organizacijah uspeli poiskati rešitve je značilno, da so organizacije iskale podporo in pomoč pri drugih izvajalskih organizacijah ter tudi pri drugih organizacijah v skupnosti ter celo na nacionalnem nivoju. Tak je npr. potek odpravljanja težav pri uporabi računalniškega sistema za poročanje in oddajo zahtevkov e-MA. Pri težavah s terenskim vozilom so v organizacijah poiskali pomoč pri serviserjih, bodisi so delo na terenu prilagodili funkcionalnosti vozil. Pri nekaterih organizacijah so izzivi neustreznega vozila ostali obvladljivi tudi zaradi epidemičnih razmer, ki so že same po sebi onemogočale uporabo vozil za določene specifične namene oz. storitve. Kot koristno se je pri reševanju izzivov izkazalo tudi dobro sodelovanje in skupno iskanje rešitev s konzorcijskim partnerjem ter tudi kooperativnost in samoiniciativnost terenskega tima.

Na podlagi navedenih izzivov sta med drugim prišla predloga o zaposlitvi novega kadra za nedoločen čas ter tudi predlog o sistemski ureditvi nabave zdravstvenega materiala in pripomočkov za medicinsko sestro program.

Neprimernost terenska vozila za izvajanje mobilnega laboratorija: v sklopu projekta smo dobili transportno vozilo, ki pa ni primeren za prevažanje visoko tehnoloških naprav in izvajanje analiz. Prav tako ga ne moremo uporabljati, za izvajanje terenskega dela kot vrsto mobilne infotočke v zimskih časih, ko se teren izvaja pri nizkih temperaturah.

Zaradi daljše bolniške odsotnosti in kasneje porodniške odsotnosti zdravstvenice, smo bili dve leti brez zdravstvenika. Ves ta čas smo imeli razpisano prosto delovno mesto na ZRSZ. V tem času smo imeli le nekaj prijav (4-5). V enem premeru smo kandidata zavrnila, saj smo ga ocenili, kot neustreznega za delo, v vseh ostalih primerih so kandidati sami odstopili od prijave. Pri vseh je bil razlog za odstop delo za določen čas, saj so vsi prihajali iz služb, kjer so imeli delo za nedoločen čas.

Na samem začetku programa, nismo imeli pisarne, kjer bi lahko izvajali administrativno delo, ampak smo vse izvajali v Terenskem vozilu. Posamične težave in izzivi z terenskim vozilom. Ko je bilo vozilo na servisu, nam je odpadel teren izven Celja. Teren v Celju, smo tiste dni izvajali kar brez vozila, z nahrbtnikom sanitetnega materiala na rami.

Druga vprašanja, ki so se navezovala na nekatere organizacijske, pravne in administrativne vidike, so ostala nenaslovljena, saj sogovornikov enostavno ni bilo. Veliko smo komunicirali z drugimi organizacijami, ki so bili po večini v enakem položaju kot mi in so se prav tako lovili in bili prepuščeni samim sebi.

Zdravstveni delavci ne morejo samostojno opravljati vseh aktivnosti za katere so usposobljeni (ker pravno formalno niso zaposleni v Stigmi, ki ni registrirana za izvajanje zdravstvene dejavnosti). Tudi delovno okolje zato ne more biti prilagojeno medicinskim standardom. V začetni fazi je prihajalo do pomanjkanja medicinske opreme za ustrezno oskrbo ran. Zdravstvena delavka je individualno iskala vire za premagovanje teh težav (ambulanta Pro bono, patronažna služba v Zdravstvenem domu Ljubljana, Zdravstveni dom Kranj, Infekcijska klinika) – sčasoma se je to sicer izboljšalo, vseeno pa smo mnenja, da bi bilo to potrebno rešiti sistemsko.

Prednosti in izzivi sodelovanja interdisciplinarnega tima na terenu

Vsi strokovni delavci oz. vodje programov navajajo zgolj prednosti sodelovanja interdisciplinarnega tima na terenu. Izpostavili niso praktično nobene slabosti ali pomanjkljivosti, ki bi jo sodelovanje strokovnjakov različnih področij prineslo. Številne pa so navedbe o bolj kvalitetnih storitvah, ki so sedaj sestavljene iz strokovne oskrbe s področja socialnega varstva, poleg tega pa tudi zdravstva. Ker se strokovnjaki socialnega varstva sedaj v večji meri lahko posvečajo svojemu strokovnemu področju, so tudi z njihove strani storitve bolj kakovostne. Poleg tega se lahko ob razširjenem timu zaposleni hitreje odzovejo in odgovarjajo na potrebe uporabnikov. Po mnenju številnih strokovnih delavcev, kakovostnejše storitve prepoznajo tudi uporabniki. Pomembna in večkrat izpostavljeno je bilo tudi tesnejše povezovanje in preseganje paradigmatiskih ovir zdravstva in socialnega varstva. Izkazalo se je tudi, da večja koordinacija v timu in tesno sodelovanje ustvarja več prednosti.

Ena izmed organizacij predlaga zaposlitev oz. vključitev pravnika v mobilni projekt, s čimer bi zagotovili bolj celostno obravnavo. S pravnimi aspekti dela z uporabniki se sedaj v večini primerov ukvarjajo socialni delavci, ki pa v številčnem naboru kompetenc, ki jih morajo pri delu z uporabniki izvajati, ne zmorejo ustrezno podpreti uporabnikov na tem področju. Pravni red in norme imajo na potek življenja uporabnikov pogosto velik vpliv. Številni med njimi imajo odprtih več sodnih zadev. Stigma lahko pripomore k kršenju nekaterih pravic ranljivih skupin uporabnikov. V tujini imamo nekaj primerov dobrih praks, ki nakazujejo na večje možnosti vključevanja ranljivih skupin v skupnosti. Primer dobre prakse pravne zaščite na področju zmanjševanja škode pri ljudeh, ki uporabljajo droge je na primer organizacija Gadejuristen (The Street lawyers), ki delujejo v Copenhagenu na Danskem.

Hiter dostop do informacij, glede analize vzorcev in rezultatov. Zagotavljanje analiz najvišje kakovosti z najbolj dodelanimi metodami, kar omogoča zanesljivo komuniciranje glede rezultatov analiz in izdajanja opozoril v primeru nevarnih snovi. Strokovna pomoč pri pridobivanju informacij o kemičnih lastnostnih snovi, ki so povezane z zakonodajo in tudi deloma zmanjševanjem škode.

Verjamemo, da je kakovost dela večja, če strokovno delo opravlja strokovnjak in ne kdor koli. Zdravstveni delavci so strokovnjaki na področju zdravstva. Prednost je enostavno v tem, da ko pridemo na terenu k našim uporabnikom jim sedaj lahko ponudimo dva nivoja obravnave: socialnovarstvenega in zdravstveno varstvenega. Slabosti v našem primeru sodelovanja ne opazimo, je pa res, da usklajevanju, komunikaciji ter pripravi na delo namenjamo dovoljšno količino časa in energije.

Medicinska sestra nudi svetovanja s področja zdravja in spremstva v zdravstvene ustanove. To storitev uporabniki koristijo dokaj pogosto, saj zaradi pomanjkanja motivacije, stigme in strahu pred diskriminatorno obravnavo, uporabniki redko sami obišejo zdravnika. Populacija se stara, zdravstvene težave se poglobljajo in zdravstveni kader je smiselno vpet v interdisciplinarni tim. Zelo smiselno bi bilo v tim morda vključiti še pravnika, da bi bila obravnavo celostna. Sedaj to področje deloma pokrivamo socialni delavci.

Pridobljene kakovosti interdisciplinarnega tima pri delu z uporabniki

Kot posledice vzpostavitve novih mobilnih enot ter krepitev že obstoječih mobilnih enot zmanjševanja škode, so se izkazale številne spremembe, ki jih lahko opazimo pri neposrednem delu z uporabniki storitev. Storitve, ki jih zaposleni ponujajo uporabnikom so postale bolj kakovostne ter številčnejše. Na terenu oz. v uporabnikovem življenjskem prostoru so se strokovnjaki še bolj približali stiskam ljudi, čemur so lahko učinkoviteje prilagajali tudi storitve. Terenski delavci so za uporabnike bolj odzivni in dostopni, s čimer se je povečalo zaupanje uporabnikov ter hkrati tudi njihovo zadovoljstvo s prejetimi storitvami. V nekaterih programih je

opazen porast števila vključenih uporabnikov, hkrati pa tudi večja fluktuacija oz. prehodnost uporabnikov iz enih v druge programe pomoči v skupnosti. Slednje si lahko razložimo, da so uporabniki lahko izbirali med različnimi oblikami podpore ter iskali takšne, ki jim v njihovi stiski najbolj ustrezajo. Poleg neposrednega dela z uporabniki se v raziskavi izkazuje tudi določene kakovosti, ki posredno vplivajo na delo z uporabniki. Te kakovosti, ki jih je prineslo sodelovanje interdisciplinarnega tima so predvsem večje povezovanje z drugimi izvajalci v skupnosti, na nacionalnem nivoju ter tudi mednarodnem nivoju. Več je prenosa različnih znanj tudi med samimi terenskimi delavci znotraj tima. Programi so dobili dodaten vpogled v področje zasvojenosti, poleg tega je timsko sodelovanje nekje prineslo pozitivne organizacijske spremembe v organizaciji.

Večja strokovnost in natančnost pridobljenih informacij o testiranih vzorcih, kar je povečalo zaupanje uporabnikov v storitev in še lažje izvajanje naših programov ter direktnega zmanjševanja škode. Z boljši storitvijo testiranja, smo dosegli tudi večje število uporabnikov in tako povečali število informiranj in svetovanj o zmanjševanju škode, nekaj uporabnikov pa se je vključilo tudi v svetovalnico.

Prednost je enostavno v tem, da ko pridemo na terenu k našim uporabnikom jim sedaj lahko ponudimo dva nivoja obravnave: socialnovarstvenega in zdravstveno varstvenega. Nekateri uporabniki potrebujejo zelo specifične storitve, bodisi zdravstvene, bodisi socialnovarstvene in le-te jim sedaj veliko lažje ponudimo oz. se jim posvetimo. Zagotovo je veliko lažje, ko v zdravstvene institucije vstopamo in sodelujemo preko medicinske sestre, ki je pri svojem delu veliko bolj suverena in kompetentna, slednje opažajo in sporočajo tudi uporabniki sami. Poleg tega je medicinska sestra prinesla določene organizacijske novosti in spremembe, saj več pozornosti namenjamo temu vidiku kot pred začetkom projekta. Morda se delo medicinske sestre nekoliko ujema tudi z trenutno epidemijo, vendar zelo sledimo predlogom in usmeritvam medicinske sestre, ki ima pomembno vlogo v trenutnih razmerah, pa tudi sicer.

Bistveno je pripomoglo k poznavanju domače situacije uporabnikov/uporabnic na njihovem domu ter k načrtovanju ustrežnejših programov pomoči, povečala se je sposobnost vključevanja v skupnostne programe, izobraževanja, šolanja, tudi zdravstvene in socialne oskrbe. Skupnostno obravnavo ves čas ocenjujemo kot potrebno, vendar nismo imeli, pa tudi sedaj še nimamo dovolj tako kadrovske, kot tehnične in finančne resurse za njeno izvajanje v potrebnem obsegu.

Sodelovanje s konzorcijskim partnerjem

Socialno varstveni programi, ki so se bili zaradi vključevanja zdravstvenega oz. kemijskega kadra primorani konzorcijsko povezovati z zdravstvenimi institucijami oz. kemijskim institutom, so v večini primerov uspeli vzpostaviti dobro in učinkovito sodelovanje s partnerji. Ob tem so nekatere organizacije imele obilo težav že v začetni fazi, ko so navezovale stik s potencialnim partnerjem v projektu. Dvema organizacijama ni uspelo skleniti partnerstva z organizacijo, ki je prisotna v

njihovi skupnosti, zato so morali podporo iskati v drugem okolju (občini, kjer deluje drug ZD). Posledično so se pri eni od organizacij v nadaljevanju izvajanja projekta soočali s številnimi izzivi zaradi krajevne oddaljenosti med partnerjema. Preostali izzivi, s katerimi so se soočali v konzorcijskih partnerstvih so: težave zaradi projektne zaposlitve iz katere izhaja prikrajšanost pri izobraževanju zdravstvenice; administrativne težave pri prijavih na strokovne dogodke; neuspešno iskanje zdravstvenega kadra v primeru ene od organizacij; administrativne težave povezane s črpanjem sredstev za nabavo delovnih materialov; samovolja konzorcijskega partnerja in nesodelovanje partnerja, ki se kaže v različnih primerih, med drugim tudi ne vključevanjem NVO pri izbiranju primernih kandidatov za delo v projektu. Na drugi strani se kot dejavnik dobrega sodelovanja izkaže sodelovanje partnerjev že v pripravljalni fazi projekta, medsebojno usklajevanje ter spoznavanje ter tudi skupna prisotnost na sestankih usmerjevalnega organa – MZ. Drugi dejavniki dobrega sodelovanja med partnerjema so še: velik interes partnerja za sodelovanje, podpora pri oskrbi z opremo, podpora pri svetovanju, podpora pri iskanju kadra, kakovostno delo kemika, široka strokovna mreža kemika, samoiniciativnost kemika, prilagodljivost kadra na strani konzorcijskega partnerja, odzivnost konzorcijskega partnerja, korektna komunikacija, obojestransko razumevanje značilnosti posamezne institucije, podpora MZ, doslednost pri birokratskih zadevah, intenzivnejše sodelovanje v začetni fazi, sodelovanje obeh organizacijskih uprav, neposredno sodelovanje računovodstva, sprotno urejanje težav, strokovna podpora zdravstveni delavki s strani delodajalca, nudenje izobraževanj s strani delodajalca, informiranje konzorcijskega partnerja, odprtost za sodelovanje konzorcijskega partnerja. Vzročno posledično dejavnikom dobrega sodelovanja med partnerjema sledijo učinki, ki so v našem primeru: zadovoljstvo s sodelovanjem, Boljša organizacija delovnega sistema, dobra komunikacija, dobri odnosi, želja po nadaljnjem sodelovanju, želja po več skupnih projektih, Učinkovito reševanje težav, Reševanje težav z materiali, Dobro sodelovanje v času pandemije.

Sodelovanje s partnerjem smo začeli že pred izvajanjem projekta, s skupnimi sestanki, kjer smo se pripravljali na projekt, skupaj smo pripravljali prijavo, predstavnik partnerja se je z nami udeležil tudi informativnega dneva za razpis, ki ga je organiziralo MZ. Predstavniki partnerja so izkazali velik interes za kvalitetno izvedbo projekta, pokazali so tudi veliko mero iznajdljivosti, pridobivanje kvalitetnega kadra za projekt (kemik) ter ponudili tudi možnost uporabe njihovega transportnega vozila za testiranje na terenu, pa tudi vseh drugih aparatov, potrebnih za kvalitetne analize.

Sodelovanje je dokaj urejeno in sedaj poteka ustaljeno v tirnicah, kljub začetnih težavam. Glede na to, da je zdravstvenica, zaposlena v Zdravstvenem domu, delo pa opravlja pri nas; si vodstvo konzorcijskega partnerja, samovoljno jemlje pravico, da jo razporeja na manjkajoče bolniške staleže v zdravstvenem domu. Kar nekaj energije smo porabili, da smo to uredili.

Pred projektom smo se poznali zgolj »od daleč«, sodelovali pa le priložnostno. Sedaj seveda precej boljše poznamo eden drugega in želimo si, da bi lahko v tem ter drugih projektih lahko sodelovali tudi v prihodnje.

Sodelovanje s konzorcijskim partnerjem je zadovoljivo. Morda sem čutila premalo možnosti za sodelovanje pri izbiri zdravstvenega kadra. Niso nas namreč vključili v komisijo za izbor kandidatov.

Vpliv projekta na organizacijo

Razumeti je, da je projekt pri vseh organizacijah vplival na razvojne spremembe, ki se manifestirajo v različnih oblikah. Organizacije poročajo o svoji večji prepoznavnosti, tako v lokalnem in nacionalnem nivoju, kot tudi v mednarodnem prostoru. Pri eni od organizacij poročajo celo o prenosu svoje dobre prakse v tujino, kar lahko med drugim razumemo kot prepoznavanje kakovostnih in ustreznih storitev tudi v drugih okoljih. Projekt je sicer skoraj pri vseh izvajalcih povzročil povečano/intenzivnejše sodelovanje ter povezovanje z drugimi deležniki, bodisi z drugimi izvajalskimi organizacijami, drugimi organizacijami v skupnosti ter tudi številnimi mednarodnimi povezovanji. V nekaterih organizacijah so se s projektom predstavili v medijih, strokovnih revijah ter domačih in mednarodnih strokovnih dogodkih. Druge razvojne spremembe in vplivi so tudi kakovostnejše storitve, ki se navezujejo tako na socialno varstveni, kot tudi na zdravstveni del obravnave uporabnikov. V nekaterih programih poročajo o povečanem številu uporabnikov, ki se vključujejo v program, temu botruje tudi večje število storitev, ki jih organizacije ponujajo. V organizacijah poročajo, da so se s novo zaposlenim kadrom razvijale tudi nove/sveže ideje; razvili so se nekateri inovativni in učinkoviti odgovori na potrebe uporabnikov kot so npr.: oskrba uporabnikov s substitucijsko terapijo v času epidemije, vzpostavitev delovanja skupine za samopomoč svojcev, vključitev zdravnice kot prostovoljke idr. Projekt je prepoznan kot zelo učinkovit pri vključevanju najšibkejših skupin prebivalstva, ki učinkovitost prepoznava tudi sami. Skupaj z izvajalci si želijo nadaljevanje ter dodatno nadgradnjo, ki skupaj z povečano potrebo po dodatnem kadru predstavlja najpomembnejši razvojni izziv po formalnem zaključku tekočega projekta.

Organizacija je še dodatno pridobila na prepoznavnosti, tako v slovenskem, kot tudi evropskem in svetovnem prostoru, tako zaradi uspešne implementacije storitve testiranja drog (prenos dobre prakse v tujino – Nova Zelandija, Hrvaška), kot zaradi pridobljenih podatkov o trgu drog (sodelovanje z EWS, skupna Evropska baza in sodelovanje z EMCDDA). Zaradi večjega števila uporabnikov v storitvi in tudi bolj kontinuiranega pristopa, se je povečalo sodelovanje z drugimi projekti organizacije. Zaradi razvoja storitve testiranja, je tako zrastle tudi kadrovska potreba, kar je vplivalo tudi na druge dele organizacije, predvsem v smislu obremenjenosti zaposlenih. Kar pa je seveda tudi svojevrsten izziv za vodenje organizacije.

Novi projekt je samo pozitivno vplival na našo organizacijo. Prišel je nov veter z novimi idejami, ki jih mi, kot dolgoletni zaposleni, več nimamo.

Fluktuacija kadrov v projektu

Fluktuacija kadrov je bila v posameznih programih različna, kar je imelo različne posledice na izvedbo aktivnosti, prav tako so za fluktuacijo ključni različni vzroki. Prednosti fluktuacije kadrov je večja razbremenjenost zaposlenih, ki so tako manj vpeti v določene delovne odnose z uporabniki in lahko sodelujejo pri več različnih aktivnostih in storitvah, hkrati je v tem primeru fluktuacija delovnega kadra v nekaterih primerih manj primerna za delo z uporabniki z vidika kontinuitete nujenja storitev, saj si velikokrat uporabniki želijo poglobljenega delovnega odnosa z določenim izvajalcem storitve. Strokovni delavci poročajo, da je obravnava določenega uporabnika s strani različnih zaposlenih morda učinkovitejša tudi iz razloga, da vsak zaposleni vidi stvari iz svojega zornega kota in lahko skupaj ponudijo uporabniku različne pristope reševanja stisk ter različne možne rešitve. Pri fluktuaciji kadra se izkazuje kot ključno iskanje ravnotežja med številom zaposlenih in izvajanjem aktivnosti ter zagotavljanjem ustrezne podpore uporabnikom. Dejavniki večje fluktuacije kadrov so zagotovo psihične obremenitve, ki pri zaposlenih povzročijo potrebe po spremembah. K manjši fluktuaciji pa prispeva zahtevno usposabljanje delovnega kadra, ki je v programih zmanjševanja škode specifično, ter tudi neuspešno iskanje novega kadra, kar morda nakazuje tudi na to, da so delovni pogoji zahtevnejši kot pri drugih delodajalcih oz. izvajalcih storitev zmanjševanja škode. Kot pozitiven vidik fluktuacije kadrov strokovnjaki izpostavljajo tudi osveščanje širšega kroga ljudi s stiskami ter splošno problematiko drog in zasvojenosti v skupnosti.

Po vključitvi medicinske sestre v programu terenskega dela, dodatnih fluktuacij kadra ni bilo. Slednje ocenjujemo kot dobro, saj vsakršno usposabljanje katerekoli osebe zahteva obilo priprav in pozornosti s strani ustaljenega tima.

V našem primeru, ko nismo mogli nadomestiti zdravstvenice z novim zaposlenim, lahko ocenimo, da je premajhna fluktuacija bila slaba.

Usposobljenost ob vstopu v projekt

Strokovni delavci oz. vodje projektov v celoti poročajo o primerni usposobljenosti ob začetku projekta, ki se v večini nanaša na strokovno delo, ki ga vodijo in opravljajo. Njihova usposobljenost izvira predvsem iz praktičnih izkušenj dolgoletnega dela v organizaciji ter z uporabniki drog. Kljub temu mejijo, da so izobraževanja in usposabljanja vedno dobrodošla za utrjevanje znanja in pridobivanje novih znanj. Dober je sistem izobraževanja, ki ga v zadnjem obdobju izvaja MZ. Ob vstopu v projekt in njegovemu začetku je bilo največ potreb po usposobljenosti vezanih na administrativno podporo. Številni izvajalci poročajo o pomanjkanju

znanj administrativnega vodenja projekta, ki se v največjem delu navezuje na poročanje oz. uporabo sistema elektronske oddaje zahtevkov. Pri tem je bilo veliko težav. Poleg omenjene potrebe, ki od vseh najbolj izstopa, izvajalci navajajo še potrebe po usposabljanju varne vožnje in potrebo po psihoterapevtskih znanjih. Poleg usposobljenosti izvajalci prav tako izražajo potrebo po sogovornikih in posluhu v primeru težav in stiske, ki je v začetku projekta s strani MZ niso dobili.

Za to delo smo bili v začetku projekta dovolj dobro usposobljeni. Bolj kot usposobljenost smo potrebovali sogovornike na strani MZ in tudi znotraj organizacije, s katerimi bi lahko učinkoviteje ter manj stresno soustvarjali projekt. Številni smo imeli potrebe po dodatnem usposabljanju glede računalniškega sistema e-Ma.

Pri vstopu v projekt smo bili ustrezno usposobljeni, saj smo program izvajali že od leta 2007. Sicer pa je izobraževanje vedno dobrodošlo, saj pripomore k osveževanju in širjenju znanj. Novim sodelavcem omogočamo dodatna izobraževanja s področja, kolikor je to le mogoče, pozitivno je tudi, da MZ organizira izobraževanja.

Znanja potrebna za delo v projektu

Znanja, ki so potrebna za delovanje v projektu so s strani anketirancev razdeljena na *strokovna znanja* in *osebne naravnosti posameznika*. Med strokovnimi znanji zaposleni navajajo poznavanje področja zmanjševanja škode, znanja s področja drog in zasvojenosti, znanja različnih družboslovnih in humanističnih znanstvenih disciplin, poznavanje mreže pomoči v skupnosti, raziskovalna znanja in poznavanje različnih delovnih metod in tehnik, informacijsko pismenost idr. Večina anketiranih je enotna, da se morajo zaposleni odpovedati predsodkom in stereotipom oz. moralnemu presojanju ljudi in njihovih položajev in vlog. Slednje se sicer v veliki meri izraža preko osebnih ravnanj in odnosa do ljudi, kar bi lahko izhajalo tudi iz osebne naravnosti posameznika, vendar menimo, da se mora posameznik teh vedenj in vzorcev priučiti. Spoznati namreč mora na katerih postavkah temeljijo in zakaj se uporabljajo. V tem kontekstu, predsodke in stereotipe uvrščamo med strokovna znanja. Prav tako je obširen spekter osebnih naravnosti posameznika, ki deluje z uporabniki drog. Posebej pomembno je, da se zna prilagajati nepredvidenim situacijam ter da zmore delovati v nestrukturiranem, včasih celo kaotičnemu okolju. Hkrati se zahteva tudi doslednost, jasnost in natančnost, spoštljivost, občutek za sočloveka – empatija, komunikativnost, smisel za humor, zanimanje za delo z ljudmi, aktivno iskanje rešitev, soustvarjalni vzgibi, pridruževanje ljudem v stiski, idr.

Zelo pomembno je zanimanje in želja za delo skupaj z ljudmi, za ugotavljanje njihovih potreb ter aktivno iskanje odgovorov in rešitev pri tem. Pomembno je timsko delo in soustvarjanje skupaj z uporabniki. Škodljivo je šablonsko oz. rutinsko delovanje/delo, ko že v naprej vemo kateri postopki nas bodo pripeljali k rešitvam in le-te vsiljujemo uporabnikom.

Bolj kot poznavanje nekaterih podrobnosti, učinkovin in stranskih učinkov se nam zdi, da je potrebno, da imamo zaposleni razčiščen svoj odnos do substance in zasvojenosti. Škodljivo se nam zdi, da smo pod kakršnikoli ideološkim pritiskom, vplivom ali strahom. Še ena od pomembnih lastnosti je prilagojenost oz. fleksibilnost. Neprestano se spreminjajo delovni pogoji, uporabniški trendi, razpoložljivost in stabilnost uporabnikov itd. Pri delu zmanjševanja škode na področju drog ter nizkopražne obravnave se nam zdi pomembna tudi širina vpogleda na področje drog in zasvojenosti ter tudi ostalih življenjskih področij posameznika. Pomembno se nam zdi, da si prizadevamo k celostnemu pogledu posameznika v prostoru in družbi.

Način sodelovanja, razmejitev vlog in odnosi v interdisciplinarnem timu

Pri sodelovanju kadra v interdisciplinarnem timu so bile organizacije v začetku pred izzivom kako umestiti vlogo medicinske sestre oz. kemika. Izkazali so se številni dejavniki, ki so v teh situacijah olajšali težave in doprinesli k dobremu sodelovanju. Eden pomembnejših dejavnikov tega so redni sestanki in usklajevanje delovnega tima, bodisi na dnevni ali tedenski ravni. V organizacijah izpostavljajo, da je bilo sodelovanje veliko lažje, če so si bili sodelavci v čim večji meri dostopni za usklajevanje dela, sprotno reševanje težav in drugo podporo. V tem okviru se kot koristne pokažejo intervizije znotraj programov ter tudi mesečne supervizije, ki jih imajo v timu, bodisi s strani MDDSZ, bodisi MZ. Kot pomemben dejavnik dobrega sodelovanja se izkazuje način komunikacije, ki je v primerih dobrega sodelovanja jasna, iskrena, pogosta. Posebej velja pri dobrem sodelovanju v timih izpostaviti jasno začrtane meje med vlogami, ki pri številnih timih olajšujejo delo ter prispevajo k večji učinkovitosti dela, na drugi strani pa se zabrisane meje med vlogami posameznika v timu izkazujejo kot manj učinkovite. V nekaterih storitvah, kot je na primer svetovanje, spremljanje ali zagovorništvo uporabnika pri vključevanju v druge programe pomoči v skupnosti, se delo obeh strokovnjakov v timu prekriva. Izzivi sodelovanja v timu so bili pogostejši v začetni fazi projekta in sicer v veliki meri zaradi nejasne vloge posameznikov v timu. Številne težave izvirajo iz preobremenjenosti kadra, ki se v različnih organizacijah manifestira na različni način. V eni organizaciji so težave v timu izvirale iz krajevne oddaljenosti dislocirane enote, saj so zaradi razdalje imeli težave pri uvajanju kadra v delo. Timskega dela so se v nekaterih organizacijah morali naučiti.

Sestanki celotnega tima potekajo enkrat tedensko. Supervizijo imamo enkrat mesečno. Veliko je sprotnega dogovarjanja osebno ali telefonsko. Nudimo si podporo in pomoč. Vlog nimamo strogo razdeljenih in je večina vključena oz. vsaj seznanjena z delom drugih. Nekateri so bolj "usposobljeni" za posamezna področja dela. Občasno prihaja do težav zaradi tega, ker ni jasno določenih vlog in porazdeljenih nalog.

Pri timskem delu smo na začetku projekta imeli težave s prilagajanjem na različne pristope dela v socialni in zdravstvu glede načrtovanja in vodenja delovnih postopkov. Potrebovali smo kar nekaj časa za uskladitev potreb in pričakovanj znotraj tima.

Delovni pogoji v projektu

Pri delovnih pogojih izvajalci poročajo o *značilnostih terenskega dela*, ki veljajo tudi za projekt. Te so: delo na prostem, izpostavljenost vremenskim pogojem, nočno delo, prilagajanje dela razmeram na terenu. Iz teh specifik izvirajo tudi nekateri izzivi kot npr. izpostavljenost slabim vremenskim pogojem, fizične in psihične obremenitve pri delu, zahtevno mobilno testiranje, zahtevno zadovoljevanje lastnih fizioloških potreb na terenu itd. Velik izziv v organizacijah pomeni kadrovski primanjkljaj, ki pri številnih aktivnostih vpliva na kakovost ter tudi količino opravljenih storitev. Bolj neposredno vezano na projekt so delovni izzivi izvirali še v nefunkcionalnih vozilih ter pomanjkanju druge potrebne delovne opreme in pripomočkov terenskih delavcev. Velike psihične obremenitve so predvsem povezane z občutki nemoči in majhnim vplivom na življenjske stiske in situacije uporabnikov. Pri eni od organizacij je bila posebej psihično obremenjujoča administracija z zahtevki za material. V splošnem so delovni pogoji v NVO sektorju neenakovredni s pogoji, ki veljajo v vladnem sektorju, najbolj je izpostavljen vidik nagrajevanja oz. višine dohodka, ki je v izvajalskih organizacijah prenizek. Poleg tega izvajalci poročajo tudi o *motivacijskih dejavnikih*, ki so za delo spodbudni, to so: delo v dopoldanski izmeni, možnost za strokovni in osebni razvoj, kolegijski odnosi v timu, dobri pogoji za redno testiranje, visoke strokovne kompetence sodelavcev, delo v naravnem okolju, dinamičnost dela itd.

Pogoji so primerni statusu, ki ga znotraj NVO imamo. Plače so slabe in neenakovredne tistim, ki jih prejema v javnem sektorju. Delovna oprema je slaba in veliko moramo improvizirati in vlagati sami. Za delo z uporabniki smo dokaj dobro usposobljeni in podkovani z primernimi strokovnimi kompetencami. Kljub temu se nadpovprečnim psihičnim obremenitvam ne moremo izogniti, ampak jih razumemo kot spremljajoči dejavnik našega dela. Nekatere omejitve nam povzročajo neprimerno terensko vozilo, saj z njim ne moremo vključevati uporabnikov pri določenih storitvah.

Delovni pogoji so glede na okoliščine dobri. Delamo v dopoldanski "izmeni" ob delavnikih. Pri terenskem delu je večina dela opravljenega na prostem, zato so prenekateri dan dodatne obremenitve zaradi vremenskih pogojev. Soočamo se tudi s težavami glede prehranjevanja in uporabe sanitarnih prostorov.

Zelo nezadovoljni smo bili z delovnimi pogoji, ki jih je omogočalo pridobljeno terensko vozilo, ki ni imelo funkcionalnega gretja in ni bilo opremljeno z varnostnimi pasovi v zadnjem delu vozila.

Najbolj izpolnjujoče in najbolj obremenjujoče stvari v projektu

Najbolj so za izvajalce obremenjujoče tiste izkušnje, ki so vezane na delo z uporabniki programa in njihove stiske. Med njimi prednjačijo tiste, ko se zaposleni počutijo nemočne in ne morejo prispevati k spremembam oz. podpreti uporabnike na način, da bi jim olajšali stisko. Najpogostejši vzroki za to so obsežnost stisk, ki segajo na najrazličnejša področja, poleg tega pa nimamo dovolj specificiranih oblik pomoči, premalo imamo programov, kamor bi lahko usmerjali uporabnike, premalo imamo infrastrukturnih možnosti za pomoč (raznolikost programov pomoči, številčnost programov, usposobljenega kadra itd.). Številne obremenitve izvirajo tudi iz sistemskih težav, ki npr. izvirajo iz pomanjkanja zdravnikov in zobozdravnikov, do katerih imajo ranljive skupine še dodatno otežen dostop. Deloma *obremenjujoče izkušnje* prav tako izvirajo iz stisk uporabnikov, le da se te manifestirajo v agresivnem vedenju ter neprimernem odnosu uporabnikov do zaposlenih. Na drugi strani imamo izpolnjujoče izkušnje, ki jih zaposleni doživljajo ob razreševanju stisk uporabnikov, njihovi pozitivni povratni informaciji in odobravanju njihovega strokovnega dela, majhnim pozitivnim spremembam ali večjim preobratom v življenju in funkcioniranju uporabnikov. Izpolnjujoče je to, da lahko uporabnike v njihovi stiski podpremo neposredno, direktno na terenu in ne preko obrazcev in ostalih formalnosti. Ločeno od doživljanja uporabnikov, prav tako lahko prepoznamo *izpolnjujoče ter obremenitvene izkušnje zaposlenih*. Slednje so vezane na administrativni vidiki povezani s črpanjem sredstev, negotovost financiranja v prihodnje, pomanjkanje strokovne podpore, pomanjkanje sogovornikov s strani financerjev, prilagajanje zahtevam projekta, ki ne izvirajo iz primarnih stisk uporabnikov, težave pri sodelovanju z drugimi službami, pomanjkanje kadra znotraj programov itd. Bolj neposredno vezane na projekt so izpolnjujoče izkušnje te, ko rezultat testiranja vpliva na vedenje uporabnikov, ko lahko spremljamo rezultate povezovanj socialnega ter zdravstvenega sektorja, ko uporabniku lahko ponudimo bolj celostno obravnavo itd.

Najbolj izpolnjujoče je, kadar uporabniki ob zaznavi nevarnih snovi, rečejo da bodo drogo zavrgli, ali kakšna druga pozitivna sprememba vedenja uporabnika (vključitev v svetovanje, zmanjševanje uporabe, upoštevanje smernic zmanjševanja škode) ter raziskovanje trga drog in izvajanje monitoringa. Včasih je obremenjujoče povezovati več različnih strani in pogledov med seboj (uporabniki drog, druge nevladne org. ki so vključene v storitve, MZ, NIJZ, policija, organizatorji) za učinkovito izvajanje storitve testiranja. Najbolj obremenjujoči so bili administrativni vidiki in komplikacije, ki so se pojavljale s črpanjem sredstev. Pa tudi negotovost financiranja v prihodnje.

Najbolj je obremenjujoč občutek nemoči pri delu z uporabniki, ko se v posameznih primerih zdi, da se ne da nič več narediti, uporabnik pa vidno propada. Težko se je spoprijemati tudi s tem, da ne obstajajo primerni programi, ki bi bolj zadovoljevali potrebe določenih uporabnikov. Obremenjuje tudi dejstvo, da je izredno težko najti osebne zdravnike in zobozdravnike za uporabnike, ki tega še nimajo urejenega. Občasno prihaja do težav pri komunikaciji in

sodelovanju z drugimi službami - včasih zaradi različnih pogledov, včasih pa zaradi neodzivnosti drugih služb. Obremenjujoči so tudi konflikti z določenimi uporabniki in njihov odnos do zaposlenih. Izpopolnjujoč je predvsem pozitiven feedback s strani uporabnikov. Nekaterim naš program pomeni ogromno. Izpopolnjujejo tudi pozitivne spremembe v življenju uporabnikov.

Zadovoljstvo z vlogo MZ v projektu

Vlogo MZ v projektu strokovnjaki prepoznavajo kot zelo pomembno, tako v pripravljalni fazi pred začetkom izvajanja aktivnosti v praksi, kot v fazi, ko delo poteka na terenu. Izkazalo se je, da si izkušnje različnih organizacij pri sodelovanju z MZ razlikujejo. Pri nekaterih izvajalcih so se dejavniki dobrega sodelovanja pokazali že v pripravljalni fazi, ko jih je MZ povabilo k sodelovanju in soustvarjanju nekaterih segmentov v pripravi projekta. Slednje se poleg dobre komunikacije izkazuje kot nadvse pomemben element pri zadovoljstvu izvajalcev v nadaljnji fazi izvajanja projekta. Večina organizacij sicer s pripravljalno fazo ter vodenjem le-te s strani MZ ni zadovoljna, saj izvajalci niso bili vključeni v nekatere nadvse pomembne pripravljalne faze, kot so npr. izbira in opremljanje terenskih vozil, sooblikovanje kazalnikov v projektu in sooblikovanje drugih projektnih vsebin. Številne organizacije poročajo o administrativnih izzivih, ki se navezujejo na delo MZ: oddaja zahtevkov in poročanje, nejasna in pomanjkljiva navodila v zvezi s projektom, odsotnost in neodzivnost v primeru težav izvajalcev. Na tem mestu izvajalci predlagajo redno sestajanje usmerjevalnega odbora in izvajalskih organizacij, kjer bi lahko v nadaljevanju odpirali teme in skupaj iskali rešitve. Kot dejavnik dobrega sodelovanja izpostavljamo komunikacijo z MZ, ki se je od začetka projekta, oz. že od pripravljalne faze – z vidika večine organizacij (ne pa vseh) izboljševala. K temu je največ prispevala Maša Serec, ki jo številni izpostavljajo kot najmočnejši člen na strani MZ. Poleg tega je omenjena tudi odzivnost skrbnice pogodbe ter sodelovalnost in podpora Jožeta Hrena v pripravljalni fazi projekta, ki so jo opazili v nekaterih programih.

Glede nekaterih stvari je bila komunikacija ves čas zelo dobra, skrbnica pogodbe je bila zelo odzivna na naša vprašanja, tako po telefonu, kot tudi po e-pošti. Prav tako je bila zelo dobra komunikacija pri pripravah na projekt s strani Maše Serec in Jožeta Hrena. Njuna odzivnost, angažiranost in držanje dogovorov, je zelo veliko prispevala k vzpostavitvi pogojev za izvedbo. V tistem času je bila pomanjkljiva komunikacija edino kar se tiče terenskega vozila. Bi pa v začetku projekta potrebovali kratka in jasna navodila glede poročanja, za katera smo zaprosili, vendar na to nismo dobili odziva. Smo se sicer z MZ že dogovarjali, da bi se izvedlo tudi usposabljanje za e-MO, vendar ga MZ ni uspel organizirati. Ko gledamo nazaj, vidimo, da bi bilo smiselno, da bi se redno na letni ravni ali pogosteje glede na potrebe, izvajali sestanki usmerjevalnega odbora oziroma vseh podpisnikov sporazuma, kjer bi sproti reševali težave.

Ne moremo reči, da se je kdo iz nas norčeval in nam nalašč oteževal delo, prepričani pa smo, da stvari niso bile načrtovane, še huje pa je, da se v takih primerih ni pojavil nekdo od odgovornih z

MZ, ki drži škarje in platno ter nas prišel vprašat v čem je težava in kako bi jo lahko rešili. Nikogar, ki bi lahko pomagal ni bilo na vidiku. Preveč stvari je bilo in je prepuščeno samim sebi. Znotraj MZ naj bi se s tem projektom formirala skupina ljudi, ki naj bi bdela nad projektom in urejala pravne in organizacijske zadeve. Od celotnega tima MZ smo največ lahko sodelovali z eno osebo – Mašo Serec, ki je bila dejansko dostopna in se odzivala na naše potrebe in dileme. Ga. Maša Serec je edina, ob kateri smo začutili, da se je soočila s specifikami in zahtevami našega dela ter tudi, da je videla omejitve in nedorečenosti projekta kot takega. Sicer smo hitro ugotovili, da bistvenega napredka in sprememb ni pričakovati, a zelo je bilo v pomoč dejstvo, da smo bili skupaj vključeni v projektu, tako v dobrih, kot slabih aspektih. V zadnjih dveh letih praktično komuniciramo in sodelujemo zgolj z eno osebo – Mašo Serec, s katero smo v našem sodelovanju zelo napredovali in vzpostavili spoštljiv, strokoven in učinkovit delovni odnos, ki nam pri našem delu ter projektu zelo pomaga.

Komunikacija z MZ je relativno slaba. Velikokrat se zgodi, da na določeno pisanje ne dobimo odgovora oz. na ta odgovor čakamo predolgo. Dogaja se tudi, da ni zadostne podpore z njihove strani in da se naših mnenj in idej na upošteva. Komunikacija se ne izboljšuje.

Kazalniki v projektu

Pri doseganju kazalnikov se izkaže, da so bile organizacije seznanjene s kazalniki v projektu in jih bo v večini primerov mogoče doseči. V nekaterih programih poročajo o predhodnem doseganju kazalnikov oz. že o preseganju le teh. Kot morebitna ovira na katero ni mogoče imeti vpliva se izkazuje epidemija virusa covid, ki onemogoča doseganje nekaterih kazalnikov kot so npr.: doseganje predvidenega števila izvajanj mobilnega testiranja ter usposabljanje študentov zdravstvenih in socialnovarstvenih smeri za delo. V dveh organizacijah poročajo o odsotnosti kakršnih koli težav ali dilem glede kazalnikov. Pri ostalih navajajo izzive, ki so morda povezani tudi z dejstvom, da organizacije niso bile vključene v pripravo projekta, kjer bi lahko skupaj z MZ določili smiselne oz. primernejše kazalnike, ki bi se nanašali na dejansko delo, ki ga v programih zmanjševanja škode izvajajo. Največ kritike je usmerjene proti kazalniku, ki naj bi v programih dokazoval vključevanje uporabnikov na trg delovne sile. Slednje naj pri programih zmanjševanja škode ne bi bil med primarnimi cilji ter kot navajajo v organizacijah odvrča pozornost ter delovno energijo od tistih aktivnosti, ki bi morali biti v tovrstnih programih prioriteta. Prav tako sta kot velik izziv izpostavljena kazalnika vključevanja in usposabljanja študentov, ki se usposabljujejo na področju socialnega varstva ali zdravstva. Za slednje naj ne bi bili izpolnjeni niti formalni pogoji za vključevanje, saj socialnovarstveni program ne more vključevati študentov s področja zdravstva. Poleg tega je problem tudi tehnične narave, saj v mobilnih enotah ni prostora za tolikšno število oseb, kot jih predvideva dotični kazalnik. V programih pogrešajo pozornosti oz. kazalnike namenjene vrednotenju zdravstvenega dela, ki je v projektih nadgradnje bistven, vsaj z vidika organizacij in potreb uporabnikov. Predlog je torej v smeri, da bi kazalniki z vidika zdravstvene

nege v program nadomestili kazalnike z vidika približevanju trgu delovne sile. V programih si želijo večjo odzivnost ter vključenost pri soustvarjanju primernih kazalnikov ter reševanju dilem in izzivov v zvezi z njimi.

Glede na dejstvo, da s projektom dajemo poudarek zmanjševanju zdravstvene škode, ki nastaja pri uporabi drog in tudi temu, da projekt vodi MZ, bi tudi pri kazalnikih pričakovali nekaj več poudarka pri zdravstvenih vidikih kazalnikov in poudarek na pomenu medicinske sestre v timu. Na to se ne nanaša niti eden od kazalnikov kar je vsekakor škoda.

Nekaj težav smo imeli predvsem pri vključevanju usposobljenih oseb v delo, saj je poleg terenske ekipe (socialni delavec/ terenski delavec) lahko prisotna samo še ena dodatna oseba (kombi je registriran za 3 osebe), še posebej pa v času epidemije nismo smeli niti mogli vključevati v delo študentk/ov in drugih oseb. Posebej pa moramo izpostaviti na težavo vključevanja študentov/tk zdravstvene smeri v naše delo, saj za to nimamo formalnih pogojev. Ker zdravstvena delavka ni zaposlena v Stigmi, Stigma pa tudi ni registrirana za zdravstveno dejavnost, zato formalno ne moremo zagotoviti prakse in usposabljanj za to populacijo.

Približevanje uporabnikov trgu delovne sile

Med programom reintegracije ter programi zmanjševanja škode se izkazuje pomembna razlika med prioriteta pri približevanju uporabnikov trgu delovne sile. Med tem ko je v prvem primeru približevanje trgu delovne sile eden od temeljev celotnega programa, saj naj bi k samostojnosti posameznika, kar je tudi osnovni cilj, prispevala ravno zaposlitev, je v primeru programov zmanjševanja škode zaposlitev zgolj eden od segmentov/vidikov zmanjševanja socialnih posledic uporabe drog. Aktivnosti, s katerimi organizacije dosegajo približevanje uporabnikov trgu delovne sile so: prostovoljno delo, izvajanje dela v družbeno korist, možnost zaposlitve preko mehanizma javnih del, vključevanje v neformalno izobraževanje, spremljanje in zagovorništvo uporabnikov pri vstopanju v zaposlitvene ali delovne organizacije, pomoč in podpora pri urejanju zaposlitve, pomoč pri pisanju prošelj, osebno načrtovanje z uporabniki, učenje socialnih veščin uporabnikov, spodbujanje k aktivnejšemu preživljanju prostega časa, spodbujanje k aktivnemu iskanju dela/zaposlitve, informiranje glede pridobivanja zaposlitve, brezplačno svetovanje s področja zaposlovanja pri partnerju - zaposlitveni organizaciji, omogočanje pridobivanja poklicnih kvalifikacij, Konkretna pomoč pri urejanju življenjske situacije, krepitev moči uporabnikov, navezovanje stika z zaposlitvenimi organizacijami in delodajalci, itd. Ob tem je pomembno omeniti *dejavnike približevanja trgu delovne sile*, ki jih izpostavljajo izvajalske organizacije, zlasti tiste, ki delujejo na področju zmanjševanja škode. Zlasti pri terenskem delu so aktivnosti povezane z zaposlovanjem uporabnikov veliko težje izvedljive kot je to mogoče v stacionarnih enotah. Poleg tega je pridobivanje zaposlitve velik izziv že pri ljudeh, ki imajo življenjske razmere veliko bolj urejene kot uporabniki drog, ki se pogosto v stiski zasvojenosti ter drugih pridruženih stisk, kot je

brezdomstvo, težave v duševnem zdravju, telesna oviranost, dolgotrajna brezposelnost itd. Izhodišča uporabnikov so torej manj perspektivna, saj se v svojem življenjskem poteku soočajo z bolj elementarnimi življenjskimi potrebami kot je pridobivanje zaposlitve, pogosto so brez delovnih navad ter tudi v pomanjkanju socialnih veščin. Slabo so opismenjeni ter tudi sicer imajo nekateri nizko stopnja izobrazbe ali je celo nimajo. V izvajalskih programih skušajo zato uporabnike opremiti z najosnovnejšimi veščinami, ki so lahko izhodišče za nadaljnje približevanje trgu delovne sile, težko pa dosegajo neposredno vključevanje uporabnikov. V organizacijah tudi izpostavljajo, da za to nimajo ustreznih delovnih pogojev, premalo so tudi strokovno podkovani za to delo, ki ga sicer veliko bolj kompetentno opravljajo v drugih, za ta namen organiziranih programih.

Uporabnikom omogočamo vključitev v prostovoljsko delo znotraj organizacije, v okviru psihosocialne pomoči, pa jih tudi podpiramo pri vključitvi v šolanje in zaposlitev. Na samem terenu uporabnike spodbujamo k spremembam in jim nudimo informacije, s katerimi si lahko pomagajo pri približevanju trgu delovne sile. V primeru, da se vključijo v program dnevnega centra za mlade ali svetovalnico, pa jim lahko nudimo tudi bolj konkretno pomoč pri urejanju njihove življenjske situacije ter spremstva. V okviru dnevnega centra jim nudimo tudi brezplačno možnost svetovanja s področja zaposlovanja, ki ga izvaja partner Šentprima. Za nekaj uporabnikov, ki so bili vključeni v program »mobilne enote« lahko rečemo, da so se približali trgu delovne sile.

Poglavitni cilj našega programa je samostojnost uporabnikov, kar je mogoče doseči le z zaposlitvijo. Vsi naši uporabniki, ki uspejo končati program, se tudi zaposlijo. Kar nekaj uporabnikov najde zaposlitev preko prostovoljstva, ki je nujno v zadnji fazi programa (reintegracija). Tistim uporabnikom, ki bi se radi prekvalificirali ali pa dokončali izobraževanje, omogočamo razna šolanja. Skratka, dokončanje šolanja in zaposlitev sta osnovna cilja našega programa, ki imata namen omogočiti samostojnost posamezniku.

Ljudi spodbujamo k aktivnosti in k iskanju svojih močnih lastnosti. Uporabnike spodbujamo, da se vključujejo v aktivnosti znotraj naših programov: ustvarjalnost, delo, pomoč drugemu, šport in rekreacija itd. Z nekaterimi sklenemo tudi dogovor o prostovoljstvu. S tistimi, ki si tega želijo naredimo osebni načrt, ki včasih vključuje tudi aktivnosti za približevanju trga delovne sile. Z njimi vstopamo v institucije kot so: ZZRS, invalidska podjetja, gospodarska podjetja, probacijsko službo, itd. Pred leti smo imeli dobro izkušnjo, ko je v naši regiji in tudi znotraj naše organizacije deloval proglam »socialne aktivacije«, preko katerega so do zaposlitve prišli tudi uporabniki naših programov – zmanjševanja škode. Ob okrepljeni kadrovske zasedbi ter boljši usposobljenosti zaposlenih s tega področja menimo, da bi lahko bili na tem področju veliko uspešnejši, kot smo sedaj.

Financiranje in kadrovska krepitev v prihodnje

V vseh programih poročajo o negotovosti nadaljnega financiranja projekta. Prav tako si vse organizacije želijo nadaljevanje financiranja, ki bi moralo postati trajno in ne zgolj projektno. Poleg tega skoraj vse organizacije poročajo o dodatnih potrebah na terenu, ki so z vidika različnih organizacij sledeče: potrebe po krepitvi kadra v programih testiranja in terenskega dela, potrebe po vzpostavitvi dodatnih mobilnih enot skupaj s pripadajočim kadrom, potrebe po zaposlitvi zdravnika v terenski tim. Navedene potrebe izhajajo iz številnih sivih lis, iz potreb in želja uporabnikov po večjem stiku in bolj kontinuiranem delu, iz večjega števila uporabnikov in njihovih potreb kot jih uspejo oskrbeti trenutni terenski timi na terenu.

Po poteku projekta redno financiranje medicinske sestre ni več zagotovljeno. Želimo pa si obdržati kader, tudi po končanem projektu. Upamo, da se projekt verificira in postane stalen program.

Za boljšo pokritost potreb uporabnikov na terenu, bi v naši regiji potrebovali vsaj še eno dodatno mobilno enoto, ki bi vključevala dodatnega strokovnega delavca ter dodatnega laičnega delavca ali medicinsko sestro. S tem bi lahko z določenimi uporabniki delali bolj kontinuirano, več bi bilo načrtovanega dela in sledenja ciljem. Uporabniki si želijo stika in dela z njimi. Z dodatnim kadrom bi pokrili nekatere sive lise, ki jih sicer ne moremo pokrivati že znotraj regije v kateri delujemo. Trenutno poleg terenskega vozila, ki ga imamo v projektu, občasno uporabljamo še eno službeno vozilo, ki nam omogoča kvalitetnejše delo in boljšo oskrbo uporabnikov z materiali in storitvami.

Nihče s strani MZ ni do sedaj povedal, da se bo financiranje zdravstvenika v programu nadaljevalo oz. se ne bo. Informacij o tem nimamo. Menimo, da o nadaljevanju financiranja ne sme biti nobenih dilem, saj bi ukinitve financiranja in prenehanje tega delovnega mesta pahnila razvoj programov več korakov nazaj.

Financiranje mobilne enote po izteku projekta ni zagotovljeno. Ker smo zdravstvena organizacija bi bilo potrebno prijaviti nov program na ZZS in poskušati zanj pridobiti sredstva. Za razširitev programa pa bi bilo celo smiselno pridobiti dodatne kadre.

Finančna sredstva v projektu

Med tem ko del organizacij poroča o zadostni višini sredstev, ki jih dobijo iz projekta, drugi del poroča o nezadostnih finančnih sredstvih. Pri slednjih opozarjajo, da sredstva zadoščajo za kritje stroškov novo zaposlene osebe, medtem ko morajo ostale potrebe kriti iz drugih finančnih virov, tudi iz donacij. Najbolj bi potrebovali sredstva za material in pripomočke novega kadra ter za stroške terenskega vozila.

Finančna sredstva so bila namenjena predvsem zaposlitvi kemika v laboratoriju, brez katere seveda storitve testiranja ne bi mogli izvajati. Ob širitvi testiranja glede na preteklo izvajanje, pa

so se močno povečale kadrovske potrebe, tako pri sprejemanju vzorcev, kot pri koordinaciji storitve in sodelovanju v EWS. To trenutno pokrivamo s pomočjo drugih financerjev, vendar bi bilo za ohranitev kvalitete pri ostalih aktivnosti organizacije, potrebno vsaj delno financiranje tudi kadra znotraj organizacije.

Finančnih sredstev je premalo za nakup vseh potrebnih pripomočkov za delo medicinske sestre. Zato se obračamo po donacije.

Finančna sredstva zadoščajo za plačo enega diplomiranega zdravstvenika, ostali stroški se krijejo iz obstoječega programa.

Supervizija v projektu

Med strokovnimi delavci je supervizijo kot ustrezno in koristno ter brez posebnih pripomb ocenil samo eden. Ostali so supervizijo ocenili kot koristno z vidika medsebojnega spoznavanja zaposlenih in ohranjanja osebnega stika. V redkih primerih je izpostavljen pozitiven učinek supervizije v obliki razbremenitve ali reševanja določenih situacij oz. stisk. Strokovni delavci supervizijo, ki jo organizira MZ, vidijo bolj kot uskladitvene sestanke ter informiranje predstavnice MZ o trenutnih potekih in aktivnostih v projektu. Kot problematično se izkazuje nazivanje srečanj s supervizijo, saj naj bi supervizija imela druge elemente ter cilje. Kot izzive strokovni delavci navajajo prisotnost predstavnice MZ na srečanjih, prevelike skupine udeležencev supervizij, preveč raznolika področja delovanja udeležencev in preveč različnih strokovnih izhodišč med udeleženci. Precej kritik je izraženih na račun obeh supervizork, saj jima področje drog in zasvojenosti očitno ni poznano, poleg tega pa sta preveč usmerjeni s strani MZ, zaradi česar udeleženci ne morejo podati dejanskih stisk s katerimi se srečujejo, ali pa pri izpostavitvi stisk niso slišani. Supervizija večine udeležencev ne razbremeni in je ne vidijo kot koristne in uporabne, poleg tega imajo vsi zaposleni v socialno varstvenih institucijah supervizijo, ki je organizirana v programih kjer delujejo in niso del projekta "nadgradnje mobilnih enot". V to supervizijo so vključene tudi nekatere izmed medicinskih sester. Glede supervizij so za prihodnje podani številni predlogi; supervizije naj bodo organizirane zgolj za medicinske sestre, s čimer se bo doseglo manjše število udeležencev v skupinah, poleg tega pa bodo lahko obravnavali tematike, ki se dejansko tičejo njihovega dela. Poleg tega naj supervizijo vodijo supervizorji, ki so specializirani za področje zdravstva in poznajo področje zasvojenosti. Drugi predlogi gredo v smeri intervizijskih srečanj, kjer ni potrebe po vključevanju plačanih supervizork, zaželeno pa so tudi kontinuirana srečanja s predstavniki MZ, kjer bi lahko razreševali stiske, ki se v programih pojavljajo.

Supervizija mi je bila vseh predvsem iz vidika spoznavanja zaposlenih v sorodnih organizacijah. Nisem imela občutek, da bi iz supervizije odnesla kakšno novo znanje ali drugačen pogled na svoje delo, ki bi mi pomagal se počutiti olajšano ali bolj usposobljeno. Menim, da je supervizorka zelo

opremljena terapevtka, vendar je bilo čutiti pomembno razhajanje v razumevanju pojava zasvojenosti, praks zmanjševanja škode in uporabe drog na sploh. V prihodnje bi bilo morda koristneje izbrati supervizorja, ki ima več izkušenj pri delu z uživalci drog in je bolj domač tudi na področju zmanjševanja škode.

Preveč je ljudi, ki sestavljajo posamezno supervizijsko skupino. Poleg tega je delovanje posameznih društev ter tudi usmeritev, zelo različna. Vsaj v našem primeru je v neprijetni vlogi tudi supervizorka, za katero zgleda, da ne razume dobro projekta kot takega in kaj naj z nami počne. Občutek imamo, da obe supervizorki skušata po svoje vplivati in usmerjati projekt, čeprav ne vesta prav dobro, kaj delamo in kakšni so delovni pogoji in cilji izvajalcev ter posameznih vlog določenega profila v timu. Zelo pogosto smo izvajalci in udeleženci supervizije imeli občutek, da sta supervizorki usmerjeni s strani financerja, kar nikakor ni v domeni omenjene metode.

Predstavnica MZ se srečanj najbrž udeležuje zato, da nam določene stvari pojasnjuje in odgovarja na vprašanja, poleg tega pa tudi, da sliši dogajanje in mnenja izvajalcev. Slednje ne more biti poglobljena naloga in cilj supervizije, temveč katere druge oblike oz. metode sestajanja. Glede na to, da imamo zaposleni v socialnovarstvenih programih tako ali tako že svojo supervizijo, bi bilo bolj primerno, da bi svojo supervizijo imeli zgolj zdravstveniki. Oni bi lahko imeli pravega supervizorja, poleg tega pa tudi nekoga, ki prihaja s področja zdravstvene nege. V letih delovanja projekta smo imeli priložnost spoznati, da je največji manko prav v usklajenem ter podpornem delovanju medicinskih sester, ki v svoji vlogi prepogosto ostajajo same, v društvih pa točno ne vedo, kaj naj z njimi počnejo.

Splošna ocena projekta

Generalno gledano so si strokovni delavci ter vodje mobilnih programov enotni, da je projekt nadgradnje mobilnih enot nadvse koristen ter nujno potreben. O učinkovitosti projekta in iz njega izhajajočih storitev ni zaslediti dileme pri nobenem od izvajalcev. Na podlagi strokovnih mnenj je najprej izpostavljeno splošno odobravanje projekta, sledijo številni pozitivni učinki, ki jih zaznavajo pri izvajanju storitev, vsi pa navajajo tudi možnosti za nadaljnjo nadgradnjo. Pozitivne učinke projekta lahko prepoznamo pri spremljanju trga drog in uporabniških značilnosti, izvajanju intervencij zmanjševanja škode, svetovanju ter preusmerjanju uporabnikov v druge programe pomoči, opozarjanju na pojav nevarnih snovi, zelo učinkoviti implementaciji testiranja, program testiranja je tudi mednarodno priznan ter vzet kot primer dobre prakse. V programih, ki vključujejo delo medicinske sestre, le-ta pomeni dodano vrednost storitvam, ki jih programi nudijo uporabnikom drog. Poleg strokovnega zdravstvenega pristopa, ki je v domeni novo zaposlenega kadra, lahko bolj kakovostno in osredotočeno svoje delo izvajajo tudi ostali zaposleni v timu, saj so dela, ki se tiče zdravstvene obravnave, razbremenjeni. Skupaj v mobilnem timu lahko sedaj uporabnikom nudijo bolj celostne in povezane storitve. Boljša povezanost z zdravstvenim

sistemom je prepoznana v vseh okoljih, kjer je vzpostavljeno konzorcijsko sodelovanje z naslova projekta.

Zelo pomembno pa je pri izvajalcih, posledično tudi uporabnikih storitev, prepoznavanje potreb, ki jih v nadaljevanju naslavljamo kot *predlogi za nadgradnjo*. Uporabniki si želijo stika s programi in storitvami, ki jih v njih prejmejo. Izvajalci želijo uporabnikom ponuditi bolj poglobljeno svetovalno delo - tako v primeru mobilnega laboratorija, v programih zmanjševanja škode, programih reintegracije, kot tudi v programih mobilnih substitucijskih programov. Poleg tega je prepoznana potreba po večjem in pogostejšem pokrivanju določenih krajevnih skupnosti, saj obstoječe mobilne enote ter tudi stacionarni programi ne uspevajo pokriti obstoječih potreb. Za večjo prilagodljivost uporabniškim skupinam ter številu uporabnikov, bi morale delovati več mobilnih enot skupaj s pripadajočimi delovnimi timi. V programih si želijo več komunikacije in slišnosti s strani MZ. Izražena je potreba po redefiniciji kazalnikov, ki bi bili bolj primerni ter izhajali iz dela, ki ga v programih dejansko izvajajo. Iz vseh programov si želijo systemske ureditve glede nabave materialov in delovnih pripomočkov, ki jih potrebuje novo zaposleni timi. Primernega vozila, ki bo dejansko omogočal mobilno testiranje si želijo v programu kjer izvajajo testiranja, nadgradnje pri opremljanju vozil si želijo tudi v nekaterih drugih programih mobilnih enot. Glede na pozitivne izkušnje dveh mobilnih enot za razdeljevanje substitucijske terapije, strokovnjaki predlagajo delovanje mobilne enote v vsakem od enot CPZOPD v Sloveniji. Ločeno od vzpostavljanja novih mobilnih enot, si v že obstoječih želijo kadrovske okrepitve, s strokovnjaki področja socialnega varstva - socialnimi delavci in psihoterapevti, kot s področja zdravstva in medicine, izstopa tudi predlog po zaposlitvi zdravnika ter pravnika v mobilnih programih.

Projekt je zelo smiseln in pomemben iz več vidikov. Od možnosti spremljanja trga drog in uporabniških značilnosti, izvajanja intervencij zmanjševanja škode, svetovanja ter preusmerjanja v druge programe pomoči, do opozarjanja na pojav nevarnih snovi. Testiranje je implementirano na zelo učinkovit način, tudi če se primerjamo s tujino imamo enega izmed najboljših sistemov. Vedno pa obstajajo možnosti za izboljšave, ki jih vidimo predvsem na še bolj poglobljenem svetovalnem delu v testiranju.

V primeru našega programa je delo zdravstvenika resnično smiselno in potrebno. Zdravstvenica se je dobro vključila v tim. Njen prispevek je neprecenljiv. Sicer ni ključnega pomena, vendar je pa resnično dodana vrednost k obravnavi uporabnikov. Sigurno je pa manjkal obljubljeni sanitetni material. V kolikor se bo projekt nadaljeval, si želimo, da se financer drži obljubljenega tudi pri tem delu. Delo zdravstvenika v našem stanovanjskem programu se je pokazalo, kot pozitivno. Je le še en, dodaten pogled na problematiko zasvojenosti, s čemer lahko rečemo, da ponujamo celovitejšo obravnavo. Skratka, vse kar spada v delo zdravstvenika je za naš program popolnoma dobrodošlo. Slabosti nismo zaznali.

Pozitivno je tudi vključenost MZ, ki kontinuirano bdi nad našim delom. Podporo in zavzetost prejemamo zlasti s strani ga. Maše Serec, ki se ji ob tej priložnosti iskreno zahvaljujemo za zavzeto in učinkovito delo. Bolj kot to, da pridobivamo dodatne resurse za delo na terenu se nam zdi pomembno, da smo slišani in ne ostajamo sami v svojih delovnih situacijah in iz tega izhajajočih problematikah. Preko ga. Serec smo skupaj spoznali domet projekta, kar vključuje seveda tudi njegove omejitve, vendar smo se najbrž prav zaradi nje s tem tudi sprijaznili in nekako razumeli.

Iz naše perspektive se nam zdi, da z delovnimi možnostmi, ki jih imamo (kader, oprema, izkušnje, vpetost v okolje itd.), dosegamo zelo visoko stopnjo delovanja. Za večji obseg delovanja, ki obsega: večjo število vključenih uporabnikov v program; večje število storitev; večjo kakovost storitev; bolj kontinuirano delovanje z uporabniki; doseganje večje krajevne pokritosti, itd. bi seveda potrebovali več primernega ter usposobljenega kadra, dodatno tehnično opremo za delo na terenu (vozilo, računalnik, primernejšo varovalno opremo, več materialov za delo na terenu itd.).

Nujno se nam zdi povečati število mobilnih enot znotraj regije. Trenutno delamo 8 ur v dopoldanskem času s čimer nam uspe v določeni meri pokriti potrebe zgolj določene skupine uporabnikov. Vemo pa, da se določeni uporabniki aktivni v popoldanskem, večernem in nočnem času. Terensko delo bi moralo biti ali dovolj kadrovsko ter tehnično podprto, da bi lahko zajeli širšo uporabniško skupino, bodisi bi morali biti bolj fleksibilni/prilagodljivi, da bi lahko storitve nudili tudi v drugih delih dneva in ponoči. Poleg tega bi morali identificirati ter se prilagoditi tudi tistim uporabnikom, katerih naši programi in storitve ne naslavlajo: uporabniki v večernem in nočnem času; mladi; uporabniki sintetičnih in dizajnerskih drog, itd.

Tovrstno delo je izredno pomembno. Sploh z vidika, da Slovenija ni dovolj pokrita s stacionarnimi programi. Številčnejša ekipa bi lahko bolj pogosto obiskovala določene kraje oz. bi bila mreža pokritosti večja. Pri materialu pogrešamo določene izdelke, ki bi dopolnili ponudbo in dodali k zmanjševanju škode (sterilna voda, folija za kajenje, listki za njuhanje, primernejši kontejnerji za vračanje uporabljenih materialov...) Zelo smiselno se nam zdi, da smo lahko v delo vključili medicinsko osebje, upamo, da bo zagotovljena kontinuirana izvedba programa tudi v prihodnje. V prihodnje predlagamo tudi možnost vključitve zdravnika.

Projekt je smiseln in potreben ter se nikakor ne bi smel zaključiti, nasprotno, potrebno ga je razširiti in s tem v zvezi pričakujemo bolj aktivno vlogo Ministrstva za zdravje. Pa tudi cilje je potrebno razširiti v celostno skupnostno obravnavo.

Intervjuji z uporabniki storitev programov mobilnih enot

S predstavniki organizacij, ki izvajajo terensko delo z uporabniki nedovoljenih drog ter iz razpisa MZ pokrivajo vse 4 vsebinske sklope, smo pred fazo zbiranja empiričnega gradiva ugotovili (ter hkrati določili), da je najučinkoviteje, če gradivo zberejo zaposleni v posameznih programih s

svojimi uporabniki sami. S tem smo omogočili zbiranje podatkov kljub povečanemu epidemičnemu tveganju v času raziskovanja, poleg tega pa je dostopnost do uporabnikov veliko lažja z vidika izvajalcev programa, ki imajo vsakodnevni stik s svojimi uporabniki. Na drugi strani smo se raziskovalci zavedali tudi nekaterih omejitev, saj so zaposleni večinoma sami izbirali uporabnike s katerimi so pridobili podatke. Hkrati je nekoliko pristransko tudi dejstvo, da so uporabnike, katerim zaposleni izvajajo storitve »svojega« programa, spraševali o določenih kakovostih ter drugih segmentih, ki se nanašajo na odnos ter osebno mnenje posameznika. Čeprav je bila v osnovi s strani raziskovalcev mišljena izvedba fokusnih skupin z uporabniki, smo zaposlenim v organizacijah, ki so intervjuje izvajali prepustili odločitev, ali z uporabniki izvedejo skupinski razgovor (fokusno skupino), ali samostojne intervjuje s posamezniki. Iz programov so poročali, da so ti dve metodi kombinirali ter z določenimi uporabniki izvedli fokusne skupine, večina zaposlenih je izvedla posamične intervjuje. Organizacijam smo preko elektronske pošte poslali delno strukturirane vprašalnike, ki so bili sestavljeni iz dveh delov. V prvem delu smo navedli zgolj področja (aktivnost uporabnika, delovanje terenskega dela, zdravstvene storitve v mobilni enoti, vstopanje v programe pomoči in zagovorništvo, testiranje drog, prestajanje kazni zapora), o katerih smo želeli, da se zaposleni z uporabniki čim bolj nestrukturirano ter sproščeno pogovorijo. Sicer smo zraven vsakega področja navedli nekaj usmerjenih vprašanj, ki so služila zgolj namig oz. pomoč pri pogovoru. V drugem delu vprašalnika smo izhajali iz Nacionalnega programa področja drog 2014-2020, kjer smo uporabnike spraševali po neposrednih informacijah glede izkušenj izmenjave pribora za uporabo drog, bivanjskih okoliščin ter morebitnega brezplačnega cepljenja.

Z vprašalniki nam je uspelo pridobiti številne nepovezane podatke izkušenj uporabnikov, ki prihajajo iz desetih različnih programov ter s področja celotne Slovenije.

Del odgovorov uporabnikov je predstavljen v 1. delu poročila, saj smo ocenili, da se vsebinsko bolj povezuje s splošno vsebino. Odgovori, ki se neposredno navezujejo na mobilne enote pa predstavljamo v nadaljevanju.

Tabela: Organizacije iz katerih prihajajo uporabniki vključeni v raziskavo, njihovo število ter krajevna pokritos/doseg terenskega dela

Zaporedna številka	organizacija	Kraj delovanja	Število sodelujočih uporabnikov
1.	DrogArt	Ljubljana, Kranj	2
2.	Projekt človek	Ljubljana, Škofje Loka	1
3.	Šent	Severna Primorska	6
4.	Stigma	Ljubljana, Notranjska, Dolenjska, Gorenjska, Zasavje, Idrija	6

5.	Zdrava pot	Maribor, Štajerska	2
6.	Socio Celje	Celje, Savinjska dolina	3
7.	Svit Koper	Koper, Piran, Izola	5
8.	CZOPD Ljubljana	Ljubljana	2
9.	CPZOPD Slovenj Gradec	Koroška, Štajerska	3
10.	CPZOPD Ptuj	Spodnja Štajerska (Slo. Bistrica, Ptuj, Ormož)	1
Skupaj:	10 organizacij		31

Izsledki in spoznanja uporabnikov storitev programov mobilnih enot

Vključevanje v mobilno enoto

Kot je navedeno že uvodoma, je večina organizacij s terenskim delom začela že leta poprej, med drugim v okviru MZ - leta 2007, ko so nekateri terenski programi že prejeli terensko vozilo, ki pa ni vključevalo delovnega kadra. Večina uporabnikov je v programe terenskega dela vključena daljše časovno obdobje, zato lahko projektu nadgradnje s strani MZ iz svoje perspektive spremljajo od začetka delovanja, leta 2018. Nekateri uporabniki poročajo o vključitvi ter seznanitvi s programi terenskega dela (ne zgolj »projekta« z leta 2018) od njihovih začetkov naprej. Številni govorijo o 15 letnem vključevanju v program, 10 letnem in tako naprej. Zgolj peščica izmed uporabnikov izpostavi, da je v program vključena 4 leta ali manj, vsi ostali dlje. Izjema so seveda tisti uporabniki, katerih pred začetkom projekta (2018), storitev mobilnih enot še ni bila vzpostavljena in na voljo (CZOPD, CPZOPD). Eden od uporabnikov se je prvič s programom seznanil že na delavnici v osnovni šoli, sedaj pa se nekaterih storitev, ki jih terensko delo nudi tudi poslužuje. Nekateri so se v program vključili preko svojih prijateljev ali partnerjev. Nekateri uporabniki programov zmanjševanja škode se ob prvem stiku sploh niso zavedali, da so se seznanili z zaposlenimi v terenski službi. Slednja ugotovitev je nekoliko presenetljiva, nakazuje pa na očitno neformalnost pri delovanju terenskih delavcev. Očitno je tak načina tudi uspešen, saj so uporabniki in terenska služba še vedno v stiku. Še bolj presenetljiva je dolgoletna in pri nekaterih uporabnikih neprekinjena uporaba storitev v programu terenskega dela. Gre za specifično delovanja pri konceptu zmanjševanja škode, saj nekateri uporabniki potrebujejo storitve programov zmanjševanja škode trajno. Posledično je izziv tudi pri spremljanju pozitivnih izhodov in izhodov uporabnikov na sploh, saj ga kot takega težko definiramo. Tisti uporabniki, ki so

vključeni v terensko delo CZOPD so se v program vključili po zaključenem zdravljenju oz detoksikaciji.

Uporabnik se je s programom DrogArta prvič srečal, na delavnici v osnovi šoli, potem pa preko storitve testiranja psihoaktivnih snovi. S terenskim delom je sicer seznanjen, vendar je bil vključen v to le enkrat bežno na Metelkovi, prejel je material za zmanjševanje škode in nekaj so se pogovarjali, vendar je bil takrat pod vplivom PAS in se stika ne spomni dobro, drugih poglobljenih stikov s terensko ekipo ni imel.

Bili smo v parku in sem se pogovarjala s Sandijem, ampak takrat sploh nisem vedela, da ste to »NVO«. Mislila sem, da ste nekdo izmed klape oz. nekdo, ki pozna klapo.

Med uporabniki, ki so sodelovali v raziskavi, beležimo zelo pogosto vključevanje v program terenskega dela. Pogosto se uporabniki vključujejo v program večkrat tedensko, nekateri celo vsakodnevno. Večina jih koristi storitve enkrat tedensko, najmanj pogosto pa je bilo izraženo dva krat mesečno ter občasno in po potrebi. Eden od uporabnikov se v program vključuje v primeru nočnih zabav.

Terenskega dela se poslužujem že kakšnih 10 let. S terenskimi delavci sem v stiku 1x tedensko.

V mobilno enoto sem bil vključen po končanem zdravljenju na oddelku za dvojne diagnoze CZOPD Ljubljana.

Na terenu se z ekipo cpzopd/kmep trenutno dobivam le občasno, ker imam boniteto. Smo se pa dobivali na dnevni bazi pred mojo zanositvijo in med epidemijo na terenu skoraj vsak dan.

Najpogostejša storitev, ki so jo uporabniki izpostavili, ko vstopajo v sistem storitev terenskega dela je pogovor. Pogovori se v večini navezujejo na zaposlene v programu, deloma se preko programa lahko uporabniki družijo tudi z drugimi ljudmi. Socializacija in krepitev socialne mreže je pomemben vidik terenskega dela za uporabnike. Druga najpogostejša storitev, ki se je poslužujejo uporabniki je izmenjava pribora za uporabo drog. V to storitev je vključen tudi drug sanitetni material, ki je dosegljiv znotraj programa. Del uporabnikov poleg izmenjave sterilnega pribora zase, opravlja še sekundarno izmenjavo pribora za druge uporabnike, ki se zaradi določenega razloga sami ne vključujejo v program. Številni uporabniki imajo v programu sklenjen dogovor o prostovoljstvu, preko katerega formalno izvajajo določene aktivnosti, kot so npr.: sekundarna izmenjava, pobiranje odvrženih igel, pomoč v programu itd. Kot zelo uporabljeno in pomembno storitev uporabniki izpostavljajo podporo pri urejanju socialnega statusa ter reševanju drugih osebnih stisk. Nekateri uporabniki se lahko v programu vključeni preko dela v družbeno korist (DKD). Posebej navajamo še storitve informiranja uporabnikov, spremljanje in zagovorništvo, urejanja stikov s svojci ter delo s svojci, in zdravstvene storitve, ki se jih uporabniki poslužujejo v zelo veliki meri. Uporabniki, ki so v mobilno enoto vključeni preko CPZOPD

prejemajo substitucijsko terapijo, to storitev so preko terenske službe v času epidemije prejeli tudi nekateri uporabniki terenskih programov zmanjševanja škode.

Pred leti, ko sem se več »špikal« sem pri vas dobil igle, prevoz, veliko ste mi pomagali in precej smo skupaj naredili – igrali nogomet, izleti, dogodki v DC itd. Sedaj je tega sicer manj, veliko bolj pa cenim, ko se srečamo, za kakšno uro usedemo in pokramljamo in svet se mi zdi lepši.

Medicinska sestra mi pomaga pri urejanju in dogovarjanju glede substitucijske terapije in sestankov v ambulanti. Preko vas sem se tudi odločil za še en poizkus zdravljenja, saj sem pred tem že malo obupal. Spet ste me povezali z Branetom (Pelikan Karitas). Pomagate mi pri stikih s sodiščem, zavarovalnico, psihiatrom, bolnico itd. Še največ pa mi pomeni, da se z vami lahko pogovarjam tako, kot čutim in na mojem nivoju. Zdi se mi, da smo se popolnoma ujeli. Počutim se varno in sprejetega. Največ mi pomeni, ko se vidimo in lahko podelim trenutne stvari, ki se mi dogajajo v življenju in potem skupaj iščemo rešitve naprej.

Pri vplivih, ki jih ima terensko delo na uporabnike, lahko v številnih primerih govorimo tudi o dejavnikih učinkovitega terenskega dela zato sta ti dve kategoriji poenoteni. Najpogosteje je od uporabnikov slišati, da so zanj storitve terenskega dela pomembne, z njimi so zadovoljni. Pogosto izpostavljajo človeški odnos, ki ga imajo terenski delavci ter odsotnost sodb in stigme, ki je sicer v njihovem življenju pogosto prisotna. Uporabniki imajo občutek, da so preko zaposlenih sprejeti, počutijo se razbremenjeni ter manj pod stresom, zelo je pomemben občutek zaupanja, ki so ga v programih deležni. Za nekatere uporabnike je stik s terensko službo eden izmed redkih, ali celo edini stik s službami pomoči v skupnosti. Pomaga jim pri urejanju formalnih zadev ter tudi pri premagovanju osamljenosti in drugih osebnostnih stisk. Med tem ko večina uporabnikov poroča predvsem o socializacijskih pozitivnih učinkih vključevanja v program, nekateri poročajo o aktivnejšem osebnem in socialnem urejanju, izboljševanju zdravja, zmanjševanju ali celo prenehanju uporabe drog. Kljub temu ostajajo povezani s programom in uporabljajo storitve le-tega. Zlasti v primeru mobilne enote CZOPD, stik službe z uporabniki pomeni tudi krepitev in podporo pri ohranjanju abstinence.

Vi ste edina služba, kjer se počutim sproščeno, čeprav sem potreboval veliko časa, da sem se prepričal in ugotovil kako delujete in kaj delate.

Od kar se srečujemo redno vsak teden mi je bolje in sem veliko bolj pomirjen. V zadnjem letu nisem razen svoje terapije nikoli posegel po drugih drogah. No, nekajkrat sem si dokupil nekaj metadona.

Spomnim se, da smo ob naših pogovorih v parku spregovorili o smrti moje mame in potem je še Sandi povedal o svoji bolezni. Ko smo se spoznali je bil ta uvodni korak zelo mehak in nič posebnega. Brez nobenih imen, osebnih podatkov itd. Šli smo na zaupanje, jaz povem nekaj tebi, ti poveš meni. Potem ste prišli naslednjič v park, prinesli panine, kavo in pridobili smo zaupanje

eden do drugega. Meni je bil ta pristop super, človeški. Nekateri sicer izgubijo zaupanje, če ni uradnosti in kravate, jaz pa sem ravno obratno, pridobila sem zaupanje.

Predlogi, ki jih podajajo uporabniki so hkrati tudi težave, s katerimi se zaposleni, predvsem pa uporabniki storitev soočajo in bodo pomemben izziv pri delovanju v prihodnje. Uporabniki najpogosteje poročajo potrebah po bolj intenzivni, obsežnejši, bolj pogosti ter individualno usmerjeni obravnavi s strani strokovnih delavcev. Nekateri od uporabnikov menijo, da od zaposlenih, ki imajo obsežnejša znanja, kot je na primer terapevtsko znanje, nudijo kakovostnejše storitve. Poleg tega je iz različnih organizacij slišati potrebe uporabnikov po prevozih v terenskem vozilu, bodisi v namen nujnih stanj, zdravstvene oskrbe, podpore pri socialnem urejanju ter tudi v namen razbremenjevanja in integracije. Slišati je namreč, da si uporabniki želijo več stika z zunanjim svetom, socialnih, rekreativnih, izobraževalnih ter drugih aktivnosti, ki bi jim bile omogočene tudi preko terenskega dela. Izražene so potrebe po ureditvi mobilne varne sobe, kjer bi znotraj vozil, pod strokovno oskrbo uporabniki lahko uporabili droge, prav tako so v povezavi s terenskim delom izpostavili potrebo po stacionarni varni sobi, po dnevnem centru v Celju, saj so pogoji za obravnavo uporabnikov na terenu v določenih primerih neprimerni. Slednji primer je podan tudi za delo, ki naj bi ga na terenu izvajala zdravstvenica, na primer obveza ran. Poleg tega tisti uporabniki, ki imajo izkušnjo s prejetjem substitucijske terapije predlagajo, da bi ta mobilna storitev bila dosegljiva v okviru vseh CPZOPD v Sloveniji. Uporabniki si želijo in predlagajo nabavo kvalitetnejše opreme, kot je na razpolago v mobilnih enota sedaj, npr: fiziološka raztopina, filtri, bolj kvalitetne brizge, zlasti inzulinske igle, primernejše žličke, nalokson za domov itd. Jasni so tudi predlogi po pogostejši prisotnosti terenskih delavcev na terenu in sicer v različnih krajih ter ob različnih časih, izpostavljen je predlog za primer Kongresnega trga popoldan. Uporabniki si želijo več možnosti prehajanja med različnimi programi, želijo več kvalitetnih napotitev do ustreznih terapevtov ter drugih služb. Eden od uporabnikov si s strani terenskega dela želi bolj stroge, oz. manj »mehke« metode sodelovanja.

Od terenskega dela se največ poslužujem storitev izmenjave pribora, ki je zame zelo pomembno. Med korono so mi prinašali tudi kosila, kar je bilo zelo koristno. Družimo se in urejamo stvari tudi drugače. Zame so zelo pomembna vez.

Še bolj smo sodelovali, ko so imeli prejšnji kombi, kjer smo se lahko vozili tudi uporabniki. Takrat sem z njimi lahko urejal zadeve na CSD in drugih institucijah. Pomoč bi morala nujno vključevati tudi ta vidik, možnost prevozov, saj večina uporabnikov nima možnosti prevozov in so nam določene storitve in institucije težje dostopne. Prevoz potrebujemo tudi pri nekaterih drugih stvareh, kot so izleti, obiski staršev itd. Vse to so za nas zelo pomembne stvari in najlažje smo jih izvajali s terensko službo. Trenutno se mi zdi vozilo zelo neuporabno, saj se v njegovi notranjosti ne izvaja nič. Lahko bi ga uporabili za namen mobilne varne sobe, to bi bilo v trenutni situaciji najbolj dobrodošlo in potrebno.

Dobro je vse, pogrešam več in bolj poglobljene pogovore in več akcije glede urejanja nekih zadev (socialni status, zdravstvene zadeve). Več zdravstvenih nasvetov. Da si vzamejo 5 min več časa zate (kaj ti manjka in kako bi reševali) ne samo dajat obloge. Posredovanje kontaktov dobrih psihologov, psihiatrov.

Včasih bi bilo dobro, da bi na teren prišel tudi zdravnik, ampak spet je odvisno kakšen zdravnik bi to bil. Na sceni so določeni, ki bi že kdaj morali iti h zdravniku oz. nekemu strokovnjaku, vendar nikoli ne gredo.

Zdravstvene storitve v mobilni enoti

Pri sledenju mnenj uporabnikov o doprinosu zmanjševanja zdravstvene škode je najpogosteje slišati zadovoljstvo uporabnikov s storitvami, ki jih zdravstvenice nudijo. Številni so delo zdravstvenic in njih samih hvalili, strinjajo se, da gre za koristne storitve, nekateri uporabniki v obravnavo k zdravstvenici spodbujajo in usmerjajo tudi druge uporabnike. Eden izmed uporabnikov pove, da je obravnava v NVO boljša od tiste v bolnišnici. Številni uporabniki so mnenja, da je za delo zdravstvenice pomembno, da ima dobro znanje o drogah in zasvojenostih.

Ona je super, res jo moram pohvaliti. Sicer ne vem, ali me je že kaj zdravstveno obravnavala, ampak mi je všeč, ker se drži svoje vloge in je zelo dosledna in natančna. Pri njej se vidi, da prihaja iz nekje drugje, kot pa vidva. Zelo se drži svojih načel in ne odstopa od njih. Hvaležen sem ji, kar ureja zame zdravstvenega.

Najpogostejša izmed storitev, ki jo omenjajo uporabniki je zdravstveno svetovanje. Poleg tega zdravstvenice številnim uporabnikom urejajo tudi terapijo, ki jo prejemajo v CPZOPD, uporabnikom pomagajo pri iskanju osebnega zdravnika, h kateremu številne uporabnike tudi naročajo, ko ti potrebujejo pregled in obravnavo. Med pogostejšimi storitvami je tudi preveza ran, zaradi katerih uporabniki zdravstvenice lahko obiščejo tudi večkrat tedensko. Poleg osebnega zdravnika, zdravstvenice uporabnike vključujejo tudi v druge programe zdravljenja in pomoči, uporabnike podpirajo in spremljajo pri stikih s službami, zelo so koristne pri hospitalizacijah uporabnikov. Nekateri uporabniki izpostavljajo osebno načrtovanje kjer sodelujejo skupaj z zdravstvenikom ter podpora pri doseganju teh ciljev (nekateri niso zdravstveni). Njihovo pogosto in nadvse koristno je tudi zgolj poslušanje uporabnikov ter pogovor.

Ona mi je uredila odlično zdravnico, ki nič ne komplicira. Stalno mi ureja tudi stvari, ki se tičejo ambulate, bodisi metadona, drugih zdravil ali pa pogovorov s psihiatrom. Sam ne bi imel toliko motivacije. Ona pa je zagreta in pripravljena pomagati. Preko nje (medicinske sestre) sem se vključil tudi v CKZ, ki pa je s korono na žalost nehal delovati.

Lastnosti zdravstvenic, ki so univerzalne in pomembne za številne uporabnike v organizacijah so prijaznost, doslednost in natančnost. Očitno je, da uporabniki opažajo, da se zdravstvenice pri svoji

strokovni drži nekoliko razlikujejo od ostalih zaposlenih v timu. Njihova strokovnost je uporabnikom pomembna, kar spodbudi tudi njihovo zaupanje. Uporabnikom je zelo pomembno, da jih zdravstvenica sprejema takšne kot so, brez predsodkov in sodb ter da je do njih strpna in jih obravnava vsakega enako. Uporabniki cenijo, če si zdravstvenica za njih vzame čas in jim zna prisluhniti.

Ja, vem. Bil sem eden izmed prvih, ko mi je ona začela previjati noge. Začelo se je v zavetišču od Kraljev, v času korone. Izkušnja je zelo dobra, Klavdija je precizna, izobražena in si vzame čas za prevezo in to dobro stori. Se zavzame za bolnika. Zelo, zelo sem zadovoljen. Opazim vidne razlike pri sebi. Med. sestra mora človeka dobro poznati, se z njim pogovarjati in znati delati. Razumeti mora kako tudi droga učinkuje na zdravje odvisnikov.

Uporabniki so dobro seznanjeni z delom zdravstvenic v mobilnih enotah. Kljub temu so se iz dveh organizacij javili trije, ki vloge zdravstvenice niso poznali oz. z njo niso bili seznanjeni. To je zagotovo eden izmed izzivov za organizacije, kako približati ter seznaniti uporabniki s storitvami, ki jih v NVO uporabnikom ponujajo. Prav tako je izziv v tistih NVO, kjer prihaja do nezaupanja uporabnikov do zdravstvenic v smislu varovanja osebnih podatkov. Nekateri uporabniki namreč omenjajo, da so bili v skrbeh, da bo zdravstvenica opažanja na terenu delila z zaposlenimi v CPZOPD. V NVO bi morali uporabnikom zagotoviti varen prostor ter o konceptih ZŠ seznaniti tudi konzorcijskega partnerja ter po potrebi tudi širšo skupnost. Morda bi na tem mestu bila potrebna tudi podpora MZ. Nekateri uporabniki so tudi izrazili dvom o usposobljenosti zdravstvenic v primeru kritične situacije. Morda je pomislek na mestu, saj nekatere zdravstvenice opravljajo manj praktičnega zdravstvenega dela, kot je za ohranjanje kompetenc potrebno. Predlog gre v smeri omogočanja izobraževanja in usposabljanja iz zdravstvene prakse, tudi prakse v izrednih oz. nujnih primerih. Naslednja dva izziva, ki jih izpostavljajo uporabniki so povezani z neprimerno in pomanjkljivo opremo, ki jo imajo zdravstvenice na voljo. Poleg tega so v nekaterih programih izpostavili tudi delovni prostor v mobilni enoti, ki je za resno ter strokovno zdravstveno delo neprimeren. Uporabniki si poleg zdravstvenic na terenu oz. v njihovem življenjskem okolju želijo tudi storitve zdravnika.

Nima pa pogojev za delo, saj na terenu nima niti tekoče vode, kombi ni primeren prostor za skrb za večje rane.

Če bi uspeli dobiti tak kombi, ki bi ga lahko uporabljali tudi za prevoz in oskrbo ran, bi bilo super. Preveč pa tudi ne smemo biti prezahtevni. Če bi se lahko zadel v vozilu in bi to bilo legalno, bi seveda bilo koristno in uporabno, vendar počasi, najprej bi bila vesela, če bi se skupaj lahko peljali v mesto, ko rabim iti na CSD. Najprej to, potem pa varna soba, varen kombi itd.

Všeč mi je, da je v terenskem vozilu tudi medicinska sestra, vendar sem v dvomih ali je usposobljena za kritične situacije. Medicinska sestra v programu mora biti po mojem mnenju seznanjena z vsemi simptomi uživanja raznih drog in načinih postopanja v posameznem primeru.

Sklepna beseda ter predlogi in usmeritve na področju mobilnih enot in terenskega dela v prihodnje

Namen programov mobilnih enot, ki ga je predvidelo MZ (posredniški organ in izvajalec razpisa), je bil povečanje dostopnosti programov preprečevanja uporabe PD in NPS in programov zmanjševanja škode pri uporabnikih PD in NPS, povečanje dostopnosti programov substitucijskega zdravljenja, zmanjševanje regionalnih razlik in razlik med spoloma ter delo z ranljivimi (marginaliziranimi) skupinami prebivalstva, zagotovitev različnih storitev na terenu, kjer se zbirajo mladi in drugi, ki uporabljajo PD, zlasti NPS (npr. na plesnih zabavah in drugih zabavi namenjenih dogodkih), zagotovitev prilagojene obravnave v skupnosti za uporabnike PD in NPS, ki zaradi pridruženih duševnih motenj ali drugih zdravstvenih težav težje dostopajo do institucionalnih in nevladnih programov pomoči, in vzpostavitev pogojev za boljše sodelovanje in povezovanje zdravstvenega in socialnega sektorja pri delu z uporabniki PD in NPS. Projekt *»Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog«*, katerega začetek izvedbene faze sega v leto 2017, poteka v skladu s cilji, ki jih je med drugim predvidel strateški dokument Resolucije o nacionalnem programu na področju drog za obdobje 2014-2020 ter nekateri drugi dokumenti (npr. Akcijski načrt na področju prepovedanih drog za obdobje 2017–2018). Ključna ugotovitev pričujoče raziskave, ki vključuje tako izvajalce storitev – celoten kader strokovnih delavcev tako s področja socialnega varstva, kot tudi zdravstvene nege in kemije, poleg tega tudi številne uporabnike storitev je, da projekt do sedaj sledi zastavljenim ciljem ter namenu, ki je bil predhodno določen. Izpostavljeni so številni pozitivni učinki, ki so bili predvideni že pred začetkom izvedbene faze projekta ter hkrati tudi nekateri drugi učinki, ki jih snovalci niso predvidevali, vendar so se tekom izvajanja vzpostavili in prispevajo k kakovosti strokovnega dela na področju drog in zasvojenosti. Poleg tega raziskava odstira številne izzive, ki jih izpostavljajo raziskovanci ter narekuje nadaljnjo nadgradnjo in korake v razvoju projekta. Slednje hkrati pomeni razvoj na področju drog in zasvojenosti nasploh. Projekt *»nadgradnje in vzpostavitve mobilnih enot«* bomo lahko kot uspešnega ovrednotili po zaključku izvedbene faze zgolj pod pogojem, da se bo le-ta nadaljeval v izpopolnjeni verziji projekta, kar med drugim pomeni dodatno nadgradnjo ter aktivno soočanje s sedanji izzivi.

Spodaj navedeni predlogi in usmeritve so povzeti na podlagi mnenj strokovnih delavcev, ki opravljajo terensko delo in izhajajo tako s področja zdravstvene nege kot socialnega varstva, vodij programov mobilnih enot ter uporabnikov programov mobilnih enot z območja celotne Slovenije.

1. Nadaljevanje sofinanciranje mobilnih enot, ki vključujejo novo zaposlen delovni kader zdravstvenikov ter kemika, ki se je preko javnega razpisa začel v letu 2017.

2. Potrebna je nadgradnja že obstoječe mreže mobilnih enot, ki mora po mnenju udeleženi v raziskavo vključiti vse trenutno zaposlene v projektu mobilnih enot in MZ. Skupno iskanje rešitev ter sprememb se mora dotikati naslednjih področij projekta:
 - vzpostavitev sistema za pridobivanja materialov in ustreznih delovnih pripomočkov, ki so za delo zdravstvenikov na terenu potrebni;
 - zaposlitev kadra zdravstvenikov in kemika za nedoločen čas;
 - redefinicija kazalnikov in ciljev projekta (kazalniki z vidika zdravstvene nege nadomestijo kazalnike o približevanju uporabnikov trgu delovne sile);
 - Vključevanje ter zaposlovanje dodatnega kadra v mobilnih enotah (strokovnjake s področja socialnega varstva, specialiste družinske medicine oz. psihiatra, dodatno zaposlitev v mobilnem laboratoriju, vključitev pravnika);
 - preoblikovanje supervizije: manjše skupine, vodenje supervizorjev, ki poznajo področje zasvojenosti, izločitev udeležbe predstavnikov MZ, supervizija zgolj za zdravstvenike idr.;
 - več povezovanja in sodelovanja izvajalskih organizacij/programov v projektu (preko rednih intervizij);
 - skupen razmislek ter načrtovanje strokovnih usposabljanj in izobraževanj za zdravstvenike s področja zdravstvene nege (teoretična in praktična);
 - vzpostavitev sistemskega sodelovanja zdravstvenikov z zdravniki, bodisi preko splošnih ambulant, bodisi preko CPZOPD - potreba po strokovnem usmerjanju na sistemski ravni s področja zdravstvene nege;
 - Predlog o vzpostavitvi sterilnega prostora za oskrbo ran uporabnikov, bodisi v okviru NVO, bodisi preko organizacije konzorcijskega partnerja;
 - v mobilnih ambulantah za razdeljevanje substitucijske terapije zaposleni predlagajo, da se tim dopolni/nadomesti s socialnim delavcem, ki se bo ukvarjal z socialnovarstvenimi vidiki dela z uporabniki;
 - več povezovanja in kontinuiranega sodelovanja MZ z izvajalci projektov;
 - več podpore mobilnim programom za dostavo substitucijske terapije (s strani delodajalca, financerjev, drugih mobilnih enot);
 - vzpostavitev sterilnega prostora za oskrbo ran uporabnikov, bodisi v okviru NVO, bodisi preko organizacije konzorcijskega partnerstva;
 - financiranje predelave terenskih vozil v namen omogočanja prevozov uporabnikov (nujna stanja; podpora pri socialnem urejanju; socialno vključevanje);
3. Vzpostavitev mreže mobilnih enot za distribucijo substitucijske terapije v vseh CPZOPD v Sloveniji;

4. Nabava kakovostnejših ter bolj raznovrstnih materialov za zmanjševanje škode pri uporabnikih drog, kot so na voljo v mobilnih enotah sedaj (materiali za uporabo drog in sanitetni materiali z NIJZ Koper);
5. Vzpostavitev dodatnih mobilnih enot v namen večje prisotnosti terenskih delavcev na terenu ter bolj intenzivna in usmerjena obravnava uporabnikov s stani zaposlenih (bolj pogosto, ob različnih časih, v večjem številu, za različne uporabniške skupine ...);
6. Vzpostavitev programov mobilnih varnih sob v različnih slovenskih regijah;

3. DEL; SKUPNA PRIPOROČILA ZA NASLEDNJI NACIONALNI PROGRAM

Po preteku Nacionalnega programa na področju prepovedanih drog za obdobje 2014-2020 je ponovno prišel čas za evalvacijo tega kompleksnega področja ter ponovni razmislek, kako bomo v prihodnosti zastavili celovito reševanje problematike prepovedanih drog pri nas.

Zveza NVO na področju drog in zasvojenosti se je odzvala povabilu Ministrstva za zdravje in pripravila pregled predvsem tistih področij NP, za katere meni, da lahko kot pomembni strokovni akter na tem področju poda relevantne povratne informacije ter priporočila na naprej. Pričujoča obširna evalvacija je omogočila pomemben uvid v prenos tako pomembnega dokumenta v samo prakso oziroma v izvajanje programov različnih organizacij na področju prepovedanih drog.

V sklepnem delu poročila predstavljamo ključna priporočila, ki smo jih v tej raziskavi zbrali in za katera sodelujoče organizacije menijo, da v pripravi Novega nacionalnega programe ne smejo biti spregledana.

- Jasno določiti prednostna področja in (specifične) ciljne skupine uporabnikov, za katere se bodo vzpostavili novi programi, pri čemer se mora izhajati iz zaznanih potreb iz prakse. Za razvoj novih programov je potrebno zagotoviti tudi zadostno finančno podporo.
- Enakovredno vključevati mnenja in izkušnje uporabnikov pri pripravi smernic in strategij na tem področju.
- Realizirati programe, katere se načrtuje že dlje časa in izhajajo iz »na dokazih temelječe prakse«.
- Omogočati razvoj celostnih (holističnih) pristopov, ki v najširšem smislu podpirajo uporabnike pri urejanju njihovega življenja. Pri tem se morajo povezovati in medsebojno sodelovati nizkopražni in visokopražni programi.
- Omogočati nadgrajevanje obstoječih programov z novimi aktivnostmi, ki se odzivajo na aktualno družbeno stanje (tudi morebitne krizne razmere).
- Vzpostaviti programe mobilnih enot za distribucijo substitucije terapije, ki bi bila dosegljiva po celotni Sloveniji
- Pripraviti evalvacijo programov CPZOPD ter na podlagi rezultatov njihovo delovanje čim bolj poenotiti ter nadgraditi z dodatnimi strokovnimi profili zaposlenih
- Razširiti pristope zmanjševanja škode v ZPKZ ter okrepiti sodelovanje med NVO in ZPKZ tudi na drugih področjih.
- Podpirati (tudi z dodatnim financiranjem) strokovna izobraževanja vseh deležnikov, ki pa morajo biti v skladu s sodobnimi strokovnimi in znanstvenimi dognanji.

- Izvajati in omogočati redne evalvacije programov in storitev različnih organizacij. S tem se preverja in ohranja kakovost samih aktivnosti, izsledki morajo biti upoštevani pri snovanju usmeritev in strategij na področju nedovoljenih drog.
- Aktivneje spodbujati lokalne skupnosti, da pristopijo k reševanju problematike prepovedanih drog v njihovem okolju, v smislu sofinanciranja in politične podpore programom, prav tako pa omogočati delovanje strokovnih lokalnih skupin, kamor se morajo vključevati tudi NVO.
- Partnersko in enakovredno sodelovanje vseh deležnikov s področja prepovedanih drog pri razvoju področja in uresničevanju ciljev Nacionalnega programa.
- Področju prepovedanih drog zagotavljati več politične podpore.
- Povezovanje in sodelovanje različnih resorjev pri naslavljanju problematike prepovedanih drog: socialnega varstva, zdravstva, šolstva in izobraževanja, stanovanjske politike, kazenskega prava ipd.
- Okrepiti nevladni sektor ter izenačiti plačni sistem z javnim sektorjem.
- Aktivno pristopiti k destigmatizaciji uporabnikov prepovedanih drog in jim omogočati enakovredno vključevanje v vse sfere družbenega dogajanja.
- Kontinuirano financiranje programov, ki so v praksi uspešni in pomembno vplivajo na problematiko reševanje področja prepovedanih drog.