

Dušan Nolimal

TERENSKO DELO Z UŽIVALCI DROG

SPLOŠNA NAČELA IN DOSEDANJE IZKUŠNJE S TERENSKIM DELOM V SLOVENIJI

UVOD

Do leta 1996 je strategija preprečevanja okužbe s HIV v populacijah injicirajočih uživalcev drog vključevala predvsem splošne izobraževalne medijske kampanje, telefonsko in drugo svetovanje s področja HIV, testiranje krvi na HIV protitelesa in strokovna usposabljanja za zdravstvene in nekatere druge delavce s področja drog in AIDSa. Te strategije so dopolnjevale v skupnost usmerjene samozaščitne organizacije in skupine prostovoljcev, kot je npr. Stigma v Ljubljani. Skupina je že od leta 1992 izvajala tudi program izmenjave brizg in igel, ki je še vedno edini v državi, ter se občasno spogledovala z drugimi terenskimi pristopi, zlasti v okviru sodelovanja z Inštitutom za varovanje zdravja RS na področju epidemiološke in raziskovalne dejavnosti.

Taka strategija pa je bila pomanjkljiva s stališča učinkovitega doseganja »težko dosegljivih skupin« uživalcev drog z različnimi za okužbo s HIV tveganimi vzorci vedenja. Tradicionalne metode zdravstvene vzgoje navadno ne ustrezajo zahtevam teh populacij. Znanja o ukrepih za zmanjševanje tveganja, posredovana prek radia, televizije, plakatov, časopisov težko dosežejo to populacijo. Razen tega so injicirajoči uživalci drog zaradi kaotičnega življenjskega stila, marginaliziranega položaja v skupnosti in kroničnega občutka ogroženosti nagnjeni k »pozabljanju« zdravstveno vzgojnih informacij in zavračanju nasvetov formalnih oziroma uradnih ustanov.

Zato smo v letu 1996 v okviru skupne strategije zmanjševanja škodljive uporabe drog in širjenja AIDSa pričeli intenzivno

razvijati različne terenske prijeme pomoči injicirajočim uživalcem drog. V okviru mednarodnega sodelovanja (Pompidoujeva skupina, WHO, center Lindesmith) smo pričeli usposablјati socialne delavce, zdravnike splošne prakse, prostovoljce in druge ter usmerili pozornost na uveljavljanje programov in intervencij zmanjševaja škode na terenu.

Pri poskusih vpeljave terenskega dela pri nas smo naleteli na številne vzorce razmišljanja o tej obliki pomoči uživalcem drog. Na primer, razmišljanju o terenskem delu se poskušamo izogniti, srdito se ga branim, na koncu ga sprejmemo; vseskozi računamo z njim kot z neizogibno nujnostjo; sprejmemo ga kot nekaj novega, kar lahko koristi... Opazili smo tudi odpore proti dejavnemu sodelovanju uživalcev drog v programih.

OSNOVNA NAČELA TERENSKEGA DELA

Terensko delo je metoda zdravstvene vzgoje in dostopa do storitev in dejavnost v skupnosti, katere najpomembnejši cilj je zagotavljanje izboljšanja zdravja in zmanjševanje škode in negativnih posledic uporabe drog, zlasti tudi tveganja v zvezi s predoziranjem in širjenjem virusnih okužb. Terensko delo je zlasti namenjeno posameznikom in skupinam, ki jih obstoječe službe ne morejo učinkovito doseči.

Cilj terenskega dela je uvajanje zdravega ali bolj varnega načina vedenja, in sicer na tri načine:

- s povečevanjem zavedanja o tveganju za zdravje,

- s spodbujanjem k spremembam, ki pomenijo odklon od tvegane vedenja,
- z ohranjanjem pozitivnih sprememb vedenja.

Namen terenskega dela je doseči posameznike in skupine, ki niso v stiku s programi zmanjševanja škodljivih posledic uporabe drog, zlasti programi preprečevanja okužb z virusom HIV, pa bi tako pomoč potrebovali. Najmanj učinkovito terensko delo je tisto, ki navezuje stike z ljudmi, ki so že povezani z različnimi ustanovami in ne potrebujejo storitev terenskih delavcev. Na žalost je to največji neuspeh dosedanjega terenskega dela pri nas.

Terensko delo se dopolnjuje z drugimi javnozdravstvenimi dejavnostmi. Ne nadomešča, podvaja ali izničuje potrebe po drugih intervencijah, ampak nastopa le kot njihovo dopolnilo. Ali je terensko delo nujno ali ne, je odvisno od natančne epidemiološke ocene stanja na terenu in potreb posebnih ciljnih skupin in od učinkovitosti drugih, že obstoječih intervencij.

TERENSKO DELO Z UPORABNIKI DROG

V ZDRAVSTVU IN SOCIALI

Terensko delo je metoda informiranja, vzgoje in dostopa do storitev in dejavnost v lokalni skupnosti, katere najpomembnejši cilj je zagotavljanje izboljšanja zdravja in aktivne socialne pomoči in zmanjševanje tveganj. Intervencije tako v zdravstvu kot v socialni so namenjene posameznikom in skupinam, ki jih obstoječe službe ne morejo učinkovito doseči.

Terensko delo *v zdravstvu* je tudi zdravstvena preventiva in vzgoja, zlasti zmanjševanje tveganj za širjenja virusa HIV, HVB, HVC (higiena igel, kondomov)...

Terensko delo *v socialni* je tudi socialna preventiva in vzgoja ter pomoč družini. Je predvsem *aktivna pomoč*, npr. zmanjševanje tveganj za stigmatizacijo, socialno izključenost, brezposelnost, kriminal, prostitucijo...

NEKATERI RAZLOGI ZA VPSELJAVO TERENSKEGA DELA

Med razlogi za vpeljavo terenskega dela pri nas velja omeniti zlasti dve: prvič, obstoječe intervencije niso učinkovito dosegle vseh ciljnih posameznikov in skupin, in drugič, obstoječe intervencije niso ponudile vseh storitev, ki jih potrebujejo ciljne skupine.

Ciljne skupine terenskega dela pri nas bi glede na »povprečno« epidemiološko sliko na področju drog in zasvojenosti morale biti zlasti naslednje:

- mladi, ki si droge vbrizgavajo, zlasti mlajši od 25 let,
- vsi nekdanji ali novi vbrizgovalci, zlasti če si droge vbrizgavajo manj kot tri leta,
- občasni ali rekreativni in dolgotrajni vbrizgovalci, ki še niso navezali stikov s službami za pomoč,
- uporabniki poživil in ecstasyja,
- uporabniki drog, ki ponujajo seksualne usluge za pridobitev sredstev za droge,
- zasvojenci na prestajanju kazni v zapori in drugih popravniških institucijah.

Med ključne naloge, ki so sestavni del terenskih intervencij, sodijo:

- doseči posameznike in skupine, ki nimajo stikov z obstoječimi službami,
- ponuditi zaščitna sredstva in spodbujati spremembe vedenja,
- z napotitvijo spodbujati iskanje pomoči v različnih ustanovah in službah,
- olajšati spremembe v skupnosti,

VRSTE TERENSKEGA DELA

Razlikujemo vsaj tri glavne vrste terenskega dela:

- detaširano (poulično),
- domiciliarno (na domu),
- peripatetično.

Pri vseh oblikah terenskega dela so intervencije usmerjene k posamezniku in/ali v skupnost.

Poulično terensko delo se izvaja npr. na ulicah, v barih, kavarnah, klubih, »sobah za vbrizgavanje«, železniških postajah...

Terensko delo *na domu* se odvija na domovih ciljnega prebivalstva. V predelih,

kjer ni ulične scene, lahko mnoge uživalce poiščemo kar na njihovih domovih ali domovih drugih uživalcev. Terensko delo na domu se izvaja z rednimi obiski na domu pri že znanih strankah projekta, lahko pa tudi z obiski na domovih razpečevalcev.

Peripatetično terensko delo se odvija v službah, katerih delo je usmerjeno k skupnosti ali v organizacijah, kakršne so npr. zapori, mladinski domovi, servisi za izmenjavo igel, javne hiše, šole... Namesto k posameznikom se tako terensko delo usmerja k organizacijam, v katerih lahko naveže stike s ciljnim skupinami. Peripatetično terensko delo omogoča razdeljevanje vzgojno-zdravstvenih sporočil večjemu številu ljudi, obenem pa je namenjeno izobraževanju delavcev in osebja, ki izvajajo nadaljnje storitve.

Terensko delo, *usmerjeno k vrstnikom* (*peer education*), je posebna oblika terenskega dela, ki ga izvajajo posamezniki v svojih lastnih vrstniških skupinah in socialnih mrežah. Vzroki za izvajanje terenskega dela, usmerjenega k vrstniškimi skupinam, so enaki tistim za izvajanje običajnega terenskega dela: obstoječe intervencije ne dosegaajo učinkovito ciljnih skupin, oziroma, obstoječe intervencije na izvajajo storitev, ki jih ciljne skupine potrebujejo.

K vrstnikom usmerjeno terensko delo ima vse možnosti za premagovanje omejitev običajnega terenskega dela, ker lahko vrstniški vzgojitelji dosežejo večje število uporabnikov drog v svoji vrstniški skupini ali družbeni mreži. Vrstniški vzgojitelji so tudi primerni za posredovanje navodil za spremembe vedenja v skupini in pri posameznikih.

Za tradicionalno terensko delo je značilno »aritmetično« napredovanje, ciljna skupina so posamezniki, delno pokritje vrstniških skupin in spreminjanje vedenja posameznikov. Za terensko delo, usmerjeno k vrstniškimi skupinam, pa je značilno bolj »geometrično« napredovanje, njegov domot so skupine posameznikov, popolno pokritje vrstniških skupin in spremembe vedenja celotne skupine.

VPELJEVANJE IN VODENJE TERENSKEGA DELA

Za sistematično vpeljevanje in vodenje terenskega dela je treba ugotoviti potrebe po terenskem delu, načrtovati cilje, naloge in strategije, izbrati in izobraziti terenske delavce, navezati stike na terenu in izvajati *terenske storitve*.

Vrste storitev, ki jih lahko ponuja terensko delo, so:

- nasvet, svetovanje, podpora
- razdeljevanje injekcijskega pribora
- razdeljevanje razkužila
- zdravstveno-vzgojna literatura
- samopomočna literatura
- napotitvena literatura
- razdeljevanje kondomov
- mobilne enote terenskega dela
- testiranje okuženosti z virusom HIV
- dnevni centri terenskega dela (zatočišča, *drop-in*)

Pri ugotavljanju potreb po terenskem delu je treba vedeti, do kolikšne mere uporabniki drog niso povezani z obstoječimi službami ter koliko pomoči dejansko te osebe potrebujejo. Proučiti in prepoznati moramo:

- skupine, ki jih obstoječe službe ne dosežejo učinkovito,
- različne skupine in njihove potrebe po storitvah,
- ključne spremembe v lokalnih vzorcih uživanja drog,
- lokacije, kjer se zbirajo uživalci drog,
- lokacije, na katerih se odvija promet in uživanje drog,
- vzorce razdeljevanja storitev in njihove dostopnosti,
- lokacije, kjer so storitve najbolj potrebne.

Pri načrtovanju teh nalog je treba poznati določeno skupino uživalcev drog, s katero želimo navezati stik; lokacijo in geografsko območje, ki ga želimo pokriti; preventivno gradivo, ki ga bomo razdeljevali; metode izvajanja zdravstvene vzgoje in svetovanja; metode napotitve k službam, centrom pomoči; spreminjanje določenih oblik vedenja; kazalce rezultatov; rezultate, ki jih želimo doseči. Pri tem se kaže vprašati: Ali bi moralo terensko delo spodbujati napotitve v obstoječe službe? Ali pa bi moralo

terensko delo izvajati storitve neposredno v skupnosti? Obstaja možnost, da terensko delo, usmerjeno k skupnosti, vpliva na spremembe vedenja? Kateri dejavniki ovirajo razvoj storitev v skupnosti? Lahko dosežemo ciljne skupine brez uporabe vrstniških vzgojiteljev? Potrebujemo spremembe pri vrednotah znotraj vrstniške skupine in v skupnosti?

Pomemben je opis nalog terenskih delavcev. Pri tem je treba določiti in zapisati naslednje:

- določitev časa terenskega dela in drugih dnevnih dejavnosti,
- pripravljenost navezovanja stikov z novimi in obnavljanja stikov s starimi strankami,
- obveznosti do nadzora, administrativnih opravil in vodenja,
- obveznosti pri epidemiološkem spremljanju in vrednotenju terenskega dela.

Nujna je supervizija terenskega dela (dosedanja supervizija terenskega dela v Sloveniji je potekala iz Inštituta za varovanje zdravja RS). Supervizorji morajo odgovoriti na naslednja vprašanja:

Ali terenski delavec dosega ciljne skupine? Ali je terenski delavec učinkovit pri navezovanju novih stikov? Ali terenski delavec zagotavlja učinkovito zdravstveno vzgojo in svetovanje? Ali terenski delavec učinkovito deluje pod različnimi pritiski? Ali terenskemu delavcu zaupajo in ali ga spoštujejo sodelavci in uporabniki drog? Ali je terenski delavec učinkovit pri razporejanju svojega časa? Ima terenski delavec vodstvene oziroma organizacijske sposobnosti?

EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE IN EVALVACIJA TERENSKEGA DELA

Vse intervencije terenskega dela je treba ovrednotiti, da bi lahko ugotovili, v kolikšni meri so učinkovite in uspešne:

Kolikšna je bila stopnja nedosegljivosti strank s strani obstoječih storitev?

Kolikšna je bila stopnja potreb strank po pomoči?

Kolikšna je bila stopnja pomoči, ki so jo dobile stranke?

Kako velike spremembe so nastopile?

Pri epidemiološkem spremljanju uporabljamo naslednje *terenske epidemiološke kazalce*:

- lokacija, trajanje in vrsta stika,
- delež novih stikov s tistimi, ki doslej še nikoli niso bili v nobeni izmed lokalnih ustanov,
- delež obnovljenih stikov z ljudmi, ki po prvih stikih niso poiskali pomoči,
- vrsta storitve (zdravstvena vzgoja, preventiva),
- vrsta napotitve in delež uspešnih napotitev k lokalnim službam, ki delujejo znotraj svojih prostorov,
- delež obnovljenih stikov, ki kažejo na spremembe vedenja.

Na Inštitutu za varovanje zdravja smo v gornje namene izdelali obrazec za vsak novi stik, obrazec za vsak obnovljen stik in obrazec o tedenski dejavnosti.

SKLEP

Terensko delo je treba razvijati na podlagi terenske epidemiološke ocene in potreb užvalcev drog.

Terensko delo vključuje jasno definirane cilje in naloge zdravstvenih, socialnih in drugih delavcev

Vrstniški terenski delavci naj bi imeli ključno vlogo v terenskem delu. Seveda je potrebna kontinuirana supervizija. Pridobivanje osebja, izobraževanje in supervizija morajo biti sistematični in neprekinjeni.

Vsi terenski projekt potrebuje jasno strategijo in napisana navodila o pravicah in varnosti pri delu.

Organizacija terenskega dela mora biti finančno učinkovita in mora vključevati sodelovanje na lokalni ravni. Vse intervencije terenskega dela je treba epidemiološko spremljati in ovrednotiti, da bi lahko ugotovili, v kolikšni meri so učinkovite in uspešne.

Literatura

- Buning E., G. Van Brussel, G. Van Santen (1990), The »metadone by bus« project in Amsterdam. *British Journal of Addiction*, 85: 1257-60.
- Feldman, H. (1992), *Hitting the Streets: The Community Health Outreach Worker Model: A Manual for Conducting HIV/AIDS Prevention Outreach Service*. San Francisco: Youth Environment Service
- Grund, J. P., P. Blanken, N. F. P. Adriaans *et al.* (1992), Reaching the unreached: An outreach model for »on the spot« AIDS prevention among active, out of treatment drug addicts. V: P. A. O'Hare *et al.* (ur.), *The Reduction of Drug Related Harm*. London: Routledge.
- Koester, S. (1992), Applying an outreach-oriented public health model in three Denver neighbourhoods. V: *Community Based Research and Aids Prevention*. New York: Bergin and Garvey Press.
- Rhodes, T. (1994) Outreach, peer education and community change: developments and dilemmas, *Health Education Journal*, 53, 92-9
- Rhodes, T., R. Hartnoll (1991), Reaching the hard to reach: Models of HIV Outreach Health Education. V: P. Aggleton, G. Hart, P. Davies (ur.), *AIDS: Responses, Interventions and Care*. London: Falmer Press.
- Rhodes, T., J. Holland (1992), Outreach as a strategy for HIV prevention: Aims and practice. *Health Education Research*, 7, 4: 533-46.
- Rhodes, T., J. Holland, R. Hartnoll, A. Johnson (1990), *HIV Outreach Health Education: National and International Perspectives, Summary Report to the Department of Health*. London: University of London Birkbeck College.
- Wiebel, W. (1993), *The Indigenous Outreach Model: Intervention Manual*. Rockville: US Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse.