

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Ana Cimerman

**PROBLEM VZPOSTAVLJANJA VARNE SOBE ZA
INJICIRANJE PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI**

diplomska naloga

Ljubljana 2017
Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Ana Cimerman

**PROBLEM VZPOSTAVLJANJA VARNE SOBE ZA
INJICIRANJE PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI**

diplomska naloga

Mentor: Doc. dr. Srečo Dragoš

Ljubljana 2017

POVZETEK

Naloga v prvem poglavju teoretičnega dela najprej osvetli različne poglede na droge in zasvojenost, tipologijo uživalcev drog, kariero uživalca, tvegane posledice, ki jih povzroča injiciranje drog in stigma, ki jo nosijo uživalci. V drugem delu teoretičnega uvoda, se posvetim Sloveniji in pogledom ter politiki do drog pri nas. Opišem zgodovino nastanka sedanje politike o drogah, predstavim nacionalni načrt o drogah, ter opišem osnovne koncepte strategije zmanjševanja škode. Predstavim tudi osnovne statistične podatke na področju tveganega uživanja drog v Sloveniji. Zadnji del teorije pa je namenjen prikazu koncepta varnih sob za injiciranje prepovedanih drog, predstavitvi projekta varnih sob pri nas in s tem povezanimi etičnimi dilemami. Na koncu teoretičnega dela je predstavljen še primer dobre prakse na področju varnih sob (Danska). Podatke o primeru dobre prakse sem pridobila neposredno od treh danskih strokovnjakov.

V empiričnem delu obdelam intervjuje, ki sem jih pridobila od petih skrbno izbranih sogovornikov, od katerih je vsak čisto na svoj način, povezan s tematiko varnih sob v Sloveniji. Ugotovitve povežem s teorijo in predstavim svoj pogled, zakaj varne sobe pri nas še niso zaživele, kljub dolgoletnemu prizadevanju nevladnih organizacij.

KLJUČNE BESEDE: nelegalne droge, tipi uživalcev drog, politika drog v Sloveniji, koncept zmanjševanja škode na področju drog, stigma, varne sobe za injiciranje drog, tveganja povezana z drogami, varne sobe za injiciranje drog Danska, nevladne organizacije na področju drog, nacionalno poročilo o stanju na področju prepovedanih drog

SUMMARY

The first chapter of the theoretical part of the thesis first presents the different views on drugs and addiction, the type of drug users, career of a drug user, the risky consequences of injecting drugs and the stigma of drug users. In the second part of the theoretical introduction I focus on Slovenia and its views and policy on drugs. I describe the history of the current drug policy, present the national plan about drugs and describe the basic concepts of damage control. I also present the basic statistical data of risky consumption of drugs in Slovenia. The purpose of the last part of the theory is to explain the concept of a safe facilities/rooms for injection of illegal drugs, to present the project of safe facilities in our country and the concerning ethical dilemmas. At the end of the theoretical part there is an example of best practice in the field of safe rooms (Denmark). I obtained the data on the best practice directly from three Danish experts. In the empirical part I process the interviews with five meticulously selected respondents, all of them in some way associated with the subject of safe rooms in Slovenia. I link the findings with the theory and present my own views on why safe rooms did not see light of day yet, despite the efforts of nongovernmental organizations.

KEY WORDS: Illegal drugs, type of drug users, drug policy Slovenia, concept of reducing drug damage, stigma, safe injections room, safe injections facilities, Denmark safe injection facilities, nongovernmental drug organizations, Slovenia, Country Drug Report

PREDGOVOR

Problem drog me je vedno privlačil, malo zato, ker sem imela sama v preteklosti uporniška obdobja, kjer je bilo tudi nekaj eksperimentiranja z drogami, malo pa tudi zato, ker je v drogah nekaj mističnega; užitek, ki lahko vodi v propad.

Ideja o naslovu moje diplome pa je dozorevala dlje časa. Prelomnica je bila smrt prijateljice, ki je bila del te moje uporniške preteklosti. Neposreden razlog je bil heroin. Njena smrt me je zelo prizadela, dodatna sol na rano pa so bile reakcije ljudi iz okolice, ki so se prevečkrat govorili, ali vsaj dali vedeti: »Sama si je kriva.«

Takrat sem dokončno začutila, da želim pisati nekaj v povezavi z drogami, nekaj o ljudeh ki jih vse prevečkrat ignoriramo, vendar so prav tako del nas in bi zato morali zanje poskrbeti, kakor poskrbimo tudi zase.

Ideja pa je dokončno dozorela na moji študijski izmenjavi Erasmus, ki sem jo opravila leta 2016 v Kopenhagenu. Na fakulteti, ki sem jo obiskovala, so bili v okviru študijskega načrta organizirana predavanja različnih aktivistov, ki so močno vplivali na določene socialne sfere v njihovi državi. Eno od predavanj je vodil znan danski aktivist, rojen v Kopenhagenu, Michael Lordberg. Govoril je o varnih sobah za injiciranje prepovedanih drog. Bil je eden prvih, ki je začel vzpostavljati projekt in bil bitke s političnimi akterji, dokler mu ni dokončno uspelo. Njegovo predavanje me je navdihnilo, zato sem se odločila, da varne sobe pobližje spoznam. Udeležila sem se ekskurzije po Vesterbroju (predel Kopenhagna), kjer se je odprla prva varna soba. Na lastne oči sem se prepričala, da zadeva dobro deluje. Kasneje so mi med pogovorom to potrdili tudi prebivalci, policisti in seveda uporabniki sami.

To je botrovalo moji dokončni odločitvi, da bo projekt varnih sob tema moje diplomske naloge. Ob prihodu v Slovenijo, sem kontaktirala društvo Stigma. Povedali so mi o svojem trudu in neuspešnih poizkusih, da bi v Sloveniji vzpostavili varne sobe. Njihove pobude segajo v 90. leta, uradno pa se trudijo projekt vzpostaviti že od leta 2004. Bili so že zelo blizu, pa se je kmalu izkazalo, da so v resnici še zelo daleč. Zato bom v svojem diplomskem delu poskusila osvetliti varne sobe skozi prizmo strategije reševanja škode in sodobno politiko uvajanja varnih sob za injiciranje droge, ki je v tujini vedno bolj pogosta in dokazano tudi uspešna praksa. Tematiko drog bom v uvodu opisala skozi koncept konstruktivizma, z retoriko, kjer ni nič »prav« in »narobe«, kjer ni ene resnice, ampak si jo lahko vsak ustvari sam. Poglobila se bom v etične in druge prepreke, ki se pojavljajo pri sami vzpostavitvi projekta. Seveda pa upam, da bom osvetlila tudi kakšno novo zamisel in dodala kakšen dober predlog.

Zahvaljujem se svojemu mentorju za razumevanje, zaupanje in potrpežljivost.

Zahvaljujem se Borutu in Stigmi za usmeritev in informacije.

Zahvaljujem se svoji družini za konstruktivne kritike in podporo.

Zahvaljujem se vsem sogovornikom za njihovo iskrenost in prijaznost.

KAZALO

1.	UVOD	1
1.1	O DROGAH NA SPLOŠNO	1
1.1.1	HEROIN IN KOKAIN	2
1.1.2	ZASVOJENOST IN ODVISNOST	3
1.1.3	OD NEUŽIVALCA DO DŽANKIJA	5
1.1.4	KARIERA UŽIVALCA	6
1.1.5	STIGMA IN STEREOTIPI O DROGAH	7
1.1.6	TVEGANJA POVEZANA Z INTRAVENOZNIM UŽIVANJEM DROGE	8
1.2	SLOVENIJA V ODNOSU DO PREPOVEDANIH DROG	9
1.2.1	SLOVENSKA ZAKONODAJA, KI UREJUJE PODROČJE DROG	9
1.2.2	PREVLADUJOČI KONCEPTI PRI OBLIKOVANJU POLITIK DO PREPOVEDANIH DROG	10
1.2.3	RAZVOJ POLITIKE DO PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI	11
1.2.4	POLITIKA NA PODROČJU DROG V PRAKSI	12
1.2.5	KONCEPT ZMANJŠEVANJA ŠKODE	14
1.2.6	PREGLED OBSOTEJČIH SLUŽB NA PODROČJU DROG V SLOVENIJI	16
1.2.7	STATISTIČNI PODATKI TVEGANE UPORABE DROG ZA SLOVENIJO	19
1.3	VARNE SOBE ZA INJICIRANJE PREPOVEDANIH DROG	19
1.3.1	OZADJE PROJEKTA VARNE SOBE V SLOVENIJI	21
1.3.2	ETIČNE IN DRUGE DILEME PRI VZPOSTAVITVI VARNIH SOB V SLOVENIJI	23
1.3.3	NAČRT ZA VARNO SOBO V SLOVENIJI	24
1.3.4	PRIMER DOBRE PRAKSE: KOPENHAGEN	27
2	METODOLOGIJA	31
2.1	PROBLEM	31
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	32
2.3	VRSTA RAZISKAVE	32
2.4	MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV	32
2.5	POPULACIJA IN VZORČENJE	33
2.6	ZBIRANJE PODATKOV	33
2.7	OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV	34
3	REZULTATI IN RAZPRAVA	36
3.1	REZULTATI	36
3.1.1	TEMA: OSEBNO MNENJE O UPORABNIKIH DROG	36
3.1.2	TEMA: JAVNO MNENJE O UPORABNIKIH DROG	37
3.1.3	TEMA: OSEBNO MNENJE O VARNIH SOBAH	39
3.1.4	TEMA: PREPREKE, KI BI SE POJAVLJALE OB REALIZACIJI PROJEKTA	40
3.1.5	TEMA: PREDLOGI ZA HITREJŠO IZVEDBO PROJEKTA	41
3.2	RAZPRAVA	43
4	SKLEPI	50
5	PREDLOGI	51
6	SEZNAM UPORABLJENE LITERATURE	52

7	PRILOGE.....	54
7.1	GALERIJA FOTOGRAFIJ.....	54
7.2	VPRAŠANJA IN ODOGVORI ETIČNE KOMISIJE/STIGMA	67
7.3	INTERVJUJI	70
7.4	KODIRANJE	97
Slika 1:	Cukrarna	56
Slika 3:	Ljubljanski grad, otroško igrišče na Ljubljanskem gradu	57
Slika 4:	Pot na grad	57
Slika 5:	Fabijanijev most.....	58
Slika 6:	Fabijanijev most.....	58
Slika 7:	Okolica trgovine Mercator v Župančičevi	59
Slika 8:	Okolica trgovine Mercator v Župančičevi	59
Slika 9:	Vilharjeva ulica (za glavno železniško postajo)	60
Slika 10:	Vilharjeva ulica (za glavno železniško postajo)	60
Slika 11:	Zmajski most	61
Slika 12:	Zmajski most	61
Slika 13:	Za zidom (pri Metekovi: »špric plac« ki je bil očiščen Januarja 2016; posledica Tabor)	62
Slika 14:	Za zidom (pri Metekovi: »špric plac« ki je bil očiščen januarja 2016; posledica tabor)	62
slika 15:	Policist Anas	63
slika 16:	Socialna delavka Pernille.....	63
slika 17:	Največja varna soba na svetu H17.....	64
slika 18:	Hiša, kjer so varne sobe: pogled iz ulice	64
slika 19:	Primer prostora za injiciranje.....	65
slika 20:	Sprejemna točka	65
slika 21:	"Chill out" zone	66
slika 22:	Ordinacija	66
slika 23:	Pripomočki.....	67
slika 24:	Iskalnik žil	68
slika 25:	Omarica s sterilnimi iglami in ostalimi pripomočki	68

1. UVOD

1.1 O DROGAH NA SPLOŠNO

Beseda droga je francoskega izvora, izhaja iz besede *drouge*, kar izvorno pomeni kemikalije ali zelišča, iz katerih izdelujejo zdravila. V običajni rabi pa besedo razumemo z dvema pomenoma: kot zdravilo ali kot substanco, ki jo človek zaužije, da bi dosegel neko posebno razpoloženje, oziroma duševni učinek, ki je drugačen od stvarnosti ali realnosti. V nekaterih primerih (na primer zdravljenje hude bolečine z opiat) se lahko učinek zdravilnosti in učinek konzumiranja, zaradi doseganja drugega stanja zavesti, prekrivata (Žigon, 2000).

Tako bi droge lahko razdelili v tiste, ki se uporabljajo terapevtsko, torej v medicini in pomenijo vsako stvar, ki lahko blaži ali prepričuje bolezni oziroma poveča fizični ali psihični blagor, ter droge, ki se uporabljajo rekreativno, za doseganje stanja spremenjene zavesti oz. omame.

V grobem bi lahko rekli, da so speed, ekstazi, kokain, heroin itd. droge za zabavo. Druge droge, kot so sedativi ali močni analgetiki, pa droge kot zdravilo.

Vendar taka delitev ni povsem na mestu, saj se velikokrat zgodi, da nekdo vzame zdravilo iz razlogov rekreacije in ne zdravilnih učinkov. Tako lahko velikokrat mamilo postane zdravilo in obratno (Flaker, 2002).

V nekaterih tradicionalnih družbah je uživanje drog ritual. Na primer kajenje opija ob posebnih priložnostih v Indiji ali kajenje hašiša za sprostitev v Maroku. Droge kot so npr. opij, hašiš, koka so rastlinskega izvora in so posledično lahko pridelane tudi doma. Ritualno oziroma obredno uživanje drog, je vpeto v kulturo družbe že od nekdaj in ni vzeto kot nekaj spornega (Flaker, 2002).

Zato lahko rečemo, da so droge poznale že davne civilizacije, zloraba drog pa je tipična za industrijsko družbo.

Droge v tem primeru definirajo odvisnega uživalca kot uporabnika, ki troši droge kot blago. Ko droge postanejo blago, pa niso več predmet tradicionalnega uživanja. Tako so droge v vsakdanjem kontekstu postale predmet uživanja različnih subkultur. Paradoks družbe je, da po eni strani oblast bije vojno proti drogam in uživalcem samim, po drugi strani pa v medicinskem modelu ustvarja zasvojenca (Flaker, 2002).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) deli droge na dovoljene in prepovedane, in sicer na sledeče skupine:

- Pomirjevala in uspavala (baribturati, benzodiazepin ali blažja pomirjevala, opiat, alkohol),
- poživila (amfetamin, kokain, pa tudi kofein in nikotin),
- psihodelične in halucinogene snovi (meskalin, datura, LSD, kombinirane droge: ekstazi in njim podobne substance) in
- drugo (kanabis, hlapila).

1.1.1 HEROIN IN KOKAIN

Nekaj besed bom posvetila heroinu in kokainu, saj sta ravno ti dve drogi najbolj priljubljeni med intravenoznimi uživalci v Sloveniji (Kvaternik, 2014).

Kokain in heroin sta bila včasih zdravila. Celo podjetje Coca Cola je v svoj skrivni recept dodajalo kokain in to vse od leta 1886 do leta 1905, od tod izvira tudi samo ime pijače. Prav tako je slovito vino Mariani, ki ga je naredil zdravnik Mariani, temeljilo na bazi koke. To vino so pili številni znani pesniki, igralci in pisatelji tistega časa, med drugim tudi Emile Zola in Anatole France.

Še sam Sigmund Freud je imel epizodo jemanja kokaina, kasneje je temu obdobju sam pravil "allotrija", kar je bil v znanstvenih krogih izraz za hobi oziroma nekoristen konjiček, ki človeka odvrca od resnega dela. Preden je bila znana škodljivost kokaina, je bil sam velik zagovornik kokaina kot zdravila, v ta namen je napisal celo dve razpravi: "Kokainomanija" in "Kokainofobija" (Štefančič, 1996).

- Kokain se uvršča med stimulanse centralnega živčnega sistema. S pogosto rabo povzroča fizično in psihično odvisnost. Pridobivamo ga iz kokainovih listov, ki rastejo na pobočjih vzhodnih Andov. Domačini so od nekdaj žvečili kokainove liste in verjeli v njihove zdravilne učinke. V Evropi so ga začeli uporabljati konec 19. stoletja, sprva kot medicinsko sredstvo za lokalno anestezijo. Njegovi derivati se za lokalno anestezijo uporabljajo še danes. Kasneje so ga ljudje začeli uporabljati za zabavo oziroma omamljanje iz rekreativnih razlogov. Mešanje kokaina in natrona z ogljikovo kislino, imenujemo *crack*, ki je razširjen predvsem v ZDA (Taschner, 2002).

Kokain se najpogosteje pojavlja v obliki hidrokloridnega praška, ki ga lahko zaužijemo na dva načina: z njuhanjem ali vbizgavanjem v veno (intravensko). V prvem primeru začne delovati po nekaj minutah, po 20 minutah doseže vrhunec in kmalu zatem začne jenjati. Kadar pa ga uporabljamo intravenozno, doseže višek že po petih minutah. Lahko ga tudi kadimo, vendar po predhodni kemični obdelavi (Žigon, 2000).

- Heroin je odkril angleški kemik Charles Romley Alder Wright leta 1874. Njegov namen je bil najti nadomestek za zdravljenje odvisnosti od morfija. Leta 1898 pa ga je začelo tržiti podjetje Bayer, kot substitut za zdravljenje morfijske odvisnosti in sredstvo proti kašlju. V ZDA so ga začeli uporabljati leta 1906. Prepovedan je bil leta 1924, ko so ugotovili, da povzroča veliko večjo odvisnost kot morfij (Žigon, 2000).

Drugače pa se je heroin, kot priljubljena *undergorund* droga, začel uporabljati relativno pozno. V Nemčiji je prišel na sceno leta 1973. Laična javnost si, kot značilnega odvisnika od drog, predstavlja ravno odvisnika od heroina. Heroin lahko kadimo, injiciramo ali njuhamo. (Taschner, 2002).

Učinek heroina na človeka lahko razdelimo v tri izkušnje: evforija, kinkanje in *fleš*. Evforija se pojavlja še posebej na začetku uživanja, kjer ni takšne obremenjenosti z občutkom zasvojenosti. Človek postane ustvarjalen, *odbit*, zgovoren in evforičen. Ko govorimo o kinkanju s tem mislimo na stanje dremeža, ki ga spremljajo občutki spokojnosti, brezbržnosti in nekakšne nadzavesti. Tisti najbolj željen in mističnem občutek pa je *fleš*, tako imenovan »*kiss of the god*« (božji poljub). Spremljajo ga fizični občutki kot so toplota, srbenje, hlad in posebno ugodje, ki ga nekateri opisujejo kot »najboljši orgazem, ki so ga imeli, pomnožen s 100«. »Medtem ko sta kinkanje in evforija stanji, je *fleš* dogodek (Flaker, 2002).«

Fleš je z bolj pogostim uživanjem vedno manjši ali pa povsem izgine. To je razlog nostalgije in velike frustriranosti za mnogo dolgoletnih, stalnih uživalcev.

1.1.2 ZASVOJENOST IN ODVISNOST

Pogovorno besedi odvisnost in zasvojenost pogosto zamenjujemo, torej nastopata kot sinonima, v jeziku socialnega dela in v odnosu posameznika do droge pa besedi razlikujemo.

Človek je lahko odvisen od nečesa, pa o tem ne razmišlja, tako pač živi, da lahko preživi svojo odvisnost. Medtem, ko je zasvojenost dolgotrajno stanje, o katerem človek razmišlja izven okvirja svoje realnosti, in se zasvojenosti zaveda tudi na abstrakten način, kot niz vseh okoliščin, ki jih za sabo povleče odvisnost: »biti zasvojen« (Flaker, 2002).

Vedno je treba vedeti, da veliko ljudi zapade v različne zasvojenosti zaradi težav in žalosti. Lahko pa je tudi obratno, da ljudje zapadejo v stisko prav zaradi zasvojenosti (Čopi, 2012).

V knjigi *Theory of addiction* (West, 2006), avtor razglablja o besedi odvisnost, kot abstraktnem in spreminjajočem se terminu. Pravi, da beseda addiction oziroma odvisnost, nima objektivnih mej in obstajanja. Kot sociološki pojem se le ta spreminja glede na situacije in stvarnost. Zato težko rečemo, katera definicija je pravilna. Odvisnost oziroma zasvojenost bi lahko razumeli kot konstrukt stvarnosti posameznika in družbe.

V okviru socioloških teorij zasvojenost od drog lahko razumemo kot učinek družbene neorganiziranosti, kjer je konzumacija drog posledica moderne družbe, v kateri se vrednote izgubljajo. Eden od konceptov označuje začetek uporabe drog kot nekaj, kar se zgodi zaradi povezovanja z drugimi osebami. Ostale teorije pa pravijo, da je redna konzumacija drog posledica prilagoditev neredu v družbi, družba ima namreč določena pričakovanja in cilje, ki pogosto niso v skladu z zmožnostmi oziroma sredstvi. Uživanje drog je lahko tudi razumska izbira uživalca, ki se zaveda, v kaj se spušča in uživa v samozdravljenju. Uporabo drog lahko razumemo tudi kot psihosocialni proces, v katerem gre za več faz, v katerem je potreba po drogi zmanjševanje bolečine (Tominec, 2015).

V medicinskem kontekstu je zasvojenost razumljena kot bolezen.

Ameriško združenje za medicino zasvojenosti ASAM (American Society of Addiction Medicine) je leta 2011 objavilo novo opredelitev zasvojenosti, ki definira zasvojenost kot kronično motnjo v možganskih funkcijah.

»Zasvojenost je predvsem kronična bolezen možganskega nagrajevalnega kroga in centrov, ki so povezani z motivacijo in spominom. Nedelovanje teh sklopov nevronske povezave kaže na biološki, duševni, družbeni in duhovni ravni. Izraža se v posameznikovi patološki

potrebi po ugodju in/ali sprostitvi ob uživanju snovi in izbiri določenih vedenj (Inštitut za zasvojenosti in travme, Peter Topić).«

Kako pa doživlja občutek zasvojenosti nekdo, ki na ta način živi, nam to slikovito opiše sestavek iz knjige avtorice Kathy Watson. Bila je dolgoletna uporabnica heroína, ki je o svoji izkušnji napisala knjigo. Sestavek se glasi:

»Ni potrebovala nikogar in ničesar drugega. Kar je res potrebovala, je bil heroin. Vse drugo bi lahko imela ali zavrgla (Watson, 2003:40).«

1.1.3 OD NEUŽIVALCA DO DŽANKIJA

Ne moremo reči, da so vsi, ki drogo jemljejo, od nje odvisni ali z njo zasvojeni. Zato teorija opisuje več tipologij uživalcev. Nekateri karierno stopajo iz ene kategorije v drugo, nekateri so ves čas v eni od kategorij, spet drugi se vračajo, ali jih preskakujejo. Bolj podrobno se bom posvetila tipu *džankija*, saj so ravno oni ciljna skupina varnih sob. To so ljudje, ki so zaradi uživanja droge postali stigmatizirani in predstavniki specifične marginalne skupine. Predstavila bom tipologijo Flakerja iz knjige *Življenje s heroinom* 1:

- Neuživalci: Sem lahko spadajo ljudje, ki se z drogo niso srečali nikoli. Prav tako pa lahko v to skupino štejemo tudi tiste, ki so drogo jemali, pa so se odločili za abstinenco in se k njej niso več vračali.
- Priložnostni/občasni uživalci, eksperimentatorji: Vsem je skupno to, da je njihovo uživanje droge kaotično. Tega ne počnejo v doslednih časovnih intervalih.
- Redni uživalci: Ljudje ki jemljejo mamila redno, pa ob tem ne razvijejo odvisnosti ali zasvojenosti. Pri tej tipologiji ne gre za motivacijo ali kulturo uživanja, gre za to, da je uživanje redno početje. Nekateri to lahko počnejo rekreativno ali zgolj za zabavo, spet drugi iz medicinskih razlogov, da se zdravijo.
- Odvisni uživalci: Ljudje ki so odvisni od mamila pa se tega ne zavedajo, torej sami sebe ne definirajo kot zasvojenca in zato v to kategorijo tudi ne spadajo. Znake abstinence krize si razlagajo drugače. Če govorimo v smislu kariere uživalca, pa bi to stopnjo lahko poimenovali kot prehodno ali sivo območje.

- **Zasvojeni:** Spadajo med kategorijo zasvojenih vendar vloge niso tako močne in načrtane kot pri džankijih. Ljudje so se naučili rokovati s svojo željo, oziroma potrebo po drogi, zato si jo priskrbijo, da lahko funkcionirajo. Zaradi droge se jim ne poslabša socialni status.
- **Džanki:** Vloga džankija je družbeno razvrednotena in stigmatizirana. Lahko bi rekli, da postaneš džanki takrat, ko ti je droga najpomembnejša stvar na svetu. Droge so pri džankiju dominantne. Oseba se ne more več vključevati v vsakdanje družbene dejavnosti, družba jo prepozna kot džankija in tako prepozna tudi sam sebe. V procesu *džankizacije* gre za fizično in socialno obubožanje. Biti džanki postane glavna in edina vloga posameznika, zato okolica njegovo bit vedno poveže z drogo.

V primeru džankija lahko rečemo, da je uživanje droge rekreativno in terapevtsko, saj to dela zaradi same izkušnje zadetosti oz. omame, poleg tega pa si z drogo lajša abstinenco krizo. Poleg tega ima uživanje drog tudi tradicionalni pomen v njegovi subkulturi, saj ima določene rituale in norme in je obenem nekonformistično, saj uživalca odmakne od vrednot civilizacije.

Redni in kontrolirani uživalci dojemajo lik džankija kot negativen in zato ne želijo enačenja z njim. (Flaker, 2002).

1.1.4 KARIERA UŽIVALCA

V povezavi z uživanjem drog velikokrat slišimo besedo kariera. Pri običajni rabi besede kariera, z njo mislimo predvsem na poklicni uspeh posameznika, medtem, ko v sociološki rabi besedo uporabljamo tudi za opis vzorca poteka življenja in stičnih točk ljudi iz marginalne družbe. Razumeti moramo dvojnost tega pojma. Po eni strani njegovo družbeno razvijanje, uradni položaj, status, življenjski slog itd., po drugi strani pa človekovo notranje doživljanje: samopodoba, notranji boji, iskanje identitete.

Trenutkov, ko se ljudje srečajo z drogo, je veliko in že en samo en ja, je lahko dovolj za začetek njenega jemanja. Večinoma pa je odločanje o uživanju droge prepuščeno družbi, v kateri se posameznik socializira. Nekateri pa se odločijo za heroin kot nadgradnjo eksperimentiranja z ostalimi drogami, ki so krožile v njihovi družbi, druge skupine spet zato,

ker jim lahke droge niso več dovolj, nekateri pa zgolj zato, ker ne morejo dobiti klasičnih drog in se odločijo za heroin kot alternativo.

Večina jih začne z njuhanjem heroina na folijo, kasneje preidejo na iglo. Razlog za to je v veliko večjem izkoristku heroina, če se ga aplicira intravensko. Po mnenju nekaterih, tisti ki celo kariero samo kadijo ali njuhajo, to počnejo zato, ker imajo dovolj denarja ali pa ker imajo predsodek oziroma strah pred injiciranjem.

Čas, da postaneš oda heroina odvisen, se giblje okoli treh mesecev. Sem spada čas, ko smo dejansko od njega odvisni in čas, ko se zavedamo, da smo to postali. Takrat se začnemo srečevati s krizo.

Kriza nastane, ko pride do pomanjkanja droge in je posledica zasvojenosti uma in telesa. Nekateri jo doživljajo kot hudo bolečino, ki jo spremlja bruhanje, vročina, tresenje, srbenje kože in blodnje. V končni fazi jim je lahko tako hudo, da mislijo, da bodo umrli (Flaker, 2002). Točno tako pa svojo krizo opisuje tudi Katy Watson: »Krči so ji kar naprej grabili želodec. Kaj če je dobila želodčne krvavitve in bo umrla? In še vedno se ji je vse dvigovalo. Zvlekla se je na rob postelje k vedru in izbruhala kapljice sline in žolča, vsa hrana je že zdavnaj šla (Watson, 2003: 28).«

Kriza je kot nadaljevanje romantičnega razmerja, ki ga ima človek s heroinom. Pomanjkanje ljubljenke osebe in priznanje, da jo potrebuješ. Kriza zavzame človekovo identiteto (*priznanje, da si odvisen*), človekovo finančno stanje (*kako dobiti denar, da prekinem to agonijo*) in čustveno stanje (*brez heroina mi živeti ni*). Skupek je ustvarjanje poglobljenega, romantičnega, odvisnega odnosa s heroinom, ki je kot tisti ljubimec, brez katerega ne moremo, z njim pa trpimo. »Je dejanski označevalec odnosa s heroinom, je metafora neskončnosti in je neskončna, ponavlja se v spirali in ko jo potolažimo, vemo, da pride naslednja (Flaker, 2002:214).«

Ker so droge nezakonite in v naši družbi tak življenjski slog ni sprejemljiv, veliko uživalcev izgubi svojo prejšnjo družbo. Glavni razlog za spremembo življenjskega sloga je droga, kasneje pa kriza, torej močna potreba po drogi, ki človeku nalaga veliko finančno breme. Zato uporabniki velikokrat počnejo stvari, ki jih drugače ne bi, bodisi, da se izognejo mučni krizi, bodisi zato, da poplačajo stare dolgove. Tako se velikokrat poslužujejo različnih kriminalnih dejanj kot so prostitucija, kraja, preprodajanje... Zloraba drog jim začne uničevati tudi zdravje. Tako se začne v življenju džankija počasi vse krhati in začne se življenje na dnu (Čopi, 2012).

1.1.5 STIGMA IN STEREOTIPI O DROGAH

Stigma je lastnost, oziroma tista osebna okoliščina, ki dela stigmatiziranega drugačnega od večinske družbe. Stigma vedno nastane v odnosu z normalnostjo in je odvisna od družbe in njene kulture.

Stigma prekrije druge, morda zaželene lastnosti posameznika in onemogoči enakovredno komuniciranje. O ljudeh, ki posedujejo stigmo, se verjame, da "niso popolnoma človeški", v nadaljevanju tega prepričanja sledi diskriminacija, zavestno ali nezavedno omejevanje življenjskih možnosti. Takšna diskriminacija se skuša opravičiti z razlaganjem in utemeljevanjem o manjvrednosti in nevarnosti stigmatiziranih, ter s tem prekriti sovraštvo do drugačnih. Posameznik se ne glede na svojo stigmo lahko počuti popolnoma enakega, zato ne razume zakaj dobrih lastnosti pri njemu ne opazijo še drugi. V njemu se začne kopičiti jeza, postane razcepljen in lahko počne stvari, ki jih drugače ne bi (Goffman, 2008).

Kadar govorimo o stigmi džankija, je najbolj pogosta ta, da ne dela in da se ukvarja s kriminalom (krade, se prodaja...). Razlog za nastanek stigme lahko vidimo v kriminalizaciji samega početja uporabe drog, ter dramatizaciji, ki prihaja z roko v roki s kriminalizacijo in je prisotna v medijih, leposlovju in splošni retoriki o drogah.

Ljudi lahko razdelimo v skupine glede na njihovo nepoznavanje oziroma poznavanja drog. So ljudje, ki drog ne poznajo, oziroma poznajo stereotipe in »skrb vzbujajoča dejstva o drogah«. Pa take, ki poznajo konkretne uživalce. So tudi tisti, ki poznajo droge iz teoretskega vidika in pa resnični poznavalci, ti poznajo rokovanje z različnimi drogami in življenje z drogo. Ljudje razvijejo različne odnose do uživalcev drog. Najpogostejši odnos je ignoriranje. Pretvarjanje, da uživalci drog ne obstajajo, posledično pa za njih tudi ni treba ničesar narediti. Ignoriranje lahko razumemo skozi simboliko izničenja (Flaker, 2002).

»Sovražni odnos in stigmatizacija se zdita dopolnjujoči zatiskanju oči in ignoriranju (Flaker, 2002:56).« Človek, ki stigmo nosi, po eni strani doživlja krivico, po drugi strani pa lahko stigmo ponotranji in se ji preda.

1.1.6 TVEGANJA POVEZANA Z INTRAVENOZNIM UŽIVANJEM DROGE

Droge, ki so farmakološko aditivnejše z večjim potencialom za zasvojenost (npr. heroin), so torej potencialno škodljive zaradi izgube tolerance do tveganja z injiciranjem (uporaba nesterilnega oz. souporaba pribora, nečiste vode, nepreverjenega novega nakupa itd.). To tveganje izhaja predvsem iz »gverilskega stila« nakupa in uporabe.

Nevarnost nelegalnih drog je, da niso čist in preverjen proizvod, prekupčevalci jih lahko zaradi želje po večjem zaslužku mešajo z nevarnimi snovmi kot je na primer strihnin (dodaja se zaradi občutka fleša, zaradi katerega ljudje zmotno mislijo, da ponazarja kvaliteto droge). Tveganje se razvija vzporedno z življenjskim stilom uživalca. Uporabniki, ki drogo jemljejo na ulici, to počnejo na hitro, ker se bojijo policije, nimajo prave higiene in so pod veliko večjim tveganjem, kot če bi to storili npr. pod strokovnim nadzorom. Najbolj značilne škodljive posledice pri injiciranju so (Kocmur, 2012):

- Anatomske poškodbe: injiciranje izven vene (*out*), vbizganje na ranljiva mesta (npr. dimlje), poškodba živca z iglo,
- lokalne okužbe (najpogostejše bakterijske): uporaba nesterilnega in umazanega pribora,
- okužbe z ostanki krvi in telesnimi tekočinami, ki so ostali na stari igli (predvsem virusne okužbe): različni tipi hepatitisov, HIV,
- predoziranje (*overdose*), ki lahko nastane zaradi »prečiste« robe in posledično nenavajenosti telesa na odmere. Do njega prav tako lahko pride zaradi »slabe« robe, ki je mešana z drugimi sestavinami. Nekateri ne poznajo svoje meje in pretiravajo, nekateri pa mešajo različne snovi med seboj (npr. heroin, alkohol, tablete),
- obolevanje zaradi dodatkov, ki je v nečistih drogah ali pa v samih pripomočkih,
- splošno slabšanje zdravja; padec imunskega sistema in posledično velika večja dovzetnost za različne bolezni,
- nasilje,
- kriminal, ki se navezuje na potrebo po drogi in pridobivanju sredstev,
- obubožanje,
- večanje števila zasvojenih brezdomcev,

pristanek v »džankanizaciji«, kar pomeni marginaliziranost in stigmatizacijo.

1.2 SLOVENIJA V ODNOSU DO PREPOVEDANIH DROG

Lahko bi trdili, da je Slovenska družba drogam naklonjena, če upoštevamo, da je tudi alkohol droga. Vendar je ljubezen do alkohola pogojena s tem, da ga ljudje dobro poznajo in je že stoletja vpet v našo kulturo. Ljudje so se z njim na nek način naučili rokovati, zato je le ta sprejemljiv, ne glede na to, da je lahko izjemno škodljiv in razdiralen. Vendar pa ni tako z ostalimi drogami. Za veliko večino je droga še vedno »tistikiganesmemopoimenovati«, ki se ga bojijo in o njim ne želijo vedeti nič, če se ne zgodi v njihovi družini, potem jih ne zanima in se o tem ne želijo poučiti (Flaker, 2002).

Za strah in nepoznavanje drog so »krivi« mediji in prav tako retorika stroke, ki jo velikokrat umešča v represiven in patološki model. Če pogledamo nekako posplošeno, bi lahko trdili, da je pri nas poraba in konzumacija alkohola veliko premalo nadzorovana, medtem ko je poraba kanabisa veliko preveč nadzorovana (Čebašek-Travnik, 2006).

1.2.1 SLOVENSKA ZAKONODAJA, KI UREJUJE PODROČJE DROGE

»Temeljna zakonodaja na področju prepovedanih drog je bila pripravljena znotraj Organizacije združenih narodov (Kiš, 2014).«.

Temeljna zakona na področju drog v RS sta bila sprejeta v letih 1999 in 2000 (Pravni red RS):

- Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (ZPUPD)
- Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD)

Zakoni so urejeni še v različnih podatkih (Zakon o prekršku...). Zato bom na tem mestu opisala 1. in 4. odstavek kazenskega zakonika, saj sta bistvena, kot pravna podlaga za odprtje varnih sob. 4. odstavek je bil dodan leta 2012 (Kazenski zakonik (KZ-1-NPB4)):

- Kazenski zakonik RS v členih 186 in 187 Omogočanje uživanja prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu pravi:
(1) Kdor napelje drugega k uživanju prepovedanih drog ali prepovedanih doping snovi ali mu jih da, da jih uživa on ali kdo drug, ali kdor da na razpolago prostore za uživanje prepovedanih drog ali nedovoljenih snovi v športu ali kako drugače

omogoči drugemu, da uživa prepovedane droge ali nedovoljene snovi v športu, se kaznuje z

- (4) Dejanje iz prvega in drugega odstavka tega člena ni protipravno, če storilec ravna po programu zdravljenja odvisnosti ali nadzorovane uporabe droge, ki je v skladu z zakonom potrjen in se izvaja v okviru ali pod nadzorom javnega zdravstva.

1.2.2 PREVLAJUJOČI KONCEPTI PRI OBLIKOVANJU POLITIK DO PREPOVEDANIH DROG

Prva skupina so klinični in biomedicinski koncepti. Za njih je značilno, da raziskujejo posameznika kot »odvisno« osebnost, zraven pa zanemarjajo življenjski slog, vpliv družbeno- kulturnega konteksta in demografije. Osredotočajo se na odvisnost kot bolezen in jo raziskujejo skozi prizmo genskih značilnosti, nevrofiziološke mehanizme in osebnih izkušenj z vplivom okolja.

Druga skupina so koncepti, ki spadajo pod zakon oziroma represivni organ. Tukaj je značilno prepoznavanje uporabe drog kot nekaj prepovedanega in deviantnega. Posledično nastaja vojna proti drogam. Uporabniki so »slabi«, kriminalizirani in stigmatizirani.

Pod tretjo skupino spadajo tržni, interaktivni in sociološki modeli.

Sociološki modeli zagovarjajo nastanek deviantnega vedenja v interakciji z drugimi dejavniki. Torej je poudarek na razumevanju ranljivih skupin. V tem modelu, je razumevanje odklonilnega vedenja določeno kot posledica, oziroma odgovor na obstoječo politiko in ne posledica jemanja drog samih. Pri tržnem modelu pa se uporaba drog vidi kot blago, ki ga človek potrebuje enako ostale stvari. Med njimi lahko izbira in si jih poljubno vzame.

Četrta skupina so javnozdravstvene paradigme, te prevladujejo v Avstraliji in zahodnoevropskih državah, glavna pristopa pa sta bolezenski in salutogenetski pristop, ki umeščata uporabo droge, kot stvar posameznika v povezavi z njegovim načinom življenja, ki lahko poudarja neko tveganje za zdravje osebe in okolice. Fokus je na več ravneh: integracija v skupnost, sklicevanje na pomembnost zdravja, zmanjševanje škode, poudarjanje človekovih pravic, pomembnost socialne mreže za posameznika itd..

V zadnjo skupino pa spadajo naslednje paradigme: moralistična, hedonistična, človekoljubna in deterministična. Moralistična vidi uporabnika drog kot tistega šibkega in mu prepisuje krivdo

za njegovo početje. Zato gre dobro skupaj z represivno politiko in medicinskimi modeli, kjer vidijo uporabo drog kot patologijo. Hedonistična vidi uživanje droge kot nekaj pozitivnega, zaradi užitka samega. Človekoljubne perspektive pa se osredotočajo na pravice posameznika in njegovo trpljenje. Deterministična perspektiva pa govori o prostem potrošniškem trgu in samostojni izbire vsakega.

Paradigmi ki sta najbolj vplivali na oblikovanje slovenske politike o drogah sta javnozdravstvena in zakondajnorepresivna. Lahko bi trdili, da sta na nasprotujočih si bregovih. Fokus prve je razumevanje uporabe drog v okovih socialnega in individualnega vedenja. Fokus druge pa je videnje uporabe kot nekaj slabega, kriminalnega. Tako prva postavlja uporabnika v vlogo žrtve in druga v vlogo zločinca (Kvaternik, 2012).

1.2.3 RAZVOJ POLITIKE DO PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI

Pri pregledu slovenske politike na področju drog bi lahko rekli, da je le-ta posnemovalna. Njen koncept se približa konceptu ZDA. Z začetkom kulture hipijev v 60. tih letih prejšnjega stoletja in zaradi strahu pred propadom režima in družbenega reda.

Prvi mejnik pri oblikovanju naše politike predstavlja konferenca o drogah, ki je potekala leta 1974. Leta 1992, se je začel razvijati drugi krog politike, ki je poleg vlade in medicinskih kadrov, začel vključevati tudi nevladne organizacije in druge akterje. Prva iniciativa za oblikovanje politike pa je prišla okoli leta 90 od strani takrat Demokratske stranke. Takraten fokus je temeljil na jemanju drog kot na patologiji in na podlagi tega so bili oblikovani ukrepi in zdravljenja. Sprejet je bil metadon kot zdravljenje od še večje nadloge: heroína. Takrat so se razprave o drogah preselile na občinske skupščine, ki so oblikovale skupine strokovnjakov. V 90-tih se je vzpostavilo tudi sodelovanje z mednarodnimi organizacijami (Urad združenih narodov za droge in kriminal, Skupina Pompidou pri Svetu Evrope, svetovne zdravstvene organizacije). Sodelovanje je vplivalo na oblikovanje nacionalne politike.

Začetek politike je segal na lokalno raven in se kasneje razširil na državni nivo. Z leta 1998 je bil ustanovljen Urad Vlade RS za droge, ki je deloval samostojno do aprila leta 2004. Sedaj urad za droge še vedno obstaja, vendar njegovo delovanje spada pod ministrstvo za zdravje. Najbolj pomembna fokusa urada sta spremljanje stanja na področju drog in koordinacija za pripravo nacionalne strategije z akcijskimi plani. Nazadnje se je razvil

javnozdravstveni model, ki vključuje prijeme in koncepte za zmanjševanje škode, ki je nastala v povezavi z uporabo drog (Kvaternik, 2012).

Iz zakonodajno- pravnega in zgodovinskega vidika je slovenska politika na področju drog umeščena v politiko javnozdravstvenega modela, ki vsebuje več sfer naenkrat: preventiva in zmanjševanje škode na področju drog, zdravljenje, socialna rehabilitacija in reintegracija uporabnikov (Kvaternik, Grebenc, Rihter 2008).

Ob tematiki kot je prepovedana droga vedno pride do različnih in nasprotujočih si mnenj in diskurzov. Prevladujoči diskurz pride s strani moči, torej tistih institucij, ki so najvplivnejše v določenem časovnem obdobju (Kvaternik, 2012).

1.2.4 POLITIKA NA PODROČJU DROG V PRAKSI

Uporabniki občutijo politiko kot odnos služb do njih samih in posledično, kako jih vidijo drugi. Vidijo jo kot storitve, ki so jim na voljo in pravice, ki jih imajo, prav tako pa vidijo politiko tudi skozi prizmo javnega mnenja o njih. Uživanci v splošnem s politiko niso zadovoljni. Stroke, ki imajo najbolj pomemben glas pri oblikovanju politike, so stroka socialnega dela, kriminologija in socialna pedagogika. Stroke sodelujejo pri oblikovanju politik in poudarjajo pomembnost vključevanja uporabniške perspektive. V teoriji pa sodelujejo tudi resorna ministrstva. Ena od največjih napak naše politike je slaba usklajenost ali pa celo nezmožnost usklajevanja med službami oziroma organi, poudarek je med komisijo za droge in ministrstvom pristojnim za koordinacijo drog.

Prenašanje odgovornosti in slabo sodelovanje prinese slabe rezultate. Tako so konfliktnе situacije neizogibne. Na področju drog pa sta najbolj dejavna zdravstvo in sociala, saj financirata ukrepe za zmanjševanje povpraševanja po drogah (Kvaternik, 2012).

O pomanjkanju sodelovanja slišimo tudi od ljudi aktivnih na tem področju in uporabnikov samih.

Kadar govorimo o razlogih, zakaj nismo vpeljali novosti, kot so varni prostori za uporabo droge ali pa heroin na recept, ne moremo vse krivde prepisati samo pomankanju akcijskega načrta. Do največjega konflikta prihaja med paradigmama, ki sta na področju drog v Sloveniji najbolj vplivni in to sta javnozdravstvena in zakonodajno represivna paradigma.

V splošnem bi lahko trdili, da je naša politika uspešna, kar zadeva zdravstveno oskrbo in usklajevanje Evropskih normativov. Če pa pogledamo z vidika spoštovanja posameznika, kot individualnega človeka, njegovih pravic in želja, pa ne moremo trditi, da smo naredili dovolj.

Vedno kadar govorimo o prepovedanih drogah, bi morali upoštevati vidike uporabnikov, kot poznavalcev iz izkušenj ter z njimi poleg strok in političnih odločitev, soustvarjati oblike pomoči in ukrepe na področju drog (Kvaternik, 2012).

Nacionalni program na področju prepovedanih drog je bil v Sloveniji sprejet trikrat. Prvič je bil narejen leta 1994 in drugič leta 2004-2009. V preteklosti so se resolucije, ki so bile sestavljene v strategijah, v praksi velikokrat izkazale kot neučinkovite ali pa se sploh niso uveljavile. Problem je v komunikaciji med glavnimi resorji zadolženimi na tem področju. Čeprav so bili nekateri programi izvedeni, so kasneje zamrli, ker niso dobili dovolj podpore od strani političnih akterjev. Referenčno ozadje programa, je bila EU strategija na področju drog za leto 2013-2020. Evropski svet predlaga sodelovanje in iskanje strokovnega znanja pri Evropskem informacijskem središču za droge in odvisnost (European Monitoring Centre for drugs and Drug Addiction – EMCDDA – Evropski center za droge in zasvojenosti (v nadaljnjem besedilu: EMCDDA)).

Ministrstvo za zdravje je, kot pristojno ministrstvo oblikovalo dokument, v sodelovanju z devetimi ministrstvi, zunanjimi strokovnjaki in predstavniki civilne družbe. Komisija za droge je dokument obravnavala in ga potrdila.

V osnutku ugotavljajo, da se je poraba heroina stabilizirala, vendar se je zvišala starost tveganih uporabnikov heroina. To pomeni, da se populacija uporabnikov stara, kar prinese slabšanje zdravstvenega stanja uporabnikov in posledično povečanje brezdomnih uporabnikov in njihovih socialnih stisk (Nacionalni program, 2013). Vsebinska področja resolucije opisujejo strategijo in akcijski načrt, ki posebno pozornost namenja sledečim ukrepom (več besed bom namenila vsebini točke b, torej zmanjševanju škode zaradi uporabe drog):

1. Informacijski sistem
2. Zmanjševanje povpraševanja po drogah s pomočjo:
 - a. preventive
 - b. zmanjševanja škode zaradi uporabe drog :

Razvijati je potrebno mrežo nizkopražnih programov zmanjševanja škode, saj lahko le celostno delujejo zares učinkovito. Prav tako jih je treba razširiti na celotno Slovenijo s

poudarkom na večjih mestih. Ukrepi, ki so predlagani v programu so naslednji: »Sem sodijo tudi programi, ki vključujejo izmenjavo igel, terensko delo, vzpostavitev varnih sob, metadonsko vzdrževalni program in vzpostavitev dnevnih centrov za uporabnike drog (Nacionalni program, 2013:30).«

c. zdravstvena in socialna obravnava uporabnikov prepovedanih drog

d. dejavnosti civilne družbe

Preprečevanje ponudbe drog s pomočjo:

- Mednarodno sodelovanje
- Koordinacija in usklajevanje na nacionalni in lokalnih ravneh
- Evalvacija programov, raziskovalno delo in izobraževanje

1.2.5 KONCEPT ZMANJŠEVANJA ŠKODE

Ključni koncept zmanjševanja škode je uporabniška perspektiva, torej upoštevanje njihovih specifičnih potreb. Uporabnike drog je treba sprejemati in jih spodbujati, da sprejemajo take odločitve, ki čim manj škodujejo njim in njihovi okolici. V vsakdanjem življenju se s tem konceptom srečujemo pogosto in se nam zdi samoumeven. Tipična ponazoritev koncepta je promet. Ker je promet sam po sebi nevaren, je družba uvedla prometne predpise, tehnične izboljšave (varnostni pas, zračne blazine itd.), da bi nevarnosti oz. škodo čim bolj zmanjšala. Zmanjševanje škode je torej koncept, ki bi mogel biti razumsko jasan, pa velikokrat temu ni tako. V razpravi o drogah, še vedno pride do konfliktov kljubovalnih si politik in institucij. Koncept se sprejema le do neke mere. Škoda, ki nastane, je lahko razdeljena v naslednje sfere: socialna raven ki zajema izgubo socialne mreže, odnosov, službe in večanje stigme. Posledično se povečuje kriminaliteta, zato je delež tistih, ki so v zaporu zaradi droge največji. Na zdravstvenem področju naraščajo nalezljive bolezni, ki predstavljajo grožnjo tudi širši družbi. Ekonomska raven na individualni sferi pomeni izgubo dohodka in na skupnostni ravni naraščanje stroškov, ki gre iz žepa davkoplačevalcev (policijske intervencije, zdravljenja...).

(Kocmur, 2012).

- *TEMELJNE ZNAČILNOSTI ZMANJŠEVANJA ŠKODE*

»Cilj boja proti drogi- svet brez drog- je mogoč toliko, kolikor svet brez alkohola (Kocmur 2002:132)«. Na eni strani imamo koncept zmanjševanja škode in na drugi zmanjševanja povpraševanja po drogah.

Na eni strani imamo koncept zmanjševanja škode in na drugi zmanjševanja povpraševanja po drogah.

Čeprav je bistvo retorike zmanjševanje povpraševanja, nemalokrat dobimo občutek, da tukaj ne gre za resnične družbene koristi in prizadevanja, ampak samo za politično retoriko, ki kljubuje drugačnim pogledom. Z zmanjševanjem povpraševanja ni nič narobe, vendar je treba biti pri vsakem diskurzu realen. Svet brez drog ne more obstajati in tudi nikoli ni. Zato je potrebno ničelno toleranco, ki je velikokrat produkt politično všečne retorike zmanjševanja povpraševanja, omejiti na koristne alternative. Droga je produkt, ki ga ni treba oglaševati, da ga človek najde. Ni enako kot pri ostalih legalnih produktih, kjer je marketing osnovnega pomena. kupcem pokazati in jih privabiti. Drogo potencialni kupec išče in jo tudi najde. Zato je na tem mestu zmanjševanje škode, kot zmanjševanje povpraševanja, veliko bolj smiselno. O temu nam priča tudi zgodovina spodletelih ukrepov. Za ljudi, ki se ukvarjajo z drogami, je potrebna refleksija. Pokroviteljski odnos do uporabnikov ne pomaga ne njim, ne nam. Moralisti velikokrat pravijo, da z reklamiranjem »varne« oziroma manj tvegane uporabe droge pravzaprav spodbujamo in napeljujemo ljudi k uporabi. Ozaveščanje o varni uporabi pa je nujno za ljudi, ki drogo že uporabljajo in je ne glede na poznavanje tveganj in vseh dejavnikov povezanih z uporabo, ne opustijo. Bodisi ker je ne morejo ali ne želijo.

Temelji zmanjševanja škode so (Kocmur, 2012):

- Zavedanje tveganja, ki ga prinašajo droge in posledično razvitje strategije, ki ta tveganja zmanjšajo. Terenski delavci prepoznajo potrebe in delajo akcije in intervencije za zmanjševanje tveganja.
- Zagotavljanje dostopnosti informacij in pripomočkov. Abstinenca ni pogoj za vključitev, potrebno je le voditi evidenco, ki temelji na anonimnosti uporabnikov.
- Merilo je koristnost in ne moralistični pristop. Gledamo kaj izboljšuje stanje in ne kaj je »pravilno« in »pravo«.
- Aktivno sodelovanje med uporabniki drog in službami, vključevanje uporabniške perspektive.

- *PRAKTIČNA IZHODIŠČA KONCEPTA ZMANJŠEVANJA ŠKODE*

Prvi odzivi strokovnih služb, ki so temeljili na oceni uporabnikov drog, so začeli nastajati v 80-tih letih. V evropskih državah so strokovnjaki dognali, da je potrebno za uporabnike drog vzpostaviti povezavo med zdravstveno in socialno oskrbo. Rešitve so videli z vzpostavljanjem dnevnih centrov, sterilnim priborom za injiciranje (programi zamenjave igel), vzdrževalnimi programi (metadonske ambulante), ter svetovanjem.

Prvi državi, ki sta začeli s praktičnimi koncepti zmanjševanja škode, sta bili Nizozemska in Švica. Spodbuda za program pa je bila grozeča in naraščajoča epidemija HIVA med intravenoznimi uporabniki (Kocmur, 2012).

Tako imenovanih nizkopražnih programov je več, njihov namen pa je, da delujejo celostno in tako dosegajo optimalne učinke, čeprav lahko delujejo tudi posamično:

- Zamenjava igel
- Terensko delo z nevidno in marginalizirano populacijo uporabnikov drog: mobilne/potujoče izmenjave
- Svetovanje
- Svetovanje v zaporih
- Programi varnih sob za injiciranje
- Programi vzdrževanja na metadonu in drugih substitutih
- Heroin na recept
- Svetovanje in ozaveščanje o varnejši uporabi drog
- Publiciranje informativnih gradiv
- Osveščanje preko elektronskih medijev

Smisel programov je tudi v premagovanju socialne izključenosti uporabnikov drog. Zato abstinenca ni pogoj za vključitev v programe, ampak pride pravica v samem jedru. V konceptu zmanjševanja škode, ni prostora za pokroviteljske strokovnjake (Kocmur, 2012).

1.2.6 PREGLED OBSOTEJČIH SLUŽB NA PODORČJU DROG V SLOVENIJI

V Sloveniji imamo precej služb in programov, namenjenih uporabnikom drog in njihovim svojcem. Nekateri so bolj uspešni in drugi manj. Večinsko pa je mnenje, da so najbolj uspešni programi s strani nevladnih organizacij, ki delujejo na področju nizkega praga in se fokusirajo na zmanjševanje negativnih posledic, ki jih droga prinese (Kvaternik, Grebenc, Rihter 2008).

Vrste služb, namenjenih uporabnikom droge, lahko razdelimo v dve skupini.

Visokopražni programi so tisti, ki ob vstopu zahtevajo popolno abstinenco in temeljijo na popolnem zdravljenju odvisnosti (Marenk, 2015). Trenutno je v Sloveniji takih programov 13 (Smolej Jež, 2016). Spodaj bom naštel nekaj najbolj značilnih:

- **Detoks:** je program, ki deluje v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana. Načeloma imajo uporabniki z njim pozitivne izkušnje, saj povezuje učenje na sebi in abstinenco. Negativnosti vidijo v zahtevah za vstop v program (Kvaternik, Grebenc, Rihter 2008). Glavni namen detoksa je, da uživalci po prihodu z njega prenehajo z drogo in začnejo z detoksikacijo. Vendar temu velikokrat ni tako, nekateri uživalci namreč detoks uporabljajo kot »počitek«, oziroma osebni dopust od kariere. Eden od razlogov je ta, da se jim po prihodu z detoksa zmanjša tolerantnost, tako njihova kariera lažje zaživi, saj se manjša doza in seveda tudi stroški povezani s kupovanjem (Flaker, 2002).
- **Terapevtski programi, skupnosti in komune:** Izkušnje so tako negativne kot pozitivne. Nekaterimi jim očitajo plačljivost, versko usmerjenost in premalo terapevtskega dela. (Kvaternik, Grebenc, Rihter 2008). Lahko bi trdili, da terapevtske službe, velikokrat spominjajo na totalne ustanove. Imajo stroga pravila, so umaknjene in zaprte, obravnava je dolgotrajna. Človeka vzamejo celega in mu pokažejo, ter ga želijo naučiti popolnoma novega življenja (Flaker, 2002).

Poznamo še nizkopražne programe. To so programi kjer abstinenca ni pogoj za vključitev. Njihov namen sovпада s konceptom reševanja škode. Namenjeni so doseganju »skrite« populacije uporabnikov drog (Marenk, 2015). Trenutno je v Sloveniji takih programov 11 (Smolej Jež, 2016). Nekaj pomembnih služb nizkopražnih programov so:

- Metadonski centri: centri za zdravljenje odvisnosti od drog, v okviru zdravstvenih domov v Sloveniji: Nekateri imajo pozitivne izkušnje, nekateri pa negativne, glede odnosa zaposlenih in samega sistema dela. Načeloma pa pravijo da metadonski program ni učinkovit, saj je preveč vezan na posameznika. Odvisnost od metadona in kasneje prenehanje z njim, naj bi bilo prav tako zelo težko. Nekateri metadon uporabljajo samo kot dodatek in nikoli ne nehajo s heroinom. (Kvaternik, Grebenc, Rihter 2008). Nekateri uživalci so mnenja, da je metadon poceni droga, od katere prav tako postaneš odvisen. Drugim je metadon všeč, saj imajo občutek nekega bolj »normalnega« in doslednega življenja. V splošnem pa je lahko metadonski program zelo stigmatizujoč in spreminja okolico (npr. Zdravstveni dom Metelkova) v pravi mali geto, saj so uživalci naročeni ob istih urah, zato čas velikokrat izkoristijo za druženje.. (Flaker, 2002).
- Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma: izvajajo program zmanjševanja škode, ki poteka v dveh dnevnihi centrih v Ljubljani (Župančičeva jama in Petkovškovo nabrežje). Aktivni so tudi na terenu v več slovenskih mestih, zaporih ter v obliki svetovalne linije (društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma) . Z društvom Stigma imajo uporabniki po večini pozitivne izkušnje. Zaposleni so v odnosu do njih prijazni in človeški. Lahko dobijo nerabljenе igle, spijejo kavo, pogledajo na internet in se družijo v dnevnem centru (Kvaternik, Grebenc, Rihter, 2008).
Stigma je služba, ki daje po mnenju uporabnikov zelo veliko. Všeč jim je, da imajo svoj prostor, kjer s lahko družijo, še posebej tisti brez strehe nad glavo. Poleg tega so jim všeč ljudje, ki so pri Stigmi zaposleni. Občutek imajo, da jih razumejo in ne obsojajo. Pogovor z njimi jim daje moč, saj vedo, da je pogovor res zaupne narave in da jim zaposleni ne bodo pridigali, poklicali policije, ali pa jih obravnavali kot bolnike in kriminalce. Prav tako pri Stigmi zaposlujejo strokovnjake z izkušnjami in pri svojem delu upoštevajo uporabniško perspektivo. Uživalci imajo pogovore s strokovnjaki z izkušnjami radi, saj jih po eni strani razumejo in po drugi strani dajejo vzgled, kakšni lahko postanejo sami (Flaker, 2002).
- Centri za socialno delo: pozitivne in negativne izkušnje so odvisne od centra in zaposlenih socialnih delavcev. Skupno pozitivno pa je, da dobiš socialno pomoč

že na podlagi papirja, da si vključen v metadonski program. Nima pa center za socialno delo pri samem zmanjševanju škode nič (Kvaternik, Grebenc, Rihter 2008). Po eni strani pa socialne službe pomagajo uživalcem pri zmanjševanju stigmatizacije, saj uporabniki lahko pridejo na pogovor in poiskati pomoč za svoje težave, ki niso nujno povezane z uporabo drog. Tako se sami lahko počutijo bolj »normalni« (Flaker, 2002):

- DrogArt: so organizacija, ki je bila ustanovljena leta 1999 in delujejo zasebno, neprofitno in volunteersko. Ukvarjajo se z informiranjem, ki ga izvajajo v obliki svetovanja, info točke, terenskega dela na prireditvah elektronske glasbe in izvajanjem delavnic. Leta 2005 so pridobili status humanitarne organizacije. Naredili so tudi spletno aplikacijo Reduser, ki je namenjena osebam, za beleženje in vodenje osebne uporabe drog, ter iskanju strokovne pomoči, če je to potrebno. Aplikacija je seveda anonimna (društvo DrogArt).

1.2.7 STATISTIČNI PODATKI TVEGANE UPORABE DROG ZA SLOVENIJO

Statistične podatke sem dobila iz Nacionalnega poročila iz leta 2016 o stanju na področju drog v Republiki Sloveniji. Poročilo je bilo narejeno s strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

»Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami EMCDDA je v letu 2013 zaradi spreminjajoče se situacije na področju drog revidiral epidemiološki kazalnik problematična uporaba drog ter ga preimenoval v zelo tvegano uporabo drog (Kvaternik et al. 2014:36).«

Kazalnik se fokusira na tvegano in problematično uporabo drog, zaradi katere uporabniki utrpijo zdravstvene posledice, socialne težave..). Po definiciji EMCDDA zavzema tvegana uporaba drog vzorce konzumiranja psihoaktivnih snovi, ki so se ponavljali v zadnjih 12 mesecih (Kvaternik, 2014).

- Ocena števila visoko tveganih uporabnikov opiatov v starosti 15–64: 5172 (Kvaternik in Novakovič, 2016:20).
- Programi zmanjševanja škode registrirali: 1966 injicirajočih uporabnikov drog, od tega 124 novih (Kvaternik, Žerjal, 2016:21).

- Prvič ali ponovno v programu zdravljenja: 316 oseb (Krek, 2016:24).
- S prepovedanimi drogami povezane nalezljive bolezni: HBV 5.9%, HCV 42.7%, 1 okužen s HIV (Klavs, Kustec, 2016:28).
- Smrti in zastrupitve z drogami: 32 (Jandl, 2016:30).
- Zastrupitev s prepovedanimi z drogami: 145 (Brvar, 2016:34):

1.3 VARNE SOBE ZA INJICIRANJE PREPOVEDANE DROGE

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti (EMCDDA) in Evropski center za nadzor bolezni sta leta 2011 pripravila načrt programov, ki so učinkoviti za tvegano populacijo uporabnikov drog. V njem so opisane in predlagane naslednje smernice: zagotavljanje sterilnega pribora za injiciranje drog, spodbujanje uporabnikov, da se cepijo, testiranje na okužbe HIV, hepatitis in tuberkulozo, zdravljenje okuženih uporabnikov in uvedba nadomestnih terapij.

Poleg tega pa iz vidika zdravstvene preventive spodbujajo in predlagajo tudi uvedbo varnih sob.

Varne sobe za injiciranje droge so prostori, kjer lahko uporabniki drog uporabljajo drogo pod strokovnim nadzorom zdravstvenih delavcev, pod bolj varnimi in higieničnimi pogoji. Njihov osnovni namen je zmanjšanje okužb in smrti povezanih z drogo, ter posledično znižati uporabo zdravstvenih storitev s strani uporabnikov drog. Tipične varne sobe dosegajo te cilje s strokovnim nadzorom pri uporabi droge, deljenjem novih oziroma čistih igel, kondomov za varno spolnost, zbiranjem in uničevanjem že uporabljenega pribora za injiciranje, ter celostno oskrbo v okviru psihične pomoči, spodbujanja uporabnikov pri vključevanju v različna zdravljenja odvisnosti, pregledi pri splošnem zdravniku, v nekaterih primerih se deli tudi hrana. Varne sobe imajo unikatno funkcijo na področju delovanja z uporabniki drog. Poleg preprečevanja tveganega vedenja uporabnikov drog in posledično izboljšave ali preprečitve okužb, je njihova glavna naloga hitra reakcija ali odgovor na »overdose«. Terenske službe lahko celostno delujejo le, če svoje delovanje na koncu zaokrožijo z varno sobo (Kerr T., 2000)

Nastajati so začele na urbanih, mestnih področjih, kjer so obstoječe, tako imenovane »odprte scene drog«, povezani z jemanjem droge na ulici, pod tveganimi pogoji.

Prva varna soba je bila odprta leta 1986 v Švici, natančneje v Bernu. Nastala je na pobudo civilne družbe, kot odgovor na odprto sceno drog, ki se je dogajal v takojšnjem centralnem parku. Po svetu obstaja že 90 takih prostorov, med drugim v Nemčiji, Španiji, na Danskem, v Avstraliji, Luxemburug, na Nizozemskem, Norveškem in v Kanadi.

Njihov namen je doseganje kroga specifične skupine uporabnikov, ki si drugače drogo injicira na ulici, kje pride do tveganih praks uporabe, kot so menjavanje igel, nečista droga, umazan pribor. Varni prostori ali varne sobe ustvarjajo okolje, kjer je konzumiranje droge bolj higiensko, posledično se zmanjšuje tveganje umrljivosti in okužb ob samem jemanju. Poleg tega se skozi njihovo delovanje uporabnikom ponuja socialno in zdravstveno pomoč ter oskrbo. Druga plat pa je zmanjšanje uporabe drog na ulici, na očeh javnosti in ostalih prebivalcev mest, ki tega ne počnejo.

Študije so pokazale, da varne sobe najbolj privlačijo uporabnike drog, predvsem moške, ki so stari nad 30 let in imajo za sabo dolgo zgodovino uporabljanja droge. Prav ta ciljna skupina je najbolj tvegana za okužbe in smrti. (Hedrich, 2010)

Iz držav, kjer varne sobe obstajajo, dobivamo pozitivne evidence na različnih področjih: zmanjševanje uporabe drog, zmanjševanje smrti povezanih z uporabo droge, manj okužb, ki se prenašajo z uporabo drog, manj neprijetnosti zaradi uporabe drog v javnosti, manj kriminala povezanega z drogami ter večje število uporabnikov, ki se odločijo za zdravljenje odvisnosti.

Izkušnje kažejo, da so varni prostori edinstveni pri doseganju najbolj marginalizirane in kaotične skupine uporabnikov, ki uporabljajo drogo na javnih mestih. Ravno ta skupina se srečuje z največjimi tveganji pri uporabi in so najmanj na dosegu zdravstvene in druge oskrbe. Ne obstaja nobenih dokazov, ki bi pričali o tem, da varne sobe privabljajo mlade ljudi, ki drogo želijo poskusiti prvič (Kerr T., 2000).

1.3.1 OZADJE PROJEKTA VARNE SOBE V SLOVENIJI

Ozadje projekta bom opisala iz dokumentacije, ki so jo pripravili ZZV KOPER v sodelovanju z IVZ RS, DRUŠTVOM STIGMA, DRUŠTVOM SVIT, ZDRUŽENJEM

DROGART (Vzpostavitev varnih sob za uporabnike prepovedanih drog – Predlog načina delovanja in ocena stroškov in učinkov, 2013) in dodala podatke, ki sem jih dobila od delujočih pri društvu Stigma in po mojem mnenju prav tako pomembno opišejo ozadje vzpostavljanja projekta z vsemi birokratskimi in drugačnimi preprekami.

Varne sobe so program, ki ga v tujini izvajajo že 30 let. V Sloveniji se je začelo o programu razmišljati sredi 90-tih letih, ko je bila največja epidemija heroina in posledično velika grožnja virusa HIV. Potem pa so si sledile formalne pobude:

- 2004; Stigma program posredovala Uradu za droge. Zaradi nezanimanja akterjev, je zadeva zastala.
- 2006; Fakulteta za socialno delo naredi raziskavo na področju prepovedane droge med uporabniki društva Stigma v Ljubljani in društva Svit v Kopru. Raziskava pokaže, da 60% uporabnikov uporablja drogo na javnih mestih. Raziskava je problem razkrila, vendar rezultati niso bili dovolj, da bi se kaj premaknilo. Tudi zakonska podlaga je bila taka (187. člen kazenski zakonik) da bi Stigma, če bi varno sobo vpeljala, kazensko odgovarjala za svoje početje.
- 2011; Poskusijo ponovno in dajo pobudo na takratno Ministrstvo za notranje zadeve. Na ministrstvu so se odločili, da zakonsko uredijo podlago za varno sobo (4. odstavek 187), zakon stopi v veljavo 2013. Na podlagi tega Komisija RS za droge Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje Koper (NIJZ) naroči, naj v sodelovanju z Društvom Stigma, Društvom Svit in Združenjem Drogart pripravijo dokument, v katerem teoretično in praktično ovrednotijo projekt Varna soba.
- 2013; Dokument iz prejšnje alineje je sprejet in potrjen na Komisiji RS za droge. Dokument je podlaga za pripravo Nacionalnega programa na področju drog 2014-2020 in pripadajočega Akcijskega načrta 2015 – 2016, kjer je varna soba zapisana kot ena od prioritet.
- 2015; MZ napisalo razpis kjer je varna soba ponovno ena od prioritet. Projekt je bil razpisan za dve leti, sredstev za delovanje sobe pa so imeli le za pol leta. Zato so se

odločili, da bodo ostali čas namenili raziskavi in evalvaciji. Projekt je bil v pilotski fazi

- 2016; Načrtuje se uradna otvoritev meseca marca. Komisija RS za droge, ki ji predseduje MZ se na februarški seji odloči, da naj se dokument o varnih sobah in projekt Društva Stigma še enkrat pregleda in sicer na Komisiji za medicinsko etiko (KME), ki deluje znotraj MZ (MZ je projekt leta 2015 že odobril). Ugotovljeno je bilo tudi, da NIJZ Koper ne more biti pristojno za izvajanje strokovnega nadzora varne sobe. Na ministrstvu za zdravje so odločili, da bodo sami ustvarili delovno skupino za nadzor. To je bilo sprejeto kot sklep na seji Komisije RS za droge februarja 2016.

Vse to se je zgodilo en mesec pred uradnim odprtjem varne sobe marca 2016. Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (KME) je oktobra 2016 poslala dopis, v katerem izvajalca poziva, da razjasni nekaj dilem v zvezi z delovanjem varne sobe. Društvo Stigma je na dopis odgovorilo v osmih dneh in pojasnilo kar je zahtevala KME. Odgovora in končnega mnenja KME pa do avgusta 2017 še vedno niso prejeli. Prav tako do avgusta 2017 MZ še vedno ni sestavilo t.i. skupine za nadzor projekta, ki bi jo po sklepu Komisije RS za droge morale sestaviti.

Rezultat je, da se je dveletni pilotski projekt 15.11.2016 zaključil brez zaključnih mnenj odgovornih ter brez odgovora, kdo formalno skrbi za nadzor programa (s čimer bi zadostili Kazenskemu zakoniku v 187. členu, 4. odstavku), sredstva za pilotski projekt so bila porabljena, varne sobe pa še nimamo.

1.3.2 ETIČNE IN DRUGE DILEME PRI VZPOSTAVITI VARNIH SOB V SLOVENIJI

V pregled sem dobila dokument, ki ga je komisija za medicinsko etiko Ministrstva za zdravje RS poslala Društvu Stigma.

Zadeva: Odgovori in dopolnila v zvezi z dopisom št. 0120-161/2016-2 , Ocena etičnosti projekta »Pilotski projekt varna soba za injiciranje drog«

Dokument vsebuje 6 točk oziroma vprašanj, ki so se etični komisiji zdela nejasna v povezavi z projektom varnih sob. Tista vprašanja, ki se nanašajo na samo delovanje sobe (npr. kakšna bi bila točna vloga strokovnega delavca...) bom izpustila, ker je to v nadaljevanju opisano, osredotočila se bom na tri relevantna etična vprašanja. Na njih bom odgovorila delno z

navajanjem odgovora društva Stigme, ki jih bom združila s svojimi odgovori, opirajoč se na teorijo in raziskave. Cel dokument bo med prilogami.

Prvo vprašanje: V varni sobi se odvisniki drogirajo z drogo, ki jo prinesejo s seboj in so jo pridobili kjerkoli in od kogarkoli, kar pomeni, da varna soba ne bo v ničemer vplivala na zmanjševanje običajnih razpečevalskih (»dilerskih«) praks. Varna soba ne bo zagotavljala varnosti droge, saj ne bo nadzora s čim in v kolikšni meri se bodo odvisniki drogirali (KME, ocena etičnosti projekta 2016).

»Cilj boja proti drogi- svet brez drog- je mogoč toliko, kolikor svet brez alkohola (Kocmur 132:2002)«. Na eni strani imamo koncept zmanjševanja škode in na drugi zmanjševanja povpraševanja po drogah.

Varna soba spada pod koncept zmanjševanja škode, njen namen ni izničiti droge, ampak izboljšati stanje na področju drog. Vendar lahko vseeno rečemo, da bo vplivala na varnost droge. Uporabniki se bodo lahko o drogi pogovarjali in se na podlagi pogovorov s strokovnjaki naučili bolj varnega konzumiranja droge. Zato lahko podatek o vrsti droge bistveno pripomore k reševanju kriznih situacij, ki lahko nastanejo po apliciranju (Bah, odgovori na KME ocene o etičnosti projekta 2016).

Drugo vprašanje: V varni sobi odvisnikom ne bo ponujena možnost drogiranja z nadzirano drogo in v nadzirani količini.

Kadar govorimo o modelu drogiranja z nadzavarovano drogo, smo že pri modelu heroina na recept. Gre za priznani švicarski model, kjer je varna soba integralni del programa. Vendar večinske varne sobe temeljijo na preprečevanju škode, ki nastane znotraj temeljne prepovedi, ki izhaja iz prohibicije. V varni sobi se lahko uporabniki pogovorijo s strokovnjaki in tudi med sabo, tako si lahko izmenjajo informacije, kateri diler ima preverjeno drogo. Kar je velik korak k temu, da se kupuje preverjena droga, pa čeprav prihaja iz primarnih izkušenj uporabnikov samih. Idealna rešitev bi bila, kot to počnejo v nekaterih državah (recimo Avstralija), kjer imajo možnost preverjanja droge. V Sloveniji to ni možno zaradi pomankanja finančnih sredstev (Bah, 2016).

Tretje vprašanje: Varna soba je zato s sterilnim priborom namenjena predvsem preventivi prenosa bolezni, kar pojem varnosti zelo omejuje in z nevarnostmi, ki ostajajo postavlja pod vprašaj tudi lastno poimenovanje.

Varnim sobam je skupno, da je njihov namen bolj varno apliciranje droge. Če primerjamo uporabo drog v varnih sobah in drugih javnih prostorih (javna stranišča, parki, mostovi..), je varna soba veliko bolj primerna in varna za uporabnika, ki drogo aplicira. Ne samo zaradi poškodb, ki se zgodijo ob uporabi droge »na hitro«, ampak tudi zaradi preprečevanja predoziranja in prenašanja virusov. V raziskavah o varnih sobah v tujini v 20 letih dokazano ni bilo smrtnega primera. Prinaša pa tudi večjo varnost za ostalo prebivalstvo, v mestih, kjer so varne sobe delujoče že nekaj časa, igel na javnih površinah skorajda več ni. Druga plat je tudi zmanjšanje nalezljivih bolezni med uporabniki drog, za katere ni tako redko, da imajo nezaščitene spolne odnose, tudi s populacijo ki drog ne uporablja (Bah, 2016).

1.3.3 NAČRT ZA VARNO SOBO V SLOVENIJI

Pri pripravi organizacijskih pravil delovanja varne sobe za injicirajoče uporabnike drog smo upoštevali pravila, po katerih ravnajo v podobnih programih v tujini (Kocmur, 2010).

Osnovni namen varne sobe je izogibanje tveganjem, posledično sta tako preprodaja drog in tudi vnos hrane in pijače prepovedani. Varna soba v svoji osnovi ni namenjena druženju ali obliki klubskega prostora, ampak je varen prostor za aplikacijo droge.

Prav tako je prepovedano, da se uporabniki varnih sob družijo in postopajo pred sobo, torej na neposredni in posredni bližini sobe.

Kriterije in postopke, ki morajo veljati v prostorih pred in po injiciranju, bom navedla direktno, kot so navedeni v predlogih načina, delovanja in ocene stroškov po zgoraj navedenih društvih v sodelovanju z ZZ Koper;

: • osebe stare 18 let in več

- osebe, ki injicirajo droge
- osebe, ki jih ne spremljajo otroci
- osebe, ki niso “zadete” (z alkoholom ali drugimi drogami)
- osebe, ki trenutno niso nasilne

Postopki pred in po injiciranju

- Vsa injekcijska oprema je brezplačna.
- Vsak uporabnik si mora pred vstopom v prostor in izstopom temeljito umiti roke.

- Po injiciranju morajo uporabniki očistiti površino, na kateri so pripravili dozo za injiciranje.
- Sterilnost površin pa morajo nadzirati ali po potrebi zagotavljati tudi zaposleni.
- Maksimalen čas za pripravo protokola za injiciranje od 20 – 60 minut.
- Prepovedana je vrstniška pomoč pri injiciranju drugim uporabnikom v prostoru.

Strokovni delavci, ki so zaposleni v varnih sobah, so lahko ustrezno kvalificirani socialni in zdravstveni delavci, ki morajo biti seznanjeni in usmerjeni h konceptom škode. Do ljudi, ki drogo jemljejo, morajo biti sočutni in ne pokroviteljski. Zaželeno pa je, da se v program vključijo tudi delavci, ki imajo osebno izkušnjo odvisnosti od drog. Delavci ne izvajajo samega injiciranja, temveč morajo biti v sami varni sobi ves čas prisotni, da lahko nadzorujejo in priskočijo na pomoč, takoj ko je to potrebno. Njihov fokus je preprečevanje tveganj, supervizija, podpora in zagotavljanje preventive.

Profesionalno vodenje sob za injiciranje lahko zagotavljajo samo ustrezno kvalificirani zdravstveni in socialni delavci, ki morajo sprejemati koncepte zmanjševanja škode in biti senzibilni do oseb, ki injicirajo prepovedane droge. Zelo priporočljivo pa je, da so v izvajanje programa vključeni tudi laični delavci z izkušnjo odvisnosti od prepovedanih drog.

Osebje, ki je zaposleno v varni sobi, mora biti v času delovanja prisotno vsak trenutek. Vloga strokovnega zdravstvenega osebja je v superreviziji glede injiciranja in prenosa znanj in zagotavljanju preventivnih ukrepov. Samega injiciranja strokovno osebje ne izvaja.

Prav tako je potrebno program ves čas evalvirati. Potrebno je šteti porabljene igle in intervencije v primeru predoziranj in asistenc, beležiti zdravstvena stanja, beležiti kraje bivališč in analizirati učinke programa v določenem obdobju.

Spremljati je treba splošni vpliv, kako vplivajo varne sobe na uporabnike in okolico. Ob vzpostavitvi varnih sob bi bilo priporočljivo delati poglobljene raziskave in tako dajati ves čas opcijo za potrebne spremembe ali novosti.

• OPREMA

Zagotoviti je potrebno osnovne sterilne pripomočke za injiciranje in vse ostale pripomočke (askorbinska kislina, sterilna voda, sterilni filtri, sterilni kuhalniki), ki zagotavljajo varnost in čistočo.

Prostor je potrebno opremiti z ločenimi prostori, kjer so mize iz nerjavečega jekla (hitro čiščenje) ter pripadajoči koši, kjer se hranijo oziroma uničijo uporabljeni pripomočki.

Poleg osnovne injekcijske opreme je potrebno zagotoviti opremo prostora, ki mora slediti nekim minimalnim standardom. In sicer: vsak separe za injiciranje mora imeti svoj zbiralnik za hranjenje vseh uporabljenih pripomočkov, mize za injiciranje morajo biti iz nerjavečega jekla zaradi lažjega čiščenja. V prostoru je potrebno imeti prostor namenjen predoziranjem, ki vsebuje ležišče, kisik, antidont.

Omenjeni pripomočki za injiciranje morajo omogočati čim bolj higiensko injiciranje, oprema mora omogočati ustrezno obravnavo zapletov, v skladu s pooblastili zdravstvenega osebja v varni sobi.

- **SPREMLJANJE IN NADZOR**

Potrebno je vzpostaviti delovno in strokovno skupino z naslednjimi člani: Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, Mestna občina in Društvo zmanjševanja škode. Potrebno se je tudi dogovoriti z zdravstvenim centrom oziroma bolnišnico v bližini, za načrt intervencij in asistiranja oziroma sodelovanja v primerih predoziranj in drugih primerih.

- **STROŠKI DELOVANJA VARNE SOBE**

Finančni načrt stroškov se nanaša na varno sobo, ki bi bila stalna oziroma nepremična in bi vsebovala 6 prostorov ter dve premični oziroma mobilni z dvema postajama. Stroški so v okviru prvega pol leta delovanja in kasneje v ostalih letih. Stroški se nanašajo na delovanje v prvem letu in nato v kasnejših. Ocenili smo stroške delovanja varne sobe v prvem letu in v kasnejših letih. Delovanje sobe bi bilo 8 ur na dan in dve polno zaposleni osebi, od katerih bi bila ena nujno strokovni zdravstveni delavec. Poleg tega je vključen še nakup vozil, opreme in najema prostorov. Stroški delovanja sobe za pol leta so ocenjeni na 40.000 Evrov.

1.3.4 PRIMER DOBRE PRAKSE: KOPENHAGEN

Neuradna zgodovina varnih sob v Kopenhagenu sega v leto 1996, ko so se začeli protesti v predelu Vesterbro (lahko bi ga primerjali z ljubljanskim predelom Tabor, seveda ne po velikosti, pač pa po legi in situaciji). Omenjeni predel se nahaja za glavno železniško postajo v jedru mesta in je najbolj odprta scena za uporabnike drog na Danskem. Samo v enem tednu so prostovoljci počistili do 12.000 igel, ki so ležale na ulici. Tako je bilo okoliškim prebivalcem počasi dovolj. Prvi protesti so se začeli odvijati leta 1996, organizirale pa so jih družine. Ime shoda je bilo »needle free childhood« (otročstvo brez igel).

Uradna zgodovina varnih sob v Kopenhagenu pa sega v leto 2008, ko so odprli Cafe Dugnad. Leta 2003 so se sešli predstavniki različnih organov (sveti stanovalcev, policija, predstavniki občine, nevladne organizacije, aktivisti..) in se pogovarjali o možnih rešitvah, pri čemer so se zavedali, da drog ne bodo izkoreninili, lahko pa izboljšajo situacijo. Tako so prišli do sklepa, da je rešitev v vzpostavitvi prostora za uživalce, kamor bi se lahko umaknili, posledično bi se zmanjšala tudi škoda, ki nastaja v povezavi z drogo oziroma jo ustvarja uporabnik.

Zaradi še vedno velike stigmatizacije projekta in velikemu številu ljudi, ki so nasprotovali projektu, so se odločili, da bo osrednji namen varnih sob v prostoru, nudenju hrane in svetovanju uporabnikom.

Čeprav takrat zakon ni dovoljeval varnih sob, je Cafe nastal z dovoljenjem občine, s podporo lokalnih prebivalcev in podporo rajonske policije.

Sledili so kasnejši projekti, ki so bili nelegalni. Michael Lodberg je leta 2011 kupil reševalno vozilo, ki ga je uporabljal kot mobilno varno sobo. Za promoviranje varnih sob so aktivisti organizirali tudi razstavo. Ta je prikazovala življenje uživalcev drog, avtorji fotografij so bili kar odvisniki sami. Razstava je bila na ogled kar v kleti ene od stanovanjskih hiš, ki je bila prej nekako neuradna varna soba (sicer le kratek čas, saj jo je občina hitro zatrla, op.p.). Poleg tega so za preprečevanje odvisnosti od drog organizirali festivale, kjer so prostovoljno nastopale različne skupine z Danske. Vsi v podporo varnim sobam. Projekt je dobil ogromno medijsko pozornost in podporo. Posledica je bila, da je bilo čedalje več prebivalcev mesta, ki so v nastajajočih varnih sobah videli nekaj pozitivnega. Tako se je v končni fazi danska vlada odločila, da sprejme nov zakon oz. zakonsko podlago za legalno možnost odpiranja varnih sob. Zakon je bil leta 2012 sprejet s strani danske kraljice Margarete. Zakon v praksi deluje tako, da

imajo uporabniki drog, ki jih policija pozna, lahko pri sebi določeno količino mamil za lastno uporabo. Vendar le v okolici varne sobe.

(Michael Lodberg, aktivist in eden od ustanoviteljev prve varne sobe, zasebni intervju 5. 5. 2017, Kopenhagen)

- ZAKON (Prevedeno uradno dansko besedilo v slovenščino).

Dopolnilo zakona o evforikih 1. julij 2012. Neuradni prevod”Lov nr 606 af 18/06/2012, j. nr. 1111897” om Stofindtagelsesrum” (Fixerum/Varne sobe).

Dopolnilo zakona o evforikih (“Varne sobe”).

“Običajno oznanilo» njenega veličanstva kraljice Danske danskemu parlamentu (Folketinget,www.ft.dk), o spremembi Zakona o evforikih.

Členu §3a je bil dodan naslednji stavek:

§3b1. Minister za zdravje in preventivo (The Minister for Health and Prevention) lahko po prejetju prošnje s strani predstavnikov občinskega vodstva izda konkretno dovoljenje za ustanovitev in upravljanje občinskih »varnih sob« in/ali »varnih sob«, ki jih upravlja zasebna institucija, in sicer po sklenitvi dogovora z občino, za uporabnike, ki so dopolnili vsaj 18 let in izkazujejo močno odvisnost zaradi dolge in konsistentne zlorabe evforikov.

§3b2. Minister za zdravje in preventivo vzpostavi bolj natančna pravila za upravljanje varnih sob omenjenih v §3b1, ki vključujejo podrobnosti o higieni okolja, nadzora s strani usposobljenega osebja, ponudb o socialni in zdravstveni podpori in poročanju.

Po sprejetju zakona je na Danskem zaživel 5 varnih sob. Dve se nahajata v Kopenhagenu, med drugim največja varna soba na svetu ta trenutek, poimenovana H17, ostale tri pa so razporejene po ostalih večjih mestih.

- H17 (NAJVEČJA VARNA SOBA NA SVETU)

Največjo varno sobo H17 so odprli pod okriljem občine Kopenhagen, kot odgovor na zakonsko ureditev in dokazano uspešnost projekta. Odprla se je v središču okoliša Vesterbo, le streljaj od glavne postaje. H17 se je odprla leta 2012, takoj po sprejetju zakona. Hiša, v kateri se nahaja varna soba, je razdeljena v več prostorov. Poleg prostorov za injiciranje imajo tudi kadilnice za kajenje drog. Razlog za uvedbo kadilnic je dejstvo, da je najbolj priljubljena droga na Danskem crack, ki pa se kadi.

Ob vstopu v varno sobo uporabnika najprej pričaka receptor. Uporabnik mu mora sporočiti, ali bi šel kaditi ali injicirati. V primeru da so prostori zasedeni, je treba v čakalnici počakati, da se prostori sprostijo. Maksimalen čas, ko si lahko v kabilnici ali v sobi za injiciranje, traja 30 minut. Potem imaš možnost, da greš ali počivati v »chill out room« (soba za počitek) ali pa odideš iz prostorov. Trenutno je v okviru sobe zaposlenih 30 ljudi. Večina so medicinski delavci, nekaj pa je socialnih delavcev in pedagogov. Potrebna starost za vstop v sobo je 18 let, toliko je tudi star najmlajši obiskovalec. Najstarejši je star 70, povprečje pa se giba okoli 30-40 let. Vsak dan prihaja v prostore okoli 100 različnih ljudi, ki so večinoma konstantni uživalci, ki so zaposlenim dobro poznani. Z julijem 2017 so podaljšali urnik prostorov, tako da so sedaj odprti 24ur. V varno sobo lahko vstopajo tudi tuji državljani, seveda pod pogojem, da so polnoletni. V prihodnosti imajo namen odpreti tudi delavnice in prostor, v katerem bodo stregli tudi tople obroke.

V sobah, kjer si ljudje injicirajo mamila, morata biti ves čas prisotna dva zdravstvena delavca za primer predoziranja. Do predoziranja pride v povprečju enkrat tedensko. Prav tako imajo zdravniško ordinacijo, v kateri osebi, ki se je predozirala, ponudijo oskrbo, prav tako pa tam potekajo tudi splošni zdravstveni pregledi. Enkrat na teden varne hiše obiščejo tudi predstavniki različnih komun, ki spodbujajo uporabnike, da se jim pridružijo, kadarkoli si to želijo. Pravila sobe pa se tudi veliko spreminjajo, saj zaposleni redno vodijo evalvacijo in na podlagi tega uvajajo spremembe. (Pernille Stefansen, socialna delavka zaposlena v H17, zasebni intervju 5.5.2017, Kopenhagen).

V primeru, da v varni sobi nastopijo težave (prepiri, pretepi itd.), zaposleni pokličejo rajonsko policijo. Na tem območju deluje 10 policistov, katerih naloga je, da mirijo uporabnike in intervenirajo v primerih, ko je to potrebno. Druga naloga je, da hodijo po okolišu in nadzorujejo ljudi, saj mamila še vedno uporabljajo na ulicah. Če na koga naletijo, ga pospremijo do varne sobe. Zgodí se, da istega uporabnika opazijo večkrat. V takih primerih mu policisti povedo, da je to zadnje opozorilo in ga spet pospremijo v prostore varne hiše. Kadar se zadeva ponovi tretjič, uporabnika odpeljejo na pridržanje na policijsko postajo.

Glede preprodaje droge, policisti pustijo na miru »dobre« dilerje, torej take, ki ne izsiljujejo uporabnikov in jim prodajo čisto oziroma nemešano drogo. Varne sobe so po mnenju policistov najboljša stvar, ki se je zgodila v zadnjih 15. letih v tem okolišu. Sedaj se lahko skoncentrirajo na prave kriminalce in ne na žrtve, kot pravi moj sogovornik. (Anas, rajonski policist okolice Vesterbro, zasebni intervju 8. 5. 2017, Kopenhagen).

2 METODOLOGIJA

2.1 PROBLEM

Leta 2016 se je mestna občina Ljubljana odločila, da počisti znan »špric plac«, ki se je nahajal v bližini zapuščenih garaž na Metelkovi ulici, na robu centra Ljubljane. Uporabniki in terenski delavci so kraju rekli »za zidom«. Zaradi rušenja objekta se okoli 60 uporabnikov mamil ni imelo več kam »skriti«. Posledica je bila, da so se uporabniki začeli družiti v naselju Tabor, v neposredni bližini zdravstvenega doma Metelkova, kjer vsako jutro potekajo metadonske terapije. Problem, ki pred tem ni bil (vsaj ne v tolikšni meri) viden očem javnosti, je sedaj postal javen in opazen. Okoliški prebivalci so se začeli pritoževati nad količino igel, prizori injiciranja, glasnimi prepiri in rednem posredovanju policije. Želeli so, da se zadeva premakne oziroma nekako uredi.

Vendar je to samo ena plat problematike, ki se pojavi pri rizičnih uporabnikih droge. Druga stran problema je tista, ki »normalnih smrtnikov« pogosto ne zanima, pa to ne pomeni, da je zato problem kaj manjši. Mislim, da je celo veliko večji, saj gre za življenje ljudi. Uporabniki so ob vsakem injiciranju izpostavljeni okužbam, lahko pa pride tudi do predoziranja, ki, če se ne reagira takoj, lahko vodi celo v smrt. Ker je njihovo početje samo po sebi nelegalno, se velikokrat v primerih predoziranja zgodi, da se ostali uporabniki ustrašijo policije in posledic ter zbežijo. Poleg tega skrivanje in apliciranje v »gverilskem« slogu prinese okužbe in rane. Okužbe pa se širijo tako z menjavanjem pribora, kar je med uporabniki pogosta praksa, kot tudi z nezaščitenimi spolnimi odnosi.

EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction) WHO in UNAIDS so vse kot ene najbolj vplivnih organizacij na tem področju, spodbudile in podprle uvedbo varnih sob kot učinkovitega programa strategije zmanjševanja škode. Čeprav se pri nas ne vladne organizacije uradno za projekt trudijo že slabih 15 let, se varne sobe še vedno niso vzpostavile, kar sama vidim kot velik problem, ki vpliva tako na uporabnike drog, kot tudi na ostale prebivalce. (V prilogi sem priložila galerijo znanih ljubljanskih »špric placov«)

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- 1.) Kakšno je prevladujoče javno mnenje o uporabnikih drog v Sloveniji?
- 2.) Kakšno osebno mnenje imajo o uporabnikih moji intervjuvanci?
- 3.) Kaj si moji intervjuvanci mislijo o varnih sobah za injiciranje?
- 4.) Kaj vidijo kot mogoče prepreke, če bi varna soba zaživila?
- 5.) Kakšni so njihovi predlogi za hitrejšo vzpostavitev projekta?

2.3 VRSTA RAZISKAVE

Vrsta moje raziskave je poizvedovalna oziroma eksplorativna. Njen namen je odkriti problem in postaviti raziskovalna vprašanja. V eksplorativnih raziskavah skušamo odkriti osnovne značilnosti določenega področja oziroma njegove problematike in jih formulirati za kasnejša možna raziskovanja. Prav tako je empirična oziroma izkustvena, saj s spraševanjem neposredno nabiram novo izkustveno gradivo. Raziskava je tudi kvalitativna, saj so podatki, ki jih zbiram, navedeni z besedami torej atributivno (Mesec, 2002).

2.4 MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV

V raziskavi sem kot merski instrument uporabila poglobljen in odprt intervju. Odločila sem se, da naredim 8 intervjujev. 5 sogovornikov je iz Ljubljane in je vsak čisto na svoj način nekako povezan s področjem prepovedanih drog. Tako sem vnaprej postavila 5 osnovnih tem, okoli katerih se bodo vrteli pogovori. Teme sem izbrala skrbno, saj sem želela, da osvetlijo problematiko vzpostavljanja varne sobe skozi svoje različne poglede. Moje teme so:

- Javno mnenje o uporabnikih drog
- Osebno mnenje o uporabnikih drog
- Osebno mnenje o varnih sobah
- Možne prepreke, ki bi se pojavile ob vzpostavitvi varne sobe
- Možne rešitve, da bi projekt lahko zaživel

Potem pa sem se odločila, da pridobim še 3 danske sogovornike, ki je vsak neposredno povezani z varnimi sobami, v smislu, da se njihovo profesionalno življenje direktno veže na

varne sobe v Kopenhagenu. Njihove intervjuje sem porabila v teoriji, kot opis primera dobre prakse.

Moj vir podatkov je bilo torej 8 različnih oseb iz dveh različnih držav.

2.5 POPULACIJA IN VZORČENJE

Mojo populacijo so predstavljale različne osebe, ki so bile vsaka na svoj način povezane s tematiko moje raziskave. 5 oseb je prihajalo iz Slovenije, trije intervjuvanci pa so bili z Danske in so vsi neposredno povezani z varnimi sobami. Vzorec, ki sem ga uporabila, je bil nenaključen in priročen. Mojo slovensko populacijo predstavljajo:

A1: Študentka in prebivalka predela Ljubljana Tabor

A2: Nekoč zaposlen v komuni

A3: Socialni delavec, zaposlen pri društvu Stigma

A4: Bivši dolgoletni uporabnik heroina

A5: Zdravnik, član etične komisije

Danski sogovorniki:

B1: Aktivist, ki je bil eden prvih, ki je odprl varno sobo v Kopenhagenu

B2: Socialna delavka, zaposlena v največji varni sobi na svetu v Kopenhagenu

B3: Rajonski policist v Kopenhagenu, ki deluje na območju varnih sob

Primeri vseh intervjujev so v prilogi.

2.6 ZBIRANJE PODATKOV

Zaradi širine moje teme in moje radovednosti sem se odločila, da sogovornikov časovno ne bom omejevala. Odločila sem se tudi, da se bom z njimi dobivala v njim domačem okolju, bodisi v njihovi službi, pod mostom, v varni sobi ali pa na kavi. Vsakemu sogovorniku sem povedala, da bom snemala in da so podatki anonimni. Z vprašanji jih nisem omejevala, temveč sem jih usmerjala in jim dajala manevrski prostor, da dodajo, kar želijo, in tudi sami mene kaj vprašajo, če jih le zanima.

- Slovenski sogovorniki: Intervjuje sem pridobivala v mesecu maju in juniju 2017. Dva od intervjuvancev osebno dobro poznam, zato sem z njima stopila v stik zelo hitro, saj sta me pričakovala. Ostale slovenske sogovornike sem kontaktirala prek e-maila. Njihove kontakte sem dobila različno. Nekatere prek interneta in druge so mi predlagali znanci. Intervjuji so potekali različno dolgo, vendar noben ni bil krajši od ene ure. Trajali so tudi po tri ure, vendar se je vedno formalnost prelevila v sproščen klepet.
- Danski sogovorniki: Njihove kontakte sem dobila iz poznanstev, ki sem si jih nabrala na Erasmus izmenjavi v Kopenhagenu. Stik je bilo malo težje vzpostaviti kot s slovenskimi sogovorniki, vendar ne zaradi njihove nezainteresiranosti, temveč zaradi pre zaposlenosti. Poleg tega sem vse kontakte dobila v obliki »facebook« naslovov, zato je bila ta pot bolj neformalna in posledično je malo dlje trajalo, da smo se končno dogovorili. V Kopenhagen sem se odpravila konec maja in tam ostala en teden. V tem tednu sem se najprej dobila z aktivistom, nato s socialno delavko, ki mi je razkazala varno sobo, in dan za tem še z rajonskim policistom, ki deluje na območju varnih sob. Tudi tukaj je najkrajši pogovor trajal okrog ene ure, vsi pa so bili sproščeni in zelo prijazni.

Poleg pridobivanja intervjujev sem se še dvakrat udeležila terenskega dela z delavcem Stigme. Skupaj sva odšla iz Zupaničeve jame proti Metelkovi in Taboru, pot nadaljevala po središču mesta ter jo končala pred prostori Kraljev ulice na Kersnikovi.

2.7 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Intervjuje sem posnela in jih doma prepisala v program Word. Ohranila sem jezik sogovornikov, saj sta njihov profil in jezik neposredno povezana. Zdravnik je recimo govoril v strokovnem medicinskem jeziku, medtem ko je bivši uporabnik uporabljal ulični sleng.

- Slovenski intervjuji: Najprej sem izbrala 5 osnovnih tem, o katerih sem se pogovarjala z vsemi sogovorniki. Ostala vprašanja sem prilagajala intervjuvancem, saj so me zanimala njihova specifična področja in pogledi na temo. Zato sem se odločila, da bom nekatere stavke v rezultatih navedla posamično, ostale dele intervjuja pa sem kodirala. Najprej sem na list papirja napisala pet osnovnih tem (javno mnenje, os. mnenje..) in vsako pobarvala z različno barvo. Nato sem vsak intervju natančno prebrala in dele besedila, ki so se nanašali na moje teme, pobarvala

z barvicami v barvi teme, pod katero so spadale. Potem pa sem stavke, ki so spadali pod določeno temo, spodaj prepisala. Ko je bilo to končano, sem se lotila pojmovanja teh stavkov. Vsakemu stavku sem pripisala pomenski stavek, torej mojo obliko stavka, ki pa z drugimi besedami pomeni isto kot stavek mojih sogovornikov. Ko sem to storila za vse stavke oziroma teme, sem tem stavkom dopisala kategorijo, ki jo predstavljajo. Vse skupaj sem nato uredila v tabeli, da je zadeva bolj pregledna.

(Spodaj prilagam eno tako tabelo, ostale pa bom umestila v priloge.)

OSEBNO MNENJE O UPORABNIKIH DROG

INTERVJUVANCI	PRIPIS	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
A1 (prebivalka Tabora)	Uživalci drog se mi zelo smilijo.	Občutek usmiljenja.	USMILJENJE	Osebno mnenje o uporabnikih drog
A2 (Zaposlen v komuni)	Ne smemo jih dojemati kot kriminalce, ampak žrtve, kar v resnici tudi so.	Niso kriminalci, ampak žrtve.	ŽRTVE	Osebno mnenje o uporabnikih drog
A3 (zaposlen pri Stigmi)	So samo ljudje, kot jaz in ti.	Tudi oni so ljudje.	LJUDJE	Osebno mnenje o uporabnikih drog
A4 (Bivši odvisnik od heroína)	Kaj vse bi oni naredili za drogo in ko jo enkrat imajo, niso več nikomur nevarni.	Njihovo obnašanje je odvisno od krize.	ODVISNO OD IMETJA SUBSTANCE	Osebno mnenje o uporabnikih drog
A5 (član EK; zdravnik)	Če povzamem, moje osebno mnenje do uživalcev drog je povezano z mojim poklicem: to so hudo bolni ljudje, ki jim je potrebno na kratek in na dolgi rok čimbolj pomagati	So ljudje z bolezenskim stanjem.	BOLNIKI	Osebno mnenje o uporabnikih drog

- Danski intervjuji: Za razliko od slovenskih intervjujev danskih nisem kodirala. Tako sem se odločila že od začetka raziskave. Razlog je to, da so vsi trije intervjuji, narejeni z osebami, ki so neposredno povezane z varnimi sobami, torej so vsi

strokovnjaki na področju varnih sob. Varne sobe so se na Danskem izkazale kot uspešen projekt, zato sem njihove odgovore oziroma pripovedi uporabila direktno v teoretskem poglavju, kjer pišem o primeru dobre prakse. Nekatera njihova mnenja pa bom navedla med samo razpravo kot zanimivo primerjavo danskega koncepta in politike z našo.

3 REZULTATI IN RAZPRAVA

3.1 REZULTATI

3.1.1 TEMA: OSEBNO MNENJE O UPORABNIKIH DROG

Zelo je bilo zanimivo opazovati, kako se osebno mnenje o uporabnikih, razlikuje glede na profile mojih sogovornikov oziroma na kakšen način so povezani s področjem uporabe drog.

- USMILJENJE

Moja sogovornica (A1), ki je študentka in živi na Taboru, pravi: *»Uživalci drog se mi zelo smilijo«*. Svoje mnenje utemelji z naslednjim stavkom: *»V vseh teh letih opazovanja si nekatere obraze zapomniš. Vidiš jih na začetku, ko pridejo in so videti še relativno zdravi, čez nekaj let pa se jim obraz in telo popolnoma spremenita, oseba se postara, vidiš te ljudi, kako propadajo, shujšajo, pobledijo...«*. Njeno osebno mnenje torej izhaja iz opazovanja okolice. Čeprav nikogar ne pozna osebno, temveč samo na videz, je do uporabnikov razvila občutek empatije. Opazuje jih kot nekakšne tragične like, ki propadajo pred njenimi očmi.

- ŽRTVE

Sogovornik (A2), ki je bil zaposlen v komuni, jih vidi kot žrtve: *»Ne smemo jih dojemati kot kriminalce, ampak kot žrtve, kar v resnici tudi so.«*

Tudi njegov pogled nanje je poln sočutja, ki se je razvijal skozi leta poznanstva z uporabniki. Sam jih je za razliko od A1 spoznal osebno. Spoznal jih je, ko so se odločili, da spremenijo svoje življenje in gredo v komuno. Tam je bil njihov zaupnik, razkrili so mu svoje zgodbe. Spoznal je, da je veliko uporabnikov zapadlo v odvisnost zaradi težav, v katerih so se znašli in jih niso znali rešiti. To pojasni s stavkom (A2): *»Doma so imeli grozne razmere (zloraba, pretepanje, huda revščina, alkoholizem), zato jim je bila droga edini način pobega v drug svet.«*

- LJUDJE

Sogovornik (A3) dela pri Stigmi in prav tako uporabnike pozna osebno, vendar spet iz drugega zornega kota, kot sogovornika zgoraj. Pozna jih preko terenskega dela, torej jih opazuje, ko so še v »sceni«. Njegov pogled na odvisnike je zelo človeški, kar potrjuje z besedami (A3): *» So samo ljudje, kot jaz in ti.«* Eden od razlogov, zakaj ima do njih tako človeški odnos, je, da bi lahko bil sam na njihovem mestu, če bi imel drugačno družbo (A3): *»Po izobrazbi sem socialni delavec. Na področje droge pa sem v bistvu prišel nekako po naključju. Čutil sem, da mi je to delo najbližje, saj sem tudi sam kot mladenič hodil po robu te scene; »žuraš« in srečuješ ljudi, ki jemljejo različna mamila, so ti blizu, med njimi so tudi tvoji prijatelji. Kasneje me je spremljal občutek, da sem bil ves čas eden tistih »kritičnih«, ki bi lahko v času šolanja na srednji šoli enako »zabluzil«, kot so ljudje, s katerimi se danes poklicno ukvarjam. Na srečo sem imel družbo, ki dlje od trave (marihuana, op.p.) ni prišla. Ne bi si pa upal trditi, da se jim v nasprotnem primeru - torej, če bi moji prijatelji poskušali trdo drogo - ne bi pri tem pridružil. Pravzaprav bi najbrž poskusil.«* Zato jih moj sogovornik ne obsoja, jim ne daje nalepk, ampak nanje gleda človeško in z veliko razumevanja.

- ODVISNO OD KRIZE

A4, ki je bil dolga leta na heroinu, jih vidi tako, kot je nekoč videl sebe. Pravi: *»Kaj vse bi bili sposobni narediti za drogo in ko jo enkrat imajo, niso več nikomur nevarni.«* Njegovo gledanje je neposredno povezano s pogledom na odvisnost in posledično na krizo, ki odvisnosti sledi. Vendar jih opravičuje, ko pravi (A4): *»Če bi bilo z drogo enostavno prenehati, bi to že zdavnaj vsi naredili. Nihče si ne želi propadati, a, ko si zasvojen, je hudič. Kriza je lahko tako huda, da dejansko misliš, da umiraš.«*

- BOLNIKI

A5, ki je zdravnik, uporabnike dojema tako, kot pritiče njegovemu poklicu: *»Če povzamem, moje mnenje o uživalcih drog je povezano z mojim poklicem. Zame so to hudo bolni ljudje, ki jim je potrebno na kratek in na dolgi rok čimbolj pomagati.«* Vidi jih izrazito skozi medicinsko optiko: odvisnik je bolnik. Ob tem poudarja, da jim moramo čim bolj pomagati. To pomoč razume kot zdravljenje do popolne ozdravitve: *»Odvisnost je kronična bolezen, katere edino zdravilo je abstinenca. Kronično pomeni, da se vedno vrača. Kadar človek prestopi rubikon, je vedno v pasti, zato je popolna abstinenca zelo pomembna.«*

3.1.2 TEMA: JAVNO MNENJE O UPORABNIKIH DROG

Pri pojmi, ki so se pojavili pod temo javno mnenje, lahko opazimo, da je le to v neposredni povezavi s stigmatiziranjem uporabnikov drog. Moji sogovorniki so govorili o štirih kategorijah javnega mnenja, ki se najpogosteje pojavljajo v povezavi z uporabniki drog.

- NASILNEŽI

Eno najbolj pogostih mnenj javnosti je, da so uporabniki nasilni (A1): *»Mislim, da je največja posledica stigmatizacije ta, da je večina ljudi prepričana, da jim bodo storili kaj slabega.«* Obenem pa dodaja, da (A1): *»Mislim, da se uživalci drog v veliki večini primerov sploh ne ukvarjajo z nami, od nas po navadi, razen nekaj drobiža, ne zahtevajo ničesar in je zato tako stigmatiziranje popolnoma nepotrebno.«*

A2 pravi: *»Druga stvar je, da ljudje odvisnike od heroina povezujejo z nasiljem.«* Tudi on poda proti argument: *»Heroin je opiat, zato ljudje, ki so na heroinu, ponavadi kinkajo in so mirni.«*

- RAZČLOVEČENJE

Obnašanje, kot da uporabniki niso ljudje, je pogosta praksa. Ker so socialno odrinjeni in se družijo med sabo, si veliko ljudi lajša razumevanje (in vest) te marginalne skupine s tem, da jih ne jemlje kot enakovredne člane družbe. Zanje so nekakšni polovični ljudje, lahko bi celo rekli, da gre skoraj za »narkomanski rasizem«. To potrdi tudi moj sogovornik, ki ima izkušnje iz prve roke, kako se ljudje vedejo do uporabnikov, zato pravi (A4): *»Sam sem dobil občutek, da zanje nisi več človek, ampak samo en navaden narkoman.«* Tako se je tudi sam počutil kot dolgoletni uporabnik droge. Zaskrbljujoče je, da je imel enake občutke tudi v stiku s strokovnimi delavci, ki bi morali po vsej logiki delovati drugače (A4): *»Osebe na metadonski terapiji za posameznika ne naredi dovolj, skorajda nič, poleg nudenja metadona ne daje nobene stimulacije, nobenega personalnega pristopa ni. Če bi te vsaj kdorkoli od teh zdravstvenih delavcev osebno motiviral, te vsaj verbalno spodbujal, recimo, da bi vsaj rekel: saj bo šlo...«*

Da ljudje do uporabnikov nimajo človeškega odnosa, oz. da jih nimajo za „navadne“ ljudi, se strinja tudi A3: *»Večina o drogi ne želi govoriti, večina noče opaziti uporabnikov, oziroma jim dati priznanja, da so tudi oni (uporabniki, op.p.) samo ljudje.«*

- KRIMINAL

(A2): *»Pa recimo, enačenje narkomanov s kriminalci.«*

Tu ne gre za velike kraje. Tatvine so običajno posledica krize, zato je za odvisnike bistveno, da kaj ukradejo »na hitro«, da lahko to čim prej prodajo in zaslužijo denar za drogo. A2 to potrdi z besedami: *»Gre za manjše tatvine, veliko manjše, kot jih ima na grbi polovica vodilnih na položaju naše države.«*

(A3): *»Znan predsodek je, da so vsi uživalci povezani s kriminalom. Pa ni tako. Veliko teh, ki prihaja na Stigmo, je obtožena predvsem zaradi majhnih prekrškov, kot je posedovanje manjše količine mamil.«*

Zdravnik (A5) se strinja: *»V Sloveniji se uživalce mamil kriminalizira.«* Vendar ne ponudi nobenega protiargumenta, oziroma razlage.

- NJIHOVA KRIVDA

To, da si je uporabnik sam kriv in da, če bi hotel, bi že zdavnaj nehal, je prav tako ena klasičnih »modrosti« splošne javnosti. A4: *»Tudi odnos do odvisnosti od drog ni pravilen.*

Odvisnost, kot meni večina ljudi, ni bolezen, pač pa so zanjo odvisniki »sami krivi«, zato lahko trpijo.«

Drug sogovornik pa pravi: *»Predvsem mišljenje, da so si krivi sami, da so, kjer so, in da bi lahko z odvisnostjo takoj prenehali, če bi to zares hoteli, je napačno.«*

Problem ni tako črno bel, ko gre za prenehanje uporabe droge. A4 je razložil, da: *»Potem ti malo robe ostane, pa poskusiš še čez teden. Potem se pa en, dva, tri, navlečeš. Seveda ti samo kajenje več ni dovolj, ker ti je škoda robe. Preveč jo zavržeš na ta način. Zato se slej ko prej začneš »fiksati«. Tako da sem bil v pol leta od tega, kar sem poskusil, že čisto notri. Zelo gre hitro. Ko si enkrat notri, pa gre vse samo še navzdol.«*

3.1.3 TEMA: OSEBNO MNENJE O VARNIH SOBAH

Zanimivo je, da imajo vsi moji sogovorniki o varnih sobah pozitivno mnenje. Seveda sem pričakovala, da bo mnenje zdravnika malo odstopalo, oziroma ne bo zgolj pozitivno. Če bi bilo samo pozitivno, sklepam, da etična komisija ne bi zavrnila dokumenta oziroma potrebovala toliko časa za odgovore.

- REŠITEV ZA OKOLICO

Moja sogovornica, ki živi na Taboru, seveda vidi varne sobe kot odlično rešitev za okolico (A1): *»Jaz menim, da bi bile varne sobe dobra rešitev za mojo okolico. Odvisniki namreč potrebujejo prostor, kamor se lahko umaknejo. To je dobro pokazal tudi taborski primer, namreč takoj, ko so jih pregnali iz zapuščenih garaž, so se naselili v parku in je problem resnično postal velik. Celotna podoba Tabora kot četrti se je spremenila. Če pa jim mesto omogoči celo higiensko ustrezen prostor, je toliko boljše.«* Prav tako trdi, da bi odprtje varne sobe podprli tudi ostali ljudje iz njene okolice: *»Verjamem, da bi ljudje z veseljem sprejeli kakršnokoli rešitev, ki bi vsaj malo ublažila stanje. Torej, da drog ne bi konzumirali v parku, vsem na očeh, da se ne bi več v takšnem številu zbirali v parku... Če bi varne sobe to lahko vsaj omejile, mislim, da ne bi našla soseda, ki bi uvedbi varnih sob nasprotoval.«*

- OBOJESTRANSKA KORIST

Trije sogovorniki se strinjajo, da so varne sobe rešitev, ki bi bila dobra za vse nas in ne samo za uporabnike (A2): *»Na splošno verjamem, da bi s tem lahko preprečili marsikatero okužbo in predvsem predoziranje. Varne sobe so koristne za njih in za nas.«*

Bivši uporabnik mi je odgovoril enako: *»Po mojem so varne sobe ok ne samo za narkomane, ampak tudi za vas oziroma nas ostale.«* Tudi zaposleni pri Stigmi jih vidi kot obojestransko koristne, ob tem pa poudari še dejstvo, da varne sobe močno vplivajo na znižanje državnih stroškov: *»Zmanjšujejo se tveganja za uporabnike drog, zmanjšujejo se stroški, ki jih država porabi za te ljudi.«*

- VARNEJŠA APLIKACIJA

Član etične komisije pa vidi varno sobo kot nekaj, kar je koristno samo z vidika varnejše aplikacije droge (A5): *»Varna soba omogoči le bolj varno aplikacijo droge in prav nič drugega.«*

3.1.4 TEMA: PREPREKE, KI BI SE POJAVLJALE OB REALIZACIJI PROJEKTA

Zanimivo je, da so vsi trije sogovorniki (A2, A3, A4) ob preprekah pri vzpostavitvi sistema varnih sob, opozorili na isto stvar: policijsko kontrolo. Zanimivo se mi zdi zato, ker imajo ravno oni trije največ izkušenj, ko gre za osebno poznavanje uporabnikov. Moja sogovornica A1 jih pozna na videz, sogovornik A5 ravno tako na videz, medtem ko sogovornika A2 in A3 poznata uporabnike osebno. Sogovornik A4 pa je bil uporabnik sam.

- FINANČNE PREPREKE

A1: *»Si pa predstavljam, da bi zagotovo mnogo ljudi najprej pomislilo na "zapravljanje davkoplačevalskega denarja za narkomane«. Čeprav moja sogovornica podpira varne sobe, je najprej pomislila na nasprotovanje, ki izhaja iz civilnega pogleda. Torej, kaj bi najprej pomislila družba in kaj bi ljudi razjezilo, v primeru da se varna soba odpre.*

- PREGON IN NADZOR

Druga stvar, ki jo sogovorniki vidijo kot prepreko, je, da bi varna soba, če bi zaživela, ne bila zgolj prostor, kjer bi se uporabniki zbirali. Omogočila bi namreč tudi večji nadzor ter možnost za poostreno policijsko delo. Eden od njiju (A2) pravi takole: *»Bojim pa se, kako bi nanjo reagirala družba in pa tudi policija. Da se ne bi zgodilo, da je varna soba samo neka scena za preganjati in nadzorovati.«* Sogovornik, ki „sceno“ pozna iz prve roke, je prav tako najprej pomislil na to, kot na problematiko, ki se lahko pojavi: *»Predstavljam si, da bodo »dilerji« in uživalci stalno v bližini, določene bodo sigurno nadlegovali policaji in jih preiskovali. Posel z mamili je že sam po sebi kriminalno dejanje, zato si takega nadzora nihče ne želi, oziroma se ga boji.«*

A3: *»V primeru, da se varna soba res odpre, naloga policistov ne bi smela biti ta, da stojijo pred varno sobo in vse skupaj nadzorujejo. Takoj bi število uporabnikov zelo padlo, seveda v bližini, kar pa ni cilj varne sobe. To ni lovljenje posameznikov, ampak preprečevanje overdovzov ter tveganj okužb za vse. V Švici imajo, denimo, v mestih, kjer so varne sobe, dogovorjeno, da v primerih, ko policist opazi narkomana, ki si na ulici vbrizgava mamilo, ga odpelje v varno sobo. Kriminalisti v Zürichu imajo varno sobo v isti hiši, kjer ima svoje prostore tudi policija, samo vhod je na drugi strani in tako funkcionirajo že vrsto let.«*

- STRAH PRED ODGOVORNOSTJO

1. Druga stvar je prelaganje odgovornosti. Pristojni ne vedo, kdo bi odgovarjal v primeru smrti v varni sobi. Takega mnenja je moj sogovornik, ki se za varno sobo bori že leta in je vsakič doživel hladen tuš s strani politikov, ki o tem odločajo. Razlog je po njegovem naslednji (A3): *»Če ljudje zaradi mamil umirajo na ulici, ni nihče odgovoren, če imamo varno sobo, pa nekdo za smrt odgovarja.«*

Nikjer v tujini ne prevzema odgovornosti zaposleni, prevzame jo vsak zase (A3): *»V tujini je jasno, da vsak uporabnik odgovarja zase. Mesto jim samo ponudi prostor, kjer je tveganje najmanjše tako za uporabnike kot za splošno skupnost. Uporabnik se sam odloči, da vzame drogo, sam se odloči, kje jo vzame, torej je odgovornost njegova.«*

Zato ne razume, po kakšni logiki bi bil v Sloveniji potemtakem odgovoren nekdo drug, recimo prostovoljec pri Stigmi.

3.1.5 TEMA: PREDLOGI ZA HITREJŠO IZVEDBO PROJEKTA

Najbolj pogosta predloga sta izobraževanje ljudi in sprememba zakonodaje.

- SPREMEMBA JAVNEGA MNENJA

(A1): *»Širšo javnost je treba informirati in jo pripraviti, da bo koncept res sprejela, sicer bodo ves čas težave.«* Zanimivo je, da je (A1) pri preprekah omenila »civilno« problematiko, torej razmetavanje davkoplačevalskega denarja, zato je bil odgovor na to temo primerno povezan. Sprememba javnega mnenja je nujno potrebna, saj bi se projekt varne hiše lahko izvedel ravno preko pritiska javnosti. Slednja ima namreč ogromno moč.

- POLICIJSKO OZAVEŠČANJE

(A2): *»V primeru, da bi varna soba zaživela, bi bilo dobro, če bi se policisti gibali med uporabniki in jih osveščali o tem, kjer se lahko varno »zadenejo« in s svojimi odvrženimi iglami ne ogrožajo okolice.«* Sogovornik vidi rešitev pri drugačnem uvajanju policije. Prav tako, kot to počnejo na Danskem. Če bi se policisti strinjali s projektom in znali temu primerno reagirati, ko bi se le ta izvedel, bi ga uporabniki šele začeli resnično koristiti. Bivši uporabnik se strinja in zraven dodaja: *»Policaji bi se morali izobraziti. Predvsem pa se zavedati, da nas je veliko, ki smo padli v začaran krog mamil, ker smo imeli različne težave...«*

- SPREMEMBA ZAKONODAJE

Čeprav je bil zakon glede nujenja uporabe drog (187., 4. odstavek) spremenjen z namenom, da bi se varna soba lahko odprla, očitno ta sprememba še vedno ni bila dovolj za uspešnost projekta. Razlog tiči v zakonodaji, ki nejasno ureja področje lastne uporabe (A3). *»Mislim da bi bilo pametno spremeniti zakonodajo na področju, ki ureja lastno uporabo.«*

S tem se strinja tudi član etične komisije: *»Nisem pravni strokovnjak, vendar menim, da je zakonodaja na tem področju neurejena. Predvsem ni jasno, kaj je kriminalizirano in kaj se sme. Prav tako je oznaka prepovedane droge veliko preohlapna.«* In pa tudi zaposlen v komuni.

Da zakon slabo ureja področje lastne uporabe, meni tudi A2: »Mislim da bi bilo neke zakone glede droge, recimo točke ki urejajo samo posedovanje, malo modernizirati, spremeniti. Obstajati bi moral bolj celostni sistem.«

- DIALOG

Vse prevečkrat se dogaja, da nekateri projekti ne zaživijo, zaradi neustreznega dialoga med samimi institucijami. Če pogledamo poglavje o izvedbi projekta, je iz njega razvidno ravno to. S tem se strinjajo tudi moji sogovornik A2: *»Sodelovanje med samimi akterji, ki se jih področje droge tiče. Med društvi, ministrstvi, policijo, socialnimi delavci. Vsi bi morali posedovati neko skupno znanje in se kasneje specializirati za svoja področja.«*

Kot razlog za pomanjkanje dialoga, A5, navaja predsodke določenih akterjev: *»Potreben bo dialog na podlagi resnih argumentov in ne predsodkov in raznih prepričanj.«*

- IZOBRAŽEVANJE

Znani pregovor, da je nevednost mati sovražnosti, se je v praksi že večkrat potrdil. Nevednost pa je mogoče preseči le z izobraževanjem ljudi A2: *»Povsod so slabi in dobri, med uporabniki drog, med begunci, med zaporniki in že med nami, ta »normalnimi«. Zato mislim da bi bilo najpomembneje ljudi izobraziti. Na ulični in na obči ravni.«*

Načine izobraževanja, razume čez različne akcije. *»Kar se tiče ulične ravni, mislim da bi morale organizacije, ki se ukvarjajo s tem, imeti kakšne koncerte, hoditi med mlade, organizirati razstave. Kar se tiče širše ravni, pa so najpomembnejši mediji. Večina zgodb o drogah, ki jih objavijo je pompozno negativnih, prikažejo samo slabe stvari. Oni bi lahko za taka marginalna področja, naredili veliko več kot v resnici naredijo.«*

3.2 RAZPRAVA

Razlogov, zakaj varna soba pri nas še ni uspela, je več. Eden od njih je represivna politika, ki ustvarja stigmo, ta pa vpliva na izrazito negativno javno mnenje, ki ga ima naša družba o uporabnikih drog. Zato politiki ni v interesu, da bi varne sobe vzpostavili, saj na njih politiki sami, ne bi pridobivali priljubljenosti oziroma volilne podpore. Verjamem, da če bi se našel politik, ki bi se odločil, da izbriše tako imenovan Kebrov zakon, bi nemudoma dobil veliko podpore. V primeru varne sobe, pa bi bilo ravno obratno. Z menoj se strinja tudi sogovornik A2, ki pravi: *»Mislim, da so narkomani »the lowest«, torej za ljudi najnižja sfera, še slabše kot alkoholiki. Sploh pa pri nas, kjer je alkohol družbeno sprejemljiv.«*

Za hitrejšo uvedbo projekta bi moral obstajati večji družbeni pritisk. Če pogledamo, kako so nastale varne sobe po svetu, so te večinoma nastale zaradi civilne iniciative (Kopenhagen, Bern..) v nekaterih primerih pa celo zaradi policijske iniciative (Rotterdam).

Družbenega pritiska pa pri nas ne bo, dokler si bodo ljudje mislili, da gre samo za porabo davkoplačevalskega denarja. Vendar tudi ta argument ne pije vode in je sam po sebi paradoksalen. Tako pravi tudi specialist za javno zdravje in strokovnjak na področju odvisnosti Milan Krek v članku Sobotne priloge časopisa Delo, ki je bil izdan meseca avgusta 2017: *»Če damo 120.000 evrov za zdravljenje hepatitisa C pri dveh odvisnikih in če damo 120.000 evrov za uvedbo varne sobe, v naslednjih letih pa so stroški njenega vzdrževanja bistveno nižji, je finančno popolnoma jasno, da je to vložek države, ki ima na koncu profit.«*

Če pa pogledamo še dejstvo, da je med tveganimi uporabniki drog, ki hodijo v programe zmanjševanja škode 42.7 %, takih, ki imajo virus HCV (Klaus, Kustec 2016:21), lahko z zdravo pametjo ugotovimo, da bi bili stroški z uvedbo varne sobe veliko nižji.

Pomemben razlog je tudi v odlaganju odgovornosti. Nihče noče biti »kriv« smrti v okviru varne sobe. Tukaj spet pridemo do paradoksa; namen varne sobe je ravno ta, da ljudje ne umirajo in odkar varne sobe obstajajo, se to notraj njih še ni zgodilo. Očitno pa smrti zaradi uporabe drog, ki se dogajajo na ulici, ne zadevajo nikogar (A3): *»Mi se igramo z življenji ljudi, ki uporabljajo droge na ulici. In teh ni malo, lahko rečemo, da jih je vedno več. V Ljubljani so tudi zatočišča postala prepolna. Imamo več vedno več brezdomstvom, to število samo narašča. Nihče noče prevzeti odgovornost za stanje, ki je na ulicah, v parku tabor itd.«*

Overdovzi se dogajajo zelo pogosto in le hitro reagiranje jih lahko prepreči. Ko sem o njih povprašala sogovornika, ki sceno pozna iz prve roke mi je odgovoril: *»Ja, ogromnokrat. Vsakič,*

ko je bil na sceni slab »rjav«, je kdo padel dol. Imeli smo tudi takšne, ki so popadali dol, vsakič ko se se ga zadeli. Niso imeli meje, ne tolerance. So bili prvo znani po overdovzih. Ljudje pri nas še vedno mislijo da je overdovz smrt. Ampak v resnici pomeni predoziranje z drogo, ki je, če pravilno reagiraš, lahko zaustavljeno in rešeno. Lahko pa so posledice izguba vida, možganska kap. Imel sem tudi frenda, sedaj je že pokojen, ki je imel ovrdo in je zaspal. Ko so ga našli, je bil tako zaležan, saj je zaspal z eno nogo skrčeno, da so mu mogli odrezati nogo. Poznam fanta, ki se je moral ponovno naučiti govoriti, hoditi...«

Tudi zgornji primeri so pokazatelj, da bi lahko varna soba odločilno vplivala na razmere. Vendar kadar govorimo o zdravstvenih posledicah uporabnikov drog, bo ogromno ljudi, ki bodo rekli, da so si uporabniki krivi sami. O »krivdi« je lahko govoriti, kadar ne gre za nas in naše bližnje. Socialna delavka iz Danske, pa mi je o krivdi odgovorila takole (prevedeno iz angleščine): *»Mislim, da je največja stigma, da ljudje mislijo, da je njihova krivda, da jemljejo droge. Vendar se s tem ne strinjam. To je krivda vseh nas. Veliko teh, ki jemlje droge to počne, ker so imeli problematična otroštva polna zlorabe. Zato, če jim nismo mogli pomagati takrat, jim dajmo sedaj. Problem je tudi, da če želijo z drogo prenehati, nimajo nobenih vez in nobene družine, ki bi jih podpirala.«*

Retorika, ki pravi »ozdravi se ali znajdi se«, sama po sebi zmanjšuje možnost, da se človek resnično ozdravi. Ponovno je prepuščen sam sebi. Zato je opolnomočenje v smislu spodbujanja in pogovorov z uporabniki tako pomembno. S toplo besedo mu lahko damo občutek, da je človek, ki si zasluži spoštovanje. Lahko mu vlijemo moč in tako ključno vplivamo na njegov miselni proces, ki ga ima o sebi.

Tudi tukaj je varna soba učinkovita rešitev, saj so v njej zaposleni socialni delavci, ki so ti vedno na voljo za pogovor in spodbudo. Tam so, da te spodbujajo, da spremeniš svoje navade, če si to le želiš. Odločitev, da prenehaš z drogo, lahko v človeku kali ogromno časa.

Vendar se noben tak proces ne zgodi čez noč. V vmesnem času pa ga lahko spodbujaš in usmerjaš. Seveda niso vsi uporabniki drog »dobri«, vendar je tako povsod. Metanje vseh v isti koš je stigmatiziranje za lažje razumevanje nečesa, kar ne poznamo. Lahko bi rekli, da je eden večjih problemov današnje družbe ravno pri sprejemanju raznolikosti (Čopi, 2012).

Zato je toliko bolj pomembno celostno delovanje in povezovanje različnih služb in politik na tem področju. Za pregovarjanje v smislu, katera retorika je pravilna, tukaj ni prostora. Potreben bi bil strpen dialog in predvsem upoštevanje želj uporabnikov samih. Z njimi bi bilo potrebno soustvarjati projekte pomoči (Kvaternik, 2012).

Socialno delo naj bi bilo vzpostavljanje izvirnih projektov pomoči, v katerega varna soba zagotovo spada.

Drug moralni problem nekateri vidijo v možnosti povečane uporabe drog. Dejstvo je, da ne obstaja niti en dokaz, da bi se uporaba droge zaradi varnih sob karkoli zvišala, obstaja pa veliko študij, ki prikazujejo pozitivne učinke iz vidika zmanjševanja škode. Ta ista dilema se je pojavila tudi pri mojem sogovorniku, članu etične komisije, ki svoje mnenje kasneje obrazloži z besedami: *»Toleriranje zla (uživanja drog) za zmanjšanje še večjega zla (okužbe zaradi aplikacije) je načelno tudi etično sprejemljiv koncept, vendar zahteva postopno uvajanje. Kot zdravnik si, na primer, težko predstavljam zdravstvenega delavca v varni sobi, ki bo cel »šiht« pomagal narkomanom iskati žile in jih gledal, kako si vbrizgavajo smrtno nevarno drogo. To je pri konceptu zmanjševanja škode najtežje.«*

Spet se mi poraja misel, ali je lažje nekatere stvari pomesti pod preprogo in se ravnati po načelu: »kar ne vem, ne boli«. Saj s tem, ko uživalcem onemogočimo varne sobe, dejansko neposredno vplivamo na veliko večje tveganje umrljivosti, kot pa če bi to počeli pod strokovnim nadzorom in bi ravno s tem, ko jim ne bi vbrizgavali »smrtonosne« droge pustili, da si jo vbrizgajo sami in mogoče res umrejo. Potemtakem to ne bi bila naša krivda in spet smo pri ignoriranju. » Ignoriranje na simbolni ravni pomeni izničenje (Flaker ,2002:55).«

Moje osebno mnenje je, da gre pri varnih sobah v resnici za ravno obraten učinek, kot je povečana uporaba droge. Ljudje, ki so mogoče pred tem trde droge videli kot nekaj prepovedanega in posledično skrivnostnega in privlačnega, lahko z enim vstopom v varno sobo spremenijo to mnenje. Varne sobe niso prostori, kjer bi se džankiji družili za zabavo, temveč so daleč od tega. So skrbno nadzorovan prostor, kjer ljudje konzumirajo drogo pod veliko bolj varnimi pogoji. Poleg tega pa so osebe, ki v varne sobe zahajajo, po navadi že dolgo na »sceni«. Droga jim je načela zdravje in seveda se jim to močno pozna na fizičnem izgledu.

Zato mislim, da bi si večina ljudi, ki je pred tem v heroinu morda videla nekaj privlačnega, hitro premislila ob vstopu v varno sobo. Moj sogovornik, ki sceno pozna iz prve roke, mi je zelo slikovito opisal, kako zares vse skupaj izgleda : *»Ko gledam s preteklimi očmi na celotno situacijo, se mi zdi grozljivka, pravi »horror«. Vidim kako ljudem gnijejo noge, popuščajo srčne zaklopke, higienski standardi so slabi. Če nimajo vode, gredo do Ljubljane in povlečejo kar to vodo v žlico. Ali pa celo svoj urin dajo v žlico. Vse se mi vbistvu zdi zelo žalostno.«*

Sestavek opiše, da to ni nekaj, kar bi si ljudje želeli. Poleg tega pa je iz njega jasno razvidno, zakaj bi bile varne sobe pri nas še toliko bolj potrebne.

Že pri rezultatih smo lahko opazili, da se osebno mnenje mojih sogovornikov močno razlikuje od javnega mnenja. Razlog razlike vidim v dejstvu, da moji sogovorniki vsi na tak ali drugačen način uporabnike poznajo.

Javno mnenje pa je neposredno vezano na stigmo in predstavlja večinsko mnenje ljudi, ki droge in uporabnikov ne poznajo. Stigmatizacija je kot neko lajšanje razumevanja (ki je posledica nepoznavanja) določene skupine. S stigmo tej skupini odvzamemo enakost in dostojanstvo, zato niso polnovredni člani skupnosti, ki bi nas zanimali in bili vključeni (Flaker, 2002).

Moj sogovornik, z dolgoletnimi izkušnjami z delom v komuni, razloži zadevo takole:

»Mislim, da imamo kar represivno politiko. Naše finance gredo za bedarije kot so vodni topovi. Tudi uporabniki našega programa so imeli s policijo predvsem negativne izkušnje. Pa ne samo nasilje, ampak predvsem o načinu komuniciranja in kako policisti gledajo na njih, poleg tega pa so imeli precej slabe izkušnje z zdravstvenimi delavci, še posebej na metadonskih programih. Se mi zdi, da tudi med policisti in zdravstvenim osebjem še vedno obstaja neka močna stigma in gledajo na te ljudi kot na narkomane, kriminalce«.

Če se že med samimi strokovnjaki pojavlja stigmatizacija, kako lahko pričakujemo, da bo potem družba gledala stvari širše.

Razlog pripisovanja krivde je tudi razlog socialne izključenosti. Posledica te pa je, da se uživalci velikokrat ne znajo postaviti zase in ne poznajo svojih pravic (Furlan, 2016). Enako izkušnjo je imel tudi moj sogovornik. Kot pravi sam, so ga nekoč po krivic napadli policisti.

Ob vprašanju, če je terjal svojo pravico, mi je odgovoril: *»Prvo kot prvo, sem bil jaz sam proti njim, s statusom nezaposlenega uživalca, težko si družbeno še bolj ne kredibilen. Vedel sem, da se mi je zgodila krivica, da je bila proti meni uporabljena sila brez razloga, kršene so bile moje človekove pravice, ampak sem po drugi strani vedel, da ne bom dosegel nič. Zato sem zadevo mirno požrl in postal bolj »zgleden danki«.*

Zgleden džanki je torej ta, ki ne zahteva svojih pravic, ki ga mučijo občutki krivde in se zato podreja. Lahko ga kaznujemo, ker je sam kriv za svoje skrbi. Ljudje smo narejeni tako da če nekaj ne poznamo in se nam zdi tuje, to raje »popredalčkamo« in o temu ne razmišljamo preveč. Če pa bi stopili is svoje cone udobja in uporabnike skušali razumeti, mogoče šli korak dlje in jih celo skušali spoznati, bi opazili, da so tudi oni resnično samo ljudje. Ljudje, ki so v življenju sprejeli napačne odločitve.

Kadar nekaj velja za tabu, se posledično o tem ne bo govorilo, če res ni nujno. Kadar pa se govori, so to vedno »prenapihnjene« zgodbe o izključno slabih ravnanjih.

Moj sogovornik A2, ki je delal v komuni, mi pove zgodbo, ki lepo ponazarja, kako gresta nepoznavanje, sovraštvo in strah z roko v roki: *»Naša organizacija se je v času, ko sem delal tam, selila kar 4 krat. Mislim, svoje prostore za bivanje. Vsakič ko smo kam prišli na novo, je bil z domačini oziroma okoliškimi prebivalci problem. Bili so proti temu, da se prostori tam vzpostavijo, bili so sovražni in prestrašeni. Vse dokler niso spoznali naših uporabnikov, ki so jim z veseljem priskočili, vedno na pomoč. Gospe brez moža so nasekali drva za celo zimo, spet drugič so prebarvali fasado vaške šole, pomagali pri košenju njive. Na koncu so bili vsakič, ko smo odhajali, vaščani žalostni.«.*

Zgodba lepo oriše, kako se je vaščanom pogled spremenil, takoj ko so uporabnike spoznali.

Ne trdim, da uporabniki drog niso povezani s kriminalom, to seveda ni možno, saj je po zakonodaji posedovanje in kupovanje kriminalno dejanje. Vendar so to manjše tatvine. Tatvine, katerih motiv je kriza. Uporabniki se krize bojijo in zato so pripravljeni narediti marsikaj, da se ji izognejo, oziroma jo ublažijo. Bivši uporabnik mi je razlagal, da so ženske v »sceni« še pod večjim pritiskom. *»Spoznal sem veliko punc, ki so se prodajale za drogo. Nekaterne so imele tudi svoje zvodnike, ki so jih topli po cele dneve in zapirali v sobe. Vse so jim lahko delali, saj so bile kot odvisnice čisto nemočne. Poznam primer, ko je zvodnik punco zaklenil v sobo in jo pretepal vsako jutro, za dobro jutro. Enkrat jo je pozabil zakleniti, ampak ona ni zbežala. Preveč je bila že duševno in fizično poškodovana. Nobene moči ni imela, nihče se ni postavil zanjo.«*

Tukaj je jasen primer, kdo je v resnici žrtev in kdo kriminallec in komu bi bilo treba pomagati, ter koga bi bilo treba preganjati. To je naloga policije, naša naloga pa je, da jim pomagamo da se lažje vključijo v družbo.

Uporabniki občutijo politiko kot odnos služb do njih samih in posledično, kako jih vidijo drugi. Vidijo jo kot storitve, ki so jim na voljo in pravice, ki jih imajo, prav tako pa vidijo politiko tudi skozi prizmo javnega mnenja o njih. Prav tako so uporabniki mnenja, da je delovanje oziroma politika služb sorazmerna s politiko in prehaja med liberalnim in represivnim odnosom. Težava pa je, da so to službe, ki bi v osnovi morale biti bolj tolerantne in odprte do drugih načinov in ljudi (Kvaternik, 2012)

Strokovni delavci na področju droge, se velikokrat izkažejo za neustrezne. To mi je tudi potrdil človek, ki je bil zaposlen v komuni: *»Strokovnimi delavci, po mojem mnenju, niso dovolj izobraženi, oziroma človeški. Recimo za primer, obstaja terapija s starši, ki jo vodi neka mlada*

punca, ki je ravno končala fakulteto za socialno delo, brez kakršnih koli izkušenj torej. Potem pa ona predava staršem, kje so se zmotili, kaj vse bi lahko naredili, svojih otrok pa še sploh nima, kaj šele, da bi kdaj poskusila kakšno drogo, ali poznala kakšnega uporabnika osebno.»

V programu vzpostavljanja varne sobe ena od točk govori o zaposlitvi laičnega delavca, ki je sam premagal izkušnjo zasvojenosti. Njegov namen je nudenje pomoči v obliki pogovorov in svetovanja uporabnikom. Mislim, da so strokovnjaki z izkušnjami nujno potrebni, saj se uporabnikom lažje približajo in jim vlivajo upanje.

Zaradi vseh zgoraj naštetih razlogov, sem mnenja, da je največji problem ravno v nepoznavanju tematike, ki pa velja za širšo in občo raven. Ravno mi, kot socialni delavci, bi se morali truditi uporabnike vključiti in posledično spreminjati poglede družbe. Ko pa bi družba spremenila svoj pogled na uporabnike, bi posledično to storila tudi politika. Ravno zato, ker bi družba želela, da se stvari spremenijo. Tako bi politika ugotovila, da imajo lahko od tega korist tudi oni in varna soba bi se odprla veliko hitreje.

Za tiste, ki pa nikoli ne spremenijo svojega mnenja, pa je eden od pomembnih argumentov zakaj je varna soba potrebna (poleg državnega proračuna, ki bi bil bistveno manjši) ta, da bi bila okolica veliko bolj varna. V parku Tabor se otroci ne igrajo več na igrišču: »*Moja mama je rekla, da če bi bila jaz danes otrok, mi ne bi več dovolila, da se sama igram zuna.*« Razmišljam, če bi goreče nasprotnike varne sobe prepričal vsaj argument, da bodo tudi njihovi otroci, vnuki itd. preživeli bolj varno otroštvo. Za njih pa jim je najverjetneje mar.

Ugotavljam, da bi resnično morali stopiti skupaj kot družba in se zavzeti za to, da se projekt končno vzpostavi. Priporočajo ga vse mednarodne organizacije na področju zdravstva, podpirajo ga mnoge raziskave na tem področju. Če želimo biti napredna in moderna država, se moramo držati tudi smernic in trendov, ki jih imajo ostale napredne države. Zanimivo je dejstvo, da je Švica, ki velja za zelo konzervativno državo, odprla varno sobo prva na svetu in to že 30 let nazaj.

Medtem ko mi prelagamo odgovornosti in se ukvarjamo s političnimi konflikti in birokracijo, ljudje na ulici umirajo.

4 SKLEPI

Varne sobe za injiciranje droge so se izkazale, kot učinkovita in potrebna rešitev strategije reševanja škode. V Sloveniji takih sob še nimamo, razloge pa lahko najdemo v izrazito negativnem javnem mnenju o uporabnikih drog. Slabo javno mnenje pa je razlog, da politiki ni v interesu, da bi se zavzela za projekt in ga vzpostavila, čeprav se varne sobe izplačajo tako za uporabnike kot tudi za ostalo okolico. Njihov cilj je zmanjševanje tveganj, ki izhajajo iz »gverilskega« stila uporabe. Prav tako pa se spremeni podoba mesta, saj so uporabniki umaknjeni in igle odstranjene. Koristne so tudi iz finančnega vidika, stroški varne sobe so veliko manjši, kot stroški zdravljenja virusa HCV, ki je pri tveganih uporabnikih droge zelo pogost.

Vendar zgornji razlogi in svetovne raziskave niso bile dovolj, da bi se projekt pri nas vzpostavil, čeprav se nevladne organizacije na področju zmanjševanja škode trudijo to doseči že skoraj 15 let. Za hitrejšo uvedbo projekta, bi bilo nujno potrebno konkretno spremeniti javno mnenje in ljudem pokazati, da uporabniki niso kriminalci, temveč so žrtve. Tako jih je potrebno tudi obravnavati in jim v ta namen vzpostaviti izviren projekt pomoči. Ob spremembi javnega mnenja bi posledično nastal pritisk na politiko, ki bi se zato bolj zavzela za vzpostavitev varnih sob. Prav tako bi bilo potrebno sodelovanje in neposreden dialog med ministrstvi, nevladnimi organizacijami, strokovnjaki in civilno družbo. Spreminjanje javnega mnenja se najlažje doseže z izobraževanjem, ki pa bi moralo potekati v obliki interaktivnih delavnic in akcij, v katerih bi uporabniki soustvarjali vsebine z ostalimi udeleženi.

5 PREDLOGI

Potrebno bi bilo spremeniti javno mnenje o uporabnikih samih, to pa bi dosegli z izobraževanjem. Izobraževanje bi lahko potekalo v obliki različnih malih projektov, katerih namen bi bil spoznati javnost s strategijo zmanjševanja škode in funkcijami varne sobe.

Predstaviti bi bilo treba problematiko konzumiranja v javnosti v okviru tveganj in vplivih ki jih ima injiciranje na javnih mestih za okolico.

To bi storila z različnimi delavnicami. K sodelovanju bi bilo nujno potrebno povabiti uporabnike same, da bi lahko ljudem iz prve roke rušili stereotipe in jim pokazali svojo človeško plat. Prav tako menim, da bi morali uporabniki soustvarjati vsebino delavnic. S tem bi spodbudili javnost, da uporabnike preko njihove stigme, obenem pa bi bil to tudi način opolnomočenja uporabnikov.

V ta namen bi lahko organizirali različne ulične akcije kot so: razstave, koncerti, predstave. Tako bi na inovativne načine predstavili uspešnost varnih sob skozi tuje raziskave.

K sodelovanju bi povabila tudi različne slovenske umetnike, ki bi bili pripravljeni prostovoljno sodelovati. Poleg umetnikov bi k sodelovanju povabila tudi prostovoljce in vsa društva ki delujejo na področju drog. Orodje doseganja javnosti bi bila lahko socialna omrežja. Zato mislim, da bi bilo sodelovanje s »slavnimi« osebami potrebno, saj imajo na socialnih omrežjih ogromno sledilcev in vpliva. Tako bi si veliko lažje pridobili širšo publiko.

Druga potrebna sprememba je ureditev zakonodaje, ki ureja točko lastne uporabe. Količine bi morali biti natančno opredeljene in upoštevane iz strani policistev.

Na posebna izobraževanja bi povabila tudi policiste, da se resnično spoznajo s problemom odvisnosti in poslušajo zgodbe uporabnikov. Dialog med uporabniki in policisti, bi bil lahko začetek spreminjanja represivnega odnosa, ki ga uporabniki čutijo. Tako bi lahko dosegli spremembo mišljenja policistev ki bi uporabnike začeli ščititi in ne le preganjati. Prav tako bi bilo potrebno organizirati okrogle mize, kjer bi sodelovali različni akterji (nevladne organizacije, predstavniki civilne družbe, učitelji, ministrstva, različni strokovnjaki itd.) Dialog med ministrstvi in nevladnimi organizacijami bi moral potekati direktno in v živo.

Vsi zgoraj naštet predlogi pa bi morali dobiti veliko pozornost in podporo medijev.

Obenem pa bi se vsi lahko potrudili, da smo solidarnější, sočutnější, neobsojajoči in predvsem občutjivi za nesrečo drugega in ne zgolj za svojo lastno nesrečo. Že samo s tem bi bil svet za vse bistveno lepši in prijaznejši.

6 SEZNAM UPORABLJENE LITERATURE

Čebašek- Travnik, Z. Zdravljenje odvisnosti (od psihoaktivnih snovi). Ljubljana: Prispevek na konferenci, Str. 77-78.

Drev A., (2014). Nacionalno poročilo na področju prepovedanih drog. V Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Drev A., (2016). Nacionalno poročilo na področju prepovedanih drog. V Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje

Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma. Varne sobe za injiciranje. Pridobljeno dne 13.7.2017 s <http://www.drustvo-stigma.si/politika-droge-in-zmanjevanje-kode/224varne-sobe-za-injiciranje>

DrogArt. Pridobljeno dne 14.7.2017 s <http://www.drogart.org/>

Flaker, V. (2002). Živeti s heroinom 1.: Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji. Ljubljana: Založba/*cf.

Flaker, V. (2002). Živeti s heroinom 2.: K zmanjševanju škode. Ljubljana: Založba/*cf.

Furlan N., (2016). Uresničevanje koncepta zmanjševanja škode v praksi (diplomsko delo). Ljubljana: fakulteta za socialno delo.

Goffman, E. (prevod: Janja Unuk). (2008). Stigma: Zapiski o upravljanju poškodovane indetitete.

Hedrich D, Kerr T, F. D-A. (2010) Drug consumption facilities in Europe and beyond. In: Rods T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA

Kiš D., (2014). Ustanovitev varnih sob za injiciranje droge v Sloveniji (diplomsko delo visokošolskega strokovnega študija Varnost in policijsko delo). Maribor: Fakulteta za varnostne vede.

Kvaternik, I., Grebenec, V., & Rihter, L. (2008), Droge med politiko in vsakdanjim življenjem. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo univerze v Ljubljani.

Kvaternik I., (2012). Zmanjševanje škode na področju prepovedanih drog: »Last hope«. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo Koper

Kerr T. Safe Injection Facilities - Proposal for a Vancouver pilot project. 2000.

Marenk, A. (2008). Živeti brez heroina: življenje bivših odvisnih uživancev od heroina (Diplomsko delo). Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.

Mesec, B. (2009). Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1: Načrtovanje raziskave. Ljubljana: fakulteta za socialno delo.

Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014–2020 (ReNPPD14–20) v Sloveniji. Ljubljana: Republika Slovenija Ministrstvo za zdravstvo.

Štefanič, B. (1996). Narkomanija na Slovenskem: Memorialni sestanek akademika Janeza Miličinskega. Ljubljana: medicinski razgledi.

Taschner, K. L.; prevedla Nada Jurič. (2002). Trde droge ? Mehke droge. Ptuj: Univerzitetna knjižnica Maribor.

Tominec, N. (2015). "Sem zasvojen, nisem nor" : dvojna diagnoza : zasvojenost in duševna stiska. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Topić P., Institut za zasvojenosti in travme. Pridobljeno
15.7.2017 s <http://www.petertopic.si/o-nas>

Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (ZPUPD)

Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD).

Kvaternik I., Poldrugovac, M., Kocmur, D., Bah, B., Zamernik, E., Novakovič, S., Paš (2013). VZPOSTAVITEV VARNIH SOB ZA UPORABNIKE PREPOVEDANIH DROG: Predlog načina delovanja in ocena stroškov in učinkov. Ljubljana: ZZV KOPER V SODELOVANJU Z IVZ RS, DRUŠTVOM STIGMA, DRUŠTVOM SVIT, ZDRUŽENJEM DROGART

Žigon, D. (2000). Kaj resnično veš o drogah. Ljubljana: Center marketnig int, d.o.o..

Watson, K.; prevedla Suzana Tratnik. (2003). Zadeta od življenja. Ljubljana: ŠKUC.

West, R. (2006). Theory of addiction. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

7 PRILOGE

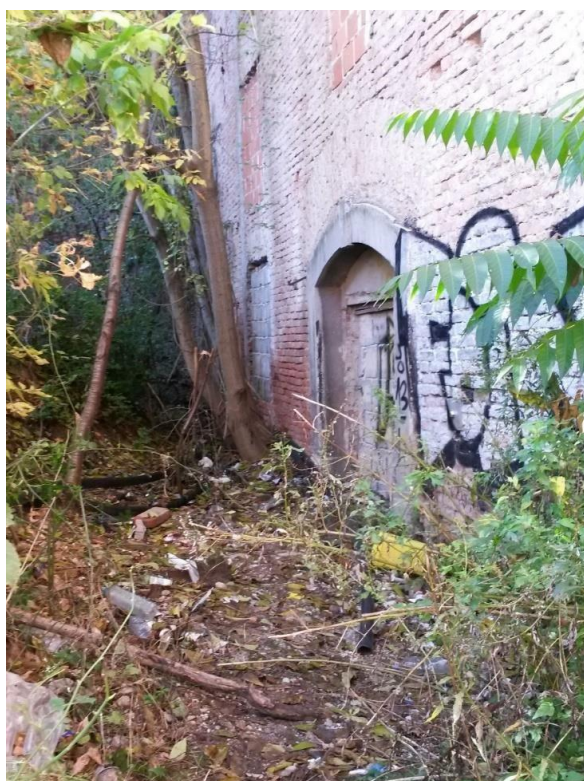
7.1 GALERIJA

- »ŠPRIC PLACI« V LJUBLJANI

Fotografije so pridobljene od društva Stigma.



Slika 1: Cukrarna



Slika 2: Cukrarna



Slika 3: Ljubljanski grad, otroško igrišče na ljubljanskem gradu



Slika 4: Pot na grad



Slika 5: Fabijanijev most



Slika 6: Fabijanijev most



Slika 7: Okolica trgovine Mercator v Župančičevi



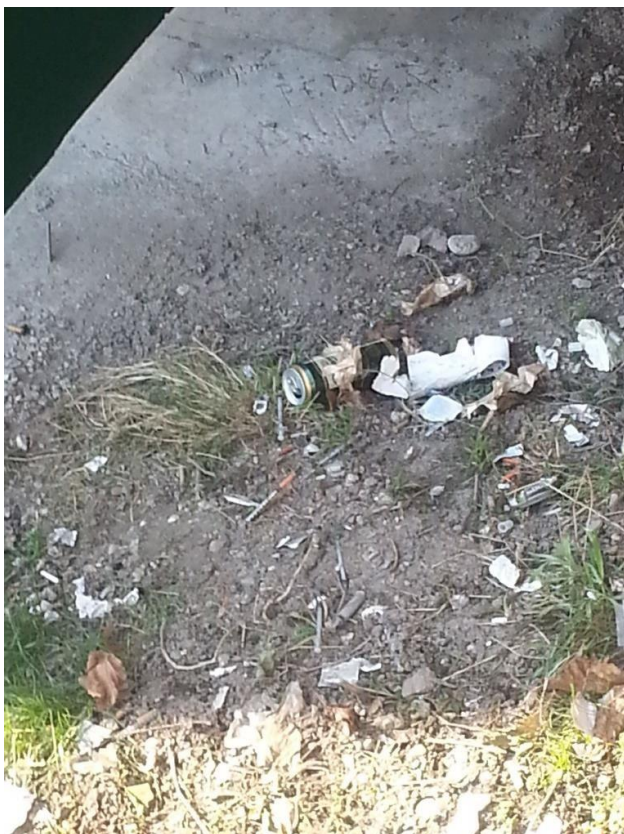
Slika 8: Okolica trgovine Mercator v Župančičevi



Slika 9: Vilharjeva ulica (za glavno železniško postajo)



Slika 10: Vilharjeva ulica (za glavno železniško postajo)



Slika 11: Zmajski most



Slika 12: Zmajski most



Slika 13: za zidom (pri Metekovi: »špric plac« ki je bil očiščen Januarja 2016; posledica Tabor)



Slika 14: za zidom (pri Metekovi: »špric plac« ki je bil očiščen januarja 2016; posledica tabor)

- **OBISK KOPENAHGNA**



Slika 15: Policaj Anas



Slika 16: Socialna delavka pernille



Slika 17: H17 (Največja varna soba nas vetu; Kopenhagen)



Slika 18: Primer prostora za injciranje

Slika 19: Mize za injciranje





Slika 20: Sprejemna točka



slika 21: »chill out« zone



Slika 22: Ordinacija



slika 24: iskalnik žil



Slika 25: omarica z sterilnimi iglami in ostalimi pripomočki



7.2 VPRAŠANJA IN ODOGVORI ETIČNE KOMISIJE/STIGMA

Društvo za zmanjševanje škode

zaradi drog Stigma

Hacquetova 9

1000 Ljubljana

RS Ministrstvo za zdravje

Komisija za medicinsko etiko

Štefanova 5

1000 Ljubljana

Št. BB/14-575/16

Datum: 9.11.2016

Zadeva: Odgovori in dopolnila v zvezi z dopisom št. 0120-161/2016-2 , Ocena etičnosti projekta

»Pilotski projekt varna soba za injiciranje drog«

Spoštovani, v zvezi z vašim dopisom, vam pošiljamo odgovore na vprašanja in dopolnila oz. pojasnila za projekt »Pilotski projekt varna soba za injiciranje drog«:

- 1. KME iz vloge povzema, da v varni sobi lahko pride tudi do predoziranja, ki lahko predstavlja urgentno zdravstveno okoliščino, v kateri čas pomeni tudi vprašanje preživetja. Zato je treba vlogo zdravstvenika kot sodelavca v projektu bolje predstaviti in naštet, katere veščine mora imeti, da bo ustrezno ukrepal v nujnih primerih, še preden pride urgentna služba. Ali bo imel potrdilo o ustrezni usposobljenosti, ki jo bo moral redno obnavljati?*

V varni sobi je predvidena zaposlitev zdravstvenega osebja. Predlagamo, da je to diplomirani zdravstveni delavec, ki je dodatno usposobljen z znanjem ukrepanja v urgentnih primerih (predoziranje, srčni napadi, epileptični napadi ter ostali zapleti ki so povezani z uporabo drog), ter znanja o pravilnih in varnejših postopkih injiciranja z vidika higienskih standardov in izbire anatomskih lokacij. Dodatno usposabljanje je predvideno v okviru delovne skupine, ki zastopa funkcijo nadzora in jo bo s sklepom sestavilo Ministrstvo za zdravje (MZ), kakor sledi iz definicije zakonskih dopolnil (Kazenski zakonik, 187. člen): »program, ki poteka v okviru ali pod nadzorom javnega zdravstva« in zagotovi dodatna usposabljanja in redna obnavljanja glede navedenih opisov. Glede nujnih intervencij je konkretna aplikacija naloksona s strani zdravstvenega osebja neizvedljiva. Trenutno lahko nalokson uporablja zdravnik, zato bomo v tem delu MZ predlagali, da zagotovi pravno podlago, ki bo v določenih pogojih omogočala uporabo naloksona zdravstvenemu osebju v varni sobi – ali samostojno ali pa v sodelovanju z urgentnim zdravnikom. Uporaba nekaterih drugih zdravstvenih pripomočkov pa je postala vprašljiva predvsem zaradi uradnega statusa, ki ga dobi zdravstveno osebje v okviru pogodbene zaposlitve z društvom Stigma, ki je nevladna organizacija in torej v tem primeru oseba ni zaposlena v javni zdravstveni ustanovi. Pripombo je vzpostavil Milan Krek, dr.med, direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) Koper, pri tem pa predlagal, da je vloga zdravstvenega osebja – kar zadeva urgentna stanja -

predvsem v elementarnih postopkih oživljanja, ter v vzpostavitvi povezave z urgentno službo – z učinkovitim obveščanjem in/ali sledenjem navodil, ki jih dobi od zdravnika urgentne ekipe po telefonski zvezi. Predlagamo, da bo moralo zdravstveno osebje opraviti tečaj temeljnih postopkov oživljanja ter osnove ravnanja pri zapletih povezanih z uporabo drog in to znanje tudi redno obnavljati – tukaj predvidevamo sodelovanje s Centri za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog (CZOPD), Centrom za zastupitve UKC Ljubljana, SNMP Ljubljana in Urgentno reševalno službo.

V okviru izobraževanja zdravstvenega osebja načrtujemo spoznavanje dela CZOPD. V letošnjem letu se je medicinski tehnik, ki smo ga zaposlili za sodelovanje v projektu udeležil enotedenskega usposabljanja v CZOPD Logatec. Ideja je bila tudi, da bi se udeležil usposabljanja na Psihiatrični kliniki Ljubljana, CZOPD – Oddelek za detoksikacijo. Ker je imel medicinski tehnik V. stopnjo izobrazbe, smo s strani Psihiatrične klinike prejeli negativen odgovor, da bi po njihovem mnenju to delo morala opravljati oseba s VII. Stopnjo izobrazbe. V tem primeru bi bilo usposabljanje lahko izvedeno, tako da za prihodnje predlagamo, da se v varni sobi zaposlijo diplomirani zdravstveni delavci s VII. Stopnjo izobrazbe. Obvezen del usposabljanja je tudi ogled podobnih programov v tujini – v okviru našega projekta se je zdravstveni delavec udeležil tridnevnega ogleda programov v Zurichu v Švici. En dan je bil namenjen spoznavanju konkretnega dela zdravstvenega delavca v varni sobi. Glede usposabljanja in sodelovanja z drugimi institucijami predvidevamo tudi sodelovanje z Urgentno službo, reševalci in Centrom za zastupitve v UKC Ljubljana. Zaposleno zdravstveno osebje bi imelo za nalogo vzpostaviti protokol sodelovanja v kriznih situacijah. Zdravstveno osebje bi se tudi поблиže spoznalo z delom v omenjenih službah.

Iz vloge ni razvidno ali bo ves čas v varni sobi ali bo tam le občasno?

Zdravstveno osebje bo v času delovanja varne sobe ves čas prisotno, v primeru odsotnosti zaradi malice, pa bo varna soba v tem času zaprta – na enak način, kakor tudi zdravnik v splošni ambulanti med malico ne sprejema pacientov. Vsekakor smo prepričani (kar je bilo zapisano tudi v dokumentu, ki ga je sprejela Komisija za droge), da bi morala biti v varni sobi zaposlena dva zdravstvena delavca. Ker pa je v pilotni fazi projekta zaradi omejenih sredstev predvidena zaposlitev samo enega delavca, bi bila varna soba zaprta tudi v času koriščenja letnega dopusta ali morebitnih bolniških odsotnosti.

Sodelovanje z zdravstveno službo naj bo v obljubljenem protokolu hitrega odziva (ki vlogi ni priložen) natančno opredeljeno. S stališča hitrega in varnega ukrepanja v nujnih primerih bi bilo po mnenju KME najbolj primerno, če bi se varna soba v dogovoru z zdravstvom organizirala v neposredni bližini zdravstvenih ustanov z nujno medicinsko pomočjo.

Sodelovanje z zdravstveno službo v zapisu projekta ni bilo posebej opredeljeno prav zato, ker naj bi smernice konkretnega sodelovanja določili prav v okviru delovne skupine, ki ima funkcijo nadzora javnega zdravstva. Te skupine MZ še ni vzpostavilo. Ker gre za skupnostni projekt takšen opis ni možno podati vnaprej, ampak šele po sprejetem dogovoru, ki bi bil v okviru izpeljave pilotskega projekta tudi dokumentiran. Tudi po našem mnenju bi bilo najbolj primerno, da bi se varna soba »v dogovoru z zdravstvom« organizirala v neposredni bližini ZD z nujno medicinsko pomočjo, vendar v tem delu do konkretnih dogovorov ni prišlo. Lokacijo smo bili prisiljeni iskati sami na nepremičninskem trgu. Smo pa že bili v kontaktih z Urgentno službo, SNMP

Ljubljana in Centrom za zastrupitve, ki so vsi pripravljeni sodelovati pri vzpostavljanju in izvedbi projekta. Z njihovimi predstavniki smo se že srečali na sestanku, jim predstavili idejo projekta, vendar do konkretnih pogovorov ni prišlo ravno zaradi tega, ker še ni bila znana lokacija varne sobe. Ko bo lokacija znana, bo tudi protokol lahko zapisan.

So pa v tujini glede lokacije ugotovili, da je lokacija pomembna še iz drugega vidika – da se varna soba nahaja tam, kjer potreba po tem programu že obstaja. Torej, da z izbiro lokacije zadostimo dvema kriterijema – prvi, da je odziv urgentne službe takojšen (torej bližina zdravstvenih ustanov) in drugi – da zadosti potrebam uporabniške scene. Konkretno za Ljubljano mislimo, da bi bila najbolj primerna lokacija v centru mesta – trenutno je največja potreba po varni sobi v bližini ZD Ljubljana Center in območje Tabora ter območje proti centru mesta. Zavedamo se tudi, da bi morala biti varna soba lahko dostopna za vozila reševalne službe.

2. V varni sobi se odvisniki drogirajo z drogo, ki jo prinesejo s seboj in so jo pridobili kjerkoli in od kogarkoli, kar pomeni, da varna soba ne bo v ničemer vplivala na zmanjševanje običajnih razpečevalskih (»dilerskih«) praks. Varna soba ne bo zagotavljala varnosti droge, saj ne bo nadzora s čim in v kolikšni meri se bodo odvisniki drogirali.

Drži, da varne sobe ne zagotavljajo varnosti droge, saj droge kot take funkcionirajo v sistemu prohibicije, kjer je droga prepovedana in posledično proizvod črnega trga. Prioritete varnosti varne sobe so v preprečevanju tistih škodljivih posledic, ki jih je v danem sistemu mogoče preprečiti – to pa je del standardnih opisov, ki jih glede varnih sob povzema in priporoča evropska agencija za droge – EMMCDDA, poleg tega pa je njihov opis podan tudi v dokumentu, ki ga je brez pridržkov že obravnavala komisija na MZ leta 2013 (ZZV KOPER V SODELOVANJU Z IVZ RS, DRUŠTVOM STIGMA, DRUŠTVOM SVIT, ZDRUŽENJEM DROGART - VZPOSTAVITEV VARNIH SOB ZA UPORABNIKE PREPOVEDANIH DROG - Predlog načina delovanja in ocena stroškov in učinkov - Ines Kvaternik, Mircha Poldrugovac, Dare Kocmur, Borut Bah, Eli Zamernik, Samo Novakovič, Mina Paš, 25.7.2013) in smo ga že predložili k vlogi marca 2016.

Varna soba je pomembna iz vidika možnosti rednega stika zdravstvenega osebja z uporabnikom, ki drogo injicira. Ta omogoča boljši vpogled v vrste drog, ki jih uporabniki uživajo in načine, na katere jih uživajo ter tudi možnost pogovora z uporabniki o nevarnostih in škodljivosti posameznih substanc. Preko ustreznega informiranja uporabnikov se lahko vpliva tudi na spremembo njihovega vedenja glede uporabe posameznih substanc. Varna soba kljub vsemu prinaša večjo stopnjo varnosti uživanja drog v primerjavi z zdajšnjo nenadzorovano uporabo drog na javnih površinah ali v privatnih domovih uporabnikov.

V primeru kriznih situacij in nadaljnjih odzivov zdravstvenega osebja je podatek o vrsti uporabljene droge lahko življenjskega pomena za uporabnika. S to informacijo se poveča možnost pravilnega odziva na situacijo.

Glavni učinki, ki so jih ugotovili ob evalvaciji programov v tujini, so bili zmanjšanje smrtnosti, zmanjšanje stopnje HIV in hepatitisa med ciljno populacijo, zmanjšanje vidne javne uporabe drog in s tem zmanjšanje števila odvrgenih (potencialno okuženih) igel v lokalni skupnosti. Vse skupaj pomeni boljše javno zdravje.

V varni sobi odvisnikom ne bo ponujena možnost drogiranja z nadzirano drogo in v nadzirani količini.

Drži, da ne bo. Če bi želeli vzpostaviti tak model, ne bi več govorili samo o varnih sobah ampak o programih »heroína na recept«, po že znanem in uspešnem švicarskem modelu, kjer je poudarek prav na reguliranem nadzoru in legalnem in kontroliranem dostopu farmakološko neoporečne substance, kjer je varna soba integralni del tega programa. Večina varnih sob v Evropi še vedno funkcionira na principu preprečevanja škode znotraj temeljne prepovedi, ki zadeva prohibicijo. V varni sobi lahko uporabniki uporabljajo druge, neformalne pristope zmanjševanja tveganja – npr. da drogo kupujejo pri preverjenem dilerju, saj se predpostavlja, da je tam droga vedno približno enake kvalitete. Naslednji princip je ta, da v primeru neznane droge, le te uporabijo manj kot so navajeni in potem povečujejo dozo glede na rezultat. V določenih primerih pa je kvaliteta droge lahko znana, če je bila droga stestirana v forenzičnem laboratoriju. Se pa strinjamo, da je nenadzorovana kvaliteta droge mnogokrat težava, ampak kot rečeno je to težava, ki jo prinese prohibicija in represivna politika do droge.

V nekaterih programih varnih sob v tujini (Avstralija) so uvedli možnost testiranja droge pred uporabo. V Sloveniji zaradi pomanjkanja finančnih sredstev o tem ukrepu še nismo razmišljali.

Varna soba je zato s sterilnim priborom namenjena predvsem preventivi prenosa bolezni, kar pojem varnosti zelo omejuje in z nevarnostmi, ki ostajajo postavlja pod vprašaj tudi lastno poimenovanje.

Poimenovanje programa »Varna soba« je zapisano v Nacionalnem programu na področju drog in v Akcijskem načrtu 2015-2016, ki ga je sprejelo MZ, program s tem imenom je MZ opredelilo tudi kot enega od prednostnih v razpisu 2015/2016. Uporaba pojmov glede varnih prostorov je različna, v primeru že znanih praks: »saferooms«, »drug consumption rooms«, »supervised injecting facilities« ipd. Vsem je skupno to, da v obstoječem sistemu prepovedi omogočajo večjo varnost, glede na cilje in rezultate znanih praks, pa o tem ni nobenih dvomov. V varnih sobah v tujini, ki so evalvirane in dokazano učinkovite, v zadnjih dvajsetih letih ni bilo smrtnega primera. Poročila o tem so dostopna tudi na evropski agenciji za droge - <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms> . O zmanjševanju nevarnosti lahko govorimo tudi v primeru širjenja HIV in hepatitisov – o izboljšanju situacije so poročali predvsem v Španiji in na Portugalskem, pa tudi v Švici.

V primerjavi z uporabo drog v javnih straniščih, v javnih parkih, pod Zmajskim mostom je varna soba veliko bolj ustrezen in varen prostor za uporabnika, ki si drogo injicira. Zdravstvene posledice, ki jih uporabniki utrpijo zaradi injiciranja drog v naglici, v nesterilnih okoljih ali zaradi nepravilnega injiciranja drog tudi niso zanemarljive (poškodbe tkiv, abscesi, rane, venske tromboze, sepse,...). Poleg tega varna soba prinaša tudi večjo stopnjo varnosti za zdravje ostalega prebivalstva, saj zmanjšuje število odvrgenih (potencialno okuženih) uporabljenih igel na javnih površinah. Z ustrezno organizirano mrežo varnih sob so v tujini (npr. Amsterdam) uspeli doseči, da uporabljenih igel na javnih površinah skorajda več ni.

Če zmanjšamo širjenje nalezljivih bolezni med uporabniki drog, pa s tem vplivamo tudi na zmanjšan prenos bolezni na splošno populacijo, ker ni tako redko, da imajo uporabniki drog intimne odnose z populacijo, ki drog ne uporablja.

V vlogi se obeta tudi sterilnost površin! Na kakšen način in kdo jo bo zagotavljal in preverjal?

Kako se bo ravnalo z uporabljenim priborom, iglami in podobnim?

Posebej za potrebe varne sobe imamo pripravljenih 6 kovinskih pultov iz inox nerjavečega jekla, ki so tudi najbolj primerni za uporabo in vzdrževanje in so standardni del opreme že utečenih projektov v tujini. Rutinski postopki dezinfekcije površin so v celoti načrtovani pred začetkom operiranja varne sobe, po vsaki posamični uporabi konkretne površine ter ob zaključku dela. Delo opravlja zdravstveno osebje. Sredstva za dezinfekcijo (Dezikim AL 7), ki jih uporabljamo že sedaj tudi v dnevnih centrih, bodo seveda še toliko bolj uporabna v varni sobi. Sterilno opremo za injiciranje bo uporabnikom delilo zdravstveno osebje, uporabniki programa pa bodo vse uporabljene pripomočke odložili v zbiralnik za igle (ki jih prejemamo preko NIJZ Koper že za delo v dnevnih centrih in programu zamenjave igel), ki bo pri vsakem pultu posebej. Po uporabi se prazen pult temeljito očisti z dezinfekcijskim sredstvom – to po protokolu opravijo tudi uporabniki drog sami. Za odvoz rabljenega pribora skrbi podjetje, ki je za to usposobljeno, NIJZ Koper ima že podpisano pogodbo s podjetjem, ki že odvažajo rabljen pribor v kontejnerjih iz vseh programov, ki v Sloveniji izdajajo sterilni pribor in zbirajo rabljenega.

Nadzor nad sterilnostjo kot tudi drugimi deli programa pa bo izvajala skupina, ki jo bo s sklepom oblikovalo MZ, kar smo omenili že v odgovoru na prvo vprašanje.

3. Organizatorji varne sobe prevzemajo tudi odgovornost za posledice, ki je nimajo v primerih nenadzorovanega drogiranja v nenadzorovanih okoljih javnih stranišč, parkov in podobno. KME priporoča predvsem Ministrstvu za zdravje, da s pravnimi strokovnjaki natančno preverijo stopnjo svoje odgovornosti v primeru zdravstvenih in drugih zapletov.

Iz dosedaj znanih strokovnih povzetkov znanih praks injiciranja pod nadzorom, nismo še nikjer zasledili, da bi uspešni in utečeni programi varnih sob v tujini nosili odgovornost za posledice, ki je sicer nimajo v primerih nenadzorovanega okolja. Ne nasprotujemo temu, da MZ s pravnimi strokovnjaki preveri stopnjo odgovornosti, po dosedaj znanih informacijah, ki jih je posredovala Lidija Kristančič z MZ, pa so ji izvajalci programov v tujini omenili, da je v primeru zdravstvenih zapletov, ki si jih uporabnik povzroči sam z uporabo droge v varnem prostoru, tudi odgovornost na njegovi strani. Strinjamo se, da pravni vidik zagotovi MZ, na Stigmi smo predvideli, da se uporabnike, ki vstopajo v varno sobo, seznani tudi s tem, da so sami odgovorni za uporabo drog – »Uporaba drog na lastno odgovornost«. V primeru nekih drugih nepopravljivih zdravstvenih zapletov, ki se sicer zgodijo v zdravstveni ustanovi, prav tako odgovornosti ni na zdravstvenem osebju v kolikor so bili vsi postopki opravljeni profesionalno in po protokolu. Kar zadeva morebitno škodo, ki bi jo oseba v intoksiciranem stanju povzročila nekomu drugemu, pa že po analogiji sicer vemo, da odgovornost za npr. osebo, ki v stanju zakonsko prekoračene stopnje alkohola povzroči prometno nesrečo, ne nosi lokal v katerem je pila alkohol. V nekaterih programih v tujini uporabo drog v varni sobi ne dovolijo mladostnim osebam in tudi osebam, za katere se predvideva, da so v alkoholiziranem stanju ali že preveč pod vplivom drog. Tudi v tem delu predvidevamo dogovor z MZ in strokovnjaki v delovni skupini, ki bo skrbela za nadzor projekta glede določil, kdo v varno sobo nima vstopa.

MZ-ju bomo v diskusijo predali tudi priporočilo, da s pravnimi strokovnjaki preverijo stopnjo odgovornosti v primeru zdravstvenih in drugih zapletov (še posebej smrtnih predoziranja) v primeru nenadzorovanega

drogiranja v nenadzorovanih okoljih. In odgovornost odločevalcev, ki bi z uvedbo ukrepov v preteklosti lahko preprečili kakšen smrtni primer npr. v javnih WCjih,...

Ali starši mladoletnih odvisnikov, ki so pod njihovim skrbništvom, lahko v skladu z določili družinskega prava organizatorje tožijo, zakaj so njihovemu otroku dali iglo, namesto, da bi poklicali ali obvestili njih? Ali bodo starši sploh vedeli, da je njihov otrok obiskovalec varne sobe?

Eno od osnovnih izhodišč delovanja nizkopraznih programov zmanjševanja škode je zagotavljanje anonimnosti, ker s tem ne pogojujemo vstopnih pogojev, to pa seveda prav zato, da bi z marginaliziranimi in stigmatiziranimi skupinami kot so uporabniki drog lahko vzpostavili neoviran stik. V primeru stikov z mlajšimi osebami - v okviru sedanjega programa – lahko osebo povabimo na razgovor, da bi v primeru njene odzivnosti poskusili načrtovati dodatne ukrepe pomoči. Nismo pa služba, ki bi lahko avtoritativno terjala osebne podatke in na njihovi podlagi obveščala starše. Vprašanje ali starši vedo, da je njihov otrok obiskovalec varne sobe – z vidika javnega zdravja – ni ključno ali bistveno pomembnejše od vprašanja ali starši sploh vedo, da se njihov otrok drogira in - tudi v primeru, če vedo - v kakšna tveganja se pri tem spušča. Izpostavljamo pomen obstoja ustreznih služb in možnost pravočasnega ukrepanja v kriznih situacijah. V nekem primeru iz tujine je oče otroka, ki je umrl zaradi predoziranja – naknadno prišel do spoznanja, da bi njegov otrok ostal živ, če bi imel možnost biti vključen v program varne sobe pod zdravstvenim nadzorom! Otroku je žal umrl na nekem zapuščenem kraju. Ni pa seveda nastopilo pravniško vprašanje na koga nasloviti odgovornost.

Gledano pragmatično je samo za potrebe pilotske faze možno vzpostaviti tudi sistem nadzora, ki bi temeljil na tem, da nam osebe, ki delujejo mladoletne - dokažejo svojo starost. Tak ukrep bi v pilotski fazi začasno prestavil dilemo o odškodninskih tožbah (o katerih sicer nimamo nobenih podatkov iz nobenih poročil, ki zadevajo varne sobe v Evropi in drugod). V primeru nove epidemije heroína, ki bi znova pritegnila tudi mlajšo populacijo pa seveda tak okvir ne bi bil smiseln z vidika optimalnega doseganja preventivnih učinkov. Glede na podatke, ki jih imamo na Stigmi, se z mladoletnimi uporabniki že nekaj let ne srečujemo. Zato ne vidimo težav, da se mladoletnim uporabnikom prepreči vstop v varno sobo. Seveda z razlago in dilemo, ki ste jo zapisali v vašem mnenju. Bomo pa predlagali MZju, da nadzorna skupina tudi o tem sprejme določene ukrepe.

Kako je s pravno varnostjo v primeru odškodninskih tožb, če bo odvisnik zaradi predoziranja, prepozne ali neustrezne urgentne oskrbe ali drugih nesrečnih okoliščin utrpel poškodbo, okvaro ali celo izgubil življenje? Kdo bo odgovarjal za posledice, če se bodo odvisniki pod vplivom droge sami odpeljali z vozilom? Proučijo naj se še druge pravne okoliščine, ki jih varna soba pogojuje, npr. kako je z odvisniki iz tujine, kritjem stroškov in podobno.

V tem delu bi verjetno lahko prevzeli prakso Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti (CZOPD), ki določa, kako je z odgovornostjo za posledice v primerih nenadzorovanega okolja v primeru substitucijskih programov. Tudi tam namreč osebe v ambulantni prejemajo metadon ali druga substitucijska zdravila, pod vplivom katerih je prepovedana vožnja s kolesom ali avtomobilom in se zatem prav tako lahko nenadzorovano odpeljejo z vozilom. Predlagamo, da zato nadzorna skupina MZ za varne sobe potrdi enak protokol kot ga ima CZOPD.

Glede pravnih vprašanj predlagamo, da te zadeve uredi MZ in skupina strokovnjakov, ki bo skrbela za nadzor programa. Kot smo že zapisali, v tujini ne poznajo primerov, da bi organizacija izplačevala odškodninske tožbe.

Uporabniki v varni sobi droge uporabljajo na lastno odgovornost in s tem bodo seznanjeni pred vstopom. Pri implementaciji varnih sob je bila vedno prioriteta skrb za javno zdravje - zmanjšanje števila smrtnih predoziranja in virusnih okužb. Zakonske spremembe za uvajanje varnih sob pa so nastajale na podlagi različnih pobud; od strani civilne sfere s podporo strokovne javnosti, drugje, npr. v Švici kar s strani oblasti, v Nemčiji npr. pa je razpravo in predlog za implementacijo varnih sobah zahtevala kar policija. Tam tudi – poleg ostalih držav - varne sobe že dolgo časa uspešno delujejo.

Ko smo si ogledali programe v Švici (Zurich, Basel), so njihovi predstavniki povedali, da imajo v varno sobo vstop samo prebivalci mesta in državljani Švice – ker tako zahteva financer, v njihovem primeru mesto, kanton ali država. Uporabniki se morajo identificirati z osebnim dokumentom, vendar osebnih podatkov v programu ne zabeležijo – uporabnikom zagotavljajo anonimnost. So pa predstavniki povedali, da z domačini ni težav, uporabe drog na ulici skoraj ni. Zaznavajo pa težave z uporabo drog na ulici, ki je povezana z uporabniki, ki prihajajo iz drugih držav (konkretno iz Rusije, tudi Nemčije in Francije). Ker nimajo vstopa v varno sobo, droge uporabljajo na ulici in na javnih mestih, kar pa povečuje tveganja za javno zdravje.

4. V interesu varnega delovanja varne sobe je tudi vsaj osnovni sistem kakovosti, ki bo zagotavljal preglednost posamičnih postopkov, omogočal izboljšave, zmanjševal možnosti različnih zapletov in zagotavljal večjo varnost organizatorjem in odvisnikom. KME v vlogi pogreša natančnejšo predstavitev kazalnikov, vsebine vprašalnikov, sklenjenih dogovorov in vsaj osnovni načrt raziskave, o kateri je v vlogi govora. S tega stališča KME ocenjuje vlogo kot nepopolno in priporoča organizatorjem, da poleg urgentnega protokola, evalvacijskih vprašalnikov in manjkajočih dokazil, pripravijo še opis standardnih postopkov, ki bodo usklajeni s sodobnimi načeli varovanja zdravja, socialnih vrednot in dostojanstva odvisnikov.

Sistem kakovosti je vzpostavljen z internimi pravili obnašanja v varni sobi, ki ima več zahtev od običajnega hišnega reda v dnevnem centru. Poudarek je na zagotavljanju varnosti z uporabo čistih površin in pripomočkov, nemotečega miljeja - komunikacija med uporabniki ni dovoljena, kakršnokoli dogovarjanje ali izmenjava drog (deljenje česarkoli - na licu mesta - ne pride v poštev) ravno tako ne. Varnost zagotavlja tudi zadosten časovni okvir, tako, da uporabniki niso pod stresom, da morajo končati na hitro. Vsa komunikacija temelji samo na relaciji med posameznimi uporabniki in zdravstvenim osebjem in se nanaša na pravilnost tehnike injiciranja, izbire in pomoči pri iskanju novih anatomskih mest in s tem izogibanju poškodb in kolabiranju ven. Poudarek je na zdravstvenem svetovanju in informiranju. Prav tako seveda z asistenco in protokolom pri morebitnih zapletih s predoziranjem. Varne sobe rešujejo življenja prav s tem, da se v teh primerih reagira takoj, strokovno in na licu mesta.

Vprašalniki so že pripravljeni v sodelovanju z dr. Ines Kvaternik (zaposlena na NIJZ Koper) in bodo prirejeni za pilotsko fazo z ozirom na okoliščine delovanja - lokacijo operiranja ter časovni obseg. V prvi fazi smo pripravili in izvedli raziskavo (november 2015), v kateri smo ugotavljali trenutno stanje in potrebe uporabnikov. Ugotovljeno je bilo, da več kot polovica uporabnikov droge injicira na javnih mestih – Wcijh, parkih, v lokalih, zapuščenih hišah. Ugotovljeno je bilo, da to počnejo tvegano in da že zaradi lokacije uporabe drog ne morejo

zagotoviti vseh sterilnih pogojev. Ta vprašalnik se lahko ponovi za potrebe evalvacije, z namenom, da se ugotavlja splošna korist varnih sob – v tujini so to že ugotovili, varne sobe dokazano delujejo. Drugi del raziskave, ki ga načrtujemo, pa je izvedba evalvacijskega vprašalnika, ki se bo izvajal na vsakem posameznem uporabniku. S tem vprašalnikom se bo spremljalo vedenje posameznika. Nabor kazalnikov v tem primeru bo način uporabe drog, tveganja, ki se jih uporabniki zavedajo, ali uporabljajo sterilni pribor, ali izmenjujejo ta pribor. Evalvacijski vprašalnik je lahko prilagojen tudi temu, da sledi spremembam v celotni populaciji uporabnikov in celo spremembam na sceni drog, kot tudi v lokalni skupnosti. Vendar se za ta del vprašalnika še ne moremo odločiti – vsaj v pilotski fazi ne – ker bi spremembo v celotni skupini in lokalni skupnosti zaznali šele v primeru, ko bi bila varna soba odprta cel dan, tudi preko vikendov in na večih lokacijah. V pilotski fazi pa je glede na finančno podporo MZ izvedljivo le odprte varne sobe na eni lokaciji, 6 ur dnevno med delavniki. V prvi raziskavi smo ugotovili, da uporabniki droge uporabljajo preko celega dneva, tudi ponoči in preko vikendov. Doseganje nekaterih ciljev je torej odvisno predvsem od lokacije in časovnega obsega delovanja, s tem v zvezi tudi nabor in količina podatkov. V vsakem primeru pa bodo vsebovali spremljanje kakovosti programa, tj. upoštevanje kazalcev spreminjanja tveganega vedenja in zmanjšanje dejavnikov tveganja pri uporabnikih, analizo odziva uporabnikov in s tem beleženje kvalitativnih vsebin, ki zadevajo prvo uvajanje tovrstnega programa v našem prostoru. Osnovni načrt torej zajema vsebino konkretnega protokola: sistem vstopanja v prostor z najavo po vrstnem redu, odlaganje osebne prtljage pred varno sobo, obvezno umivanje rok in dezinfekcije mesta injiciranja, upoštevanje hišnega reda v varni sobi. Po uporabi varne sobe imajo uporabniki nadaljnjo možnost, da se še zadržijo v dnevnem centru, kjer se lahko umirijo in so še naprej v okrilju varnega prostora (zdravstveno osebje je v bližini). Doseganje ciljev kot je drastično zmanjšanje števila odvrgenih igel v Ljubljani, je načeloma možno šele z umeščenostjo sobe v center dogajanja na sceni drog, ter s celodnevним operiranjem varne sobe na več lokacijah. To posebej poudarjamo zaradi pravilne interpretacije doseganja možnih ciljev v okviru pilotskega projekta.

Glede »dostojanstva odvisnikov« lahko rečemo, da ga bodo imeli šele takrat, ko jim bo z vidika zdravstvene opore nudena možnost uporabe drog v nadzorovanem in sterilnem okolju v nasprotju s sedanjim stanjem, ko ljudje injicirajo na zapuščenih krajih, kjer kuhajo solucijo droge v stari, odrezani pločevinki piva, na površini, ki je polna urina, fekalij, odvrgenih igel in ostalih infektivnih materialov. »Dostojanstvo odvisnikov« je na žalost še zmerom samo skrajni zdravstveni in socialni rob njihovega »gverilskega preživetja«. Z uvedbo varne sobe ga sigurno ne bodo izgubili, temveč šele pridobili. Kazalnik uspeha bo torej vsaka pozitivna sprememba – uporabljanje sterilnih pripomočkov (igle, razkužila, alkoholni robčki, sterilna voda, kuhalniki, sterilna površina,...). Na daljši rok pa se lahko spremljajo tudi zdravstvene težave, predoziranja in drugi zdravstveni zapleti, ki so se v podobnih programih v tujini zmanjšali. Kot rečeno – če bo varna soba nekoč delovala vsak dan in preko celega dneva in na več lokacijah v Ljubljani, šele takrat pa bomo lahko merili učinek tudi na celotno populacijo in lokalno skupnost.

5. *Varna soba ne more delovati brez podatkov. Kateri podatki se bodo zbirali, v kakšni obliki, kaj se bo hranilo, kaj ne. KME priporoča, da se to vprašanje razreši skupaj z Uradom informacijskega pooblaščenca in da se upoštevajo načela varovanja osebnih podatkov v zdravstvu. Ali je podatke možno obravnavati kot zdravstvene, čeprav se program izvaja v nevladni in ne v zdravstveni organizaciji?*

Osnovne podatke, ki jih zbiramo v skladu z okvirom zagotavljanja anonimnosti v dnevni centrih, bomo kot model uporabljali tudi v okviru varne sobe. Identiteta oseb v programu ne vsebuje njihovih osebnih podatkov. V zvezi s tem ni bilo nobenih težav pri naših financierjih – MDDSZ, MOL, niti s Socialno inšpekcijo, še več – glavni socialni inšpektor je mnenja, da bi se z zbiranjem osebnih podatkov uporabnikov izgubil osnovni namen programov zmanjševanja škode. Njihovo evidenco vodimo v primeru vseh tistih postopkov, ki imajo značaj protokola in obravnave (sedaj evidenčni listi programa zamenjave igel in terenskega dela). Osebe kot posamezniki so evidentirani s principom govoreče šifre, ki vsebuje 1. in 3. črko imena, 3. in zadnjo črko priimka, oznaka za spol (M/Ž) ter mesec in leto rojstva. Stigmina šifra je bila že v 90.letih s strani tujih strokovnjakov (Lindesmith Center) predlagana kot model zbiranja osnovnih podatkov v programih zmanjševanja škode, pri nas pa je njeno statistično verifikacijo preveril in potrdil dr. Nino Rode s Fakultete za socialno delo.

Na tej osnovi bo jasna evidenca števila vključenih oseb, številčno razmerje med spoloma, lahko dodamo tudi to, da je preko Stigmine šifre možno v okviru evalvacije spremljati posameznega uporabnika in spremembe v njegovem vedenju. Podatki pridobljeni s strani Društva Stigma se že sedaj vsa leta vključujejo tudi v baze podatkov za nacionalna poročila NIJZ, ter vsekakor so tudi zdravstveni podatki. Res pa je, da so to podatki, ki temeljijo na mnenjih uporabnikov in ne podatki, ki bi temeljili na preiskavah ali mnenjih zdravnikov. Izredno pomemben podatek, ki se zbira tudi v programih v tujini, je vrsta droge, ki jo uporabnik želi uporabiti v varni sobi – ponovno z vidika javnega zdravja – torej z namenom, da zaposleno zdravstveno osebje ve, na kakšen način odreagirati v primeru komplikacij.

Katere podatke je možno uporabljati v sistemu zdravstva – na ta odgovor mora po našem mnenju odgovoriti MZ in delovna skupina za nadzor. Kot smo zapisali že v eni od prejšnjih točk, je delovanje zdravstvenega osebja v nevladni organizaciji precej omejeno. Zato je tudi v tem primeru potrebno določiti konkretne kompetence.

6. Ali bodo odvisniki v varni sobi poleg nadzorovanega okolja in sterilnega pribora imeli tudi možnost pogovora s strokovno usposobljenimi delavci in možnost dogovora za zdravljenje v ustreznih strokovnih ustanovah ali za zdravljenje pri usposobljenih strokovnjakih?

V okviru programa Stigme je nudenje informacij o drugih službah ter motivacijskega svetovanja glede vključevanje v zdravljenje prisotno že sedaj kot običajen del programa, tako da to možnost odvisniki že vseskozi imajo. Prav tako je odprta in že predlagana možnost, (v pripravljalni fazi delovanja delovne skupine za nadzor) da se v program v določenih časovnih okvirih vključujejo tudi strokovnjaki iz drugih služb (predstavniki CZOPD, s katerimi smo v preteklosti tudi že sodelovali,..). Konkretnější načrt vključevanja ostalih strokovnjakov delovne skupine za nadzor bo podan na podlagi konkretnih dogovorov v nadaljevanju in pomeni sodelovanje na podlagi skupnostnega pristopa, ki je ena od temeljnih značilnosti projekta.

Glede na izkušnje iz tujine smo tudi v Stigmi predlagali varno sobo, ki bi bila lokacijsko in prostorsko povezana z dnevnim centrom. Na ta način so uporabniki v stiku tako z zdravstvenim osebjem, pa tudi s socialnimi delavci v dnevnem centru. V večini programov v tujini je to enovit program, v katerem se izvajajo tako zdravstveno preventivne kot tudi socialnovarstvene aktivnosti. Na tak način je uporabnikom drog omogočena možnost bolj kakovostne in celostne obravnave.

Borut Bah, koordinator projekta

Poslano:

- Komisija za medicinsko etiko, g. Žakelj
- Ministrstvo za zdravje, Lidija Kristančič, skrbnica pogodbe

7.3 INTERVJUJI

Ljubljana, 14.4.2017

Ana: »Mi za začetek poveš nekaj malega o sebi.«

Manca: »Sem Manca Počivavšek Janhar, rojena 1990, študentka Pravne fakultete UL, na Taboru živim že od otroštva, do 23 leta sem tu živela s starši, po tem pa z bratom in sestro. Živim v manjšem bloku, v katerem se stanovalci večinoma poznamo, v večini stanovanj živijo družine že več generacij.«

Ana: »Kakšno je tvoje osebno mnenje o uživalcih drog?«

Manca: »Uživalci drog se mi zelo smilijo. V vseh teh letih opazovanja si nekatere obraze zapomniš. Vidiš jih na začetku, ko pridejo in izgledajo še relativno zdravi, čez nekaj let pa se jim obraz in telo popolnoma spremeni, postara, vidiš jih kako propadajo. Shujšajo, pobledijo. Nekoč sem videla, kako so se skregali zaradi denarja. Zelo glasno so se kregali, zato sem prisluhnila in poskušala ugotoviti glede kakšne vsote se je vredno tako kregati. No, na koncu sem ugotovila. Šlo je za 2 eura. To je zelo žalostno opazovati. Mislim, da velika večina sosedov razmišlja podobno. A hkrati jih razumem, da jim gredo tudi na živce.«

Ana: »Kakšna je po tvojem mnenju najbolj pogosta stigma povezana z uživalci droge?«

Manca: »Mislim, da je največja stigma to, da večina ljudi misli, da jim bodo storili kaj slabega. Da jih bodo napadli, zahtevali od njih denar. Mislim, da se uživalci drog v veliki večini primerov sploh ne ukvarjajo z nami, od nas ponavadi, razen nekaj drobiža ne zahtevajo ničesar in je zato ta stigma popolnoma nepotrebna. Res pa je, da zna biti srečanje kdaj neprijetno zaradi njihove nepredvidljivosti in nekontrolirane glasnosti.«

Ana: »Kdaj ste prebivalci tabora prvič začeli opazovati uživalce droge v večjih skupinah?«

Manca: »Uživalce drog sem začela opazovati že kot otrok. Točno kdaj se ne spomnim, pri 10 letih pa smo vsi otroci z "dvorišča" dobro vedeli, kako zgleda narkomanska igla. Je pa bilo takrat bolj znosno. Počasi jih je bilo vsako leto več tu naokoli. Moja mama je rekla, da če bi bila jaz danes otrok, mi ne bi več dovolila, da se sama igram zunaj. Se pa je lansko leto, aprila 2016 situacija drastično poslabšala. Od takrat naprej se uživalci drog zbirajo v Parku Tabor. Zbirajo se v večjih skupinah (naenkrat jih je bilo po mojih ocenah več kot 60). Razlog za tako odkrito zbiranje naj bi bilo dejstvo, da so jih pregnali iz njihovega dotedanjega zbirališča. To je bilo nasproti zdravstvenega doma Metelkova, zapuščene garaže. Prej so bili tam, potem pa so se preselili v Park Tabor. »

Ana: »Kje in koliko časa ste jih dnevno opažali?«

Manca: »Uživalce drog smo opažali zlasti dopoldne, po celem Taboru. Od aprila 2016 so v Parku Tabor, v okolici Mercatorja na Ilirski, Kotnikovi, Slomškovi... večinoma pa so bili v parku celo dopoldne. V skupinah se nenehno premikajo od trgovine do parka. 4) V vsem tem času se jih že navadiš. Ko človek pogleda skozi okno, si morda res želi drugačnega razgleda, kot skupino narkomanov, ki se krega. Tudi samo injiciranje heroina sem že videla. Neprijetno je zlasti to, da v parku na koncu ostanejo kupi odpadkov, kot so npr. igle, škatlice tablet, pločevinke piva. Park resnično ni primeren kraj za njih, ker ni poskrbljeno niti za njihovo higieno. V grmovju namreč opravljajo tudi malo in veliko potrebo (glede tega se mi je pritožila soseda).«

Ana: »Si videvala veliko igel, kako si se počutila ob tem?«

Manca: »Ja igle sem videvala. Videla sem tudi kako si pod mojim oknom človek injicira heroin. Težko je, ker si ne upaš osebe opozoriti, da to res ni primeren kraj za takšno početje. Včasih si mislim, kako lepo otroško igrišče imamo, na katerem se otroci praktično ne igrajo več. No vsaj ne sami. Res, uživalci drog v večini primerov niso nasilni, problem so igle.«

Ana: »So bili v stiku z uživalci kakšni problemi - poznaš kakšen konkreten primer?«

Manca: »Načeloma res hudih problemov z odvisneži ni, so samo nevšečnosti. Prebivalci mojega bloka smo se nanje že navadili in vemo, da se v večini primerov niti ne zmenijo za nas. Je pa problem za vse obiskovalce četrti, ki niso navajeni. Ti so ponavadi kar šokirani. Jaz osebno se v večini primerov ne bojim, vendar pa se je že zgodilo, da sem raje v stanovanju počakala nekaj časa, da je odvisnik šel mimo (ponavadi gre za kakšne zelo glasne grožnje). Že pred kar nekaj leti pa se je zgodil zelo neljub dogodek, ker je sredi noči neki odvisnež zgrešil vhod (v sosednjem vhodu mojega bloka živi tudi preprodajalec drog), tako da je razbil vhodna vrata in pa tudi vhodna vrata stanovanja neke starejše gospe. To je kar dobro prestrašilo prebivalce bloka.«

Ana: »Kaj pravijo na situacijo ostali prebivalci tvojega okoliša?«

Manca: »Prebivalci mojega okoliša so bili po mojem mnenju zelo dolgo tolerantni, od lanskega leta pa jih je potrpljenje minilo. Vsega je bilo preveč. Nekaj časa je bila tema pogovora med sosedi praktično samo to, kaj storiti, da se situacija izboljša. Sosedje so se bali, da se bo povečalo število kraj. V bližini je tudi dom za starejše občane. Verjamem, da starejšim, ranljivim skupinam ni najbolj prijetno hoditi mimo odvisnežev, četudi ti v večini primerov niso nevarni. Ker nikoli ne veš v kakšnem stanju so.«

Ana: »Ste se v skupnosti pogovarjali o možnih rešitvah?«

Manca: »S stanovalci bloka smo se pogovarjali o možnih rešitvah. Sosedje so pogosteje klicali policijo, ta je zagotavljala, da četrt redno obiskujejo policisti v civilu. Je pa razumljivo, da jim policija brez razloga ne more omejevati gibanja. Noben od stanovalcev ni dal nobenega konkretnega predloga. Želeli so le, da mesto ukrepa

kakor ve in zna, da se doseže vsaj stanje, kakršno je bilo pred aprilom 2016. Torej stanje, kakršno je bilo preden so uživalce drog pregnali iz garaž na Metelkovi.«

Ana: »Ali poznaš koncept varnih sob in kakšen se ti zdi?«

Manca: »Koncept varnih sob poznam bežno. Predstavljam si, da gre za sobe, kjer odvisnežem nudijo ustrezne pogoje za kar se da varno uživanje drog. Koncept se mi zdi dober, je v korist tako okolici kot uživalcem drog.«

Ana: »Misliš da bi bile varne sobe rešitev za problematiko uživalcev v vaši okolici?«

Manca: »Jaz menim, da bi bile varne sobe dobra rešitev za mojo okolico. Mislim, da odvisneži potrebujejo prostor kamor se lahko umaknejo. To je dobro pokazal tudi taborski primer, namreč takoj, ko so jih pregnali iz zapuščenih garaž, so se naselili v park in je problem resnično postal velik. Celotna podoba Tabora kot četrti se je spremenila. Če pa jim mesto omogoči celo higiensko ustrezno mesto, še toliko bolje.«

Ana: »Kakšne imaš pomisleke glede varne sobe če bi obstajala?«

Manca: »Jaz osebno nimam pomislekov proti varnim sobam, res pa je, da koncepta ne poznam dovolj dobro. Si pa predstavljam, da bi zagotovo mnogo ljudi najprej pomislilo na "zapravljanje davkoplačevalskega denarja za narkomane.«

Ana: »Kaj misliš da bi o varni sobi rekli ostali v tvoji skupnosti?«

Manca: »Mislim, da bi v moji skupnosti projekt podprli. Verjamem, da bi ljudje z veseljem sprejeli kakršnokoli rešitev, ki bi vsaj malo ublažila stanje.

Torej, da drog ne bi konzumirali v parku, vsem na očeh, da se ne bi več v takšnem številu zbirali v parku... Če bi varne sobe to lahko vsaj omejile, mislim, da ne bi našla soseda, ki bi uvedbi varnih sob nasprotoval.«

Ana: »Misliš da bi vaša skupnost večini podprla projekt ko bi šlo »za res?«

Manca: »Ko bi šlo za res, verjamem, da bi moja skupnost podprla projekt, saj si zelo želijo spremembe. Menim, da bi o koristnosti projekta bilo težje prepričati ljudi, ki se s problemom zbiranja odvisnežev ne srečujejo vsak dan. Ti ponavadi takšnim projektom očitajo, da gre le za porabljanje davkoplačevalskega denarja. Na Taboru prebivalci vemo, da drugače, kot da jih nekam preusmerimo, pač ne gre.«

Ljubljana, 28.4.2017

Ana: »Najprej me zanima, če mi lahko poveš malo o sebi.«

F: »Star sem 45 let in doma iz Ljubljane in imam dva najstniška otroka. Sem abstinent od alkohola že 12 let. Sedaj sem zaposlen kot dnevni spremljevalec otrok z motnjami v duševnem razvoju. Pred tem, kakšna 3 leta

nazaj, pa sem bil »laični« sodelavec v terapevtski skupnosti zasvojenih s prepovedanimi drogami, s pridruženno motnjo v duševnem zdravju, to pomeni, da so bili pri nas odvisniki, ki so obenem jemali tudi legalne droge.

Ana: »Mi lahko poveš malo o tem programu?«

F: »Program spada pod Slovenski Karitas, kot eden od oddelkov. Program je namenjen odvisnikom, ki imajo ob odvisnosti tudi težave z duševnim zdravjem. Kar pomeni, da so ob vstopu v komunu poleg nelegalnih substanc odvisni prav tako od legalnih substanc, torej tablet, kot so pomirjevala, antidepresivi, uspavala, itd.

Program traja 3 leta in je zaprtega tipa. To pomeni, da udeleženci programa vsa 3 leta bivajo v okviru komune. Izhodi so od začetka prepovedani, kasneje pa kontrolirani. Režim je zelo strog, vendar je prilagojen potrebam posameznika. Delavnik je sestavljen in delavne terapije, ki obsega delo na vrtu, prenavljanje hiše... V bistvu so jim uporabniki prenavljali okolico, garali so kot nori. Seveda niso dobili nobenega plačila. Lahko bi rekli, da je šlo v neki meri za izkoriščanje uporabnikov. Princip je bil, da mora biti dan čim bolj strukturiran, razdeljen na več delov. Uporabniki pa so bili zelo različnih starosti, od 20- 40. Moški in ženske niso bili ločeni.«

Ana: »Kako pa se je prišlo v program?«

F: »V program so jih večinoma prijavili starši, ki so bili na robu obupa. Lahko bi rekli, da je to zadnja faza, ko človek ne ve več kaj bi storil. Ponavadi so bili uporabniki v velikem konfliktu s starši, saj so jim pred tem doma ukradli zlatnino, aparate... Nekateri so prišli v program iz drugih komun... Program je seveda plačljiv.«

Ana: »Kako pa si začel ti delati v tem programu?«

F: »Najprej sem delal kot prostovoljec, to je trajalo kakšna dva meseca. Potem pa so videli, da me imajo uporabniki zelo radi in da sem zanesljiv in so me vzeli honorarno za 1 leto in kasneje so me zaposlili redno za 3 leta. Zaposlen sem bil pa kot laični delavec, tako se je reklo.«

Ana: »Kako pa je bil program organiziran?«

F: »Program je bil organiziran drugače kar dobro, če odštejemo pretirano delo. Vendar strokovni delavci, po mojem mnenju, niso bili niti dovolj izobraženi, niti človeški. Naj navedem primer terapije s starši, ki jo je vodila neka mlada punca, ki je ravno končala fakulteto za socialno delo, brez kakršnih koli izkušenj torej. Potem pa je ona predavala staršem, kje so se zmotili, kaj vse bi lahko naredili, svojih otrok pa še sploh nima, kaj šele, da bi kdaj poskusila kakšno drogo ali poznala kakšnega uporabnika osebno. Dan pa je drugače organiziran tako: vstaja se ob 6.30, zjutraj nujno zajtrk, vedno je bilo pravilo, da se poje vse kar je na krožniku. Po zajtrku se razdeli cigarete in tablete. Potem so bile jutranje skupine, kjer smo brali dnevnike. Potem pa je sledila rekreacija in fizično delo.»

Ana: »So ti uporabniki povedali zakaj so začeli z drogo?«

F: »Pri nas sta bila dva profila ljudi. Eni so začeli z drogo iz čistega dolgčasa, drugi pa so imeli v ozadju zelo težke socialne zgodbe, posledično psihične težave, ki so vodile v uporabo droge. Te iz dolgčasa, so bili velikokrat iz kakšnih manjših krajev ali pa blokovskih naselji, kjer za mlade ni bilo urejene nobene interakcije, nobenih prostorov za druženje, nobenih dejavnosti, koncertov...skratka nič organiziranega. Ponavadi so bili starši zelo zaposleni in tako so se mladi dolgočasili in eksperimentirali z različnimi substancami. Eksperimentiranje pa po mojem mnenju zelo hitro vodi v odvisnost, kadar človek nima ničesar drugega, kar bi ga zanimalo ali v čemer bi našel strast.

Potem pa so taki, za katere bi lahko rekli, da so jih težave pripeljale v drogo. Doma so imeli grozne razmere (zloraba, pretepanje, huda revščina, alkoholizem), zato jim je bila droga kot nekakšen pobeg v drug svet. Torej nekateri, ker jim je bila realnost dolgočasna in drugi, ker jim je bila preveč moreča.«

Ana: »Kakšen je tvoj pogled na odvisnost?«

F: »Odvisnost je kronična bolezen, katere edino zdravilo je abstinenca. Kronična pomeni, da se vedno vračaš. Kadar prestopiš Rubikon, si vedno v pasti, zato je čista abstinenca zelo pomembna. Poglej, jaz sem »mojim« velikokrat govoril, da če so pod vplivom tablet, jim ne zaupam niti denarnice, ko pa so trezni, bi jim dal še svojega sina v varstvo.«

Ana: »Se spomniš kakšne negativne zgodbe v povezavi s programom?«

F: »Spomnim se enega dogodka. Uporabnikom so nalagali različno delo. Enkrat (takrat mene ravno ni bilo v službi, drugače bi se odločno uprl proti tovrstni nalogi), so jim dali za nalogo, da očistijo cerkveno klet v bližnji fari. Seveda pa vsi vemo, da so kleti, še posebej cerkvene in v ruralnem okolju, polne sodčkov in steklenic alkohola. Zato je bilo res nespametno od njih, da so dali ljudem, ki se zdravijo odvisnosti, na voljo tako klet. Notri so jih cel dan pustili same. Seveda so se vsi napili. Eden od njih pa se je napil in zaradi dodatka tablet zaspal na kolenih, ter v takem položaju spal 16 ur. Seveda je imel revež, ko se je prebudil, čisto deformirane noge. Oni pa so ga brez milosti, natančneje neka mlada socialna delavka, vrgli iz komune. Dobesedno nagnali so ga ven na mraz, zunaj je bil minus. Kasneje sem ga jaz peljal v bolnico, kjer je imel revež čisto krvave noge. Na žalost ne vem kaj se je kasneje zgodilo z njim. No, to je primer, kjer mislim da so ravnali strokovni delavci zelo slabo, nehumano in predvsem ne profesionalno. Saj vsi vemo, da če se človek zdravi odvisnosti, ne sme priti v stik z nikakršno substanco, dokler ni dovolj močan, da se je ozdravi.«

Ana: »Mi lahko poveš kakšna je največja stigma, ki jo imajo ljudje o uporabnikih droge?«

F: »Predvsem mišljenje, da so si krivi sami, da so kjer so in, da bi lahko z odvisnostjo takoj prenehali, če bi to zares hoteli. Pa recimo, enačenje narkomanov s kriminalom. Ja, saj se ukvarjajo s kriminalom. Ampak gre ponavadi za manjše tatvine, veliko manjše kot to počne polovica vodilnih na položaju naše države. Mislim, da so narkomani »the lowest«, torej za ljudi najnižja sfera, še slabše kot alkoholiki. Sploh pa pri nas kje je alkohol družbeno sprejemljiv.«

Ana: »Kako pa misliš, da bi se lahko spremenilo javno mnenje?«

F: »Tako kot pri vsaki stvari - z izobraževanjem ljudi. Saj veš, nevednost je mati sovražnosti.

Pri nas je droga še vedno velik tabu. Ljudje nočejo o njej govoriti in nočejo opaziti uporabnikov, oziroma jim dati priznanja, da so tudi oni ljudje. Ko pa jih spoznaš, ti prirastejo k srcu, seveda ne vsi. Povsod so slabi in dobri, med uporabniki drog, med begunci, med zaporniki in že med nami, ta »normalnimi«. Zato mislim da bi bilo najpomembneje ljudi izobraziti. Na ulični in na občni ravni.«

Ana: »Kako bi pa to, po tvoje, lahko dosegli?«

F: »Kar se tiče ulične ravni, mislim da bi mogle organizacije, ki se ukvarjajo s tem, imeti kakšne koncerte, hoditi med mlade, imeti razstave.

Kar se tiče širše ravni, pa so tukaj najbolj pomembni mediji. Večina njihovih zgodb o drogah je vedno pompozno negativnih, prikažejo samo slabe stvari. Oni bi lahko, na splošno, za taka marginalna področja, naredili veliko več kot v resnici naredijo.

Za primer ti lahko povem, kako je bilo z našimi selitvami. Naša organizacija se je v času, ko sem delal tam, selila kar štiri krat, v nove prostore za bivanje. Vsakič, ko smo kam prišli na novo, je bil med domačini, oziroma okoliškimi prebivalci, problem. Bili so proti, da se prostori tam vzpostavijo, bili so sovražni in prestrašeni. Vse dokler niso spoznali naših uporabnikov, ki so jim z veseljem priskočili vedno na pomoč. Gospe brez moža so nasekali drva za celo zimo, spet drugič so prebarvali fasado vaške šole, pomagali pri košenju njive. Na koncu so bili vsakič, ko smo odhajali, vaščani žalostni. Iz tega primera se lepo vidi, kako je treba samo narediti preskok v glavi in ljudi spoznati. Vendar je osnova mentorjev, naša naloga, da jih predstavimo, da jih vključimo in jih uvedemo.«

Ana: »Kakšno pa je tvoje mnenje o varnih sobah za injiciranje droge?«

F: »Mislim, da je dober koncept. Bojim pa se kako bi nanj reagirala družba in pa tudi policija. Da se ne bi zgodilo, da je varna soba samo neka scena za pregon in nadzor. V primeru, da bi zaživela, mislim da bi bilo dobro, da bi policaji hodili okrog, da bi uporabnike osveščali, da se tam lahko varno »zadanejo« in s svojimi odvrženimi iglami ne ogrožajo okolice. Vendar so to dolgi koraki. Morala bi se tudi urediti zakonodaja, recimo zakon o varnih sobah. Na splošno pa verjamem, da bi s tem lahko preprečili marsikatero okužbo in predvsem predoziranja. Varne sobe so koristne za njih in za nas.«

Ana: »Kakšno je tvoje mnenje glede ostalih kadrov, politike, ki se ukvarja s področjem droge (policaji, zdravstveni delavci...)?«

F: »Mislim, da imamo kar represivno politiko. Naše finance gredo za bedarije kot so vodni topovi. Tudi uporabniki našega programa so imeli s policijo predvsem negativne izkušnje. Pa ne samo v povezavi z nasiljem, predvsem z načinom komuniciranja in kako policaji gledajo na njih, poleg tega pa so imeli precej slabe izkušnje z zdravstvenimi delavci, še posebej na metadonskih programih. Se mi zdi, da tudi med policaji in zdravstvenim

osebjem še vedno obstaja neka močna stigma in gledajo na te ljudi kot na narkomane, na kriminalce. In ne kot na bolnike in žrtve, kar v resnici tudi so.

Mislim da bi bilo neke zakone glede droge, recimo točke, ki urejajo samo posedovanje, malo modernizirati, spremeniti. Obstajati bi moral bol celostni sistem in sodelovanje med samimi akterji na področju droge. Med društvi, ministrstvi, policijo, socialnimi delavci. Vsi bi mogli posedovati neko skupno znanje in biti kasneje specializirani za svoja področja.«

Ljubljana, 6.4.2017

Sogovornik: Borut

Ana: »Mi lahko za začetek poveš malo o sebi in kako si začel delati na tem področju.«

Borut: »Po izobrazbi sem socialni delavec. Na področje droge pa sem v bistvu prišel nekako po naključju. Vendar sem čutil, da mi je to področje blizu, ker sem tudi sam v mladosti hodil po tej sceni, »žuriral« in srečeval te ljudi in so mi bili blizu. Ko sem kasneje o tem razmišljal sem vedno imel občutek, da sem bil eden tistih »kritičnih«, ki bi lahko v času šolanja na srednji šoli »zabluzil«. Na srečo sem imel družbo, ki dlje od trave ni prišla. Ne znam pa ti povedati, kaj bi se zgodilo, če bi poizkusili kaj tršega. Zase, tak kakršen sem bil takrat, mislim, da bi poizkusil.

Ana: »Kdaj pa si začel delati na Stigmi?«

Borut: »Najprej kot prostovoljec leta 1995, kasneje pa sem ostal, se zaposlil in se držal tega področja, od tega je sedaj že 20 let. Začelo pa se je, ko sva s sodelavko delala terenski projekt o uporabnikih drog. Del projekta je bil tudi prijava na razpis Mestne občine Ljubljana (MOL), da je Stigma dobila potrebni denar. Ko sva pisala projekt se je oblikovala in širila ideja. Začeli so se odpirati dnevni centri in tako smo se začeli z zadevo ukvarjati profesionalno. «

Ana: »Kakšno misliš je javno mnenje o uživalcih droge?«

Borut: »Glavno mnenje oz. stereotip je, da vsi, ki začnejo s travo končajo na igli. Osebno mislim, da so taki primeri v manjšini. Seveda so vsi, ki so kdaj poizkusili heroin, prej poizkusili tudi travo. To je nekako logično. Ampak ogromno je takih, ki so poizkusili travo in ne heroina. Ta mali stereotip je samo vrh gore. Obstaja tudi veliko ljudi, ki s heroinom eksperimentira in živi nekakšno »normalno« življenje. Slovenska družba je drogam izrazito nenaklonjena, čeprav je alkohol močno vpet v našo kulturo.«

Ana: »Kakšna je prevladujoča stigma o uživalcih drog?«

Borut: »Znan predsodek je, da so vsi uživalci povezani s kriminalom. Pa ni tako. Veliko teh, ki prihajajo na Stigmo, delajo predvsem majhne prekrške, kot so posedovanje, manjše preprodaje. Druga stvar je, da ljudje odvisnike od heroina povezujejo z nasiljem. Heroin je opiat, zato ljudje, ki so pod vplivom heroina ponavadi kinkajo in so mirni. Problem je če nastopi kriza, pa seveda tisti pri katerih se razvije močna odvisnost. Takrat kdo od njih kaj ukrade, vendar so to manjše kraje.«

Ana: »Kaj vidiš kot največjo nevarnost pri injiciranju droge?«

Borut: »Prvo je prevelik odmerek (overdose), potem so tveganja povezana z mikrobnimi okužbami, jemanje na javnem mestu in tveganje poškodbe zaradi naglice.«

Ana: »Zakaj pride do prevelikega odmerka (overdose)? «

Borut: »Eden od problemov je nečist heroin. Velikokrat ga mešajo celo s strihninom, ki pa je resnično nevaren. Človeku lahko razžre telo, uniči ga. Mešajo pa ga z razlogom, ker omogoča podoben »flash« kot heroin. Leta 1990, ko je bil heroin na tržišču najbolj čist, je lahko flash držal tudi uro, dve. Sedaj pa je tako namešan, da je učinek dolg samo še kakšnih 15 minut. Strihnin pa "zaflašira" za minuto. Ljudje nima dovolj znanja, zato mešajo droge in mislijo da je vse enako.«

Ana: » Mi lahko za začetek poveš kako ste se kot društvo Stigma spoznali s konceptom varnih sob in kaj vas je pritegnilo?«

Borut: » Varne sobe so v tujini program, ki ga izvajajo že 30 let. Začele so se naprej v Švici in nato v Nemčiji in na Nizozemskem. Torej od kar delamo na področju drog vemo, da ta program obstaja. V Sloveniji se je o tem začelo razmišljati že sredi 90. let, takrat, ko je bila največja epidemija porabe heroina, takrat je bilo po naših podatkih tudi največ uporabnikov. Že vsa leta pa vemo, da v mestih, kjer so uporabniki drog, pride do njihove uporabe na ulici, v parkih, javnih straniščih. Eden najbolj značilnih primerov je Švica, natančneje Zurich, kjer je pred uvedbo varnih sob v parku v velikosti ljubljanskega Tivolija, več sto ljudi naenkrat uporabljalo drogo. Ljudje so umirali, bilo je veliko kriminala. Z uvedbo varnih sob se je to vidno zmanjšalo. Javno problematiko drog so spravili skoraj na ničlo. Torej lahko rečem, da so nas v okviru Stigme varne sobe navdušile, ko smo raziskovali podlago za prijavo MZ projekta in smo pridobili veliko podatkov na to temo.«

Ana: » Mi lahko poveš kako se je ta projekt varnih sob začel vzpostavljati pri nas in do kakšnih ovir oziroma zadržkov je prišlo na tej poti?«

Borut: » Naša ideja o projektu uvedbe varnih sob obstaja v Stigmi že od sredine 90 let. Prva formalna pobuda pa je prišla na plan leta 2004, ko smo jo posredovali takratnem vladnemu Uradu za droge. Urad na droge je kot vladna institucija imel veliko moč, vendar se ta projekt vseeno ni premaknil. Kasneje pa je urad začel izgubljati svoje kompetence in moč. Njegovo vlogo je počasi začelo prevzemati Ministrstvo za zdravje. Zgodba se je nadaljevala leta 2006, ko je bila izvedena raziskava iz strani Fakultete za socialno delo, o stanju scene v Ljubljani med uporabniki društva Stigme in v Kopru med uporabniki društva Svit. Raziskava je izpostavila potrebo po varnih sobah. Podatki raziskave so pokazali, da preko 60% vprašanih uporablja drogo na ulici in ne doma.

Do še enega premika je prišlo leta 2011, ko je Stigma dala pobudo Ministrstvu za notranje zadeve, kjer je bila takrat ministrica Katarina Kresal. Pod njenim vodstvom so imeli na ministrstvu sestanek, kjer so se dogovorili, da bodo stvari začeli urejati tudi pravno. Pravni problem je namreč v tem, da je v kazanskem zakoniku člen, ki govori o tem ,da je nudenje prostora v smislu omogočanja uživanja drog, kaznivo dejanje. Kar pomeni, da če bi nekdo v prostorih Stigme drogo uporabljal, bi bili mi kazensko odgovorni (člen 187).

Temu členu so nato na sestanku dodali 4. odstavek, ki govori o tem, da so izvzeti prostori, ki so namenjeni nadzorovani uporabi drog in, da naj bi ti prostori delovali v okviru oziroma pod nadzorom institucije javnega zdravja. Takrat se je nam to zdelo dovolj in zadostna zakonska podlaga, da bi te programi lahko zaživel.

Leta 2012 je Komisija RS za droge, ki je sedaj medministrska komisija (člani so predstavniki različnih ministrstev - za zdravje, za delo, za notranje zadeve, za pravosodje, za kmetijstvo, za zunanje zadeve, dva člana iz nevladnih organizacij, kot zunanji člani pa so na seje vabljeni tudi strokovnjaki drugih institucij (Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, Nacionalni Inštitut za javno zdravje), naročila Nacionalnemu Inštitutu za javno zdravje Koper naj pridobi teoretično podlago za ta projekt.

2013 je tako nastal dokument, ki obravnava teoretično podlago. Dokument je plod sodelovanja med Nacionalnim Inštitutom za javno zdravje Koper, društvom Stigma, Zvezo nevladnih organizacij na področju drog in odvisnosti ter društvom Svit.

V dokumentu je bila predstavljena teoretična podlaga (kako je v tujini, kako v Sloveniji, kakšna bi bila potrebna sredstva). Prav tako je narejen finančni plan, kjer je navedeno, da bi bilo potrebno letno nameniti 80.000 Euro za projekt. Ta finančni plan obsega vse, od materijala do plačila strokovnih delavcev, do stroškov najema prostora... Pogovarjali smo se o stacionarni enoti in o mobilni enoti.

Dokument je bil 2013 sprejet na Komisiji RS za droge in je bil podlaga temu, da je zadeva prišla na nacionalni program za področje drog za leto 2013-2020. Del Nacionalnega programa je bil tudi Akcijski načrt za leti 2015/2016, v njem pa je bila varna soba ena od prioritet. Naslednji korak se je zgodil 2015, ko je Ministrstvo za Zdravje objavilo razpis, v katerem je bila varna soba ena od programov, ki so ga nameravali financirati prednostno. Na ta razpis smo se prijavi, sredstev je bilo 40.000 Euro. Po naših izračunih je bilo to dovolj za pol leta delovanja. Projekt, ki so ga razpisali, pa naj bi trajal dve leti. Vseeno smo se prijavi, da bi naredili vsaj pregled stanja, torej v smislu pilotske faze. Mišljeno je bilo, da bi v prvi fazi pregledali sceno, potem našli primeren prostor za varno sobo in kupili potrebne pripomočke.

Nato naj bi varna soba pol leta delovala, ostali čas, pa bi bil namenjen evalvaciji projekta. Prva faza je šla v redu, naredili smo raziskavo, podobno kot jo je naredila Fakulteta za socialno delo leta 2006, torej smo naredili pregled kaj se je spremenilo v teh 9 letih. Ugotovili smo, da se ni kaj dosti spremenilo.

Stvar se je še dodatno zapletla, ko se je Ministrstvo za zdravje (ki predseduje Komisiji RS za droge) odločilo, da naj Stigmin pilotski projekt varne sobe še enkrat pregleda Komisija RS za droge (ista komisija, ki je pred tem že sprejela in potrdila teoretični dokument o varnih sobah). Komisija RS za droge pa se je odločila da stvar preda v pregled Komisiji za medicinsko etiko, ki pa prav tako deluje v okviru Ministrstva za zdravje. To se je zgodilo en mesec pred načrtovano otvoritvijo varne sobe. Naša otvoritev je bila načrtovana marca 2016, februarja 2016 pa je bila seja Komisije RS za droge. Takrat so izpostavili dve zadevi: 1. da moramo dati projekt v pregled Komisiji za medicinsko etiko in 2. da Nacionalni Inštitut za javno zdravje Koper ne spada zakonsko pod 187. člen, kjer je definirano, da mora biti varna soba pod nadzorom institucije v okviru javnega zdravstva. Torej, katera je ta institucija, ki naj bi bila po 187. členu odgovorna? Kdo je zdaj to javno zdravstvo, ki naj bi izvajalo nadzor nad programom? Mi smo vsa leta verjeli, da bi to lahko bil Nacionalni inštitut za javno zdravje Koper. Vendar je komisija ugotovila, da to ni prava organizacija. Se je pa Ministrstvo za zdravje februarja 2016 na isti seji Komisije RS za droge zavezalo, da bodo oblikovali delovno skupino, ki bo temu namenjena – torej da bo MZ s sklepom

oblikoval Delovno skupino, ki bo skrbela za nadzor nad izvajanjem pilotskega projekta. To je bilo rečeno in zapisano kot sklep pred 14 meseci. Še do sedaj jim ni uspelo oblikovati te delovne skupine. Drugi pogoj je bil, da oddamo (Stigma) Komisiji za medicinsko etiko predelan program. Marca 2016 smo oddali vlogo na Komisiji za medicinsko etiko, odgovor smo dobili oktobra 2016, da jim moramo poslati dodatna pojasnila na 7 vprašanj. Odgovorili smo jim takoj na začetku novembra 2016, vendar odgovora še do sedaj nismo dobili. Nekatera njihova vprašanja, so bila res nelogična.

Konec novembra 2016 je bil naš projekt dokončno zaključen, ustavilo se je financiranje iz strani Ministrstva za zdravje. Končni rezultat je, da varne sobe nimamo, posledično nimamo niti evalvacij. Sedaj čakamo na naslednje razpise, letos naj bi Ministrstvo za zdravje objavilo nov razpis. Vendar, če Ministrstvo za zdravje, v kratkem ne ustanovi delovne skupine za nadzor in, če Komisija za medicinsko etiko ne bo odgovorila, potem nimamo kaj. Razpisi pa so maja, junija, septembra pa dobiš sklep o izboru.«

Ana: »Kako misliš bi koncept varnih sob sprejeli policisti in kriminalisti?«

Borut: »To je stvar na kateri je potrebno zelo delati. Na splošnem javnem mnenju in na mnenju policistov in splošne družbe. Nekateri seveda to podpirajo. Vendar so tudi v tujini ugotovili, da je to proces, da mišljenja ljudi ne moreš spremeniti na hitro. Raziskave so tudi pokazale, da varne sobe niso bile revolucionaren projekt, kar se tiče zmanjševanja ali naraščanja kriminalitete.

Že sedaj opazujemo, da imajo stalni uporabniki, ki prihajajo na dnevni center, drogo že pri sebi. Pridejo po sterilni pribor, vzamejo iglo in se gredo zadet. To ponavlja storijo na neki javni površini, ki je vsaj za silo skrita očem, vendar vseeno na doseg vseh meščanov. Potem pridejo nazaj v dnevni center in postopajo okoli. Drogo so kupili že pred tem, do nas pridejo kot do končne postojanke. Že sedaj policisti vedo kje se nahajajo, tudi meščani že vemo. Zato mislim da se situacija na tem področju sploh ne bi spremenila. Ne bo se povečala ne skupina uporabnikov, ne količina porabljene droge. Torej bi bila resnično edina razlika ta, da bi se zadeli še v okviru varne sobe, kjer ne bi bilo tveganj. Tveganj za njih in za nas vse, za celo skupnost. Mislim, da bi se mogli vsi skupaj zediniti, kakšni so nameni in cilji varne sobe. Mislim, da v primeru če bi se varna soba vzpostavila, naloga policistov ne bi smela biti v tem, da stojijo pred varno sobo in vse skupaj nadzirajo. Tako bi število uporabnikov (ki bi se vključili v projekt) takoj zelo padlo, kar pa ni cilj varne sobe. To ni lovljenje posameznikov, ampak preprečevanje posledic prevelikih odmerkov ter zmanjševanje tveganj okužb za vse. Recimo v Švici imajo v mestih kjer so varne sobe dogovorjeno, da če policist najde na ulici odvisnika, ki si vbrizgavava drogo, ga odpelje v program varne sobe. Uporabniki v Zürichu imajo varno sobo v isti hiši kot ima policija svoje prostore, samo vhod je na drugi strani, in tako delujejo že leta. V primeru, da policist najde istega odvisnika, ki na javnem prostoru drogo uporablja večkrat zaporedoma, pa uporabnika kaznujejo. Prav tako imajo recimo na Nizozemskem kriminalisti in policisti dogovor o slabih in dobrih preprodajalcih. S slabimi nimajo usmiljenja, s takimi, ki recimo mešajo heroin s strihninom, dilerji, ki pa »skrbijo« za zdravstveno stanje drugih uporabnikov, pa imajo malo protekcije v kazenskem sistemu – vsi ti pristopi so uvedeni z namenom reševanja življenj.

Mislim, da bi bilo pametno spremeniti zakonodajo na področju, ki ureja lastno uporabo. Pri nas se velikokrat zgodi, da dobijo nekoga z »jointom« in dobi strogega sodnika, to pride v kartoteko in ga to lahko zaznamuje za celo življenje. Na tem mestu se policisti odločajo kot posamezniki. Sploh kar se tiče uživalcev heroina. Saj vedo, da če

jim ga vzamejo, ne bodo storili nič drugega, kot da se bodo šli čez eno uro spet zadeti. Zato jih nekateri pustijo, spet drugi ne.«

Ana: »Jaz mislim, da je ena od težav, da v marginalni skupini, kot so uporabniki drog, nihče ne more nabirati volilnih glasov. Pri nas je droga še vedno ogromen družben tabu. Kaj pa ti misliš?«

Borut: » Strinjam se stabo. Pri nas je alkohol že v državni himni. V parlamentu nazdravljajo ob dosežkih. Pravzaprav se za vsako reč nazdravlja in pije. Pa je človek, ko je pijan, lahko veliko bolj nevaren kot nekdo, ki je zadet in sam v svojem svetu. Po drugi strani pa, če bi človek nazdravil in recimo v ta namen enega pokadil, bi bil za marsikoga narkoman, ki ima probleme z drogo.

Za ostale programe MOL naredi zelo veliko. Dnevni centri so podprti in v redu, samo pri varni sobi se zatakne. Tega preskoka ne morejo doseči. Ne vem, mogoče smo padli v politično igro. Ampak ni važno. Igramo se z življenji ljudi, ki uporabljajo droge na ulici. In teh ni malo, lahko rečem, da jih je vedno več. V Ljubljani so tudi zatočišča za brezdomce postala prepolna. Imamo več vedno več brezdomstva, to število samo narašča. Nihče noče prevzeti odgovornost za stanje, ki je na ulicah, v parku Tabor, itd. Če pogledaš sodobne, razvite države Zahodne Evrope, imajo v večini varne sobe. Zato ne razumem kaj bi bilo še potrebno narediti, da bi pri nas to ugotovili in sprejeli, da gre za splošno dobro družbe. Mi vidimo to tako, da če ljudje od droge umirajo na ulici ni nihče odgovoren, če pa vzpostavimo varno sobo bi moral nekdo prevzeti odgovornost. V tujini je jasno, da vsak uporabnik odgovarja zase. Mesto jim samo nudi prostor, da pride do manj tveganj za uporabnike in za splošno skupnost. Uporabnik se sam odloči da vzame drogo, sam se odloči kje jo vzame, torej je odgovornost njegova. Zmanjšujejo se tveganja za uporabnike drog, zmanjšujejo se stroški, ki jih država porabi za te ljudi.

Sedaj nam je kar malo žal, da smo se v to spustili, saj imamo občutek da se nam je zgodila krivica in da nikoli ne bomo »zmagali«.

Ljubljana, 20.4.2017

Anonimni bivši uživalec drog – Z. Starost 45 let.

Ana: »A mi lahko prosim za začetek poveš malo o sebi in svoji življenjski poti nekdanjega uživalca drog.«

Z:« Star sem 45 let in že celo življenje živim v Ljubljani. Bil sem 51 et samo na heroinu in potem še 15 na metadonu in pomirjevalih, itd. .. Potem pa se počasi »prenaješ« celotne scene in začneš iskati izhode. Poskušaš na različne načine. Sedaj sem točno 5 let »čist.«

Ana: »Kako si začel z drogo?«

Z:« Kaj naj ti rečem - mlad in neumen. Jaz sem bil ta generacija, ki še ni bila dovolj ozaveščena. Dandanes si vsak lahko v »google« vtipka heroin in takoj vidi grozne fotografije propadlih ljudi, si prebere tisoč in eno stvar, ki te opozarja, kako si boš s tem zavozil življenje.

Ko smo bili mi mladi ni bilo nobenega interneta, facebooka, itd...samo ulica. Starši so cele dneve delali, nam je bilo dolgčas, blokovska naselja so bila polna droge. Nam je bil heroin kot neka nadgradnja. Se spomnim, da

ko smo bili »muloti«, smo kadili travo, jedli tablete itd..pa je prišel do nas en starejši preprodajalec in povedal da lahko dobi heroin, če želimo poskusiti. Samo poskusiti, prvič je zastonj (»đabe«) pa te »forice«.

Nam se je zdelo to tako uau. Komaj smo čakali vikend. No, pa smo poskusili enkrat, najprej samo vikendi. Pa drug vikend, potem živiš samo zato, da pride vikend. Potem ti malo robe ostane, pa poskusiš še čez teden. Potem se pa en, dva, tri, navlečeš. Seveda ti samo kajenje več ni dovolj, ker ti je škoda robe. Preveč jo zavržeš na ta način. Zato se slej ko prej začneš »fiksati«. Tako da sem bil v pol leta od tega kar sem poskusil, že čisto notri. Zelo gre hitro.«

Ana: »Kašno imaš pa mnenje o metadonski terapiji?«

Z: »Osebe na metadonski terapiji za posameznika ne naredi dovolj, skorajda nič.

Poleg dajanja metadona, ne nudijo nobene stimulacije, nobenega osebnega pristopa. Da bi te kdorkoli od njih osebno motiviral, te vsaj spodbujal z besedami kot so: "saj bo šlo.." Tam so samo zato, da te čim dalj časa zadržijo v programu, gre se za umetno napihovanje prometa. To pomeni, da ko te dajo notri, ti dajo toliko različnih substanc, da ko si boš želel dozo zmanjšati, bo to skorajda nemogoče. Torej ti kot posamezniku ne bo uspelo in se boš vrnil nazaj v začaran krog. Dokler ti en dan ne pade v glavo, da je treba osebe čisto izklopiti in da moraš to sam storiti. Državi je v redu, da so ljudje na metadonskih programih - zaradi proračuna in zaradi nadzora. «

Ana: »Kako pa si to naredil sam?«

Z: »Najprej sem bil na metadonu in tako sem dosegel stabilizacijo od opiatov, torej nisem več jemal heroina, tudi kokaina ne. Potem sem nehal jemati te stvari in prešel na subokson. Še tam so me želeli zafrkniti, saj so mi ponudili veliko previsoko dozo. Pa sem jo sam od sebe prepolovil, že od začetka, na polovico, torej 4 mg. Ko sem jih vzel, sem videl, da si od tega totalno zadet, zato si lahko predstavljaš, kakšen bi bil šele bil po 8 mg, toliko kot so mi ponujali oni.

Potem sem dal stran še 2 mg. Subokson deluje tako, da stimulira podobne možganske centre kot heroin, ampak odtegnitveni sindromi so minimalni.

Vendar je v vsakem primeru zelo, zelo težko končati, ko si enkrat zares notri. Prvo so itak krize, drugo je, da to postane tvoje življenje, tvoja scena. Če torej končaš z drogo, končaš tudi s prijatelji, nehaš hodit na iste kraje, ne razmišljaš in ne govoriš več enakih stvari. Postaneš kar izoliran.

Vedno je tako, da ko boš želel z zadevo končati, se bo kar naenkrat našlo ogromno »prijateljev« ki ti bodo vsi ponujali nekaj in vse zastonj. Sem se včasih z njimi šalil, če mi sedaj ponujajo zastonj in dobro, da bom kasneje lahko kupoval od njih dražje in slabše.

Sedaj sem čist že 5. leto. Najbolj pomembno je, da človek sam pride do tega, da si želi pomagati. Da doživiš v glavi tisti klik. Meni je bilo najbolj mučno da sem bil ujet v program. Da sem zaradi metadonskih programov izgubil svobodo. Veliko težje kot od heroina, metadona in ostalih stvari, se mi je bilo odvaditi tablet, pomirjeval in antidepresivov.

Takrat se je pa resnično moj um igral z mano. Fizično sem bil ok, ampak mentalno sem se zgubljal.

Tako da je treba resnično razmisliti o teh »detoks« programih ki so ponujeni, vsi so slabi. Poznam ogromno ljudi, ki je bilo neuspešnih, sam sem kot uspešen, v manjšini. Bil sem priča, ko je zdravstveni delavec rekel moji prijateljici, da ji ni treba pojesti ravno vseh tablet, ki ji jih tukaj dajo. To je farmacija, zadaj so ogromne količine denarja. «

Ana: »Kakšen občutek pa imaš glede zdravstvenih delavcev, ki se ukvarjajo s področjem droge? «

Z: »Občutek imam da si ne vzamejo časa, ali ker je preveč ljudi oziroma so preobremenjeni, ali so slabo plačani, ne vem. Sam sem dobil občutek, da tam za njih nisi več človek, ampak samo en navaden narkoman. Ko sem prišel do zdravnice in ji povedal, da sem se sam odvadil heroina, je bila njena prva reakcija, da nimam nobenega potrdila in da to sedaj nič ne velja. «

Ana: »Kaj pa si misliš o varnih sobah?«

Z: »Sama varna soba kot koncept je super. Vendar vidim problem, kako priti do varne sobe. To bi bilo območja posebnega varnostnega pomena, kar pomeni, da bi bilo totalno kontrolirano. To si predstavljam tako, da bodo »dilerji« in uživalci okoli in določene bodo zagotovo preiskovali policisti. Narkomani so že sami po sebi obravnavani kot kriminalci in zato si tega nadzora nihče ne želi, oziroma se ga boji. Torej, koncept se mi zdi OK, realizacija pa skoraj nemogoča. «

Ana: »Kaj pa ti, bi zahajal v varno sobo, če bi si še vedno injiciral heroin?«

Z: »Če bi obstajala bi zagotovo šel, če ne zaradi drugega, že zaradi same radovednosti. Vendar sem imel jaz, oziroma imam to srečo, da sem podedoval majhno garsonjero. Zato sem drogo po večini uporabljal doma, kjer sem se čutil varno. Vendar jih ogromno to počne na ulici, pod raznimi mostovi, v zapuščenih hišah, javnih straniščih, itd...Za take uporabnike sem prepričan, da bi zadevo uporabljali, če ne bi prihajalo do policijskega preverjanja in teženja, kar sem omenil zgoraj. «

Ana: »Kašni pa so pri nas policaji v odnosu do uživalca, kaj naredijo recimo, če ti najdejo drogo za lastno uporabo?«

Z: »Jaz imam slabe izkušnje. Pri nas, če ti najdejo drogo te maltretirajo z vprašanji kot so od koga je droga, kje si jo dobil...

Zelo malo policistov je v resnici prijaznih in te recimo spusti, če opazijo, da imaš drogo resnično samo za lastno uporabo in da si v krizi. Občutek imam, da še vedno zelo zaostalo razmišljajo. Če bi obstajale varne sobe, bi najverjetneje sledili uporabnikom z mislijo koga lahko dobijo. Velikokrat se tudi zgodi, da oni ne lovijo več samo enega »đanska«, ampak pride vse na osebni nivo. Ti proti njemu. On proti temu, itd. Name so se spravili, ker sem bil v tem 20 let in nisem bil nikoli v zaporu, nikoli mi niso nič našli in nikoli zaradi mene ni šel nihče v zapor. Zato so si mislili, te bomo že. Seveda je tudi problem v plači, slabo so plačani in nimajo želje da bi postali boljši, bolj humani in razumnejši. Prav tako je policija, kot organizacija zelo zaprta. Enako

je z zdravstvom. To so zaprti sistemi, ki so hermetični in navadni smrtniki nimamo vpogleda, kaj se tam dogaja.«

Ana: »Zakaj misliš, da je tako?«

Z: »Ker je pri nas to še vedno tabu scena. Kot družba nismo dozoreli. Samo poglej tukaj te »đankse« (pokaže na Stigmin dnevni center, kje uporabniki sedijo in postopajo na Petkovškovem nabrežju). Še vedno imamo okove tiste socialistične, policijske države. »Folk« je neizobražen, še posebej policijski kader. Kaj pa oni vejo, se sprašujem. Mene so recimo, na silo vlekli na zdravniške preglede, da so mi jemali kri, me zadrževali in tudi pretepli. Čez glavo so mi dali krpo, da jih nisem videl in topli z udarci, ki se ne poznajo.

Sam sem bil na uživalski sceni vedno zelo znan. Praktično ni uživalca v Ljubljani, ki me ne bi poznal. Kot lahko vidiš, sem zelo verbalen, po drugi strani, sem že malo starejša generacija in že celo življenje živim v Ljubljani, v glavni sceni. Sam sem bil vedno zraven, ko je bilo kaj narobe, ampak nikoli me niso mogli dobiti zares. Imam sošolca, ki je postal policist in odkar je postal policist, me niti ne pozdravi več. Nujno bi jih bilo treba izobraziti.

Glede droge, psihologije, glede odnosov in vsega.«

Ana: »In je kdo odgovarjal zaradi tega, oziroma kakšne so bile posledice?«

Z: »Ne, nihče. Prvo kot prvo, sem bil jaz sam proti njim, s statusom nezaposlenega uživalca, težko si družbeno še bolj nekredibilen. Vedel sem, da se mi je zgodila krivica, da je bila proti meni uporabljena sila brez razloga, kršene so bile moje človekove pravice, ampak sem po drugi strani tudi vedel, da ne bom dosegel nič. Zato sem zadevo mirno požrl in postal bolj »zgleden đanki«.

Policaji bi se mogli izobraziti. Da so tudi narkomani samo ljudje. In da nas je veliko začelo z drogo, ker smo imeli različne težave... Da če bi bilo lahko z drogo prenehati, bi že vsi zdavnaj to naredili. Nihče si ne želi propadati ampak, ko si zasvojen, je hudič. Kriza je lahko tako huda, da dejansko misliš da umiraš.«

Ana: »Kako pa gledaš na uporabniško sceno sedaj, ko si izven iz tega?«

Z: »Ko gledam s preteklimi očmi na celotno situacijo, se mi zdi grozljivka, pravi »horror«.

Vidim kako ljudem gnijejo noge, popuščajo srčne zaklopke, higienski standardi so slabi.

Če nimajo vode, gredo do Ljubljanice in povlečejo kar to vodov v žlico. Ali pa celo svoj urin dajo v žlico. Vse se mi v bistvu zdi zelo žalostno. Kaj vse bi oni naredili za drogo..In, ko jo enkrat imajo, niso več nikomur nevarni. Samo da je droga in je mir. Spoznal sem veliko deklet, ki so se prodajale za drogo. Nekatere so imele tudi svoje zvodnike, ki so jih topli po cele dneve in zapirali v sobe. Vse so jim lahko delali, saj so bile kot odvisnice čisto nemočne. Poznam primer, ko je zvodnik punco zaklenil v sobo in jo pretepal vsako jutro, za dobro jutro. Enkrat jo je pozabil zakleniti, ampak ona ni zbežala. Preveč je bila že duševno in fizično poškodovana. Nobene moči ni imela, nihče se ni postavil zanj. Punce na tej sceni so res reve. Tako jih izkoriščajo, ker bo vedno lahko dala sebe za »fiks«. Nekatere so tudi z desetimi moškimi naenkrat, samo da dobi za črtico. Na nek način se mi gabijo in jih preziram. Po drugi strani pa se mi zelo smilijo. Narkomanska scena je nekaj, kar bi odsvetoval vsakemu. To je kompletno uničeno življenje. Sam se spomnim, da ko sem si vbrizgaval kokain, sem si telo dobesedno mesaril.

Ker se ti žile pri kokainu stisnejo in potem se zbadaš in zbadaš, bil sem kot en puran, grozno. Ljudem režejo noge, prste. »Folk« ne najde več žil. Imaš tudi primer, ko človek prosi punco da mu ga »zdrka«, da se mu ud dvigne in si lahko potem vbrizga v žilo.

Na žalost je treba še narkoman znati biti. Ulica te hitro posrka. Spomnim se, da sem imel prijatelja, ki je cele dneve ležal v postelji in se »pokal«. Vse igle je kar odvrigel na posteljo, da so se mu potem zabadale v hrbet.

Klical sem ga Človek jež.«

Ana: » Kaj pa v zaporih, lahko dobiš drogo? Slišala sem namreč, da je to najmanjši problem, zato me zanima, zakaj to vsi nekako vedo, pa se tam ne zgodi nič?«

Z: »Sam nisem bil nikoli v zaporu, samo na pridržanju čez noč, ampak poznam ogromno ljudi, ki so bili. Ja, v zaporih je droge ogromno in kar nekaj je pride iz strani paznikov. Zakaj ne naredijo nič, ker mislijo, da so že vse naredili. Mislijo si, da so nas zaprli, kazni smo dobili, kar pa se dogaja notri, pa naj se. Vsaj ne bodo ljudje notri živčni in delali kakšnih uporov, itd. Saj vsi vemo, da nakriziran človek naredi marsikaj. Zadetemu pa se po domače povedano »jebe«: Tako da je njihov cilj zapor, tam se konča. No, mogoče pazijo samo toliko, da se ne dogajajo stvari, ki bi bile tako velike da bi javnost postala pozorna. Opazila si najverjetneje, da se o zaporih na splošno, malo govori. «

Ana: »Kakšne imaš pa izkušnje s kriminalisti?«

Z: »Vsi te hočejo »zasukat«. Oni bodo vedno proti tebi. Tudi, če gre s tabo na pivo in je v prijateljskem odnosu, samo čaka kdaj boš povedal nekaj koristnega, kar bo lahko uporabil proti tebi in ti zabil nož v hrbet. Niso iskreni. Tukaj so kot orodje represije. Ne pa kot nekdo, ki bi moral vlivati občutek varnosti. Ravno zadnjič sem gledal, da bodo v Ameriki neke organizirali izobraževanja za policaje, kjer jih bodo naučili da je biti odvisen bolezen možganov. Treba bi bilo spremeniti njihov pogleda na nas.«

Ana: »Kaj pa si msiliš o metadonskem programu?«

Z: »Po mojem mnenju bi bilo fino, da bi se metadonski program razrešil na več manjših enot. Ker vsi uporabniki prihajajo na isto mesto, se dogaja veliko več kriminala. Če bi bili recimo nekateri v zdravstvenem domu Šiška, drugi Bežigrad, itd..bi se scena razpršila. Kar po mojem mnenju pomeni manj preprodaje med uporabniki, manj pretefov in tudi manj groženj za okoliške prebivalce. Ampak mislim, da policajem ta nadzor ustreza, vsi so na kupu in oni imajo ves čas neko delo. Saj če imaš 60 narkomanov na kupu je jasno, da se bo slej ko prej zgodil kakšen pretep...

Država ustvarja marginalo, ljudi na robu družbe, tako je sistem pri nas sestavljen. Zato te zadeve ne morejo zaživeti, ker je naš sistem v krizi. Saj je že proti Stigmi sami ogromno pritožb. Ampak se držijo. Predstavljaj si, koliko bi bilo kriminala, če ne bi bilo Stigme.«

Ana: » Kako pa gleda »folk« iz scene gleda nate?«

Z: »Predvsem so vsi zelo presenečeni, ko me vidijo, da vztrajam. Jaz sem bil res »politoksikoman«. Eden hujših na sceni. Vse sem metal vase. Težko verjamejo, da sem toliko vztrajen in da se tako dobro počutim.«

Ana: »Kaj mi pa lahko poveš o drogi pri nas?«

Z: »Meni se zdi še vedno najbolj grozen alkohol. Prvič ker je družbeno priznan in te zato še lažje uniči, saj te uniči legalno. Drugič pa, ker ti alkohol čisto poje možgansko skorjo. Sam sem spoznal kar nekaj dolgoletnih alkoholikov in oni se ne morejo nekako miselno spet postaviti na noge. »Danks« se še lahko. Ko si enkrat ven, lahko še vedno isto razmišljaš, postaneš ponovno sposoben, itd. Medtem, ko pa pri zlorabi alkohola, sedaj govorim o težki zlorabi, nisi nikoli več enak. Spomin ti gre v tri »pm«, treseš se...skratka, pijančki so tudi med nami bili vedno nekaj drugega.

Problem je tudi, ker je alkohol na vsakem koraku. Nekdo lahko neha piti in že, ko gre zjutraj v službo, lahko vidi ljudi, ki pijejo pivo. Na policah je ogromno alkohola, ves čas ga imaš na dosegu. Z drogo pa še vedno ni tako. Ko enkrat nehaš s »horsom« ne boš prišel na družinsko praznovanje in na mizi bodo igle, da si vsak malo brizgne za dobrodošlico. Saj veš, daleč od oči daleč od srca.«

Ana: »Kašne imaš pa izkušnje z prevelikimi odmerki (overdose), ali si bil velikokrat priča temu?«

Z: »Ja, ogromnokrat. Vsakič, ko je bil na sceni slab »rjav«, je kdo padel dol. Imeli smo tudi takšne, ki so popadali dol, vsakič ko se se ga zadeli. Niso imeli meje, ne tolerance. So bili prvo znani po prevelikih odmerkih. Ljudje pri nas še vedno mislijo da je overdose smrt. Ampak v resnici pomeni predoziranje z drogo, ki je, če pravilno reagiraš, lahko zavstavljeno in rešeno. Lahko pa so posledice izguba vida, možganska kap. Imel sem tudi prijatelja, sedaj je že pokojen, ki je imel overdose in je zaspal. Ko so ga našli, je bil tako zaležan, saj je zaspal z eno nogo skrčeno, da so mu mogli odrezati nogo. Poznam fanta, ki se je moral ponovno naučiti govoriti, hoditi...

Na svoji poti sem jih poznal zelo veliko, ki so izgubili življenje. Poznam tudi tipa ki je »fural nek hors« kjer so bile notri neke smeti in je oglušel, oslepel in onemel. Bi bilo boljše, da bi umrl. Poznam tudi prijatelja, ki so mu bakterije pojedle srčne zaklopke in je bil v bolnici in me je poklical, mi dal denar, da mu prinesem kokain, da bi si ga vbrizgal in umrl. No, jaz sem pa seveda ta denar »pobasal« in ga porabil. On je prišel ven, ampak nikoli več ni bil isti, lahko je hodil samo še počasi. Je bil jezen name, ampak niti name ni mogel skočiti, tako je bil brez moči. Tukaj menim, da bi varna soba lahko naredila ogromno. Saj je to eden od njenih osrednjih namenov. Včasih pa smrt nastopi zaradi embolije. Lej, umrlo jih je ogromno. Saj je samo dvojce, ali nehaš ali umreš.«

Ana: »Kaj pa so glavni razlogi, da pride do overdose?«

Z: »Slaba roba. Preprodajalci po večini želijo zaslužiti več, zato mešajo »ta rjavega« z vsem možnim. Eden od razlogov, je tudi enostavno predoziranje, ko človek ne pozna svojih mej. Ali pa umazanija. Si pripravljáš mešanico na žlici in ti pade vanjo kakšna smetka, ki si jo potem vbrizgaš. Pri drogi je vsakič, kot da igraš rusko roletto. «

Ana: »Kako pa so nate gledali tvoji bližnji?«

Z: »Zelo negativno. Nihče ni hotel razumeti in me sprejeti, ker so bili res tako proti temu. Sedaj, ko se ne drogiram, smo v redu. Sedaj jih ni strah, da bom prišel domov in jim pobral stvari. Ali pa da jih bodo klicali in povedali da sem mrtev.«

Ana: »Pa danes uporabljaš še kaj?«

Z: »Še vedno zelo rad kakšnega skadim, redko spijem pivo. Trenutno nimam službe, ampak sem zadovoljen s sabo. Vem, da sem zelo hvaležen, da sem odšel iz tega »sranja«. Konec koncev, bi končal tako kot vsi drugi.

Overdose bi naredil slej ko prej.«

Ljubljana, 16.5.2017

Intervju s članom etične komisije v nadaljevano poimenovan kot ČlanEK. Ana: »Mi

lahko najprej malo poveste kaj počnete in kaj ste po izobrazbi.«

ČlanEK: »Po izobrazbi sem zdravnik specialist z doktoratom znanosti.«

Ana: »Kdaj ste prvič slišali ya koncept varnih sob?«

ČlanEK: »Prvič sem slišal za ta projekt lani spomladi na KME (Komisija za medicinsko etiko).«

Ana: »Kakšno je vaše mnenje o varnih sobah (kaj vidite kot pozitivno in kaj kot negativno)«

ČlanEK: »Kot zdravnik menim, da je glavna vloga vseh organizacij, ki se ukvarjajo z zlorabo prepovedanih drog, zdravniška obravnava odvisnikov z glavnim namenom njihove ozdravitve in socialne reintegracije. Varna soba pa omogoči le bolj varno aplikacijo droge in prav nič drugega. Na en način skuša legalizirati, kar je po zakonu kaznivo, z namenom preprečiti še večje zlo (tj. nestrokovno aplikacijo drog z vsemi hudimi posledicami). Zato je varna soba po mojem le začasna in delna rešitev. Zmanjšanje posledic nepravilne aplikacije (predvsem okužbe) je načelno pozitivna plat. Tudi nadzor nad uporabljenimi iglami je pomemben doprinos k varnosti ljudi. Velika koncentracija uživalcev je delno pozitivna (boljši nadzor ustreznih institucij). Lahko tako druženje pripelje tudi k povečani porabi prepovedanih drog, saj se v varnih sobah uživalci počutijo varne tudi s strani represivnih organov.«

Ana: »Mslite da je družba dovolj zrela za uvedbo takega projekta. Če s tem ne strinjate, zakaj ne?«

ČlanEK: »Po mojem ne. V Sloveniji se uživalce mamil kriminalizira, Najbrž je to tipično za postsocialistične družbe, ki so v preteklosti skušale take probleme skriti ali pa jih vsaj minimalizirati. Tudi odnos do odvisnosti od drog ni pravilen. Odvisnost v mislih ljudi ni bolezen, pač pa so zanjo odvisniki »sami krivi«, zato lahko trpijo. Uvedba varne sobe pa je za tako gledanje nepredstavljivo dejanje: legalizirati kriminalna dejanja in za to še porabljati družbene resurse. Zato bo potrebno predvsem delovanje na menjavi pogleda slovenske družbe na zasvojenca, v naši državi bo potreben namreč pravi

»paradigm shift« na tem področju.«

Ana: »Kaj pravite na to, da od kar poznamo varne sobe (v Bernu je prva nia ustanovljena leta 1976), v njih še nikoli ni nihče umrl. Eden od argumentov etične komisije pa je bil, kaj če kdo umre? Namen varnih sob pa je ravno obraten. Zakaj mislite da bi se to lahko zgodilo ravno nam?«

ČlanEK: »Težko verjamem, da v prostorih, kjer se masivno uporabljajo trde droge, ni prišlo prav do nobenega predoziranja. Predvsem bi se morali pozitivni učinki zelo resno (z znanstveno metodo) ovrednotiti in publicirati, tako, da bi bili res na razpolago širši javnost. Potreben bo dialog na podlagi resnih argumentov in ne predsodkov in raznih prepričanj.«

Ana: »Kakšna mislite da je stigma, največkrat povezana z uživalci drog? Mislite da je zakonodaja na tem področju primerna?«

ČlanEK: »Nisem pravni strokovnjak, vendar menim, da je zakonodaja na tem področju neurejena. Predvsem ni jasno, kaj je kriminalizirano in kaj ne. Prav tako je oznaka prepovedane droge veliko preohlapna. Ni enako, če imaš v torbi nekaj gramov trave ali heroína. Zato je v nekaterih primerih zakonodaja veliko prestroga, v drugih pa preohlapna in ne doseže svojega namena. Zasvojenec je bolnik in ga je težko kriminalizirati, po drugi strani pa je lahko seveda tudi diler. Potrebne so tudi nianse glede mladoletnih uživalcev.«

Ana: »Kakšno pa je vaše osebno mnenje o uživalcih drog?«

ČlanEK: »Uživalci drog so seveda hudi bolniki, saj gre pri trdih drogah za eno najhujših zasvojenosti nasploh. Dilerji pa so po drugi strani čisti kriminalci. Seveda pa je stvar veliko bolj zapletena. Bolniki potrebujejo kriminalce in seveda velja tudi obratno. Pri svojem delu srečujem precej zasvojenecv in na splošno lahko rečem, da je delo z njimi zelo težko. Huda zasvojenost vedno predstavlja tudi izgubo svobode in podreditev vsaj velike večine vrednot zasvojenosti. Ko srečam zasvojence profesionalno, imajo seveda večinoma probleme, ker ne dobijo dovolj droge, zato jih gledam najbrž bolj negativno. Ko tega problema nimajo, pa so najbrž lahko zanimivi in prijetni ljudje. Vendar je vedno prisoten ta »če«. Če povzamem, moje osebno mnenje do uživalcev drog je povezano z mojim poklicem: to so hudo bolni ljudje, ki jim je potrebno na kratek in na dolgi rok čimbolj pomagati.«

Ana: »Načrt za varne sobe je predvideval 80.000 Eur za eno leto delovanja (vključno s prostorom, zaposlenimi..). Zdravljenje za eno osebo, ki zboli za hepatitisom C pa je 65.000 Eur. V Sloveniji pa je 25% uživalcev okuženo s hepatitisom C. Namen varne sobe pa je preprečevanje le tega. Kaj si mislite o tem?«

ČlanEK: »Feasibility študije o učinkovitosti so poseben problem in jih zelo lahko prirejati za določen namen, v čemer so najboljše farmacevtske družbe. Nisem strokovnjak na tem področju, vendar vem, da je za 80 000 Eur na letni ravni zelo malo muzike. Vsekakor pa je vaš prikaz pomemben in vsaj iz finančnega stališča prepričljiv. Potrebne pa bodo resne analize.«

Ana: »Kakšen nasvet imate za ljudi ki se trudijo že leta, da bi varno sobo vzpostavili?«

ČlanEK: »Ne smejo gledati preveč projektno, torej le varno sobo. Po mojem je pri nas pomembnejši širok in postopen pristop. Pripraviti je potrebno širšo javnost, da bo koncept res sprejela, če ne bodo ves čas težave. Gre za omenjen »paradigm shift« na področju uživalcev drog v Sloveniji. Gre za političen in širši družben koncept.«

Ana: »Kako vi gledate na problematiko droge, je le-ta rešljiva?«

ČlanEK: »Najbrž ne, če sem realen. Lahko pa dobri preventivni in kurativni programi stanje precej izboljšajo. In najbrž je en delček v tem konceptu tudi vzpostavitev varne sobe.«

Ana: »Kako gledate na koncept zmanjševanja škode (torej škoda je narejena, potrudimo se jo zmanjšati)?«

ČlanEK: »Toleriranje zla (uživanja drog) za zmanjšanje še večjega zla (okužbe zaradi aplikacije) je načelno tudi etično sprejemljiv koncept, vendar zahteva postopno uvajanje. Kot zdravnik si na primer, težko predstavljam zdravstvenega delavca v varni sobi, ki bo cel »šiht« pomagal narkomanom iskati žile in jih gledal, kako si vbrizgavajo smrtno nevarno drogo. To je pri konceptu zmanjševanja škode najtežje.«

Ana: »Mislite da pristojni na tem področju naredijo dovolj?«

ČlanEK: »najbrž pristojni ne naredijo dovolj. Se je pa vsekakor začelo na tem področju premikati, kar konkretno predstavlja tudi vaše delo. Rad bi, da bi slovenska družba resnično pridobila z uvajanjem varnih sob, prav tako pa si želim, da bi skupine, ki rinejo ta projekt gledale iz širšega stališča, ne zgolj s stališča omejevanja škode.«

Ana: »Zakaj se etična komisija ni sestala, da bi predelala dogovore na vaša vprašanja, čeprav ste jih dobili že novembra 2016?«

ČlanEK: »Kolikor vem je etična komisija obravnavala odgovore na vprašanja, vendar je bil zaključek, da odgovori niso osvetlili dovolj jasno glavnih dilem. Vsekakor bo ta problem še na dnevnem redu ene od prihodnjih sej in takrat bo znanega več.«

Copenhagen, 5.5.2017

Sogovornik: Michael Lodberg

Ana: »Can you tell me something about yourself, what do you do and what is your formal education?« Michel: »I don't have any formal education, I have ADHD. In modern language this is called social entrepreneur, I am good at starting things but not at running them, because my focus is not long term, it is short term.

I started a cafe from drug users, the cafe Ducmonts which is still running, just over there, and I started the first injection safe facility in 2011. Only now, after a year, the government made a law about safe facilities. The municipality is allowed to have them, so now we have five permanent safe facilities in Denmark. Two of them are in Copenhagen and the other three in other bigger cities around Denmark, Aarhus, Odense, Vejle.

Presently I am involved with pent collectors. Right now I just founded an union for pent (plastic bottles) collectors, to obtain better conditions for them.

I was in charge of the first drug organisation. In Denmark more people die from overdose than of traffic accidents. 250 people a year die from an overdose. Now we educate the drug users, how to act in the case of overdose, how to use first aid, and we give them the antidoze that can save the overdoze, it reverts it. Then I am also doing two street magazines, one called Illegal and a new one called Strara. It is a »street sheet« about minorities.«

A: »Can you explain me how you got involved with safe facilites in the first place?«

M:« I live here in Vesterrbro, this is the neighbourhood behind the Central station. Every day, on the average, around 800 very addicted drug users come here, for the last 40 years. They don't live here, they can not afford it, it is very expensive to live here, but they are still my neighbors. So, I asked them why are they injecting outside, in the telephone boxes or behind the parked cars and they told me they don't have anywhere to go. Before we opened the frst safe injection facillity, we collected about 8.000-12.000 used needles every week. After the first safe faciliy was opened, we cut that down for 82%. So, these needles are now handeld inside safe facilites as dangerous garbage. So, I am involved because I live here and because I talked with drug users. So, for 20 years I was fighting for safe facilites. What we know from around the world, the first safe facilites were created by the civil society. Not by the local commune or gouvernement, but by people.«

A:« Where does the original idea come from?I think that the first one was founded in Bern , Switzerland, because of the park scene:«

M:«Yes, you are right. By now I saw about 35 safe facilites around the world. I saw them in Spain, Holland, Italy, Canada (you should travel there next time).

A: » What about Portugal?«

M:« They do not have any. They are working on it. Portugal is also working on safe facilites, but they have another law which says that it is allowed to have drugs for your own use. So they moved it from the criminal area to the health area.«

A:« What about Denmark, what is the law?«

M:« You are not allowed to have drugs and not allowed to buy it/sell it.«

A:« What about for your own use?«

M:« When they made a law about safe facilites, they decided that in the area around safe facilties it is allowed to have drugs for your own use. So if you are a known drug user by the police and you are in Vesterbro, you are allowed to have drugs only for your own use.«

A:«Can you explain me the process of making the safe facilities.«

M: » It's been a long way and we did all kind of stuff to have the media attention, so they had to talk about us, we organized supporting concerts, events, exhibitions, a lot of debates with politicians, a lot of stuff, and finally we just thought we had to do it. We need to do it.«

A: » What kind of exhibitions and events?«

M:« In this yard there, 12 bands voluntarily played at a festival, to alert people about safe inject facilities. We had an exhibition, there was an architect designing safe facilities and at the same time we showed the pictures about other safe facilities around the world and the knowledge how they work. Nobody ever died of overdose in any safe facility around the world. Debate meetings were when there were elections. We invited politicians to debate. We had a lot of posters. We showed the pictures from Vesterbro, where the drug users are taking drugs in garbage rooms and the pictures of the safe facility in Vancouver. They were beside each other at the exhibition. So, all kind of things.«

A:« Were the exhibitions opened for everybody?«

M:«The exhibitions were open for everybody. One of the safe facilities we tried to open was in a private way in the basement, later it became the museum so that people could see how it is. That one was open only for 10 days.

A:« Anything else?«

M:«This band you see here in the picture made a five days concert tour. The first was on the train station, in the great hall. Then they moved around to increase awareness. We made an exhibition in a bunker to show how it could look like. We made a handbook how to inject safely and we had a lot of media attention on that. We showed many pictures –we designed a box for needles. We organized debates. We created a safe injection cabin to be used by one person at the time. The national media did the interviewing with a drug user inside it.

We made a Copenhagen poster and even made a CD out of it. «

A:« How long was all this happening?«

M:« It was happening for 20 years. I can show you a photo from 1996, a demonstration 20 years ago from this neighbourhood, from when people and families were protesting. The name of the photo is Needle free childhood. For 40 years we had conflicts. What really changed things were the safe injection facilities. This is how it looked like before. Drug users were given one-time-use cameras and they were asked to make pictures of places where they inject. We made an exhibition of these pictures. They were selected by a famous artist. » A:« How did the first safe facility look like?«

M:« It was an ambulance van. I went to buy it to Germany for 3.000 Euro. It is hard to buy one in Denmark.

Ambulance companies are afraid of competition. You can have this book, in the end there is a scientific article. Unfortunately it is in Danish. You have to know that at first all politicians have stupid arguments. So, this is why it is so important that you just do it.«

A:« But where were the bigger problems, with the commune or the government?«

M:« Both were the problem, but the commune wanted them, while the government didn't. But then we did it. The commune was like - it is not legal. We said yes it is. And there was nothing in the Danish law that is against safe facilities. Police was tired as well because they had to move all the time around with the drug users. They were constantly called. Somebody said - there is a drug user in front of my door. And they had to go there. They were called all the time.

There was also a problem with our mayor, they were angry on us, because we did it first and they said it is not legal. But the municipality of Copenhagen liked the story, because it got so much attention from the media. They could do it, but they were not allowed. So, they were very mad at me. For twenty years they told us it is not legal, but we were never imprisoned. They could do it, but they didn't. For 20 years «

A:«Which are according to you the main stigmas associated with drug users?«

M:«The main stigma is that it is a taboo, and the welfare system offers are not made for these people. Our welfare system is made for the middle class and not for the street people. A big problem is that it is illegal to buy and have drugs, so people don't like to openly talk about it. Portugal took another approach. They legalized it for personal use. It would be much easier to talk about it if it was legal and also to help people.«

A:« How is it with HIV infected users?

M:« I do not know the numbers, I am sorry. »

A:«How do the commune, ordinary people react to safe facilities now?«

M:« There are conflicts all the time, everybody needs to know that this is a wide problem that needs constant movement. After we did it and they opened safe facility, the municipality is so proud of it. They opened the biggest safe facility in the world and they renovated it for 30 million Danish kroner (Dkk). And every year it takes 70 million Dkk to run it. Now it became the political prestige project. I was the only one to criticise it. Now it became a factory, they are people who treat drug users like this. The smaller facilities are easier to handle it. Then you can treat them like people. We have the biggest safe facility in the world, but we treat only safe 800 users. Vancouver treats 8.000 and their facility is smaller. Drug users they are very different. They need a place that they like.«

A: » What happens if somebody overdoses in the safe facilities?«

M:«Here in Copenhagen there are always nurses, in the other SF there are always other people who have education in first aid, most have antioverdose for helping in those cases. So, if they see somebody overdose they immediately

react on it, so it is very cheap and they have to have the OD medicine, they don't need to call the ambulance. So ambulance cars are free to do other drives. In cases when they can not do anything more, they call an ambulance. In a lot of cases it is handled by the staff «

A: »Dou you have any advice for us?«

M:« Just do it, don't wait for approval, the money. We bought our ambulance for 3.000 Euro, really cheap, and we found volunteering people to rebuild it for 500 Euros, and then you just need gasoline and volunteers and you can open it. All safe facilities just started like that. In Australia they were in prison – only for one week. I would just do it. Now you spend all the money on reports. You just repeat things. It is a difficult decision, difficult to talk about it. The society would like to pretend it is a problem that does not exist. They don't want to take a decision, because it is very difficult to talk about it. Our first safe facility is now at the National museum. It became part of our history. Make them small. And make more of them.«

A:« We were thinking of smaller ones. A car that can drive around. One in Ljubljana, another one in Koper, at the seashore, close to Italy, where there is a lot of drug trafficking.«

M:« Mobile ones are very useful. If the drug scene changes you move it around. They are cheap. If the politicians complain, you can move them around. Even if would not succeed, it is not too much money. Try to get media attention. Don't listen to the politicians, they just talk, while you need to have the attention of the people and the media. If you get some money you can make also many different posters. Make pictures of needles in Ljubljana and pictures of needles in Copenhagen. Make an exhibition of needles in your town. I wish you good luck. And write me when you open it. I will come and visit you.«

Copenhagen, 8.5.2017

Sogovrnik: Pernille

Ana: »Can you tell me a bit about yourself - what do you do and what is your formal education?«

Pernille:« I am a social worker, I studied at the place you studied as an Erasmus student last year (Metropolitan Social Work, University Copenhagen, 2016 spring semester), but I finished it in 2003 and all these years I was working mostly at the NGO, but the last few years I have been working for the municipality. First in the shelter for homeless women addicts and then, when we started H17 last year in August, I started to work here. I always worked with this kind of people, but in different areas. So, always grown ups with some kind of abuse problems (abuse women, addicts, homeless people).«

Ana: » When did you first hear of safe facilities?«

Pernille:« I think it was many years ago, when they first started a small place in a cellar. Michal Lodberg, that you met, was involved with that. It was kind of illegal, but I didn't hear much about it. But then in 2011 the government agreed that it should be ok for the municipality to run this kind of places. I think that was when the big talk started.«

Ana:« What did you think about the idea, when you first heard of it?»

Pernille: » A lot of things, I thought it was a splendid, good idea. Because I lived in this area, it is like the drug area (Vesterbro: the meat district), close to the train station. I have lived here for 25 years, so of course I wanted to help this people, because they dropped dead on the streets. Of course we needed a place where they can survive and we need to get them off the streets. Here there is a lot of people with kids and the kids can get scared. It was also bad for addicts, they spend a lot of money to buy the drugs and they have to get this money from somewhere. That means stealing, prostitution. Then they are standing in the corners wanting to get fixed and somebody can ruin their fix. They have conscience, they don't want children to walk by, to see them, they are not animals. So they don't want that, they get stressed and they can lose their fix. So, I think it is not good for the kids to see it and for this people that they are not to be stressed in that situation.

It has to be safe for both sides.«

Ana:« How did you start to work here?»

Pernille.« At the place I worked before (the shelter for homeless addicted women), I had a very nice boss. She got the job here as a boss/manager and asked me if I wanted to join her and to start working here. Then I applied and I got the job and we are a really good team.«

Ana:« How many people are working here right now?»

Pernille:« I think 20 or something, next month we will start to have it open at night time, so we will hire 10 more people. Now it is working until the evening, it closes at 11:30 in the evening and opens again at 9 o'clock. But from first of July 2017 we will open the place for the entire day.«

Ana: » Do you have some volunteers helping you?»

Pernille: »No, not at all. The volunteers are good but this is a municipality thing and they have to pay for it.«

Ana: » What kind of profiles work here?»

Pernille:« We have mostly medical staff. You need them to help. Two of them have to be here all the time, because people OD (overdose) a lot and we need them. So mostly medical but also a social worker and also pedagogs.«

Ana: » What is your part of the job here?»

Pernille: »I talk to them if they need a talk, it can be very busy here. Mostly it is about making sure that they take drugs safely. Of Course they need to talk all the time so we talk with them.«

Ana.« Are there a lot of overdoses?»

Pernille. » Yes, at least once a week. We have these places for 5 years now and nobody never dies here and it is the same around the world.«

Ana:«How do your working day looks like?»

Pernille: »It is a very busy place because a lot of people come here everyday. You have three kind of jobs while you are here. One is at the entrance, when you let people in. You have to ask them if they want to go to smoke or they want to go to fix. If they want to go smoke there is a line because you can only let 20 people in at the same time. So, sometimes they get angry, because they don't want to wait. So, a big part of the job is to keep them calm. Also, when they want to fix, we have 8 seats available. So, again they don't want to wait and then want to do it anywhere else. So, you have to watch they do not do it anywhere else. Another job is to walk around and make sure everybody is ok and they don't do things you don't want.

The third thing is to sit in here, because two people always have to sit there when people are fixing. At least one nurse and one social worker. The fixing rooms are most dangerous places so two persons have to be here all the time. You can help them with anything. The main thing to do is to keep them easy. We don't want scenes and screaming.«

Ana: » What do they smoke?»

Pernille: » Crack and heroin.«

Ana:« Did you have any big problems with the users?»

Pernille: » No, I worked with them for 14 years now, I know them and I never had a problem.«

Ana.«Do you have any good experiences?»

Pernille.« I like when they take care of each other, not when they steal, but when they are nice to each other. When someone is sick and they don't have money and the other gives him dope. I like that. I also like when people are waiting in the line and start to be aggressive, and I calm them with my voice and I speak very slowly and kindly. So, when I can get them to calm down this is also a success.«

Ana:«How old are they?»

Pernille: » The youngest is 18 (you have to be 18 to go inside) and the oldest is 70. The average is middle 30 and middle 40.«

Ana.« How many people come here every day?»

Pernille: »About 200 in the fixing room and about 500 smokers. But it is not like 200 to 500 different persons.

The same users are coming back more times per day. On the average around 100 different people come here.«

Ana:« Do you need to be a Dansih citizen to come here?»

Pernille: » No, this is anonymous place, so everybody can come. We have people from Romania which come here.«

Ana:« I heard some critics (Michael Dolberg) that this facility is too big, that it is like a factory. What do you think about that?»

Pernille: » I discussed this a lot with Michael. Although I think he has a little point, I do think it is not a factory at all, we help a lot of people every day. What I agree on, I think it is stupid to make such a big place. It is better to do several small places around (for example 5). But it is not a factory, we do the best we can to help them. We are closely collaborating with people from rehabs. They come here twice a week and if someone wants to talk with them they can and they can go on rehab.«

Ana.« Are there any problems with people living here – the commune?»

Pernille:« Yes, there are always problems. But the streets are much better now and they notice that.«

Ana:«What do you think is the main stigma associated with drug users?»

Pernille:« I think that most people think, that the drug users create their own problems. It is like: it is your fault that you started with it and you can stop it whenever you want. But I say, no it is yours and my fault also. When they were kids and we worked in the kindergarten and in schools with them and we did not see the problems. We should have reported problems before somewhere. If we did not, we are all responsible. Because these people doing drugs, most of them had troubled childhoods. We could help them much sooner and if we did not do that - it is also our problem. The problem with drug users is the lack of connection. The problem is when they stop doing drugs and they again don't have any connections. All their connections are drug users and they don't have any nice families. So, they can not be just alone. When they were doing drugs they had some connections«

Ana:« Do you think you should change some things around here or you are fine with how things work for now?»

Pernille.« We always have to change some things around here. We are new so we don't know yet which is the best way for things to work. First we had 8 people in the smoking rooms but it was stupid, because the place is so big. Then we allowed 12, and then it came down to 40. That was too much. You could not control them and they were fighting all the time. Now we have 20 people using the smoking rooms at the same time, but I would prefer to have them 15 at the time. So I will say this at the next staff meeting. We can talk about everything.«

Ana. » How are relations with the police?»

Pernille:« We have the local Vesterbro police and they come to check if everything is alright every day. If the users start to fight, we just go into the room and call the police to calm them down. Sometimes police come if they are looking for somebody and of course we give them the person if it is here.»

Ana: »Do you have any advices for us?«

Pernille:« You should just do it. You just have to start and then you will see how it will be. You will change a lot, it is a bit of a stressed situation, it keeps changing. They don't die, they don't get sick, they don't spread illness around. It is worth it.»

Copenhagen, 9.5.2017

Sogovrník: Anas

Ana:« »Can you tell me something about yourself, what do you do and what is your formal education?

Anas:« I am 57 years old, I am a police officer, I have finished police school in Copenhagen. I have been a policeman for the last 35 years in this area of Copenhagen (Vesterbro: meat district area). I have my own police area, I am a street cop. My area is between the gas station and the central train station. This is my area.»

Ana:« When did you first hear about the safe facilities concept?«

Anas:« It was many years ago, about 10-15 years ago. But it took many years before it was actually opened here. Before that we were chasing these people on the street to get rid of them, now we are trying to help them..«

Ana:« What was your impression about safe facilities, before they were actually opened in Copenhagen?«

Anas:« I thought, what are they doing, what are they thinking about these people that want to open it. This is not possible, it will only make things worse.»

Ana:«What is your personal opinion about drug users?«

Anas:« » For many years I thought it is their own fault, but now I know that drug users are traumatized people with very bad life experiences, most of them were victims of abuse as children. They grew up in awful conditions, had a terrible childhood or some very traumatic experiences, and the only thing to get rid of their thoughts was to kill themselves or do drugs to forget. The commune didn't do enough for this people. We should have seen their problems and spoken about them when they were children. We have to be more careful about children in such environments.»

Ana:« What do you think about the safe facilities now? What do you think is the main stigma associated with the drug users?»

Anas:« It is the best thing that happened in Vesterbro since I started to work here as a police officer. This people were before everywhere. Before, they we at the police and the local people were very worried about them. Some local people were also scared and worrying about their children and what they saw on the streets. Because we could see these drug users lying on the streets, with the needles in their arms or undressed, because they couldn't find a vene. Most people in this area felt sorry for them. So everybody in this area thinks it is a good thing to have safe facilities. But it is difficult to be a neighbour here, there is a lot of yelling and shouting and fighting. But that is my job to be here, that they can see me and know me and I can intervene or help them. For example, I can tell you a story that happened one week ago. There are two brothers and they bought the same heroin, a very bad one. One of them went home to inject it and the other came to the safe facility H17 to do it. The one which did it at home died of the overdose on the sofa, the other brother had also an over dose, but it happened in the safe facility and they could save him.»

Ana:« how often do you go to the safe facility to check that everything is alright?»

Anas:« We are the local police department and we are 10 police officers working in the street. This is my area and my colleague has another area there. But we all help in the safe facility. It is a lot of worki to do around here. We come to this place and we also have a health officer. We come to safe facilities many times per day. The staff can also call us anytime they want, when they need our help.»

Ana:« Do you have any criminal problems around safe facilities?»

Anas« They are dealing drugs. But there are good drug dealers and there are bad drug dealers. The good drug dealers have to be here, because the users know with whom they are dealing with and from whom they are buying it, they have a good relationship. And there are the bad drug dealers which beat them up if they don't pay and they sell bad drugs. It is not allowed to deal drugs. But we are very busy, we do not have time to deal with everybody, so we go just for the bad ones. So, we really know who are the good ones and the bad ones. One thing is that the users need a lot of money to buy drugs, so there is a lot of thieving. They take the S train to suburbia and go to the houses and do the thieving there.»

Ana:« Are there any problems with the users in your area?»

Anas:«Sometimes we have to calm them, to pacify them, one or two. Because they are chaotic in their behaviour. A lot of them are mentally sick and homeless. Sometimes we have to take them into custody or drive them into the hospital or maybe to a psychiatric clinic. A lot of these things are going on. These people can not use the normal hospital and call a doctor, hey I am sick, they do not tell this to anyone. If they were on their own, they wouldn't get any help at all. They are not telling us if something awful is going on, they just live with it. It is the way of life they are used to. But they know I can help them, they trust me.»

Ana:« Some people say that if you open safe facilities the number of drug users will increase, what do you think about that?«

Anas:«I don't think there are more drug users. But it is different from 10 years ago. The drugs changed from heroin to cocaine. I don't think it is true that there are more of them. People who are consuming drugs, most of them come here. So it is not more of them, they are just more concentrated in one area.«

Ana:« Do you have any advice for us in Slovenia?

Anas:« Just do it. It is good for everybody. It is also good for the policeman. We change our mindsets. Now we know they are not criminals. They are the victims.«

7.4 KODIRANJE

OSEBNO MNENJE O UPORABNIKIH DROG

INTERVJUVANCI	PRIPIS	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
A1 (prebivalka Tabora)	Uživalci drog se mi zelo smilijo.		USMILJNEJE	Osebno mnenje o uporabnikih drog
A2 (Zaposlen v komuni)	Ne smemo jih dojemati kot kriminalce, ampak žrtve, kar v resnici tudi so.		ŽRTVE	Osebno mnenje o uporabnikih drog
A3 (zaposlen pri Stigmi)	So samo ljudje, kot jaz in ti.		LJUDJE	Osebno mnenje o uporabnikih drog

A4 (Bivši odvisnik od heroína)	Kaj vse bi oni naredili za drogo in ko jo enkrat imajo, niso več nikomur nevarni.		ODVISNO OD IMETJA SUBSTANCE	Osebnostno mnenje o uporabnikih drog
A5 (član EK; zdravnik)	Če povzamem, moje osebnostno mnenje do uživalcev		BOLNIKI	Osebnostno mnenje o uporabnikih drog

	droga je povezano z mojim poklicem: to so hudo bolani ljudje, ki jim je potrebno na kratek in na dolgi rok čimbolj pomagati			
--	---	--	--	--

JAVNO MNENJE

INTERVJUVANCI	PRIPISI	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
A2 v (Zaposleni v komuni)	Predvsem mišljenje, da so si krivi sami da so kjer so in da bi lahko z odvisnostjo takoj prenehali, če bi to zares hoteli.	Pripisovanje krivde za stanje v katerem so.	SAMI KRIVI	Javno mnenje, ki prevladuje o uporabnikih drog v RS

A3 (zaposlen pri Stigmi)	Ena stvar je, da lahko ljudje odvisnike od heroína povezujejo z nasiljem (A2)	Mislinje, da so odvisniki agresivni.	NASILNEŽI	Javno mnenje, ki prevladuje o uporabnikih drog v RS
A1 (prebivalka Tabora)	Mislim, da je največja stigma to, da večina ljudi misli, da jim bodo storili kaj slabega (A1).	Strah pred tem da jih bodo napadli		
A4 (Bivši odvisnik od heroína)	Sam sem dobil občutek, da tam za njih nisi več človek, ampak samo en navaden narkoman.	Dojemanje odvisnikov, kot da sploh niso ljudje.	Razčlovečenje	Javno mnenje, ki prevladuje o uporabnikih drog v RS
A5 (član EK; zdravnik)	V Sloveniji se uživalce mamil kriminalizira.	Enačenje uživalcev z kriminalci.	Kriminal	Javno mnenje, ki prevladuje o uporabnikih drog v RS

TEMA: OSEBNO MNENJE O VARNIH SOBAH

INTERVJUVANCI	PRIPIS	POJEM	KATEGORIJA
A1 (prebivalka Tabora)	Jaz menim, da bi bile varne sobe dobra rešitev za mojo okolico.	Primeren rešitev za uporabo drog na javnih površinah.	OKOLIŠKA REŠITEV

A2 (zaposlen v komuni)	Varne sobe so koristne za njih in za nas.	Koristne so za uporabnike drog in tudi za ostale prebivalce.	OBOJESTRANSKA KORIST
A3 (zaposlen pri Stigmi)	Zmanjšujejo se tveganja za uporabnike		
A4 (bivši odvisnik od heroína)	drog, zmanjšujejo se stroški ki jih država porabi za te ljudi. Jaz msilim, da so varne sobe ok ne samo za narkomane, ampak tudi za vas oziroma nas ostale.		
A5 (član EK; zdravnik)	Varna soba omogoči le bolj varno aplikacijo droge in prav nič drugega	Edina prednost varnejša aplikacija.	VARNEJŠA APLIKACIJA

PREPREKE KI BI SE POJAVLJALE

INTERVJUVANCI	PRIPISI	POJEM	KATEGORIJA
---------------	---------	-------	------------

A1	Si pa predstavljam, da bi zagotovo mnogo ljudi najprej pomislilo na "zapravljanje davkoplačevalskega denarja za narkomane«.	Ljudje ne bi hoteli plačevati »iz svojega žepa« za uporabnike drog.	FINANČNE PREPREKE
A2	Da se ne bi zgodilo, da je varna soba samo neka scena za	Varna soba bi bila območje kontrole in nadzora	IN PREGON NADOZR
A4	preganjati in nadzorovati. To si predstavljam tako, da bodo »dilerji« in uživalci okoli in določene bodo sigurno obračali policaji in jih preiskovali.	represivnih organov.	
A3	Mi smo stvar videli tako, da če ljudje od droge umirajo na ulici ni nihče odgovoren, če pa naredimo varno sobo bi bila neka odgovornost.	Pristojni ne bi želeli prevzemati odgovornosti v primeru smrti v vranih sobah.	STRAH PRED OGDOVORNOSTJO

A5	Velika koncentracija uživalcev je delno pozitivna (boljši nadzor ustreznih institucij), delno pa lahko tako druženje pripelje tudi k povečani porabi prepovedanih drog, saj se v varnih sobah uživalci počutijo varne tudi strani represivnih organov.	Skrb, da bi se zaradi varne sobe poraba drog povečala.	POVEČANA UPORABA DROG
----	--	--	-----------------------

PREDLOGI ZA HITREJŠO VZPOSTAVITEV PROJEKTA

INTERVJUVAHCI	PRIPIS	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
A1	Pripraviti je potrebno širši javnost, da bo koncept res sprejela, če ne bodo ves čas težave.	Sprememba javnega mnenja, da bi varno sobo želeli in sprejeli.	SPREMEMBA JAVNEGA MNENJA	MOŽNE REŠITVE

A2	V primeru, da bi zaživela , mislim da bi bilo dobro, da bi policaji hodili okrog, da uporabnike osveščajo, da se tam lahko varno »zadanejo« in s svojimi iglami odvrženimi iglami, ne ogrožajo okolice.	Policaji bi mogli sodelovati in komunicirati z uporabniki v primerni uporabni varne sobe.	POLICIJSKO OZAVEŠČANJE	MOŽNE REŠITVE
A3	Mislim da bi bilo pametno spremeniti zakonodajo na področju, ki urejajo točko lastne uporabe.	Potrebno bi bilo urediti zakonodajo na tem področju, da bi bila dovolj jasna.	SPREMEMBA ZAKONODAJE	MOŽNE REŠITVE
A4	Ljudi je treba izobraziti.	Ljudi bi bilo potrebno	IZOBRAŽEVANJE	MOŽNE REŠITVE

		izobraziti na tem področju.		
A5 A2	Potreben bo dialog na podlagi resnih argumentov in ne predsodkov in raznih prepričanj.	Potrebe je celosten dialog in sodelovanje med akterji na tem področju.	DIALOG	MOŽNE REŠITVE