

## MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

---

Po posljedicama koje se javljaju, zloraba sredstava ovisnosti je ispred svega javno-zdravstveni problem. Radi toga je logično da upravo Ministarstvo zdravstva bude temeljno ministarstvo zaduženo za nadzor nad provođenjem cjelokupnog Nacionalnog programa suzbijanja svih oblika ovisnosti (alkohol, duhan, droge). Institucije u nadležnosti tog ministarstva dužne su osigurati odgovarajuće specijalizirane ustanove, kapacitete i programe za liječenje ovisnika. To je temeljno ministarstvo koje ima zadaću poticati i osiguravati unapređenje mjera **sekundarne prevencije** ovisnosti. Ministarstvo zdravstva je dužno sukladno Zakonima, provoditi nadzor nad uvozom, izvozom, proizvodnjom i stavljanjem u promet legalnih psihoaktivnih tvari (lijekova).

### Opća načela u pristupu organizaciji liječenja i rehabilitacije ovisnika

**Temeljni cilj Nacionalne strategije suzbijanja zlorabe droga u našoj zemlji jest smanjiti ponudu i potražnju a time i potrošnju droga.** Ispunjenje toga cilja nije moguće bez poštivanja tri temeljna načela dobre državne politike tretmana ovisnika:

1. Osigurati funkcionalan sustav koji će ovisnike otkrivati u što ranijoj fazi bolesti.
2. Privući u doticaj sa sustavom za tretman i započeti tretman kod što je moguće većeg broja od ukupne populacije ovisnika u zajednici.
3. Osigurati individualno prilagođavanim pristupom u odnosu na potrebe, zahtjevnost i mogućnost prihvaćanja od strane pojedinog ovisnika, što je moguće višu i dužu retenciju (ostanak) u program privučenih ovisnika.

To podrazumijeva potrebu značajnog unapređenja mjera sekundarne prevencije. Posebno je društveno isplativo uključiti u tretman što veći broj osobito teških ovisnika, koji su zbog visoke tolerancije najveći potrošači droga. To nije moguće ako se značajno ne povećaju kvaliteta i kapaciteti bolničkih i izvanbolničkih programa za liječenje ovisnika. Bolje uređenje sustava za tretman bila jedna od glavnih točaka i *National Drug Control Strategy* SAD za 1995. Prema tom dokumentu, **ovisnost se smatra kroničnom recidivirajućom bolesti koja zahtijeva specijalizirani tretman, te dugotrajnu skrb i praćenje.** Kao što se ovisnost razvija kao samopodržavajući proces koji traje godinama, tako i liječenje treba držati procesom koji ponekad, kao i kod drugih kroničnih bolesti, traje doživotno. U tom procesu

koji ima važne elemente odgoja i preodgoja, svakom pojedinom ovisniku osigurava se pomoć i intervencije sukladno (trenutnom) stanju njegove bolesti. To uključuje povremene detoksifikacije (bolničke ili izvanbolničke), stalni ambulantni psihoterapijski postupak, obiteljski postupak, intervencije u kriznim stanjima, odlaske u komunu, tretman u penalnom sustavu itd. U kreiranju strategije liječenja i rehabilitacije ovisnika, vodeći računa o karakteristikama te populacije, treba uvažavati ove činjenice i pristupe:

1. Ovisnici o drogama vrlo su **heterogena populacija**, s obzirom na težinu bolesti, vrste droga koje koriste, socijalnu pozadinu problema i motivaciju za tretman, zbog čega treba ponuditi niz lako dostupnih i raznolikih (s obzirom na ciljeve i zahtjevnost) programa, primjerenih prirodi njihova problema. Drugim riječima, važna je individualizacija u pristupu kojom bi što većem broju tih korisnika ponudili program koji bi oni bili voljni prihvatiti. U protivnom, oni će ostati na ulici.
2. Ovisnici u načelu izbjegavaju prihvaćanje pomoći i **skrivaju svoj problem**. Jedni to rade kako bi izbjegli stigmatizaciju u društvu, a time i brojne sekundarne posljedice, a drugi kako bi izbjegli intervenciju koja bi uključivala potrebu da prekinu uzimanje droge. To je razlog da se kao bitan element Nacionalne strategije predlaže da društvo svim raspoloživim resursima poduzima mjere **AKTIVNOG** pristupa spram te populacije. To znači da bi zajednica razrađenim sustavom djelatnih mjera što uspješnije otkrivala i motivirala za uključivanje u neki od ponuđenih programa i onaj dio ovisnika koji posve prikriveno održava svoju ovisnost. **Za društvo je najskuplji i najopasniji ovisnik, koji bez ikakva nadzora živi svoj život od danas do sutra, na "ulici".** Prevencija kriminala, korupcije, širenja HIV-infekcije, hepatitisa, prometnih nesreća, prostitucije itd., ne može se provoditi bez poduzimanja mjera za rano otkrivanje i liječenje što većeg broja ovisnika. Djelatnici u zdravstvu, socijalnoj zaštiti (koja bi posredstvom *outreach*-aktivnosti uspostavljala doticaj s ovisnicima i pronalazila ih na mjestima njihovog sastajanja), prosvjeti, pravosuđu, vojsci, policiji, poduzećima, te humanitarnim i nevladinim organizacijama, zajedno s dobro educiranim roditeljima, trebali bi sudjelovati u programima otkrivanja te bolesne populacije što je pretpostavka za njihovo uključivanje u programe liječenja. Primjenom različitih pomoćnih preventivnih sredstava, te izvješćivanjem u sredstvima javnoga priopćivanja i posredstvom stalnih telefonskih linija, same ovisnike treba upozoravati na potrebu i mogućnost dobivanja pomoći.

3. Ovisnost je težak poremećaj, liječenje je težak, složen, dugotrajan proces koji uključuje niz različitih intervencija koje se stalno moraju prilagođavati kako trenutnom stanju pacijenta tako i njegovim mogućnostima prihvaćanja. **Recidivizam** te bolesti je vrlo visok i kod pojedinca ovisi o karakteristikama njegove osobnosti, kliničke slike ovisnosti, okruženju u kojem živi ali ovisi i o vrsti i kvaliteti terapijskog programa i tima koji ga provodi. S tim treba računati i ovisnike koji su se ponovo vratili drogi ne treba gledati drukčije nego i sve druge bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti (kao npr. shizofrenija, hipertenzija, dijabetes) kojima treba, sukladno trenutnom stanju, pružati zaštitu.
4. Kako bi se **izbjegla stigmatizacija**, ovisnike treba poticati da kao i ostali građani, koriste radi svojih potreba ustanove zdravstva i socijalne zaštite, a osobito mogućnosti obiteljskog liječnika i primarne zdravstvene zaštite. Da bi se to postiglo, u neposrednom komuniciranju s njima, stručnjaci spomenutih institucija ne smije se ničim ugrožavati njihov dignitet, jer će u tom slučaju odbiti prihvatiti pomoć što će ih otjerati natrag na ulicu.
5. **Mnogi ovisnici, zbog prirode poremećaja, nisu u stanju brinuti za mnoge administrativne probleme** (npr. pitanje zdravstvenog osiguranja), **što nikako ne smije biti razlog odgađanja ili odbijanja pružanja pomoći.** Isto tako, ovisniku koji želi ostati anonimniji mora se omogućiti savjetovanje i određeni oblik skrbi, bez njegovog udjela u financiranju tih usluga i inzistiranja na identifikaciji. To je osobito važno zbog prevencije širenja HIV-infekcije.
6. Poduzimanje mjera liječenja jedini je način da se prekinu transgeneracijsko prenošenje patologije ovisnosti od ovisnika koji su roditelji na njihovu djecu. Poznato je da je ogroman rizik da će dijete koje živi i odrasta u teško narušenom obiteljskom sustavu radi drogiranja jednog ili oba roditelja na koncu i samo krenuti istim putem. Samo liječenjem ovisnika koji su roditelji i poduzimanjem mjera dodatne socijalne skrbi, tu je djecu moguće zaštititi.
7. **Društveni je interes i vrlo je isplativo liječiti ovisnike, jer ako to ne činimo, za razliku od drugih bolesnika, oni će kako sebi, obitelji tako i široj društvenoj zajednici činiti veliku štetu.** Za liječenje tih teških bolesnika ukoliko želimo postići dobre rezultate, upravo radi složenosti i težine tog posla, u okviru sustava zdravstva moraju biti osigurani posebno selekcionirani i adekvatno obučeni stručni timovi, koji moraju djelo-

vati u okviru mreže specijaliziranih programa. Inzistirati na načelu da ovisnike mogu i moraju liječiti psihijatri (koji za taj posao nisu motivirani a niti posebno educirani) u okviru svojih općih psihijatrijskih ambulanti ili nespjecijaliziranih bolničkih programa, znači unaprijed terapiju i nadzor nad ovisnicima učiniti neuspješnim.

### Politika tretmana ovisnika kao važan element Nacionalne strategije

**U kreiranju mreže koja se bavi liječenjem i rehabilitacijom ovisnika mora se voditi računa o temeljnoj politici tretmana kojoj je važan društveni cilj i interes privući u programe što prije i što veći broj ovisnika.** Pri tom treba voditi računa o povezivanju svih temeljnih programa i institucija koje se bave liječenjem i rehabilitacijom ovisnika u jedinstvenu komplementarnu mrežu. **Centri za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti su na lokalnoj razini poveznica svih elemenata mreže koja brine za zdravlje i druge potrebe ovisnika.** Među njima najvažniji su liječnici opće medicine, specijalizirani bolnički detoksifikacijski i drugi programi (psihijatrijskih ustanova), sustav za rehabilitaciju (terapijske zajednice u državnom i NGO sustavu), te lokalni *out-reach* i drugi programi organizirani u okviru *harm-reduction* pristupa.

Ovisnost je jedna od rijetkih bolesti koju pojedinac dugo i vješto prikriva i istovremeno podržava. Prikriva ju ukoliko se otkrije i obitelj ovisnika, bojeći se društvene stigmatizacije. **Ovisnost se vrlo teško liječi i ako program nije dovoljno utjecajan, ustrajan i istovremeno prihvatljiv za ovisnika da bi ga provodio mjesecima ili čak godinama, neće se postići poželjan rezultat.** Ovisnik će prekinuti liječenje i recidivirati. Za razliku od većine drugih bolesti a slično akutnim psihotičnim bolesnicima, ovisnici o drogama izbjegavaju i odgađaju prihvaćati stručnu pomoć dokle god im je to moguće. Uzrok tome je u samoj naravi te bolesti. Radi velikih šteta koje zajednici čine ako ih neliječimo, država mora inzistirati na osiguranju sustava i pristupa kojim će biti moguće što veći broj tih pacijenata (barem 60% od ukupnog broja u državi) držati pod nadzorom, čak i u slučajevima kada je to protivno želji samih bolesnika. Tako bi na svakih 100 liječenih heroinskih **ovisnika** optimalno bilo da ih se u svakom trenutku:

- 25% održava u stabilnoj apstinenciji bez primjene metadona kroz izvanbolničke programe;
- 35% održava u apstinenciji od heroina uz primjenu supstitucije (metadonom, buprenorfinom, morfinom);

- 15% drži i rehabilitira u bilo kojem od programa terapijskih zajednica;
- 20% leži i liječi u specijaliziranim i drugim bolničkim programima;
- 8% čuva i tretira kroz posebne programe penalnog sustava (dakle prisilno);
- 15% štiti koliko je moguće kroz programe *harm reduction* tipa (uglavnom uz primjenu metadona, bez očekivanja da će se suzdržavati i od uzimanja heroina).

### Temeljni elementi kompleksnog programa liječenja ovisnika

Da bi se postigli što bolji rezultati, većini ovisnika potrebno je osigurati dugotrajno provođenje kompleksnog postupka tretmana koji je u nešto drukčijoj formi za ovisnike o alkoholu razvijao prof. dr. Hudolin. Prema Nacionalnoj strategiji, taj se program sastoji od nekoliko elemenata kako slijedi:

- farmakoterapija (za opijatske ovisnike metadon i drugi agonisti)
- psihoterapija “ovisnosti”
- obiteljski suportivni postupak
- edukaciju o bolesti i učenje strategija za prevenciju recidive
- mjere prevencije zaražavanja infekcijama (HIV, virusi hepatitisa, sifilis) što uključuje i testiranja na mjestu ili upućivanje na testiranje u nadležnu zdravstvenu ustanovu
- socijalne intervencije
- po potrebi poseban preodgojni postupak
- kontrole urina (sline ili kose) na prisutnost metabolita droge
- terapija komorbiditeta
- korištenje programa samopomoći (klubove liječenih ovisnika ili suportivne programe NGO sektora)

Istraživanja su pokazala da ne samo da akutno uzimanje droga izrazito modificira funkcije mozga, već da prolongirano uzimanje droga uzrokuje pervazivne promjene u mozgu koje ostaju dugo nakon što osoba prekine s uzimanjem droge. To znači da se **ovisan mozak značajno razlikuje od neovisnog po promjenama u metaboličkim aktivnostima, dostupnosti receptora, utjecaju gena i odgovorima na okolinske podražaje i situacije**. Danas je moguće vidjeti i dokazivati te promjene uporabom *imaging* tehnologije kao što je PET (*positron emission tomography*). Znanost je pomogla da se shvati kako glavni cilj liječenja mora biti kompenzacija tih promjena mozga lijekovima ili tehnikama kojima se mijenja ponašanje.

Ako je liječenje proces kojim se uz prekid uzimanja droga treba postići napredak u smislu sazrijevanja tih mladih ljudi, snaženja samokontrole i prihvaćanja odgovornog ponašanja, sama detoksifikacija kroz bolnički ili izvanbolnički tretman samo je dobar početak u smislu tih nastojanja. Gotovo da i nema smisla hospitalizirati ovisnike da bi se oslobodili apstinencijske krize, ako im se neposredno nakon demisije ne osigura nastavak suportivnog, izvanbolničkog programa kroz barem dvije godine, kojim bi se nastojala čuvati i održavati apstinencija, jer će u kratko vrijeme gotovo svi recidivirati. Samo dugotrajnim praćenjem ovisnika, provođenjem specifične psihoterapije i, naročito, provođenjem obiteljskog postupka, moguće je umanjivati žudnju za drogom i na vrijeme otkriti i intervenirati u slučaju recidive. A žudnja za drogom praćena odgovorom neurobiokemijskih struktura mozga, brojnim se asocijacijama podržava i budi u svakodnevnom životu ovisnika. Za dugo vremena, slabi su kapaciteti ovisnika u kontroli probuđene žudnje i ako nema potpore kroz terapijski program, samo je pitanje dana kada će ovisnik popustiti. **Retencija (ostajanje) u programu, apstinencija od ilegalnih droga, smanjenje nezakonitih aktivnosti i poboljšanje aspekata socijalno prihvatljiva ponašanja, najbolji su pokazatelji kvalitete terapijskog rada.** Taj posao je vrlo iscrpljujući i stoga treba osigurati dobro selekcionirane, osposobljene i motivirane stručnjake specijaliste koji uz sve spomenute profesionalne karakteristike moraju imati i onih nekoliko duboko ljudskih; ljubav, strpljenje, snagu, čestitost. Ako to terapeut nema u sebi on to ne može davati onom kojemu je to potrebno i ništa čovjek ne može dati drugom ako to nema u sebi. Ovisnici su kao djeca izgubljena u civilizaciji, kao biljke izrasle na krivom mjestu. Teško im je pomoći, teško je postići da vas poštuju, da vas ne manipuliraju, da osjećaju odgovornost za ono što ste s njima dogovorili. **Pravi utjecaj (koji bi ovisnika trebao dovesti do duboke unutarne odluke da će sve učiniti kako bi nadvladao poriv za uzimanje droge), terapeut u radu s ovisnicima postiže tek nakon nekoliko godina ustrajnog praktičnog rada i učenja uz iskusnog učitelja i vještog praktičara.** Priučeni terapeuti mogu obaviti razgovor s ovisnikom i dati mu savjet kamo da se ode liječiti, ali oni nisu u stanju provoditi liječenje koje bi jednog heroinskog ili kokainskog ovisnika potaklo da učini sve što je moguće da trajno prekine s drogiranjem. Davanje savjeta o potrebi liječenja i prekida uzimanja droge ne može se samo po sebi smatrati liječenjem.

Još uvijek je jedan od neriješenih problema, koji značajno umanjuje kvalitetu provođenja društvenih programa suz-

bijanja ovisnosti, moralistički pristup i negativan stav mnogih stručnjaka zdravstvenog sustava prema tim posebnim i teškim pacijentima. Javnost a i mnogi stručnjaci koji se bave ovisnicima (u pravosudnom sustavu, zdravstvu, socijalnoj skrbi) stvaraju sliku o patologiji ponašanja tih bolesnika temeljem impresije koju stvaraju kontaktirajući jednu specifičnu, najteže promijenjenu i psihopatiziranu kategoriju ovisnika. To su slučajevi čiji se problem rješava godinama pa i doživotno, jer ga naprosto nije moguće riješiti i takvih je 15–20%. Zbog toga je logično da će liječnik u Domu zdravlja, sudac, policajac ili susjed najbolje upamtiti one ovisnike čija je patologija teška, koji učestalo recidiviraju i zapadaju u probleme, one koji dolaze u žestoke sukobe s okolinom i zakonom, one koji se predoziraju i umru ili stalno traže pomoć zbog teških zdravstvenih poteškoća. Onu pak većinu koja se ponaša mirno, pristojno, a posebno one koji definitivno riješe problem, brzo svi zaboravljaju. Samo terapeuti koji ustrajno rade s velikim brojem ovisnika ujedno istražujući njihovu patologiju ponašanja i rezultate tretmana, mogu imati realnu sliku o tim bolesnicima. I ta slika nije ni približno tako “loša”. Čak velik broj tih mladih ljudi su zanimljivi i ugodni pacijenti, koji znaju pokazati ako se netko iskreno za njih zauzima. Prije nekoliko decenija, kada se tek počela javljati u svom suvremenom obliku zloraba droga, ta su ilegalna sredstva mahom uzimale osobe s izraženim asocijalnim poremećajem. To je pridonijelo stereotipu gledanja na ovisnike kao osobe sa izrazitim protudruštvenim ponašanjem. Najveći broj današnjih ovisnika ne razlikuje se od vršnjaka koji droge ipak nisu izabrali kao svoje životno opredjeljenje. Iako je još uvijek aktualna dvojba u kojoj je mjeri ovisničko ponašanje loš osobni izbor a koliko bolest mozga, direktor NIDA (A. I. Leshner, NIDA NOTES, Vol. 16, Number 2 od svibnja 2001.) objašnjava na dinamičan način proces razvoja te bolesti, koja dugo vremena može biti i jedno i drugo a na koncu kod mnogih ovisnika postaje problem na koji pojedinac više ne može utjecati. U istom članku naglašeno je kako istraživanja pokazuju kako uspješno liječenje mora zahvaćati sve aspekte problema individue koji su u svezi s drogom.

S obzirom na veliku heterogenost karakteristika populacije ovisnika, teško je sažeti njihova temeljna obilježja i doživljavanja o kojima se mora voditi računa u provođenju tretmana. Evo samo nekih:

- Ovisnici osjećaju neuspjeh u pokušaju da u budućnosti vide neke “normalne” nagrade za odgađanjem svojih težnji za zadovoljstvom.
- Osjećaju nesposobnost planiranja i potom odabira alternativnih pravaca djelovanja.

- Skloni su izboru kratkotrajnih zadovoljstava ne uzimajući pri tom u obzir dugotrajne negativne posljedice, čak ako je dugotrajne ciljeve samo trebalo čekati.
- Imaju slab uvid i teško mogu opisati i osjetiti utjecaj svog ponašanja na druge ljude a izrazito su kritični i osjetljivi na odnos drugih prema njima.
- Osjećaju da ne dijele isti sustav vrijednosti s drugim osobama.
- Osjećaju da njihov osobni napor nema nikakva smisla.

Organizirani kriminal je preko svojih prikrivenih utjecaja pridonio gledištu kako ovisnici zapravo nisu bolesnici zbog čega je briga za njih i zaštita njihovog zdravlja u mnogim državama marginalizirana i često prepuštena nekvalificiranim ili nedovoljno stručnim terapijskim timovima a daleko najveći broj ih je izvan bilo kakvih programa, kriminaliziran na ulici, što samo pogoršava sliku o njima kao kriminalcima. To je pak utjecalo na slabe rezultate. I umjesto da se poboljšava kvaliteta stručnog rada, neispravno se zaključivalo da se zbog slabih rezultata ovisnost o drogama niti ne isplati liječiti ili da su pacijenti sami odgovorni za posljedice, jer nisu prekinuli sa svojom ovisnosti. Koliko je bolesti za koje su ljudi sami odgovorni, koliko je bolesnika koje liječimo premda su neizlječivi ili su rezultati njihova liječenja vrlo slabi, ali im liječnici ne uskraćuju pomoć. Koliko je bolesti i bolesnika kojima stalno sugeriramo uzimanje lijekova kako bi im samo olakšali patnju? Najveći broj ovisnika su kao djeca počeli svoj put prema ovisnosti i za to što se na kraju dogodilo najveći dio odgovornosti snosi netko drugi. Nije na liječniku da sudi ili da nameće osjećaj krivnje bolesniku koji od nje ga očekuje pomoć. Tim, uglavnom vrlo mladim ljudima, u interesu njih, njihovih obitelji i društvene zajednice treba omogućiti suvremen, stručan i terapijski utjecajan sustav tretmana pa će rezultati biti kod oko 70% slučajeva u svakom pogledu isplativi. U kreiranju sustava za tretman ovisnika treba voditi računa o slijedećem:

1. **Prednost treba dati dobrovoljnom liječenju**, jer je to u skladu s našim zakonodavstvom koje ne sankcionira samo uzimanje droga.
2. Osobama koje zbog uzimanja droga počine krivično djelo izricat će se **mjera obaveznog (prisilnog) liječenja** i - ovisno o sudskoj presudi - provodit će se na slobodi ili uz bezuvjetnu kaznu zatvora. Kod prvih sudskih postupaka s ovisnicima koji su kazneno djelo počinili zbog svoje ovisnosti, trebalo bi preferirati uvjetnu kaznu uz obaveznu mjeru liječenja na slobodi. Ministarstvo pravosuđa je dužno osigurati uvjete za što kvalitetniju provedbu takve mjere za ovisnike u pe-



nalnom sustavu. Prisila kroz sudski postupak mnoge ovisnike, koji do tada nisu željeli ni čuti za tretman, potiče da prihvate liječenje.

3. U izboru oblika tretmana mora se **poštivati individualizirani pristup**, što znači da svakom ovisniku, kao **subjektu u terapijskom procesu**, treba u početku ponuditi i omogućiti provedbu onakvog oblika tretmana kakav će on, nakon provedenog motivacijskog postupka, biti u stanju prihvatiti. **Mnogim ovisnicima, osobito u samom početku, nema naročitog smisla nuditi, a još manje nametati zahtjevnije programe ako je i više nego jasno da ih neće moći biti u stanju prihvatiti.** Najvažnije je postignuće nakon prvog susreta ovisnika i terapeuta da se taj bolesnik motivira za ponovno javljanje u dogovoreno vrijeme. Ako se to ne dogodi, to je znak da terapeut nije uspio.
4. U organizaciji tretmana **prednost** trebaju imati **lako dostupni izvanbolnički programi** koji će u brizi za ovisnika najbolje iskoristiti sve mogućnosti lokalne zajednice.
5. **Temeljna mreža ustanova i programa za tretman mora biti sastavni dio državnog sustava zdravstvene skrbi** (nikako sustav NVO-a). U toj mreži svaki ovisnik mora imati priliku odabrati program sukladan, kako njegovoj patologiji, tako i njegovim mogućnostima prihvaćanja. Riječ je samo o izboru programa i pristupa, a nikako o izboru ovisnika koje bi trebalo ili ne bi trebalo liječiti. Nije dobro u okviru te temeljne mreže izdvajati programe koji bi isključivo koristili metadon od programa koji ni u kojem slučaju (pa čak ni za kratku detoksifikaciju teških heroinskih ovisnika) ne bi preporučivali taj lijek. Takva organizacija programa usmjerila bi najveći broj opijatskih ovisnika u supstitucijske programe dok bi timovi koji su isključivo orijentirani na *drug-free* pristup imali na skrbi samo neznatan broj "pravih" ovisnika. Svi centri morali bi osiguravati polivalentan pristup, a stvar je utjecaja terapijskog tima na samog ovisnika, koji je aktivan subjekt u terapijskom procesu, i naravi poremećaja u svakom pojedinačnom slučaju, koji će se vid pomoći na kraju koristiti.
6. U liječenju kod prvih dolazaka mlađih ovisnika **treba davati prednost postizanju apstinencije kao konačnog cilja.** To je konačno jedino rješenje za ovisnost o brojnim vrstama droga – osobito o stimulativnim. Odvikavanje i apstinenciju kao cilj (*drug-free* pristup) uvijek treba preferirati kada su posrijedi početni

- uzimatelji i mladi ovisnici. Put do tog cilja je teško predvidjeti.
7. U početku javljanja na tretman mlađih heroinskih ovisnika također treba ponuditi odvikavanje (detoksifikaciju bez ili uz primjenu opijatskih agonista) da bi se nakon razrješenja apstinencijske krize pokušao nastaviti dugotrajni suportivni program održavanja apstinencije (u trajanju od barem dvije godine). Što god mi činili, oko 60–80% tih bolesnika će recidivirati i vremenom će se pogoršavati klinička slika njihove ovisnosti. Tu se može raditi o vrlo lošoj kvaliteti života ovisnika koji zbog toga ne nalaze motiva da ustraju u apstinenciji, ili se radi o deficitarnom biološkom problemu (nedostatak prirodnog podraživanja opioidnih receptora u mozgu neurotransmiterima endorfinskog tipa), koji se danas u svijetu liječi primjenom **supstitucijske terapije opijatskim agonistima** (npr. Metadon, buprenorfin). Ako ne primijenimo tu mogućnost, osudili smo taj postotak heroinskih ovisnika da uz silne štete po zajednicu propadaju na ulicama zajedno sa svojim obiteljima. Danas se u Nizozemskoj oko 70%, Sloveniji preko 80%, a u Njemačkoj oko 50% heroinskih ovisnika, nalazi u programima supstitucije metadonom.
  8. Budući da će jedan dio heroinskih ovisnika stalno biti izvan bilo kakvih programa tretmana, a oko 25% ih ni jednim programom neće biti moguće posve zaštititi od stalnog ili povremenog uzimanja heroina, morat će se stalno **unaprjeđivati tzv. harm-reduction i risk-reduction programi**. Cilj je tih programa barem smanjiti potrošnju droga i umanjiti štetne posljedice. Tu važnu ulogu imaju supstitucijski programi (održavanje na metadonu) i programi *outreach*-tipa, koji su u funkciji smanjenja rizika prenošenja HIV-infekcije, hepatitisa i ranog umiranja ovisnika. To znači da se ovisnicima mora omogućiti kupovanje čistog pribora za venozno uzimanje droga, besplatna sterilizacija pribora ili zamjena upotrijebljenog pribora za sterilni, besplatne kondome, letke s uputama i savjetima i sl.
  9. Oko 40% ovisnika (prema nekim istraživanjima i više) je s **dvojnim dijagnozama** odnosno – radi se o **psihijatrijskom komorbiditetu**. Uz primaran poremećaj osobnosti (psihopatija), depresiju, učestali su anksiozni i psihotični poremećaji. Da bi se provodila adekvatna dijagnostika, a time i liječenje (osobito farmakoterapija) tih posebno teških slučajeva, potrebno je veliko psihijatrijsko znanje i iskustvo. Zato bi u svim većim centrima za tretman morali biti uposleni posebno

educirani specijalisti psihijatri. Upućivati psihotičnog heroinskog ovisnika psihijatru koji nema iskustva u liječenju ovisnosti, nije dobar pristup kao što nije moguće očekivati kvalitetu stručnog rada ako bi tu kategoriju bolesnika trebali liječiti stručnjaci za ovisnosti koji nemaju adekvatnu izobrazbu iz područja duševnih poremećaja.

10. Kako bi rezultati tretmana i specifična zaštita bili poboljšani, potrebno je osigurati posebne specijalizirane programe za trudnice ovisnice o drogama, za mlade majke s djecom te za tinejdžere ovisnike.
11. **U kreiranju sustava za tretman ovisnika, treba voditi računa o ekonomskim mogućnostima društva.** Samo temeljem *cost-benefit* analiza i stalnom znanstvenom evaluacijom moguće je odabrati programe i omogućiti kapacitete koji će uz osigurana sredstva što više ovisnika odvojiti od ulice i narko-kriminala i držati ih pod nadzorom stručnih institucija. **Kvalitetno uređen sustav u državi može privući u programe i do 70% ovisnika i kod njih smanjiti potrošnju ilegalnih droga do 70%. U liječenje mnogih bolesti uložena su velika sredstva, ali se ni približno ne postižu rezultati i korist za zajednicu kao u liječenju ovisnika.**
12. Terapijski timovi temeljnog državnog sustava za tretman, u nastojanju da u program privuku s ulice što više ovisnika, moraju razvijati tehnologiju kojom je to moguće postići. Pretpostavka za to je da ovisnici na neki način zavole svoje terapeute i da se koliko je moguće vežu za njih. Ako su kapaciteti timova dostatni, može se aktivirati pristup **“svaki ovisnik treba dovesti na liječenje barem jednog svog prijatelja”**.
13. Znanstveni pristup i istraživanja pretpostavka su nalaženja najboljih rješenja i pristupa u provođenju kako primarne tako i sekundarne prevencije ovisnosti. Evaluacija uspješnosti pojedinih oblika liječenja ovisnosti, osobito ako se uzima u obzir ekonomska isplativost pojedinih programa i njihovi rezultati u odnosu na težinu patologije i broj slučajeva, najbitniji je element kreiranja metodologije tretmana ovisnika.

## Ustanove za provođenje liječenja i rehabilitacije ovisnika

Temeljnu državnu mrežu za tretman čine **centri za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti, organizirani kao specifične zdravstvene ustanove u okvirima i pod ovlastima Ministarstva zdravstva.** Jedno je od rješenja za pitanje pravnog ustroja razvoj mreže centara kao jedinica

Državnog zavoda za sprječavanje i liječenje ovisnosti u Zagrebu, koji bi imao status pravne osobe. Uz tu temeljnu mrežu ustanova, liječenjem i rehabilitacijom bavile bi se i mnoge druge ustanove, kako slijedi:

- U sklopu psihijatrijskih bolničkih programa nužno je u svim regionalnim središtima organizirati specijalizirane jedinice za hitne i krizne intervencije, te detoksifikaciju (uz boravak do mjesec dana i mogućnost kratkotrajne uporabe metadona za razrješavanje krize u ovisnika o heroinu).
- U psihijatrijskim bolničkim uvjetima mora biti osiguran prostor, sredstva i osoblje za specijalizirane *drug-free* programe, s mogućnošću boravka do tri mjeseca nakon provedene detoksifikacije.
- U sklopu temeljne državne mreže za liječenje ovisnika s teškim poremećajima ponašanja i osobito za one s izrečenom sudskom mjerom liječenja na slobodi, uz ili bez izrečene uvjetne presude, Ministarstvo zdravstva i/ili socijalne skrbi morat će osigurati barem dvije stručno vođene terapijske zajednice, s trajanjem tretmana do dvije godine, s mogućnošću školovanja uz radno-okupacijsku terapiju.
- Država bi trebala podupirati osnivanje i sufinanciranje tretmana u terapijskim zajednicama koje su već osnovane ili će ih ubuduće osnivati crkvene ustanove, humanitarne organizacije ili privatne osobe. Konkurencija tih programa i njihovi rezultati omogućili bi opstanak samo onih kvalitetnih, koji bi – ovisno o uloženom novcu – privlačili i zbrinjavali odgovarajući broj ovisnika (važnost *cost-benefit* i *cost-effectiveness* analize!).
- Ministarstvo pravosuđa u suradnji s Ministarstvom zdravstva i socijalne skrbi trebalo bi izraditi programe utemeljivanja stručno vođenih i jasno strukturiranih terapijskih zajednica radno-okupacijskog tipa kao alternativu za provedbu mjere obveznog liječenja ovisnika osuđenih na bezuvjetnu kaznu zatvora. U svim zatvorima i kaznenim zavodima potrebno je osigurati uvjete za prihvat ovisnika koji će izlaziti iz penalnih ustanova kao i za mnoge neposredno nakon provedenog programa detoksifikacije. Ti kapaciteti po tipu “kuća na pola puta” pomagali bi ovisnicima da učvrste apstinenciju i pripreme ih za “povratak” u društvenu zajednicu.
- Za ovisnike o heroinu, koje neće biti moguće potaknuti na bilo koji oblik tretmana *drug-free* tipa, i za one koji ni nakon ponavljanih pokušaja neće moći dostići i održati apstinenciju, omogućit će se uključivanje u programe održavanja na metadonu ili nekom drugom opijatskom agonistu. Te supstitucijske programe zajednički bi pro-

vodili centri za izvanbolničko liječenje ovisnika i njihovi odabrani liječnici opće medicine. Za dio heroinskih ovisnika s teškom patologijom ponašanja, metadon bi se trebao davati neposredno u posebnim centralnim jedinicama.

- Na razini lokalne zajednice valja podupirati utemeljivanje **klubova psihosocijalne samopomoći i zaštite ovisnika i njihovih obitelji**. To mogu biti anonimni (NA) klubovi ovisnika ili stručno vođeni klubovi. U okviru tih aktivnosti mogu se osiguravati savjetovališta u kojima bi, uz stručno osoblje, savjetodavni rad provodili dodatno educirani uspješno liječeni i rehabilitirani ovisnici i članovi njihovih obitelji. Hrvatski crveni križ je zainteresiran za takav oblik aktivnosti.
- Na lokalnoj će razini biti nužna potpora i poticaj stvaranju mreže humanitarnih i drugih udruga građana za pomoć u procesu rehabilitacije i socijalne reintegracije ovisnika. Dobrovoljni rad može biti od velike koristi u skrbi o ovisnicima i njihovim obiteljima, djeci ovisnika koji su na liječenju ili ovisnika na izdržavanju kazne zatvora i sl.

Sve oblike tretmana valja stalno provjeravati i ocjenjivati njihovu isplativost temeljem *cost-benefit* analiza. To je moguće samo kad postoji kvalitetan sustav za epidemiologiju zlorabe droga (zadaca Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Državnog centra za sprječavanje ovisnosti). Svi evaluirani i nakon toga prihvaćeni kao kvalitetni programi tretmana i rehabilitacije ovisnika trebali bi biti povezani u jedinstvenu mrežu u kojoj bi timovi stručnjaka u stalnoj i otvorenoj suradnji osiguravali svim ovisnicima i njihovim obiteljima laku dostupnost i intervencije primjerene njihovim potrebama. Takav pristup pridonosi racionalizaciji sredstava kojima se ta mreža financira.

### Zadace obiteljskog liječnika u suzbijanju zlorabe sredstava ovisnosti

Timovi liječnika opće medicine kao temelj zaštite zdravlja stanovništva moraju definirati svoje mjesto u programima primarne i sekundarne prevencije ovisnosti na svom području. **Bez timova liječnika opće medicine nije moguće osigurati adekvatnu dostupnost i kvalitetan tretman ovisnika. Njihovo angažiranje na tom području višestruko povećava postotak ovisnika koji će biti uključeni u sustav skrbi i nadzora.** S obzirom na to da je važnost tih programa u zaštiti zdravlja ljudi vrlo velika, od naših se liječnika i u budućnosti očekuje da će biti aktivnije uključeni te da će biti inicijatori na razini lokalne zajednice.

Za liječnike, osobito nakon privatizacije ambulanti opće medicine, vrlo je isplativo orijentirati se na preventivno djelovanje u smislu redukcije pušenja duhana, pijenja alkohola i zlorabe droga kod mladeži, jer je to jedini način na koji se može smanjiti broj oboljelih od brojnih kroničnih bolesti koje se javljaju u svezi s tim. Takvim pristupom i orijentacijom u zaštiti zdravlja svojih osiguranika dugoročno je moguće značajno smanjiti troškove i potreban napor u pružanju usluga korisnicima, a istodobno povećati prihode.

Liječnik će posebno razrađenim psihosocijalnim pokazateljima (upoznavanjem mogućih poremećaja odnosa u obitelji ili ciljanim dijagnostičkim postupcima i razgovorima s roditeljima i djecom) nastojati rano uočavati djecu izloženu većem riziku da na početku adolescencije počnu uzimati sredstva ovisnosti. Dio obavijesti o toj osobito ugroženoj populaciji dobivat će u suradnji sa školom, službom školske medicine, socijalne zaštite, centrima za prevenciju i liječenje ovisnosti, te pravosuđem. Prema potrebi sudjelovat će u provedbi tzv. diskretnog zaštitnog postupka. Može se očekivati da će obiteljski liječnik, unaprijeđivanjem mjera ranog otkrivanja uzimanja droga u svojih mlađih pacijenata, biti prvi koji će pokrenuti i terapijski postupak u znatno većem broju slučajeva nego danas (2000. godine liječnik opće medicine u Zagrebu je prvi kojemu se ovisnik javlja radi pomoći u 9,3% slučajeva).

Primjenom dostupnih dijagnostičkih postupaka, uz anamnezu, heteroanamnezu, pregled, toksikološke analize urina, te dobivanjem na uvid spoznaja drugih djelatnosti (škola, socijalna zaštita, pravosudni organi, vjerski službenici) o mladim uzimateljima droga, liječnik će, u suradnji s područnim centrom za ovisnosti, nakon evaluacije svakog slučaja, odrediti vlastitu ulogu u provedbi dogovorenog, odnosno preporučenog terapijskog postupka. To će uključivati postupke od rada s obitelji, individualnog savjetovanja i drugih oblika psihoterapije do metadonskoga postupka za najtežu kategoriju ovisnika.

Indikacije za primjenu metadona određivat će nadležni centar za ovisnosti koji će ujedno provoditi superviziju i nužni dio specijalističkog terapijskog postupka (psihoterapija, obiteljski postupak, toksikološke analize urina, upute o zaštiti od HIV-infekcije i zaraze hepatitisom), a sve u stalnoj suradnji s liječnikom opće medicine, koji ovisniku na licu mjesta treba davati u usta propisane dnevne doze metadona (odnosno nekog drugog analognog lijeka).

Svaki centar za sprječavanje i liječenje ovisnosti dužan je prikupiti poimenične podatke o svim otkrivenim ovisnicima, a **posebna bi se evidencija morala voditi pri sva-**

**kom Domu zdravlja o svim slučajevima primjene metadona u tretmanu.** Na razini države i županija nužno je osnovati posebnu komisiju u čijem bi sastavu bili predstavnici ljekarni, domova zdravlja i centara za sprječavanje ovisnosti, koji će provoditi nadzor i usklađivati provedbu supstitucijskih programa.

Liječnik opće medicine je dužan svakog ovisnika barem jedanput godišnje osobno uputiti, odnosno podsjetiti o načinima zaštite od HIV-infekcije i hepatitisa (cijepjenje radi zaštite od B hepatitisa kako ovisnika tako i članova uže obitelji), a ako je riječ o osobi koja drogu još uvijek uzima intravenozno, jedanput godišnje trebalo bi je uputiti na anti-HIV test i na utvrđivanje markera na virus B i C hepatitisa (ukoliko je prvo cijepjenje pokazalo negativan nalaz).

## Zadaće školske medicine

Školska medicina ima istaknuto mjesto u osmišljavanju programa zaštite i unapređenja zdravlja školske djece i mladeži. U okviru toga prevencija uporabe sredstava ovisnosti jedno je od područja kojim se zajedno s mnogim drugim subjektima bavi i tim školskog liječnika.

Školski liječnik zaposlen u županijskom Zavodu za javno zdravstvo mora poticati škole na svome području da zajedno s njim i ostalim ustanovama, unapređuju provedbu programa suzbijanja uporabe sredstava ovisnosti na način kako je to opisano u Nacionalnoj strategiji u poglavlju koje se odnosi na **Školski preventivni program**.

Tim liječnika školske medicine trebao bi zajedno s razrednicima, stručnim suradnicima škole kao i voditeljem ŠPP, uporabom razrađenih psihosocijalnih pokazatelja, sudjelovati u postupku diferenciranja one školske djece koja su pod osobito visokim rizikom da razviju bilo koji psihički poremećaj, poremećaj ponašanja ili da rano počnu uzimati sredstva ovisnosti. Za tu djecu, u suradnji sa školom i obitelji, nužno je organizirati i provoditi posebne i dodatne zaštitne mjere.

Liječnici školske medicine bez obzira na to što su se opredijelili za primarno preventivni rad u Zavodu za javno zdravstvo, moraju se djelatnije uključiti u ranu dijagnostiku učenika na koje nastavnici i drugi stručnjaci škole posumnjaju da uzimaju psihoaktivne tvari. Pri tom valja iskoristiti i mogućnost sistematskih pregleda kojima treba obuhvatiti sve učenike. Osobe sklone uzimanju droge često izostaju s nastave i izbjegavaju pregled. Pozornost valja usmjeriti pregledu podlaktica radi traženja uboda u venu. U školama gdje postoji sumnja da djeca uzimaju droge,

školski liječnik može povremeno a na zahtjev razrednika u suspektnih učenika tražiti da se učini toksikološka analiza urina. Opsežniju primjenu te dijagnostičke mogućnosti valja dogovoriti s roditeljima učenika, odnosno oni je moraju odobriti. Svi dobiveni podaci nakon kontrole urina trebaju biti zaštićeni liječničkom tajnom i stavljeni u funkciju pokretanja adekvatne stručne zaštitne intervencije. Tražiti samo dokaz da je učenik uzeo neku drogu i nema naročitog smisla ukoliko nakon tog saznanja nema kvalitetne intervencije kojom bi to rizično ponašanje bilo zaustavljeno.

Kad je riječ o učenicima kod kojih je ustanovljeno da uzimaju droge ili su već ovisnici, tim školske medicine u suradnji sa školom, timom nadležnog Centra za ovisnosti, a po potrebi i liječnikom primarne zdravstvene zaštite, socijalnom službom, ponekad i pravosudnim organima, sudjelovat će u provođenju terapijskog postupka. **U onim županijama u kojima ne djeluju centri za ovisnosti, školski će liječnik u svomu savjetodavnom radu biti nositelj provedbe terapijskog postupka s mlađim uzimateljima droga.**

Školska medicina dužna je razraditi način uključivanja u provedbu skrbi i nadzora nad učenicima koji napuste školu ili bivaju isključeni. Među njima je onih koji uzimaju droge znatno više nego među učenicima u redovnoj nastavi. Zato je nužno da škola, kad učenik napusti redovitu nastavu ili bude isključen, o tome izravno obavijesti nadležnog liječnika opće medicine, školskog liječnika, te županijskog koordinatora ŠPP-a koji će, u suradnji s Državnim zavodom za obitelj i mladež u perspektivi organizirati posebne programe zaštite zajedno s lokalnim NVO i centrima za socijalni rad.

Ministarstvo prosvjete i športa dužno je provoditi istraživanja kako bi bio stečen uvid u pojavnost i osobine iskustava s drogama, te radi vrednovanja ŠPP-a u školama. Na županijskoj razini vrednovanje ŠPP-a organizirat će županijski koordinatori ŠPP. U tim istraživanjima i analizi podataka trebali bi sudjelovati i liječnici školske medicine.

U edukacijskim programima, u koje će se uključivati i školski liječnici, važno je podrobno obraditi teme u kojima se rizično ponašanje – uzimanje droga, a napose stanje ovisnosti, dovodi u svezu s mogućnošću zaraze HIV-infekcijom i hepatitisom. **Mali broj školskih liječnika u odnosu na broj učenika i činjenica da oni ne sjede svakodnevno u razredu, limitira njihov doprinos u prevenciji ovisnosti. Daleko najveći doprinos daje sam školski sustav provodeći ŠPP.** Prema podacima za 2000. jedan školski liječnik dolazi na svakih 5.000 učenika odnosno na



166 razreda. S obzirom na to da je odgoj općenito pa tako i odgoj za samozaštitu zdravlja kontinuiran proces, temelj odgojno-obrazovnog rada kojemu je cilj prevencija ovisnosti leži u radu stručnjaka školskog sustava, jer oni svakodnevno – po naravi svog posla – žive i rade s djecom. Školski liječnik im u tom vrlo složenom i zahtjevnom programu pomaže koliko može.

### **Mjesto i uloga psihijatrijske struke i psihijatrijskih ustanova u tretmanu ovisnika o drogama**

Po naravi poremećaja ponašanja, koja je sastavni dio kliničke slike ovisnosti o drogama, ti bi bolesnici trebali pripadati prvenstveno psihijatriji. Međutim, psihijatrija se, opterećena tradicijom i pristupom osobama s psihičkim poremećajima, nije mogla prilagoditi zahtjevima ovisnika o drogama ni u Hrvatskoj, ni u brojnim drugim državama. Otpori bavljenju ovisnicima bili su vrlo snažni, a negativistički stav psihijataru spram tih pacijenata prouzročio je i otpor ovisnika da im se obraćaju radi pomoći. U Hrvatskoj je dodatni razlog nedovoljne uključenosti psihijataru u tretman ovisnosti slaba dodiplomska izobrazba liječnika za to područje, te neodgovarajuća postdiplomska izobrazba psihijataru. **Većina psihijatrijskih ustanova nema specijalizirane programe liječenja ovisnika o drogama, pa su i psihijatri u vrlo malom broju, nakratko i površno imali priliku naučiti više o ovisnostima i ovisnicima.**

Nekoć poznata i vodeća Klinika za programe (socijalne) psihijatrije, alkoholizam i druge ovisnosti pri KB “Sestre milosrdnice”, zahvaljujući “kadrovskoj i drugoj politici” stagnerala je posljednjih godina, pa je i to vrlo nepovoljno utjecalo na izobrazbu malenog broja tamo upućivanih specijalizanata. Zaštita mentalnog zdravlja je sve više zemarivana a ograničavanje upošljavanja u državnim institucijama posebno se nepovoljno odrazilo na tom specifičnom području medicine, na kojem su stručnjaci glavni i za dijagnostiku i za terapiju. Unatoč velikom porastu prevalencije ovisnosti o drogama, godinama nije bilo moguće potaknuti odgovorne u sustavu zdravstva da osiguraju odgovarajući broj stručnjaka koji bi se bavili teškim i iscrpljujućim poslom liječenja ovisnika. Sve je bilo prepušteno volji čelnih ljudi psihijatrijskih ustanova, a oni su odlučili da bi za njih bilo bolje da se s ovisnicima bavi netko drugi.

#### *Stacionarno liječenje ovisnika*

**Bez kratkotrajnog hospitalnog programa za detoksifikaciju, znatan dio heroinskih ovisnika nije moguće samo ambulantnim i obiteljskim postupkom dovesti do apsti-**

**nencije.** Liječenje ovisnika danas u najvećem broju slučajeva nužno započinje i završava kroz izvanbolnički postupak jer nema kapaciteta (kreveta) u koje bi ih smještali nakon što budu motivirani za detoksifikaciju. To je glavni razlog zbog kojeg velik dio heroinskih ovisnika, kod kojih je započeto odvikavanje bez ili uz primjenu metadona ne izdrži do kraja, jer bolničku zaštitu ne mogu ostvariti kad im je najpotrebnija. Kod kuće ili u uvjetima slobodnog kretanja većina neće biti u stanju osobnim kapacitetima i motivacijom obuzdavati žudnju za heroinom, pa će recidivirati. Za kratko vrijeme obitelj će se ponovno javiti s istim problemom i ponovno će se tražiti primjena metadona jer je to jedini način da se smanji pritisak za novac i kupnju heroina. Velik broj ovisnika (oko 70%), što god poduzeli, u prve će dvije godine učestalo recidivirati i ponovo tražiti pomoć. Ako se jave u psihijatrijske ambulante ili savjetovališta u kojima ih samo upućuju da prekinu s heroinom, a ne nude im izuzetno kompleksan, dugotrajan i utjecajan terapijski postupak, otići će kako su i došli a da se ništa zapravo neće postići. **Samo savjetovati težeg heroinskog ovisnika da prekine s uzimanjem droge, a ne nuditi mu konkretnu stručnu pomoć, bilo bi isto kao kad bi shizofrenog bolesnika liječili dajući mu samo savjet da se prestane abnormalno ponašati.** Zato danas najveći broj teških ovisnika, koji obilaze razna savjetovališta, na koncu završi pred vratima stručnjaka centara za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti i tamo ostaju u programu. Timovi centara znaju kako pokrenuti terapijski proces u pozitivnom smjeru, da bi na koncu, nakon dvije ili više godina rada, pacijent stabilizirao apstinenciju i svoje ponašanje, otišao u neku od komuna ili završio na metadonskom održavanju. Kroz vrijeme trajanja tog terapijskog procesa, ovisnika ponekad treba nekoliko puta hospitalizirati radi detoksifikacije. No da bi to bilo moguće, upravo u vrijeme kad je ovisnik za to spreman, potrebno je imati dostatne i lako dostupne kapacitete u koje bi pretihodno dobro pripremljeni pacijenti bez poteškoća mogli biti smješteni. To na žalost još uvijek za velik broj pacijenata nije moguće.

Tim koji bi unutar psihijatrijske ustanove trebao liječiti teže ovisnike o heroinu, a koji ne bi koristio metadon čak ni za kratku detoksifikaciju (načelo najbolje struke), jednostavno bi tjerao ovisnike ili direktno na ulicu *dealerima* ili bi ih usmjeravao pred vrata onih stručnjaka koji će barem pokušati učiniti nešto bolje. Uz program takve orijentacije ostalo bi vrlo malo ovisnika. Da bi postotak ovisnika koji će završiti na dugotrajnom održavanju na metadonu bio smanjen, potrebno je povećati broj struč-

nih timova a time terapijske kapacitete i kvalitetu izvanbolničkih i bolničkih programa. Stručnjaci godinama, na žalost bez rezultata, ukazuju na taj problem i još ih se u javnosti napada i proziva radi primjene metadona premda se to sredstvo u nas koristi za dugotrajno održavanje znatno rjeđe nego u zapadnoeuropskim državama. **Nekompetentne osobe na pozicijama odlučivanja, kojima je ispod časti pitati i prihvatiti preporuke najupućenijih stručnjaka, najveća su nesreća i šteta za svako, pa tako i za hrvatsko društvo.** Njihov se utjecaj na žalost sve više osjeća i na ovom stručnom području i njihova je “zasluga” što se Nacionalni program ne provodi kako treba.

Kojim kapacitetima za specijalizirano bolničko liječenje danas raspoložemo i **što bi trebalo učiniti da se sukladno potrebama uredi taj sustav:**

Odjel ovisnosti Klinike za psihijatriju, alkoholizam i druge ovisnosti pri KB “Sestre milosrdnice”, nakon preuređenja ima samo 10 kreveta za detoksifikaciju težih ovisnika. Odjel je zatvorenog tipa s prosječnim boravkom pacijenata u trajanju svega 16 dana (U Sloveniji, KBC Ljubljana, 6 tjedana a nakon toga produženi boravak i do nekoliko mjeseci). Lista čekanja za ulaz u taj program nedopustivo je duga.

U Psihijatrijskoj bolnici Vrapče ureden je prostor Odjela za hospitalno liječenje ovisnika s dvadesetak kreveta, uz jedinicu za detoksifikaciju. Na toliko kreveta u toj ustanovi trebalo bi osigurati veći broj stručnjaka (najmanje tri psihijatra samo za stacionarni program). Radi pokrivanja potreba grada te radi toga da studenti medicine na KBC Rebro mogu upoznati patologiju ovisnika, u toj je ustanovi, pri Klinici za psihijatriju, također potrebno oko 8 kreveta za detoksifikaciju ovisnika. Rad u tim programima treba biti organiziran po sličnome modelu kao i u Centru za sprječavanje i liječenje ovisnika pri KB “Sestre milosrdnice”, koji djeluje 30 godina.

U splitskoj, riječkoj, osječkoj, zadarskoj, pulskoj i šibenskoj psihijatriji trebalo bi osigurati uvjete za detoksifikaciju ovisnika, uz prosječni boravak od mjesec dana. Pripremu ovisnika za uključivanje u bolnički detoksifikacijski program i odmah nakon demisije nastavak izvanbolničkog liječenja trebali bi provoditi timovi centara za izvanbolničko liječenje ovisnika.

Ukupno bi, dakle, u psihijatrijskoj službi u Republici Hrvatskoj, u ovoj prvoj fazi razvoja mreže programa tretmana u zdravstvenom sustavu, trebalo stalno imati na raspolaganju barem 50 kreveta za provedbu detoksifikacije. U postupku odvikavanja težih ovisnika o heroinu, najbolje je i stručno najopravdanije i najjeftinije u prva dva tjed-

na primijeniti metodu brzog smanjenja dnevnih doza opijatskih agonista, do prelaska na *clonidin*, i, napokon, koliko je moguće, na *naltrexon* (u nas lijek Revia tablete od 50 mg). Dio ovisnika koji bi željeli nastaviti tretman, osobito oni koje bi na to obvezao sud izrečenom mjerom obvezna liječenja, nakon detoksifikacije bi nastavili s *drug-free* bolničkim programom po tipu terapijske zajednice, u trajanju barem dva do tri mjeseca, za što bi trebalo osigurati daljnjih 40–50 kreveta u specijaliziranim programima. **Najmanje desetak kreveta od tog broja trebalo bi pripasti posebnom specijaliziranom bolničkom programu za malodobne ovisnike.** Svi bi ovisnici po završetku bolničkih programa nastavljali liječenje i rehabilitaciju u izvanbolničkom programu u centrima ili bi bili upućivani u terapijske zajednice u državnim ili NVO institucijama.

Manji broj ovisnika trebaju primati sve psihijatrijske ustanove, a to će biti njihova posebna obveza kad je riječ o potrebi zbrinjavanja hitnih slučajeva i onih pacijenata s dvojnomo dijagnozom (npr. ovisnost i psihoza, ovisnost i sklonost samoubojstvu). Najbliža psihijatrijska ustanova trebat će osigurati hitnu hospitalizaciju ovisnika u raznim kriznim situacijama koje se ne mogu riješiti ambulantnim postupkom.

Najveći broj ovisnika će, od prvog kontakta do kraja rehabilitacije, koristiti programe specijaliziranih centara za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti i njihovih odabranih liječnika opće medicine. To, međutim, nije prepreka da ovisnici koriste terapijske mogućnosti ambulanti psihijatrijskih klinika, bolnica te usluge privatnih psihijatarata.

### Terapijske zajednice i centri za rehabilitaciju ovisnika

Za dio ovisnika, koje je moguće motivirati za potpuno odvikavanje (*drug-free* postupak), jedna od mogućnosti bit će dugotrajni boravak (do dvije godine) u terapijskim zajednicama. **Upravo dugotrajnost boravka i odvojenost od ovisničkog miljea u kojem su se drogirali, olakšava stabilizaciju apstinencije a jasna struktura, rad, red, pravila i dnevni ritam kroz duže vrijeme omogućava tim bolesnicima da dosegnu dublje i poželjne promjene svog ponašanja.** Negativna je strana što je protok pacijenata radi dužine boravka vrlo mali pa gledajući ukupan broj rehabilitiranih ovisnika, doprinos tog tipa programa znatno je manji nego visokodiferentnih stručnih i dobro organiziranih medicinskih, psihoterapijskih i farmakoterapijskih programa. Tako program jedne terapijske zajednice sa 100 mjesta uz zadržavanje ovisnika kroz dvije godine, godišnje

može prihvatiti ili otpustiti 50 slučajeva. Ako država u cijelosti plaća njihov boravak, po osobi to je kroz dvije godine vrlo velik novac. Uz plaćanje 2.500 kuna po osobi mjesečno program bi stajao 2,5 milijuna kuna godišnje odnosno liječenje po osobi 50.000 kn. Za taj novac moguće je kroz izvanbolnički program Centra s nekoliko dobro osposobljenih terapijskih timova dostići i držati u apstinenciji nekoliko stotina ovisnika a znatno smanjiti uzimanje droge kod daljnjih tisuću pa i više ovisnika.

Mnoge terapijske zajednice postavljaju jasne selektivne kriterije prema kojima odabiru samo mali broj klijenata (u odnosu na broj koji im se obrati). Tako orijentiranim programima na neki način odgovara visoka pojavnost ovisnika, jer je u tom slučaju lakše puniti kapacitete probranim klijentima, za koje smatraju da će se prilagoditi i uspješno završiti program i postati dobra reklama za javnost radi privlačenja novih korisnika. To je naročito vidljivo kad je riječ o komercijalnim (profitabilnim) programima čiji su voditelji posebno uporni u kritici suvremeno koncipirane orijentacije tretmana najvećeg broja ovisnika u temeljnom državnom sustavu. Istovremeno (neutemeljeno i bez evaluativnih istraživanja i kvantifikacije) javnosti prezentiraju svoje "izvanredne" rezultate. Kao primjer selektivnog sustava za prihvata klijenata i mjerenja konačnog učinka navodim brojčane podatke vrlo dobro organiziranog programa TZ Cenacolo, koji, usput rečeno, od države nije tražio financiranje. Tu je TZ u razdoblju od 1995. do 2000. kontaktiralo, radi traženja pomoći, oko 2.000 ovisnika. Nakon pripreme procedure u program je "ušao" 571 ovisnik. Nakon nekog vremena odustalo ih je 204. Program su do kraja završile 102 osobe, a u programu je "danas" 265 osoba. Od navedene 102 osobe, prema informacijama te zajednice, u apstinenciji i odlično rehabilitirano je 95 ovisnika. Velika je sreća i uspjeh ono što je postiglo tih 95 ovisnika. No što je s onih ostalih 1.640 ovisnika koji, ili nisu prihvatili taj program, ili su ga napustili, ili su nakon nekog vremena recidivirali? Tko je dužan voditi brigu o njima? **A briga o njima otežana je jer voditelji te komune obiteljima savjetuju "izbacivanje na ulicu i prekid bilo kakve potpore" ukoliko se ne pokore i ne vrate natrag u zajednicu. Radi se dakle o metodi ostracizma koja je etički posve neprimjerena i zakonski dubiozna i uzrokuje velike patnje tih bolesnika, često im se zdravstveno stanje pogorša, pojača se njihova kriminalna aktivnost, neki se predoziraju.** Dakako da odgovor na to pitanje treba tražiti u temeljnom državnom, stručno-profesionalnom sustavu za tretman i rehabilitaciju ovisnika.

Ako ovisnici svojim radom, kao osnovnim elementom rehabilitacije, ne financiraju sami svoje životne potrebe i boravak, program takvih TZ je neprihvatljivo preskup i stoga ih države iz svojih proračuna uglavnom ne žele financirati. Mnogi ovisnici nerado odlaze u TZ jer se ne žele otuđiti od obitelji, mjesta boravka i ostalih stvari za koje su vezani, premda bi željeli prevladati ovisnost. Neki ne žele prihvatiti nastojanja nekih zajednica da im posve promijene životnu filozofiju i identitet i unaprijed se boje teškoća povratka u realan svijet te potrebe da se ponovo prilagođavaju na život u sredini iz koje su izbivali možda i nekoliko godina. Unatoč navedenim negativnim stranama i ograničenjima, taj tip programa posebno je indiciran:

- Za ovisnike s težim poremećajem ponašanja i osobnosti i koji imaju slabu potporu obitelji.
- Za ovisnike koji više nemaju mogućnosti izbora, jer su iscrpili sve mogućnosti (okolinske i osobne psihofizičke) koje su im omogućavale drogiranje.
- Za vrlo nezrele i neodgovorne ovisnike koje nitko nije naučio radu i odgovornosti i kojima kratkotrajni programi nisu dostatni da bi se korigiralo njihovo ponašanje i potakao proces sazrijevanja i socijalizacije.
- Za ovisnike sklone kriminalu, kojima je sud izrekao mjeru obaveznog liječenja, a ne radi se o bezuvjetnoj kazni zatvora, a prethodno su bezuspješno liječeni u kratkotrajnim bolničkim ili ambulantnim programima.
- Za mlađe ovisnike koji su napustili školovanje a program terapijske zajednice omogućava im osposobljavanje za određenu profesiju.
- Za ovisnike koje nikako nije moguće stabilizirati u apstinenciji od ilegalnih droga pa recidiviraju i vraćaju se na ulicu.
- Za teške heroinske ovisnike koji ili ne žele ili se nisu uspjeli stabilizirati niti u supstitucijskim programima.
- Za ovisnike koji žive bijednim životom ili su posve izgubili smisao života a program i orijentacija terapijske zajednice (npr. naglašenog vjerskog karaktera) privuku ih uz nadu da će tamo naći ono što u dosadašnjem životu nisu pronašli.

TZ se može organizirati u sustavu zdravstva, socijalne zaštite i pravosuđa, a mogu djelovati i kao autonomne ustanove u sustavu NVO-a. Budući da u svijetu postoje različiti modeli rada i financiranja takvog tipa programa, treba otvoriti mogućnost konkurencije pri njihovom uvođenju, a ubuduće će opstati samo oni programi koji će privlačiti korisnike i koji će biti ekonomski isplativi. Crkvene i druge nevladine ustanove i organizacije također mogu

utemeljivati terapijske i rehabilitacijske programe koji će obogaćivati mogućnost skrbi o ovisnicima na razini županija i na toj razini rješavati pitanje eventualnog sufinanciranja. Da bi takvi terapijski programi dobili položaj ustanove za rehabilitaciju ovisnika, njihovi nositelji moraju urediti pravni status tih programa sukladno zakonu. Klijenti bi tako mogli ostvariti status pacijenta, što bi im omogućilo očuvanje radnog mjesta i dobivanje neke naknade – ako su prije toga bili u radnom odnosu. Nerealno je očekivati da ovisnik u TZ ima status bolesnika na bolničkom liječenju pa da sukladno tome očekuje naknadu za bolovanje od HZZO.

U Hrvatskoj bi Ministarstvo rada i socijalne skrbi trebalo što prije osigurati kvalitetne profesionalno vođene terapijske zajednice od barem stotinjak mjesta. To znači da bi godišnje moglo biti u prosjeku oko 50 pacijenata ako bi u prosjeku boravili dvije godine. Za početak bi trebalo osigurati dva programa koji bi omogućavali školovanje mlađih ovisnika i njihovo osposobljavanje za nekakav posao. **Osnova rehabilitacije u terapijskim zajednicama je rad u dobro kontroliranim i strukturiranim programima koji bi se mogli vezati uz neka poduzeća i tako se dijelom samofinancirati.**

Da bi bilo koji terapijski ili rehabilitacijski program bio prihvaćen kao dio ukupne nacionalne mreže skrbi za ovisnike, mora ga prethodno stručno verificirati Komisija Vlade RH. Za nadzor nad stručnim radom programa rehabilitacije u terapijskim zajednicama nadležno je Ministarstvo rada i socijalne skrbi.

Ministarstvo pravosuđa, u suradnji s ministarstvima zdravstva i socijalne zaštite trebalo bi, usporedo s izmjenom Kaznenog zakona i Zakona o izvršenju sankcija, koji bi omogućivali provedbu izrečenih alternativnih krivičnih kazni, utemeljiti dva manja terapijska zavoda. U njih bi se posebnom procedurom, po završetku postupka detoksifikacije u kaznenim uvjetima i nakon temeljite opservacije i pripreme u Dijagnostičkom centru za osuđene osobe, dio na zatvor osuđenih ovisnika mogao premještati radi boljih uvjeta tretmana, neovisno o tome da li im je izrečena mjera obveznog liječenja. U tim programima, s mogućnošću prijama barem 50 ovisnika, naglasak bi bio na rehabilitaciji uz rad, a po mogućnosti na školovanju. Boravak bi ovisio o trajanju izrečene kazne, a mogao bi biti produžen ako bi to klijent, uz opravdani razlog, zahtijevao (npr. zbog završetka školovanja). Svaki bi slučaj u tim programima trebalo stalno pratiti i vrednovati jasnim sustavom gradifikacije. Osobe koje bi bile uhvaćene pri kršenju strogih pravila kućnog reda i ponašanja (npr. obveza održavanja

apstinencije, zabrana unošenja droge), mješovita komisija Ministarstva pravosuđa i terapijskog tima vratila bi na daljnje izdržavanje kazne u penalnim uvjetima.

Kako se može očekivati da će broj ovisnika u kaznenim ustanovama s vremenom rasti, kapacitet od 50 mjesta dao bi priliku dobro motiviranim osuđennicima provesti mjeru obveznog liječenja u boljim uvjetima ili barem završni dio kazne provesti tamo gdje će im biti osigurani bolji uvjeti za socijalnu rehabilitaciju (smještaj, radno mjesto) i reintegraciju u društvo.

### Tretman životno ugroženih intoksiciranih ovisnika

U sustavu zdravstva, u jedinicama intenzivne njege internih odjela moraju biti osigurani uvjeti za hitan prijam teško intoksiciranih i životno ugroženih ovisnika ili uzimatelja droga. Intoksikacija opijatima (heroinom) najčešći je uzrok iznenadne smrti ovisnika. Liječnici bi, pri hitnoj intervenciji i prije prijevoza u bolnicu, trebali čak i pri sumnji da je koma prouzročena opijatima davati antidot naloxon. I ostali liječnici na terenu trebali bi u setu s lijekovima za hitne intervencije imati taj antidot kako za opijate (**naloxon**), tako i za kome prouzročene dijazepinima (flumazenil). Nakon razrješavanja vitalne ugroženosti uzimatelja droge, ukoliko je posrijedi kriza, trebalo bi ga, u svrhu daljnjeg tretmana, uputiti u jedinicu za detoksifikaciju ili u obližnju psihijatrijsku ustanovu zbog hospitalizacije. Ukoliko je psihofizičko stanje dobro, takvu osobu valja uputiti u najbliži Centar za izvanbolničko liječenje ovisnosti. Jedinice intenzivne njege moraju imati u blizini toksikološki laboratorij u svrhu precizne dijagnostike. **Epidemiološko praćenje hitnih prijema ovisnika zbog predoziranja treba smatrati jednim od najboljih indikatora praćenja pojavnosti ovisnika kao i promjena na ilegalnom tržištu droga.**

### Važnost toksikologije u unapređenju dijagnostike i vrednovanju tretmana uzimatelja droga

Bez lako dostupne mreže toksikoloških laboratorija neće biti moguće objektivno dijagnosticirati abuzus droga uzimatelja, niti će se moći procijeniti učinak terapijskog postupka. Također neće biti moguće ni na odgovarajući način rješavati urgentna stanja (vitalnu ugroženost zbog predoziranja). Toksikologija je nužna u ocjeni radne sposobnosti (osobito za obavljanje nekih osobitih zanimanja, npr. vozača, pilota, kontrolora leta i sl.), te sposobnosti za vojsku.

Navedeni razlozi upućuju na činjenicu da je važno razvijati mrežu toksikoloških jedinica koje bi bile na ras-



polaganju svim većim centrima za liječenje ovisnosti. **Za dnevni terapijski i dijagnostički rad ambulantnog tipa potrebno je omogućiti kvalitativnu analizu prisutnosti droga u urinu neposrednom primjenom test-trake ili test-pločice.**

Razvoj toksikološke mreže provodi Državni zavod za toksikologiju u Zagrebu. U tom bi se Zavodu razvijale posebno precizne tehnike dokazivanja metabolita droga u tragovima u biološkim materijalima. Jedna od takvih tehnika uključuje dokazivanje uzimanja određene droge uz pomoć vlasni ispitanika u razdoblju i od nekoliko mjeseci unatrag.

Preporučljivo je funkcionalno povezati i time poboljšati suradnju toksikoloških laboratorija pri sudskoj medicini, MUP-u, Zavodu za ispitivanje lijekova i drugim ustanovama, kako bi se što bolje iskoristili postojeći stručnjaci i oprema. Nakon što se zakonski uredi kontrola droge u krvi i urinu primjerice vozača, toksikologija će još više dobiti na važnosti.

### Zadaće ginekološko-opstetričke struke u skrbi za ovisnice – trudnice

Uzimanje bilo kakvih droga, uključujući i alkohol i duhan, znatno povećava rizik za pojavu fetalnih oštećenja u trudnoći. Uzimanje droga u trudnoći može prouzročiti razvoj ovisnosti u još nerođena djeteta. Treći element na koji mora upozoravati ginekolog i opstetričar, u vezi s načinom uzimanja droge, jest opasnost infekcije HIV-om i hepatitisom. Poštujući temeljno načelo osiguravanja zdravstvene zaštite uzimateljima droga i ovisnicima – da im bez stigmatizacije valja omogućiti, kao i svim drugim građanima, korištenje usluga mreže zdravstvenih ustanova – tako i trudnica ovisna o drogi ili zaražena HIV-virusom mora biti primljena u skrb, poput svake druge pacijentice. Zbog osebnosti problema što ih valja rješavati, nužno je posavjetovati se sa stručnjacima Centara za ovisnosti, posebno kad je riječ o tretmanu same ovisnosti pacijentice i djeteta nakon rođenja. Danas se smatra potrebnim osigurati posebne specijalizirane programe za trudnice ovisne o drogama. **Ako je riječ o heroinskoj ovisnosti, u vrijeme trudnoće ne preporuča se odvikavanje, već primjena opijatskih agonista (metadon, morfij).** Eventualni tretman djeteta, ako se jave znaci sindroma ustezanja, provodit će neonatolozi.

### Zadaće pedijataru

U primarnoj prevenciji, pedijatrijski timovi znatno veću pozornost trebaju usmjeravati poticanju roditelja da očuvanjem braka te kvalitetnim roditeljstvom i poboljšavanjem

kvalitete života djece smanjuju rizik skretanja k zloporabi droga u adolescenciji. U skrbi o mlađim adolescentima, pedijatri moraju provjeriti mogući abuzus droga, osobito u slučajevima intoksikacije ili nakon pokušaja samoubojstva. Kada god zamijete znakove poremećena ponašanja ili naglog zakazivanja u ispunjavanju školskih obveza, dužni su djelovati preventivno kako se ne bi dogodilo uzimanje droge. Ako se ipak pojavi sumnja, bit će nužno posavjetovati se sa školskim liječnikom i stručnjacima centara za ovisnosti. Osobitu brigu valja posvetiti djeci čije su majke ovisnice o drogama.

### Ostale medicinske struke

I sve ostale medicinske struke susretat će ovisnike i liječiti njihove zdravstvene probleme. **Kad je riječ o ovisnicima o heroinu uključenim u program održavanja na metadonu, mora se poštivati jedinstveno načelo: program održavanja mora se nastaviti istog dana po prijemu u bolnički program bilo kojeg odjela, sukladno uputama nadležnog centra za ovisnosti.** To znači da tijekom svih dana boravka u ustanovi takvim pacijentima treba davati preporučene količine određenog narkotika.

Velik broj intravenoznih ovisnika zaražen je virusom B i C hepatitisa. Infektolozi i hepatolozi (internisti) trebaju unapređivati mogućnosti tretmana ovisnika s kroničnom bolesti jetre.

### Supstitucijski programi (uporaba metadona, morfina ili buprenorfina)

Samo metadon ili bilo koji drugi opijatski agonist nije dovoljan da bi se značajnije promijenilo poremećeno ponašanje ovisnika. Zato prema modelu koji smo razvili u Hrvatskoj, metadon se koristi kao sredstvo kojim se heroinski ovisnici privlače u program a nakon toga se farmakoterapija tim agonistom po potrebi koristi samo kao jedan od elemenata kompleksnog postupka tretmana ovisnika. Psihoterapija, edukacija, određeni oblici psihosocijalne pomoći, ukoliko ih je ovisnik voljan prihvatiti, nezaobilazne su sastavnice našeg programa. Samo kod manjeg broja pacijanata program se praktički svodi na uzimanje metadona u ordinacijama njihovih liječnika opće medicine, uz vrlo rijetke posjete centrima za izvanbolnički tretman ovisnika.

Još prije tridesetak godina, najveći broj zapadnoeuropskih država, te SAD, Kanada i Australija, prihvatili su uporabu metadona kao ravnopravnu metodu liječenja ovisnika o opijatima i korisno sredstvo u okviru *harm-reduction* pristupa za pomoć nemotiviranim i neizlječivim ovisnici-

ma o heroinu. To sredstvo omogućava tim bolesnicima prekidanje ili znatno smanjenje uzimanja heroina. **Premda metadon ne stvara osjećaj euforije** poput onog koji stvara heroin, on nadomješta biološki nedostatak endorfina u opioidnim receptorima u mozgu, te se uz njegovu pomoć može uspostaviti i održavati psihofizička ravnoteža i obuzdati bolesna ovisnička glad. Primjena metadona (ili drugih opijatskih agonista, npr. buprenorfina) najbolji je način privlačenja ovisnika s ulice u sustav za tretman, koji ako je dobro organiziran i umrežen, u konačnici mnoge ovisnike usmjeri u programe koji će im pomoći u stabilizaciji trajne apstinencije. Samo za primjer spominjem situaciji u Mostaru (BiH) prije i nakon što je tamo posredovanjem tima Centra za suzbijanje i liječenje ovisnosti (Zagreb, Vinogradska), po uzoru na centre u Hrvatskoj, otvoren prvi centar takvog tipa u toj državi. Prije otvaranja Centra, samo su četiri ovisnika o heroinu bili u tretmanu u terapijskoj zajednici u Međugorju. Nakon godinu i pol dana rada Centra, u terapijskom programu je već bilo oko 150 ovisnika, od kojih je dvadesetak bilo pripremljeno i upućeno u terapijske zajednice. Metadon, koji je među ostalim omogućavao terapijski tim tog centra, privukao je mnoge, do tada nikada liječene heroinske ovisnike, koji su gotovo svi bili zaraženi C hepatitisom. Unatoč neprocjenjive koristi takve koncepcije, otpori da se otvori takav centar bili su nevjerovatno jaki. Na sreću, više nije tako.

Svjetska zdravstvena organizacija jasno i nedvosmisleno preporučuje liječenje ovisnika o opijatima opijatskim agonistima (metadon, Laam i parcijalni opijatski agonist Buprenorfin). Evaluativnim istraživanjem, koje je proveo američki Nacionalni institut za droge (NIDA) ustanovljeno je da metadonski tretman reducira kod korisnika tog programa uzimanje heroina za 70% a njihovu kriminalnu aktivnost za 57%. U američkoj National Drug Control Strategy: 2000 Annual Report na str. 57. stoji: *Istraživanja daju stroge dokaze za podržavanje održavanja na metadonu kao najefikasniji tretman za heroinske ovisnike*. Taj oblik tretmana smanjuje uzimanje heroina za 70% a njihovu kriminalnu aktivnost za 58%. E.M.C.D.D.A. u svom izdanju od studenog 2000. (Insights Series 3) na pregledan način opisuje suvremenu praksu u provođenju substitucijskih programa u zemljama EU. Sve zemlje članice Unije koriste tu mogućnost tretmana heroinskih ovisnika, prisutan je trend ekspanzije tih programa kao posljedica sve liberalnijeg pristupa s manje restriktivnih kriterija i sve većeg uključivanja u program liječnika opće medicine i farmaceuta. Tako je 1997. 50% svih pacijenata tretiranih u mreži specijaliziranih izvanbolničkih centara u Italiji kori-

stilo metadon. U Španjolskoj, u kojoj je jedini kriterij za primjenu metadona da se radi o ovisnosti o opijatima (diagnostika prema MKB 10) te da pacijent zahtijeva taj oblik pomoći, koncem 1997. 51.000 ovisnika je koristilo taj lijek. U toj zemlji nema nikakvih restrikcija glede veličine doza i dužine trajanja liječenja. U Austriji (koja sve češće koristi peroralni morfij) je koncem 1998. u programu održavanja na metadonu bilo 3.082 ovisnika a u Portugalu u isto vrijeme 3.984 osobe. U Velikoj Britaniji postoji duga tradicija primjene metadona. U toj zemlji svaki liječnik opće medicine može liječiti ovisnike metadonom. Oni to najčešće čine u suradnji s lokalnim specijaliziranim timovima za liječenje ovisnika. Ovisnik metadon podiže u ljekarnama i pije ga kod kuće kao i svaki drugi lijek. Slična praksa se koristi i u Irskoj. I u Nizozemskoj svaki liječnik može prepisivati metadon, ali pacijenti moraju biti registrirani a kontrolu provodi Ministarstvo zdravstva.

U nekim se državama (osobito zaostalijsvijeta) pitanje primjene metadona nepotrebno politizira. Ovisnici o drogama su valjda jedini bolesnici čiju bolest čak i neki medicinski stručnjaci pokušavaju osporavati i u čije se liječenje upliću mnogi nestručnjaci, javnost i političari. Samo primjera radi navodim kako nikoga od odgovornih u javnosti nije smetala epidemija heroinske ovisnosti u Zadru i tragična činjenica da je u tom gradu dnevno heroin tražilo barem 1.000 mladih ljudi, a mnoge je smetalo što se kod stotinjak ovisnika koristilo održavanje na metadonu. Zar ne bi bilo bolje i višestruko društveno korisnije, kada već grad i država nisu osigurali adekvatne kapacitete sustava za odvikavanje i održavanje apstinencije (kad god je to moguće postići), da je barem 50% tih teških bolesnika bilo pod neposrednom liječničkom kontrolom uz primjenu tog opijatskog agonista? U javnosti se obično raspravlja o argumentima za i protiv primjene metadona, pa će i o tom biti riječi u nastavku.

### *Argumenti koji opravdavaju primjenu opijatskih agonista*

U Hrvatskoj je od 1991. godine uvedena primjena metadona (lijek Heptanon, Pliva) a od 2004. započelo se ovisnike liječiti parcijalnim opijatskim agonistom buprenorfinom (u Hrvatskoj na tržištu dostupne tablete Subutex od 2 mg, za sublingvalnu primjenu)

1. Ovisnost o heroinu je kronična, recidivirajuća bolest, koju kod oko 40% heroinskih ovisnika treba smatrati vrstom deficitarnog, biološkog poremećaja. Najmanje taj postotak ovisnika o toj drogi nikad se neće moći

osloboditi bolesnog i nesavladiva poriva da stalno budu pod njenim djelovanjem. Također, stanovit postotak ovisnika živi tako lošom i nepopravljivom kvalitetom života da je iluzorno očekivati da će se svojoj nevolji moći prilagoditi i naći smisao u životu (i kao motiv postojanja) bez podraživanja mozga opijatskim agonistima. Iskustva terapeuta, koji među ostalim provode i supstitucijske programe, pokazuju da je zahtjev za većim dnevnim dozama metadona (tablete Heptanon, Pliva) ili parcijalnog agonista buprenorfina (tablete Subutex) izraženiji što je slabija kvaliteta života ovisnika i što su objektivno slabiji izgledi da se okolnosti poboljšaju. Zbog toga bi bilo etički opravdano olakšati i poboljšati kvalitetu života njima i njihovim obiteljima mogućnošću legalne primjene potrebne količine supstituta (opijatskog agonista) za odvikavanje ili za dugotrajno stabiliziranje psihofizičkog stanja. U protivnom, uzimat će heroin do smrti, bez obzira na osobne štete i društvene posljedice.

2. Omogućavanjem odgovarajuće supstitucije moguće je čak tri puta više heroinskih ovisnika približiti sustavima tretmana i drugim društvenim ustanovama. To omogućuje da budu otkriveni i kasnije, uz pomoć *drug-free* terapijskog programa, nakon uspostave apstinencije drži pod kontrolom i potiče da ustraju u apstinenciji. Utvrđeno je da zemlje koje koriste metadon privuku u programe čak do 75% ovisnika o opijatima (primjer Nizozemske i Irske), a one koje to ne čine jedva 20%, pa je u tim zemljama i smrtnost ovisnika od predoziranja vrlo visoka (primjer Norveške u kojoj je 1998. umrlo više od 200 ovisnika). Organizirani kriminal koji se bavi ilegalnom trgovinom heroina, najveći je neprijatelj i kritičar primjene metadona u liječenju ovisnika.
3. Velik dio ovisnika u supstitucijskom programu kvalitetnije socijalno funkcionira, odnosno bolje ispunjava svoje obveze na poslu i u obitelji, a znatno se manje bavi kriminalom, osobito trgovinom drogom, što pridonosi smanjenju rizika širenja ovisnosti kod zdrave populacije.
4. Primjenom metadona poboljšava se fizičko i psihičko zdravlje ovisnika, produžava im se život, odnosno smanjuje rizik od iznenadne smrti.
5. Ovisnici u supstitucijskom programu manje su opasni glede širenja HIV-infekcije, hepatitisa, pa i s obzirom na poticanje drugih na uzimanje droga.
6. Primjena metadona u ovisnica u trudnoći apsolutno je indicirana: smanjuje rizik od neželjenog prekida trudnoće i od oštećivanja fetusa.

7. Primjena metadona znatno smanjuje potražnju i potrošnju heroina (i do 70%).
8. Društvo uvođenjem metadona kao najjeftinijeg oblika tretmana omogućava odgovarajuću zaštitu znatnom broju ovisnika, posebno onima kojima nije moguće naći mjesto u drugim oblicima tretmana, koji su za zajednicu znatno skuplji.
9. Metadonski programi štede zajednici znatan novac, najisplativiji su oblik liječenja heroinskih ovisnika i drastično smanjuju profite narkokriminala.
10. Primjena metadona (postupna redukcija dnevnih doza kroz 7-30 dana) stručno je najopravdaniji pristup u detoksifikaciji ovisnika o heroinu (oslobađanje od fizičke ovisnosti).
11. Primjena metadona ubrzava donošenje odluke heroinskih ovisnika da zatraže pomoć pa ih se više javlja u sustav za tretman ranije, sa **manje** komplikacija i štetnih posljedica, što ubrzava započinjanje terapijskog procesa i time **povećava izgleda za konačni uspješan ishod.**

#### *Mogući negativni aspekti uporabe metadona*

1. Šira i nedovoljno kontrolirana primjena metadona u sustavu zdravstva povećava ukupnu potrošnju sredstava ovisnosti, što je naoko protivno cilju smanjenja potrošnje psihoaktivnih tvari.
2. Mogućnost primjene metadona može dijelu heroinskih ovisnika život uz drogiranje učiniti manje tragičnim u perspektivi. Također, mnogi povremeni uzimatelji heroina mogu pretpostaviti da će im u slučaju da postanu ovisni, život primjenom metadona biti olakšan. Time se naoko ulaz u svijet ovisništva olakšava, a izlaz možda otežava budući da primjena metadona, za dio osoba koje uzimaju heroin, čini programe kojima je cilj potpun prekid uzimanja opijatskih agonista, manje prihvatljivima.
3. Uvođenje metadonskih programa smanjuje potražnju heroina od strane prijašnjih uzimatelja. To može poticati krijumčare, osobito ako represivni programi nisu djelotvorni, da ponudu droge agresivnijim metodama preusmjere na kategoriju mlađih uzimatelja ili "početnika", konzumenata lakših droga ili prema posve zdravima kako bi postigli planirani profit.
4. Uporabi metadona teži i dio nezaposlenih izrazitije kriminogeno promijenjenih ovisnika o heroinu. Ti su ovisnici, ulaskom u metadonski program, oslobođeni barem dijela potrebe nabavljanja droge za sebe. Ukoliko

stalni nadzor i tretman ne provode stručnjaci u centrima za liječenje ovisnosti, oni će prijašnjim kanalima nastaviti svoje sudjelovanje u lancu preprodaje droge mladim kategorijama ovisnika, odnosno onima koji još nisu uključeni u program liječenja. Oni su, naposljetku, i prije ulaska u metadonski program, živjeli uglavnom za heroin i od njega.

5. Neodgovarajuća primjena i provedba metadonskih programa može prouzročiti zlorabu metadona od strane ovisnika koji su u programu. Također omogućuje zlorabu postupka u samih liječnika koji vremenom pokazuju sklonost sve većoj popustljivosti pred pritiscima ovisnika i nepoštivanju kriterija za primjenu metadona. Stoga se događa da pacijent, umjesto da pije propisane dnevne doze metadona neposredno pred odabranim liječnikom opće medicine, na ruke dobiva dnevnu, tjednu ili čak dvotjednu količinu metadona (Heptanon, Pliva). U tom je slučaju veća opasnost da će ovisnik manipulirati metadonom tako da će uzimati nepropisane količine ili tako što će na ilegalnom narko-tržištu preprodavati ili mijenjati metadon za heroin. Prema tome, nužno je provoditi stalnu superviziju liječnika koji svojim pacijentima daju opijatske agoniste. Novija istraživanja pokazuju da metadon koji “odlazi” ili se ilegalno preprodaje na ulici u najvećem dijelu koriste ovisnici koji se još nisu odlučili otkriti svoj problem i liječiti se. Zato se metadon vrlo rijetko pojavljuje kao prva “opijatska droga” kod novih ovisnika. **Štoviše, ako se kvalitativnim istraživanjem potvrdi visoka potražnja za metadonom na ulici, to može biti znak da je izvan tretmana mnogo heroinskih ovisnika ili da supstitucijski programi nisu dovoljno dostupni.**
6. Teško je odrediti kriterije na osnovi kojih će se donositi odluka o ulasku pojedinog ovisnika u program dugotrajne supstitucije, a da se pritom poštuje načelo pravednosti i ne nanese šteta ili nepravda kako samom pojedincu, tako ni drugima. Također je teško izdržavati pritisak onih koji inzistiraju na što većim dnevnim dozama i trajnoj primjeni metadona.
7. Dio ovisnika uključenih u metadonski program (oko 30%), čak i ako se provodi stalni nadzor i tretman, ne mijenja značajno stil življenja te, uz dopušteni metadon, uzimaju i dalje ilegalne droge. No, i kod takvih slučajeva dokaziva je isplativost primjene supstitucije jer se time znatno smanjuje potražnja ilegalnog heroina a time i profiti kriminalaca (načelo korisnosti u okviru *harm-reduction* pristupa)

8. Najveći broj kritičara primjene metadona tvrdi da se time ovisnost o jednom (ilegalnom) sredstvu zamjenjuje i podupire legalnim sredstvom. Oni neupućeniji, s negativnim (moralističkim) pristupom prema ovisnicima drže da se time te pacijente nagrađuje za sve loše što su sebi i drugima činili. Oni ne poznaju složenost sociopsihopatološkog procesa razvoja ovisnosti, koja u jednom trenutku postaje kod dijela ovisnika biološki deficitarni poremećaj kakvih je u medicini mnogo. Nije na liječnicima da sude svoje pacijente. Njihova je dužnost i zadovoljstvo da im mogu pomoći. Pri tom i kod primjene metadona treba ponajprije gledati koristi od te metode. Ne dati neizlječivom ovisniku metadon bilo bi isto tako neetično i osuđujuće kao ne dati inzulin dijabetičaru, koji si je pankreas uništio prekomjernim pićem i jelom. Konačno, koliko tisuća ljudi svakodnevno i vrlo olako od liječnika dobiva psihofarmake, od kojih su neki vrlo adiktivni, skupi pa i toksičniji od metadona? Koliko ima bolesti zbog kojih pacijenti, da bi bolje funkcionirali i kvalitetnije živjeli, doživotno moraju uzimati lijekove? Pa ako to nije problem, čemu toliko polemika oko tog stručnog pitanja?!

**Treba istaknuti da sva stručno relevantna literatura u svijetu više ne raspravlja o tome treba li ili ne primjenjivati supstitucijske programe.** Upitno je samo određivanje indikacije i organizacija provedbe te metode liječenja ovisnika. Neke zemlje danas dijelu najtežih ovisnika o ilegalnom heroinu omogućuju, u medicinski dobro kontroliranim programima, primjenu čistog medicinski indiciranog heroina (Švicarska, Nizozemska). Riječ je o još uvijek eksperimentalnim programima koji su pokazali, temeljem znanstveno provedene evaluacije, da su isplativi i društveno korisni kao jedini način da se s jedne strane pomogne apsolutno neizlječivim slučajevima (kojima ni metadon nije pomogao ili ga nisu prihvatili) a da se time društvo zaštiti od njihova krajnje štetnog utjecaja i ponašanja. **Neupućeni ne znaju da metadon, za razliku od heroina, kod ovisnika ne stvara euforiju, te da se je stoga i uz taj opijatski agonist teško tim bolesnicima sudržavati od uzimanja heroina (barem povremeno).**

Farmakoterapija ovisnika je vrlo važan element kompleksnog postupka liječenja ovisnika. Osim supstitucijske terapije metadonom, neke zemlje sve više koriste peroralni morfij (s produženim djelovanjem) i parcijalni opijatski agonist **buprenorfin** (uveden u Hrvatskoj tijekom 2004. pod nazivom **Subutex**). Francuska u primjeni tog lijeka (Subutex) ima najviše iskustva. Nema pouzdanih dokaza da je tim sredstvom moguće postići bolje rezultate nego



metadonom, ali ima potvrđenih prednosti: mogućnost da se u programu održavanja daje samo tri puta tjedno, značajno je smanjen rizik smrti od predoziranja, rjeđe se javlja rast tolerancije, u kombinaciji s heroinom ili metadonom nema značajnijeg povećanja učinka ukoliko je ovisnik pokriven odgovarajućom dozom buprenorfina, lijek je manje adiktivan pa je i apstinencijska kriza u prekidu uzimanja blaža i sporije se razvija, nakon stabilizacije pacijent sam podiže lijek u ljekarni za tjedan dana i uzima ga bez supervizije. Taj lijek može koristiti i u postupku odvikavanja od metadona. U Njemačkoj se široko koristio kodein, u Austriji peroralni morfij, u SAD lijeva forma metadona (LAAM) a od 2003. i lijek Suboxon (kombinacija buprenorfina i naloxona). Za detoksifikaciju se vrlo često koristi **clonidin** i **lofexidin** a za pomoć u čuvanju i održavanju apstinencije nakon razrješenja apstinencijske krize opijatski antagonist produženog djelovanja **naltrexon** (u Hrvatskoj na tržištu tablete **Revia** od 50 mg).

Prije opisa supstitucijskih programa i načina njihove praktične provedbe važno je imati na umu:

- Specijalizirani timovi u centrima za liječenje ovisnika metadon ili druge agoniste nikome ne nude kao jedino rješenje. Primjena metadona ili buprenorfina je samo jedna od mogućnosti u liječenju heroinskih ovisnika.
- Ovisniku treba omogućiti poziciju subjekta u terapijskom postupku, on ima pravo zatražiti u svom slučaju primjenu tog lijeka.
- Ovlašteni liječnik kao član specijaliziranog tima koji liječi ovisnike, ako za to postoji indikacija, po načelu najbolje struke, konačno donosi odluku o primjeni i načinu primjene metadona za postizanje pretpostavljenog (i s ovisnikom dogovorenog) terapijskog cilja.
- Detoksifikacija sama po sebi nije cilj te specijalizirane intervencije i gotovo da taj postupak u bolničkim uvjetima nema naročita smisla ako istovremeno ovisnik provođenjem posebnog psihoterapijskog programa nije pripremljen i motiviran za nastavak dugotrajnog procesa liječenja i rehabilitacije, koji se mora nastaviti neposredno nakon rješavanja apstinencijske krize. Da bi se taj važan inicijalni dio tretmana mogao postići, ovisnik mora biti u stanju svjesno u njemu participirati. To međutim nije moguće ako mu liječnik, izbjegavajući primjenu metadona, ordinira gomilu drugih lijekova (Promazin, BZD, hipnotike, Meprobamat), što se običava činiti. Taj pristup je ekonomski skuplji, ponekada oštećuje fizičko zdravlje ovisnika a ne utječe u smislu smanjenja žudnje za opijatima. Isto je ako ovisnika fizički izoliramo i uskratimo mu doticaj s opijatima, kao npr. u zatvoru.

Patnja krize, koju će ovisnik izdržati, najčešće neće biti poticaj za nastavak tretmana kojemu je cilj čuvanje apstinencije. Štoviše, ovisnik će nakon puštanja na slobodu vrlo brzo recidivirati, jer ništa nije učinjeno u smanjenju ili obuzdavanju žudnje za drogom. Najveći broj tih bolesnika neposredno nakon izlaska iz zatvora (u kojem su iskrizirali i naoko stabilizirali apstinenciju) stoga recidivira.

Ako neki specijalizirani centar koji se bavi odvikavanjem heroinskih ovisnika zbog bilo kojih razloga NE koristi metadon niti u detoksifikaciji ovisnika, tada se u taj program, ako mogu birati, neće javljati mnogi teški ovisnici, ali će se javljati, ako postoje, u centre koji imaju suvremeniji pristup. Punjenje kapaciteta tih stručno neprimjerenih programa nije problem u državama u kojima potražnja za liječenjem zbog premalih kapaciteta ne ostavlja prostor ovisniku da bira program. Ako mu se ne omogući izbor, ili se uopće neće liječiti, ili će biti prisiljen prihvatiti program koji mu ne odgovara, ali će nakon toga rezultati tretmana biti slabi.

### *Vrste supstitucijskih programa i kriteriji za primjenu metadona*

Indikacija za primjenu metadona – dijagnoza ovisnosti o opijatima

Glavna indikacija za primjenu metadona ili drugih opijatskih agonista je potvrđena dijagnoza ovisnosti što znači da se nakon provedenog dijagnostičkog postupka mora ustanoviti prisutnost u prethodnoj godini najmanje tri od slijedećih kriterija opisanih za tu bolest u MKB 10. revizija ili u DSM-IV, kako slijedi:

#### **Psihološki:**

- prisutnost snažne žudnje odnosno prisile (kompulzija) da se uzima opijatsko sredstvo
- teškoće u kontroli ponašanja koje bi vodilo prekidu ili smanjenju razine uzimanja

#### **Fiziološki:**

- javljanje karakterističnog sindroma ustezanja ako se prekine uzimanje sredstva
- dokaz o postojanju tolerancije a time i potrebe povećanja doza da bi se postigli željeni učinci

#### **Socijalni:**

- progresivno zanemarivanje drugih interesa / izvora zadovoljstva i potreba angažiranja sve više vremena da se nabavi, uzima ili oporavi od uzimanja sredstava
- ustrajanje u uzimanju sredstva unatoč negativnih štetnih posljedica

## Vrste programa i kriteriji za uključivanje

1. **Kratka detoksifikacija** podrazumijeva postupak kojim se ovisniku olakšava razrješavanje apstinencijskog sindroma nakon prekida uzimanja heroina (drugih opijatskih agonista) postupnom redukcijom dnevnih doza metadona kroz period do **mjesec dana**. Indicirana je kao intervencija u terapijskom procesu kod slučajeva kod kojih je nakon provedenog dijagnostičkog i motivacijskog postupka, potpuno odvikavanje i nakon toga održavanje apstinencije dogovoreno kao terapijski cilj. U odluci za primjenu metadona važna je kako procjena liječnika da je to sukladno načelu najbolje prakse za pojedinog ovisnika, tako i traženje samog ovisnika da mu se omogući takav postupak. Provodi se u okviru bolničkog ili izvan bolničkog programa.
2. **Spora detoksifikacija** podrazumijeva postupak kojim se ovisniku olakšava prekid uzimanja opijata sporom redukcijom dnevnih doza metadona kroz period od jednog do 6 ili više mjeseci. Indicirana je kod slučajeva kod kojih prethodni pokušaj brze detoksifikacije nije rezultirao uspostavom apstinencije (pacijent je ponovo počeo uzimati heroin ili je procjena liječnika i njegovog tima da će se to dogoditi ukoliko se nastavi planirani ritam brze redukcije). Postupak se preporuča kao početna terapija kod slučajeva kod kojih se kao terapijski cilj uspije dogovoriti pokušaj uspostavljanja i nakon toga održavanja potpune apstinencije od opijatskih agonista a procjena je radi težine ovisnosti i drugih elemenata, da to nije moguće ostvariti u kratko vrijeme.
3. **Kratko (privremeno) održavanje na istoj dnevnoj dozi metadona** podrazumijeva postupak kojim se ovisniku olakšava održavanje apstinencije od heroina uz potrebnu (odgovarajuću) dnevnu dozu metadona koja se ne mijenja kroz period od 6 mjeseci ili manje. Indicirana kao:
  - početni oblik tretmana kod slučajeva za koje se procijeni u odnosu na težinu kliničke slike bolesti i drugih parametara (npr. kvaliteta potpore obitelji i socijalni status ovisnika) da pacijent trenutno nema kapaciteta za potpuno odvikavanje te da će pokušaj detoksifikacije rezultirati ili prekidom programa ili nastavljajanjem uzimanja heroina.
  - kao oblik tretmana kod slučajeva kod kojih se prethodnim pokušajem detoksifikacije nije uspjelo uspostaviti i nakon toga stabilizirati održavanje apstinencije i pacijent je recidivirao
  - kod ovisnika koji nakon detoksifikacije, unatoč održavanja apstinencije od heroina i protoka vremena ima-

ju progresiju žudnje za tom drogom pa eventualnu apstinenciju od heroina kompenziraju abuzusom velikih količina različitih psihoaktivnih lijekova, ilegalno nabavljenog metadona, drugih vrsta droga i/ili alkohola.

- kao privremeni oblik tretmana koji garantira retenciju u programu i olakšava ovisniku da sredi svoj socijalni status i poboljša životne okolnosti nakon čega dolazi u obzir tijekom terapijskog procesa razmatranje mogućnosti da se pokuša provesti detoksifikacija.
  - kod ovisnika koji tijekom terapijskog postupka detoksifikacije insistiraju da im se zaustavi postupak redukcije dnevnih doza metadona jer se loše osjećaju i strah ih je da će recidivirati
4. **Dugotrajno održavanje** podrazumijeva postupak kojim se ovisniku, kao najbolje i najisplativije rješenje, omogućava primjena odgovarajućih (u odnosu na toleranciju) dnevnih doza metadona kroz period duži od 6 mjeseci. Dio slučajeva će biti u programu održavanja doživotno. Taj oblik tretmana posebno je indiciran kod slučajeva:
- kod kojih svi prethodni pokušaji odvikavanja, (detoksifikacija uz primjenu metadona ili na druge načine) i nakon toga uspostave i održavanja apstinencije od opijata nisu dali rezultata i ovisnik je nastavio s uzimanjem heroina i/ili drugih sredstava na način koji ugrožava njihovo zdravlje i/ili uzrokuje štetne posljedice za obitelj i/ili društvenu zajednicu.
  - kod kojih je klinička slika ovisnosti toliko teška i komplicirana da se taj oblik tretmana procijeni najboljim i najisplativijim kako za samog ovisnika tako i za okruženje (obitelj, društvenu zajednicu).
  - koji insistiraju na održavanju i koje se tijekom motivacijskog postupka nije uspjelo nagovoriti da iskušaju mogućnosti odvikavanja i da se orijentiraju na drug-free terapijski cilj.
  - kod trudnica ovisnih o opijatima
  - kod zaraženih HIV-om i HCV
  - kod kojih su radi komorbiditeta vrlo male šanse za uspješno odvikavanje i stabilno održavanje apstinencije

Uključivanje ovisnika u program uz primjenu metadona

Da bi ovisnik započeo program koji uključuje primjenu metadona, prvo mora doći u doticaj s timom ovlaštenog liječnika. Način na koji ovisnik dolazi u doticaj ovisi o vrsti ustanove u kojoj tim djeluje kao i drugim okolnostima kako slijedi:

- Dolazak u bilo koji od Centara, koji su mreža organizirana unutar ustanova javnog zdravstva, moguć je direktno, bez uputnice i bez participacije u troškovima. Početno savjetovanje može se omogućiti i anonimno. Potrebna je identifikacija pacijenta i nakon toga popunjavanje obaveznog upitnika (za potrebe **evidencije**, epidemiološkog praćenja, Nacionalnog registra i statistike) u slučaju da se dogovori postupak uz primjenu metadona. Ukoliko se nakon provedenog dijagnostičkog postupka indicira primjena metadona, ovisnik će tu mogućnost realizirati, sukladno preporukama potpisanim od ovlaštenog "specijaliste", kod svog, odabranog liječnika opće medicine, a samo izuzetno na nekom drugom mjestu, na posebno opisan način.
- Ukoliko se ovisnik želi uključiti u program uz preporuke ovlaštenog specijaliste bolničkih ustanova, potrebno je prethodno zatražiti uputnicu od svog liječnika opće medicine. Daljnji postupak i sadržaj programa, kao i obveze kako liječnika tako i klijenta identični su kao i za ovisnike koji su tretman započeli u nekom od Centara. Dakako da se metadon može davati u postupku detoksifikacije u okviru bolničkog liječenja.
- Ukoliko postupak žele započeti i provoditi u privatnoj ordinaciji ovlaštenog liječnika, uslugu će morati plaćati. Postupak bi svojim sadržajem kao i obavezama liječnika i samog ovisnika trebao biti isti kao i za sve druge ovisnike, jedino što bi u tom slučaju dio ovisnika, koji ne žele odlaziti svom liječniku opće medicine (ili jer ga nemaju) mogli u tim ordinacijama neposredno, pod supervizijom piti metadon.
- Jednokratno i neposredno davanje metadona ovisniku moguće je od strane svih liječnika kao oblik urgentne intervencije u stanjima akutnog apstinencijskog sindroma.

#### Isključivanje ili prekid programa

Ovisnik ima mogućnost sam zatražiti ili spontano i/ili protivno savjetu liječnika, prekinuti trajno ili na neko vrijeme supstitucijski program. Program se može privremeno ili na duže vrijeme prekinuti na preporuku ovlaštenog specijaliste ili na traženje liječnika opće medicine koji daje metadon u slučaju da:

- pacijent grubo krši dogovorena pravila i svojim ponašanjem, agresivnim ponašanjem neposredno ugrožava tim koji mu treba davati metadon.
- nema nikakvog rezultata koji se planirao postići primjenom metadona a procijeni se da se prekidom primjene metadona ne bi dodatno ugrozilo stanje pacijenta i/ili interesi okruženja.

- pacijent uporno manipulira (izbjegava piti metadon pod supervizijom ili dati dokaze da doista uzima taj lijek - kvantitativna toksikološka analiza) nastojeći da se domogne metadona kako bi ga preprodavao i time ostvarivao materijalnu korist.

Liječnik Centra kao i liječnik opće medicine koji provode program, dužni su prethodno upozoriti ovisnika a onda eventualno i dovesti u pitanje nastavak programa, ukoliko se ne otklone razlozi radi kojih bi se primjena metadona trebala prekinuti. Za dio takvih slučajeva indicirano je (privremeno ili na duže vrijeme) isključivanje iz programa u kojem metadon daje liječnik opće medicine, dakle na decentralizirani način. Toj kategoriji (kada se uredi u državi takve mogućnosti), treba ponuditi mogućnost da nastave program u posebnim centraliziranim jedinicama. U slučaju da takav ovisnik korigira svoje ponašanje, pokaže spremnost da će poštivati pravila i da će biti u stanju dobro surađivati, može mu se nakon nekog vremena ponovo omogućiti da program provodi u "decentraliziranim" uvjetima, dakle kod svog liječnika opće medicine.

Jedino dakle ovlašteni i adekvatno educirani liječnici u Centrima za sprječavanje i liječenje ovisnika kao i u specijaliziranim bolničkim detoksifikacijskim programima, mogu, nakon pregleda ovisnika, donijeti odluku o primjeni metadona, dozama, kao i o načinu provedbe postupka, sukladno Nacionalnoj strategiji. Sve zemlje EU koriste metadon premda je pristup u organizaciji tih programa različit kao i kriteriji za primjenu metadona. Većina više nema restriktivne kriterije a za program dugotrajne supstitucije drži dovoljnim da je osoba starija od 18 godina, da je heroinska ovisnost dijagnosticirana sukladno definiciji i opisu MKB, te da sam pacijent inzistira na tom obliku terapije. U našoj zemlji ovisnike o heroinu, koji nisu u stanju prihvatiti ili izdržati od početka detoksifikaciju bez primjene opijatskih agonista, dakle uz *drug-free* postupak od samog početka liječnici spomenutih centara, nakon provedene dijagnostičke procedure, mogu liječniku opće medicine preporučiti da ih, u odnosu na utvrđenu kliničku sliku i postignut dogovor s pacijentom, uključi u spomenuti program kratke detoksifikacije. Posrijedi je postupak najčešće kraći od mjesec dana. Primjenjuje se kao metoda izbora u početnoj fazi tretmana (oslobađanje od fizičke ovisnosti). Postupak traje od nekoliko dana do nekoliko tjedana, ovisno o težini kliničke slike ovisnosti (ASI). Kroz to se vrijeme dnevne doze metadona nastoje reducirati od početne doze do potpunog prekida primjene tog narkotika. Nakon što se počinju očitovati simptomi uskrate, obično se započinje primjena Clonidina (ili Lofe-

xidina). Uz snažni psihoterapijski suportivni postupak, kod ovisnika se od početka snaži motivacija za dostizanje apstinencije i priprema ga se za nastavak dugotrajnog programa održavanja apstinencije i socijalne rehabilitacije, koji se nastavlja neposredno nakon završenog detoksifikacijskog postupka. Indiciran je kod osoba koje su fizički ovisne o heroinu i koje se drugim načinom nije uspjelo detoksificirati, ili kod ovisnika koje nije bilo moguće motivirati da ostanu u bolničkom ili izvanbolničkom programu detoksifikacije bez primjene opijatskih agonista.

Spora (do šest mjeseci) ambulantna detoksifikacija uz primjenu metadona indiciran je kod onih ovisnika kod kojih nije bilo rezultata u pokušajima da se dostigne potpuna apstinencija od opijatskih agonista na drugi način. Obično se radi o slučajevima koji nisu izdržali ritam brzog smanjivanja dnevnih doza metadona pa su ili napuštali program i vraćali se heroinu ili su sami tražili dodatnu terapiju. Prije donošenja odluke o primjeni sporog postupka, ponekad se i višekratno iskušava mogućnost brze detoksifikacije uz primjenu metadona ili drugih agonista. Ukoliko se stalnim praćenjem ovisnika ustanovi da zbog psihičke ovisnosti ili nekih drugih razloga nije u stanju održavati apstinenciju i u kratkom se razdoblju prilagoditi životu bez opijata, može mu se olakšati prilagodba uz intenzivniju psihoterapijsku potporu, te uz vrlo postupno smanjivanje dnevnih doza supstitucije. Tu je najčešće riječ o ovisnicima s težom kliničkom slikom ovisnosti, slabom motivacijom i slabim kapacitetima osobnosti za odvikavanje, onima koji imaju slabu ili nikakvu socijalnu potporu (npr. obitelji) ili imaju vrlo slabu kvalitetu života.

Dugotrajno održavanje na stalnoj ili približno jednakoj dnevnoj dozi metadona

Rijetko se preporuča na samom početku tretmana. Obično se prije toga iskušavaju drugi oblici tretmana uz ili bez primjene agonista ali bez rezultata u smislu stabilizacije apstinencije. Da bi bilo zaustavljeno uzimanje heroina i bila provedena socijalna rehabilitacija, takvim slučajevima, ukoliko prihvate, potrebno je omogućiti dugotrajno održavanje na odgovarajućoj dozi metadona uz stalni nadzor i psihosocijalni suport. Najčešće je riječ o osobama sa stažom ovisnosti od pet ili više godina. Kod dijela tih slučajeva radi se o tipu ovisnosti koja je postala trajni biološki deficitarni poremećaj. Kod drugih je veći problem slaba potpora i kvaliteta života zbog koje nemaju motivaciju živjeti bez podražaja opioidnih receptora mozga opijatskim agonistima. Ponekad se taj postupak primjenjuje i u mlađih osoba s kraćim stažom uzimanja heroina kada kli-

ničku sliku komplicira teži poremećaj osobnosti ili depresija uz suicidalnost. Treba poduzeti sve da bi tim postupkom bila pod kontrolom kategorija teže kriminaliziranih ovisnika s visokom tolerancijom na heroin, koji nisu motivirani za bilo kakav tretman i koje većina ustanova koje se bave liječenjem ovisnika maksimalno izbjegava. Dugotrajno, pa i doživotno održavanje je indicirano kod svih slučajeva (koji na tom obliku liječenja inzistiraju) koji su zaraženi HIV infekcijom, B i/ili C hepatitisom, ili predstavljaju rizik da će svojim načinom ponašanja, nastavljajući s intravenoznim uzimanjem heroina, ugrožavati druge osobe (time i širu društvenu zajednicu dijeleći uporabljeni injekcioni pribor s drugim osobama). Održavanje na metadonu (ili peroralnom morfiju) je indicirano kod trudnica ovisnih o heroinu.

#### **Kada dakle započeti s održavanjem na metadonu ili drugim agonistima?**

Za uspješan tretman opijatskih ovisnika bolje je biti fleksibilan, jer svako kruto postavljanje pravila samo bi otežavalo ionako naporan terapijski rad. Iskustva govore da se održavanje može koristiti:

- **na početku tretmana**, kod slučajeva kod kojih se ustanovi teška i višegodišnja ovisnost o opijatima, a bolesnik inzistira na održavanju. Takvim osobama liječnik treba ponuditi održavanje kao početak terapije. Ako se nakon nekoliko mjeseci pacijent stabilizira i prihvati iskušavanje mogućnosti redukcije dnevnih doza, tada se može "prebaciti" u program brze ili spore detoksifikacije. U svijetu se većem broju ovisnika u samom početku tretmana sugerira stabilizacija kroz program kratkotrajnog održavanja.
- **tijekom (u sredini) terapije**, kod slučajeva kod kojih višekratni pokušaji brze i spore detoksifikacije nisu rezultirali stabilizacijom apstinencije, ako nisu uspjeli ni drugi oblici pomoći, a pacijent zahtijeva da mu se omogućiti stabilizacija na adekvatnoj dnevnoj dozi. Ako se nakon nekog vremena pacijent stabilizira, sredi život, riješi probleme, dolazi u obzir (nakon evaluacije) ponovo iskušavanje detoksifikacije.
- **na kraju**, odnosno nakon što su iscrpljene sve mogućnosti odvikavanja bez vidljivih rezultata. Kod nekih ovisnika takve se mogućnosti iskušavaju pet i više godina.

Kod svih ovisnika uključenih u programe odvikavanja uz primjenu metadona, pa tako i kod onih koji su u programima održavanja, treba stalno evaluirati učinke tretmana i ispitivati nakon nekog vremena mogućnost prihvaćanja detoksifikacije i potpunog oslobađanja od droge. Utvrđene doze moraju odgovarati biološkom pragu tolerancije, od-



nosno moraju biti dovoljne da spriječe potragu za dodatnom količinom heroina na ulici, ilegalnu nabavu Heptanona ili nekontrolirano uzimanje drugih psihofarmaka i alkohola.

U novijoj literaturi sve se više naglašava korisnost primjene odgovarajućih **viših** dnevnih doza metadona ili drugih opijatskih agonista ili parcijalnih agonista (npr. **buprenorfina, lijek Subutex**). Istraživanjem je dokazano da administrativno limitiranje gornjih doza, što rezultira stalnim nastojanjem terapeuta da "prisiljava" ovisnike na prihvaćanje što niže doze, korelira s češćim napuštanjem programa, većom stopom recidivizma heroinom, povećanim traženjem drugih psihofarmaka, pojačanim abuzusom alkohola, te češćim povratkom na intravenozno uzimanje i kriminal. Zato i SZO u svom priručniku "*Prevenција HIV infekcije...*" navodi da je sužavanje kriterija u primjeni metadona, u zemljama u kojima prevladava heroinski tip ovisnosti, glede dostizanja ciljeva radi kojih se ti programi preporučuju, kontraproduktivno. U Hrvatskoj je prosječna dnevna doza metadona za održavanje oko 70 mg slično kao u susjednoj nam Sloveniji. U Slovačkoj je iznad 100 mg.

Nastojanja da se u nekoj zemlji reducira održavanje na metadonu ili drugim agonistima na manje od 40% heroinskih ovisnika u tretmanu, imala bi opravdanje samo u slučaju da se prethodno osiguraju dovoljni kapaciteti, za ovisnike prihvatljivih, *drug-free* programa za detoksifikaciju i nakon toga intenzivni psihoterapijski ambulantni i suportivni programi za "čuvanje apstinencije". Takva orijentacija u organizaciji sustava za tretman iziskuje znatna novčana sredstva, a upitno je da li bi se u konačnici značajnije povećao postotak stabilnih apstinencata bez primjene metadona.

#### *Praktična provedba terapije opijatskim agonistima*

**Sam metadon (ili buprenorfin) ne može promijeniti ponašanje ovisnika.** Ako se uz primjenu opijatskih agonista ne omogućava složen program s elementima preodgoja, edukacije, psihosocijalne pomoći, psihoterapije i po potrebi farmakoterapije drugim vrstama lijekova, neće se postići optimalni rezultat, već će se samo reducirati uzimanje heroina na ulici. **Zato hrvatski model podrazumijeva potrebu stalne suradnje Specijaliziranih izvanbolničkih centara za liječenje ovisnika (koji provode dijagnostiku, određuju indikacije za primjenu metadona kao i doze i koji omogućavaju ostale elemente terapijskog postupka kao i stalnu evaluaciju – kontrole urina npr.) i primarne zdravstvene zaštite odnosno timova**

obiteljske medicine (po potrebi i drugih programa) kako bi se osiguralo kvalitetno liječenje i stalni stručni nadzor nad populacijom ovisnika o drogama. Zato je u zemljama u kojima su liječnici opće medicine uključeni u programe tretmana ovisnosti, znatno veći broj ovisnika pod kvalitetnim stručnim nadzorom, dakle odvojeno od ulične kriminalne narko-mreže. Izuzetno je važna stalna edukacija liječnika opće medicine kako bi ih se ujedno i poticalo da ovisnike o drogama prihvate kao i sve druge pacijente. Vrlo su važni redoviti susreti liječnika opće medicine i timova centara za izvanbolničko liječenje ovisnika.

**Raspršenost ovisnika koji trebaju uzimati metadon po ambulancama svojih odabranih liječnika opće medicine terapijski je svrhovitija od otvaranja punktova u kojima bi se istodobno pojavljivao veći broj ovisnika,** gdje bi jedan pred drugim uzimali svoje doze metadona. I u najbolje organiziranim terapijskim programima, u kojima se metadon dnevno daje u centraliziranim jedinicama, teško je terapijski raspoloživim utjecajima nadvladati nepovoljni dio međusobnog utjecaja ovisnika jednih na druge. Uz to, pred takvim centrima uobičajeno se okupljaju i ovisnici koji nisu u metadonskom programu, pa i preprodavači droga i tu nepovoljnu interakciju na tim mjestima nije moguće sprječavati. Veliki broj dobro motiviranih i socijalno uspješno rehabilitiranih ovisnika, koji su danas na trajnom održavanju, to su postigli upravo kroz dobru brigu, suradnju i povjerenje kako terapijskih timova centara tako i svojih odabranih liječnika opće medicine i to na diskretan način. Mnogima to ne bi uspjelo da su se svaki dan morali susretati sa stotinama drugih ovisnika. Isto tako ne bi bilo dobro da se metadon neposredno daje u centrima u kojima se provodi psihoterapija i odvikavanje kao što nije dobro postojanje tzv. metadonskih centara koji bi svojim korisnicima isključivo nudili taj narkotik. Najbolje je dakle uzimanje lijeka fizički odvojiti od sustava koji se bave dijagnostikom i psihoterapijom.

Ipak, za onaj manji dio ovisnika, koji prave preveliki nered i s kojima se ne uspijeva uspostaviti odnos suradnje i koji nikako nisu u stanju poštivati pravila, a osobito za one koji su skloni preprodaji metadona na ulici, lijek bi trebalo davati centralizirano i pod većim nadzorom.

Praktično provođenje supstitucijskih programa uz primjenu metadona

U Hrvatskoj, u praktičnom smislu postupak se provodi tako da od ovlaštenog liječnika nadležnog Centra za ovisnosti, liječnik opće medicine kojeg je odabrao ovisnik, dobije na ruke originalno pismo naslovljeno na njegovo ime i

prezime, s uputama za primjenu metadona (Heptanona) u svakom pojedinom slučaju. Liječnik će biti dužan to originalno pismo pohraniti u svojoj dokumentaciji i njime će opravdavati utrošenu količinu metadona u određenom razdoblju. Ukoliko liječnik ima jednog ili dvoje ovisnika, njegova će služba biti dužna u najbližoj ljekarni nabavljati potrebnu količinu solucije ili tableta metadona koje će medicinska sestra zdrobiti i držati pripremljene za ovisnika koji će doći u dogovoreno vrijeme. Po mogućnosti ovisnik će sa sobom donijeti voćni sok ili malo Cedevite u kojoj će otopiti dnevnu dozu sredstva i popiti je pred zdravstvenim djelatnikom. Djelovanje metadona je dulje od 24 sata, zbog čega se doza uzima jedanput dnevno, najbolje oko podneva, kako bi ovisnik imao manje teškoća zbog nesаницe. Ne dolazi u obzir muskularna, a još manje venozna primjena Heptanona. Također, liječnik ne smije (osim u izuzetnom slučaju) napisati recept temeljem kojeg bi ovisnik sam podizao Heptanon. Liječnik može jedino za dane vikenda i praznike samom ovisniku ili, bolje, članu obitelji (ako i taj nije ovisnik) unaprijed dati dozu Heptanona otoplenu u voćnom soku, ili zdrobljene tablete na suho pomiješane s prahom Cedevite. Ukoliko liječnik odlazi na godišnji odmor ili mora biti odsutan zbog nekog drugog razloga, program održavanja ili detoksifikacije treba dogovoriti sa svojom zamjenom. Mnogi liječnici, zbog praktičnih razloga, koriste soluciju metadona. Činjenica je da dosta liječnika šalje samog ovisnika da podigne u obližnjoj ljekarni propisani Heptanon, ali pri tom **liječnik mora inzistirati da se lijek odmah donese i preda u ambulantu kako bi se samo uzimanje provodilo pod nadzorom.** Ako ovisnik ne učini kako je dogovoreno, mora preuzeti svu odgovornost za postupanje s lijekom kao i svaki drugi bolesnik. Ako bi se dogodilo da narkotik proda ili dade drugoj osobi, radi počinjanja krivičnog djela izložio bi se riziku kaznenog progona. U takvim slučajevima liječnik ima mogućnost i obavezu uskratiti povjerenje pojedinom ovisniku, pa čak i privremeno prekinuti program kako bi ga i time pokušao motivirati da poštuje dogovorena pravila.

Sukladno iskustvima nekih država, osobito Irske, valja razmotriti mogućnost da barem dio ovisnika u trajnom programu održavanja svoje dnevne doze metadona pije neposredno pod nadzorom ovlaštenog farmaceuta u ljekarnama.

U svrhu ekonomiziranja u provedbi postupka održavanja, u nekim europskim gradovima, u kojima je velik broj ovisnika u programima održavanja, utemeljene su posebne jedinice u kojima ovisnici, uz nadzor obrazovanih djelatnika, dobivaju metadon iz posebnih automata za do-

ziranje. U nekim bi većim gradovima u okviru centara za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika, a bolje u njihovoj blizini, trebalo osigurati barem po jednu ambulantu u kojoj bi se mogao neposredno provoditi postupak davanja metadona **centralizirano** za ovisnike kojima treba početno odrediti dozu, za ovisnike koji prave probleme ili manipuliraju, za one na proputovanju, turiste, te ovisnike koji nemaju osiguranu zdravstvenu zaštitu niti odabranog liječnika opće medicine. Za posljednju kategoriju takav bi se program provodio privremeno, dok ne riješe pitanje zdravstvene zaštite i izbora liječnika.

Preporučene doze metadona uglavnom su manje od 80 miligrama na dan. Donese li se odluka o provedbi samo programa detoksifikacije primjenom Heptanona, ovlašteni liječnik-specijalist napisat će dnevne doze po danima (npr. 13, 13, 12, 12, 11, 11 itd.), sve do prekida terapije. Kada god je to moguće, dobro je uključiti člana obitelji u postupak detoksifikacije kako bi surađivao s odabranim liječnikom opće medicine u liječenju. Posebno organizirana specijalistička služba centra, ili ovlašteni psihijatar, dužna je u početku barem jedanput tjedno pregledati ovisnika, obaviti toksikološku analizu urina, te ocijeniti tijek tretmana. Ukoliko se ovisnik ne javlja nadležnom specijalistu, liječnik može prekinuti primjenu metadona dok ovisnik ne donese novi nalaz s preporukama za daljnji postupak. Dobro je da liječnik opće medicine također pregledava tijelo pacijenta, kako bi primijetio eventualne tragove uboda u venu. Ustanovi li se da ovisnik ne pokazuje nikakve pozitivne promjene ponašanja, niti se suzdržava od dodatnog uzimanja heroina, može se donijeti odluka o redukciji, možda povećanju ili o privremenom prekidu provedbe metadonskog programa.

Primjena metadona uz brzo smanjenje dnevnih doza u bolničkim uvjetima, metoda je izbora za detoksifikaciju ovisnika o opijatima u specijaliziranim programima i jedinicama intenzivne njege, zatim tijekom liječenja AIDS-a, na infektološkim odjelima, te na ostalim odjelima gdje će se ovisnici, prethodno uključeni u programe održavanja na metadonu, liječiti od bilo koje druge bolesti. **Metadon je osobito indiciran u trudnica ovisnih o heroinu.** Tu će, u provedbi postupka, biti nužna suradnja ginekologa i stručnjaka za ovisnosti. Dugotrajno metadonsko održavanje mora se izbjegavati u kaznenim ustanovama. Ovisnike koji moraju u kazneni zavod, a prethodno su bili na terapiji metadonom, valja nakon određenog vremena detoksificirati, ili na slobodi ili u okružnim zatvorima. Nakon toga treba ih uputiti na daljnje izdržavanje kazne u nadležnu ustanovu.

U svakom mjestu pri zdravstvenoj službi u nadležnom centru za ovisnosti valja voditi poseban registar (evidenciju) ovisnika uključenih u metadonski program. Za nadzor provedbe supstitucijskog programa i zbog bolje usklađenosti bilo bi poželjno, pri Ministarstvu zdravstva, utemeljiti i posebnu stručnu komisiju u koju bi se biralo predstavnike Ministarstva zdravstva, Udruge liječnika opće medicine, Hrvatskog farmaceutskog društva i Državnoga centra za ovisnosti, koja bi te zadaće obavljala na državnoj razini. U svakom gradu u kojem se provodi takav program, trebalo bi osnovati slično tročlano tijelo (predstavnicima primarne zdravstvene zaštite, ljekarni i centra za ovisnosti), koje bi na toj razini nadziralo i usklađivalo provedbu programa. U sprječavanju zlorabe metadona na ilegalnom tržištu policija će postupati sukladno načelima svog djelovanja, kao i pri sprječavanju ilegalne prodaje droga.

**Liječnici opće medicine kao niti privatni psihijatri (ukoliko prethodno nisu ishodili licencu za samostalno provođenje takvog oblika liječenja) ne bi smjeli neposredno primjenjivati metadon (npr. pisati recepte) u tretmanu ovisnika bez prethodne suglasnosti ovlaštenog specijalista nadležnog centra za ovisnosti.** To je dozvoljeno samo jednokratno, u hitnim intervencijama kad rješavaju pitanje akutne apstinencijske krize ovisnika o heroinu.

U svrhu pojednostavljenja i poboljšanja provedbe supstitucijskih programa bit će nužno osigurati ugradnju sefova za čuvanje narkotika u ordinacijama liječnika opće medicine, što će liječnicima, sukladno planiranim potrebama, omogućiti opskrbu potrebnom dnevnom količinom metadona iz obližnjih ljekarni. U svrhu smanjenja administriranja, predlaže se za svakog ovisnika u programu održavanja opravdavati potrebnu količinu za mjesec dana izdavanjem jednoga recepta kojeg bi se dostavljalo obližnjoj ljekarni. Time bi se otklonilo probleme zbog osobnog podizanja Heptanona temeljem recepta i njegova prenošenja do liječničkih ordinacija. Ovisnici na održavanju trebali bi imati potrebne iskaznice na kojima bi stajalo kod kojeg (jedino) liječnika opće medicine provode program, u kojoj se ljekarni podiže metadon i na kolikoj su dnevnoj dozi u određeno vrijeme.

*Tko su glavni protivnici primjene metadona u liječenju heroinskih ovisnika?*

Premda se brojnim evaluativnim studijama primjena metadona potvrdila kao jedna od najisplativijih mogućnosti pomoći ovisnicima o heroinu, osobito u prvoj fazi tretma-

na, kada je osnovni cilj ovisnika izvući iz mreže uličnog narko-kriminala, još uvijek se u mnogim zemljama, pa tako i našoj, vode polemike o tom pitanju kako u stručnim tako i drugim krugovima. Mediji su osobito zainteresirani uključivati se svojim priložima i pri tom utjecati na stavove javnosti izborom sugovornika na tu temu kao i naslovima objavljenih članaka. Većina poruka koju je javnost dobivala išla je u pravcu uvjeravanja da je metadon (državna) droga, da se jedna ovisnost zamjenjuje drugom, da jedni liječe ovisnike a drugi daju metadon, da metadon stvara još težu ovisnost nego heroin, da država troši velike novce na taj program, da se radi tog programa metadonom trguje na ulicama kao i drugim drogama itd. što sve dakako nije istina. Nije svrha ove knjige ponavljati ono što je svijet, sustavnim istraživanjima i pomno provedenim *cost-benefit* analizama davno potvrdio, niti je cilj nastaviti polemiku s dobronamjernim, ali neupućenim osobama. U ovoj knjizi definirano je mjesto i uloga tog tipa pomoći jednom dijelu heroinskih ovisnika u okviru samo jednog od brojnih elemenata Nacionalnog programa (liječenje ovisnika). Na ovom mjestu navesti ću samo nekoliko mogućih protivnika i razloga, radi kojih neki, premda dobro upućeni, na različite načine uspijevaju u javnosti barem održavati konfuziju i demotivirati kako obitelji ovisnika tako i dio liječnika da koriste kao jednu od mogućnosti tretmana i primjenu metadona.

Tu na prvo mjesto treba staviti **utjecaj organiziranog drognog kriminala i njihovih koruptivnih sprega**. *Narco-dealeri* dobro znaju da je najsigurnije i najprofitabilnije trgovati heroinom jer ta droga stvara tešku fizičku ovisnost i ovisnik će apsolutno sve podrediti zadovoljavanju svoje ovisničke gladi. Oni su zato najsigurniji i najstalniji izvor novca kriminalnom sustavu. **Kao sredstvo kojim se ipak najveći broj heroinskih ovisnika može otrgnuti od mreže preprodavača droge i privući u sustav tretmana, pokazao se upravo metadon i drugi opijatski agonisti.** Zato nije slučajno da je u Italiji, u vrijeme tamošnje epidemije heroinske ovisnosti iza koje je stajala mafija, vrlo teško bilo u sustav tretmana uvesti primjenu metadona (što danas, kada je moć talijanske narko-mafije znatno reducirana, više nije slučaj). Visoki, organizirani kriminal djeluje na različite načine i bez većih poteškoća, jer su njegovi nositelji obično dobro pozicionirani, vrlo utjecajni s dobrim poznanstvima, a glede kriminalnih aktivnosti posve neprepoznati i prikriiveni u javnosti. Njihov je cilj utjecati na kadrovsku politiku kako bi imali svoje ljude na važnim mjestima (osobito u represivnom aparatu), usmjeravaju se prema medijima, kako bi utjecali na javnost,

vješto znaju instrumentalizirati za svoje potrebe kako institucije tako i pojedince, neupućene političare i stručnjake, oni znaju kako nekoga koji će služiti njihovim interesima (a da toga možda i nije svjestan) gurnuti naprijed a nekoga opstruirati ako procjene da bi ih mogao ugrožavati. Oni imaju najbolje pravne savjetnike i najutjecajnije branitelje koji će s njima u slučaju potrebe podijeliti dio svoga plijena. Oni imaju svoje ljude koji će za njih podmićivanjem odraditi određeni posao, oni će bez teškoća putem svojih sprega nastojati kompromitirati svoje protivnike pa, stoga, njima nije problem ni utjecati na marginalizaciju provedbe jednog tako važnog programa kao što je suzbijanje zlorabe droga u zajednici.

Veliki protivnici primjene metadona su **neke terapijske zajednice** i njihovi šticećeni dok se nalaze u programu. To je osobito slučaj s programima koji su za njihove voditelje izvor dobrih i uglavnom nelegalnih prihoda. Što su komercijalno uspješniji, to su prisutniji i agresivniji u medijima putem kojih (kao i putem drugih kanala ovisno čijim još interesima služe) pokušavaju obezvrijediti stručno-profesionalno vođene programe državnih institucija jer oni privlače i uspješno liječe najveći broj korisnika. Jer, što je više neliječenih, heroinskih ovisnika na ulici, lakše je provoditi selekciju klijenata i puniti kapacitete onom kategorijom ovisnika preko kojih će ostvarivati planirane ciljeve. U državama koje su investirale veliki novac za osiguranje bolničkih kapaciteta za liječenje ovisnika (primjerice Norveška), kreatori te koncepcije oštro su se suprotstavljali primjeni metadona, bojeći se da će njihovi *drug-free* kapaciteti ostati prazni, što bi bio dokaz da su pogriješili u strategiji.

Neznanje ili površno znanje i nedostatak interesa da se problem heroinske ovisnosti sagledava sa društvenog stajališta također su razlogom ubjeđenosti mnogih "stručnjaka" da metadon treba strogo kontrolirati i ograničeno primjenjivati. Utjecaj nemedicinskih stručnjaka, neupućenih političara i nekih nevladinih udruga također mogu otežavati primjenu farmakoterapije opijatskim agonistima u liječenju heroinskih ovisnika.

Primjenu metadona oštro kritizira i **dio psihijatar** i **drugih liječnika** koji (obično) rade u institucijama koje bi trebale, a ne liječe ovisnike. Te kolege uopće ne zanima stvarno stanje na terenu i što se događa s mladeži koja je bez ikakvog nadzora i stručne skrbi, drogirana heroinom na ulici. **Oni se ne zauzimaju za osiguranje kapaciteta za tretman tih bolesnika, njih nije briga što država nije osigurala dovoljan broj stručnih timova koji bi trebali provoditi odvikavanje i nakon toga čuvanje apstinencije, njima je važno da su se izborili za mogućnost da ovi-**

**snike ne moraju liječiti** te da one malobrojne stručnjake, koji su našli snage, motiva i ljudskosti da to rade, mogu kritizirati i upućivati kako bi to trebalo raditi, premda su vrlo daleko od upućenosti i stručne kompetentnosti na tom području. Većina tih psihijatara još uvijek afirmira moralistički pristup prema ovisnicima, nastojeći ih i time udaljiti od sustava zdravstva i na žalost usmjeriti automatski prema narko-kriminalu. Ti zdravstveni djelatnici će nerijetko na ovisnike prebaciti odgovornost što su se tamo sa 14 godina kao djeca, počeli drogirati, što neke terapijske koncepte nisu spremni prihvatiti, oni će biti isključivi krivci što recidiviraju i što radi svoje ovisnosti krše zakon. Zanimljivo da četiri od pet danas najbolje statusno pozicioniranih psihijatara u Hrvatskoj ne prihvaća primjenu metadona čak niti za detoksifikaciju teških heroinskih ovisnika, premda sva suvremena stručna literatura u svijetu u tom smislu nema više nikakve dvojbe. Postroženje kriterija za primjenu metadona, pojačanje kontrole centralizacijom davanja metadona (što bi značilo isključenje iz skrbi liječnika opće medicine) i limitiranje doza, pitanja su kojima se bave nedovoljno upućeni stručnjaci i mnoge posve nestručne i neupućene osobe.

U tim svojim nakanama oni bi morali voditi računa o ovim činjenicama:

1. **Ako su stroži kriteriji za primjenu, posljedica je:**
  - Oko tri puta manje heroinskih ovisnika u tretmanu, a toliko više na ulici bez kontrole.
  - Opijatski ovisnici bi dolazili na prvo liječenje u znatno kasnijoj fazi bolesti sa mnogo više komplikacija i sa manjom šansom za konačnu uspješnu rehabilitaciju.
  - Štetne posljedice za zajednicu bile bi znatno teže (uračunati njihovu kriminalnu aktivnost, uništavanje obitelji, širenje virusnih bolesti, itd.).
2. **Ako se pojača kontrola davanja samog metadona uvođenjem centraliziranih jedinica uz isključivanje liječnika opće medicine, tada je posljedica:**
  - Dostupnost programa se smanjuje (mnogim bi ovisnicima bilo nemoguće svaki dan putovati do mjesta davanja metadona).
  - Mjesta davanja metadona bi postala dnevno okupljalište velikog broja ovisnika i *dealera*. To bi znatno otežalo odvajanje dobro motiviranih ovisnika od bivšeg društva i umanjilo izgleda za uspješnu rehabilitaciju a povećalo recidivizam.
  - Smanjila bi se retencija u programu.
  - Mnogim ovisnicima u tom slučaju ne bi bilo moguće očuvati radno mjesto.



### 3. Ograničiti gornje doze značilo bi:

- Povećanje broja ovisnika koji bi recidivirali heroinom (ili bi dokupljivali metadon na ulici).
- Povećanje postotka ovisnika koji bi zahtijevali dodatnu farmakoterapiju (BZD i slično).
- Povećanje broja ovisnika koji bi prekomjerno pili alkohol.
- Povećala bi se smrtnost od predoziranja.
- Smanjila bi se retencija u programu kao i šansa za konačnu uspješnu rehabilitaciju.

Povećavati restrikcije u primjenu metadona a istodobno ne povećavati kapacitete i kvalitetu *drug-free* programa bila bi velika šteta i znak promašene politike tretmana ovisnika. To bi zapravo značilo izgubiti iz sustava za tretman veliki broj ovisnika a njihovo NEliječenje bilo bi u direktnoj funkciji zaštite financijskih interesa narko-kriminala.

Unatoč teških i posve neprimjerenih uvjeta rada i premalog broja uposlenih stručnjaka, tim "Centra u Vinogradskoj" odraduje ogroman posao i rezultati su terapijskog rada (kojem su veliki doprinos dali liječnici opće medicine) gledajući kvantitativno i kvalitativno u svakom pogledu respektabilni. To će potvrditi Tablice 60-63. u kojima se uspoređuje obim učinjenog posla, populacija s kojom se radilo i rezultati i to za prvih 6 mjeseci 2000. i prvih 6 mjeseci 2001. Tako je kod svih posljednjih dolazaka heroinskih ovisnika u prvih 6 mjeseci 2001. apstiniralo 57%, a bilo poboljšano daljnjih 24%. Metadon nije bio korišten kod 37% ovisnika ili kod ukupno 430 heroinskih ovisnika.

Tablice 60-63.

Evaluacija tretmana u Centru za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice". Usporedba prvih šest mjeseci 2000. i prvih šest mjeseci 2001.

Tablica 60.

Ukupan broj ambulantnih pregleda obavljenih u Centru za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" od 1. 1. do 30. 6. 2000. i od 1. 1. do 30. 6. 2001.

	Broj ambulanti	Broj pacijenata	Broj opijatskih	% - opi/svi
1. 1. - 30. 6. 2000.	4.517	1.248	1.035	82,9
1. 1. - 30. 6. 2001.	4.480	1.245	1.036	83,2

Tablica 61.

Broj prvodošlih pacijenata u Centru za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" od 1. 1. do 30. 6. 2000. i od 1. 1. do 30. 6. 2001.

	Broj prvodošlih pacijenata	Broj prvodošlih opijatskih	% - opi/svi
1. 1. - 30. 6. 2000.	295	189	64,1
1. 1. - 30. 6. 2001.	270	150	55,6

Vrsta tretmana	1. 1. – 30. 6. 2000.		1. 1. – 30. 6. 2001.	
	Broj	%	Broj	%
Detox brzi	100	8,0	100	8,0
Detox spori	248	19,9	283	22,7
Održavanje	383	30,7	342	27,5
Bez heptanona	430	34,5	465	37,3
Hospitalizacija	13	1,0	1	0,1
Nema podataka u računalu	74	5,9	54	4,3
<b>Ukupno</b>	<b>1.248</b>	<b>100,0</b>	<b>1.245</b>	<b>100,0</b>

Tablica 62.

Vrsta tretmana u kojem su pacijenti bili pri zadnjem dolasku u Centar za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" od 1. 1. do 30. 6. 2000. i od 1. 1. do 30. 6. 2001.

Ishod liječenja	1. 1. – 30. 6. 2000.		1. 1. – 30. 6. 2001.	
	Broj	%	Broj	%
Apstinira	707	56,7	711	57,1
Poboljšan	268	21,5	296	23,8
Nepromijenjen	108	8,7	174	14,0
Nema podataka u računalu	165	13,2	64	5,1
<b>Ukupno</b>	<b>1.248</b>	<b>100,0</b>	<b>1.245</b>	<b>100,0</b>

Tablica 63.

Stanje pacijenata u odnosu na liječenje pri zadnjem dolasku u Centar za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" od 1. 1. do 30. 6. 2000. i od 1. 1. do 30. 6. 2001.

### Primjena opijatskih antagonista u liječenju heroinskih ovisnika

Farmakološke i toksikološke studije provedene na životinjama (Blumberg, Dayton and Wolf, 1967.) i nešto kasnije (Martin, Jasinski and Mansky, 1973.) istraživanja na ljudima potvrdila su da je preparat **NALTREXON** snažan opijatski antagonist, barem dvostruko potentniji od naloxona i oko 17 puta od nalorfina. Uz to potvrđeno je njegovo mnogo dugotrajnije djelovanje i mogućnost peroralne primjene za razliku od spomenutog naloxona. Spomenuti autori su dakle još prije skoro tri decenije potvrdili korisnost primjene tog lijeka u tretmanu heroinske ovisnosti. Naknadnim istraživanjima je ustanovljeno da naltrexon ne pokazuje opijatsku agonističku aktivnost, da mu se blokirajuće djelovanje na "mi" opioidne receptore osjeća i do tri dana. Za razliku od naloxona koji je mnogo skuplji a vrlo kratko djeluje i cyclazocina koji je jeftin, dugo djeluje ali ima suviše neugodnih nuspojava, naltrexon u dnevnoj dozi od 50 mg uzetoj per os blokira djelovanje eventualno uzetih opijatskih agonista kroz 24 sata. Premda naltrexon snažno blokira pristup opijata na receptore i ako je osoba prethodno uzela tu vrstu droge, taj će ju antagonist otkloniti i time učiniti nedjelotvornom, istovremeno nije ometen pristup prirodnim neurotransmiterima endorfinskog tipa koji djeluju preko tih opioidnih receptora.

Prve evaluativne studije (Resnik and Washton, 1978.) potvrđuju značajnu razliku u dužini trajanja apstinencije i postotku heroinskih ovisnika koji su tri ili više mjeseci uzimali naltrexon (31% apstinencija) u odnosu na one (svega 2%) koji su prekinuli s uzimanjem tog antagonista u prvih tri mjeseca terapije. Naknadna istraživanja provedena posljednjih dvadesetak godina sve jasnije određuju indikaciono područje za primjenu tog lijeka, odnosno bolje i jasnije ukazuju na korisnost i nedostatke "opijatske antagonističke terapije" (Greenstein et al., 1983., Renault, 1981.). Prva iskustva u primjeni naltrexona u Hrvatskoj datiraju posljednjih desetak godina. Tada su prvi opijatski ovisnici, po završenom detoksifikacijskom postupku u Centru za liječenje ovisnika pri KB "Sestre milosrdnice" počeli koristiti to sredstvo kao pomoć u održavanju apstinencije. Iskustva stručnog tima tog Centra koristili su terapijski timovi u drugim Županijskim centrima.

#### *Kada i kod kojih ovisnika primijeniti, odnosno ne primijeniti Naltrexon*

U ovom stručnom mišljenju zadržati ćemo se isključivo na primjeni tog preparata u tretmanu heroinskih ovisnika. Mnogo je stručnih radova (osobito u SAD) koji ukazuju na korisnost primjene naltrexona u smanjenju žudnje za alkoholom liječenih alkoholičara čime se pokušava smanjiti recidivizam. Visoka cijena tog lijeka za naše prilike te dobro organiziran sustav liječenja alkoholizma uz postojanje mogućnosti primjene disulfirama čini primjenu naltrexona slabo isplativom. S druge strane, ovisnici o heroinu su mladi ljudi, često adolescenti, adiktivnost opijata je strašna a njihova cijena na ilegalnom tržištu vrlo visoka. Ovisnik o heroinu u pravilu ne može kontrolirati s žudnjom za tom drogom i ovisnička glad i spoznaja da ga očekuju teški simptomi apstinencijske krize ukoliko ne nabavi i ne uzme drogu prisiljava ga da pod svaku cijenu smogne sredstva da bi do nje došao. Prosječnom heroinskom ovisniku u Hrvatskoj dnevno treba za drogu barem 200 kn. Uz nastojanja roditelja da pomognu svojoj djeci u odvikavanju, ekonomski su razlozi vrlo važni u donošenju odluke (na preporuku stručnjaka) mnogih obitelji da investiraju svoja sredstva za taj vid pomoći. Jer, isplativije je davati dnevno 20 ili 40 kn i živjeti s apstinentom, nego se suočavati sa zdravstvenim, psihičkim, socijalnim, moralnim i ekonomskim propadanjem ne samo ovisnika, već i njegove obitelji.

Naltrexon je prvenstveno indiciran kod onih ovisnika o opijatima (heroinu ispred svega) koje je kroz terapijski

postupak moguće motivirati za apstinenciju (*drug-free* postupak) i koji unatoč htijenja imaju poteškoće u održavanju apstinencije. Tu se uglavnom radi o slučajevima koji imaju očuvane veze s “normalnim” okruženjem, koji žive s obitelji, rade ili pohađaju školu i imaju nešto dužu povijest ovisnosti. Korisnost primjene se također naglašava za ovisnike neposredno nakon otpuštanja iz programa detoksifikacije, za ovisnike koji se otpuštaju iz zatvora (kako bi se spriječilo moguće predoziranje koje je vrlo rizično radi snižene tolerancije), za ovisnike u fazama kada imaju emocionalne (psihičke) probleme ili kada su izloženi pritisku i vrlo rizičnim situacijama (u kojima je heroin lako dostupan) a koje ne mogu (ili ne žele izbjegavati) te za mlade koji pokazuju sklonost povremenom uzimanju heroina ali još nisu postali ovisni (što može biti samo jedan od oblika neposredne kontrole i zaštite na kojoj inzistiraju roditelji kada konzument želi izlaziti a roditelj se plaši da će opet uzeti drogu). Naltrexon se također može koristiti za ubrzanje postupka detoksifikacije u kombinaciji s drugim lijekovima (obično clonidin ili lofexidin), ambulantno ili bolnički. Također je koristan za održavanje apstinencije i “apstinentske klime” u bolničkim specijaliziranim programima odvikavanja u kojima se istovremeno nalazi više heroinskih ovisnika. To se sredstvo u svijetu sve više koristi za ultra brzi detoksifikacijski postupak. U posebnim bolničkim programima, ovisniku dovedenom u stanje anestezije i sna (kao da se radi o preoperativnoj pripremi) ordinira se odgovarajuća količina naltrexona. Najteži dio apstinencijske krize ovisnik prolazi u stanju sna. Nakon buđenja nastavlja se primjena tog lijeka uz preporuku da ga koristi još barem 6 mjeseci nakon završetka tog postupka.

Primjenu naltrexona može jedino indicirati liječnik koji je specijaliziran i ima iskustvo u liječenju opijatskih ovisnika. Prije no što se započne primjena tog sredstva, osim kada se provodi opisani ultra brzi hospitalni postupak, liječnik mora biti siguran da je ovisnik posve riješio pitanje fizičke apstinencijske krize. Liječnik je dužan provjerom urina ustanoviti, da ovisnik više u tijelu nema opijatskih agonista (heroina, metadona, kodeina itd.) a klinička slika ne smije ukazivati na simptome fizičke krize. To znači da bi trebalo proći barem desetak dana od uzete posljednje tablete metadona ili doze heroina (što nije pravilo, jer trajanje krize ovisi o težini ovisnosti, dužini uzimanja droge i toleranciji). Nije nikako preporučljivo forsirati davanje naltrexona ako ovisnik nije do kraja riješio fizičku krizu, pa čak ako to on sam zahtijeva. Naime, ako nema iskustva s uzimanjem tog sredstva on ne mora znati

kako će se osjećati nakon što uzme taj opijatski antagonist. Loše iskustvo u vidu iznenadnih simptoma fizičke krize, koje će se javiti u tom slučaju, mogu kasnije biti smetnja prihvaćanju tog vida pomoći radi lakšeg čuvanja apstinencije jer će mu asocijacije na ono što je doživio biti vrlo neugodne.

Temeljna pretpostavka za korisnu primjenu naltrexona je u mogućnosti ovisnika da shvati, prihvati i ispoštuje dogovor o načinu uzimanja tog sredstva. Kod mladih ovisnika koji su prihvatili piti taj lijek pod nadzorom roditelja, stvar izgleda nešto jednostavnija, ali su manipulacije vrlo česte. Kod ovisnika koji sami odlučuju uzimati lijek (dakle kod kuće, bez kontrole), mora postojati vrlo snažna motivacija i svijest kako im to doista pomaže da se održe u apstinenciji. No taj lijek sam po sebi kod najvećeg broja ovisnika ne smanjuje direktno žudnju za opijatima premda manji broj njih navodi da osjećaju djelovanje u tom smislu. Apstinencija od opijata ovisi o odlučnosti pacijenta da redovito uzima antagonist. Ovisnik, koji je u takvom programu, ako je odlučio uzeti drogu, može jednostavno prekinuti s uzimanjem naltrexona jer zna ili mu iskustvo govori da, ako na to sredstvo uzme heroin, droga jednostavno nema nikakvo djelovanje. Ima ovisnika (radi se o slabije motiviranim slučajevima) kojima prvih dana primjene naltrexona raste žudnja za drogom. Neki od njih tada pokušavaju uzimanjem većih doza heroina "probiti" blokadu naltrexona. Povremeno to čine i ovisnici koji su prethodno stabilizirali apstinenciju. Opasnost od predoziranja je povećana ako na naltrexon (kojega još ima u organizmu) uzmu mnogo droge u nastojanju da probiju njegovu blokadu (da bi osjetili neko djelovanje) a prekinu s uzimanjem antagonista i narednih dana. Nakon što se antagonist eliminira iz tijela, aktivira se djelovanje prethodno uzete veće količine opijata i to može biti uzrokom i fatalnog ishoda. Slično se može dogoditi ako ovisnik nije upućen da mu je uz uzimanje naltrexona i apstinenciju značajno smanjena tolerancija na opijate pa u slučaju prekida uzimanja tog antagonista i manja količina heroina može biti uzrokom predoziranja. Većinu ovih problema moguće je izbjeći ako se primjena naltrexona pažljivo indicira i ako je taj vid pomoći samo jedan od elemenata u okviru vrlo složenog terapijskog postupka (psihoterapija, edukacija, farmakoterapija drugim lijekovima).

**Na hrvatskom tržištu ljekarnama je od 2004. dostupan naltrexon u obliku lijeka Revia tab. od 50 mg. Najveći broj roditelja ranijih je godina nabavljao lijek u inozemstvu (pod nazivom Nemexin, Antaxone ili u susjednoj Sloveniji ReVia tablete od 50 mg).**