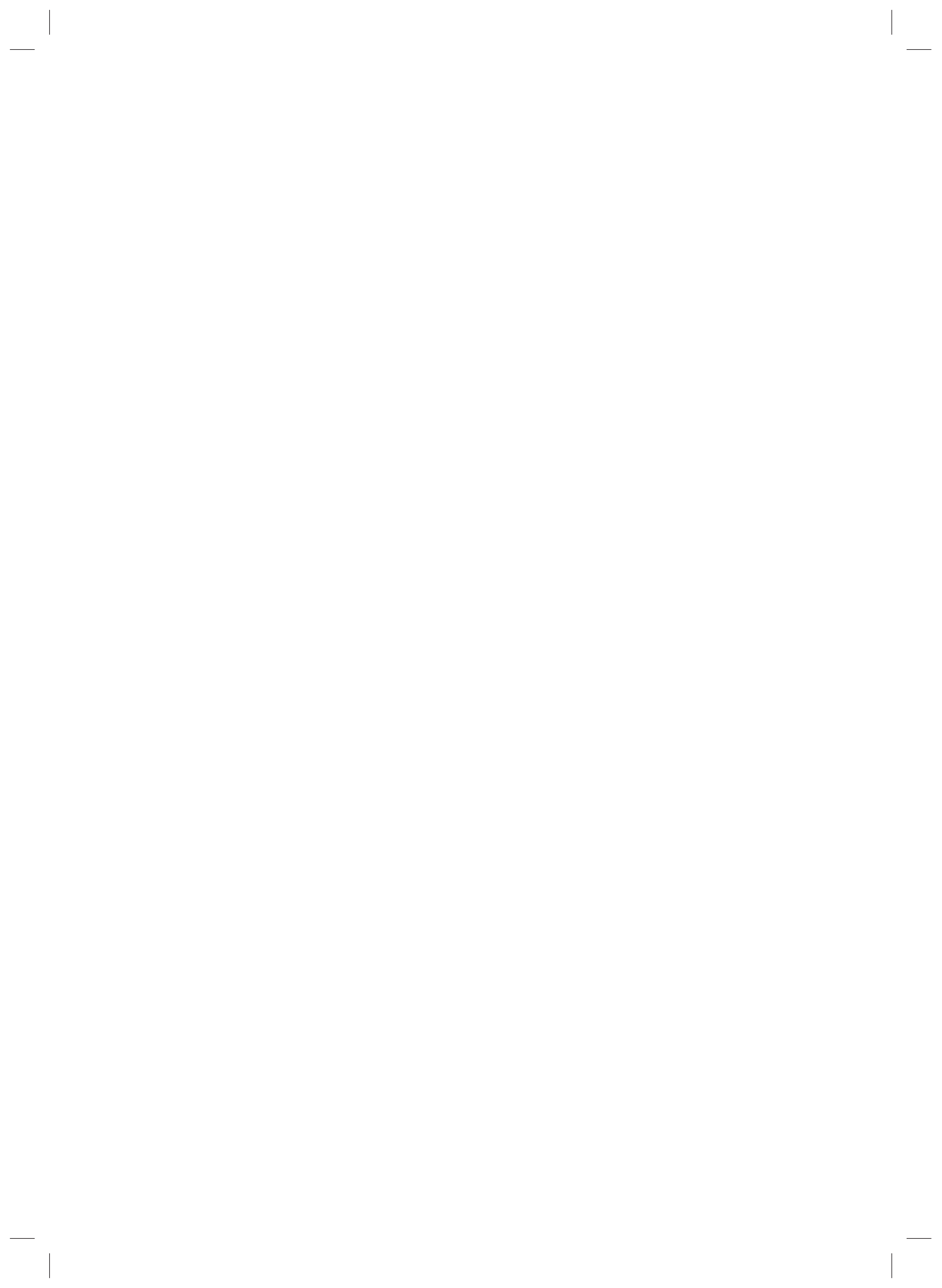

V.

Institucionalni
uvjeti
provedbe
programa
suzbijanja
zloporabe
droga u
Hrvatskoj





MINISTARSTVO PROSVJETE I ŠPORTA

U sklopu nastojanja da se smanji zanimanje za uzimanje droga, danas se u svijetu sve veća pozornost pridaje programima koji imaju za zadaću odgojiti djecu tako da u adolescenciji imaju snage oduprijeti se pritiscima društva, pa i vlastitoj znatiželji, u brojnim problematičnim životnim situacijama u kojima se droga nudi kao “rješenje”. Velika je stvar ako se preventivnim programom smanji broj malodobnih eksperimentatora droga i ako se ta pojava ne događa u sve mlađoj dobi. Pri takvom odgoju već od najranije dobi djeteta najveću odgovornost imaju roditelji, predškolske ustanove a potom škola. Tako koncipirana prevencija u drugi plan stavlja sama sredstva ovisnosti, droge, a svoje učinke prvenstveno postiže stavljajući u prvi plan kvalitetan odgoj i brigu za djecu u procesu odrastanja. S obzirom da nastavnici u Hrvatskoj nedostatan znaju o tome kako djecu učiniti otpornima na drogu, alkohol i duhan, opis Školskog preventivnog programa u ovoj knjizi biti će im od velike pomoći. Uz sve ono što će biti opisano pod naslovom školske prevencije, lokalna zajednica ima obavezu organizirano provoditi niz mjera koje bi mogli svesti pod naslov **izvan školske prevencije**. Tu se prvenstveno misli na programe kojima se djeci i mladeži osiguravaju što kvalitetniji uvjeti za sadržajno i nerizično provođenje slobodnog vremena i posebni programi zaštite djece i mladeži rizičnog ponašanja (*out reach* programi).

Dobar odgoj – najbolja prevencija

Dobra prevencija zlorabe droga je ispred svega odgoj a odgoj je proces, nešto što traje godinama. Najvažniju ulogu u tom procesu imaju oni koji provode odgoj, roditelji, pedagoški stručnjaci pred školskih i školskih ustanova. Tijekom odgoja potrebno je postići da u mentalni prostor internaliziraju osjećaj za granicu između onog što se smije i ne smije, između onog što je dobro i zlo, moralno i ne-

moralno, zdravo, prihvatljivo i bolesno i rizično, korisno i štetno. Sve to mora biti dio školovane savjesti koja će njihovoj svjesnoj "JA" strukturi, koja mora uspostaviti kontrolu nad nagonским (i svim ponašanjima koja neposredno rezultiraju osjećajem užitka), koja mora donositi odluke, upravljati tijekom života, određivati orijentaciju, "iznutra" davati signal u rizičnim situacijama (kada se npr. nudi droga od strane vršnjaka), da se tako što ne bi trebalo učiniti. Taj proces izgradnje osobnosti izrazito je složen. Da bi se postigli željeni ciljevi u smislu poštivanja granica a time i izbjegavanja rizičnih ponašanja, odgajatelji bi morali znati da su za uspješno usađivanje osjećaja za poštivanje granica temeljna pretpostavka kvaliteta odnosa koji se uspostavlja i održava između djeteta i odgajatelja. Taj bi odnos trebao imati **veliku težinu i važnost** u životu djeteta i emocionalno bi trebao biti nadasve **ugodan**.

U tom stalnom interaktivnom odgojnom procesu, dijete bi trebalo odgajatelja doživljavati kao osobu koja mu daje upravo ono što mu treba: našu ljubav, poštovanje, dobrotu, poštenje, moralnost, pažnju, toplinu, nježnost, razumijevanje, pohvaljivanje, potporu, ohrabrivanje, pomoć u rješavanju problema, iskrenost, pravednost, strpljivost, radost, energiju, iskustvo, znanje, praštanje, pozitivan smisao... Ona traže naše vrijeme, trebamo im se prilagođavati. ***Da bi to odgajatelj mogao "davati", on to mora imati, imati u sebi. Jer ništa se ne može dati drugom ako to nemamo i iz nas, odraslih, struji prema njima upravo ono što je u nama.*** Djeci se za duže vrijeme ne može glumiti. Da bi imao u sebi, odgajatelj to mora negovati, mora to imati, mora to htjeti i znati davati. Djeca dakako od odraslih ne očekuju da su savršeni, ona znaju da odrasli griješe i mnogo toga u stanju su im oprostiti ako su uvjereni da ih oni vole. Odgajatelj bi morao biti osoba koja i svojim osobnim primjerom, svojim zdravim stilom života, služi djetetu kao pozitivan i prihvatljiv model za identifikaciju. Takve odgajatelje djeca vole i poštuju, i to je u njima glavni razlog radi kojih prihvaćaju njihove savjete, nastoje ispunjavati njihova očekivanja a time i poštivati postavljene im granice. Jer grubo prijeći postavljenu granicu, značilo bi ugroziti ili čak upropastiti odnos, nešto što im je dragocjeno za život. Ona znaju da im se to ne bi isplatilo. Temeljno dobar, kvalitetan odnos važna je pretpostavka većeg cijenjenja i lakšeg usvajanja znanja (pa tako i znanja o štetnim posljedicama zlouporabe sredstava ovisnosti) koja odgajatelj želi prenijeti na dijete.

Ako odgajatelj (učitelj, nastavnik) "nema" u sebi ono što bi djeci u odgojnom procesu trebalo davati pa tako nije sposoban uspostaviti i održavati s njima kvalitetan

odnos, tada je izabrao krivu profesiju. Još je tragičnije ukoliko djeca od svojih bližnjih, od roditelja, ili odgajatelja ustanova, dobivaju ono što ugrožava njihovu životnu radost i čini ih nesretnima, a unutrašnji je "posjed" njihovih odgajatelja: hladnoća, grubost, nerazumijevanje, agresija, ponižavanje, pretvaranje, laž, nepravda, naglost, nestrpljivost, stalno kritiziranje, omalovažavanje, prijetnje, netolerantnost, nemoralnost, zloća, zlostavljanje... Ako ovo navedeno dominira u odnosu djeteta i odgajatelja, tada taj odnos djeteta doživljava kao izvorište patnje, stresa i nevolje iz kojeg bi najradije nekamo pobjeglo. A najčešće i za dugo vremena nema kuda. Na ulicu? I koju težinu u svijesti adolescenta imaju riječi, savjeti, zabrane takvih odgajatelja? Kakva je unutrašnja motivacija tinejdžera da ih slušaju, da ispunjavaju njihova očekivanja, da poštuju postavljene im granice, pa čak i da usvajaju korisna znanja koja im po svojoj profesionalnoj zadaći takovi moraju prenositi? Slaba, vrlo slaba, unutrašnji otpori i prkos prema njima veliki a umjesto suradnog odnosa, polarizacija: odgajatelj je jedna a djeca su na drugoj strani.

Osnovni pristupi u osmišljavanju prevencije

Do danas je u svijetu razvijeno i evaluirano mnogo modela i tehnika kojima se kroz školski sustav provodi prevencija ovisnosti. U načelu mogli bi ih razvrstati u 4 temeljna pristupa:

- **Znanje i informiranje u svezi droga** (*knowledge and drug information model*). To je najčešće korišten model u zdravstvenom prosvjećivanju općenito. Temeljen je na pretpostavci da će prikazivanje i iznošenje činjenica o biološkim, socijalnim i psihološkim učincima droga te objašnjenje rizika, opasnosti uporabe droga i posljedica imati utjecaj u smislu poželjnijeg ponašanja mladih.
- **"Affective education model"** se počeo razvijati sedamdesetih. Informiranje o drogama je u drugom planu. Model je temeljen na pretpostavci da je uzimanje droga uzrokovano nedostacima mlade osobnosti niskog samopoštovanja, nesposobnosti donošenja racionalnih odluka, ispoljavanja osjećaja i neadekvatne vještine za rješavanje problema. Radi toga je glavni cilj prevencije osnaživanje samopoštovanja, poboljšanje mogućnosti donošenja odluka i učenje načina kvalitetnog rješavanja problema. Taj model je duboko ukorijenjen u principima humanističke psihologije pri čemu se očekuje da će mlada osoba, ako nauči rješavati interpersonalne probleme imati manje i intrapsihičkih problema i time biti pod manjim rizikom da započne uzimati droge.

- **“Social influence model”** je utemeljen na *Social Learning Theory* (Bandura) prema kojoj je ponašanje rezultat pozitivnih i negativnih utjecaja okruženja. Budući da se krenulo od pretpostavke da je i uzimanje droga posljedica negativnih utjecaja vršnjaka, medija i okruženja, prevencija je bazirana na vježbanju otpornosti tim negativnim vanjskim utjecajima.
- **Životne vještine kao model edukacije u svezi droga** (*Life Skills Model of Drug Education*). To je pristup koji najviše obećava. Model ima konceptualne sličnosti s *affective education model* ali istovremeno zaokružuje poboljšanje mogućnosti pozitivnih utjecaja i učenja od vršnjaka, ulogu identifikacijskih modela među vršnjacima te uključuje učenje specifičnih vrijednosti kao poštovanje, suosjećanje, odgovornost, samodisciplina i poštenje. Programi toga tipa nastoje povezati školske grupe i aktivnosti s grupama u lokalnoj zajednici kako bi svi zajedno preuzeli odgovornost za prevenciju uzimanja sredstava ovisnosti i promociju zdravlja.
- **Alternativa za uzimanje droga.** Radi se o pristupu koji je prvenstveno baziran na spoznajama kojima se tumače razlozi radi kojih mladi uzimaju droge da bi time zadovoljavali neke svoje potrebe. Edukativnim programom nastoji se upoznavati mlade s tim činjenicama i kroz raspravu tražiti zajedno s njima kvalitetnija, manje rizična, alternativna rješenja. Istovremeno se u okviru okruženja u kojima mladi žive nastoji osigurati što više sadržaja koji bi im omogućili da potrebe za druženjem i zabavom zadovolje na što kvalitetniji i zdraviji način.

Evaluacijom kojom su eksperti nastojali olakšati izbor modela prevencije i time poboljšati rezultate (kao npr. Hanson, D. J. 1982., Schaps E. 1981., Tobler, N. 1986.) pokazalo se da samo informiranje i upozoravanje povećava znanje ali gotovo uopće nema utjecaja na ponašanje i time smanjenje rizika (konačno, o drogama najviše znaju oni koji su skloni uzimati ih), povećanje znanja u kombinaciji s *“Affective approach”* ima pozitivan utjecaj i smanjuje rizik slično *“Alternatives to drugs programmes”*, dok je najbolje rezultate imao psihosocijalni pristup (*Peer programmes*). Nakon svestrane analize svih modela i mogućnosti prevencije, na *European Conference on Drug Prevention* (Lubeck, Njemačka, 1991.) u zaključnom izvješću donesene su slijedeće preporuke:

- Preventivni edukacijski programi su značajno djelotvorni i trebaju biti implementirani u sve škole i za njih se mora osigurati adekvatno financiranje.
- Odgovarajući edukacijski programi trebaju biti omogućeni za sve dobne skupine od predškolske dobi do kraja školovanja.

- Metodologija tih programa mora biti dobro strukturirana i edukativni programi trebaju primijeniti metode učenja sudionika koje uvažavaju potrebe mladih ljudi i podupiru kod njih razvoj odgovornosti za njihovo vlastito zdravlje.
- Potrebno je osnažiti uključivanje grupa vršnjaka i vježbanje životnih vještina.
- Školski preventivni programi trebaju biti integralni dio programa lokalne zajednice u koji su uključeni roditelji, mladež te brojne kulturne i sportske organizacije i klubovi.
- Programi moraju biti prilagođeni lokalnoj situaciji i specifičnostima.
- Preventivni programi trebaju biti podvrgnuti kvantitativnoj i kvalitativnoj evaluaciji na različitim razinama.

Uvažavajući navedeno, u okviru naše Nacionalne strategije, izrađen je vrlo složen ali primjenljiv model koji je u sebi integrirao elemente različitih pristupa i ujedno ih prilagodio mogućnostima našeg školskog sustava.

Rast uporabe ilegalnih droga u cijeloj Hrvatskoj zahtijeva od države da preko svojih institucija, koje za to treba što bolje osposobiti, poboljša standarde zaštite mladeži provođenjem programa kojima se smanjuje potražnja droga. Među tim institucijama, najvažniju ulogu u primarnoj, a vrlo važnu i u sekundarnoj prevenciji ima **ŠKOLA. To je (nakon obitelji) najvažniji u državi organizirani sustav, koji može ispraviti barem dio propusta obitelji.** Također, to je jedini društveni odgojni sustav koji na jednom mjestu može okupiti gotovo svu djecu, njihove roditelje i mnoge stručnjake drugih ustanova na razini lokalne zajednice. Školski sustav mora imati autonomiju u kreiranju odgojno-obrazovnih preventivnih programa i taj je sustav odgovoran za sve što se u školi događa s djecom koju su roditelji povjerali toj ustanovi. Škola je ta koja traži stručnu pomoć od vanjskih institucija i odlučuje je li prihvatiti i na koji način sve ono što joj nude drugi sustavi. Prevencija ovisnosti je posebna vrsta odgoja za zdravo i nerizično ponašanje a odgoj je proces koji traje kroz čitavo školovanje. Zato jedino dobro obučeni i motivirani stručnjaci tog sustava, koji svakodnevno žive s djecom i prate njihovo odrastanje mogu biti nositelji i glavni kreatori preventivnih programa.

Ako se školskom sustavu, radi koncepcijske pogreške, nametne model preventivnog rada u kojem vanjske institucije i njihovi stručnjaci u okviru svojih komercijalnih projekata (i honorarnih poslova) preuzimaju inicijativu u osmišljavanju i neposrednom provođenju tih

programa, to dovodi do pada motivacije učitelja, nastavnika, razrednika i drugih stručnjaka škola da se time bave a bez njihovog angažmana nema (kvalitetne) prevencije.

Školski je sustav veliko tržište i mnogi stručnjaci neškolskih kao i NGO ustanova žele nametnuti školi svoje modele i projekte prevencije jer time ostvaruju svoje sasvim konkretne interese (najčešće komercijalne prirode). Svi takovi projekti, ako su prošli stručnu verifikaciju Ministarstva prosvjete i športa i pri tom dobili pozitivnu ocjenu, mogu u pojedinim školama, ako se kvalitetno provedu, jednom manjem postotku učenika poboljšati standard temeljne državne zaštite za koju je odgovoran školski sustav. Ako se međutim uzme u obzir koliko u državi ima škola, koliko razreda i koliko sati odgojnog i obrazovnog rada je potrebno da se svim učenicima osigura adekvatna razina zaštite, nema niti jedne druge mogućnosti da se to kvalitetno i kontinuirano provodi, ako to nije izvorna obaveza školskog sustava, zacrtana u njegovom planu i programu. Specifična edukacija u svezi zloporabe sredstava ovisnosti mora biti sastavni dio **curiculuma**. Ako to nije slučaj, čak i mnoštvo malih, lokalnih, parcijalnih projekata, koje je teško kontrolirati i nadzirati kvalitetu provedbe, sa nekoliko sati kontakata s učenicima ili roditeljima u malom postotku škola (gledajući nacionalnu razinu), stajati će mnogo novca a pitanje je hoće li se osim konfuzije i privida kako se provodi prevencija, bilo što drugo dobro učiniti. Evaluacija takovih projekata je rijetko kvalitetna i objektivna, jer obično nije znanstveno utemeljena. Čak i da je to slučaj, kako mjeriti udio u zaštiti djece i doprinos same škole u odnosu na doprinos koji su ostvarili vanjski stručnjaci kroz takve projekte? Iskustvo je pokazalo da projekti traju dok ima sredstava koja komercijalno zadovoljavaju interese pokretača projekata. A sredstava ima dok iza njih stoji politička moć. Kada se sredstva ograniče, projekti prestaju a djeca ostaju onima koji ionako ustrajno o njima brinu; njihovim učiteljima, razrednicima, pedagozima.

Mnogi neupućeni kritiziraju doprinos škole u prevenciji ovisnosti posljednjih godina. Nisu u pravu. Dovoljno je za potvrdu toga navesti pojavnost zloporabe droga kod naših 15-godišnjaka (podaci ESPAD, 1999.). Premda bi se moglo očekivati da će radi rata i svih drugih problema u nas problem biti teži nego u susjednoj nam Sloveniji ili recimo Češkoj, to srećom nije slučaj. Naši su 15-godišnjaci barem jednom u životu u 1999. godini probali marihuanu u 16% slučajeva, slovenski u 25% a češki čak u 35%. Velika je zasluga školskog sustava da se Hrvatska nije našla na listi zemalja Europe na kojoj po tom pitanju danas stoji

Češka republika. Poglavlje koje slijedi biti će posvećeno osnovama doktrine koja je potvrđena od eksperata europske razine i prema kojoj bi se i u budućnosti i još kvalitetnije trebao provoditi **Školski preventivni program (ŠPP)**.

Temeljne komponente Školskog preventivnog programa

Školski preventivni program (ŠPP) koncipiran je kao integralni dio odgojno-obrazovnog procesa koji, u najvećoj mjeri, neposredno provodi stručni kadar u školama. Temeljni mu je cilj u interesu zaštite zdravlja smanjiti interes djece i mladeži za iskušavanje sredstava ovisnosti. Brojni su razlozi, motivi i situacije kada je visok rizik da će se to dogoditi. Za sve to mlad čovjek mora biti unaprijed pripremljen kako bi u danom trenutku, kada postoje samo dvije mogućnosti, uzeti ili ne uzeti, svjestan mogućih posljedica, bio kadar donijeti mudru odluku. Životom nezadovoljni, prazni i frustrirani, neupućeni, neuspješni, neodgovorni i oni kojima je zabavljati se “od danas do sutra” glavni smisao i sadržaj življenja, pod znatno su višim rizikom od ostalih da će, ne samo započeti, nego i ustrajati u uzimanju sredstava ovisnosti. Pristup primarnoj prevenciji treba se temeljiti na dobrom poznavanju etiologije kako početnog uzimanja psihoaktivnih tvari tako i same ovisnosti. U tu svrhu neophodno je poduzimati dobro planirana znanstvena istraživanja. Heterogenost školske populacije glede rizičnosti uzimanja (pojedinih) sredstava ovisnosti onemogućuje jedinstveni pristup, odnosno provođenje istih mjera (obzirom na sadržaj i intenzitet) pri zaštiti najvećeg broja onih kod kojih je to u praktičnom smislu uopće i moguće. Zbog toga ŠPP uključuje potrebu razvoja sustava za prepoznavanje mladih iz visokorizične populacije, kako bi kod njih i njihovih obitelji, uz opće i za sve učenike poduzimane mjere, poduzimali i dodatne zaštitne mjere. Nužna je, dakle, individualizacija u pristupu. **Dio sadržaja ŠPP odnosi se na mjere sekundarne prevencije.**

ŠPP ima deset djelatnih točaka i svaka škola je dužna, sukladno svojim specifičnostima i uzrastu učenika, izraditi svoj program i provoditi ga u koordinaciji s Ministarstvom prosvjete i športa. Te točke su slijedeće:

1. Osposobljavati sadašnje i buduće nastavnike i učitelje na način da unapređenjem i osuvremenjenjem pedagoškog rada i na druge načine postanu kreatori “**kvalitetne škole**”, “zdrave škole”, “škole bez neuspjeha”, škole prilagođene učenicima i njihovim najvažnijim potrebama u procesu odrastanja, škole koja prihvaća različitost, koja ohrabruje, snaži i njeguje samopoštovanje djece, **škole koja shvaća što je zapravo važno u živo-**

tu čovjeka, škole koju djeca vole i koju doživljavaju kao ugodan *milje* i izvor radosti, a ne kao mjesto frustracija, nepotrebnih opterećenja, poniženja, neuspjeha, nepravde... Za osuvremenjenje pedagoškog i obrazovnog rada odgovorna je politika (Ministarstvo prosvjete i športa). Stručni kadar škola mora prolaziti permanentnu izobrazbu uz rad kako bi se sukladno koncepciji unaprijedila briga za djecu i štitili njihovi interesi u procesu odrastanja.

2. **Afirmacija karijere uspješnog roditeljstva** je naslov druge točke. Bez dobre suradnje i povezanosti škole s roditeljima teško je ostvariti kvalitetnu brigu za djecu. Škola kontinuiranim odgojnim radom može mnogo učiniti u afirmaciji institucije braka i obitelji, može unaprijediti znanje i motivaciju roditelja o metodama odgoja djece, pomoći im da se bolje snalaze u rješavanju adolescentnih i drugih problema, te ih uputiti u mogućnosti davanja doprinosa smanjenju rizika uzimanja sredstava ovisnosti kao i mogućnostima ranog otkrivanja i intervencije ukoliko se to dogodi. U edukaciji roditelja na zahtjev škola, mogu sudjelovati i vanjski kompetentni stručnjaci.
3. Škola može i mora doprinositi boljoj organizaciji i provođenju **kvalitetnog i nerizičnog slobodnog vremena učenika**. Posebnu pozornost treba posvetiti uključivanju visoko rizične djece u izvanškolske sportske i druge aktivnosti kao alternativu za njihovo skretanje prema društvu u kojem se konzumira alkohol, duhan ili droga. I ovu točku programa škola provodi zajedno s drugim institucijama lokalne zajednice.
4. Kao sastavni dio *curriculuma*, škola mora omogućiti učenicima **specifično obrazovanje o svim relevantnim pitanjima u svezi pušenja duhana, pijenja alkohola i uzimanja droga**. Posebna se pozornost poklanja tumačenju **uzroka uzimanja droga (i drugih sredstava ovisnosti) i samog razvoja ovisnosti**, upućuje se učenike na sve **posljedice i rizike** koje zbog toga mogu imati na zdravstvenom, psihološkom, socijalnom, ekonomskom i etičkom planu. Ta specifična edukacija ima za cilj neutralizirati vrlo rašireni stav da je probati popušiti po koju cigaretu ili uzeti po koju dozu droge samo jedan gotovo nerizičan usputan doživljaj i nešto uobičajeno i "normalno" za mladog čovjeka koji želi što više spoznati i zabaviti se. Zato ponavljam još jednom ono što je već opisano u knjizi: Istraživanjima je potvrđeno da se ovisnost razvija kao samopodržavajući proces koji često počinje doista banalno, prvim eksperimentima, u situacijama u kojima

se mladi druže i zabavljaju i koje, u interesu zaštite mladih, odrasli teško mogu kontrolirati. Mlad čovjek jednostavno upamti to početno iskustvo, zapravo simptome intoksikacije mozga “otrovom”, kojeg smo u ovom slučaju nazvali drogom. Simptomi tog otrovanja mogu biti ugodni i neugodni. Ako su ugodni, potiču mladu i neiskusnu osobu, željnu osjećaja zadovoljstva, da ponovi to iskustvo. Na ponavljanje tog ponašanja istodobno djeluje i sredina drugih konzumenata i osobito sitnih *dealera*. Adolescent ne anticipira mogući razvoj stvari. On zna da je droga štetna, da je grozno postati ovisnik i on to sebi ne želi. No, ako prevencijom nije pripremljen, ne povezuje svoje ponašanje s takvim mogućim ishodom zbog čega svoje početno uzimanje droge smatra bezopasnim, dobro kontroliranim, prolaznim ponašanjem. Mladi, ako nisu podučeni, ne znaju što se u samom mozgu događa, koje promjene na receptorima, kako se pod utjecajem droga remeti logika razmišljanja. Što osoba češće ponavlja eksperiment s drogom, to ponašanje mozak sve više racionalizira i opravdava. Vremenom se, postupno, frekvencija uzimanja droga povećava, osobi postaje “normalno” takvo ponašanje, ona niti ne primjećuje da uzima sve više i sve češće, da iskušava i sve teže droge, da sve više toga u životu podređuje tim iskustvima, sve dok se jednog dana ne dogodi neki incident, dok se stvar ne otkrije ili osoba spozna da je postala ovisna.

Da bi se opisani tijek stvari spriječio, najlakše je većini mladih pomoći da ne učine taj rizični prvi korak. **U fokusu edukacije nikako ne smije biti “priča” o drogama jer nisu one same po sebi problem. Problem je u ljudskom ponašanju, u odnosu čovjeka prema njima.** Konačno, droge u medicini mogu korisno poslužiti bolesnom čovjeku, biti lijek, dok su za zdravog otrovi. Zato i nije cilj Nacionalne strategije “borba protiv droga” već borba ZA, za zdrav i osmišljen život u kojem iluzija zadovoljstva koja se javlja kao simptom intoksikacije mozga drogom djeci i mladima neće biti potrebna. Provođenje ove točke ŠPP mora postati integralni dio školskog curriculumuma.

5. Kroz točku nazvanu “**Učenje socijalnih vještina**”, posebnim pedagoškim postupkom (kroz radionice) mladi se unaprijed osposobljavaju za nalaženje kvalitetnog odgovora i alternative za mnoge tipične motive, situacije i razloge zbog kojih se započinje s uzimanjem sredstava. Tu se posebna pozornost posvećuje učenju mladih vještini prihvatljivog samopotvrđivanja, komunikacije, zdrave zabave, rješavanju problema i kriznih

situacija, njegovanju samopoštovanja, odupiranju negativnim utjecajima vršnjaka, modnih trendova, medija... I ovu točku u najvećoj mjeri provodi posebno osposobljen stručni kadar škola a mogu sudjelovati i drugi dostupni, dobro educirani vanjski stručnjaci.

6. Za visoko rizičnu djecu (koju treba promatranjem i uporabom psihosocijalnih indikatora otkrivati u svakom razredu), što ranije treba početi provoditi **Diskretni, personalni zaštitni postupak**. Radi se o specifičnom pedagoškom pristupu kojim se na diskretan način ohrabruje, motivira i gradi samopouzdanje i samopoštovanje preosjetljive i teže prilagodljive djece koja su bilo radi psihobiološke dispozicije ili bilo kojeg drugog dodatnog razloga (najčešće zbog teže obiteljske patologije ili disfunkcionalnosti odgoja u odnosu na individualne i specifične potrebe ili u odnosu na dob djeteta, posebno ugrožena. Ovu točku tijekom odgojno-obrazovnog rada u razredu neposredno provode učitelji, nastavnici i osobito razrednici.
7. Za učenike koji su postali “problem” preporuča se tehnika **Razred kao terapijska zajednica**. Ta tehnika omogućava korištenje ogromnih potencijala učenika u razredu za pomoć onim pojedincima kojima prijete opasnost od isključenja i koji svojim ponašanjem ugrožavaju ostale. Tim postupkom mladi uče pomagati osobama u problemu što pomaže i njima da se lakše nose s vlastitim izazovima. Taj postupak pridonosi i smanjenju broja učenika koji se isključuju ili sami napuštaju školu zbog uzimanja droga. Poznato je da odvajanje od zdravog, normalnog okruženja ubrzava propadanje u problematičnom okruženju. Ovu tehniku trebaju koristiti razrednici i stručni suradnici same škole.
8. Škola mora pridonositi poboljšanju **mjera sekundarne prevencije ovisnosti** unapređenjem mjera ranog otkrivanja konzumenata, trgovanja i raspačavanja droga u školi (i blizini škole), te u suradnji s obiteljima, vanjskim stručnjacima (osobito onima u centrima za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti i školskom preventivnom medicinom) osiguravati dijagnostiku i nakon toga kvalitetnu intervenciju i pomoć u tretmanu učenika konzumenata droga i ovisnika. Dobrom u neposrednom suradnjom škole i lokalne policije mnogo se može učiniti da se ta institucija i njeno neposredno okruženje zaštiti od dostupnosti droga.
9. Škola je dužna poduzimati mjere kojima se sprječava unutar njenog prostora, u dvorištu kao i u blizini, ilegalna distribucija droga. To se postiže prvenstveno

kroz osiguranje stalne **suradnje s institucijama u zajednici koje su dužne osigurati adekvatnu zaštitu, pomoć i nadzor nad učenicima (uglavnom tinejdžerima) počiniteljima kaznenih djela kao i za one koje su "morali" isključiti** ili koji su samovoljno prekinuli školovanje a spadaju u visoko rizičnu kategoriju.

10. Škola mora osigurati **stalnu edukaciju svojih djelatnika kako bi oni što kvalitetnije provodili, unapređivali i kontinuirano evaluirali ŠPP** (putem anketa, istraživanja) kao važnu sastavnicu globalne nacionalne strategije koja se koordinirano provodi na području čitave države. U okviru ove točke posebno se vodi računa o upoznavanju stručnjaka školskog sustava s mogućnostima i načinima suradnje škole s drugim institucijama u zajednici, u rješavanju brojnih pitanja u svezi droga. Osobito je važno da županijski koordinatori ŠPP-a kao i voditelji ŠPP-a svake škole dobro upoznaju sve elemente ŠPP-a (kako bi bili edukatori drugima), kao i globalnu Nacionalnu strategiju unutar koje je ŠPP vrlo važan i neodvojiv dio.

Kvalitetno i kontinuirano provođenje ŠPP može znatno (i preko 30%) pridonijeti smanjenju konzumacije droga i odgoditi eventualno eksperimentiranje za koju godinu kasnije. Jer, što se ranije započne s uzimanjem, teže su posljedice po psihosocijalni razvoj adolescenata. Što je manje konzumenata i ovisnika među srednjoškolcima, to će ih biti manje među studentima, vojnicima, radnicima itd. Taj program, djelujući odgojno, odvraća učenike od kršenja zakona, čime se među mladima reducira nudenje i preprodaja droga i smanjuje broj budućih kriminalaca.

Doktrinarna osnova pojedinih elemenata Školskog preventivnog programa

U prevenciji zlorabe sredstava ovisnosti školu treba promatrati kao organizacijsku jedinicu lokalne zajednice prednost koje je što, uz djecu, može okupiti roditelje i stručnjake mnogih društvenih ustanova i organizacija koji na razne načine sudjeluju u provedbi određenih dijelova programa. Temeljni je cilj Školskog preventivnog programa je **smanjiti zanimanje mladih za uzimanje sredstava ovisnosti**. U ispunjenju toga cilja škola organizira i provodi niz nespecifičnih i specifičnih mjera za sve učenike, a dodatne mjere putem **diskretnog zaštitnog postupka** provode se za dio učenika za koje smatramo da su pod znatno većim rizikom skretanja prema uporabi droga. Posebne programske aktivnosti usmjerene su što ranijem otkrivanju

uzimatelja droge kako bi se na vrijeme poduzela odgovarajuća “terapijska intervencija” (mjere sekundarne prevencije).

Već je rečeno da će škola biti to više u funkciji smanjenja zanimanja mladih za uzimanje droga što će više svojim pristupom mladima poboljšavati kvalitetu njihova života. Škola koja previše zahtijeva, ograničuje i očekuje, škola u kojoj su mladi, kao objekti, stavljeni na jednu, a njihovi nastavnici na drugu stranu, frustrira i mnogoj djeci pogoršava kvalitetu života, potičući ih kroz školski neuspjeh na “skretanje” u “loše i rizično” društvo. Djeca bi se trebala veseliti odlasku u školu. Jednako pravo da se u školi dobro osjećaju trebali bi imati i osobito nadareni, i prosječni, i učenici smanjenih sposobnosti. Djeca su različita i poštujući tu činjenicu, primjenjujući individualizaciju u pristupu, nastavnici im se moraju prilagođavati. Organizacijom izvanškolskih (rekreacijskih) aktivnosti u slobodno vrijeme učenika, također se može znatno poboljšati kvaliteta života učenika.

Zašto je nužan individui prilagođen pristup u planiranju, organiziranju i provedbi odgojno-obrazovnog rada? Ako je sastav učenika heterogen i prema izvornim sposobnostima i prema pobudama za svladavanje ponuđenog školskog programa, onda je logično da se djeci (roditeljima) omogući izbor nekoliko ponuđenih programa koji će se razlikovati po obuhvatnosti i težini. **Obvezni dio obrazovnog programa, naime, trebao bi biti znatno smanjen i sadržajno promijenjen (prilagođen stvarnim životnim potrebama), kako bi se dobilo vremena za odgojni rad.** Uz to bi učenicima, ovisno o njihovim željama i potrebama, valjalo omogućiti dodatni, ali obvezatan, izbor još jednoga dijela programa (predmeta), te, na kraju, i neobvezni izbor dodatnih programa (predmeta) sukladno sklonostima, mogućnostima i potrebama i učenika i društva.

Znanje i osposobljavanje za budući posao veoma je važno, ali za postizanje tog cilja ne bi se smjela žrtvovati životna radost, psihička ravnoteža i zdravlje djece. Znanje se “namnožilo” i ogromno je. Nemoguće je i nepotrebno sve to učiti. Svaki pokušaj u tom smislu ići će nauštrb zadovoljavanja drugih potreba mladog čovjeka u procesu odrastanja što će uzrokovati frustracije i smanjivati životnu radost. **“Voljeti živjeti” je pretpostavka naše unutarne motivacije da čuvamo zdravlje i izbjegavamo nepotrebne rizike, kako bi što duže živjeli, onaj koji se u životu osjeća radosno lakše zaključuje da život ima smisao.** Konačno, ako već ne možemo sve znati i držati u pamćenju, učinimo da mladi osjete zadovoljstvo u stjecanju znanja i da doista i saznaju i ono što je njima važno za život. To, međutim, neće biti moguće ako ih ne uvjeri-

mo da je to što mi tražimo od njih doista važno. Konačno, kada je riječ o znanju, je li važnije znati koliko pari spolnih žlijezda ima gusjenica i gdje se nalaze cjevčice za izlučivanje kod klještara (krpelja) ili na koji način *ecstasy* razara aksone i dendrite serotonergičnih neurona u mozgu tinejdžera koji tu drogu kozumira?

Kakva bi škola poboljšavala kvalitetu življenja učenika?

Uzevši u obzir trend u svijetu, prema kojem ustanova braka i tradicionalne obitelji sve više gubi na cijeni, postavlja se pitanje kako udovoljiti potrebama onih koje smo donijeli na svijet i koji bez pomoći drugih ne mogu odrasti u samostalne, zadovoljne i društvu korisne osobe. Što je obitelj insuficijentnija u odgoju i disfunkcionalnija u izvršavanju svoje temeljne uloge i u svojoj organizaciji, to je uloga škole u društvu složenija i važnija. Kako da škola svojim pristupom djeci poboljša ukupnu kvalitetu života mladih?

Bez opće preobrazbe odgojno-obrazovnog rada, uz današnji stereotip (koji će još godinama podržavati dio postojećeg sastava nastavnika) nije moguće uvesti novi pristup odgoju i izobrazbi koji bi uistinu bio u funkciji osposobljavanja mladih za vještinu prilagođenog, zdravog, te etički i ekološki prihvatljiva načina ponašanja i življenja. Da bi se to postiglo, djeca bi trebala – sa svim svojim različitostima – u tom okruženju osjećati ugodu u druženju, stjecanju znanja, iskustava i životnih vještina. Škola bi, dakle, morala biti dovoljno široka da prihvati tu svekoliku različitost, a ne da previše kruto inzistira na tome da se djeca njoj i njenim prekruto i preusko postavljenim “okvirima” prilagođavaju. Škola bi morala biti mjesto na kojemu bi se odvijao stalan proces ispravljanja onih aspekata ponašanja pojedinaca koji bi im kasnije u životu otežavali prihvaćanje stvarnosti i društvenih normi i unutar toga prihvatljivu društvenu prilagodbu. Škola bi trebala biti mjestom gdje bi djeca koja nisu osjećala radost življenja u obitelji i u kojih su roditelji u odgojnom postupku učinili previše pogrešaka, osjećala radost zbog činjenice da su prihvaćena i da ih ipak netko razumije i uvažava.

Odgojni rad, kao i obrazovni, nije moguće uspješno provoditi bez jasno postavljenih ciljeva i doktrine za provedbu. Jedan uprosjećujući, jednosmjernom komunikacijom nametnut, neosoban tip odgojno-obrazovnog rada, ne samo da može ograničiti dosege nadarenih, nego će i u onih s većim potrebama, umjesto pomoći u osposobljavanju za život, samo ubrzati proces socijalnoga propadanja. Škola bi, dakle, morala biti osposobljena unutar razrednih

zajednica prepoznati one pojedince koji trebaju znatno više razumijevanja i zaštite. Ako društvo u njih želi smanjiti rizik prihvaćanja ili razvijanja neprilagođenog, neprihvatljivog ili bolesnog (ovisničkog) načina ponašanja, mora im pomoći. Današnja škola takvu djecu uglavnom ne prepoznaje ili ne prepoznaje na vrijeme, niti se ta djeca osjećaju prepoznatima ili prihvaćenima.

Škola mora uvažavati činjenicu da su djeca kod kuće odgajana liberalnije, da ih se više uvažava, da imaju pravo na svoje JA, dakle mora slijediti trendove promjena u društvu općenito. Promjenom postupaka odgojnog rada, bez izazivanja otpora mladih, valja ih znati privući i u zajedničkom radu održati kontrolu i granice. **Ako je tolerantnost škole za različitost u ponašanju učenika premala, tada će djeca problematičnoga ponašanja brzo doći u sukob s nastavnicima. Ukoliko je kvaliteta intervencija u takvim slučajevima slaba, uz prenaplašenu primjenu represije, škola svojim stavom uglavnom ubrzava skretanje takvih pojedinaca prema ulici. Koncept "čista škola – zagađena ulica" vrlo je opasan za društvenu zajednicu.**

Kvalitetan odgojni rad nemoguće je provoditi bez kvalitetne dvosmjerne komunikacije i stalne interakcije učenik-odgojitelj. Nastavnik bi primjenom *feed-back* mehanizma trebao propitkivati kvalitetu vlastitog rada i time stjecati uvid u to kako njega kao čovjeka i kao nastavnika, djeca uistinu doživljavaju. Bez toga mehanizma, odgojitelj koji učenike nastoji zadržavati u položaju objekta, isključuje sebe iz odgojnoga postupka, pri čemu "on radi što i kako hoće, a djeca moraju onako kako on zahtijeva". Dužnost je odgojitelja stalno unaprjeđivati samog sebe, "raditi na sebi", usavršavati se, naučiti doživljavati zadovoljstvo u poslu što ga obavlja (neovisno o tome je li ga društvo odgovarajuće nagradilo), a djeca će ga, ako uspije naći pravi način, svojim mehanizmima poticati da ustraje i da radi bez unutarnjeg otpora i još kvalitetnije. Takve nastavnike učenici mogu prihvaćati i kao objekte za identifikaciju.

Škola mora biti otvorena za komunikaciju s drugim društvenim sustavima i ustanovama i osobito s roditeljima, kako bi u suradničkom odnosu mogla što uspješnije skrbiti o djeci, a među ostalim čuvati i unaprjeđivati njihovo tjelesno i duševno zdravlje. Posebnom metodikom škola mora poticati roditelje na suradnju. Stručni suradnici škole i svi nastavnici moraju, primjenjujući razrađenu psihosocijalnu dijagnostiku, upoznati kvalitetu i funkcionalnost učenikove obitelji, kako bi se onima kojima je potrebno osiguralo provedbu posebnih diskretnih i drugih programa zaštite.

U stvaranju doktrine za provedbu odgojnog rada u školi, valja preispitati rezultate odgojnih koncepata što su provedeni ili ih se provodi u razvijenijem i naprednijem dijelu svijeta. Pritom se mogu postaviti brojna pitanja. Jedno od njih je treba li, koliko i kako njegovati individualno natjecanje učenika u razrednoj zajednici. Treba li sustavom nagrađivanja poticati učenika da mu osnovni cilj postane nadmašiti kolege i u ocjenama i u slobodnim aktivnostima? Je li dobro odgajati tako da se učenik mora veseliti lošijem rezultatu i neuspjehu svog kolege, jer je to preduvjet da bi on na rang-listi bio bolji? Zahvaljujući takvom modelu odgoja i obrazovanja, velik broj prosječne ili nenadarene djece i/ili djece koja nemaju kvalitetno življenje i podršku u obitelji, s vremenom se sve žešće opire i prkosi neodlaženjem u školu, gube zanimanje za učenje, ne mogu ispuniti očekivanja (roditelja, škole pa i samih sebe). Zbog toga se osjećaju neuspješnima, gube samopoštovanje, da bi sve to s vremenom utjecalo na kvalitetu njihovog ukupnog ponašanja i funkcioniranja i napokon ga preusmjerilo na drugi put – loši prema lošima. Možda bi bolji koncept bio **kvalitetna škola, škola bez neuspjeha, zdrava škola** ili, bar za početak, **razred bez neuspjeha** (umjesto osobnog, naglašavati natjecanje među razredima).

Osobno bi se natjecanje prije moglo opravdati postignućima na etičkom planu. Odgoj ima zadaću poticati učenike na stvaranje i održavanje kvalitetnijih međuljudskih odnosa i prijateljstva. Prirodna nadarenost nužna je ako učenik želi dostići prosjek ocjena 5.0, i takvih je malo, a i zbog genetske predispozicije mnogi imaju slabije šanse za uspjeh. No, djeca u najvećem broju mogu postati dobrim i marljivim ljudima, dobrim prijateljima i za takva nastojanja treba ih svakako nagraditi pohvalom. Kao što zahvaljujući lošem odgojnom pristupu može i vrlo inteligentan, prirodno sposoban pojedinac postati po društvo štetan i opasan čovjek, tako se zahvaljujući kvalitetnom odgojnom pristupu u najvećeg dijela mladih vrlo različitih izvornih sposobnosti i uvjeta življenja, može natjecanjem i pohvalom za dostignuća na etičkom planu, izgraditi osjećaj zadovoljstva sobom (samopoštovanje). Uspješnim odgojem što većega broja takvih pojedinaca znatno bi se poboljšalo kvalitetu života ljudi općenito.

Dok je do danas naša škola više nastojala, ma koliko to bilo suprotno željama mladih, učenike prilagoditi sebi, **škola sutrašnjice će se u nas morati više prilagođivati interesima i potrebama naše djece sa svim njihovim ponekad teško shvatljivim različitostima.** To će biti škola osposobljavanja za život, za važne socijalne uloge i vještine, a manje će opterećivati učenike primoravanjem da

pamte gomilu informacija za koje ni nastavnici ponekad ne znaju čemu i kome služe. Takva škola može znatno poboljšati kvalitetu života mladih i time umanjiti njihovo zanimanje za uporabu sredstava ovisnosti.

Školski preventivni program sastoji se od niza nespecifičnih i vrlo specifičnih programskih aktivnosti. Pri stvaranju školskih preventivnih programa mora se voditi računa o tome da je školska populacija veoma heterogena. Jednom učeniku prenesena poruka prema sadržaju i obliku može biti korisnom, a drugoga može izazvati nepoželjan učinak, može biti kontraproduktivna. Ako pokušamo učenike razvrstati u neke **podkategorije u odnosu na rizik skretanja prema uzimanju ilegalnih droga** (ili vrlo rano uzimanju alkohola i duhana), onda bi se najveći broj djece moglo svrstati u kategoriju najmanjeg rizika: to su tzv. **lako odgojiva djeca**, koja zahvaljujući funkcionalnom obiteljskom životu i odgoju i svim povoljnim psihološkim i biološkim osobinama, nemaju teškoća u socijalizaciji. To su odgovorna, poslušna i zadovoljna djeca, koja se lako prilagođavaju i koja su motivirana za ispunjavanje obveza. Ta se djeca ne opiru prihvaćanju društvenih normi i poželjnih (pozitivnih) stavova. Pritom ih ne treba mnogo uvjeravati, ali ih za takvo ponašanje treba stalno ohrabrivati i pohvaljivati.

Rizične obitelji i rizična djeca trebaju dodatnu zaštitu

U više od 20 godina istraživanja kojima je bio cilj poboljšati prevenciju ovisnosti, Nacionalni institut za istraživanje zlouporabe droga SAD (NIDA, B. Cire, 2002.) je ustanovila važne principe za preventivne programe unutar obitelji, škole i zajednice. Preventivni programi bi trebali osnaživati zaštitne čimbenike i smanjivati utjecaj rizičnih čimbenika. Zaštitni su čimbenici povezani sa smanjenom mogućnosti uporabe droga dok bi rizični čimbenici bili oni koji uporabu droge čine vjerojatnom. Istraživanje je pokazalo da navedeni čimbenici utječu i na druge oblike neprihvatljivog ponašanja poput nasilja kod mladih, mladenačke delikvencije, prekida školovanja, rizičnog seksualnog ponašanja i maloljetničke trudnoće:

Zaštitni čimbenici:

- Čvrste i pozitivne obiteljske veze
- Nadzor roditelja nad aktivnostima njihove djece i njihovih vršnjaka
- Jasna pravila ponašanja koja se dosljedno provode unutar obitelji
- Uključenost roditelja u život njihove djece

- Uspjeh u školovanju; čvrste veze s institucijama poput školskih i vjerskih organizacija
- Usvajanje (prihvatanje) ustaljenih normi o uporabi droge

Rizični čimbenici:

- Kaotična obiteljska okolina, posebno takva u kojoj roditelji zlorabe drogu ili boluju od duševnih bolesti
- Neučinkovito roditeljstvo, posebice s djecom teške naravi ili s poremećajima u ponašanju
- Nedostatak veza roditelj-dijete i nedostatak odgoja
- Neprikladno, povučeno ili agresivno ponašanje u razredu
- Neuspjeh u školovanju
- Loše sposobnosti (vještine) snalaženja u društvu
- Druženje s vršnjacima koji su skloni devijantnom ponašanju i opažanje odobravanja uporabe droge unutar obitelji, posla, škole, vršnjaka i zajednice

Upravo ovo navedeno samo potvrđuje rezultate istraživanja hrvatskih stručnjaka koji su u programima prevencije naglašavali važnost obitelji. Čak što više, obitelj je definirana kao prvi stup prevencije ovisnosti u društvu općenito.

Škola o obitelji djece treba mnogo znati. Bez toga nije moguće razumjeti učenike, shvaćati i ispravno tumačiti njihovo ponašanje i reakcije što je neophodno ako im uistinu želimo pomoći. Ako je obitelj cjelovita i roditelji brinu za svoju djecu, to danas, kada su utjecaji okruženja i dostupnost droga veliki, nije dovoljno. Treba puno znanja, roditeljske vještine, mudrosti i prilagođenog odgojnog pristupa da bi bili sigurni da će dijete odrasti u zdravu, samostalnu, zadovoljnu i odgovornu osobu. Istraživanja su potvrdila da se najbolji rezultati postižu autoritativnim odgojem u obitelji u kojoj je odnos roditelja i djece utemeljen na bezuvjetnoj ljubavi. Dakle, u čitavoj ovoj priči najvažnije su dvije stvari da bi uspjela i treća: izboriti se da vas djeca istinski vole i poštuju i da prihvataju vaš nadzor, kontrolu i ograničenja koja im, primjereno njihovoj dobi postavljate u procesu odrastanja i osamostaljenja. Ovdje ću u najkraćim crtama, temeljem višegodišnjeg iskustva opisati neka obilježja rizičnijih obitelji, njihovih odgojnih pogrešaka i unutar njih mladih koji su pod višim rizikom skretanja prema zloporabi droga.

Disfunkcionalnost odgoja može se promatrati ili biti posljedica:

- Neprilagođenog (krivog) odgojnog pristupa u odnosu na individualne ili specifične potrebe pojedinog "normalnog" djeteta.
- Neprilagođenog (nestručnog) odgojnog pristupa kod djece koja su rizična i teško odgojiva radi "teške" naravi

- Neadekvatnog odgojnog pristupa i neprilagođavanja odgoja u odnosu na dob djeteta
- Izostanka bilo kakvog odgoja ili radi života djece u razorenoj ili teško "oboljeloj" obitelji
- Disfunkcionalnosti obiteljskog sustava radi poremećene interpersonalne dinamike roditelja i/ili drugih odraslih članova domaćinstva

Obitelji koje prezaštitnički odgajaju djecu možemo podijeliti u dvije podkategorije. Na one koji gotovo patološki strepe nad djecom i sve čine za njih i umjesto njih i one u kojima se djecu opterećuje prejakom kontrolom i neprimjerenim zahtjevima. Kod ovih prvih spomenutih, roditelji su gotovo bolesno emocionalno vezani za njih, posesivnom i hiperprotektivnom ljubavi nastoje s njima održati odnos patološke simbioze. Djeca ništa ne moraju, jer će oni za njih sve učiniti. Roditelji (ili možda samo jedan od njih) su stalno u paničnom strahu da će im se nešto dogoditi. Ako su slučajno bolesni, reakcije su im pretjerane. To omogućava djeci da od malena stvore nerealnu sliku o sebi i roditeljima koji postaju instrumenti za ispunjavanje njihovih želja. Taj tip roditelja ne uspostavlja kontrolu nad procesom odrastanja svoje djece. Ona su ta koja mogu diktirati stvari. Jednostavno rečeno takva djeca u obitelji nisu naučena redu, radu i odgovornosti, poštivanju autoriteta i kod kojih nije usađen mehanizam da nagrada (pohvala, ugoda) slijedi nakon što izvrše neku obavezu a ne odmah i bez odlaganja, čim nešto zažele. Unatoč dobre inteligencije, rezultati u učenju (to više što su bliže adolescenciji) sve su slabiji. Ukoliko "projekt održanja patološke simbioze" nije bio uspješan, tu kategoriju djece roditelji ne uspiju držati pod kontrolom početkom adolescencije pa se osamostaljenje događa prebrzo i nekvalitetno (pseudoindividuacija). Reakcije roditelja na zahtjeve takvih tinejdžera za slobodom i izlascima su pretjerane, oni su u panici i stalnom strahu što djecu dodatno opterećuje i što je uzrokom da ona svoje roditelje sve manje i manje poštuju. Nakon faze otvorenih konfrontacija, kada majka obično plače pokušavajući probuditi u djetetu osjećaj krivnje i odgovornosti, komunikacija se posve prekida.

Druga podkategorija, "uspješno" hiperprotektivno i **autoritarno** odgajane djece, preopterećena je prejakom stegom, visokim očekivanjima od strane roditelja i njihovim stalnim strahom da će im se nešto dogoditi. Ljubav se otvoreno ne pokazuje (ili je nema), a glavni usmjerivač poželjnih ponašanja je strah od kazne ili drugih neugodnih reakcija roditelja ukoliko djeca ne ispune njihova očekivanja ili kada čine pogreške. Autoritarni roditelj u komunikaciji s djetetom stalno dokazuje svoju moć. To

djecu čini nesigurnom, preplašenom i nesretnom. Njihovo odrastanje i osamostaljivanje početkom adolescencije je otežano, jer se roditelji svojim autoritetom suprotstavljaju njihovim potrebama za slobodom i neovisnosti. Do početka adolescencije, ta su djeca tiha u svojim zahtjevima i ne opiru se roditeljskom autoritetu duže od većine ostalih tinejdžera. Jasno je da se kod dijela obitelji toga tipa djeca prilagode na situaciju i ne reaguju. No dio njih počinje pružati otpor. To konačno rezultira konfliktima, prekidom komunikacije i kidanjem emocionalnih veza. Radi zakašnjele i otežane separacije, ta djeca imaju manje životnih vještina, manje samopouzdanja i osjećaju se inferiorno u odnosu na vršnjake. Nakon što se produbi sukob u obitelji, prekida se komunikacija a u obitelji događa polarizacija; djeca (tinejdžeri) na jednoj a roditelji na drugoj strani. Adolescent frustriran, na silu pokušava osvojiti slobodu, obzirom da više nema komunikacije s roditeljima, nema niti nadzora procesa separacije. Nedostatak obiteljske potpore takvi tinejdžeri kompenziraju čvršćim vezanjem za vršnjačke skupine pod čiji utjecaj lako potpadaju jer im je prihvaćanje od strane prijatelja jedna od najvažnijih stvari u životu. O tome kako se ponaša društvo u koje su “upali”, ovisiti će i oblikovanje njihovog stila ponašanja.

Treća podkategorija proizlazi iz obitelji u kojoj roditelji, **liberalnih** nazora, ambiciozni, uspješni u profesionalnoj karijeri, emocionalno mogu biti topli ali i suviše odsutni i manje vezani za obitelj. Djeci je omogućena velika autonomija. Djeca mogu biti također ambiciozna, širokih interesa i uspješni učenici. Početkom adolescencije, upravo njihove dobre ocjene postaju najvažnija potvrda da je s njima sve u redu i roditelji ne postavljaju previše pitanja kada počinju zahtjevi za izlascima. Izlaziti počinju u nešto ranijoj dobi od prosjeka većine. Puno slobode, slab nadzor, dobar džeparac, malo životno iskustvo i kriva procjena mogućnosti samokontrole ubrzava njihovu separaciju i izloženost nepovoljnim vanjskim utjecajima kada se druže i zabavljaju. Iz te podkategorije posebno su rizični tinejdžeri koji vrlo rano izražavaju pozitivan i tolerantan stav prema pušenju marihuane i općenito pokazuju sklonost subkulturnim i nekonformističkim obrascima ponašanja. Ti mladi mogu i nekoliko godina neopazice na zabavama konzumirati droge (marihuana, ecstasy, speed...) a neuredan i nezdrav život hedonističkog tipa uzrokuje vidljive posljedice koncem srednje škole. Tada počinju popuštati, ambicioznost im opada, na fakultetu, ako se upišu, ne napreduju. Neki roditelji ako i saznaju da im je dijete konzumiralo “travu”, to ponašanje prešutno toleriraju.

Kada konačno saznaju pravu istinu, dugo im treba da shvate pravu dimenziju problema.

Kada već navodim osnovne karakteristike cjelovitih i naoko sređenih obitelji koje povećavaju rizičnost ponašanja djece radi neispravnog odgojnog pristupa i često prevelike neusklađenosti stavova oca i majke, uvijek treba imati na umu da je prikrivena ali teška disfunkcionalnost braka a time i same obitelji ipak najčešći uzrok ukupno uzevši neugodne klime unutar obitelji, poremećenih komunikacija u svim smjerovima i slabljenja veza roditelja i djece. To dovodi do njihovog udaljavanja od obitelji a time i nekontroliranog odrastanja i osamostaljenja u adolescentnoj dobi. **Za odrastanje djece također je vrlo rizično ako su roditelji u emocionalnom smislu indiferentni prema njima.**

Istraživanja su pokazala da je u obiteljima ovisnika, kada je riječ o ocu, češći problem radi njegove odsutnosti, ne angažiranja, ne uspostavljanju tople komunikacije s djecom ili je netolerantan, prenegao u reakcijama, preagresivan, dok je kod majki češći problem u njihovoj pretjeranoj vezanosti, posesivnosti, brizi, strahovima i bavljenju djecom na način koji otežava njihovo osamostaljenje.

Uz spomenuta temeljna obilježja rizičnih obitelji samo ću u kratkim crtama opisati neka obilježja rizičnije djece, djece, koju je općenito gledano teže odgajati. Istraživanja su pokazala da se kod oko 40% ovisnika dijagnosticira komorbiditetni poremećaj. Naznake za prisutnost te druge dijagnoze se vrlo rano mogu uočiti kroz ekspresiju ponašanja djeteta. Tu bi se moglo govoriti i nekoliko podtipova koji se u nizu crta mogu i preklapati. Za prva tri majke običavaju na pitanje “kakvo je bilo kao dijete?” odgovoriti “Bio je nemoguć”. No velika je razlika u ponašanju a time i razlogu radi kojeg je došlo do takve ocjene. Evo u najkraćim crtama opisa temeljnih karakteristika tih rizičnih kategorija:

- motorički hiperaktivna, druželjubiva i neobuzdano znatiželjna djeca. Roditelji ih radi toga često učlanjuju u športske klubove, što se nije pokazalo dobrim.
- djeca koja su vrlo naporna roditeljima radi stalnih i nekritičnih zahtjeva da im ispunjavaju neke želje, da se bave njima na način koji ona nameću. Svega se brzo zasite. Stalno je prisutno nastojanje da “kontroliraju” i upravljaju svojim roditeljima. Lako ih je povrijediti i naljutiti. Istovremeno im je teško odrediti granice, pokazuju neposluš, nepoštivanje roditeljskog autoriteta.
- Djeca koja vrlo rano pokazuju poremećaj u ophođenju praćen nepoštivanjem uobičajenih normi, teže ih je disciplinirati, mogu biti agresivnija, sklonija nepotrebnom

laganju, sitnim krađama, emocionalno neosjetljivija prema drugima.

- Djeca značajno osjetljivija na poremećaj interpersonalnih odnosa, zatvorenija, povučena u sebe, imaju osjećaj da ne ispunjavaju očekivanja drugih, nesigurnija, preplašenija, stalno osjećaju neku krivnju, mogu se češće žaliti “da im nije dobro”, slabije su raspoložena, rano postavljaju u prvi plan smisao života (naznake razvoja depresivnog ili anksioznog poremećaja).
- Djeca koju okolina opisuje čudnom po ukupnom ponašanju, reagiranju i razmišljanju. Obično su izoliranija, s manjim brojem prijatelja, često nepovjerljiva prema drugima, mogu imati čudne ideje, strahove ili u društvu vršnjaka krajnje neprilagođeno reagirati. Pred pubertet, mogu se početi povlačiti u sebe. To sve mogu biti znaci razvoja osobnosti graničnog tipa ili psihotičnog poremećaja.

Ukupnu populaciju ostale rizične djece pred početkom adolescencije karakterizira **nesklonost konformizmu**. Stav prema marihuani im je vrlo pozitivan, droge ih općenito više zanimaju od njihovih vršnjaka i mišljenja su da im se ništa neće dogoditi ako ih probaju. Češće se žale na osjećaj dosade, depresivniji su i nesigurniji od ostalih. Sve u svemu nezadovoljniji su drugima i svijetom što ih okružuje, ne nalaze lako smisao u načinu života odraslih, **neodgovorniji su prema izvršavanju obaveza, skloniji riziku, više teže zabavi, izlascima, životu od “danas do sutra”, rano počinju pušiti cigarete, skloniji su izostancima s nastave i vole se družiti s nešto starijim vršnjacima rizičnog ponašanja.**

Spomenute rizične kategorije djece (koja će kasnije postati ovisnici) znatno češće žive u disfunkcionalnim obiteljima, u kojima roditelj(i) nisu našli pravi način u prilagodbi odgoja njihovim osobitim potrebama. Ponekad su roditelji (osobito očevi) ljudi takvih osobina i ponašanja da svojoj prezahtjevnoj djeci nisu mogli poslužiti kao model za poistovjećivanje. Slab i nedefiniran odnos s ocem, s kojim dijete samo površno komunicira i prenaglašen (kompenzatorni) angažman hiperprotektivnih majki najčešće se susreće u obitelji ovisnika. Ima i obrnutih slučajeva, ali su mnogo rjeđi. Rizičnijoj djeci nije jednostavno određivati granice do kojih mogu ići u svojim zahtjevima i ponašanju i nije ih lako držati pod kontrolom niti u obitelji a niti u školi u vrijeme tinejdžerskih godina. Ona ne prihvaćaju olako stavove odgojitelja, sklonija su neposlušnosti, pa ih se smatra teže odgojivom djecom. Manji dio nastavnika u njima vidi zanimljive mlade ljude koje treba razumjeti i kojima se treba prilagoditi, dok je veći broj nastavni-

ka s njima u sukobu naprosto zato što ti učenici (bez argumenata) ne uvažavaju olako njihov autoritet, što povređuje njihovu samoljubivost. Oni će istjerivati pravdu i kad je više nego očito da će zbog toga imati štetu. Kada započnu s iskušavanjem droge, negativna obilježja njihovog ponašanja postaju sve izrazitija.

Pod najvećim rizikom su ona djeca (učenici) koja odrastaju u raspadnutim ili teško disfunkcionalnim obiteljima i koja vrlo rano pokazuju izrazite teškoće u prilagodbi i prihvaćanju društvenih normi. Ti učenici ranije pokazuju gubitak zanimanja za ispunjavanje školskih obveza i što su na tom polju neuspješniji, to će više težiti dokazivanju i samopotvrđivanju na društveno neprihvatljiv način (autoagresijom ili heteroagresijom, krađama, skitnjom, vrlo ranim pušenjem duhana ili pijenjem alkohola, seksualnim iskustvima, ekstremnim detaljima u stilu odijevanja i sl.). U suštini su zapravo **nezadovoljne, nesigurne i neuspjezne osobe s niskim samopoštovanjem i nižim pragom tolerancije na frustracije.** Tu bi se moglo govoriti i o primarnom poremećaju osobnosti s naglašenim elementima asocijalnog ponašanja. Mnoga takva djeca potječu iz obitelji s teškim poremećajem odnosa ili razorenih obitelji u kojima nisu našla subjekte za poistovjećivanje (djeca ovisnika, alkoholičara, ili žive u domovima, ili su roditelji u kriminalu odnosno psihopatske osobe i sl.). Ta su djeca pod vrlo visokim rizikom, osobito kada žive u sredini u kojoj je razvijena ovisnička supkultura, a time i veća ponuda droga, da će rano početi s iskušavanjem ali i s preprodajom droga.

Već u prvim razredima osnovne škole moguće je djecu diferencirati prema opisanim kategorijama, dok se veći dio opisanih osobina počinje dosta jasnije primjećivati u pred-adolescentnom razdoblju. Djeca u tim trima kategorijama vrlo različito reagiraju na poruke svojih odgojitelja. Ako bismo, primjerice, prevenciju pušenja duhana provodili tako da djecu zaplašujemo, prikazivanjem svih mogućih strahotnih posljedica te navike (slike raka pluća, ljude s kani-lama larinksa, broj umrlih itd.), u nastojanju da im ogadimo i pomisao na cigaretu, takav ćemo privremeni učinak postići samo u djece četvrte opisane rizične kategorije i kod ostale, lako odgojive djece u kojih je rizik najmanji. One, međutim, visokorizične učenike iz prve tri opisane kategorije, zbog kojih se najviše i mora provoditi prevencija, takav će pristup čak potaknuti da se baš tim načinom koji je prikazan toliko opasnim, pokušaju samopotvrđivati.

Još je osjetljiviji pokušaj provedbe specifičnog odgoja i obrazovanja u vezi s ilegalnim drogama, ukoliko svojim pristupom ne želimo biti kontraproduktivni. **Događalo**

se, i događa, da nestručni i nekvalitetni programi samo bude zanimanje mladih za uzimanje droga. Kako bi nastavnici mogli dati očekivani doprinos u prevenciji ovisnosti, moraju se posebnim programima za to osposobiti.

Na što djelovati da bi prevencija bila kvalitetna

Istraživanja su pokazala da klasičnim, medicinskim pristupom, u kojem se djecu plašilo i previše im se pričalo o samim drogama i zdravstvenim posljedicama uzimanja droge, nisu postignuti nikakvi rezultati. U stvaranju koncepta prevencije, dakle, znatno je bolji pristup **poticati mlade na poželjno ponašanje zbog ljubavi i poštovanja prema...** (nekome, sebi, nečemu), **negoli zbog straha od...** (posljedica). U preventivnom radu s djecom i mladima valja stalno imati na umu porive i razloge radi kojih se oni odlučuju iskušavati pojedina sredstva ovisnosti, kako bismo im mi, njihovi odgojitelji, na prihvatljiv način mogli ponuditi nešto kvalitetnije i manje rizično dakle **alternativu**. Koji su to njihovi najčešći razlozi:

- ako je to želja za **samopotvrđivanjem**, onda ih valja učiti kako da tu potrebu zadovolje na neki prihvatljiv i nerizičan način te da izbjegavaju bilo koji bolestan, rizičan, nezakonit, smiješan, primitivan, skup ili glup način da se “prave važni” kao što je to npr. pušenje cigareta ili pijančevanje;
- ako je to radi **radoznalosti**, objasnimo im rizike i uvjerimo ih da je bolje rješenje živjeti bez nekih osobnih nepotrebnih iskustava, jer u životu nije dobro mnogo toga probati;
- ako je to zbog **pritiska vršnjaka** straha da će biti ismijani ili isključeni, treba im pokazati kako održati prijateljstvo i mjesto među vršnjacima ne popuštajući pritiscima, čime će samo još ojačati i potvrditi vlastiti JA (učenje socijalnih vještina);
- ako je to zbog životnih **problema**, valja im savjetom pomoći kako da se nose s njima i kako da ih rješavaju i pritom isticati da uzimanjem droge nismo riješili problem već smo stvorili još jedan više;
- ako je to zbog osjećaja nesigurnosti, manje vrijednosti i **niskog samopoštovanja** valja naći način da ih se ojača i uvjeri kako su vrijedni;
- ako je to zbog toga što su vrlo **neurotični ili depresivni**, valja ih potaknuti da se radije podvrgnu liječenju pod nadzorom stručnjaka nego da se upuste u samoliječenje uzimanjem droga;
- ako je to zato što se žele **zabaviti i uživati u životu**, kažimo im kako će to činiti dugo, s malenim rizikom i

- zdravo: najveći je užitak biti fizički i psihički uravnotežen i zdrav;
- ako je to zbog osjećaja da **život nema smisla**, pomozimo im da oblikuju **životnu filozofiju** koja neće biti tako pesimistična;
 - ako je zbog **dosade**, naučimo ih kako da postanu kreativni i zdravo dinamični;
 - ako je to zbog **neznanja**, recimo im istinu i snagom argumenata uvjerimo ih da se drogiranje, opijanje ili pušenje duhana ne isplati;
 - ako je to dio **modnog trenda**, uvjerite ih da uzimanje droga i trendovi u glazbi i moda ne bi smjeli imati nikakve veze te da je to podvala marketinga kojemu je jedini i isključivi cilj zaraditi po svaku cijenu.

Mogli bismo nabrojiti još nekoliko sličnih argumenata, ako uistinu uvažavamo takav pristup mladima, primjenom kojih možemo biti djelotvorniji u provedbi prevencije. No nije jednostavno takav pristup ugraditi u današnji "šablonizirani" stereotip, prema kojemu se provodi nastava i gotovo se zaboravlja da je odgojni aspekt rada u odgojno-obrazovnim ustanovama (osobito u srednjim školama) suviše potisnut u stranu, pa radi preobimnog obrazovnog programa za nj nema dovoljno ni prostora, ni vremena, ni motiva, ni doktrine. A onda se svi čude kako su djeca sve neposlušnija i zločestija i kako je sve teže izdržati rad s njima!

Afirmacija karijere uspješnog roditeljstva

Što je bolja kvaliteta braka i obiteljskog života, djeca će lakše prihvaćati kontrolu u obitelji i manje će težiti zadovoljavanju vlastitih društvenih potreba na ulici. Atmosfera obiteljskog miljea bi trebala biti što ugodnija a obiteljske veze što kvalitetnije. Zato nije dobro da roditelji svojim frustracijama, nezadovoljstvom vlastitim životom i osjećajem da ono što rade i nema naročitog smisla negativno utječu na djecu, njihovu radost i poglede na život. Djetetu kojoj je lijepo u životu lakše je poticati na samozaštitu zdravlja i izbjegavanje rizika kao pretpostavku što dužeg i kvalitetnijeg života. Kvalitetan brak roditelja presudan je za sretno djetinjstvo djece. Dobar odnos tinejdžera i roditelja najbolja je garancija da dijete u situaciji kada samo odlučuje što će učiniti, neće prijeći dogovorene granice. Ono će radi osjećaja odgovornosti prema roditeljima koje voli i koji su zaslužili njegovo poštovanje svjesno izbjegavati ponašanja koja bi taj odnos mogla ugroziti. Kvalitetna ljubav roditelja prema svojim tinejdžerima, ljubav koja nije posesivna, već ljubav koja omogućava odrastanje i osa-

mostaljenje uz njihovu potporu i razumijevanje, najbolja je zaštita od uzimanja droga.

Vještinu kojom će roditelji odgajati djecu treba učiti kako bi odgojni pristup prilagođavali individualnim i vrlo specifičnim potrebama pojedinog djeteta. Provodeći odgoj roditelji griješe ako kod svoje djecu stvaraju utisak da je jedino i najvažnije mjerilo njihove vrijednosti, postignuće u obrazovanju, odnosno školski uspjeh. Jednako je važno pomoći im u njegovanju i razvoju drugih socijalnih uloga i vještina te ih ujedno pripremati za one što ih očekuju u budućnosti (uloga prijatelja, brata/sestre, rođaka, susjeda, partnera, budućeg roditelja). Samo uravnoteženim njegovanjem svih tih važnih uloga stvara se kreativna osobnost i dinamična svakodnevnica. U slučaju prolaznog zakazivanja u nekoj od važnih uloga, dobro obavljanje ostalih uloga pojedincu će omogućiti da očuva psihičku ravnotežu. Koliko djece pati, a koliko ih čak razmišlja o suicidu zbog školskog neuspjeha? Važno je roditeljima ukazivati da održavaju što kvalitetniju komunikaciju sa svojom djecom, da vode računa o njihovim emocionalnim i drugim potrebama. **Obiteljska kohezija i bliskost djece i roditelja pretpostavka su njihovog zdravog odrastanja i najbolja zaštita od skretanja prema rizičnom društvu i zloporabi droga.**

Škola je dužna pomoći roditeljima u traganju za najprihvatljivijim pristupom u odgajanju djece i postavljanju razumnih granica. Pritom se škola može osloniti i na usluge vanjskih stručnjaka. **Djeca su različita pa zbog toga odgojni pristup treba biti prilagođen njihovim posebnostima.** Postoje tehnike kojima se odgaja neposlušnu, prkosnu djecu i osobito nenasnosna djeca, čiji nemir, teškoće koncentracije i krajnja svojevoljnost mogu biti uzrokovane organskim poremećajima ili poremećajem cerebralne neurotransmitterske aktivnosti. Ako je moguće, primjerice jednoga tigra dresurom učiniti poslušnim, još je izvjesnije da se uz znatno manje napora može osposobiti za život i prilagođeno ponašanje i teško odgojivu djecu. Na žalost, pogrešnim izborom odgojne metode roditelji i drugi odgajatelji nerijetko zapravo sami stvaraju neodgojivu djecu.

Škola i predškolske ustanove trebaju sudjelovati u odgoju roditelja dok su još mladi (od samog polaska njihove djece u vrtić ili osnovnu školu) i dok njihovi brakovi još nisu eventualno zapali u krizu. Treba im tumačiti kakve će posljedice i patnje proživljavati njihova djeca poljulja li se stabilnost braka ili čak dođe do rastave. **Roditelje treba upozoravati na potrebu održavanja ravnoteže u ispunjenju njihovih važnih životnih uloga (roditelja, bračnog**

partnera, zaposlenika, prijatelja i sl.). Treba im naglašavati da se zbog posla i uspjeha u struci (materijalizma) ne isplati zapustiti ulogu roditelja. Način života i ponašanje roditelja morali bi biti takve prirode da se djeca mogu njima ponositi, te ih prihvaćati kao **objekte za poistovjećivanje**. Ako im je, međutim, ponašanje takvo da ih se djeca srame i moraju živjeti skrivajući neugodnu obiteljsku tajnu (roditelj alkoholičar, kriminalac, sklon kockanju, izvanbračnim seksualnim vezama ili psihopatsko ponašanje u obitelji, incest, duševna bolest, teški verbalni ili fizički sukobi, ljenčarenje, neurednost itd.), razvijat će osjećaj manje vrijednosti u odnosu na druge, zatvarat će se u sebe, izabirat će za druženje vršnjake sa sličnim problemima i u adolescenciji će se ranije i brže početi odvajati od svog doma i na žalost krenuti prema "ulici".

Roditeljima treba pomoć kako bi zajedno sa svojom djecom prevladali **separacijsku** a time i njihovu **adolescentnu krizu**. Treba ih upozoriti na važnost održavanja ravnoteže između potrebne kontrole i nadzora, te davanja podrške djeci u procesu psihosocijalnog odrastanja i osamostaljivanja koji traje nekoliko godina. Rizik skretanja prema uzimanju droga se povećava ako prerano, prenaplo i bez potrebnog nadzora omogućimo tinejdžerima previše slobode. Isto tako se rizik povećava ako ih nepotrebno suviše ometamo u procesu osamostaljivanja ograničavajući im izlaske i postavljajući im neargumentirane zabrane i ograničenja. Hiperprotektive majke s kojima tinejdžeri u nastojanju da se izbore za slobodu i izlaske počinju dolaziti u konflikte nisu same u stanju nositi se s tim problemom. **Kako bi se olakšalo odvajanje od posesivnih, odveć zaštitničkih majki, osobito valja poticati očeve na djelatniju ulogu u odgoju svoje djece**, uz razvijanje obostrano ugodne, prijateljske, dvosmjerne komunikacije. U odgoju sinova i razvoju njihovog muškog seksualnog identiteta važna je mogućnost identifikacije s roditeljem istog spola. Ako je otac odsutan a tinejdžer odbaci kontrolu majke, njegovo odrastanje je pod velikim rizikom. Češća odsutnost očeva nego majki uzrokom je češćih problema u svezi ovisnosti kod muške nego ženske djece. Uz to veća kontrola i ograničavanje izlazaka ženske djece izgleda da ipak pridonosi njihovoj boljoj zaštiti a time i manjem riziku stradanja od zlorabe droga.

Roditeljima treba ukazati na činjenicu da nikako nije dobro odgajati djecu na način da im nepotrebno stvaramo osjećaj krivnje, te da čekamo njihovu pogrešku ili neuspjeh, kako bismo se tek tada upleli ukorom ili kažnjavanjem. Djecu treba za svaki, pa i mali uspjeh, pohvaliti i time ohrabrivati da ustraju u kvalitetnom ispunjavanju svih

važnih životnih uloga. Jedino takav pristup pomaže djeci u njegovanju samopoštovanja. Djeca koja imaju pozitivnu sliku o sebi ne osjećaju pripadnost problematičnom i visoko rizičnom društvu vršnjaka pa će za prijatelje radije izabirati osobe koje se slično njima normalno i prihvatljivo ponašaju.

Posebno je važno roditeljima koji imaju djecu tinejdžerske dobi u pravo vrijeme i na pravi način dati informacije koje će im pomoći da što ranije postavе sumnju i da što prije otkriju moguće uzimanje droga. Na taj način ranije će se pokrenuti zaštitna (terapijska) intervencija, a ujedno izbjeći štetni i kontraproduktivni postupci. Po kojim znacima je moguće rano postaviti sumnju na uzimanje droga opisano je u posebnom poglavlju.

O svemu tome škola treba učiti roditelje. Prijenos tih znanja i vještina važniji je od mnogo toga na što se tijekom obrazovanja troši vrijeme i društvena sredstva. **Osposobljenost za samozaštitu zdravlja i usađena želja za dugim životom najvažnije je postignuće obiteljskog i školskog odgoja djece.**

Uloga sporta i drugih kreativnih aktivnosti

S obzirom da bi škola trebala biti otvoreni sustav, morala bi svoje sadržaje (dvorište i ostalo) otvoriti učenicima, organizirano i u njihovo slobodno vrijeme. **Budući da su druženje i igra izuzetno važni čimbenici održavanja psihofizičke ravnoteže djece te ujedno izvor njihove životne radosti, škola bi trebala, u suradnji s roditeljima i ostalim subjektima lokalne zajednice, organizirati što više sportskih i drugih kreativnih aktivnosti prilagođenih individualnim potrebama učenika.** Uz različite radionice, sekcije, nužno je što većem broju djece omogućiti masovno, rekreativno bavljenje različitim sportskim aktivnostima. Od sportova treba svakako dati prednost onima kojima se, uz malo sredstava, može omogućiti sudjelovanje što većem broju učenika (košarka, nogomet, rukomet i sl.). To su, napokon, sportovi koji po svojoj naravi odgovaraju mentalitetu mladih građana Hrvatske. Djeci bi trebalo što češće omogućiti sudjelovanje u organiziranim međurazrednim i međuškolskim turnirima u pojedinima sportskim disciplinama. *(Orijentacija prema profesionalnom vrhunskom sportu kroz intenzivni trening u sportskim klubovima, u koje se djeca uključuju i nekoliko godina prije puberteta, po svemu sudeći povećava rizik skretanja prema zlouporabi droga u vrijeme adolescencije).* Preporučljivo je, naravno, i organiziranje šahovskih turnira, natjecanja u igrama na računalima, a da ne naglašavamo važnost poti-

canja djece na bavljenje različitim umjetničkim aktivnostima (glazba, slikanje, kiparstvo, poezija, gluma itd.). Radom u različitim radionicama, u opremanju kojih bi svojim priložima sudjelovali roditelji, znatno bi se obogatilo društveni život djece, i utjecalo na smanjenje njihova zanimanja za različita neprihvatljiva i po zdravlje rizična ponašanja. Pri uključivanju djece u pojedine aktivnosti, osobito bi pozornost valjalo usmjeriti poticanju uključivanja problematične odnosno visokorizične djece uz snažnu podršku nastojanju da ustraju u tako organiziranom okruženju.

Razvijanje samopoštovanja kod učenika i učenje socijalnih vještina

Naš način ponašanja prema djeci i mladima ne smije ugrožavati njihovu osobnost. Valja im, naprotiv, pristupati s mnogo poštovanja, vještine i osjećaja, uvažavajući njihove vrlo različite naravi i specifične potrebe. Samo takvim odnosom, odrasli mogu zadobiti poštovanje mladih. Zna se da **djeca odbijaju prihvatiti savjete i odgojne mjere onih koje ne poštuju**. U svim navedenim točkama preventivnog školskog programa može se djeci pomoći u njegovanju samopoštovanja. Ukoliko se zna kolika je spremnost adolescenata olako popuštati pritiscima vršnjaka, zbog straha od mogućega odbacivanja ili ismijavanja, i kako često zbog samopotvrđivanja pred njima pokazuju sklonost visokorizičnim ponašanjima, onda provedba te programske točke posebno dobiva na važnosti. **Mlade treba učiti brojnim socijalnim vještinama kako bi se osposobili za odgovarajuće reagiranje u kritičnim situacijama i kako bi bili u stanju samopotvrđivati svoje JA upravo odbijanjem prihvaćanja npr. uporabe cigarete, alkohola ili neke druge droge**. Radom u malenim skupinama može se djecu potaknuti na razmišljanje, zauzimanje stava i donošenje odluke o tome što učiniti, npr. u situaciji kad im znanac, brat ili prijatelj ponudi drogu. Naravno da program **UČENJA SOCIJALNIH VJEŠTINA** treba uključiti mnogo toga: npr. vježbanje samokontrole, ustrajnosti, učene načina pokazivanja osjećaja (drugom spolu, u obitelji), načina rješavanja problema, učiti ih kako razumjeti i izbjegavati nezrele mehanizme obrane osobnosti, učiti ih vještini komunikacije i odupiranju pritisku vršnjaka, učiti ih kako se zdravo zabavljati, prihvatljivo se samopotvrđivati, stvarati i održavati zdrave međuljudske odnose i još mnogo toga. Drugim riječima, treba ih učiti, poticati i odgajati da se zdravo i normalno ponašaju.

Diskretni osobni zaštitni programi

Ukoliko obitelj na bilo koji način zataji u odgoju djeteta, a dom postane nezadovoljavajućim okruženjem za život, i nakon što se raščlambom osobitih psihosocijalnih pokazatelja izdvoji dio visokorizičnih učenika, u svrhu prevencije neuspjeha u učenju i kasnijeg mogućeg skretanja prema uporabi sredstava ovisnosti, treba provoditi **diskretne osobne zaštitne programe**.

Škola bi trebala pratiti sva događanja u životu obitelji učenika kako bi se što prije zamijetilo djecu čiji je život opterećen teškim problemima. U drugoj točki već je spomenuto kakva sve ponašanja i zbivanja u obitelji uzrokuju psihička opterećenja u djece, osjećaj poniženosti i srama. Ukoliko učenik dobro funkcionira, prilagođava se, ispunjava obveze i pritom ne pokazuje prevelika odstupanja u ponašanju i raspoloženju, vjerojatno neće biti većih teškoća. Ali, ako postoje i početni znaci u tom smislu, a poznata je obiteljska pozadina, takvom pojedincu u "normalnom" nastavnom radu **na nenametljiv način treba pokazivati znatno više pažnje, strpljenja, ljubavi, razumijevanja i topline**. Tako valja činiti i kad su u pitanju teže i teško odgojiva djeca.

Kako se u praksi provodi takav diskretni postupak? Koliko je djece u razredu kojima je takav pristup nužan, ako ih želimo ohrabriti na ispunjavanje obveza i ostanak u školi? Procjenjuje se da je takvih učenika u osnovnoj školi barem 15%, odnosno otprilike četiri učenika po razredu. Što, dakle, i kako činiti? Jedna od najutjecajnijih situacija, u kojima se na diskretan način stvara poseban odnos na relaciji učenik-nastavnik i istodobno provodi taj diskretni zaštitni postupak – jest provjera znanja učenika. Postavlja se pitanje treba li učitelj (nastavnik) provjeravati znanje učenika, po reakcijama kojega vidi da nije spreman, a riječ je o pojedincu kojemu je diskretni zaštitni postupak nužan. Što će učiniti dobar pedagog i dobar čovjek koji ima ljubavi i razumijevanja za svu, a osobito za djecu s osobitim potrebama? On učenika NEĆE ispitivati, i to zato što ga ne želi osramotiti i jer zna kako neuspjeh (jedinica) često uzrokuje daljnji gubitak zanimanja za ispunjavanje obveza i otpor odlaženju u školu. **Konačno, ocjena koju je dobio učenik je i ocjena njegovog učitelja koji ga je podučavao određeno gradivo**. Učitelj može, poslije nastave, onako usput reći učeniku: "Danas te nisam pitao jer sam primijetio da nisi spreman. Nisam želio da doživiš neuspjeh. Molim te drugi puta pokušaj naučiti, digni glavu visoko ako si spreman, želim da uspiješ". Učenik uopće ne mora znati zašto je učitelj prema njemu dobar, uviđavan.

No takvim načinom stvara se jedan jak, obostrano obvezujući odnos. Zbog takva pristupa, što može biti izražen i nizom drugih sitnih intervencija i postupaka, učenik će zaključiti: "Imam jednog super-nastavnika. Mnogo mi je pomogao. Nikad me nije povrijedio. Dobar čovjek, da nije njega, nikad ne bih završio školu. On me razumije". Osnova te metode jest stalno poticanje pohvalama (i za male rezultate i pozitivne pomake) učenika u visokorizičnoj kategoriji, kako bi se održavalo njihovu motivaciju za dolaženje na nastavu i za ispunjavanje obveza.

Dobar odgojitelj (pedagog) zna da je mnogostruko bolje poticati djecu na prihvatljiva ponašanja zbog ljubavi prema nekome i nečemu, nego strahom od mogućih posljedica ako učenici ne ispune svoje obveze ili naša očekivanja. Nekritično i olako upisana jedinica kao moćno oružje kažnjavanja u rukama nastavnika dokaz je neuspjeha i nastavnika, i jedan je od mogućih uzročnika gomilanja životnih teškoća i nesreće mladih ljudi. Doživljavanje uspjeha, a time i pohvale, osnova je poticanju samopoštovanja i održavanju unutarnje ravnoteže mladih.

Postavlja se pitanje zašto se valja prikloniti provedbi **DISKRETNOG** pristupa. Što bi se, recimo, moglo dogoditi pride li nastavnik učeniku otvoreno kako bi mu obrazložio svoju želju "da mu pomogne jer je saznao da ima ozbiljne probleme u obitelji" (primjerice da mu je otac nasilan alkoholičar ili da ga je majka, nakon rastave braka roditelja, posve zapustila). Koliko bi god ta nakana bila poštena i dobra, stvari bi se mogle početi odvijati u nepoželjnom smjeru. **Djeca žele izbjeći bilo kakvu stigmatizaciju, ona zbog toga skrivaju kompromitirajuća događanja u obitelji.** Kada djetetu nastavnik pokaže da zna njegovu tajnu, ono će reagirati osjećajem srama i to će ugroziti njegovo samopoštovanje. To bi moglo izazvati kriznu situaciju koju bi poslije trebalo rješavati.

Drugi je razlog protiv takva otvorena pristupa u tome što učenik zaključuje kako se nastavnik odlučuje njime baviti ne zato što je on vrijedan toga, već zato što ima problem, što takvi učenici nerijetko prevode u zaključak "ja sam problematičan". Postupak se, dakle, pokreće zbog životnog problema djeteta, kojeg nastavnik ionako ne može riješiti. Što nastavnik zapravo nudi? Sebe. Kao odgojitelj, on mu se pokušava nametnuti kao zamjena za roditelja. Počinje se stvarati transferni odnos. Ukoliko učenik podsvjesno počne doživljavati učitelja kao roditelja, tada to rezultira razvojem odnosa dijete-roditelj. Ako učenik, pritom, pokuša uspostaviti odnos s nastavnikom u kojem vidi idealiziranu sliku vlastitoga roditelja, takvu je ulogu nastavniku teško odigrati. Učenik će biti stalno frustriran, jer

učitelj neće ispunjavati njegova očekivanja, što će pobuditi prkos i neprovođenje dogovorena programa. Učenik će, štoviše, svojim prkosom ispitivati granice tolerancije svoga novog "roditelja". Budući da nastavnik nije školovani psihoterapeut koji zna što je kontratransfer i kako ga kontrolirati, ne samo da neće razumjeti što se zapravo dešava, već će se obehrabriti i možda odustati od nastojanja da dalje pomaže. Ako učenik od početka u nastavniku "vidi" roditelja koji ga je izigrao i napustio (projekcija odnosa što ga je dijete doživljavalo sa zbiljskim roditeljem), neće biti moguće uspostaviti nikakav odnos, neće biti povjerenja, nego će se pojaviti izrazit otpor i odbacivanje. Takve reakcije učenika nastavnik će još teže razumjeti i možda zaključiti da se bilo kakav dodatni napor oko "takve djece" uopće ne isplati.

Uspije li nastavnik naposljetku ipak uspostaviti doticaj i učenik se osjeti sigurnim i prihvaćenim, nastavniku će biti teško ispunjavati njegova stalna očekivanja i zahtjeve, što će, među ostalim, služiti i za provjeru "da vidim koliko mu je do mene stalo". Imati na takvoj skrbi nekoliko slične djece može teško opteretiti te dobre ljude, osobito ako ne postignu željeni učinak. Budući da rizična djeca češće pokazuju znakove poremećena ponašanja, češće izostaju s nastave, popuštaju u obvezama, ako ih učitelj otvoreno pokriva i pomaže oko rješavanja svakidašnjih teškoća, uskoro mogu imati problema s ostalim učenicima u razredu koji će učitelja proglasiti nepravednim "jer njemu sve oprašta, njemu popušta, a prema nama je oštrij". Može, također, imati teškoća, štoviše sukoba s kolegama koji ne podržavaju njegova nastojanja i koji nemaju motiva da se za bilo kojeg učenika posebno zauzimaju.

Ovdje navodimo samo nekoliko argumenata u prilog provedbi diskretna postupka, koji ne samo da daje bolje rezultate, već i znatno manje opterećuje nastavnike, a ne uzrokuje dodatne teškoće u odnosima ni prema ostalim učenicima, ni prema kolegama nastavnicima. Učitelje (nastavnike) bi trebalo posebnim seminarima motivirati i pripremiti za provedbu ove i svih drugih točki ŠPP.

Zaustavljanje procesa izdvajanja problematične djece

Potrebno je dobro poznavati slijed događaja i sociopatodinamiku procesa koji uzrokuje izdvajanje djece s problemima i njihovo postupno udaljavanje od ostale djece u razredu i školi. **Samo raščlambom uzroka i posljedica (cirkularnim kauzalitetom) moguće je odgovoriti na pitanje zašto ponekad i jedno naoko dobro i mirno dijete odabere za prijatelje tzv. loše društvo, koje će na kraju utje-**

cati da se i samo počne neprihvatljivo ponašati i popuštati u izvršavanju školskih i drugih obaveza, te, recimo, uzimati drogu, baviti se sitnim kriminalom ili se odati skitnji. **Taj proces često počinje stvaranjem loše slike o sebi. Oni koji imaju “negativnu sliku o sebi” pokazuju sklonost neprihvatljivim, rizičnim ili nezdravim oblicima samopotvrđivanja.** Nakon što se učenika s takvim ponašanjem stigmatizira kao “lošeg”, počinje njegovo odvajanje od “dobrih”, on se priklanja društvu onih koji ga prihvataju i daju mu potporu. Nakon što se nađu u okruženju prijatelja s “problemima” unutar te skupine, prihvatit će oblike rizične zabave (npr. napiti se, nasnifati se, nagutati se, napušiti se). **Prihvatanjem normi ponašanja takvog “problematičnog” okruženja, tu će oblikovati svoj sustav vrijednost, način zabave i izgrađivati vlastiti “moralni profil”.** Rezultat takvog sociopatodinamskog procesa odrastanja za nekoliko godina bit će socijalno disfunkcionalna osoba, odnosno bolesna (ovisna) ili delinkventna.

Lošu (negativnu) sliku o sebi djeca mogu početi razvijati zbog niza razloga i na nekoliko načina, od kojih ćemo navesti neke:

- Slijed **neuspjeha (osobito u učenju)** i nemogućnost ispunjavanja osobnih i tuđih očekivanja (roditelji, nastavnici).
- Negativnu sliku o sebi imaju mnogi adolescenti radi **nezadovoljstva svojim tijelom** i načinom njegova funkcioniranja.
- **Ako se dijete odgaja na način da mu se stalno traži i čeka pogrešku** nakon koje slijedi “odgojna” reakcija odgojitelja, uglavnom negativna (“Opet si zabrljao”, “Zar opet?”) a sastoji se od pogrda, galame i kazne (pri čemu se zaboravlja na poticaj pohvalom).
- **Ako dijete odgaja autoritaran roditelj** koji, ističući sebe, omalovažava, ponižava ili zlostavlja sina/kćer.
- **Ako se dijete odgaja naglašeno zaštitnički**, pa radi toga ne razvije vlastiti ego – identitet i potrebnu razinu autonomije, što se kasnije odražava na lakom potpadanju pod utjecaj vršnjaka, a može uzrokovati težak sukob s roditeljima zbog neriješene separacijske krize.
- **Djeca koja pate od osjećaja krivnje i srama zbog kompromitirajućih nečasnih događanja i zlostavljanja u vlastitoj obitelji**, kada procijene da njihova obitelj i brak roditelja nije u redu (a ponekad je tu riječ o pravome paklu), smatrat će i sebe manje vrijednom. Osjećaj krivnje osobito razvijaju ona djeca koja na svaki način pred prijateljima nastoje prikriti “istinu” o vlastitoj obitelji (ako otkriju istinu, boje se da će biti

ponižena, a ako istinu prikriju ili prikažu na način kao da je sve u redu, osjećaju se krivom – jer nisu govorila istinu).

Obitelji opterećene kompromitirajućom tajnom stvaraju se, roditelji gube zanimanje za pozivanjem gostiju, prijatelja, atmosfera je loša (ili svi šute ili se svađaju). Djeca iz takvih obitelji nerado pozivaju prijatelje u svoj dom, jer ne žele da se sazna “istina”. Iz godine u godinu, kako odrastaju, sve više nastoje svoje društvene potrebe zadovoljavati posjetima prijateljima ili će vrijeme provoditi na ulici. Time se postupno otuđuju od vlastitog doma, napušta ih dio prijatelja jer ih nisu pozivali u svoj dom. Što su više izvan kontrole na ulici, njihovo ponašanje postaje problematičnije, u školi su najčešće skloni samopotvrđivati se na neprihvatljiv način, poneki djeluju bahato, pa i nasilno. Slična ponašanja često očituju i mnogi učenici koji zbog bilo kojeg drugog razloga imaju negativnu sliku o sebi. Zato ih se jednostavno proglašava lošim momcima i djevojkama, ili problematičnom djecom. Roditeljima se savjetuje da pripaze na svoju djecu da se ne bi družila s tom problematičnom djecom. Time se proces njihova otuđenja i marginalizacije samo ubrzava. **Što se, dakle, može učiniti da se taj proces izdvajanja i izoliranja visoko rizičnih ne dogodi ili da ga se zaustavi?** Znatno prije no što se počne očitovati teži poremećaj u ponašanju djeteta i prije no što ga proglase “lošim”, na taj proces valja utjecati organiziranim angažmanom roditelja i druge djece. Roditelje uspješne i zadovoljne djece treba poticati da ne zabranjuju druženje svojih sinova ili kćeri s tom potencijalno problematičnom djecom, već da im otvore vrata svojih domova. Time djeca dobro kontrolirana ponašanja stječu iskustvo druženja s djecom koja se od njih u nekim elementima ponašanja mogu i znatno razlikovati. Roditelji pritom trebaju nadzirati to druženje. Prihvaćajući tu djecu opterećenu životnim problemima, mogu ih u mnogim stvarima dobro savjetovati. Svojoj će djeci protumačiti neke uzroke njihova ponašanja, ali i moguće posljedice ako takvo ponašanje ne izmijene. U takvome učenju, “dobra” djeca postaju kritičnija, a negativni obrasci samopotvrđivanja “problematičnih” postaju im manje dopadljivi.

Škola može znatno pridonijeti provedbom diskretnih zaštitnih programa, te utjecajem na roditelje takvih učenika povećavati njihovu motivaciju da što redovitije dolaze u školu i ispunjavaju svoje obveze. **Nikako se ne bi smjelo dogoditi da škola svojim reakcijama i stigmatizacijom takvih učenika ubrza proces njihova izdvajanja u skupine “problematičnih” od kojih ostalu djecu treba štititi.** Izbacivanjem takvih učenika iz škole pred školu,

na ulicu, bitno se povećava društvena opasnost, pa i rizik skretanja prema zloporabi droga i/ili delinkvenciji.

Razred kao terapijska zajednica

Ukoliko poduzetim preventivnim mjerama ipak ne uspijemo zaustaviti proces koji uzrokuje da pojedini učenik postane “problemom razreda”, mnogo se može učiniti ako **razrednu zajednicu** vodimo i **iskoristimo kao terapijsku zajednicu**. Koliko je god svaki pojedinac odgovoran za razred, toliko je i razred kao skupina mladih, zajedno s učiteljem (razrednikom) odgovoran za pojedinca s osobitim potrebama. Tu se metodu primjenjuje kako bi se “problematično” dijete zadržalo u procesu redovitog školovanja, a da istodobno skrb o njemu ne naštetiti drugim učenicima. Satove razredne zajednice treba što prije uklopiti u tjedni program rada jer bi to omogućilo stavljanje na dnevni red dobronamjerne analize problematičnog ponašanja pojedinog učenika kojem, npr., prijeti isključivanje iz škole ili izricanje ukora zbog izostanaka s nastave. **U provedbi takva postupka treba i te kako paziti da se na bilo koji način dodatno ne ugrozi dignitet takvih učenika i njihovih obitelji**, koji ionako imaju negativnu sliku o sebi, možda već osjećaju stigmatu da su “loši”, i u odnosu na većinu vršnjaka u mnogo čemu se osjećaju inferiornim (neuspješnim), pa im je i samopoštovanje narušeno. Kako se to postiže? Tako što ćemo mu jasno dati do znanja kako ga shvaćamo i prihvaćamo kao prijatelja u nevolji za kojega nam je stalo da ostane među nama, ali škola je sustav koji djeluje po pravilima te postavlja razumne granice do kojih pojedinac u svome ponašanju može ići. Prijeći tu granicu znači izložiti se riziku npr. isključenja (samoisključenja). Učeniku se mora jasno pokazati da ga ne smatramo lošim čovjekom, moramo istaknuti i njegove dobre osobine i pohvaliti ga zbog njih, trebamo reći da shvaćamo kontekst problema u kojima se dogodilo skretanje (ne treba pritom javno analizirati te uvjete, kako se ne bi ugrozio ugled njegovih roditelja i obitelji). Nakon toga počinje rasprava o onim elementima neodgovornog ili neprihvatljivog ponašanja učenika što ugrožavaju njegov položaj i perspektivu, te otežavaju odvijanje nastave i stvaraju lošu sliku o razredu. Nije dakle on “loš”, već je loše za nj što se u tim i tim elementima ponašanja posve približio ili čak prešao granicu, pa je to napokon izazvalo ovu intervenciju.

U smirenom i ozbiljno vođenom razgovoru koji vodi razrednik, od razreda se očekuje prijedlog programa za rješavanje problema. O programu se raspravlja javno,

“problematičnog” učenika potiče se da izrazi vlastito mišljenje i prijedloge u vezi s rješavanjem krizne situacije. Te “pregovore” razreda i pojedinca, koji mora pritom biti u položaju subjekta, mora se dovršiti dogovorom (ugovorom kojeg se može i napisati i potpisati). U tome dogovoru jasno se označuje zadaće razreda i pojedinih učenika koji su ponudili neposrednu pomoć: npr. u učenju, kako bi se ispravilo negativne ocjene, u organizaciji slobodnog vremena i rekreacije, određuje se tko će voditi brigu da on ne zakasni na nastavu, tko će ga pozvati kući vikendom radi učenja i igre, tko će biti uza nj za vrijeme odmora i sl. Roditelje treba poticati da podrže dogovoreni program razredne zajednice. Rasprava se zaključuje dogovaranjem sljedećeg sastanka na kojemu će se vrednovati učinjeno. Valja upozoriti kako ne treba očekivati velik učinak već nakon tjedan-dva. Ali i za male pozitivne pomake treba pohvaliti i učenika s problemom, i razred za spremnu pomoć. Ponovna rasprava daje pojedincu i razredu još jednu priliku.

Primjenom takvog odgojnog rada, učenici postaju subjekti u rješavanju osobnih problema svojih kolega, i razreda kao cjeline (cilj je RAZRED BEZ NEUSPJEHA). Učenici time dobivaju na važnosti, mogu pokazati svoju dobrotu. **Takvim se pristupom uspostavlja nadzor nad problematičnim ponašanjem pojedinca**, čime se sprječava da se on nametne kao mogući vođa s kojim se dio učenika može identificirati. Skrb o pojedincu kojemu se “progledava kroz prste” i više dopušta, kako bi ga se zadržalo u školi i time pomoglo, uz takav postupak učenici neće shvatiti kao nepravdu prema sebi, jer su oni jači i više mogu i zato se od njih očekuje više nego od tog ili tih dvoje ili troje pojedinaca. Ako bi se takav zaštitni program dogovorilo iza leđa učenika, u zbornici ili s ravnateljem škole, učenici bi se s razlogom mogli buniti da se pojedincu odveć dopušta i da je to nepravda prema njima, što bi moglo uzrokovati da i sami popuste u ponašanju. **Odluka da se “problematični” tinejdžer jednostavno isključi iz škole, a na koju razred jednostavno nije mogao utjecati, najčešće stvara revolt i neodobravanje većine učenika.**

Usporedo s radom u razredu, valja individualno raditi i s obitelji. Razrednik (ili stručni suradnik škole) mora poticati roditelje da učine napor kako bi uspostavili nadzor nad svojim djetetom, čije ponašanje prelazi dopuštene granice škole. Ukoliko je roditelj odveć popustljiv ili odveć autoritativan, treba očito promijeniti taktiku odgoja. Mnogi roditelji za probleme s djecom odgovornost prebacuju na školu, očekujući oštrij postupak s djecom (jasno da neki misle posve suprotno). Vrlo je opasno zahtijevati da učitelj bude onaj koji kažnjava, jer to može opa-

sno ugroziti njegov odnos s razredom. Učenici se opiru prestrogoj školi koja kažnjava njihova prijatelja, oni se mogu s njim solidarizirati, dajući mu otvorenu podršku i poticaj da se nastavi ponašati prkosno i neprihvatljivo. Oni ga zapravo instrumentaliziraju, dajući mu položaj objekta posredstvom kojeg prkose autoritetu škole (ili pojedinih nastavnika). Na kraju takav pojedinac (i možda još poneki njegov prijatelj koji mu se otvoreno priklonio) plaća cijenu, a ostali se povlače, štiteći vlastite interese i položaj.

Opisanim postupkom u školi se može rješavati i problem s učenicom za kojeg se saznalo da iskušava drogu. Premda će se možda učiniti kako bi isključenje učenika koji uzima drogu moglo djelovati preventivno na ostale, najčešće nije tako. Najprije zato što učenik izbačen na ulicu ima vrlo male šanse za povratak. Više nema organizirana sustava koji će se njime pozabaviti (a obitelj je ionako izgubila kontrolu). On će, sada posve slobodan od obveza, razvijati svoju (ovisničku) "karijeru", povećat će njegovo zanimanje za drogu i upravo će se time samopotvrđivati pred vršnjacima u svojoj bivšoj školi. Mnogi učenici će mu se diviti i on će na njih izvan svake kontrole društva dalje utjecati negativno – problem će se, dakle, širiti. **Učenici skloni drogama, poučeni "sudbinom" svoga izbačenog prijatelja, samo će još lukavije skrivati vlastiti odnos spram droge kako bi izbjegli disciplinske mjere.** Ostali učenici, znajući koliko svom prijatelju mogu naštetiti, neće surađivati sa školom, nego će ih na svaki način štiti jer ne žele biti "cinkeri". Ako je uzimanje droge prikazano kao vrlo opasno, upravo će visokorizičnim učenicima biti osobito privlačno samopotvrđivati se upravo tako, jer se takvo ponašanje ocjenjuje hrabrim i posebnim.

Svjesni posljedica ako se problem otkrije, učenici će čuvati tajnu misleći da time pomažu kolegi, a škola će biti mirna jer "nema problema s drogom". Škola koja tako zapravo skriva problem povećava opasnost širenja uporabe droga. **Škola koja NE SKRIVA problem već ga otvara i rješava, pridobiva povjerenje djece koja postaju suradnici u njegovu suzbijanju.** Takva će škola znatno prije, i češće od samih učenika koji istinski žele pomoći pojedincu da prestane s drogom, dobivati obavijesti bez kojih je nemoguće pravodobno pokrenuti preporučene intervencije.

Rano otkrivanje dječje depresije i neuroza

Kako bi se izbjeglo samoliječenje psihičkih smetnji uzrokovanih uporabom droga, škola bi uključivanjem liječnika školske medicine, zatim psihologa i drugih stručnih suradnika, trebala **što ranije otkrivati ozbiljne psihološke pro-**

bleme učenika kako bi se provelo stručnu dijagnostiku i odgovarajuće liječenje. Pritom treba istražiti uzroke poremećaja (vanjske i unutarnje) kako bi se izbor načina skrbi o takvim učenicima prilagodilo osobitim potrebama. Ukoliko su obiteljski problemi uzrok depresije ili neuroze, treba pokušati provoditi obiteljsko liječenje o čemu škola mora savjetovati roditelje.

Djeci koja su u ratu doživjela tešku životnu tragediju, pa se reaktivno razvila depresija i neuroza, potrebna je odgovarajuća psihološka pomoć i podrška u duljem razdoblju, ponajprije primjenom **diskretnih zaštitnih programa**, a, po potrebi, i dodatnih izvanškolskih stručno vođenih terapijskih mjera.

Rano otkrivanje dječje depresije i poduzimanje specifičnog liječenja od strane stručnjaka može znatno **smanjiti rizik samoubojstva. Gubitak interesa za nastavu, izostanci, povlačenje u sebe, agresivnost, često se pogrešno tumači kao poremećaj ponašanja, pa se reagira disciplinski, što samo pojačava depresiju i povećava rizik uzimanja droga i samoubojstva.**

Pomoć u rješavanju kriznih situacija (neuspjeha)

U iznenada nastalim kriznim situacijama (u obitelji, školi, društvu), a osobito nakon doživljenog neuspjeha (u učenju, emocionalnim vezama i sl.), učenicima treba pokazati razumijevanje, uz potporu i pomoć dok se problem ne prebrodi. Poznato je koliko se u takvim uvjetima povećava rizik od suicidalnog ponašanja, da i ne spominjemo slabost spram alkohola i drugih sredstava ovisnosti. U kriznim situacijama učenici pokazuju gubitak koncentracije i motivacije za učenje i mogu zakašnjavati, izostajati sa nastave i prkosno se ponašati. Nagli pad u navedenom smislu je signal i vapaj djeteta za pomoći koji pedagoški stručnjaci moraju ispravno protumačiti. Poduzimanje disciplinskih mjera i nastavljanje sa zahtjevima u smislu izvršavanja obaveza kao da se ništa ne događa, može uzrokovati teške posljedice i dodatno narušavanje psihičkog stanja djeteta. U takvim situacijama neki tinejdžeri u kratko vrijeme, ukoliko nemaju potporu i pomoć u rješavanju problema od strane stručnjaka škole, nakupe po nekoliko negativnih ocjena i neopravdanih sati radi nedolaženja na nastavu, što im postaje dodatni nepodnošljiv teret i pritisak. Uzimanje tableta, droge i alkohola može biti posljedica neadekvatnog reagiranja onih koji su mlade dužni shvatiti, razumjeti ih i pomoći im. Premda se u takvim slučajevima mnogo može učiniti i diskretnim postupkom, u određenom će razdoblju pomoći i osobni doticaji – **razgovori sa**

školskim psihologom i razrednikom. Ukoliko učenik ne nadvlada problem, potrebno je njemu i njegovoj obitelji sugerirati korištenje dodatne **stručne pomoći specijalista za psihološke probleme mladih.**

Uloga škole u terapiji osoba koje uzimaju droge i u sprječavanju distribucije droga

Ako se dogodi da neki učenik, uzimajući drogu, počinje razvijati kliničku sliku ovisnosti, škola sama uglavnom neće moći provoditi terapijski postupak. Bit će potrebna **pomoć specijaliziranih stručnjaka (uglavnom u centru za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti i školskih liječnika).** Stručnjak centra koji nakon provedene dijagnostike provodi postupak utemeljit će mikrotim suradnika, u kojem će važno mjesto imati i predstavnik škole. Istodobno će se provoditi i **obiteljski postupak.** Zadaća je škole učiniti napor kako bi se učenika zadržalo u programu redovita školovanja, uz stalnu asistenciju razreda i nastavnika. **Program često valja prilagodivati mogućnostima takvog bolesnika.** Škola se ne treba bojati imati takve učenike. Ako su oni prihvaćeni i ako im se daje kvalitetnu podršku, to će samo povećati njihovu motivaciju da se odgovornije ponašaju, te ulože napor više u uspostavi i održavanju apstinencije. Program treba provoditi trajno i strpljivo; **razred kao terapijska zajednica** tu može mnogo učiniti. Škola treba znati da je ovisnik ispred škole znatno opasniji za ostale učenike nego onaj u školskoj klupi. Školski liječnik mora biti uključen u program, osobito kada se radi o početnim konzumentima. **Rezultate tretmana valja objektivno provjeravati provedbom toksikološke analize urina.** To je bolje nego optuživati ili dvojiti uzima li drogu još ili apstinira.

Nastavnici na posebnim seminarima moraju naučiti kako što ranije prepoznati učenike koji uzimaju droge, premda će u otkrivanju problema najviše pomoći informacije drugih učenika, uspostavi li se takav odnos povjerenja. Osim brojnih nespecifičnih znakova što pobuđuju samo sumnju, promatranjem učenika valja primjećivati i specifične znakove. **Učenici će rijetko doći na nastavu pod jačim djelovanjem neke droge.** Ako se to ipak dogodi, neće biti teško zaključiti da je on "nešto uzeo". Mnogo je droga s vrlo različitim djelovanjima, pa za nastavnika nije bitno pogoditi o čemu je riječ – **važno je razložno posumnjati, te pokrenuti dijagnostički postupak.**

Mnogo se raspravlja o mogućnosti uvođenja **kontrole urina učenika na prisutnost metabolita droge.** Bilo je prijedloga da se osigura obavezno, sistematsko testiranje svih

učenika. Pri takvim razmišljanjima trebalo bi si postaviti nekoliko pitanja: 1. Tko bi to radio? 2. Koliko puta i kada bi se to radilo? 3. Na koje droge bi se provodilo testiranje? 4. Gdje bi se to radilo? 5. Tko bi to plaćao? 6. Koga bi trebalo pitati za suglasnost da se to provede kod malodobne osobe? 7. Što bi time zapravo postigli i što bi činili nakon što bi eventualno otkrili tragove metabolita droge kod određenog broja učenika? Stav je stručnjaka da masovno i obavezno testiranje učenika na droge ne dolazi u obzir. Roditelji su ti koji u okviru Konvencija o temeljnim ljudskim pravima i slobodama građana odlučuju što se smije a što ne smije činiti s njihovom djecom. Uzimanje urina zadire u intimu i privatnost osobe. Roditelje i učitelje treba poticati da pažljivim promatranjem ponašanja učenika postave sumnju na mogući abuzus droga. U takvim slučajevima kontrola urina na droge je dobro došla, no ta bi se dijagnostička mogućnost trebala provoditi isključivo individualno u okviru medicinskog postupka zaštićenog liječničkom tajnom. Ono što je najvažnije jest, što će uslijediti kao oblik intervencije nakon što saznamo i potvrdimo da netko uzima drogu. Tko će i kako intervenirati? Gdje su stručnjaci koji će kvalitetno reagirati? Ako bi npr. samo jednom u nekom razredu, uz privolu svih roditelja odlučili provesti testiranje na droge, što bi učinili ako bi pojedini tinejdžeri odbili dati urin? Ili, što bi učinili s onima koji bi dali urin a nalaz bi bio potvrda da je učenik konzumirao (jučer ili možda prije tjedan dana) neku drogu? Što bi učinili ako bi ustanovili da se drogiralo 10 ili 20% učenika? Što bi savjetovali roditeljima da učine? Što bi s učenicima koji su uzeli drogu trebali činiti nastavnici ili kako bi trebala reagirati škola kao ustanova? Da li, sukladno statutu škole, isključivati učenike? Ako ništa ne poduzmemo, čemu onda kontrola urina? Ili, ako učenici spoznaju da se ništa nije dogodilo nakon kontrole urina, mogu pomisliti da se i dalje mogu ponašati kako žele i bez straha od nekih sankcija.

Što učiniti s učenikom kada se dobije nepotvrđena dojava da trguje drogom? Kad je posrijedi malodobna osoba, cilj je provedbom postupka (razred – terapijska zajednica), u suradnji s obitelji, pokušati istražiti i riješiti ozbiljan problem. Ako učinak izostane, a postoji osnovana sumnja da učenik zaista nastavlja s ilegalnom trgovinom, poželjno je uplitanje socijalne službe, uz obavještanje Odjela za suzbijanje maloljetničke delinkvencije MUP-a. Vrlo će rijetko biti potrebno pozivati policiju da intervenira neposredno u školi. Ako se protiv maloljetnika pokrene sudski postupak, opet će cilj biti pomoći mu da promijeni svoje ponašanje jer se samo represijom rijetko postiže trajniji učinak. **Mikrotim koji prati takvog učenika, kojemu se obi-**

čno izriče i mjeru pojačane skrbi i nadzora, ustrajnim će postupkom najčešće uspješno riješiti problem. Prenagljenim isključenjem iz škole samo smo povećali rizik i ubrzali njegov put prema kriminalu. Nastavnici bi trebali, nakon otkrivanja učenika koji se bavi drogom, izbjegavati bilo kakve pretjerane reakcije, kako ne bi takvo ponašanje i takve učenike stavili u položaj kakav bi na druge mogao djelovati nepovoljno. Pritom se može dogoditi da učenika koji ima problema zbog uzimanja droga, ako ga se javno napadne, drugi učenici dožive kao heroja s kojim se poistovjećuju. S druge strane, ako ga prihvate odveć zaštitnički i tolerantno, to može potaknuti još ponekog učenika da upravo na takav način izbori položaj u kojemu će se škola baviti njime. Problem u svezi droga treba gledati kao svaki drugi problem čovjeka u današnjemu suvremenom društvu te ga, zbog opasnosti po pojedinca i po društvenu zajednicu, valja rješavati dosljedno i uporno uz izbjegavanje bilo kakvih nepotrebnih štetnih posljedica radi neprimjerenog pristupa.

Što činiti s onima koji su napustili školu?

Ukoliko je, unatoč svim poduzetima mjerama, učinak izostao i učenik je na kraju ili sam prekinuo pohađati školu ili je bio isključen, potrebno je planirati djelatne mjere kojima se koliko-toliko može ublažiti rizik socijalnog propadanja tih adolescenata. **U skrbi o toj visokorizičnoj mladeži trebali bi svoje uloge odrediti Državni zavod za obitelj, materinstvo i mladež, te druge institucije socijalne zaštite.** Među njima je velik broj uzimatelja droga, pa i ovisnika. Posrijedi su maloljetnici koji se ničim ne bave organizirano, a posve su slomili kontrolu svojih obitelji (ili ostataka obitelji). Hrvatska bi trebala izraditi posebne socijalne programe organizirane stručne skrbi za taj dio mladeži. Škole bi trebale znati kome će dati obavijest o svome učeniku koji ih je napustio ili kojeg su morali isključiti. Stav je Komisije za suzbijanje zlorabe droga Vlade RH da bi o toj kategoriji "bivše" školske djece organiziranu društvenu skrb imao voditi ustanove socijalne skrbi i Državni zavod za materinstvo, obitelj i mladež, pod uvjetom da je stručno osposobljen za kreiranje takvih programa, koje bi u najvećoj mjeri na lokalno razini provodile NGO.

Osnove metodološkog pristupa u provedbi specifične izobrazbe u prevenciji širenja zlorabe droga

Specifični edukativni programi moraju biti sastavni dio ukupnih nastojanja i djelovanja društva koja se poduzimaju zbog zaštite i unaprjeđenja duševnog i tjelesnog zdrav-

lja, te društveno (i ekološki) prihvatljivog ponašanja mladih. Pritom je najvažnije pronaći prihvatljiv način utjecanja na djecu u procesu odrastanja i izgradnje vlastitog sustava vrijednosti da je od svega u životu zdravlje ipak najvažnije te da čovjek sam, ako je svjestan i za to osposobljen, najviše može pridonijeti zdravom i dugom životu izbjegavajući štetna i rizična ponašanja. Kako u javnosti na prihvatljiv i utjecajan način afirmirati prednosti zdravog stila življenja i etički vrijednog načina ponašanja kada to djeca ne vide u ponašanju ogromnog broja odraslih, kada posve suprotno gledaju u medijima i gdje god se okrenu? Zato programi **osposobljavanja pojedinca za samozaštitu zdravlja kroz školski sustav predstavljaju temelj strategije zaštite zdravlja u društvu općenito**. Djecu se kroz isti sustav treba osposobiti za pružanje pomoći i zaštite onih koji su u našoj blizini (načela samopomoći i uzajamne pomoći), jer ako u tome uspijemo manji će biti rizik da će pojedinac olako prihvatiti negativan utjecaj drugih u oblikovanju vlastitog ponašanja koje se tiče zdravlja.

Na uzimanje droga u mladih utječu obrasci ponašanja odraslih, s time da dio mladih daje prednost sredstvima koje se smatraju drukčijima, modernijima i društveno neprihvaćenima (ilegalne droge), dok odrasli radije ostaju pri tradicionalno prihvaćenju drogi (alkohol, duhan). U obrazovnim programima valja izbjegavati naglašavanje generacijskih razlika što, među ostalim, utječe na izbor vrste sredstva. Ukupan problem ovisničkog ponašanja treba obrađivati u sklopu još šire teme: **Štetna, visoko rizična ponašanja ljudi kako i zašto ih izbjegavati?** Tu je riječ o rizicima u prometu, pri (ne)poštivanju zakona, u načinu ishrane, u seksualnom ponašanju i sl. Podtema se bavi problemima u vezi s uporabom sredstava ovisnosti pri čemu se cjelovito obrađuje pitanje PIJENJA ALKOHOLA, PUŠENJA DUHANA I NAPOKON, UZIMANJE ILEGALNIH DROGA.

Obrazovni programi trebaju povećati razumijevanje mlade osobe u **procesu donošenja vlastitih odluka u različitim (posebno u problematičnim) životnim situacijama**. Mladim je ljudima potreban dobro utemeljen savjet, ali je znatno važnije naučiti ih kako iskoristiti vlastitu psihičku energiju i razum za uzročno-posljedičnu procjenu svoje situacije, te za svjesno i samostalno donošenje neopozive odluke, osobito u pitanjima o kojima će ovisiti kvaliteta njihovog budućeg života. Drugim riječima, valja ih naučiti kako da najbolje upravljaju sobom. Ako pritom imaju visoku razinu samopoštovanja, rizik da učine nesmotren korak bit će znatno manji. **Donošenje odluke u vezi s jednim aspektom zaštite zdravlja (primjerice oda-**

brati nepušenje kao način ponašanja), pomaže u razvijanju načela po kojima će reagirati i na ostalim područjima zdravstvenog odgoja.

Obrazovni programi imaju važnu ulogu u oblikovanju valjanih stavova i u odnosu na uporabu pojedinih sredstava ovisnosti. Ti programi moraju početi već u predškolskim ustanovama, čime se mnogo lakše utječe na proces stvaranja stavova. Teško je mijenjati već oblikovane stavove. Ako mladi stvore stav da je "trava" bezopasna, da uz neke droge život postaje ljepši, da alkohol u manjim količinama nije štetan i sl., vrlo je teško zaštititi ih od iskušavanja tih sredstava. No, objektivnim i nepristranim izvješćivanjem može ih se potaknuti da razmisle i pokušaju promijeniti svoje stavove.

Informacije treba prenositi na način koji potiče na razmišljanje, umjesto da ih se zastrašuje. Buđenje takvih afektivnih reakcija samo pojačava izazov da se isproba nešto što je tako "strašno i opasno". **Podjednako loše djeluje senzacionalistički način prikazivanja bilo kojeg aspekta problema droga. Ilegalne droge treba demistificirati,** jer nije problem u njima – mnoge su, štoviše, korisne čovjeku (u medicini) – problem je u odnosu čovjeka prema njima. Ne treba se boriti protiv tih kemikalija, već za zdrav i normalan život pokraj njih.

O samim drogama najbolje je govoriti kao o vrstama kemijskih tvari s psihoaktivnim djelovanjem. Drogiranje treba pojmovno izjednačiti sa svjesno izazvanim otrovanjem mozga i tijela. Ugodu, zadovoljstvo što ga pojedinac osjeća pod djelovanjem droge valja tumačiti kao simptome trovanja mozga, odnosno znacima poremećaja funkcije mozga što je posljedicom poremećene neurotransmitterske aktivnosti središnjeg živčanog sustava. Zato i spomenuto zadovoljstvo ili uroda nije ništa drugo nego iluzija ili bolesno oponašanje istinskog, zdravog životnog zadovoljstva, bijeg u virtualnu stvarnost.

Izobrazbu učenika provodit će dijelom **posebno osposobljeni nastavnici** na svojim predmetnim ili na satovima razredne zajednice, a dio će programa provoditi **dodatno obrazovani stručni suradnici škola (psiholozi, pedagozi) i vanjski stručnjaci** (osobito školski liječnici i oni koji će raditi u centrima za prevenciju i liječenje ovisnosti). **Pritom valja obratiti pozornost da se ne dopusti ulaz u školu, u svrhu obavljanja takvih djelatnosti, osobama čiju stručnost i kompetentnost za tako osjetljiv i odgovoran posao nije potvrđena i provjerena.** To bi trebao biti preduvjet za dobivanje suglasnosti, ponajprije od Ministarstva prosvjete i športa, Ministarstva zdravstva i Komisije za suzbijanje zlorabe droga Vlade Republike Hrvatske.

Poznato je da utjecaj novih spoznaja na stvaranje i mijenjanje stavova najviše ovisi o povjerenju u njihov izvor. Zato **osobe koje se obraćaju mladima moraju biti i uzorni modeli za identifikaciju, a to ni u kom slučaju ne mogu biti liječeni ovisnici, čak i kada su uspješno rehabilitirani.** Njihova nazočnost u školi i eventualna direktna komunikacija s učenicima (tinejdžerima) došla bi izuzetno u obzir samo u slučaju ako bi razgovor s njima bio vođen uz neposredno posredovanje kompetentnog stručnjaka. Stručnjaci ne smiju ostaviti dojam da u pozadini imaju neke svoje interese što ih nastoje zadovoljiti baveći se tim poslom. Nužno je s mladima uspostaviti odnos povjerenja, treba im se obraćati tako da osjete kako ih razumijemo, volimo i poštujemo. Nikakvo nametanje vlastitog stava neće dati rezultata. **Vrlo važna komponenta edukacije mladih je njihov vlastiti angažman u tome, prema načelu mladi za mlade.**

Sve odgojne i obrazovne programe s mladima mora se provoditi stalno, tijekom cijeloga razdoblja školovanja. Usporedo valja raditi i s roditeljima. Nastavnici i drugo osoblje koje sudjeluje u takvim programima također mora biti stalno prisutno, a tijekom izobrazbe će stalno propitkivati vlastite stavove i ponašanja kako bi u identifikacijskom smislu bili za učenike što prihvatljiviji. Jedan nastavnik ili liječnik s mladima ne može raspravljati o pitanjima droga ako o tim stvarima zna manje nego oni ili ako je i osobno sklon ovisničkom ponašanju (npr. teški pušač ili alkoholičar). Ako je tako, bolje je da se i ne pokuša baviti takvim poslom, jer će učiniti više štete nego koristiti.

Kvaliteta utjecaja poruka (verbalnih i neverbalnih) i informacija (znanja) umnogome ovisi o njihovom sadržaju, te o načinu prenošenja. Problemima u svezi droga i ostalih sredstava ovisnosti valja se baviti u kontekstu brojnih drugih problema mladog čovjeka u procesu odrastanja. Najbolje je da se obrazovni rad provodi licem u lice u manjim skupinama, uz mogućnost raspravljanja o spornim pitanjima. **Stručnjak koji omogućuje mladima odgovor na sva zanimljiva pitanja o drogama mora biti uistinu dobro pripremljen kako načinom na koji će odgovarati na pitanja ne bi povećao njihovo zanimanje za isprobavanje droge (ili nastavak uzimanja).** U svakom slučaju, bolje je da učenici dobiju objektivne obavijesti od stručnjaka nego da svoje stavove oblikuju pod utjecajem onih kojima je cilj širenje uporabe droga (*dealera*, ovisnika, tiska, filmova i sl.). Treba što manje raspravljati o samim (vrstama) droga, dozama, načinima pripreme, uzimanja, nabave. **O doživljavanju djelovanja droga (kako se čovjek osjeća kada uzme drogu) može se govoriti, uzgred, pri-**

mjenjujući hladno stručno nazivlje. Ne treba naglašavati kako se trgovinom drogama može dobro zaraditi. Poznato je da mladi primaju informacije vrlo selektivno, prihvaćajući i pamteći izvan konteksta svega što je rečeno, samo ono što tog trenutka odgovara njihovim željama. Zato raspravu valja nenametljivo usmjeravati prema **analizi motiva i situacija u kojima se događa iskušavanje droga, zatim na tumačenje načina štetnog djelovanja droga u našem mozgu (tijelu), na način i uzrok razvoja ovisnosti kao samopodržavajućeg procesa te, napokon, svih posljedica** (zdravstvenih, psiholoških, socijalnih, zakonskih, ekonomskih, etičkih) što zbog uzimanja droga mogu zadesiti pojedinca, njegovu obitelj i društvo. O svim tim pitanjima obrazovatelj mora znati zaista mnogo. Mladi, koji su najrizičniji za uzimanje droga kao i oni koji ih već uzimaju, o drogama znaju mnogo više od ostalih. Ta su znanja u nekim elementima posve kriva i stručnjak ih treba pokušati pažljivo korigirati. To uopće nije jednostavno, kada su u pitanju adolescenti. Dovoljno je da samo u jednome pitanju da krivi (netočan) odgovor pa da dovede u pitanje vjerodostojnost svega prije rečenog.

Valja znati da mlada osoba istodobno živi i sudjeluje u različitim društvenim sustavima, te je pitanje koji će od njih biti najutjecajniji (obitelj, škola, crkva, novine, TV, prijatelji). Često su mlade osobe istodobno izložene djelovanju proturječnih obavijesti, što samo može povećati zbrku u kojoj će svatko odabrati ono što mu najviše odgovara. Slične će reakcije izazvati i razlika između usmene poruke što je prenosi odgojitelj i onoga što mladi primjećuju u njegovu osobnom ponašanju. Recimo da im odgojitelj savjetuje izbjegavanje alkohola i pušenja duhana, a da osobno nije uspio razriješiti taj problem – djeca to dobro znaju. **Nastavnik, liječnik ili roditelj uzorna ponašanja i zdrava stila života, kojeg djeca vole i poštuju, svojim će primjerom, i bez ijedne izgovorene riječi, dati u preventivnom smislu izuzetno vrijedan doprinos.**

Ako je poznato što je sve mlada osoba ponekad u stanju učiniti, pa i žrtvovati, kako bi bila prihvaćena u skupini vršnjaka i prijatelja s kojom je emocionalno povezana i u kojoj nalazi mjesto zadovoljavanja svojih vrlo važnih potreba, jasno je da bi i preventivni programi morali mladima preporučivati i omogućavati takav stil življenja u kakvom bi oni još više i kvalitetnije mogli zadovoljavati osebudne mladenačke potrebe, i pripremiti se u tom razdoblju za stasanje u sigurnu, zdravu, moralnu, normalnu i zadovoljnu odraslu osobu. Budući da su djeca uglavnom apstinenti i uglavnom se ponašaju zdravije od

odraslih, **nikako im ne bi trebalo kao rješenje nuditi koncept tzv. umjerene potrošnje sredstava ovisnosti.** Treba im otvoreno reći kako su posljedice uporabe tih sredstava to opasnije što se ranije dijete (mlada osoba) izloži njihovom djelovanju. Odrasli im zabranjuju piti, pušiti i drogirati se, ali ne zato što su djeca, već zato što je to za njih uistinu veoma štetno. U tom preadolescentnom razdoblju, dakle u vrijeme dok su još čista, treba ih odgojiti da oblikuju ispravnije stavove od onih u svijetu odraslih te, tako osposobljeni, donesu odluku drogama reći NE i budu mudri te ne počnu, jer je put u ovisnost svaki današnji ovisnik, a da to uistinu nije ni pretpostavljao, počeo onim prvim nespretnim korakom – **prvim eksperimentom.** Zdrava ljudska priroda mora nastojati uistinu ovladati sobom, mora učiniti napor da u tomu stalnom izazovu izbora donese odluke koje će joj pomoći da trijezno i svjesno istražuje fenomen života, smrti i svijeta u kojemu se sve to događa kako bi svojom kreativnom, pokretačkom energijom dao barem malen doprinos promjenama što će njemu samom, ali i njegovim bližnjima osigurati dobro danas i još bolje sutra.

Organizacija, provođenje i evaluacija školskih preventivnih programa

OBITELJ je, htjeli mi to priznati ili ne, ispred svega i iznad svega, mjesto pripreme djeteta za život. Ukoliko je ona disfunkcionalna ili razorena, kvaliteta te pripreme će najčešće biti slaba. Svaki bi roditelj vlastitu savršenu obitelj trebao graditi, među ostalim, prema slici što je sanjaju njihova djeca. Bavljenje djecom i odgoj najodgovorniji je posao kojeg valja sve više i bolje poznavati, pa se za uspješno roditeljstvo treba odgovarajuće od malena pripremati i osposobljavati. **Zloraba droga vrlo je često posljedica pogrešna odgoja, te simptom bolesti obitelji i društva.**

Škola je mjesto na kojemu se propuste u obitelji ispravljati ili dalje pogoršava. Školu treba osposobiti za tu drugu mogućnost. Školu treba učiniti mjestom u kojem će se pomoći djetetu u osposobljavanju za nekoliko najvažnijih životnih uloga (profesija je samo jedna od njih). Nije, dakle, dobro da škola djecu uči samo o životu; **djecu je najvažnije naučiti zdravo živjeti** i što dulje preživjeti.

U Nacionalnom programu suzbijanja zlorabe droga Ministarstvo prosvjete i športa razradilo je poseban program djelovanja koji, među ostalim, zahtijeva da svaka predškolska ustanova i škola ima razrađen vlastiti program

provedbu kojeg trebaju podržavati svi djelatnici. **Ravnatelj škole i imenovani voditelj ŠPP-a kao članovi malog školskog povjerenstva za suzbijanje ovisnosti odgovorni su za uspješnu provedbu programa, sukladno doktrini Nacionalne strategije.** U samoj provedbi programa najznačajniju ulogu imaju **razrednici i stručni suradnici škola** (psiholozi, pedagozi, defektolozi). Od njih se očekuje da će poslije izobrazbe biti osposobljeni unaprjeđivati specifičnu izobrazbu učenika, te će biti dužni neposredno surađivati s vanjskim stručnjacima, osobito školskim liječnicima i timovima u centrima za sprječavanje i liječenje ovisnosti. Kad je riječ o skrbi za učenike koji uzimaju droge, uz razrednika će biti članovi mikrotimova koji će provoditi njihov tretman. Stručni suradnici škola imaju također zadaću provoditi ankete među učenicima kako bi pratili epidemiološku situaciju, što je osnova za stalno vrednovanje školskih preventivnih programa. Njihova je zadaća također, zajedno s razrednicima, uporabom posebnih psihosocijalnih pokazatelja otkrivati visokorizičnu populaciju. Svaku školu se potiče da imenuje i koristi pomoć "malog školskog povjerenstva" za provođenje i evaluaciju ŠPP u kojem važnu ulogu imaju i sami učenici. **Svakoj školi treba ostaviti mogućnost razvijanja što veće kreativnosti i djelatnika i samih učenika u obogaćivanju preventivnih programa.**

Nužan je preduvjet kvalitetne organizacije i provedbe školskih preventivnih programa opsežna izobrazba što većeg broja djelatnika svih ustanova tog sustava, što neposredno omogućuje i podržava Ministarstvo prosvjete i športa.

SVEUČILIŠTE

Zaštita studenata

Sva viša i visoka učilišta imaju zadaću razraditi makar minimalne programe edukacije studenata kao doprinos prevenciji zloporabe sredstava ovisnosti. Osobitu pozornost valja usmjeriti izradi programa sprječavanja širenja zloporabe droga u studentskim domovima i restoranima od kojih su neki poznati kao mjesta gdje se konzumiraju droge. Sam nastavni proces treba unaprijediti različitim sadržajima i djelatnostima što će poboljšavati kvalitetu života studenata i motivirati ih na ispunjavanje obveza. Poznato je da su neuspješni studenti pod znatno većim rizikom skretanja prema uporabi droga. Početno uzimanje heroina događa se u prosjeku u 19-oj godini, dakle nakon završetka srednje škole.

Nužnost poboljšanja edukacije studenata na fakultetima koji školuju stručnjake za bavljenje djecom i mladeži

Nikako ne možemo biti zadovoljni kvalitetom znanja i osposobljenosti stručnjaka nekoliko struka u dodiplomskoj izobrazbi koji bi na različite načine morali sudjelovati u provedbi Nacionalne strategije prevencije zloporabe sredstava ovisnosti. Nastavni programi se sporo ili uopće ne prilagođavaju novim potrebama, pa to vrlo nepovoljno utječe na redovito obavljanje posla na području suzbijanja ovisnosti – od nastavnika i učitelja u školama, preko liječnika i psihologa do socijalnih radnika i defektologa.

S obzirom da bi sustav zdravstva imao biti nositeljem programa sprječavanja ovisnosti, bilo bi nužno pokrenuti značajnu preobrazbu dodiplomskoga obrazovanja liječnika. Odgoj i osposobljavanje za zaštitu i unapređenje zdravlja, odnosno za preventivni rad sada ne zadovoljavaju, a orijentacija na liječenje i razvoj vrhunske kurativne medicine nesrazmjerno je naglašena u usporedbi s prevencijom i u odnosu na financijske mogućnosti društva. **Nadalje, velik je i nerazmjer struka koje se bave zaštitom tjelesnog u usporedbi sa zaštitom mentalnoga zdravlja.** Liječnik premalo zna o psihološkim problemima čovjeka i pedagoškim postupcima kojima se djecu može osposobiti za samozaštitu zdravlja i prihvatljivo ponašanje. Obiteljski liječnik zato vrlo slabo i površno savjetuje roditelje u pitanjima odgoja djece. Pojedini kolegiji na medicinskim fakultetima kojima je zadaća osposobljavati stručnjake u dodiplomskoj i postdiplomskoj nastavi, zbog toga što su se dosad uglavnom malo bavili problemima zloporabe droga i ovisnosti, nisu mogli kvalitetno osposobljavati liječnike (i stručnjake drugih struka i zvanja) za sudjelovanje u provedbi pojedinih programskih zadaća složenog intersektorskog programa prevencije ovisnosti. **Stoga je nužno pitanjima ovisnosti u medicinskoj struci dati važnost i prostor primjeren pojavnosti problema i njegovoj društvenoj dimenziji** (ilegalne droge, alkohol, duhan, psihofarmaci). Na području psihološke medicine i osobito u psihijatriji, valjalo bi ponovo reafirmirati socijalno-psihijatrijski pristup u programima zaštite mentalnog zdravlja a s tim u svezi i u programima suzbijanja ovisnosti u zajednici.

Kako bi se ubrzalo proces prijenosa znanja o ovisnosti (osobito o ilegalnim drogama), valjalo bi razmisliti o osnivanju interfakultetske katedre koja bi za nekoliko struka, prilagođeno potrebama svake od njih, barem u malenom broju sati uputila studente medicine, socijalnog rada, defektologije, psihologije i pedagogije u osnove pristu-

pa suzbijanju socio-patoloških pojava, osobito ovisnosti o drogama.

Od Ministarstva znanosti i tehnologije zahtijevat će se izrada programa mjera i aktivnosti kakve će ubuduće davati znatno kvalitetniji doprinos:

1. U prevenciji zlorabe droga u populaciji studenata.
2. Kvalitetnijem osposobljavanju studenata tijekom diplomskog studija na fakultetima koji školuju buduće stručnjake za rad na prevenciji i suzbijanju zlorabe sredstava ovisnosti. Od Ministarstva znanosti i tehnologije očekuje se, također, da podrži poslijediplomsku nastavu te programe znanstvenog i stručnog usavršavanja, što će obuhvaćati i pitanja u svezi s zlorabom droga.
3. U poticanju izrade i novčanoj potpori znanstveno-istraživačkim projektima na području zlorabe sredstava ovisnosti.

MEDIJI

Nije dobro ni podcjenjivati ni precjenjivati moguću ulogu sredstava javnoga priopćivanja u programima prevencije uporabe droga i ostalih sredstava ovisnosti. Evaluativne studije su potvrdile da **masovne medijske kampanje, usmjerene protiv zlorabe droga, daju vrlo mali doprinos odvratanju rizične populacije da se prikloni tom obliku ponašanja.** Uz to, potvrđeno je da se u odnosu na uložena sredstva (*cost-benefit* analiza), tim načinom postiže mnogo manje no što bi bio slučaj da se ta sredstva neposredno investiraju u stručnjake koji bi direktno kontaktirali i utjecali na rizičnu populaciju. U demokratskom društvu, osobito jačanjem privatnih televizijskih i radijskih postaja, potpune slobode tiska i razvoja Interneta, teško da je moguće utjecati na pristup u prikazivanju bilo kojeg aspekta problema droga. Koliko će prevladavati pozitivni ili negativni utjecaji, ovisit će među ostalim i o općem utjecaju na stavove javnosti, koje će putem medija potvrditi stručnjaci uključeni u provođenje Nacionalne strategije. Narko-kriminal na različite, vrlo lukave načine nastoji iskoristiti tisak i televiziju u podržavanju uporabe droga, ali mediji ipak mogu pozitivno djelovati na više načina:

1. Izborom programa - od filmova do posebnih obrazovnih emisija, mogu potvrditi pozitivne moralne i etičke norme ponašanja, zdrav stil življenja, obiteljski život i važnost skrbi o djeci, ma gdje bila.
2. Mogu utjecati na političare da podrže programe koji štite interes djece, mladih općenito, odnosno ugrožene populacije.

3. Mogu učiniti vrlo mnogo da se *image* osoba sklonih uporabi sredstava ovisnosti učini neprivlačnim za mlade.
4. Kvalitetnim i objektivnim informiranjem mogu pomoći mladima pri promjeni uvjerenja odnosno nepotpune ili iskrivljene predodžbe o mogućim opasnostima i posljedicama uporabe droga.
5. Mogu dati doprinos da se uporabu droga demistificira. To će se postići izbjegavanjem senzacionalizma u prikazivanju bilo kojeg aspekta problema u svezi s ilegalnim drogama. **Uvijek naglasak treba biti na čovjeku i uvjetima u njegovu okruženju kakvi povećavaju rizik uporabe droga, a nikako na samim drogama.** U primarnoj prevenciji ne bi bilo dobro, stavljajući u prvi plan suzbijanje zlorabe ilegalnih droga, umanjiti važnost i nužnost suzbijanja pijenja alkohola i pušenja duhana (legalnih droga).
6. Nedostatak je medija što teže postižu selektivno usmjerenje informacija prema pojedinim vrlo različitim segmentima populacije, ali se dobrom programskom politikom i tu može mnogo učiniti.
7. **Mediji bi na razborit način trebali pratiti uspješnost provedbe svih važnih programskih aktivnosti Nacionalne strategije.**
8. Od državne televizije (HTV) se očekuje razrada posebnog programa u kojemu bi, dajući odgovarajući prostor i vrijeme emisijama i različitim propagandnim porukama, taj važan i utjecajan medij bio izravno u funkciji izobrazbe i prevencije zlorabe sredstava ovisnosti.

Kako bi, sukladno zahtjevima djelotvornog preventivnog rada, mediji uistinu davali očekivani doprinos, a posve otklonili moguću kontraproduktivnost, morali bi dio svojih djelatnika posebno školovati, te osobitu pozornost usmjeravati razvijanju suradnje s kompetentnim stručnjacima drugih struka koje se bave problemima ovisnosti. Da je to slučaj danas, ni u kom se slučaju ne bi moglo dogoditi da u milijunskom Zagrebu, u kojem je velika koncentracija vrhunskih stručnjaka i u kojem se stručni razvoj programa prati preko 30 godina, odjednom glavni kreatori suzbijanja ovisnosti, glavni ocjenjivači onoga što je učinjeno do sada kao i epidemiološke situacije, preko političkih kanala (politički privilegirani podobnici) postanu osobe koje nemaju niti jednu jedinu kvalitetnu stručnu referencu za rad na toj razini u tom području. Takav pristup stvari je najpogubniji za kvalitetno osmišljavanje i uspješno provođenje suzbijanja ovisnosti.

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 “Seestre milosrdnice”, zahvaljujući “kadrovskoj i drugoj politici” stagnirala 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 najjpućenijih 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 opijskih 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 grafitikacije. 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 supstitucijskih 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 ambulantom svojim 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 psihijatarata 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 psihijatarâ 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 psihijatarâ 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 NElječenje 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
Ukupno	1.248	100,0	1.245	100,0

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
Ukupno	1.248	100,0	1.245	100,0

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).

CENTRI ZA SPRJEČAVANJE I IZVANBOLNIČKO LIJEČENJE OVISNOSTI

Po uzoru na slične mreže centara u zapadnoeuropskim državama, predlaže se unutar zdravstvenog sustava osnivanje posebne mreže centara za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti sa stručnim interdisciplinarnim timovima koji bi bili nositelji većine specifičnih aktivnosti usmjerenih na smanjenje potražnje droge na svom terenu. Oni bi imali tri temeljne zadaće:

1. **Izvanbolnički terapijski rad s uzimateljima droga i njihovim obiteljima**, koji bi se provodio u suradnji sa svim relevantnim resursima lokalne zajednice. Centar je mjesto primarne specijalizirane zdravstvene i psihosocijalne skrbi za osobe s problemima u svezi zloporabe droga.
2. **Neposredno unapređenje i provedba niza preventivnih djelatnosti**. Naglasak mora biti na unapređenju mjera sekundarne prevencije.
3. Praćenje problema (**epidemiologija**), **koordinacija i provedba** programa smanjenja potrošnje droga na području na kojem je centar dužan djelovati.

Među brojnim razlozima zbog kojih se preporučuje organizacija centara u kojima se **funkcionalno objedinjuje provedba niza programskih aktivnosti** valja navesti sljedeće:

1. Takav način rada znatno je **ekonomičniji i djelotvorniji** u usporedbi s nekima drugim organizacijskim mogućnostima.
2. **Motivaciju stručnjaka** za rad u takvom organizacijskom obliku znatno je lakše održavati, a njihov učinak u radu je mnogostruko veći, budući da djelatnici neće biti strogo podijeljeni na one koji će se iscrpljivati u terapijskom radu s ovisnicima, što je najteži i najzahtjevniji dio posla i one koji će raditi samo na izobrazbi, istraživanjima, organizaciji ili analizi podataka.
3. Ukoliko se razdvoji epidemiološko-preventivne aktivnosti od neposrednih terapijskih, s vremenom se, umjesto sve bolje suradnje, timovi koji bi obavljali ne terapijski dio posla postupno birokratiziraju što, naprotiv, otežava suradnju.

Obrazovno-nastavni, epidemiološki, preventivni i stručno-istraživački rad znatno je kvalitetniji kad u njemu neposredno sudjeluju stručnjaci koji u radu s uzimateljima droga, ovisnicima i njihovim obiteljima stvaraju jasniju sliku o patologiji koju treba pratiti i sprječavati. Oni su, konačno, i u obavljanju dijela neposrednih

preventivnih aktivnosti s mladima znatno uvjerljiviji, i time djelotvorniji. Dijelom radnog vremena, svi bi stručnjaci centara (osim administracije) i neposredno bili uključeni u programe skrbi o dijelu ovisnika. U drugom dijelu radnog vremena obavljali bi i brojne druge zadaće, već prema prilikama na određenom području, ovisno o pritisku ovisnika. Voditelj tima u svakom takvom centru bio bi odgovoran za stanje na području što ga centar pokriva. Posebno bi se metodologijom pratio radni učinak svakog centra. Pritom bi se manje trebalo uplitati u način kako odgovorna osoba organizira posao odnosno raspoređuje djelatnike. Sekundarna prevencija zlorabe droga i ovisnosti neodvojiv je funkcionalni dio primarne prevencije, što je samo razlog više da se stručni timovi centara bave sekundarnom i unaprjeđenjem mjera primarne prevencije za koju je inače najodgovorniji školski sustav.

Još je prije desetak godina u Hrvatskoj trebalo utemeljiti Državni centar u Zagrebu, te županijske centre u ugroženijim područjima države. Nakon što se konačno, sukladno Zakonu o opojnim drogama ustroji mrežu Županijskih centara te organizacijski i stručno osposobi za rad, policentrično bi se u manjim gradovima u kojima postoji problem ovisnosti o drogama ili u određenima četvrtima većih gradova (osobito Zagreb i Split) osnivalo jedinice tih centara.

Sadržaj rada centara za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnika

1. Centri bi trebali biti sjedišta, odnosno mjesta sastajanja glavnog koordinacijskog tijela određene razine. U Državnom centru bilo bi sjedište Vladine Komisije za suzbijanje zlorabe droga, dok bi se u županijskim centrima održavalo sastanke županijskih tijela (potkomisija Vladine Komisije). To bi omogućilo kontinuirano održavanje komunikacije operativnog centra, vlasti i njezinih pojedinih resora, bez uključivanja kojih nije moguće provoditi intersektorski program.
2. Centri imaju zadaću iz svih važnih i dostupnih izvora na svom području, a osobito na osnovi vlastitog terapijskog rada, **prikupljati podatke** o kretanju pojave zlorabe droga. U procjeni stanja uglavnom bi primjenjivali metodologiju i indikatore što su ih razvili stručnjaci *Pompidou Group* pri Vijeću Europe. To se ponajprije odnosi na podatke o svim novootkrivenim slučajevima, ukupnom broju liječenih, broju uhićenih, broju hitno zbrinjavanih, broju umrlih od posljedica uporabe droga, broju zaraženih, odnosno oboljelih od

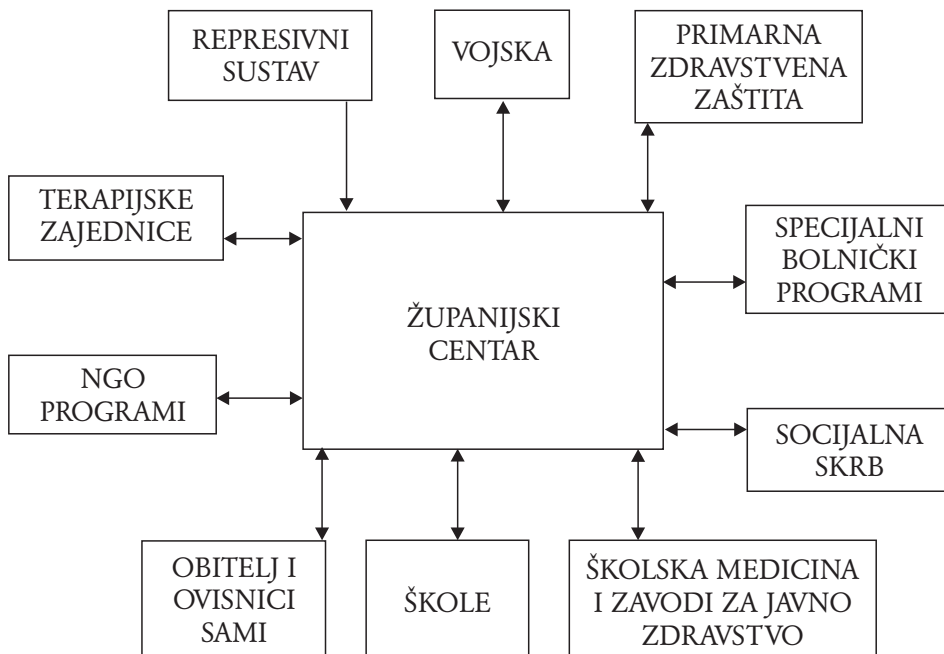
hepatitisa i AIDS-a i, što je osobito važno, vodila bi se evidencija o svim pacijentima uključivanim u supstitucijske programe.

3. Na osnovi prikupljenih podataka koje sustavno treba obrađivati i raščlanjivati, provodit će se stalna evaluacija rada, i to od razine grada i županije do razine države. Djelatnici centara bili bi dužni provoditi **epidemiološka istraživanja** kako bi na svome području stalno pratili promjene u karakteristikama fenomena kojeg su dužni rješavati.

Jedna od najvažnijih zadaća interdisciplinarnih timova centara svakako je **izvanbolničko liječenje** ovisnika. Za najveći dio ovisnika to bi bilo mjesto prvog doticaja sa specijaliziranim djelatnicima koji bi provodili dijagnostiku i sukladno kliničkoj slici, predlagali mogućí tretman. Za većinu slučajeva odmah bi započinjao izvanbolnički dijagnostički i obiteljski terapijski postupak. Za dio slučajeva postupak bi se provodio u suradnji s vanjskim institucijama i stručnjacima, npr. sa timovima liječnika opće medicine, specijaliziranim bolničkim programima, terapijskim zajednicama, školom, sudom za maloljetnike, Centrom za socijalni rad, lokalnim NGO programima, koji bi pomagali u provedbi planiranog postupka. Oko 15% ovisnika timovi Centra morali bi kroz motivacijski postupak pripremiti za odlazak na rehabilitaciju u neku od terapijskih

Slika 8.

Shematski prikaz načina na koji Centar povezuje svoj terapijski rad s drugim ustanovama i programima koji se bave ovisnicima i povremenim uzimateljima opojnih droga



zajednica. Znatno veći postotak će trebati motivirati za prihvaćanje detoksifikacije u nekom od bolničkih specijaliziranih programa što će biti moguće tek kada se osiguraju adekvatni kapaciteti.

Kvalitetni izvanbolnički program nije moguć ako terapijski tim nije u mogućnosti osigurati dovoljnu učestalost terapijskih seansi i stalnu evaluaciju (kontrolu urina radi dokazivanja apstinencije). U prvih mjesec dana trebalo bi osigurati osam dolazaka, u narednih pet mjeseci po četiri dolaska mjesečno, narednih šest mjeseci po dva dolaska mjesečno i kroz drugu godinu tretmana barem 12 dolazaka. U slučaju recidive, program se ponavlja a čestoća i vrijeme dolaženja prilagođava se situaciji.

4. Centri bi, u svrhu dugotrajnog praćenja i liječenja, prihvaćali i sve ovisnike koji bi završili tretman smještajnog tipa (bolnice, zatvori, komune, detoksifikacijske jedinice i sl.), ovisnike bez zdravstvene zaštite i one u "prolazu" (turiste). Tu bi se i pojedini ovisnici mogli javljati anonimno, radi savjetovanja o bilo kojem pitanju u svezi droga. No i oni bi morali biti evidentirani, pod nekom šifrom.
5. Pri centrima organizirao bi se specifični individualni i grupni **savjetodavni rad** za mlade i obitelji koji su rizični u odnosu na uzimanje droga.
6. Centri bi sustavno provodili **prevenciju ovisnosti o igrama na sreću i liječenje osoba s takvim problemima**.
7. Centri bi koordinirali provođenje svih potrebnih preventivnih aktivnosti usmjerenih k smanjenju rizika širenja HIV-infekcije i hepatitisa. Uz savjetovanje "licem u lice", što je najbolji način **prevencije širenja AIDS-a** među uzimateljima droga, ovisnike bi se motiviralo da naprave anti-HIV-test i markere na **hepatitis B i C**, osiguravala bi im se nabava čistog pribora ili bi se posebno financirao program besplatne sterilizacije pribora ili program zamjene uporabljenog pribora za sterilni (*needle exchange*).
8. Svaki bi centar trebao omogućiti **telefonsku** vezu za odgovaranje na pitanja roditelja, uzimatelja i ovisnika, te za davanje uputa i **savjeta** gdje i kako mogu potražiti pomoć u rješavanju pojedinih pitanja.
9. Centri bi, posredstvom svojih kao i **outreach**-djelatnika socijalne skrbi, dio zadaća obavljali neposredno **"na terenu"** (ulici). Specijalistički obrazovani djelatnici uspostavljali bi kontakte s mladima koji imaju probleme u ponašanju i uzimaju droge, na mjestima gdje

se oni sastaju i zabavljaju (narko-scena). Ti djelatnici bili bi most između “ulice” i ustanova koje se bave problemom zlorabe droga. Također bi ti djelatnici odlazili, po potrebi, i u obitelj, zbog pomoći u rješavanju kriznih situacija i, osobito, zbog motivacije ovisnika da prihvati bilo koji oblik tretmana. Poznato je da je obitelj često potpuno nemoćna, te se takvim radom može znatno ubrzati početak intervencije. *Outreach*-djelatnik centra održavao bi stalni kontakt s ostalim *outreach*-djelatnicima centara za socijalni rad ili iz neke od nevladinih organizacija.

10. **Centri bi neposredno pomagali školama** na svom području u provedbi dijela aktivnosti predviđenih školskim preventivnim programima, posebno u specifičnoj edukaciji stručnjaka škole. **Kad god se posumnja da neki učenik uzima drogu, škola bi se javljala izravno školskom liječniku i stručnom timu nadležnog centra.**
11. Centri bi provodili **superviziju primjene metadona** na svom području u suradnji s liječnicima opće medicine i mrežom ljekarni. U centrima bi se provodila obvezna **psihoterapija**, edukacija i kontrola apstinencije heroinskih ovisnika uključenih u takav tretman. U većim gradovima, u jednoj dislociranoj ambulanti Centra, izravno bi se provodio supstitucijski program za putnike, turiste, te, privremeno, za ovisnike koji još nemaju riješeno pitanje zdravstvenog osiguranja ili nisu odabrali liječnika opće medicine, kao i za one koji prave velike probleme.
12. Stručnjaci centara preuzimali bi zadaću **sudskih vještačenja** i po naredbi nadležnog suda, odlazili na rasprave i davali stručno mišljenje kao vještaci. Također bi provodili mjeru obveznog liječenja onih ovisnika kojima je to odredio nadležni sud.
13. Stručnjaci centara bili bi dužni, u suradnji sa zdravstvenim i drugim djelatnicima kaznenih ustanova, voditi brigu o organizaciji i provedbi tretmana ovisnika u tim uvjetima. Tu je riječ o **skrbi za pritvorenike u istražnim zatvorima i rješavanju pitanja apstinencijske krize svih ovisnika lišenih slobode**. Kao vanjski suradnici kaznenih ustanova, morat će voditi računa o **provedbi sigurnosne mjere obveznog liječenja ovisnika na izdržavanju krivične kazne**, te slučajeva u kojih je mjera liječenja omogućena na slobodi, uz uvjetnu presudu.
14. Centri će biti dužni voditi brigu o specifičnim potrebama i liječenju ovisnika koji su zbog bilo kojeg

- zdravstvenog problema hospitalizirani npr. na odjelima za kirurgiju, internu medicinu, infektologiju i sl. Tu je posebno važno osigurati kvalitetno liječenje i brigu kod trudnica ovisnih o opijatima.
15. Centri će na svom području, po potrebi, uspostavljati **komunikaciju s medijima** (tisak, radio, TV), te s njima usklađivati sudjelovanje u preventivnim kampanjama.
 16. Centri će biti mjesta **izobrazbe djelatnika** raznih struka i dragovoljaca koji će se uključivati u rad na tom području.
 17. Centri bi stručno pomagali pri osnivanju udruga građana (roditelja, mladih) koji bi pomagali u prevenciji i/ili liječenju ovisnika, te sudjelovali u razvoju mreže **klubova liječenih ovisnika** (stručno vođenih ili klubova samopomoći, npr. anonimnih). Centrima bi se mogle obraćati razne nevladine organizacije i humanitarne udruge, te predstavnici Crkve, koji će sudjelovati u rehabilitaciji ovisnika koje će stručni timovi uspjeti motivirati i pripremiti za takve posebne programe pomoći (terapijske zajednice npr.)
 18. Županijski centri će biti dužni, sukladno potrebama, razvijati mrežu jedinica sa stručnim timovima u mjestima i gradovima županije u kojima se pojavi veći broj ovisnika. Tamo gdje je stanje relativno zadovoljavajuće, barem jednu osobu (npr. liječnika školske medicine) osposobit će se za skrb o provedbi sekundarne prevencije, kako bi se takvo stanje očuvalo koliko je god moguće.
 19. Nakon što se razmotri odnosno prihvati ta mogućnost, centri bi po potrebi svoje prostore mogli davati na korištenje kako Klubovima liječenih ovisnika i njihovih obitelji, tako i Klubovima liječenih alkoholičara. Bilo bi dobro kada bi usluge terapijskog tima Centra koristile i obitelji čija djeca prekomjerno piju alkohol ili su vrlo rano postali ovisni o duhanu.
 20. Stručnjaci centara za ovisnosti bit će dužni stalno pratiti populaciju ovisnika na svom području, te će sukladno članku 230. Zakona o sigurnosti prometa na cestama, kada ustanove da se ovisnik-vozač ne pridržava dogovorena terapijskog programa, uputiti tog pojedinca na izvanredni kontrolni zdravstveni **pregled za vozača** u ovlaštenu zdravstvenu organizaciju. Slično će postupiti i ako sazna da ovisnik ima vatreno oružje ili ustanovi da ne ispunjava uvjete za držanje ili nošenje oružja.

**Državni centar (Zavod ili Referentni centar)
ili neko drugo adekvatno nacionalno stručno tijelo
za sprječavanje zlorabe droga i liječenje ovisnosti**

Sve europske države, pridajući važnost rješavanju problema s drogama, imaju jednu, dvije ili više nacionalnih ustanova odgovornih za praćenje problema na državnoj razini, te za kreiranje Nacionalne strategije suzbijanja zlorabe droga. Budući da Hrvatska ima vrlo mali broj iskusnih stručnjaka na tom području i ograničena financijska sredstva, predlagalo se da se u Zagrebu osnuje Državni zavod (Centar) za sprječavanje i liječenje ovisnosti, koji bi uz sve djelatnosti županijskih centara, imao još nekoliko posebnih zadaća. Danas posao je godinama obavljao Centar pri KB "Sestre milosrdnice" u Zagrebu. Izmjenom Zakona o drogama od tog se prijedloga odustalo jer se na svaki način nastojalo izbjeći da ta ustanova odnosno autor postane čelna osoba takve institucije. Zato se od 2004. krenulo s alternativnim prijedlogom, integracijom mreže županijskih Centara za tretman ovisnika u ustanove javnog zdravstva. Time je HZJZ preuzeo krovnu ulogu i sustava za tretman, premda nema niti jednog uposlenog stručnjaka koji je u to pitanje adekvatno upućen. Radi toga bi u najmanju ruku ili pri samom HZJZ (a ne Uredu za suzbijanje zlorabe droga), ili kao servis HZJZ, pri Klinici za psihijatriju KB "Sestre milosrdnice", Odjelu ovisnosti, trebalo bi osigurati krovno stručni tijelo za pitanje prevencije i tretmana. To bi trebao biti Referentni centar za ovisnosti o drogama Ministarstva zdravstva. Zadaće tog tijela bile bi ove:

1. Osiguranje **edukacije stručnjaka koji se bave suzbijanjem ovisnosti kao i onih koji će raditi u županijskim centrima**. Državni centar će biti dužan provoditi stručnu **superviziju rada mreže županijskih centara**, koji će imati status ustrojbenih jedinica županijskih zavoda za javno zdravstvo.
2. Državni centar i HZJZ bi trebao imati mogućnost **sudradnje s međunarodnim ustanovama** i tijelima koja se bave suzbijanjem zlorabe droga, a osobito s Pompidou Grupom pri Vijeću Europe, EDCDDA, tijelima UN-a, WHO-a, značajnijim europskim nevladinim organizacijama i NIDA-om, u SAD-u.
3. Državni centar imat bi imao zadaću pomoći u organizaciji prevencije, te dijagnostike i tretmana pripadnika HV-a.
4. Posebno bi stručno pomagao i osiguravao stručnu superviziju sustava za prevenciju i tretman ovisnika u zatvorima.

5. Državni centar organizirao bi nastavu u funkcionalnoj vezi s Klinikom i Odjelom ovisnosti KB "Sestre milosrdnice" i s klinikama medicinskih fakulteta (**dodiplomska nastava** za studente medicine, psihologije, defektologije, socijalnog rada i još nekih humanističkih znanosti, te **poslijediplomska nastava** za psihijatre, liječnike školske i obiteljske medicine). Specijalizanti psihijatrije bi na Odjelu ovisnosti svakako trebali provesti barem 2 mjeseca obaveznog specijalizantkog staža.
6. Državni centar morao bi se baviti **nakladničkom djelatnošću**. Pritom se misli ponajprije na izradu priručnika za prevenciju i drugih pomoćnih preventivnih sredstava.
7. Državni centar trebao sudjelovati u završnoj obradi i stručnoj analizi svih prikupljenih podataka o liječenim ovisnicima pri Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo. Posebna ekipa stručnjaka Državnog centra i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo unapređivala bi sustav za prikupljanje podataka, osobito onih koje bi obvezno morali dostavljati i koji bi bili osnova za ažuriranje **Nacionalnog registra** ovisnika i stalnu evaluaciju terapijskih programa. Državni centar kontinuirano bi se bavio **istraživačkim radom**. Najvažnija bi bila procjenjivačka istraživanja u svrhu iznalaženja metodologije i organizacije provedbe bilo koje pojedinačne programske djelatnosti centra, primjenom koje bi se postupno postizalo sve bolje učinke kad je riječ o smanjenju potražnje droga, te smanjenju svih posljedica njihove potrošnje, vodeći računa o racionalizaciji dostupnih financijskih sredstava.

Uzevši u obzir sadašnju epidemiološku situaciju, odnosno pojavnost zlorabe ilegalnih droga, donošenjem izmjena Zakona o sprječavanju zlorabe droga, centre za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti trebalo bi otvoriti u svim županijama i integrirati ih u ustanove javnog zdravstva i osigurati stabilno financiranje. Pri tom bi se postojeće Centre (u Zagrebu, Splitu, Zadru, Šibeniku, Rijeci, Puli, Dubrovniku, Varaždinu, Čakovcu, Vinkovcima i Osijeku, S. Brodu) trebalo kadrovski ekipirati sukladno procjeni broja ovisnika koji bi tijekom godine tražili pomoć. U svim gradovima će trebati otvoriti posebna savjetovišta za specifične probleme adolescentne dobi u kojima bi se posebno educirani stručnjaci bavili i pitanjima u svezi zlorabe droga.

Organizacija rada Državnog centra

Pri KB "Sestre milosrdnice", u sastavu Klinike za psihijatriju, djeluje Odjel ovisnosti. Samo entuzijazam i osobni angažman stručnjaka toga Odjela omogućili su da se u

Hrvatskoj, bez podrške i u vrlo oskudnim prostornim i materijalnim uvjetima, održava kontinuitet razvoja programa za prevenciju zlorabe droga i samog liječenja ovisnika. Taj mali tim godinama je, u odnosu na opseg poslova i radnih zadataka kao i na broj teških ovisnika, odrađivao na tom području više posla nego sve druge ustanove u Hrvatskoj zajedno. Od 1970., kad je Odjel ovisnosti dograđen, na tom se području nije gotovo ništa investiralo. Nakon osamostaljenja Republike Hrvatske, radi niza događanja i drugih okolnosti koje su već opisane, naglo je povećan broj novih ovisnika. Danas, od terapijskog tima Centra koji djeluje pri KB "Sestre Milosrdnice" terapijsku pomoć dobije oko 1.800 heroinskih ovisnika godišnje. Tijekom 2000. radi potrebe liječenja javilo se preko 500 novih obitelji s problemima u svezi s drogom. Svi pokušaji i nastojanja da se osigura upošljavanje odgovarajućeg broja stručnjaka i adekvatan prostor za rad tima toga Centra bili su do sada "nevidljivom rukom" opstruirani zbog čega je situacija bila neizdrživa zbog silnog pritiska teških ovisnika i ukupnog opsega posla i uvjeta rada. Grad Zagreb, na žalost, davao je do 2004. potporu i sredstva samo svom Centru za prevenciju ovisnosti koji je bio ustrojbeno jedinica bolnice Vrapče. Tamošnji tim nije pokazivao zanimanje za preuzimanje znatnijeg udjela u obavljanju najtežeg posla – izvanbolničkom liječenju opijatskih ovisnika, već se bavio savjetodavnim radom s konzumentima i nekim preventivnim aktivnostima. Tek integracijom tog Centra u Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba, stvari se počinju mijenjati u pozitivnom smislu. Obzirom na tu činjenicu bilo bi dobro da:

1. Sadašnji Odjel ovisnosti kao ustrojbeno jedinica Klinike za psihijatriju ostane funkcionalno povezan s Državnim centrom za ovisnosti koji bi trebao djelovati pri Kliničkoj bolnici. Tradicija "Vinogradske" bolnice i njezne Klinike za psihijatriju zaslužuje da u njoj ostane bolnički program za detoksifikaciju sa 10 kreveta za *drug-free* tretman individualnog i grupno-terapijskog tipa i jedna do dvije specijalizirane ambulante za izvanbolničko liječenje ovisnika koji bi provodili terapiju ovisnika isključivo s uputnicama i na teret HZZO. Postojanje takvog programa nužno je i zbog izobrazbe studenata i specijalizanata iz psihijatrije. Nepostojanje terapijskog rada s ovisnicima u KBC "Rebro" iznimno je nepovoljno utjecalo na osposobljavanje studenata medicine (liječnika) za rad na području ovisnosti.
2. Sve druge opisane programske djelatnosti preuzeo bi Državni centar. Zbog potrebe da se Centar funkcionalno i dalje neposredno povezuje s radom Odjela i dru-

gih pratećih i potrebnih sadržaja KB-e, dio djelatnika sadašnjeg tima Odjela i Centra morat će obavljati zadaće na dva radna mjesta, jer će proći dulje vrijeme dok se ne osposobi dovoljan broj novih stručnjaka koji bi mogli samostalno i dovoljno djelotvorno obavljati određene zadaće u Državnom centru. Državnog centra bi trebao imati neki dodatni prostor za rad. Radi reduciranog broja ovisnika (koje bi preuzimao Centar grada Zagreba) značajno bi se poboljšala kvaliteta rada jer bi pacijenti dolazili tijekom godine mnogo više puta i prilikom svakog dolaska posvećivalo bi im se mnogo više vremena.

Udaljeni prostori, u kojima se obavlja savjetodavni ili terapijski rad s obiteljima i ovisnicima, umanjuju njihovu motivaciju za javljanje. Zbog istoga razloga, Državni centar kao ni područne jedinice Gradskog centra ne smiju biti locirani u bilo kojoj psihijatrijskoj bolnici. Odlična je bila zamisao da se na zemljištu Kliničke bolnice, uz mogućnost posebnog ulaza izvan sadašnjega kruga uredi prostor za Centar koji bi i nadalje brinuo za ovisnike iz središnjeg dijela Zagreba. Lokacija unutar velikog sustava kao što je ta bolnica, olakšava ovisnicima (obiteljima) koji žele prikriti svoj dolazak da to ostvare na neupadljiv način.

Da bi se moglo planirati broj stručnjaka koji bi trebali raditi u Državnom centru, navodim za primjer Norvešku, zemlju sa sličnim brojem stanovnika i sličnim brojem ovisnika kao u Hrvatskoj. U toj zemlji djeluje krovna ustanova (Nacionalni direktorat za ovisnosti) za probleme droga – koja se uopće ne bavi neposredno liječenjem ovisnika, niti bilo kakvim savjetodavnim radom s obiteljima, već samo usklađivanjem, te epidemiološkima i obrazovnim djelatnostima – s zaposlenih 25 stručnjaka. U toj je zemlji, za specijalizirane programe stacionarnog liječenja ovisnika, osigurano 600 kreveta.

U Državnom centru bi trebali biti zaposleni najbolje upućeni stručnjaci koji imaju viziju i koncepciju za program koji bi trebali provoditi. Hrvatskoj ne trebaju birokratizirana, administrativna tijela koje će gutati puno novca a malo pridonositi uspješnosti provođenja Nacionalnog programa. Našoj će zemlji će trebati nekoliko godina da osposobi potreban broj stručnjaka za kvalitetan rad u mreži centara.

Djelatnici

Liječenje ovisnika je psihički izuzetno iscrpljujući posao. Stoga i nije čudno da je u Danskoj danas omjer između broja ovisnika koji se liječe unutar godine dana i broja

stručnjaka koji rade taj posao 20 : 1. U **Centru za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" taj je omjer u 2000. bio 400 : 1.** Dakako da je to utjecalo na kvalitetu rada ali i na psihičko zdravlje terapeuta. Bilo bi optimalno da se u svakom Centru na svakih 150 **ovisnika** koji su unutar godine u izvanbolničkom tretmanu (uz koje bi se tim bavio i brojnim mladim konzumentima), zaposli:

- 1 liječnik (po mogućnosti psihijatar),
- 0,5 do 1 medicinske sestre,
- 0,5 do 1 socijalnog radnika (defektolog, socijalni pedagog),
- 0,5 do 1 psihologa.

Osim spomenutih djelatnika, u Državnom (Referentnom) Centru trebalo bi predvidjeti radna mjesta za administratora, informatičara, sociologa. Centar za prevenciju ovisnosti grada Zagreba tek koncem 2004. otvara prvu jedinicu za specijalizirano izvan bolničko liječenje ovisnika (sukladno Nacionalnoj strategiji. Zahvaljujući tome, za očekivati je da će grad Zagreb u perspektivi osiguravati kapacitete za sve veći broj ovisnika što će olakšati posao tima u Vinogradskoj i ujedno omogućiti više vremena za provođenje edukacije i stručne supervizije drugih Centara u državi.

Centar pri KB "Sestre milosrdnice" i jedinice Centra za ovisnosti grada Zagreba imali bi u skrbi oko 2.500 slučajeva teških ovisnika godišnje i na stotine povremenih uzimatelja opojnih droga. Uz samo jedan u prosjeku ambulanti terapijski (obiteljski) razgovor mjesečno po ovisniku, to bi značilo da bi godišnje trebalo obaviti oko 35.000 terapijskih seansi, što bi uz sve druge nabrojene djelatnosti bio vrlo opsežan posao.

Pitanje integracije mreže županijskih centara u ustanove javnog zdravstva, kao i način njihovog financiranja bit će po svemu sudeći riješeni tek tijekom 2005.

INSTITUCIJE SOCIJALNE SKRBI

U dosadašnjem razdoblju socijalna skrb u Hrvatskoj nije jasno odredila svoju ulogu u programima suzbijanja zlorabe droga. Iako se uloga te službe smatra vrlo važnom pa i vodećom u programima mnogih država razvijenog svijeta, u našim prilikama to nije tako, prvenstveno zbog birokratiziranog pristupa organizaciji rada te djelatnosti. Osobe koje imaju problema zbog uzimanja droga izuzetno su teška i nezahvalna klijentela, zbog čega je kako zdravstvena, tako i služba socijalne skrbi nastojala na svaki način tu kategoriju teških i rano umirućih bolesnika prepustiti nekom drugom. Uloga stručnjaka tih djelatnosti u

programima suzbijanja zloporabe sredstava ovisnosti vrlo je značajna.

Kvaliteta doprinosa ustanova socijalne skrbi u suzbijanju ovisnosti umnogome ovisi o odabiru studenata za studij socijalnog rada, o samom programu studija, te o društvenoj organiziranosti i određivanju zadaća i ciljeva socijalne skrbi. Da bi stručnjaci zaposleni u institucijama Ministarstva rada i socijalne skrbi (socijalni radnici, defektolozi, psiholozi, pedagozi, sociolozi) kvalitetno obavljali posao u svojoj struci, nužna je korjenita reorganizacija te djelatnosti. Pritom je potvrđivanje stručnog rada preduvjet za kvalitetnije uključivanje tih stručnjaka i u programe sprječavanja zloporabe droga i u programe suzbijanja alkoholizma i drugih socio-patoloških pojava i bolesti. **Za raspodjelu socijalne pomoći ili za smještaj u domove za odrasle uistinu nisu potrebni spomenuti fakultetski obrazovani stručnjaci.**

Ministarstvo rada i socijalne skrbi temeljno je ministarstvo odgovorno za osiguranje programa i kapaciteta za rehabilitaciju (kao npr. terapijske zajednice) i socijalnu reintegraciju ovisnika, dakle **za mjere tercijarne prevencije.**

Uloga socijalne skrbi u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji ovisnosti

Svi problemi vezani uz bolest ovisnosti općenito, a posebno zloporabe droga, prvo dolaze do izražaja u obitelji, školi ili užem životnom okruženju, te ih na tim razinama treba i rješavati. Stručne službe i ustanove u nadležnosti sustava socijalne skrbi imaju osobito mjesto i ulogu u tome. Društvena zajednica treba težiti podizanju razine kvalitete življenja u obitelji i razine njezine odgovornosti glede skrbi o djeci i mladeži.

Najvažnija je zadaća nositelja socijalno-zaštitnih mjera i funkcija u društvu osiguravati takve uvjete u kojima će se pojavi ovisnosti i zaštite ovisnika, osobito malodobnika, pristupiti ravnopravno i sveobuhvatno, kao i spram drugih osoba kojima je nužna socijalno-zaštitna pomoć. Suradnjom s drugim službama i osobama, pružajući pomoć pojedincu i obitelji u savladavanju različitih životnih teškoća, potrebno je jačati sveobuhvatno djelovanje i stručni rad u centrima za socijalni rad na razini lokalne zajednice.

Brigom za obitelj i njene potrebe najviše se može učiniti za zaštitu duševnog zdravlja i ponašanja djece. Rano zamjećivanje i pomoć u razrješavanju poremećaja ili teže patologije obitelji, mnogo može pomoći u prevenciji psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja kao rizika uporabe droga u djece i mladeži. U traženju komplemen-

tarne uloge te djelatnosti s drugim društvenim djelatnostima koje se bave djecom, mladeži i obitelji, a to su zdravstvo, školske i predškolske ustanove, ustanove pravosudnog sustava i sl., stručnjaci okupljeni u ustanovama socijalne zaštite odredit će vlastito mjesto i ulogu u različitim programima prevencije i suzbijanja posljedica uporabe sredstava ovisnosti.

Socijalni radnik ili bilo koji drugi stručnjak (psiholog, socijalni pedagog i sl.) zaposlen u ustanovama socijalne zaštite morao bi se specijalizirati za svoju ulogu člana mikrotima koji se bavi rješavanjem patologije u obitelji. Na to može upozoriti liječnik, stručnjak u školi ili nekoj drugoj ustanovi, kako bi se štitilo zdravlje i ponašanje djece u takvim obiteljima. Ponekad će biti dostatno kvalitetno savjetovanje roditelja, kako bi oni otklonili pogreške u odgojnom pristupu prema djetetu koje se poremećeno ponaša. Ponekad se mora pokrenuti mučan i dug motivacijski postupak za liječenje alkoholizma člana obitelji, ili pak za razrješenje materijalnih ili drugih problema koji su uzrokovali smetnje ponašanja ili kasniju uporabu droga u adolescenta. Postupak s obitelji treba biti vođen tako da ne bude doživljen kao stvaranje osjećaja krivnje kod roditelja, te se ni u kom slučaju ne smije doživjeti kao narušavanje intimnosti ili digniteta obitelji. Budući da je većina roditelja zainteresirana za dobrobit svoje djece, postoji velik prostor za pokretanje kvalitetne intervencije. U stvaranju individualiziranih programa za djecu i mladež koja je, uz poremećaj u ponašanju, ugrožena i drogama, stručnjak djelatnosti za socijalnu zaštitu bit će često koordinator utemeljenog mikrotima koji će provoditi terapijski postupak.

Kvalitetna i pojačana skrb i nadzor nad maloljetnicima općenito, a posebno nad onima za koje je ustanovljeno da uzimaju droge, može znatno smanjiti rizik razvoja teže kliničke slike ovisnosti. Svaki takav postupak mora biti pod kvalitetnom supervizijom, kako bi se izbjegla formalna i nestručna provedba tretmana ili spriječilo trošenje društvenih sredstava za posao koji se zapravo uopće ne obavlja.

Kako bi se ovisnici zaštitili od neprimjerenih i štetnih intervencija i odluka sustava (škola, radna organizacija, zatvor), potrebna im je osobita zaštita. Upravo stručnjaci sustava socijalne skrbi mogu u tome odigrati vrlo važnu ulogu. U vanjskom poslu, koji uključuje ulazak u obitelji, od koristi bi bilo povezivanje sa službom patronažnih sestara.

Ukoliko je ovisnik o drogama roditelj, tada je dužnost lokalne socijalne zaštite osigurati poseban zaštitni program za djecu iz takvih obitelji. Kada je ovisnik u zatvoru

ili na duljem psihijatrijskom tretmanu, socijalna služba može mnogo učiniti u održavanju veza tog člana i obitelji, a u suradnji s odgovarajućim stručnim timom kaznene ustanove, mora na vrijeme i kvalitetno osigurati postpenalni prihvata. U tom smislu, najveći je problem zapošljavanje osoba nakon izlaska iz zatvora ili zdravstvenih ustanova. Za ovisnike bi trebalo organizirati zaštićena radna mjesta, odnosno ona što ih sufinancira društvo.

Socijalna skrb ima značajnu ulogu u kvalitetnom zbrinjavanju djece bez roditelja ili onu koju su obitelji napustile. Sve češće u domovima, u kojima su smještena takva djeca, izbijaju epidemije "snifanja" ljepila ili uzimanja drugih sredstava ovisnosti. To se još češće zbiva u domovima koji imaju zadaću preodgoja djece s težim poremećajima u ponašanju. Samo dobro organiziran program kojeg vode kvalitetni i stručni ljudi motivirani za takav posao može umanjiti rizik zloporabe droga u tim sredinama, te biti uistinu djelotvoran u postizanju ciljeva. Programe i rezultate rada pritom valja stalno pratiti i ocjenjivati.

Promjene koje bi unaprijedile i povećale djelotvornost Nacionalne strategije za suzbijanje ovisnosti

1. U provođenju programa zaštite ugrožene populacije na terenu specijalizirani centri za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika, funkcionalno bi trebali povezivati sustave zdravstva i socijalne skrbi. Nakon što zdravstvo u cijelosti prihvati ulogu kreatora mreže, centri mogu kvalitetno i blisko surađivati s centrima za socijalni rad. Socijalni radnici uposleni u centrima neposredno bi surađivali u rješavanju osobnih problema ovisnika, u suradnji s posebno osposobljenim djelatnicima za rad na području ovisnosti ustanova socijalne skrbi.
2. Centri za socijalni rad imaju iznimno značenje u kreiranju cjelovitog pristupa problemima u razvoju i socijalizaciji djece. To se posebno odnosi na zbrinjavanje djece koja žive u obiteljima u nepovoljnima materijalnim prilikama, narušenima obiteljskim odnosima i drugim oblicima obiteljske patologije, te djece i mladeži s poremećajima u ponašanju. Centri su obvezni pravodobno poduzimati mjere obiteljsko-pravne, socijalne i krivično-pravne zaštite ovisnika i članova njihovih obitelji, osobito djece.

Sukladno raširenosti pojave ovisnosti i okolnosti u određenoj lokalnoj zajednici, u centrima za socijalni rad treba zaposliti jednog ili više stručnih djelatnika obrazovanih i osposobljenih za rad s ovisnicima (soci-

jalni radnik, defektolog-socijalni pedagog). Najbolje bi bilo da taj specifični dio posla oni obavljaju u prostoru Centra za ovisnosti, dakle dislocirano.

Specijalizirani stručni djelatnici trebali bi biti mlađe osobe, koje pokazuju veću sklonost za rad s ovisnicima, koje su tolerantne, kreativne i fleksibilne, te posjeduju dovoljno upornosti da ustraju u tomu vrlo napornom radu. Ti djelatnici moraju proći posebne programe izobrazbe, uz stalno doškoloavanje tijekom rada zbog primjene raznovrsnih novih i suvremenih metoda i tehnika rada.

3. Ministarstvo rada i socijalne skrbi trebalo bi izraditi program stvaranja mreže vanjskih (*outreach*)-djelatnika. U svijetu se davno spoznalo da nije moguće unaprijediti mjere prevencije, ranog otkrivanja i pokretanja terapijske intervencije ukoliko se ugroženu populaciju ili ovisnike čeka u uredima. Posebno osposobljeni djelatnici ustanova socijalnog rada dio svoga radnog vremena provodili bi izvan ustanove. Na mjestima okupljanja problematičnih mladih ljudi ti bi djelatnici uspostavljali s njima kontakt, provodili temeljno izvješćivanje i izobrazbu o raznim aspektima njihova rizičnog ponašanja, te im davali upute gdje se mogu javiti za pomoć. Oni bi bili osobe prvoga kontakta i "most" između ulice i centara za ovisnosti.
4. Ministarstvo socijalne skrbi u suradnji s Ministarstvom zdravstva kreirali bi programe za dugotrajno-smještajni tretman i rehabilitaciju maloljetnih ovisnika s težim poremećajima ponašanja kojima je izrečena mjera obveznoga liječenja i sudska odgojna mjera, te za mlađe punoljetne i ostale ovisnike, osobito one kojima je izrečena mjera tretmana. U nadležnosti sustava socijalne skrbi u tu svrhu valja osigurati uvjete za institucijske i izvaninstitucijske oblike tretmana, tretman u poludnevnom ili dnevnom boravku ili u odvojenima terapijskim skupinama.
5. Ministarstvo socijalne skrbi treba planirati formiranje malih prihvatnih jedinica za osobe koje nakon završene kazne izlaze iz kaznenih ustanova (*halfway houses*), ili za osobe koje su završile tretman u zdravstvenoj ustanovi, ponajprije onih koji se ne mogu vratiti u vlastitu obitelj, odnosno onih kojima valja osigurati nastavak tretmana i postupnu reintegraciju u društvenu zajednicu. Takva prihvatilišta treba osnivati na lokalnoj razini, a djelokrug rada u prvom redu bi obuhvaćao psihosocijalnu pomoć, savjetodavni rad, te kratkotrajni prihvati i skrb.

6. Nužno je osigurati uvjete za njihov dulji prihvata i boravak odraslih ovisnika koji u podmaklom razdoblju ovisničkog života, neovisno o životnoj dobi, redovito postaju osobe smanjenih radnih sposobnosti i narušenog zdravlja, a obitelj i okolina ih odbacuju. Postojeći zavodi za socijalno-zdravstvenu zaštitu ne mogu osigurati prihvata svima kojima je potrebno, a po svom načinu rada i ustroju ne mogu dati odgovarajući tretman i skrb ovisnicima, pa je potrebno osigurati im dodatni prostor.
7. Razvojem savjetovaništa za obitelj, bračne odnose i probleme vezane uz odgoj djece, osigurale bi se kvalitetnije mogućnosti preventivnog djelovanja kad je u pitanju zloraba sredstava ovisnosti i to otkrivanjem obitelji opterećenih problemima i djece s teškoćama u odrastanju, odnosno u adolescenciji. Stoga je potrebno u nadležnosti socijalne skrbi razvijati i ovaj vid savjetovanišne djelatnosti.
Posebno osposobljeni djelatnici centara za socijalni rad imali bi zadaću provoditi savjetodavni rad i nadzor nad malodobnim i mlađim punoljetnim osobama počiniteljima kaznenih djela iz čl. 173. Kaznenog zakona, posebno ako se radi o konzumentima droga ili ovisnicima. To bi provodili na zahtjev državnih odvjetništava, a u suradnji sa stručnjacima Centara za ovisnosti. Provođenje tog postupka bilo bi alternativa za kazneni progon što znači da bi se kaznene prijave (uglavnom za posjedovanje malih količina droge) odbacivale nakon provedenog savjetodavnog terapijskog postupka, čime bi se spriječila kriminalizacija mladeži i odtjecivalo resurse pravosuđa.
8. Ministarstvo rada i socijalne skrbi trebalo bi provoditi nadzor i superviziju stručnog rada terapijskih zajednica osnovanih u okviru sustava nevladinih udruga.
9. Programe Studija socijalnog rada i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, koji obrazuju djelatnike za potrebe socijalne skrbi, nužno je prilagoditi novim opisanim sadržajima rada socijalnih radnika i socijalnih pedagoga.
10. Ministarstvo rada i socijalne skrbi trebalo bi odrediti oblike i mogućnosti suradnje s Državnim zavodom za materinstvo, obitelj i mladež, u svrhu bolje prevencije ovisnosti, osobito za kvalitetniju zaštitu malodobnih tinejdžera isključenih iz škole.

Glavna zadaća policije je **smanjiti ponudu (dostupnost) droga**. Druga je važna zadaća policije zajedno s djelatnicima drugih resora interdisciplinarnim pristupom pridonijeti smanjenju potražnje droga. Policijski rad na suzbijanju ilegalne trgovine treba istovremeno djelovati na nekoliko razina:

1. Policija se treba kontinuirano i organizirano svojim djelovanjem **suprotstavljati organiziranom narko-kriminalu** koji nužno ima međunarodne razmjere. Istraživanja (otkrivanje) i sankcioniranje tog najopasnijeg oblika kriminala mora imati apsolutni prioritet. Najveći dio ilegalnih droga koje se uzimaju na području Hrvatske potječe iz inozemstva. Dio specijaliziranih policijskih djelatnika, zajedno s carinskom službom, primjenjujući specifične postupke istrage u bilateralnoj i multilateralnoj suradnji, osobito s Interpolom, mora sudjelovati u **presijecanju međunarodnih kanala** trgovine drogama prolaze i preko područja RH (radi se o poznatoj Balkanskoj ruti kojom se krijumčari heroin, ali postoje i drugi pravci kojima se krijumčari kokain i ostale vrste droga). Bez te dimenzije u radu ne može se očekivati znatnije smanjenje ponude droge u vlastitoj zemlji, jer kriminalci koji su građani Hrvatske, a povezani su s međunarodnom mrežom organiziranog kriminala, neće dopustiti da dobitak u trgovini drogom na njihovom području stječe netko drugi. **Osobe na toj razini organiziranog kriminala nastoje održavati svoju poziciju "nedodirljivosti" jakim i moćnim koruptivnim spregama sa ljudima iz državne birokracije, politike i osobito s onima koji rade u represivnom sustavu.**
2. Drugo važno obilježje rada u suzbijanju ponude droga jest **otkrivanje drugog sloja kriminalne piramide**, odnosno stalnih nositelja posla koji djeluju u pojedinim gradovima, a mogu biti podijeljeni na one koji se bave heroinom i one kojima je glavni posao kokain i druge stimulativne droge. Oni nisu konzumenti droga, već ljudi od utjecaja, poznati kao vješti "biznismeni" kojima je redovan posao samo pokrivač za kriminalnu djelatnost. Oni svoju sigurnost kao i sigurnost "posla" osiguravaju plaćanjem svojih "zaštitnika" (najčešće u pravosudnim ustanovama, državnoj birokraciji, policiji, tajnoj policiji i sl.).
3. **Treći sloj kriminalne piramide** čine uglavnom i javnosti poznate **osobe prepoznatljivog kriminalnog ponašanja** koje nerijetko i same uzimaju drogu (kokain npr.). Oni su nositelji posla u manjim mjestima ili u di-

jelovima većih gradova. Njih osobno poznaje velik broj ovisnika i oni su zapravo terenska operativa tog organiziranog kriminalnog sustava. Te osobe također uspijevaju djelomično osigurati svoju zaštitu plaćanjem manje moćnih zaštitnika.

4. **Četvrti sloj piramide sitni su ulični preprodavači (dealeri)**, koji su primarno bili delinkventi, da bi kasnije (sekundarno) i osobno postali ovisnici, a od brojnih mogućnosti u bavljenju kriminalom oni su izabrali drogu, jer im treba zbog ovisnosti. Često su objekti kaznenog progona.
5. **Peti sloj (osnova)** jest velik broj ovisnika kod kojih se **primarno razvila ovisnost** o drogama i koji su, zbog ovisnosti, spremni počiniti velik broj krivičnih djela tzv. **sekundarnog kriminaliteta** kako bi namaknuli novac za kupovanje dnevno potrebnih količina droge o kojoj su ovisni. Oni su uglavnom na ulici, ne skrivaju se previše, svakodnevno čine krivična djela – uglavnom krađe po trgovinama, robnim kućama i provale u osobna vozila, dok manji broj provaljuje u stanove, ljekarne i bolnice. Oko 30% ovisnika, ako ih se ne zahvati programom liječenja, preprodaje male količine droga kako bi financirali svoju ovisnost.

Iz strukture opisane kriminalne piramide, posebno njenog donjeg sloja, vidljivo je da osnovu uglavnom čine **bolesnici – ovisnici, žrtve tog prikrivenog oblika kriminala**. Njihov je broj daleko najveći. U postupanju s ovisnicima policija svoj posao treba obavljati po zakonskim odredbama, iako je u interesu društva da se u odnosu prema njima, bolesnicima, da prednost tretmanu, a ne represiji. Uz naglasak na terapiju oni postupno stvaraju pozitivan odnos prema društvu, a mogu postati i suradnici (informatori) u otkrivanju viših slojeva kriminalne piramide. Upravo kvalitetnim odnosom spram ovisnika moguće je stalnim istraživanjem prodirati u gornje slojeve piramide. Nacionalnoj strategiji nije, dakle, završni cilj represija prema tim bolesnicima, već njihovo otkrivanje uz pomoć policije i njenog stalnog rada na smanjenju ulične preprodaje droga. Nakon provedenog policijskog postupka ovisnici i sami poduzimaju mjera tretmana, neovisno o tome hoće li se, nakon donesene konačne sudske odluke, za počinjeno djelo odrediti postupak obaveznog liječenja na slobodi ili u kaznenoj ustanovi.

Doktrina u svezi sa smanjivanjem ponude droge mladeži

Komisija za suzbijanje zloporabe droga podržala je doktrinu što je i dalje u praksi treba provoditi Ministarstvo unutarnjih poslova, prema kojoj se ni u jednom gradu u Hr-

vatskoj **neće** dopustiti stvaranje stalnih, otvorenih narko-scena koje su bile prisutne u nekim velikim europskim gradovima. Poznato je da ovisnici daju prednost okupljanju na javnim mjestima koja su i inače privlačna za adolescentnu populaciju. Policija je dužna stalnom nazočnošću i djelovanjem stvarati u osoba sklonih uzimanju droga dojam da je to posao visokog rizika zbog kojeg “neće biti ostavljeni na miru”. Drugim riječima, **policija mora sprječavati nastanak i održavanje otvorenih narko-scena** u bilo kojemu dijelu grada, a “narkomani” i njihove djelatnosti moraju biti što je moguće manje primjetni za osobe izvan ovisničkog kruga. Takav pristup u radu otežava približavanje i komunikaciju zdravih adolescenata s ovisničkom subkulturom, a time se smanjuje i rizik od susreta s drogom.

Policija mora biti nazočna i svugdje gdje se okupljaju mladi radi zabave. Stručne službe MUP-a moraju stalno prikupljati podatke o dostupnosti pojedinih vrsta droge, o načinima na koji se distribuira, o cijeni, čistoći droge, načinima uzimanja i mjestima na kojima se distribuira, bez obzira da li se radi o otvorenim ili zatvorenim priredbama (*party*). To je važno radi same tehnologije rada kojom bi se pariralo stalnim mijenama i velikoj prilagodljivosti kriminalnog sustava. Dok se heroin i kanabis-derivate češće prodaje na ulici ili manjim lokalima, kokain se ilegalno prodaje posve drukčijom tehnologijom, npr. naručenom kućnom dostavom, odnosno na zabavama u zatvorenima, elitnijim krugovima u kojima se vrte velike svote novca. Ecstasy, amfetamin, i marihuana sve se češće preprodaju među srednjoškolicima. **Velike policijske racije** na mjestima masovnog okupljanja i zabave mladeži **nisu se pokazale djelotvorne** u sprječavanju sitne distribucije droga na tim mjestima. No ponekad su opravdane i korisne ako “pravi igrači” za njih unaprijed ne saznaju. **Bolje je da se među mladeži neprimjetno kreću u civilnoj odjeći posebno educirani, mladi policajci kako bi snimali situaciju i eksponirali se kao kupci droge.**

Policijski specijalizirani djelatnici kao suradni članovi interdisciplinarnih timova

Policija i ostali segmenti represivnog aparata, bez suradnje s građanima, osobito ovisnicima, neće moći djelotvorno obavljati svoje zadaće na terenu. Također, bez stalne, otvorene i skladne suradnje sa stručnim timovima centara za liječenje ovisnika i djelatnicima drugih društvenih djelatnosti (osobito socijalne zaštite, pravosuđa i zdravstva), bit će vrlo teško učinkovito provoditi ukupne preventivne mjere

na razini lokalne zajednice. Ta se koordinacija provodi posredstvom županijskih (gradskih) povjerenstava za sprječavanje zloporabe droga u kojima glavni policijski operativci za droge imaju istaknuto mjesto.

Odnos djelatnika policije spram samih ovisnika

Rad policije ne smije biti takve prirode da stvara odbojnost bolesnika spram policijskog posla i povećava nasilnost spram djelatnika. **Organizirani drogni kriminal, preko svojih sprega osobito policiji u njenom postupanju nastoji sugerirati grubost prema žrtvi.** Takav pristup otežava uspostavljanje suradnog odnosa policije i ovisnika u njihovim zajedničkim akcijama suzbijanja tog kriminala. Na lokalnoj razini, ovisnici, koje je stručni tim Centra motivirao za liječenje, najbolji su informatori o događanju na području narko-kriminala. Njima su također dobro poznate (ako postoje) sprege *dealera* i djelatnika represivnog aparata. Ovisnika je vrlo mnogo, međusobno su povezani u gustu mrežu, i u suradničkom su odnosu s mrežom organiziranog narko-kriminala. Narko-kriminal je, slično švercu, korupciji ili privrednom kriminalu, takav oblik prikrivenog kriminala u kojem klasična žrtva nije lako uočljiva. Međutim, društvo ih na kraju ipak vidi, i one su neposredni dokaz počinjenog kriminala. Žrtve, ovisnici i te kako izbjegavaju odavati počinitelje krivičnog djela, ili zato što ih se boje ili zato što ih, kao bolesnici, trebaju. Upravo zato pristup policije u otkrivanju tog oblika kriminala mora biti **aktivan** – taj posao mora zauzimati visoko prioritarno mjesto na listi ukupnog policijskog djelovanja. Ako policija slabo ili nedjelotvorno obavlja taj posao, može se činiti kako kriminala naprosto nema, međutim, ukoliko previše pojača djelovanje, može se steći poves suprotan dojam.

U policijskom ispitivanju i provođenju istražnih radnji, ovisnike, osumnjičene da su počinili krivično djelo, ne bi smjelo dovoditi u stanje apstinencijske krize kako bi se lakše dobile neke obavijesti ili priznanja. Dakako da **fizičko i psihičko zlostavljanje ne dolazi u obzir**, a ukoliko se dogodi, to tada ovisnici znatno preuveličavaju i preporučavaju, što ponovo dovodi do povećavanja njihovog otpora i smanjenja suradljivosti s policijom. To izuzetno odgovara kriminalcima koji ovisnike žele držati pod kontrolom i u sukobu s policijom što je više moguće, budući da je to u funkciji zaštite njihovih interesa. Ukoliko je ovisnika radi ispitivanja potrebno zadržati i do 24 sata, mora ga se odgovarajuće zbrinuti u suradnji sa stručnjacima centra za ovisnosti, odnosno pregledati i dati mu lijekove. Po-

licija će, dakle, u svome radu vrlo često morati surađivati s lokalnom zdravstvenom službom i osobito sa djelatnicima centara za prevenciju i liječenje ovisnosti.

Što sa saznanjima policije o osobama koje uzimaju droge?

Nije moguće znatnije smanjiti potrošnju droga ukoliko se, zahvaljujući organiziranim mjerama, što veći broj težih ovisnika ne uključi u tretman. Pojavnost ovisnosti nije moguće smanjivati ako se ne unapređuje mjere što ranijeg otkrivanja mladih na putu da postanu ovisnici. Zbog toga specijalizirani policijski djelatnici kao stalni članovi interdisciplinarnih lokalnih timova moraju voditi računa o načinu i mogućnosti da svojim spoznajama pomognu u provedbi ukupnih mjera i **unapređenju što ranijeg otkrivanja i liječenja ovisnika**. Takav se pristup primjenjuje u mnogim državama, gdje policajci na terenu surađuju s *out-reach*-djelatnicima tražeći način kako, što prije i bolje, uspostaviti kontakt sa svakom mladom osobom koja upada u problem s drogom kako bi je potaknuli na prihvatanje nekog oblika tretmana. **Stručnjake centara za ovisnosti prilikom izmjene informacija sa policijom ne zanima nijedna obavijest o bilo kakvoj nezakonitoj radnji ovisnika, već samo podatak da dotična osoba (još nepoznata u programu tretmana) uzima droge**. Takav pristup, na osnovi kojeg se izuzetno unapređuju mjere ranog otkrivanja i tretmana ovisnika o drogama, valja podržati, budući da on nimalo dodatno ne stigmatizira tu populaciju. Naime, najveća je stigma biti "registriran" u policiji. Voditelj centra za suzbijanje ovisnosti, sukladno medicinskoj etici, bit će dužan čuvati dignitet uzimatelja i njegove obitelji, poduzimajući pritom osobi prilagođene mjere kojima će pokušati pokrenuti zaštitni ili terapijski postupak.

Kad je riječ o malodobnoj osobi, tada će se sve istražne radnje obavljati u nazočnosti roditelja ili staratelja, a brigu o tretmanu osobe osigurat će djelatnici Centra za suzbijanje ovisnosti, a kasnije, prema potrebi, i djelatnici drugih ustanova koji će rješavati pojedinačni slučaj (socijalna zaštita, škola, sudac za maloljetnike, obitelj). Kako bi se izbjeglo stigmatiziranje, osobito mladih ljudi, trebalo bi prihvatiti stav da policija samo izuzetno ulazi izravno u školu ili u obitelj. **o Budući da to nalažu pravila liječničke etike, policija ne bi trebala očekivati ni neposredno zahtijevati obavijesti osobama koje su se javile u program liječenja** (to se odnosi i na podatke o ovisnicima koji koriste metadon). **No, u interdisciplinarnim timovima, kao i u povjerljivim razgovorima u četiri oka, djelatnik policije može dobivati dragocjene informacije i**

spoznaje o zbivanjima u zoni kriminala na tržištu droga iz sustava za liječenje ovisnika, što može biti od koristi u usmjeravanju njihovih konkretnih akcija.

Potreba usklađivanja (intenziteta) policijskog rada s djelovanjem pravosuđa ili zdravstva

Intenzitet policijskog djelovanja mora biti usklađen s mogućnostima drugih službi koje bi morale voditi brigu o optuženim i osuđenim ovisnicima, i to na državnoj i na lokalnoj razini, poštujući pritom temelje doktrine (ravnotežu represije u odnosu na druge preventivne i terapijske mjere kojima se nastoji smanjivati potražnja droga). **Naglo pojačanje policijskog pritiska na uličnoj razini moglo bi rezultirati naglim i znatnim povećanjem broja ovisnika koji traže neki oblik liječenja, što bi uzrokovalo problem zbog ograničenih kapaciteta programa tretmana.**

Naglo smanjenje ponude heroina (na žalost rijetko se događa) na ilegalnom tržištu nekog grada već za dan dva, mnoge bi ovisnike doveo u stanje apstinencijske krize i ako nema osiguranih kapaciteta terapijskih programa odgovarajućeg tipa (prihvatljivog za najveći broj heroinskih ovisnika) naglo će se povećati broj kaznenih djela ovisnika koji će provalama u ljekarne ili na bilo koji drugi način nastojati domoći se opijatskih sredstava. Mnogi bi u tom slučaju bezglavo jurili u obližnje gradove nabaviti drogu. Ukoliko bi u tom slučaju policija intervenirala povećavajući broj uhićenja ovisnika te ako bi i politika rada sudova bila "naglašenija represija", u kratkom bi se roku u kaznenim ustanovama mogao znatno povećati broj teških bolesnika. Ako u tim uvjetima nema organiziranih programa tretmana ovisnika, počelo bi se i tamo razvijati ilegalno tržište droga s posljedičnom korupcijom zatvorskog sustava ili bi ovisnici izazivali krizne situacije u zatvorima kakve je vrlo teško kontrolirati. Poznato je da su danas u mnogim državama svijeta upravo zatvori mjesta širenja zloporabe droga, uvlačenja ovisnika u još dublji kriminal, te širenja virusa HIV-a i hepatitisa.

Policijski rad stalno je potrebno stalno usklađivati s radom istražnih sudaca, sudaca za prekršaje, državnih odvjetništava, sudova i penalnih institucija, a s druge strane i sa sustavom za tretman, koji bi svoje kapacitete morao prilagođavati potrebama.

Poboljšanje mjera sigurnosti u prometu

Poznato je da su u Europi i SAD-u počinitelji brojnih kobnih prometnih nesreća osobe pod djelovanjem droga, uglavnom mladi ljudi koji mogu biti samo povremeni konzumu-

menti ili su ovisnici. Mnogi ovisnici počinju nesreće kada bezglavo, u krizi jure kako bi nabavili drogu. Zato hitno valja razraditi sustav kontrole vozača (slično kontroli alkohola) i na uzimanje psihoaktivnih sredstava (droge, lijekovi). Također treba poboljšati postupak ocjene sposobnosti za vozače prilikom zdravstvenih pregleda. U okviru tog projekta, trebalo bi povećati kapacitete toksikoloških laboratorija u sustavu zdravstva i policije, u svrhu vještačenja. Valja razraditi stav o ocjeni vozačke sposobnosti ovisnika, osobito uključenih u programe održavanja na metadonu. **Neliječenom ovisniku nakon što je ugrozio sigurnost u prometu treba oduzeti vozačku dozvolu i omogućiti mu povrat vozačke dozvole ukoliko se uspješno liječi, nakon ponovnog pregleda radi ocjene vozačke sposobnosti.** Koliko će trajati ograničenja a time i obaveza ponovnog javljanja na pregled, ovisiti će o stručnom timu koji obavlja taj odgovoran posao. Uspješnim liječenjem smatra se i održavanje na metadonu, ako se ovisnik pridržava svih odrednica preporučenog programa. Ne bi trebalo poduzimati nijednu mjeru koja bi umanjivala pobude ovisnika za slobodno javljanje na liječenje. Zbog toga se ovisnicima ne bi smjelo automatski oduzimati vozačku dozvolu nakon što se ustanovi njihov problem. Velika je odgovornost članova terapijskih timova da poduzmu odgovarajuće zaštitne mjere ukoliko znaju da ovisnik, koji je u tretmanu a i dalje uzima drogu, upravlja vozilom i time ugrožava sigurnost u prometu. Etički ne bi bilo ispravno prijaviti ga, ali se određene mjere dogovorno ipak moraju poduzeti. U najmanju ruku, ovisniku se mora dati do znanja da će biti pokrenut postupak za ponovnu ocjenu vozačke sposobnosti ukoliko na pokaže napredak u liječenju. Ipak, temeljni je princip da je svaki pojedinac, pa tako i osoba koja konzumira droge, mora preuzeti odgovornost pred zakonom i snositi sve posljedice ako se nešto dogodi. Za ovisnika koji je u programu održavanja na metadonu a koji se tek sprema polagati vozački ispit, postupak ocjene njegove sposobnosti (zdravstvenog pregleda) trebalo bi provesti pod djelovanjem preporučene dnevne doze toga narkotika. Ukoliko su u tom slučaju njegove psihomotorne i druge reakcije u redu, trebalo bi mu omogućiti polaganje vozačkog ispita i zadržavanje vozačke dozvole. Slično se postupa u drugima europskim državama, iako zakonodavstva nisu usklađena u vezi s takvim postupkom, što bi također trebalo razriješiti.

Zadaće policije u smanjenju ilegalne prodaje narkotika (metadona)

Policija mora pridonositi smanjenju posljedica koje mogu nastati zbog neodgovarajuće provedbe supstitucijskih metadonskih programa. Iako po pravilima i doktrini, u pro-

vedbi supstitucijskih programa ovisnik ne bi smio osobno na osnovi dobivenog recepta podizati u ljekarni Heptanon, to se ipak događa. U tom slučaju, formalno-pravno, ovisnik to sredstvo posjeduje legalno. Ukoliko policija kod osobe nađe Heptanon, može mu ga oduzeti, ali nakon što je obavljena naknadna provjera i ustanovljeno da je osoba podigla lijek na osnovi ispravnog liječničkog recepta, nema osnove za podnošenje bilo kakve prijave. U takvim primjerima odgovornost za izdavanje recepta leži isključivo na liječniku a za sve što će se dogoditi s narkotikom u odgovornosti je samog ovisnika. Jasno je da liječnik psihički poremećenom i neubrojivom bolesniku ni u kom slučaju neće dati recept u ruke da ga sam realizira. Ako bi policija opravdano posumnjala da se nije postupilo sukladno doktrini liječenja a bojazan je da će se dogoditi štetne posljedice, dolazi u obzir izvjestiti samog liječnika a po potrebi i nadležnu inspekciju Ministarstva zdravstva, koja bi zatim poduzimala daljnje provjere i mjere. Činjenica je da zbog neriješenog pitanja dopreme tog narkotika do liječničkih ordinacija i zbog nepostojanja sefova za čuvanje narkotika, dio ovisnika još uvijek osobno u ljekarnama podiže narkotik te donosi u ambulantu kako bi ga pili pred liječnikom. I to pitanje valja riješiti u najskorije vrijeme.

Sazna li policija da se ovisnik ili bilo koja druga osoba bavi ilegalnom trgovinom Heptanonom ili bilo kojim drugim narkotikom, postupit će sukladno Zakonu, što znači jednako kao da je riječ o trgovini bilo kojom ilegalnom drogom.

Temeljni elementi procjene djelotvornosti rada represivnog aparata u suzbijanju ilegalne trgovine drogom

1. Kako bi se kvalitetno ocjenjivao rad policije na tom području, do zaključaka treba dolaziti analitički, uspoređivanjem međudnosa više pokazatelja. Niti jedan pojedinačni pokazatelj neće odražavati pravu sliku stanja ni upozoravati na mogući trend.
2. Najpouzdaniji pokazatelj uspješnosti provedbe Nacionalne strategije na nekom području jest pojavnost (ukupan broj) ovisnika, a najbolji pokazatelj trenda – kretanje broja novih slučajeva (incidencija). Zbog toga je vrlo važno imati razvijen i standardiziran sustav otkrivanja i evidentiranja ovisnika i uzimatelja droga. Manipulacije podacima na području zlorabe droga su česta pojava.
3. Broj iznenadno umrlih ovisnika zbog prevelike količine uzete droge može upozoriti na promjene u djelotvornosti ili kontinuitetu rada policije i sustava za liječenje, a

manje na ukupnu sliku stanja i trendove. Ako uspješna policijska akcija, naime, prekine za neko vrijeme opskrbu nekog područja drogom, tada se ovisnici okreću drugim izvorima koji mogu ponuditi i znatno jaču drogu. Događa se i to da neki ovisnici zapadnu u krizu, unesu veće količine sedativa i alkohola, konačno nabave drogu i injiciraju količinu koja je prevelika za organizam sa smanjenom tolerancijom, što onda dovodi do smrti.

4. Važno je pratiti strukturu osoba koje su lišene slobode zbog trgovine drogom. U policijskom radu valja posebno bilježiti broj uhićenih u svih pet opisanih podkategorija kriminalne piramide. Iznimno je važno pratiti omjer uhićenih i osuđenih počinitelja krivičnih djela u svezi s ilegalnom trgovinom droga, kako za one koji su i sami ovisnici, tako i za one koji su "čisti" kriminalci.
5. Ocjenjivanje uspješnosti policijskog rada prema broju zapljena i količini zaplijenjene droge ima određenu važnost, ali je znatno važnije pratiti kolika je količina zaplijenjene droge u usporedbi s procjenom ukupne količine potrošene droge. Pretpostavimo li, primjerice, da 7.000 teških uzimatelja heroina i kokaina svaki dan potroši 2,5 kilograma droge, što je oko trećine grama dnevno po osobi, to čini godišnju količinu oko 850 kilograma droge prosječne ulične čistoće, koja na ulici vrijedi otprilike 500 milijuna kuna. Tako bi valjalo izračunati količinu i vrijednost popušene marihuane i hašiša, amfetamina (osobito ecstasyja) i LSD-a, kako bi se dobila slika o težini kriminala i uspješnosti u njegovoj redukciji. Pritom se policijski rad ni u kom slučaju ne bi trebalo ocjenjivati neuspješnim zato što će zaplijenjena droga činiti možda tek 10% u odnosu na ukupno potrošenu količinu. Uvijek valja imati na umu što bi se događalo i koliko bi droge bilo na dohvata uzimateljima, kada represivnog aparata uopće ne bi bilo. U mjerenju količine zaplijenjene droge važno je odvojiti količine koje su dokazano bile u provozu kroz zemlju od onih namijenjenih domaćemu ilegalnom tržištu. Droge zaplijenjene u provozu dokaz su uspješnosti naše policije na međunarodnoj razini.

I broj zapljena droga određene težine treba izračunavati u odnosu na broj počinjenih ilegalnih transakcija (jednake težine). U Hrvatskoj se dnevno dogodi barem 10.000 kaznenih djela sitne ulične prodaje droga (godišnje četiri do pet milijuna), pa je ukupni broj policijskih zapljena godišnje manji od polovice jednodnevnih transakcija. **No, tu i nije toliko važno u kolikom su postotku te transakcije spriječene, već koliko je osoba (od postojećih u kriminalu) tijekom godine bilo "kažnjeno".**

Sljedeći važan pokazatelj uspješnosti rada policije jest praćenje odnosa cijene i čistoće droge. Znak velike ponude droga i snažnog narko-kriminala je snižavanje cijene uz povećanje čistoće droge. To bi mogao biti i znak smanjenja potražnje, što na žalost kod nas nije slučaj.

Osnovna slika uspješnog programa suzbijanja zloporabe droga u nekom gradu je slijedeća:

- malen ukupan broj ovisnika,
- malen broj ovisnika izvan terapijskih programa,
- malen broj novih ovisnika i konzumenata,
- malen broj počinjenih djela tzv. sekundarnoga kriminala ovisnika,
- visoka cijena uličnih uzoraka droge slabe čistoće,
- potreba da ovisnici iz svoga grada putuju po drogu u neko drugo mjesto.

Kako bi se sve to postiglo, valja poštivati sve elemente doktrine uspješnog rada policije i voditi računa o sljedećem:

- **Policijski rad koji se očituje u smanjenju ulične prodaje, treba biti otvoren i preko interdisciplinarnih koordinacijskih tijela na lokalnoj razini, što bolje usklađen s radom centara za prevenciju i liječenje ovisnosti.**
- **Policija treba uspostavljati što bolji kontakt i odnos sa žrtvama narko-kriminala za koje je znatno važniji tretman nego represija. Takav pristup višestruko je naglašen u nacionalnim programima mnogih europskih država a sve više i SAD-a, jer se shvatilo da jačanje represije i stigmatizacija ovisnika te bolesnike još čvršće povezuje u zajedničku mrežu s kriminalcima, što potonjima osobito odgovara. Kroz primjereni, zaštitnički i tim bolesnicima prilagođen (human) odnos, mnogi ovisnici mogu postaju izvrsni suradnici (informatori) policije u borbi protiv narko-kriminala.**
- Bez suradnje s građanima i osobito s konzumentima i ovisnicima, teško je pratiti stvarno događanje u zoni kriminala. Da bi se unaprijedila kvaliteta i povećala djelotvornost represivnog aparata potrebno je poboljšati i **razviti sustav za poticajan rad s informatorima.** Danas je informacija izuzetno skupocjena roba. U našim uvjetima moguće je od brojnih ovisnika dobiti dragocjene i besplatne informacije o osobama koje trguju drogama, o modalitetima njihovog rada, o korupciji. Ima ovisnika koji su bili duboko u kriminalu. Tijekom rehabilitacije kod nekih od njih budi se motivacija da pridonesu suzbijanju tog zla. Bilo bi loše to ne iskoristiti.
- Dragocjene informacije o događanjima u zoni drognog kriminala moguće je sustavno prikupljati posebnim istraživanjima. Tu se može raditi o povremenim brzim

kvalitativnim studijama a bolje je sustavno provoditi ankete korisnika droga koje kontaktira kako represivni sustav tako i terapijski timovi. Nije isto ustvrditi je li ovisnik u nekom gradu mora dugo i strpljivo tražiti i čekati drogu ili većini od njih kada upadnu u tu mrežu *dealeri* uporno nude drogu. Također se stalnom analizom uličnih uzoraka droge i ispitivanjem cijene pojedinačnih doza (cijena/čistoća indikator) mogu pratiti zakoni i promjene uličnog tržišta droga.

- Uspješnim timovima policijskih djelatnika valja pokazati odgovarajuću zahvalnost u radu i osigurati im, svakako, stalnu potporu i mogućnost napredovanja kako bi ustrajali i održali kvalitetu. **“Uspješnija” je policija u gradovima u kojima je malo zapljena, ali i malo droge i još manje ovisnika.**
- Valja **osigurati stalnu i kvalitetnu specijalističku izobrazbu policijskih djelatnika**, te im omogućiti što češću razmjenu iskustava s kolegama u poslu. Uz dobru organizaciju te policijske djelatnosti, nužno je nabaviti što kvalitetniju opremu za njihov rad (vozila, komunikacijske uređaje, dresirane pse, kamere, različite vrste detektora i dr.).

Rad policije mora se planski i naglašenije usmjeravati prema narko-kriminalcima u višim slojevima opisane kriminalne piramide. Policija svoj posao mora temeljiti na važećim zakonima. No obzirom da je odgovarajući obuhvat cijelog tog područja nemoguć, ipak veću pozornost treba usmjeriti na suzbijanje trgovine heroinom, kokainom, stimulansima tipa amfetamina i LSD-a i velikim poslovima s kanabisom negoli sitnoj uličnoj preprodaji marihuane. Takav selektivan pristup, koji se donekle u praksi i primjenjuje, trebalo bi koliko je moguće podržati i zakonom.

Ovisnici će lakše prihvatiti čestit i kvalitetno obavljen rad policijskih djelatnika ukoliko oni pritom ne ugrožavaju njihov ljudski dignitet. Upravo takvim djelovanjem policijski djelatnici mogu pridonijeti da ovisnici postanu dobri suradnici u stvaranju fronte protiv kriminala. Vješt i dobro educiran policajac može u svom radu mnoge mlade ljudi koji su duboko propali radi drogiranja nagovoriti na liječenje. Oni tako postaju most povratka ovisnika odnosno žrtava narko-kriminala prema društvu od kojeg su se otuđili.

Posebnima mehanizmima kontrole “unutar” i izvan same policije, MUP-a svoj sustav treba čuvati od korupcije i bilo kakve umiješanosti i suradnje s narko-kriminalcima zbog materijalnih interesa. To je u svijetu inače jedna od najtežih prepreka kvalitetnoj provedbi

društveno dogovorenih programa suzbijanja kriminala. **P**olicija mora poduzimati mjere otkrivanja korupcije dužnosnika, političara, javnih djelatnika i drugih osoba iz državne birokracije. Rizik korupcije u represivnom aparatu može se smanjiti kvalitetnim izborom i odgojem stručnjaka za rad u tom vrlo zahtjevnom području, te odgovarajućim sustavom nagrađivanja.

PRAVOSUĐE

U programima suzbijanja zlorabe droga veoma važnu ulogu imaju svi podsustavi pravosuđa. Zakonodavstvo je temelj za obavljanje policijskog rada, rada državnih odvjetništava, postupanje sudova, te način kažnjavanja za počinjena prekršajna i krivična djela u svezi s drogom. Da bi se poboljšala djelotvornost Nacionalne strategije suzbijanja zlorabe droga, sve te dijelove pravosudnog sustava valjalo bi prilagođavati novim spoznajama i mogućnostima što djelotvornijeg obavljanja brojnih i složenih zadaća, kako unutar vlastite službe tako i kod drugih subjekata s kojima surađuju.

Zakoni i praćenje njihove provedbe

Budući da zakoni na temelju kojih se sankcionirao kriminal u svezi s drogama nisu bili zadovoljavajući s obzirom na potrebe, Vladina Komisija je 1996. predložila pokretanje postupka za donošenje posebnog *“Zakona o drogama”* kojim bi se djelotvornije uredilo pitanje kontrole proizvodnje i prometa droga i prekursora, pitanje uređenja sustava za provođenje primarne, sekundarne i tercijarne prevencije ovisnosti te jasno definirao sustav za kvalitetnu evidenciju relevantnih podataka. Tek donošenjem Zakona o suzbijanju zlorabe opojnih droga u 2002. godini u Hrvatskoj je osigurana zakonska osnova za kontrolu prometa prekursorima (kemijskim tvarima koje su potrebne u proizvodnji droga). Danas se također redovito ažuriraju liste kontroliranih psihoaktivnih tvari. Tako se recimo nedavno pojavila na tržištu droga GHB i Ketamin (depresori središnjeg živčanog sustava i mogući anestetici) i naša država ima zakonsku osnovu kontrolirati te i druge slične tvari. Na ilegalnom tržištu se tako stalno pojavljuju pojedine psihoaktivne tvari čiji je kemijski sastav tako izmijenjen da se vještačenjem ne može potvrditi da se radi o zabranjenom sredstvu. Ne samo da treba stalno istraživati događanja u zoni kriminala već i zakone treba poboljšavati kako bi bili što bolja podloga za funkcioniranje represivnog aparata. Tako je novim zakonskim propisima iz 1997.

olakšan je rad policiji na način na koji je to zakonski riješeno u drugim europskim državama – ozakonjenje agenta provokatora, drugačije reguliranje mogućnosti pripreme, istraživanja i vrednovanja dokaza temeljenih na policijskom radu.

Najspornija točka važećeg Zakona koji sankcionira krivično djelo neovlaštene proizvodnje i stavljanja u promet opojnih droga (članak 173. KZRH) jest pitanje tretiranja samog neovlaštenog posjedovanja opojnih droga. Nije razgraničeno posjedovanje “neznatne količine” droge za osobnu uporabu od posjedovanja “veće” količine neke droge, potencijalno namijenjene ilegalnoj prodaji drugim osobama. **Stručnjaci sugeriraju, sukladno Nacionalnoj strategiji, da se neovlašteno posjedovanje neznatne količine droge za osobnu uporabu, kažnjava samo prekršajnim postupkom.** Neke europske države u takvim slučajevima sve više koriste različite administrativne mjere. Posjedovanje količina droge većih od “neznatne”, kažnjavalo bi se temeljem čl. 173., st. 1. Kaznenog zakona, ovisno o vrsti i količini droge. Tako bi se izbjeglo ono što se događalo ranijih godina, da je npr. neka mlada osoba za nekoliko grama marihuane odležala više mjeseci u zatvoru, dok su istovremeno “neki drugi” uspijevali uvjeriti sud kako su znatne količine droge u njihovu posjedu bile namijenjene isključivo osobnoj uporabi, te su tako izbjegavali težu kaznu.

Zakonski valja odrediti mogućnost da se ovisnicima koji su kazneno djelo počinili radi svoje bolesti i kojima je izrečena mjera obveznog liječenja uz bezuvjetnu kaznu zatvora dopusti, umjesto u zatvoru, tu mjeru provoditi u posebnim socijalno-zdravstvenim ustanovama. Tretman bi se provodio pod nadzorom Ministarstva pravosuđa. Zakonski treba obogatiti i ostale mogućnosti izricanja kazni i provedbe mjere obveznog tretmana. **Sudovi bi trebali zauzeti jasan stav da, kad je riječ o ovisnicima koji su radi uzimanja droge počinili i krivično djelo, prednost ima tretmanski pristup (liječenje); a kada su posrijedi raspačavatelji droga isključivo radi materijalne koristi, kazna mora biti znatno stroža i pristup represivniji.** U nekim zemljama (Italija, Španjolska) moguće je za posjedovanje droge osobu kazniti oduzimanjem putovnice ili vozačke dozvole na neko vrijeme. To se pokazalo vrlo djelotvornim.

Zakonski bi trebalo jasnije urediti i pitanje uskraćenja dozvole za rad (zatvaranje lokala) ugostitelju u kojega se sastaju mladi, ukoliko policijski djelatnici ustanove da se u prostorijama ili ispred njih prodaju droge. To bi trebalo činiti neovisno o tome je li vlasnik umiješan ili nije. U Norveškoj će, primjerice, biti zatvoren ugostiteljski objekt i ako se na ulici, ispred lokala, događa ilegalno raspačava-

nje droga, a vlasnik nije poduzeo potrebne mjere, obavijestio policiju.

Policija u suradnji sa socijalnom skrbi treba što prije, sukladno Obiteljskom zakonu, razraditi način na koji će, bez nepotrebnog izazivanja štetnih posljedica, tinejdžerima mlađim od 16 godina ograničiti kretanje bez nadzora u kassnim noćnim satima, čime će se smanjivati njihova izloženost prodavateljima droga i olakšati odgojni rad roditeljima, koji su zakonom dobili argument više za postavljanje razumnih ograničenja svojoj djeci.

Kvalitetnijim provođenjem Zakona o "pranju novca" i mogućnosti konfiskacije imovine stečene ilegalnom trgovinom drogama moglo bi se mnoge kriminalce tog tipa odvrćati od tog prljavog biznisa a istovremeno prikupiti znatna sredstva za potporu programima suzbijanja ovisnosti.

Donošenjem Zakona o sprječavanju neovlaštene uporabe opojnih droga Hrvatska će imati mnogo bolju zakonodavnu potporu provedbi međunarodnih konvencija što ih je potpisala nakon osamostaljenja (*Single Convention on Narcotic Drugs* iz 1961., s amandmanima iz 1972.; *Protocol, Convention on Psychotropic Substances* iz 1971. i *United Nations Convention Against Illicit Drugs and Psychotropic Substances* iz 1988.). Istim Zakonom će se riješiti pitanje kontrole "prekursora". Radi višegodišnjeg kašnjenja u donošenju "Zakona o drogama" Hrvatska nije bila u stanju udovoljiti zahtjevima međunarodne zajednice u kontroli ilegalne trgovine prekursorima. Također, radi istog razloga naša zemlja nije imala definirane i stalno ažurirane liste opojnih droga i psihotropnih tvari koje bi trebalo kontrolirati. Kada su se tijekom 2000. pojavili medijski napisi o novoj drogi koja se navodno pojavila u Splitu, a radi se o GHB (gama hidroksibutirat) policija je objavila da nema ovlasti intervenirati, jer to sredstvo nije bilo na listi opojnih droga. Ilegalnu trgovinu anaboličkim steroidima (najčešći doping u sportu) radi istih razloga također nije moguće adekvatno sankcionirati. Ilegalni laboratoriji sintetiziraju nove i nove psihoaktivne tvari a naš sustav za kontrolu stoji godinama.

Na razini Ministarstva pravosuđa Republike Hrvatske bilo je predloženo utemeljenje Potkomisije za koordinaciju provedbe represivnog programa, u članstvo kojega bi se biralo: predstavnika MUP-a, Carine, Državnog inspektorata, Krivično-pravnog odjela Ministarstva pravosuđa RH, predstavnika Uprave za provedbu krivičnih i prekršajnih sankcija, stručnjaka za izradu zakonskih i podzakonskih propisa, predstavnika Državnog odvjetništva, predstavnika sudaca za prekršaje. (Ministar pravosuđa 1997. godine nije prihvatio taj prijedlog.)

Državno odvjetništvo Republike Hrvatske ima obvezu prikupljati podatke o kriminalu vezanom uz droge za punoljetne, mlađe punoljetne i maloljetne osobe (broj prijavljenih, optuženih i osuđenih, te vrste izrečenih mjera) i dostavljati ih Komisiji za suzbijanje zloporabe droga Vlade RH. U godišnjem izvješću se prikazuju ukupni pokazatelji o aktivnosti represivnog aparata u svezi s drogom, počinjenim kaznenim djelima neovlaštene proizvodnje i stavljanja u promet opojnih droga i kaznenim djelima omogućavanja uživanja opojnih droga. Posrijedi su kaznena djela počinjena pod utjecajem droge, odnosno zbog pribavljanja sredstava za kupnju droge (razni imovinski prekršaji), te kaznena djela počinjena zbog pribavljanja droge (krađe narkotika, provale u ljekarne, krivotvorenje liječničkih recepata i dr.).

Republičko vijeće za prekršaje će za područje cijele Hrvatske prikupljati i pohranjivati podatke o punoljetnim, mlađim punoljetnim i maloljetnim osobama koje su počinile prekršaj iz Zakona o prekršajima protiv javnog reda i mira (uzimanje opojnih droga ili drugih omamljujućih sredstava na javnom mjestu), te “Zakona o drogama”.

Ministarstvo pravosuđa RH trebalo bi osigurati stalnost sudaca, državnih odvjetnika i sudaca za prekršaje, te stručnjaka izvanpravnih struka koji se bavi problemima vezanim uz drogu. Barem jednom godišnje, nakon prijama svih izvješća, trebao bi se održavati stručni sastanak pravosudnih djelatnika i stručnih suradnika izvanpravne struke u svrhu upoznavanja s kretanjem pojave i međusobnog usklađivanja.

Postupanje s osobama zatečenim u posjedu “neznatne” količine droge

Nakon što je tzv. “Mini kaznenom reformom” postalo kazneno djelo svako neovlašteno posjedovanje opojne droge (a prije toga bio je samo prekršaj, ako se radilo o posjedovanju za osobnu uporabu), tadašnja Komisija za suzbijanje zloporabe droga Vlade RH tražila je način postupanja kojim bi se spriječile neželjene i štetne posljedice primjene KZ u smislu kriminalizacije mladeži koja konzumira droge. Bilo je više nego jasno da je takvom izmjenom Zakona dana široka mogućnost represivnom aparatu da se bavi s mladeži, da će u kratko vrijeme ionako zatrpani sudovi (neriješenim predmetima) imati još više posla, da će to stajati mnogo novca, a da se neće postići cilj kojim se takva izmjena Zakona opravdavala. Komisiji je bilo najvažnije da se koliko je moguće više zaštite interesi mladeži a smanji broj predmeta koji će opterećivati rad sudova. Ta-

ko je Državno odvjetništvo u suradnji sa stručnjacima za tretman ovisnika razradilo model i nakon toga donijelo naputak za postupanje u slučajevima kada policija zatekne mladu osobu u posjedu “neznatne” količine droge za osobnu uporabu. Nakon što predmet dospije na Državno odvjetništvo, stručna služba će razmotriti predmet, pozvati na razgovor počinitelja, izvjestiti Centar za socijalni rad (koji će prikupiti dodatne podatke). Primjenom načela oportuniteta, počinitelju će se ostaviti mogućnost dragovoljnog javljanja u nadležni Centar za tretman ovisnosti kako bi sukladno potrebama i preporukama terapijskog tima proveo tretman (savjetovanje i po potrebi obiteljski postupak). Ako počinitelj izvrši što mu je preporučeno (mora se dakako suzdržavati od uzimanja droga, što se kontrolira), tada na preporuku i uz pismeni nalaz terapeuta dostavljen Državnom odvjetniku, isti donosi odluku o prekidu daljnjeg vođenja kaznenog postupka. Preporučenu “tehnologiju” su izvrsno prihvatile stručne službe Državnih odvjetništava, centri za tretman ovisnika kao i same obitelji. Na stotine mladih, umjesto kaznenog progona imalo je mogućnost koristiti usluge sustava za tretman što je mnogima od njih pomoglo da shvate kako bi trebalo poštivati zakone i prekinuti s uzimanjem droga. Dakako, da se ista mogućnost (ali uz brži i jeftiniji postupak) zaštite mladeži (ovisnika) mogla postići da je pitanje posjedovanja malih količina droga za osobnu uporabu sankcionirano isključivo prekršajnim zakonom. Danas suci za prekršaje temeljem “Zakona o drogama” osobu zatečenu u posjedu male količine droge za osobnu uporabu običavaju kazniti s nekoliko tisuća kuna. Bilo bi poštenije i isplativije da se takvoj mladeži izriče i osigurava provođenje mjere tretmana.

Postupanje s ovisnicima tijekom sudskog postupka i izdržavanja kazne

Državna odvjetništva svoje aktivnosti moraju uskladiti s radom policije. Pokretanje postupaka mora biti ažurno, budući da je poznato da ovisnik tijekom vođenja istražnog postupka, ako je na slobodi, čak pojačava intenzitet činjenja krivičnih djela. **Većinu težih i za liječenje nemotiviranih ovisnika koji čine kaznena djela korisno je “ukloniti” s ulice i dovesti u uvjete koji će ih primorati na detoksifikaciju i apstinenciju.** Istražni postupak s njima mora biti human, a iznuđivanje iskaza dovođenjem osobe lišene slobode u stanje apstinencijske krize nije prihvatljivo. Ovisnika se ne smije mučiti apstinencijskom krizom, više nego što bi se terapijskim postupkom moglo opravdati, u bilo kakvim okolnostima. Pomoć u fazi apstinencij-

ske krize stvar je rutinskog farmako-terapijskog postupka, a može se organizirati u bilo kojem pritvoru. No liječnik koji je odgovoran za zdravstvenu zaštitu osoba lišenih slobode za takav postupak mora biti obrazovan i mora surađivati sa timovima centara za specijalizirano liječenje ovisnika kako se tim postupkom ne bi samo postiglo stanje bez fizičkih simptoma krize a da se gotovo ništa ne učini u smislu smanjenja žudnje za drogom i pokretanja unutarnje motivacije ovisnika da pokuša u budućnosti živjeti bez droge. Koliko god izgledalo da primjena metadona za detoksifikaciju samo komplicira i usporava postupak, takav će pristup većina ovisnika potaknuti na bolju suradnju s terapeutima što je pretpostavka pokretanja poželjnog procesa orijentiranog na trajnu apstinenciju. Vođenje redovitog sudskog postupka, ako ovisnik nije prihvatio liječenje i apstinenciju dok je još bio na slobodi, bolje je provesti što brže i uz određivanje mjere pritvora kada za to postoji pravna osnova i osigurani uvjeti za kvalitetan tretman.

Pri određivanju kazni nužna je individualizacija u pristupu. **Za ovisničku populaciju sudski postupak mora biti, u prvome redu, u funkciji motivacije za liječenje.** Sud bi u pravilu trebao zahtijevati mišljenje liječnika vještaka (psihijatra) kako bi se procijenila ubrojivost ovisnika i potreba izricanja mjere obveznog liječenja, te način provedbe mjere. Sudnica bi trebala biti mjesto procjenjivanja svakog slučaja, te bi nakon razgovora suca, državnog odvjetnika i liječnika, sudsko vijeće bilo bolje pripremljeno za donošenje odluke koja će uzeti u obzir interese ovisnika i zaštitu sredine koju on ugrožava svojim ponašanjem. **Pri prvom kažnjavanju ovisniku koji je djelo počinio radi svoje ovisnosti, bi bilo bi dobro dati prednost uvjetnoj presudi, uz izricanje mjere obveznog liječenja na slobodi.** Ako se praćenjem ustanovi kako je riječ o heroinskom ovisniku koji pokazuje osobitu upornost u činjenju krivičnih djela, posebno nakon što mu je omogućen metadonski program održavanja, valjalo bi u takvim slučajevima, radi zaštite zajednice izricati bezuvjetnu kaznu zatvora, ali i tada uz organizirani program obveznog liječenja. Za dio neubrojivih ovisnika indiciran je dugotrajni postupak čuvanja i liječenja u psihijatrijskoj ustanovi. Za takve slučajeve u Hrvatskoj nema posebnih programa.

Poznato je, a istraživanjima i potvrđeno, da inteligentne ovisnike koji iza sebe imaju veću podršku obitelji ili su ekonomski u boljim mogućnostima, policija teže otkriva, a pokrene li se sudski postupak, njihova su djela rjeđe na odgovarajući način kažnjena jer mogu "platiti" svoju uspješnu obranu. Takvi "uspješni" ovisnici, na drugoj strani, znatno su opasniji glede širenja droge među drugim oso-

bama. Unatoč nužnoj individualizaciji krivičnoga postupka, treba težiti da samo vođenje postupka i oblik kazne, te način njena izdržavanja u sličnim slučajevima na području Hrvatske, bude ujednačeniji. Poznato je da se neki sudovi u Hrvatskoj, pri vođenju postupka protiv ovisnika, rjeđe obraćaju za mišljenje liječniku vještaku, a ima i psihijatarata koji izbjegavaju ovisnicima preporučivati mjeru obveznog liječenja. Trebalo bi prihvatiti stav da se nakon dijagnostičkog postupka, ako se ustanovi da je riječ o ovisniku, izriče mjera obveznog liječenja, a država je dužna osigurati uvjete za provedbu izrečene mjere.

Osobito je važno da sud zahtijeva povratnu informaciju od zdravstvenih ustanova (koje provode liječenje ovisnika) o učinku provedbe izrečene mjere, posebno ako je izrečena uz uvjetnu presudu, kako bi se pri eventualnom neodgovornom odnosu ovisnika prema provedbi izrečene mjere, po potrebi zakazala nova rasprava i izrekla promjena sudske odluke.

Dok se u zatvorskom sustavu ne osiguraju kvalitetni uvjeti za tretman ovisnika o drogama, nema društvenog opravdanja te bolesnike upućivati u velikom broju u kaznene ustanove, niti to opravdava svrhu kazne za krivično djelo. Ovisnike o drogama, počinitelje krivičnih djela zbog njihove ovisnosti, valja gledati ponajprije kao žrtve – ne samo narko-kriminala već i loše kvalitete života i odgoja u procesu odrastanja i sazrijevanja. Kvalitetnim stručnim terapijskim radom moguće je žrtve drognog kriminala a ujedno i počinitelje prijestupa učiniti suradnicima društva u borbi protiv kriminala. Ako to ne činimo, može se dogoditi još teža kriminalizacija i stigmatizacija tih bolesnika i kontaminacija zatvorskog sustava drogom što je jedan od ciljeva organiziranog kriminala.

U zatvorima i kaznenim zavodima Hrvatske treba osigurati sustav za liječenje ovisnika o drogama koji bi svojim kvalitetom opravdavao kaznenu politiku kojom se dio ovisnika koji počinjaju kaznena djela sa ulice usmjerava u penalni sustav. To osobito ima smisla ako je taj sustav zaštićen od prodora droga što se postiže među ostalim provedbom programa tretmana ovisnika. Potreba odnosno potražnja za drogom i psihoaktivnim lijekovima u zatvorima se znatno smanjuje ako su ovisnici pod nadzorom glade apstinencije (toksikološke analize urina) i motivirani za apstinenciju razrađenim sustavom gratifikacije. **Programi provedbe obveznog liječenja ovisnika u kaznenim ustanovama moraju biti pod stalnom supervizijom vanjskih stručnjaka iz nadležnih centara za ovisnosti.**

U Hrvatskoj su danas programi liječenja u kaznenim zavodima isključivo *drug-free* tipa, dok se jedino u fazi de-

toksifikacije, nakon ulaska u kaznenu ustanovu, težim heroinskim ovisnicima omogućava primjena metadona, kao stručno najjeftiniji i najispravniji postupak. Premda sve više zatvora zemalja EU heroinskim ovisnicima omogućava trajnu supstituciju metadonom (osobito ako su taj vid tretmana imali prije odlaska na izdržavanje kazne zatvora), do daljnjeg se taj pristup u Hrvatskoj ne kani koristiti. Stav je da ako je toj kategoriji ovisnika taj vid pomoći lako dostupan na slobodi i ako ovisnik unatoč omogućenoj mu supstituciji metadonom nastavlja s činjenjem kaznenih djela kako bi nabavljao heroin, uskrata te mogućnosti s jedne bi strane odvrćala dio ovisnika od ustrajanja da krše zakon kako bi se drogirali heroinom a s druge strane većem bi se broju ovisnika pružila mogućnost da iskušaju svoje kapacitete održavanja apstinencije u kontroliranim uvjetima nakon što se uz primjenu metadona provede kroz određeno vrijeme (od možda tjedan dana do nekoliko mjeseci za osobito teške slučajeve) detoksifikacija uz primjenu metadona. Ako bi se pak omogućila primjena metadona za održavanje, to bi odvrćalo mnoge ovisnike od prihvaćanja detoksifikacije za vrijeme izdržavanja kazne zatvora a ujedno bi bilo teško zdravstvenom timu izdržati pritisak brojnih ovisnika da im se omogući dobivanje metadona. Uz takvu koncepciju trebalo bi paralelno osiguravati izvrsne i glede programa i kvalitete života vrlo privlačne *drug-free* terapijske zavode kako bi time odvrćali dio ovisnika od potražnje za metadonom a ujedno olakšali mnogim ovisnicima da se ipak priklone odvikavanju a time i provođenju kazne u mnogo povoljnijim okolnostima. U okviru integracije elemenata *harm (risk) reduction* pristupa unutar penalnog sustava radi sprječavanja širenja HIV infekcije i hepatitisa B i C, vode se rasprave o tome koliko bi bilo prihvatljivo i ujedno korisno u zatvorskom sustavu omogućiti dobivanje sterilnog pribora za injiciranje droge i kondoma. Po mom mišljenju, poznajući mogućnosti kvalitetnog terapijskog i edukativnog rada s ovisnicima i drugim osuđenima kao i mogućnosti kontrole zatvora od prodora droga, do daljnjeg taj pristup u našoj zemlji ne bi bilo potrebno niti u narednom periodu koristiti.

Tim liječnika kao i ostali stručnjaci zaduženi za tretman i zdravstvenu zaštitu osuđenih ovisnika moraju biti posebno educirani za taj specifičan posao. U njihovim nastojanjima da se postignu što bolji rezultati glede poželjnih promjena ponašanja kod osoba lišenih slobode, veliki doprinos mogu i trebaju davati i svi ostali uposlenici penalnog sustava. Konačno, najviše vremena s osuđenim osobama provode upravo uposlenici službe osiguranja. To je moguće postići samo u slučaju da je orijentacija na tret-

man i afirmacija stručnog, humanog rada s osuđenim osobama stvarna politika Ministarstva pravosuđa koju osigurava i provodi Uprava za izvršenje kaznenih sankcija. Takav pristup u radu s osobama lišenim slobode smanjuje nepotrebne tenzije, frustracije, agresivnost (kako osuđenih tako i samih uposlenika) i time sprječava mnoge krizne situacije na koje represivno orijentirani sustavi tada uglavnom reagiraju daljnjim pojačanjem represije. Tada radi tobožnje potrebe pojačanja sigurnosti sustava, afirmira se važnost službi osiguranja uz istovremeno marginaliziranje rada stručnih timova koji nastoje "terapijski" raditi i pomagati osuđenim osobama. To na koncu rezultira velikom potražnjom za psihoaktivnim sredstvima i to kako legalnim (kroz pritisak na liječnike) a tako i ilegalnim što pak može rezultirati stvaranjem ilegalnog tržišta droga sa svim brojnim štetnim posljedicama kao što su širenje ovisnosti, bolesti vezanih uz način uzimanja droga (B i C hepatitis, AIDS), korupcije zatvorskog sustava, pogoršanje patologije ponašanja osoba lišenih slobode (što nakon puštanja na slobodu teško ugrožava zajednicu i otežava postpenalni prihvata). Kvalitetnim terapijskim radom s osuđenim osobama više se pridonosi redu i sigurnosti zatvorskog sustava nego što se može prividno postići strogoćom u jako čuvanom, represivno orijentiranom sustavu.

Orijentacija sustava za izvršenje kaznenih sankcija na tretman i humani pristup svim osobama lišenim slobode preduvjet je da se i posebnim kategorijama osuđenika kao što su ovisnici o drogama i alkoholičari osiguraju uvjeti za adekvatnu skrb koji će ujedno opravdati sredstva koja zajednica ulaže u taj sustav. Konačno, naša zemlja, koja želi što prije postati članicom EU, čini napore da osobe lišene slobode imaju zagwarantirana sva prava i status koji će potvrđivati da poštujemo konvencije koje štite prava čovjeka i njegovo dostojanstvo. Upravo postupanje s osobama lišenim slobode najbolji je pokazatelj koliko smo napredovali u tom smislu u uređenju društva općenito. Sustav za izvršenje kaznenih sankcija ne "kažnjava", jer kaznu je temeljem zakona odredila sudbena vlast nakon što se postupkom nedvojbeno potvrdilo da je pojedinac počinio kazneno djelo i da je u vrijeme počinjenja bio ubrojiv, dakle i odgovoran. Kazna je gubitak slobode i u svezi s tim svih pogodnosti koje pojedinac gubi nakon što je lišen slobode. Veliki broj počinitelja kaznenih djela ima znatno više psihopatoloških poremećaja od ostale populacije a gotovo sve osobe nakon lišavanja slobode imaju psihološke probleme. Upravo ta činjenica ostavlja prostor da se društvena zajednica, u nastojanju da smanji recidivizam kršenja zakona, približi tim ljudima nastojeći im olakšati samo izvršenja

kaznene sankcije a time i pomoći da se promjene i da se sa što manje patologije i agresije prema društvu u okviru postpenalnog postupka pokušaju reintegrirati u društvenu zajednicu. Svaki drugi pristup kojim se provodi dodatna odmazda društva prema prijestupnicima zakona (pristup kojim se na bilo koji način dodatno ugrožava ljudsko dostojanstvo, pogoršava kvaliteta života, ugrožava zaštita temeljnih ljudskih prava, uskraćuje pravo na zdravstvenu zaštitu itd.) u konačnici samo pogoršava patologiju ponašanja te populacije što ima za posljedicu samo još veću štetu za zajednicu nakon što se te osobe po isteku kazne nađu na slobodi.

U prijedlogu o utemeljenju mreže ustanova za rehabilitaciju ovisnika navedena je potreba stvaranja barem dva programa (Zavoda) tipa terapijske zajednice – jednog za maloljetne, a jednog za punoljetne osobe počinitelje kaznenih djela, koje bi zajednički vodili a po potrebi i financirali Ministarstva pravosuđa i socijalne skrbi. U tim programima organiziranim po tipu terapijske zajednice, barem dio ovisnika, osuđenih na bezuvjetnu kaznu zatvora, mogao bi kaznu ili dio kazne provoditi u uvjetima koji su primjereniji kako njihovim potrebama, tako i potrebama društva da se što većem broju ovisnika osiguraju kvalitetniji uvjeti za rehabilitaciju i socijalnu reintegraciju. U te bi se terapijske zavode prvenstveno upućivali ovisnici mlađe životne dobi i osobe koje se prvi puta kažnjavaju za djela koje su posljedica ovisnosti. Također bi se u te znatno povoljnije uvjete premještali ovisnici iz drugih kaznenih ustanova, koji bi kroz razrađen sustav gratifikacije bili time nagrađeni za napredak u odvikavanju, održavanju apstinencije i poštivanju pravila kućnog reda. Dakako, dio ovisnika koji bi kršili pravila i terapijski ugovor, moglo bi biti iz tih terapijskih zavoda privremeno ili trajno do kraja izdržavanja kazne premještanu u nepovoljnije uvjete kaznenih zavoda.

Osnovni elementi pristupa u organizaciji i provođenju programa liječenja ovisnika lišenih slobode

Podaci i izvješća mnogih europskih država pokazuju da ovisnici o drogama i osobe koje su zloporabile droge čine 30–50% ukupne populacije osoba lišavanih slobode. Kako god Nacionalne strategije zagovarale stav da je ovisnike isplativije liječiti nago kažnjavati, veliki će dio tih bolesnika radi kršenja zakona i u budućnosti biti lišavano slobode. Tako je za očekivati i u našoj zemlji daljnji porast ovisnika i konzumenata droga u penalnom sustavu i samo male promjene kaznene politike mogle bi rezultirati pretrpa-

vanjem tih institucija tom kategorijom naših sugrađana. Samo tijekom jedne godine (1999.) u statusu pritvorenika ili osoba upućenih na izdržavanje kazne zatvora bilo je oko 1.200 ovisnika o drogama. Prosječno dnevno u tom je sustavu boravilo blizu 400 tih bolesnika. Samo usporedbe radi u isto vrijeme u bolnicama ih boravi u jednom danu jedva pedesetak a tijekom godine upola manji broj biva na kratko hospitaliziran. Kada porezni obveznici već troše ne mali novac na zbrinjavanje stotina ovisnika lišenih slobode, od velike je koristi za zajednicu osigurati toj populaciji što kvalitetniji tretman čime ta društvena intervencija postaje vrlo važan dio Nacionalnog programa suzbijanja zlorabe droga.

Koji se ciljevi postižu osiguranjem uvjeta za kvalitetno liječenja ovisnika u penalnom sustavu i koje su prednosti tog sustava u odnosu na druge programe:

- Smanjuje se broj ovisnika koji se kriminalizirani na ulici bave preprodajom droge i time šire problem na mladež u svom okruženju. Jer kroz vrijeme što borave u zatvoru ne čine sve one štete koje su bili u mogućnosti činiti dok su bili na slobodi.
- Zatvori mogu osigurati zaštitu ovisnika od dostupnosti droga što im olakšava postizanje, održavanje i stabilizaciju apstinencije.
- Zatvori su sustavi koji funkcioniraju po jasnim pravilima i u kojima je moguće jasno strukturirati program koji će pomoći toj kategoriji ovisnika da mijenjaju stil življenja u kojem nije bilo nikakvog reda, discipline, rada i odgovornosti. To je sustav koji može pomoći tim bolesnicima da osjete nagradu za napor koji su uložili u odvikavanje od droga, poštivanju pravila kao i izvršavanju preuzetih obaveza unutar terapijskog programa. Za dio teško kriminaliziranih, socijalno izoliranih i otuđenih ovisnika, koji u uvjetima slobode nikako nije bilo moguće motivirati za liječenje, ovdje na neki način prisiljeni, imaju mogućnost i poticaj da se barem pokušaju socijalno prihvatljivo ponašati.
- Povećava se broj ukupan broj ovisnika u zajednici kojima je omogućena detoksifikacija i nakon toga kroz terapijski program dana šansa da dožive iskustvo kako je moguće živjeti i psihofizički funkcionirati bez droge.
- Programi liječenja ovisnika smanjuju potražnju za drogama u zatvorima čime se smanjuje rizik stvaranja ilegalnog tržišta droga u tim ustanovama, što bi imalo za posljedicu širenje droga na ostale osuđenike, širenje kriminala u zatvoru, širenje HIV infekcije, B i C hepatitisa, povećanje korupcije zatvorskih službenika i konačno. To bi produbljkivalo kriminalizaciju tih bolesnika pa bi

zajednica nakon njihovog izlaska na slobodu trpjela još teže posljedice.

- Kvalitetno organiziranim programima tretmana ovisnika dio te populacije može postati izvorištem dragocjenih informacija o događanjima u zoni organiziranog kriminala čime oni postaju suradnicima sustava koji isti moraju otkrivati i sankcionirati.
- Osiguranjem terapije ovisnika poboljšava se njihovo zdravstveno stanje, smanjuje mortalitet i pridonosi se dobrobiti njihovih obitelji.
- Tretmanski pristup znatno i kvalitetnije pridonosi sigurnosti zatvorskog pristupa.

U organizaciji programa za tretman ovisnika osim spomenutog, postoje mnoge dvojbe i specifični problemi pa ću ih ovdje samo ukratko naznačiti. Kao prvo, pitanje je koliko je štetno te bolesnike držati pomiješano s ostalom osuđeničkom populacijom. Nekontrolirana interakcija ovisnika i ostalih osoba sklonih kriminalu nepovoljno utječe na jednu i drugu stranu. Ovisnici dodatno poprimaju obilježja ponašanja "klasičnih" kriminalaca (dakle, dodatno se kriminaliziraju) a ovi potonji od njih dobivaju ideju da iskušaju konzumaciju droga ili da se orijentiraju na preprodaju droga ako se ranije nisu time bavili. Ovisnici upravo preko drugih kriminalaca ili *dealera* s kojima su u istom prostoru nastoje nabaviti drogu čime uvlače u taj profitabilni kriminal i službenike penalnog sustava. Ako pak ovisnike držimo posve odvojeno i izolirano od drugih osuđenika a istovremeno ne provodimo dovoljno utjecajan terapijski program, oni u međusobnoj interakciji učvršćuju svoj identitet ovisnika, povećavaju stalnim temama o drogama i drogiranju žudnju za uzimanjem sredstava što dakako nastoje i realizirati. Ako ne nabave sredstva o kojima su ovisni, vršit će pritisak na liječnika da im ordinira što više različitih psihofarmaka, pa će ovisnost održavati legalnim sredstvima.

Prednost bi trebalo dati izdvajanju najvećeg broja ovisnika-bolesnika u posebne terapijske odjele u kojima će se po tipu terapijske zajednice provoditi dobro strukturiran program. Osiguranje mogućnosti rada i zarađivanja na legalan način kao i omogućavanje ovisnicima da se bave njima odgovarajućim kreativnim aktivnostima značajno pomaže u njihovoj što boljoj rehabilitaciji. U takav program ovisnici bi u principu ulazili dobrovoljno, nakon provedene detoksifikacije. Obzirom da je u našoj zemlji preko 80% tih bolesnika ovisno o heroinu, nakon pažljive dijagnostičke procedure uz obaveznu kontrolu urina na prisutnost metabolita droga te provjeru općeg zdravstvenog stanja (HIV status, B i C hepatitis), u detoksifikaciji se treba

omogućiti primjena metadona. Farmakoterapijski pristup u detoksifikaciji treba standardizirati u svim ustanovama koje primaju ovisnike nakon lišavanja slobode. Primjena metadona kroz nekoliko dana do nekoliko mjeseci (za slučajeve teške i višegodišnje heroinske ovisnosti) metoda je najboljeg i najstručnijeg pristupa a i ekonomski je najisplativija. Nema nikakvog opravdanja izbjegavati primjenu metadona a krizu rješavati primjenom gomile drugih lijekova. Takav pristup samo povećava patnju ovisnika u krizi, povećava rizik oštećivanje zdravlja (jetre, bubrega), čini te bolesnike nespremim i nesposobnim za suradnju u terapijskom postupku, nepotrebno se produžava vrijeme stabilizacije psihofizičkog stanja a povećavaju se otpori kasnijem uključivanju u program rada u terapijskoj zajednici.

U kreiranju i razvoju samog programa rada terapijske zajednice, u razrađivanju sustava gratifikacije, podjeli uloga, ovisnici bi trebali biti uključeni kao subjekti i aktivni sudionici. Potpisivanje terapijskih ugovora pomaže u jasnom definiraju pravila kojih se treba držati kako ovisnik tako i terapijski tim. To bi smanjivalo njihove otpore da prihvate program jer ga ne bi doživljavali nametnutim od strane ustanove u kojoj moraju boraviti. U okviru toga s njima bi se i dogovarala dva važna pitanja kao što su prihvaćanje kontrole urina na prisutnost droga kao i postupanje u slučaju recidive. Važno je zauzeti stav da je kontrola urina dio standardnog dijagnostičkog postupka kojim liječnik provjerava rezultate tretmana te bolesti (ovisnosti). Rezultat nalaza ostaje zaštićen medicinskom tajnom a moguće ga je u slučaju recidive raspraviti u okviru individualnih ili grupno-terapijskih seansi. U slučaju da ovisnik odbije dobrovoljno dati urin, slučaj će se tretirati kao da se dogodio recidiv. Rijetko će biti opravdano poduzimati posebne sankcije ako ovisnik odbije dati urin a još rjeđe će biti opravdano bez pristanka osuđene osobe uzimanje krvi da bi se izvršila pretraga što bi eventualno došlo u obzir kada je to neophodno radi zaštite zdravlja i života ovisnika. Ako se pretragom urina ustanovi pozitivan nalaz na drogu uprava zatvora treba imati informaciju da je droga ipak dospjela u zatvor, da se dogodila konzumacija ali o kojoj se osobi radi za ustanovu ne mora biti osobito važno jer će se ionako prema ovisniku postupiti terapijski, skladno terapijskom ugovoru a ne disciplinski odn. represivno, premda je to određeno prema posebnim propisima (stegovni postupak). Konačno, radi se o recidivi bolesti a u naravi je tog poremećaja visoka sklonost recidivizmu. Disciplinske mjere se moraju poduzimati u slučajevima da se dokaže kršenje zakona (osobito prema čl. 173. st. 1. i 2. KZ).

Da bi zatvori što više djelovali terapijski na ovisnika kao i druge osobe lišene slobode, izuzetno je važno provoditi edukaciju svih uposlenika koji s njima dolaze u doticaj da pridonose tim nastojanjima. Što je veći broj uposlenika terapijski orijentiran, i u stalnoj interakciji i komunikaciji s ovisnicima i u tom smislu sve uposlenike treba educirati, te će ustanove biti pogodniji milje za pozitivne promjene ponašanja prijestupnika, postizati će bolje rezultate u preodgoju, imati će manje incidentnih situacija a nakon puštanja osuđenika na slobodu, bit će manji recidivizam. U tako uređenom sustavu kvaliteta života uposlenika zatvora bit će bolja jer će samo okruženje biti manje neprijateljsko, njihova sigurnost veća a time i motivacija da stručnjaci rade u takvim ustanovama. Pravosudna policija bi kroz edukaciju mogla shvatiti da će uz takvu koncepciju manje morati koristiti dokazivanje moći a sustav će biti bolje kontroliran. Upravitelji zatvora bi trebale biti osobe koje su dobro educirani stručnjaci i profesionalci za tretman, čestiti, dobri i čvrsti ljudi koji da vjeruju u korisnost i za zajednicu isplativost tog teškog i odgovornog posla.

Provođenje terapijskog programa mora biti pod stalnom supervizijom vanjskih stručnjaka i treba se provoditi u suradnji sa stručnim timovima centara za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnika. Zatvore također treba "otvoriti" prema drugim legalnim sustavima koji su i registrirani za provođenje rehabilitacije ovisnika i koji se bave humanitarnim aktivnostima (terapijske zajednice NGO sustava, udruge građana, vjerske zajednice). Spomenuti sustavi mogu također pomagati u održanju veza s obiteljima ovisnika kao i u osiguranju uvjeta za što bolji postpenalni prihvat. Najveći broj ovisnika će neposredno nakon izlaska iz zatvora biti prihvaćen od strane terapijskih timova spomenutih centara. Da bi to što bolje funkcioniralo, terapeuti centara moraju s ovisnicima uspostaviti neposredni i što bolji kontakt još za vrijeme njihovog boravka u zatvoru. Nedopustivo je ovisnika jednostavno i bez ikakve pripreme pustiti van na slobodu i izložiti ga riziku da se možda isti dan predozira ili da se onako izgubljen vrati u staro društvo koje će ga ponuditi drogom i sve će ponovo krenuti po starom, jer će recidivirati. Prvi dan izlaska je vrlo rizičan i možda najvažniji. Ovisniku o heroinu liječnik može pomoći da koji dan prije izlaska iz zatvora započne uzimati opijatski antagonist naltrexon. To znatno može smanjiti mogućnost predoziranja drogom i recidivu prvih dana dok se barem malo ne prilagodi na slobodu. Taj lijek bi trebalo koristiti i prilikom omogućavanja ovisnicima kratkih dvodnevni izlaza za posjet obitelji. Dovoljno je popiti odjednom 2 tablete Revia od 50 mg prije

napuštanja kaznionice i osoba je kroz 48 sati kemijski posve zaštićena od mogućnosti predoziranja opijatima. Službe za socijalni rad bi trebale biti angažirane u osiguranju uvjeta za što bolju socijalnu reintegraciju ovisnika nakon izlaska iz zatvora. Pri tom je najvažnije osigurati mogućnost legalnog zarađivanja za životne potrebe a za one koji nemaju osigurano stanovanje, trebalo bi osigurati barem za neko vrijeme nužni smještaj.

MINISTARSTVO FINANCIJA

Zadaće carinske službe

Ilegalnom unosu droga u Hrvatsku pogodovala je otvorenost granica naše zemlje, orijentacija na turizam, sklonost naših ljudi putovanjima, brojnost naših ljudi koji žive i rade u inozemstvu, te sve nedaće uzrokovane ratom. Droga se unosi istim putovima kojima dolazi i legalna roba, dakle preko svih graničnih prijelaza. Gotovo je nemoguće provoditi radikalniji nadzor svih prometnih sredstava kojim se određene količine droga mogu pokušati krijumčariti. Budući da je domovinski rat samo privremeno malo izmijenio klasičnu Balkansku rutu, droga danas "ulazi" u Hrvatsku iz svih smjerova. Heroin i kokain kao i ostale droge krijumčari se cestovnim prometlima, vlakovima i brodovima. Droge stimulativnog djelovanja uglavnom dolaze iz zapadne Europe, ponajprije iz Nizozemske, te iz Češke i Slovačke, a vjerojatan je unos i pomorskim putem.

Carinska služba Ministarstva financija dužna je razraditi poseban program mjera koje će povećati djelotvornost kontrole granica koje bi trebale biti prva barijera za ulaz droga u zemlju i mjesto najvećih zapljena. Za djelotvorniji rad carinske službe najvažnije je koristiti međunarodni sustav za razmjenu informacija kako bi se provođenjem selekcije visokorizičnih tereta (brodovi, kontejneri, vozila itd.) uz racionalniji rad postigli veći rezultati - više zapljena, veće količine otkrivene droge, više prekinutih krijumčarskih kanala. Uz to je potrebno i slijedeće:

1. Kvalitetna izobrazba carinskih djelatnika motiviranih za rad.
2. Dobra oprema - od računala, RTG-a i druge opreme, do posebno treniranih pasa za pretraživanje vozila, brodova, kontejnera i prtljage na aerodromima.
3. Dobra suradnja sa carinskom službom susjednih država. Kvalitetan sustav za prikupljanje i razmjenu informacija međunarodnih sustava za kontrolu krijumčarenja, osnova je uspješnosti rada carinskih službi.

4. Dobra i usklađena suradnja s djelatnicima MUP-a, osobito onima koji su specijalizirani za rad na međunarodnom planu.
5. Uz neposrednu kontrolu robe, treba usmjeriti pažnju na kontrolu robe koju nazivamo “prekursorima” (kemijske tvari namijenjene proizvodnji droga).
6. U uvozno-izvoznim poslovima, kada je riječ o trgovini sredstvima označenim kao psihoaktivne tvari (narkotici i drugo), mora se poštivati sve zakonske propise i konvencije kojima se određuje način zakonitog postupanja.
7. Sprječavanjem, koliko god je moguće, stvaranja i održavanja koruptivnih sprega kriminalaca i carinskih službenika.

Budući da su posljednjih godina neposredno na graničnim prijelazima, osobito cestovnim, zaplijenjene vrlo malene količine droga namijenjenih domaćem tržištu, treba znatno pojačati spomenute aktivnosti kako bi se međunarodne krijumčare, među kojima su vrlo aktivni i građani Hrvatske, odvrćalo od namjere da Hrvatsku čine prostorom za organizaciju svog prljavog posla. Nekoliko velikih zapljena (tone marihuane i na stotine kilograma kokaina) samo ukazuju na moć međunarodnog organiziranog kriminala u kojem sudjeluju i građani Hrvatske.

Zadaće porezne uprave i policije zadužene za gospodarski kriminal

Nositelji ilegalne trgovine drogom, posebno oni u gornjim slojevima kriminalne piramide, izuzetno su prikriveni. Radi vještog, fiktivno vođenog financijskog poslovanja, pranja novca i zbog svojih korupcionaških sprega vrlo su “moćni” i utjecajni. Sakupiti kvalitetne dokaze za pokretanje postupka na osnovi čl. 173. st. 2. KZ izuzetno je složen posao. Iskustva drugih država mogu pomoći Hrvatskoj da provedbom postojećih zakona, kad postoji osnovana sumnja da pojedinci posjeduju nelegalno stečenu imovinu (možda i od trgovine drogom), pokrenu istrage temeljem kojih bi nadležni organi Ministarstva financija i policija specijalizirana za suzbijanje privrednog kriminala mogla otkriti razna kaznena ili prekršajna djela (npr. utaju poreza, nedopuštene novčane transakcije, pranje novca). Financijski stručnjaci angažirani od strane policije, koji znaju slijediti trag novca, mogli bi znatno pridonijeti otkrivanju a time i sankcioniranju “visokog kriminala”. Svejedno je, naposljetku, hoće li će neka osoba (kriminalac koji trguje drogom) biti u zatvoru zbog dokazane trgovine drogom ili zbog nezakonito stečene imovine ili novca stečena tim oblikom kriminala. Ima zapadnoeuropskih država za

koje se pretpostavlja da su više teških *dealera* strpale u zatvor jer nisu mogli opravdati stečenu imovinu i novac, nego onih kojima je izravno dokazano da su trgovali drogom.

Opisani sustavni pristup u radu moguć je samo uz jasnu političku podršku, dobro funkcioniranje pravne države i uređenje zakona kojim se prate novčane transakcije i financijsko poslovanje ljudi. Pri tom je vrlo važno osmisliti međunarodnu suradnju. To je osobito teško kada su u pitanju “naši kriminalci” koji posluju npr. s “ruskom ili nekom drugom mafijom”. Njihovo poslovanje na papirima može izgledati uredno a novac koji posjeduju i ulažu “čist”. Izgleda da će proći još dosta vremena da se Hrvatska uredi kao pravna država koja će imati snagu ozbiljno ugroziti sustav visokoorganiziranog međunarodnog kriminala.

Mnogi moćni kriminalci, kada ostvare planirane profite i uspješno “operu” i ulože novac, kasnije odustaju od poslova s drogom održavajući manje više legalnim poslovima visok socijalni status i društveni ugled. Na žalost njihov zločin tako ostaje nesankcioniran. Funkcionalnim povezivanjem u radu i razmjenom nužnih obavijesti nadležnih službi Ministarstva financija, policije i carinske službe, nadležne za sprječavanje ilegalne trgovine drogama, mogla bi se dostići visoka djelotvornost sustava represije u smanjivanju ponude i dostupnosti droga. Preduvjet za djelotvornu suradnju spomenutih institucija je posve pouzdana kadrovska ekipiranost uposlenih koji moraju biti višestruko provjereni kako se ne bi dogodila “rupa” u sustavu. **Dovoljno je da samo jedna osoba bude ubačeni “igrač” organiziranog kriminala da se na koncu ništa ozbiljno ne uspije učiniti.** Suzbijanjem tog ozbiljnog i vrlo složenog kriminala, u kojem se međusobno povezuju organizirane kriminalne skupine na međunarodnoj razini, sukladno sugestijama međunarodnog zakonodavstva, države bi mogle prikupiti znatna sredstva konfiskacijom imovine kriminalaca i njihovog “prljavog” novca. Dio tih sredstava tada bi se mogao usmjeravati na unaprjeđenje ostalih programa suzbijanja zloporabe droga u zajednici.

Od Ministarstva financija očekuje se što skorija razrada detaljnog programa djelotvornijeg obavljanja opisanih zadaća.

MINISTARSTVO VANJSKIH POSLOVA

Djelotvorno suzbijanje međunarodne trgovine drogama nije moguće bez bilateralne i multilateralne suradnje država svjetske zajednice. Međunarodna pomoć i razmjena iskustava nužna je i u kreiranju programa kojima je cilj

smanjenje potražnje droga. Brojna su međunarodna tijela i asocijacije koje se bave organizacijom i unapređenjem mjera međunarodne suradnje na tom području. Hrvatska kao suverena država svojim programima mora davati stalan doprinos tim svjetskim nastojanjima, jer će tako bolje štiti vlastite interese. **Zloporaba droga je globalni svjetski problem.**

Međunarodna tijela s kojima je Hrvatska obvezna surađivati kao članica UN-a jesu tijela te svjetske organizacije kojima je zadaća provoditi međunarodne konvencije o suzbijanju proizvodnje i ilegalnog prometa narkoticima i drugim psihoaktivnim tvarima. To su: INCB (*International Narcotics Control Board i Commission on Narcotic Drugs*), UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*), ICPO (*International Criminal Police Organization*), HONLEA (*Heads of National Drug Law Control Agencies*), posebni odjeli i jedinice WHO-a, specijalizirane agencije (ILO, ILMO, UNESCO), te razne nevladine savjetodavne organizacije Gospodarsko-socijalnog vijeća UN-a. Vijeće Europe, također ima djelatno udio u tim programima posredstvom Pompidou grupe. Pojedina ministarstva dio međunarodne, regionalne odnosno bilateralne suradnje (osobito carinska služba i policija) uspostavljaju u neposrednim doticajima s odgovarajućim tijelima drugih država (osobito s Interpolom), dok se dio te suradnje uspostavlja posredstvom Ministarstva vanjskih poslova.

Uz uvažavanje ustavnih osnova i temeljnog koncepta pravnog ustrojstva svake države, strategija Republike Hrvatske bit će utemeljena na uravnoteženim zakonskim propisima i njihovoj ugradnji u nacionalni pravni sustav. Stoga, u korake što ih čini Hrvatska valja ubrojiti:

1. Ugradnju mjera predloženih konvencijama i rezolucijama Komisije za opojne droge UN-a u domaće zakonodavstvo, te mjera što ih preporučuju Vijeće za međunarodnu kontrolu droga i Gospodarsko-socijalno vijeće UN-a koje je Republika Hrvatska ratificirala (Jedinstvena konvencija o opojnim drogama 1961., Protokol o izmjenama Jedinstvene konvencije o opojnim drogama 1972., Konvencija o psihotropnim supstancijama 1971., Konvencija UN-a protiv nedopuštenog prometa drogom i psihotropnim supstancijama 1988., Globalni program akcije u međunarodnoj suradnji protiv nedopuštene proizvodnje, ponude, potražnje, tranzita i distribucije droga, te narkotičnih sredstava od 1998–2008.).
2. Jačanje suradnje s međunarodnim tijelima za suzbijanje zloporabe droga.
3. Sudjelovanje u radu međunarodnih skupova u svezi sa suzbijanjem zloporabe droga, te pripremanje nastupnih izlaganja i pisanog materijala za distribuciju.

4. Uspostavu suradnje s drugim državama (bilateralna i multilateralna suradnja na području suzbijanja zloporabe sredstava ovisnosti).
5. Olakšavanje međunarodne razmjene podataka s drugim zemljama odnosno međunarodnim organizacijama.
6. Uspostavu kontakata državnih tijela RH i odgovarajućih međunarodnih tijela.
7. Posredovanje u razmjeni podataka i pisanog materijala državnih tijela RH i međunarodnih tijela. Cijeneći važnost baze podataka, Hrvatsku treba uključiti u informatičku mrežu Programa za međunarodnu kontrolu droga UN-a (UNODC) i Međunarodnog odbora za kontrolu narkotika (INCB), te osnažiti veze s Međunarodnim vijećem carina, Interpolom i dr.
8. Nadzor nad primjenom odredbi prihvaćenih međunarodnim konvencijama i međunarodnim pravom priznatih standarda na području suzbijanja zloporabe droga.
9. Praćenje najnovijih međunarodnih pravnih propisa na području suzbijanja zloporabe droga.

Nakon što Hrvatska bude prepoznata kao zemlja demokratske orijentacije, još će se više otvoriti mogućnosti suradnje na tom području, a vjerojatno će biti moguće dobiti i financijsku potporu u okviru specijalnih programa.

Polazeći od strategije međunarodnih organizacija, prema kojoj sve europske i svjetske zemlje međusobno surađuju u razvijanju djelotvorne strategije u prevenciji zloporabe droga, a glede utjecaja opće socijalne slike u Republici Hrvatskoj, dobrodošla je svaka pomoć međunarodne zajednice. Hrvatska je otvorena za međunarodnu suradnju na tom polju, budući da problem droga zbog svoje složenosti zahtijeva usklađeno djelovanje međunarodne zajednice i sudjelovanje svih koji se nose s tim problemom. Obzirom na geografski položaj Hrvatske, teškoće kontrole naših istočnih granica, vrlo nestabilnu političku situaciju na Balkanu, naša će zemlja biti i narednih godina ugrožavana visokom ponudom droga iza koje će stajati organizirani kriminal u tim prostorima. Trebat će godine da profunkcionira pravna država te da se razbije ili stavi pod kontrolu visoko organizirani kriminal u Srbiji, Crnoj Gori, BiH, Albaniji, Makedoniji... Tim će zemljama biti potrebna međunarodna pomoć kako bi to postigle. Hrvatskoj je interes da ostvari što bolju suradnju sa svim susjednim zemljama kako bi i na području suzbijanja ilegalne trgovine drogama osigurala što bolju zaštitu svojih granica. Europa je vrlo osjetljiva na problem droga, pa će kvalitetno i djelatno suzbijanje problema droge u našoj zemlji i dobra međunarodna suradnja povećavati i ugled Hrvatske u svijetu.

U kreiranju programa suzbijanja zlorabe droga u Republici Hrvatskoj značajno mjesto i ulogu imaju mjere koje se organizirano provode u HV-u. Pri tome **vojsku treba gledati kao integralni dio društva u cijelosti, a vojnike kao “preodjevene” civile koji ulaženjem u taj sustav unose u njega i sve navike koje su izgrađivali u civilstvu. Stanje zlorabe droga u društvu općenito, neposredno će se odražavati na stanje i pojavnost tog problema u vojsci.** Specifičnost života u vojsci i organizacija tog sustava u kojem se velik broj mladih ljudi, pretežito muškaraca, nalazi zajedno, s epidemiološke strane znače i veći rizik širenja zlorabe droga. To čak postaje slučaj ukoliko ne postoji poseban i tom sustavu prilagođen program sprječavanja. Zato osobe, odgovorne za kreiranje zaštite zdravlja vojnika moraju razmišljati o tome znači li ulazak u taj sustav povećanje rizika: počinju li vojnici ili nastavljaju uzimati drogu češće nego kad su živjeli kod kuće. Bilo bi poželjno da dobro osmišljenim programima zaštita bude bolja, a tako još nije. Programske aktivnosti na suzbijanju zlorabe droga u HV-u kao dio ukupnih nastojanja društva u dostizanju ciljeva zacrtanih u Nacionalnoj strategiji, pomažu u sprječavanju i mnogih sekundarnih posljedica koje prate takvu pojavu, od kojih valja navesti one najteže:

- širenje zlorabe droga među vojnicima,
- opasnost razvoja ovisnosti među vojnicima,
- širenje narko-kriminala te drugih oblika sekundarnog kriminala,
- širenje bolesti koje se javljaju zbog načina uzimanja droga (hepatitis, AIDS),
- incidentne situacije nastale kao posljedica poremećenog ponašanja vojnika pod djelovanjem droga (npr. agresivni ispadi, ranjavanje, suicid),
- ugrožavanje sigurnosti u prometu,
- ugrožavanje sigurnosti sustava i unutar njega drugih osoba zbog nemogućnosti adekvatnog izvršavanja povjerenih zadaća.

Mjere koje bi valjalo organizirano provoditi

Slično konceptu u civilstvu, programi HV-a također bi se temeljili na provođenju dviju skupina mjera:

1. Mjere kojima je svrha smanjivati dostupnost droga, odnosno ilegalnu ponudu droga, i to kako među vojnicima tako i prema civilstvu iz tog sustava. Posrijedi su uglavnom represivne mjere.

2. Mjere kojima je svrha smanjivati interes mladih (potražnju) za drogama. To su edukativne mjere kojima mlade valja odvracati od droga (primarna prevencija).
3. Mjere kojima se otkrivaju i tretiraju početni konzumenti droga (mjere sekundarne prevencije) i ovisnici.

Smanjivanje dostupnosti droga (represivne mjere)

S obzirom na to da ilegalnu trgovinu drogama civili mogu usmjeravati prema pripadnicima HV-a, ali i obratno, pri čemu se u tom kriminalu mogu povezivati i surađivati pojedinci oba ta sustava, u zajedničkom interesu je suradnja vojne i civilne policije. Po sličnom organizacijskom modelu uz praktički istu metodologiju rada u suradnji, obje policije kontinuirano i aktivno provode mjere usmjerene i planirane na nekoliko razina kojima se provodi redukcija ilegalne ponude droga:

- redukcija organiziranog narko-kriminala međunarodnog karaktera,
- suzbijanje organiziranih oblika transporta i plasmana droga u zemlji,
- suzbijanje ilegalnog unosa i trgovine drogama unutar vojarni i na terenu,
- sprječavanje otuđivanja i ilegalne distribucije narkotika i drugih psihoaktivnih lijekova i medicinski nekontroliranog korištenja tih sredstava među pripadnicima HV-a (što je sanitet HV-a dužan provoditi po istim principima kao i zdravstvo u civilstvu).

Kao preduvjet kvalitetnog i djelotvornog provođenja tih mjera, potrebno je provesti edukaciju stručnjaka koji bi ih uz posebnu organizaciju trebali provoditi. Vojna policija je dužna kontinuirano istraživati događanja na ilegalnom tržištu droga. U tom smislu posebnu pozornost treba pokloniti kontroli eventualnog unosa droga u vojarnu (povremeni pretresi uz pratnju dresiranih pasa u samim vojarnama, pregled vojnika kad se vraćaju s izlaza ako su na bilo koji način suspekti, stalno praćenje događanja na ilegalnoj narko-sceni u okruženju vojarni na mjestima na koja vojnici izlaze radi zabave u slobodno vrijeme). Lokalni *dealeri* su posebno zainteresirani da se što bolje povežu s pojedinim vojnicima (sklonim drogama ili preprodaji droga) kako bi u suradnji s njima plasirali drogu što većem broju vojnika.

Metodologija specifičnog policijskog rada je pitanje struke i dobre organizacije, što i ne treba posebno opisivati, već više smjernica treba dati za rad na sprječavanju, odnosno smanjenju rizika širenja distribucije i konzumacije droga, neposredno među pripadnicima HV-a. U provede-

nju tih mjera, uz specifične zadaće vojne policije, važnu ulogu imaju časnički kadar i sanitetsko osoblje. Te su mjere ponajprije usmjerene na otkrivanje i postupanje s konzumentima droga i ovisnicima.

Povezanost narko-kriminala i usmjeravanje ponude droge i njena distribucija prema novim konzumentima bit će izraženije što je u sredini više osoba koje konzumiraju droge, a osobito samih ovisnika. Uvažavajući tu spoznaju, nikako ne bi bilo dobro da se ovisnik, osim u slučaju kada je liječenjem dostignuta stabilna apstinencija u trajanju dužem od godinu dana, nalazi među pripadnicima HV-a. Ovisnik je potencijalni izvor kontaminacije drugih pripadnika HV-a i most koji povezuje preprodavače droga i nove konzumente, a zbog svog bolesnog stanja i poremećenog ponašanja ne može odgovorno ispunjavati zadaće unutar HV-a, te taj sustav na razne načine može ugrožavati.

Otkrivanje ovisnika i postupanje s njima

Otkrivanje ovisnika provodi se u okviru postupka ocjene sposobnosti za HV (dakle prije ulaska u taj sustav). Pregled kod Novačkih komisija se obavlja znatno ranije no što adolescenti započnu s uzimanjem težih droga. Tako se heroin u prosjeku počinje uzimati između 19. i 20. godine što interferira s odlaskom u vojsku najvećeg broja mladića (osim onih koji nastavljaju fakultetsku izobrazbu). Ta se populacija ne pregledava neposredno prije odlaska u vojsku. Najveći broj konzumenata heroina je posve prikriven, ovisnost još nije razvijena ili nije teškog stupnja. Budući da konzumenti to ponašanje žele sakriti od obitelji, prisiljeni su isto sakriti i od vojnih vlasti. Jer, ako bi tražili ponovni pregled i nakon toga bili oslobođeni ili bi im se odgodilo služenje vojske, roditelji bi postavili pitanje o čemu se radi i koji su razlozi za to. Na žalost, ti mladići nastavljaju s uzimanjem droge, snalaze se pri tom na različite načine. Samo manji dio njih potraži pomoć nakon što zapadnu u stanje apstinencijske krize ili učine neki incident pa budu otkriveni. Ako je 2000. otkriveno i po prvi put liječeno zbog heroinske ovisnosti oko 900 muškaraca prosječne dobi od oko 24 godine i ako tom broju dodamo broj onih koji su te godine postali ovisni i koji se nisu javili na liječenje, a novačke komisije onesposobe ukupno oko 150 slučajeva heroinske ovisnosti, za pretpostaviti je da nekoliko stotina vojnika svake generacije makar povremeno uzima tu tešku drogu a ne bude otkriveno. Oni su velika opasnost u tim uvjetima za druge mladiće, od kojih barem 30% (procjena) rekreativno konzumira drogu tipa kanabis a više od 50% puši duhan. Gledajući s epidemio-

loške strane, to je ozbiljan problem i uzrok oštećivanja zdravlja mladih pa mjere koje treba poduzimati su više nego važne. U okviru toga, potrebno je znatno poboljšati ili osigurati dodatni dijagnostički postupak u odnosu na uzimanje droga (osobito heroína) kod vojnika neposredno nakon ulaska u vojsku i znatno treba poboljšati otkrivanje tijekom samog boravka u vojarnama. Teško je u potpunosti provesti odgovarajuću selekciju, jer bi za to trebalo imati dobro osposobljene dijagnostičare i dovoljno sredstava da se provodi toksikološka analiza urina. Dio mladih će početi uzimati drogu, pa i razviti ovisnost nakon što uđe u vojsku. Zato je potrebno organizirano provoditi mjere otkrivanja takvih pojedinaca unutar HV-a, kako među novacima, tako i među profesionalcima. Tu zadaću imaju časnici, pripadnici saniteta, psiholozi i vojna policija, a važne informacije kojima se olakšava otkrivanje, a time i selekcija u navedenom smislu, moguće je dobiti i iz izvora izvan HV-a, osobito od stručnih timova koji se bave liječenjem ovisnika u centrima za sprječavanje i liječenje ovisnika. Većina novoregistriranih i po prvi put liječenih ovisnika su mladići od kojih su mnogi prije dolaska na liječenje bili u vojsci. Od njih se mogu dobiti dragocjene informacije o događanjima u svezi droge u pojedinim vojarnama.

Sam pregled novaka kao i kasnije preglede suspektih vojnika treba poboljšati i nakon što se posumnja da je riječ o konzumentu droga (podatak o tome se samo ponekad dobije anamnestički), potrebno je objektivizirati dijagnostiku. Pri tom je osnova za procjenu stanja komparacija ustanovljene kliničke slike i rezultata toksikološke analize urina. Toksikološku analizu urina potrebno je prvenstveno raditi na opijatske droge, dok ponekad klinička slika može uputiti na potrebu da se analiza radi na druge vrste droga – kokain, amfetamine, LSD, THC. To je isključivo posao liječnika i njihovih neposrednih suradnika, a svrha je unaprijediti zaštitu zdravlja vojnika. S obzirom na to da treba dosta znanja i iskustva da se provede objektivna ocjena stanja sve dok se ne osposobi više stručnjaka iz područja ovisnosti trebat će konzultirati postojeće iskusnije psihijatre koji se danas bave ovisnicima. Postupak rješavanja pitanja agravacije, simulacije i disimulacije na tom području vrlo je kompleksan. Nije jednostavno donijeti ocjenu i odluku ako se radi o mladu čovjeku koji je konzument ili ovisnik o drogi, a visoko je motiviran da uđe u HV. Procjena je otežana i u slučaju kad pojedinac, da bi izbjegao tu obvezu, odluči uzimati ili pojača uzimanje droga, uz rizik razvoja ovisnosti.

Prilikom ocjene sposobnosti za pojedine specifične zadatke u sustavu HV-a, kvalitativnu toksikološku analizu uri-

na obavezno bi se moralo provoditi za sve buduće vozače motornih vozila, pilote, te za još neke od posebno odgovornih profesija. Kontrolu pri tom svakako treba raditi i na THC (kanabis). Uputno bi bilo reći svim osobama koje se kandidiraju za taj poziv, ili ga već obavljaju, da im se neće tolerirati konzumacija droga, te da će se povremeno učiniti ta kontrola, čak i u slučaju da se ništa suspektno nije dogodilo. To ima i snažni preventivni učinak, a pomaže u eliminaciji iz sustava vozače sklone konzumaciji droga, koji nerijetko s posebnom upornošću traže mogućnost raspoređivanja upravo na zadaće koje im omogućavaju mobilnost.

U situacijama kad se temeljem dobivenih informacija ili zbog uočenog promijenjenog poremećenog ponašanja vojnika posumnja na drogu, pa se učini i toksikološka analiza i dobije pozitivan nalaz, stručni tim u svakom pojedinom slučaju mora odlučiti o daljnjem postupanju. Pri tom stanje psihičke, odnosno psihofizičke ovisnosti treba tretirati ponajprije medicinski i razlogom privremenog ili trajnog onesposobljavanja, dok se sama konzumacija droga, u odnosu na način, mjesto i vrstu droge, uz obavezno individualno savjetovanje i edukaciju, može tretirati i disciplinski. Pri tom se i disciplinske mjere prvenstveno poduzimaju kao pomoćno sredstvo ponajprije odvratanja mladih ljudi od droge.

Kako tretirati uzimanje droga (bez ovisnosti) kod pripadnika HV-a

Budući da sama konzumacija droga nije tretirana kao kazneno djelo Zakonom u RH, pitanje je kako tretirati tu pojavu kod pripadnika HV-a. Činjenica je da mnogi pripadnici ne samo hrvatske vojske već i vojski drugih država, u određenim prilikama i situacijama konzumiraju neke droge, osobito marihuanu i hašiš. Kako tretirati tu pojavu? Teško je postaviti jasna pravila, a još teže postupati u skladu s njima a da pri tom ne budu ugroženi interesi bilo pojedinaca bilo sustava. No, u okviru pisanih pravila kojima se pojedinac ograničava u svom ponašanju i čije kršenje može dovesti do stegovnih mjera, svakom bi vojniku trebalo dati do znanja, provođenjem edukacije, da se neće tolerirati konzumacija bilo koje vrste droga ili ilegalno nabavljenih medicinskih psihoaktivnih lijekova koji mogu izazvati ovisnost i njihov unos u vojarne te da će se poduzimati i disciplinske mjere. U slučaju da je riječ o kršenju Zakona, u skladu s Kaznenim Zakonom RH (čl. 173.) za preprodaju, posjedovanje radi preprodaje, omogućavanje uživanja drugim osobama, navođenje na uživanje i drugo, bit će pokrenut odgovarajući istražni i sudski postupak.

Konzumaciju marihuane izvan vojarne valja tretirati edukativno i savjetodavno – ako vojnik nije povrijedio pravila vojne službe. Ukoliko je konzumacija droge izvan vojarne (u slobodno vrijeme) dovela do poremećaja ponašanja, a time i do kršenja nekog od pravila, uz medicinski postupak kojim će se vojnik adekvatno zbrinuti, te naknadno savjetovanje i edukaciju, za počinjeni prekršaj trebalo bi provesti i stegovni postupak. U slučaju intoksikacije ili se ustanovi uzimanje opijatskih ili drugih težih droga, morat će se provoditi i specifičan tretman u suradnji vojnog sanitetskog osoblja i specijaliziranih stručnjaka u centrima za liječenje ovisnika kako bi se pokušalo liječiti ili spriječiti razvoj ovisnosti. Vojni liječnici će sukladno načelima struke na licu mjesta dati potrebne lijekove osobama koje su se predozirale drogom (npr Naloxon za opijatsku komu) i odmah ih odvesti u najbližu hospitalnu ustanovu koja rješava probleme vitalno ugroženih osoba (intenzivne njege internih odjela). Blaže oblike ovisnosti koja se razvila u vojsci moguće je – ako je vojnik motiviran – pokušati liječiti bez prekida vojnog roka. Dok se ne provede detoksifikacija, vojnik leži u vojnom stacionaru i ima poštedu, a sukladno preporukama liječnika Županijskih centara za liječenje ovisnika, povremeno ga se tamo dovede na pregled i kontrolu. Takvim pristupom moguće je spriječiti kasnije troškove zbog invalidnosti koja je nastala za vrijeme služenja HV-a. Otkrivanjem i adekvatnim tretmanom vojnika ovisnika najbolje se sprječava njihov negativan utjecaj na ostale vojnike.

Ostale mjere kojima se smanjuje zloraba droga unutar sustava HV-a

Ministarstvo obrane, podupirući provođenje cjelokupnog Nacionalnog programa suzbijanja zlorabe droga u Republici Hrvatskoj, uz posebne mjere koje će u okviru tog programa samo provoditi, može mnogo učiniti na području opće prevencije. Time se i dimenzija tog problema unutar HV-a može znatnije reducirati. Veličina problema droga u ukupnoj populaciji stoji u proporcionalnom odnosu s veličinom tog problema unutar sustava HV-a. Danas je u Hrvatskoj vrlo osjetljivo pitanje istražiti problem zlorabe droga kod profesionalnih postrojbi i osobito kod časničkog kadra. Tijekom Domovinskog rata mnogo je mladih počelo uzimati droge. U postrojbe su se tada uvukle i osobe kriminalne prošlosti, koje su ratni kaos iskoristile za organiziran plasman droga i na samim linijama bojišnice.

Teško je procijeniti koliko je danas među profesionalnim vojnicima ovisnika o teškim drogama i, posebno, kod

kojeg broja (do)časnika je to slučaj. Također je vrlo osjetljivo posebnim pravilnikom odrediti obvezu podvrgavanja posebnom dijagnostičkom postupku (npr. kontroli urina) taj kadar. Profesionalni vojnici, ovisni o heroinu, koji su zatražili pomoć od timova koji provode liječenje, bili su vrlo zabrinuti da se ne otkrije njihov problem zbog straha da će izgubiti posao. Kako im pomoći a time ne škoditi? Dobar odgovor na to pitanje preduvjet je da bi ti ljudi što prije i u većem broju prihvatili stručnu pomoć. Ne treba ni naglašavati moguće posljedice ako bi netko od (do)časnika bio upleten u ilegalnu trgovinu drogom i kolika je važnost poduzimanja mjera kojima bi se takva pojava sprječavala, otkrivala i adekvatno, na Vojnom sudu, sankcionirala.

Primarna prevencija zlorabe droga među pripadnicima HV-a

Slično mjerama koje se organizirano provode s djecom i mladeži (osobito u vrijeme njihovog školovanja) prije njihovog angažmana u HV-u, posebno educirani djelatnici HV-a nastavljaju s provođenjem edukativnih programa, osobito s novacima. Ti programi, uvažavajući doktrinu preventivnog rada koja je opisana u poglavljima o primarnoj prevenciji i opisu ŠPP, uz specifičnu edukaciju sadržavaju i niz nespecifičnih aktivnosti kojima se smanjuje rizik uzimanja droga kod populacije višeg rizika. Vojnik je individua s nizom svojih specifičnosti i životnih iskustava koje donosi sa sobom u vojsku i koje treba upoznati, respektirati i koliko je moguće prilagođavati im se u neposrednoj komunikaciji. Vojnik nije niti stroj niti broj već čovjek koji želi da ga se shvati, prihvati i čuva njegov dignitet.

Poboljšanje sveukupne kvalitete življenja pripadnika HV-a, kvaliteta psihološke pomoći u kriznim situacijama, osobito nakon doživljenih stresnih situacija, održavanje motivacije vojnika za njihov angažman u HV-u i organizacija slobodnog vremena uz uključenje što je moguće većeg broja vojnika u bavljenje sportskim i drugim zdravim i kreativnim aktivnostima značajno smanjuje interes za uzimanje psihoaktivnih sredstava. Ne treba zaboraviti da za mnoge mlade odlazak u vojsku znači nagli gubitak roditeljske kontrole i nadzora. Pod povećanim su rizikom mladići koji u prethodnom razdoblju adolescentnog sazrijevanja nisu dostigli potrebnu razinu autonomije i zrelosti. Takvi lako potpadaju pod utjecaj sitih *dealera* i teško se odupiru ponudi droge. U rješavanju njihovih problema, vrlo je važno kontaktirati njihove roditelje (telefonski i na druge načine) i time s njima podijeliti odgovornost za provođenje skrbi.

Afirmaciju zdravog stila življenja potrebno je marketinški što kvalitetnije osmisliti. U tom smislu posebnu pozornost treba obratiti programima kojima se smanjuje interes za pušenje duhana, pijenje alkohola i igranje igara na sreću (poker automati i sl.). Pokrenutu kampanju protiv pušenja u državi trebalo bi svakako podržati i slijediti i Ministarstvo obrane i HV. Ako bi elemente Primarno preventivnog programa sažimali u nekoliko točaka onda bi se radilo o sljedećem:

- Život u vojsci učiniti što zanimljivijim, ugodnijim i zdravijim. Vojnika prihvaćati kao individuu sa svim specifičnostima prema kojoj se sustav odnosi sa poštovanjem.
- Osigurati što kvalitetnije, zdravije i osmišljenije provođenje slobodnog vremena vojnika (organizirani šport je na prvom mjestu, ali i sve drugo što će pomoći da se slobodno vrijeme što bolje ispuni zdravim sadržajima).
- Provodi specifičnu edukaciju i informiranje o štetnim posljedicama uzimanja alkohola, duhana i droga. Tu se misli na zdravstvene, psihološke, zakonske, socijalne i ekonomske posljedice uzimanja sredstava ovisnosti.
- Osigurati učenje socijalnih vještina kojima će vojnici nalaziti kvalitetna alternativna rješenja za sve situacije radi kojih se događa uzimanje droga (npr. dosada, pritisak vršnjaka, problemi, želja za zabavom, potreba za samopotvrđivanjem, depresivna stanja ...)
- Otkrivati visoko rizičnu populaciju (mladiće s poteškoćama u odrastanju radi teških obiteljskih problema, psihičke nestabilne, depresivne, vrlo neurotične i nezrele osobe koje se teško prilagođavaju kako bi se s njima na diskretan način postupalo s mnogo više pažnje, strpljenja i prilagođeno.
- Osigurati psihološku pomoć u kriznim situacijama koje se događaju mladim vojnicima i pri tom surađivati s njihovim obiteljima.
- Što ranije poduzimati posebne zaštitne programe uz uključivanje drugih vojnika u kontroli i korekciji neprihvatljivog, problematičnog i neprilagođenog ponašanja pojedinaca kao oblik grupno terapijskog rada.

Uz navedene točke primarno preventivnog programa sprječavanju širenja zloporabe droga među vojnicima silno pridonose mjere sekundarne prevencije (otkrivanje i intervencija s osobama koje konzumiraju droge) kao i mjere represivnog tipa kojima se smanjuje ponuda droga. Nakon što se putem posebnih seminara stručnjaci zaduženi za organizaciju i provođenje prevencije zloporabe sredstava ovisnosti dobro osposobe za provođenje te zadaće (tu se prvenstveno misli na psihologe, zdravstvene djelatnike i

dio časnika), te bi programe trebalo kontinuirano provoditi, evaluirati ih i permanentno poboljšavati.

Osnova za evaluaciju preventivnih programa bit će epidemiološko praćenje te pojave provođenjem istraživanja ciljanih na ispitivanje stavova vojnika o uporabi pojedinih droga, na ispitivanje pojavnosti i karakteristika te pojave. U organizaciji i osmišljavanju mnogih preventivnih aktivnosti trebalo bi što više angažirati i motivirati same vojnike čime bi došla do izražaja i njihova kreativnost.

Vanjski stručnjaci, provjereno osposobljeni za provođenje specifične edukacije, dobro su došli, no njihova je važnija zadaća educirati stručnjake, buduće edukatore. To je važno stoga da se na minimum smanje mogući kontraproduktivni efekti u provođenju edukativnog rada – koji, ako se ne provodi doktrinarno kako treba, može povećati interes za uzimanjem droga. Potrebno je mnogo znanja i iskustva u osmišljavanju kvalitetne edukacije koja se u svom sadržaju manje fokusira na same droge (sredstva) i njihovo psihofarmakološko djelovanje, a više na životne situacije i probleme mladih ljudi u kojima se povećava rizik započinjanja uzimanja droga. U edukaciji je, dakle, fokus na uzrocima počinjanja i nastavljanja uzimanja pojedinih droga, te na argumentiranom i sustavnom tumačenju medicinskih, etičkih, zdravstvenih, ekonomskih, zakonskih i drugih posljedica uporabe pojedinih droga.

I edukatorima i što većem broju vojnika treba učiniti što je više moguće lako dostupnom provjereno korisnu literaturu u kojoj mogu naći odgovore na pitanja u svezi droga, ali i odgovore koji ih neće poticati na uzimanje droga. U tom smislu, osobito je prikladan priručnik za mlade u izdanju izdavačke kuće “*Sysprint*” iz Zagreba pod naslovom: “*Doktore, je li istina da trava čisti pluća*”.

Stalna koordinacija u provođenju programskih aktivnosti unutar HV-a i drugih resora na način koji je zacrtan u prijedlogu Nacionalnog programa treba se nastaviti i stalno poboljšavati sudjelovanjem predstavnika Ministarstva obrane u radu Komisije za suzbijanje zloporabe droga Vlade Republike Hrvatske.

NEVLADINE ORGANIZACIJE U SUZBIJANJU ZLOPORABE DROGA

Nije potrebno niti naglašavati koliku važnost u neposrednom promicanju interesa, zadovoljavanju mnogih potreba, zaštite ljudskih prava i sloboda građana i ujedno kontroli političkog i državnog sustava i njegovih institucija, kad je riječ o spomenutim pitanjima, imaju danas različite udruge građana i mnoge NVO. One su tekovina suvremenog

demokratskog i civilnog društva. Komplementarnost ta dva sustava (GO i NGO) daje posebnu kvalitetu u zaštiti društva od pogubnih posljedica zlorabe psihoaktivnih sredstava. Država preko svojih institucija nije u stanju kvalitetno zadovoljavati mnoge i vrlo specifične potrebe građana, osobito na vrlo lokalnoj razini. Ali to može učiniti civilni sektor. Rat protiv naše zemlje iznjedrio je u kratko vrijeme na tisuće različitih udruga od kojih su mnoge služile kojekakvim interesima. Slab nadzor njihovog rada i financijskog poslovanja omogućavao je mnoge zlorabe, od jednostavnog rasipanja novca za nikakve programe i bogaćenja pojedinaca do "pranja novca". No kroz nekoliko godina u javnosti su se afirmirale mnoge udruge koje su istinski služile i služe interesima građana, stekla su se dragocjena iskustva i konačno, danas država vidi u njima partnera s kojim treba računati, pregovarati, dogovarati se i financijski ga podržavati.

Danas je u svijetu mnogo moćnih NGO koje imaju međunarodnu dimenziju i koje se isključivo bave pitanjima u svezi droga. U tom širokom i složenom području njihov utjecaj posebno dolazi do izražaja u:

- programima rehabilitacije ovisnika (terapijske zajednice),
- programima smanjenja štete i rizika vezanih uz uzimanje droga (*harm-reduction*),
- programima zaštite rizične i ugrožene populacije izvan institucija države (*out-reach*),
- brojnim primarno preventivnim aktivnostima na lokalnoj razini,

Tako je u Hrvatskoj prvu terapijsku zajednicu za ovisnike pokrenula nevladina udruga "Susret".

Dokora je počelo s djelovanjem još nekoliko zajednica koje su zbrinjavale na stotine ovisnika što je bilo od velike koristi radi činjenice da država nije pokazala interes da razvija kapacitete za rehabilitaciju tih bolesnika. Tako i danas značajan doprinos (a bez investicije od strane države) daje zajednica Cenacolo, RETO, REMAR i još neki manji programi. Prvu jedinicu za zamjenu prljavog, čistim priborom za injiciranje droge (radi prevencije HIV infekcije i hepatitisa B i C) vrlo je uspješno pokrenula udruga "Help" u Splitu. Po uzoru na slične europske udruge roditelja (Pokret roditelja, Roditelji protiv droga, itd.), u Hrvatskoj djeluje niz sličnih udruga. Nitko tako glasno, s toliko emocija ali i očaja nije u stanju govoriti o problemu ovisnosti i inzistirati pa i "pritiskati" vlasti da pomognu, kao što to mogu činiti roditelji djece koja su ovisna. Oni su prošli ili prolaze taj pakao i koliko god njima samima treba pomoć, oni su u stanju svojim iskustvom pomoći i drugima. Tako je u Splitu udruga "Novi život" ili u Zagre-

bu “UPO” (dok nije izvršen “udar” kojom su eliminirani stručnjaci i osnivači), pokreće brojne inicijative kojima se obogaćuje Nacionalni program poticanjem programa samozaštitnog tipa i savjetovanišnog rada (u kojem su angažirani liječeni ovisnici i roditelji liječenih ovisnika) i klubova obitelji liječenih ovisnika. Udruga “Novi život” u Splitu je prva u zemlji koristila model *out-reach* rada kojim je kontaktirala, pomogla i uputila u terapijske zajednice nekoliko stotina ovisnika uz minimalni financijski suport. U Zagrebu je pokrenuto i osnivanje Klubova anonimnih ovisnika.

Ne treba niti naglašavati koliku ulogu u okviru humanitarnog rada kojim se pomaže i ovisnicima ima najbolje organizirana nevladina organizacija (Hrvatski crveni križ) i dakako mnoge vjerske organizacije. Danas u Hrvatskoj djeluju na stotine NGO koje u programu rada navode da se bave problemom ovisnosti. Na žalost, njihov ukupan doprinos nije sukladan sredstvima koja dobivaju a svojom glasnoćom uz pomoć medija znatno su otežali razvoj državnog sustava za prevenciju i tretman ovisnosti.