

Dr. Ivo Pilar



(Zagreb, 1874. - 1933.),
ugledni odvjetnik u Sarajevu,
Tuzli i Zagrebu; političar,
publicist, sociolog i
utemeljitelj hrvatske
geopolitike. Autor je i danas
aktualnih djela na
njemačkom, koja su
prevedena na hrvatski,
poglavito: *Južnoslavensko
pitanje i svjetski rat* (Beč
1918.), *Politički zemljopis
Hrvatske* (Sarajevo 1918.),
Uvijek iznova Srbija (Berlin
1933.) i dr.

U našoj doista bogatoj povijesno-
političkoj publicistici ne znam da
smo ikada imali bistrijeg čovjeka i
lucidnije pero (...) To danas, o 75.
godišnjici Pilareva Južnoslavenskog
pitanja, smijemo reći s punim
uvjerenjem da se nismo nimalo
prenaglihili.

(akademik D. Jelčić, 1993.)

Pilar je bio neumjereno napadan i
plijenjen, a isto tako neusporedivo
hvaljen i kriomice čitan. Često se o
njegovu djelu i njemu govorilo i
pisalo napamet, širila bijela i crna
legenda. Vrijeme je da se kritički
izdaju njegova djela i relevantni
dijelovi ostavštine. Pilar to zaslužuje
kao jedan od naših najboljih
političkih pisaca.

(dr. T. Macan, 1997.)

Slavko Sakoman DRUŠTVO BEZ DROGE?

STUDIJE



Institut
društvenih znanosti
Institute
of Social Sciences
IVO

PILAR

Slavko Sakoman

DRUŠTVO BEZ DROGE?

Uredio:
Vlado Šakić



Dosad objavljeno:

Drugi smjer

Grad i plan

Religiozni identitet
zagrebačkih
adolescenata

Vlasnici, menađeri i
kontrola poduzeća

ISBN 953-6666-19-7



DRUŠTVO BEZ DROGE?
Hrvatska nacionalna strategija
(drugo dopunjeno izdanje)



Biblioteka STUDIJE, knjiga 5.

Copyright © 2001.
Institut društvenih znanosti Ivo Pilar

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i sveučilišna knjižnica, Zagreb

UDK 613.83(497.5)"200"

SAKOMAN, Slavko

Društvo bez droge? : hrvatska
nacionalna strategija - drugo dopunjeno
izdanje / Slavko Sakoman. - Zagreb :
Institut društvenih znanosti Ivo Pilar,
2001. - (Biblioteka Studije ; knj. 5)

ISBN 953-6666-19-7

I. Zlouporaba droga - - Prevencija i
kontrola - - Hrvatska

411119016

ISBN 953-6666-19-7

DRUŠTVO BEZ DROGE?

Hrvatska nacionalna
strategija
(drugo dopunjeno izdanje)

Autor:
Slavko Sakoman

Uredio:
Vlado Šakić

Institut
društvenih znanosti
Institute
of Social Sciences
IVO **PILAR**



Zagreb, 2001.

UREDNIČKO SLOVO

Među devijantnim ponašanjima, po svojim posljedicama ovisnost o drogama i kriminal povezan s ovisnošću, u suvremenoj zapadnoj civilizaciji zauzimaju mjesto u samom vrhu. Zbog toga svaka razvijenija zemlja ulaže goleme napore i sredstva kako bi prevenirala ili uspostavila kvalitetnu društvenu kontrolu nad tim socijalnim zlom. Budući da je, međutim, kriminal povezan uz promet i ilegalno tržište droge međunarodnog karaktera, nisu dovoljni samo nacionalni programi prevencije i kontrole, već je ustanovljena i međunarodna suradnja na različitim razinama. Moglo bi se reći da je zbog posljedica koje droga i kriminal povezan s njom imaju na globalnoj razini, međunarodna suradnja na suzbijanju jedna od najrazvijenijih. Stoga, na nacionalnim razinama, djelotvorno uključivanje u programe suzbijanja prometa i prodaje te tretmana ovisnika nužno podrazumijeva i uključenost u međunarodnu mrežu suradnje.

Dr. Slavko Sakoman, kao međunarodno priznati znanstvenik i stručnjak, utemeljitelj mnogih preventivnih programa na lokalnim i nacionalnoj razini, te višegodišnji predsjednik državne komisije za suzbijanje zlouporabe droga, već četvrt stoljeća sustavno se bavi problemom zlouporabe droga. Ova knjiga jedna je od ponajboljih njegovih znanstvenih publikacija u tom smislu.

Studija je nastala kao rezultat njegova dugogodišnjeg međunarodnog iskustva – sudjelovanja u mnogim međunarodnim projektima i programima, istraživačkog iskustva i rezultata, poglavito dobivenih tijekom posljednjih pet godina u Institutu Pilar, te iskustva i rezultata kao višegodišnjeg predsjednika državne komisije za suzbijanje zlouporabe droga.

Objavljivanje ove knjige držim korisnim zbog nekoliko važnih razloga. Prvi je znanstveni, a odnosi se na sustavnu elaboraciju fenomena zlouporabe droga na svjetskoj i nacionalnoj razini, kakva, čini mi se, do sada nije učinjena u Hrvatskoj. Drugi se odnosi na korisnost studije

za obrazovanje mladih stručnjaka na akademskoj razini i razini edukacija za provedbu različitih programa suzbijanja zlouporabe droga. Treći, ali ne i manje važan, odnosi se na upoznavanje društvenih i političkih aktera s ovim fenomenom i pokušaj utjecanja da ga shvate ozbiljnije nego do sada – kako bi bolje senzibilizirali cijelo društvo za njega, a na političkoj razini donosili kvalitetnije odluke.

Međutim, ako bi knjiga bila tek mali pomak u ozbiljnijem razmišljanju javnosti o ovom socijalnom zlu, njezino bi objavljivanje imalo svrhu.

Urednik

UREDNIČKO SLOVO	5
AUTOROV PREDGOVOR	13
OSVRT NA PROFESIONALNI RAZVOJ I DJELOVANJE AUTORA NA PODRUČJU SUZBIJANJA ZLOUPORABE DROGA	14
Osvrt na profesionalno djelovanje od sredine sedamdesetih do konca osamdesetih	15
Od početka do konca devedesetih	18
Osvrt na profesionalno djelovanje od 2000. do 2003.	23
Osvrt na događanja nakon izbora (jesen 2003.) do studenog 2004.	25
 I. UVOD	
ZLOPORABA DROGA - CIVILIZACIJSKI PROBLEM	31
Postoji li rješenje?	32
Epidemiološka slika. Hrvatska - Europa	36
 II. POJAVNOST ZLOPORABE DROGE U HRVATSKOJ	
REPRESIVNI SUSTAV	62
CENTAR ZA SPRJEČAVANJE I IZVANBOLNIČKO LIJEČENJE OVISNOSTI PRI KB "SESTRE MILOSRDNICE" 2000.	67
Ambulantno liječeni pacijenti iz Zagreba u 2000.	71
Prvodošli pacijenti s prebivalištem u gradu Zagrebu tijekom 2000. (Deskriptivna statistika napravljena prema podacima ažuriranim 1. 5. 2001.)	74
Rizično ponašanje prvodošlih pacijenata	82
PROCJENA EPIDEMIOLOŠKE SITUACIJE KRAJEM 2000.	85
 III. TEMELJNA OBILJEŽJA ZLOPORABE DROGA U HRVATSKOJ	
STANJE ZLOPORABE DROGA U HRVATSKOJ	89

UTJECAJ DRUŠTVENO-POLITIČKIH PRILIKA I TRANZICIJE NA PONUDU I POTRAŽNJU DROGA I KVALITETU PROGRAMA SUZBIJANJA (1990–2004)	91
UTJECAJ GOSPODARSKIH PRILIKA NA EPIDEMIJU ZLOPORABE DROGA	99
ILEGALNA TRGOVINA DROGAMA U HRVATSKOJ	101
EKONOMSKE ŠTETE ZBOG DROGA	105
ZLOPORABA DROGA I NACIONALNA SIGURNOST	108
ZLOPORABA DROGA I ZDRAVLJE	109
STANJE, RAZVOJ, ORGANIZACIJA I PROVEDBA PROGRAMA SUZBIJANJA ZLOPORABE DROGA OD 1990. NAOVAMO	110
USTANOVE KOJE SE BAVE SPECIFIČNIM MJERAMA PREVENCIJE OVISNOSTI TE LIJEČENJEM I REHABILITACIJOM OVISNIKA	114
DANAŠNJA RAZINA MEĐUNARODNE SURADNJE NA PODRUČJU SUZBIJANJA ZLOPORABE DROGA	116
PERSPEKTIVA SITUACIJE	117
OSNOVNI UZROCI POJAVNOSTI ZLOPORABE DROGA	117
PROCJENA EPIDEMIOLOŠKE SITUACIJE 2004. I OSNOVNE ZNAČAJKE OVISNIKA (TEMELJEM PODATAKA 2003.)	120

IV. STRATEGIJE I PROGRAMI SUZBIJANJA ZLOPORABE DROGA U HRVATSKOJ U KONTEKSTU SVJETSKIH ISKUSTAVA

OPĆA NAČELA	123
Što znači <i>uravnotežena</i> (balansna) strategija	125
STRATEGIJA SMANJENJA PONUDE DROGA (OPĆA NAČELA) ..	128
Kako mjeriti djelotvornost represivnog aparata?	134
<i>Uloga zdravstva na smanjenje dostupnosti psihoaktivnih sredstava</i>	136
<i>Kontrola prekursora</i>	137
STRATEGIJA SMANJENJA POTRAŽNJE DROGA (OPĆA NAČELA)	137
<i>Harm-reduction</i> pristup kao dio strategije	140
Sadašnje stanje programa smanjenja potražnje droga	143
Osnovni elementi programa smanjenja potražnje droga	144
<i>Primarna prevencija</i>	145
Osnovne mjere za zaštitu zdrave djece i mladeži od zloporabe droga	145
Obrazloženje doktrine na kojoj se temelji program zaštite zdravih od zloporabe droga	146
<i>Važnost sekundarne prevencije</i>	152
<i>Profesionalizirani sportski klubovi i zlouporaba droga</i>	153

<i>Potrebno je potaknuti razvoj posebnih programa u kompanijama, poduzećima i ustanovama</i>	154
<i>Kako rano (u obitelji) otkriti da adolescent uzima drogu?</i>	155

V. INSTITUCIONALNI UVJETI PROVEDBE PROGRAMA SUZBIJANJA ZLOPORABE DROGA U HRVATSKOJ

MINISTARSTVO PROSVJETE I ŠPORTA	161
Dobar odgoj – najbolja prevencija	161
Osnovni pristupi u osmišljavanju prevencije	163
Temeljne komponente Školskog preventivnog programa	167
Doktrinarna osnova pojedinih elemenata Školskog preventivnog programa	171
Kakva bi škola poboljšavala kvalitetu življenja učenika?	173
<i>Rizične obitelji i rizična djeca trebaju dodatnu zaštitu</i>	176
<i>Na što djelovati da bi prevencija bila kvalitetna</i>	183
Afirmacija karijere uspješnog roditeljstva	184
Uloga sporta i drugih kreativnih aktivnosti	187
Razvijanje samopoštovanja kod učenika i učenje socijalnih vještina	188
Diskretni osobni zaštitni programi	189
Zaustavljanje procesa izdvajanja problematične djece	191
<i>Razred kao terapijska zajednica</i>	194
<i>Rano otkrivanje dječje depresije i neuroza</i>	196
<i>Pomoć u rješavanju kriznih situacija (neuspjeha)</i>	197
<i>Uloga škole u terapiji osoba koje uzimaju droge i u sprječavanju distribucije droga</i>	198
<i>Što činiti s onima koji su napustili školu?</i>	200
Osnove metodološkog pristupa u provedbi specifične izobrazbe u prevenciji širenja zloporabe droga	200
Organizacija, provođenje i evaluacija školskih preventivnih programa	205
SVEUČILIŠTE	206
Zaštita studenata	206
Nužnost poboljšanja edukacije studenata na fakultetima koji školuju stručnjake za bavljenje djecom i mladeži	207
MEDIJI	208
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA	210
Opća načela u pristupu organizaciji liječenja i rehabilitacije ovisnika	210
Politika tretmana ovisnika kao važan element Nacionalne strategije	213
Temeljni elementi kompleksnog programa liječenja ovisnika	214
Ustanove za provođenje liječenja i rehabilitacije ovisnika	220

Zadaće obiteljskog liječnika u suzbijanju zlorabe sredstava ovisnosti	222
Zadaće školske medicine	224
Mjesto i uloga psihijatrijske struke i psihijatrijskih ustanova u tretmanu ovisnika o drogama	226
<i>Stacionarno liječenje ovisnika</i>	226
Terapijske zajednice i centri za rehabilitaciju ovisnika	229
Tretman životno ugroženih intoksiciranih ovisnika	233
Važnost toksikologije u unapređenju dijagnostike i vrednovanju tretmana uzimatelja droga	233
Zadaće ginekološko-opstetričke struke u skrbi za ovisnice - trudnice	234
Zadaće pedijata	234
Ostale medicinske struke	235
Supstitucijski programi (uporaba metadona), morfina ili buprenorfina)	235
<i>Argumenti koji opravdavaju primjenu metadona</i>	237
<i>Mogući negativni aspekti uporabe metadona</i>	239
<i>Vrste supstitucijskih programa i kriteriji za primjenu opijatskih agonista</i>	243
Indikacija za primjenu metadona - dijagnoza ovisnosti o opijatima	243
Vrste programa i kriteriji za uključivanje	244
Uključivanje ovisnika u program uz primjenu metadona	245
Isključivanje ili prekid programa	246
Dugotrajno održavanje na stalnoj ili približno jednakoj dnevnoj dozi metadona	248
<i>Praktična provedba terapije opijatskim agonistima</i>	250
Praktično provođenje supstitucijskih programa uz primjenu metadona	251
<i>Tko su glavni protivnici primjene metadona u liječenju heroinskih ovisnika?</i>	254
Primjena opijatskih antagonista u liječenju heroinskih ovisnika ..	259
<i>Kada i kod kojih ovisnika primijeniti, odnosno ne primijeniti Naltrexon</i>	260
CENTRI ZA SPRJEČAVANJE I IZVANBOLNIČKO LIJEČENJE OVISNOSTI	263
Sadržaj rada centara za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnika	264
Državni centar (Zavod ili Referentni centar) ili neko drugo adekvatno nacionalno stručno tijelo za sprječavanje zlorabe droga i liječenje ovisnosti	269
<i>Organizacija rada Državnog centra</i>	270
<i>Djelatnici</i>	272

INSTITUCIJE SOCIJALNE SKRBI	273
Uloga socijalne skrbi u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji ovisnosti	274
Promjene koje bi unaprijedile i povećale djelotvornost Nacionalne strategije za suzbijanje ovisnosti	276
MINISTARSTVO UNUTARNJIH POSLOVA	279
Doktrina u svezi sa smanjivanjem ponude droge mladeži	280
Polijski specijalizirani djelatnici kao suradni članovi interdisciplinarnih timova	281
Odnos djelatnika policije spram samih ovisnika	282
Što sa saznanjima policije o osobama koje uzimaju droge?	283
Potreba usklađivanja (intenziteta) policijskog rada s djelovanjem pravosuđa ili zdravstva	284
Poboljšanje mjera sigurnosti u prometu	284
Zadaće policije u smanjenju ilegalne prodaje narkotika (metadona)	285
Temeljni elementi procjene djelotvornosti rada represivnog aparata u suzbijanju ilegalne trgovine drogom	286
PRAVOSUĐE	290
Zakoni i praćenje njihove provedbe	290
Postupanje s osobama zatečenim u posjedu “neznatne” količine droge	293
Postupanje s ovisnicima tijekom sudskog postupka i izdržavanja kazne	294
<i>Osnovni elementi pristupa u organizaciji i provođenju programa liječenja ovisnika lišenih slobode</i>	299
MINISTARSTVO FINACIJA	304
Zadaće carinske službe	304
Zadaće porezne uprave i policije zadužene za gospodarski kriminal	305
MINISTARSTVO VANJSKIH POSLOVA	306
MINISTARSTVO OBRANE	309
Mjere koje bi valjalo organizirano provoditi	309
Smanjivanje dostupnosti droga (represivne mjere)	310
Otkrivanje ovisnika i postupanje s njima	311
Kako tretirati uzimanje droga (bez ovisnosti) kod pripadnika HV-a	313
Ostale mjere kojima se smanjuje zloporaba droga unutar sustava HV-a	314
Primarna prevencija zloporabe droga među pripadnicima HV-a ..	315
NEVLADINE ORGANIZACIJE U SUZBIJANJU ZLOPORABE DROGA	317

VI. OSTALI ASPEKTI PROVEDBE PROGRAMA SUZBIJANJA ZLOPORABE DROGA U HRVATSKOJ	
NEKE OD ZAPREKA U KVALITETNOM PROVOĐENJU NACIONALNOG PROGRAMA	323
USKLAĐENOST PROVEDBE NACIONALNE STRATEGIJE (ZADAĆE KOMISIJE ZA SUZBIJANJE ZLOPORABE DROGA)	334
FINANCIRANJE PROGRAMA	338
POUČNI PRIMJERI	339
Split	339
Poreč	343
Norveška	345
Švicarska	346
TEMELJNI CILJEVI I PERSPEKTIVA NACIONALNE STRATEGIJE	347
VII. OSVRT NA OKOLNOSTI U KOJIMA SE PROVODIO NACIONALNI PROGRAM 2000-2004.	
MEDIJSKI LINČ AUTORA	357
OSVRT NA DOGAĐANJA NAKON MEDIJSKOG LINČA	360
OSVRT NA POSLJEDICE KOJE SU SE DOGODILE OD 2000. DO 2004.	362
EPIDEMIOLOŠKI POKAZATELJI POGORŠANJA STANJA OD 2000.	363
POGORŠANJE STANJA U ZAGREBU	367
ODGOVORNOST ZA POGORŠANJE STANJA	371
ŠTO JE UČINJENO U MANDATU KOMISIJE MINISTARSTVA ZDRAVSTVA I KOMISIJE VLADE RH ZA SUZBIJANJE ZLOUPORABE DROGA OD 1990 DO 1999.	373
ŠTO SE DOGAĐALO S PROGRAMOM OD 2000. DO 2003.	377
VIII. ZAKLJUČNO	389
IX. LITERATURA	395
X. DODACI	
TRINAEST NAČELA DJELOTVORNOG TRETMANA OVISNOSTI O DROGAMA	407
POPIS TABLICA	411
POPIS SLIKA	414
SAŽETAK	415
SUMMARY	421
BILJEŠKA O AUTORU	427

AUTOROV PREDGOVOR

Prošlo je devet godina od kada je Hrvatski sabor prihvatio dokument **“Strategija suzbijanja zloporabe droga”** kao temelj za izradu Provedbenih programa kojima je država, uglavnom preko svojih ministarstava i institucija, nastojala izvršavati svoju obvezu u suzbijanju zloporabe droga. Vlada RH bila je prema odluci Sabora dužna svakih šest mjeseci podnositi izvješće o provedbi Nacionalnog programa. U odnosu na potrebe, proteklih godina na tome se području nije dovoljno činilo, što potvrđuju podaci o velikom porastu pojavnosti ovisnika (osobito heroinskog tipa). No stekla su se dragocjena iskustva. Ne treba zaboraviti da su mnoge okolnosti u Hrvatskoj a osobito rat, poraće i tranzicija pogodovala širenju zloporabe droga i istodobno otežavale stručnjacima na terenu posao u provođenju mnogih konkretnih mjera kojima bi se taj nepovoljan epidemiološki trend trebao zaustaviti. Pri ocjenjivanju kvalitete naših programa, a time i težine stanja u našoj zemlji, ne treba zaboraviti što se na tom području u isto vrijeme događalo i što se događa u drugim srednje i istočnoeuropskim državama u tranziciji. Uz sve probleme drugih tranzicijskih zemalja, u Hrvatskoj je bio i rat. Pa ipak, unatoč tome, epidemiološka slika naše zemlje, kada se problem u svezi s tim sagledava s nacionalne razine, nije danas teži nego npr. u Sloveniji i Češkoj Republici premda su te zemlje investirale znatno veća sredstva u svoje programe od Hrvatske i imale znatno povoljniji društveno-politički kontekst. To neposredno potvrđuje da je Strategija temeljem koje su stručnjaci na terenu, praktički bez ozbiljnije investicije i angažmana mnogih važnih državnih institucija, provodili programe bila kvalitetna i kao takva znatno pridonijela da su već nakon tri godine njene primjene (1999.) epidemiološki pokazatelji počeli ukazivati na zaustavljanje epidemije.

U ovoj knjizi sažeta su 25-godišnja iskustva autora u kreiranju globalne strategije kao i osmišljavanju temeljnih programa kojima je moguće djelotvorno sprječavati širenje

zlorabe sredstava ovisnosti u zajednici. U knjizi su također sažeta iskustva brojnih autora i zemalja koje su se znatno prije Hrvatske suočile s tim problemom. **Knjiga je pisana po principu tko, što, kako i zašto tako.** Koliko god su detaljno naznačene zadaće pojedinih ministarstava te vladinih i nevladinih institucija, tekstom se ističe važnost stalnog međusobnog povezivanja i koordinacije akcija svih subjekata od nacionalne do lokalne razine, koje objedinjene čine složenu društvenu intervenciju koju nazivamo Nacionalni program. Sa svrhom da ih što bolje istakne, autor namjerno, na nekoliko mjesta ponavlja osnove strateškog pristupa kojim je moguće pojavnost ovisnosti kao i svih drugih štetnih posljedica koje se javljaju u svezi sa zlouporabom droga održavati na razini koju bismo mogli držati podnošljivom za društvenu zajednicu.

Knjiga je pisana za stručnjake iz različitih disciplina (kao i za buduće stručnjake, studente) od kojih se radi naravi njihova posla ili kao pitanje osobnog opredjeljenja i izbora očekuje da će pridonositi suzbijanju ovog vrlo složenog socio-patološkog i ispred svega javno-zdravstvenog problema.

OSVRT NA PROFESIONALNI RAZVOJ I DJELOVANJE AUTORA NA PODRUČJU SUZBIJANJA ZLOUPORABE DROGA

U poglavlju prvog izdanja ove knjige “Neke od zapreka u kvalitetnom provođenju Nacionalnog programa” str. 287-296 rezimirao sam neka od svojih 25-godišnjih zapazanja i analize o načinima na koji država i upravljačke elite na nacionalnoj i/ili lokalnoj razini svojim socio-patološkim instrumentarijem ometaju i/ili “planski” djeluju opstruirajući razvoj i funkcioniranje kako sustava za kontrolu ilegalnog tržišta droga tako i sustava za učinkovitu prevenciju i tretman ovisnika. Obzirom da je pojavnost zlouporabe droga u neposrednoj svezi s kvalitetom življenja ljudi a programi suzbijanja tog fenomena zorno odražavaju funkcioniranje ukupne društvene zajednice, posebno države i njenih institucija, analiza tog fenomena može pomoći u traženju odgovora na pitanje zbog čega se i na mnogim drugim područjima, važnim za život većinu građana, događaju slični problemi. Kako je uopće moguće da se u jednoj maloj zemlji sa tragičnim demografskim trendom, u kojoj “droge uzmu” i onesposobe za socijalno uredno funkcioniranje već u 20-oj godini života svaku tridesetu osobu od generacije, ne poduzimaju ozbiljne mjere da se to spriječi? Potrebno je sagledati ukupnost patološke društvenog konteksta da bi se shvatilo zbog čega je i zaštita naše djece i mladeži marginalno političko pitanje.

Ono što sam kao istaknuti stručnjak i javna osoba nakon 25-godišnjeg napornog rada na suzbijanju tog društvenog zla osobno doživio 2003., kada sam od samog vrha vlasti bio napadnut bezočnim lažima i izvrgnut medijskom linču, bilo je toliko upečatljivo, da sam poučen tim iskustvom odlučio nadopuniti ovo drugo izdanje. Možda će taj primjer i moje viđenje društvenog konteksta u Hrvatskoj od 1991. do 2003. pomoći u boljem razumijevanju mehanizama kojima se kreira i podržava društvena patologija a opstruira demokratizacija i razvoj pravednijeg društva i pravne države što je imalo (i ima) ozbiljne implikacije na potrošnju psihoaktivnih sredstava a time i na prevalenciju ovisnosti. U prvom izdanju knjige opisana je epidemiološka situacija kao i kontekst unutar kojeg su stručnjaci razvijali sustav za kontrolu zlouporabe droga u Hrvatskoj od 1990. do 2000. Neke činjenice u svezi toga ću nadopuniti za period do 1990. Posebno detaljno ću opisati što se sve događalo ove posljednje 4 godine.

Osvrt na profesionalno djelovanje od sredine sedamdesetih do konca osamdesetih

Unatoč riziku da ne uspijem i što je još gore da doživim štetne posljedice (što je vezano uz narav problema u svezi droga i ovisnosti), prije četvrt stoljeća donio sam odluku da ću javno djelovati na mom stručnom području i ne miriti se sa stanjem stvari. Nekoliko godina prije te odluke, kao mladi specijalista neuropsihijatar, već sam u svom radu počeo široko izlaziti izvan okvira koje mi je određivao opis mog radnog mjesta u Kliničkoj bolnici. Kroz brojne preventivne tribine u školama razvijao sam senzibilitet prema problemima mladeži i potrebi razvoja školske prevencije. Značajan utjecaj na širinu moje orijentacije imao je angažman u kreiranju programa tretmana ovisnika u zatvorskom sustavu na čemu sam počeo raditi 1980. Odlazeći u kontinuitetu kroz 10 godina u KPD Lepoglavu, spoznao sam mnogo dublje društvenu patologiju i odnos države prema suzbijanju kriminala. Shvatio sam da stručnjacima jedne državne Kliničke ustanove (za razliku od današnjih vrlo profitabilnih privatnih klinika i poliklinika koji zarađuju na "bolesti"), u kojoj je koncentracija znanja ne samo o liječenju patologije nego i o uzrocima te patologije, u fokusu interesa mora biti zaštita zdravlja ljudi kroz poticanje i kreiranje (i) preventivnog djelovanja. Bio sam uvjeren da se njihov rad ne smije svesti na čekanje bolesnika da bi ga se liječilo i nakon toga otpustilo u iste okolnosti koje su možda i uzrokovale bolest. U terapijskom radu od samog početka bio sam usmjeren na čovjeka a ne na simptome radi kojih se traži stručna pomoć. Simptomi su

uvijek posljedica međudnosa niza čimbenika, treba ih istražiti da bi se pokušalo, kroz interaktivan pristup djelovati koliko je moguće više kauzalno. Samo takvim pristupom može se racionalizirati uporabom psihofarmaka i spriječiti jatrogeno izazvanu ovisnost kod tisuća građana. Shvatio sam ciljeve i koncepciju kojom je moj tadašnji učitelj i šef pok. prof. dr. Vladimir Hudolin pokretao aktivnosti na suzbijanju alkoholizma, djelujući u interesu općeg dobra, široko izvan okvira Klinike a vrlo aktivno i na međunarodnom planu. Hudolin je krenuvši od razvoja sustava za terapiju alkoholizma išao prema prevenciji ovisnosti, stvarajući istovremeno suvremen model zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. Sredinom osamdesetih u sustav za tretman bilo je privučeno i bolnički liječeno oko 6.500 novih (incidencija) slučajeva alkoholizma godišnje. U to vrijeme aktivno je djelovalo preko 600 Klubova liječenih alkoholičara sa tisućama trijeznih članova, koji su od žarišta alkoholnih epidemija postali zagovornici trezvenosti. U narodu koji je alkohol razarao, u stotinama onih koji su godišnje bili hitno hospitalizirani radi delirija, stvorila se svijest da je alkohol veliki društveno-medicinski i ispred svega težak javno-zdravstveni problem. Iz godine u godinu ovisnici o alkoholu su sve ranije dolazili na tretman i sa sve manje komplikacija pa su vremenom deliriji i ostale teške psihičke komplikacije pijenja postale rijetkost. To je ukazivalo na izvrsne rezultate unapređenja mjera sekundarne prevencije, što je imalo pozitivne implikacije i u primarno-preventivnom smislu.

Što je od svega toga ostalo nakon odlaska Hudolina? Zbog čega danas djeluje samo 180 Klubova liječenih alkoholičara? Dispanzeri za alkoholizam su ugašeni, broj bolnički liječenih alkoholičara se iz godine u godinu smanjuje radi reduciranih kapaciteta, izvanbolnički programi zbrijavaju vrlo mali broj slučajeva, ugašen je Nacionalni registar liječenih alkoholičara, najvredniji instrument za epidemiološko praćenje tog problema. Premda se još uvijek osjećaju dobrobiti Hudolinovog djelovanja, pitanje je u kojoj će se mjeri u godinama koje slijede i na tom području zaštite zdravlja stvari početi ozbiljno pogoršavati. Sramota je da je hrvatska medicina i osobito psihijatrija, vođena danas od strane nekoliko nekretnih, suviše narcisoidnih psihijatara, gotovo zatrla to veliko ime hrvatske medicine, koje se međutim i dalje izuzetno cijeni izvan naših granica, osobito u susjednoj nam Italiji. Klinika koju je stvorio bila je svjetski poznata osobito u vrijeme kada je Hudolin bio predsjednik Svjetske asocijacije socijalne psihijatrije. Taj me je veliki znalac podržavao, omogućavao veliku autonomiju u radu i time poticao moju kreativnost.

Zaštitu mentalnog zdravlja i prevenciju ovisnosti zamišljao sam kao sustavno javno-zdravstveno djelovanje brojnih institucija. Kroz odgojni proces (suradnja obitelj-škola) i koordiniran angažman svih resursa lokalne zajednice koji moraju "brinuti" za čovjeka, trebalo je osposobljavati djecu za svjesno, zdravo, samozaštitno i što manje rizično ponašanje. Sjediti u ordinaciji i čekati ovisnike ili raditi samo na razvoju sustava terapije "bolesnih", da bi se time unaprijedila i zaštita zdravih, izgledalo mi je nedostatno i presporo u odnosu na trendove širenja zlouporabe droga u zapadnom svijetu koji su sve jače utjecali i na našu mladež. Trebalo je ubrzati proces. Uvjerio sam se da ima mnogo prostora za paralelno javno preventivno djelovanje kojim se utječe na uzroke tog socio-patološkog fenomena. Zato sam širom Hrvatske, osobito u školama održao na stotine tribina o prevenciji ovisnosti za učenike, roditelje i nastavnike. To mi je pomoglo u razvoju koncepta školske prevencije koja je danas integralni dio Nacionalne strategije.

Od početka mog bavljenja ovisnostima bilo mi je jasno da "uzročnika" bolesti ne treba tražiti samo u interakciji čimbenika radi kojih pojedinac "traži" i želi uzimati drogu nego i u samoj dostupnosti te "mogućnosti". Zato sam bio uvjeren da se zaštita djece od tog rizika može značajno unaprijediti ukoliko se ne dozvoli rast utjecaja organiziranog kriminala a time i ponude droge. Radi toga sam uspostavio i održavao suradnju s represivnim sustavom, uvjeren da je to nešto dobro i da zato ima smisla. Zajedničko pojavljivanje u javnosti, na edukativnim seminarima, tribinama liječnika i policijskih inspektora je bila jasna poruka glede pristupa suzbijanju ovisnosti u kojem represija i terapija moraju surađivati u nastojanju da se smanji i ponuda i potražnja a time i potrošnja droga.

Vrlo rano sam zauzeo stav da se samo na činjenicama utemeljenim kroz istraživanja i znanost može razvijati, pratiti i evaluirati učinkovitost programa suzbijanja ovisnosti. Radi toga sam značajan napor uložio u razvoj sustava za epidemiološko praćenje fenomena alkoholizma i ovisnosti o drogama kroz nacionalne registre liječenih alkoholičara (Registar liječenih alkoholičara je pokrenuo Hudolin još sredinom šezdesetih) i ovisnika o drogama. Tako je Hrvatska u svojim bazama podataka imala vjerojatno najbolji u svijetu instrumentarij za sustavno istraživanje i epidemiološko praćenje problema ovisnosti.

Kao afirmirani i javno poznati stručnjak za probleme ovisnosti o drogama u Hrvatskoj, 1985. na poziv veleposlanika SAD u tadašnjoj Jugoslaviji, proputovao sam i posjetio u posebno organiziranom individualnom programu desetak američkih država. To mi je dalo priliku da se

upoznam ili barem steknem impresiju o načinu na koji se u toj velikoj zemlji liječe ovisnici te rješavaju drugi problemi u svezi droga. Tada sam detaljnije upoznao mehanizme širenja i posljedice HIV infekcije među intravenoznim ovisnicima što je bilo presudno da sam potaknuo pravovremeno kreiranje programa prevencije širenja te neizlječive i smrtonosne bolesti među ovisnicima u našim prostorima. Nakon povratka s tog putovanja dogodila se prva ozbiljna kriza u odnosu s velikim šefom. Pitao sam je li to znak da sam u svom radu suviše izišao iz okvira koju mi je hijerarhija odredila. Bilo je to mučno iskustvo i ispred svega neugodno iznenađenje, ali uz nešto strpljenja, odnos je bio ponovo izbalansiran. Kasnije, do odlaska Hudolina u mirovinu, povremeno je dolazilo do interpersonalnih tenzija i zaoštavanja, ali ozbiljnijih opstrukcija u mom javnom djelovanju na razvoju sustava za kontrolu droga ipak nije bilo. Činjenica je da taj veliki, autoritarni, karizmatički vođa, šef Klinike, nije dozvoljavao preveliku autonomiju suradnika. No unatoč toga, brojni su razlozi radi kojih bi svaki, bolje upućen liječnik, osobito psihijatar, trebao duboko cijeniti Hudolina radi onog što je taj čovjek učinio u razvoju psihijatrijske struke, u razvoju sustava za prevenciju i tretman alkoholizma i drugih ovisnosti i sveg ostalog što je učinio u interesu općeg dobra.

Od početka do konca devedesetih

Koliko je po razvoj struke i javnih programa zaštite mentalnog zdravlja bilo loše ako na čelne pozicije Psihijatrijskih Klinika ili bolnica dođu osobe bez vizije, energije, tašte, okrenute sebi i očuvanju svog statusa, vidjelo se doskora, odlaskom prof. Hudolina u mirovinu. Zahvaljujući tom psihijatru, psihijatrija se unutar ukupne medicine sve više afirmirala kao vrlo važna struka. Hudolin je pokušao još neko vrijeme kao umirovljenik ostati neposrednim radom vezan uz "svoju" Kliniku, ali to nije išlo, jer se tome usprotivio njegov nasljednik, kolega kojemu je povjerio "svoje nasljeđe". Ja sam pokušao na sličan način nastaviti raditi na svom području i voditi dalje epidemiologiju (registre za alkoholizam i ovisnosti), ali stvari više nisu bile kao prije. Premda ničiji formalni status nisam ugrožavao, opstrukcija mog javnog djelovanja postala je sve izraženija i sofisticiranija. Pozicija predsjednika Komisije za suzbijanje zlouporabe droga Ministarstva zdravstva, na koju sam postavljen 1990., omogućila mi je potrebnu autonomiju neophodnu za nastavak rada na razvoju programa suzbijanja ovisnosti u Hrvatskoj. Istovremeno mi se pogoršavala situacija na Klinici na kojoj sam i dalje radio kao voditelj

Odjela ovisnosti. Održavanje Registra liječenih alkoholičara je bilo zaustavljeno a doskora su i sve baze podataka uništene, moj 15-godišnji mukotrpan rad!! Umjesto temelja za znanstveni pristup praćenja problema, imamo lakiranje parketa podova, pregrađuju se zidovi bolničkih soba. Dakako da je i to trebalo radi boljeg standarda smještaja bolesnika, no puno važnije bilo je osigurati unutar državnog zdravstva i zdravstvene politike, što bolje standarde zaštite ukupnog stanovništva od tragičnih posljedica zlorabe alkohola i droga, a unutar medicine, sukladno važnosti i potrebama, osigurati adekvatni prostor za područje zaštite mentalnog zdravlja koje je tzv. somatska medicina posve marginalizirala. Poznato je da je najveći broj somatskih (preventabilnih), psihofizioloških bolesti zapravo posljedica nezdravog, rizičnog ponašanja (pušenje, pijenje, uzimanje droga, nezdrava prehrana...) ili loše kvalitete života ljudi koja utječe na psihičko stanje a time i ukupno zdravlje čovjeka. Vrijedno je svakog divljenja u vrhunskoj medicini presaditi jetru razorenu virusom C hepatitisa i time (možda) osobi produžiti život nekoliko godina. Taj zahvat stoji na desetine tisuća eura. Ali istovremeno radi ne poduzimanja potrebnih i provedivih mjera dozvoliti da se godišnje samo preko heroina izgubi više od 1.500 dvadeset godišnjaka od generacije, od kojih će se HCV infekcija dogoditi kod oko 800 osoba, prelazi granice shvaćanja kada je riječ o kvaliteti rada osoba odgovornih za kreiranje zdravstvene politike u državi.

Nakon smrti prof. dr. B. Langa, do tada jedinstvena Klinika za neurologiju, psihijatriju, alkoholizam i druge ovisnosti, raspada se na dvije Klinike; Kliniku za neurologiju i Kliniku za psihijatriju. U izbornoj proceduri, tadašnjem ravnateljstvu Kliničke bolnice i onima koji zapravo odlučuju o kadriranju više je odgovaralo da se na mjesto predstojnika Klinike za psihijatriju postavi kolega koji je godinama prije toga bio "neurološki" orijentiran, radeći kao šef Odjela intenzivne njege, na kojem se uglavnom bavio liječenjem životno ugroženih neuroloških bolesnika. Kandidirao sam se na nagovor nekih kolega i prijatelja, ali namjerno nisam koristio moju tadašnju vrlo utjecajnu poziciju u državi (predsjednik jedne važne komisije Vlade RH) i poznanstvo s velikim brojem tada vrlo moćnih političkih osoba u državi, da bi u izboru dobio to mjesto. To je samo pokazalo da znanje, rad i stručne reference ionako nisu bile odlučujuće za izbor. Razina koja je odlučivala je zauzela stav da Sakoman ne dolazi u obzir "jer...". Bilo mi je jasno da će se s tim kolegom, teškim za dijalošku komunikaciju, kojem nakon godina rada s bolesnicima "uz postelju" treba vremena da se "pronađe" u stručnom po-

družju socijalne psihijatrije i ovisnosti, teško dogovarati suradnja, te da će se nastaviti rigidno i autoritarno vođenje Klinike s tendencijom njenog zatvaranja prema van. Jutarnji sastanci (stručni kolegij), umjesto stručnih rasprava, postaju nerazumljivi monolozi novog predstojnika praćeni šutnjom kolega koji se osjećaju neugodno, frustrirano. Odlučio sam u drugoj polovici devedesetih da se od te nelagode do daljnjeg jednostavno distanciram kako bi štedio energiju za sve ono što sam na području razvoja Nacionalnog sustava za kontrolu droga kao i u neposrednom terapijskom radu s ovisnicima trebao odraditi. Posve sam isključen iz nastavnog procesa na Fakultetu u okviru nastavne baze na Klinici u čemu sam sudjelovao još od Hudolinovog vremena, pa sam osobnim angažmanom osigurao mogućnost nastavnog rada na drugim fakultetima Sveučilišta u Zagrebu. Atmosfera bolje suradnje na Klinici počela se osjećati tek tijekom 2004.

Obzirom da sam 1995. bio postavljen na mjesto predsjednika Komisije Vlade RH za suzbijanje zlorabe droga, rad na razvoju i implementaciji Nacionalnog programa mogao sam nastaviti još intenzivnije. Imao sam tada razmjerno veliku moć i utjecaj obzirom na potporu Sabora i dijela vrha izvršne vlasti, ali je moja odluka bila da ju ne koristim da bi se obračunavao s onima koji mi stvaraju teškoće u profesionalnom radu. A tih, o kojima je ovisila kvaliteta Nacionalnog programa bilo je mnogo i u različitim institucijama. Bolnica i Klinika ionako su bili preuzak prostor za moje djelovanje. Bilo mi je jasno da se ne isplati gubiti energiju na sukob s ljudima kojima je forma važnija od sadržaja, kojima je osobni interes daleko ispred javnog, koji nastoje što manje raditi ako osobno od toga nemaju koristi, kojima je očuvanje statusa i pozicije i dokazivanja moći i kontrola formalno podređenih važnija od onog što i koliko oni rade i koliko pridonose. Osjećao sam podmetanje, zavist, trpio sam udarce, ali nisam dozvolio da me slome. Osjećao sam se sve jačim. Moj rad i samo rad, osiguravao mi je potporu sa više strana i širok pristup medijima. Kada je bilo najteže moji prijatelji pomogli su mi da ne odustanem.

Kao psihijatar, razumijevao sam i uzimao u obzir koliko je bilo moguće mentalni sklop, narcizam i taštinu mojih pretpostavljenih i svih ostalih kojima sam na bilo koji način mogao ugroziti poziciju ili interese. Radeći neizmerno težak i iscrpljujući posao uz radni tjedan od 70 sati, nepotrebno sam trošio energiju a ponekad i ulazio u konflikte u pokušaju da ih uvjerim kako je i od njihovog interesa da podrže to što radim, što afirmira struku, Kliniku, bolnicu, Hrvatsku i služi zaštiti interesa najvažnijeg re-

sursa društva; djece, mladeži, obitelji. Oni to uglavnom nisu razumjeli ili su neke stvari shvatili površno, prekasno, ili ih to što sam kreirao nije zanimalo jer su mislili da to ne pridonosi njihovim statusnim potrebama ili osobnim interesima. A meni na kraj pameti nije bilo da nečije osobne, pa tako i vlastite interese podređujem javnom interesu.

Uvijek sam se pitao što bi bilo da sam ostao zatvoren u onim zidovima malog bolničkog Odjela. Svaki dan kao šef napraviti vizitu, pregledati nekoliko odabranih pacijenata, čitati literaturu o metodama liječenja ovisnosti, pisati radove, putovati po kongresima na račun farmaceutske industrije, pisati vještačenja za sudove i time znatno dodatno zarađivati ili kao vrlo afirmirani liječnik otvoriti privatnu kliniku i ne pitati se što se s mladeži događa u društvu, "jer to nije moja briga". Takav koncept rada mi se godinama sugerirao kao nešto što je za mene najbolje. Da sam vidio da je država preko nekih drugih mehanizama osiguravala opstojnost i razvoj sustava kojim će institucije zajednice, koliko je to realno za očekivati, unapređivati mentalno zdravlje i provoditi zaštitu djece i mladeži od zlouporabe sredstava ovisnosti, u nekim stvarima vremenom bi drukčije organizirao svoj život. Kada sam početkom devedesetih vidio kako u sjeni rata raste moć kriminalne strukture, kako se zbog osobnih profita, prodajom droge, naprosto proždiru djeca vlastitog naroda i kako buktiti epidemija ovisnosti, savjest me je tjerala da pojačam svoje djelovanje. Niti bombe, koje su još padale po hrvatskim gradovima, nisu me mogle zaustaviti da jurim od Vinkovaca do Dubrovnika da bi udario temelje sustava za zaštitu djece od epidemije droga koju je rat donio sa sobom. U godinama rata "izgurati" među prioritete države problem mladih i ovisnosti, izboriti se da o tom pitanju raspravlja Hrvatski sabor po čitav dan svakih 6 mjeseci, napisati Nacionalnu strategiju (mjeseci rada, bez honorara), voditi kao predsjednik Komisije Vlade RH implementaciju Nacionalnog programa na terenu i biti uz pacijente, studente, afirmirati zemlju na tom stručnom području na najvišim europskim forumima nadležnim za taj problem, biti prisutan u medijima, provoditi edukaciju stručnjaka... da ne nabrajam, i pri tom nemati ni jednu prostoriju s osobom koja bi pomagala barem u administrativnim poslovima, zahtijevalo je raditi od jutra do sutra, 7 dana u tjednu, ili odustati.

Pozitivan pomak u smislu poboljšanja uvjeta rada dogodio se 1997. kada je konačno Ministarstvo zdravstva dozvolilo uposliti na određeno vrijeme 4 osobe za rad u "Državnom centru za sprječavanje ovisnosti" (u osnivanju, pri KB "Sestre milosrdnice"). No tada se samo pojačao strah nekih "strukture" da bi možda Sakoman mogao "iz-

gurati” i “dobiti” da vodi neposredno jednu državnu instituciju. Kako sam time olakšao svoju poziciju na Klinici, stvorena je pretpostavka za još snažnije djelovanje na terenu (1998.). Na žalost, paralelno je rastao i utjecaj (visoko pozicioniranih u političkoj hijerarhiji), koji taj progres nisu odobravali. U medijima sam ukazivao na nove modalitete skrivenog kriminala, na fenomen organiziranog kriminala, opisivao sam strukturu “kriminalne piramide”. Povremeno sam bio izložen i vrlo ozbiljnim, direktnim prijetnjama kriminalnog podzemlja. Bio sam svjestan koliko to što radim smeta “strukтури moći”. Samo se jednom ukazala prilika da na zatvorenoj sjednici užeg kabineta Vlade RH ukažem na problem rasta organiziranog narko-kriminala i ujedno sugeriram što bi trebalo činiti da se poboljša funkcioniranje pravne države da se to zaustavi. Premda nisam imao nerealna očekivanja, iznenadio me je način na koji je sustav moći reagirao. S vrlo visokih političkih pozicija, direktno mi je rečeno da se “moram” povući “...jer napadam vlast”. A “napadao” sam organizirani kriminal i korupciju. Koncem 1998. održao se i “oproštajni” sastanak Komisije. Pitao sam “dotične” tko će nastaviti koordinaciju provođenja Nacionalnog programa. Tadašnja časna sestra Bernardica Juretić, voditeljica nevladine organizacije i terapijske zajednice za rehabilitaciju ovisnika “Susret” spominjala se kao kandidat za moje dotadašnje mjesto šefa državne komisije za kontrolu droga. Kojeg li apsurd. No rečeno mi je “u povjerenju” i ovo: “Ti bi i dalje mogao raditi na tome, jer to nitko ne zna osim tebe”. Poručio sam vlasti da mi u pisanoj formi dostave odluku da me, ako su tako odlučili, razrješuju s mjesta predsjednika te Komisije (koji posao sam obavljao posve volonterski). No to se ipak tada nije dogodilo jer bilo je mnogo i onih, u vrhu političke vlasti, koji se s time nisu slagali a procijenjeno je da moja eliminacija nije “pripremljena za javnost” pa bi reakcije medija mogle biti vrlo nepovoljne za vlast. Nastavio sam voditi taj program i naredne 1999. uz vrlo snažnu i gotovo jednoglasnu potporu Hrvatskog sabora. Jedina protiv, bila je tadašnja predsjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu skrb, inače veliki podržavatelj Bernardice Juretić. No stvarne mogućnosti implementacije Nacionalne strategije kao i prostor za rad bio je sužen radi sve slabije potpore izvršne vlasti. Bila je konfuzna predizborna 1999. godina, posebno obilježena bolešću i konačno smrću prvog hrvatskog predsjednika.

Osvrt na profesionalno djelovanje od 2000. do 2003.

Nakon provedenih izbora, stanje na terenu je bilo destabilizirano, porastao je utjecaj organiziranog kriminala a time i ponude droga. Komisija je formalno djelovala do konca ljeta 2000. Te prve postizborne godine, radi kadrovskih promjena na svim razinama a time i pogoršanja funkcioniranja brojnih državnih institucija, nastavilo se pogoršavati stanje u svezi droga. Nakon moje smjene, nova struktura posve nekompetentnih osoba, radi osobnih interesa, na čelu s dr. med. A. Barbirom, aktivnim nastojanjem pokušava preuzeti potpunu kontrolu nad sustavom koji sam kreirao prethodnih dvadesetak godina. Da bi se u tome uspjelo, trebalo me je na bilo koji način eliminirati ili barem radikalno suziti mogućnost javnog stručnog djelovanja. Taj liječnik, postavljen na mjesto pomoćnika ministra zdravstva, imenovan je umjesto mene predsjednikom Komisije za droge. Iz Ministarstva zdravstva pokreću se inicijative (koje ću kasnije opisati) radi kojih i moja pozicija na Klinici postaje sve teža. Razara se "Državni centar za suzbijanje ovisnosti" u "Vinogradskoj", ostajem bez četvero suradnika, tim gubi jednu radnu sobu (ambulante za ovisnike u poliklinici). U bolnicu dolazi inspekcija za inspekcijom. Danima se premeće povjerljiva medicinska dokumentacija tisuća liječenih ovisnika ne bi li se dokazalo kako sam državi dostavio netočne (uvećane) podatke o broju liječenih. Ustanovljeno je da su podaci bili savršeno točni. Financijska kontrola nastoji pronaći da nešto nije bilo u redu s putnim nalogima vezano uz moj rad na terenu a odradio sam znatno više od onog što se pokazalo kroz putovanja odobrena od ravnateljstva bolnice. Pred vratima sve veća gomila drogirane mladeži i njihovih očajnih roditelja, nemoguć posao, a nema ih tko odraditi. U timu za ambulantni rad na dispoziciji imam dvoje ljudi i jednu radnu prostoriju (jer je druga zaposjednuta za potrebe kontrole medicinske dokumentacije), a trebalo bi barem desetak. Ovisnici dolaze, preko 1.800 slučajeva u godini, s pravom očekuju pomoć, što im reći? Sustav ti veže ruke i noge, baci te u vodu i još te kritizira da loše plivaš. Sustav ti zapravo savjetuje da odustaneš, da će ti biti bolje ako manje radiš, "tko te tjera da radiš", "pusti ih, tko im je kriv što se drogiraju"... Barbir vrlo brzo "stručno" napreduje, pišu mu se radovi (dopisuje ga se kao koautora) a on za uzvrat daje potporu onima koji me trebaju marginalizirati. Sve otvorenije i agresivnije, sa svoje formalne pozicije u hijerarhiji moći, moji pretpostavljeni uz potporu nove strukture vlasti vuku poteze kako bi me stavili pod "kontrolu" i konačno i strpali u onih nekoliko zidova Odjela "s njegovim narkomanima", dakle u hijerarhijsku poziciju s koje

više ne bi mogao ugrožavati njihove statusne pozicije ali niti interese: organiziranog kriminala i njihovih koruptivnih sprega, grupaciju koja je političkim posredovanjem uzurpirala i instrumentalizirala programe suzbijanja ovisnosti za osobne interese (komercijalne, promidžbene), dio NGO sustava (koji je prijavljivao projekte u svezi ovisnosti), koji je radi neadekvatne financijske kontrole i nepostojanja vrednovanja kvalitete i kvantitete posla, nenamjenski izvlačio i trošio proračunski novac.

Zavist zbog širine i ustrajnosti mog djelovanja i govorjenja preko medija pratila je moj rad i bivala je iz godine u godinu sve veća i u krugovima kolega, formalno dobro pozicioniranih unutar psihijatrijske struke. Radeći od jutra do sutra nisam imao niti vremena pratiti kako se sa mnom bave, "što mi pakiraju", na koji me način opisuju i koliko im je stalo da makar u formalnom smislu zauzmu poziciju i u hijerarhiji moje uže "struke". Nikada se nisam bavio ocjenjivanjem rada kolega koji su se bavili drugim užim područjima psihijatrijske struke, niti im se miješao u posao. No kada su ulazili u prostor mog užeg stručnog djelovanja (ovisnosti), znajući koliko su neupućeni i koliko štete mogu učiniti ako ih se "pusti", morao sam reagirati. Neki od njih nisu odustajali. Premda na području ovisnosti radili nisu ništa i od pacijenata toga tipa su vješto bježali, silno im je stalo da u formalnom smislu oni budu ti koji mogu kritizirati, određivati, ocjenjivati moj rad. Forma i dokazivanje moći bili su im važniji od sadržaja što je dovelo do daljnje marginalizacije psihijatrije i programa zaštite mentalnog zdravlja unutar medicinskih znanosti. I takovi su dobili tih godina punu potporu struktura moći ali pod uvjetom da pridonesu marginalizaciji moje pozicije na području javnog djelovanja.

Da bi Barbir i "njegovi" konačno imali slobodne ruke u nadolazeće predizborno vrijeme, Sakomanu je trebalo zadati završni udarac. Do tada se sustav uglavnom služio plasiranjem poluinformacija, zatim laži vezano uz posao mog tima i Komisije koju sam vodio, vremenom se laži plasiraju vezano uz osobne stvari, obitelj... Nema toga što nisam "čuo o sebi". Čak su i jedne australske novine objavile vijest da se najpoznatiji hrvatski liječnik za pitanja ovisnosti tajno liječi radi heroinske ovisnosti na jednoj klinici u Austriji. Obzirom da sam kroz rad na terenu upoznao na tisuće ljudi, nazivaju me i prenose mi to što se sve plasira vezano uz moje ime pa čak i moju djecu, moju, po svemu uzornu djecu, koja, kao i ja, u životu nisu niti cigaretu duhana popušili. Tadašnji potpredsjednik Vlade RH Goran Granić, u to vrijeme ujedno i predsjednik vladine Komisije za suzbijanje zlouporabe droge, saziva u proljeće

2003. tiskovnu konferenciju. Kada me sa stotine sitnih laži nisu slomili, dogovori se pokretanje medijskog linča protiv mene izricanjem neutemeljenih optužbi i prijetnji o pokretanju istrage “radi sumnje o nenamjenskom trošenju novca Komisije”, za moj stručni rad na terenu i tiskanje prvog izdanja upravo ove knjige. Medijski udar je bio zastrašujućeg intenziteta jer je laž plasirana s tako visoke političke razine. Opširnije o tome u poglavlju VII na kraju knjige. Nakon toga, grupacija zadužena za pitanja droga u državi konačno je mogla doživljavati ugodan osjećaj vlastite veličine, važnosti i moći, misleći da sam konačno “sređen” i što je za njih bilo još važnije, bili su uvjereni da su konačno posve osvojili i stavili u funkciju osobnih interesa prostor “suzbijanja zlouporabe droga”. No nije trebalo dugo pa da javnost shvati što se zapravo krilo iza načina na koji su djelovali. Barbir i još neki njegovi suradnici su bili uhićeni u ljeto 2003. nakon čega je počela istraga i podignuta je optužnica radi malverzacija državnim novcem. Sudski postupak je u tijeku. No, tko će odgovarati za posljedice i nepotrebno pogoršanje epidemiološke situacije, porast umrlih od predoziranja?

Osvrt na događanja nakon izbora (jesen 2003.) do studenog 2004.

Uzimajući u obzir ukupnost opisanog konteksta, znajući da bi bila čista utopija očekivati rješavanje sociopatoloških fenomena kroz projekt “liječenja bolesnog društva” i ne živeći u iluzijama da će “sustavi moći” osigurati prostor i potporu za djelovanje i dostatno utjecanje na stanje stvari vrhunskim stručnjacima, specijalistima, nakon novih političkih promjena u jesen 2003. trebalo je odlučiti da li konačno odustati (“faktor zamora”) ili nastaviti djelovati “alternativnim metodama” na terenu, kao što sam i započeo prije četvrt stoljeća. Osobno, više me nitko nije proganjao, sa svih strana ponovo se traži moja stručna pomoć. Na žalost, danas glavna politička osoba za pitanje “droga”, predsjednica Komisije za suzbijanje zlouporabe droga, potpredsjednica Vlade RH nije smatrala shodnim da se makar na kratko susretne sa mnom da joj ukažem na stanje stvari vezano uz provođenje Nacionalnog programa. Uputila me pismenim putem da se uključim u aktivnosti koje koordinira Bernardica Juretić, predstojnica Ureda za droge. Obzirom da nitko, tko se ozbiljno bavi provođenjem pojedinih mjera na suzbijanju zlouporabe droga, ne zna što je to što taj Ured s 8 uposlenika koordinira, a svi oni dobro znaju tko je B. Juretić, odustao sam od tog prijedloga a imao sam dovoljno snažnih argumenata da putem medija preporučim što bi s tim Uredom trebalo učiniti.

Loše stanje u Hrvatskoj posljedica je nesposobnosti upravljačkih elita od nacionalne do lokalne razine. One su najodgovornije za nefunkcioniranje pravne države. Posljedična korupcija i organizirani kriminal glavna su kočnica razvoja gospodarstva. A ako je gospodarstvo slabo ništa ne može funkcionirati kako treba i to pogoduje daljnjem rastu kriminala i korupcije. Takav nepovoljan cirkulus moguće je prekinuti samo boljim kadrovskim uređenjem države pri čemu je možda na prvom mjestu sređivanje represivnog aparata. Na žalost, kadrovskim rješenjima “nove” vlasti, početkom 2004., na moje iznenađenje i razočarenje, pometeni su i bačeni na marginu i neki moji izvrsni suradnici, vrsni i poštteni profesionalci. One iz MUP-a niti prethodna koalicijska vlast nije “mazila”, pa su tek posebnim metodama i organizacijom rada morali i mogli istraživati organizirani kriminal i korupciju (posebno u operacijama “Magla”, “Chash”) na čelu s tadašnjim ravnateljem policije, inteligentnim, obrazovanim i vrlo sposobnim gospodinom Rankom Ostojićem. I umjesto da dobiju odlikovanje za uspješan rad i primjenu metodologije koja je jedino bila moguća, izvrgnuti su grubom progonu. Inspektora Marija Bertinu i njegovog kolegu gotovo da su mentalno slomili pa im je trebala psihološka pomoć koju sam im osigurao. Doista je znak političke gluposti, od ljudi koji imaju toliko “informacija”, koji toliko “znaju”, stvarati si neprijatelje. Vrhunski profesionalci MUP-a, hrabri i poštteni ljudi, autonomni u sebi, otporni na pokušaje da ih se politički instrumentalizira, apsolutno nepotkupljivi, koji su radili i rade za interese svoje zemlje, umjesto da im se ojača pozicija i dade još veći prostor za djelovanje, doživjeli su, poniženje, odbacivanje, marginalizaciju. I da stvar bude gora, Hrvatska je radi toga imala i ima nepotrebno ozbiljne teškoće u svojim nastojanjima da ispuni preduvjete za dobivanje datuma za početak pristupnih pregovora za ulazak u EU. Ta europska asocijacija putem svojih nadležnih tijela posebnom metodologijom prati i ocjenjuje kvalitetu funkcioniranja represivnog aparata u Hrvatskoj kao i težinu organiziranog kriminala i korupcije i dakako da nije zadovoljna stanjem. Takav zaključak su donijeli i praćenjem postupanja našeg represivnog aparata u pojedinim “oglednim” slučajevima međunarodnog organiziranog kriminala od kojih je po mnogo čemu specifična upravo “Operacija Europa”. Možda će upravo analiza te i još nekih sličnih operacija pridonijeti da se u Hrvatskoj pokrene proces polarizacije, “čišćenja” i poželjnih kadrovskih promjena u represivnom aparatu, bez kojih je teško očekivati brže pomake prema boljem funkcioniranju pravne države i ujedno ispunjavanju kriterija za ulazak u EU. Bez toga nerealno je za očekivati i

ozbiljnije pozitivne pomake na području suzbijanja narko-kriminala, koje me sasvim razložno, najviše interesira.

Pitao sam se je li to što se dogodilo u rješavanju kadrovske križaljke početkom 2004. znak nastavka kontinuiteta štetnog političkog djelovanja (i ove) vlasti i loše, površne kadrovske politike koja se ne želi ozbiljno obračunavati s kriminalom i korupcijom koja kao rak razara naše društvo. Kako ocijeniti ozbiljnost intencije vlasti da poboljša uređenje pravne države ako neki zaštitnici kriminala i dalje ostaju na funkcijama, ako na funkcijama ostaju oni koji se boje dirati prave stvari, ako se na pozicije u represivnom aparatu dovode nesposobni, neiskusni ili nekompetentni, ako pozicije drže oni koji će u istraživanju kriminala biti selektivni tj. raditi će samo “neke” slučajeve a druge će držati u ladici pod političkom kontrolom, ako u sustavu i na vlasti ostaju osobe direktno umiješane u kriminal, a vrhunski se profesionalci progone i marginaliziraju? Treba mnogo mudrosti, strpljenja i ustrajnosti da se dokaže istina o tome tko je tko u Hrvatskoj. Kako potaknuti politički najmoćnije osobe, koje su radi loših političkih prosudbi ili možda radi pogrešnih izvorišta informacija (poglavito od strane obavještajne zajednice) o ljudima, ili nečeg trećeg, donosili loša kadrovska rješenja, da u interesu Hrvatske (kako na unutrašnjem, tako i međunarodnom planu), a time i svom vlastitom, koliko je moguće poprave stvar, da prave ljude započnu postavljati na prava mjesta. Bez toga nije moguće poboljšati kvalitetu života, brinuti za čovjeka i štititi kroz učinkovitu prevenciju našu djecu od svih negativnih utjecaja koji izviru kroz djelovanje organiziranog kriminala i njegovih koruptivnih sprega na svim razinama.

Premda je još uvijek vrlo sužena mogućnost djelovanja i utjecanja na stanje stvari znanstvenika i vrhunskih stručnjaka ali i vrlo sposobnih i čestitih profesionalaca, istinski motiviranih za suzbijanje korupcije i organiziranog kriminala, srećom oni postoje i neće odustati. Unatoč teškoća u radu, čvrsti su, ustrajni, profesionalno iskusni i dobro znaju s kim imaju posla. Ustrajni su i predani u radu i brojni stručnjaci drugih institucija društva s kojima sam godinama surađivao. To me ohrabruje da se nastavim dalje, kao i oni, boriti radom, znanjem, strukom, svaki svojom strukom, za stvari koje su u interesu općeg dobra. Poučeni iskustvom 2000–2004. “naše” je djelovanje samo dobilo na težini. Samo je pitanje da li ćemo dovoljno dugo u ovakvim okolnostima moći izdržati. Uz velike teškoće sačuvali smo koncepciju zacrtanu u Nacionalnoj strategiji, spriječili smo razaranje prethodno izgrađenog sustava za provođenje Nacionalnog programa i time osigurali te-

meljne pretpostavke za zaštitu djece i mladeži u godinama koje slijede. Tim djelovanjem spriječeno je još teže pogoršanje epidemiološke situacije. Da se samo nastavilo raditi na isti način kao do 2000. i uz neznatna novčana sredstva, obzirom na odmak od rata, morao se dogoditi značajan pad novooboljelih teških ovisnika. Da bi se sagledale posljedice opisanog uplitanja politike u struku kao i instrumentalizacije provođenja Nacionalnog programa u osobne interese možda nekolicine osoba u državi, ovo drugo izdanje nadopunjeno je ujedno novim epidemiološkim podacima i analizama što omogućava uspoređivanje stanja koncem 2004. sa stanjem opisanim za 2000. godinu. Nepotrebno je učinjena usluga organiziranom kriminalu, šteta narodu a otežan rad stručnjaka. Neka u ovoj knjizi ostane trag o tome.

U Zagrebu, studeni 2004.

Prof. dr. sc. Slavko Sakoman

I.

Uvod

—

ZLOPORABA DROGA – CIVILIZACIJSKI PROBLEM

Zloraba psihoaktivnih tvari transkulturalni je fenomen i jedan od gotovo nerješivih problema suvremenog, potrošačkog, konzumentskog i nepravedno globaliziranog svijeta. Prema posljedicama što ih donosi pojedincima, obiteljima i zajednici, smatra se jednom od najtežih sociopatoloških pojava današnjice. Droga se nameće kao brz izvor zadovoljstva za bogate hedoniste ali i kao moćna alternativa za frustrirane, ponižene, neuspješke i nepravedno uskraćene; njome oni, emocionalno i duhovno prazni, koji nisu smisao u životu pronašli u uzimanju i pretrpavanju materijalnim, pokušavaju zatomiti osjećaj dosade i ispraznosti. Sve više ljudi radi da bi se mogli drogirati i sve ih se više drogira kako bi mogli raditi. Iako se u cijelom svijetu ulažu sve veći naponi i sve više novca u suprotstavljanje ilegalnoj trgovini drogama, te za usavršavanje programa prevencije, liječenja i rehabilitacije ovisnika, još nisu postignuti rezultati koji bi svjedočili o smanjenju te pojave. Unatoč nevjerojatnom znanstvenom i tehnološkom napretku i povećanju standarda, kao da se u svemu tome pomalo zaboravlja na ovaj planet i čovjeka na njemu, na njegove mogućnosti prilagođavanja i zadovoljavanje onih potreba bez kojih nema prirodne životne radosti. Broj ovisnika, dapače, raste i u onim zemljama koje donedavno nisu imale sličnih problema.

Moralna kriza suvremene civilizacije, poremećen sustav i odbacivanje tradicionalnih vrijednosti, kriza institucije braka i obitelji u kojoj roditelji suviše toga podređuju težnji za moći, osobnom prestižu, novcu i hedonizmu, čine da se sve više djece i mladih osjeća nesretnima i izgubljenima. U adolescentnoj dobi skraćuje se, ubrzava ili ometa separacijski proces. Djeca iz disfunkcionalnih, bolesnih ili raspadnutih obitelji, radi neadekvatnih uvjeta života a time i poremećenog procesa psihosocijalnog sazrijevanja, teško mogu graditi samopoštovanje, kvalitetan sustav vrijednosti i viziju svoje buduće životne organizacije. "Bolesne" i neuspješke obitelji i njihov sustav kontrole tinejdžeri

nastoje što prije napustiti, a to se uglavnom događa prije nego što uspiju razviti samokontrolu ponašanja. Budući da su nezreli, nespremni preuzeti odgovornost i nepripremljeni za svijet slobode, lako i brzo podlegnu utjecaju skupina malo starijih vršnjaka sa sličnim životnim teškoćama. Tu visoko rizičnu kategoriju mladih, koja teško nalazi pravi, zdravi smisao života, jednostavnom tehnologijom iskorištavaju u komercijalne svrhe prodavači legalnih psihoaktivnih sredstava, sustav drognog kriminala i s njima često povezani organizatori noćne zabave i užitka. Globalizacija svjetske trgovine, financijskog poslovanja kao i sredstava masovnog komuniciranja uz stalnu korupciju, znatno su olakšali posao organiziranom kriminalu.

Postoji li rješenje?

Organizirana društva Zapada, svjesna mogućih posljedica gubitka kontrole nad potrošnjom droga, pokreću inicijative i ulažu znatna sredstva u razvoj strategija i programe suzbijanja. Cilj je tih programa da se tu sociopatološku pojavu zadrži u granicama podnošljivim za društvo, a da se pritom ipak znatnije ne ugrozi suvremena organizacija života zajednice, osobne slobode građana i njihova mogućnost izbora da sami određuju svoj odnos prema pojedinim psihoaktivnim tvarima. **Temeljitim raščlanjivanjem tog pitanja može se zaključiti da svijet svojom organizacijom, sustavom vrijednosti i kvalitetom života većine građana, ali, na žalost, i samom kvalitetom i politikom provedbe programa suzbijanja, zapravo podupire i potražnju i ponudu droga.** Time štiti, do određene granice, komercijalne i druge interese brojnih legalnih, ali i nelegalnih sustava koji se na bilo koji način bave “drogom” i njezinim posljedicama za društvenu zajednicu. Zloraba droga je najpodlija ali i vrlo djelotvorna strategija kojom se novac od građana preko konzumenata i ovisnika odlijeva u ilegalne sustave. Nema vjerojatno niti jednog suvremenog društvenog fenomena u kojem je sve toliko ispolitizirano i za koji su naoko “svi” zainteresirani kao što je to pitanje. Je li to stoga što se potražnja droga, kao izvor ugođe, nameće kao privlačnim, prihvatljivim i vrlo jednostavnim, premda i pogubnim rješenjem za one, koji živeći “ovdje i sada” ne nalaze smisla u onom što im nudi ova suvremena civilizacija, ili se radi o scenariju režiranom od svjetskog sustava organiziranog kriminala koji perfidno, radi profita nudi tu robu, veliko je pitanje. Najvjerojatnije je da je i jedno i drugo “u igri” i zbog toga nema uspjeha u suzbijanju ovisnosti ukoliko se ne uspije smanjivati i ponuda i potražnja droga. Ne treba zaboraviti da je poslije

trgovine oružjem, ilegalni biznis s drogom danas u svijetu (godišnji profit oko 600 milijardi USD) najprofitabilniji posao (ispred trgovine naftom i naftnim derivatima). Zloporaba droga posebno dobiva na težini radi činjenice da se znatan broj terorističkih organizacija i njihovih akcija u svijetu financira novcem dobivenim tim oblikom kriminala. Tako su svjetski terorizam, kao jedno od najozbiljnijih sigurnosnih pitanja globaliziranog svijeta, i narko-kriminal uzajamno povezani, što suzbijanje tog društveno uvjetovanog fenomena čini dodatno složenim.

Djelotvorno suzbijanje zloporabe droga i prevencija ovisnosti o alkoholu i duhanu nezamislivi su bez kvalitetne nacionalne strategije i provedbenog programa intersektorskoga tipa, utemeljenog na dobroj legislativi, iza kojeg stoji najviši politički vrh pojedine države.

Kada stručnjaci u nastojanju da poboljšaju zaštitu zdravlja stanovništva i radi sprječavanja brojnih štetnih posljedica, pokreću programe kojima je cilj značajnije smanjiti potrošnju sredstava koja izazivaju ovisnost, otpor im pruža sam politički vrh (vlada) jer se ogromna sredstva slijevaju u proračun države preko poreza na prodaju legalnih droga. **Jer, po jednoj računici, što narod više popije (alkohola) i popuši (duhana), proračun je bogatiji.** No to je samo privid. Dobro organizirane zemlje Zapada izračunale su da je u konačnici cijena štetnih posljedica visoke potrošnje psihoaktivnih sredstava (radi plaćanja troškova liječenja bolesti i nesreća prouzročenih pijenjem i pušenjem te radi smanjene produktivnosti rada) znatno veća nego ekonomska dobit države. Kada je riječ o suzbijanju ilegalnih droga, stručnjaci uživaju veću potporu vlasti, ali im u provođenju programa limite određuju političari, ograničavajući im kako sredstva, tako i stručnu autonomiju. U njihovim nastojanjima oko ustroja djelotvornog sustava za kontrolu droga, na vrlo perfidan način opstruira ih organizirani kriminal preko svojih koruptivnih sprega u strukturama vlasti, ali i legalni sustavi koji na provođenju programa prevencije ili tretmana žele lako zarađivati trošće sredstva poreznih obveznika.

Ako se načinom pokretanja programa i njegovom prezentacijom u javnosti stvori dojam (zahvaljujući medijima) da će time biti ograničene slobode građana, tada ih ni političari, koji ne žele konflikt s biračkim tijelom, neće podupirati. Taj stalni sukob interesa, osobito u slabo organiziranim državama, vješto koriste oni kojima nije stalo ni do čovjeka ni do zdravlja ljudi, već jedino do novca i očuvanja statusnih pozicija. Još ako takvi imaju moć odlučivanja, tada je kvaliteta života najvećeg broja građana loša i

bez perspektive da se poboljša. To na koncu rezultira rastom potražnje i ponude a time i potrošnje legalnih i ilegalnih psihoaktivnih sredstava, čime se pokreće cirkularni kauzalitet tog, po zajednicu pogubnog, samopodupirujućeg sociopatološkog fenomena.

Koliko je apsurdan ovaj svijet po svojoj organizaciji i sustavu vrijednosti i što zapravo znači čovjek, njegov život i zdravlje u očima onih koji imaju moć, svjetske političke elite ispred svega, najbolje se pokazalo u ratovima koje su pokrenuli i u kojemu je pobijeno na milijune ljudi, najviše mladih i zdravih. U svojoj knjizi *The First World War*, povjesničar Alan Taylor za bitku za Verdun u Francuskoj, u kojoj je bilo preko 700.000 žrtava, nečije voljene djece ili očeva, kaže: "U toj se bici nije moglo dobiti ili izgubiti (stratešku premoć), moglo se samo ubijati i steći slavu". Koliko napora treba uložiti zdravstvo da bi se spasilo 21.000.000 godina života koliko ih je "ubijeno" u samo jednoj bici Prvog svjetskog rata? Kojeg li paradoksa kada se liječnici bore da bi produžili život našim starima koji umiru, da bi prevencijom smanjili pobol i smrtnost, a onda dođu sile zla i učine svoje, obezvrijeđujući baš sve. Pa ipak, bez uključivanja onih koji imaju moć i koji donose odluke, u ovako uređenom stanju stvari, nije moguće mnogo toga dobrog učiniti jer **najveći teret u provedbi programa suzbijanja ovisnosti mora preuzeti država i njezine institucije**. U jasnoj podjeli posla, koji mora stalno biti koordiniran na nacionalnoj i lokalnoj razini, najvažniju ulogu ima školski sustav (za osmišljavanje i provođenje odgojno-obrazovnog dijela primarne prevencije), zdravstvo (osiguranje sustava za liječenje ovisnika i druge mjere sekundarne prevencije), socijalna skrb (programi rehabilitacije i socijalne reintegracije ovisnika) te policija i ostale metode represivnog aparata (suzbijati drogni kriminal i time smanjivati ponudu droga). Nacionalni program je okvir unutar kojega i sustav **nevladinih udruga** (NGO) svojim programima i poticajima obogaćuje i poboljšava njegovu kvalitetu, naročito u dijelu koji se odnosi na rehabilitaciju ovisnika te na programe smanjenja štete i rizika vezanog uz samo uzimanje sredstava.

Strategiju i programe suzbijanja ovisnosti moraju kreirati stručnjaci. Njihova autonomija u tom odgovornom poslu, dobra komunikacija s onima koji donose odluke (politički sustav) i medijima, te razgraničenje od utjecaja mnogih "interesnih" grupa (kako legalnih, tako i ilegalnih) kako bi se spriječila instrumentalizacija programa u komercijalne ili dnevnopolitičke svrhe, može osigurati kvalitetu i kontinuitet razvoja društvenog sustava za kontrolu droga. Zadaća je stručnjaka stalno

istraživati fenomen, vrednovati programe od nacionalne do lokalne razine i prilagođavati ih kako promjenama značajki samog problema, tako i promjenama sveukupnog društvenog konteksta koji zadaje okvir unutar kojega se isti rješava. U ovoj knjizi više pozornosti je posvećeno suzbijanju zlorabe ilegalnih droga. Samo u poglavlju o primarnoj prevenciji ovisnosti, koji su u nadležnosti školskog sustava, istaknuto je da **Školski preventivni program (ŠPP) istodobno i jedinstveno zahvaća sve oblike ovisnosti (alkohol, duhan, droge).**

U Hrvatskoj se zloraba droga u svom suvremenom obliku – sa svim subkulturnim, bihevioralnim, psihosocijalnim, ekonomskim, kriminogenim, medicinskim i inim sastavnicama – postupno širi posljednjih 25 godina, da bi od 1993. u mnogome, zbog rata, tranzicije i neodgovornosti političara, počela poprimati zabrinjavajuće, a u nekim gradovima i zastrašujuće razmjere. Uzrok je te epidemije ponajprije nagli rast ponude i potražnje droga, te sporost društvene zajednice da na rastući problem odgovori zadovoljavajućim mjerama suzbijanja. Od 1995. naša zemlja ima kvalitetnu Nacionalnu strategiju suzbijanja zlorabe droga. Tek od 1998. dolazi do ozbiljnijeg pomaka u provođenju nekih dijelova programa, zahvaljujući nešto boljoj političkoj potpori – na žalost bez odgovarajuće zakonske regulative i dostatnih materijalnih sredstava.

Budući da se ni u dogledno vrijeme ne može očekivati znatnije smanjenje dostupnosti droge na ilegalnom tržištu, niti se očekuje da će se u kratko vrijeme poboljšati kvaliteta života i utjecajnost programa primarne prevencije (Školski preventivni program), jer je to spor proces, potražnja droge u mladima ostat će visoka. **Tek usmjeravanjem društvenih akcija na lokalnoj razini prema zaštiti visokorizične populacije djece i mladeži i unapređenjem mjera sekundarne prevencije (programi ranog otkrivanja i pomoći povremenim uzimateljima droga i programi liječenja i rehabilitacije ovisnika) moguće je spriječiti daljnji rast i održavati stanje na postojećoj (a možda i nižoj no danas) razini pojavnosti novooboljelih ovisnika.**

U pojavnosti zlorabe sredstava ovisnosti oslikava se moralno stanje društva, sustav vrijednosti, kvaliteta života ljudi, kvaliteta funkcioniranja pravne države i mnogih institucija koje se bave čovjekom. Zbog toga i **praćenje epidemioloških trendova na području ovisnosti može pokazati u kojem se pravcu odigravaju mnogi važni društveni procesi.**

Epidemiološka slika. Hrvatska – Europa

Mnoge nestručne i nedovoljno upućene osobe sklone su izlaziti u javnost s posve neutemeljenim podacima o stanju zlorabe droga. O brojkama se govori napamet, ne citira se izvor podataka, ne navodi se način na koji su izračunavane procjene, brkaju se pojmovi ovisnika i povremenih uzimatelja opojnih droga, podaci se instrumentaliziraju u različite svrhe, čime se stvara štetna konfuzija. Samo poštivanjem načela epidemiološke znanosti, podaci postaju temelj za kvalitetnu prosudbu epidemiološke situacije, praćenje trendova i ocjenu djelotvornosti provedenih programa. Dva najvažnija parametra za procjenu stanja su trenutna pojavnost (prevalencija) ovisnika i povremenih uzimatelja pojedinih droga u populaciji i pojavnost novooboljelih slučajeva godišnje (incidencija). U iznošenju podataka vrlo je važno što preciznije opisati koji dio populacije treba smatrati ovisnicima. **Ovisnik je osoba koja se uzimanjem droge dovela u stanje ovisnosti. To stanje znanost danas opisuje kao kroničnu, recidivirajuću bolest.** Jedna od definicija ovisnosti glasi: **To je stanje psihičko, a katkad i fizičko, koje nastaje zbog međutjecaja organizma i droge, a karakterizirano je ponašajnim i drugim promjenama koje uvijek uključuju neodoljivu unutarnju prisilu, da se unatoč spoznaji o štetnim posljedicama (gubitak kontrole) nastavi s uzimanjem određene droge, bilo radi izazivanja njenih poželjnih učinaka, bilo radi izbjegavanja patnje koja će se razviti (apstinencijska kriza) ako se s uzimanjem droge prekinu.** Uvijek je u ukupnoj populaciji znatno manje ovisnika nego povremenih uzimatelja opojnih droga koje običavamo podijeliti u nekoliko podkategorija: **eksperimentatore** (to su osobe koje su jednom ili nekoliko puta u životu probale neku drogu), **rekreativne (vikend) konzumente** u koje ubrajamo osobe koje drogu uzimaju jednom ili nekoliko puta mjesečno i kod kojih se još ne uočavaju štetne posljedice i uzimatelje droga kod kojih su štetne posljedice očigledne, a još uvijek nisu ovisni. Najveći broj povremenih uzimatelja opojnih droga u Hrvatskoj su konzumenti kanabisa. Kod samo malog postotka osoba koje uzimaju marihuanu ili hašiš gotovo svakodnevno i dugotrajno razvija se stanje psihičke ovisnosti. Većina konzumenata te droge ili vremenom prestaje s konzumacijom ili prelazi na adiktivnija sredstva koja na kraju izazivaju ovisnost. U epidemiološki prikaz u ovoj knjizi nisu uvršteni podaci o povremenim konzumentima ili ovisnicima o sedativima, analgeticima, hipnoticima, dakle lijekovima koje velik broj odraslog stanovništva uzima uz odobrenje liječnika, ili na svoju ruku, bez medicinskih indikacija.

Budući da su ovisnici o drogama vrlo **prikrivena populacija**, nije jednostavno procijeniti njihov točan broj. Postoje različite tehnike za taj izračun i u tom smislu koriste se nekoliko metoda: *capture-recapture*, *nomination techniques*, *multiplier* i *case-finding and enumeration techniques*. Budući da u Hrvatskoj postoji Nacionalni (centralni) registar liječenih ovisnika u kojem ne postoji mogućnost da se jedan slučaj broji više puta, kako bi se izračunala prevalencija u populaciji, potrebno je ustanoviti odnos između broja liječenih slučajeva koji su registrirani kroz sustav tretmana s brojem nikad liječenih ovisnika. U državama u kojima prevladava heroinski tip ovisnika i u kojima je relativno lako moguća primjena metadona (a kupnja heroina otežana radi slabe kupovne moći ovisnika), oko 50% slučajeva zažalit će u određenom trenutku stručnu pomoć te će biti registrirani. Da je omjer između liječenih i nikad liječenih heroinskih ovisnika 1 : 1 potvrdilo je i posebno terensko kvalitativno istraživanje (RAS, UNDCP 1998.). Ako je u centralnom **Registru liječenih ovisnika** pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo od 1976. do 1999. evidentirano oko 6.500 opijatskih (heroinskih) ovisnika, to je bila osnova za procjenu da je koncem 2000. u našoj zemlji ukupno bilo oko 13.000 bolesnika iz te kategorije a koncem 2004. oko 20.000. Znatno dio liječenih osoba su danas izvan ulične narko-scene, jer su u apstinenciji bez ili uz primjenu metadona, nekoliko stotina ih je stalno u komunama kao i po zatvorima, a oko 600 registriranih ovisnika je do sada umrlo. Procjene o desetinama tisuća ovisnika su posve neutemeljene i proizvoljne. Suditi o epidemiološkoj situaciji na nacionalnoj razini temeljem impresije o stanju u tri najugroženija grada (Zadar, Split, Pula) nije ispravno. Govoriti kako su ovisnici sve mlađe i mlađe osobe također nije u redu kada podaci to ne potvrđuju. Štoviše, od 1998. u Zagrebu heroinski ovisnici počinju s uzimanjem te droge nešto kasnije i zato će i njihova prosječna dob u vrijeme prvih liječenja bivati starija. Važan indikator stanja i kvalitete skrbi o ovisnicima je i broj umrlih od iznenadne smrti. Taj se broj od 1993. nije značajnije povećavao i kretao se između 35 i 50 slučajeva godišnje. Rast je zabilježen od 2000. (u 2003. umrlo je 95 ovisnika). Zadaća je budućeg Državnog zavoda za suzbijanje ovisnosti razviti što kvalitetniji sustav za epidemiološko praćenje zlorabe droga pri čemu bi se koristili brojni indikatori i suvremeni izračuni za kvalitetnu procjenu stanja.

Istraživanja su pokazala da oko 5% urbanih adolescenata pokazuje znakove ozbiljne socijalne disfunkcije zbog zlorabe droga (izuzimajući alkohol i duhan), a barem jedan eksperiment s bilo kojom ilegalnom drogom

dogoditi će se kod približno 45% mladih u Hrvatskoj do navršene punoljetnosti. Prema broju osoba koje se po prvi puta pojavljuju u sustavu za tretman (oko 1.000 novih heroinskih ovisnika), broju umrlih zbog predoziranja drogom (oko 50 godišnje), te prema nekim drugim pokazateljima stanja, ukoliko se hitno ne poboljšaju mjere suzbijanja, prestići ćemo razinu problema najbogatijih država zapadne Europe. U Hrvatskoj je koncem 2004. stopa **ovisnika** o drogama preko 5 na 1.000 stanovnika, dok je npr. u Nizozemskoj oko 2, Švicarskoj oko 5, Italiji oko 4, Portugalu preko 5. Zbog neusporedive razlike u nacionalnom dohotku, ekonomske štete zbog droge u Hrvatskoj danas su razmjerno veće nego u brojnim drugim državama zapadne Europe. Heroinski ovisnik u Švicarskoj, primjerice, za kupnju droge potroši mjesečno manje od prosječne plaće, dok ovisniku u Hrvatskoj za kupnju jednake količine droge trebaju otprilike barem dvije prosječne plaće. Epidemiološka slika nekih država bivšeg Istočnog bloka vrlo je teška ne samo radi visoke pojavnosti opijatskih ovisnika već i radi epidemije HIV infekcije. U tom smislu najteže je stanje upravo u državama (Ruska federacija, Kirgistan, Ukraina, Bjelorusija...) u kojima je sustav za suvremeni tretman ovisnika tek u razvoju i u kojima stručnjaci nemaju mogućnosti probiti barijere koje je postavio politički sustav kako bi uveli supstitucijske programe opijatskim agonistima (metadonom).

Paneuropsko istraživanje pojavnosti uporabe sredstava ovisnosti kod 15-godišnjaka, učenika prvih razreda srednjih škola (*The 1999 ESPAD Report*, Tablica 1., Slika 1.) pokazalo je da su po pojavnosti uporabe ilegalnih droga naši tinejdžeri negdje u sredini na rang-listi zemalja uključenih u istraživanje, te da je u usporedbi sa stanjem ustanovljenim kod istog istraživanja 1994. porast zloporabe u nas bio znatno manji (kao i sama pojava) nego u nekim drugim tranzicijskim zemljama (npr. Sloveniji, Poljskoj ili Češkoj). To govori da su naši programi i pristup, osobito unutar školskog sustava, unatoč većim teškoćama i nepovoljnijim okolnostima, polučili relativno dobre rezultate barem kada je riječ o zaštiti mlađe adolescentne populacije.

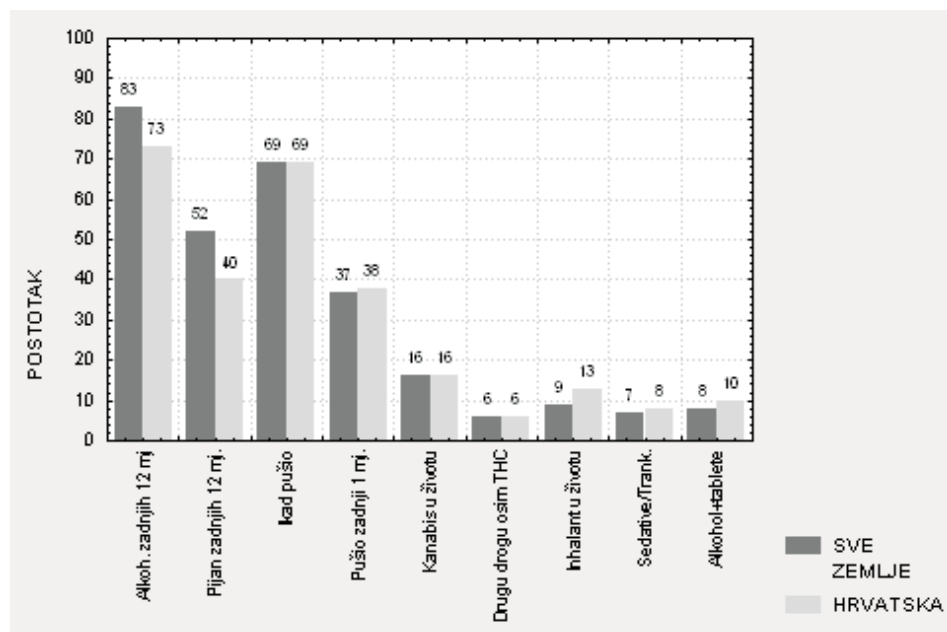
Tablica 1.

Usporedba zloporabe droga u 1995. i 1999. za 30 europskih država i SAD

Država	probali kanabis ikada u životu (%)		probali bilo koju drogu osim kanabisa ikada u životu (%)		uzeli tablete za smirenje ikada u životu (%)		opili se tri ili više puta u zadnjih mjesec dana (%)		pušili cigarete u zadnjih mjesec dana (%)	
	1995.	1999.	1995.	1999.	1995.	1999.	1995.	1999.	1995.	1999.
1. SAD		41								
2. Češka Republika	22	35	4	9	11	18	10	13	34	44
3. Francuska		35		5						
4. Velika Britanija	41	35	22	12	8	4	22	24	36	34
5. Irska	37	32	16	9	7	5	15	24	41	37
6. Italija	19	25	8	8	11	7	8	3	36	40
7. Slovenija	13	25	3	7	8	8	7	11	19	29
8. Danska	17	24	3	7	11	5	21	30	28	38
9. Grenland		23		4						
10. Rusija		22		9						
11. Ukrajina	14	20	1	4	3	3	2	11	38	40
12. Slovačka Republika	9	19	2	5	4	7	4	9	27	37
13. Latvija		17		11	8	8				
14. Hrvatska	9	16	4	6	8	8	4	7	32	38
15. Island	10	15	2	5	9	10	14	12	32	28
16. Poljska	8	14	4	11	18	18	7	10	28	33
17. Estonija	7	13	2	9	2	2	4	8	28	32
18. Bugarska		12		5						
19. Litva	1	12		5	15	12	9	9	25	40
20. Norveška	6	12	3	6	3	4	8	14	36	40
21. Mađarska	4	11	1	5	8	10	5	7	34	36
22. Finska	5	10	1	2	5	6	18	18	37	43
23. Grčka		9		4						
24. Makedonija		8		3						
25. Portugal	7	8	3	6	8	8	3	4	24	31
26. Švedska	6	8	2	2	6	6	13	14	30	30
27. Farski Otoci	11	7	2	3	4	3	11	9	42	41
28. Malta	8	7	1	3	9	5	4	5	31	32
29. Cipar	5	2	3	2	8	6	2	3	23	16
30. Rumunjska		1		9						

Slika 1.

ESPAD 1999., usporedba stanja u RH s prosjekom svih drugih europskih država, sudionica u istraživanju



II.

Pojavnost
zloporabe
droge u
Hrvatskoj



Uz spomenuto paneuropsko istraživanje (ESPAD II), u kojem je za potrebe naše zemlje sudjelovao Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Institut društvenih znanosti “Ivo Pilar” proveo je posebno istraživanje pojavnosti zloporabe droga na reprezentativnom uzorku populacije srednjoškolaca. Tablica 2. pokazuje veliku razliku pojavnosti između pojedinih područja naše zemlje. Tako je pojava najviša u Dalmaciji: oko 19% učenika (dob 15–19 godina) odgovorilo je da je u posljednjih mjesec dana uzelo neku ilegalnu drogu, a 29% je to učinilo već prije. U Slavoniji je pojava upola niža. Tablica 3. pokazuje kako pojava zloporabe kanabisa, ecstasy, amfetamina i heroina raste od prvog do četvrtog razreda srednje škole (kanabis od 11% u prvim razredima na 30% u četvrtim, MDMA od 3 na 6%), dok se smanjuje uzimanje otapala s oko 7% na 4%. Značajan je podatak da je najtežu drogu heroin u posljednjih godinu dana uzelo 2,4% osamnaestogodišnjaka. Tablica 4. pokazuje kako će oko 33% svih redovitih učenika u našoj zemlji do kraja srednje škole barem jednom probati neku ilegalnu drogu. Ako uzmemo u obzir činjenicu kako češće uzimaju drogu mladi koji su napustili ili su bili prisiljeni prekinuti redovno školovanje, tada je stvarna pojava zlouporabe droga u ukupnoj populaciji mladeži još veća.

	Grad Zagreb	Središnja Hrvatska	Istočna Hrvatska	Južno Hrvatsko Primorje	Sjeverno Hrvatsko Primorje	Gorska Hrvatska
Zadnji mjesec	14,6	4,0	5,7	18,6	10,6	0,50
Zadnju godinu	22,7	8,8	11,8	25,3	23,3	3,1
U životu	26,7	11,3	15,3	29,0	25,1	4,1

Izvor podataka: Znanstveni projekt, Institut društvenih znanosti “Ivo Pilar” u Zagrebu.

Tablica 2.

Raširenost uporabe droge među srednjoškolcima iz različitih hrvatskih regija u %, 1998.

Slavko Sakoman
Društvo bez droge?

Tablica 3.

Postotak učenika koji su uzimali različita opojna sredstva u zadnjih 12 mjeseci, prema razredima (1998.)

	I. razred	II. razred	III. razred	IV. razred
Marihuana	10,8	15,7	20,7	30,1
Hašiš	4,5	7,1	12,1	17,8
Otapala	7,1	6,4	6,9	3,8
Amphetamin	3,0	2,9	5,3	4,7
Ecstasy	3,2	3,3	4,6	5,7
LSD/halucinogen	2,5	2,7	3,5	3,6
Kokain	1,0	1,2	2,2	1,0
Heroin	1,3	1,0	2,0	2,4

Izvor podataka: Znanstveni projekt, Institut društvenih znanosti "Ivo Pilar" u Zagrebu.

Tablica 4.

Postotak učenika prema razredima koji su naveli da su uzimali drogu jednom ili više puta (1998.)

	I. razred	II. razred	III. razred	IV. razred	RH ukupno
Zadnji mjesec	7,9	9,0	12,8	15,4	11
Zadnju godinu	11,1	17,1	20,2	27,0	18
U životu	11,8	19,3	25,1	32,7	21

Izvor podataka: Znanstveni projekt, Institut društvenih znanosti "Ivo Pilar" u Zagrebu.

Procjenjuje se da će krajem 2004. u Hrvatskoj oko 20.000 osoba biti **ovisno** o opijatima (heroin) i daljnjih 40.000–50.000 povremenih uzimatelja opojnih droga od kojih su mnogi politoksikomani. Zbog premalih kapaciteta u programima tretmana, procjenjuje se da je više od 50% **ovisnika**, dakle preko 10.000, izvan bilo kakvog tretmana i dnevno u djelatnoj uličnoj potrazi za drogom.

Zahvaljujući dr. Vladimiru Hudolinu (pok.), jedino se Hrvatska, od svih zemalja na jugoistoku Europe može pohvaliti s postojanjem i tridesetogodišnjem kontinuiranim razvojem specijaliziranog programa za sprječavanje i liječenje ovisnosti o drogama (pri KB "Sestre milosrdnice"). Kvalitetno epidemiološko praćenje problema prati razvoj tog programa od samog početka. Tablica 5. zorno pokazuje kako je u Zagrebu (i većem dijelu naše zemlje) problem u svezi droga bio dobro nadziran sve do 1991. Jedino je u Splitu sredinom osamdesetih godina počela nekontrolirana ekspanzija zloporabe heroína, ali obzirom na to da nije bilo nijednog lokalnog programa za liječenje, nije bilo niti evidentiranih slučajeva. Od početka 1970. do kraja 2000. liječilo se u Centru za ovisnosti KB "Sestre milosrdnice" 5.508 novih osoba zbog problema prouzročених uzimanjem droge. Od tog broja na opijatske ovisnike otpada 3.301. Najveći broj pacijenata liječio se posljednjih

10 godina. Dodamo li tome slučajeve u drugim centrima i ustanovama koje provode tretman i to stavimo u odnos s brojem još neotkrivenih, koji se nisu ni javili na liječenje, stanje i trendovi su od 1993. više nego zabrinjavajući, što najzornije potvrđuje podatak da je ukupan broj prvi put liječenih ovisnika o najtežoj drogi, heroinu, u Hrvatskoj 1990. bio oko 100, a 2000. oko 1.200. Nizak broj novoliječenih ovisnika u 1990. (svega 101 osoba) ipak ne odražava tadašnje epidemiološko stanje i posljedica je dobrim dijelom tadašnjeg pristupa u tretmanu heroinskih ovisnika (nije se koristio metadon), pa ih je najveći dio bio izvan bilo kakvih programa.

Godina dolaska	Svi RH	Opijati RH	Svi Zagreb i Zagrebačka županija	Opijati Zagreb i Zagrebačka županija
1970.	20	4	13	3
1971.	37	10	26	6
1972.	39	20	29	15
1973.	64	25	44	16
1974.	59	22	27	9
1975.	34	5	24	3
1976.	78	8	62	5
1977.	91	14	62	7
1978.	72	13	49	6
1979.	97	14	64	4
1980.	67	23	37	6
1981.	144	42	84	20
1982.	122	51	62	17
1983.	111	42	69	24
1984.	93	31	59	18
1985.	87	31	49	11
1986.	91	44	44	17
1987.	95	33	58	21
1988.	142	69	88	37
1989.	115	60	54	15
1990.	129	80	49	21
1991.	316	261	156	119
1992.	302	211	183	118
1993.	414	289	245	154

Tablica 5.
Prvodošli pacijenti, po godinama dolaska, od početka rada Centra za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" do 1990., prema kriteriju opijata kao glavnog ili prvog sporednog sredstva

Tablica 5.
(nastavak)

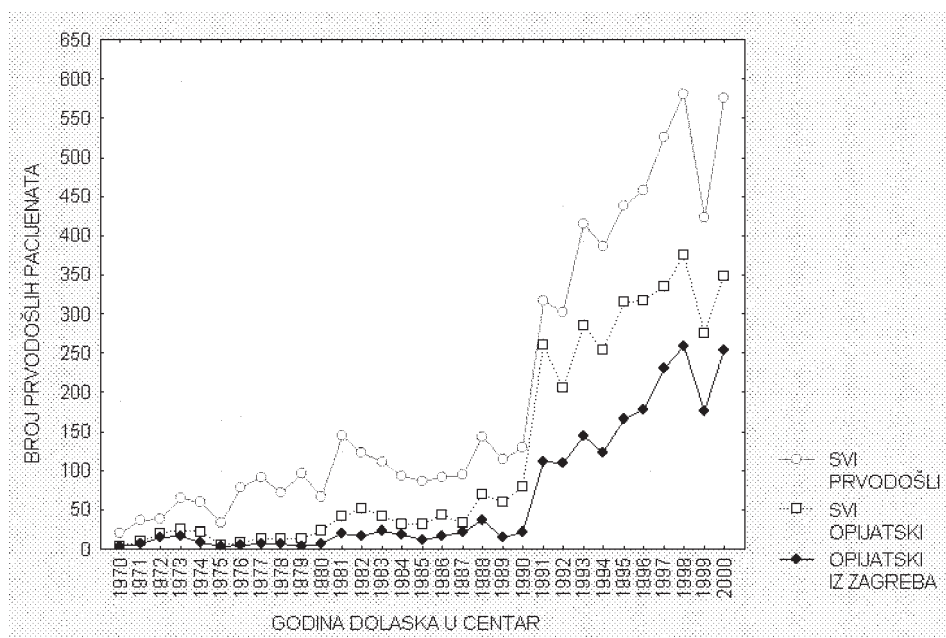
Godina dolaska	Svi RH	Opijati RH	Svi Zagreb i Zagrebačka županija	Opijati Zagreb i Zagrebačka županija
1994.	386	262	222	133
1995.	438	321	269	181
1996.	458	324	300	192
1997.	526	346	412	256
1998.	581	386	459	289
1999.	423	288	327	209
2000.	576	359	455	276
UKUPNO	6.207	3.688	4.081	2.208

Podaci iz Tablice 6. pregledno pokazuju epidemio-
loški trend u posljednjem desetljeću drugog milenija. S ob-
zirom na to da je Zagreb u kontinuitetu, od 1970. imao
specijalizirani program i vrlo iskusan tim za liječenje ovi-
snosti, Slika 2. pregledno prikazuje trend rasta broja li-
ječenih zagrebačkih ovisnika od 1991. Taj trend rasta broja
liječenih od 1993. odražava i trend rasta pojavnosti ovisni-
ka u gradu.

Tablica 6.
Prvodošli pacijenti s
prebivalištem u RH za
razdoblje 1990–2000., u
Centru za ovisnosti

Godina dolaska	Sva sredstva RH	Opijati RH	% opijati / svi	Sve droge Grad Zagreb	Opijati Grad Zagreb	% opijati / svi
1990.	129	79	61,2	48	21	43,8
1991.	316	260	82,3	146	112	76,7
1992.	302	206	68,2	172	110	64,0
1993.	414	285	68,8	226	145	64,2
1994.	386	254	65,8	204	122	59,8
1995.	438	315	71,9	248	166	66,9
1996.	458	317	69,2	280	177	63,2
1997.	526	335	63,7	374	230	61,5
1998.	581	375	64,5	417	258	61,9
1999.	423	278	65,7	280	176	62,9
2000.	576	348	60,4	409	254	62,1
UKUPNO	4.549	3.052	67,1	2.804	1.771	63,2

Nakon što je 1991. uveden u primjenu supstitucijski
metadonski program, bilježi se znatan porast broja regi-
striranih “novih” opijatskih ovisnika (povećanje od tri
puta u odnosu na 1990. za sve prvodošle opijatske paci-
jente, dok za prvodošle opijatske pacijente s prebivali-
štem u gradu Zagrebu povećanje u razdoblju od 1990. do



1991. iznosi preko pet puta) koji se javljaju u Centar tražeći pomoć. Radi se o slučajevima koji su godinama uzimali drogu, ali se nisu javljali na liječenje znajući da ni pokušaj odvikavanja bez metadona za njih ne dolazi u obzir. Kada je metadon konačno omogućen, mnogo ih se javilo i nakon toga dobilo stručnu pomoć. Rijetko koji grad ili specijalizirani terapijski centar za ovisnike ima tako sustavno skupljanje i u bazu podataka pohranjene podatke o liječenim ovisnicima u kontinuitetu posljednjih 30 godina. Kada je riječ o opijatskim ovisnicima, Tablice 5. i 6. i Slika 2. zorno pokazuju utjecaj primjene metadona na privlačenje teških slučajeva u terapijski program. I doista, u zemljama u kojima prevladava heroinski tip ovisnosti, a nema primjene opijatskih agonista, omjer liječenih i neličenih može se računati omjerom 1 : 4-5, a ako je metadon lako dostupan 1 : 1-2. U 1992. nastupa lagana stagnacija porasta broja novih pacijenata (jer je većina postojećih starih ovisnika o opijatima već ušla u tretman tijekom 1991.), da bi u 1993. došlo do novog povećanja broja prvodošlih mlađih heroinskih ovisnika. Taj porast (epidemija), koji se kontinuirano prati do 1998., posljedica je naglog porasta ponude i potražnje droga što se dogodilo zbog rata (koji je počeo 1991.) i tranzicijskih procesa. Od 1996. intenzivira se provođenje Nacionalnog programa suzbijanja zlorabe droga da bi tijekom 1999. podaci ukazali na zaustavljanje epidemije (u Zagrebu je

Slika 2.

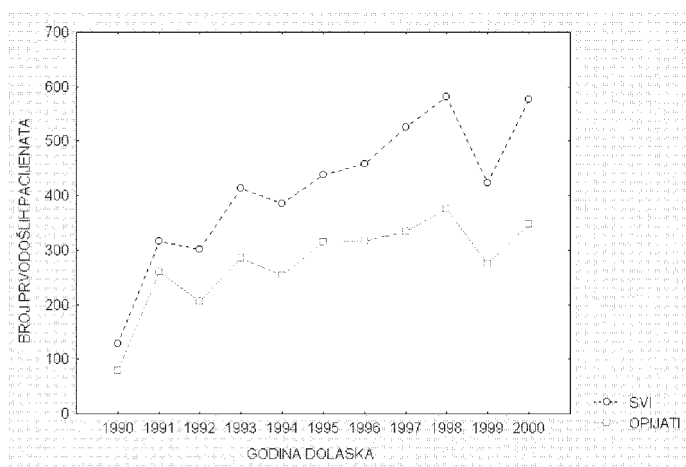
Prvodošli pacijenti za razdoblje 1970–2000. u Centar za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice". Posebno su prikazani svi prvi puta liječeni pacijenti, svi opijatski i opijatski s prebivalištem u gradu Zagrebu.

broj novih slučajeva bio te godine osjetno niži). Nakon izbora i promjene političkog vodstva početkom 2000., tijekom nekoliko mjeseci dolazi do zastoja u provođenju nekih dijelova Nacionalnog programa. Nova se vlast nije na vrijeme jasno odredila prema stručnjacima koji su u prethodnom razdoblju poticali izradu i implementaciju toga programa. Izostala je odgovarajuća potpora. Destabilizacija ionako nedjelotvornog sustava kontrole ilegalnog tržišta droga u kratko vrijeme rezultirala je značajnim povećanjem ponude droga, što je tijekom godine rezultiralo povećanjem broja ovisnika. Samo pod uvjetom da je država osigurala i poticala nesmetani rad najpozvanijih stručnjaka (onih koji se doista razumiju u bitna strateška pitanja) a time i osigurala kvalitetno provođenje Nacionalnog programa (od nacionalne do lokalne razine, dakle u županijama i gradovima), bilo je moguće tijekom 2002. stabilizirati stanje.

Slika 3. zorno pokazuje da u 1999. dolazi do pada broja novoregistriranih opijatskih ovisnika s prebivalištem u gradu Zagrebu (pad od 68% u odnosu na 1998.) i napokon se nazire zaustavljanje epidemije. Od samog početka 2000., na žalost, ponovno dolazi do trenda povećanja novoregistriranih opijatskih ovisnika i do kraja godine broj prvodošlih opijatskih pacijenata je ponovno na razini broja iz 1998. Tablica 7. pokazuje kretanje prvih dolazaka ovisnika na liječenje u Centar (Vinogradska, Zagreb) po mjesecima, posljednjih godina. Zanimljivo je da ih se najviše javlja u veljači i ožujku i nakon toga u listopadu i studenom.

Najveći broj liječenih heroinskih ovisnika započeo je put prema svojoj ovisnosti negdje u 15-oj godini pušenjem kanabisa. Ta je droga u 80% slučajeva prvo ilegalno sredstvo koje su uzimali (Tablica 8.). Koliko god neki tvrdili

Slika 3.
Broj svih prvi puta liječenih pacijenata u Centru za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" po godini dolaska za razdoblje 1990–2000.



Mjeseci	1998.		1999.		2000.		Ukupno
	Svi	Zagreb	Svi	Zagreb	Svi	Zagreb	
1	30	23	26	23	23	17	79
2	36	31	31	24	33	26	100
3	39	27	30	19	38	29	107
4	24	16	14	6	24	17	62
5	35	16	22	13	32	24	89
6	25	20	24	12	25	17	74
7	25	19	15	11	27	22	67
8	28	17	17	11	22	18	67
9	32	24	24	13	30	18	86
10	50	28	20	13	23	15	93
11	24	16	33	17	37	27	94
12	27	21	22	14	34	24	83
Ukupno	375	258	278	176	348	254	1.001

Tablica 7.
Distribucija prvodošlih
pacijenata u Centru za
ovisnosti, po mjesecima, za
razdoblje 1998–2000.

da uzimanje kanabisa ne povećava značajno rizik razvoja kasnije heroinske ovisnosti, činjenice govore drukčije. Kanabis je ulazna, prva ilegalna droga za najveći broj konzumenata svih drugih, težih ilegalnih droga. Mladež to psihoaktivno sredstvo poima kao ilegalnu drogu, a konzumiraju je radi **drogiranja**, čime ruše prvu barijeru straha od uzimanja bilo koje nedozvoljene droge. Uz to, pušenjem marihuane, koju doživljavaju relativno bezopasnom (jer se ilegalni sustav pobrinuo za takvu marketinšku prezentaciju te vrste droge), drogiranje ugrađuju u svoj životni stil kao važan element druženja i zabave i time stječu prva iskustva doživljavanja ugođe i opijenosti nečim za što znaju da se radi o drogi. Zato su konzumenti kanabisa pod

Tablica 8.
Postotak ovisnika o opijatima
u Centru za ovisnosti, s
obzirom na prvo sredstvo
ovisnosti koje su ikad uzeli za
razdoblje 1990–2000.

[illegible]

znatno većim rizikom da će u određenom trenutku radi psiholoških mehanizama kojim su svladali unutarnje otpore i strah od posljedica drogiranja, lakše odlučiti ili će bez ozbiljnijeg odbijanja prihvatiti ponudu *dealera* ili prijatelja da iskušaju ecstasy (MDMA), LSD, amfetamin, a dio njih konačno i heroin. Tržišta pojedinih vrsta droga nisu jasno razdvojena pa pojedinac koji se duže vrijeme kreće u krugu konzumenata kanabisa, kupujući tu drogu, vremenom biva ponuđen i drugim drogama.

Prema podacima iz Tablice 8. na drugom mjestu kao početno sredstvo drogiranja nakon kanabisa su inhalanti ili otapala (oko 10% počinje na taj način), a na trećem je mjestu u 2000. bio ecstasy. Generacija prvi puta liječenih ovisnika o heroinu početkom rata (1991.) u 9% slučajeva svoje drogiranje započela je nekoliko godina ranije izravnim uzimanjem opijata. U prosjeku posljednjih 10 godina, samo 5,7% heroinskih ovisnika započelo je svoj put prema ovisnosti izravnim uzimanjem opijata.

I u Hrvatskoj i u svijetu od zloporabe droga osjetno su ugroženije osobe muškog spola (Tablica 9.). Gledajući prosjek posljednjih desetak godina, četverostruko je veći rizik za mladića da će posegnuti za drogom i na kraju postati ovisnikom. Omjer broja prvodošlih muških i ženskih pacijenata prije početka rata bio je 2,4 : 1. Od početka rata (dobrim dijelom zbog odlaska na ratišta naših mladića i svega što se tamo događalo) brzo raste broj ovisnika muškog spola te se omjer udvostručio na njihovu štetu 1995. kada se liječilo 5,5 puta više muškaraca nego žena. Po završetku rata stanje se stabilizira na omjeru 4 : 1, što odgovara i prosjeku zadnjih 11 godina.

Tablica 9.
 Omjer svih ženskih i muških
 prvodošlih pacijenata iz
 Hrvatske za razdoblje
 1990–2000.

Godina dolaska	Žene	Muškarci	Ukupno	Omjer
1990.	38	91	129	1 : 2,4
1991.	73	243	316	1 : 3,3
1992.	78	224	302	1 : 2,9
1993.	68	346	414	1 : 5,1
1994.	59	327	386	1 : 5,5
1995.	67	371	438	1 : 5,5
1996.	92	366	458	1 : 4,0
1997.	102	424	526	1 : 4,2
1998.	134	447	581	1 : 3,3
1999.	79	344	423	1 : 4,4
2000.	119	457	576	1 : 3,8
Ukupno	909	3.640	4.549	1 : 4,0

Kod opijajtskih pacijenata je na početku rata omjer ovisnika i ovisnica bio osjetno veći (4,3 : 1) nego kod ukupnog broja tada liječenih pacijenata (2,4 : 1, muški : žene). To je bilo stoga što se do 1990. liječilo znatno više ovisnika o sedativima. Ta su sredstva češće uzimale žene. Taj omjer je do kraja rata, u 1995. dosegao broj od čak 7,3 opijajtska ovisnika na 1 opijajtsku ovisnicu. To je dokaz kako je angažman mladića na ratištima povećao rizik uzimanja droga. Nakon rata taj omjer opada i dolazi na razinu od oko 4 : 1. To govori da su mnogi heroinski ovisnici nakon rata na neki način svoje partnerice također uvukli u ovisnost pa je osjetno bržim povećanjem ženskih nego muških ovisnika o heroinu omjer promijenjen u navedenom smislu (Tablica 10.).

Godina dolaska	Žene	Muškarci	Ukupno	Omjer
1990.	15	64	79	1 : 4,3
1991.	50	210	260	1 : 4,2
1992.	47	159	206	1 : 3,4
1993.	43	242	285	1 : 5,6
1994.	32	222	254	1 : 6,9
1995.	38	277	315	1 : 7,3
1996.	48	269	317	1 : 5,6
1997.	62	273	335	1 : 4,4
1998.	91	284	375	1 : 3,1
1999.	49	226	275	1 : 4,6
2000.	74	274	348	1 : 3,7
Ukupno	549	2.500	3.049	1 : 4,6

Tablica 10.
Omjer ženskih i muških
heroinskih prvodošlih
pacijenata iz Hrvatske za
razdoblje 1990–2000.

Trebalo bi provesti dodatna istraživanja kako bi se odgovorilo na pitanje koji sve čimbenici utječu u smislu višestruko kvalitetnije zaštite i time nižeg rizika skretanja prema drogama osoba ženskog spola. To bi moglo pomoći obiteljima kao i zajednici da unaprijede zaštitu muške djece. Za pretpostaviti je da su tinejdžerke zaštićenije od uzimanja droga jer se obiteljski nadzor u adolescentnoj dobi čvršće i konzistentnije provodi kod kćerki nego kod sinova. To je vezano uz tradicionalnu različitost društvenog statusa i uloge u odnosu na spol. U slučaju raspada braka i obitelji djeca češće ostaju s majkom. Pri tome opet sinovi slabije prolaze jer nemaju u obitelji osobu istog spola za identifikaciju, a same majke nemaju dovoljno autoriteta i snage da održe adekvatan nadzor nad procesom socijalizacije i separacije (koju često radi svoje hiperprotektivnosti ometaju), kada je riječ o sinovima. Više je nego očigledno da se u obiteljskom životu mora reafirmirati očeva uloga u

odgoju te da bi mnogo toga mogli poboljšati u zaštiti muške djece kada bi koristili pozitivna iskustva u načinu na koji se dodatno i specifično brinemo za žensku djecu.

U 1990. su na svaku opijatsku ovisnicu dolazila po dva opijatska ovisnika iz grada Zagreba (Tablica 11.). Taj omjer je 1990. vrijedio i za ukupnu populaciju ovisnika iz cijele Hrvatske. Iz toga se može zaključiti kako su ovisnice iz ostalih krajeva Hrvatske liječene u Centru za ovisnosti u to doba bile manje sklone opijatskim drogama, a više nekim drugim (sedativima), za razliku od ovisnica iz grada Zagreba.

Tablica 11.
Omjer ženskih i muških
opijatskih prvodošlih pacijenata
s prebivalištem u gradu
Zagrebu za razdoblje
1990–2000.

Godina dolaska	Žene	Muškarci	Ukupno	Omjer
1990.	7	14	21	1 : 2
1991.	29	83	112	1 : 2,9
1992.	30	80	110	1 : 2,7
1993.	25	120	145	1 : 4,8
1994.	22	100	122	1 : 4,6
1995.	20	146	166	1 : 7,3
1996.	33	144	177	1 : 4,4
1997.	45	185	230	1 : 4,1
1998.	69	189	258	1 : 2,7
1999.	31	145	176	1 : 4,7
2000.	55	199	254	1 : 3,6
Ukupno	366	1.405	1.771	1 : 3,8

Time je indikativnije povećanje omjera muško-ženskih opijatskih ovisnika tijekom ratnih godina koje vrhunac do- siže 1995. s odnosom od 7,3 ovisnika na jednu ovisnicu (Slika 4.). Podatak govori o velikom broju zagrebačkih mla- dića koje je epidemija heroinske ovisnosti zahvatila u prvoj polovici 90-ih godina. Nakon rata taj se omjer smanjuje, no ne doseže više predratno stanje, već se stabilizira na prosje- ku nešto nižem od četiri ovisnika na jednu ovisnicu.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo godinama je pratio i registrirao samo bolnički liječene ovisnike. Ažurnost pri- kupljenih podataka bila je upitna. Budući da se niti bolni- čki programi nisu razvijali, a kapacitet jedinog programa toga tipa u Hrvatskoj (pri KB “Sestre milosrdnice”) bio je smanjen s 25 na 10 kreveta, jasno je da ti podaci nisu mo- gli odgovarajuće odražavati stvarne promjene u pojavnosti ovisnosti o drogama. U programima psihijatrijskih ustano- va provede se godišnje ukupno oko 700 hospitalizacija s dijagnozom **ovisnosti** o drogama.



Hrvatski zavod za javno zdravstvo treba ažurirati sve podatke (koliko je moguće unatrag) i nastaviti razvijati sustav epidemiološkog praćenja tog problema. Podaci u Središnjem registru za ovisnike pri HZJZ pokazuju da je od 1976. do 1999. zabilježeno ukupno 8.485 liječenih ovisnika, među kojima su 5.155 ovisnici o opijatima. U 2000. liječeno je oko 2.500 novih slučajeva (među njima mnogo povremenih uzimatelja droga), od kojih otprilike 1.100 novодоšlih ovisnika o opijatima.

Važno je, koristeći podatke državne statistike, protumačiti uzroke tako velikog rasta broja novozabilježenih ovisnika koji su se javili na liječenje od 1991. do 1999., odnosno pojasniti u kolikim je razmjerima posrijedi stvarni rast broja ovisnika, a koliko je tu riječ o povećanju broja liječenih i poboljšanju sustava evidencije (Tablica 12.). U pitanju je i jedno i drugo. Prvi veliki skok broja novozabilježenih liječenih ovisnika o heroinu, na državnoj razini, zbio se 1991., jer je početkom rata, zbog brojnih razloga, bilo nužno dijelu tih vrlo teških bolesnika omogućiti tretman uz uporabu metadona. Preko 100 najtežih slučajeva iz Hrvatske bilo je do tada tretirano metadonom u Zavodu za zavisnosti u Beogradu. Nakon prekida svih komunikacija sa Srbijom, ti su bolesnici hitno trebali "svoju terapiju". U vrijeme rata bilo je iluzorno očekivati povećanje kapaciteta za *drug-free* programe liječenja, pa je jedini način da se pomogne tim ljudima i ublaži posljedice očekivane ratne, poratne i "tranzicijske"

Slika 4.

Omjer pacijenata i pacijentica za opijatske pacijente s prebivalištem u gradu Zagrebu po godini dolaska za razdoblje 1990–2000.

Godina	Liječene osobe			Novootkriveni (prvi put registrirani)			
	Broj	Indeks (1976. = 100)	Broj boravaka u bolnici	Svi tipovi ovisnosti (F11-F19.)	Udio od svih liječenih	Od toga opijatski tip (F11)	Udio (F11) od novootkrivenih
1976.	131	100	156	131	100,0%	22	16,8%
1978.	224	171	273	199	88,8%	28	14,1%
1980.	229	175	287	176	76,8%	40	22,7%
1982.	291	222	362	216	74,2%	51	23,6%
1984.	312	238	408	202	64,7%	55	27,2%
1986.	363	277	506	204	57,3%	63	30,9%
1988.	369	282	513	202	54,7%	73	36,1%
1990.	346	264	504	199	57,5%	101	50,7%
1991.	434	331	531	260	59,9%	158	60,7%
1992.	402	307	509	252	62,7%	123	48,8%
1993.	366	279	459	216	59,0%	109	50,5%
1994.	371	283	476	234	63,0%	112	47,8%
1995.*	1.144	873	497	803	70,2%	684	84,9%
1996.*	1.645	1.256	511	1.010	61,4%	836	82,7%
1997.*	2.192	1.673	802	1.165	53,1%	883	75,8%
1998.*	2.614	1.995	813	1.423	54,4%	984	69,2%
1999.*	2.949	2.251	774	1.593	54,0%	833	52,3%
Ukupno			8.381	8.485		5.155	

Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

* Od 1995. uključeni su i ambulantno liječeni ovisnici. Kasnijim ažuriranjem Registra, podaci su donekle promijenjeni.

Tablica 12.
Broj bolnički i ambulantno liječenih ovisnika (MKB IX, F11-F19.), broj liječenja, broj novootkrivenih (prvi put registriranih), te posebno novootkrivenih ovisnika opijatnog tipa u Hrvatskoj u razdoblju od 1976. do 1999.

epidemije, bilo uvođenje supstitucijskih programa (što ih je, na sreću, već 1991. prihvatilo Ministarstvo zdravstva). Rast broja novih ovisnika na nacionalnoj razini od 1991. do 1993. slično podacima navedenim za Zagreb, prvenstveno treba pripisati uvođenju tog, za naše ovisnike novog i prihvatljivog oblika tretmana. Supstitucijski programi privukli su u kratko vrijeme u programe oko 1.000 starijih, zapuštenih i do tada nikad liječenih ovisnika (što je, zbog prevencije HIV-infekcije, B i C hepatitisa i kriminala, bilo od velike koristi). Tako je "Centar u Vinogradskoj" u tri godine prije uvođenja metadona evidentirao ukupno 209 novih opijatskih ovisnika, a nakon uvođenja supstitucije kroz tri godine čak 761. Taj podatak direktno potvrđuje da će **bez farmakoterapije opijatskim agonistima u programima tretmana biti čak tri puta manje heroinskih ovisnika**. Zahvaljujući primjeni supstitucijske terapije, poboljšalo se stanje i kvaliteta života i stoti-

nama dotad posve neuspješno liječenih pacijenata. Spomenuti novozabilježeni ovisnici (1991–1993.) bili su prosječno starije dobi, a heroin su počeli uzimati u godinama prije rata. No, od 1993. počinje novi val sve mlađih ovisnika o heroinu koji su žrtve ratne i “tranzicijske” epidemije. Podaci što ih je prikupila mreža centara nedvojbeno pokazuju da se dogodio veliki skok incidencije koja, na žalost, nakon konačnog zaustavljanja u 1999., u 2000., prvenstveno radi rasta dostupnosti heroina, opet raste. Tijekom 2000. zabilježeno je u ukupnom sustavu za tretman oko 1.200 novih i po prvi puta liječenih ovisnika. Uz neliječene i nikad otkrivene ovisnike, kojih u Hrvatskoj ima koliko i liječenih, samo u toj godini postalo je ovisno oko 2000 osoba, što je u odnosu na određeni naraštaj nedopustivo mnogo.

Zagreb ima najdužu tradiciju i najkvalitetnije programe liječenja ovisnika. Centar pri KB “Sestre milosrdnice” zabilježio je od početka svoga rada 1970. do kraja 2000. ukupno 6.233 novih slučajeva (prvih dolazaka u taj program) liječenih zbog ovisnosti, od kojih je 3.709 bilo opijatskih ovisnika (Tablica 13.). Od 1997. počinje s radom specijalizirani bolnički program za ovisnike u bolnici Vrapče koja je i ranijih godina hospitalizirala određeni broj ovisnika ali ih nije sustavno liječila. Grad Zagreb je u suradnji s bolnicom Vrapče prije tri godine otvorio na Jarunu izvanbolnički program savjetodavnog tipa u koji se javljaju pretežito adolescenti otkriveni od obitelji ili represivnog aparata kao konzumenti (najčešće kanabisa). Kako u tom Centru nije radio niti jedan liječnik pa nije bilo moguće osiguravati farmakoterapiju, taj program koristio je vrlo mali broj heroinskih ovisnika. Ako su se i javili, ubrzo prestaju tamo dolaziti da bi potražili pomoć programa koji im pomaže da se odvoje od ulice i potrebe traženja heroina. Sigurno je da je u Zagrebu postotak liječenih ovisnika (u odnosu na njihov ukupan broj) znatno veći nego u drugim gradovima, što je posljedica lakše dostupnosti (posljednjih 30 godina) i veće privlačnosti programa tretmana. To potvrđuje i terensko istraživanje provedeno tijekom 1998. u okviru projekta s UNDCP iz Beča. U tom terenskom istraživanju ustanovljeno je da je na zagrebačkoj uličnoj narko-sceni omjer između “nikad” i “ikad” liječenih heroinskih **ovisnika** bio vrlo nizak (1 : 1) i znatno niži no što je ustanovljeno u Splitu, Puli i Zadru. Zbog toga su zagrebački heroinski ovisnici, u vrijeme započinjanja liječenja 2000., u prosjeku bili u dobi od 24,3 godine i s kraćim stažom ovisnosti no što je slučaj s ovisnicima iz drugih gradova. Bez poznavanja tih lokalnih specifičnosti i uređenja sustava za tretman u nekom gradu ne može se samo

Tablica 13.

Ukupan broj svih klijenata zajedno, te posebno opijatskih ovisnika liječenih od osnutka Centara za ovisnosti u Hrvatskoj do kraja 2000. (pojedina osoba u čitavom promatranom razdoblju bilježi se samo jednom)

Centri*	Godina osnutka	Ukupan broj dosad liječenih klijenata	Ukupan broj dosad liječenih opijatskih ovisnika	Broj svih novih slučajeva u 2000.	Broj novih ovisnika o heroinu u 2000.
Državni centar – Zagreb**	1972.	6.233	3.709	594	376
Poreč	1995.	166	89	55	34
Split	1992.	2.310	1.772	302	132
Čakovec	1993.	294	118	48	17
Šibenik	1997.	413	246	101	49
Rijeka	1996.	833	424	251	112
Pula	1996.	825	690	176	115
Zadar	1996.	879	828	187	119
Varaždin	1997.	551	208	315	62
Dubrovnik	1996.	186	71	34	7
Karlovac	1999.	175	2	141	2
Osijek	2000.	94	67	94	67
Vinkovci	2000.	132	81	132	81
Virovitica	2000.	65	28	65	28
Ukupno		13.156	8.333	2.495	1.201
* Neki su pacijenti u promatranom periodu liječeni u dva ili više Centara pa je stvarni ukupan broj osoba manji.					
** Podaci su zadnji put ažurirani 26. 06. 2001. i iz tog razloga je broj prvodošlih u Državnom centru nešto veći nego u drugim tablicama.					
Centar* za prevenciju ovisnosti grada Zagreba	1998.	2.055	389	836	73
* Ukupne brojčane podatke je dostavio Centar za prevenciju na Jarunu. Od početka rada Centra, HZJZ je primio ispunjene obrasce za svega 223 osobe. Kako je većina obavljenog posla bila u svojstvu savjetodavnog rada, a nisu uključeni u mrežu ostalih Centara niti komunikacijski niti po metodi rada, podaci koje su dostavili Centru pri KB “Sestre milosrdnice” u obliku zbirnih brojeva prikazani su izdvojeno. Također je velik broj na Jarunu kontaktiranih opijatskih ovisnika najvjerojatnije registriran i u Centru pri KB “Sestre milosrdnice”.					

temeljem broja liječenih ovisnika zaključivati o prevalenciji ovisnosti u ukupnoj populaciji. Uporabom takve (krive) tehnologije “najbolju” epidemiološku sliku u nacionalnoj statistici imat će gradovi u kojima sustav za tretman ovi-

snika ne postoji kao i u onim sredinama koje podatke o liječenim ovisnicima ne dostavljaju nadležnoj instituciji (Hrvatski zavod za javno zdravstvo). Uzevši ukupan broj do sada liječenih konzumenata i ovisnika u mreži županijskih centara za izvanbolničko liječenje ovisnosti, koji je preko 11.000 (od čega oko 6.500 heroinskih), bez dvojbe, to je danas temeljni državni sustav za skrb o toj populaciji.

Premda je u našem priobalju pojavnost heroinskih ovisnika vrlo visoka, još uvijek na tom području ne postoji ni jedan specijalizirani program za bolničko liječenje tih bolesnika. Kapaciteti dva jedina specijalizirana bolnička programa su locirani u Zagrebu i posve su nedostatni u odnosu na potrebe. Ostale psihijatrijske ustanove prihvaćaju neznatan broj ovisnika, retencija u programu je slaba, jer tretman nema odgovarajuću kvalitetu da bi ovisnika zadržao i uspješno riješio barem pitanje detoksifikacije. Samo 25 hospitalizacija ovisnika u Splitu tijekom 1999. je pokazatelj stanja tog specifičnog oblika zaštite ovisnika u Dalmaciji (Tablica 14.). Bez intervencije hospitalnog tipa, veliki broj heroinskih ovisnika nije moguće detoksificirati isključivo ambulantnim i obiteljskim postupkom. Zbog toga ili recidiviraju ili inzistiraju na održavanju na metadonu. Terapijske zajednice su za mnoge ovisnika iz tog područja bile jedino rješenje, ali su dugotrajnost boravka i zahtjevnost tih programa za preko 70% ovisnika bile posve neprihvatljive.

Zdravstvena ustanova	Broj hospitalizacija
PB Jankomir, Zagreb	38
PB Vrapče, Zagreb	369
KB "Sestre milosrdnice", Zagreb	199
Neuropsihijatrijska bolnica "Dr. I. Barbot", Popovača	3
Opća bolnica Varaždin – Banski dvori	14
Opća bolnica Pula	21
KBC Rijeka	9
Opća bolnica Zadar	21
PB Ugljan	13
KB Split	25
Opća bolnica Pula	21
Opća bolnica Šibenik	2
Opća bolnica Dubrovnik	17

Tablica 14.
Broj bolničkih liječenja
ovisnika u 1999.

Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Podaci o broju liječenih ovisnika mogu biti dobra osnova za izračun prevalencije a njihovo praćenje kroz nekoliko godina može oslikavati epidemiološki trend u nekom gradu. Za očekivati je da će prevalencija ovisnika biti veća u velikim urbanim središtima. Poznato je da brojni lokalni čimbenici i specifičnosti snažno utječu na situaciju na terenu. Svi dosad prikupljeni podaci o ovisnicima liječenim u županijskim centrima to potvrđuju. Kvaliteta, dostupnost i za ovisnike prihvatljivost ponuđenog programa umnogome utječe koliko će ih se u određenom vremenu pojaviti i time uvrstiti u evidenciju. Tako npr. Centar u Splitu nema ni jednog iskusnijeg psihijatra, u Zadru jedan psihijatar radi dijelom radnog vremena, tim u Puli je homogeniji i vrlo privlačan za ovisnike, a da o Centru u Zagrebu ne govorim. Po pojavnosti liječenih ovisnika u odnosu na broj stanovnika (Tablica 15.) na prvom mjestu je grad Pula, na drugom je mjestu Zadar, na trećem Split. Rast bilježe Rijeka, Zagreb, Šibenik Varaždin i još nekoliko gradova. Po svim raspoloživim i poznatim indikatorima za procjenu stanja trenutno je Zadar grad s najvećom pojavnosti heroinskih ovisnika u populaciji, premda ih je u Puli bilo više liječenih. Ako ostanemo kod procjene da se dosad u Puli liječio svaki drugi ovisnik (dakle da 50% konzumenata heroína dosad nikada nije bilo u kontaktu sa sustavom za tretman koji provodi i prijavljuje evidenciju), to bi značilo da u tom gradu 1.200 stanovnika konzumira heroin odnosno svaki pedeseti stanovnik. Ako to svedemo na broj obitelji čiji je član heroinski ovisnik, uz pretpostavku da obitelj u prosjeku broji 3,5 članova, ispada da je dosad svaka četrnaesta obitelj u Puli stradala od tog teškog problema. Prema gruboj procjeni, to se dogodilo kod svake dvanaeste obitelji u Zadru, svake dvadesete u Splitu i svake pedesete obitelji u Zagrebu. Ogromna razlika pojavnosti ovisnika u našim gradovima prvenstveno je prouzročena razlikama u dostupnosti droga, što govori da u etiologiji ovisnosti uz individualne psihobiološke kao i čimbenike mikrosocijalnog miljea pojedine osobe, veliku ulogu imaju i čimbenici lokalnog makrosocijalnog miljea. Što je organiziraniji kriminal (kao posljedica slabijeg funkcioniranja represivnog aparata na lokalnoj razini i izraženije korupcije represivnog aparata i elemenata propusta lokalne političke vlasti), dostupnost droga, a time i ugroženost mladeži, biti će veća. Tu se ne radi o razlici rizika i pojavnosti za 10% ili 20% već za 300% ili 600%. To se zorno vidi i prema podacima u Tablici 16. u kojoj je prikaz stanja u županijama.

Grad	Broj stanovnika	Ukupan broj pacijenata	Opijatski pacijenti	Stopa opijatskih na 1.000 stanovnika
PULA	62.690	825	666	10,62
ZADAR	80.355	680	640	7,96
SPLIT	200.459	1.210	843	4,21
ZAGREB	776.399	3.838	2.118	2,73

Broj stanovnika prema popisu iz 1991.

Tablica 15.

Broj osoba s prebivalištem u četiri navedena grada, liječenih do sada radi zloporabe droga u nadležnim županijskim centrima

Tablica 16.

Dosad registrirano opijatskih pacijenata u RH, distribucija po županijama*

Županija / policijska uprava	Opijatski ukupno svi			Prijavljeno osoba 2000.			
	Broj	%	Stopa / 1.000	Kaznena		Prekršajna	
				Broj	%	Broj	%
Grad Zagreb	2.118	31,1	2,72	1.188	21,9	886	20,6
Zagrebačka	152	2,2	0,54				
Krapinsko-zagorska	19	0,3	0,13	61	1,1	3	0,1
Sisačko-moslavačka	24	0,4	0,10	92	1,7	75	1,7
Karlovačka	20	0,3	0,11	83	1,5	14	0,3
Varaždinska	208	3,1	1,11	107	2,0	62	1,4
Koprivničko-križevačka	18	0,3	0,14	35	0,6	26	0,6
Bjelovarsko-bilogorska	5	0,1	0,04	64	1,2	73	1,7
Primorsko-goranska	424	6,2	1,31	734	13,5	755	17,5
Ličko-senjska	7	0,1	0,08	156	2,9	160	3,7
Virovitičko-podravska	13	0,2	0,12	48	0,9	20	0,5
Požeško-slavonska	72	1,1	0,73	57	1,0	67	1,6
Brodsko-posavska	61	0,9	0,35	64	1,2	25	0,6
Zadarska	828	12,1	3,89	350	6,4	385	8,9
Osječko-baranjska	83	1,2	0,23	164	3,0	38	0,9
Šibensko-kninska	300	4,4	1,97	272	5,0	266	6,2
Vukovarsko-srijemska	84	1,2	0,36	77	1,4	14	0,3
Splitsko-dalmatinska	1.325	19,4	2,80	861	15,9	266	6,2
Istarska	848	12,4	4,15	647	11,9	647	15,0
Dubrovačko-neretvanska	75	1,1	0,59	307	5,7	507	11,8
Međimurska	118	1,7	0,98	62	1,1	22	0,5
Nepoznato	16	0,2					
Ukupno RH	6.818	100,0	1,43	5.429	100,0	4.311	100,0
Državljeni druge zemlje	123						
UKUPNO	6.941						

* Podaci nisu do kraja ažurirani.

Izvori: HZJZ, Centar za ovisnosti, Ministarstvo pravosuđa.

U Tablici 16. prikazani su dosad svi prikupljeni podaci o osobama liječenima zbog ovisnosti o opijatima, prema županijama u kojima žive. Očito da je zloraba droga proširena na cijelome prostoru Hrvatske, ali je problem ipak najistaknutiji u nekoliko županija u kojima, zahvaljujući radu centara i drugih programa suzbijanja ovisnosti, postoji evidencija i time moguću uvid u sliku stanja. Tamo gdje uopće nema programa tretmana, ili su programi slabe kvalitete, nema ni ovisnika u evidenciji.

Procjenjuje se da će i narednih nekoliko godina drugom biti više ugroženi gradovi u kojima je danas pojavnost ovisnika visoka (zbog snage organiziranog kriminala), a u perspektivi Rijeka, područja istočne Slavonije, Dubrovnik i dolina Neretve, radi stradanja u ratu i blizine granica iza kojih će i u godinama koje slijede biti snažan organizirani kriminal i stalna prijetnja jakom ponudom droga prema našoj zemlji. Budući da su u području Slavonije tek tijekom 1999. i 2000. počeli djelovati centri za izvanbolničko liječenje ovisnika, ne postoje kvalitetni podaci po kojima bi se procjenjivale situacije i epidemiološki trend.

Stope ukupno dosad liječenih i evidentiranih opijatskih ovisnika u pojedinim županijama izrazito se razlikuju. Sam broj liječenih ovisnika i stopa u odnosu na broj stanovnika još nije relevantni pokazatelj prevalencije. Je li viša prevalencija ovisnika danas u Zadru ili Puli? Stopa liječenih je viša u Puli, ali se ipak procjenjuje po ostalim indikatorima da je viša pojavnost ovisnika u Zadru jer je u toj županiji sustav za liječenje slabije organiziran i slabije dostupan za ovisnike (samo jedna liječnica koja to radi uz svoj redovan posao). U tri županije i tri njihova grada (Zadar, Pula, Split) i Zagrebu znatno su više stope liječenih ovisnika i njihova pojavnost u populaciji. Dalmacija je po stopama evidentiranih heroinskih ovisnika na trećem mjestu. Grad Split je, zahvaljujući znatno kvalitetnijem radu policije i represivnog aparata u cjelini (posljednje tri godine), kao i aktivnosti nevladinih udruga, po svemu sudeći zaustavio epidemiju. Ne treba međutim zaboraviti da se epidemiološka slika toga grada mjeri ponajprije prema podacima koje HZJZ dostavlja Županijski zavod za ovisnosti, dok se nigdje ne vodi evidencija o novim slučajevima liječenim u terapijskim zajednicama koje su na tom području vrlo aktivne. U Zavodu ne radi niti jedan psihijatar, primjena metadona se previše kritizirala pa je oslabljena motivacija obitelji da se obraćaju u daleko većem broju. Zbog toga je upitno kakva je zapravo epidemiološka situacija danas. No i broj od 130 novih heroinskih ovisnika godišnje, što bi u odnosu na stanovništvo odgovaralo broju od 600 ovisnika za grad Zagreb (a Zagreb uz najkvalitetniji sustav tretmana i evidenciju ima oko 400

novih slučajeva), govori da je incidencija i dalje iznimno visoka. Iznadprosječne stope uz spomenute tri županije bilježi Zagreb, koji jedini u kontinuitetu omogućuje specijalizirano liječenje ovisnika od 1970. Uz to centri u Zagrebu vode bolju evidenciju liječenih slučajeva. Tako ukupno dosad evidentiranih oko 2.300 heroinskih ovisnika na oko 800.000 stanovnika govori da je unatoč rastu prevalencija tog problema u Zagrebu znatno niža nego u spomenutim drugim gradovima.

Grad (općina)	Sva sredstva	%	Opijati	%
Grad Zagreb	2.807	91,3	1.811	93,1
Velika Gorica	129	4,2	63	3,2
Samobor	65	2,1	44	2,3
Zaprešić	39	1,3	17	0,9
Vrbovec	10	0,3	5	0,3
Dugo Selo	8	0,3	1	0,1
Jastrebarsko	6	0,2	3	0,2
Ivanić-Grad	4	0,1	0	0,0
Sv. Ivan Zelina	3	0,1	1	0,1
Kloštar Ivanić	2	0,1	0	0,0
Klinča Sela	1	0,0	0	0,0
Luka	1	0,0	0	0,0
Ukupno	3.075	100,0	1.945	100,0

Tablica 17.

Prvodošli ovisnici iz grada Zagreba i Zagrebačke županije u Centar za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti za 1990–2000.

Centar za ovisnosti u Vinogradskoj u Zagrebu zbrinjava danas najveći broj teških ovisnika iz Zagrebačke županije. Danas su u evidenciji Centra 134 heroinska ovisnika od ukupno liječenih 268 osoba. (Tablice 17. i 18.). Gradovi Zagrebačke županije nemaju vlastite programe tretmana pa je logično da odlaze u Zagreb. Iz Velike Gorice su se u Centru u Vinogradskoj liječila 63 heroinska ovisnika.

Godina dolaska	Velika Gorica	Samobor	Zaprešić	Vrbovec
1990.	0	0	0	0
1991.	6	2	0	0
1992.	6	3	0	2
1993.	8	7	3	1
1994.	6	6	3	2
1995.	10	6	2	2
1996.	8	5	2	2
1997.	15	11	7	1
1998.	22	10	4	0
1999.	27	8	9	0
2000.	21	7	9	0
Ukupno	129	65	39	10

Tablica 18.

Prvodošli pacijenti u Centar za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti iz četiri grada Zagrebačke županije

REPRESIVNI SUSTAV

U 1999. djelatnici MUP-a zabilježili su po prvi put ukupno 4.669 uzimatelja droga. Od toga broja 3.909 ih je uzimalo kanabinoide i halucinogene, 400 opijate (heroin), a 360 psihostimulativne droge. Uspoređujući podatke iz županija po broju novih slučajeva u sustavu tretmana i po broju u policiji "kontaktiranih" uzimatelja droga, očito je da u nekim županijama relativno više slučajeva otkriju i "odrade" centri za tretman nego policija (što je pozitivan pokazatelj terapijskih programa), dok je u nekima obratno. Tako je primjerice znatno više uzimatelja evidentirala policija u Osječko-baranjskoj, Dubrovačko-neretvanskoj i Primorsko-goranskoj županiji. Zagreb je u tretmanu imao znatno više ovisnika no što ih je evidentirala policija. Gledajući stanje na razini države, brže raste broj ovisnika u programima za liječenje nego što ih bilježi represivni sustav.

Tablice 19., 20. i 21. pokazuju aktivnost represivnog sustava u svezi kaznenih djela iz članka 173. KZ. Tzv. mini-kaznena reforma, kojom je Kaznenim zakonom sankcionirano svako djelo neovlaštena posjedovanja bilo koje droge u bilo kojoj količini, omogućila je široko zahvaćanje sustava za represiju u mladež sklonu uzimanju droga.

Tablica 19.

Prijavljene, optužene i osuđene punoljetne osobe za kazneno djelo zloporabe opojnih droga iz čl. 173. st. 1. Kaznenog zakona (posjedovanje opojnih droga) za razdoblje 1996–1999.

Osobe koje su počinile kazneno djelo posjedovanja opojnih droga	1996.	1997.	1998.	1999.
Prijavljene	1.057	1.846	2.844	3.890
Optužene	429	1.316	1.798	2.039
Osuđene	154	703	895	1.605

Izvor podataka: Državno odvjetništvo RH.

Tablica 20.

Prijavljene maloljetne osobe za kazneno djelo zloporabe opojnih droga iz čl. 173. Kaznenog zakona za razdoblje 1996–1999.

Članak kaznenog zakona	1996.	1997.	1998.	1999.
Čl. 173. st. 1. KZ	87	138	261	478
Čl. 173. st. 2., 3., 4., 5. KZ	45	54	125	146
Ukupno	132	192	386	624

* čl. 173. st. 1. KZ – neovlašteno posjedovanje droge

* čl. 173. st. 2. KZ – neovlaštena proizvodnja, prerada, prodaja droge

* čl. 173. st. 3. KZ – organiziranje mreže preprodavatelja ili posrednika

* čl. 173. st. 4. KZ – neovlaštena proizvodnja, nabavljanje, posjedovanje, davanje na uporabu materijala ili tvari namijenjenih za proizvodnju opojnih droga

* čl. 173. st. 5. KZ – navođenje na trošenje ili omogućavanje trošenja droge drugoj osobi

Izvor podataka: Državno odvjetništvo RH.

	1991.	1992.	1993.	1994.	1995.	1996.	1997.	1998.	1999.
Prijavljeno	267	380	516	612	700	1.922	2.865	4.101	5.254
Optuženo	171	191	292	356	434	947	1.901	2.515	3.122
Osuđeno	86	63	116	180	224	405	1.038	1.257	2.282

Izvor podataka: Državno odvjetništvo RH.

Tablica 21.

Prijavljene, optužene i osuđene punoljetne osobe za sve modalitete kaznenog djela zlorabe opojnih droga iz čl. 173. Kaznenog zakona, koji se odnosi na zlorabu droga, za razdoblje 1991–1999.

Istraživanje Instituta društvenih znanosti “Ivo Pilar” (1998.) pokazuje kako je svaki peti hrvatski srednjoškolac u posljednjoj godini dana barem jednom uzeo neku ilegalnu drogu, a u posljednjih mjesec dana je to učinio svaki deveti. Mladež to ne bi mogla učiniti ako prethodno nije počinjeno kazneno djelo posjedovanja opojne droge. Znatno povećanje prijavljenih, optuženih i osuđenih osoba od 1996. naovamo (Tablice 20. i 21.) uglavnom treba pripisati promijenjenu Kaznenom zakonu prema kojem je od tada prema čl. 173. st. 1. svako posjedovanje droge tretirano kao kazneno djelo.

Samo zahvaljujući kvalitetnoj strategiji i politici provedbe zakona sugeriranoj od strane Komisije za suzbijanje zlorabe droga, u čemu je značajnu ulogu imalo Državno odvjetništvo RH, spriječena je šteta kakva je mogla nastati zbog kriminalizacije naše mladeži. Sitnih djela manipulacije drogom (posjedovanje male količine ili preprodaja jedne doze) na uličnoj razini, dogodi se godišnje nekoliko milijuna. Trošenje oskudnih sredstava represivnog aparata na znatnije ograničavanje tih djela ne bi bilo racionalno (osobito ne ako, nakon intervencije policije i državnog odvjetništva, ne bi umjesto kaznenog progona uslijedila “terapijska intervencija”). No, bilo bi veoma racionalno onemogućiti u djelovanju znatno veći postotak barem onih, pravnoj državi poznatih, stalnih trgovaca drogom. A da i ne govorimo koliko bi još trebalo učiniti kako bi se onemogućilo djelovanje osoba i organiziranih skupina iz gornjih dvaju slojeva kriminalne piramide (Slika 7.).

Hrvatskoj se dakle nije dogodila šira “kriminalizacija” mladeži sklone drogama a u svezi s provođenjem zakona, već se to dogodilo na ulici, jer nije bilo osiguranih kapaciteta programa za njihovo adekvatno liječenje. Premda se broj ovisnika u kaznenom sustavu iz godine u godinu povećava, u usporedbi s drugim zemljama, u hrvatskim je zatvorima taj broj još uvijek relativno nizak (Tablica 21). Prema navodima Drugnet Europe (February 2001.), E.M.C.D.D.A. iz Lisabona izvještava da 3 od 5 zatvorenika u zemljama EU su osuđene zbog kriminala u svezi s drogama, a više od pola njih ili uzimaju droge ili su ih uzimali u prošlosti. Broj pritvaranih i u pritvorima duže zadržavanih ovisnika u našoj zemlji znatno je veći od onih

koji su osuđeni na bezuvjetnu kaznu zatvora i tijekom 2000. premašio je 700. Sustav za izvršenje kaznenih sankcija treba osigurati posebne programe zaštite za oko 1.000 mladih ljudi koji su bili ili u pritvoru ili su osuđeni na kaznu zatvora.

Tablica 22.

Pregled ovisnika prema vrstama droga (razdoblje od 1. 1. do 31. 12. 1999.).

Vrsta droge	Broj osoba			Ukupno
	Osuđenici	Pritvorenici	Maloljetnici	
Heroin	158	293	9	460
Heroin + kokain	27	33	2	62
Heroin + kanabinoidi	65	39	8	112
Heroin + Heptanon	42	62	8	112
Kanabinoidi	44	57	25	126
Ostalo – sve kombinacije droga	123	208	18	349
Ukupno	459	692	70	1.221

Tablica 23.

Pregled osoba lišenih slobode – ovisnika o psihoaktivnim drogama (razdoblje od 1. 1. do 31. 12. 2000., te na dan 31. 12. 2000.) u odnosu na kaznena djela

Izvor podataka: Državno odvjetništvo RH.

Vrsta kaznenog djela – članci KZ-a	Broj osoba tijekom godine						Broj osoba na dan 31. 12. 2000.					
	Osuđenici		Pritvorenici		Maloljetnici		Osuđenici		Pritvorenici		Maloljetnici	
	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N2
Ubojstvo, teško ubojstvo, ubojstvo na mah (čl. 90., 91., 92. KZ)	9	7	0	22	0	1	6	5	0	11	0	0
Tjelesna ozljeda (čl. 98., 99., 100., 101. KZ)	1	4	1	13	0	0	1	2	0	2	0	0
Silovanje (čl. 18., 189., 190., 191., 192. i 193. KZ)	0	2	0	11	0	1	0	0	0	1	0	1
Krađa, teška krađa (čl. 216. i 217. KZ)	44	46	3	148	0	14	21	17	1	24	0	11
Razbojništvo (čl. 218. i 219. KZ)	29	27	1	83	2	4	14	13	0	33	2	2
Prijevvara (čl. 224. KZ)	1	2	0	14	0	0	0	1	0	0	0	0
Zloraba opojnih droga (čl. 173. KZ)	112	102	23	319	1	1	42	45	6	82	1	1
Ostala kaznena djela	6	20	0	91	0	2	2	8	0	14	0	1
UKUPNO	202	210	28	701	3	23	86	91	7	167	3	16
UKUPNO SVI	412			729	26		177		174		19	
UKUPNO (OLS)				1.167					370			

N1 = osobe sa izrečenom sigurnosnom mjerom

N2 = osobe bez izrečene sigurnosne mjere

Izvor podataka: Državno odvjetništvo RH.

Među ovisnicima u zatvorskom sustavu najviše je onih koji su konzumirali heroin (460), zatim slijede konzumenti kombiniranih droga (349), a podjednak je broj ovisnika koji su konzumirali kanabinoide (126), te u kombinaciji heroin i Heptanon, odnosno heroin i kanabinoide (112) (Tablice 22. i 23.).

Prosječno vrijeme boravka ovisnika u pritvoru je oko 3,5 mjeseca, odnosno na izdržavanju kazne oko četiri mjeseca. Iz godine u godinu brzo se povećava broj ovisnika na izdržavanju kazne zatvora (Tablica 24.). U deset godina taj se broj povećao za 30 puta.

Godina	N1	N2	Ukupno
1991.	8	6	14
1992.	20	7	27
1993.	28	13	41
1994.	38	16	54
1995.	69	62	131
1996.	118	116	234
1997.	92	193	285
1998.	193	147	340
1999.	250	209	459
Ukupno	816	769	1.585

N1 = broj ovisnika s izrečenom sigurnosnom mjerom

N2 = broj ovisnika bez izrečene sigurnosne mjere

Izvor podataka: Državno odvjetništvo RH.

Tablica 24.

Pregled osuđenih osoba – ovisnika o psihoaktivnim drogama – upućenih na izdržavanje kazne u razdoblju od 1991. do 31. 12. 1999.

Dodatne mogućnosti unapređenja prihvata i liječenja ovisnika nakon otpusta iz zatvora vidimo u proširenju mreže suradnika zatvorskog sustava i s nevladinim organizacijama i udrugama, te njihovo uključivanje u Nacionalnu strategiju borbe protiv zloporaba droga u Hrvatskoj. Ostvarivanje suradnje sa svim socijalnim čimbenicima izvan zatvorskog sustava, radi lakšeg prihvata ovisnika i njihovog uključivanja u normalnu zajednicu nakon izdržane kazne, također je jedna od zadaća Uprave za izvršenje sankcije Ministarstva pravosuđa.

Ako u dogleđno vrijeme sustavi zdravstva i socijalne skrbi ne budu aktivniji u osiguranju smještaja i provedbi programa liječenja i rehabilitacije ovisnika, još će više ovisnika, zbog svoje bolesti, biti kriminalizirano i izvrgnuto represiji, pa će i kazneni sustav imati više teškoća s tom kategorijom bolesnika i ujedno počinitelja kaznenih djela. **Za zajednicu je znatno isplativije liječiti nego kažnjavati ovisnike. Neliječenje ovisnika (ostavljanje te mladeži da na ulici rješava kod dealera problem svoje ovisnosti)**

je izravno u funkciji zaštite financijskih interesa kriminala povezanog s drogama i jedan je od glavnih čimbenika širenja epidemije zlorabe droga.

Za oko 15%, od ukupnog broja ovisnika koji su tijekom 2000. provodili liječenje, rehabilitacija je bila osigurana u programima **terapijskih zajednica** što ih je organizirao nevladin sustav. Država je, sukladno Nacionalnom programu, dužna osigurati vlastite kapacitete za rehabilitaciju ovisnika (osobito za one kojima će takvi programi biti zamjena za sankciju). Trenutno u sustavu socijalne skrbi, a tako i zdravstva i pravosuđa, nema nijednoga sličnog programa.

Iz godine u godinu povećavaju se kapaciteti, raznolikost pristupa a time i doprinos liječenju i rehabilitaciji ovisnika koji se razvija unutar nevladinih udruga. Teško je sakupiti točne podatke o tome koliko osoba bude uključeno u te programe godišnje i koliko ih bude otpušteno nakon što su uspješno završili planirani program ali podaci iz Tablice 25. potvrđuju da se u programima toga tipa unutar Hrvatske nalazi preko 600 ovisnika. Kada tom broju dodamo još nekoliko stotina koji se nalaze u sličnim programima izvan zemlje, važnost tog sustava u “micanju” tih bolesnika dolazi do punog izražaja. Tek donošenjem Zakona o sprječavanju neovlaštene uporabe opojnih droga, ti će programi biti dužni voditi točne poimenične evidencije ovisnika koji će biti uključivani u program. Bora-vak klijenata u tim programima vrlo je dug pa iako se radi o velikim smještajnim kapacitetima, broj osoba koje godišnje uspješno **završe** program vrlo je mali i teško da prelazi ukupno 200 osoba godišnje. No za širu društvenu zajednicu je važnije i veća korist koliko je tih bolesnika odvojeno od ulice i time makar neko vrijeme zaštićeno.

Tablica 25.

Ovisnici iz RH tretirani u nevladinim organizacijama, terapijskim zajednicama (TZ) u 2000. (podaci prikupljeni dana 31. 12. 2000.)

Naziv TZ	Broj štićenika
Zajednica “Susret”, Split	100
REMAR	150
RETO Centar	117
Izazov mladeži (Teen Challenge)	18
Comunità Cenacolo	200
Krk – Batomalj kod Baške	10
Ukupno	595

Sve zajednice nemaju jednako sistematičnu i preciznu evidenciju, tako da je i ukupan broj samo približan pokazatelj kapaciteta TZ-a.

CENTAR ZA SPRJEČAVANJE I IZVANBOLNIČKO LIJEČENJE OVISNOSTI PRI KB "SESTRE MILOSRDNICE" 2000.

Zahvaljujući razvoju sustava za izvanbolničko liječenje ovisnika kao i programima terapijskih zajednica koje djeluju na terenu, Centar za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" u Zagrebu (Vino-gradska c. 29) više nije u tolikom postotku kao ranijih godina bio angažiran u liječenju ovisnika koji žive izvan Zagreba i Zagrebačke županije. Rast broja ovisnika u Zagrebu nije bio adekvatno praćen rastom kapaciteta za specijalizirano liječenje ovisnika. To je prouzročilo gotovo nepodnošljiv pritisak samih ovisnika i njihovih obitelji na malobrojni tim toga, u javnosti vrlo afirmiranog centra i njegovog programa rada. Ponekad je u samo jednom danu pomoć tražilo i preko 50 teških heroinskih ovisnika. Bolnički detoksifikacijski program je bilo moguće osigurati za manje od 10% ovisnika, jer je u Vinogradskoj na dispoziciji samo 11 bolničkih postelja. Svim ostalima (90% liječenih) isključivo se pomagalo kroz izvanbolnički program. Prilikom svakog posjeta ovisnika, nakon terapijske seanse i kontrole urina nastoji se ubilježiti u kompjutor set podataka koji su prijeko potrebni za stalno praćenje rada i evaluaciju kvalitete programa praćenjem stanja zabilježenog kod svih posljednjih dolazaka pacijenata (vidi u prilogu upitnike). Podaci koji slijede rezultat su toga sustava epidemiološkog praćenja u Centru. Podaci o stanju pacijenata kod baš svih dolazaka (terapijskih izvanbolničkih seansi i pregleda), kojih je godišnje oko deset tisuća, nisu ubilježeni. Zabilježeno je više od 90%.

Tim Centra za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice", kroz izvanbolnički program, u suradnji s liječnicima opće medicine, brinuo je tijekom 2000. za preko 1.400 heroinskih ovisnika (u bazu učitani i obrađeni podaci za 1.402 osoba) i još za daljnjih 300–400 ovisnika ili konzumenata ostalih droga. U desnom dijelu Tablice 26. je od ukupnog broja liječenih u prošloj godini prikazan broj onih pacijenata koji su se prvi puta javili u Centar (594), te od toga broja broj pacijenata koji primarno uzimaju heroin (376) i oni kod kojih je kao početna terapija za detoksifikaciju (odvikavanje) primijenjen metadon (Heptanon, Pliva).

Tablica 26.

Svi ambulantno liječeni pacijenti koji su tretirani jednom ili više puta tijekom 2000. u Centru za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti

	Pacijenti liječeni ambulantno			Od toga prvodošli		
	Sve dijagnoze	Opijatski (heroin)	U metadon. programu	Svi prvodošli	Opijatski	U metadon. detox. programu
2000.						
Broj	1.747	1.402	923	594	376	195

Podaci su zadnji put ažurirani 26. 6. 2001.

Sveukupnim brojem pacijenata koji su obrađeni u 2000. vidljivo je da dominiraju opijatski pacijenti (N = 1.402; 80,6%). Na drugom mjestu su uzimatelji kanabisa (N = 202; 11,7%). Uzimatelji svih ostalih sredstava zajedno zauzimaju tek manji dio ambulantnog rada Centra (7,7%).

Tablica 27.
Distribucija svih pacijenata
Centra u 2000. prema
glavnom sredstvu

Glavno sredstvo	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Opijati	1.390	1.390	80,6	80,6
Kanabinoidi	202	1.592	11,7	92,3
Sedativi	37	1.629	2,1	94,5
Kokain	7	1.636	0,4	94,9
Psihostimulansi	12	1.648	0,7	95,6
Halucinogeni	3	1.651	0,2	95,8
Otapala	2	1.653	0,1	95,9
Politoksikomania	71	1.724	4,1	100,0
Nema podataka u računalu	20	1.747		

Od 69,7% opijatskih pacijenata koji su se tijekom 2000. nalazili u nekom od oblika metadonske terapije, polovica ili 35,2% od ukupnog broja liječenih bilo je u programu održavanja a isto toliko je bilo u programu brzog ili sporog odvikavanja (Tablica 28). Kod 30,3% heroinska ovisnika (ukupno 399 osobe), liječenje je provedeno na način da u vrijeme posljednjih dolazaka u Centar kod njih nije primjenjivan Heptanon.

Tablica 28.
Distribucija opijatskih pacijenata
prema tretmanu koji je bio
provođen pri zadnjem dolasku
u Centar

Vrsta tretmana	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Detox brzi	151	151	11,5	11,5
Detox spori	303	454	23,0	34,5
Održavanje	463	917	35,2	69,7
Bez heptanona	371	1.288	28,2	97,9
Hospitalizacija	28	1.316	2,1	100,0
Nema podataka u računalu	74	1.390		

Visoki postotak opijatskih pacijenata (60,8%) u tretmanu Centra u 2000. je apstinirao od svog primarnog sredstva ovisnosti, u ovom slučaju heroina. Četvrtina (25,2%) ih je bila poboljšana u tretmanu, ali još bez uspostavljene stabilne apstinencije, dok je stanje kod manjeg broja onih s najtežom kliničkom slikom ovisnosti (14,0%) ostalo nepromijenjeno ili pogoršano (Tablica 29).

Zlorporaba	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Apstinira	731	731	60,8	60,8
Poboljššan / ne apstinira	303	1.034	25,2	86,0
Nepromijenjen / pogoršan	168	1.202	14,0	100,0
Nema podataka u računalu	188	1.390		

Tablica 29.

Distribucija opijatskih pacijenata prema zlorporabi glavnog sredstva pri zadnjem dolasku u Centar

Postotak pacijenata ne-opijatske dijagnoze koji su apstinirali od svog primarnog sredstva ovisnosti u 2000. je vrlo sličan broju opijatskih apstinenata (63,7%). Više od četvrtine (29,0%) je poboljšano, a mali broj tih pacijenata (7,3%) je nepromijenjenog ili pogoršanog stanja (Tablica 30.).

Zlorporaba	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Apstinira	167	167	63,7	63,7
Poboljššan / ne apstinira	76	243	29,0	92,7
Nepromijenjen / pogoršan	19	262	7,3	100,0
Nema podataka u računalu	72	334		

Tablica 30.

Distribucija pacijenata koji ne uzimaju opijate prema zlorporabi glavnog sredstva pri zadnjem dolasku u Centar

Za 870 opijatskih pacijenata je poznato jesu li ili nisu napravili markere na HBV. Njih 766 je testirano, a pozitivan rezultat ih ima 138 (ili gledano od broja testiranih 18,0%) (Tablica 31.).

HBV status	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Negativan	628	628	82,0	82,0
Pozitivan	138	766	18,0	100,0
Nije testiran	104	870		
Nepoznato	520	1.390		

Tablica 31.

Opijatski pacijenti s obzirom na rezultat testa za Hepatitis B

Za 963 opijatskih pacijenata je poznato jesu li ili nisu napravili markere na HCV. Njih 860 je testirano, a pozitivan rezultat ih ima 392 (ili gledano od broja testiranih 45,6%) (Tablica 32.).

HCV status	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Negativan	468	468	54,4	54,4
Pozitivan	392	860	45,6	100,0
Nije testiran	103	963		
Nepoznato	427	1.390		

Tablica 32.

Opijatski pacijenti s obzirom na rezultat testa za Hepatitis C

Za 869 opijatskih pacijenata je poznato jesu li ili nisu testirani za HIV. Od 762 testiranih samo 7 (0,9%) ih je pozitivno (Tablica 33.).

Tablica 33.
Opijatski pacijenti s obzirom
na rezultat testa za HIV

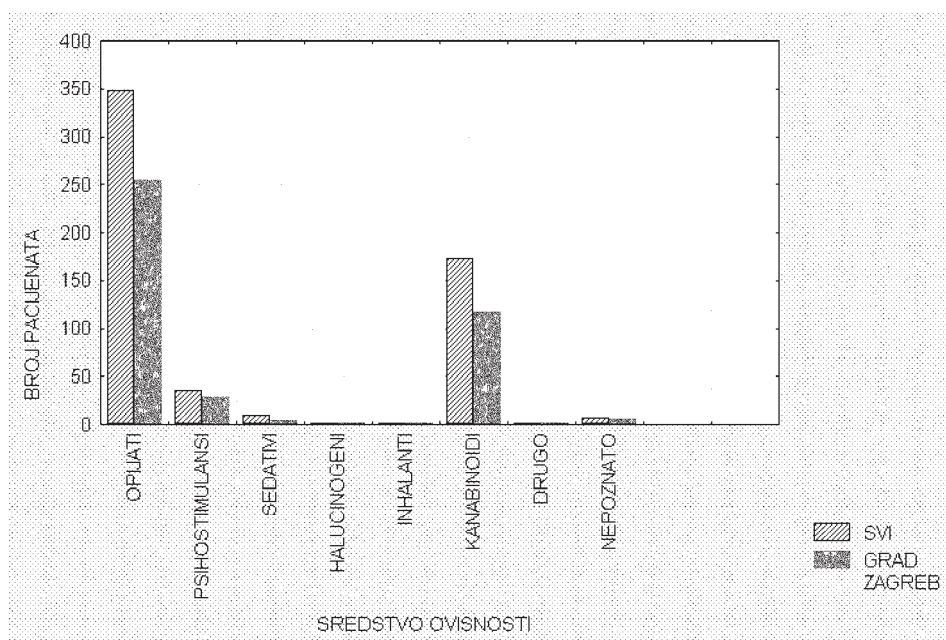
HIV status	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Negativan	755	755	99,1	99,1
Pozitivan	7	762	0,9	100,0
Nije testiran	107	869		
Nepoznato	521	1.390		

Većina pacijenata (61,2%) koji su se u Centar javili na liječenje prvi put tijekom 2000. bili su uzimatelji opijatskih sredstava ovisnosti (uglavnom heroína), a udio opijatskih pacijenata među pacijentima s prebivalištem u gradu Zagrebu je bio i veći (62,9%). Malo manje od trećine pacijenata činili su, većinom malodobnici i mlađi punoljetnici, eksperimentatori kanabinoidima (30,4% od svih pacijenata i 29,0% onih iz grada Zagreba). Na trećem mjestu bili su uživatelji psihostimulativnih sredstava sa 6,3% udjela od ukupnog broja pacijenata, odnosno 6,9% udjela pacijenata iz grada Zagreba. Sva ostala sredstva zajedno su od svih prvodošlih pacijenata činila samo 2,1%, a od pacijenata iz grada Zagreba samo 1,2% (Tablica 34. i Slika 5.).

Tablica 34.
Struktura prvodošlih ovisnika u
Centar 2000. prema vrsti
droge

Glavno sredstvo ovisnosti	Svi prvodošli		Grad Zagreb	
	Broj	%	Broj	%
Opijati	348	61,2	254	62,9
Psihostimulansi	36	6,3	28	6,9
Sedativi	9	1,6	4	1,0
Halucinogeni	1	0,2	0	0,0
Inhalanti	0	0,0	0	0,0
Kanabinoidi	173	30,4	117	29,0
Drugo	2	0,4	1	0,2
Nepoznato	7		5	
Ukupno	576	100,0	409	100,0

Terapeuti Centra za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" su u tijeku 2000. registrirali ukupno 8.781 ambulantnih pregleda sa 1.747 pacijenata. U prosjeku svaki je pacijent bio na pet kontrolnih ambulantna pregleda, odnosno jednom u 10 tjedana. Za optimalni nadzor ovisnika u terapijskom procesu, trebalo je osigurati barem jednu terapiju



sku seansu svaka dva tjedna u prosjeku ili 5 puta više no što je ostvareno. Mali tim od četiri terapeuta nije bio u stanju učiniti više.

Slika 5.

Sastav pacijenata po glavnom sredstvu ovisnosti za sve prvodošle pacijente u Centar za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" 2000.

Ambulantno liječeni pacijenti iz Zagreba u 2000.

2000.	Pacijenti liječeni ambulantno			Od toga prvodošli		
	Sve dijagnoze	Opijatski	U metadon. programu	Svi prvodošli	Opijatski	U metadon. programu
Broj	1.307	1.074	729	416	267	153

Podaci su zadnji put ažurirani 26. 6. 2001.

U desnom dijelu tablice je od ukupnog broja liječenih u prošloj godini prikazan broj onih pacijenata koji su se prvi put javili u Centar, te od toga broja broj pacijenata koji primarno uzimaju opijatska sredstva ovisnosti i oni kojima je kao početna terapija bila omogućena detoksifikacija uz primjenu metadona u okviru izvanbolničkog postupka.

Od ukupnog broja pacijenata koji su obrađeni u 2000. vidljivo je da dominiraju opijatski pacijenti (N = 1.058; 82,3%). Na drugom mjestu su uzimaoci i eksperimentatori kanabisom (N = 136; 10,6%). Uzimaoci svih ostalih sredstava zajedno zauzimaju tek manji dio ambulantnog rada Centra (7,1%) (Tablica 36.).

Tablica 35.

Svi ambulantno liječeni pacijenti koji su tretirani jednom ili više puta tijekom 2000. u Centru

Tablica 36.
Distribucija svih pacijenata
Centra u 2000. prema
glavnom sredstvu

Glavno sredstvo	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Opijati	1.058	1.058	82,3	82,3
Kanabinoidi	136	1.194	10,6	92,9
Sedativi	24	1.218	1,9	94,8
Kokain	5	1.223	0,4	95,2
Psihostimulansi	11	1.234	0,9	96,0
Halucinogeni	2	1.236	0,2	96,2
Otapala	2	1.238	0,2	96,3
Politoksikomania	45	1.283	3,5	99,8
Patološko kockanje	2	1.285	0,2	100,0
Nema podataka u računalu	2	1.287		

U nekom od oblika metadonske terapije nalazilo se tijekom godine 71,3% opijatskih pacijenata, dok je 28,7% opijatskih pacijenata bilo bez metadona prilikom zadnjeg javljanja u Centar (Tablica 37.). U programu održavanja na metadonu bila je trećina heroinskih ovisnika dok su ostali zatražili pomoć u odvikavanju. Pri tome je metadon za detoksifikaciju bio korišten kod trećine pacijenata. Da su veći kapaciteti za provođenje bolničkog detoksifikacijskog programa, znatno veći broj ovisnika bi uspio uspostaviti apstinenciju i primjena metadona bi manje i kraće bila indicirana.

Tablica 37.
Distribucija opijatskih pacijenata
prema tretmanu koji je bio
provođen pri zadnjem dolasku
u Centar

Vrsta tretmana	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Detox brzi	105	105	10,5	10,5
Detox spori	242	347	24,2	34,7
Održavanje	366	713	36,6	71,3
Bez heptanona	281	994	28,1	99,4
Hospitalizacija	6	1.000	0,6	100,0
Nema podataka u računalu	58	1.058		

Visoki postotak opijatskih pacijenata (59,3%) u tretmanu Centra u 2000. je apstinirao od svog primarnog sredstva ovisnosti, u ovom slučaju heroina. Više od četvrtine (26,2%) ih je bila poboljšana u tretmanu, ali još bez postavljene stabilne apstinencije, dok je stanje kod manjeg broja onih s najtežom kliničkom slikom ovisnosti (14,5%) ostalo nepromijenjeno ili pogoršano (Tablica 38.). Centar u Vinogradskoj ima razrađen sustav bilježenja stanja kod svakog ponovnog dolaska kad se uz pregled, provedenu terapijsku seansu, učini i kontrola urina na mjestu. To omo-

gućava stalnu evaluaciju terapijskog rada. Uzevši u obzir uvjete rada, mali broj terapeuta u odnosu na veliki broj teških heroinskih ovisnika, rezultati su izvrsni i potvrđuju rezultate velike američke evaluativne studije prema kojoj je primjenom adekvatnih programa moguće kod tih najtežih ovisnika reducirati uzimanje heroina za 70% a smanjiti njihovu kriminalnu aktivnost za preko 50%.

Zlorab heroina	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Apstinira	554	554	59,3	59,3
Poboljš / ne apstinira	245	799	26,2	85,5
Nepromijenjen / pogoršan	136	935	14,5	100,0
Nema podataka u računalu	123	1.058		

Tablica 38.

Distribucija opijatskih pacijenata prema zlorabi glavnog sredstva pri zadnjem dolasku u Centar

Postotak pacijenata neopijatske dijagnoze koji su apstinirali od svog primarnog sredstva ovisnosti u 2000. je vrlo sličan broju opijatskih apstinenata (65,6%). Četvrtina (25,7%) ih je poboljšano, a manji broj tih pacijenata (8,7%) je nepromijenjenog ili pogoršanog stanja (Tablica 39.).

Zlorab	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Apstinira	120	120	65,6	65,6
Poboljš / ne apstinira	47	167	25,7	91,3
Nepromijenjen / pogoršan	16	183	8,7	100,0
Nema podataka u računalu	42	225		

Tablica 39.

Distribucija neopijatskih pacijenata prema zlorabi glavnog sredstva pri zadnjem dolasku u Centar

Za 674 opijatskih pacijenata je poznato jesu li ili nisu napravili markere na HBV (Tablica 40.). Od njih 586 (86,9%) je testirano, a pozitivan rezultat ih ima 99 (ili gledano od broja testiranih - 16,9%). Nadalje, postoje podaci za 742 opijatskih pacijenata jesu li ili nisu napravili markere na HCV (Tablica 41.). Testirano ih je 655 (88,3%), a pozitivan rezultat ih ima 290 (ili gledano od broja testiranih - 43,0%). Je li ili nije napravljen HIV test poznato je za 667 opijatskih pacijenata (Tablica 42.). Od 579 testiranih samo 4 (0,7%) ih je pozitivno. Konstantno, od početka HIV epidemije u Europi, među zagrebačkim ovisnicima postotak zaraženih krajnje je nizak, ispod 1%. Još koncem osamdesetih, u Beogradu je preko 50% ovisnika bilo zaraženo virusom HIV-a, u susjednoj nam Italiji isto tako.

Hrvatska se od HIV epidemije nije slučajno zaštitila. Pravovremene mjere, koje su radi zaštite intravenoznih ovisnika pokrenuli stručnjaci Centra za ovisnosti (Vinogradska, Zagreb) pokazale su izvanredne rezultate i silno su pridobile da se ni u ostaloj populaciji nije dogodila epidemija. Omogućavanje kupovanja čistog pribora u ljekarnama kao i stalna edukacija licem u lice ovisnika kroz program tretmana uz ostale mjere koje su kasnije poduzimane od strane Komisije za AIDS Ministarstva zdravstva RH, rezultirale su tako niskom pojavnosti te neizlječive bolesti.

Tablica 40.
Opijatski pacijenti s obzirom na rezultat testa za Hepatitis B

HBV status	Broj	Kumul. broj	Postotak	Kumul. postotak
Negativan	487	487	83,1	83,1
Pozitivan	99	586	16,9	100,0
Nije testiran	88	674		
Nepoznato	384	1.058		

Tablica 41.
Opijatski pacijenti s obzirom na rezultat testa za Hepatitis C

HCV status	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Negativan	365	365	55,7	55,7
Pozitivan	290	655	44,3	100,0
Nije testiran	87	742		
Nepoznato	316	1.058		

Tablica 42.
Opijatski pacijenti s obzirom na rezultat testa za HIV

HIV status	Broj	Kumul. broj	%	Kumul. postotak
Negativan	575	575	99,3	99,3
Pozitivan	4	579	0,7	100,0
Nije testiran	88	667		
Nepoznato	391	1.058		

Prvodošli pacijenti s prebivalištem u gradu Zagrebu tijekom 2000. (Deskriptivna statistika napravljena prema podacima ažuriranim 1. 5. 2001.)

U 2000. u Centar za liječenje ovisnosti (Vinogradska, Zagreb) javilo se radi bilo kojeg problema s uzimanjem sredstava ovisnosti (osim alkohola) 409 osoba s prebivalištem u gradu Zagrebu. Od toga je muških osoba bilo 321 (78,5%), a ženskih 88 (21,5%). Prosječna dob je 22,8 godine, raspon dobi je 13 do 66 godina, a maloljetnih osoba je 65 (7,9%). Osobe uglavnom dolaze na vlastitu inicijativu (35,9%) ili na poticaj obitelji (34,4%), a u manjoj su mjeri upućeni od liječnika primarne zaštite (9,9%). U još manjoj su mjeri primorani na dolazak uslijed zahtijeva Općinskog državnog odvjetništva, suda ili policije (3,8%). Trećina ih

je nezaposlena (33,0%), a 38,6% se školuje u trenutku javljanja (24,1% učenici, 14,5% studenti), dok ih je u stalnom radnom odnosu samo 19,8%. Najveći broj njih (Tablica 34.), gotovo dvije trećine, dolazi zbog problema uslijed uzimanja opijata (62,9%), 29,0% zbog uzimanja kanabino-ida, 6,9% zbog psihostimulansa. Sve su ostale droge zastupljene u manjoj mjeri.

S obzirom na to da se najčešće javljaju opijatski ovisnici, u daljnjem ćemo tekstu iznijeti neke podatke koji se odnose na 254 osobe koje su se u 2000. javile na liječenje. U vrijeme javljanja na liječenje tri četvrtine njih (75,6%) uzima heroin uglavnom intravenozno, 13,8% ga uzima kroz nos, a 2,4% ga puši na foliji. Oko četvrtine osoba (25,6%) do trenutka javljanja na liječenje uzima heroin kraće od 6 mjeseci, a nešto manje od dvije trećine (63,0%) uzima kraće od 18 mjeseci. Kraće od dvije godine opijate uzima čak tri četvrtine (75,8%) prvodošlih pacijenata. U rizično ponašanje, među ostalim, spada dijeljenje pribora za intravenozno uzimanje droge jer se tako znatno povećava mogućnost zaraze hepatitisom B i C te virusom AIDS-a. Od 209 osoba koje su barem jedanput u životu heroin uzele intravenozno, 67,6% ih je barem jedanput u životu i dijelilo pribor. Unatoč tome, pri prvom dolasku čak 66% nije nikada testirano na hepatitis B i C, a 70% nije testirano na HIV. Sve pokazatelje prikupili su i obradili provoditelji epidemiološkog istraživanja u Centru za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice", koje se provodi od 1996. u okviru projekta *Pompidou Group* Vijeća Europe.

Zdravstvena ustanova	Broj slučajeva
Psihijatrijska bolnica Jankomir	30
Psihijatrijska bolnica Vrapče	447
Klinička bolnica "Sestre milosrdnice"	1.327
KBC Zagreb (Rebro)	2
Specijalna bolnica za psihijatriju djece i mladeži Zagreb	4
Bolnica Banski dvori - opća bolnica Varaždin	1
DZ Rijeka - Centar za prevenciju	3
Šibenik - Centar za liječenje	2
Ukupno	1.816

Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Tablica 43.

Broj ovisnika s prebivalištem u gradu Zagrebu prema zdravstvenim ustanovama u kojima su tretirani u 1999.

Zagrebački ovisnici liječili su se tijekom godine u različitim zdravstvenim ustanovama (Tablica 43.). Pojedine osobe su se liječile i u više različitih ustanova, pa su tako 1.533 osobe koristile 1.816 puta hospitalni program unu-

tar zdravstvenih ustanova tijekom 1999. Od ukupne populacije evidentiranih i tijekom 1999. liječenih zagrebačkih ovisnika, približno 70% ih je kontaktiralo Centar u Vinogradskoj.

U Kliničkoj bolnici "Sestre milosrdnice" najveći udio liječenih je iz grada Zagreba i Zagrebačke županije (64,8%), a iz ostalih županija 35,2%. Istodobno, u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče udio liječenih iz grada Zagreba iznosi 65,0%.

Većinu pacijenata (75,2%), od ukupnog broja pacijenata Centra, čine pacijenti s prebivalištem u gradu Zagrebu. Tako su i pacijenti koji se prvi put jave na liječenje, većinom iz grada Zagreba (71,0%). Iako postoji dosta podudarnosti u karakteristikama između zagrebačkih ovisnika i ovisnika iz drugih krajeva Hrvatske koji su se liječili u tom programu, opažaju se i neke različitosti. Kao prvo, Zagreb je naša najveća urbana sredina, u kojoj je oko 25% ovisnika koji su se javili u Centar bilo iz manjih sredina u kojima još nisu organizirani regionalni centri za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti. Oni su prinuđeni pomoć potražiti drugdje. Kako je ovo Centar s najdužim i najvećim iskustvom, iz tog razloga se i odlučuju za njega. U tablicama koje slijede obrađeni su podaci isključivo za osobe s prebivalištem u Zagrebu liječene tijekom 2000.

Tablica 44.

Odnos broja svih muških i ženskih prvodošlih pacijenata liječenih 2000. s prebivalištem u gradu Zagrebu

Spol	Sva sredstva		Opijati	
	Broj	%	Broj	%
Muški	321	78,5	199	78,3
Ženski	88	21,5	55	21,7
Ukupno	409	100,0	254	100,0

Omjer muških i ženskih pacijenata (Tablica 44.), od ukupnog broja pacijenata prvi put evidentiranih 2000. u Centru, je 3,7 : 1, dok je za opijatske pacijenta malo niži i iznosi 3,6 : 1 što je opet sve nešto niže od omjera spolova za pacijente izvan Zagreba.

Tablica 45.

Tko je inicirao dolazak u Centar, zasebno za sve prvodošle pacijente i posebno samo za opijatske prvodošle, s prebivalištem u gradu Zagrebu tijekom 2000.

Upućen od	Svi pacijenti		Opijatski	
	Broj	%	Broj	%
Osobno	142	35,9	120	48,6
Obitelji	136	34,4	60	24,3
Prijatelja	23	5,8	21	8,5
Drugog centra	3	0,8	3	1,2
Liječnika	39	9,9	23	9,3
Bolnice	19	4,8	11	4,5

Upućen od	Svi pacijenti		Opijatski	
	Broj	%	Broj	%
Socijalne službe	5	1,3	1	0,4
Suda/ODO	15	3,8	2	0,8
Drugo	11	2,8	4	1,6
Osobno/obitelj	2	0,5	2	0,8
Nepoznato	14		7	
Ukupno	409	100,0	254	100,0

Tablica 45.
(nastavak)

Gledano sve prvodošle pacijente zajedno (Tablica 45.), podjednak broj ih je došao samovoljno i upućenih od obitelji (35,9% i 34,4%), što ujedno čini više od dvije trećine prvodošlih pacijenata. Od liječnika opće medicine ih je upućeno oko 10%. Kod opijatskih prvodošlih pacijenata situacija je bitno različita. Dvostruko više (a ujedno i najviše) ih je došlo svojevorno (48,6%) nego što je upućenih od obitelji (24,3%), dok je od liječnika opće medicine upućeno 9,3%, a od prijatelja 8,5%. Dakle polovica opijatskih ovisnika koji su se 2000. javili na liječenje u Centar, sami su se odlučili na taj potez. Na sve ostale načine zajedno, upućeno ih je manje od 10%. Ako se u neki program dragovoljno i bez pritiska represivnog aparata ili obitelji javi gotovo polovica svih prvodošlih heroinskih ovisnika, to je znak da je taj program konceptijski izvrsno prilagođen naravi problema tih bolesnika te oni imaju povjerenje u stručnjake koji ga provode.

Radni status	Svi pacijenti		Opijatski	
	Broj	%	Broj	%
Redovan posao	78	19,8	62	25,7
Nezaposlen	130	33,0	104	43,2
Povremeni posao	22	5,6	20	8,3
Učenik	95	24,1	13	5,4
Student	57	14,5	35	14,5
Umirovljenik	5	1,3	2	0,8
Samostalna djelatnost	4	1,0	3	1,2
Drugo	3	0,8	2	0,8
Nepoznato	15		13	
Ukupno	409	100,0	254	100,0

Tablica 46.
Radni status svih prvodošlih i samo opijatskih pacijenata s prebivalištem u gradu Zagrebu za 2000.

Trećina (33,0%) ukupnog broja prvodošlih pacijenata u 2000. je nezaposlena, dok je kod opijatskih taj broj još veći (43,2%) (Tablica 46.). Nemogućnost zapošljavanja na-

kon završene srednje škole postaje dodatni uzrok velikom broju konzumenata kanabisa ili drugih nešto manje adiktivnih droga da krenu prema uzimanju heroína. Zaposlena je tek petina (19,8%), a opijatskih jedna četvrtina. Razliku u proporciji zaposlenih objašnjava udio učenika u ukupnom broju pacijenata i udio učenika među opijatskim pacijentima. Najveći broj neopijatskih pacijenata čine učenici koji su većinom eksperimentirali kanabinoidima i uhvaćeni od roditelja ili policije, bili upućeni u Centar.

Tablica 47.

Sadašnji uvjeti života svih prvodošlih pacijenata s prebivalištem u gradu Zagrebu i od toga samo za opijatske za 2000.

Sadašnji uvjeti života	Svi pacijenti		Opijatski	
	Broj	%	Broj	%
Živi sam	20	5,3	15	6,4
S primarnom obitelji	303	80,2	174	74,7
Sa sekundarnom obit.	20	5,3	18	7,7
S prijateljima	6	1,6	2	0,9
S partnerom	20	5,3	20	8,6
U instituciji	7	1,9	3	1,3
Drugo	2	0,5	1	0,4
Nepoznato	31		21	
Ukupno	409	100,0	254	100,0

Četiri petine – 9.360 (80,2%) prvodošlih pacijenata u 2000. živjelo je u trenutku javljanja u Centar sa svojom primarnom obitelji (primarnu obitelj mogu činiti: otac, majka, braća ili sestre, djedovi, bake) (Tablica 47.). To govori da hrvatska obitelj teško napušta svog člana i zahvaljujući tome malo je posve zapuštenih i napuštenih teških ovisnika skitnica na ulicama naših gradova. Opijatskih pacijenata je s primarnom obitelji živjelo tri četvrtine (74,7%). Na drugom mjestu je život sa sekundarnom obitelji ili partnerom. Desetina (10,6%) svih pacijenata živi u takvim uvjetima, a opijatskih nešto više od toga (16,3%). Institucija se najčešće odnosi na kazneno-popravne ustanove ili zatvore.

Tablica 48.

Vrsta tretmana ili terapije koja je započeta kod prvog dolaska pacijenata s prebivalištem u gradu Zagrebu u 2000.

Početak liječenja	Svi pacijenti		Opijatski	
	Broj	%	Broj	%
Brza detoksifikacija	126	33,6	126	54,1
Spora detoksifikacija	19	5,1	19	8,2
Održavanje	1	0,3	1	0,4
Detoks. bez heptanona	48	12,8	38	16,3
Bez medik. / psihosoc. terap.	49	13,1	17	7,3
Upute/savjetovanje/suport	109	29,1	20	8,6

Početak liječenja	Svi pacijenti		Opijatski	
	Broj	%	Broj	%
Upućen u drugi centar	17	4,5	6	2,6
Tretman nije počeo	2	0,5	2	0,9
Hospitalizacija	4	1,1	4	1,7
Nepoznato	34		21	
Ukupno	409	100,0	254	100,0

Tablica 48.
(nastavak)

Metadonski program je indiciran samo za heroinske (opijatske) ovisnike. Od svih opijatskih ovisnika kod kojih je kao početni tretman primijenjen metadon, više od četiri petine (86,3%) ih počinje s programom brze detoksifikacije (trajanje detoksifikacije metadonom koje se predviđa završiti u roku od 45 dana) (Tablica 48.). Duže od toga se smatra sporom detoksifikacijom metadonom, a na taj program koriste daljnjih 13% prvodošlih heroinskih ovisnika. U program održavanja, od ukupnog broja onih koji ulaze u metadonski program, kod prvog javljanja na liječenje, ulazi manje od 1%. Bez metadonskog programa se pri prvom dolasku zbrinjava oko trećina (32,2%) opijatskih ovisnika. Mali broj se upućuje u druge centre po mjestu stanovanja, a za manje od 2% je indicirana trenutna hospitalizacija, najčešće prvo na Odjel intenzivne njege psihijatrije. Najvećem broju neopijatskih pacijenata (57,4%) omogućava se obiteljski pristup uz upute, savjetovanje i podršku, jer se mahom radi o maloljetnicima ili mlađim punoljetnicima koji su eksperimentirali kanabinoidima, a u manjoj mjeri inhalantima i psihostimulansima. Oni za koje se zaključuje da je problem ozbiljniji naravi ili je nastupilo navikavanje ili razvoj ovisnosti o sredstvu, ulaze u program psihosocijalne terapije bez primjene psihofarmaka u trajanju od šest mjeseci do dvije godine, a kod manjeg broja, najčešće pacijenata s drugom psihijatrijskom dijagnozom, uz navedeno koriste se mogućnosti i specifične farmakoterapije.

Bračni status ovisnika	Svi pacijenti		Opijatski	
	Broj	%	Broj	%
U braku	26	6,8	21	8,9
Neudana/neoženjen	344	89,6	204	86,1
Rastavljen/a	7	1,8	6	2,5
Udovac/udovica	1	0,3	0	0,0
Izvanbračna zajednica	6	1,6	6	2,5
Nepoznato	25		17	
Ukupno	409	100,0	254	100,0

Tablica 49.
Bračni status prvodošlih pacijenata s prebivalištem u gradu Zagrebu u 2000.

Kako se mahom radi o mlađim ljudima, više od četiri petine pacijenata u trenutku javljanja na liječenje je neudano/neoženjeno (Tablica 49.). Mali dio je u braku ili u izvanbračnoj zajednici (njih 27) i to većinom opijatskih pacijenata, od kojih je to udio od 11,4%.

Tablica 50.
 Imaju li privedoši pacijenti u 2000. s prebivalištem u gradu Zagrebu djece

Ima li djece	Svi pacijenti		Opijatski	
	Broj	%	Broj	%
Da	35	9,6	32	14,3
Ne	326	89,8	190	84,8
Nema djece, trudnoća u tijeku	2	0,6	2	0,9
Nepoznato	46		30	
Ukupno	409	100,0	254	100,0

Najveći broj (90%) pacijenata koji su se javili u 2000. nemaju djecu (Tablica 50.). Od ukupnog broja opijatskih pacijenata, oni s djecom čine 14,3%. Od neopijatskih pacijenata u Centru roditelja je samo 1,9% i zbog toga što su većinom vrlo mlada populacija.

Tablica 51.
 Bračni status roditelja pacijenata s prebivalištem u gradu Zagrebu pri prvom dolasku u Centar za 2000.

Bračni status roditelja	Svi pacijenti		Opijatski	
	Broj	%	Broj	%
Braku / izvanbračna zaj.	225	63,0	139	63,5
Rastavljeni	80	22,4	46	21,0
Vanbračno dijete	3	0,8	0	0,0
Udovac	10	2,8	9	4,1
Udovica	33	9,2	23	10,5
Oba roditelja umrli	6	1,7	2	0,9
Nepoznato	52		35	
Ukupno	409	100,0	254	100,0

Nešto manje od dvije trećine (63%) roditelja, ovisnika koji su se javili po prvi puta na liječenje 2000., u tom je trenutku bilo u braku (Tablica 51.). Pacijenata, čiji su roditelji u trenutku javljanja u Centar bili rastavljeni, bilo je 80 (ili 22,4%). Oko 10% ovisnika je uslijed smrti ostalo bez oca, a manji broj, velikom većinom opijatskih (9 od 10), bez majke (4,1% opijatskih pacijenata). Od ukupnog broja 1,7% pacijenata je ostalo bez oba roditelja, ili od opijatskih 0,9%. Troje neopijatskih pacijenata su izvanbračna djeca (0,8%). Ovi podaci pokazuju da je kvaliteta obiteljskog života bila teško narušena kod 37% ovisnika. Mnoge obitelji su ostale zajedno, cjelovite su ali unatoč toga izrazito disfunkcionalne. To je uz opće društvene čimbenike najčešći uzrok pojave zlorabe droga.

Godina dolaska	Broj validnih	Arit. sr. godina	Std. dev.	Median godina	Najkraće	Najduže
1995.	194	3,96	3,51	3	1	23
1996.	238	3,95	2,88	3	1	20
1997.	263	3,67	3,05	3	1	24
1998.	290	3,84	3,07	3	1	23
1999.	248	4,46	3,43	4	1	25
2000.	288	4,69	3,16	4	1	24

Podatak o trajanju opijatskog ovisničkog “staža” je dobiven oduzimanjem dobi početnog uzimanja od dobi javljanja u Centar (Tablica 52.). Kako se dob upisuje u obliku cijelog broja godina, to nije precizna mjera, ali može pokazati trend. Također ni upotreba aritmetičke sredine nije opravdana jer je distribucija trajanja uzimanja opijata izrazito asimetrična i iz tog razloga je uzet i median kao pokazatelj srednjeg trajanja zloporabe. U svakom slučaju vidljiv je trend produljenja trajanja ovisničkog “staža” prije javljanja u Centar i traženja pomoći. To je znak da su slabije mjere sekundarne prevencije te da su kapaciteti terapijskih programa nedostatni pa se ne poduzimaju posebne i specifične, aktivne mjere za privlačenje korisnika terapijskih programa. Posve iscrpljen tim Centra u Vinogradskoj više ne nagovara ovisnika na liječenje te da sa sobom povede i svog drogiranog prijatelja. I za one koji sami dođu više nema vremena niti snage za kvalitetan terapijski rad. Ako je trajanje uzimanja heroína u prosjeku četiri godine prije dolaska na prvo liječenje, to znači da su izvan terapijskih programa uz starije i nikad liječene heroínske ovisnike i barem četiri mlade generacije konzumenata heroína čiji je broj približan broju onih koji se jave u jednoj godini pomnožen sa četiri ili oko 1.100 osoba.

Prvo sredstvo	Hrvatska		Grad Zagreb	
	Broj	%	Broj	%
Opijati	14	4,8	10	4,7
Stimulansi	14	4,8	10	4,7
Sedativi	6	2,1	4	1,9
Halucinogeni	4	1,4	3	1,4
Inhalanti	25	8,6	19	8,8
Kanabinoidi	225	77,6	168	78,1
Drugo	2	0,7	1	0,5
Nepoznato	58		39	
Ukupno	348	100,0	254	100,0

Slavko Sakoman Društvo bez droge?

Tablica 52.

Trajanje uzimanja opijata od prvog uzimanja do javljanja u Centar, za prvodošle pacijente iz Hrvatske (za koje imamo taj podatak) od 1995. do 2000.

Tablica 53.

Prvo sredstvo koje su ikad uzeli opijatski pacijenti, za sve prvodošle u 2000.

Vidljivo je da je uvjerljivo najveći broj opijatskih ovisnika što su se javili na liječenje tijekom 2000. započeo svoju ovisničku karijeru eksperimentiranjem kanabisom (77,6%) (Tablica 53.). Na drugom mjestu su inhalanti (većinom ljepila, a minimalno benzin i plin) koji su u početku većini mladih najdostupniji. No zadnjih godina, kanabinoidi su postali značajno rašireniji nego prije, pa tako i dostupniji mladima sklonim eksperimentiranju.

Rizično ponašanje prvodošlih pacijenata

Tablica 54.

Način uzimanja glavnog sredstva (opijata) za prvodošle pacijente u 2000. s prebivalištem u gradu Zagrebu

Način uzimanja	Broj	%
Uzima i. v.	192	78,4
Puši	6	2,4
Guta/pije	12	4,9
Ušmrkava	35	14,3
Nepoznato	9	
Ukupno	254	100,0

Najveći broj naših prvodošlih opijatskih pacijenata glavno sredstvo uzima intravenozno (78,4%), što je logično jer obično pomoć zatraže kad im je tolerancija već toliko narasla da ne mogu više namaknuti novac potreban za svakodnevnu količinu droge (Tablica 54.). U početku ih većina heroin ušmrkava, ali kako je za ušmrkavanje potrebna puno veća količina heroina nego za intravenoznu aplikaciju, kako tolerancija raste zbog redovite konzumacije, nakon nekog perioda prelaze na iglu. Za jedno vrijeme na taj se način smanjuje potrebna količina droge, no i tolerancija raste brže pa ih nemogućnost financiranja prisiljava da se obrate za pomoć.

Tablica 55.

Prosječne dobi početnog uzimanja bilo kojeg sredstva, prvog uzimanja opijata, prvog fiksiranja i dobi kad se javio na liječenje za prvodošle pacijente u 2000. s prebivalištem u gradu Zagrebu

Dob prvog ...	Prosjek	Najmlađi	Najstariji	Broj	Nepoznato
Uzimanja bilo koje droge	15,9	10	36	214	40
Uzimanja opijata	20,0	13	40	217	37
I. v. uzimanja	20,8	13	36	175	79
Javljanja u centar	24,3	17	47	253	1

Pacijenti koji su se na liječenje prvi put javili u 2000. u Centar za ovisnosti, počeli su eksperimentirati ilegalnim drogama u prosjeku u dobi od 15,9 godina i to kanabinoidima (77,6%) (Tablica 55.). Heroin su prvi puta probali u dobi od 20 godina ušmrkavanjem, nastavljaju uzimati na taj način slijedećih 10-ak mjeseci, kad prelaze na iglu u do-

bi od prosječno 20,8 godina. Nakon kratke početne faze kada izmjenjuju ušmrkavanje i fiksiranje, već prema količini novca i droge, prelaze u potpunosti na intravenoznu aplikaciju i na taj način uzimaju heroin slijedećih, u prosjeku, 3,5 godine, do dobi od 24,3 godine kad se zbog visoke tolerancije, nedostatka novca, zdravstvenih problema, zakonskih problema, gubitka socijalne potpore i kontakata, općenite izolacije od "normalnog" okruženja i svih ostalih nakupljenih problema javljaju u Centar.

Godina dolaska	Prosječna dob	Median dobi	Najmlađi	Najstariji	Broj	Nepoznato
1990.	23,6	24	14	38	79	0
1991.	27,2	27	15	67	258	2
1992.	25,7	25	13	71	205	1
1993.	25,1	24	14	49	285	0
1994.	24,5	23	14	54	254	1
1995.	24,3	23	14	44	314	1
1996.	24,1	23	15	65	317	0
1997.	23,2	22	15	46	332	3
1998.	23,1	22	15	63	371	4
1999.	24,3	23	16	46	274	1
2000.	24,9	24	17	49	347	1

Tablica 56.

Prosječna dob prvodošlih opijatskih pacijenata iz RH pri prvom dolasku za razdoblje 1990–2000.

Prosječna dob opijatskih pacijenata pri prvom javljanju na liječenje nije pouzdan pokazatelj stoga što je distribucija dobi jako asimetrična, tj. razvučena je jako na desno. To je posljedica nekolicine starijih uzimatelja, kojih dođe svake godine u broju dovoljnom da osjetno podigne prosječnu dob. Zbog toga je za prikaz iskorišten i medijan.

Vidi se da je vrijednost medijana za oko godinu dana niža od prosječne vrijednosti dobi. Najveći broj prvodošlih opijatskih ovisnika je u rasponu dobi od 22 do 24 godine (Tablica 56. i Slika 6.). To govori da je značajan broj mladića postalo ovisno ubrzo nakon završetka služenja vojnog roka. Podatak da se najteža droga, heroin u prosjeku počinje konzumirati tek oko dvadesete godine upozorava kako obitelji tako i institucije zajednice da usmjere svoju pozornost na tu činjenicu. Nemogućnost upošljavanja mnoge mlade nakon završene srednje škole, ako su prije toga konzumirali kanabis, usmjerava na put prema uzimanju heroina. Značajno viša prosječna dob pacijenata je bila 1991. (27 godina) i još 1992. (nešto više od 25 godina) jer je u to vrijeme započela primjena metadonskog progra-



Slika 6.

Prosječna dob svih prvodošlih opijatskih pacijenata u Centar za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice", za razdoblje 1990–2000.

Tablica 57.

Broj opijatskih prvodošlih pacijenata u 2000. s prebivalištem u gradu Zagrebu koji su bar jedanput opijate uzeli intravenozno

ma, koji je u kratko vrijeme privukao veliki broj nikada ranije liječenih opijatskih ovisnika, među kojim su mnogi imali već dugi ovisnički staž. To je naravno utjecalo na višu prosječnu dob pacijenata tih godina.

Je li ikad uzimao i.v.	Broj	%
Da	209	86,7
Ne	32	13,3
Nepoznato	13	
Ukupno	254	100,0

Mali je broj (32 ili 13,3%) prvodošlih opijatskih pacijenata u 2000. koji nikad nisu intravenozno konzumirali heroin i to su većinom pacijenti koje su roditelji ili policija razotkrili u relativno ranoj fazi razvoja ovisnosti, tako da još vremenski nisu uspjeli doći do igle (Tablica 57.).

Tablica 58.

Broj opijatskih prvodošlih pacijenata u 2000. s prebivalištem u gradu Zagrebu koji su ikada dijelili pribor za intravenozno uzimanje

Je li ikad dijelio pribor	Broj	%
Da	119	66,9
Ne	59	33,1
Nije uzimao i. v.	31	
Nepoznato	45	
Ukupno	254	100,0

Od onih koji su uzimali heroin intravenozno veći dio je (66,9%) bar jednom dijelio pribor za intravenoznu aplikaciju s drugim ovisnicima (Tablica 58.). Trećina ih je koristila samo svoj pribor. Nakon javljanja u Centar i po obavljenom savjetovanju većina ovisnika prestaje koristiti tuđi pribor, a također prestaje svoj pribor davati drugima.

	Muškarci (%)	Žene (%)
Imaju ili su imali problem sa zakonom	55,5	19,3
Nisu nikad imali problem sa zakonom	44,0	79,6
Nepoznato	0,5	1,1

Tablica 59.

Prvodošli pacijenti u Centar za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" za razdoblje 1998–2000. s obzirom na odnos sa zakonom

Tablica 59. potvrđuje kako je čak 56% muških heroin-skih ovisnika prije dolaska na prvo liječenje bilo u sukobu sa zakonom. To neizravno ukazuje na patologiju ponašanja te populacije i na težinu terapijskog rada s njima. Žene ovisnice su znatno rjeđe kontaktirane od strane represivnog aparata.

PROCJENA EPIDEMIOLOŠKE SITUACIJE KRAJEM 2000.

- Ukupan broj **ovisnika** o svim ilegalnim drogama – oko 15.000 (stopa 3,1 na 1.000 stanovnika).
- Ukupan broj do sada liječenih (registriranih) ovisnika o heroinu – oko 7.000.
- Heroinski ovisnici su kod dolaska na prvo liječenje stari oko 24 godine, 4 puta su češće muškog spola, a heroin su u prosjeku prvi puta probali sa 19 godina.
- Procjena ukupnog broja ovisnika o heroinu – oko 13.000. Broj ovisnika o heroinu koji su drogu jednom ili više puta uzimali intravenozno – oko 80%.
- Ukupan broj svih novih ovisnika u 2000. – oko 2.000 (procjena), od čega 1.700 heroinskih.
- Broj prvi puta liječenih ovisnika o heroinu (2000.) – ukupno 1.200 osoba.
- Broj ovisnika umrlih od iznenadne smrti (uglavnom od predoziranja) godišnje – oko 50.
- Ukupan broj tzv. rekreativnih (tjednih) uzimatelja droga (najčešće marihuane) – oko 50.000, od čega oko 8.000 povremenih uzimatelja opijata.
- Ukupan broj svih osoba u državi koje barem jedanput u godini probaju bilo koju drogu (uglavnom marihuana i hašiš) – oko 150.000.
- Broj ovisnika o kokainu – 700.

- Broj povremenih (vikend) konzumenata kokaina - oko 3.000.
- Broj povremenih konzumenata amfetamina i MDMA (Ecstasy) - oko 8.000.
- Broj ovisnika (prিতvorenici, osuđenici) u kaznenim ustanovama - oko 1.200 godišnje.
- Broj ovisnika o opijatima kod kojih je tijekom 2000. korišten metadon za sporu detoksifikaciju ili za dugotrajno održavanje - oko 2.500.
- Broj **ovisnika** koji su tijekom 2000. bili u bilo kojem od organiziranih programa tretmana (u zemlji ili inozemstvu) - oko 6.500 (od tog broja u bolničkim specijaliziranim programima bilo je oko 500 ovisnika).
- Broj ovisnika koji su tijekom 2000. boravili u terapijskim zajednicama (u zemlji ili inozemstvu) - oko 600.
- Broj ovisnika zaraženih C hepatitisom - oko 7.000.
- Broj ovisnika zaraženih HIV infekcijom - oko 0,9%.

III.

Temeljna obilježja
zloporabe droga
u Hrvatskoj





STANJE ZLOPORABE DROGA U HRVATSKOJ

Od 1991., zbog rata, političkog uređenja i načina funkcioniranja države, sve je snažniji, agresivniji i bolje organiziran kriminal, a time i ponuda droga na ilegalnom tržištu. U svezi s tim od 1993. započinje epidemija ovisnosti s brzim rastom konzumenata droga među mladima (osobito ecstasy, amfetamin i kanabis) i novooboljelih heroinskih ovisnika u sustavu za tretman. Mnogo je mladića na ratštima širom Hrvatske postalo ovisno i znatan dio njih uz ovisnost pati i od PTSP. Kulminacija epidemije je bila 1998. Tek tijekom 1999. opaža se smirenje situacije i znak zaustavljanja epidemije. Političke promjene početkom 2000., što je i bilo za očekivati radi velikih kadrovskih promjena u ministarstvima i institucijama, destabilizirale su postojeći sustav za kontrolu droga, što je rezultiralo povećanjem ponude droga. Organizirani kriminal se nevjerojatno brzo prilagođava i dok se politički establišment i represivni aparat nakon izbora bavio kadrovskim križaljka, na ulicama gradova povećala se dostupnost čistijeg i jeftinijeg heroina. (Primjerice, u prvoj polovici 2001. cijena heroina uz rast čistoće, je u nekim gradovima pala na svega 40 DEM što je na tržištu droge vrlo "jeftino"). Mnogo povremenih konzumenata te droge zbog toga je u kratko vrijeme postalo ovisno a dio ranijih ovisnika produbilo je svoju ovisnost pa su se radi toga javili na liječenje u većem broju. Znatno je povećano i zanimanje mladih za uzimanje droga radi nepotrebnih medijskih rasprava o dekriminalizaciji marihuane, ali i za preprodaju droga (radi rasta nezaposlenosti), pa je u svezi s tim ponovo porastao broj novooboljelih teških ovisnika. Već prvih mjeseci "nove" vlasti počela se osjećati slabija potpora stručnjacima koji su prethodnih godina provodili program. To je rezultiralo u 2000. povećanjem po prvi puta liječenih opijatskih ovisnika za oko 20% u odnosu na prethodnu godinu.

Nakon što je nova politička garnitura nakon izbora 2000. preko osoba na čelu s dr Barbirom, koje su u stručnom smislu bile nekompetentne a osigurana im je raz-

mjerno velika moć (potpora potpredsjednika Vlade RH), započela proces marginalizacije stručnjaka za pitanje droga, provođenje Nacionalnog programa bilo je ugroženo u svakom pogledu. Odmakom od rata a time i nestankom čimbenika koji su pokrenuli heroinsku epidemiju (uz uvjet da je sustav za tretman i evidenciju funkcionirao barem na razini 1998.), trebao je biti nastavljen trend pada incidencije novooboljelih ovisnika (do podnošljivih 500 slučajeva u 2003.), što se na žalost nije dogodilo. Tijekom 2001. bilježi se apsolutno najviši broj novoevidentiranih (1.066 novih heroinskih slučajeva) ali se istovremeno javljaju znaci kolapsa temeljnog državnog sustava za tretman koji se više nije mogao nositi s tolikim prilivom novih teških bolesnika godišnje. Naime, država je preko svoje nove strukture za koordinaciju provedbe Nacionalnog programa zaustavila rast kapaciteta stručnih timova za tretman a postojeće je izvrgla grubom progonu i marginalizaciji. Konstantno je vršen udar na primjenu metadona, osiguran je sve širi prostor za utjecaj nestručnog i po mnogo čemu dubioznog NGO sustava, što se dodatno nepovoljno odrazilo i na motivaciju ovisnika i njihovih obitelji da traže stručnu pomoć, pa je opala kvaliteta terapijskog rada. Rezultat toga je da se dogodio veliki porast iznenadno umrlih ovisnika a pad slučajeva koji traže pomoć u 2002. i 2003. i to u sve starijoj prosječnoj životnoj dobi. Taj trend je dakako bio praćen rastom broja ovisnika koji su ostajali na ulici u zoni i pod kontrolom narko-kriminala. Radi toga se dogodio veliki porast teških kaznenih djela provala i pljački.

U odnosu na vrstu i dostupnost droga na ilegalnom tržištu, **najteži je problem u svezi s distribucijom i potrošnjom heroina.** Tijekom 2004. ponuda te droge je veća od potražnje. Dijelom je to uzrokovano činjenicom da je kupovna moć stanovništva sve slabija a dijelom da represivni aparat radi neadekvatne organiziranosti i kadrovske strukturiranosti gubi bitku s organiziranim kriminalom. Linija opskrbe ima nekoliko, od one tradicionalne "Balkanske rute" iz Srbije direktno prema Hrvatskoj ili obilazno preko Srbije ili Kosova prema BiH. Posebno je ojačala ona na relaciji Crna Gora, Zadar (u kojem je kriminalna struktura izrazito organizirana i moćna) i dalje prema Zagrebu i šire. Dakako da smanjenju potražnje za heroinom pridonosi i mogućnost da ovisnici dođu do liječnika koji će im osigurati promptnu stručnu pomoć primjenom lijekova (metadon, buprenorfin).

U nastojanju da organizirani kriminal osigura "planirani" profit, posljednjih godina pojačao je ponudu stimulativnih droga. Radi toga su sve prisutniji kokain, amfeta-

min i MDMA (ecstasy). Osobito je kokain postao profitabilan jer se ta droga na lokalnom ilegalnom tržištu slabo kontrolira a potrošači su osobe dobre kupovne moći, često i vrlo utjecajne (što ukazuje na bolju mogućnost zaštite tog kriminala putem koruptivnih sprega). I dalje se šire uzgoj, distribucija i konzumacija marihuane, koja je u 80% slučajeva prva droga kasnijim heroinskim ovisnicima. Uzgoj i distribucija čahura maka (od kojih se njihovim sušenjem i kuhanjem pripravlja tzv. opijumski čaj) posljednjih je godina značajno smanjena kao i zanimanje za domaći sirovi opijum, zbog lake dostupnosti heroina. Droga se počinje uzimati u mlađoj dobi, dok se prelazak na tešku opijatsku drogu, heroin događa od 1998. nešto kasnije. Na tu najtežu drogu sve se češće prelazi sa stimulativnih droga po savjetu *dealera* ("ako se želite brže 'smiriti i odmoriti' nakon uzimanja *speeda*, *ecstasy* ili kokaina, uzmite liniju *horsea*"). Raste broj nezaposlenih osoba koje se u kasnijim dvadesetim godinama odlučuju za uzimanje ili trgovinu drogama. U svezi s uzimanjem droga je i rast kriminala, kako među punoljetnim, tako i među maloljetnim osobama. Zbog nemogućnosti provedbe odgovarajuće edukacije ovisnika, zbog povećanog broja onih koji traže pomoć i preopterećenja malobrojnih terapijskih timova, mnogo mladih ovisnika su zaraženi C hepatitisom, što upozorava i na povećanu opasnost širenja HIV infekcije, srećom, radi preventivnih mjera cijepljenjem, opada broj zaraženih virusom B hepatitisa.

UTJECAJ DRUŠTVENO-POLITIČKIH PRILIKA I TRANZICIJE NA PONUDU I POTRAŽNJU DROGA I KVALITETU PROGRAMA SUZBIJANJA (1990–2004)

Zlouporaba droga prati se u Hrvatskoj od kasnih šezdesetih. Problem je bio pod dobrom kontrolom sve do devedesete. A onda se **u razdoblju od samo 13 godina broj ovisnika povećao za preko 6 puta**. Što se to promijenilo, što se sve uz rat događalo da se u tolikom broju povećala potrošnja ilegalnih droga? Radi čega država nije angažirala snažnije resurse da se tom trendu ozbiljno suprotstavi? Ili, radi čega se događala otvorena opstrukcija razvoja sustava za kontrolu droga? Koji je razlog da su stručnjaci i vrhunski profesionalci na ovom području pod stalnim udarom sustava moći? Da bi se odgovorilo na ta pitanja potrebno je sagledati ukupnost konteksta jedne zemlje u tranziciji koji "proizvodi" socijalnu patologiju. Potrebno je pojasniti i mehanizme i metode kojima se služe korumpirani elementi sustava u pokušaju eliminacije onih pojedinaca koji svojim djelovanjem ozbiljno ugrožavaju njihove interese.

Zbog tih pitanja, detaljnije se opisuje kroz primjer “problema u svezi zlouporabe droga” na koji način i s kojim posljedicama upravljačke elite štete društvu kada političku moć upotrijebe da bi uzurpirale prostor, koji ispred svega pripada stručnjacima i profesionalcima

Tranzicijsko društvo, znatno izraženije nego u uređenim demokracijama Zapada, je arena u kojoj praktički sve društvene procese (što ima implikacije i na brojne stručne programe od javnog interesa), kontrolira vrlo mali broj osoba tri sustava moći: politička (upravljačka) elita, novonastali vlasnici kapitala i sustav organiziranog kriminala. Zajednički interesi i korupcija su poveznica koja umrežuje elemente ta tri sustava koji su u permanentnoj interakciji kojom održavaju dinamičnu ravnotežu. U Hrvatskoj zasigurno značajan utjecaj na građanstvo a time i mnoge društvene procese, ima i Katolička crkva i to je razlog radi kojeg politička elita ustrajno nastoji tu instituciju instrumentalizirati za lakše ostvarenje svojih ciljeva. Da bi borba radi osobnih interesa za ostanak u areni u kojoj se dijeli plijen (novac, materijalna dobra, moć, javni utjecaj) bila uspješna, nužno je “imati” i “moći” kontrolirati medije kako bi se lakše manipuliralo građanima i održavao socijalni mir. Na pozornici arene su “glumci”, a sve bitno što se događa u državi, velika je i vješto režirana predstava. U režijskom dijelu posla značajnu ulogu su imali (a imaju i danas) elementi obavještajnih zajednica. Na realizaciju predstave najviše utjecaja imali su najiskusniji politički manipulatori te najvještiji i najbeskrupulozniji, uzimači raznih boja, “cro(pro)vizionari” za koje je kolega prof. dr. Z. Knezović izrekao poznati slogan: “Domovina kao imovina”. Istina je najmanje važna, za sustave moći i opasna, a zauzimanje za interese općeg dobra na margini je stvari. Rezultat je postignut ako narod živi u neznanju i pomiren u kreiranoj virtualnoj stvarnosti, zadovoljan “minimalcem”, plašen da može biti gore, a pred izbore zavodjen obećanjima kako će “s njima kada dođu na vlast” biti bolje. Političko tržište je uglavnom zatvoreno i zaštićeno instaliranim (izbornim) mehanizmima, samo se rotiraju pozicije istih lica, a ulaz nekih “novih snaga” i koncepcija za dugo, gotovo je nemoguć. Radi toga se održava kontinuitet nepravedne podjele materijalnih vrijednosti, nepotrebno slabijeg ekonomskog razvoja i nefunkcioniranja pravne države, što konkretno danas, slabi poziciju Hrvatske na međunarodnom planu, osobito u integrativnim europskim procesima. U hijerarhiji moći i podjeli utjecaja na stanje stvari, sva tri spomenuta sustava; politika, kapital i organizirani kriminal (kao paralelan sustav moći koji je dobrim dijelom infiltriran u prva dva), smišljeno opstruiraju funkcio-

niranje pravne države i dakako da im nije u interesu da na društvene procese i razvoj značajnije utječu osobe koje se zauzimaju za interese općeg dobra, moral, dominaciju znanja (znanosti) i kompetentnosti. Pomake u tom pravcu (obzirom da revolucija odavno nije u “modi”) mogao bi učiniti jedino neiskvaren, hrabar, konformizmu i instrumentalizaciji nesklon, onaj dio intelektualne elite društva koji “vidi istinu”, dakle i sam nije utopljen u virtualnom i koji se ne miri s takvim stanjem stvari. Da li takovi uopće postoje? Ako postoje (a postoje) zašto ne djeluju, zašto u javnosti “šute”?

Jedna od pretpostavki za uspješnu manipulaciju ukupnom društvenom zajednicom radi očuvanja pozicija a time i interesa opisanih sustava moći, kojima se vješto sužava (ako ne i paralizira) mogućnost djelovanja neiskvarene intelektualne elite, jest kontrola institucija društva i koliko je moguće strukovnih organizacija. Od svih “politika”, za ukupno funkcioniranje društva, najvažnija je dakako ona “kadrovska”. Obzirom da u nesretnom tranzicijskom društvu ne postoji crta razgraničenja između “struke i politike”, politička elita strogo vodi računa da na što većem broju čelnih mjesta važnih institucija i organizacija budu “njihovi ljudi” koji će, ako bude trebalo, javni interese kao pretpostavku očuvanja vlastitih pozicija podrediti interesima sustava koji su ih pozicionirali. Radi toga su izborne procedure ili poštteni javni natječaji, na kojima bi se na čelna i odgovorna mjesta izabirali najbolji, najpošteniji i najsposobniji, prava rijetkost. Na većinu najutjecajnijih (najmoćnijih) pozicija uglavnom zasjedaju oni koji zadovoljstvo i smisao života nalaze u osjećaju moći, važnosti i/ili uzimanju. Ono što daju, ukoliko nisu od onih koji čine samo štetu, je neusporedivo malo u odnosu na ono što uzimaju. A daje zapravo samo onaj koji više daje i pridonosi no što uzima. Tko pita za znanje i stručnost? Dobrovoljno je biti na poziciji. Da paradoks bude veći, mnogi političari niti u vlastitom mentalnom prostoru ne uspiju razgraničiti političko od stručnog. To se najbolje vidi neposredno nakon izbora kada se u žurbi dovršavaju i korigiraju kadrovske križaljke i kada nakon toga novi ministri počinju prezentirati svoje “vizije” i programe čak i na vrlo uskim stručnim područjima na kojima nikada u životu nisu djelovali. Osobito su u tom pogledu zanimljivi liječnici “političari”.

Čak što više, da bi institucije društva koje su pod kontrolom države, u kojima intelektualci nalaze posao, bile instrument za ostvarenje interesa upravljačke (političke) elite, ministri, ravnatelji, upravitelji, gradonačelnici, pročelnici itd. za svoje zamjenike i pomoćnike ne izabiru najstručni-

je, najkompetentnije, najposobnije, već podobne i poslušnike koji znaju što im je činiti da bi uživali u sigurnosti radnih mjesta i privilegijama svojih pozicija. Oni znaju što bi se dogodilo ako bi u svom djelovanju pokušali izići iz zadanih okvira boreći se za "istinu" i više autonomije. Oni znaju što im se može dogoditi ako budu "gledali", "čačkali" ili čak pokušavali ukazivati na "nepravilnosti" ili korupciju. Opominjući primjeri onih koji su to ipak pokušali i radi toga bili izloženi medijskom linču, mobbingu (bosingu) i snazi kadrovske metle, čak i sudskim postupcima, obeshrabruju većinu koja se radi toga "racionalno" ponaša, dakle miri se sa stanjem stvari i u osobnom interesu "šuti". Tako je u društvu politika nametnula, a javnost na žalost, kao nešto "normalno" prihvatila, paradoks obrnute proporcionalnosti: Što je viša pozicija moći i odgovornosti (a time u upravljanja materijalnim resursima), manje se traže stvarne sposobnosti (stručnost, inteligencija, psihičko zdravlje, širina znanja, iskustvo, kompetentnost, kreativnost) te karakterne i etičke dimenzije osobe. Dominiraju "političke" reference, "kupovanje" mjesta (čak i za zastupnike u Saboru) i načelo da na poziciju može biti postavljena samo osoba koja će biti dobar instrument za ostvarenje vrlo konkretnih interesa dijela upravljačke elite ili grupacije moći koja ga je postavila.

Dok za brojna radna mjesta i stručne pozicije, minorne u odnosu na razinu odgovornosti i rizik da se počinii šteta radi nesposobnosti, osoba mora imati adekvatnu diplomu i položeni stručni ispit, to dakle nije bilo potrebno za brojne, vrlo utjecajne i odgovorne (političke) pozicije. Tako npr. nakon lokalnih izbora pobjednička stranka može na mjesto gradonačelnika postaviti svog čovjeka, po zanimanju, recimo kuhara ili konobara. A ako taj isti kuhar kupi hotel u kojem je "kuhao", da bi ga mogao voditi prema zakonskim propisima, on ili netko od uposlenika mora imati položen ispit iz zaštite na radu. A kuhar bez ikakvog prethodnog kursa i državnog ispita a kamoli (bilo kojeg) fakulteta, odmah nakon postavljenja, bez da je morao proučiti ili se barem površno uputiti u osnovne pravne akte, može početi upravljati gradom, koji je izuzetno složen mehanizam u kojem je mnogo resora, resursa, propisa, pravila... što je vezano uz teške posljedice ako se učini pogreška u odlučivanju. Dakle nema instaliranih funkcionalnih mehanizama (osim čekanja izbora i eventualne promjene vlasti, nakon čega se uglavnom nastavljaju iste rabote samo s drugim izvršiteljima), kojima bi se građane štitilo od štetnog djelovanja tako postavljenih političkih moćnika. Pogledajmo neke gradonačelnike naših lijepih gradova. Od toliko obrazovanih, kulturnih, mudrih, kompetentnih,

poštenih, sposobnih, zar je normalno da se takvi postavljaju da upravljaju resursima, da odlučuju o sredstvima poreških obveznika?

Što znače politički (za povlaštene), u odnosu na stručne kriterije za posao koji treba raditi, neka pokaže jedan od naših primjera koji ujedno oslikava odnos političkog moćnika prema "malom čovjeku": Jednu medicinsku sestru Ministarstvo zdravstva smijeni s mjesta glavne sestre jednog bolničkog odjela (Zagreb) uz obrazloženje da nema položen stručni ispit u Republici Hrvatskoj, premda je ista, prema Zakonima bivše države, ispunjavala sve kriterije za to radno mjesto na kojem je, konačno, godinama uspješno radila. Čak niti pravomoćna sudska presuda u njenu korist nije bila dovoljna da se ta medicinska sestra vrati na svoje radno mjesto. Istovremeno liječniku je dovoljna politička referenca da bez ikakve prethodne pripreme, doškolovanja, a kamoli potrebe polaganja nekog državnog ispita, može od sutra početi upravljati ministarstvom obrane, policije, vanjskih poslova, gospodarstva, prosvjete i da ne nabrajam. Zar je to u redu? Što dakle na ovom svijetu, a u našem društvu osobito, uopće znači politika, ako šef kuhinje u hotelu mora imati završenu odgovarajuću školu i položen stručni ispit "da bi mogao kuhati", a ministar, gradonačelnik, saborski zastupnik, neovisno o vrsti obrazovanja i stručnosti, može biti bilo tko? Je li doista politika samo prijeku put za napredovanje u hijerarhiji moći i osiguranju brojnih privilegija i bogate egzistencije na tuđi račun? Je li to profesija, a ako jest, kakva je to profesija za koju nije potrebno nikakvo formalno školovanje? Je li to samo privremena ili povremena društvena aktivnost karakterizirana posebnim načinom govora, razmišljanja i djelovanja? Ili se radi o prirodnom daru ambicioznih pojedinaca željnih moći i afirmacije, koji pomaže da se dođe na poziciju upravljanja ljudima i resursima društva? Politika bi trebala biti časno i izuzetno odgovorno djelovanje u interesu općeg dobra, vrlo ozbiljan posao za koji treba mnogo energije, znanja, vještina, iskustva i prirodne nadarenosti. I poštenja, da bi to doista bilo časno zanimanje.

Bilo kako bilo, kao posljedica činjenice da je politika osvojila preširok prostor i upletena je u gotovo sve pore našeg društva (što dakako nije slučaj u jednoj Švedskoj, Danskoj, Norveškoj, Finskoj...), radi svojih metoda djelovanja i utjecanja i nesposobnosti mnogih ključnih aktera na političkoj sceni, najodgovornija je za drastično narušen sustav vrijednosti i pogoršanje moralnog stanja društva, postajući kočnicom bržeg razvoja koji bi vodio prema demokratizaciji društva te boljoj i sigurnijoj kvaliteti života

većine građana. Iskoristiti rat, da bi se u njegovoj sjeni, po pravilima koja je odredila “politika”, provela privatizacija (kažu pljačka) nacionalnog bogatstva i potpuno upropastiti egzistenciju pola milijuna ljudi i bitno pogoršati kvalitetu života još barem milijun ljudi u državi s tako malo stanovnika, na tako dobrom geografskom prostoru, s tako dobrim komparativnim resursima, da bi nekoliko stotina “igrača”, u preko noći zgrnutom bogatstvu, moglo hedonistički uživati “ovdje i sada”, a ogromnoj većini nuditi nadu u “svijetlu budućnost”, prava je sramota i ujedno dokaz kontinuiteta održanja mnogih, koji su naučili manipulirati narodom perfidnim komunističkim floskulama. Obični kriminalci postaju odjednom važne i utjecajne javne osobe.

U prilog ovih razmišljanja i ocjena stanja stvari koje su uzrokovala epidemiju droga ide i jednostavna hrvatska formula poduprta zakonima po kojoj su opisani sustavi moći, dogovorno, pod krinkom privatizacije oduzeli narodu veliki dio hrvatskog nacionalnog bogatstva: Prvo se društveno vlasništvo (tvornice, hotele, infrastrukturne objekte... koje je radništvo stvaralo decenijama) kao i mnoge nekretnine, proglasi državnim vlasništvom. Tada politika postavi svoje ljude koji će od sutra tom imovinom upravljati tj. njome trgovati, rasprodavati ju, najvećim dijelom odabranima, “igračima” političkog sustava i tzv. menadžmentima. Šansu (čak uz popust) da postanu vlasnici manjeg dijela onog što je “još jučer” bilo njihovo dobivaju i radnici svojih (bivših) poduzeća ako su upućeni u stvar i ako imaju novca koji moraju dati novom vlasniku, državi, da bi mali dio onog, sada “bivšeg njihovog”, ponovo postalo njihovo. Ako radnici, potencijalni mali dioničari nemaju novca ili ne znaju što su dionice, ili ne znaju upravljati dionicama, tko im je kriv, “mi ćemo im pomoći, otкупiti ćemo njihove dionice povlaštenim kreditom ‘naših banaka’ koji ćemo otplaćivati iz dohotka sada našeg poduzeća u kojem smo većinski vlasnici. Tada ćemo, ako posao neće donositi laku dobit, početi iscrpljivati firmu, dovesti ju do stečaja, pod krinkom potrebe uspješnijeg poslovanja, postupno ćemo izbaciti višak radne snage, dakle radnike na ulicu, rasprodati nekretnine ili ćemo, u slučaju da posao krene, otvoriti ‘sestrinske’ firme i u njih prelijevati novac a onda nakon nekog vremena dokrajčiti poduzeće i ‘završiti priču’, rasprodati nekretnine...”. Tako su bešćutni i pohlepni “uzimači” uz blagoslov formule koju je izradila politika od stotina tisuća radnika napravili obične budale. Posebno je bio “impresivan” način isisavanja novca u privatne džepove privilegiranih preko bankarskog sustava. Kada se novac “isprao”, banke je trebalo sanirati. Politika po-

sređuje da se to učini desetinama milijardi kuna sredstava poreskih obveznika. Neke banke i štedionice, koje su se na najvulgarniji način bavile financijskim inženjeringom, zatvorene su, a štedište su ostale bez novca. Sanirane banke, koje su tijekom privatizacije, dajući zelenaške i vrlo nepovoljne hipotekarne kredite, postale vlasnikom velikih “društvenih vrijednosti” nakon toga politički sustav u suradnji s enormno obogaćenim “domaćim” menadžmentima banaka rasprodaje strancima. Sve ovo navedeno potvrđuje i Izvješće državne revizije. U toj nemoralnoj, kriminalnoj radbi samo su rijetki završili iza brave. Tek pokoji od njih, a među njima i neki koji su preko medija proglašavani najspособnijim menadžerima (pa su za uspješno poslovanje nagrađivani stotinama tisuća kuna), predmetom su kaznenog postupka, jer su u određenom trenutku nekom jačem moćniku zasmetali ili nisu bili dovoljno vješti sakriti istinu o načinu i količini onog što se uzelo. A kada bi se tek pokušalo istražiti kako se preuzimao i kako se raspolagalo novcem za oružje i obranu koji je pristizao od dijaspore. Naravno da mnogi političari nisu ni odobravali niti sudjelovali u opisanoj privatizaciji (pljački naroda). No i oni snose dio odgovornosti ako su radi očuvanja svojih pozicija sve to šutke odobravali ili ako su u Saboru dizali ruke za zakone koji su tako što mogli legalizirati.

Na promjenu vlasničke strukture najvećih materijalnih vrijednosti hrvatskog društva, oni, koji su ih godinama stvarali ili nekada posjedovali (zemljišta npr.), nisu imali nikakav utjecaj. Za njih su to odradili političari koje je narod izabrao u demokratskoj proceduri. Gospodarstvo se urušilo. Zato danas uvozimo hranu i unatoč obilja prazne, plodne zemlje i vode, nismo u stanju svojim proizvodima nahraniti svojih nekoliko milijuna građana, jer smo uništili poljoprivredu. Uvoz je profitabilniji. Ne znamo pokupiti jabuke ispod stabala koje su naši djedovi sadili, uvozimo one koje samo lijepo izgledaju, mandarine bacamo u Neretvu, uvozimo sokove. Ne znamo pokupiti plastične boce, limenke, staklo, gomilaju se smetlišta, zagađujemo okoliš. Ne znamo više niti djecu rađati. Množe se zaštitarske kuće, njihovi vlasnici se bogate, a raste broj razbojničkih pljački. Umjesto nacionalnog (čime su mnogi političari manipulirali narodom da bi osvojili vlast) i tradicionalnih vrijednosti (što je mnogima davalo smisao postojanja), sada je ponuđena Europa, globalizam i materijalistički, potrošački konzumizam. Mediji su puni glamura. Narod prihvaća tu novu ponudenu orijentaciju ali kako ju provoditi u praksi, kako uživati u kupovanju, potrošnji i konzumaciji “ovdje i sada” bez novca, puno novca. Treba zaraditi ili od nekog uzeti ili barem posuditi, zadužiti se.

Mnogi su se radi toga okrenuli i narko-kriminalu što je povećalo ponudu i dostupnost droga. Orijentacija prema konzumizmu i hedonizmu s jedne a loša kvaliteta života s druge strane, silno su povećali potražnju za drogama. Sustavi moći kontroliraju i u najvećoj mjeri posjeduju novac, nikad im dosta, radnike se plaća prema cijeni rada na tržištu, penzioneri jedva preživljavaju. Tu su i stotine tisuća nezaposlenih. Nezaposlenost je "proizvod" sustava moći koji osobito odgovara novim, divljim kapitalistima jer im omogućava da ucjenjuju i ponižavaju radnike: "Budi sretan što si dobio posao. Ako ne prihvataš moje uvjete, možeš ići, ima mnogo nezaposlenih koji jedva čekaju tvoje mjesto. Ako neće 'naši' uzeti ćemo Rumunje". Stoga nije čudno da se toliko mladih odlučilo baviti kriminalom. Kako u tim okolnostima socijalno rehabilitirati liječenog ovisnika o drogama? To nije moguće ako mu se ne osigura posao, legalan posao. A ako nema mogućnosti legalno zarađivati, ne treba se čuditi da se ti bolesnici silom prilika vraćaju na ulicu, u kriminal.

Narod je izgubio entuzijazam, radost, postaje sve više nervozan, depresivan. Nije niti čudno da se u ukupnoj populaciji enormno povećava potrošnja sredstava za smirenje i antidepresiva a time i broj ovisnika o psihoaktivnim lijekovima. Tko je za sve to odgovoran? "Sustavi moći" a najviše upravljačke elite od nacionalne do lokalne razine. Da bi se očuvao socijalni mir (standard), radi oronulog gospodarstva i korupcije, rasprodaja nacionalnog bogatstva i visoki porezi nisu bili dostatni da pokrpaju stalni proračunski deficit, pa se država u kratko vrijeme enormno zadužila u inozemstvu, što ju čini sve više ovisnom o međunarodnom bankarskom sustavu a istovremeno slabi pregovaračke pozicije u eurointegrativnim procesima. No narod je žilav, strpljiv, snalazi se na sve moguće načine, cvate siva ekonomija. Standardi EU i orijentacija prema toj zajednici država prisiliti će i one koji nama upravljaju da unutar sebe promjene pravila igre. Da li će se konačno započeti sa čišćenjem i najopasnijeg otpada i zagađivača ljudskog okoliša ili će se u tihom procesu zastarijevanja i najprljavije stvari prepustiti zaboravu a kriminalci postati socijalizirani, bogati i ugledni građani? Tko konačno mari za istinu. Uvijek ima onih koji će se pobrinuti da naša povijest u budućnosti izgleda upravo onako kako će biti napisana.

Usporedimo stanje u zemljama naših susjeda Mađara ili Čeha sredinom osamdesetih i nas. Za njih je Hrvatska tada bila obećana zemlja. A danas? Rat nije dovoljan izgovor. Bio bi da je izgubljen. Od nesposobne i nemoralne "elite", koja je bila u stanju činiti tako što, iluzija je očekivati istinsku brigu i iskrenu potporu programima uteme-

ljenima na znanju i znanosti, kojima se poboljšava kvaliteta života ljudi, zaštita okoliša i štiti zdravlje svih građana i osobito djece od pogubnih posljedica zlouporabe droga. Koja je pozicija znanosti i vrhunskih intelektualaca na ovim prostorima najbolje se oslikava iz reda stvari prema kojem, umjesto da akademici ocjenjuju političko djelovanje pojedinaca te da im dodjeljuju priznanja ako su doista zaslužni, događa se obrnuto. I u toj inverziji politika ima svoje prste jer bez toga ona ne bi mogla imati svoje ljude i među akademikima. Što su konačno doživjeli neki akademici u svom nastojanju da ne dozvole podrediti autonomiju i kreativnost znanstvenika sustavu političke moći?

Mnogim čestitim intelektualcima, koji nisu odabrali politiku i pripadnost političkoj stranci kao modus javnog djelovanja, jasna je opisana stvarnost, o tome u svojim uskim krugovima dnevno raspravljaju. No u javnosti većina, za razliku od autora, uglavnom šuti i ne odlučuju se za javno govorenje i djelovanje. Za one koji bi to eventualno i željeli, nije jednostavno izboriti se za takvu mogućnost. Kako prodrijeti u medije i preko njih djelovati, ako nisi pripadnik ili nemaš potporu opisanih sustava moći? Mediji su još uvijek dobrim dijelom kontrolirani a ne slobodni u prikazivanju važnih istina. Tu činjenicu "sedma sila" vješto je prikrivala građanima da bi projekt kreiranja virtualne stvarnosti bio uspješan a time i čuvani interesi sustava moći. Srećom, na tom planu osjeća se u posljednje vrijeme trend pozitivnih promjena, što će uz očekivane promjene na ukupnom društvenom planu, nadamo se, pridonijeti u perspektivi i smanjenju ponude i potražnje droga.

UTJECAJ GOSPODARSKIH PRILIKA NA EPIDEMIJU ZLOPORABE DROGA

Ne samo Hrvatska, već i druge zemlje u tranziciji, bilježe silan rast pojavnosti ovisnika. Uz opće uzroke takva trenda – rast ponude i potražnje droga u svijetu – važno je istaknuti kako su zemlje u kojima je naglo smanjen standard i povećana nezaposlenost pod osobito visokim rizikom stradanja od te teške epidemije. U našoj zemlji, radi (ne)funkcioniranja političkog sustava i tranzicije na hrvatski način, došlo je do urušavanja gospodarstva, što je imalo direktne negativne implikacije na stanje u svezi droga.

Rast nezaposlenosti (i osobito nemogućnost upošljavanja mladih), potiče sve više građana na aktivnosti kakve su na granici zakona ili posve nezakonite kako bi došli do novca za postizanje odgovarajuće kvalitete života. Rast nezaposlenosti od 1% povećava nezakonite aktivnosti građana za oko 6%. Na odluku velikog broja pojedinca da se

priklone nezakonitom načinu zarađivanja dodatno utječe loše moralno stanje društvene zajednice i sustav vrijednosti u kojemu je imati što više novca najvažniji životni cilj.

Što se dogodilo u Hrvatskoj neposredno nakon njenog osamostaljenja, kad se očekivalo da će nova vlast entuzijazam naroda koji je konačno dobio svoju državu upotrijebiti na najbolji način kako bi se ostvario brzi ekonomski napredak? Dogodio se rat, a u njegovoj sjeni, dok mladež stradava i gine po linijama bojišnica i dok je javnost i narod bio posve usmjeren na dnevna ratna događanja, nova politička elita u okviru ekonomske reforme orijentirane na tržišno gospodarstvo, provodi privatizaciju društvene imovine. Narod nema pojma što su to dionice, vlasnički udjeli, dividende. Kako se rat primicao kraju, dio čelnih političara, koji su stvorili zakonski okvir za taj pogubni način promjene vlasničke strukture, forsira i ubrzava taj sramotni projekt. Radnici jedino uočavaju kako ih netko manipulira i kako je ono što je jučer bilo "zajedničko" danas "njegovo". Zato je logično da je način preraspodjele materijalnih vrijednosti u procesu privatizacije (1990-1999.) najveći dio ljudi u Hrvatskoj doživio veoma nepravednim pa se govori o najvećoj "pljački hrvatskog nacionalnog bogatstva". U toj konfuziji sustava vrijednosti, organizirani kriminal ima naprosto povoljniji okvir djelovanja. Predvidljivo je da se organizatori kriminala nastoje infiltrirati i u strukturu vlasti i državnu birokraciju. Nije pretjerano ustvrditi da je organizirani kriminal imao utjecaja na kadrovsku politiku u mnogim institucijama. Opširnija analiza tih pitanja je provedena u prethodnom podpoglavlju.

Na toj podlozi povećala se pristupačnost drogama u društvu. Zbog sporog odgovora društva da "požar" ovisnosti zaustavi provedbom Nacionalnog programa i – što je osobito važno – organiziranim mjerama suzbijanja kriminala i tretmana ovisnika, sve se veći broj ovisnika zbog ne liječenja kriminalizirao. Nastojeći namaknuti novac za kupnju droge, uključuju se u mrežu preprodavača droge, šireći tako problem među mladima oko sebe.

Dok u bogatim zapadnim zemljama velik dio ovisnika može financirati vlastitu ovisnost iz legalnih izvora (jer obitelji dobro zarađuju), pa se brojni ovisnici nikad ne kriminaliziraju jer ne moraju preprodavati drogu da bi namaknuli novac za vlastite potrebe, najveći broj ovisnika u Hrvatskoj već nakon jednogodišnjeg uzimanja heroina ulazi u zonu kriminala. Valja međutim reći i to da je u zapadnim društvima socijalna izolacija ovisnika i njihovo otuđenje od vlastitih obitelji višestruko češća pojava nego danas u našoj zemlji. Tradicionalnost naših obitelji, osobito vezanost majki za djecu najviše su pridonijeli sprječavanju

teške socijalne deprivacije drogirane mladeži. Da su barem terapijski programi bili dostupniji, te da je manje kritizirana uporaba metadona, znatno veći broj ovisnika rješavao bi svoje probleme liječenjem. Budući da nije tako, oni su ostajali aktivni na ulici u traženju i preprodaji droga, čime se problem nekontrolirano širi. Da je država i pokušala "gašenje požara" temeljiti samo na snaženju represije (koja je bila uglavnom usmjerena prema uličnoj razini), to bi samo rezultiralo još većom kriminalizacijom ovisnika i povećanjem njihova broja u penalnom sustavu. Podaci Ministarstva pravosuđa ukazuju da se posljednjih godina višestruko povećao broj ovisnika u penalnom sustavu i ako se nastavi ovakav trend, za koju godinu oko 50% svih zatvorenih osoba bit će ovisnici o drogama.

Zaustavljanje epidemije moguće je ponajprije snaženjem mjera sekundarne prevencije koje moraju rezultirati povećanjem broja ovisnika u tretmanu. Tada policiji i drugim elementima represivnog aparata ostaje više vremena i prostora da se, umjesto bolesnicima, bave pravim kriminalcima. Kada se djelotvornom represijom usmjerenom na istraživanje, otkrivanje i sankcioniranje organiziranog kriminala i korupcije smanji ponuda droga, a sustav za tretman smanji broj kriminaliziranih (neliječenih) ovisnika koji nove mlade uvlače u problem, zaustavlja se epidemija, a zaštita mladeži poboljšava se snaženjem primarno preventivnih odgojno-obrazovnih programa kroz školski sustav. Nastavljajući provoditi sva tri spomenuta temeljna programa, zajednica postupno smanjuje broj novooboljelih sprječavajući time da se epidemija ne bi ponovo rasplamsala.

Danas je u Hrvatskoj ključ uspješnog pokretanja lanca mjera prema uspostavi kontrole nad problemom droga (uz poboljšanje funkcioniranja pravne države) bolje uređenje sustava za tretman i rehabilitaciju (osiguranje adekvatnih kapaciteta, osposobljavanje i upošljavanje dovoljnog broja stručnih timova, rješenje pravnog statusa centara, osiguranje stabilnog financiranja). U okviru toga najvažnije je organiziranje mreže centara za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnika koji na lokalnoj razini imaju zadaću unaprjeđivati mjere sekundarne prevencije zlorabe droga (rano i aktivno otkrivanje konzumenata i pokretanje intervencije kojom se štiti mladež i terapijom odvaja od kriminala).

ILEGALNA TRGOVINA DROGAMA U HRVATSKOJ

Do 2000. u MUP-u je kriminalistički obrađivano više od 20.000 što stalnih što povremenih uzimatelja droga, među kojima je otprilike 10.000 uzimatelja teških droga (procje-

na). Valja istaknuti kako otkrivanje toga izrazito organiziranog i dobro prikrivenog kriminala ovisi o definiranosti političkih prioriteta te o organizacijskim, kadrovskim i tehničkim mogućnostima MUP-a kao i drugih elemenata represivnog aparata (carina, državna odvjetništva, sudovi, financijska inspekcija), koje su u godinama rata i poraća bile neadekvatne potrebama. Rat i političke promjene omogućili su u kratko vrijeme povratak u našu zemlju i onih građana Hrvatske koji su se godinama bavili kriminalom u inozemstvu. Povezivanjem te kategorije s domaćim kriminalnim miljeom i njihove koruptivne sprege s ljudima iz vlasti, nastao je moćan i organiziran kriminalni sustav koji je među ostalim kroz trgovinu drogom, ljudima, oružjem, privatizacijom, financijskim inženjeringom i na druge načine stekao ogroman novac a time i osigurao veliku moć i utjecaj. Taj je sustav bez većih teškoća nalazio (a i danas nalazi) načine kako da opstruira ili barem znatno uspori ustroj efikasne pravne države i svih programa koji bi ugrožavali njegove financijske interese, među kojima je sigurno bio i Nacionalni program suzbijanja zloporabe droga.

Drogni kriminal na određenoj razini ima međunarodnu dimenziju. Taj organizirani kriminal, najveći dio novca zarađivao je na velikim međunarodnim tranzitima droga (osobito kokaina), ali je istovremeno pokrivao i potrebe ilegalnog tržišta i na prostoru Hrvatske. Nepostojanje, a kasnije slabo ili nikakvo provođenje Zakona o sprječavanju pranja novca, omogućilo je dijelu velikih kriminalaca da bez većih teškoća “operu” i nakon toga investiraju novac u legalne poslove (u zemlji i izvan nje). Zato dio njih danas bezbrižno živi i uživa povlašten socijalni status i pitanje je hoće li ikada itko istražiti kako su zapravo stekli svoje bogatstvo. Oni “dokazuju” da je veliki kriminal isplativ.

Iako se od 1996. intenziviraju mjere osposobljavanja i uključivanja znatno većeg broja specijaliziranih djelatnika u policijskim upravama i samom Ministarstvu unutarnjih poslova, nije došlo do smanjenja dostupnosti droga na ulicama naših gradova. Velike zapljene tranzitnog kokaina i kanabisa potvrdile su indicije da je jedan dio osoba, hrvatskih građana, uspostavio dobru suradnju s kriminalnim sustavom povezanim s kartelima koji trguju tom drogom u Kolumbiji, Venezueli i nekim drugim državama Južne Amerike, ali i Dalekog istoka. O upletenosti u te poslove različitih korumpiranih nositelja javnih ovlasti djelomično svjedoči sudska dokumentacija. Već i zbog toga policijskim istražiteljima nije jednostavno prodrijeti u te mreže koje su “zatvorene”, profesionalne, odlično međunarodno organizirane i čiji “jezik” zna vrlo malo policijskih djelatnika.

Političke promjene u Hrvatskoj 2000. radi marginalizacije iskusnih stručnjaka za pitanja droga i pozicioniranjem nove, nekompetentne strukture, znatno su otežale mogućnost kvalitetnog provođenja Nacionalnog programa suzbijanja zloporabe droga. Odmakom od rata, stanje se i "samo po sebi" trebalo poboljšavati a ne da se u tolikoj mjeri prouzroči pogoršanje epidemiološke situacije. U nekim drugim područjima došlo je do naznaka poboljšanja funkcioniranja države što je među ostalim rezultiralo nešto boljom kontrolom financijskog poslovanja i novčanih transakcija. To je donekle smanjilo i otežalo otjecanje novca (na različite načine) iz proračuna (kroz ministarstva ili na nižim razinama), banaka, privatiziranih poduzeća državnih ustanova, mnogih nevladinih udruga, a time i smanjilo gotovo legalne prihode mnogih kriminalu sklonih, ali dobro pozicioniranih osoba. Dio osoba koje su bile uposlene u nekim službama represivnog aparata, tajnoj policiji i vojsci ostalo je bez svojih pozicija i legalnog posla. Neki od njih (koji su se i unutar tih struktura bavili kriminalom), u kratko su se vrijeme preorijentirali, odnosno vratili na klasične oblike organiziranog kriminala samo što danas rade izvan kontrole sustava koji ih je na neki način stvorio i u čijem su stvaranju i sami sudjelovali. Droga se pokazala jednim od najprofitabilnijih i još uvijek malo rizičnih. Daljnji rast nezaposlenosti i sve slabije mogućnosti legalnog zarađivanja građana (osobito mlađe životne dobi) daljnji su uzrok rasta njihovog interesa da se bave tim vrlo isplativim ilegalnim *biznisom*. Zbog prevelike ponude, a time i pada cijene kanabisa, posao s tom drogom postaje posljednjih godina sve manje isplativ, pa se sve veći broj uličnih *dealera* orijentira na isplativiju trgovinu težim drogama heroinom i kokainom. **Bit će potrebni izuzetni naponi, odlučnost i vrijeme da se poboljšaju mogućnosti legalnog zarađivanja građana te da ojačaju mehanizmi pravne države koji će osjetnije oslabiti moć kriminalnog sustava i time eventualno smanjiti ponudu droga na ulicama naših gradova.**

Prema podacima MUP-a, policija je tijekom 2000. otkrila 7.336 kaznenih djela u području nedopuštene trgovine drogama i nadležnim tužiteljstvima prijavila 5.428 osoba. Prekršajno je prijavljeno 4.311 osoba. Zabilježena je 8.523 zapljena, pri čemu je oduzeto: 7 kg i 41 g heroina, 913 kg i 127 g kokaina, 9.979 komada ecstasyja, 2 kg i 124 g amfetamina, 797 kg 500 g kanabisa, te 1.739 komada biljke kanabis.

Ponuda droga osobito je povećana nakon 1993. u Zadru, Splitu, Puli, Zagrebu, Šibeniku, Đakovu, Vinkovcima, Varaždinu i Čakovcu. Od 1996. raste ponuda i u drugim

gradovima (Rijeka, Dubrovnik, Osijek, Vinkovci) kao i manjim mjestima u njihovoj blizini. Postoje indicije da je u 2000. u kratko vrijeme značajno povećana ponuda droga u Zagrebu, Rijeci, Zadru, Čakovcu, Šibeniku, Vinkovcima i u mnogim manjim mjestima. Osobito je nepovoljno što je pala njena cijena, a povećala se čistoća, a time i adiktivnost droga. Zbog toga je posebno u Zagrebu tijekom 2000. mnogo ranijih povremenih konzumenata heroina u kratko vrijeme postalo ovisno. **Droga se danas nudi konzumentima a prije su ovisnici morali tražiti i čekati da bi do nje došli.** Danas, u mnogobrojnim zagrebačkim lokalima moguće je kupiti drogu. Konzumenti znaju gdje se prodaju stimulansi, kanabis a gdje heroin.

Procjena je da se tijekom 2004. samo u Zagrebu u godini dana potrošilo oko 500 kg heroina ulične čistoće 10–20%. Zaplijenjeno je “samo” 2,4 kg te droge. Još je relativno skromnija bila količina zaplijenjenog kokaina.

Predviđanje kretanja kriminala u području opojnih droga temelje se na nekoliko nepovoljnih činjenica:

- Prisutna je hiperprodukcija droge u svijetu, pogotovo heroina i kokaina, a od sredine devedesetih godina i amfetamina i njegovih derivata (MDA, MDMA), pri čemu je i dobro organizirana ponuda i prema našoj zemlji.
- Hrvatska se nalazi na **balkanskom putu droge** koji je u ratnim prilikama bio privremeno malo izmijenjen, ali je potkraj devedesetih još više dobio na značaju zbog opće situacije u regiji. Droge prelaze našu graničnu crtu iz svih pravaca.
- Zbog rata, poraća, načina privatizacije i slabog funkcioniranja pravne države, silno su ojačali **visokoorganizirani kriminal i korupcija** na svima razinama.
- **Rast nezaposlenosti** i sve slabije mogućnosti legalnog zarađivanja novca sve više građana potiče da se bave nelegalnim poslovima, pa tako i drogom. Na odluku ljudi da se bave kriminalom utječe moralna kriza hrvatskog društva i teško narušen sustav vrijednosti.
- Trajna turistička i pomorska orijentacija zemlje, te **liberalizacija graničnog režima** kao dio integralnih procesa u Europi imaju za posljedicu propusnije granice. Granične crte između naše zemlje i BiH gotovo je nemoguće kvalitetno kontrolirati.
- Značajna je kontaminacija drogama u najvećem broju europskih zemalja posljednjih godina, osobito u zemljama bivšega Istočnog bloka, u kojima buja organizirani kriminal.
- Postojeće “domaće” tržište privlači trgovce drogama, pa se, prema procjenama, godišnje postiže promet na uli-

čnoj razini od preko milijardu kuna, dok je ukupan odljev novca u sustav kriminala značajno veći. (Naime, u svakoj transakciji droge do njene konačne ulične prodaje potrošaču, ostvaruje se profit. Velike su zarade na međunarodnim tranzitima droga.)

- U organiziranoj ilegalnoj trgovini drogama sve češće pojavljuju opasni oblici nasilja – međusobni obračuni pojedina i kriminalnih skupina. Često je taj kriminal povezan s drugim oblicima organiziranoga kriminala, kao što je npr. trgovina oružjem, ukradenim automobilima i ljudima, a vrlo vjerojatno i s terorizmom.

Hrvatska je još 1992. postala ravnopravna članica međunarodne organizacije Interpol, što, uz ostalo, policiji omogućuje djelotvorniju razmjenu podataka, bolju organizaciju rada, izobrazbu djelatnika, poboljšanje ukupne osposobljenosti, ali i prihvaćanje svih profesionalnih kriterija u prevenciji i suzbijanju kriminala, ilegalne proizvodnje i prometa opojnih droga.

EKONOMSKE ŠTETE ZBOG DROGA

Postoji više načina za izračunavanje materijalnih šteta u državi zbog trgovine i potrošnje droga. Krenemo li od vrijednosti sredstava koja se godišnje utroše samo za kupnju ukupnoga broja doza droga (tu se dakle radi samo o posljednjoj transakciji droga na uličnoj razini), prema sadašnjoj cijeni, dobit ćemo sljedeći rezultat:

- Oko 14.000 ovisnika dnevno kupuje najmanje 20.000 pojedinačnih doza heroína, odnosno oko 1.500 kg droge ulične čistoće. Kako je cijena jedne doze oko 100 kuna, ti ovisnici potroše godišnje oko 730.000.000 kuna. Povremenih, odnosno vikend-uzimatelja, među kojima je i velik broj liječenih ovisnika, ima oko 8.000. Oni će svakog vikenda potrošiti oko 16.000 doza, odnosno u razdoblju od godine dana ukupno oko 800.000 doza ili 80.000.000 kuna.
- Kokain rekreativno (vikendom) uzima barem 6.000 osoba koje svakog vikenda potroše oko 12 kilograma te droge, a svakodnevno daljnjih oko barem 1.000 ovisnika s konzumacijom barem jednog grama dnevno što je godišnje oko 1.000 kilograma. Uz cijenu od 450 kn po gramu, iznos kojeg će zajedno potrošiti svake godine naraste do 450.000.000 kuna.
- MDMA (ecstasy) u prosjeku tjedno uzme barem 10.000 mladih, po dvije doze u prosjeku, što je ukupno godišnje oko 1.000.000 doza. Po cijeni 30 kuna po dozi to će stajati daljnjih 30.000.000 kuna.

- Ako amfetamin tjedno uzima oko 10.000 osoba, u prosjeku po tri doze, to je zbrojeno 30.000 doza tjedno, a godišnje oko 1.500.000 doza. Uz cijenu 40 kuna po dozi, za kupnju te droge utroši se oko 60.000.000 kuna.
- LSD će konzumirati oko 4.000 osoba po jednu dozu tjedno, što iznosi oko 200.000 doza godišnje, a uz cijenu od 50 kuna po dozi ukupna vrijednost te količine je oko 10.000.000 kuna.
- Hašiš ili marihuanu uzme oko 5% populacije u dobi od 15 do 25 godina. Značajan je, dakako, i broj odraslih osoba koje redovito uzimaju tu drogu. Ako ostanemo na procjeni da u Hrvatskoj prosječno dnevno 60.000 osoba puši po jedan gram te droge, to je u prosjeku dnevno 60 kg ili oko 22 tone godišnje. Po cijeni od 15 kn po gramu, to će godišnje biti oko 330.000.000 kuna.

Dodamo li tome ilegalnu trgovinu psihoaktivnim lijekovima, prema ukupnom izračunu, "na ulici" se godišnje, na prodaji droge, prikupi otprilike **1,7 milijardi kuna**. Kad bi se toj svoti dodala zarada što je na ilegalnoj trgovini drogama stječu građani Hrvatske koji sudjeluju u provožu droga preko naše zemlje (ili provožu područjem drugih država), te zarade u transakcijama većih količina droga prije konačne ulične distribucije prema potrošačima, tek bismo tada dobili jasnu predodžbu o ogromnim svotama što ih se dijelom, nakon "pranja", vraća iz ilegalnih u legalne novčane sustave. Nekoliko stotina milijuna kuna, zamijenjeno u stranu valutu, odlazi izvan hrvatskih granica. Taj ogroman novac osigurava, osobito dijelu kriminalaca po hijerarhiji na višim položajima i njihovima korupcijskim spregama, izuzetno bogatstvo i relativno siguran položaj i ugled u društvu. **Takav oblik nepravedna bogaćenja ljudi pogubno djeluje na gospodarstvo i moralno stanje šire društvene zajednice.**

Opisane neposredne materijalne štete radi kupnje droga samo su dio ukupnih ekonomskih posljedica njihove zloporabe. Ako spomenutoj svoti dodamo cijenu rada represivnog aparata (policija, pravosudni organi, carina) i sustava za tretman, cijena koju zajednica plaća radi droga još je veća. U Hrvatskoj, sustav zdravstva, na žalost, još nije na odgovarajući način podržao razvoj mreže programa za kvalitetno liječenje ovisnika, niti se socijalna skrb angažira u programima rehabilitacije ovisnika – tako se danas, naoko, štede sredstva. No, je li zbilja tako? Američki stručnjaci su izračunali da svaki dolar uložen u programe tretmana ovisnika uštedi društvu oko osam do deset dolara. **Sve više europskih i američkih stručnjaka zagovara stav prema kojem je znatno isplativije ulagati sredstva u pro-**

grame tretmana ovisnika nego u represiju. Velika moć represivnog aparata i odvjetničkih lobija (koji na obranama kriminaliziranih ovisnika i pravih kriminalaca zarađuju velik novac), usporava u svijetu promjenu strategije i zakonodavstva kojom bi se u budućnosti više sredstava, umjesto u represiju, moglo usmjeriti u programe primarne i sekundarne prevencije, dakle u odgojno-obrazovne programe za zdravu djecu i mladež i terapijsko-rehabilitacijski rad s osobama koje postaju žrtve zloporabe droga. Jedan jedini teži ovisnik o heroinu danas u Hrvatskoj mjesečno potroši novca za drogu u vrijednosti bruto-plaće jednog liječnika uposlenog u bolnici. Neshvatljivo je da tu matematiku političari koji su u poziciji donositi odluke i o kojima ovisi kvaliteta provođenja Nacionalnog programa ili ne poznaje, ili ih to uopće ne zanima. Stoga ne treba čuditi što je danas u sustavu tretmana i rehabilitacije, na više od 10.000 teških ovisnika koji stalno trebaju i traže pomoć, stalno uposlano jedva 30 specijaliziranih stručnjaka, dok je za specijalizirani policijski rad ipak angažirano preko 200 ljudi. U praksi, dakle, još uvijek ne postoji adekvatno provođenje "balansne" strategije. Jer, za liječenje i održavanje trajnog stručnog nadzora nad 15.000 ovisnika o heroinu (a da povremene konzumente i ne spominjem), treba biti angažirano više stručnjaka nego za otkrivanje i pokretanje postupaka kod višestruko manjeg broja trgovaca drogama. To nikako ne znači da je za neposredan mukotrpan i iscrpljujući policijski rad na suzbijanju narko-kriminala angažirano dovoljno kvalitetno obučanih i motiviranih profesionalaca. U odnosu na ukupan broj uposlenih u MUP-u, trebalo bi ih biti znatno više.

Neliječeni ovisnici o drogama šire epidemiju ovisnosti, a načinom uzimanja droge šire bolesti (B i C hepatitis, AIDS) čije je liječenje vrlo skupo. Ako se godišnje virusom C hepatitisa zarazi 700 novih heroinskih ovisnika, kad bi za veći dio njih osiguravali specifično antivirusno liječenje koje po osobi stoji 50–100.000 kuna, to bi stajalo višestruko više novca no što država izdvaja za cjelokupno provođenje Nacionalnog programa. Dok se danas ulažu ogromna sredstva za razvoj vrhunske medicine da bi se, među ostalim, pojedincima osiguralo i nekoliko stotina tisuća kuna za presađivanje jetre, za prevenciju vrlo čestog uzročnika teške i neizlječive bolesti jetre kod mladeži, HCV, ne izdvaja se gotovo ništa. Vozeći pod djelovanjem droge, ovisnici uzrokuju svake godine velik broj teških prometnih nesreća, što zajednicu također stoji mnogo novca. Zato bi bilo vrlo isplativo kontrolirati vozače voze li pod djelovanjem droga te što ranije otkrivati i liječiti ovisnike i time sprječavati teške bolesti i nesreće.

Ovisnici o drogama potječu većinom iz bolje stojećih obitelji, a roditelji su im uglavnom zaposlene osobe. Procjenjuje se da je samo u posljednje četiri godine oko 10.000 novih hrvatskih obitelji ekonomski i emocionalno "opustošeno" radi ovisnosti o drogama njihove djece. Produktivnost rada roditelja ovisnika zbog stalnog stresa smanjena je čak ispod 50%. Tek nakon što počne terapijski postupak, počinje i oporavak obitelji i rast produktivnosti roditelja.

Gruba je procjena da ukupne štete od zloporabe droga u Hrvatskoj, ako se svemu nabrojenom doda i cijena tzv. sekundarnoga kriminaliteta neliječenih ovisnika, koji npr. ukradenu robu prodaju i po pet puta nižoj cijeni, dostižu znatno više od **2 milijarde kuna godišnje**. To je glavni razlog zbog kojeg se državi isplati investirati u provođenje Nacionalne strategije. **Samo za 2001., savezna vlada SAD angažirala je čak 19,2 milijardi američkih dolara posebnih budžetskih sredstava**. Ako bi Hrvatska, proporcionalno u odnosu na stanovništvo (RH ima 60 puta manje stanovnika) izdvajala kao i SAD, iznos novca za potporu provođenja našeg Nacionalnog programa trebao bi biti nevjerovatnih 320 milijuna dolara. A izdvajalo se samo (ovisno o godini) između 300 i 700 tisuća US dolara ili oko **400 puta manje**.

ZLOPORABA DROGA I NACIONALNA SIGURNOST

Širenje kriminala vezanog uz ilegalnu trgovinu drogama na razne načine ugrožava stabilnost zemlje kao i njezinu sigurnost. Postoji opasnost od infiltracije sudionika (profitera) takve trgovine u državne strukture. U mnogim zemljama oni uspijevaju zauzeti istaknuta mjesta u političkom životu ili u pojedinim važnim državnim resorima i kad se (i ako se) to dogodi, mjere suzbijanja tog problema uglavnom ne daju rezultata. Tek od 1999., a osobito promjenom vlasti početkom 2000. sve više i sve otvorenije izlaze u javnost informacije o organiziranom kriminalu u Hrvatskoj, njegovom širenju od 1991. te o spregama vlasti, sustava za obranu, represiju, obavještajnih zajednica i krijumčarenja droga. Dobro je poznato da je u mnogim državama svijeta tajno-policijski sustav (obavještajne zajednice), koje je teško nadzirati, bivao umješšan u velike poslove s drogom, čime su se financirale neke skupe operacije ili se to radilo za interese političkih sustava ili naprosto radi profita organiziranih kriminalnih skupina. Postoje indicije da se tako što događalo i u našoj zemlji tijekom rata i poraća. Rastom ilegalne trgovine drogom, raste korupcija, urušava se gospodarstvo, opada natalitet, slabi zdravlje sta-

novništva a povećava se emigracija (najobrazovanijeg dijela mlađe populacije) i sve to znatno umanjuje obrambene sposobnosti i sigurnost zemlje.

Slavko Sakoman
Društvo bez droge?

ZLOPORABA DROGA I ZDRAVLJE

Zloraba alkohola i ilegalnih droga i pušenje duhana smatra se najčešćim (otklonjivim) uzrokom oštećivanja fizičkog i psihičkog zdravlja i ranijeg umiranja ljudi i poremećenog ponašanja mladih. Čak ako i ne postanu ovisne, osobe koje uzimaju droge neproduktivne su, sklone kriminalu, neuredno žive, neodgovorne su u ispunjavanju svih važnih socijalnih uloga – osobito roditeljske, pa se, zbog loše kvalitete života kojoj će biti izložena njihova djeca, taj poremećaj transgeneracijski prenosi dalje. Računa se da danas oko 40.000 mladih ima naznake ili jasno uočljiv poremećaj u ponašanju, što je posljedica zlorabe droga.

Sklonost ovisničkom ponašanju hrvatske mladeži kao posljedica loše kvalitete življenja i neodgovarajućih preventivnih programa odražava se, među ostalim, i u pojavnosti pušenja duhana koja je danas među najčešćima u Europi. Do 18. godine života oko 45% adolescenata svakodnevno puši cigarete. Alkoholizam je također vrlo raširen. O alkoholu je ovisno oko 9% odraslog stanovništva. Zdravstvene posljedice te vrste ovisnosti su teško mjerljive.

Uzimanje droga znatno povećava rizik od zaraze i širenja raznih bolesti, osobito hepatitisa B i C (zaraženo preko 50% heroiniskih ovisnika), AIDS-a i drugih spolno i krvlju prenosivih bolesti. Sve više ovisnika uzima po nekoliko droga i taj **politoksikomanski** tip ovisnosti teže se liječi. Također se u psihijatrijskim ustanovama nalazi sve više ovisnika koji uz ovisnost imaju **psihijatrijski komorbiditet**.

Ovisnici i uzimatelji droga sve više ugrožavaju sigurnost u prometu. U brojnim prometnim nesrećama u kojima su počinitelji mlađe osobe, uz alkohol, uzrok je zloraba droga. U našoj zemlji još nije razvijen sustav za kontrolu vozača na prisutnost opojnih droga.

U Hrvatskoj godišnje radi predoziranja drogom umre oko 50 mladih ljudi. Koliko će ih znatno ranije godišnje umirati radi oštećenja zdravlja uzrokovanog dugotrajnim uzimanjem droga, može se samo nagađati.

Brojne obitelji u kojima je jedan njihov član ovisnik, potpuno su psihički slomljene i materijalno opustošene. Ovisnost kao zdravstvena posljedica zlorabe droga vrlo teško se liječi.

STANJE, RAZVOJ, ORGANIZACIJA I PROVEDBA PROGRAMA SUZBIJANJA ZLOPORABE DROGA OD 1990. NAOVAMO

Malo je država, a posebice onih u tranziciji, kao što je to bio slučaj početkom devedesetih u našoj zemlji, u kojima se dogodilo da je kreiranje strategije suzbijanja ovisnosti politička elita, stjecajem okolnosti, doista povjerila najpoznavanijim stručnjacima. To je omogućilo da se u sjeni rata, kao marginalno pitanje u odnosu na sve drugo što se događalo, paralelno s razbuktavanjem heroinske epidemije, udare temelji doktrine glede provođenja najvažnijih mjera suzbijanja zloporabe droga, radi čega je Hrvatska danas još uvijek u velikoj prednosti i u odnosu na brojne zapadnoeuropske države. Dok se "Hrvatski model" tretmana ovisnika u svijetu apostrofira kao jedan od najboljih, politički sustav se pobrinuo 2000. da se autora tog modela u vlastitoj zemlji pokuša posve marginalizirati. Kako bi danas tek izgledala epidemiološka slika u svezi droga, HIV infekcije, hepatitisa, sifilisa, uličnog kriminala... da se to nije dogodilo, može se samo pretpostaviti. Dovoljno je pogledati stanje u državama bivšeg Istoka u kojima buktile epidemije AIDS-a i u kojem je moć organiziranog kriminala nemjerljiva, ili razvoj situacije u ostalim državama bivše Jugoslavije (izuzimajući Sloveniju).

Gotovo sve što se odnosi na droge, u našoj, kao i u brojnim drugim državama, izrazito je ispolitizirano. Zanimljivo je istraživati odakle toliki interes političara za to pitanje. Dok oni žustro raspravljaju čak i o vrlo uskom, za liječnike subspecijalističkom medicinskom pitanju kao što je farmakoterapija heroinskih ovisnika, ne pada im na pamet baviti se pitanjem liječenja depresije, neuroza, alkoholizma, ovisnosti o duhanu, a da ne govorim o brojnim drugim problemima koji se tiču čovjeka. U mnogim su državama svijeta i danas, dijelovi upravljačkih elita i elementi represivnog aparata (osobito dijelovi obavještajnih zajednica), u direktnoj sprezi s organiziranim kriminalom koji se bavi trgovinom drogom, nakon trgovine oružjem, najprofitabilnijim načinom nelegalnog i nemoralnog zarađivanja novca. (Od početka devedesetih u Hrvatskoj je uz trgovinu drogom vrlo isplativa bila trgovina oružjem – često međutim povezana s trgovinom drogom, privatizacija, "isisavanje" novca preko bankarskog sustava, šverc i korupcija.) Žalosno je da i danas ima zemalja koje se nazivaju "demokratskim", u kojima veliki utjecaj na mnoge društvene procese imaju financijski izuzetno moćni narko-karteli. U njima, da bi Vlade održavale "kontrolnu" nad prodajom i potrošnjom droga sukladno interesima sustava moći, na čelnim pozicijama državne strukture za suzbijanje

zlorporabe droga moraju biti ljudi koji će uspijevati načinom svog djelovanja naoko “pomiriti” interese kako organiziranog kriminala i njihovih koruptivnih sprega u državnom aparatu, tako i javnosti (biračko tijelo) koja je zabrinuta za svoju djecu. Oni mogu, ali ne moraju, biti direktno uključeni u kriminalnu strukturu. Dovoljno je da su to osobe kojima je važnije baviti se ostvarivanjem osobnih interesa nego se istinski zauzimati za provođenje mjera kojima bi se smanjivala ponuda i potražnja droga. Cilj se učinkovito postiže i u slučaju da vlasti na čelne pozicije u svezi tog programa postave osobe čija je razina znanja i kompetentnosti niska, dakle ako su nesposobni, a imaju dovoljno visoku poziciju s koje mogu donositi odluke i utjecati na stanje stvari.

Početkom 1991. pri Ministarstvu zdravstva utemeljena je posebna stručna međuresorska komisija koja je imala zadatak izraditi program suzbijanja zlorporabe droga i koordinirati njegovo provođenje. Komisija se redovito sastajala, a njezin je predsjednik (autor ove knjige) izradio koncept Nacionalne strategije kojeg su članovi Komisije prihvatili. Međutim, zbog ratnog kaosa, nebrige i tadašnjeg političkog sustava, koji je pokazivao sve manji interes za razvoj programa suzbijanja droga, nije bilo moguće učiniti bilo kakav značajniji pomak u kvalitetnijoj provedbi mjera koje su stručnjaci sugerirali. Odluke Komisije, pri tom, nisu imale odgovarajući utjecaj na političare u nekim ministarstvima, niti su ikoga obvezivale. Komisija je ipak utirala put daljnjim akcijama i inicijativama, pa je i u nekim regionalnim centrima započet razvoj programa. Početkom 1994. utemeljena je pri Vladi Republike Hrvatske Komisija za suzbijanje zlorporabe droga koja je intenzivno radila godinu i pol dana i utirala put stvaranju preduvjeta za izradu Nacionalne strategije. Komisija je, u granicama mogućeg, usmjeravajući svoje akcije prema terenu, na praktičnoj operativnoj razini koordinirala ukupan državni program čija je kvaliteta ovisila o čimbenicima na koje ona sama nije mogla utjecati (politička i materijalna potpora). Unatoč tome epidemija u našoj zemlji do konca 1999. nije poprimila razmjere susjedne nam Slovenije ili npr. Češke Republike premda bi se očekivalo suprotno. To samo govori o kvaliteti strategije i programa koje su odradili mnogi stručnjaci na terenu.

Prema prihvaćenu programu rada Komisije, njezina je dužnost bila pomoći u stvaranju strukture i davanju stručne potpore pojedinim ministarstvima za izradu njihovih dijelova Provedbenog programa, u organizaciji županijskih potkomisija za suzbijanje zlorporabe droga, u pokretanju inicijativa na terenu za izradu lokalnih županijskih i grad-

skih programa te u izobrazbi što većeg broja stručnjaka raznih djelatnosti, nositelja i provoditelja pojedinih programskih aktivnosti.

Bivša je vlast bila ustrojena tako da su se sve odluke pa tako i one o kojima je ovisila i kvaliteta provođenja Nacionalnog programa donosile u centru političke moći i bez adekvatne suradnje s relevantnim stručnjacima. Iako je Hrvatski (državni) Sabor pružao formalnu potporu, razvoj i provođenje niza mjera naznačenih Provedbenim programima Nacionalne strategije suzbijanja zloporabe droga bilo je oslabljeno ignoriranjem ili opstruiranjem od strane nekih vrlo važnih ministarstava. Članovi Komisije nisu mogli samostalno odlučivati, a na svoje ministre nisu imali utjecaja. Najviše što se moglo činiti u danim okvirima bilo je poduzimati inicijative na terenu, na lokalnoj razini. **Uz poticanje razvoja školskih preventivnih programa, koji dobivaju puni zamah od 1998., u najugroženijim županijama od 1992. razvija se temeljni sustav za zdravstvenu i psihosocijalnu skrb o ovisnicima droga (centri za izvanbolničko liječenje ovisnika).** U svim su županijama osnovana interdisciplinarna tijela za koordinaciju provođenja Nacionalnog programa na županijskoj razini. Također su otvorene jedinice za izmjenu pribora za intravenozno uzimanje droga radi sprječavanja širenja HIV infekcije, B i C hepatitisa. Znatno prije tim Odjela za ovisnosti KB "Sestre milosrdnice" proveo je edukaciju ljekarničke službe i potakao stručnjake tog sustava da ovisnicima bez pravljenja bilo kakvih poteškoća prodaju injekcijski pribor. To je nastojanje kasnije podržavala komisija za prevenciju AIDS-a Ministarstva zdravstva što je znatno pridonijelo sprječavanju HIV epidemije u Hrvatskoj. Broj zaraženih tom infekcijom među intravenoznim ovisnicima nikada nije prelazio 1%, dok je broj zaraženih u okolnim zemljama Zapada bio između 30 i 50% (u Beogradu je koncem osamdesetih preko 50% heroinskih ovisnika bilo zaraženo HIV infekcijom).

Zahvaljujući visokoj profesionalnoj razini članova stručne Komisije za suzbijanje zloporabe droga Ministarstva zdravstva kojoj je autor bio predsjednik i ne uplitanju političara u doktrinarna pitanja, unatoč rata i tranzicije, koji su silno pogodovali rastu utjecaja organiziranog kriminala, od 1990. do 1995. udareni su temelji budućeg Nacionalnog programa. Temeljem iskustava stečenih u tih nekoliko godina, autor je 1995. napisao Prijedlog nacionalne strategije koja je naredne godine bila i službeno prihvaćena. Kako se radilo o tzv. uravnoteženoj strategiji u kojoj su jednaku važnost imale mjere suzbijanje ponude (represivne mjere) tako i potražnje (prevencija, tretman), u provođenju

Nacionalnog programa osobito je bila važna što bolja suradnja i koordinacija rada sustava za tretman i represivnog aparata odgovornog za suzbijanje narko-kriminala. Razvoj sustava za tretman (mreža Centara za izvanbolničko liječenje ovisnosti i uključivanje liječnika opće medicine) je omogućio da su se ovisnici u sve većem broju javljali na liječenje, pa se počela smanjivati potrošnja najprofitabilnije droge heroína. Uz ugrožavanje profita organiziranog kriminala, obzirom da se sukladno Nacionalnoj strategiji među liječenim ovisnicima vremenom regrutiralo sve više izvršnih i hrabrih, informatora (što je olakšalo rad pouzdanih policijskih profesionalaca), bivala je sve više ugrožavana i sigurnost kriminalaca, doduše onih na nižim razinama kriminalne piramide. Uz ugrožavanje komercijalnih interesa pojedinaca iz legalnih (nevladinih i državnih) sustava koji su se bavili ili željeli baviti profitabilnom prevencijom ili tretmanom ovisnosti, to su pretpostavljam glavni razlozi radi kojih je organiziranih kriminal, svojim suptilnim metodama, preko koruptivnih sprega unutar političkog sustava i državnih institucija sve otvorenije “udara” po Nacionalnoj strategiji i opstruirao daljnji razvoj suvremenog državnog sustava za tretman ovisnika. To ujedno objašnjava zbog čega je za korumpirane elemente dijelova vlasti godinama bila iritantna odlična suradnja čelnog profesionalca za pitanja droga MUP-a, gospodina Tomislava Stanića i predsjednika Komisije za suzbijanje zlouporabe droga. Ta je suradnja inače započela još sredinom osamdesetih.

Kako bi se dugoročno osigurala zakonska potpora provedbi Nacionalnog programa utemeljenog na Nacionalnoj strategiji, Komisija je još 1996. godine pokrenula inicijativu da se izradi poseban “Zakon o drogama”. Na redne godine imenovana je ekspertna skupina na čelu s prof. dr. Berislavom Pavišićem koja u suradnji s Komisijom izrađuje “Nacrt prijedloga zakona o suzbijanju zlouporabe droga”. Umjesto da je država u što kraćem roku dobila čvrstu i trajnu zakonsku potporu provedbi Nacionalne strategije, Prijedlog nije stavljen u proceduru već je završio u “ladici” (Sabor je taj Zakon izglasao tek 2002.). Umjesto Zakona, s vrlo visokih pozicija Vlade RH vršio se pritisak (koji je kulminirao 1998.) na predsjednika Komisije da se povuče. Zahvaljujući intervenciji nekih vrlo utjecajnih osoba u čemu su posredovali neki od prijatelja autora, vođenje Komisije nije promijenjeno tako da se “struka” ipak nije dirala sve do političkih promjena 2000. Tek nakon provedenih izbora “nova” upravljačka elita u pohodu na osvajanje pozicija, štetnim kadriranjem na mnogim, pa tako i ovom području, vuče poteze kojima se na čelne

pozicije u svezi tog programa dovode novi, “njihovi” ljudi. Tako se stvorila nova državna struktura na čelu s dr. med. A. Barbirom, koja svojim načinom djelovanja, radi osobnih interesa, u kratko vrijeme postaje rušitelj prethodno izgrađenog sustava, velika zapreka razvoja Nacionalnog programa i stalni izvor teškoća u radu stručnjaka na terenu. Autor je od te strukture bio izvrnut neviđenom progonu. Troše se višestruko veća sredstva, manipulacijom medija stvara se privid pojačanog angažmana države, a stvarno djelovanje radi zaštite interesa djece i mladeži dolazi na marginu političkog interesa. Zašto se to dogodilo, na koji način i s kojim posljedicama? Zbog čega je u Hrvatskoj u tako kratkom vremenu (1990–2004.) došlo do tolikog porasta ponude i potražnje droga s posljedičnom epidemijom i povećanjem broja ovisnika za više od 6 puta? Da bi se na ta pitanja odgovorilo, autor se usudio dati svoje viđenje patologije društveno-političkog konteksta u kojem je takvo događanje moguće, što slikovito odražava kvalitetu političkog života jedne države u tranziciji na opisani “hrvatski” način, a sama događanja na tom planu od 2000. opisao je kao dodatak VI poglavlju ove knjige.

USTANOVE KOJE SE BAVE SPECIFIČNIM MJERAMA PREVENCIJE OVISNOSTI TE LIJEČENJEM I REHABILITACIJOM OVISNIKA

Hrvatska nije sukladno potrebama razvijala mrežu ustanova koje bi se, na višoj stručnoj i profesionalnoj razini, bavile prevencijom, liječenjem i rehabilitacijom ovisnika. Skoro sve zamisli te mnoge praktične, preventivne, terapijske i druge djelatnosti, osim onih kojima se bavi sustav represije, godinama je pokretao i dobrim dijelom neposredno provodio tim Odjela ovisnosti Kliničke bolnice “Sestre milosrdnice” u Zagrebu. Tamo, u nezadovoljavajućim uvjetima rada, djeluje danas stacionar za detoksifikaciju ovisnika sa samo 11 kreveta (1970. bilo ih je 20), stručni programi i epidemiologija Centra u jednoj prostoriji i samo dvije ambulante za izvanbolničko liječenje ovisnika i konzumiranja droga.

Unatoč rastu broja ovisnika i potrebe za njihovim specijaliziranim liječenjem, nisu se razvijali kapaciteti za specijalizirane programe tretmana do 1997. kad je otvoren Odjel za liječenje ovisnosti pri Psihijatrijskoj bolnici “Vrapče” u Zagrebu. S obzirom na to da ni Ministarstvo zdravstva a niti lokalne psihijatrijske ustanove nisu pokazale nikakav interes za razvoj sustava za liječenje ovisnika, jedino što je bilo moguće izvesti, uz potporu Komisije za suzbijanja zloporabe droga, njen se predsjednik (autor ove knjige) osobno angažirao na terenu kako bi se u najugro-

ženijim gradovima počeli razvijati izvanbolnički programi za tretman ovisnika. U početku su ti programi bili ponajviše zaokupljeni provedbom supstitucijskih programa za nekoliko generacija nikad do tada liječenih heroinskih ovisnika. Tako su počeli djelovati izvanbolnički centri za ovisnike u Splitu (1992.), Čakovcu (1993.), Rijeci (1995.), Zadru (1996.), Puli (1996.), Dubrovniku (1996.), Varaždinu (1997.), Šibeniku (1997.), Vinkovcima (1999.), Karlovcu (1999.), Virovitici (1999.), Osijeku (2000.). Gradski centar u Poreču djeluje od 1994. Kasnije se otvara još nekoliko manjih Centara i savjetovašta (osobito u organizaciji Hrvatskog crvenog križa). Grad Zagreb otvara svoj prvi centar tek 2004. Organizirati tu mrežu bez neposredne potpore nadležnog ministarstva, što je značilo izboriti se za prostor, financiranje, provesti edukaciju stručnjaka, iziskivalo je golem napor. Ti centri danas sadržajno djeluju sukladno Nacionalnoj strategiji, ali pitanje njihova pravnoga ustroja, a time i mogućnost upošljavanja stručnjaka, nije do kraja riješeno ni osam godina nakon prihvaćanja Strategije. Unatoč tome mreža tih Centara predstavlja temeljni stup državnog sustava za tretman ovisnika.

Radi loše gospodarske situacije i nastojanja Vlade RH da se smanje troškovi državnog aparata i mnogih institucija, u okviru mnogih restrikcija, u zdravstvu je još uvijek aktualna velika restrikcija upošljavanju novih djelatnika. Taj restriktivan pristup posebno se nepovoljno odrazio na području zaštite mentalnog zdravlja ljudi koje se znatno pogoršalo radi rata, porasta nezaposlenosti, pada standarda a u svezi s tim i promjene i pogoršanja kvalitete života ljudi. Vezano uz rast zloporabe droga, višestruko je porasla potreba za posebno educiranim psihoterapeutima koji bi liječili ovisnike i bavili se rješavanjem psiholoških problema adolescentne dobi (provođenjem obiteljske terapije). Dok se u drugim granama medicine nemogućnost upošljavanja donekle kompenziralo investicijom u dijagnostičku opremu (sjetimo se samo koliko je sredstava utrošeno za kupnju RTG uređaja), na području psihološke medicine i psihijatrije najvažniji su upravo dobro educirani stručnjaci. Oni su najvažnije "sredstvo" i za dijagnostiku i terapiju. Njih je sve manje a potrebe su radi sve veće frustriranosti ogromnog broja građana višestruko porasle.

Programi za rehabilitaciju ovisnika unutar Ministarstva socijalne skrbi još se nisu počeli razvijati. Programi za tretman ovisnika u kaznenom sustavu počeli su se razvijati u Hrvatskoj već početkom 1980., kada je počeo djelovati vrlo kvalitetan tretman po tipu terapijske zajednice za ovisnike u tadašnjem KPD-u Lepoglava. Taj program, vođen od strane vanjskih stručnjaka na čelu s autorom (Odjel ovisnosti KB

“Sestre milosrdnice”), ugašen je uoči početka rata. Danas je u kaznenom sustavu osigurana temeljna skrb za ovisnike, a omogućen je u Okružnim zatvorima sukladno suvremenoj europskoj orijentaciji i detoksifikacijski program uporabom metadona koji se provodi u suradnji sa županijskim centrima za ovisnike. Iako ne postoje kvalitetni rehabilitacijski programi kakvi bi opravdavali represivniji pristup prema ovisnicima koji krše Zakon (s posljedičnim povećanjem njihovog broja u kaznenim ustanovama), broj ovisnika koji su u pritvoru ili na izdržavanju kazne višestruko se povećao od 1990. do 2004. U 2003. na izdržavanju kazne ili u pritvoru bila su ukupno 1.372 ovisnika. Zatvorski sustav od 2003. znatno je unaprijedio programe tretmana.

Rast broja ovisnika i silan pritisak njihovih obitelji koje su tražile pomoć potaknuo je nevladine sustave da počnu razvijati vlastite programe za tretman i rehabilitaciju ovisnika. Tako je, prije ostalih, počela djelovati u javnosti široko medijski praćena zajednica “Susret” (koja je uz savjetovani rad, u razdoblju 1991–1998. rehabilitirala oko 60 ovisnika), da bi posljednjih nekoliko godina u Hrvatskoj počelo djelovati još nekoliko zajednica (*REMAR*, *RETO*, *Teen Challenge*, *Comunità Cenacolo*, *Savez* itd.) od kojih su neke uputile na rehabilitaciju u inozemstvo (Italija, Španjolska), nekoliko stotina naših ovisnika.

DANAŠNJA RAZINA MEĐUNARODNE SURADNJE NA PODRUČJU SUZBIJANJA ZLOPORABE DROGA

Sve članice UN-a, EU i Europskog Vijeća imaju posebne obveze, od potpisivanja važnih međunarodnih konvencija u svezi sa suzbijanjem ilegalne trgovine drogama, do provedbe niza programskih aktivnosti prema standardima što ih se očekuje od pojedinih članica. Hrvatska je donošenjem Zakona o suzbijanju zlorabe opojnih droga tek u 2001. legislativu uskladila s potpisanim konvencijama UN-a. Osim jednog projekta koji je pokrenulo Ministarstvo vanjskih poslova i tadašnja Komisija za suzbijanje zlorabe droga Vlade RH, kojim je UNDCP iz Beča podržao provođenje našeg Nacionalnog programa (vrijednost oko 1 milijun DEM), Hrvatska nije bila adekvatno uključena u ostale projekte pokrenute od europskih asocijacija.

Komisija je uspostavila suradnju s odgovarajućim tijelima Regionalnog ureda za Europu SZO. Ta se suradnja nastavlja i sve više obvezuje. Postignuta je osobito dobra suradnja s tijelima nadležnim za pitanja droga pri UN-u u Beču. Komisija je, osobnim aranžmanom njezinog bivšeg predsjednika, još 1993. započela suradnju s Pompidou-Group Vijeća Europe koja na toj razini usklađuje suzbijanje i praće-

nje problema zloporabe droga. Ulaskom u tu skupinu, Hrvatska je preuzela daljnje obveze, od kojih programi suzbijanja zloporabe droga u našoj zemlji mogu imati velike koristi. Tek je u planu osigurati sustav za suradnju s EMCDDA u Lisabonu. Policija je, također, djelatno uključena u programe rada Interpola i druge nadležne asocijacije, a carinska služba u najvažnije međunarodne carinske asocijacije.

PERSPEKTIVA SITUACIJE

Ne budu li osigurani preduvjeti za kvalitetnu i stalnu provedbu predloženog Nacionalnog programa, utemeljenog na Nacionalnoj strategiji – a to nije moguće bez odgovarajuće političke potpore i sredstava – nastavit će se pogoršavanje stanja, uz značajne štetne posljedice. Narav je pojave takva da se ona u nekoj sredini održava samo onda ako se broj uzimatelja droga povećava. Još se nije dogodilo da se taj problem, bez dobro promišljenih i stalnih mjera suzbijanja, sam po sebi počeo smanjivati. Uvijek se događalo suprotno:

- broj uzimatelja i ovisnika povećava se,
- ekonomske štete eksponencijalno rastu,
- raste moć organiziranog kriminala i korupcija na svim razinama,
- ugrožava se nacionalna sigurnost i sigurnost građana,
- ugrožava se kvaliteta zdravlja i ponašanja mladih, te natalitet,
- povećava se broj zaraženih virusom hepatitisa B i C i AIDS-om,
- umanjuje se privlačnost zemlje za inozemne turiste,
- država koja ne provodi programe suzbijanja zloporabe kako treba narušava svoj ugled u svijetu,
- ugrožava se sigurnost u prometu,
- raste sekundarni kriminalitet povezan s drogama,
- smanjuje se radna produktivnost.

OSNOVNI UZROCI POJAVNOSTI ZLOPORABE DROGA

Zloporabu droga (sredstava ovisnosti) možemo definirati kao “bolestan”, visokorizičan i društveno neprihvatljiv (premda i toleriran) način zadovoljavanja prirodne ljudske potrebe za zadovoljstvom (osjećajem ugođe). Koliko god individualni biopsihološki čimbenici kao i kvaliteta i karakteristike mikrosocijalnog miljea utječu na rizik razvoja ovisnosti kod pojedine osobe, čimbenici makrosocijalnog miljea izgleda da su još utjecajniji. Među njima svakako je najutjecajnija sama dostupnost droga, modni tren-

dovi, način zabave kao i kretanja u subkulturnim grupacijama mladih. Kako objasniti nekoliko puta češću pojavnost ovisnika o heroinu u Puli u odnosu na Rijeku? Kvaliteta života ljudi je slična u oba grada, školski i drugi programi također, ali godinama je razlika bila upravo u dostupnosti i ponudi droga. Rastom ponude droga u Rijeci, što se osobito počelo opažati nakon otkrivanja i zapljene velikih količina kokaina, uzrokuje brzi rast broja ovisnika. Rijeka je godinama bila ulazna destinacija velikih tranzitnih pošiljki droge (osobito kokaina) prema Zapadnoj Europi. Prema jednom tumačenju, visoki kriminal je na neki način sprječavao lokalnu ponudu i distribuciju droga kako bi time odvrćao represivni aparat od akcija koje bi u konačnici mogle ugroziti velike poslove. Kad su otkrivene dvije velike pošiljke (stotine kilograma kokaina), situacija se naglo promijenila i Rijeka je danas preplavljena drogama na ulici. Premda se danas u Rijeci više napora ulaže u programe primarne i sekundarne prevencije, rast neće biti moguće zaustaviti sve dok bude rasla dostupnost droga. Gledajući s društvene razine, na pojavnost tog ponašanja ljudi, odlučujući utjecaj ima međudjelovanje triju čimbenika:

- **Ponuda (dostupnost) droga;**
- **Potražnja (interes za uzimanjem) droga;**
- **Kvaliteta provođenja Nacionalnog programa suzbijanja ovisnosti i strategije na kojoj je taj program utemeljen.**

Ponuda, a time i **dostupnost droga**, ovisit će o moći i organiziranosti narko-kriminala odnosno njegovoj profitabilnosti, a to će umnogome odražavati uspješnost provedbe društveno dogovorenog prohibitivnoga programa (rad represivnog aparata), odnosno djelovanje pravne države. Na ponudu psihoaktivnih tvari i njihovu dostupnost utječu i svi društveni subjekti koji sudjeluju u legalnoj proizvodnji, prometu i distribuciji psihoaktivnih lijekova.

Na **interes za uzimanje sredstava ovisnosti**, a osobito na potražnju od strane mladih ljudi utječu:

- **Društveni stav spram uporabe bilo kakva sredstva ovisnosti.** Što je stav prema uporabi pozitivniji i tolerantniji a time i to ponašanje društveno prihvatljivije, više će mladih donijeti odluku o početku iskušavanja pojedinog sredstva. To se vidi po pojavnosti ovisnosti o alkoholu i duhanu. Široka prihvaćenost pijenja alkohola i pušenja duhana uz laku dostupnost tih sredstava čak i djeci, uzrokom je činjenice da je u našoj zemlji oko 200.000 alkoholičara i više od 1.200.000 ovisnih o nikotinu.

- **Kvaliteta odgojno-obrazovnih (školskih) programa primarne prevencije.** Što su ti programi slabije organizirani i doktrinarno neprimjereniji, to će više mladih – bilo zbog neznanja o stvarnim rizicima iskušavanja alkohola, duhana i droga, bilo na temelju krivih informacija dobivenih iz izvora kojima je cilj povećati potrošnju – početi s uzimanjem. Ako se na doktrinarno neodgovarajući način izvješćuje mlade o bilo kojem aspektu ilegalnih droga (kao što je slučaj s programima edukacije koji su umjesto na uzroke i štetne posljedice uzimanja usmjereni na sama sredstva ovisnosti), može doći do povećanja njihove znatiželje i zanimanja za eksperimentiranje. S druge strane, kvalitetno osmišljeni školski preventivni programi kao i svi ostali programi koji se poduzimaju na lokalnoj razini, mogu znatno smanjiti zanimanje mladih za uzimanjem bilo kojeg sredstva ovisnosti.
- **Sustav vrijednosti i moralno stanje društvene zajednice.** Što je moralno stanje društva lošije, slabije će funkcionirati obitelj, bit će više kriminala, pa će i droge biti dostupnije, a politički sustav neće davati adekvatnu potporu programima kojima se istinski zauzima za interese i poboljšava kvaliteta života ljudi.
- **Kvaliteta života i odgoja djece i mladeži** (kvaliteta obiteljskog života prije svega, a onda i kvaliteta života u odgojno-obrazovnim ustanovama). Što su više djeci i mladima obitelj i škola izvor životne radosti, samopoštovanja i potpore u procesu odrastanja i osamostaljenja, to će biti manji njihov interes za potrošnju droga.
- **Kvaliteta posebnih programa društvene zaštite djece i mladeži.** Ovim se programima djeca i mladež štite kad provode slobodno vrijeme izvan nadzora obitelji i škole.
- **Kvaliteta programa ranog otkrivanja i skrbi za rizičnu djecu i mladež i liječenja konzumenta droga te ovisnika.** Ako se najveći dio povremenih uzimatelja i ovisnika ne uključi u programe tretmana i ako ih ostavimo bez nadzora, bit će nemoguće zaustaviti širenje zloporabe drogâ prema novim korisnicima, jer su upravo oni most povezivanja mreže kriminalaca (*"dilerâ"*) i početnih uzimatelja, odnosno još zdrave populacije. Utjecaj neliječenih ovisnika na zdravu mladež može se usporiti s razarajućim posljedicama metastaza tumora na zdravo tkivo ljudskog mozga. Dakle, *mjere sekundarne prevencije, premda se zasebno organiziraju i provode, funkcionalno su neodvojivi dio programa primarne prevencije.*

Osnove suzbijanja zloporabe droga u sklopu Nacionalne strategije temeljit će se na uvažavanju spomenutih spoznaja.

PROCJENA EPIDEMIOLOŠKE SITUACIJE 2004. I OSNOVNE ZNAČAJKE OVISNIKA (TEMELJEM PODATAKA 2003.)

- Ukupan broj ovisnika o svim ilegalnim drogama (izuzimajući kanabis) i/ili njihovim kombinacijama je oko 23.000 (stopa 5,3 na 1.000 ukupnog stanovništva).
- Ukupan broj do sada liječenih i registriranih ovisnika o heroinu je oko 11.000. Heroinski ovisnici su kod prvih dolazaka na prvo liječenje u 2003. stari preko 26,9 godina, 4 puta su češće muškog spola, heroin su u prosjeku prvi puta probali s 19,9 godina.
- Procjena ukupnog broja živućih ovisnika o opijatima - heroinu (u broj su uključeni i ovisnici koji nakon liječenja apstiniraju) - oko 20.000.
- Oko 70% heroinskih ovisnika su drogu barem jednom konzumirali intravenozno.
- Sve više heroinskih ovisnika povremeno uzima i kokain.
- Ukupan broj novih ovisnika o ilegalnim drogama u 2004. - oko 2.200 od čega oko 1.900 opijatskih.
- Broj prvi puta liječenih i registriranih heroinskih ovisnika (bez slučajeva tretiranih u komunama NGO sektora) u 2003. bio je 802.
- Broj ovisnika umrlih od iznenadne smrti u 2003. bio je 95 (od čega predoziranje opijatima 60).
- Broj heroinskih ovisnika kod kojih se tijekom godine koristio metadon bio je oko 2.700.
- Broj heroinskih ovisnika zaraženih virusom C hepatitisa oko 70%, B hepatitisa 30%, HIV 0,7%.
- Ukupan broj **ovisnika** koji su tijekom 2004. bili u kontaktu sa sustavom za tretman (državne institucije i komune NGO sektora) - oko 6.500 osoba.
- Ukupan broj što "rekreativnih" što redovitih konzumnata kokaina oko 7.000.
- Od ukupno na HIV testiranih 2.332 ovisnika u 2003. svega 22 ili 0,2% bilo je pozitivno.
- Svega 7,7% ovisnika liječenih u 2003. živi samo, 72% živi sa primarnom obitelji, 12% sa sekundarnom obitelji a svega je 0,2% beskućnika.
- Većina ovisnika konzumira istovremeno 2 ili više psihoaktivnih sredstava (kanabis, BZD uz osnovnu drogu) pa je i sve više za liječenje težih "politoksikomana".
- Kod oko 40% ovisnika prisutan je psihijatrijski komorbiditet (poremećaj osobnosti, depresija, PTSP, suspektan psihotični ili bipolarni poremećaj) i tu je kategoriju osobito teško liječiti.
- Broj ovisnika koji su tijekom 2003. bili pritvorenici - 845, a zatvorenici - 537.
- Broj ovisnika koji su 2003. bili upućeni na izdržavanje kazne zatvora - 341.

IV.

Strategije i
programi
suzbijanja
zloporabe
droga u
Hrvatskoj
u kontekstu
svjetskih
iskustava

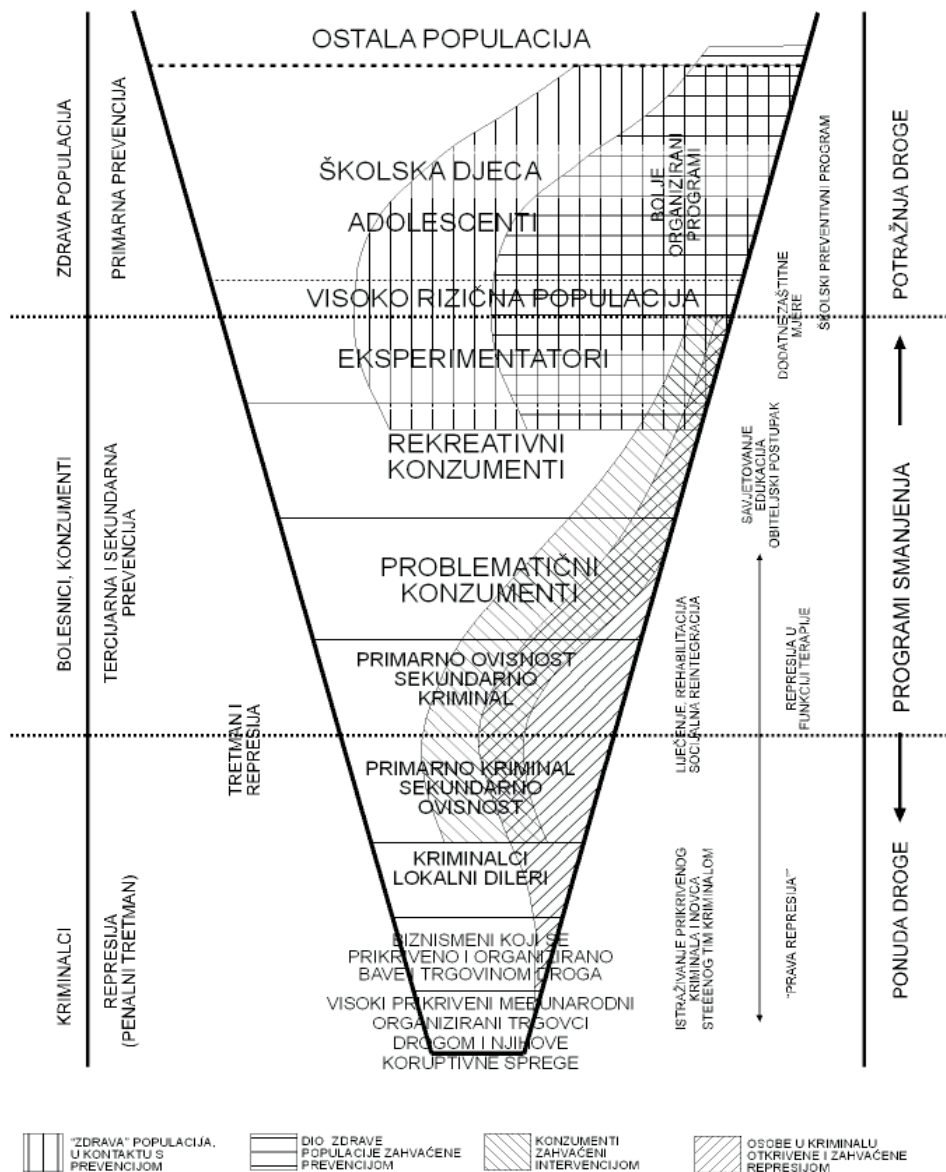


Nacionalna strategija pretpostavlja stalnost u provedbi organiziranih mjera kojima se u ravnoteži nastoje smanjivati ponuda (dostupnost) droga na ilegalnom tržištu i potražnja droga kod ugrožene populacije. Istodobnim uvažavanjem *harm-reduction* pristupa (programi smanjenja štete) prema uzimateljima droga i ovisnicima nastoji se umanjiti štetne posljedice i rizik zbog zloporabe droga, kako po zajednicu, tako i po njih same.

Represivnim pristupom, kojim su brojne zemlje pokušavale uspostaviti kontrolu nad ilegalnim tržištem droga, nastojeći ta sredstva učiniti nedostupnima, najčešće nisu postizani očekivani rezultati. Umjesto da droge “nestanu”, došlo je do hipertrofije policijskog i pravosudnog aparata, zatvori su bili preopterećeni velikim brojem uglavnom žrtava toga kriminala (ovisnicima), a narko-kriminal je i dalje stjecao ekstra profit. Velikim novcem u rukama organiziranog kriminala koji se bavi drogom, ne samo da su se nositelji toga “posla” u mnogim državama mogli dobro zaštititi od represije, već su, potkupljujući političare i državnu birokraciju, s vremenom osvajali sve veću političku moć i utjecaj. Rezultat svega je bio da su snage koje su trebale suzbijati narko-kriminal zapravo podupirale problem kako bi i dalje stjecale ogroman materijalni dobitak, te političku moć kakva im je jamčila nastavljanje posla. Italija je primjer kako je “domaća” narko-mafija, iako je u početku bila orijentirana na vanjska tržišta (osobito SAD), s vremenom sve više droge prodavala mladima vlastite zemlje, što je prouzročilo ogroman rast broja ovisnika o heroinu. Čak ni krajnje drastičnim represivnim mjerama, ako one pogađaju donje slojeve piramide (organiziranoga) kriminala, ne može se postići očekivani učinak. Takvim se pristupom pridonosi kriminalizaciji ponašanja uzimatelja droge i ovisnika i njihovom još većem priklanjanju i povezivanju s kriminalnom strukturom. Stoga danas brojne države sve veću važnost pridaju programima prevencije, liječenja i rehabilitacije kojima je svrha sma-

Slika 7.

"PIRAMIDA" – Distribucija populacije u odnosu na zlorabu droga i oblik intervencije prema Nacionalnoj strategiji



njenje zanimanja mladih za uzimanje droga. Jačaju i liberalni pokreti koji rješenje vide u postupnoj legalizaciji nekih droga. Izračunato je da se kvalitetnom represijom može reducirati ponuda droga do 15%, dok se kvalitetnom terapijom (koja je istovremeno jeftinija od represije) potrošnja droga kod konzumenata može ograničiti do 70%.

Snaženje represivnog pristupa nema budućnosti u Europi, već zbog činjenice da bi to moglo ugroziti temeljna ljudska prava i slobodu građana, slobodu kretanja, promet roba, trgovine, a sve bi to stajalo i mnogo novca. Stoga niti u našoj zemlji nema perspektivu "borba protiv droga", nego za "borba" za kvalitetnije i smislenije življenje mladih u kojem bi na droge trebali gledati kao na posve sporednu stvar u životu.

Što znači uravnotežena (balansna) strategija

Pojam balansne strategije postupno se kroz posljednja tri desetljeća sve više afirmira kao odgovor na kritike kako se naglašeno represivnim pristupom (ciljanim na smanjenje ponude droga) ne može kontrolirati zloraba droga i zaustaviti epidemija. **Ako je taj sociopatološki fenomen determiniran zakonom ponude i potražnje (psihoaktivnih sredstava) bilo je logično osigurati i provođenje društveno organiziranih mjera kojima će se paralelno sa smanjenjem ponude pridonositi i smanjenju potražnje droga.** Znanstvenici, istraživači fenomena ovisnosti trebali su odgovoriti na pitanje koji čimbenici, od individualno biopsiho-socijalnih do makro-socijalnih utječu na rast interesa i potražnje za drogama kako bi temeljem tih spoznaja preporučili provođenje primarno-preventivnih mjera odgojno-obrazovnog i socijalno-zdravstvenog tipa kojima bi mladež odvrćala od uzimanja "ponuđene" im droge. Oni su također trebali odgovoriti na pitanje kojim pristupom je moguće u što ranijoj fazi navikavanja i što veći broj ovisnika privući u programe tretmana i uspješno ih liječiti kako bi se time dokazalo kako je za zajednicu i te kako isplativo investirati novac u te programe barem u iznosu koji se izdvaja za represiju.

Od početka razvoja suvremene svjetske epidemije ovisnosti svima je bilo jasno da u određenom trenutku u bilo kojoj sredini **potražnja droga** ponajprije ovisi i podržava se od strane najvećih potrošača droga, a to su neliječeni ovisnici. Njihov poremećaj je takve naravi da oni ne mogu živjeti bez svakodnevne opskrbljenosti potrebnom količinom droge i kao takvi svojom bolesnom potrebom privlače one koji drogu nude odnosno tom robom trguju. S obzirom na to da se shvatilo kako su neliječeni ovisnici najbolji i stalni skupljači novca za organizirani kriminal, a moć tog sustava upravo ovisi o njegovoj financijskoj moći (jer novcem preko korupcije osigurava zaštitu od sustava za represiju), suvremeni stratezi suzbijanja ovisnosti shvatili su da bez dobro osmišljenih programa pomoći toj kategoriji građana, kojom ih treba zaštititi od potrebe da na

ulici kupuju drogu, nije moguće zaustaviti ili barem smanjiti odljev novca u sustav organiziranog kriminala a time i smanjiti profitabilnost tog oblika kriminala. Jednostavno rečeno, u okviru Nacionalnog programa možemo govoriti o provođenju **“BALANSNE STRATEGIJE”** ako država osigura približno jednake uvjete za rad (sredstva i broj ljudi za rad institucija) s jedne strane represivnog aparata (policija, financijska policija, carina, državna odvjetništva, sudovi, sustav za izvršenje kaznenih sankcija), a s druge strane za rad institucija koje će provoditi mjere primarne, sekundarne i tercijarne prevencije ovisnosti (školski preventivni programi, terapijski programi sustava zdravstva, rehabilitacijski i drugi programi sustava socijalne skrbi koje će provoditi kako vladine, tako i nevladine organizacije).

Početkom 2001. u Hrvatskoj smo dosta daleko od uspostave takvog balansa. Ne samo da štošta treba učiniti da se poboljša efikasnost inače preskupog represivnog aparata, već treba otvoreno reći da će nam trebati nekoliko godina ako politika u tom smislu podrži Nacionalni program (jer unatoč epidemiji od 1993., neka važna ministarstva gotovo ništa nisu poduzimala), da se razvije kvalitetan sustav za provođenje mjera **“SMANJENJA POTRAŽNJE DROGA”**. Jedino je školski sustav od 1998. značajno unaprijedio provođenje svojih preventivnih programa.

To u praktičnom smislu znači:

1. **Represivni sustav bi snagom svoga djelovanja morao zaustaviti rast ponude i dostupnosti droga.** U gradovima u kojima je aktivnost i snaga organiziranog kriminala posebno izražena (Zadar, Pula, Zagreb, Split, Rijeka...), dodatnim akcijama i pojačanom aktivnosti trebalo bi smanjiti moć narko-kriminalnog sustava a time i ponudu droga. S obzirom na to da bi bilo posve nerealno postaviti za cilj potpuno iskorjenjivanje ilegalne trgovine drogom, zajednica bi bila zadovoljna ako bi u svim našim gradovima droge postale teško dostupne (vrlo skupe), a posao s njima visoko rizičan a time i slabo isplativ. **Drugim riječima, da bi investicija zajednice u represivni sustav bila isplativa, taj bi sustav morao svojom snagom nadjačavati snagu i organiziranost kriminalnog sustava i njegovih koruptivnih sprega, čiji bi profiti time bili koliko je više moguće limitirani.**
2. Što god mi činili, u tom i takvom svijetu u kojem je nesreća ogromnog broja djece determinirana činjenicom da je 30–50% brakova teško disfunkcionalno ili se raspada (a da o drugim društvenim uzrocima njihovih nevolja i kvaliteti života ne govorim), jedan će dio mladih započeti uzimati droge i krenuti prema ovisnosti.

Kako bi spriječili rast pojavnosti ovisnika u zajednici, zdravstvo i sustav socijalne skrbi moraju osigurati programe i kapacitete kojima će najvećem broju tih svojih sugrađana pomoći da ili nadvladaju taj problem, ili da “žive s njim”, ali na način da štete po njih i zajednicu budu što manje. Povećanjem kapaciteta terapijskih programa treba svim ovisnicima, koje je moguće motivirati i privući u programe, osigurati trajnu pomoć i zaštitu. Sustav za provođenje mjera sekundarne i tercijarne prevencije trebao bi u što ranijoj fazi zahvaćati adekvatnom intervencijom sve one nove “koji tek upadaju u problem” kao i one koji su započeli liječenje kako bi ih se što kvalitetnije rehabilitiralo. Samo tako se može spriječiti nekontrolirani rast broja ovisnika aktivnih na ilegalnom tržištu droga i povezanih s kriminalom, od kojih oko 30% pridonosi širenju problema neposrednom preprodajom droge. U Hrvatskoj se na ulicama pojavljuje godišnje oko 500 novih uličnih *dealera* samo iz redova heroinskih ovisnika. Ako u Hrvatskoj trenutačno terapijsku pomoć treba i traži radi zlorabe droga 10.000 osoba (uglavnom mladeži), a imamo na raspolaganju jedva tridesetak kompetentnih i motiviranih stručnjaka za taj vrlo specifičan i težak posao i koji su u stanju godišnje “držati pod kvalitetnom kontrolom” 3.000 teških ovisnika, logično je da će ostalih 7.000 ostati pretežno na ulici, aktivno u traženju, kupovanju, i preprodavanju droga (što dodatno povećava posao policije i drugih pravosudnih institucija koje moraju sankcionirati tzv. sekundarni kriminal ovisnika). A onda se tijekom godine dana na ulicama pojavi još 1.500 novih ovisnika a broj terapeuta ostaje isti, jer država ne razvija kapacitete za tretman i ne dopušta upošljavanje novih djelatnika. **Jedan od glavnih uzroka nekontroliranog širenja pojavnosti ovisnika u nekoliko naših gradova je višegodišnje kašnjenje sustava zdravstva da na lokalnoj razini osigura adekvatne programe i kapacitete za tretman ovisnika. Balans između broja ovisnika koji imaju potrebu i potražnju za tretmanom i ponuđenih programa i kapaciteta nije uspostavljen.**

3. Kvaliteta i perspektiva življenja i odrastanja djece u obitelji i mladeži u tom i takvom svijetu, što god mi činili, podržavat će manji ili veći interes jednog dijela još zdrave populacije za uzimanje sredstava ovisnosti. Unatoč tome, nikako se ne bi smjelo dogoditi da se taj interes, odnosno potražnja za sredstvima ovisnosti u društvu iz godine u godinu povećava. **Školski sustav je prema Nacionalnoj strategiji preuzeo najveći dio odgovor-**

nosti za organizaciju i provođenje školskih programa prevencije ovisnosti kojima je osnovni cilj smanjiti zanimanje mladeži za iskušavanjem psihoaktivnih tvari. Preko školskog sustava mora se djelovati na roditelje, odnosno na obitelj, ali i na sve duge institucije lokalne zajednice koje moraju preuzeti svoj dio odgovornosti za zaštitu djece i mladeži. **To znači da se provođenjem primarno-preventivnih programa odgojno-obrazovnog tipa mora uspostaviti balans prema svim čimbenicima u zajednici koji utječu na rast potražnje i interesa za drogama.** Cilj je da se kroz nekoliko godina ustrajnog provođenja ŠPP-a (i svih drugih društveno organiziranih mjera) značajnije smanji interes još zdrave djece i mladeži za bilo koje sredstvo ovisnosti (alkohol, duhan, droga).

Valja znati da ni svjetskom sustavu organiziranog kriminala nije u interesu stalni i posve nekontrolirani rast zloporabe droga. Urušavanje gospodarstva zbog korupcije koja je u svezi s drogama, rast ekonomskih šteta zbog zdravstvenih i drugih posljedica konzumacije droga, pad produktivnosti i pad standarda a time i kupovne moći stanovništva u konačnici bi utjecali i na smanjenje profita organiziranog kriminala. "Visoki kriminal" ne želi da se u javnosti stvori slika užasa kojeg droge uzrokuju u obiteljima; tom sustavu ne odgovara rast mortaliteta zbog predoziranja droga jer to stvara revolt naroda i pokreće akcije protiv kriminala. *Dealerima* je u interesu da preko pojedinca uvučenog u drogu crpe novac godinama. Što imaju od ovisnika ako se na brzinu predoziraju i umru? "Visokom kriminalu" je u interesu da se održi kontinuitet posla na razini koja će zadovoljiti planirane profite. Pitanje je koji sustav ima više utjecaja, koji se u konačnici odražavaju na razinu profita a time i moći i društvenog utjecaja svjetskog sustava organiziranog kriminala: on sam ili od države organiziran i od poreznih obveznika plaćan represivni aparat? U pravno dobro uređenoj državi, u kojoj u samoj strukturi vlasti nisu inkorporirani elementi organiziranog kriminala, moguće je značajno limitirati profite a time i moć i utjecaj kako lokalnog domaćeg tako i međunarodno organiziranog kriminala.

STRATEGIJA SMANJENJA PONUDE DROGA (OPĆA NAČELA)

Na osnovi zakona države, brojni subjekti represivnog aparata provode mjere kojima je cilj učiniti droge što nedostupnijima mogućim kupcima (potrošačima). Epidemiološka i druga istraživanja pokazala su da je vrlo teško provedbom odgojno-obrazovnih preventivnih pro-

grama održati nisku pojavnost ovisnika ako su na lokalnoj razini droge lako dostupne. Velika razlika u pojavnosti ovisnika u gradovima neke zemlje (pa tako i Hrvatske) nije u prvom redu uzrokovana razlikom u kvaliteti života i kvaliteti programa prevencije i liječenja ovisnika, nego razlikom u dostupnosti droga i razlikom u vremenu kada je započelo organizirano i kvalitetno suzbijanje problema. Droge su to dostupnije što je bolje organizirana mreža kriminalaca *dealera*, a to je posljedica nedovoljno kvalitetnog rada represivnog aparata, odnosno slabog funkcioniranja pravne države kako na nacionalnoj tako i na lokalnoj razini. Kada se govori o represivnom aparatu i njegovom djelovanju na području suzbijanja nedopuštene trgovine drogom, javnost najčešće i najprije proziva policiju. Pritom se zaboravlja na ostale sustave koji u državi moraju pridonositi smanjenju dostupnosti psihoaktivnih tvari. U svijetu je poznato da najveće količine droga na granicama plijeni carinska služba, jer je znatno lakše, i jednostavnije, prekinuti neki ilegalni krijumčarski lanac i odjednom na granici zaplijeniti veliku količinu, nego po ulicama gradova sprječavati maloprodaju, hvatati brojne veće ili manje *dealere* i tisuće kriminaliziranih ovisnika. **Prva prepreka za ulaz droge u zemlju, naravno, mora biti dobro organizirana carinska služba koja taj posao radi u suradnji s međunarodnim sustavima za razmjenu obavijesti i s vlastitom policijom.**

Policijske, carinske i inspeksijske službe nadležne za suzbijanje droga i prekursora prva su linija represivnog djelovanja. Djelotvornost represije, pak, nezamisliva je bez kvalitetnog i usklađenog rada svih pravosudnih ustanova, ponajprije istražnih sudaca i državnih odvjetništava. Oni su dužni prikupiti što kvalitetnije dokaze (oplemeniti ono što je policija prikupila) kako bi sudbena vlast, sukladno zakonu i dogovorenoj represivnoj politici mogla kažnjavanjem počinitelja dati očekivani i mogući doprinos smanjenju kriminala i interesa kriminalaca da se bave drogom. Na žalost, u našoj se zemlji posljednjih godina događalo da su i neki važni predmeti pokrenuti od strane policije i dostavljeni radi daljeg postupka državnom odvjetništvu završavali u ladici ili se tijekom daljnjeg istražnog postupka dokaze za počinjeno djelo počelo razvodnjavati i dovoditi u pitanje, stvar se razvlačila i na koncu, kada vidite presudu (ako do nje uopće dođe), policija si postavlja pitanje je li se njihov trud uopće isplati i je li u pozadini svega koruptivna sprega branitelja okrivljenih, državnih odvjetnika i sudbene vlasti imala najveći utjecaj na sam tijek postupka i njegovu konačnicu. S druge strane bilo je gotovo nevjerojatno da su se, kako pojedinci, tako i organizira-

ne kriminalne skupine, desetak pa i više godina gotovo nesmetano bavili preprodajom droga i drugim oblicima kriminala, da su na očigled gomilali novac i imovinu šireći svoj prljavi posao i da je njihova kriminalna aktivnost bila poznata golemom broju građana i ovisnika a ništa ozbiljno se nije poduzimalo da ih se u tome na vrijeme spriječi i primjereno kazni.

Koliko god se činilo da je glavni cilj represije (smanjenje ponude i dostupnosti droga) moguće postići povećanjem broja zapljena i količine zaplijenjenih droga, u praksi valja imati na umu da je droga samo roba, dokazno sredstvo u sudskom postupku protiv kriminalaca. I najdjelotvornije policije svijeta teško uspijevaju zaplijeniti više od 15% procijenjene količine droge stavljene u promet na ilegalnom tržištu. **Djelotvorna pravna država i njezin represivni aparat dužni su djelovati tako da se najvećem broju ozbiljnih, težih kriminalaca, koji se u javnosti prepoznaju kao vrlo uspješni biznismeni, ne isplati baviti drogom.** Ako je procjena kriminalaca u nekoj državi kako je (nakon izračuna odnosa između rizika i profita) bavljenje drogom najisplativiji kriminal, to će biti znak da represivni aparat ne djeluje kako treba i istodobno poriv kriminalcima da se usmjere upravo prema tom, po mladež ipak najpogubnijem, obliku kriminala. Narko-kriminal je prikriveni oblik kriminala u kojem žrtva (konzument, ovisnik) i počinitelj zločina surađuju i čak stvaraju komplementaran odnos. Žrtva, uvijek u podčinjenom položaju, ovisna, daje novac i uzima drogu, kriminalac donosi drogu i uzima novac, sve se to događa u tajnosti. Premda ovisnici mrze *dealere* (koji sami ne uzimaju drogu i na njima zarađuju), rijetko odlučuju okrenuti se protiv njih, jer oni ih traže i trebaju i sami se na neki način stavljaju u podređeni položaj. No često ih se i plaše. Zato nije jednostavno ući u tu mrežu i trgati te veze žrtava i kriminalaca i ako se sve prepusti spontanosti događanja, unatoč stvarnom užasu, za javnost gotovo ništa ne mora biti vidljivo. Tek dobro osmišljenim, organiziranim, ustrajnim i ispred svega aktivnim pristupom dobro osposobljenih, kreativnih i visoko motiviranih policijskih djelatnika, moguće je taj kriminal držati pod kontrolom i učiniti ga vidljivim za javnost.

Osiguranjem kvalitetne represije, silno se pridonoši ukupnim naporima društvene zajednice da mladež zaštiti od zloporabe droga. Valja, međutim, pojasniti pojam "kvalitetne represije". To je represija kojom se istodobno postižu tri cilja:

1. **Kriminalce se kaznenom politikom i provođenjem zakona demotivira i djelotvorno onemogućuje u djelovanju. To se postiže usmjeravanjem oštice represije**

je prema gornjim slojevima izuzetno prikrivenog organiziranoga kriminala (osobito onog sloja koji se bavi heroinom i drugim teškim drogama), te korupciji i “pranju” novca, koji se uz taj kriminal obično vežu. To rezultira stvarnim smanjenjem ponude droga kao znakom pada moći i utjecaja organiziranog kriminala.

2. **Represija, usmjerena prema tzv. uličnom ograničavanju ponude i distribucije droga u kojoj sudjeluju uglavnom uzimatelji i ovisnici kao produžene ruke narko-kriminala, u prvome redu mora biti u funkciji otkrivanja organiziranih oblika kriminala (posredstvom obavijesti i suradnje s ovisnicima), ali i samih ovisnika koje se u slučaju pokretanja kaznenog postupka, obvezujućim odlukama suda usmjeruje u programe liječenja.** Obzirom da najveći broj ovisnika treba smatrati žrtvama tog prikrivenog narko-kriminala u kojem, na žalost, žrtva i kriminalac surađuju i stvaraju suodnos, **provođenje represije mora biti u funkciji zaštite žrtve.** To znači da bi represivno djelovanje prema ovisnicima (uz izbjegavanje grubosti) trebalo biti u funkciji njihovog što bržeg otkrivanja i rezultirajućeg pritiska društva da prihvate liječenje i rehabilitaciju kao zamjenu za provedbu kaznenog postupka. Takvim se pristupom izbjegava kriminalizacija mladeži koja uzima drogu. Humani pristup spram žrtava, mnoge ovisnike pretvara u suradnike društva u borbi protiv kriminala. Valja znati da je kazneni postupak i izvršenje penalne sankcije često za društvo znatno skuplji nego tretman u sustavu zdravstva ili socijalne skrbi, a osim toga daje slabije rezultate.

Naglašavam još jednom, **kvalitetnom represijom usmjerenom prema “ulici” postiže se pet ciljeva:**

- **Smanjuje se lakoća i jednostavnost nabavljanja droga,** osobito za početnike konzumente.
 - **Štite se žrtve drognog kriminala** (ovisnici, konzumenti, mladi općenito).
 - **Unapređuju se mjere otkrivanja konzumenata i ovisnika** (nakon policijske intervencije roditelji dobivaju informaciju da je dijete konzumiralo drogu).
 - **Dobivaju se obavijesti kojima se prodire u gornje slojeve kriminalne piramide.**
 - **Čini se pritisak na ovisnike da prihvate programe tretmana,** što je bolje nego da budu izloženi kaznenom gonjenju.
3. Kvalitetnom se represijom na lokalnoj razini zaista može znatno smanjiti dostupnost droga, čime se daje velik

doprinos zaštiti još zdrave populacije, što znači da je **represija funkcionalno neodvojivi dio programa zaštite zdravih.**

Suzbijanje svih oblika prikrivenog kriminala koji je po zajednicu znatno pogubniji od njegovih klasičnih modaliteta, nije jednostavno i od države zahtijeva da **bude osobito djelatna.** Otkrivanje organiziranog kriminala, koji upravo kroz trgovinu drogom ostvaruje najveće i najsigurnije prihode, nije moguće ako to nije politički prioritet vlasti. To osobito vrijedi za zemlje u kojima represivni aparat još nije dostigao potrebnu razinu autonomije i neovisnosti o neposredno vladajućoj političkoj strukturi.

Posebno je važno osigurati dobru tehničku opremljenost, visoku profesionalnost i autonomiju kriminalističke policije, unutar koje, za poslove u svezi droga, mora biti angažiran dovoljan broj čestitih, visoko motiviranih, kreativnih i za taj specifičan posao posebno educiranih profesionalaca. Po svemu sudeći, izgleda da se organizacijska forma u MUP prema kojoj se Odjel za droge suviše separirao od "ostatka" kriminalističke policije, nije pokazala kao dobro rješenje. Ilegalna trgovina drogom je toliko rašireni oblik kriminala da je iluzorno očekivati da će se povećati djelotvornost suzbijanja ako se na tom području ne osigura uključenost znatno većih resursa ukupnog represivnog aparata. Narko-kriminal nije moguće suzbijati izdvojeno od drugih oblika prikrivenog i osobito organiziranog kriminala. Zato nije realno za očekivati da je moguće znatnije reducirati ponudu droga ako se u određenoj mjeri za taj posao ne angažira ukupna kriminalistička policija kao i mnogi drugi sektori službe MUP-a. Kontrola rada kriminalističke policije i osobito uvid u vođenju složenih tajnih operacija mora unutar MUP-a biti što je moguće više sužena. Nastojanja pojedinih elemenata obavještajne zajednice da ima uvid i na neki način kontrolu nad radom kriminalističke policije posljednjih godina (1993–1999.) samo je otežavala rad iskusnih (danas uglavnom umirovljenih) policijskih profesionalaca. Djelotvorno suzbijanje drognog kriminala nije moguće bez dobro organiziranog sustava za prikupljanje informacija na terenu. Zato je potrebno znatno unaprijediti rad s **informatorima.** Ako policija s ovisnicima održava dobar kontakt, gledajući ih prvenstveno kao na žrtve kriminala, mnogi od njih, osobito nakon što im je omogućeno liječenje ovisnosti, bit će izvor dragocjenih informacija i voljni su surađivati u akcijama protiv *dealera.* Mnogi roditelji ovisnika kroz razgovor s djecom dobivaju vrijedna saznanja iz područja kriminala i to bi trebalo koristiti. Jasno je da ima i drugih mogućnosti dobivanja drago-

cjenih saznanja za teže oblike organiziranog kriminala, ali represivni aparat mora razviti posebnu **službu za rad s informatorima** što bi uključivalo i financiranje osobito dragocjenih informacija.

Za otkrivanje i razbijanje međunarodnih krijumčarskih lanaca izuzetno je važna suradnja policije i carinskih službi i stalna izmjena informacija sa službama drugih država.

Zadaća je političkog sustava da ustroji djelotvornu pravnu državu koja bi se istinski suprotstavljala korupciji na svim razinama i koja bi u interesu svih građana, jednakih pred zakonom, posredstvom svojih nadležnih ustanova kontrolirala novčane transakcije i imovno stanje ljudi. Pritom nije dovoljno imati *Zakon o sprječavanju pranja novca* i druge zakone. Bitno je kako ih se provodi u praksi. To spominjem zato što je u dobro organiziranim državama Zapada postalo očito da je mnogim “poslovnim ljudima”, za koje samo postoji sumnja da se bave mutnim poslovima, vrlo teško dokazati da se uistinu bave ilegalnom trgovinom droga. Polazeći od pretpostavke da je imovina i novac što ga posjeduju i troše stečen na nezakonit način, angažmanom financijskih inspekcija i institucija koje nadziru novčane transakcije, moguće protiv mnogih takvih osoba pokrenuti kazneni postupak zbog utaje poreza ili privrednoga kriminala. Zajednici je naposljetku svejedno hoće li neki *dealer* sjediti u zatvoru zbog neposredno počinjena kaznenog djela u svezi droge ili zbog nezakonito stečene imovine. Gotovo je nevjerojatno da i danas našim gradovima jure skupocjenim automobilima mladi ljudi koji nikada nigdje nisu radili a da ih nitko ozbiljno nije upitao odakle im novac za ono što posjeduju. A da o korupciji i uzimanju provizija državnih namještenika i drugih i ne govorim. Bez suzbijanja korupcije i financijskog kriminala na svim razinama, nije moguće izolirano suzbijati korupciju povezanu s drognim kriminalom.

Dobro uređeni sustavi kontrole kretanja novčanih transakcija i načina sticanja imovine daju veliki doprinos u prevenciji “visokog, organiziranog” kriminala. Zbog čega? Osobe, sklone i vješte u kriminalu, koje teže velikom bogatstvu i raskošnom životu, gubile bi vremenom motivaciju da ilegalno gomilaju velik novac ako bi im sustavi kontrole onemogućavali da ga javno pokažu i troše. Veliki (visoki) kriminalci i njihove koruptivne sprege žele u javnosti kotirati kao ugledni građani i osobe poželjne za društvo i prijateljstvo. Njihova je psihološka karakteristika da žele biti javni, moćni, utjecajni i socijalno prihvaćeni. U državi u kojoj poreski službenici i financijska kontrola stoje na vratu za “kvaku na vratima” teško je graditi vile, kupovati Audije, BMW i slično na račun op-

ljačkanog srednjeg sloja i sirotinje, a da ih nitko ozbiljno ne pita “odakle”?. I dokle god je tako u Hrvatskoj (ili bilo kojoj drugoj zemlji), organizirani kriminal i korupcija će cvasti a država će siromašiti. **Kada se uspostavi kvalitetan sustav kontrole i kada će postati opasno trošiti i pokazivati novac ili druge oblike nezakonito stečenog bogatstva, tada će nastojanja kriminalaca da gomilaju pokradeno (skriveni novac) postupno gubiti osnovni smisao. I to će djelovati preventivno.**

Kako mjeriti djelotvornost represivnog aparata?

Usporedo s ustrojem djelotvorne pravne države, valja razvijati i sustave za kvalitetno vrednovanje represivnih programa, osobito kad je riječ o suzbijanju prikrivenog kriminala. U slučaju narko-kriminala, stvar je donekle jednostavnija jer je praćenjem pojavnosti broja uzimatelja i ovisnika o drogama moguće pratiti i izračunati težinu počinjenog kriminala. Broj otkrivenih djela bilo kojega oblika prikrivenoga kriminala (pa tako i onog u svezi droga) uglavnom ovisi o tome kako su uređeni zakoni te o načinu, intenzitetu djelovanja, pristupu u radu i organizaciji represivnog aparata. Radi toga se ocjena uspješnosti rada države na tom području mora temeljiti na posebnim izračunima kako bi javnost na kraju bila obaviještena o relativnom udjelu otkrivenog kriminala u odnosu na onaj počinjeni. Tako npr. **količinu zaplijenjene droge treba prikazati u odnosu na procijenjenu količinu rasprodane i utrošene ali nezaplijenjene droge. Broj kaznenih, otkrivenih djela sitne ulične prodaje droga treba izračunati u odnosu na ukupan procijenjeni broj počinjenih djela te težine** (što je relativno laka računica). Tako se npr. u Hrvatskoj u godini dana dogodi barem tri milijuna kaznenih djela prodaje jedne ili dvije male doze heroina (članak 173. stavak 2. KZ). Ako se želi smanjiti broj takvih sitnih uličnih transakcija za samo 10%, policija i pravosudni aparat bi trebali godišnje rješavati oko 300.000 predmeta, što je doslovce neprovedivo. Pitanje je koliki onda učinak na smanjenje ponude droge može imati otkrivanje dvije ili tri tisuće tih sitnih preprodaja godišnje, što je manje od polovice takovih jednodnevnih transakcija? Ako se svemu tome doda još i broj sitnih kaznenih djela prodaje marihuane, ecstasyja i ostalih droga, što se broji milijunima, više je nego očito da valja provoditi racionalizaciju ograničenih kapaciteta represivnog aparata, sukladno dogovorenoj politici suzbijanja prikrivenoga kriminala. U protivnom se može dogoditi da se cijeli kapacitet pravosudnog sustava zatrpia i blokira rješavanjem nebrojenih

predmeta “male” težine, a da se ipak ne postigne temeljni cilj – stvarno smanjenje ponude droga pa uslijed toga i smanjenje ukupne potrošnje i broja uzimatelja. Takva kaznena politika i represija usmjerena uglavnom prema uličnoj razini (kakva posve odgovara kriminalcima na višim položajima i organiziranom kriminalu), mogla bi štetno utjecati u smislu kriminalizacije mladeži koja uzima droge. Osim toga, **tako se stvara samo privid o djelotvornosti represije, unatoč stvarnosti u kojoj pravi i najopasniji nositelji i organizatori narko-kriminala, njihova imovina i korupcijske sprege ostaju posve izvan njezina domašaja.** Mjeriti djelotvornost rada policije u nekom gradu samo brojem zapljena (pogotovo ako se tu računa i *joint* marihuane) gotovo da i nema smisla, jer taj indikator rada ionako ovisi o intenzitetu rada, broju angažiranih ljudi, zakonima i ispred svega o epidemiološkoj situaciji (broju ovisnika i konzumenata droga). U promatranom periodu, mogli bi daleko uspješnijom ocijeniti policiju u onom gradu u kojem je broj konzumenata i ovisnika vrlo nizak a zapljena (i droge) gotovo i da nema.

Nisu stoga slučajno neke zemlje, npr. Nizozemska, stavile u drugi plan sprječavanje sitne ulične prodaje droga, osobito tipa kanabis. Dekriminalizirale su posjedovanje neznatnih količina droga za osobnu uporabu i protivno vlastitom zakonu, dozvolile su u tzv. *coffee shop*-ovima prodaju malih količina (do 5 grama) marihuane, a resurse represivnog aparata usmjerile su na opstrukciju ilegalnog tržišta “teških” droga (osobito heroína, kokaina, amfetamina, PCP-a i drugih težih sintetičkih droga) i organiziranog kriminala koji upravlja tim poslom. Koliko god neke zemlje kritizirale politiku suzbijanja zloporabe droga u Nizozemskoj, činjenice pokazuju da je pojavnost ovisnika o opijatima u toj zemlji danas ispod razine mnogih drugih država Zapada i da se broj ovisnika ne povećava. Sve korisno iz sustava drugih država trebalo bi pažljivo analizirati i pokušati ugraditi u naše programe, uvažavajući pritom sve različitosti ukupnog konteksta.

Premda se u većini država još uvijek ulaže znatno više sredstava za provođenje represije (nego za programe smanjenja potražnje droga), nema niti jedne države u kojoj represivni aparat može sankcionirati malo više od desetine vrijednosti stvarno počinjenog kriminala uvezi s drogom. Kao što je već spomenuto **danās se u svijetu smatra uspješnom policija koja uspije zaplijeniti 10–15% od procijenjene količine potrošene droge u nekoj državi.** Jedno je, dakle, zakon a drugo politika njegove provedbe. Ta politika mora voditi računa ponajprije o tome da se što racionalnije koriste ograničeni resursi pravne države te da se

u organizaciji i provedbi suzbijanja narko-kriminala dà prednost metodama rada kakve će u što kraćem roku suzbiti djelatnost pojedinaca, organiziranih skupina i njihovih sprega o kojima uistinu ovisi stalnost opskrbe nekog prostora drogom. U primjeni takve metodologije, zapljene droga su prvenstveno sredstvo za dokazivanje djela kriminalaca, čijim uhićenjem i odgovarajućim kažnjavanjem postignemo onaj važan javno-preventivni učinak – odvrćanje osoba sklonih kriminalu i novcu da se bave tim, po zajednicu osobito pogubnim, oblikom kriminala.

U provedbi kaznene politike vrlo je važno da se stalnom izobrazbom stručnjaka u državnim odvjetništvima i sudovima (od prekršajnih sudova do Vrhovnog suda) **postigne ujednačenost u pristupu i provedbi dogovorene “politike” u suzbijanju narko-kriminala.** Time bi se izbjeglo da se u isto vrijeme, u istoj (maloj) zemlji, za istovjetna kaznena djela, izriču, posve neopravdano, vrlo različite sankcije, i što je još gore, da za manja krivična djela neki sud izrekne neuobičajeno visoke kazne, a da neki drugi sud za vrlo teško djelo organiziranoga kriminala jedva dovrši proces u kojem su kriminalci jedva i kažnjeni. Stalnom analizom provođenja postupka i izrečenih kazni i traženjem obrazloženja za pojedine presude, ne dovodeći u pitanje autonomnost sudbene vlasti, ni individualni pristup, moguće je postići i višu razinu pravednosti i djelotvornosti represije.

Uloga zdravstva na smanjenje dostupnosti psihoaktivnih sredstava

Osim institucija pravne države neposredno odgovornih za provedbu represije kojom se sprječavaju neovlaštena proizvodnja i promet opojnim drogama, na smanjenje dostupnosti psihoaktivnih tvari koje mogu izazvati ovisnost (lijekovi koji se primjenjuju u medicini), znatan utjecaj imaju i brojni drugi subjekti – ponajprije zdravstvena i farmaceutska služba i sami proizvođači lijekova. Na žalost, danas se u mnogim ljekarnama, mimo važećih propisa, relativno lako može doći do mnogih psihoaktivnih lijekova. Proizvodnja, čuvanje i stavljanje u promet psihoaktivnih tvari i njihovih prekursora uređeno je posebnim propisima koji su osobito strogi kada su posrijedi “narkotici”. **Zdravstvene djelatnike treba poticati da u liječenju vrlo racionalno primjenjuju ona sredstva koja mogu izazvati ovisnost (osobito metadon i druge narkotike) te da poduzimaju mjere protiv otuđivanja i stavljanja u promet tih sredstva na ilegalno tržište.**

Novim Zakonom o opojnim drogama, koji će u Hrvatskoj biti donesen najvjerojatnije tijekom 2001., bit će posebno uređeno pitanje kontrole proizvodnje i stavljanja u promet kemijskih tvari od kojih se mogu proizvoditi droge ili koje su nužne u procesu proizvodnje droga iz prirodnih, biljnih tvari. Ta su sredstva nazvana **prekursori**. Taj će Zakon urediti i pitanje nadzora uzgoja biljaka od kojih se mogu dobiti opojne droge (npr. mak, konoplja).

Sukladno međunarodnim konvencijama o kontroli droga (uz ostale postojeće zakone), odredit će, također, mjesto i ulogu pojedinih ministarstava u poduzimanju mjera koje imaju za cilj smanjenje kako ponude tako i potražnje droga. Valja reći da će gotovo svako ministarstvo dobiti barem nekakvu zadaću. **Bez kvalitetne represije, koja mora rezultirati smanjenjem dostupnosti droga, nije moguće uz današnji stupanj potražnje tih sredstava održavati pojavnost ovisnika na razini podnošljivoj za društvenu zajednicu (stopa 3–5 ovisnika na 1.000 stanovnika).**

STRATEGIJA SMANJENJA POTRAŽNJE DROGA (OPĆA NAČELA)

Poštujući rezultate mnogih istraživanja koja su pomogla odgovoriti na pitanje koji sve čimbenici utječu na interes ljudi, napose mladih, za uzimanjem droga, dobiva se i odgovor na pitanje što bi valjalo činiti da se potrošnju sredstava svede u što uže granice. Ako već ne možemo ukloniti droge, jer su one “svugdje” u našoj blizini, u biljkama koje nije moguće ukloniti ili u brojnim proizvodima bez kojih nije moguće živjeti (lijekovi, otapala), potrebno je od male na educirati ljude kako živjeti uz njih i kako prema svemu što nas okružuje stvarati razborit odnos. Valja učiti ljude o rizicima kojima mogu biti izloženi počnu li iskušavati sredstva koja mogu izazvati ovisnost. Ako se na uzimanje droga gleda kao na izvor zadovoljstva, društvo se mora organizirati tako da što većem broju ljudi omogući kvalitetu života u kojem će biti dovoljno zdravih izvora životne radosti tako da im iluzija ili oponašanje zadovoljstva uporabom psihoaktivnih sredstava neće biti potrebno. Zadovoljstvo i osjećaj životne radosti djece i mladih uglavnom ovisi o kvaliteti života obitelji i načinu odgoja, dok je druga po važnosti posve sigurno škola. Što god mi činili, najmanje 30% djece patiti će radi raspada braka roditelja, alkoholizma u obitelji i mnogih drugih kompromitirajućih događanja. Kvaliteta života obitelji umnogome, ovisi i o brojnim izvanobiteljskim, društvenim čimbenicima kao što

su: moralno stanje društva, javno potvrđeni sustav vrijednosti, ekonomske prilike i funkcioniranje pravne države. Na žalost, školski sustav radi preopširnosti gradiva i svojom zahtjevnosti za pamćenjem suviše nepotrebnih činjenica, kao i načinom pedagoškog rada, nepotrebno frustrira veliki broj djece i mladih (preko 30%), urušava njihovo samopoštovanje i time indirektno utječe na povećanje potražnje droga. Taj se sustav mora urediti na način kako bi iskoristio svoje ogromne mogućnosti pozitivnog utjecaja i pomoći djeci u zadovoljavanju njihovih mnogih važnih životnih potreba u procesu odrastanja. Obrazovanje je samo jedna od njih.

Smanjenje potražnje droga postiže se:

- **Stalnom provedbom organiziranih primarno-preventivnih odgojno-obrazovnih programa** (u obitelji, školi, crkvi i ostalim ustanovama lokalne zajednice, sredstvima javnog priopćivanja...) s ciljem da se još zdrava populacija djece i mladih zaštiti i odvrti od započinjanja uzimanja sredstava ovisnosti. Posebnim psihosocijalnim pokazateljima, osobito u školskim preventivnim programima, valja prepoznavati visokorizičnu populaciju djece i adolescenata, te za njih u (diskretnim) osobnim zaštitnim programima i ostalim točkama programa, provoditi dodatne mjere primarne prevencije u školi, obitelji, drugim ustanovama lokalne zajednice pa i na samoj ulici.
- **Stalnom provedbom mjera što ranijeg otkrivanja početnih uzimatelja droga** kako bi se provođenjem odgovarajuće stručne intervencije smanjio rizik nastavljanja uzimanja droge i razvoj ovisnosti. Gdje god se nalazila djeca i mladež, netko mora biti odgovoran za moguću njihovu izloženost ponudi droge. Isto tako svi sustavi u kojima mladi žive i provode svoje vrijeme (od obitelji, škole do ulice) moraju imati razrađenu tehnologiju uočavanja mogućeg abuzusa droga tinejdžera kao i načina na koji će se pokretati zaštitna intervencija. Tako se u svezi s tim na ulicama mnogih europskih gradova osigurava provođenje *out-reach* programa.
- **Što ranijim otkrivanjem i omogućivanjem liječenja, rehabilitacije i socijalne reintegracije što većeg broja mladih osoba ovisnih o drogama**, jer su oni najveći potrošači droga i most koji povezuje mrežu kriminalaca-preprodavača droga i još zdravu, nekontaminiranu mladež. U svezi s tim potrebno je razvijati programe prevencije, otkrivanja i pomoći ovisnicima u školama, vojsci, ustanovama, poduzećima, ulici itd. te razvijati programe kontrole i sprječavanja uzimanja droga u prometu, sportu i svim drugim mjestima na kojima se mladi druže i zabavljaju.

Društvo u cjelini trebalo bi se boriti za očuvanje negativnog stava prema uporabi ilegalnih droga te protiv jačanja antiprohibicijskih pokreta. **Svi oni koji na bilo koji način zagovaraju legalizaciju marihuane trebali bi se prvo upitati ne bi li bilo bolje, radi zaštite zdravlja ljudi, zauzimati se za smanjenje potražnje i potrošnje alkohola i duhana.** Drugo, trebali bi se pitati kako zaštititi djecu i tinejdžere od lake dostupnosti kanabisa ako bi u jednoj siromašnoj zemlji s visokom nezaposlenosti i slabom kvalitetom života omogućili punoljetnim osobama da legalno kupuju i nose kod sebe neku količinu te droge. Koliko bi djece u tom slučaju trošilo novac za džeparac za kupovanje marihuane i nakon toga dolazilo u čudnom stanju, "napušeno" (drogirano) na nastavu? I u jednom bogatom, uređenom društvu, u kojem se odgojem nastoji uvjeriti ljude da je zdravlje najvažnije, teško je postići da se na droge, kada im je sve drugo osigurano, premda i bile dostupne, gleda kao na sporednu stvar u životu. To pogotovo, na žalost, u našoj zemlji nije slučaj. Zato radije ulažimo napore da bi promijenili odveć tolerantan stav prema uporabi dopuštenih droga, poput alkohola i duhana, nego da trošimo vrijeme i energiju u štetnim raspravama i nastojanjima da mladima olakšamo da se sa što manje rizika mogu drogirati. **Moćne nacionalne kampanje protiv pušenja duhana, kao dio jasnog opredjeljenja političkog vrha države da zaštiti zdravlje svojih građana, povoljno utječu i na smanjenje potrošnje ilegalnih droga.**

Na globalno smanjenje potražnje droga znatno utječe sveukupna kvaliteta života ljudi, sustav vrijednosti, solidarnost, pravda i socijalna sigurnost koja jamči nužan prihod svakom građaninu, dostupnost općeg sustava zdravstvene skrbi, kvalitetna temeljna izobrazba i odgoj djece i mladih u sustavu državnih škola te moralno stanje društva u cjelini. Nema, na žalost, tog Nacionalnog programa koji bi značajnije mogao utjecati na spomenute opće društvene čimbenike koji utječu na ponudu i potražnju droga. Koncipirati program s takvim očekivanjima bilo bi staviti si u zadaću promijeniti ovaj svijet i takav hod ove civilizacije a to bi bila utopija.

U provedbi programa smanjenja potražnje, najvažniju ulogu imaju prosvjeta, zdravstvo i socijalna zaštita, a važnu ulogu imaju i svi drugi sustavi, osobito oni što naj snažnije utječu na poboljšavanje kvalitete života općenito (politika, gospodarstvo), zatim crkvene organizacije, udruge građana, humanitarne organizacije, sredstva javnoga priopćivanja. **Budući da se provođenje programa smanjenja potražnje mora organizirati na lokalnoj razini, važno je uključenje lokalnih struktura vlasti i što bolja komuni-**

kacija stručnjaka za ovisnosti i političara koji donose odluke. Tako se mogu osigurati potpora i sredstva za provođenje lokalnih programa.

Harm-reduction pristup kao dio strategije

Mnogo je mjera i aktivnosti koje se poduzimaju u okviru Nacionalne strategije, kojima se ne može do kraja riješiti problem (jer je naprosto nerješiv), ali se pomaže umanjivanjem štetnih posljedica i rizika, kako po pojedinca tako i društvenu zajednicu. Kreatori programa su dužni državi sugerirati ona rješenja koja će u konačnici za zajednicu rezultirati većom koristi čak i ako se dogode neke štetne posljedice. Koliko u medicini imamo bolesti čije je liječenje bolno i ima posljedice, a bolest na koncu ne izliječimo, pa ipak postupak poduzimamo da bi produžili život ili barem smanjili patnju bolesnika? Ako se donese neki zakon, njegova provedba ne bi smjela rezultirati većom štetom nego koristi – npr. može uzrokovati kriminalizaciju mladeži koja uzima droge a to se mora izbjeći. Ako primijenimo metadon u liječenju ovisnika, jasno je da taj narkotik može curiti na ilegalno tržište i time uzrokovati neželjene posljedice, pa i podržavati ovisnost tih bolesnika. Ali kada izračunamo koristi od te metode tretmana, jasno je da su one višestruko veće jer se time reduciraju mnoge teške društvene štete i rizici. Nekog ovisnika o heroinu možda nitko ne bi mogao nagovoriti da prekine s drogiranjem. No možda bi bilo moguće nagovoriti i podučiti ga da ne uzima drogu intravenozno, ili da ne koristi tuđi, možda zaraženi pribor. To su samo neki primjeri kojima se objašnjava svrha *harm-reduction* strategije. Pošteno rečeno, svi programi tretmana i rehabilitacije ovisnika zapravo su način na koji društvo samo smanjuje štetne posljedice. Obzirom da uzimanje psihoaktivnih sredstava povećava rizičnost ponašanja ljudi u različitim situacijama (u prometu, na radnom mjestu, spolnim odnosima, zabavi), od društvenog je interesa različitim mjerama kao što je zakonska regulativa, edukacija, manje zahtjevna terapija (npr. ona kojoj nije cilj potpuna apstinencija već samo redukcija potrošnje), smanjivati koliko je moguće te rizike, jer ljude nije moguće natjerati da žive kao apstinenti.

Najveći broj ovisnika i osoba visokorizičnog ponašanja na žalost nije uključen niti u jedan od tretmana koje osigurava društvena zajednica. Negativizam, otpor i nepovjerenje prema društvenim ustanovama vrlo su česta obilježja stavova konzumenata i ovisnika o drogama. Takve stavove ponekad još više učvršćuju odveć represivni postupci te kaznena politika koju, temeljem zakonskih propi-

sa, provode organi represije. Službe u sustavu socijalne skrbi i zdravstva u našoj zemlji, što zbog preopterećenosti nagomilanim problemima, što zbog birokratizacije i rigidnosti, često su zanemarivale problem zlorabe sredstava ovisnosti te time pridonijele odbacivanju, stigmatizaciji i marginalizaciji ovisnika i rastu tzv. "tamne brojke" u ovisničkoj populaciji. **Što je represija i stigmatizacija ovisnika u društvenoj zajednici veća, to je veća (iako i apsurdnija) mogućnost da se ovisnike, te žrtve narko-kriminala, poistovjeti s kriminalnim skupinama** koje ih u svom nečasnom poslu ilegalne trgovine drogama sve više odvajaju od života u normalnom, zdravom okolišu, i postupno uvlače u svoju mrežu, potičući njihovu agresivnost i negativizam spram pozitivnih socijalnih vrijednosti.

Harm-reduction strategija ima zadaću, svojim ponajprije humanim pristupom, pokušati približiti teško ugroženu populaciju ovisnika društvenim ustanovama te ih izvući iz mreže kriminala u koju su ih često, upravo te ustanove, svojim nepravilnim postupcima gurnule. Uzimajući u obzir realnost da se dio ovisnika nikada neće odreći droge niti prihvatiti liječenje, radi smanjenja rizika širenja HIV infekcije, virusa B i C hepatitisa, radi zaštite zdravlja tih bolesnika i smanjenja rizika umiranja, poduzimaju se vrlo različite akcije od kojih su najpoznatiji programi zamjene prljavog, uporabljenog za čisti pribor za uzimanje droga. Djelatnostima *harm-reduction* programa valja obuhvatiti sve one teško dostupne pojedince i skupine koje zlorabljaju droge, a nisu uspješno zahvaćeni tradicionalnim socijalno-zdravstvenima mjerama i djelovanjem u postojećim ustanovama i službama (takav pristup često se naziva i *outreach*-pristupom, i taj je koncept ugrađen i u ovaj prijedlog Nacionalne strategije u obliku rada tzv. *outreach*-djelatnika u sustavima zdravstva i socijalne skrbi). Osobito valja naglasiti programe koji uključuju modele uspostavljanja neposrednih kontakata (npr. na ulici) i izravnih intervencija u skupinama s problemima zlorabe droga, kako bi se smanjilo njihov negativizam i agresivnost prema društvenoj zajednici i pomoglo im se da vlastitim snagama raskinu lanac kriminalnih radnji i ilegalne nabave i prodaje droga, lanac kojim su ih asocijalni pojedinci ili skupine vezali, što se na najbolji način postiglo omogućavanjem supstitucijskih programa (metadon i sl. za heroinske ovisnike). Umjesto getoiziranja i stigmatizacije ovisnika, te se sugrađane, koji imaju jedan vrlo specifičan problem, nastoji sve više zaštititi od socijalne isključenosti i izolacije.

Djelatnosti *harm-reduction* programa i programa "smanjenja rizika" utemeljeni su na uspostavljanju stabil-

nog i uzajamnog povjerenja te na pristupu koji uključuje dobro poznavanje i zanimanje za probleme zlorabe droga i ovisničke supkulture. Upravo zato valja velik dio *harm-reduction* (*risk-reduction*) usmjerenih radnji provoditi na terenu, u lokalnoj zajednici, na mjestima i u prostorima života i kretanja populacije ovisnika i osoba s rizičnim ponašanjem u svezi droga. To se može činiti na ponešto nekonvencionalan način (ali uz poštivanje osnovne *harm-reduction* strategije), izbjegavajući klasičan *casework*, kakav prevladava u službama koje se bave ovom problematikom. Tako će prepreke službenog autoriteta (stručnjaka) i negativizma i otpora (u klijenata-ovisnika) biti zamijenjene pozitivno usmjerenom i na povjerenju utemeljenom uzajamnom odnosu što će u vrlo kratkom roku donijeti rezultate. Tako će ponekad u početku više jednom ovisniku moći pomoći "bivši" ovisnik, educiran za pružanje pomoći, nego neki distancirani i prezahtjevan stručnjak terapeut. Prostitutkama da bi ih se educiralo glede zaštite od HIV infekcije, možda će u početku biti prihvatljivije prihvatiti kontakt s nekom od "njih" koja je prethodno educirana za pružanje pomoći i savjeta.

Vodeću ulogu u promicanju, organizaciji i provedbi *harm-reduction* programa imat će službe socijalne skrbi i zdravstva u okviru kojih će se raditi s osobama s problemom ovisnosti. **Minimalna ili mala zahtjevnost programa te orijentacije čini ih prihvatljivima i za najotudnije i najtvrdokornije ovisnike.** Za dio teških heroinskih ovisnika, primjena metadona ili drugih opijatskih agonista (poput buprenorfina, peroralnog morfija) u okviru supstitucijskih programa ili samog heroina (eksperimentalna primjena u nekim Zapadno europskim državama) također nalazi svoje mjesto u programima smanjenja štete. Njihovim provođenjem moguće je smanjiti rizik širenja B i C hepatitisa, HIV infekcije, smrtnost ovisnika uslijed predoziranja i tome slično. Hrvatski crveni križ i mnoge nevladine udruge (NGO) pokazale su interes za uključivanjem u programe *risk-reduction* orijentacije. U okviru toga širi se mreža jedinica u kojima se intravenoznim ovisnicima omogućava zamjena prljavog za čisti pribor za korištenje droge, daju im se letci sa uputama kako se zaštititi od nepotrebnih rizika zaražavanja ili predoziranja, savjetuje ih se gdje mogu potražiti kvalitetniju stručnu pomoć. U nekim europskim gradovima, ovisnicima se osiguravaju prostorije (zaštićene od nazočnosti policije) u kojima mogu sterilno konzumirati drogu, oprati se, presvući, popiti čaj i porazgovarati s ljudima koji su ih u tim situacijama spremni razumjeti i s njima, bez ikakvog zahtijevanja, porazgovarati.

Sadašnje stanje programa smanjenja potražnje droga

Školski preventivni programi (ŠPP) do 1997. bili su nedovoljno organizirani, obuhvaćali su relativno malen broj škola i učenika, a mnogi nastavnici i učitelji nisu bili dovoljno educirani i motivirani za provedbu specifičnih, ali ni nespecifičnih preventivnih mjera. Unatoč toga mnoge su škole kako u Zagrebu, tako i u drugim gradovima samoinicijativno poduzimale brojne akcije koje su doprinosile zaštiti mladeži od zlorabe droga. U okviru Nacionalne strategije Republike Hrvatske opširno je opisana doktrina prema kojoj se mora organizirati i provoditi Školske preventivne programe. Znatna napredak u organizaciji ŠPP-a postignut je tijekom razdoblja 1998–2000. kada su ti programi službeno od strane Ministarstva prosvjete i športa postali integralni dio školskog plana i programa. Da su se i tijekom narednih godina adekvatno politički podržali, ti bi programi najviše pridonijeli zaštiti mladeži od droga.

Programi društvene zaštite mladeži (programi izvan školske prevencije) u njihovom slobodnom vremenu nisu zadovoljavajuće organizirani na lokalnoj razini. Premalo je u većini naših gradova lako dostupnih i raznovidnih sadržaja i osmišljenih programa za kvalitetno i rizično provođenje slobodnog vremena djece i mladeži. U praksi se ne provode zakoni kojima se mladež štiti ograničenjem prodaje alkohola, duhana kao i od kasnonoćnih izlazaka. Slaba je zaštita rizične mladeži.

Mjere **aktivnog i ranog otkrivanja uzimatelja droga** nisu adekvatno organizirane. Liječnici opće medicine prvi otkrivaju među svojim osiguranicima jedva 5% ovisnika. Tek treba razviti kapacitete sustava za pomoć mladeži koja konzumira droge, a koji bi bili prilagođeni njihovim potrebama, *out-reach* programi još uvijek na postoje.

U Hrvatskoj se tek od 1996. neposrednim poticajem stručnjaka iz Komisije za droge Vlade RH započelo s razvijanjem **mreže programa za specifično liječenje i rehabilitaciju ovisnika**. Osim supstitucijskih programa koji su u ratnim okolnostima organizirani kao jedino rješenje da se što veći broj teških, neizlječivih ovisnika o heroinu stavi pod kontrolu, u sustavu zdravstva još nismo osigurali odgovarajuće kapacitete za bolničko i izvanbolničko liječenje ovisnika. Uz prvi specijalizirani program pri KB "Sestre milosrdnice", kojemu je na žalost broj postelja reduciran na samo jedanaest, otvoren je i Odjel za ovisnosti u Psihijatrijskoj bolnici "Vrapče" s 27 kreveta (1997.). Odjel za liječenje ovisnika bio je otvoren 2002. i u bolnici Jankomir i dobro je profunkcionirao, ali je odjednom bio jednostavno zatvoren. Do konca 2000. u Hrvatskoj je otvoreno ukupno 16 Centara za sprječavanje i izvanbolničko liječe-

nje ovisnika. Iako taj sustav još uvijek nije pravno ustrojen, djeluje kao temelj skrbi za ovisnike u zemlji.

U sustavu nevladinih udruga (NGO) u zemlji 2000. djeluje ukupno desetak različitih programa za rehabilitaciju tipa terapijskih zajednica s ukupnim kapacitetom od oko 400 mjesta. Obzirom da se boravak ovisnika u tim programima planira kroz vrijeme od 2 do 4 godine uz navedeni kapacitet, taj je sustav u mogućnosti godišnje izvršiti rehabilitaciju za oko 200 ovisnika godišnje. To je u odnosu na ukupan broj slučajeva (6.000 osoba) koji u jednoj godini traže pomoć oko 4%. U sustavu socijalne skrbi nema još uvijek niti jednog programa za rehabilitaciju i socijalnu reintegraciju ovisnika.

U zatvorskom sustavu su se uvjeti za organizirano liječenje ovisnika pogoršali i manje su kvalitetni nego prije rata, dok je broj ovisnika s izrečenom sigurnosnom mjerom obveznog liječenja ili bez nje, koji su ujedno upućeni na izdržavanje kazne zatvora, višestruko povećan.

U Hrvatskoj djeluje sve više raznih udruga građana (UPO, UDO, "Roditelji protiv droge", "Mladi protiv droge", "Novi život" i sl.) koje poduzimaju različite akcije i daju sve bolju potporu programima suzbijanja zloporabe droga. Počeo se razvijati i sustav mreže grupa samopomoći ovisnika po tipu Klubova liječenih alkoholičara ili NA (*narcotic anonimus*).

Još nema niti naznaka razvoja specifičnih programa kontrole zloporabe droga, te prevencije, otkrivanja i pomoći ovisnicima o drogama u poduzećima, radnim organizacijama, sportskim klubovima...

Osnovni elementi programa smanjenja potražnje droga

U okviru **programa smanjenja potražnje droga**, pozornost valja usmjeriti ovim glavnim ciljevima:

1. Zaštititi još zdravu i nekontaminiranu populaciju djece i mladih od započinjanja uzimanja droga i drugih sredstava ovisnosti (primarna prevencija).
2. Unaprijediti mjere sekundarne prevencije kojima će se smanjiti rizik razvoja ovisnosti kod onih koji su počeli iskušavati ili redovito uzimaju droge, ali još nisu postali ovisni te osigurati da se što masovnije i što ranije otkrivaju i uključuju u programe tretmana ovisnike kako bi se time spriječilo produbljivanje ovisnosti, smanjio rizik zaražavanja HIV infekcijom, virusom hepatitisa kao i sve druge, po pojedinca i zajednicu štetne posljedice koje inače čine neliječeni ovisnici.
3. Osigurati adekvatne kapacitete što primjerenijih programa rehabilitacije i socijalne reintegracije ovisnika, radi

smanjenja recidivizma i socijalne izolacije te populacije (mjere tercijarne prevencije).

4. Osiguravanje organiziranog poduzimanja aktivnih mjera otkrivanja i uspostavljanja kontakta radi pomoći i zaštite i nadzora populacije ovisnika koji su izvan terapijskih i rehabilitacijskih programa kako bi se smanjile štetne posljedice i rizici vezani uz njihovo ponašanje. (Tu posebno treba naglasiti važnost provođenja *out-reach* programa i primjene *harm-reduction* pristupa kako bi se smanjio rizik širenja B i C hepatitisa, HIV infekcije i smrti od predoziranja.)

Primarna prevencija

Osnovne mjere za zaštitu zdrave djece i mladeži od zloporabe droga

Prema Nacionalnom programu, gotovo je nemoguće odvojiti primarnu od sekundarne i tercijarne prevencije. Sve su djelatnosti u bliskoj svezi i u određenom odnosu uzajamnosti. Ako se, međutim, želi točno navesti one mjere kojima se neposredno i specifično pridonosi zaštiti djece i mladeži, a sastavnica su Nacionalnog programa, te bi mjere bile sljedeće:

1. **Školski preventivni programi** (moguće je pomoću njih reducirati potražnju droga za oko 30% od ukupno moguće redukcije koja se ostvaruje provedbom Nacionalnog programa).
2. **Programi kojima se smanjuje (neutralizira) poguban utjecaj povremenih uzimatelja droga i ovisnika na još zdravu (rizičnu) populaciju djece i mladeži.** Tu se u prvome redu misli na provedbu programa što ranijeg otkrivanja kontaminirane populacije te programa liječenja i rehabilitacije ovisnika, čime se zajednica štiti od štetnog utjecaja "bolesnih" na zdrave.
3. **Posebni izvan školski programi društvene zaštite mladeži** kojima se smanjuje njihova nekontrolirana izloženost utjecajima sustavâ koji im "nude", među ostalim, sredstva ovisnosti za zadovoljavanje njihovih važnih životnih potreba (npr. potrebe za zabavom, druženjem, opuštanjem...). Na zaštitu mladeži dobar bi učinak imalo i sljedeće:
 - Poticati roditelje da temeljem Obiteljskog zakona ograniče mlađim tinejdžerima (ispod 16 godina) izlaske iza 23 sata bez njihovog nadzora.
 - Sukladno zakonskim ograničenjima osigurati da se malodobnim osobama ne poslužuju i ne prodaju alkoholna pića (uključujući pivo) i duhanski proizvodi.
 - *Out-reach* programi za rizičnu djecu i mladež.

- Poticati lokalne zajednice da osiguraju što više lako dostupnih (besplatnih, raznovrsnih), prihvatljivih sadržaja za igru, druženje, kvalitetno nerizično i zdravo provođenje slobodnog vremena djece i mladeži.
- 4. **Osigurati da represivni sustav** (policija prije svega) koliko god je moguće **smanji dostupnost (distribuciju) ilegalnih droga na mjestima okupljanja, druženja i zabave mladeži.**
- 5. Osigurati što kvalitetnije sadržaje kojima bi se mladi putem **medija** (osobito televizije) odvrćali od uzimanja droga, alkohola, duhana i ujedno što objektivnije informirali o svim štetnim posljedicama kojima se izlažu konzumenti pojedinih sredstava.

Obrazloženje doktrine na kojoj se temelji program zaštite zdravih od zlorabe droga

Nesumnjiva je vrijednost poruke: Bolje spriječiti nego liječiti. Zaštitu i unapređenje zdravlja valja smatrati najvažnijom djelatnošću kojom se čovjek bavi, jer je kvaliteta i dužina života pojedinca nezamisliva bez tjelesnog i duševnog zdravlja. Uzimanje sredstava ovisnosti (legalnih ili ilegalnih) smatra se danas najčešćim i najutjecajnijim, uzročnikom oštećivanja tjelesnog i psihičkoga zdravlja i poremećena ponašanja ljudi. Ako je tako, onda je jasna i važnost sprječavanja zlorabe psihoaktivnih tvari. No, kako to djelotvorno provoditi u zajednici? Nerijetko se u javnosti može čuti stav kako sredstva zajednice nije isplativo trošiti na liječenje ovisnika "jer su neizlječivi", te da je isplativije usmjeravati ih na prevenciju. U kolikim se razmjerima takav stav može opravdati i što sve društvo zapravo treba činiti kako bi se mlade (a i odrasle) zaista zaštitilo od zlorabe droga, odnosno – što sve uključuje kvalitetan primarno-preventivni program?

U užem smislu, pod primarnom prevencijom ovisnosti uobičajeno se misli na provedbu osobitih odgojno-obrazovnih programa s djecom i mladeži u obitelji, školi, medijima i ostalim ustanovama lokalne zajednice. No, je li to dovoljno? Zasigurno ne! **Zaštita mladih i još zdravih od uzimanja droga nezamisliva je bez kvalitetne represije kojom se istinski smanjuje dostupnost droga i bez kvalitetnih programa skrbi za povremene uzimatelje droga i ovisnike kojima se neutralizira, odnosno smanjuje pogubnost njihovog štetnog utjecaja na zdravu ali rizičnu populaciju mladih.** Ne liječiti ovisnike i pustiti ih da oko sebe nekontrolirano raznose drogu i ideju, svjetonazor drogiranja još zdravim mladima u okruženju, bilo bi slično nastojanju da spriječimo širenje neke zarazne bo-

lesti tako da ne činimo ništa protiv prijenosnika same zaraze – bakterije ili virusa. Sprječavati epidemiju malarije, a dopustiti da se komarci nekontrolirano množe i zaraženi budu ljude ne bi bilo bi moguće.

Da zaključimo, **programi kojima se smanjuje dostupnost droga (represija) te programi otkrivanja, liječenja i rehabilitacije ovisnika funkcionalni su i neodvojivi sastavni dio programa zaštite zdravih.**

Veliki doprinos kvaliteti zaštite mladeži od zlorabe droga daju i **posebni programi društvene zaštite mladeži** utemeljeni na zakonu, te posebni programi kojima se na razini lokalne zajednice poboljšava osmišljenost i kvaliteta života djece i mladeži. Od 1999., donošenjem obiteljskog zakona, u našoj je zemlji pomognuto roditeljima da postave djeci razumna ograničenja glede noćnih izlazaka radi druženja i zabave. Izrada posebnog Zakona o zaštiti mladeži nije prihvaćena, a ni drugim zakonima nije se kvalitetno uredilo pitanje onemogućavanja, osobito mlađim tinejdžerima, ulazak i boravak noću u barove, noćne klubove i diskoteke. U praksi se slabo provodi zakonski utemeljena zabrana točenja alkoholnih pića i zabrana prodaje duhanskih proizvoda malodobnim osobama. Potrebu mladih za zabavom, naprotiv, “prodavači noćne zabave, alkohola i duhana” nastoje što bolje iskoristiti u komercijalne svrhe, a tu su vrlo često nazočni, i s njima nerijetko izravno povezani – prodavači droga. Zakoni i njihova provedba, kojom se štiti mlađe adolescente od izloženosti štetnim utjecajima takva okruženja, nikako ne bi smjeli usmjeriti svoje represivno djelovanje prema njima samima. Mlad čovjek, prirodno, u procesu odrastanja stalno želi i zahtijeva sve više slobode i iskušava granice do kojih može ići. Ako, međutim, tih granica nema, a ni obitelj ih svojim odgojem i sustavom vrijednosti ne uspijeva postaviti, velik je rizik da će taj proces odrastanja biti ozbiljno ugrožen i da će imati štetne posljedice. Zakonima valja povećavati odgovornost svijeta odraslih prema djeci i mladima. Tako se nikako ne bi trebalo kažnjavati adolescenta koji je u gostionici naručio čašu alkoholnog pića, već bi trebalo kazniti vlasnika lokala i barmena, ako mu taj alkohol prodaju.

Da bi se poboljšala kvaliteta osmišljenog i zdravog provođenja slobodnog vremena djece i mladih, lokalna bi im zajednica morala planski osigurati što više lako dostupnih sadržaja. U provedbi našeg Nacionalnog programa, jedinicama lokalne samouprave predlaže se da izrade poseban priručnik s katalogom ponude sadržaja za sport, zdravu zabavu, kreativnost, druženje djece i mladih. Gradovi se šire, zemljišta se do krajnjih granica komercijaliziraju, uzurpiraju se, štoviše, i postojeće površine za sport i igru,

kao da nikoga nije briga kamo će mladi izići u slobodno vrijeme kada iziđu iz škole i kada im dojadi motati se po svom (uglavnom vrlo skromnom) domu. Urbanističkim bi planom trebalo uvesti obvezu da se u svakom dijelu grada osigura dovoljan broj slobodnih, lako dostupnih, jednostavno uređenih i osiguranih površina za sport i igru mladeži. Parkovi i školska igrališta nisu dovoljna. Visoko kompetitivni, profesionalni i profitabilni sport kao i potreba za rekreacijom odraslih ne bi smjela ugroziti masovni rekreativni sport, igru i druženje mladeži, što je na žalost bio slučaj u Hrvatskoj posljednjih godina. Takav pristup sportu zasigurno nije umanjio rizik širenja droga među mladima.

U sprječavanju zlorabe droga, osobito u provedbi odgojno-obrazovnih preventivnih programa bilo bi pogrešno kada bi u žarištu naših razmatranja bile droge i druga sredstva ovisnosti te "borba protiv njih". Takav bi pristup, naime, samo sredstvo, "kemiju", stavio u prvi plan, čime bi je učinio još privlačnijom i mističnijom u svijesti mladih, a na drugoj bi strani, u drugi plan stavio odgovornost društva, obitelji i pojedinaca da utječu na brojne porive i "razloge" radi kojih toliko mladih u prilici i izazovu izbora (uzeti ili ne uzeti) na kraju popuste toj vrlo moćnoj alternativi. To bi bilo kao da prevenciju pijenja alkohola i pušenja duhana temeljimo na opisu djelovanja, pokazivanju i upoznavanju s velikim izborom različitih alkoholnih pića ili duhanskih proizvoda. To bi moglo biti zanimljivo, a glede ciljeva prevencije sigurno kontraproduktivno. **U žarištu naših razmatranja je dijete i osobito tinejdžeri u procesu psihosocijalnog odrastanja, njihovo ponašanje, stvaranje sustava vrijednosti i razvoj svijesti o potrebi samozaštite zdravlja i izbjegavanju rizika.**

Školski preventivni programi (ŠPP) zamišljeni su tako da djelujući na učenika tijekom čitavog odgojno-obrazovnog procesa, isti bude do početka adolescencije osposobljen za kvalitetno samozaštitno reagiranje u situacijama u kojima se zbivaju početna iskustva s uzimanjem psihoaktivnih sredstava. Cilj je smanjiti broj mladih koji će doživjeti to početno rizično iskustvo. Jer što ih više iskuša drogu, veći će biti broj onih koji će radi svoje psiho-biološke predispozicije otkriti u sebi tu sklonost i naoko isplativost tog načina za doživljavanja ugođe. Zato valja razbiti vrlo rašireni stav da "u životu treba sve iskušati" i da popušiti poneku cigaretu duhana ili marihuane, ili progutati poneku tabletu ecstasyja i sl., znači samo jedan usputni i nerizičan doživljaj mladog čovjeka koji se želi zabaviti i što više toga spoznati. Kriminalni sustav koji trguje kanabisom kao i mnogi zagovornici korištenja te droge uvjerali su mladež kako je to bezopasno sredstvo u kojem

moгу uživati. Istina je međutim da uzimanje bilo koje psihoaktivne tvari u ranom adolescentnom periodu može teško poremetiti proces psihosocijalnog sazrijevanja i osamostaljivanja mladeži. **Upravo konzumacija marihuane znači rušenje prve barijere straha od ulaska u svijet iskušavanja droga** i to je u 80% slučajeva bilo prvo ilegalno sredstvo kojim budući heroinski ovisnik uči drogiranje i stiče iskustvo postizanja ugone na taj, neprirodan, bolistan i rizičan način. Nakon godinu ili dvije konzument marihuane bit će spremniji iskušati djelovanje i drugih, adiktivnijih sredstava. Ne samo da će ga kupovanje marihuane dovesti vremenom u doticaj s ponudom drugih vrsta droga (jer ilegalno tržište pojedinih droga nije razdvojeno) već će u situacijama kada drugi nude ili vrše pritisak da proba recimo ecstasy, amfetamin ili speed, njegovi otpori biti slabiji a želja da i to iskuša mnogo veća.

Istraživanjima je potvrđeno da se ovisnost razvija kao samopodržavajući proces koji vrlo često počinje uistinu bezazleno, prvim pokusima u prigodama što ih, u interesu zaštite mladih, odrasli teško mogu kontrolirati a determiniran je individualnim psihološkim, biološkim i okolin-skim čimbenicima. Kada se to dogodi, tinejdžer logično, upamti to početno iskustvo, zapravo simptome intoksikacije mozga nekom psihoaktivnom tvari. Simptomi toga otrovanja mogu biti ugodni ili neugodni. **Ugodnost psihoaktivnog djelovanja sredstva ovisnosti u mnogome ovisi o prethodnom psihološkom stanju i biološkoj predispoziciji u odnosu na vrstu pojedine droge.** Što je mlada osoba frustriranija, nezadovoljnija i depresivnija u životu i još k tome ako je biološki predisponirana (što se vidi po intenzitetu doživljene ugone), to će imati snažniji unutarnji poticaj da to ugodno iskustvo ponovi. Na ponavljanje takvog ponašanja istodobno utječe i sredina drugih uzimatelja i osobito, sitnih *dealera*. Obzirom na navedeno, visoko rizičnim za razvoj ovisnosti mogli bi smatrati one adolescente koji na neki način sami traže drogu kao rješenje za svoje životne probleme, ili one koji ako se nađu u prilici, olako i bez otpora prihvaćaju ponuđenu drogu i ako nakon konzumacije osjete izrazitu ugodu.

Adolescenti, nakon što počnu s drogiranjem, ne predviđaju mogućí razvoj stvari. Oni mogu znati da je droga (ili cigareta duhana) štetna za zdravlje, da je grozno postati ovisnik i to nitko sebi ne želi, no, ako prevencijom nisu dobro osviješteni i pripremljeni, ne povezuju svoje ponašanje s takvim mogućim rezultatom, pa svoje početno i povremeno uzimanje droga smatraju bezopasnim, dobro kontroliranim i prolaznim načinom na koji zadovoljavaju neku svoju važnu potrebu. Ako prethodno nisu kvalitetno

upućeni i osposobljeni za samozaštitu, oni su daleko od toga da bi razmišljali o tome što se u njihovom tijelu događa, kakve se promjene događaju na neuronima i receptima u mozgu, kako se pod utjecajem droga mijenjaju emocije, remeti logika razmišljanja i kognitivne funkcije općenito. Čak što više, što osoba češće ponavlja eksperiment s drogom, to će "mozak" za takvo ponašanje nalaziti sve više opravdanja a za druge prirodne izvore radosti i zadovoljstva i osobito za izvršavanje obaveza, gubiti će se interes. S vremenom, postupno, kako se učestalost uzimanja droga povećava, osoba emocionalno otupljuje udaljavajući se od bližnjih uskraćujući si mnoge prirodne izvore životne radosti. Takvo ponašanje postaje joj "normalno", 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. Težak gubitak interesa za sve što drugima daje osjećaj ispunjenosti i smisla i samo biološko oštećenje mozga, kod ovisnika rezultira zastrašujućim osjećajem praznine koju u jednom trenutku niti droga više ne može prikriti niti ispuniti. Tek kad se jednog dana dogodi neki incident, dok se stvar ne otkrije ili dok osoba sama ne spozna da više nije u stanju financirati svoju ovisnosti, pokreću se prve inicijative da se taj samoubilački samopodržavajući krug pokuša prekinuti.

Da bi se takav tijek stvari spriječio, najlakše je najvećem broju mladih pomoći da ta prva rizična iskustva koliko je moguće više izbjegavaju. Uz obiteljsku zaštitu, najviše se može učiniti edukacijom školske djece o spomenutim činjenicama te provedbom programa učenja vještine zdravog i nerizičnog društvenog ponašanja. Pritom osobitu pozornost valja usmjeriti učenju mladih vještinama kao što su **nerizično samopotvrđivanje, odupiranje negativnim utjecajima vršnjaka, kvalitetno rješavanje životnih problema, zdrava i nerizična zabava** i sl. U ovo doba, kad organizirani kriminal i sustav iskvarenih, hedonizmu sklonih ljudi, na svaki način žele mlade držati pod kontrolom i nametnuti im svoj sustav vrijednosti i filozofiju življenja, kvalitetna provedba **školskih preventivnih programa** kao i svih drugih primarno preventivnih aktivnosti u zajednici, može dati velik doprinos zaštiti njihovih interesa.

U provedbi primarne prevencije ponajviše treba **izbjegavati senzacionalistički pristup drogama**, a prepoznatljivost (imidž) uzimatelja droga i ovisnika valja demistificirati i demitologizirati te ograničiti do realne razine kakvu bi taj problem trebao imati, da bi se time smanjilo privlačnost droga za mlade ljude. Zato i nije preporučljivo da u okviru prevencije u školskom sustavu zdravoj mladeži poruke upućuju "uspješno" liječeni ovisnici. **Izobrazbu i**

informiranje djece o rizicima uporabe droga valja provoditi zajedno sa sličnim pitanjima u svezi s pijenjem alkohola i pušenjem duhana. Te opće informacije valjalo bi ugraditi u širi sadržaj odgojnih programa koji se bave promicanjem zdravog ponašanja i stilova života, a kod mladih treba afirmirati određene socijalne vještine koje će im moći da se lakše nose s mnogim rizičnim situacijama u životu te da ih rješavaju na odgovarajući način. Tu je ponajprije riječ o školskim preventivnim programima (opisanima u posebnom poglavlju) koji moraju postati sastavnim dijelom odgojno-obrazovnog procesa. Ti programi trebaju biti posebno prilagođeni s obzirom na dob djece u predškolskim ustanovama, u osnovnim, odnosno srednjim školama, a za njihovu provedbu treba osposobiti djelatnike u samim odgojno-obrazovnim ustanovama. Bit će potrebno osigurati, unutar programa dodiplomske nastave, specifičnu edukaciju o ŠPP na svim fakultetima koji osposobljavaju stručnjake za rad s djecom i mladima.

Nije opravdano preveliki značaj davati preventivnim kampanjama koje provode sredstava javnoga priopćivanja. Obično su vrlo skupe a njihove poruke slabo doćiču i utječu na visoko rizičnu mladež. Štoviše, mlade treba poučiti kako da se odupru negativnim utjecajima televizije, tiska, Interneta... Preventivno djelovanje koje uključuje neposredno informiranje mladih o rizicima u svezi s uzimanjem droga, trebalo bi biti intenzivnije i obuhvatnije u onim sredinama u kojima je raširenost uporabe droga veća i u kojima je pojavnost ovisnika i preprodavača veća.

O tome koliko u primarno-preventivnom smislu u zajednici pridonosi institucija kvalitetnog braka, obitelji, odgojni pristup djeci i mladima u školskom sustavu, moralno stanje i sustav vrijednosti društva, socijalna sigurnost, solidarnost i pravda te funkcioniranje pravne države, ne treba posebno ni spominjati. No, na mnoge od nabrojenih vrijednosti, kao ni na suvremenu filozofiju življenja ove civilizacije koju mnogi doživljavaju kao pokušaj da se osmisli besmisao, Nacionalni program upozorava ali ne može svojim pod programima utjecati. Stoga valja biti realan i uvažavajući sveukupan kontekst, potrebno je prilagođavati provođenje svih specifičnih i djelotvornih mjera kojima će se ipak održavati što bolja i realno moguća kontrola nad problemom droga. I ne treba zaboraviti: droge su tu oko nas, sastavni dio našeg okruženja, našeg eko-sustava i nije ih moguće posve ukloniti. Pa to nije niti potrebno, jer one čovjeku mogu biti i korisne. Sjetimo se samo olakšanja u procesu umiranja što ga osjeća neizlječivo oboljeli od maligne bolesti kada mu liječnik ordinira morfij. Za dio nesretnika, izgubljenih u ovoj civilizaciji, neke droge i ok-

ruženje što ga oni uz njih nalaze, ponekad su jedini izlaz i smisao življenja. Nije, dakle, toliko problem u samim drogama; problem je u odnosu čovjeka, osobito mladog čovjeka, prema njima, prema toj mogućnosti – uzeti ili ne uzeti. **Svijet odraslih odgovoran je ako ne pripremi dijete za odupiranje tom izazovu i ako mu umjesto droge ne ponudi kvalitetnu alternativu. Upravo radi toga, cilj Nacionalne strategije nije “protiv”, rat protiv droga, već borba “ZA”, za zdrav i osmišljen život u kojem drogi-ranje neće biti potrebno a psihoaktivne tvari će po potrebi korisno poslužiti čovjeku ako to preporuči liječnik. Cilj je sprječavati zlorabu, a ne korisnu uporabu droga. Svaku nemedicinsku uporabu droga radi izazivanja stanja opijenosti i “zadovoljstva” treba smatrati *zlorabom*, jer je štetna po zdravlje i na različite načine rizična.**

Važnost sekundarne prevencije

Ovisnike o drogama treba gledati kao most koji povezuje mrežu kriminalaca i *dealera* te populaciju još zdravih i onih koji su tek počeli s iskušavanjem droga. Ako se taj most blokira aktivnim mjerama što ranijeg otkrivanja, liječenja i rehabilitacije ovisnika, to značajno pridonosi zaštiti zdravih i smanjuje širenje ovisnosti. U tom slučaju se lakše ostvaruju i druge važne zadaće predviđene Nacionalnim programom kao što su odgojno-obrazovne i druge primarno preventivne aktivnosti i djelotvorno provođenje represije (jer se represivni aparat uz dobro organiziran terapijski sustav znatno odtirećuje od bavljenja konzumentima i ovisnicima). Školski preventivni programi imaju među ostalim zadaću pomoći u osposobljavanju roditelja da što prije, zajedno s učiteljima i nastavnicima, otkriju učenike koji konzumiraju droge da bi nakon toga i rješavali te probleme u suradnji sa svim ostalim ustanovama lokalne zajednice (školska medicina, centri za sprječavanje i liječenje ovisnosti, obiteljska medicina, nevladine organizacije, socijalna zaštita i dr.). Najznačajniju zadaću u neposrednoj provedbi savjetovanja i obiteljskom liječenju na razini lokalne zajednice ima mreža specijaliziranih timova centara za sprječavanje i liječenje ovisnosti. U perspektivi se očekuje da će znatno veći doprinos u ranom otkrivanju uzimatelja droga i ovisnikâ davati i liječnici opće medicine (obiteljski liječnici, odnosno primarna zdravstvena zaštita) i *out-reach* programi usmjereni na zaštitu rizične mladeži “na ulici” koje bi morale provoditi ustanove socijalne skrbi.

Od svih ustanova ili službi u državi, MUP, posredstvom svojih djelatnika, obavljajući svoj posao sukladno

zakonu u nastojanju da se spriječi sitna ulična prodaja droga, otkriva na lokalnoj razini ili dobiva spoznaje o velikom broju ovisnika i uzimatelja droga. **Bilo bi šteta saznanja MUP-a ne iskoristiti za pokretanje što ranije zaštitne ili terapijske intervencije.** Kada se zna koliko društvo treba ulagati napora i novca za unapređenje mjera što ranijeg otkrivanja i liječenja ovisnika, logično je i opravdano tragati za načinima kako podatke policije korisno upotrijebiti za tu humanu svrhu, a da se pritom nimalo ne ugroze zakonska prava kojima se štiti dignitet građana i njihovih obitelji. Kao važan element strategije prema kojem, u interesu zaštite ovisnika i uzimatelja, timovi Centara za izvanbolničko liječenje ovisnika trebaju surađivati sa svim ustanovama lokalne zajednice, pa tako i s policijom, sudovima i zatvorima, postoji prostor i način da u toj suradnji liječnici, kao najvažniji stručnjaci terapijskih timova Centara, koji su obvezni čuvati tajnu, dobiju poimenične obavijesti o mladima koji su na ulici otkriveni kao uzimatelji i ovisnici, a još nisu otkriveni i obuhvaćeni sustavom tretmana. Stvar je, nakon toga, timova centara, da osmisle način kako s pojedinom osobom, djelatnim pristupom, uspostaviti doticaj i nakon toga motivirati je za tretman. U nekim županijama policija ima obavijesti o konzumiranju droga kod znatno većeg broja osoba no što je evidentirano kroz terapijsku aktivnost pojedinog Centra.

Rano otkrivanje ovisnika na ulici bit će važna zadaća Ministarstva socijalne skrbi i sastavni dio programa djelovanja na terenu mnogih nevladinih udruga, a izvršavati će se posredstvom mreže svojih *outreach*-djelatnika.

U budućnosti će važne inicijative, kako u otkrivanju tako i u liječenju i rehabilitaciji ovisnika, poduzimati razne udruge građana, volonteri, crkvene organizacije, humanitarne i druge nevladine i neprofitne organizacije i sportski klubovi, i u svome će djelovanju trebati imati financijsku potporu lokalnih vlasti.

Budući da sve više odraslih uzima sredstva ovisnosti, valja poticati izradu programa prevencije i suzbijanja zloporabe droga na radnim mjestima, u poduzećima i ustanovama, sportskim klubovima i prometu.

Profesionalizirani sportski klubovi i zloporaba droga

Uključivanje djece u sportske klubove radi intenzivnog bavljenja određenim sportom uz očekivanje vrhunskih rezultata, po svemu sudeći povećava rizik skretanja prema uzimanju droga tijekom adolescencije. Zato bi trebalo afirmirati masovno, rekreativno bavljenje sportom u kojem bi djeca naprosto uživala u igri i druženju.

Jedno istraživanje (magistarski rad S. Čurković) je pokazalo da je **čak 70%** današnjih zagrebačkih ovisnika o heroinu bilo u jednom periodu djetinjstva i adolescencije uključeno u redoviti trening u nekom od sportskih klubova. Treba istražiti koji su sve čimbenici bili u interakciji da su se ti mladi prestali baviti sa sportom a počeli s uzimanjem droga. Je li tu riječ o slabom pedagoškom pristupu trenera, stresu radi prevelikih i nerealnih očekivanja i naporu da se ispune obaveze djece u školi i klubu umjesto uživanja u igri, ili se kod te kategorije nije vodilo računa o uravnoteženom razvoju, socijalizaciji, problemima obitelji, škole ili je krah nastupio kada su srušene iluzije o vrhunskom rezultatu ili mjestu u prvoj momčadi, ili je neka ozljeda odjednom prekinula sve, možda nepravda prema onima koji nisu imali zaleđe, pa su naprosto morali odstupiti. Ogroman novac na nacionalnoj razini tereti siromašno i slabo gospodarstvo i prihode jedinica lokalne samouprave da bi se financiralo na stotine profesionaliziranih sportskih klubova. S vrhunskim sportašima trguje se kao s robom. U sve se to upliću političari (od nacionalne do lokalne razine), radi svojih interesa, svjesni da građani (biračko tijelo) trebaju “kruha i igara” i uživanje u postignućima svojih najvećih sportskih zvijezda. Događaju se brojne financijske malverzacije kroz sprege s poduzetnicima i lokalnim vlastima. Čak i na većini utakmica najprestižnije lige, tribine su gotovo prazne, neredi navijača česti. Kojeg li apsurdna da se za jednog vrhunskog nogometaša od nekud sakupi i na kocu izdvoji više novca nego za provođenje Nacionalnog programa suzbijanja zlouporabe droga u jednom velikom gradu, a možda i u državi. Čemu sve to služi? Da bi sport doista bio u funkciji prevencije ovisnosti, mnogo toga treba preispitati i posve drukčije osmisliti. Masovni, rekreativni sport, organiziran kao igra u kojoj djeca uživaju, ima smisla i treba ga podržati, afirmirati i u njega se isplati ulagati sredstva. To bi trebala biti baza iz koje bi se iznjedrili oni s dispozicijama za vrhunski, kompetitivni sport. Pretvarati djecu i mlade u gledatelje koji urlaju na tribinama ili sjede pred TV ekranima ne pridonosi mnogo njihovom zdravom odrastanju. Programi ciljani na smanjenje uporabe **dopinga** također bi trebali više pridonositi mjerama otkrivanja i prevencije ovisnosti, osobito u vrhunskom sportu.

Potrebno je potaknuti razvoj posebnih programa u kompanijama, poduzećima i ustanovama

Posredstvom posebnih programa poduzeća i ustanova, otkrivati će se u budućnosti sve više konzumenata i ovisnika.

Nakon toga trebati će im osiguravati tretman i potporu da bi očuvali radna mjesta. Poslodavce bi bilo poželjno poticati da zatraže stručnu pomoć oko izrade i provođenja programa suzbijanja ovisnosti kod svojih uposlenika. Mobbing i bosing sve su češća pojava. Kvalitetni međuljudski odnosi i ugodan radni milje smanjuje stres, osjećaj frustriranosti i ublažuje depresivnost radnika. Sve to pozitivno utječe na smanjenje potražnje sredstava ovisnosti kako samih uposlenika tako i njihove djece kod kuće. Danas se, na žalost, događa da poslodavac otpušta svog radnika kada sazna da je ovisnik. Umjesto da se tim našim sugrađanima, unatoč njihovim problemima, omogući socijalna integracija, **ovisnici moraju skrivati svoj problem kako ne bi bili izolirani i odbačeni.**

Kako rano (u obitelji) otkriti da adolescent uzima drogu?

Mnogi sustavi u državi su dužni osigurati edukaciju stručnjaka kojima je zadaća što ranije otkrivati povremene uzimatelje opojnih droga i same ovisnike. Školski sustav je u okviru ŠPP (točka nazvana "Afirmacija karijere uspješnog roditeljstva") dobio zadaću raditi s roditeljima učenika kako bi ih poticao na što kvalitetnije roditeljstvo kojim se najviše pridonosi prevenciji ovisnosti. U okviru tog programa posebno educirani stručnjaci škola kao i pozvani vanjski stručnjaci trebaju uputiti roditelje, čija su djeca u tinejdžerskoj dobi, na koji način postaviti sumnju i konačno otkriti uzimanje droge kod svoje djece. No istovremeno to moraju naučiti i nastavnici, osobito razrednici i od škole se očekuje da će vremenom postati institucija koja će prva i u najvećem postotku otkrivati početne uzimatelje opojnih droga. I mnoge druge institucije kao i njihovi stručnjaci sukladno naravi posla kojim se bave, moraju biti upućeni temeljem kojih znakova što ranije prepoznavati uzimanje droge. Tu se prvenstveno misli na vojsku, policiju, suce, državne odvjetnike, socijalne radnike, liječnike opće medicine, specijaliste u bolnicama, zatvorsko osoblje, poslodavce i mnoge druge. Kod svih njih mora biti provedena senzibilizacija za taj problem kao i specifična izobrazba za njihovo mjesto i ulogu u programima sekundarne prevencije ovisnosti. **Jer nije isti način na koji će razrednik prepoznavati konzumenta droga u razredu, roditelj kod kuće, liječnik u ordinaciji ili npr. policajac i out-reach djelatnik na ulici ili diskoteci. Otkrivanje konzumenata i ovisnika poduzima se prvenstveno radi zaštitne intervencija koja nakon toga mora uslijediti.** Otkrivati a iza toga ništa konstruktivno ne poduzimati nema naročitog smisla.

Obzirom da bi prelazilo okvire ove knjige detaljno opisivati niz nespecifičnih i u odnosu na pojedine droge specifičnih znakova i promjena u ponašanju koje se javljaju nakon što osoba započne s uzimanjem droge, na ovom mjestu samo će se naznačiti ono najosnovnije i to kod adolescenata. U tom najosjetljivijem periodu odrastanja čovjeka promjene ponašanja nastale kao posljedica drogiranja mogu se jednostavno pripisivati pubertetu i problemima mladenaštva. Dio tinejdžera nevjerovatno uspješno prikriva uzimanje droga i ako dobro izvršavaju školske obveze teško da će tko posumnjati na takvo ponašanje. Kod većine konzumenata se ipak događaju promjene takve naravi, intenziteta i otporne na intervenciju da malo bolje upućenima moraju barem pobuditi sumnju. Paralelno sa emocionalnim udaljavanjem i odbacivanjem sustava kontrole obitelji, adolescent koji uzima droge sve je više vezan uz neko svoje društvo a popušta u izvršavanju obaveza u obitelji i školi. Opaža se gubitak interesa za dnevna događanja u obitelji i mnoge sadržaje koji su ga do jučer radovali. Sve mu to odjednom postaje glupo i neprivlačno. Inzistiranje na izlascima je sve izraženije, pokušaji da ih se zadrži u kući sve neuspješniji. Nastojanja da se s njima porazgovara izbjegavaju ili se i samom pokušaju otvoreno i agresivno suprotstavljaju. Ako i pokušaju objasniti i odgovoriti na pitanje što se s njima zapravo dešava, sve će to biti laganje, manipulacija i prikrivanje istine.

Što god roditelji pokušali činiti i poduzimati, ne mijenja stanje stvari, tinejdžer za sve probleme okrivljava druge, a osobito njih. I druga djeca koja ne uzimaju droge a imaju tipične mladenačke probleme, mogu povremeno biti arogantni, grubo, zatvoreni, ali ih je moguće za dan dva približiti i komunikacija se uspostavlja. Ako je u pitanju droga, komunikacija je sve konfliktuoznija, emocionalno udaljavanje sve izraženije a adolescent ima slab ili nikakav uvid koliko svojim ponašanjem opterećuje i zagorčava život bližnjima. Istovremeno je izuzetno osjetljiv i povredljiv na sve (vrlo opravdane) kritike koje mu se upućuju iz okruženja. On samo postavlja svoje zahtjeve (za novcem, slobodom), traži da ga se ostavi na miru da živi svoj život. Stvari idu na gore. U školi je sve više izostanaka, ocjene su sve slabije, ritam spavanja i ustajanja sve je poremećeniji, raspoloženje se neočekivano mijenja, javljaju se i fizičke promjene. Kako roditelji, tako i stručnjaci mnogih institucija koji brinu za potrebe mladeži, da bi mogli preventivno djelovati, moraju dobro poznavati čimbenike koji djeluju podržavajuće na razvoj ovisnosti. To su:

- okruženje i pritisak vršnjaka s kojima konzument provodi slobodno vrijeme

- psihološki mehanizmi kojim se svjesno želi ponovo doživjeti ugodno iskustvo
- neurobiokemijske, funkcionalne i organske promjene i oštećenja struktura mozga
- pogoršanje socijalnog funkcioniranja i kvalitete života konzumenta (pa kompenzatorno još više kroz drogu "rješava" životne probleme)
- neprimjerene reakcije okoline na poremećeno ponašanje i funkcioniranje konzumenta, u što možemo ubrojiti neprepoznavanje problema i nepoduzimanje adekvatne intervencije. Kada se jednom razvije ovisnost, tada se to stanje (uz navedeno) podržava radi izbjegavanja apstinencijske krize.

Vrlo rano pušenje cigareta duhana (u nešto manjoj mjeri uzimanje alkohola i tableta) i izostanci s nastave indikativni su za kasniju sklonost razvoju ovisnosti. Budući će ovisnik o teškim drogama negdje oko 15. godine u 80% slučajeva svoj put prema tom stanju početi s pušenjem kanabisa. To je početna faza udaljavanja iz sustava kontrole obitelji, kada mlada osoba otkriva svijet i prostor slobode, rušeći pri tom pravila i ograničenja koje postavljaju roditelji. Sve se podređuje društvu nešto starijih vršnjaka, izlascima i zabavi. Između 16. i 17. godine postaju još arogantniji, naoko samostalniji, pušenje marihuane je učestalije, roditelji mogu vidjeti očigledne promjene ponašanja koje su donekle slične stanjima pripitosti alkoholom ali ipak ima i razlike. Asociranje u razgovoru je brže, djeluju opuštenije, raspoloženije, smetnje koordinacije su manje vidljive nego kod pijanstva, nema mirisa na alkohol (osim ako nije i pio), zjenice su proširene, oči zacrvenjene, apetit dobar, sa spavanjem nema teškoća, u jutro se teže bude i ustaju iz kreveta nekako mamurni, zatupljeni i udaljeni. U toj dobi mnogi počinju iskušavati ecstasy. Zaluđeni su odlascima na party-je, osobito *rave* tipa. Troše više novca, dolaze vrlo kasno kući, nemirni su, sa slabijim uvidom u situaciju u kojoj se nalaze, ne traže hranu, teško zaspu a prije toga mogu rondati po stanu, puštati glazbu. Roditelj može primijetiti da su malo čudni, poremećeni, raspoloženi, komunikativni, izraženije motorike, mogu stezati mišiće vilica, usta suha, zjenice su im proširene. Nakon što pred jutro zaspu, dugo ostaju u krevetu a kada konačno negdje poslije podne ustanu iz kreveta djeluju ispražnjeno, depresivno i nemaju interesa ni za što. Povremeno uzimanje amfetamina (*speed*) događa se između 17-te i 18-te godine. Ponašanje je slično opisanom kod konzumenata droge ecstasy ali ta je droga tipičan psihostimulans koji ne stvara izraženu euforiju niti uzrokuje teži i uočljiviji poremećaj ponašanja. No nesanica, izdržljivost, uznemirenost, gubitak apetita i težine mogu biti lako uočljivi.

Heroin su naši današnji ovisnici počeli uzimati između 19. i 20. godine. Kada se to počne događati, konzument već ima veliko iskustvo u prikrićivanju tog ponašanja. Okolina može uočiti povremenu neuobičajenu opuštenost, smirenost, pospanost, promjenu boje glasa, sužene zjenice, povremeno zaklapanje očiju, padanje glave. Vrlo dugo ne ustaju iz kreveta, puše, žar cigarete može pasti na odjeću i posteljinu pa se vide rupe od izgorenja. Ako ih se bilo što pita što je u vezi s tim tajnim ponašanjem, agresivno će se braniti i često vrlo bezobzirno optuživati druge članove obitelji. Nastavljanjem uzimanja opijata, zahtjevi za novcem su sve veći, odnose stvari iz kuće. Ako su započeli sa preprodajom droge, tada čak mogu imati dosta novca kod sebe, stalno zvoni telefon ili sami često i tajnovito telefoniraju, zapisuju neke poruke, brojeve. U fazi kada tu drogu ušmrkavaju, često dodiruju nos, zna ih svrbjeti koža pa se češkaju. Kada prijeđu na venozno uzimanje droge, tada mogu biti vidljivi tragovi uboda po venama (podlaktica). U stanu je tada moguće naći tragove pribora (igle, šprice, začađene žlice, metalne zatvarače boca, limunsku kiselinu, male paketiće od aluminijske folije s tragovima nekakvog praška, vatrice itd.). Ako redovito uspijevaju nabaviti drogu, ponašanje je čudno, odsutni su, **emocionalno neosjetljivi**, zatupljeni, staklastog pogleda, suženih zjenica (osobito unutar sat vremena nakon uzimanja droge). Ako jedan dan slučajno ne nabave drogu (ili se radi dugova ne usude izići na ulicu), počinju simptomi krize: nemir, razdražljivost, drhte, ježe se, curi im iz nosa, zijeve im se, zjenice se šire, žale se na bolove, može se javiti proljev i povraćanje. Roditeljima obično govore da imaju gripu. Ako tijekom dana ipak odluče otići van ili su drogu sredili telefonom, nezadrživo odlaze i vraćaju se sređeni, "gripa" je odjednom nestala. Oni koji u stanju krize ne uspiju nabaviti heroin, skloni su nagutati se velikim količinama tableta za umirenje ili piju alkohol. Koliko god bilo teško dobiti priznanje od ovisnika da uzima heroin, još je teže shvatiti mnoge roditelje koji opisane promjene ne žele vidjeti i kojima treba nekoliko godina (u prosjeku osam godina od početka drogiranja) da se suoče s tim strašujućim obiteljskim problemom. **Što se kasnije otkrije ovisnost, teže su posljedice i rezultati tretmana su slabiji.**

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 nedostatno 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 nagonskim (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, nepravедnost, 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 djelotvorniji 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 povjerili 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 kvalitnije 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 *curriculum*a, 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 curriculuma.

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 prijeti 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 "moralni" 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 nudičenje 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 obavezan, 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 unutarnje 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 uprosječući, 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 prihvatanja 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 unaprijeđivati 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 unaprijeđivati 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 nenađarene 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 prihvatanju 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 zlorabe droga SAD (NIDA, B. Cline, 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 (pseudoindivduacija). 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 inferiornije 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 dovede 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, prenagao 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 prenatravan (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 prihvatanju 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 neuspješke 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**, покаžimo 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. Djecu 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 nesnosnu djecu, 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 zloporabe 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 postave 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 prihvatanja 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, učenje 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 djeteta-roditelja. Ako učenik, pri tom, 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 obeshrabriti 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 oštriji". 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 nastavnici. 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 odbere 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 našteti 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 “problematici” 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 oštriji 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 učenikom 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 štititi 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 prilagođivati 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 savetovali 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 prihvaćenoj 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 ugoda 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 osebnije 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. **Zloporaba 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 zloporabe 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 zlorabe sredstava ovisnosti. Osobitu pozornost valja usmjeriti izradi programa sprječavanja širenja zlorabe 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 odvrćanju 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, zlorabica 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 prihvatanja 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 prihvatanja. **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 anoniman 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 nespecijaliziranih 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;
- 2% 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 heroína).

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 okolijske 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 istraživanje pokazuje 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 počinu 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. *barm-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 *outrreach*-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 ambulantni 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 svojim 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 uzimateљima 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 detaljno 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 najpučenijih 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 raspolažemo i **što bi trebalo učiniti da se sukladno potrebama uredi taj sustav:**

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

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

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

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

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

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

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

Terapijske zajednice i centri za rehabilitaciju ovisnika

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

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

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

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

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

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

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

U Hrvatskoj bi Ministarstvo rada i socijalne skrbi trebalo što prije osigurati kvalitetne profesionalno vođene terapijske zajednice od barem stotinjak mjesta. To znači da bi godišnje moglo biti u prosjeku oko 50 pacijenata ako bi u prosjeku boravili dvije godine. Za početak bi trebalo osigurati dva programa koji bi omogućavali školovanje mladih 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 gratifikacije. 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 vlasli 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 ovisnicima.

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

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

stilo metadon. U Španjolskoj, u kojoj je jedini kriterij za primjenu metadona da se radi o ovisnosti o opijatima (dijagnostika 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 zaostalijs svijeta) 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 Zadrugu 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 ovisnika 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 potpuni 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 mladih 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 centru za liječenje ovisnosti, oni će prijašnjim kanalima postaviti 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 suzdržavati 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, Meproamat), 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 prekinu 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 urede 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 prihvatanje 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 ambulantama svojih odabranih liječnika opće medicine terapijski je svrhovitija od otvaranja punktova u kojima bi se istodobno pojavljivao veći broj ovisnika, gdje bi jedan pred drugim uzimali svoje doze metadona. I u najbolje organiziranim terapijskim programima, u kojima se metadon dnevno daje u centraliziranim jedinicama, teško je terapijski raspoloživim utjecajima nadvladati nepovoljni dio međusobnog utjecaja ovisnika jednih na druge. Uz to, pred takvim centrima uobičajeno se okupljaju i ovisnici koji nisu u metadonskom programu, pa i preprodavači droga i tu nepovoljnu interakciju na tim mjestima nije moguće sprječavati. Veliki broj dobro motiviranih i socijalno uspješno rehabilitiranih ovisnika, koji su danas na trajnom održavanju, to su postigli upravo kroz dobru brigu, suradnju i povjerenje kako terapijskih timova centara tako i svojih odabranih liječnika opće medicine i to na diskretan način. Mnogima to ne bi uspjelo da su se svaki dan morali susretati sa stotinama drugih ovisnika. Isto tako ne bi bilo dobro da se metadon neposredno daje u centru 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 otopljen 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 (predstavnički 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 provođenim *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**. Narko-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 zloporabe droga u zajednici.

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

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

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

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

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

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

3. Ograničiti gornje doze značilo bi:

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

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

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

Tablice 60-63.

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

Tablica 60.

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

	Broj ambulantni	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 prva 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 prihvatanju 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 zlorabe 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.

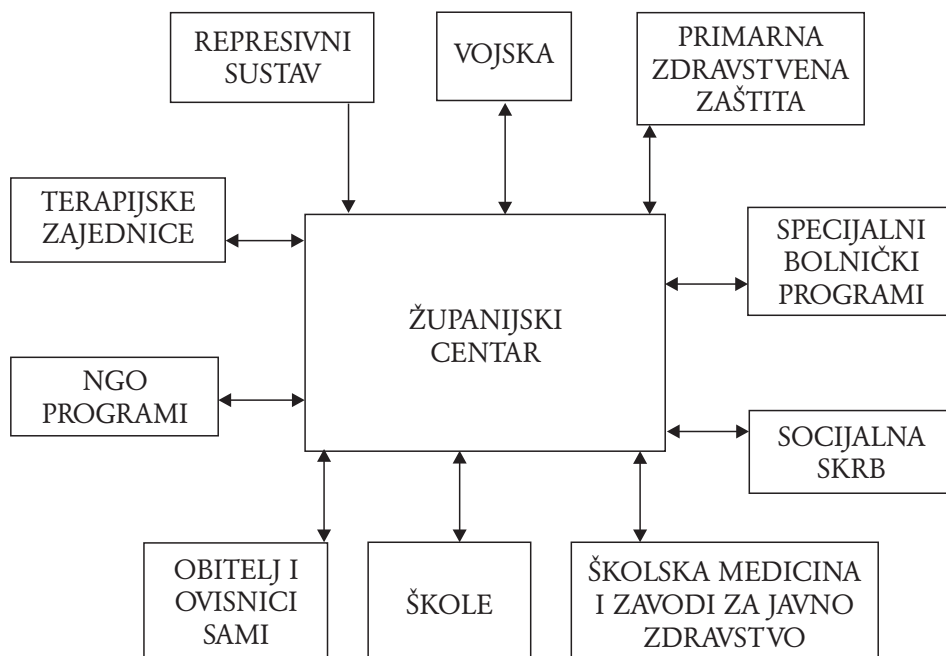
3. Na osnovi prikupljenih podataka koje sustavno treba obrađivati i raščlanjivati, provodit će se stalna evaluacija rada, i to od razine grada i županije do razine države. Djelatnici centara bili bi dužni provoditi **epidemiološka istraživanja** kako bi na svome području stalno pratili promjene u karakteristikama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

Slavko Sakoman
Društvo bez droge?

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. Izmenom 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 zavodima 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 ustrojbeni jedinica bolnice Vrapče. Tamošnji tim nije pokazivao zanimanje za preuzimanje znatnijeg udjela u obavljanju najtežeg posla – izvanbolničko liječenje 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 ustrojbeni jedinica Klinike za psihijatriju ostane funkcionalno povezan s Državnim centrom za ovisnosti koji bi trebao djelovati pri Kliničkoj bolnici. Tradicija "Vinogradske" bolnice i njezine 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 zadatke 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 zadatke u Državnom centru. Državnog centra bi trebao imati neki dodatni prostor za rad. Radi reduciranja 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 epidemiološkim 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 ambulantni 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 adolescenata. 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 intimiteta 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" ljepljivosti 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 zlorabe 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 nepovoljnim 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 doškolovanje 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 savjetodavstva 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 savjetodavne 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 opterećivalo 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. Istraživanje (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 pokriće 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 srednjoškolcima. **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 suradnici članovi interdisciplinarnih timova

Policija i ostali segmenti represivnog aparata, bez suradnje s građanima, osobito ovisnicima, neće moći djelotvorno obavljati svoje zadatke 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 potpuno 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 prepričavaju, 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 prihvaćanje 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 heroína (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 odgovorno 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 međuodnosa 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 dohvat 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 *dealera* 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 zloporabe 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 zloporabe 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 zloporabe 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 agenata 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 kasnim 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, izvijestiti 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 droge, 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 droge. Dakako, da se ista mogućnost (ali uz brži i jeftiniji postupak) zaštite mladeži (ovisnika) mogla postići da je pitanje posjedovanja malih količina droge 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 ubroјivost 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 neubroјivih 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 psihijataru 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 prihvatanja 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 prihvati). 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 ubrojav, 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. Koliko 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 zloporabe 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 produbljivalo 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 izvorom 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 nespremnm 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 prihvatanje 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, sukladno 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 prihvata. 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 dvodnevnikih 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 FINACIJA

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 uvezno-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 prikriiveni. 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 djelatnan 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 međunarodnih 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 odvrćati 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 vojarne (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 provode-

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 heroína 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 heroínske 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 heroínske 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 novcima, 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 odvrćanja 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 opijat-sku 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 dovedi 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 zlorab drugu unutar sustava HV-a

Ministarstvo obrane, podupirući provođenje cjelokupnog Nacionalnog programa suzbijanja zlorabe drugu 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 drugu 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 drugu 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 drugu 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 posebnoj 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 novcima. 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 zlorabe 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 zlorabe 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 zlorabe 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.

VI.

Ostali
aspekti
provedbe
Programa
suzbijanja
zloporabe
droga u
Hrvatskoj



NEKE OD ZAPREKA U KVALITETNOM PROVOĐENJU NACIONALNOG PROGRAMA

Već je rečeno kako se u pojavnosti zloporabe droga, koja u mnogome ovisi o kvaliteti provođenja Nacionalnog programa, oslikava moralno stanje društva, sustav vrijednosti, kvaliteta života ljudi, funkcioniranje pravne države i mnogih institucija koje se bave čovjekom a u svemu navedenom svoje prste ima politika. Mnogo je sustava koji na različite načine, svjesno ili nesvjesno, mogu otežavati ili opstruirati provođenje Programa suzbijanja zloporabe droga. Neki od njih su utjecajni na međunarodnoj, neki na nacionalnoj, a mnogi na lokalnoj razini. Zbog čega se to događa? Najčešće zbog jednog “banalnog” razloga, zbog ugrožavanja nećijih interesa. O kome se ili o čemu ovdje sve može raditi?

1. Neprijatelj broj jedan je svakako sustav organiziranog kriminala i s njim povezane koruptivne sprege.

I mnogim dobro upućenim osobama ponekad izgleda nevjerojatna vještina i raznolikost načina na koje visoko pozicionirani organizatori biznisa s drogama svojim koruptivnim spregama uspijevaju otežavati, usporavati ili posve opstruirati provođenje niza mjera predviđenih Nacionalnim programom, koje bi neposredno mogle ugroziti njihov temeljni interes: osiguranje kontinuiteta posla i održavanje očekivanog profita. U trgovini drogom nalaze stalni i najsigurniji izvor nelegalnog prihoda, a dok imaju novca nije im problem biti u poziciji moći i putem korupcije i na različite druge načine ostvarivati svoj utjecaj u cjelokupnom društvu. Ti za javnost posve prikriveni kriminalci ne djeluju samo na onaj klasični način – potkupljivanjem njima važnih i utjecajnih osoba, njihovih zaštitnika, pretežito iz policije, obavještajne zajednice, pravosuđa i političara na vlasti. Na nižim razinama kriminala to potkupljivanje se najčešće dogovara otvoreno, direktno između dvije strane koje znaju o kojem se poslu radi. Na višim razinama rjeđe se radi o izravnoj komu-

nikaciji visoko pozicioniranih kriminalaca i onih koje treba uključiti potkupljivanjem. To nije pravilo u slučaju da političku moć osvoje osobe koje su prethodno bile bliske s utjecajnim osobama iz kriminalnog miljea. Radi svoje prikrivenosti, visoko pozicionirani kriminalci u društvu ponekad kotiraju kao ugledni, sposobni biznismeni, ljudi od utjecaja, kojima se mnogi dive radi svoje darežljivosti i koje na žalost represija rijetko dodiruje, jer oni u stvari kontroliraju represivni aparat u mjeri koja je potrebna da bi njihov sustav mogao neometano funkcionirati.

Stalnost posla s drogom uz koji se vežu i drugi oblici organiziranog kriminala, moguće je osigurati samo ako se spriječi ustroj efikasnog sustava pravne države. To se postiže na način da organizirani kriminal stvara lobije koji utječu na osobe na poziciji društvene moći (političare, osobe iz represivnog aparata, moćnike iz tajne policije, ljude iz državne administracije, neke stručnjake, rukovoditelje vladinih i nevladinih organizacija i institucija...). **Cilj je postignut ako akcije tih sprega rezultiraju stvaranjem i podržavanjem neke vrste kaosa u kojem država gubi vrijeme baveći se nametnutim, brojnim (marginalnim) političkim pitanjima, dok se uređenje pravne države i provođenje za građane životno važnih programa naprosto marginalizira.** Je li riječ o nekom zakonu koji nikako da bude donesen, ili se zakonski pitanje uredi tako loše da se u konačnici još bolje zaštite interesi kriminala. Ponekad se javno afirmiraju i maksimalno (politički i financijski) podupiru programi i akcije koji nemaju gotovo nikakav utjecaj na stanje stvari, a s druge strane nema sredstava i potpore za provođenje mjera koje izravno ugrožavaju interese kriminala. U javne rasprave ubacuju se i politički podržavaju kvazistručnjaci kako bi se samo stvorila konfuzija kad su posrijedi stručne doktrine. Tako se mogu medijski otvoriti rasprave (npr. pitanje legalizacije droga, liječenje metadonom ili upozoravanje javnosti da se pojavila nova opasna droga...) kojima organizirani kriminal, bez ikakve investicije, budi kod mladeži interes za pitanja u svezi droga. Ni ljudi iz medija, niti neki političari, ne moraju biti svjesni da su postali instrument u rukama narko-kriminala.

Ako kriminalni sustav ne uspije korumpirati ili ugušiti motivaciju za rad i entuzijazam utjecajnih pojedina, stručnjaka koji razumiju suštinu stvari, tada o njima počinju širiti prvo glasine, zatim laži, a ako niti to ne uspije, počinju odnekuda otvorene prijetnje i

pritisци. I sami pokušaji da se krene u tajno istraživanje pojedinaca koji, zbog načina na koji žive i zbog prevelikog novca i imovine kojom raspolažu, postaju za represivni aparat sumnjivi, uglavnom propadaju, jer ih neka nevidljiva ruka jednostavno štiti. U Hrvatskoj još uvijek represivni aparat ne postavlja pitanje odakle jednom nezaposlenom mladiću skupocjena kola i novac za rastrošan život, nitko ne pita i ne istražuje odakle nekima drugima ogromno bogatstvo. To je znak da u državi još uvijek moć ima dio političkog establišmenta koji takvim pristupom prikriva i svoje interese (imovinu stečenu na nelegalan način) i dok je tako kriminalci nemaju razloga za zabrinutost.

Analizom načina na koji se vodi kadrovska politika pojedinih elemenata represivnog aparata, može se zaključiti da neka nevidljiva ruka "slaže figure" ili utječe na organizaciju posla na način da se ništa ozbiljno i kvalitetno ne može učiniti. Primjerice, na važno mjesto bude postavljen mlad, pošten, ali nedovoljno upućen i neiskusni ili naprosto nesposoban čovjek. Ako počne entuzijastički, da nešto doista učini, "izgori" na poslu jer nema iskustva, a gotovo sve mora raditi sam jer nitko ne pita koliko bi za određeni posao trebalo dobrih suradnika, profesionalaca. Ili, ako se održi, nakon što uđe u problematiku i poveže činjenice, odjednom počinju podmetanja. Može biti i unaprijeđen i bez svoje volje premješten na "bolje" pozicioniran, ali neki drugi posao. Ili jednostavno bude umirovljen. U represivnom aparatu najčešće je bio slučaj da je osobi na odgovornijoj poziciji postalo jasno koji su nametnuti okviri i granice do koje može istraživati, djelovati i poduzimati akcije. Ako bi se ohrabrila krenuti izvan toga, znala bi da je to nespojivo s održanjem pozicije. Doći u sukob sa sustavom znači u samom startu izgubiti posao i još biti stigmatiziran izmišljenim stvarima. Neki su zaključili kako je društveno korisnije ostati i raditi "što i kako ti kažu" i barem nešto dobro učiniti, nego se jednostavno povući i time, možda, omogućiti da dođe netko tko će biti još nedjelotvorniji, ili, što je još gore, možda osoba koja je u neposrednijoj sprezi s organiziranim kriminalom. Posao se može gušiti i smanjivati operativnost profesionalaca ako se naprosto nametne takva organizacija rada da iskusni i motivirani operativci najviše vremena izgube na sastanke, administrativne poslove i pisanje izvješća. Takav birokratski pristup, integriran kao način rada u brojnim državnim institucijama, ne samo da drastično

smanjuje učinkovitost, nego uz visoku cijenu i troškove silno pogoduje bujanju korupcije.

Organizirani kriminal osobito vješto koristi izuzetne situacije i skandale u zoni kriminala (recimo tzv. mafijaške obračune zbog kojih javnost počinje prozivati politički vrh i tražiti osobnu odgovornost), da se riješi upravo osoba koje im smetaju ili ugrožavaju njihove interese. Javnost traži "skidanje glava" i bilo bi dobro da u takvim situacijama padnu prave. Obično se žrtvuju periferne figure ili osobe koje se ne uklapaju u koncepciju djelovanja i funkcioniranja (korumpiranog) sustava.

2. **Provođenje Nacionalnog programa na različite načine mogu opstruirati nedovoljno upućeni rukovoditelji uposleni u nekim institucijama** ako procijene da bi provođenje pojedinih elemenata zacrtanih u Nacionalnom programu rezultiralo potrebom reorganizacije sustava ili potrebom učenja novih vještina i znanja i iziskivalo pojačani napor. Kada postavite pitanje zbog čega većina psihijatrijskih ustanova nema programe za liječenje ovisnika, ili zbog čega socijalna skrb ne pokazuje zanimanje za provedbu svog dijela programa, ili kako motivirati ravnatelje u nekim školama da osiguraju provođenje Školskog preventivnog programa, tada često izostaje pravi odgovor. Međutim, osjećate otpor nekih od tih institucija i njihovo nastojanje da taj dio posla odradi netko drugi. Njih ne zanima tko. Njima je dovoljno uzeti slobodu kritizirati ili učiti one koji to rade, tražiti pogreške u koncepciji i istodobno, osim štete, ne činiti ništa.
3. **Institucije i pojedinci u poziciji moći donošenja odluka** (bilo u državnom, bilo u sustavu nevladinih organizacija) **mogu praviti velike poteškoće u osmišljavanju sustava za prevenciju, tretman i rehabilitaciju ovisnika ukoliko način ustroja tog sustava ili doktrina rada na bilo koji način ugrožava njihove, najčešće financijske, interese.** Kao primjer navodim kako primjenu supstitucijske terapije (primjena metadona kod heroinskih ovisnika) na razne načine napadaju, osporavaju i krivo predstavljaju javnosti kako produžene ruke narko-kriminala, tako i neke terapijske zajednice ako (krivo) procjene da će većina heroinskih ovisnika otići po metadon, a oni će zbog toga teže izabirati i prikupljati njima odgovarajuće klijente za popunjavanje vlastitih kapaciteta. Tek veliki broj neliječenih ovisnika omogućuje odgovarajuću selekciju onih koji će najbolje udovoljiti kriterijima i interesima pojedinih programa tog tipa. Ti interesi, uz komercijal-

ne, mogu biti i afirmacija (promidžba) sustava koji iza tih programa stoje. To ne bi moralo biti loše ukoliko ti moćni NGO sustavi ne bi pokušavali dovesti u pitanje opravdanost temeljnih državnih stručnih programa, koji bez selekcije i vrlo djelotvorno mogu i moraju pružati pomoć daleko najvećem broju ovisnika.

Neke institucije i stručnjaci u njima (koji očigledno imaju dosta slobodnog vremena) **uporno nastoje osvojiti što veći prostor za provođenje primarne prevencije ovisnosti kod učenika i njihovih roditelja, za koji je nadležan ponajprije školski sustav.** Koliko god to izgledalo i predstavljalo se javnosti kao dobar model, nema tih projekata i odgovarajuće razine utjecajnosti na ponašanje djece, ukoliko će odgojno-obrazovni aspekt primarne prevencije ovisnosti biti prepušten stručnjacima institucija izvan školskog sustava. Takva koncepcija u konačnici odnosi mnogo više novca, a obuhvat ciljne populacije i standard zaštite na nacionalnoj razini ni približno ne odgovara potrebama. Školski sustav s desetinama tisuća nastavnika i stotinama tisuća djece i roditelja za mnoge stručnjake neškolskih državnih i NGO institucija **je veliko tržište za zadovoljavanje komercijalnih i nekih drugih interesa.** Pokušaj da se konceptijski smanji mogućnost komercijalizacije tog tržišta izazivao je revolt skupine dobro organiziranih pojedinaca koji su na kraju pokušali (i na žalost u tome djelomično uspjeli), metodom političkog pritiska nametnuti svoju koncepciju. Kada to ne bi bilo tako, ne bi se moglo dogoditi da se od jednog izdavača (koji je do tada djelovao u Splitu a sada ima ured u Zagrebu) proračunskim sredstvima (stotine tisuća kuna) preko jednog ministarstva bez suglasnosti ili preporuke Komisije za suzbijanje zlorabe droga (početkom 2001.) otkupi velika tiraža jedne knjige, priručnika za roditelje (preko 25.000 primjeraka). Knjiga, s obzirom na kompetentnost autorice iz Splita i stvarnu kvalitetu, nikako nije mogla biti na takav način privilegirana i nametnuta za distribuciju s nacionalne razine. Slično se i gotovo u isto vrijeme dogodilo na gradskoj razini (posredovanjem Ureda za rad, zdravstvo i socijalnu skrb grada Zagreba). Od istog izdavača otkupljena je golema količina brošurica za prevenciju ovisnosti. Kada je autor ove knjige predlagao predsjedniku Komisije za droge da razmisli o njenom izdavanju, nije bilo odgovora. Prevencija ovisnosti tako postaje biznis, ali samo za uski krug privilegiranih s dobrim i političkim vezama. Kad nastavnici i učitelji u školama osjete da netko izvana na takav lak način za-

rađuje na prevenciji unutar njihovog sustava, oni počinju gubiti motivaciju i povlačiti se. Nedostatak njihova iskrena angažmana oko djece i njihovih roditelja nitko ni iz jedne institucije izvan škole ne može nadoknaditi. Da paradoks bude veći, kad se rješavalo pitanje distribucije onih skromnih sredstava za financiranje mreže centara za liječenje ovisnika i kada se tražilo rješavanje pitanja upošljavanja liječnika i drugih stručnjaka za rad na tom poslu, odgovor je bio da nema sredstava. Istodobno stotine tisuća kuna iz državnog proračuna otišle su za knjige i brošure koje leže po skladištima i ničemu ne služe. Ako mreža centara za tretman godišnje skrbi za oko 5.000 obitelji, što će im 25.000 knjiga? Postoji tendencija da se na školski sustav i dalje vrši pritisak ponude i preuzimanja distribucije velike količine knjiga, letaka i brošura neprovjerene kvalitete iz privilegiranog izdavačkog izvora.

4. Kao što u privatiziranoj, prema kurativi orijentiranoj medicini, dijagnostika i liječenje bolesti može biti izvor dobre zarade i što je veći broj bolesnih, liječnici skloni profitu više zarađuju, slično je i s nekim drugim profesijama. **Tako npr. i odvjetnici bolje žive i zarađuju što se veći broj građana radi nepovoljnih životnih okolnosti kriminalizira, što su Zakoni takvi da se represivnim mehanizmom može zahvaćati što više građana, što je ukupno više kriminalaca protiv kojih se pokreće istražni postupak, što se više građana radi bilo kojeg razloga uhićuje, što je u zemlji veća korupcija i što slabije funkcionira pravna država i u okviru toga pravosuđe, pa se sudski postupci mogu razvlačiti, što je u zemlji veća korupcija i što slabije funkcionira pravna država i u okviru toga pravosuđe, pa se sudski postupci mogu razvlačiti, predmeti stavljati u ladicu...** Moguće je da na takvo stanje stvari u našoj zemlji utjecaj imaju i moćni odvjetnički lobiji. Sigurno su pozitivna i prihvatljiva nastojanja odvjetnika da represivni sustav pokrene što više akcija protiv kriminalaca. Pitanje je, međutim, do koje se granice zauzimanje pojedinih odvjetnika i način na koji se zauzimaju (radi financijske dobiti) za interese kriminalaca može pokriti etikom te profesije. **Ponekad je doista teško postaviti razgraničenje kada je riječ o profesionalnom obavljanju posla a kada o suradnji kojom se zapravo štite interesi osobito organiziranog kriminala i korupcije radi obostrane koristi.** Koliko puta sam slušao profesionalce MUP-a koji su se žalili kako su se pojedini teški kriminalci, zahvaljujući novcu, uz posredovanje

branitelja uspjeli zaštititi od represije i time policijski mukotrpan posao učiniti beskorisnim. Nije nezanemarliv utjecaj odvjetnika i njihovih veza na donošenje zakonskih rješenja koja im idu u prilog. Još uvijek u SAD moćni odvjetnički lobiji snažno utječu na politiku suzbijanja zloporabe droga. Represivni pristup se previše ističe, iako se pokazao nedjelotvornim i preskupim i zbog kojeg danas u toj državi u zatvorima nepotrebno stradava i kriminalizira se na desetine tisuća mladih. Što su zakoni i pristup represivniji i što više građana (mladeži) radi toga može biti, sukladno zakonu, predmetom kaznenog progona, to će odvjetnici imati više posla i bolje će zarađivati. Ako npr. u Hrvatskoj posjedovanje **neznatnih** količina droga i dalje ostane predmetom Kaznenog zakona (umjesto da to bude sankcionirano isključivo kroz prekršajni postupak), ako se i stavak 2. čl. 173. KZ drukčije ne uredi pa “davanje” i jednog jointa marihuane “prijatelju” ima tešku kvalifikaciju, tada će pokretanje na tisuće kaznenih postupaka godišnje omogućiti odvjetnicima da od izbezumljenih roditelja izvlače (ispod stola) veliki novac za obranu (“spašavanje”) njihove djece. Brojne iskaze liječenih ovisnika i njihovih obitelji, kada je riječ o toj stvari, teško je i slušati. Nakon što je roditelje preko drogiranja njihove djece opljačkala “narko mafija”, kada se pokrene sudski postupak, tada ih nastave “guliti” odvjetnici. Zato se s pravom mora postaviti pitanje kome je sve bilo u interesu da se i naše zakone godinama nije uspjelo urediti sukladno Nacionalnoj strategiji i tko je sve, zbog čega i na koji način opstruirao nekoliko godina donošenje posebnog Zakona o sprječavanju neovlaštene uporabe opojnih droga i konačno, tko je utjecao da se izvorni Prijedlog u proceduri donošenja toliko izmijenio na lošije?

5. **Neki političari čine štetu miješajući se u stručna pitanja, a drugi zbog nastojanja da programe suzbijanja zloporabe droga (nespretno) instrumentaliziraju u političke ili osobne promidžbene svrhe.** Političke stranke kako na državnoj, tako i na lokalnoj razini trebale bi imati konsenzus kad je posrijedi davanje potpore provođenju Nacionalnog programa. Taj program postoji zbog zaštite interesa mladih i obitelji a nikako radi bilo čijih parcijalnih političkih interesa. Zadaća je političara na vlasti osiguravati potrebna sredstva, donositi zakone i davati potporu i poticaj najpozvanijim stručnjacima da ustraju u kreiranju i provođenju Nacionalnog programa. Održavanjem komunikacije sa stručnjacima političari dobivaju smjernice za poteze i

odluke koje će pridonijeti dobrim rezultatima. To bi bio znak da se državni aparat zauzima za stvari i interese od općeg dobra i što političarima u konačnici učvršćuje pozicije kod glasačkog tijela. Na žalost, posljednjih godina svojim su angažmanom na području suzbijanja ovisnosti znatno otežavali rad stručnjaka na terenu. Jer da nije tako, ne bi se dogodilo da prolazi vrijeme i dok tisuće mladih i njihovih obitelji naočigled propada a organizirani kriminal ubire žetvu, temeljna pitanja u svezi Nacionalnog programa kao da se uvijek stavljaju na početak. Promjenom političkog sustava početkom 2000., zbog loše kadrovske politike koja nije postavila razgraničenja između stručnih i političkih pozicija, na mnoga mjesta nisu postavljene stručno kompetentne osobe. I dok se u 2000. ponovo bilježi rast pojavnosti ovisnika, često se paušalno ocjenjuju i marginaliziraju oni malobrojni ali najpozvaniji stručnjaci koji su do sada na svojim leđima iznijeli sve ono što je godinama ranije konkretno i urađeno i bez kojih niti narednih godina taj program nema perspektivu. Štoviše, ako se radi pritiska takvih (koji su se od jednom preko politike dočepali vlasti), najstručniji ljudi odluče povući, dogodit će se raspad sustava za kontrolu droga s nesagledivim posljedicama. Kome je sve u interesu takav scenarij? Namjerno izazvana konfrontacija najpozvanijih stručnjaka s političkim sustavom tijekom 2000. uz posredovanje medija, negativno je utjecala na provedbu programa. A što se tek dogodilo godinu dvije kasnije?

6. **Što se događa i koje su posljedice kada se u specifična stručna pitanja umiješaju mladi ambiciozni političari,** vidi se iz primjera kada je unatoč brojnih drugih neriješenih pitanja, u prvi plan gurnuta višemjesečna javna rasprava o tzv. dekriminalizaciji posjedovanja droga tipa kanabis. To doista marginalno pitanje, o kojem je u tišini nekoliko stručnjaka moglo zauzeti stav i predložiti ga vlastima, posve je bacilo u sjenu ukupno provođenje Nacionalnog programa. Organizirani kriminal, a da ni kunu nije investirao, imao je široko medijsko polemiziranje i afirmiranje pitanja u svezi droga. Interes mladeži za droge nikad nije bio veći nego u to vrijeme. U terapijskim programima nedugo nakon toga osjetio se rast broja drogirane mladeži koja traži pomoć. Koliko su neki od medija (ili angažirani novinari) svjesno u nečijem interesu napuhavali to pitanje i time se stavili u funkciju marketinških potreba onih koji trguju drogama, moglo bi se samo nagađati. Jer i novinari, ako nisu dobro upućeni,

Iako postaju instrument nečijih interesa, osobito ako im je profesionalni etički kodeks upitan. Iako iskrenost i dobronamjernost pokrenute političke inicijative nije bila upitna, bila je upitna motivacija političara da se toliko bave rješavanjem baš tog pitanja, dok je u dubokoj pozadini gomila drugih, za našu mladež vitalno važnih pitanja, bila posve zanemarena.

7. **Mediji, pa tako i HTV, suprotno interesima zaštite mladeži, na vrlo senzacionalistički način otvaraju i javnosti predočavaju mnoga pitanja u svezi s drogama.** Umjesto da kod potencijalnih konzumenta smanjuju zanimanje, oni ih upućuju na nove droge, način pripreme i nabavljanja. Jedan letak, koji na vrlo perfidan način, pod krinkom brige za djecu, zapravo kod njih pobuđuje interes za droge, i uči ih kako bi se one mogle uzimati, u medijima je dobio velik prostor. Narko-kriminal nije morao investirati ni jednu kunu, a cilj je postignut. I to se događa gotovo svake godine, za svaku novu generaciju, naravno. Preko medija se, a da toga novinari ili urednici i ne moraju biti svjesni, stvara pomutnja u javnosti što, tko, kako, koliko, i u kakvim uvjetima radi na provedbi nekih mjera predviđenih Nacionalnim programom. Tako se primjerice u istu razinu godinama stavljao temeljni državni program koji je stručno zbrinjavao i uključivao bez selekcije uz mizerna financijska sredstva na tisuće ovisnika, i neki drugi mali program koji ih je pomno izabrao i tretirao nekoliko desetaka osoba uz znatna novčana sredstva.
8. Kriminalnom sustavu je najvažnije da se najutjecajniji programi, najutjecajnije institucije i njihovi stručnjaci što je moguće više kritiziraju i obezvrijede te da se utjecajne, poštene, sposobne, marljive i stručne ljude, koji ne žele podilaziti vlasti radi osobnih interesa, marginalizira, obeshrabri i uništi njihov entuzijazam. **To se među ostalim postiže upornim nastojanjem da se ograniči njihova autonomija, da im formalna pozicija u institucijama u kojima rade bude što niža, da ih se iscrpljuje velikim obimom posla, te da se uskrati potpora i novac za njihov rad.** Negativna selekcija stručnjaka na brojim pozicijama odlučivanja u društvu odgovara kako interesima kriminala tako i svih onih (politički podobnih) koji svoje pozicije moći i s time povezane prednosti ostvaruju bez mukotrpnog rada i odgovarajuće kompetentnosti. Njima su forma i osobni status važniji od sadržaja i stvarnog doprinosa općem dobru. Oni su frustrirani ako se poneki stručnjak izvan njihove kontrole ipak uspije izbo-

riti za autonomiju i afirmirati u javnosti svojim radom i za učinjeno javno dobro ne izriče im se zahvalnost već im šalju inspekcije, traži im se pogreška, pokušava ih se staviti pod kontrolu a njihov rad u funkciju nečijih interesa. Ako na to ne pristanu, ostaje im opcija da se jednostavno povuku.

9. **Za kvalitetne i utjecajne programe nikada nema novaca.** Stručno nekompetentni ali dobro pozicionirani (politički podobni) će trošiti veliki društveni novac na beskorisne projekte kako bi preko toga dobro zarađivali i u javnosti stvarali privid svoje važnosti. Na žalost i mediji im u tome pomažu. **Dok se u Hrvatskoj gomila novca odlijevala u raznovrsne programe i projekte, istodobno za provedbu Nacionalnog programa izdvajale su se mizerne svote.** Sigurno je bilo pojedinih kriminalaca (visokih *dealera*) koji su više zaradili u godini dana nego što je država investirala u provedbu Nacionalnog programa. Je li i to slučajno i je li moralo tako biti unatoč tome što jedna kuna uložena u suzbijanje droga državi uštedi barem deset kuna? SAD su s nacionalne razine za unapređenje njihovog Nacionalnog programa planirale izdvojiti iz proračuna za 2001. 19,2 milijarde dolara. Hrvatska ima 60 puta manje stanovnika nego SAD i znatno niži BRD. Ako bi naša zemlja dala istu financijsku potporu provođenju svog programa kao ta država, to bi značilo investirati oko milijardu i pol kuna godišnje. Jasno je da je to za našu, gospodarski upropaštenu zemlju, nemoguće. No pitanje je, nije li bilo moguće izdvajati ipak nešto više od 2 do 3 milijuna kuna što je u relativnom smislu nekoliko stotina puta manje nego što izdvajaju SAD. A ako se i ono malo sredstava počne koristiti na neracionalan način, da bi se prvenstveno zadovoljili nečiji komercijalni (ili politički) interesi, onda se ne bi trebalo čuditi daljnjem nepovoljnom razvoju epidemiološke slike Hrvatske. Pokušati boriti se protiv tenkova lukom i strijelom, znači unaprijed izgubiti bitku.
10. Najopasnija je situacija u onim državama u kojima je organizirani kriminal preuzeo kontrolu nad važnim dijelovima političkog sustava, a time i državnog aparata. Sprega ta dva sustava može se graditi i održavati preko tajno-policijskih službi, pri čemu su elementi obavještajne zajednice ili produžena ruka ili sastavni dio organiziranog kriminala. U mnogim državama svijeta vrlo je teško održavati politički nadzor nad tajnim sigurnosnim sustavima i sprječavati njihovu instrumentalizaciju u političke, komercijalne ili neke treće interese. Stalno nastojanje obavještajnih službi

da se izbore za što veću autonomiju često se ostvaruje na način da se tajnim praćenjem pojedinih osoba u poziciji moći (mogućih protivnika) dolazi do kompromitirajućih podataka o njima kojima ih se može ucjenjivati ili se određenom tehnologijom ciljane osobe kompromitiraju i time obavežu na šutnju ili na suradnju. Trgovanje drogom, oružjem, posredovanje u ilegalnim i nedozvoljenim transakcijama novca, namještanje velikih poslova (investicija) zbog uzimanja provizije, igre na sreću, reket, često je područje interesa, a ujedno i izvor prihoda ljudi iz visoko organiziranog kriminalnog miljea. S obzirom na to da su veliki poslovi s drogom jedan od najprofitabilnijih oblika kriminala, u državama u kojima je organizirani kriminal povezan s elementima vlasti i moćniji od sustava za represiju, nije moguće djelotvorno suzbijati zloporabu droga. Premda se u manjim državama tako organizirani kriminal više bavi velikim međunarodnim tranzitima droga nego plasmanom droge u vlastitoj zemlji (jer mu je premalo domaće tržište), pravna država u kojoj se to događa, zbog korupcije ne funkcionira, pa se ni akcije protiv drugih, niže pozicioniranih kriminalaca (*dealera*) ne poduzimaju kako treba, a ne uspijeva se pridobiti konkretnija politička ni materijalna potpora za programe koji bi u konačnici ugrožavali interese kako tog, tako i drugih oblika kriminala.

11. Posebne poteškoće u instaliranju suvremene politike suzbijanja zlouporabe droge koja bi bila utemeljena na znanstvenim istraživanjima, izvoru iz utjecaja nekoliko **paradigmi** u okviru kojih se sagledava navedeni problem i traži pristup suzbijanju. U navedenom smislu jednako su neprihvatljive ona **liberalna**, prema kojoj je svako ljudsko ponašanje prihvatljivo ako je odraz slobode izbora pojedinca s time da ne ugrožava direktno druge i ona **moralistička**, koja mnogo toga što je vezano uz užitek, osuđuje. Moralistički pristup uzrokom je stigmatizacije mladeži koja konzumira droge i osobito ovisnika. To je razlogom da ovisnici i njihove obitelji, umjesto da što prije zatraže stručnu pomoć, problem prikrivaju, isti se iz dana u dan produbljuje postajući sve teže rješiv, ovisnici dugo ostaju na ulici pod kontrolom i služeći narko-kriminalu. Tek nakon što se i sami kriminaliziraju, prisiljavaju društvo ili obitelji da se nešto učini. Moralisti tada u njihovom ponašanju nalaze dokaz svoje teze da je uzimanje droga ispred svega moralni problem "takvih" pojedinaca, pa zagovaraju represiju kao odgovor za

njihovo ponašanje i tako se krug zatvara a problem postaje sve teži. Dio NGO sustava podržava moralistički pristup a isti silno koristi organiziranom kriminalu. Zloupotrebna droga je ispred svega javno-zdravstveni problem. Jer, kada droge ne bi štetile ljudskom zdravlju i ponašanju, bile bi prihvatljiv izvor ugođe i sredstvo za ublažavanje boli. Na žalost, to nije tako i radi štetnih posljedica koje prate takvo ponašanje čovjeka potrebno je suzbijati taj problem kroz dobro osmišljen i na znanosti utemeljen Nacionalni program.

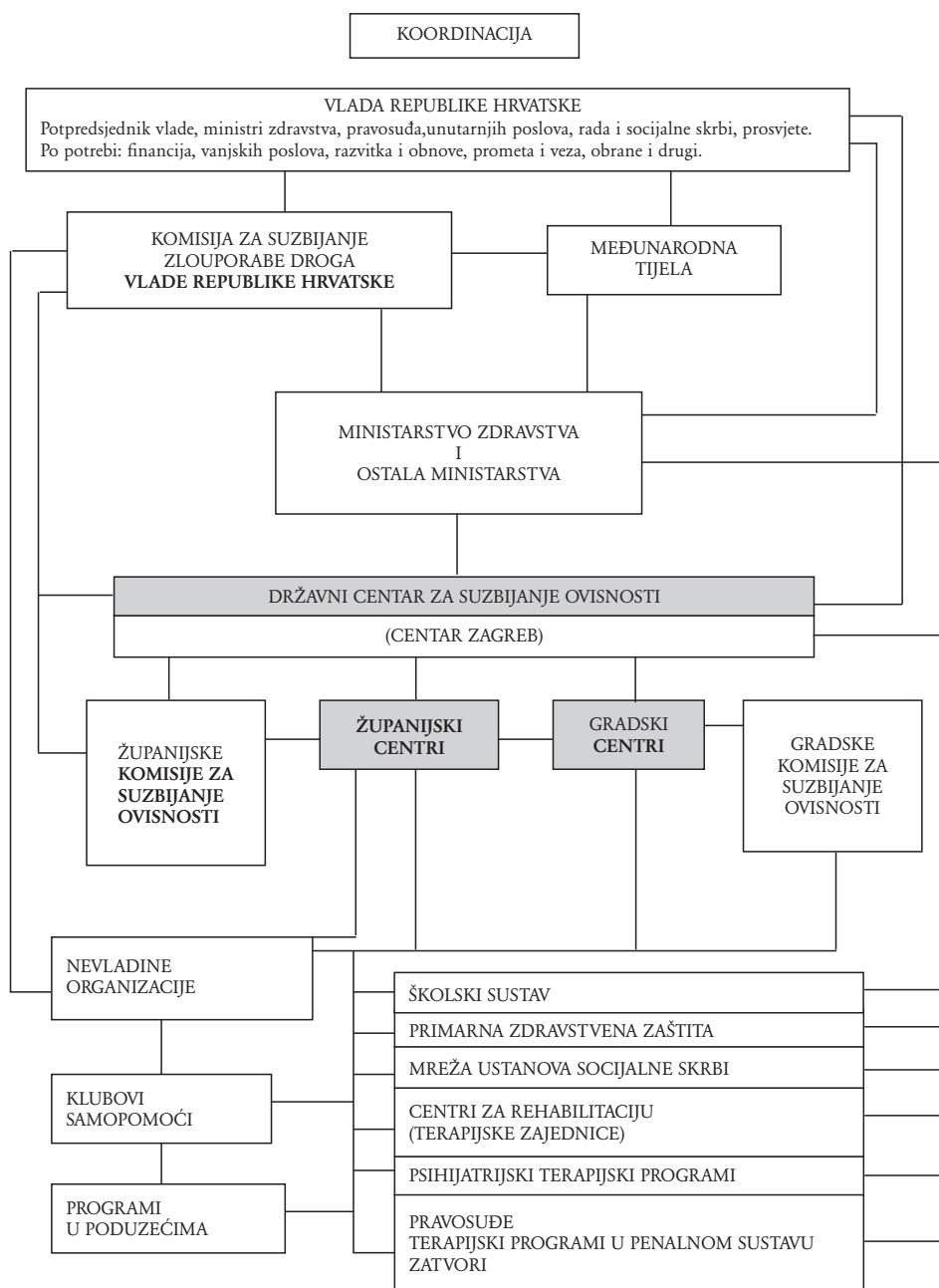
USKLAĐENOST PROVEDBE NACIONALNE STRATEGIJE (ZADACJE KOMISIJE ZA SUZBIJANJE ZLOPORABE DROGA)

Suzbijanje zlorabe droga vrlo je složena zadaća što zahtijeva stalno i usklađeno djelovanje gotovo svih državnih tijela, kako horizontalno tako i vertikalno. Bez većih poteškoća moguće je definirati zadaće pojedinih ministarstava i njihovih institucija i službi na terenu. Daleko je složenije osigurati stalno povezivanje pojedinih elemenata Nacionalnog programa, čime se dobiva nova kvaliteta intersektorskog pristupa. Svima je jasno da se škola bavi odgojem i obrazovanjem djece te je logično da ta institucija bude temelj odgojno-obrazovnog dijela programa primarne prevencije. No škola će morati otkrivati konzumente droga, ovisnike, ali ih neće morati sama liječiti. Liječenje svih bolesti, pa tako i ovisnika mora osigurati sustav zdravstva. Škola je dužna s tim sustavom surađivati kako bi se učenici koji konzumiraju droge što kvalitetnije zbrinjavali. Rehabilitaciju, društvenu zaštitu i socijalnu reintegraciju ovisnika moraju osiguravati putem svojih ili u suradnji s NVO programima ustanove u ingerenciji socijalne skrbi. Zdravstvo se u brizi za ovisnike mora povezivati s ustanovama socijalne skrbi. Dio ovisnika je u kriminalu. Njihov tretman unutar pravosudnih institucija nije moguć bez povezivanja s ustanovama zdravstva i socijalne skrbi. Policija ima zadaću suzbijati kriminal povezujući se u svom djelovanju s drugim pravosudnim institucijama. Velik dio ovisnika su klijenti i sustava za terapiju i sustava za represiju i radi boljeg učinka i jednog i drugog sustava, oni moraju surađivati. Ono što se događa "između", što stavlja u međudodnos i povezuje u cjelinu akcije svih pojedinih elemenata jest koordinacija. S obzirom na to da se suzbijanje ovisnosti provodi ponajprije radi zaštite zdravlja ljudi, razumljivo je da **Ministarstvo zdravstva** bude pokretač inicijativa suzbijanja ovisnosti u zajednici.

Najvišu razinu koordinacije u Vladi RH trebali bi neposredno provoditi političari, ministri (zdravstva, unutar-

njih poslova, pravosuđa, socijalne skrbi, prosvjete, financija i vanjskih poslova). No operativnost provedbe programa moguća je samo ako istovremeno djeluje krovno stručno tijelo (Komisija) za suzbijanje zloporabe droga. Ono bi trebalo biti autonomno, stručno, koordinacijsko i savjetodavno tijelo Vladine (političke) Komisije, koje bi upravo zahvaljujući izboru najpozvanijih stručnjaka čije se pozicije u društvu ne mijenjaju promjenom politike, trebala biti otporna na česte političke, a time i kadrovske promjene. Ako je riječ o stručnom tijelu, najbolje je da ga vodi stručno najkompetentnija osoba. Ako se na čelo stručnog tijela postavi politička osoba, to ne bi moralo biti loše ako bi se doista radilo o politički moćnoj osobi koja zna komunicirati sa stručnjacima bez miješanja u stručna pitanja i koja bi bila u stanju uspješno se zauzimati za političku potporu u provođenju programa. Ako je načelu Komisije osoba koja nema ni jednu spomenutu referencu (dakle ni adekvatnu stručnu niti političku), vrlo brzo pravi znalci počinju shvaćati da su sastanci gubljenje vremena, da se na njima ništa ne rješava, i to je početak marginalizacije tog tijela. Ako se to pak dogodi, Komisija nastavlja s radom, ali u njoj pozicije odlučivanja mogu zauzeti osobe koje to tijelo pokušavaju instrumentalizirati za sasvim određene osobne interese. Ako se Komisija vodi po birokratskom modelu, od toga baš nikakve koristi neće imati samo provođenje programa. Komisija mora imati poziciju između same Vlade i pojedinih ministarstava. **Komisija nije tijelo koje provodi Nacionalni program. Ona je forum na kojem se raspravlja o globalnim strateškim pitanjima i traži najbolji način usklađivanja akcija.**

Vladina Komisija ima zadaću usklađivati djelatnosti u provedbi Nacionalnog programa suzbijanja zloporabe droga između svih nadležnih ministarstava, a svako ministarstvo, posredstvom svog člana, osigurava stvaranje preduvjeta za provedbu programskih radnji u njegovu djelokrugu kako unutar samog ministarstva tako i na terenu kod institucija koje su u nadležnosti pojedinog ministarstva. Po sličnom modelu utemeljena su i **županijska ili gradska interdisciplinarna koordinacijska tijela**, pa Komisija preko njih i preko stručnjaka Državnog i Županijskih centara za ovisnosti, neposredno organizira i prati provedbu dogovorenih programa na lokalnoj razini. Voditelji županijskih centara za ovisnosti trebali bi svakako biti članovi Županijskih komisija i zajedno s njima odgovorni za provođenje programa na razini naših gradova i županija. Važna zadaća tih lokalnih koordinacijskih tijela da iz svih relevantnih izvora i lokalnih kvalitativnih i kvantitativnih istraživanja stalno prikupljaju informacije o svemu što se na



Slika 9.
Shema koordinacije
provođenja Nacionalnog
programa

određenom prostoru događa glede zlorabe sredstava ovisnosti. Stalna analiza podataka i situacije nužna je za poduzimanje svih akcija kojima se što više, prilagođeno lokalnim specifičnim potrebama, rješava problem, evaluiraju rezultati te dobiva potreban suport (sredstva) od lokalnih vlasti.

Svi “resorni” predstavnici u Vladinoj Komisiji, posebno oni koji zbog svog položaja (pomoćnici ministara) i stručne usmjerenosti neće moći dublje ulaziti u rješavanje stručnih pitanja suzbijanja zloporabe droga koja se odnose na njegovo ministarstvo, trebaju utemeljiti stručni tim koji će neposredno i djelatno provoditi odluke sa sastanaka Komisije. Tako se i od svih ministara očekuje da će se u Komisiji i u svom ministarstvu zauzimati za provođenje svih mjera koje su preuzete Provedbenim programom. Ne može se očekivati da će se brojnim pitanjima neposredno baviti političari, to je posao stručnjaka. Kada se riješi pitanje pravnog ustroja **Državnog centra za sprječavanje i liječenje ovisnosti kao “servisa” države za pitanje droga, pod uvjetom da tu ustanovu vode kompetentni stručnjaci, bit će mnogo jednostavnije provoditi Nacionalni program.** Bilo bi korisno da Komisija bude neposredno povezana s županijskim potkomisijama. Predsjednik stručne Komisije (ili njegov imenovani zamjenik), preko voditelja županijskih koordinativnih tijela, usklađivao bi provedbu ukupnog programa na terenu. Temeljem epidemioloških podataka kao i izvješća koje bi svakih šest mjeseci trebala pripremati ta županijska tijela, Vlada RH bi mogla pratiti stanje na nacionalnoj razini. Županije su uglavnom imenovala članove Komisije ali, na žalost, mnoge nisu odveć djelatne. Barem dva puta godišnje trebao bi se održavati sastanak Vladine komisije s voditeljima svih županijskih koordinacija (koordinacija na nacionalnoj razini). Jednom godišnje na nacionalnoj razini trebao bi održavati koordinaciju sustava za tretman (voditelji centara) i policijskih djelatnika zaduženih za droge, te jedan sastanak svih voditelja centara i koordinatora županijskih školskih preventivnih programa (uz nazočnost članova Vladine komisije ili njenog posebno imenovanog stručnog tijela).

Suzbijanje zloporabe droga u prvom je redu stvar struke. Zbog toga prednost u vođenju županijskih programa treba dati najstručnijim ljudima, koji su najneposrednije i najdjelatnije angažirani u toj problematici. U protivnom bi se koordinacijski sastanci pretvorili u objašnjavanje i izvješćivanje nametnutog voditelja o zbivanjima i onome što valja rješavati. Budući da se bez podrške vlasti ne može djelotvorno rješavati problem droge, u svaku županijsku potkomisiju Vladine Komisije valja lo bi imenovati i predstavnike političkih struktura županija i gradova.

Moralo bi se izbjeći nesuglasje i prebacivanje odgovornosti pri rješavanju problema u svezi s drogama županija i gradova u kojima zapravo i ima najviše problema. Zbog vrlo malog broja stručnih ljudi koji se razumiju u proble-

me suzbijanja zlorabe droga, ne bi trebalo osnivati posebna tijela u županijama i njihovima glavnim gradovima. Bilo bi dovoljno jedno koordinacijsko tijelo u kojem bi djelovali najpoznatiji stručnjaci (istodobno i visoko motivirane, cijenjene i utjecajne osobe), a koje bi vodio najkompetentniji od njih.

Komisija mora stalno analizirati postojeće prilike i kretanja na razini države, županija i gradova. To praćenje mora biti utemeljeno na dobro razvijenoj epidemiologiji zlorabe droga što će biti posao Centara za ovisnosti, Državnog centra za sprječavanje i liječenje ovisnosti i Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo. Nakon svestranih analiza, pripravljat će se i priopćenja za javnost, izvješća Vladi RH i Hrvatskom saboru te će se odgovarati i na različita pitanja i zahtjeve međunarodnih tijela koja se bave tom problematikom (tijela UN-a, WHO-a, Vijeća Europe).

Temeljem stalnog praćenja i analize stanja u pojedinim područjima države, poduzimat će se vrlo konkretne inicijative za pojačanje posve određenih mjera (npr. jačanje represije, jačanje preventivnog rada u školama, povećanje kapaciteta za liječenje itd.). Komisija treba radi kvalitetnijeg rješavanja određenih pitanja, imati stalne osobe za vezu s drugim ministarstvima, ustanovama, nevladinim organizacijama i udrugama građana, te drugim komisijama koje svojim radom mogu pridonijeti suzbijanju problema zlorabe droga.

FINANCIRANJE PROGRAMA

Kako je navedeno u prijedlogu Nacionalne strategije, svako ministarstvo treba osiguravati novac za provedbu svog dijela planiranog programa. **Iz državnog proračuna valja i ubuduće na prijedlog Komisije, osiguravati novac za njen rad i za unapređenje edukativnih, istraživačkih, preventivnih, terapijskih i represivnih programa s nacionalne razine.** Iz proračunskih izvora trebati će osigurati financiranje Državnoga centra i mreže Županijskih centara za sprječavanje i liječenje ovisnosti. Djelatnosti županijskih i gradskih centara valjalo bi sufinancirati i sredstvima županija i gradova. Programi dugotrajnog liječenja ovisnika u terapijskim zajednicama trebali bi biti samofinancirajući ili će rehabilitaciju svojih ovisnika u takvom tipu programa sufinancirati, na lokalnoj razini, proračunskim sredstvima, županije i gradovi. Takav pristup poticat će gradove i županije da kvalitetnim programima primarne i sekundarne prevencije smanjuju rast broja ovisnika, jer će tada manje sredstava trošiti za njihovo dugotrajno liječe-

nje. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje treba snositi troškove tretmana ovisnika, svojih osiguranika u svim zdravstvenim ustanovama. **Ukoliko Hrvatska želi osigurati standard zaštite svoje mladeži od zloporabe droga sukladan potrebama i standardu drugih europskih država, morat će za tu namjenu osigurati znatno više sredstava no što je do sada bio slučaj.**

Slavko Sakoman
Društvo bez droge?

POUČNI PRIMJERI

Split

Split je prekrasan hrvatski grad, koji se godinama ističe kao grad “slučaj” pogođen epidemijom heroinske ovisnosti. Što je sve utjecalo da je to i danas grad s tako visokom pojavnosti ovisnika? Epidemija dobiva zamah sredinom osamdesetih godina, dakle u vrijeme “one” države. Tada se u Splitu dobro živjelo, dijelom od turizma, a dijelom od stabilnih prihoda građana iz ostalih gospodarskih izvora. Ono po čemu se Split počeo razlikovati, recimo od Rijeke, bila je sve bolje organizirana ponuda heroína, čime se njegova dostupnost iz godine u godinu povećavala. Rast ponude droge na lokalnoj razini uvijek je izraz slabije djelotvornosti sustava represije. Nekoliko stalnih opskrbljivača drogom učvršćuje koruptivnim spregama svoj položaj u gradu. Okruženi su jednim brojem ovisnika *dealera* koji za njih rade “da bi imali za sebe”. S vremenom, sve je više tih koncentričnih krugova osoba uključenih i u “dilanje” i u uzimanje droga. Građani i sve veći broj ovisnika znaju što se događa, ali “nitko ništa djelotvorno ne poduzima”. Nekolicini splitskih ovisnika (ujedno *dealera*) čak raste popularnost, zahvaljujući prostoru što ga dobivaju u tisku. U kriminalnim krugovima (što uključuje i brojne korumpirane osobe koje zbog profita daju potporu i osiguravaju aktivnosti “pravih” kriminalaca) sve se više shvaća kako se preko splitske mladeži koja “voli” drogu može izvrsno zarađivati, uz gotovo nikakav rizik. Broj ovisnika se povećava, o tome se govori kao o nečem medijski privlačnom, a tijela gradske uprave i njezine ustanove, nadležne i odgovorne za rješavanje problema, ne poduzimaju takoreći ništa. Nekoliko godina nijedan dio programa, što bi pridonijelo suzbijanju problema, nije proveden kvalitetno. Iz dana u dan povećavao se broj ovisnika izvan bilo kakvih terapijskih programa koji se zbog toga postupno kriminaliziraju, obitelji ekonomski propadaju pa ne mogu financirati potrebe za drogom svoje “djece”. Ovisnici, da bi ipak zadovoljavali bolesne ovisničke potrebe, preprodaju drogu iznova novim adolescentima, stvara se moćna supkultura

ovisnika i uzimatelja, koja, nakon što je heroin prodro u *Torcidu*, postaje gotovo dominantnom kulturom – “splitski đir”.

Od 1991., zbog rata, poraća i tranzicije raste nezaposlenost i pada standard pa se i ponuda i potražnja droga još više povećava, što dodatno otežava primjenu kvalitetnijih rješenja toga visoko prioritetnog problema. Stvari su se posebno komplicirale radi organiziranog kriminala i korupcije u koju su bili uvučeni elementi vojnog i represivnog sustava. Lokalno zdravstvo, osobito splitska psihijatrija, gotovo ništa nisu poduzimali kako bi barem dijelu ovisnika osigurali prihvatljiv program bolničkog i izvanbolničkog liječenja. Dio, osobito teže kriminaliziranih ovisnika, uspijeva izboriti potrebnu dokumentaciju, pa potkraj osamdesetih godina oni odlaze u beogradski Zavod za ovisnosti, gdje im je omogućeno uzimanje metadona. Nekolicina posve nekontrolirano iz Beograda donosi znatne količine tog narkotika, stvarajući si time iznimno povoljan, čak povlašteni položaj što početkom rata više nije bilo moguće. Dio ovisnika upućivan je u tada jedini specijalizirani odjel za liječenje ovisnika u Zagrebu (KB “Sestre milosrdnice”), gdje im je omogućen detoksifikacijski program, ali su, na žalost, po povratku u Split u velikom postotku recidivirali, jer ih tamo nitko nije prihvaćao radi nastavka terapijskog postupka.

Nakon što je počela s radom Komisija za suzbijanje zlouporabe droga Ministarstva zdravstva na čelu s autorom ove knjige, pomoć Splitu bio je jedan od prioriteta. Da bi se uzdrimalo splitsko podzemlje, određene policijske akcije planiraju se u Zagrebu a izvršavaju u Splitu. Smjenama u Policijskoj upravi u Splitu, iz godine u godinu učinkovitije se suzbija narko-kriminal.

Utemeljenje prve terapijske zajednice (unutar NGO-sustava, po modelu jednog talijanskog programa) probudilo je nadu mnogih obitelji. Taj medijski nevjerojatno razvikan program, koji je svakako pridonio razvoju nevladinog sustava za rehabilitaciju ovisnika, u javnosti je, na žalost, stvorio privid kako je napokon riješeno pitanje “terapije ovisnika”. Otvaranjem specijalizirane jedinice za liječenje ovisnosti (1992.), uz stručnu pomoć autora ove knjige, posredstvom koje se u kratko vrijeme nekoliko stotina “godinama terapijski posve zapuštenih” ovisnika u suradnji s liječnicima opće medicine napokon počelo liječiti uz veliko zalaganje dva psihijatra (dr Mraz, dr Joković) i školske liječnice (dr V. Šandrović), najveći dio uz primjenu metadona. Time je počela, zapravo, kvalitetna društvena intervencija u suzbijanju problema droge u Splitu. Taj program, unatoč činjenici da je u kratko vrijeme povukao s ulica i

osigurao stručni nadzor nad više stotina teških ovisnika, je bio posve u sjeni programa spomenute prve terapijske zajednice, koja je u prvih šest godina djelovanja u Hrvatskoj uz dobru financijsku potporu s raznih strana, završila uspješnu rehabilitaciju samo nekoliko desetaka ovisnika. Veći je doprinos u pomaganju ovisnicima i njihovim obiteljima u Splitu dalo tada savjetovalište udruge "Susret" nego sam program TZ koja je djelovala u okvirima te iste udruge. U pomoći i rehabilitaciji ovisnika sve je više afirmiran program udruge "Novi život". Tim te udruge koji koristi kako dobro rehabilitirane ovisnike tako i njihove roditelje, kontaktirao je putem *out-reach* programa (prvi u zemlji) više stotina ovisnika i preko 300 ih pripremio i uputio u terapijske zajednice, najčešće u program RETO koji je do sada, od svih zajednica, zbrinjavao najveći broj ovisnika. Razne udruge roditelja i građana iz godine u godinu daju sve veći doprinos zaštiti ovisnika.

Prvi važan institucionalni odgovor na stanje u svezi s drogama u Splitu bilo je otvaranje Županijskog zavoda za ovisnosti koji je u stvari predstavljao nastavak terapijskog rada jedinice za ovisnosti ali u posebno uređenom prostoru za tu namjenu. U nepune tri godine rada ta je ustanova privukla u svoje programe više od 1.500 ovisnika o opijama.

Snažan doprinos ukupnim društvenim naporima za zaustavljanje širenja zloporabe droga u Splitu dao je program Lige za borbu protiv ovisnosti, čije djelovanje je podupiralo Gradsko poglavarstvo. Grad na žalost još uvijek nije dovoljno angažiran na razvoju kvalitetnog sustava za liječenje ovisnika. Tijekom 1998. napokon se počinju konkretnije osjećati mogućnosti i djelotvornost, osobito policijskog udjela u provedbi represije.

Premda su preventivne aktivnosti u školama započele još koncem osamdesetih godina, tek od 1998. zamah doživljava i pokretanje Nacionalnom strategijom zacrtanih školskih preventivnih programa. Premda su škole pokušavale i desetak godina prije učiniti nešto više, utjecaj tog sustava na školsku djecu i mladež nije bio ni izdaleka dostatan da neutralizira djelovanje splitske ovisničke subkulture. U uvjetima požara, kada gori grad, "pričati mladima priče" kako se može spriječiti izbijanje požara i ne bi imalo suviše smisla. Kao što reče dr. Ivančić (Poreč), treba najprije gasiti vatru i požar staviti pod kontrolu. U sprječavanju širenja HIV-infekcije i hepatitisa veliku je ulogu imalo otvaranje jedinice za zamjenu prljavog pribora za injiciranje droge (koja djeluje u okrilju udruge "HELP"). Taj je program pod stručnom supervizijom Centra u Vinogradskoj u Zagrebu postao važna karika u

lancu aktivnosti kojima se smanjuju štetne posljedice i rizici vezani uz uzimanje droge kod populacije ovisnika koji su izvan tretmana. Za više stotina splitskih ovisnika "Help" je bio prva stepenica između ulice i drugih ustanova za tretman. Radom tog tima znatno se smanjio rizik širenja HIV infekcija i hepatitisa B i C u gradu i Županiji. Veliki je problem što Dalmacija još uvijek nema niti jedan specijalizirani odjel za detoksifikaciju ovisnika, kao i nedovoljnu potporu Nacionalnom programu u toj Županiji. Ni služba socijalne skrbi nije dovoljno angažirana. Slabiji rad državnog sektora, koncem devedesetih i početkom 2000. osigurao je širok prostor za afirmaciju nekoliko programa unutar NGO sustava, primjerice, udruge "Novi život" i "Susret".

Što se, dakle, moglo naučiti iz "splitskog slučaja"?

Bez obzira na čimbenike i njihov međuodnos koji je prouzročio heroinsku epidemiju, problem ni približno ne bi dosegao tolike razmjere da je pravodobno pokrenuta društvena intervencija.

Pretpostavimo li, čak, da se na planu represije nije moglo učiniti više zbog političkih okolnosti i korupcije, lokalnim je stručnjacima upravo to trebalo biti upozorenje da moraju stvarati i povećavati kapacitete i broj programa za liječenje i rehabilitaciju ovisnika, kako bi se time sprječavala njihova kriminalizacija i preko njih širenje problema. Splitsko zdravstvo je takav poticaj, uzalud, očekivalo od splitske psihijatrije, a splitska psihijatrija je očekivala da to obavi netko treći.

U svim gradovima u kojima se problem droga razvija i raste godinama, a ne rješava, kad se napokon stvori pogodna klima za početak ozbiljnije intervencije, valja najprije krenuti u "gašenje požara". To znači stvoriti uvjete za pomoć, liječenje i rehabilitaciju što većeg broja ovisnika. Tako se neposredno pridonosi smanjenju širenja droge na nove uzimatelje, smanjuje se dobitak kriminalaca, dobiva se važne obavijesti o zbivanju na kriminalnoj sceni, slabi sekundarni kriminal i smanjuje se ulična maloprodaja droga. To olakšava rad policiji koja se može djelatnije baviti "ozbiljnim" kriminalcima, a bolesnike samo pritisluti da odu tamo gdje im je mjesto – u programe liječenja i rehabilitacije.

U početku takva društvenog djelovanja može se doimati kako broj ovisnika i dalje raste. Problem se zapravo samo bolje otkriva i prati. U početku će znatan broj ovisnika biti u programima supstitucije metadonom, a iz godine u godinu u sustav za liječenje javljat će se sve mlađe osobe, sa sve kraćim stažom ovisnosti. Splitu treba, ako se nastavi ovim tempom razvoja programa, još otprilike četi-

ri godine da se programima obradi najveći dio postojećih ovisnika, što će omogućiti i postupno okretanje “ranoj intervenciji”. Tek tada se osvaja prostor za kvalitetnu provedbu programa zaštite još zdrave mladeži. Na žalost, Split je grad u kojem je nekolicina osoba među prvima u državi, započela komercijalizirati programe prevencije ovisnosti, ispred svih Bernardica Juretić i dvojac Pezelj, Ožić. Ova trojka djeluje danas u Zagrebu, jer je splitsko tržište davno “potrošeno”. Veći prostor za to se otvorio dolaskom 2000. na čelo državnog sustava dr Barbira. Taj se čovjek upleo u poslovanje sa spomenutom udrugom HELP, u kojoj je znatno ranije počeo mešetariti Pezelj a nakon njega Puljiz. Spomenuta “ekipa imenovanih likova”, kojoj treba dodati i V. Mardešića iz gradskog poglavarstva (koji se izgleda isto upetljao u manipulacije s Puljizom) je preko medija sve zasluge za obuzdavanje splitske epidemije dakako pripisivala sebi i taj je model nastojala “prodati” na nacionalnoj razini. U određenoj mjeri to je nekim od navedenih splitskih aktera, koji su se preselili u Zagreb, i uspjelo.

Poreč

Početak devedesetih godina, nakon analize uzroka male epidemije hepatitisa B (desetak slučajeva u kratko vrijeme), očito je bilo da je uzrok tome širenje zlorabe heroina i broja intravenoznih ovisnika. Nitko među stručnjacima nije mnogo znao o načinu i mogućnostima organiziranog otpora toj pojavi u gradu. No, nekoliko liječnika opće medicine, među kojima ispred svih dr. A. Ivančić, znalo je barem kome se valja obratiti za stručnu pomoć. Korak po korak, pod stručnom supervizijom autora ove knjige, i što je vrlo važno, pravodobno i veoma kvalitetno, počeli su razvijati svoj gradski program suzbijanja ovisnosti. I prije no što je u Hrvatskoj službeno prihvaćena Nacionalna strategija, sve što je predloženo i na seminarima preneseno na lokalne stručnjake, bilo je uključeno u gradski program. Kako bi uopće shvatili bit problema i dobili uvid u događanja na porečkoj narko-sceni, morali su se susresti i upoznati svoje ovisnike. To nije moguće bez utemeljenja terapijskog programa. Nakon što je utemeljeno gradsko koordinacijsko tijelo, osigurali su uvjete za rad Gradskoga centra za liječenje ovisnika. Nekoliko stručnjaka, uz novčanu potporu gradskih vlasti (koje u kontinuitetu kvalitetno financijski podupiru program), završilo je izobrazbu o realitetnoj terapiji, što je bilo od silne koristi u terapijskom radu s ovisnicima. Tijekom tri godine rada privukli su u program oko 60 heroinskih ovisnika (što je tada bilo oko 80% od procijenjenog ukupnog broja ovisnika). Kvalitet-

nom skrbi o tim bolesnicima i stalnim nadzorom njihovog ukupnog ponašanja, dobili su zapravo na desetine vještih suradnika u provedbi gradskog programa. Oni izuzetno rijetko krše dogovorena pravila, ne bave se prodajom droge (dakle, ne šire problem), njihovom posredstvom stručnjaci dobivaju obavijesti o tome što se zbiva “u gradu”, osobito u zoni kriminala, jer oni “sve znaju”. Prema svim pokazateljima za ocjenu uspješnosti programa na lokalnoj razini, Poreč je uspio. Imaju malen broj novih ovisnika, nema više širenja hepatitisa, malo je ovisnika izvan programa, droga je na ulicama Poreča skupa i loše kvalitete, oni koji se žele “počastiti” moraju po robu putovati u Pulu. Poreč ima kapacitete za daljnji iskorak u snaženju programa poboljšanja kvalitete života djece i mladeži, pa planira, što je moguće osmišljenije, provoditi školske preventivne programe.

Tablica u prilogu zorno pokazuje i odlične rezultate terapijskog rada s ovisnicima koji su, upravo onako kako predlaže Nacionalna strategija, sukladno njihovim potrebama i mogućnostima prihvatanja, razvrstani u različite programe. Otprilike 30% tih bolesnika je bilo detoksificirano u bolničkom programu Odjela ovisnosti KB “Sestre milosrdnice” i nakon toga prihvaćeno, radi nastavka terapijskog postupka u gradski terapijski program u okviru Doma zdravlja koji provode posebno educirani liječnici opće medicine. Zahvaljujući njihovoj stručnosti i iskustvu u radu, izborili su se za potpunu autonomiju u provođenju supstitucijskih programa. Ovisnost je kronična recidivirajuća bolest i to stručnjaci u Poreču dobro znaju. Svojim duboko humanim, strpljivim ali istovremeno i vrlo stručnim pristupom i zauzimanjem za te bolesnike, najveći broj (procjena oko 80% od ukupnog broja svih ovisnika) je privučeno u program i time odvojeno od ulice i kriminala. Držeći ih tim najboljim načinom pod kontrolom, spriječili su nekontrolirano širenje zlorabe droge u tom vrlo bogatom turističkom centru. Budući da nije moguće potpuno zaustaviti pojavu novooboljelih ovisnika, program ima kapacitet i privlačnost da sve kojima je potrebna pomoć mogu uključiti i time “izvlačiti” iz problema u koji su upali. Uspostavljan je balans ulaza i izlaza iz problema radi čega nema povećanja broja ovisnika koji nekontrolirano, na ulici traže i kupuju heroin. Zbog velikog uzajamnog povjerenja između ovisnika i njihovih terapeuta, kontinuirano dolaze do saznanja i vrlo važnih informacija o događanjima u zoni kriminala. Otvorenom i vrlo povjerljivom suradnjom sustava za tretman i represiju, značajno je povećana učinkovitost i kontrola ilegalnog tržišta droga. To je rezultiralo činjenicom da su danas u Poreču

droge teško dostupne što značajno pridonosi smanjenju rizika za adolescente da do njih dođu. Tako se porečkim primjerom potvrdilo da se zdravu mladež daleko lakše štiti od zlouporabe droga ukoliko dobro funkcioniraju i su-rađuju sustavi za tretman i represiju.

Poreč	28.000 stanovnika		152 ovisnika		0,5%	
Godina	1995.	1996.	1997.	1998.	1999.	2000.
Kumulativni broj ovisnika	39	43	47	52	75	89

Tablica 64.

Broj ovisnika u Poreču za razdoblje od 1995. do 2000.

	Broj	%
Na metadonu, održavanje	16	17,9
Na metadonu, spuštanje	6	6,7
Apstinenti do 6 mjeseci	7	7,8
Apstinenti preko 6 mjeseci	8	8,9
Apstinenti preko 3 godine	7	7,8
U komuni	18	20,2
U zatvoru	6	6,7
U inozemstvu	3	3,3
Ne apstiniraju, ali poboljšani	8	8,9
Bez poboljšanja	10	11,2
Ukupno	89	100,0

Tablica 65.

Distribucija porečkih ovisnika po skupinama (za 2000.)

Stalnom evaluacijom terapijskog rada lako je zaključiti da su rezultati izvrsni te da je liječenje ovisnika i te kako isplativo. Kod samo 11% ovisnika ne vidi se poboljšanja, premda se stalnom brigom i nadzorom nad tih desetak najtežih, uspijeva smanjiti njihova kriminalna aktivnost i štetan utjecaj na okruženje. Kvalitetan terapijski rad rezultirao je maksimalnim učinkom u smislu *drug-free* orijentacije pa bez primjene metadona apstinira četvrtina ovisnika a u programu održavanja ih je manje od petine. U programu rehabilitacije tipa Terapijske zajednice, uspjelo se motivirati i uputiti 20% ovisnika dok je represivni sustav odredio kaznu zatvora za 6,7% ovisnika.

Način razvoja, koordinacija, struktura i samo financiranje porečkog programa mogu poslužiti kao odličan primjer i model za druge gradove.

Norveška

Norveška je bogata i odlično organizirana zapadnoeuropska država. Broj stanovnika (oko 4.500.000) sličan je kao u Hrvatskoj. Vlada ima poseban Direktorat s više od 20 stručnjaka koji se isključivo bave pitanjem strategije i orga-

nizacije provedbe Nacionalnog programa suzbijanja ovisnosti. Kad je riječ o ovisnicima o drogama (ima ih oko 15.000), država je odlučila financirati predložene programe liječenja i rehabilitacije s izrazito naglašenim *drug-free* pristupom (primjena metadona tada nije bila prihvaćena), što ga se imalo provoditi u bolničkim te programima terapijskih zajednica. Država je osigurala i oko 600 mjesta u tim programima. Unatoč činjenici da je to pravno izuzetno uređena država, pa je za pretpostaviti da je i represija očekivano djelotvorna, program nije davao željene rezultate. Pojava ovisnika povećavala se, iz godine u godinu bilježen je rast smrtno stradalih ovisnika (više od 300 godišnje), a unatoč tome teško se punilo očividno prevelike bolničke kapacitete i one u terapijskim zajednicama. Timovi u tim programima, a još više kreatori nacionalne politike tretmana ovisnika, zbog straha da će biti još više problema u popunjavanju kapaciteta, na različite su načine sprječavali uvođenje supstitucijskih programa koje su mnogi ovisnici kao i stručnjaci smatrati nužnima.

Posljednjih godina Norveška, poučena vlastitim greškama u strategiji kao i dobrim iskustvima drugih država, odlučuje mijenjati svoju politiku tretmana. Smanjuje smještajne kapacitete, manje se inzistira na *drug-free* pristupu koji je mnogim heroinskim ovisnicima bio posve neprihvatljiv, postupno se povećava i olakšava primjena supstitucijskih programa. S obzirom na to da Norveška ima odlično organizirane *outreach*-programe i visoku kvalitetu zdravstvene i socijalne zaštite stanovništva, očekuje se da će u dogledno vrijeme promjena politike tretmana ovisnosti doprinijeti zaustavljanju rasta broja ovisnika na ulicama a povećanju njihovog broja u programima tretmana. To će utjecati i na smanjivanje broja umrlih zbog predoziranja.

Švicarska

Ta bogata, visoko razvijena i pravno odlično uređena zemlja bilježila je, iz godine u godinu, velik rast broja teških ovisnika. Primjer te zemlje samo potvrđuje da novac (imati i moći kupovati i trošiti) nije dovoljan da se mladež osjeća ispunjenom. Mnogi su tu ispunjenost "prazninom duha" zamijenili hedonizmom, a pri takvom opredjeljenju droga je imala, i ima, istaknuto mjesto. Jasno je da kreatori švicarske strategije suzbijanja zlorabe droga nisu gajili iluziju kako bi najprije valjalo promijeniti ovu civilizaciju i kulturu življenja suvremena potrošačkog društva ne bi li se smanjila potražnja za drogama. Tragali su za mogućim poboljšanjima Nacionalnog programa za droge koji bi uvažavao općedruštvene okolnosti u kojima nastaje problem. Nisu, dakle, upali u zamku utopije prema kojoj bi najprije

trebalo liječiti bolesno društvo i promijeniti svijet (u kojemu smjeru?). Oni su istraživali “one” moguće greške na kojima se uči. Jedna od pogrešaka sigurno je bilo dopuštanje postojanja i širenje otvorenih narko-scena. Ona u Zürichu “normalnom” svijetu bila je uistinu zastrašujućom, ali je za mnoge mlade, izgubljene u suvremenoj potrošačkoj civilizaciji, ali i za one samo malo više znatiželjne, bila mjestom gdje se zbiva nešto drugo, drukčije, manje dosadno – nekakav život bez pravila i reda. Švicarski čistunci mislili su kako će prikazom te užasne scene na kojoj su ovisnici bili odbačeni, stigmatizirani i getoizirani svoju mladež odvratiti od uzimanja droga, te da će istodobno policijski lakše nadzirati i kontrolirati sva važna događanja u toj supkulturnoj skupini. No, to je bila pogreška.

Posljednjih godina najveće promjene doživjela je u prvome redu politika tretmana ovisnika i pristup prema njima kao ljudima. U tome su išli tako daleko da su, uz tišuću ovisnika zbrinutih metadonom, za nekoliko stotina najtežih heroinskih ovisnika osigurali eksperimentalnu primjenu medicinskog heroina u posebnim, od države kontroliranim uvjetima zdravstvenih ustanova. Svim ovisnicima se osigurava potrebna zdravstvenu pomoć na visokoj razini. Narko-scene su razbijene i nestaju, sve je više ovisnika pod nadzorom kvalitetnih programa i ustanova, sve ih je manje bez nadzora, na ulici. To je silno pridonijelo smanjenju širenja ovisnosti, znatno je smanjen broj kriminalnih djela što su ih počinili ovisnici. Ovisnicima se, dakle, sve više bave stručni timovi za tretman, a kako policija sada troši znatno manje vremena za progon kriminaliziranih ovisnika (od čega ionako nije bilo velike koristi), usmjerena je na djelotvornije otkrivanje i suzbijanje organiziranih oblika narko-kriminala, što je uzrokovalo znatnim povećanjem količine zaplijenjenih droga i zatvorskim kažnjavanjem velikog broja težih kriminalaca. To je, pak, pridonijelo smanjenju ponude droge, pa je tako epidemiologija pokazala da je broj novih ovisnika smanjen, da je znatno manje umrlih od predoziranja, da se smanjio postotak zaraženih HIV-infekcijom i hepatitisom... O svemu tome je, sa zadovoljstvom, izvijestila dopredsjednica Švicarske konfederacije sve nazočne na specijalnom zasjedanju Generalne skupštine UN-a u New Yorku, posvećene problemu suzbijanja droga (lipanj 1998.).

TEMELJNI CILJEVI I PERSPEKTIVA NACIONALNE STRATEGIJE

S obzirom na to da Republika Hrvatska želi što prije zauzeti svoje mjesto među zemljama EU, bilo bi korisno da svoje programe, strategiju i ciljeve maksimalno prilagođava

toj europskoj asocijaciji. Europa nastoji koliko je moguće harmonizirati i standardizirati pristup kojim bi na toj razini djelotvornije suzbijala probleme droga. Još uvijek su velike razlike među pojedinim zemljama kako u pojedinim elementima strategije, tako i u legislativnim rješenjima, što nerijetko izazove velike polemike. Kako pomiriti vrlo liberalan pristup Nizozemske i mnogo represivniji pristup Švedske? Na sreću, sve više znanost, epidemiologija, istraživanja i evaluativne studije sužavaju prostor politici da se izravno miješa i arbitrira u stručnim pitanjima. E.M.C.D.D.A. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabon) u tom smislu ima sve veću ulogu. Sve je bolja suradnja a time i davanje zajedničkog doprinosa Pompidou Group (Council of Europe) i tijela UN (posebno UNODC i INCB). Za Hrvatsku bi bilo loše kada bi tražila modele i rješenja za svoje programe i strategiju izvan tih okvira. Zbog toga bi i naša zemlja trebala slijediti posve iste ciljeve koji su naznačeni u *European Union Drugs Strategy* (2000–2004.) kako slijedi:

- **Značajno smanjiti, unutar pet godina, pojavnost uzimanja droga, posebno među mladima,**
- **Značajno smanjiti, unutar pet godina, negativni utjecaj uzimanja droga na zdravlje (HIV, Hepatitis B i C),**
- **Dostići značajan porast u broju uspješno liječenih ovisnika,**
- **Postići značajno smanjenje dostupnosti ilegalnih droga,**
- **Postići značajno smanjenje kriminala koji je u svezi s drogama,**
- **Postići značajno smanjenje pranja novca i ilegalne trgovine prekursorima.**

Strategija koje je opisana u ovoj knjizi, odražava u cijelosti nastojanja EU da smanji probleme u svezi s drogama. Velika različitost socio-kulturnog i političkog konteksta, gospodarske situacije kao i specifičnosti i karakteristike fenomena zloporabe droga u pojedinom zemljama, traži od stručnjaka da u kreiranju programa budu prilagodljivi i realni. Unatoč nastojanju da se i Hrvatska priključi europskom procesu harmonizacije i standardizacije (osobito kad je riječ o legislativi), bez poštivanja naših specifičnosti i odgovarajućih sredstava teško je očekivati optimalne rezultate. Za nas je važno učiti i iz pogrešaka nekih dobro uređenih zapadnoeuropskih država – zbog čega je u nekima od njih stanje s drogama znatno teže nego u Hrvatskoj.

Ostvarenje navedenih ciljeva do kraja 2004. nije bilo moguće jer politički vrh nije inzistirao na poštivanju Nacionalne strategije i nije osigurao kompetentnost

krovne nacionalne strukture odgovorne za koordinaciju provođenja Nacionalnog programa koji je utemeljen na toj strategiji. To je vrlo složen projekt i njegovo provođenje ovisi o brojnim društvenim čimbenicima, na koje se teško može u kratko vrijeme utjecati. Misli se na potrebu uređenja pravne države, poboljšanje gospodarske situacije (rješavanja problema nezaposlenosti) i na poboljšanje rada svih institucija koje se neposredno bave brigom za čovjeka (škola, zdravstvo, socijalna skrb). Što prije treba omogućiti upošljavanje odgovarajućeg broja ljudi (budućih stručnjaka) kako bi se započeo proces njihovog osposobljavanja za rad na području sekundarne i tercijarne prevencije ovisnosti. Nekoliko godina ustrajne edukacije je potrebno da bi se osposobilo jednog (dobro odabranog) mladog liječnika (ili psihologa) za djelotvoran samostalan ili timski terapijski rad s ovisnicima o drogi. Slično je i s osposobljavanjem jednog eksperta da bi postao edukator drugih stručnjaka za provođenje odgojno-obrazovnog preventivnog rada u školskom sustavu, a godine školovanja, rada i iskustva potrebne su da bi dobro selekcioniran pojedinac postao vrstan policijski profesionalac.

Bez odgovarajućeg broja angažiranih i dobro motiviranih stručnjaka u sustavima koji su relevantni za provođenje Nacionalnog programa uz kvalitetu života na koju narod slabo može utjecati, nije realno za očekivati niti u godinama koje slijede poboljšanje epidemiološke situacije na području ovisnosti o drogama.

VII.

Osvrt na
okolnosti
u kojima se
provodio
Nacionalni
program
2000–2004.



Premda nije bilo jednostavno, stručnjaci su u teškim godinama rata, poraća i tranzicije, uz zanemariva sredstva i više deklarativnu potporu vlasti uspjeli razviti izvanredan sustav za kontrolu droga u državi. Kada je bilo za očekivati da će taj sustav konačno dobiti svoju punu zakonsku potporu i time biti trajno institucionaliziran, promjenom vlasti 2000. sve je dovedeno u pitanje i to upravo po scenariju opisanom u prethodnom poglavlju. Kako se to zapravo dogodilo i s kojim posljedicama?

U tišini, u okviru izrade političkih programa kojima će izići pred biračko tijelo, političke stranke su koncem devedesetih angažirale svoje “eksperte” da izrade koncepciju kojom će nakon što (i ako) dođu na vlast, djelovati na stručnom području – suzbijanju zlorporabe droga. Borba za nametanje “nove strategije” a time i osvajanje prostora i pozicije u strukturama za provođenje Nacionalnog programa uglavnom se vodila između dvije stranke, SDP i HSLS. Angažirane osobe za izradu prijedloga obje navedene stranke bile su iz Splita. Kvaliteta tih prijedloga bila je ispod svake razine. Jedan cjelovitiji prijedlog je bilo nemušto prepisivanje ili reinterpretracija postojeće Nacionalne strategije a drugi se više odnosio na marketinško-medijski aspekt prevencije ovisnosti. Nova politička elita dolazi na vlast (koalicija 5 stranaka), a s njom još jednom “sve počinje ispočetka”. S oduševljenjem otkrivaju “toplu vodu” ali usput i kao nešto čime se može uspješno poslovati. Kao da ne postoji Nacionalna strategija i struktura koja je istu osmišljavala i provodila godinama ranije. U proljeće 2000. uz sva događanja u svezi tog programa pojavljuje se jedno novo ime, mlada pravница Sanja Ožić (SDP Split). Premda je Komisija Vlade RH za suzbijanje zlorporabe droga u istom sastavu nastavila s radom i u proljeće 2000. i njeno Izvješće kao i Prijedlozi za daljnji rad bili prihvaćeni od Vlade, doskora se vidjelo što zapravo znači u Hrvatskoj osvojiti vlast. Obzirom da nisu postojali kriteriji po kojima bi se razgraničavale političke od stručnih pozicija te do

koje se granice političari mogu miješati u struku, u okviru kadrovskih križaljki resor zdravstva je pripao HSLS-u koja stranka odgovornost za provođenje Nacionalnog programa predaje svom čovjeku, internisti dr med. A. Barbiru. I prije no što je ta stranka iz svojih redova iznjedrila tog liječnika na mjesto novog predsjednika Komisije za droge, žestoku bitku za poziciju u tom programu vodi u Zagrebu spomenuta mlada pravica iz Splita. Njena javna promocija kao eksperta za pitanja suzbijanja ovisnosti (bez ijedne stručne a da ne govorim znanstvene reference), u javnosti se dogodila u ljeto te godine kada se, do tada posve anonimna, pojavljuje u vrlo gledanoj emisiji I programa HTV "Misli 21. stoljeća" (uloga medija!!). Visokoj politici je izgleda suzbijanje zlouporabe droga radi zaštite mladeži postalo posve beznačajno, jer da nije tako, ne bi se dogodilo ono što je slijedilo iza toga, nesmiljeni udar na koncepciju i stručnjake i razaranje kompletne strukture razvijane od 1990. za koordinaciju provođenja Nacionalnog programa (od nacionalne do lokalne razine). Zanimljivo je da nitko iz vrhova vlasti na sve što autor navodi u daljnjem tekstu, uopće nije reagirao, kao da se radi o najmarginalnijem i politički posve perifernom događanju. Tek tri godine kasnije nekim je političarima postalo jasno da to što su i kako su radili nije bilo pametno.

Novi predsjednik Komisije (ujedno u to vrijeme i pomoćnik ministra zdravstva), nije imao niti jednu stručnu referenciju kojom bi potvrdio svoju kompetentnost da preuzme čelnu poziciju u provedbi tog vrlo kompleksnog stručnog programa. Bio je svjestan svoje nesposobnosti i nesigurnosti u poziciji stručnjaka ali je istovremeno osjetio što znači imati moć ako iza sebe ima jaku političku potporu (tadašnjeg potpredsjednika Vlade). Dostojno poduzima korake koji će rezultirati potpunom marginalizacijom uloge dotadašnjeg najvažnijeg stručnog koordinativnog tijela Vlade (u kojem je autor ove knjige s pozicije predsjednika Komisije, još jedno vrijeme pokušavao djelovati u poziciji člana). Novi predsjednik posve je usredotočen na potpunu eliminaciju "Sakomana" i u tome ne bira sredstva. U njegovoj blizini u svojstvu tajnice Komisije je S. Ožić, članica još moćnije stranke, koju Barbir, koji je tada i na poziciji pomoćnika ministra zdravstva, među ostalim koristi i da provede temeljitu inspekciju svega što su bivši predsjednik i "njegova Komisija" stvorili na terenu. Ideja je bila da "se nešto nađe" kako bi ga se kompromitiralo i konačno izbacilo iz tog područja kako ne bi bio smetnja ostvarenja dugoročno planiranih interesa (prvenstveno komercijalnih) novih aktera. No Ožić dolazi iz Splita zajedno sa L. Pezeljom, njezinim partnerom, koji se bavio izdavačkom dje-

latnosti i medijskim kampanjama. Nakon što je Dalmaciju “zatrpao” knjigom “Droga opća opasnost” jedne novinarkе iz Splita, njihov je zajednički plan i ambicija da nametnu svoju koncepciju kojom bi državnu prevenciju pretvorili u niz vlastitih komercijalnih projekata, od kojih je prvi, medijski eksponiran pod nazivom “Svi za protiv”. U samom startu njihova se financijska uspješnost potvrdila u dogovorenom poslu u kojem je Ministarstvo zdravstva otkupilo od Pezeljeve izdavačke kuće 25.000 knjiga spomenute novinarkе iz Splita i još 240.000 brošura za “prevenciju” ovisnosti. Kako jača pozicija Barbira, sužava se prostor za uspješno poslovanje para Ožić-Pezelj na nacionalnoj razini, pa se na koncu u dogovoru s političkom strukturom grada Zagreba, pri Uredu za rad, zdravstvo i socijalnu skrb, uz potporu tadašnjeg gradonačelnika gosp. Bandića i pročelnika tog Ureda dr. med. Z. Šostara, otvara poseban odsjek za prevenciju ovisnosti, kojem na čelo dolazi Ožić. Ista osoba biva postavljena na mjesto predsjednice koordinativnog tijela za suzbijanje ovisnosti grada Zagreba. Kojeg li paradoksa. Mlada splićanka, pravница, pokraj brojnih zagrebačkih stručnjaka sa znanjem i iskustvom na području ovisnosti, koji dobro poznaju zagrebački socio-kulturni kontekst (što je za kvalitetu provođenja lokalnih programa posebno važno), biva nametnuta na čelno mjesto toga tijela u milijunskom Zagrebu. Sastav toga tijela bez ključnih aktera, koji su neposredno provodili programe suzbijanja zlouporabe droga u Zagrebu, bio je prava lakrdija. Izdavačke kuće (Promotor i Rabus medija, Makarana...) u kojima prste ima njen partner L. Pezelja (sada također u Zagrebu), dobivaju privilegirano mjesto u otkupu proračunskim sredstvima grada njihovog “materijala za prevenciju”. Kojeg li sukoba interesa. Pezelj doduše u niz navrata traži razgovor sa autorom, nudi poslovnu suradnju, “da radi, piše za njega”, što je dakako bilo odbijeno. Otvoreno mu je rečeno da nema tih novaca radi kojih bi autor doveo u pitanje svoja moralna načela. Nakon što su na državnoj i zagrebačkoj razni instalirane nove “snage”, svi dotadašnji temeljni državni programi iz područja suzbijanja ovisnosti posve su gurnuti na marginu. Sve su teže okolnosti za stručnjake “Vinogradske” i njihove suradnike na terenu. Njihov je dogovor srećom bio da pod svaku cijenu treba očuvati stručnu doktrinu i u okvirima mogućeg nastaviti provoditi sve programe, kako se ne bi dodatno nepotrebno pogoršalo stanje i dogodilo moguće još teže razbuktavanje narko-epidemije.

Donošenjem Zakona o suzbijanju zlouporabe droga, koji je radi učinjenih izmjena “nove strukture” u odnosu na Prijedlog koji je izradila ekspertna grupa na čelu s prof.

dr. B. Pavišićem iz Rijeke (imenovana od prethodne Komisije kojoj je autor tada bio na čelu), mogao vrlo slabo podržavati koncepciju zacrtanu u izvornoj Nacionalnoj strategiji, stvorene su pretpostavke za novo strukturiranje državnog sustava za kontrolu droga. Pokušaji formiranja sukladno Zakonu, Državnog zavoda za prevenciju ovisnosti na čelu s jednim psihijatrom Psihijatrijske bolnice Vrapče, ostali su samo slovo na papiru. Od Zavoda se konačno odustalo, Psihijatrijska bolnica Vrapče u dogovoru sa dr. Šostarom otvara i stručno pokriva Centar za prevenciju grada Zagreba (na Jarunu) koji ne radi sukladno Nacionalnoj strategiji, pa svi teški ovisnici dolaze i dalje u Vinogradsku, a ekipa od 6 ljudi na Jarunu slabo ili gotovo ništa ne radi po pitanju liječenja ovisnosti. Naknadnom izmjenom "Zakona o drogama" omogućiti se formiranje Ureda Vlade RH za suzbijanje zlouporabe droga, kao krovnog, stručnog tijela države za taj problem. Na čelo je postavljen A. Barbir. Formirano je novo Povjerenstvo za suzbijanje droga Vlade RH na čelu s tadašnjima potpredsjednikom Vlade RH. Formira se i Stručni savjet Ureda a dotadašnja predsjednica nevladine udruge "Susret", časna sestra Bernardica Juretić postaje predsjednikom toga tijela. Od tog trenutka, ekspertnu razinu za kreiranje državnog sustava za kontrolu droga i formalno preuzima osoba s iskustvom vođenja nevladine udruge, usput rečeno organizacije koja je dobro poslovala u radu s ovisnicima. Njena komuna i savjetovališta za isti program dobivali su od početka devedesetih značajnu financijsku potporu od države i iz brojnih drugih izvora a financijsko poslovanje tih godina niti stvarnu realizaciju i mjerenje doprinosa tog programa nitko nije ni mjerio niti kontrolirao, osobito ne odljev silnog novca putem putnih naloga. Ali se zato kontinuirano medijskom prezentacijom zajednice "Susret" stvarao privid iste važnosti tog programa (rehabilitacija desetak dobro probranih ovisnika godišnje) kao i ukupnog Nacionalnog programa koji je kreirao autor ove knjige, čiji se rad na vrlo pokvaren način kroz medijsku prezentaciju od 2000. svodio na "davanje metadona heroinskim ovisnicima". Struktura koja se brinula o njenoj poziciji najvjerojatnije je znala na koji će joj način ta osoba poslužiti. Niti kasnije, kada je postavljana nakon smjene Barbira na mjesto šefa Ureda Vlade RH, kako se radilo o upošljavanju na dužnosničko mjesto, provjeravanje njenih stvarnih kompetencija i stručnih referenci nije bilo potrebno. Premda je B. Juretić u jednom intervju sama izjavila da nije objavila niti jedan stručni rad, da nije provela niti jedno znanstveno istraživanje iz područja ovisnosti, uz njen medijski status, mora da je postojala jaka potpora određenog lobija koji se pobrinuo da upravo ona zauzme takvu poziciju.

Nakon što se Barbir “oslobodio” bivše Komisije i ojačao u osjećaju moći, sada ima odriješene ruke da uz asistenciju B. Juretić i njenog “Stručnog savjeta” ocjenjuje programe, određuje s kim će Ured surađivati i kome usmjeravati sredstva. Udari po autoru i sustavu koji je stvarao sve su žešći i prljaviji, tko god želi “nešto dobiti”, mora surađivati s Barbirom. Duskora postaje razvidno da se preko Ureda Barbira i B. Juretić, državni sustav sve više usmjerava na očigledno “profitabilnije” poslovanje s nevladinim sektorom. Uspostavlja se “dobra suradnja” s medijima kojima je zadaća stvoriti privid pojačanog djelovanja. U Stručnom savjetu su mjesto našli i roditelji ovisnika, sami liječeni ovisnici, neki anonimusi za koje nitko nikada nije niti čuo da su se bavili pitanjima droga. Svi oni orkestrirano udaraju po koncepciji zacrtanoj u Nacionalnoj strategiji, osobito su uporni u kritici i pokušaju drastične redukcije primjene metadona u farmakoterapiji heroinskih ovisnika. Medijski su vrlo glasni u afirmaciji važnosti nevladinog sektora i osobito komuna za ovisnike. Gosp. B. Juretić (koja u međuvremenu prestaje biti časna sestra), osobito je glasna u proglašavanju metadona “državnom drogom” i “drogiranjem na državni trošak”. Istovremeno svoju terapijsku zajednicu uspijeva transformirati u ustanovu socijalne skrbi, Dom za ovisnike čije financiranje s oko 3.000.000 kn godišnje preuzima Ministarstvo socijalne skrbi.

MEDIJSKI LINČ AUTORA

Stručni sustav državnih institucija, vidjevši kako se po svim kriterijima stanje na terenu pogoršava, kako se ne-namjenski i bez kontrole troše višestruko veća sredstva, unatoč vrlo uspješne blokade mnogih medija (osobito HTV-a na kojem se autor ove knjige osim u kratkim, marginalnim i prethodno snimljenim i montiranim prilozi-ma, više nije pojavljivao), nalazi načina da na to ukaže. Svima upućenim i poštenim postaje jasno o čemu se radi, proljeće je 2003., približavaju se novi izbori, HSLS se raspao, Barbir i njegov politički mentor, potpredsjednik Vlade sada su u Libri koja želi ostati u političkoj areni i preživjeti u koaliciji izbore. A područje droga jedan je od aduta kako za političku promidžbu tako i za ono bez čega ta promidžba nije moguća. A autor to sve vidi i ne šuti.

Godinama teško i mukotrpno gradi “kuću, a onda su se drugi u nju uselili”. I nakon svega, “jednoga dana pozvali su ga da tamo može doći popiti kavu”. Respektirajući realitet i znajući da bez države i suradnje s političarima koji donose odluke i o kojima na žalost gotovo sve ovisi, nije mo-

guće održati kontrolu nad problemima u svezi droga, autor se odazvao pozivu i tako se prvi puta pojavio u Uredu Barbira. Konačno, s tim čovjekom uz posredovanje jednog poznanika razgovarao je u nekoliko navrata. Obećavao je jedno a iza leđa je radio drugo, na terenu je pričao nebuloze i bezočne neistine na njegov račun. Autor mu je bio prava opsesija. I tada dolazi dan konačnog obračuna. Barbir dakle poziva u svoj Ured na važan sastanak nekoliko stručnjaka a među njima poziva i autora. Sastanak počinje bez nazočnosti šefa uz ispriku za kašnjenje jer je na važnom sastanku u zgradi Vlade RH. Konačno se Barbir pojavio, dogovorio se “novi” početak suradnje struke i struktura vlasti. I tek što je iz prostora Ureda izišao na ulicu i uključio mobilni telefon, isti nije prestao zvoniti. Praktički svi mediji (tiskani i sve TV kuće) obasipale su autora s istim pitanjima tj. da komentira izjavu potpredsjednika Vlade RH koji je na tiskovnoj konferenciji izjavio da se pokreće istraga protiv Sakomana “da je sredstva za prevenciju ovisnosti nenamjenski koristio za svoja predavanja i tiskanje knjiga”. To je bila glavna vijest s debelim naslovima u svim novinama i druga glavna vijest Dnevnika I programa HTV 29. travnja 2003. u 19,30 sati. Optužba s pozicije Vlade RH je izrečena, orkestriran je medijski linč i sada “neka se brani”. Kao što je autor “prorokao” na str. 288. prvog izdanja ove knjige, na koji način korrumpiran sustav, da bi branio svoje pozicije, obračunava s pojedinim, javno eksponiranim i utjecajnim stručnjacima, kojima se ne može manipulirati i koji ne mijenjaju svoja načela i ne paktiraju s vlasti radi osobnih interesa, a ustrajno i utjecajno služe interesima općeg dobra, tako se i dogodilo. Ono što je učinio potpredsjednik nije naišlo na odobravanje drugih vrlo utjecajnih članova Vlade i vrhu političke vlasti tadašnje koalicije postalo je jasno da im je drugi čovjek u hijerarhiji moći učinio veliku političku štetu. Mediji, kojima veliki dio naroda na žalost previše vjeruje, autora stavljaju u poziciju da se brani, što je za poštenu osobu vrlo neugodno, umjesto da pitaju iz kojih je pobuda i s tako visoke političke razine lažno optužen. Uvjeren sam da je potpredsjednik, nakon izricanja optužbi, da bi opravdao svoj postupak, vršio pritisak na policiju i inspekcije da se “nešto” pronađe protiv unaprijed optuženog. Dakako, da se ništa nije moglo pronaći.

Zanimljivo je da je najžešća financijska kontrola bila usmjerena upravo na način kako je Institut Ivo Pilar financirao izdavanje upravo ove knjige. Premda su u optužbi spomenute “Sakomanove knjige”, dakle, da ih je bilo više, radilo se samo o ovoj jednoj knjizi, “Društvo bez droge?” (Hrvatska nacionalna strategija), koja je očigledno bila kost u grlu svima koji su se našli razotkriveni po u njoj opisa-

nim metodama, po kojima djeluje organizirani kriminal i elementi korumpirane političke elite. Za informaciju se navodi da izdanja znanstvenog instituta "I. Pilar", pa tako niti ova knjiga, ne mogu biti komercijalna za autora, jer su vlasništvo izdavača, Instituta. Ostale dvije knjige istog autora (Obitelj i prevencija ovisnosti i Čiste glave bez cuge i trave) je, usput rečeno 2001. izdala izdavačka kuća SYS Print iz Zagreba, bez ijedne kune potpore s bilo koje strane. Višestruke financijske kontrole nisu ustanovile niti jedan element, niti jednu sitnicu koja bi potvrdila navode unaprijed izrečene optužbe, pa tako nije bilo osnova za bilo kakav postupak. A nanesena je velika šteta. Koga tužiti za klevetu, Vladu RH? A u medijima, pa tako i u "Večernjaku" od 30. travnja 2003. je ostala stajati laž, kako "Sakomana ispituje državno odvjetništvo". Sva, inače vrlo mižerna proračunska sredstva za provođenje Nacionalnog programa, za čiju je preraspodjelu Komisija koju je autor vodio Vladi RH je samo davala prijedlog, strogo su namjenski korištena za programe suzbijanja zlouporabe droga. Izdavanje ove "sporne" knjige, koja je temeljno štivo za sve koji se kane ozbiljno baviti suzbijanjem droga, za njenu tehničku opremu, potpomognuto je na najlegalniji način s nekoliko tisuća kn. Kojeg li paradoksa da jedan potpredsjednik Vlade, koji je, usput rečeno, samo za neki svoj magloviti znanstveni projekt od ministarstva znanosti i tehnologije, dakako političkim posredovanjem, u godini dana od Ministarstva znanosti dobio 400.000 kn (o čemu je pisano u medijima), nalazi za shodno da se na takav način javno obračunava s jednim stručnjakom čiji su ukupni i najlegalnije isplaćeni honorari za ogroman stručni rad, uz bijedno plaćen posao liječnika, redovitog sveučilišnog profesora, iznosili nekoliko tisuća eura.

Samo nekolicina od političara pokušali su kritizirati postupak vlasti prema autoru. Većina nije željela gubiti vrijeme i razmišljati niti ih je zanimalo što je sve taj stručnjak uradio posljednjih 30 godina za dobro ovog naroda? Njih je tada zanimalo samo jedno, ostati na vlasti, u poziciji moći kako bi u što kraćem vremenu što je moguće više od toga na ovaj ili onaj način profitirali. Po svemu sudeći mnogima je moćnicima smetalo što su pokrenute inicijative za razvoj sustava za kontrolu droga u državi, što je autor, godinama radeći, stekao znanja i iskustva da bi uopće mogao napisati i državi pokloniti elaborat "Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u RH". Premda su ministarstva tih godina za tzv. intelektualne usluge trošile milijune kuna i premda je elaborat autora bio iskreno hvaljen i jednoglasno prihvaćen od Hrvatskog sabora, nitko nije našao za shodno da barem upita da li to što je

urađeno treba makar simbolično platiti. Konačno, vrlo uspješno voditi složene poslove državne komisije bez ijedne uposlene osobe, bez ureda, 5 godina, bez kune honorara, doista nije bilo u redu. Više sredstava danas stoji državu "hladni" pogon Ureda za droge čije djelovanje na terenu nitko uopće ne osjeća, no što je država za vrijeme dok je autor vodio Komisiju odvojila sredstava za potporu provođenja cjelokupnog Nacionalnog programa. Sve je to samo odražavalo jad i bijedu dijela političke elite koja se nije sustezala da i u trećem mileniju koristi agit-prop metode u eliminaciji onih koji joj pokušavaju ugroziti interese. Kojeg li paradoksa da je narod takove dobio u poziciju odgovornosti da im djecu štite od pogubnih posljedica droga.

OSVRT NA DOGAĐANJA NAKON MEDIJSKOG LINČA

Grupacija koja je procijenila da joj je isplativo učiniti to što su učinili, očigledno se prevarila. Medijski interes u svezi ovih pitanja je ponovo otvoren, blokade se postupno probijaju, predizborno je vrijeme, društvene snage se na mnogim područjima ponovo polariziraju jer se ne zna tko će za nekoliko mjeseci preuzeti "igru". Tako se i u medijima sve više balansira a time i ostavlja prostor za otvoreniju kritiku. I represivni aparat je reagirao na ono na što su kroz tri godine otvoreno ukazivali stručnjaci. Na prijavu jedne hrabre žene (osnivačice i bivše predsjednice udruge HELP) da se u toj NGO na čelu s Puljizom s kojim je Barbir dobro surađivao, događaju nezakonite radnje, reagirala je policija. Pokrenuta je istraga. Intervencije Barbira i drugih s političke razine, da se stvar zataška, nisu pomogli jer je na čelu operative MUP-a stajao ravnatelj policije, čestit i hrabar čovjek, koji je svoj posao obavljao profesionalno i autonomno, ne dozvoljavajući si da postane instrument politike. Zato je kasnije i doživio ono što je doživio, bio je na grub način eliminiran iz MUP-a od ljudi koji su tek promjenom vlasti nakon izbora dobili mogućnost da to provedu. Istraga je potvrdila da postoji osnova za pokretanje istrage pa je na koncu u ljeto 2003. Barbir uhićen sa još dvoje "suradnika" iz Splita i priveden na ispitivanje. Bio je jadan pokušaj njegovih političkih mentora da ga zaštite. I dok su tog ljeta 2003. po svuda i među prvima "visili" jumbo predizborni plakati sa slikom dvije vodeće osobe Libre, njihov se adut Barbir u najnezgodnije predizborno vrijeme pojavio u medijima, ali u nešto promijenjenoj ulozi. Predsjednik Libre je istupao u medijima pokušavajući slučaj Barbir protumačiti kao igru političkih protivnika. To međutim nije pomoglo Barbiru koji je morao policiji odgovoriti na mnogo nezgodnih pitanja. Jedno

je posebno bilo neobično, a odnosilo se na tumačenje poštanske uplatnice kojom mu je udruga HELP iz Splita u Zagreb na njegovo ime doznala iznos od 15.000 kuna. Zamislite njegovog odgovora, da mu je to trebalo za kupnju stana. A u to vrijeme, ne samo da je uz vrlo povoljan kredit Ministarstva branitelja (imajući papire kojim je dobio status branitelja i invalidnost – na psihijatrijsku dijagnozu) već kupio i opremio finim namještajem veliki novi stan, već je vozio novi AUDI 6 (kupljen uz braniteljske povlastice).

Kratko nakon uhićenja Barbir gubi bitku, naglo slabi politička moć njegovog glavnog zaštitnika koji nestaje s političke scene. Barbir odstupa s mjesta predstojnika Ureda za droge, mijenja ga jedno vrijeme njegova suradnica (iz HSLs), no kratko prije izbora G. Granić ipak uspijeva predsjednicu “Stručnog savjeta ureda” pozicionirati na mjesto predstojnice Ureda. Tako Bernardica Juretić, osoba, koja je godinama ranije uporno opstruirala razvoj državnog sustava za kontrolu droga, osobito sustava za suvremen medicinski tretman ovisnika, postaje čelna osoba tog državnog tijela. Na njeno mjesto u stručnom savjetu postavlja se psihijatar prof. dr. Ljubomir Hotujac. Zanimljivo je da je među psihijatrima upravo taj kolega bio poznat po vrlo negativnom stavu prema ovisnicima, veliki kritičar primjene metadona, ustrajan u afirmaciji svog moralističkog pristupa, a njegov je čuveni prijedlog, “sve ovisnike treba poslati na Goli otok”. Tom psihijatru (koji je početkom osamdesetih bio i specijalizant na Odjelu ovisnosti koji sam i tada vodio), koji sve čini da se ta kategorija bolesnika ne pojavljuje na Klinici za psihijatriju (KBC Rebro) koju vodi, koji se nikada nije bavio prevencijom ovisnosti a kamoli strateškim pitanjima, očigledno je najvažnije biti na poziciji. Je li riječ o potrebi za dokazivanjem moći, o frustracijama iz početka psihijatrijske profesionalne karijere u “Vinogradskoj” ili o nečem trećem, teško je reći.

I nakon političkih izbora (jesen 2003.), nakon što se formiralo novo vladino povjerenstvo za droge na čelu s potpredsjednicom Vlade, ove dvije osobe nastavljaju kontinuirano, da bi sa svojih pozicija državni sustav za kontrolu droga sveli na aktivnosti koje nitko od stručnjaka na terenu, koji se unutar državnog sustava bave suzbijanjem ovisnosti, ne može primijetiti i kojima je glavna aktivnost, papirologija, pisanje nemuštih izvješća, afirmacija rada udruge građana i komuna za rehabilitaciju ovisnika. Pitanje je što radi 7 uposlenika Ureda čitavu godinu, čemu služe sastanci Stručnog savjeta?

OSVRT NA POSLJEDICE KOJE SU SE DOGODILE OD 2000. DO 2004.

Zlouporaba sredstava ovisnosti trenutno je najteži javno-zdravstveni problem naše mladeži. U anketama, građani na drugo mjesto u odnosu na sve što ih brine u svezi djece i njihove budućnosti, stavljaju to pitanje. Prema najvažnijem epidemiološkom pokazatelju – broju novooboljelih i po prvi puta liječenih teških, pretežito heroinskih ovisnika godišnje, kojih je oko 1.000 novih samo u mreži državnog sustava za tretman, procijenjen ukupan broj novooboljelih u populaciji (incidencija) već šestu godinu za redom je oko 2.000 i više je nego sigurno da nema niti jedne druge bolesti koja bi već u dvadesetoj godini života učinila kroničnim, teškim bolesnicima toliki broj osoba. Ako bi se i dalje nastavio ovakav trend, to bi značilo i dalje “gubiti”, u odnosu na generaciju rođenih, svaku 25-u osobu u dobi od dvadesetak godina. To je značajno više no što je danas slučaj u zemljama EU. Ukupan demografski i gubitak produktivnih i društveno-korisnih godina života u odnosu na očekivano trajanje života generacije radi oštećenja zdravlja zlouporabom sredstava ovisnosti, teško je mjerljiv. Droga je po nekim našim otocima prava pošast. Ne treba zaboraviti da je ovisnost o heroinu teška, kronična, recidivirajuća bolest, komplicirana u oko 70% slučajeva infekcijom virusa B i/ili C hepatitisa, u 70% slučajeva praćena kriminalizacijom ponašanja tih bolesnika. Uz spomenuti broj teških ovisnika, daljnjih 5% svake generacije mladih ima oštećeno zdravlje i pokazuje znakove socijalne disfunkcije radi uzimanja drugih vrsta ilegalnih droga (kanabis, ecstasy, amfetamin, LSD, kokain ili kombinacija droga i alkohola).

Samo na posljednjoj, uličnoj transakciji droge usmjerenoj prema konačnim korisnicima (ovisnicima, konzumentima), građanima RH, odlije se godišnje u crne kanale preko 200 milijuna eura. Dodatni ogroman novac, relativno uski krug osoba iz redova organiziranog kriminala i njihove koruptivne sprege zarade na prethodnim transakcijama unutar zemlje kao i na tranzitu droga koje se plasiraju izvan naših granica. Slaba kontrola financijskih transakcija kao i mjera otkrivanja i sprječavanja pranja novca omogućava legalizaciju daljnjeg poslovanja i investicije u nekretnine i drugo te kriminalne strukture. Ukupne ekonomske štete koje trpi naša zemlja radi zlouporabe droga i dalje se povećavaju a ukupna investicija države u prevenciju ovisnosti daleko je manja od sredstava koje se ulože u kupnju jednog malo boljeg nogometaša.

EPIDEMIOLOŠKI POKAZATELJI POGORŠANJA STANJA OD 2000.

HZJZ je provedenim istraživanjem ESPAD 2003. na nacionalnom uzorku 15. god. srednjoškolaca potvrdio značajniji rast ponude i potražnje a time i zlouporabe droga mladih tinejdžera u periodu 2000–2003. no što je bio slučaj u vrlo delikatno vrijeme 95. i 99. (vidi rezultate ESPAD 95. i 99.). To je paneuropsko istraživanje pokazalo kako se povećala rizičnost i po brojnim drugim indikatorima. Tako je rast pojavnosti pušenja kod 15. god. djevojaka bio dvostruko veći nego u prethodnom promatranom periodu. (1995. god. pušilo 19% a 2003. 28%.) Dok je 1999. god. 15% muških i 6% ženskih 15-godišnjaka odgovorilo da su pili alkohol 6 i više puta u posljednjih mjesec dana, na isto je pitanje potvrdno odgovorilo u 2003. 28% muških i 15% ženskih ispitanika (porast je u prethodnom periodu 95–99. bio samo 2%). Povećan je i broj onih koji su u životu probali marihuanu od 18 na 24% kod muških i od 12 na 17% kod ženskih ispitanika. Dok ESPAD 95. i ESPAD 99. nisu pokazali u tom razdoblju povećanje broja onih koji su probali ecstasy, tu je drogu 2003. probalo dvostruko više tinejdžerki nego 1999. a porast od 25% je zamjetan i kod mladića. Ispitanici su potvrdili da su im ilegalne droge bila dostupnije 2003. nego 1999. što je također indikator pada kvalitete rada represivnog aparata.

Da se osigurala bolja potpora vlasti kao i radi činjenice da smo sve dalje od rata a time i čimbenika koji su pokrenuli epidemiju, bilo je za očekivati povoljan epidemiološki trend pada incidencije teških heroinskih ovisnika na oko 600 slučajeva u 2002. i zaustavljanje rasta pojavnosti zlouporabe droga kod adolescenata. Dogodilo se suprotno. U 2000. broj novih ovisnika koji traže pomoć opet je znatno porastao kao i broj umrlih od predoziranja. Još nepovoljniji trend se nastavlja dalje tijekom 2001–2004. kada se evidentira veliki porast novo prijavljenih ne opijatskih ovisnika i tretiranih konzumenata. Rast novo evidentiranih od 1999. je jednim dijelom bio i posljedica načina primjene članka 173. st. 1. KZ radi čega je mnogo povremenih konzumenata kanabisa radi posjedovanja male količine te droge bilo predmetom kaznenog progona pa im je kao alternativa, omogućen tretman kroz koji su bili evidentirani. Radi zastoja u razvoju mreže Centara (temeljni državni sustav za liječenje i evidenciju ovisnika), i gotovo potpune opstrukcije rada tima u “Vinogradskoj” i znatno otežanih okolnosti za rad stručnih timova na terenu čiji se broj nije povećavao unatoč sve većeg priliva novih ovisnika, broj liječenih a time i evidentiranih slučajeva posljednje 2 godine

nije mogao pratiti daljnji rast pojavnosti ovisnika u populaciji. Čak što više, premda je godišnji priliv novih ovisnika i dalje bio preko 1.000, ukupan broj slučajeva kojima je omogućen tretman u 2003. bio je za oko 150 osoba manji nego prethodne godine. Da je sve više teških ovisnika počelo "ostajati na ulici", dakle izvan tretmana, potvrđuje i sve starija dob onih koji su se javili, što je znak zakazivanja mjera rane intervencije. Dok su u Zagrebu zahvaljujući uspješnim mjerama rane intervencije koje je poduzimao tim za ovisnosti o drogama u Vinogradskoj, opijatski ovisnici u 1998. dolazili na prvo liječenje u prosječnoj dobi od 22 godine, u 2003. je prosječna dob prvo liječenih porasla u državi na 27 godina. To znači da je posljednjih godina, radi udara u državni sustav za tretman, veliki broj mlađih ovisnika o heroinu ostao izvan tretmana, kriminalizirajući se na ulici. Istovremeno je te godine zabilježen najviši broj od 95 iznenadno umrlih ovisnika (od čega je 56 umrlo od predoziranja opijatima), što je direktan pokazatelj pada kvalitete zdravstvene skrbi tih bolesnika. Kasna intervencija praćena posljedičnom visokom zaraženosti s HVC također potvrđuje da su se pogoršale mjere sekundarne prevencije.

Od ukupno do sada registriranih oko 11.000 heroinskih ovisnika, od kojih je u promatranom periodu (procjena) oko 800 umrlo, oko 800 ih boravi u komunama, oko 500 u zatvorima, oko 1.500 je u apstinenciji (bez lijekova), među registriranim ostaje aktivno u tretmanu ili uzimanju heroina oko 7.000. Na ukupan broj evidentiranih i pretpostavljeno živućih, treba dodati još toliki broj (tamna brojka), onih koji se nikada nisu javili a time i evidentirali što bi značilo da je trenutna ukupna pojavnost opijatskih ovisnika oko između 18.000. i 20.000. Ukupan broj ovisnika te kategorije koji su tijekom 2003. bili u kontaktu s državnim sustavom za tretman bio je 4.079 a od njih je, prema podacima HZJZ-a, u programu održavanja na metadonu bilo ispod 1.000 (daljnjih 1.743 su bili u programu odvikavanja uz metadon). To znači da te godine oko 3.000 ranije tretiranih, aktivnih heroinskih ovisnika uopće nije koristilo medicinsku pomoć kao i daljnjih barem 8 tisuća nikad liječenih, koji su svoj problem "rješavali" uzimanjem heroina. Podaci dakle ukazuju da je i retencija u programu ranije evidentiranih slučajeva sve slabija, poglavito radi toga što nema dovoljno stručnjaka koji bi ih prihvaćali ali i radi toga što se sustavno "udaralo" po suvremenom medicinskom liječenju ovisnosti, što među ostalim uključuje i održavanje na metadonu.

Prema posljednjim podacima EMCDDA (Drugnet Europe, sept. 2004. i Annual Report, 2004.), naveden je zna-

čajan rast broja ovisnika u supstitucijskom programu opijatskim agonistima u 15 država članica EU. Dok je taj broj 1999. bio 320.000, u 2003. je evidentirano 410.000 ovisnika. Posebno se navodi primjer Portugala (ukupno oko 9 mil. st.) koji je u programima održavanja 1999. imao 6.000 klijenata a u 2003. čak 16.000. U isto vrijeme u tom je razdoblju zabilježen za tri puta porast klijenata u tom tipu programa u Finskoj i Švedskoj. U Francuskoj se nevjerojatno poboljšalo stanje uključivanjem liječnika opće medicine u tretman ovisnika primjenom lijeka Subutex (buprenorfin, parcijalni opijatski agonist). Paralelno s rastom broja klijenata na održavanju (s oko 2.000 slučajeva 1994. na oko 70.000 u 2003.), smanjio se broj umrlih od predoziranja opijatima preko 10 puta; od 505 (1994.) na svega 36 u 2002. godini. Dakle, zemlja sa 13 puta više stanovnika od Hrvatske, zahvaljujući suvremenom, medicinskom tretmanu heroinskih ovisnika orijentiranom na farmakoterapiju (Subutex) i uključenosti liječnika opće medicine, ima danas i u apsolutnom broju manje smrti od predoziranja heroinom od naše zemlje (što je u relativnom smislu čak 20 puta manje).

Dok se broj ovisnika u penalnom sustavu silno povećao, zdravstveni sustav bilježi pad broja liječenih posljednje 2 godine. To govori da se ovisnici radi onemogućavanja pravovremenog tretmana i nedostatnih kapaciteta u zdravstvenom sustavu, na ulici kriminaliziraju da bi se nakon toga, kroz represivni odgovor društva, žrtvama kriminala punili zatvori. Po svim, nama dostupnim informacijama, unatoč silnih napora stručnih timova "koji nisu odustali" i angažmana stotina liječnika opće medicine, stanje na terenu se ozbiljno pogoršalo. Valja reći da radi pada kupovne moći i održane mogućnosti pomoći heroinskim ovisnicima kroz supstitucijske programe primjenom opijatskih agonista, opala je u nekim gradovima potražnja za heroinom i unatoč jake ponude, pada zarada narko-kriminala na prodaji te droge. Radi toga se kriminalni sustav sve više orijentira na plasman kokaina prema kategoriji građana dobre kupovne moći. Može se slobodno zaključiti da se obzirom na protok vremena od mučnih godina rata, stanje zlouporabe droga i "samo po sebi" trebalo početi poboljšavati. Tako prema procjeni trenda (1998., 1999.) i uz pretpostavku da je bio dobro uređen i kapacitetima primjeren sustav za tretman i evidenciju, broj novo registriranih heroinskih ovisnika u 2003. nije smio biti viši od 500. Tko je odgovoran da se ovih godina nepotrebno gubilo kroz heroinsku ovisnost nekoliko stotina više novih mladih osoba? Zbog čega se nije poštivala Nacionalna strategija, zašto se Nacionalni program nije provodio kako je trebalo?

Tablica 66.

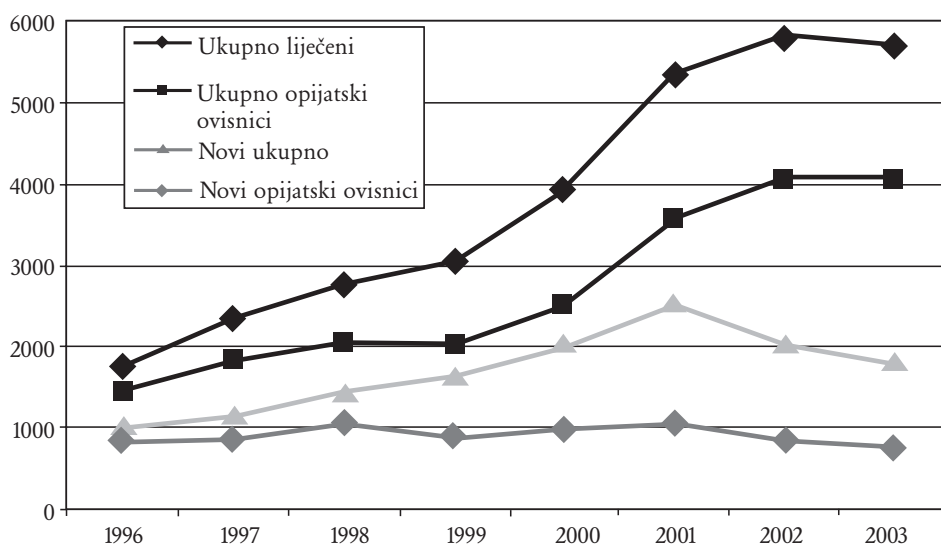
Novootkriveni i po prvi puta liječeni ovisnici i konzumenti droga. Podaci Nacionalnog registra liječenih ovisnika, Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Godina prvog liječenja	Prvi puta liječeni opijatski (heroinski) ovisnici	Prvi puta liječeni ne opijatski – sve droge osim opijata	Ukupno svi prvo liječeni pacijenti
1998.	1.048	439	1.466
1999.	893	783	1.657
2000.	1.009	1.033	2.026
2001.	1.066	1.499	2.558
2002.	846	1.221	2.067
2003.	802	1.038	1.840

Podaci navedeni u tablici posebno dobivaju na težini ako se uzme u obzir da je njihov glavni izvor mreža Županijskih centara, čiji se kapaciteti (broj stručnih timova) nisu povećavali posljednje 4 godine pa se nisu niti mogle provoditi nikakve akcije “privlačenja” ovisnika u programe tretmana. Akcije privlačenja ovisnika kao i sva potpora Ureda za suzbijanje zlouporabe droga i tadašnje (u dobroj mjeri i sadašnje) strukture države odgovorna za provođenje Nacionalnog programa bila je usmjerena prema NGO sustavu terapijskih zajednica koje svoje slučajeve, suprotno zakonskoj regulativi, nisu poimenično prijavljivale državi. Timovi u Centrima su iscrpljeni poslom i pod neizdrživim su pritiskom ovisnika i njihovih obitelji a umjesto potpore, od 2000. kroz tri godine doživljavali su udare, kritike, kontrolu, inspekcije i sve manje sredstava za rad. Da su imali bolje uvjete rada i veći broj uposlenih stručnjaka, prihvatili bi znatno više ovisnika i epidemiološki trendovi liječenih osoba bi zornije oslikavali tragično stanje na terenu. No i gore navedeni podaci u tablici ukazuju na veliki porast (preko 50%) mladih koji su došli u kontakt s državnim sustavom za tretman radi uzimanja ne opijatskih droga što samo potvrđuje valjanost podataka dobivenih u istraživanju ESPAD 03. Ako bi sustav za tretman bio i dalje opstruiran u radu i razvoju svojih kapaciteta, opadao bi broj liječenih ovisnika u tretmanu i evidenciji, stanje na terenu bi se još više pogoršavalo, ali bi državna statistika praćena samo po tom epidemiološkom parametru (broju liječenih) uz krivu i nestručnu interpretaciju podataka mogla izgledati povoljno. Sliku stanja i trend nakon 1999. najbolje pokazuje ovaj grafički prikaz:

Na žalost, i HZJZ ne interpretira podatke Nacionalnog registra liječenih ovisnika na način kako to traži epidemiološka struka na području ovisnosti. O Izvješću i analizama Ureda za droge bolje da se i ne govori. Nigdje se ne naglašava potreba analitičkog pristupa u kojem se

Ukupno liječene osobe, ukupno opijatski ovisnici, novoregistrirani i
novoregistrirani opijatski ovisnici



Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ)

ocjena stanja mjeri temeljem međudnosa više parametara. Tako se na str. 20 Izvješća za 2003. godinu (HZJZ, 2004.) navodi kako je najviše ovisnika u odnosu na broj stanovnika bilo u Istarskoj županiji a slijedi Zagreb... Radi se o stopi liječenih ovisnika koja, ako je viša, može značiti da bolje funkcionira sustav za tretman i evidenciju nego u nekim drugim područjima države. U isti koš se u analizi trpaju povremeni konzumenti kanabisa i heroinski ovisnici. Trebalo bi pratiti iz godine u godinu dob prvo liječenih u odnosu na vrstu sredstva ovisnosti, prosječni period između početka uzimanja 1. sredstva ovisnosti i vremena prvog javljanja na liječenje (važno za ocjenu mjera rane intervencije), broj umrlih, zaraženost virusima, broj hitnih prijama radi predoziranja koji ne završavaju smrtnim ishodom, broj kaznenih djela sekundarnog kriminala koji čine ovisnici, broj ovisnika među svim uhićenim osobama... Tek temeljem analize međudnosa više indikatora, uz dobro poznavanje specifičnosti i kapaciteta sustava za suzbijanje droga na nekom području, mogu se donositi zaključci.

Slika 10.

Registar osoba liječenih zbog
zlorabe psihoaktivnih droga
HZJZ

POGORŠANJE STANJA U ZAGREBU

Istraživanje koje je 2001. proveo stručni tim "Centra za prevenciju" grada Zagreba potvrdilo je veliki porast zlo-

uporabe droga kod učenika srednjih škola u Zagrebu u odnosu na stanje ustanovljeno istraživanjem ESPAD 1999. Taj porast u tom periodu je veći od porasta koji je ustanovljen u vrlo nepovoljno vrijeme između 1995. i 1999. što također ukazuje na pad kvalitete programa smanjenja potražnje droga odnosno mjera primarne prevencije. Radi redukcije prihvatnih kapaciteta "Centra" u Vinogradskoj, 2003. i osobito 2004. izgubljeno je iz bilo kakvog tretmana a time i stručnog nadzora preko 400 heroinskih ovisnika. Među njima se izgleda počeo širiti i sifilis. Kod nekoliko testiranih ovisnika (ljeto-jesen 2004.) ustanovljena je zaraza tom spolnom bolesti. Veliki porast broja teških kaznenih djela razbojništava i pljački u Zagrebu direktna je posljedica gubitka stručnog nadzora kroz sustav za tretman tih nekoliko stotina teških heroinskih ovisnika i pada kvalitete tretmana ovisnika općenito, jer grad nije razvijao sukladno Nacionalnoj strategiji svoju mrežu Centara za izvanbolničko liječenje, a tim u Vinogradskoj se posve iscrpio. Sa 4 stručnjaka više u timu, rad je do 2001. bio kvalitetniji. Još u 2002. nešto brojnija ekipa odradila je oko 2.000 slučajeva, naredne 2003. oko 1.800 a 2004. neće više od 1.600, što je vrlo nepovoljno obzirom na priliv od nekoliko stotina novih ovisnika godišnje, radi čega bi iz godine u godinu u kontaktu sa terapijskim timovima trebalo biti sve više i više tih bolesnika. Naime, znatno više dođe u program tih novih kroničnih bolesnika godišnje, no što ih se u isto vrijeme dovede u stanje remisije, pa bi radi toga i prihvatni kapaciteti svake godine trebali biti veći.

Po raspoloživom radnom vremenu za najvažniji, ambulantni program i prema standardima koji određuju broj pregleda i terapijskih seansi psihijatra, sadašnji tim od 2 liječnika u Vinogradskoj, moglo bi obaviti oko 4.000 pregleda, "kontrola" i psihoterapija godišnje, što bi bilo dostatno za nešto kvalitetniju brigu i liječenje maksimalno 400 teških ovisnika, koje bi se u tom slučaju moglo "pogledati" u prosjeku barem jednom mjesečno. Tim je međutim uz krajnje iscrpljenje u 2003. odradio oko 9.000 pregleda s oko 1.800 slučajeva što je bilo nedostatno u odnosu na potrebe, a brojni ovisnici ili uopće nisu došli na red ili su napustili program jer ih se naručivalo vrlo rijetko. Grad tek koncem 2004. otvara svoju prvu jedinicu sa 2 psihijatra za suvremeno ambulantno liječenje ovisnika. Svih ovih godina gradske vlasti o toj stvarnosti uopće nisu brinule, a ničim nisu poduprle Centar za ovisnosti u Vinogradskoj koji je umjesto "nekog" odradio taj posao za svoje sugrađane. A milijuni kuna su potrošeni za neke imaginarne programe prevencije ovisnosti. Dok je prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (vidi tab. 67. i 68.) u

Tablica 67.

Broj osoba liječenih zbog zlouporabe droga u 2003. godini u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, novootkrivene osobe, novootkriveni ovisnici o opijatima u pojedinim ustanovama (po prvi put uopće registrirani i oni koji su već ranije negdje drugdje registrirani kao novi)

Ustanova	K.B. Split	O.B. Zadar	Psih. Bol. Ugljan	Opća bol. N. Gradiška	K.B. Osijek	Psih. Bol. Rab	K.B.C. Rijeka	O.B. Varaždin	Dječja psih. Kukuljevi.	K.B. Dubrava Zagreb	K.B.C. Zagreb - Rebro	Psih. bol. Vrapče	Psih. bol. Jankomir	Neuropsih. b. Popovača	O.B. Koprivnica	O.B. Bjelovar	O.B. Virovitica	Zupani. boln. Čakovec	O.B. Karlovac	O.B. Slavonski Brod	O.B. Šibenik	O.B. Vinkovci	O.B. Pula	O.B. Dubrovnik	O.B. Vukovar	K.B. Sestre milosrdnice	P.B. Lopata	PZZ	Ostale ustanove	Ukupno stacionarne zdravstvene ustanove
Broj liječenih osoba u pojedinoj ustanovi	44	35	5	5	13	16	74	32	40	2	22	269	216	25	2	2	9	11	5	9	4	38	59	18	8	1.893	10	84	2	2.952
Broj osoba liječenih zbog opijata u ustanovi	36	33	5	3	8	9	46	19	6	1	8	177	176	10	2	0	4	7	1	6	4	27	55	10	6	1.657	9	84	2	2.411
Novootkriveni svi tipovi F11-19 u ustanovi	26	23	5	5	12	13	63	25	34	2	22	152	162	23	2	2	8	9	5	9	3	27	47	14	6	452	9	83	2	1.245
Registrirani prvi put drugdje (svi)	11	20	5	2	6	12	30	13	9	0	11	87	134	11	2	0	3	6	3	6	3	12	42	4	1	91	4	53	2	583
Po prvi put uopće registrirani (svi tipovi)	15	3	0	3	6	1	33	12	25	2	11	65	28	12	0	2	5	3	2	3	0	15	5	10	5	361	5	30	0	662
Novootkriveni opijati u ustanovi	19	21	4	3	7	7	37	15	5	1	8	99	136	10	2	0	4	5	1	5	3	16	43	6	4	313	8	83	2	867
Registrirani prvi put drugdje (opijati)	11	19	4	1	5	6	24	13	2	0	6	73	124	6	2	0	2	5	1	3	3	10	40	4	1	70	4	53	2	494
Opijati po prvi put uopće registrirani	8	2	0	2	2	1	13	2	3	1	2	26	12	4	0	0	2	0	0	2	0	6	3	2	3	243	4	30	0	373

Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Tablica 68.

Broj osoba liječenih zbog zlouporabe droga u 2003. godini u pojedinim centrima, novootkrivene osobe, novootkriveni ovisnici o opijatima u pojedinim centrima (po prvi put uopće registrirani i oni koji su već ranije negdje drugdje registrirani kao novi)

Centar	Pula	Poreč	Split	Čakovec	Šibenik	Rijeka	Zadar	Varaždin	Dubrovnik	Karlovac	Osljeck	Vinkovci	Virovitica	Slavonski Brod	Bjelovar	Centar Zagreb - Jarun	Samobor - Zagrebačka županija	Koprivničko-križevačka	Krapinsko-zagorska	Ukupno centri
Broj liječenih osoba u centru	544	50	525	117	247	452	322	90	67	33	257	62	20	16	9	383	28	52	40	3.314
Broj osoba liječenih zbog opijata u centru	456	50	524	75	204	376	318	23	20	0	95	24	10	5	0	13	3	4	2	2.202
Novootkriveni svi tipovi F11-19 u centru	132	12	119	33	81	135	121	88	63	31	131	59	17	16	9	228	28	35	40	1.378
Registrirani prvi put drugdje (svi)	38	1	21	5	8	15	27	9	11	2	7	8	4	7	0	26	7	2	2	200
Po prvi put uopće registrirani (svi tipovi)	94	11	98	28	73	120	94	79	52	29	124	51	13	9	9	202	21	33	38	1.178
Novootkriveni opijati u centru	81	12	118	13	46	76	117	21	20	0	26	22	8	5	0	9	3	3	2	582
Registrirani prvi put drugdje (opijati)	35	1	21	3	6	14	27	6	11	0	5	7	3	4	0	5	3	1	1	153
Opijati po prvi put uopće registrirani	46	11	97	10	40	62	90	15	9	0	21	15	5	1	0	4	0	2	1	429

Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

2003. tim Centra za prevenciju grada Zagreba (na Jarunu) odradio ukupno 13 opijatskih ovisnika (od čega svega 4 posve nova slučaja) i 370 konzumenata marihuane a tim u bolnici Vrapče ukupno 269 slučajeva od čega 177 opijatskih ovisnika (od čega svega 26 posve novih heroinskih), tim "Vinogradske" od svega 2 osobe za izvanbolnički program odradio je te godine ukupno 1.893 slučaja od čega 1.657 heroinskih (od čega 243 posve nova heroinska). Psihijatrijska Klinika na KBC Rebro primila je iste godine ukupno 22 slučaja, od toga 8 opijatskih (od čega samo 2 posve nova). Što je po tom pitanju učinio predstojnik te Klinike kao član "Stručnog savjeta Ureda za droge"?

Što bi se dogodilo da su, štiteći sebe, stručnjaci za ovisnosti KB "S. milosrdnice" zatvorili vrata toj nesretnoj drogiranoj mladeži i prepustili ih "narko-kriminalu" da ih održava na heroinu? Da su recimo primili "samo" toliko slučajeva koliko su odradile sve ostale ustanove u Zagrebu zajedno, još uvijek bi 1.000 najtežih slučajeva ostalo bez ikakvog stručnog nadzora na ulici i sa kojim sekundarnim posljedicama. To bi bila prava katastrofa. Grad Zagreb svih ovih godina ničim, niti jednom lipom, nije podržao tim u Vinogradskoj. Još nitko nije javno rekao hvala za ono što je tih nekoliko ljudi učinilo za svoje sugrađane. Srećom, ipak se koncem 2004. uspostavila stručna suradnja Zavoda za javno zdravstvo Grada (u okviru kojeg sada djeluje Centar Grada) s timom u Vinogradskoj i otvorio se u Remetincu prvi suvremeni izvanbolnički program za liječenje ovisnika sukladno Nacionalnoj strategiji u Zagrebu, u okviru kojeg djeluje i jedinica na Jarunu, ali više kao savjetovališni rad s konzumentima. Tim iz Vinogradske planira usmjeriti tijekom 2005. prema tom Centru barem 500 heroinskih ovisnika.

ODGOVORNOST ZA POGORŠANJE STANJA

Od jednog dobro koordiniranog i sinhroniziranog, sveobuhvatnog Nacionalnog programa, utemeljenog na radu stručnjaka državnih institucija, ostali su samo fragmenti. Po onom što se pokušalo održati, uporno se udaralo, svakako najviše po koncepciji i sustavu za liječenje teških ovisnika. Nepotrebno smo izgubili na stotine mladih. Tko je odgovoran za sve to? Ne osigurati resurse za *drug-free* pristup (čak i ako bi bio ostvariv u puno većem obimu) a u javnosti a na žalost i u medicinskim krugovima, toliko restriktivno i s negativnim stavom, pristupati primjeni metadona, značilo je direktno utjecati na rast kriminala ovisnika i profita narko kriminala. Radi čega Hrvatska za razliku od Slovenije nema na listama HZZO-a buprenorfina,

naltrexona, čak niti clonidina, osnovnih lijekova kako za detoksifikaciju tako i održavanje apstinencije? Tko je odgovoran da se u posljednje 4 godine nije uposlio niti jedan novi psihijatar za rad u punom i redovnom radnom vremenu za liječenje ovisnika. Teže je liječiti heroinsku ovisnost nego shizofreniju, posljednjih godina viša je incidenca tih bolesnika nego oboljelih od shizofrenije a na liječenje te bolesti je angažirano preko 200 psihijatara a na liječenje ovisnika samo petnaestak. Tko je odgovoran da se niti deset godina od donošenja Nacionalne strategije nije riješilo pitanje kadrovskog ekipiranja i financiranja temeljnog državnog sustava za tretman ovisnika? Tko je odgovoran da danas milijunski Zagreb ima na dispoziciji u izvanbolničkom programu za liječenje ovisnika svega 4 liječnika, te je glavni grad svoju prvu jedinicu za ambulantno liječenje sukladno Nacionalnoj strategiji otvorio tek koncem 2004.? Dok su standardi u EU na svakih 100 teških ovisnika najmanje jedan liječnik, a investicija države je u prosjeku 2000 eura za tretman po klijentu godišnje, u Zagrebu, gdje je situacija bolja nego npr. u Zadru, Splitu, Rijeci, Šibeniku... to je preko 400 klijenata. Na Centar pri KB "Sestre milosrdnice", koji je za program tretmana za oko 1.500 ovisnika dobivao godišnje dodatna sredstva od 70.000 eura, izvršen je pravi inspekcijski udar 2001. od strane Ministarstva zdravstva i Barbirove ekipe. Da je Zagreb dio EU, u taj bi izvan bolnički program prema standardima EU trebalo investirati oko 2 milijuna eura godišnje. Tko je odgovoran za rast teških kaznenih djela razbojništava i pljački? Tko je odgovoran za rast broja iznenadno umrlih i za opisano ukupno pogoršanje stanja? Oduzeti nekom život znači počiniti teški zločin za koji se mora odgovarati i dakako trpjeti i najtežu kaznu. A tko bi trebao odgovarati za nekoliko desetaka više umrlih mladih ljudi radi droge godišnje (1999. umrlo je 61, a 2003. 95 osoba)? Da se program nastavio u kontinuitetu, da se nije dogodio udar politike na struku, broj smrti se trebao smanjivati kao i broj novih bolesnika. Ovako je u 4 godine bilo nepotrebno više umrlih, preko stotinu mladih ljudi. Nitko neće odgovarati premda se zna poimenično tko je odgovoran. Ispred svega oni političari koji su se 2000. g. umiješali u struku i koji su štetnom kadrovskom politikom povjerali kreiranje i koordinaciju provođenja tog programa nekompetentnim osobama, kojima je izgleda, najvažniji cilj bio postići javnu afirmaciju i što brže napuniti vlastite džepove. Takav izbor ne odražava opredjeljenje političke elite za afirmaciju struke kao pretpostavke dobrog provođenja važnih nacionalnih programa. Jer da je to bio slučaj, ne bi se dogodio Barbir a niti B. Juretić (predstojni-

ca Ureda za droge). Nema opravdanja natrpati u Ured čak 7 osoba (Slovenija samo dvije) i nakon toga “izmišljati” što da one rade 250 dana u godini u svojim kancelarijama. Da preuzimaju posao drugih državnih institucija, npr. HZJZ, da određuju stručnjacima, znatno kompetentnijim od njih, što da rade, da analiziraju podatke i da zaključuju o stanju, za to su potrebni eksperti, ili da ništa ne rade te da samo troše novac? Državi je potreban Ured, ali samo kao tehničko tijelo koje bi servisiralo Nacionalnu ekspertnu međuresorsku komisiju. Ovakav se Ured samo pokušava miješati u poslove drugih čime postaje smetnja koja se nameće s pozicije vlasti. To struci nije potrebno. Tako se nedavno dogodilo da se Ured, u kojem nije uposlen niti jedan liječnik, umiješao u vrlo diferentno subspecijalističko medicinsko pitanje kao što je izrada “Smjernica za farmakoterapiju ovisnika metadonom”, što je izvan svake pameti.

ŠTO JE UČINJENO U MANDATU KOMISIJE MINISTARSTVA ZDRAVSTVA I KOMISIJE VLADE RH ZA SUZBIJANJE ZLOUPORABE DROGA OD 1990 DO 1999.

Da ne bi bilo prepušteno zaboravu ili da se ne bi dogodila “amnezija” onih koji sada zauzimaju pozicije na ovom stručnom području otkrivajući uvijek iznova “toplu vodu” i koji bi možda željeli drukčiju povijest razvoja sustava za kontrolu droga u Hrvatskoj, dobro je još jednom opisati što su sve stručnjaci entuzijasti uz vođenje autora na čelu državne Komisije učinili za dobro naroda u teškim godinama rata, poraća i tranzicije i što je i danas temelj državnog sustava za kontrolu problema u svezi droga.

1. Izrađena je Nacionalna strategija i okončana je procedura da se ista prihvati u Vladi RH i tadašnjem sazivu Hrvatskog sabora. Temeljem te strategije izrađen je i prihvaćen Provedbeni program. Za provedbu su na dispoziciji bila izuzetno skromna financijska sredstva (nekoliko puta manja od sredstava koja se troše preko sadašnje strukture), potpora provođenja programa od strane izvršne vlasti bila je više deklarativna ali se “politika” ipak nije miješala u struku. Sama Komisija nije imala nikakvu “logistiku” (prostor za rad, administratora) i sav je posao, koji je zahtijevao i ogromnu administraciju, vodio stručni tim Centra za sprječavanje i liječenje ovisnika pri KB “Sestre milosrdnice” u kojem se poslu posebno istaknula tajnica Komisije sociolog gđa. Marija Cahunek. Odlukom Ministarstva zdravstva 1997. stručni tim djeluje u statusu “Državnog cen-

tra u osnivanju". Komisija se redovito sastajala, analizirala je stanje i donosila je nakon rasprave važne strateške odluke. Ta je Komisije pokrenula mnoge stvari koje su bile od širenog društvenog interesa; poticaj boljem razumijevanju, istraživanju i suzbijanju organiziranog kriminala i korupcije općenito, sprječavanju pranja novca, poboljšanju pedagoških standarda u radu s djecom u školskom sustavu, poboljšanju intersektorske suradnje na nacionalnoj i lokalnoj razini, poboljšanju zakona kojim se štite interesi i poboljšava zaštita mladeži itd.

2. Formirane su po uzoru na Komisiju Vlade RH, Županijska interdisciplinarna koordinativna tijela. Komisija je neposrednom suradnjom s predsjednicima tih tijela koordinirala provedbu Nacionalnog programa na terenu. Uz međuresorsku koordinaciju na nacionalnoj razini, koja je bila glavna zadaća i tema sastanaka same Komisije, u zgradi Vlade RH na toj su se razini sazivali i posebni koordinativni sastanci Komisije sa predsjednicima svih županijskih koordinacija. Posebno učinkovitim, pokazale su se i posebne koordinacije na nacionalnoj razini sustava za tretman i sustava za provođenje Školskih preventivnih programa kao i sustava za tretman i sustava za represiju (prvenstveno MUP).
3. Formirana je mreža i osigurane su pretpostavke za rad stručnih timova 15 Županijskih centara za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnika i nekoliko gradskih Centara. Centri su afirmirani kao prvi stup sekundarne prevencije. Uz neposrednu stručnu pomoć autora formiran je sukladno našoj Nacionalnoj strategiji, prvi Centar za izvan bolničko liječenje ovisnika u Mostaru i BiH. Stručni timovi Centara su podnosili a podnose i danas zajedno s liječnicima opće medicine, najveći teret najtežeg posla, a to je liječenje ovisnika. S ulice su povukli i držali pod nadzorom godišnje oko 6.000 najtežih bolesnika. U tom smislu je prednjačio Centar u Vinogradskoj. Teško je mjerljiva vrijednost posla koji je odradila ekipa tog Centra u čijem sastavu su psihijatri dr Sanda Franić, dr Davor Zdunić, dr Davor Moravek, sociolog i socijalni radnik Marija Cahunek, defektolog Božena Galoić-Cigit, medicinske sestre na čelu s Ljiljanom De Lay, sestra Dušanka Jelača u poliklinici i svi drugi. Trebalo bi barem spomenuti važnost angažmana voditelja Centara na terenu, bivših voditelja županijskih koordinacija koji su neposredno bili angažirani na tom izuzetno važnom projektu na

- terenu, suradnika za tretman u zatvorskom sustavu i drugih.
4. Provedena je edukacija više tisuća stručnjaka na terenu (liječnika opće medicine, stručnjaka sustava prosvjete, socijalne skrbi, pravosuđa, unutarnjih poslova, mnogih nevladinih organizacija itd.), senzibilizirani su na problem ovisnosti mnogi političari i javnost. Unaprijeđen je sustav za tretman ovisnika, dostupnost i kvaliteta programa izuzetno je povećana uključenjem timova liječnika opće medicine pri čemu su se posebno istaknuli liječnici opće medicine dr. med. Ante Ivančić iz Poreča i doc. dr. Hrvoje Tiljak iz Zagreba.
 5. U plan i program svih hrvatskih škola integrirani su Školski programi prevencije ovisnosti (**ŠPP**) kao prvi i najvažniji stup primarne prevencije. S mnogo entuzijazma na tome je radila kao član Komisije ispred Ministarstva prosvjete i športa, viša savjetnica, pedagog gđa Marija Ivanković. Radi se o složenom i dobro strukturiranom programu sadržanom u 10 točaka. Rezultati paneuropske studije ESPAD 95. i ponovljene 99. su neposredno potvrdili izvanredne rezultate školske prevencije. Premda su okolnosti u Hrvatskoj bile tragične i premda su u taj dio programa utrošena znemarlivo mizerna sredstva, prema tom opsežnom istraživanju, naši su 15-godišnji tinejdžeri bili puno bolje zaštićeni od vršnjaka drugih tranzicijskih država i većine država EU. Navodim za primjer da su “naši” ispitanici prema tom istraživanju koje je vodila dr. sc. Marina Kuzman, probali kanabis u 16% slučajeva, slovenski u 25% a češki u čak 35% slučajeva.
 6. Nastavljen je razvoj programa smanjenja štete (harm reduction) radi prevencije infekcije virusom HCV, HBV i AIDS-a. Kao rezultat toga imamo među intravenoznim ovisnicima najnižu stopu zaraženih AIDS-om (ispod 1%). Uvođenjem supstitucijskih programa (Hep-tanon) iz godine u godinu opadao je postotak zaraženih hepatitisom. Unatoč rasta pojavnosti ovisnika, zahvaljujući kvalitetnom radu Centara, do 2000. nije se značajnije mijenjao broj umrlih od predoziranja. Norveška, zemlja sa sličnim brojem ukupnog stanovništva i ovisnika, radi loše politike i strategije tretmana, imala je 6 puta više umrlih od predoziranja nego naša zemlja.
 7. Izvršena je priprema i na čelu s prof. dr. sc. Berislavom Pavišićem iz Rijeke izrađen “Nacrt prijedloga zakona o sprječavanju neovlaštene uporabe opojnih droga” koji na žalost Komisija nije uspjela “progurati” u saborsku proceduru da bi bio prihvaćen. U izradi toga

Zakona kao i u poboljšanju postupanja s rizičnim kategorijama mladeži posebno je zaslužna tadašnja članica Komisije iz Državnog odvjetništva, gđa Božica Cvjetko. Taj je "Nacrt" kasnije od Barbirove "ekipe" donekle izmijenjen. Dobro upućeni stručnjaci tvrde da su te izmjene učinile konačnu verziju Zakona mnogo lošijom od Nacrta jer se u kasnije prihvaćenom "Zakonu o sprječavanju zlouporabe droga" više ne spominje Komisija, ali se pojavljuje Ured Vlade, u kojem se krajnje centralistički planira upravljati provođenjem Nacionalnog programa, ovisnost se ne definira kao bolest koju treba liječiti, Državnom zavodu se ne povjerava liječenje već neka imaginarna prevencija, a upravo se radi boljeg uređenja sustava za tretman i pokrenula inicijativa za izradu Zakona, preklapaju se aktivnosti nekoliko institucija, definicije temeljnih pojmova su pomiješane itd.

8. Uspostavljena je i održavana kvalitetna suradnja s Vijećem Europe pa je naša zemlja i prije službenog ulaska u VE postala stalna članica Pompidou Group. Uspostavljena suradnja s UNDCP rezultirala je projektom pomoći Hrvatskoj 1998. u nabavci opreme (MUP, Carina) i edukaciji stručnjaka vrijednim oko milijun DEM. Komisija je i na tom projektu radila besplatno.
9. "Državni centar u osnivanju" (u Vinogradskoj) u suradnji s HZJZ razvio je sustav evidencije za potrebe epidemiološkog rada i taj je model kroz suradnju s Pompidu grupom postupno uveden u redoviti rad Centara na terenu koji su informatizirani. Pokrenuto je nekoliko velikih epidemioloških istraživanja a među njima i ESPAD 95. i ESPAD 99 te istraživanje Instituta društvenih znanosti Ivo Pilar. Spomenuto najveće paneuropsko istraživanje pojavnosti uporabe sredstava ovisnosti kod učenika prvih razreda srednjih škola samo je potvrdilo izuzetnu učinkovitost našeg modela školske prevencije.
10. Podržan je razvoj i osiguran prostor za djelovanje nevladinih organizacija kako u rehabilitaciji ovisnika tako i u programima smanjenja štete. Uz osobnu stručnu pomoć autora, pokrenuta je u Splitu u okviru NGO HELP (tada na čelu s gospođom Vesnom Pilić) prva jedinica za zamjenu prljavog, čistim priborom za intravenozno uzimanje droga.
11. Za potrebe Vlade RH, bivša Komisija je u okviru svog posljednjeg izvješća priredila detaljnu i stručnu analizu stanja uz prijedlog mjera koje bi trebalo poduzimati u perspektivi, ukoliko se želi nastaviti povoljan epidemiološki trend. Premda je to Izvješće jednoglasno

- prihvatio Sabor i Vlada u ljeto 2000. nova struktura ga je marginalizirala i iz njega izvlačila samo neke elemente koji su pojedincima u danom trenutku odgovarali.
12. Obzirom da Grad Zagreb, suprotno onome što se događalo u svezi Nacionalnog programa na ostalom području Hrvatske, nije poduzimao ništa da sukladno Nacionalnoj strategiji razvija i provodi Nacionalni program a u okviru toga i osigura suvremeni specijalizirani izvanbolnički "community based" sustav za tretman ovisnika, Komisija je uložila poseban napor da to osigura umjesto lokalnih vlasti. Grad se orijentirao na bolnički kapacitet za ovisnosti u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče. Uz stručnu pomoć te ustanove, grad otvara svoj Centar za prevenciju ovisnosti na Jarunu čija ekipa od čak 7 osoba (dva liječnika) u lijepo uređenom prostoru, i po vlastitoj koncepciji ima zadaću baviti se "prevencijom" i savjetodavnim radom s konzumentima. Na stotine teških ovisnika traže pomoć, mali se broj hospitalizira u spomenutoj bolnici koja radi nekih čudnih razloga ne želi koristiti metadon niti za detoksifikaciju teških heroinskih ovisnika. Većina tih bolesnika nema kuda nego dolazi u Vinogradsku. Kao da se ne radi o građanima Zagreba, premda se oko 90% najtežih ovisnika tamo javljalo, Grad ničim nije želio surađivati s KB "Sestre milosrdnice", pod izlikom da je to državna bolnica. Podaci iz tab. 67. i 68. zorno pokazuju koliki je posao odradio mali stručni tim za ovisnosti u Vinogradskoj, kojem je na čelu bio autor, ujedno i predsjednik Komisije.

ŠTO SE DOGAĐALO S PROGRAMOM OD 2000. DO 2003.

1. Komisija pod vodstvom dr Barbira prestaje biti mjesto na kojem se analizira stanje zlouporabe droga u državi, na kojem se ocjenjuje kvaliteta pojedinih elemenata provođenja programa, na kojem se rješavaju bitna strateška pitanja i pokreću inicijative i na kojem se na najvišoj razini koordinira provedba Nacionalnog programa. Čak što više, tijekom 2001. taj je rad bio više formalan a odluke o mnogim bitnim pitanjima novi je predsjednik Komisije donosio bez neposredne rasprave na Komisiji. Kao konzultanti u svezi vrlo važnih pitanja, novom predsjedniku Komisije bile su osobe čija razina kompetentnosti ničim nije niti provjerena niti potvrđena i kojima Nacionalna strategija više nije bila temelj za programe. Kulminacija takvog pristupa dogodila se koncem 2001. kada je Hrvatskom saboru

dostavljeno i raspravljano (na žalost i prihvaćeno) Izvješće koje Komisija nije sastavljala niti verificirala. Izvješće je bilo puno netočnosti, krivih interpretacija podataka, nestručno ali s upornim nastojanjem da se u njemu "progura" koncepcija koja će eventualno "pomoći" u ostvarenju određenih interesa sasvim konkretne grupe osoba na relaciji Ministarstvo zdravstva – Ured za rad zdravstvo i socijalnu skrb grada Zagreba. Tako su voditelji Centara, koji godišnje imaju u skrbi oko 6.000 ovisnika trebali preuzeti ulogu distributera ogromnog materijala od 25.000 knjiga i 240.000 brošura za koje je sredstva dalo Ministarstvo zdravstva, koji je uglavnom "trunuo" po skladištima (dio materijala dostavljenog u Vinogradsku, izgleda da je vlasnik, izdavač pokupio da bi isti ponovo preprodavao). Od istog izdavača ("Promotor" i "Rabus medija", nešto kasnije izgleda da se uključila i neka firma "Makarana") proračunskim sredstvima (osobito grada Zagreba) i dalje se otkupljuju posredovanjem S. Ožić ogromne količine "preventivnog materijala". U velikom broju otkupljene su i "poklonjene" školama knjige dr Torrea (izdavačka kuća gosp. Pezelja). Grad nije pokazao interes da tako otkupi i "podijeli" knjige autora, pa tako niti ovu knjigu, niti jedan primjerak knjige "Društvo bez droga?". Ožić i dalje ima veliki utjecaj na raspolaganje višemilijunskih iznosa i za druge različite programe i pitanje je da li gradske vlasti na najbolji način raspolazu tim sredstvima poreskih obveznika. Mnogo se priča i piše o korupciji u upravi grada Zagreba.

2. Dokument Zaključna analiza stanja zlorabe droga u RH, prijedlozi za poboljšanje, koji je priredio "stari" saziv Komisije i koji je zajedno s Provedbenim programom prihvatila Vlada kao i Hrvatski sabor (ljetu 2000.) više nije bio korišten i uvažavan osim u dva pitanja – prijedlogu da se formira Ured Vlade kao tehnički servis Vladine komisije i prijedlog da se započne s projektom kontrole vozača na prisutnost droge.
3. Pokrenuto je sustavno rušenje koncepcije zacrtane u Nacionalnoj strategiji i to kako u pitanjima školske prevencije (što potvrđuje projekt Ureda za rad, zdravstvo i soc. skrb grada Zagreba, "Svi za protiv") ali i strategije liječenja ovisnika (udar na primjenu metadona) i pretjerano medijsko isticanje terapijskih zajednica, čiji stvarni učinak i doprinos nitko nije izmjerio a u svakom slučaju je zanemariv u odnosu na mogućnosti državnog sustava za suvremeni tretman ovisnika. Jedna od njih, koja je najprofitabilnije poslovala, u tom je smislu prednjačila. U Zagrebu se primarna prevenci-

ja pretvara u komercijalni projekt spomenutog interesno organiziranog lobija a istovremeno je služila u smislu političkog marketinga onim pojedincima koji su taj projekt podržavali. Školski sustav je zbunjen i pod pritiskom da prihvati projekt "Svi za protiv", istovremeno slabi entuzijazam i motivacija stručnjaka školskog sustava da provodi sukladno Nacionalnoj strategiji izvorni ŠPP. Uporna su nastojanja da se projekt "Svi za protiv" nametne na nacionalnu razinu. Premda postoji veliki i nepokriven prostor za "izvan školsku" prevenciju (npr. out-reach programi, briga za rizičnu i iz škole isključenu djecu itd. ...), obzirom da takvi programi za one koji ih pokreću nisu komercijalno isplativi, isplativije je usmjeriti se u veliko, organizirano tržište - škole. Tako ta nova struktura "za droge" iz prostora zdravstva, umjesto da razvija stručno-profesionalne kapacitete za liječenje ovisnika i da osigura provođenje mjera sekundarne prevencije, koristeći političku moć i novac, pokušava nametnuti svoje projekte "školi" ograničavajući joj pri tom autonomiju u organizaciji i provođenju primarne, školske prevencije. Ministarstvo prosvjete se na žalost, toj promjeni koncepcije nije suprotstavilo jer se tada novo imenovana pomoćnica ministra, priklonila Barbiru.

4. Predsjednik Komisije a kasnije predstojnik Ureda Vlade RH za suzbijanje zlouporabe droga, dr Barbir, umjesto da koristi kompetentne stručnjake i da nadograđuje na svemu što je dobro učinjeno prethodnih godina, trošio je energiju i sredstva na kritiziranje, inspekcije i omalovažavanje postignutog. Spomenuta interesno organizirana grupa poduzela je niz poteza kojima je bio cilj maksimalno suziti mogućnosti stručnog rada na terenu i javnog djelovanja bivšeg predsjednika Komisije i njegovog stručnog tima. Ako su savjetnici predsjednika nekompetentne osobe, ako je na čelu Stručnog savjeta državne Komisije gospođica Bernardica Juretić, dakle osoba iz jedne nevladine udruge (a članovi osobe također pretežito iz udruga građana) a on sam, radi svoje edukacije i posla koji je do tada radio, nema kompetenciju za rad na tom vrlo specifičnom stručnom području, tada je stručna razina vrha državnog sustava za provođenje Nacionalnog programa postala nedopustivo niska.
5. Tijekom 2001. pojačava se različitim sredstvima pritisak i opstrukcija rada stručnog tima "Državnog centra u osnivanju" u Vinogradskoj. Taj je Centar imao obavezu obavljati sve zadaće "Državnog zavoda" predviđene Nacionalnom strategijom dok se isti ne formira

nakon donošenja "Zakona o drogama". Za taj program koji je uključivao potrebu daljnjeg razvoja sustava za tretman, edukaciju stručnjaka na terenu, epidemiologiju, istraživački rad i što je osobito važno, stručnu superviziju postojeće mreže Centara, postojala su sredstva. Pritiskom na Kliničku bolnicu "Sestre milosrdnice", raspolaganje tim sredstvima je za sve aktivnosti na terenu uključujući i epidemiološki rad bilo blokirano, premda je jednogodišnji obiman stručni program i terapija preko 1.500 ovisnika (plaće 4 stručnjaka, sredstva za kontrolu urina na droge pacijenata) stajao u godini dana minornih 600.000 kn. Dvoje mladih liječnika je radi nesigurnosti perspektive napustilo Centar. Bila je velika je bojazan za još dvoje (vrlo iskusnih stručnjaka) da im se neće osigurati stalno radno mjesto u tom timu i umjesto da su dobili status stalnih uposlenika, stalno su držani u tenziji i nesigurnosti višegodišnjim produživanjem ugovora o "radu na određeno vrijeme". Pritisak ovisnika koji traže pomoć postaje neizdrživ, uvjeti rada jadni. Radi svega navedenog od 2001. opada kvaliteta provođenja programa u Zagrebu ali i na terenu, opao je entuzijazam stručnjaka i njihova motivacija za rad.

6. U sred ljeta 2001., u okviru inspekcije, radi tobožnje provjere točnosti epidemioloških podataka Centra pri KB "Sestre milosrdnice", unatoč toga što je Ministarstvo zdravstva (nakon izvršenog pritiska preko ravnateljstva Kliničke bolnice), dobilo iz vrlo pedantno ažurirane baze podataka našeg Centra (koju nismo bili dužni voditi), poimenične ispile svih liječenih pacijenata, dolazi naredba o retrogradnom upisivanju (1998., 1999., 2000.) iz ambulantne medicinske arhive, povjerljivih personalnih podataka nekoliko tisuća liječenih ovisnika (uz ime i prezime, tražio se i matični broj građana) na nebulozno sastavljene obrasce koje je trebalo dostaviti Ministarstvu zdravstva. Premda su sve prijave na službenom obrascu dostavljene u HZJZ i inspektorica ih je imala na dispoziciji, nekome je bilo u interesu maltretirati ustanovu i utrošiti stotine radnih sati zdravstvenih djelatnika, učiniti zbrku u arhivi i da bi se sve to radilo, od svih prostora u Kliničkoj bolnici, od dvije sobice u poliklinici koje je stručni tim za ovisnosti imao na raspolaganju za terapijski rad s najtežim ovisnicima grada Zagreba, jedna je bila "okupirana" potrebama inspekcije a nakon toga trajno oduzeta. "Državni centar u osnivanju", koji liječi i drži pod kontrolom oko 80% zagrebačkih ovisnika i mnoge ovisnike iz drugih sredina, ostao je tako na jed-

noj sobici. Za desetine drogirane mladeži koja se dnevno javljala, nije bilo prostora gdje s njima raditi, liječnik nije mogao doći do stare povijesti bolesti jer je bila tamo negdje na nekoj hrpi za upis i kontrolu. Nakon toga počelo se ovisnike "tjerati" da donose uputnice ili da plate pregled, neosigurane slučajeve nije se smjelo primiti na pregled, ovisnici su se morali naručivati itd. ... sve protivno suvremenoj koncepciji rada s ovisnicima. Netko je iza toga zlostavljanja stajao, jer se prijašnjih godina to nije moglo događati. Veliki broj ovisnika radi toga naprosto je odustao od dolazanja na tretman. Na nekoliko pisama koje je autor uputio tadašnjem predsjedniku Komisije i bivšoj ministrici zdravstva, tražeći da se pomogne oko rješavanja izrazitih teškoća u radu, nije bilo odgovora a niti termina za traženi razgovor. U viša navrata dolaze informacije da bi se Odjel ovisnosti (tada reduciran na 10 kreveta) u okviru predložene redukcije bolničkih hospitalnih kapaciteta a time i kapaciteta Klinike, trebao zatvoriti.

7. Kao nešto, etički posve neprihvatljivo, bio je zahtjev Ministarstva zdravstva da se personalne, povjerljive podatke o ovisnicima dade na uvid osobama koje nisu sudjelovale u njihovom tretmanu te da ih se nakon ispisivanja na neke neslužbene obrasce i odnosi izvan prostora Centra i Kliničke bolnice. Barbir je čak jednim dopisom službeno zatražio da se personalni podaci o svim liječenim ovisnicima u državi direktno šalju njemu u Ured što je bilo naređenje protivno Zakonu. Mnogi su pacijenti i njihove obitelji, znajući da se nešto događa, postavljali vrlo nezgodna pitanja u svezi s tim. Premda sam izričito tražio da nakon provedene inspekcije Ministarstvo zdravstva vrati Centru poimenične ispile iz baze podataka za oko 6.000 liječenih ovisnika ili da se iste pred "svjedocima" unište, to nije bilo učinjeno. Da je javnost saznala za način na koji se ulazilo u povjerljivu medicinsku dokumentaciju ovisnika liječenih u "Vinogradskoj" i tobožnje razloge zbog kojih je bilo neophodno da se izvan Klinike odnese ispis svih liječenih ovisnika, reakcije bi radi etičkih dvojbi i mogućih zlouporaba podataka mogle biti i više nego skandalozne.
8. Ono što je zaprepaštilo liječnike i njihove stručne timove u Centrima za tretman ovisnika, bilo je pismo tadašnjeg predsjednika Komisije i bivšeg pomoćnika ministra dr Barbira, kojim im se zabranjuje unos podataka u računala o svojim pacijentima uz korištenje jedinstvenog softverskog programa koji je bio izrađen i instalirano.

ran za potrebe upisivanja obaveznog statističkog obrasca. Neki su Centri uništili poklonjeni i instalirani program a novi nisu dobili. S druge strane stalno su upućivani zahtjevi za savršeno preciznim podacima.

9. Posebno je aktualizirano pitanje stručne doktrine i politike tretmana ovisnika. Premda je Nacionalna strategija, temeljem načela najbolje prakse, predložila model sustava za tretman uvažavajući pri tom naše financijske mogućnosti, kapacitete, organizaciju zdravstvene službe i broj educiranih stručnjaka, odjednom se pojavljuje i imenuje neka nova grupa eksperata koja treba razraditi novu koncepciju osobito glede provođenja supstitucijskih programa, pod krinkom sprječavanja zlouporabe metadona na ilegalnom tržištu i smanjenja rizika od predoziranja. Premda nema niti jednog sustavnog istraživanja zlouporabe metadona, proizvoljne, metodama pukog otvaranja usta kvazi stručnjaka, izrečene paušalne procjene koriste se ponavljano kao snažan udar na primjenu metadona. U medijima se pojavljuju članci s teškim naslovima od kojih su svakako najgori bila ova dva: u "Večernjaku", u kojem je mišljenje dao i dr. Hotujac, s naslovom "JEDNAKO SE UMIRE OD METADONA KAO I OD HEROINA" i onaj u Jutarnjem listu "METADON UBIJA VIŠE OD HEROINA" koji je trebao poslužiti dr. Šostaru da u okviru gradskih inicijativa sruši koncepciju decentraliziranog davanja metadona i taj program nastavi centralizirano. Zajedničko je svima koje se koristilo za udaranje po "metadonu", od Bernardice Juretić, ovisnika liječenih u komunama i njihovih roditelja do nekih poznatih imena među psihijatrima, da se pitanjem supstitucijskih programa nikada nisu stručno i praktički bavili, niti imaju uvid što se na tom planu događa u suvremenom svijetu, osobito u EU. Kome je toliko jako bilo u interesu da se drastično suze kriteriji za primjenu metadona, da se taj lijek daje centralizirano (prijedlog izradio psihijatar dr. Torre), te da se suzi prostor liječnika opće medicine u tretmanu tih bolesnika što je suprotno suvremenoj strategiji kontrole zlouporabe droga? U kampanju protiv "Sakomana" i načina primjene metadona uključio se i gore spomenuti liječnik, inače bivši član tima za ovisnosti u "Vinogradskoj". Nakon što je knjigu dr. Torrea, u kojoj je taj psihijatar sabrao i opisao svoja trogodišnja iskustva u svezi droga i ovisnosti, tiskao i omogućio distribuciju L. Pezelj, mladi kolega si je dao zadaću ocjenjivati životno djelo svog profesora i bivšeg šefa. Ispunjen i nadahnut osjećajem važnosti (koji je proizlazio kako

iz strukture njegove osobnosti tako i radi podrške koju je imao od nove političke strukture), u jednom velikom članku pod naslovom "METADON: DROGA ILI LIJEK?" u tjedniku "GLOBUS" od 6. 7. 2001., ne samo da je doveo u pitanje moju stručnost, nego je bez ikakvih prethodnih istraživanja "iz rukava" iznio ocjenu kako 40% metadona curi na ilegalno tržište čime je ogroman broj liječenih ovisnika proglasio kriminalcima koji mjesečno na prodaji Heptanona zarađuju tisuće kuna. Njihove je liječnike proglasio nezalicama i osobama koje sudjeluju u tom kriminalu. Pri tom je zaboravio kako je sam ustrajno, suprotno dogovorenoj doktrini i unatoč opomenama od strane autora da to ne radi, brojnim ovisnicima na ruke izdavao privatne recepte kojima su u ljekarnama podizali taj lijek čineći njime, bez ikakve kontrole, što su htjeli. Čak je, koristeći verbalnu ekvilibristiku, iznio neke posve nebulozne indicije o mogućoj sprezi onih koji su uveli primjenu metadona i organiziranog kriminala. Nakon što je u tom tjedniku objavljeno moje reagiranje na taj članak, saziva se Etičko povjerenstvo u ravnateljstvu Kliničke bolnice i na čuđenje autora, tema je bila moje reagiranje na članak kolege Torrea a ne onaj užas izmišljotina i insinuacija koji je taj psihijatar iznio. Tek tijekom razgovora na tom sastanku, nakon što sam pokazao uglednim kolegama što je GLOBUS objavio, Torreu je bilo rečeno da mora respektirati načela struke za koju je "u državi bio odgovoran prof. dr. Sakoman".

10. Što se više "udaralo" po suvremenom medicinskom tretmanu ovisnika, sve više se isticala važnost i doprinos terapijskih zajednica i NGO sustava u skrbi za ovisnike. Kao znak podržavanja nevladinih organizacija u brizi za ovisnike, stručni tim autora je pokrenuo osnivanje udruge roditelja UPO (Udruga za potporu obitelji ovisnika) koji bi se tako organizirano mogli osnaživati i uz stručnu pomoć lakše nositi s problemom svoje ovisne djece. Ta je udruga pokrenula osnivanje i rad "Kuće na pola puta", terapijske zajednice (nedaleko Zagreba), koja bi također uz stručnu pomoć osiguravala rehabilitaciju ovisnika nakon završetka bolničkog programa. Odlično pokrenut program doskora je došao pod kontrolu grupacije koja je naprosto izvršila "puč" sazivanjem nelegalne skupštine na kojoj je izabrano novo vodstvo a protjerani osnivači. Počinju manipulacije novcem, preko te udruge Barbir osigurava izdavanje publikacija, gasi se program "Kuće na pola puta" a i dalje se traži novac za nešto što ne postoji,

gradske strukture dakako podržavaju novo rukovodstvo udruge UPO, jer je osigurano ono najvažnije – eliminirani su stručnjaci i utjecaj “Vinogradske”. Jer, gdje je autor i njegov tim, tamo se stvarno i radi i nema mogućnosti manipulacije novcem niti medijima, a to novoj strukturi nije odgovaralo i uz potporu vlasti, nije im bio problem učiniti to što su učinili. U svemu su prste imali Pezelj, potpredsjednica udruge (koja je tražila mogućnost upošljavanja sina ovisnika) i jedan član, roditelj ovisnika, koji doskora postaje član Stručnog savjeta Barbirovog ureda. Rušenje izvornog UPO-a samo potvrđuje do koje je granice nova struktura željela (i uspjela) uspostaviti kontrolu nad cjelokupnim sustavom za kontrolu problema u svezi droga u državi, kako bi preko toga ostvarivala svoje ali i interese “sustava moći” koji su osiguravali potporu.

11. Mediji (osobito HTV) posve nekritično afirmiraju važnost komuna za rehabilitaciju ovisnika, udarajući istovremeno po suvremenom medicinskom tretmanu ovisnika. Najviše prostora dobivaju zajednice Canaccolo i “Susret”. Program zajednice “Susret”, koji godišnje rehabilitira oko 40 slučajeva (od kojih će na žalost preko 50% unutar godine dana po otpustu recidivirati), ima znatno snažniju medijsku potporu nego ukupan temeljni državni sustav za tretman (mreža Županijskih centara za izvan bolničko liječenje), koji godišnje, uz mizerna novčana sredstva, skrbi za tisuće najtežih ovisnika (od kojih na stotine apstiniraju). Novcem koji država daje za dvadesetak rehabilitiranih ovisnika zajednice “Susret” moglo bi se kroz lako dostupan izvanbolnički program, sa nekoliko dobro selekcioniranih i osposobljenih profesionalnih timova držati u apstinenciji od ilegalnih droga preko 1.000 ovisnika primljenih bez ikakve selekcije, direktno s ulice. Da se uspjelo u nametu nametanja koncepcije tretmana koju je preko medija zagovarao NGO sustav, dogodilo bi se sljedeće:
 - Drastično bi se smanjio broj heroinskih ovisnika koji bi tražili i započeli tretman
 - Ovisnici bi se javljali na liječenje kasnije i nakon dužeg staža ovisnosti radi čega bi bili teži slučajevi, češće zaraženi B, C i HIV virusom, sifilisom i dublje kriminalizirani.
 - Radi gore navedenih razloga, više bi ovisnika posve izvan kontrole sustava za tretman širilo drogu preprodajom, širilo bi injekcionim priborom spomenute bolesti pa bi se i pojavnost kako ovisnosti tako i tih virusnih infekcija počela povećavati.

- Povećao bi se sekundarni kriminal ovisnika što bi dodatno opterećivalo i trošilo resurse represivnog aparata. To bi otežalo usmjeravanje resursa tog aparata da svoje aktivnosti usmjeri u istraživanje i sankcioniranje ozbiljnijih i organiziranih oblika kriminala bez čega se ne može očekivati smanjenje dostupnosti droga.
- Povećali bi se prihodi a time i moć organiziranog narko-kriminala.
- Povećao bi se broj obitelji koje bi ekonomski propale.
- Porastao bi broj umrlih od predoziranja.
- Smanjio bi se broj u konačnici uspješno liječenih i dobro rehabilitiranih ovisnika.

Dok se stručnjaci u Hrvatskoj bore očuvati koncepciju liječenja ovisnika (osobito heroinskih, koji čine 80% svih problema) u vlastitoj zemlji, ista se od najpozvanijih svjetskih autoriteta pa tako i od prof. dr. Roberta Newmana iz SAD-a prilikom posjete našoj zemlji apostrofira kao jedan od najboljih svjetskih modela. Europa preko svojih krovnih tijela (WHO, EMCDD, Pompidou Group) sve više sugerira rješenja koja su sastavnica hrvatske strategije još od 1990. (WHO, 2004., The Practices and Context of Pharmacotherapy of Opioid Dependence in Central and Eastern Europe). Radi udara po koncepciji, pri čemu je najviše korištena glasnost roditelja ovisnika koji su boravili u komunama, dolazi do redukcije broja tih bolesnika u programima održavanja, opada retencija u programu a povećava se broj onih koji se vraćaju na ulicu, što je praćeno radi ulične kriminalizacije tih bolesnika porastom broja ovisnika u zatvorima, rastom smrti od predoziranja, porastom kaznenih djela kao i drugim brojnim drugim, već opisanim štetnim posljedicama. U posebnom elaboratu zatraženom od Ministarstva zdravstva 2001. autor je obrazložio mogućnosti poboljšanja sustava za tretman heroinskih ovisnika ali taj stručni materijal nije korišten.

12. Posljednje 3 godine oslabila je participacija naših stručnjaka u aktivnostima najviših europskih foruma koji se bave suzbijanjem zlouporabe droga. Nakon smjene autora i s te pozicije, Barbir je bio imenovan i za permanentnog korespondenta ispred RH za suradnju s programom Vijeća Europe (Pompidou Group, Strasbourg). Obzirom da nije imao pojma što se to tamo treba raditi, nije se pojavio niti na jednom sastanku tog važnog europskog foruma za pitanja droga. Nakon smjene Barbira na to mjesto imenovana je Bernardica Juretić, predstojnica Ureda.

13. Premda je dobro da je donesen Zakon o suzbijanju zlouporabe opojnih droga, loše je što je njegov sadržaj u toj mjeri promijenjen, da kao takav ne može značajno pridonositi kvalitetnom provođenju Nacionalnog programa, sukladno Nacionalnoj strategiji. Niti izmjene tog Zakona nisu bitno poboljšale stvar. Danas se ovisnike, bolesnike, za posjedovanje jedne cigarete marihuane po tom Zakonu prekršajno kažnjava do 5.000 kn. Zakon nije ovisnike prepoznao kao bolesnike, nije definirao sustav za njihov tretman pa nije niti čudno da je u relativno kratkom vremenu za čak 8 puta povećan broj ovisnika u penalnom sustavu. Istovremeno raste ponuda i dostupnost droga, rastu profiti kriminala što govori o slaboj kvaliteti i učinkovitosti represivnog aparata i funkcioniranju pravne države u uvjetima mira, 10 godina nakon rata.

Zaključno se može reći da je pozitivno što stručnjaci (Centara za tretman, u školskom sustavu na terenu, u dijelovima represivnog aparata, nekih NVO organizacija i mnogi drugi), koji su posljednjih 15 godina stvarali programe i provodili ih na terenu, unatoč udara od strane strukture koju je iznjedrila politička elita, nisu odustali. Posustaju ali ne odustaju. Da to nije bio slučaj, posljedice po hrvatsku mladež bile bi znatno teže. Na žalost, unatoč njihovih nastojanja da se to ne dogodi, posljednje 4 godine opala je razina stručnosti u provođenju Nacionalnog programa, sužena je mogućnost djelovanja sustava koji se razvijao posljednjih dvadesetak godina, taj je program instrumentaliziran za osobne potrebe jednog uskog kruga interesno okupljenih osoba niske razine kompetentnosti. To i dalje otežava rad postojećeg sustava koji se sve teže nosi s teretom posla bez adekvatne političke i financijske potpore. Najžešći udar i opstrukcije je doživljavao glavni stručni punkt za područje ovisnosti – Centar u Vinogradskoj a s druge strane nije se formirao sukladno Zakonu “Državni zavod za prevenciju ovisnosti”. Sada se ponovo aktualizira model razrađen još 1997., po kojem se temeljni državni sustav za prevenciju i izvan bolnički specijalizirani tretman ovisnika (mreža centara) treba integrirati u sustav Zavoda za javno zdravstvo. Nestala je ranija stručna koordinacija u kojoj su sudjelovali najupućeniji predstavnici državnih tijela koja su nositelji najvećeg tereta provođenja Nacionalnog programa. Sadašnja Komisija Vlade je više političko tijelo, Ured za droge i Stručni savjet su nekompetentni da državi sugeriraju rješenja, jer čelne osobe tog sustava nemaju niti adekvatnu razinu znanja niti snage utjecaja na stručni rad državnih institucija. Nema više učinkovite koordinacije provođenja Nacionalnog programa na terenu, sa-

dašnja državna struktura “koordinira samu sebe”. Posve su birokratizirani, otuđeni od terena a u radu prvenstveno usmjereni prema udrugama građana čime štite i promiču interese prvenstveno NGO sustava. Na žalost, ta niska razina stručnosti danas predstavlja Hrvatsku i u svijetu. Troši se višestruko više novca nego prijašnjih godina a stručnjacima na terenu je sve teže. Prije 4 godine stvorena na državnoj razini forma, još uvijek negativno djeluje na sadržaj. Taj proces aktivne destrukcije sustava za kontrolu droga je donekle zaustavljen tijekom 2004., ali nekih ozbiljnijih naznaka za promjene koje bi garantirale razvoj programa u perspektivi i dalje se ne vidi (procjena u studenom 2004.).

Da li će se narednih godina političari ponašati odgovornije i da li će početi mijenjati stanje stvari osiguravajući pretpostavke za kvalitetnije provođenje tog kao i drugih stručnih programa (što nije moguće bez uključivanja najkompetentnijih stručnjaka, onih koji imaju viziju i snagu pokrenuti razvoj sustava), veliko je pitanje. Zaboraviti ono što je nekoliko osoba okupljenih u Komisiji za droge Vlade RH učinilo do 2000. i što je odradio stručni tim za ovisnosti u Vinogradskoj, bilo bi krajnje nekorektno. Suziti mogućnosti njihovog stručnog rada u okviru koje su odredile te “nove snage” uz potporu određenih političkih struktura (ali i najbolje pozicioniranih predstavnika psihijatrijske struke), dopustiti da “izgore” pokušavajući bez ikakve potpore i u nikakvim uvjetima pomoći stotinama i stotinama teških ovisnika, bila bi prava sramota. Neka to barem u ovoj knjizi ostane zapisano. Najvažnije je danas da im se osiguraju uvjeti za prijenos znanja i iskustava na mlađe, buduće nositelje na tom važnom stručnom području, kako bi se Hrvatska dugoročno i uspješno mogla nositi sa tim problemom. Podržati nastojanja da se ugasi Centar znanja, koji se u kontinuitetu 30 godina bavi problemom ovisnosti, samo bi potvrdilo tezu da neke strukture svjesno i uspješno rade u interesu organiziranog kriminala ugrožavajući zdravlje djece vlastitog naroda.

Kvaliteta političkih elita koje upravljaju ovim prostorima nije zadovoljavajuća i narod toga postaje sve više svjestan pa to i sve otvorenije pokazuje. Političari osjećaju da im narod sve manje vjeruje i da ih sve više smatra odgovornim za “sve zlo” što mu se događa. Ovaj primjer događanja na stručnom području autora, sitnica je u odnosu na događanja u mnogim drugim područjima važnim za život građana. U kojem će se pravcu razvijati stvari narednih godina, nije moguće odgovoriti u ovom trenutku. Proces pristupanja Hrvatske EU neke će stvari poboljšati. Deklarativno, postoje naznake da bi se temeljem i nove zakon-

Slavko Sakoman
Društvo bez droge?

ske regulative, jasnije definiralo razgraničenje između struke i politike a znanju i znanosti omogućio širi prostor djelovanja a time i utjecanja na stanje stvari u društvu. Zato treba biti ustrajan i ne odustati od borbe dobrim protiv zla.

VIII.

Zaključno





Temeljno polazište te osobite društvene i vrlo složene trajne aktivnosti, kojom se nastoji osigurati zaštita ljudi i osobito mladeži od svih pogubnih posljedica zlouporabe droga, je dobra **strategija** i na njoj utemeljen **Nacionalni program**. Kvalitetno provođenje tog programa nije moguće bez potpore upravljačke elite koja stručnjacima u institucijama omogućava da rade svoj posao nesmetano i koordinirano od nacionalne do lokalne razine. Zlouporeba droga tretira se ispred svega kao **javno-zdravstveni** problem u čijem rješavanju jednaku važnost imaju mjere kojima se smanjuje ponuda, potražnja i štetne posljedice. Učinkovita kontrola u svezi droga nije moguća ako se ne umanjí utjecaj pristupa koji izviru kako iz liberalne tako i moralne paradigme. Europska Unija, kojoj teži i Hrvatska, zagovara pristup koji je utemeljen na znanstvenim istraživanjima i epidemiologiji ovisnosti. Sve najvažnije mjere moraju biti potvrđene kao provedive i društveno isplative i na dinamičan način mijenjane i prilagođavane, jer se i problem (kvalitativno i kvantitativno) kao i ukupnost konteksta unutar kojeg se događa i treba rješavati stalno mijenja.

U Hrvatskoj se u kratko vrijeme, naglom promjenom kvalitete života ljudi radi rata, poraća i nesretne tranzicije, dogodio veliki porast ponude i potražnje a time i zlouporebe droga. Pojavnost ovisnika o heroinu porasla je od 1990–2004. za čak šest puta. Zaustavljanje epidemije ovisnosti nije moguće bez provođenja mjera kojima se smanjuje i ponuda i potražnja sredstava ovisnosti. U lancu mjera koje je u Hrvatskoj trebalo pokrenuti u tom pravcu, za početak, možda je najvažnije bilo uređenje sustava za suvremenu i učinkovitu društveno-medicinsku skrb i liječenje ovisnika. Privlačnost ponuđenih oblika pomoći i tretmana, te kapaciteti programa moraju biti takvi da mogu, iz godine u godinu, “riješiti” ili barem “držati pod nadzorom” toliki broj slučajeva koliko ih godišnje na put prema ovisnosti vlastitim silnicama privuče sama droga i

oni koji je prodaju. Mora se uspostaviti ravnoteža. Da bi se to realiziralo, prema Hrvatskom modelu, ovisnici su “dobili status kroničnih bolesnika” u čiji su tretman, uz specijaliziranu pomoć koju osigurava mreža lokalnih Centara, uključeni liječnici opće medicine. Za heroinske ovisnike još od 1991. osigurana je tako laka dostupnost substitucijskih programa opijatskim agonistima (svaki ovisnik odlazi po svoj lijek svom liječniku opće medicine, dakle, program je posve decentraliziran). To je pridonijelo da je broj iv. ovisnika zaraženih virusom HIV-a bio i ostao ispod 1%. Dobar i funkcionalan sustav za tretman ovisnika osigurava kvalitetnije provođenje ostalih društvenih mjera. Čak što više, paralelno sa stavljanjem ovisnika pod društveno organizirani nadzor, represiji i provedbi primarno preventivnih programa odgojno-obrazovnog tipa, iznimno se povećava važnost i djelotvornost. Koliko, naime, kriminal, zahvaljujući provedbi terapijskih programa, gubi klijente i profit (ne zaboravimo da se liječenjem ovisnika može smanjiti potrošnja droga za oko 70%), toliko će nastojati novih mladih uvući u svoju mrežu. To se obično postiže još agresivnijim i perfidnijim usmjeravanjem droga prema sve mlađim adolescentima. Kako se to ipak ne bi dogodilo, represivni aparat je dužan barem toliko sredstava i ljudi usmjeriti suzbijanju organiziranih oblika narco-kriminala koliko bi inače trošio na kontrolu kriminaliziranih i neličenih ovisnika.

Jasno je da se kriminal ne može iskorijeniti, ali sustav za represiju (ako postoji politička volja) može kontrolirati kriminalnu aktivnost građana u granicama podnošljivima za zajednicu – što znači da se tom sustavu ne smije omogućiti ili na bilo koji način dopustiti povećavanje aktivnosti, moći i profita. Na žalost, u našoj zemlji pravna država slabo funkcionira, visoka je korupcija i snažan organizirani kriminal radi čega je jaka ponuda droga.

Pri uspostavi spomenute ravnoteže “silâ koje proizvode problem” i silâ koje ga rješavaju, važnu ulogu imaju svi koji se bave odgojem i zaštitom interesa djece i mladih. U Nacionalnoj strategiji školski preventivni programi označeni su kao temelj primarne prevencije. Taj odgojno-obrazovni aspekt preventivnog rada prema strategiji, mora biti sastavnica odgojno-obrazovnog procesa što ga u najvećem dijelu provode stručnjaci naših osnovnih i srednjih škola. Odlično pokrenut program, gubi na kvaliteti od 2000. Te je godine politika povjerila koordinaciju provođenja Nacionalnog programa “svojim ljudima”. Radi komercijalnih interesa, umjesto sustavnog provođenja preventivnih programa, pojavljuju se fragmentirani projekti zvučnih naslova. Prevencija se pretvara u biznis. Mjere izvan-školske pre-

vencije, osobito briga za rizične kategorije djece i mladeži sve su slabije organizirane. *Out-reach* programi još nisu niti pokrenuti.

Hrvatska ima od 1995. izvrsnu Nacionalnu strategiju. Stručnjaci su svojim autonomnim djelovanjem, uz vrlo skromna sredstva i više deklarativnu potporu države razvili odličan i dobro koordiniran sustav za kontrolu droga koji je dobro funkcionirao do promjene vlasti 2000. Tada se politika umiješala u struku, postavila "svoje", nekompetentne ljude da vode taj program, došlo je do marginalizacije stručnjaka a osiguran je preširok prostor za djelovanje i utjecanje na državnu politiku, nekompetentnom NGO sustavu. U prvi plan dolazi rehabilitacija ovisnika u terapijskim zajednicama, pada kvaliteta rada mreže Centara za tretman ovisnika, prekida se stručna supervizija i edukacija stručnjaka. Unatoč priliva od oko 1.000 novih heroinskih, opada ukupan broj ovisnika koji se javljaju godišnje u državni sustav suvremenog tretmana, na prva liječenja pacijenti dolaze u sve starijoj dobi. Raste broj iznenadno umrlih ovisnika, raste pojavnost uzimanja droga kod adolescenata, raste dostupnost droga, povećava se broj ovisnika izvan tretmana i njihova kriminalizacija na "ulici". Odmakom od rata, glavnog pokretača epidemije, stanje se i "samo po sebi" trebalo poboljšavati a dogodilo se obrnuto. Stanje se nepotrebno pogoršalo.

Da bi se naglasila važnost poštivanja Nacionalne strategije, prikazati će se radi usporedbe koncepcija (a time i rezultati i posljedice) suvremenog i prema Nacionalnoj strategiji preporučenog kompleksnog programa tretmana heroinskih ovisnika (farmakoterapija opijatskim agonistima – liječnici opće medicine i psihoterapija – specijalizirani timovi Centara za izvan bolnički tretman) i pristupa koji zagovara NGO sustav (terapijskih zajednica)

Suvremeni medicinski pristup orijentiran na ranu intervenciju:

- *U program je privučeno 3-4 puta više slučajeva (do 70% svih ovisnika u populaciji)*
- *Terapijski proces pokrenut u 22. god. života, nakon svega godinu dana "staža"*
- *Na koncu uspješno socijalno rehabilitiranih 70%*
- *Zaraženih Hepatitisom ispod 20%, HIV ispod 1%*
- *U kaznenom postupku ispod 10%*
- *Obitelj emocionalno i ekonomski očuvana*
- *Većina se neće kriminalizirati i baviti "dilanjem" pa neće bolest proširiti na druge osobe*
- *Kriminalu će donijeti prihod oko 5000 eura*

Drug free pristup baziran na TZ NGO ("Neka padne na dno"):

- *U program "ulazi" jedva 10% slučajeva*
- *Spremni za prvi ostanak u TZ u 28 godini života*
- *Uspješno rehabilitiranih oko 30% (od 10%)*
- *Zaraženost virusom HCV i/ili B oko 80%*
- *Kriminalizirati će se preko 70% slučajeva, a do "ulaska" u TZ, radi negativnog utjecanja na (zdravu) mladež i ulične preprodaje droge, uvući će u problemi i time ostaviti kao nasljeđe na ulici 2-4 nova ovisnika, narko-kriminal će po slučaju profitirati oko 80.000 eura a ukupne štete za društvo bit će po slučaju i tri puta veće*
- *Njihove obitelji će biti ekonomski i emocionalno teško oštećene*

Bilo bi posve nerealno i utopistički postaviti si za cilj potpuno iskorjenjivanje problema droga i ovisnika, jer iz same ljudske naravi nije moguće ukloniti temeljni uzrok radi kojeg dio ljudi uzimanjem "droga" – da ublaži osjećaj neugode ili patnje ili da zadovolji potrebu za osjećajem ugone i zadovoljstva. Što je više nezadovoljnih, nesretnih i u suvremenoj civilizaciji izgubljenih ljudi, što je utjecajnija životna filozofija "živim ovdje i sada, a život brzo prolazi", što je više onih koji smisao života nalaze u hedonizmu i što je više neupućenih koji misle da se za tu iluziju zadovoljstva isplati izložiti brojnim pogibeljima i za to skupo plaćati, to je potražnja za drogama veća. A dok je potražnje, bit će i ponude. Ne treba, međutim, zaboraviti kako i ponuda te "robe" na ilegalnom tržištu, te marketinška vještina kriminalnog sustava i njihovih sprega također utječu na potražnju.

Samo snažnim, stalnim i strateški dobro osmišljenom i na znanstvenim istraživanjima potvrđenim Nacionalnim programom suzbijanja zloporabe droga, unutar kojeg je ukupno djelovanje stručnjaka i profesionalaca međusobno funkcionalno povezano, moguće je pojavnost onih kojima će droga biti način življenja i umiranja, održavati na razini podnošljivoj za zajednicu. Kvalitetno provođenje tog program nije moguće bez potpore vlasti, no vrlo je štetno ako se politika direktno umiješa u struku.

Svijet, njegov sustav vrijednosti i kvalitetu življenja najvećeg broja ljudi teško je poboljšavati, ali provoditi Nacionalni program moguće je i nužno. Učinimo li to, možemo biti uvjereni da će se svijet doimati barem malo ljepšim i da će nesretnih, bolesnih, ovisnih i prerano umrlih sigurno biti manje.

IX.

Literatura



-
- Barnett, P. G. i Hui, S. S. (2000.). *The Cost-Effectiveness of Metbadone Maintenance*. The Mount Sinay Journal of Medicine, 67 (5–6), 365–375.
- Bašić, J. i Janković, J., ur. (2000.). *Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži*. Zagreb: Kratis.
- Best, S. E.; Oliveto, A. H. i Kosten, T. R. (1996.). Opioid Addiction: Recent Advances in Detoxification and Maintenance Therapy. CNS Drugs, 6, 301–314.
- Bilangi, R. J. (2000.). *Pregnant Addict Care in Metbadone Treatment Programs*. Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 2 (2), 43–50.
- Buisman, W. R. (1995.). *Programmes and Methodology, an Overview of Opportunities for Drug Prevention*. Paris: UNESCO 1995 Drug Education.
- Bureau of Justice Assistance (1991.). *An Introduction to DARE: Drug Abuse Resistance Education*. Washington D.C.: BJA.
- Caplehorn, J. R. M., Irwing, L. i Saunders, J. B. (1996.). *Physicians' Attitudes and Retention of Patients in Their Metbadone Maintenance Programs*. Substance Use and Misuse, 31 (6), 663–677.
- Central Drugs Co-ordination Unit (1996.). *Tackling Drugs Together: A Practical Digest for Drug Action Teams*. Leeds: Resource and Service Development Centre.
- Central Office of Information for the Department of Health (1992.). *Getting the Message Across*. A Report on the Prevention Professionals Conference, London.
- Cire, B. (2002.). *Prevention Science, Announces New National Research Initiative*, NIDA NOTES 6 (16), 1, 5–7.
- Commission of the European Communities (1990.). *Report on National Programmes for Drug Demand Reduction in the European Community*. Brussels.
- Commission of the European Communities (1994.). *Management of Drug Addicts in Prison*. Athens, 1994.
- Commission on Narcotic Drugs (1993.). *Australia, Country Statement*. Sydney, 36th Session.
- Community Epidemiology Work Group – National Institute in Drug Abuse (2000.). *Proceedings of the Community Epidemiology Work Group*. Bethesda: National Institutes of Health.

- Coppel, A. (2000.). *An Evaluation Study on Share Care Methadone Treatment Between a Specialized Clinic and a Network of General Practitioners*. Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 2 (2), 29–33.
- Council of Europe (1993.). *Comparative Study on Discrimination against Persons with HIV or AIDS*. Strasbourg: Swiss Institute of Comparative Law.
- Council of Europe (1990.). Strasbourg: *Symposium on the Role of Primary Care Services in the Treatment of Drug Misuse*.
- Council of Europe (1993.). *Outreach (Proceedings)*. Bergen: Symposium organised by the Pompidou Group and WHO.
- Council of Europe (1997.). *Conférence ministérielle: rapport national Suisse*. Tromsø (Norway): Council of Europe.
- Council of Europe (1997.). *European union drug strategy (2000–2004)*. Strasbourg: Council of Europe.
- Council of Europe (1997.). *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. EMCDDA Scientific Monograph Series.
- Council of Europe (1998.). *Manual Prevention: Alcohol, Drugs et Tabac*. Strasbourg: Council of Europe.
- Council of Europe (1998.). *Pregnancy and Drug Misuse*. Germany: Council of Europe Publishing.
- Council of Europe (2000.). *Calculating the social cost of illicit drugs (method and tools for estimating the social cost of use of psychotropic substances)*. Strasbourg: Council of Europe; 2000.
- Council of Europe (2000.). *Drug treatment in prison and after-care: a literature review and results of a survey of European countries*. Strasbourg: Council of Europe.
- Council of Europe (2000.). *Road Traffic and Drugs*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Council of Europe (2000.). *3rd Multi-city Study: Drug Use Trends in European Cities in the 1990s*. Strasbourg: Council of Europe.
- Council of Europe Pompidou Group (1997.). *The 1995 ESPAD Report*. Stockholm: The Swedish Government and The Swedish National Institute of Public Health.
- Council of Europe Pompidou Group (2000.). *The 1999 ESPAD Report*. Stockholm: The Swedish Government and The Swedish National Institute of Public Health.
- Cowan, A. & Lewis, J. W. (1994.). *Buprenorphine: Combating Drug Abuse with a Unique Opioid*. New York: Wiley J. & Sons Inc.
- Department of Health (1993.). *The role of the general practitioner in community methadone maintenance programmes*. Dublin: Expert group on the establishment of a protocol for the prescribing of methadone.
- Dole, V. P. (1999.). *Methadone maintenance. Comes of age*. Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 1, 13–17.
- Donoghoe, M. C. (1997.). *Amphetamin-type Stimulans*. WHO .
- Drug Abuse Resistance Education (1990.). *Student Booklet for Grades 5–6*. Los Angeles: City Board of Education.

- Drug Commissioner of the Federal Government (1999.). *Drug and Addiction Report 1998*. Germany: Federal Ministry of Health.
- Drug Policy in the Netherlands, Continuity and change*. (1995.). Rijswijk: Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Drugs Prevention Advisory Service (2000.). *Drugs Interventions in the Criminal Justice System: Guidance Manual*. London: Home Office.
- EMCDDA (2004.). Monographs, *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy*, ed. by J. Jager i sur. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA (2004.). *The state of the drugs problem in the EU and Norway*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Engelsman, E. L.: *Lessons from Netherlands; Experience with Drug Abuse Policy with Special Reference to the Organization of Treatment and Rehabilitation Programmes*.
- European Collaborating Centres in Addiction Studies (1992.). *Drug Prevention in Europe: The Role of Treatment Centres*. London: Centre for Addiction Studies.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998.). *Guidelines for the Evaluation of Drug Prevention*. Luxembourg: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2000.). *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*. Lisboa: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998.). *Reviewing Current Practice in Drug-Substitution Treatment in the European Union*. Luxembourg: EMCDDA.
- Executive Office of the President of the United States, Office of National Drug Control Policy (2000.). *National Drug Control Strategy: 2000 Annual Report*. Washington D.C.
- Farrer, S. (2004.). *School-Based Program Promotes Positive Behavior, Reduces Risk Factors for Drug Use, Other problems*, NIDA NOTES, 18 (4).
- Federal Ministry for Health (1992.). *National Programme on Drug Abuse Control*. Bonn: PROM Gesellschaft für Kommunikation und Publikation MBH.
- Frank, B. (2000.). *An Overwiev of Heroin Trends in New York City: Past, Present and Future*. The Mount Sinay Journal of Medicine, 67 (5–6), 340–347.
- Friedman A. S., Beschner F. S., ed. (1985.). *Treatment Services for Adolescent Substance Abuse*. Washington D.C.: NIDA.
- Gier, J. J. (2002.). *Problem raised by the use/abuse of psychoactive drugs by drivers*, Conucil of Europe, P-PG/Cirrou 2 rev.
- Goldstein, A. (1998.). *Neurobiology of Heroin Addiction Treatment and of Methadone Treatment*. News Report, American Methadone Treatment Assotiation, New York.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Edwards, C., Lehmann, P., Wilson, A. i Segar, G. (1997.). *The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: Six-Month Follow-Up Outcomes*. Psychology of Addictive Behaviors, 11 (4), 324–337.

- Government Office Against Drugs. (2000.). *Drug Policy in Republic of Slovenia 2000*. Ljubljana: Government Office Against Drugs.
- Haim, G., Ginott, G. (1966.). *Između roditelja i tinejdžera*, Poduzetništvo Jakić, Zagreb.
- Hanson, G. R. (2002.). *New Vistas in Drug Abuse Prevention*, NIDA NOTES, 16 (6) 3-6.
- Hartnol, R. (2004.). Drugs and drug dependence: Linking Research, Policy and Practise. Lessons Learned, Challenges Ahead. Council of Europe, September 2004. Strassbourg.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E. A. & O'Hare, P., ed. *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*. London: Whurr Publishers.
- Hoffmann, J. P. i Johnson, R. A. (1998.). *A National Portrait of Family Structure and Adolescent Drug Use*. Journal of Marriage and the Family, 60, 633–645.
- Houlihan, B. (1999.). *Dying to win. Doping in sport and the development of anti-doping policy*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- ICADTS (2000.). *Illegal Drugs and Driving*. Lafayette: International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety.
- INCB (1995.). *Report of the International Narcotics Control Board for 1994*. New York: UN.
- INCB (1992.). *Psychotropic Substances: Statistics for 1991*. New York: UN.
- INCB (2005.). *Report of the International Narcotics Control Board for 2004*. New York: UN.
- ISDD (1994.). *Drug Abuse Briefing: A Guide to Effects of Drugs and to the Social and Legal Facts about their Non-medical Use in Britain*. London.
- Ivančić, A. (2002.). *Methadone Treatment in Croatia*, Heroin Add & Rel Clin Probl 4 (3) 13–19.
- Joseph, H., Stancliff, S. i Langrod, J. (2000.). *Methadone Maintenance Treatment (MMT): A Review of Historical and Clinical Issues*. The Mount Sinai Journal of Medicine, 67 (5–6), 347–365.
- Katalinić, D., Kuzman, M., Rajačić, D., ur. (1994.). *Izvešće o broju i nekim drugim značajkama osoba liječenih 1993. godine u stacionarnim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj s dijagnozom ovisnosti o drogama*. Zagreb: Hrvatski Zavod za javno zdravstvo.
- Katalinić, D., Kuzman, M., Svaguša, D. (2003.). *Izvešće o osobama liječenim zbog zlouporabe droga u Hrvatskoj u 2002. godini*, Bilten br. 50, lipanj 2003, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb.
- Kelly, K. i Donohew, L. (1999.). *Media and Primary Socialization Theory*. Substance Use and Misuse, 34 (7), 1033–1045.
- Kirchmayer, U., Davoli, N. i Vester, A. (2000.). *Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Lacković, Z. (2002.). *Što su i kako djeluju "droge"*. U: Z. Lacković (ur.): *Nove spoznaje o farmakologiji "droga"*, priručnik, Medicinska naklada, Zagreb.

- Leshner, A. I. (1997.). *National study offers strong evidence of the effectiveness of drug use treatment*. NIDA Notes; 12, 3–8.
- Leshner, A. I. (1997.). *Treating the Brain in Drug Abuse*. NIDA Notes; 15 (4), 3–4.
- Leshner, A. I. (1999.). *The state of the art in drug addiction treatment*. NIDA Notes; 14, 3–4.
- Leshner, A. I. (2001.). *When the question is drug abuse and addiction, the answer is "All of the above"*. NIDA Notes; 16 (2), 3–5.
- Leukefeld, C. G. i Leukefeld, S. (1999.). *Primary Socialization Theory and Bio/Psycho/Social/Spiritual Practice Model for Substance Use*. Substance Use and Misuse, 34 (7), 983–991.
- Lloyd, C. (1998.). *Risk Factors for Problem Drug use: Identifying Vulnerable Groups*. Drugs: Education, Prevention and Policy, 5 (3), 217–232.
- Maisto, S. A., Galizio, M. i Connors, G. J. (1995.). *Drug Use and Abuse*. Fort Worth, Texas: Harcourt Brace College Publishers.
- Maremmani, I. (1999.). *Treating heroin addicts, i.e. "Breaking through a wall of prejudices"*. Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 1, 1–8.
- Mathias, R. (1996.). *Like Methamphetamine, "Ecstasy" May Cause Long-Term Brain Damage*. NIDA NOTES 11 (5), 1, 18.
- Mathias, R. (1997.). *NIH Panel Calls for Expanded Methadone Treatment for Heroin Addiction*. NIDA NOTES, 12 (6).
- Ministero Del Interno (1993.). *Italian Activities for the Prevention and Repression of Drug Abuse and Illicit Trafficking*. Vienna: 36th Regular Session of UN Commission on Narcotic Drugs.
- Ministerium fur Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (2000.). *Die niederlandische Drogenpolitik*. Deen Haag.
- Ministries of foreign affairs, health, welfare, sport, justice and interior (1995.). *Drug policy in the Netherlands. Continuity and change*. Rijswijk: The central information.
- Mueller, M. D. & Wyman, J. R. (1997.). *Study Sheds New Light on the State of Drug Abuse Treatment Nationwide*. NIDA NOTES, 12 (5), 1–8.
- Muscat, R. (2000.). *Drug Use in Prison*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems (1993.). *Combating Alcohol and Drug Problems in Norway*. Oslo.
- NIDA (1995.). *National Conference on Marijuana Use: Prevention, Treatment and Research*. Arlington: U.S. Department of Health and Human Services.
- NIDA (1996.). *Diagnostic Source Book on Drug Abuse Research and Treatment*. NIH Publication.
- NIDA (1997.). *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide*. NIH Publication.
- NIDA (1999.). *Thirteen principles of effective drug addiction treatment*. NIDA Notes; 14, 15.
- Nociar, A. (2001.). *Extension of the First Treatment Demand Indicator from City to National Level in the Countries of Central and Eastern Europe*. Strasbourg: Pompidou Group.

- Nolimal, D. (1997.). *Heroin Treatment Demands in 19 European Cities in 1995*. Ljubljana: 3rd European Methadone and Other Substitution Treatments Conference.
- Nurco, D. N. i Lerner, M. (1999.). *A Complementary Perspective to Primary Socialization Theory*. Substance Use and Misuse, 34 (7), 993–1003.
- Office for Substance Abuse Prevention (1989.). *Drug-Free Communities; Turning Awareness into Action*. Maryland: U.S. Department of Health and Human Services.
- Payte, J. T. (1997.). *Journal of Maintenance in the Addictions (innovations in research, theory & practice)*. The Haworth Medical Press.
- Platt, J. J. (1986.). *Heroin Addiction: Theory, Research, and Treatment. Volume 1–2*. Malabar, Florida: Robert E. Krieger Publishing Company.
- Platt, J. (1988.). *The Families of Addicts*, str. 166–169., u *Heroin Addiction*, Kreiger, R., E., Pub. Co., Florida.
- Preston, A. (1993.). *The Methadone Handbook*. London: Island Press Ltd.
- Preston, A. (1996.). *The Methadone Briefing*. London: Island Press Ltd.
- Raboteg-Šarić, Z., Sakoman, S., Brajša-Žganec, A. (2002.). *Stilovi obiteljskog odgoja, slobodno vrijeme i rizično ponašanje mladib*, Društvena istraživanja, 2–3 (58–59), 335–352.
- Rocheleau, M., ed. (1994.). *Office of National Drug Control Policy: Measuring Heroin Availability in Three Cities*. Washington D.C.: Executive Office of the President of the United States.
- Rosenbaum, M. (1999.). *Safety first: A Reality-Based Approach to Teens, Drugs, and Drug Education*. San Francisco: The Lindesmith Center-West.
- Rosenbloom, J. (Ed.) (1989.). *Helping Your Students Say No to Alcohol and Other Drugs*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Sakoman, S. (1990.). *Nacrt sveobuhvatnog programa suzbijanja zloporabe droga u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Komisija za suzbijanje zloporabe sredstava ovisnosti Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske.
- Sakoman, S., Hečimović, A. (1991.). *Drug Addiction and AIDS in Republic of Croatia*. U: Loimen, N., Schmid, R., Springer, A.: *Drug Addiction and AIDS*. Wien–New York.
- Sakoman, S. (1992.). *Drug Addiction in Psychology and Psychiatry of War*. Klein, E., ed. Zagreb: Faculty of Medicine.
- Sakoman, S. (1994.). *Utjecaj rata na povećanje rizika zloporabe sredstava ovisnosti u mladib*. U: Šikić, N., Žužul, M., Fattorini, I., ur.: *Stradanja djece u domovinskom ratu*. Jastrebarsko: Naklada "Slap".
- Sakoman, S. (1994.). *Women and Drugs*. Alcoholism, 30 (1–2).
- Sakoman, S. (1996.). *Ovisnost o drogama i HIV-infekcija*. U: Beus, I. i Begovac, J., ur.: *AIDS: HIV-bolest*. Zagreb: Grap-his, 231–242.
- Sakoman, S., Kuzman, M. i Šakić, V. (1997.). *Pušačke navike zagrebačkih srednjoškolaca*. Društvena istraživanja, 4–5 (30–31), 513–535.

- Sakoman, S. (1998.). *Učinkovito suzbijanje droga u zajednici*. Medicus, 7 (1), 99–104.
- Sakoman, S., Kuzman, M. i Raboteg-Šarić, Z. (1999.). *Čimbenici rizika i obilježja pijenja alkohola među srednjoškolcima*. Društvena istraživanja, 2–3 (40–41), 373–396.
- Sakoman, S. (1999.). *Liječenje ovisnika, važna aktivnost u programima suzbijanja zloporabe droga u zajednici*. U: Požaić, V.: Droga – Od beznađa do nade. Centar za bioetiku, Zagreb, 65–120.
- Sakoman, S. (2000.). *Mladi čovjek između ovisnosti i budućnosti*. U: Baloban, S.: Izazovi civilnog društva u Hrvatskoj. Centar za promicanje socijalnog nauka crkve, 181–198.
- Sakoman, S. (2000.). *Substance Abuse in the Republic of Croatia and national Program for Drug Control*. Croatian Medical Journal, 41 (3), 270–286.
- Sakoman, S., Brajša-Žganec, A., Glavak, R. (2002.). *Indikatori ranog prepoznavanja visokorizične populacije hrvatske mladeži u odnosu na zlouporabu sredstava ovisnosti*, Društvena istraživanja, 2–3 (58–59), 291–310.
- Sakoman, S., Raboteg-Šarić, Z., Kuzman, M. (2002.). *Raširenost zlouporabe sredstava ovisnosti među hrvatskim srednjoškolcima*, Društvena istraživanja, 2–3 (58–59), 311–334.
- Sakoman, S. (2002.). *Obitelj i prevencija ovisnosti*, SysPrint, Zagreb.
- Sakoman, S. (2002.). *Liječenje ovisnosti – najvažniji element Nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe droga*, 95–102. MEDIX, srpanj 2002., VIII. Broj 43.
- Sakoman, S. (2004.). *Country profile*, The practices and Context of pharmacotherapy of opioid dependence in Central and Eastern Europe, WHO/MSD/MSB/04.1.
- Salmon, R. i Salmon, S. (1977.). *The Causes of Heroin Addiction – A Review of the Literature. Part I*. The International Journal of the Addictions, 12 (5), 679–696.
- Salmon, R. i Salmon, S. (1977.). *The Causes of Heroin Addiction – A Review of the Literature. Part II*. The International Journal of the Addictions, 12 (7), 937–951.
- Simeone, R. S., Rhodes, W. M., Hunt, D. E. (1994.). *A Plan for Estimation the Number of "Hardcore" Drug Users in the United States*. Washington D.C.: Office of the National Drug Control Policy.
- Stocker, S. (1999.). *Pleasurable Effects May Involve Multiple Chemical Sites in the Brain*. NIDA Notes, 14 (2), 5–7.
- Stocker, S. (2000.). *Drug Abuse Treatment Programs Make Gains in Methadone Treatment and HIV Prevention*. NIDA Notes, 15 (3), 12–13.
- The Lancet (1996.). *Addiction*, 347 (6).
- The National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, Norway (1990.). *Combatting Drugs in Norway*. Oslo: The National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, Norway.
- The White House (1994.). *National Drug Control Strategy: Reclaiming Our Communities from Drugs and Violence*. Washington D.C.: Office of National Drug Control Policy.

- The White House (1994.). *National Security Strategy of the United States*. Washington D.C.: Office of National Drug Control Policy.
- The White House (2000.). *National Drug Control Strategy: Strategic Goals and Objectives*. Washington D.C.: Office of National Drug Control Policy.
- Zeese, K. B., ed. (1992.). *National Drug reform Strategy*. Massachusetts: The Drug Policy Foundation.
- Uchtenhagen, A., Rehm, J. and Fischer, B. (1996.). *Swiss Methadone Report*. Zurich: Swiss Federal Office of Public Health.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F. (1996.). *Medical prescription of narcotics – background and intermediate results of a Swiss national project*. European Addiction Research, 2, 201–207.
- Uchtenhagen, A. (1997.). *Programme for a Medical Prescription of Narcotics, Summary of the Synthesis Report*. Swiss Federal Office of Public Health in Berne.
- UNIDCP and the Pompidou Group (2001.). *Missing Pieces: Nine Studies of Emerging Drug Problems*. New York: United Nations Publication.
- United Nations (1992.). *The Environmental Impact of Drug Abuse*. Bulletin on Narcotics, 44 (2).
- United Nations (1992.). *United Nations Decade Against Drug Abuse 1991–2000.: Political Declaration and Global Programme of Action*. UN, Treaty Series, 520 (7515).
- United Nations (1999.). *Drug Abuse Rapid Situation Assessments and Responses*. Viena: UNDCP.
- Waal, H. (2000.). *Risk Reduction as a Component of a Comprehensive, Multidisciplinary Approach to Drug Abuse Problems*. Strasbourg: Council of Europe.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Hoffman, J. H. i Dintcheff, M. S. (1999.). *Trends in Adolescent Alcohol and Other Substance Use: Relationship to Trend in Peer, Parent, and School Influence*. Substance Use and Misuse, 34 (10), 1427–1449.
- Whitbeck, L. B. (1999.). *Primary Socialization Theory: It All Begins with the Family*. Substance Use and Misuse, 34 (7), 1025–1032.
- WHO (2001.). Council of Europe, *Prisons, drugs and society*, WHO (Regional Office for Europe), Berne, Switzerland, september 2001.
- World Health Organisation (1996.). *Health Professional Education on Psychoactive Substance Use Issues*. Copenhagen: World Health Organisation.
- World Health Organisation (1998.). *Principles for Preventing HIV Infection among Drug Users*. Strasbourg: Council of Europe; 1998.
- Zickler, P. (1999.). *Blood-borne Medications Could Intercept Drugs Before They Reach the Brain*. NIDA Notes, 14 (2), 8–11.
- Zickler, P. (2000.). *Brain Imaging Studies Show Long-Term Damage From Methamphetamine Abuse*. NIDA Notes, 15 (3), 11–13.

X.

Dodaci

—

TRINAEST NAČELA DJELOTVORNOG TRETMANA OVISNOSTI O DROGAMA

Znanstvena istraživanja tijekom više od dva desetljeća urodila su skupom temeljnih načela koja obilježavaju djelotvoran tretman zlorabe droga. Tih 13 načela, iscrpno opisanih u na novim istraživanjima temeljenom vodiču časopisa NIDA: *Principi tretmana ovisnosti o drogama, na istraživanjima temeljen Vodič* (NIDA NOTES, Vol. 14. Nr. 5), su:

Niti jedan pojedinačan oblik tretmana nije primjeren svim osobama. Od odlučujuće je važnosti prilagoditi uvjete tretmana, tip intervencije i pristup liječenju problemima i potrebama svakog pacijenta napose.

Nužno je da tretman bude lako dostupan. Budući da ovisnici o drogama mogu biti neodlučni u pogledu svog ulaska u tretman, od presudne je važnosti da se iskoristi prilika za liječenje kad su oni za to spremni. Kandidati za tretman se mogu izgubiti ako tretman nije odmah raspoloživ ili lako dostupan.

Djelotvoran tretman prati višestruke probleme ovisnika (ne samo njegovo uzimanje droge). Tretman mora ciljati kako na pacijentovo uzimanje droga tako i na prateće medicinske, psihološke, socijalne, profesionalne i legalne probleme.

Tretman treba biti fleksibilan i u stanju procijeniti tekuće potrebe pacijenta, koji se mogu mijenjati tijekom tog procesa.

Primjereno trajanje tretmana je od iznimne važnosti za njegovu djelotvornost. To trajanje ovisi o individualnim potrebama. Za većinu pacijenata, početak značajnijeg poboljšanja postiže se nakon 3 mjeseca liječenja. Dodatni tretman može donijeti daljnje poboljšanje. Programi bi trebali uključivati i strategije kojima se prevenira pacijentovo prerano napuštanje tretmana.

Individualno i/ili grupno savjetovanje kao i druge bihevioralne terapije su ključne komponente djelotvor-

nog tretmana ovisnika. U terapiji pacijenti osnažuju motivaciju, uče vještine kako se oduprijeti uzimanju droga, zamjenjuju aktivnost uzimanja droge s drugim, konstruktivnijim i njima vrijednim aktivnostima, te poboljšavaju vještine uspješnog rješavanja problema. Bihevioralnom terapijom pospješuju se također i međuljudski odnosi.

Medikamentozno liječenje predstavlja važan element tretmana za mnoge pacijente, osobito kad je ono pridruženo savjetovanju i drugim oblicima bihevioralne terapije. Metadon i levo-alpha-acetylmethadol (LAAM) pomažu ovisnicima o opijatima stabilizirati živote i smanjiti uzimanje droga. Naltrexone je djelotvoran za neke opijatske ovisnike i određene pacijente s popratnom ovisnošću o alkoholu. Nikotin flasteri ili žvakaća guma, ili pak neka oralna medikacija kao npr. bupropion, mogu pomoći osobama ovisnim o nikotinu.

Kod ovisnika (ili drugih osoba koje zlorabe droge), s koegzistentnim duševnim poremećajima, treba na integralan način tretirati oba poremećaja. Budući da se takvi poremećaji često javljaju kod jedne te iste osobe, pacijenti koji se jave radi tretmana jednog poremećaja trebaju biti procijenjeni i tretirani u oba.

Medicinska detoksifikacija je tek prva etapa tretmana ovisnika i ona, sama po sebi, malo može utjecati na promjene dugoročnog uzimanja droga. Takva detoksifikacija liječi akutne fizičke simptome sustezanja, a kod određenih osoba ona je preteča djelotvornom tretmanu ovisnosti o drogama.

Kako bi bio djelotvoran, tretman ne mora neizbježno biti voljan. Sankcije ili privola obitelji, situacija na poslu ili sustav kriminalne policije mogu osjetno povećati broj zahtjeva za tretmanom i produžiti vrijeme boravka te izgled za uspjeh.

Tijekom tretmana obavezan je neprekidan nadzor mogućeg uzimanja droge. Praćenje uzimanja droga i alkohola tijekom liječenja (npr. kontrolom urina) može pomoći pacijentima oduprijeti se žudnji za ponovnim uzimanjem. Takvim praćenjem također možemo dobiti rani uvid u stvarno uzimanje droga, a time i osnovu za usklađivanje tretmana.

Programi tretmana trebaju pribaviti podatke o HIV/AIDS infekciji, B i C hepatitisu, tuberkulozi i ostalim zaraznim bolestima, kao i pružiti savjetovanje sa svrhom da pacijentima pomognu preinačiti ili odbaciti ona ponašanja koja njih same ili druge izlažu riziku infekcije. Savjetovanja mogu pomoći jednima izbjegavati visokorizična ponašanja a drugima, već zaraženima, nadzirati bolesti.

Oporavak od ovisnosti o drogama može biti dugotrajan proces i često zahtijeva višestruke epizode liječenja. Kao i kod drugih kroničnih bolesti, recidivi se mogu javljati tijekom ili nakon uspješnih epizoda tretmana. Sudjelovanje u potpornim programima samopomoći, za vrijeme i nakon tretmana, često pomaže u održavanju apstinencije.

Slavko Sakoman
Društvo bez droge?

Slika 11.

Podjela sredstava ovisnosti, njihova uporaba, zloporaba i djelovanje

	Droga	"Ulični" naziv	Medicinska upotreba	Trajanje djelovanja	Način upotrebe	Mogući učinci	Effekti predoziranja	Znaci apstinencijske krize
Narkotici	opijum		analgetik		o, p			
	morfij		analgetik		o, i, p			
	kodein		analgetik		o, i			
	heroin		u fazi ispitivanja	3-6 sati	i, s, p	euforija	sporo i plitko disanje konvulzije, koma i moguća smrt	suzne oči, curenje nosa, zijevanje, gubitak teka, iritabilnost, tremor, panika, trnci, znojenje, mučnina
	hidromorfon		analgetik					
	dilauid		analgetik					
Psihodepresori	meperidin (petidin)		analgetik	12-24 sata	o, i			
	dolophine, methadone, methadose		analgetik, zamjena za heroin					
	ostali narkotici	lep	analgetik	varijabilno				
	barbiturati		anestetik, miorelaksans, sedativ, hipnotik	1-16 sati				
	metakvalon		ne koristi se					
	benzodijazepini	ativan, Azene, clonopin, dalmate, diazepam, librium, serax, tranxene, valium, verstran	sedativ, miorelaksans, hipnotik	4-8 sati	oralno injektiranjem	dezorijetiranost, pijano ponašanje bez alkoholnog zadaha	plitko disanje, hladna i blijeda koža, proširene zjenice, slab i brzi puls, koma, moguća smrt	anksioznost, nesanica, tremor, delirij, konvulzija, moguća smrt
Stimulansi	drugi psihodepresori		sedativ, hipnotik					
	kokain	koka, bijelo	lokalna anestezija	1-2 sata	o, i, p, s			
	amfetamini	eks, eki, kemija						
Halucinogeni	phenmetrazine	dizalica	hiperkineza, narkolepsija, kontrola težine	2-4 sata	oralno injektiranjem	povećana budnost, ekscitiranost, euforija, povećani puls i tlak, nesanica, gubitak teka	agitiranost, povećanje tjelesne temperature, halucinacije, konvulzije, moguća smrt	apatija, duga razdoblja spavanja, iritabilnost, depresija, dezorijetacija
	metamfetamin?	SPEED						
	LSD	trip, acid						
	mekalin i pejotl		ne koristi se	8-12 sati	oralno injektiranjem	iluzije i halucinacije, slaba percepcija vremena i prostornih veličina	dulji, intenzivniji "trip", pshoze, moguća smrt	apstinencijski sindrom nije zabilježen
	varijante amfetamina	ecstasy, BOMBON						
	phenocyclidine	ppp, andeoski prah	anestezija u veterini	do nekoliko dana	o, i			
Kanabis	drugi halucinogeni	svete gljive	ne koristi se	varijabilno	o, i, p, s			
	marhuana	trava, joint, žiža, grass, dim, marica	u fazi ispitivanja					
	tetrahidrokannabinol			2-4 sata	p, o	euforija, povećanje apetita, dezorijetirano ponašanje	unor, paranoja, moguća pshoza	nesanica, hiperaktivnost, ponekad gubitak teka
	hašiš		ne koristi se					
Organska otapala	ulje hašika	haš, šit	ne koristi se					
	inhalanti	snifanje, snifanje ljeplja	ne koristi se	30 minuta	inhaliranje	euforija, glavobolja, mučnina, vrtoglavica, stupor, ubrzani puls	oštećenje pluća, jetre, bubrega, kožne srži, gušenje, anemija, mogući udar, iznenadna smrt	nesanica, povećanje teka, depresija, iritabilnost, glavobolja o - oralno, i - injektiranjem p - pušenjem, s - snifanjem

- Tablica 1. Usporedba zlorabe droga u 1995. i 1999. za 30 europskih država i SAD.
- Tablica 2. Raširenost uporabe droge među srednjoškolcima iz različitih hrvatskih regija u %, 1998.
- Tablica 3. Postotak učenika koji su uzimali različita opojna sredstva u zadnjih 12 mjeseci, prema razredima (1998.).
- Tablica 4. Postotak učenika prema razredima koji su naveli da su uzimali drogu jednom ili više puta (1998.).
- Tablica 5. Prvodošli pacijenti, po godinama dolaska, od početka rada Centra za ovisnosti pri KB "Sestre milosrdnice" do 1990., prema kriteriju opijata kao glavnog ili prvog sporednog sredstva.
- Tablica 6. Prvodošli pacijenti s prebivalištem u RH za razdoblje 1990–2000., u Centru za ovisnosti.
- Tablica 7. Distribucija prvodošlih pacijenata u Centru za ovisnosti, po mjesecima, za razdoblje 1998–2000.
- Tablica 8. Postotak ovisnika o opijatima u Centru za ovisnosti, s obzirom na prvo sredstvo ovisnosti koje su ikad uzeli, za razdoblje 1990–2000.
- Tablica 9. Omjer svih ženskih i muških prvodošlih pacijenata iz Hrvatske za razdoblje 1990–2000.
- Tablica 10. Omjer ženskih i muških heroinskih prvodošlih pacijenata iz Hrvatske za razdoblje 1990–2000.
- Tablica 11. Omjer ženskih i muških opijatskih prvodošlih pacijenata s prebivalištem u gradu Zagrebu za razdoblje 1990–2000.
- Tablica 12. Broj bolnički i ambulantno liječenih ovisnika (MKB IX, F11–F19.), broj liječenja, broj novootkrivenih (prvi put registriranih), te posebno novootkrivenih ovisnika opijatnog tipa u Hrvatskoj u razdoblju od 1976. do 1999.
- Tablica 13. Ukupan broj svih klijenata zajedno, te posebno opijatskih ovisnika liječenih od osnutka Centara za ovisnosti u Hrvatskoj do kraja 2000. (pojedina osoba u čitavom promatranom razdoblju bilježi se samo jednom).
- Tablica 14. Broj bolničkih liječenja ovisnika u 1999.
- Tablica 15. Broj osoba s prebivalištem u četiri navedena grada, liječenih do sada radi zlorabe droga u nadležnim Županijskim centrima.
- Tablica 16. Dosad registrirano opijatskih pacijenata u RH, distribucija po županijama.
- Tablica 17. Prvodošli ovisnici iz grada Zagreba i Zagrebačke županije u Centar za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti za razdoblje 1990–2000.
- Tablica 18. Prvodošli pacijenti u Centar za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti iz četiri grada Zagrebačke županije.
- Tablica 19. Prijavljene, optužene i osuđene punoljetne osobe za kazneno djelo zlorabe opojnih droga iz čl. 173. st. 1. Kaznenog zakona (posjedovanje opojnih droga) za razdoblje 1996–1999.
- Tablica 20. Prijavljene maloljetne osobe za kazneno djelo zlorabe opojnih droga iz čl. 173. Kaznenog zakona za razdoblje 1996–1999.
- Tablica 21. Prijavljene, optužene i osuđene punoljetne osobe za sve modalitete kaznenog djela zlorabe opojnih droga iz čl. 173. Kaznenog zakona, koji se odnosi na zlorabu droga, za razdoblje 1991–1999.

- Tablica 22. Pregled ovisnika prema vrstama droga (razdoblje od 1. 1. do 31. 12. 1999.).
- Tablica 23. Pregled osoba lišenih slobode – ovisnika o psihoaktivnim drogama (razdoblje od 1. 1. do 31. 12. 2000., te na dan 31. 12. 2000.) u odnosu na kaznena djela.
- Tablica 24. Pregled osuđenih osoba – ovisnika o psihoaktivnim drogama – upućenih na izdržavanje kazne u razdoblju od 1991. do 31. 12. 1999.
- Tablica 25. Ovisnici iz RH tretirani u nevladinim organizacijama, terapijskim zajednicama (TZ) u 2000. (podaci prikupljeni dana 31. 12. 2000.).
- Tablica 26. Svi ambulantno liječeni pacijenti koji su tretirani jednom ili više puta tijekom 2000. u Centru za sprječavanje i izvanbolničko liječenje ovisnosti.
- Tablica 27. Distribucija svih pacijenata Centra u 2000. prema glavnom sredstvu.
- Tablica 28. Distribucija opijatskih pacijenata prema tretmanu koji je bio provoden pri zadnjem dolasku u Centar.
- Tablica 29. Distribucija opijatskih pacijenata prema zlorabi glavnog sredstva pri zadnjem dolasku u Centar.
- Tablica 30. Distribucija pacijenata koji ne uzimaju opijate prema zlorabi glavnog sredstva pri zadnjem dolasku u Centar.
- Tablica 31. Opijatski pacijenti s obzirom na rezultat testa za Hepatitis B.
- Tablica 32. Opijatski pacijenti s obzirom na rezultat testa za Hepatitis C.
- Tablica 33. Opijatski pacijenti s obzirom na rezultat testa za HIV.
- Tablica 34. Struktura prvodošlih ovisnika u Centar 2000. prema vrsti droge.
- Tablica 35. Svi ambulantno liječeni pacijenti koji su tretirani jednom ili više puta tijekom 2000. u Centru.
- Tablica 36. Distribucija svih pacijenata Centra u 2000. prema glavnom sredstvu.
- Tablica 37. Distribucija opijatskih pacijenata prema tretmanu koji je bio provoden pri zadnjem dolasku u Centar.
- Tablica 38. Distribucija opijatskih pacijenata prema zlorabi glavnog sredstva pri zadnjem dolasku u Centar.
- Tablica 39. Distribucija neopijatskih pacijenata prema zlorabi glavnog sredstva pri zadnjem dolasku u Centar.
- Tablica 40. Opijatski pacijenti s obzirom na rezultat testa za Hepatitis B.
- Tablica 41. Opijatski pacijenti s obzirom na rezultat testa za Hepatitis C.
- Tablica 42. Opijatski pacijenti s obzirom na rezultat testa za HIV.
- Tablica 43. Broj ovisnika s prebivalištem u gradu Zagrebu prema zdravstvenim ustanovama u kojima su tretirani u 1999.
- Tablica 44. Odnos broja svih muških i ženskih prvodošlih pacijenata liječenih 2000. s prebivalištem u gradu Zagrebu.
- Tablica 45. Tko je inicirao dolazak u Centar, zasebno za sve prvodošle pacijente i posebno samo za opijatske prvodošle, s prebivalištem u gradu Zagrebu tijekom 2000.
- Tablica 46. Radni status svih prvodošlih i samo opijatskih pacijenata s prebivalištem u gradu Zagrebu za 2000.
- Tablica 47. Sadašnji uvjeti života svih prvodošlih pacijenata s prebivalištem u gradu Zagrebu i od toga samo za opijatske za 2000.
- Tablica 48. Vrsta tretmana ili terapije koja je započeta kod prvog dolaska pacijenata s prebivalištem u gradu Zagrebu u 2000.

- Tablica 49. Bračni status prvodošlih pacijenata s prebivalištem u gradu Zagrebu u 2000.
- Tablica 50. Imaju li prvodošli pacijenti u 2000. s prebivalištem u gradu Zagrebu imaju djece.
- Tablica 51. Bračni status roditelja pacijenata s prebivalištem u gradu Zagrebu pri prvom dolasku u Centar za 2000.
- Tablica 52. Trajanje uzimanja opijata od prvog uzimanja do javljanja u Centar, za prvodošle pacijente iz Hrvatske (za koje imamo taj podatak) od 1995. do 2000.
- Tablica 53. Prvo sredstvo koje su ikad uzeli opijatski pacijenti, za sve prvodošle u 2000.
- Tablica 54. Način uzimanja glavnog sredstva (opijata) za prvodošle pacijente u 2000. s prebivališem u gradu Zagrebu.
- Tablica 55. Prosječne dobi početnog uzimanja bilo kojeg sredstva, prvog uzimanja opijata, prvog fiksiranja i dobi kad se javio na liječenje za prvodošle pacijente u 2000. s prebivalištem u gradu Zagrebu.
- Tablica 56. Prosječna dob prvodošlih opijatskih pacijenata iz RH pri prvom dolasku za razdoblje 1990–2000.
- Tablica 57. Broj opijatskih prvodošlih pacijenata u 2000. s prebivalištem u gradu Zagrebu koji su bar jedanput opijate uzeli intravenozno.
- Tablica 58. Broj opijatskih prvodošlih pacijenata u 2000. s prebivalištem u gradu Zagrebu koji su ikada dijelili pribor za intravenozno uzimanje.
- Tablica 59. Prvodošli pacijenti u Centar za ovisnosti pri KB “Sestre milosrdnice” za razdoblje 1998–2000. s obzirom na odnos sa zakonom.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Tablica 64. Broj ovisnika u Poreču za razdoblje od 1995. do 2000.
- Tablica 65. Distribucija porečkih ovisnika po skupinama (za 2000.).
- Tablica 66. Novootkriveni i po prvi puta liječeni ovisnici i konzumenti droga. Podaci Nacionalnog registra liječenih ovisnika, Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Tablica 67. Broj osoba liječenih zbog zlouporabe droga u 2003. godini u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, novootkrivene osobe, novootkriveni ovisnici o opijatima u pojedinim ustanovama (po prvi put uopće registrirani i oni koji su već ranije negdje drugdje registrirani kao novi).

Tablica 68. Broj osoba liječenih zbog zlouporabe droga u 2003. godini u pojedinim centrima, novootkrivene osobe, novootkriveni ovisnici o opijatima u pojedinim centrima (po prvi put uopće registrirani i oni koji su već ranije negdje drugdje registrirani kao novi).

POPIS SLIKA

Slika 1. ESPAD 1999., usporedba stanja u RH s prosjekom svih drugih europskih država, sudionica u istraživanju.

Slika 2. Prvodošli pacijenti za razdoblje 1970–2000. u Centar za ovisnosti pri KB “Sestre milosrdnice”. Posebno su prikazani svi prvi puta liječeni pacijenti, svi opijatski i opijatski s prebivalištem u gradu Zagrebu.

Slika 3. Broj svih prvi puta liječenih pacijenata u Centru za ovisnosti pri KB “Sestre milosrdnice” po godini dolaska za razdoblje 1990–2000.

Slika 4. Omjer pacijenata i pacijentica za opijatske pacijente s prebivalištem u gradu Zagrebu po godini dolaska za razdoblje 1990–2000.

Slika 5. Sastav pacijenata po glavnom sredstvu ovisnosti za sve prvodošle pacijente u Centar za ovisnosti pri KB “Sestre milosrdnice” 2000.

Slika 6. Prosječna dob svih prvodošlih opijatskih pacijenata u Centar za ovisnosti pri KB “Sestre milosrdnice”, za razdoblje 1990–2000.

Slika 7. “PIRAMIDA” – Distribucija populacije u odnosu na zluporabu droga i oblik intervencije prema Nacionalnoj strategiji.

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.

Slika 9. Shema koordinacije provođenja Nacionalnog programa.

Slika 10. Registar osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga HZJZ.

Slika 11. Podjela sredstava ovisnosti, njihova uporaba, zluporaba i djelovanje.

Sažetak



U uvodnom poglavlju autor opisuje zlorabu psihoaktivnih sredstava u kontekstu kvalitete življenja i organizacije suvremene civilizacije koja je sa svojim sustavom moralnih i vrijednosti općenito utjecala na rast ponude i potražnje droga ali i na razvoj sustava kojim bi se taj društveno uvjetovan i ispred svega javno-zdravstveni fenomen držao pod kontrolom i u granicama podnošljivim za zajednicu. U tom smislu navode se osnovni podaci koji opisuju epidemiološku sliku Hrvatske u odnosu na neke druge države Europe.

U drugom poglavlju, uz prikaz mnoštva dostupnih epidemioloških podataka opisuje se kako sama pojavnost tako i karakteristike zlorabe droga u Republici Hrvatskoj. Zahvaljujući dugogodišnjoj tradiciji kvalitetnog epidemiološkog rada, a i samog razvoja sustava za tretman ovisnika, prikazan je trend za posljednjih trideset godina. Jedino je Zagreb imao još 1970. specijalizirani odjel za liječenje ovisnika o (ilegalnim) drogama koji i danas djeluje pri Kliničkoj bolnici "Sestre milosrdnice" u Vinogradskoj ulici 29. Još 1990. pojavnost ovisnika o drogama sa stopom od 0,9 na 1.000 ukupnog stanovništva, bila je vrlo povoljna. Već godinu dana kasnije, vezano uz rat protiv Hrvatske nakon njenog osamostaljenja, kao i zbog tranzicije i neodgovornosti političkog sustava koji nije osigurao pretpostavke za kvalitetno provođenje programa suzbijanja, prati se vrlo brzi rast kako ponude tako i potražnje droga, a s time u vezi i same pojavnosti zlorabe kod mladeži. Tako su i provedena istraživanja (ESPAD) i druga potvrdila da je stanje negdje u prosjeku Europe. Do punoljetnosti (18 godina života) barem jedno iskustvo s uzimanjem neke ilegalne droge imati će nešto manje od 40% tinejdžera. Među njima 2,4% će imati iskustvo s uzimanjem heroina. U sustavu za tretman broj liječenih ovisnika porastao je od stotinjak opijatskih u 1990. na preko 1.000 u 2000. U trećem poglavlju opisuju se temeljna obilježja zlorabe droga i način na koji se u Hrvatskoj razvijao

sustav za kontrolu droga. Detaljno je opisan društveno-politički kontekst u vrijeme tranzicije i privatizacije na "hrvatski način" i njegov utjecaj na promjenu kvalitete života a time i na rast ponude i potražnje droga radi čega se stopa ovisnika od 0,9 na 1.000 ukupnog stanovništva u 1990. povećala na preko 5 u 2004. čime je naša zemlja dostigla pojavnost zemalja Zapada koje su se s tim problemom suočile znatno ranije. Odljev novca u kriminalnu zonu porastao je na oko 2 milijarde kuna godišnje. U tim okolnostima stručnjaci razvijaju Nacionalnu strategiju koju pod pritiskom javnosti i međunarodne zajednice prihvaća Vlada RH i Hrvatski sabor 1996. U četvrtom poglavlju se detaljno opisuju pojedini elementi uravnotežene Nacionalne strategije u okviru dvije njene temeljne sastavnice: Programi smanjenja ponude i programi smanjenja potražnje droga. Naglašeno je kako je zaustavljanje epidemije moguće ponajprije snaženjem mjera sekundarne prevencije koje moraju rezultirati povećanjem broja ovisnika u tretmanu. Tada policiji i drugim elementima represivnog aparata ostaje više vremena i prostora da se, umjesto bolesnicima, bave pravim kriminalcima. Kada se djelotvornom represijom usmjerenom na istraživanje, otkrivanje i sankcioniranje organiziranog kriminala i korupcije smanji ponuda droga, a sustav za tretman smanji broj kriminaliziranih (neliječnih) ovisnika koji nove mlade uvlače u problem, zaustavlja se epidemija, a zaštita mladeži poboljšava se snaženjem primarno preventivnih odgojno-obrazovnih programa kroz školski sustav. Nastavljajući provoditi sva tri spomenuta temeljna programa, zajednica postupno smanjuje broj novooboljelih sprječavajući time da se epidemija ne bi ponovo rasplamsala. U petom poglavlju opisuju se institucionalni uvjeti kao i zadaće pojedinih ustanova u provođenju pojedinih mjera zacrtanih u Nacionalnoj strategiji. Detaljno je opisan Školski program prevencije ovisnosti i njegovih 10 elemenata koji odražavaju vrlo prilagodljiv pristup u odnosu na rizičnost vrlo heterogene populacije djece i mladeži. Opisane su i mjere "izvan školske" prevencije. Detaljno se opisuje suvremena politika tretmana ovisnika, osobito najteže heroinske kategorije. Primjena opijatskih agonista (metadon, kasnije i buprenorfin) na nacionalnoj razini uvedena je 1991. godine. Radi se o poznatom hrvatskom modelu u okviru kojeg je radi uključenosti liječnika opće medicine (dakle decentralizirano) metadon lako dostupan heroinskim ovisnicima. Ovisnici započinju program tretmana kroz lako dostupne lokalne, specijalizirane Centre za izvan bolničko, specijalizirano liječenje ovisnika koji u svom radu surađuju sa svim institucijama koje na bilo koji način dolaze u doticaj s ovisnicima ili sudjeluju u

njihovom tretmanu i rehabilitaciji. Opisani su i programi s orijentacijom na smanjenje štete, koji su pridonijeli da su iv. ovisnici u vrlo malom postotku (ispod 1%) zaraženi HIV infekcijom. Radi kojih je razloga, unatoč potreba građana, u državi vrlo teško osigurati kvalitetno, učinkovito provođenje Nacionalnog programa suzbijanja zlouporabe droga? Na to pitanje autor detaljno odgovara u šestom poglavlju. U dopunjenom, drugom izdanju ove knjige, autor potvrđuje svoje teze da je snažan utjecaj organiziranog kriminala i korupcija upravljačkih elita glavni uzrok teškoća u radu stručnjaka u državnim institucijama koji bi željeli učiniti više i bolje u zaštiti mladeži od pogubnih posljedica zlouporabe droga. Koje su se štetne posljedice dogodile nakon što su 2000. kontrolu nad tim stručnim područjem posredovanjem politike preuzele nekompetentne osobe, isključivo okrenute osobnim interesima, detaljno je opisano u sedmom poglavlju. Opisan je i način na koji je djelovala ta nova garnitura pokretanjem procesa marginalizacije stručnjaka koji je kulminirao medijskim linčom autora u proljeće 2003.

Ključne riječi: *zlouporaba droga, ovisnost, strategija kontrole droga, Nacionalni program, epidemiologija droga, prevencija ovisnosti, liječenje ovisnosti, školska prevencija ovisnosti, programi smanjenja ponude, programi smanjenja potrošnje, supstitucija metadonom, drogni kriminal, centri za tretman ovisnosti*

Summary





In the introductory chapter, the author describes the abuse of psychoactive substances in the context of the quality of life and of the organisation of contemporary civilisation which has, in general, together with its system of moral and general values, influenced the growth of drug supply and demand but also the development of the system by means of which that socially conditioned and before all, public health phenomenon would be kept under control and within the limits bearable for the community. In that sense, the elementary data are stated to describe the epidemiologic picture of Croatia in relation to some other countries of Europe.

The second chapter, with numerous available epidemiologic data, describes the very manifestation and the characteristics of drug abuse in the Republic of Croatia. Thanks to many-year tradition of a high-quality epidemiologic work, and also the very development of the addict treatment system, a trend of the latest thirty years has been presented. As early as in 1970, it was only Zagreb to have a specialised department for (illicit) drug addict treatment which is still active with the Clinical Hospital of “*Sestre Milosrdnice*” in the street of Vinogradska no. 29. In 1990, the phenomenon of drug addicts with the rate of 0.9 on the total of 1,000 inhabitants, was still very favourable. After only a year later, connected with the war against Croatia, after its obtaining independence, and due to the transition and irresponsible political system which has not provided for the assumptions of a qualitative implementation of the program of control, a very fast growth can be followed of the drugs supply and demand, as well, and in that respect, the very phenomenon of the abuse in the young. So, the carried out (ESPAD) researches and others confirmed that the state is somewhere at the average of Europe. Up to the legal age (of 18), somewhat less than 40%

of teenagers will have at least one experience with taking some illicit drug. Among them, 2.4% will have experience with taking heroin. Within the treatment system, the number of treated addicts has increased from some hundred of opiate addicts in 1990, to more than 1,000 in the year of 2000. In the third chapter, the elementary characteristics of drugs abuse are described and the way in which the drug control system has been developed in Croatia. A detailed description of the socially-political context at the time of transition and privatisation "in the Croatian way" was presented and its influence on the change of the quality of life, and through that, on the growth of supply and demand of drugs due to what the rate of addicts was increased from 0.9 on 1,000 of the total number of inhabitants in 1990, to more than 5 in 2004, by means of what our country achieved the phenomenon of the Western countries which had been confronted with the problem considerably earlier. The flow of money to a criminality zone increased to about 2 milliards Kuna per year. In such circumstances, the experts develop the National Strategy which was, under the pressure of the public and international community, accepted by the Government of the Republic of Croatia and the Croatian Parliament in 1996. In the fourth chapter, particular elements of the balanced National Strategy are described within its basic components: the programs of supply reduction and the programs of drug demand reduction. It has been emphasised that stopping the epidemic is possible, in the first place, by empowering the measures of the secondary prevention which must result in the increase of the number of addicts within the treatment. Then, more time and space would be left to the police and other elements of the repressive machinery to deal with real criminals instead of the patients. When, by means of effective repression directed to research, discovery and sanctioning of organized crime and corruption, the drug supply is reduced, and the treatment system reduces the number of criminalised (non-treated) addicts who draw the new young people into the problem, the epidemic is being stopped, and the protection of the youth is improved by strengthening of primarily preventive educational programs through the school-system. Continuing to implement all the three mentioned elementary programs, the community gradually reduces the number of the new cases, preventing through that the epidemic to blaze up again. In the fifth chapter, the institutional conditions as well as the tasks of particular institutions in

the implementing of individual measures foreseen within the National Strategy are described. The school program of addiction prevention and its 10 elements reflecting very adjustable approach in relation to the risk of a very heterogeneous population of children and youth has been described in detail. School prevention, before all, is the education for healthy and risk free behaviour. The focus of preventive program, for purpose of achieving the objectives, is not drug and drug taking consequences (it is but one of the items of the program), but a child, the young person who should be helped during the process of growing up to adopt and respect the set limits, to determine his/her "orientation" and empower it in order to resist to negative effects of the surroundings. One described also the measures of an "out-of-school" prevention. The contemporary policy of addict treatment is described in detail., especially that of the most difficult heroin category. The application of the opiate agonists (methadone, later on also buprenorphine) at the national level was introduced in 1991. It is the question of the known Croatian model within which, due to the inclusion of the general practitioners (meaning decentralisation), methadone is easily accessible to heroine addicts. The addicts start with the treatment program through local, specialised out-patient centres, for specialised treatment of the addicts, and they cooperate in their work with all the institutions which get in any way into touch with addicts or participate in their treatment and rehabilitation. The programs with the damage reduction orientation have been described, which contributed that the iv addicts are in a very small percentage (below 1%) HIV infected. What are the reasons due to which it is very difficult to provide for high-quality, efficient implementing the National Program of drug abuse in the country in spite of the needs of the citizens? The author replies that question in detail in the sixth chapter. In the supplemented, second edition of this book, the author confirms his theses that the powerful influence of the organized crime and corruption of the managing elites is the main cause of difficulties in the work of professionals in the government institutions who would like to do more in the protection of the youth from fatal consequences of drug abuse. In the annex to the sixth chapter, the harmful consequences are described, which occurred in the year of 2000 after taking over the control of this professional domain by incompetent persons directed to the own personal interests, by mediation of the politics. The way in

which this new “set” acted by initiating the process or the marginalisation of the experts what culminated by the media lynch of the author, in spring of 2003.

Key words: *drug abuse, addiction, drug control strategy, National drug control programme, drug policy, drug epidemiology, drug treatment, drug prevention, school drug prevention, drug supply reduction, drug demand reduction, methadone maintenance, drug crime control, drug treatment center*

Bilješka
o
autoru



Rođen 1947. u M. Krčniku, općini D. Miholjac, osnovnu školu, gimnaziju kao i Medicinski fakultet (1971.) završio u Zagrebu. Oženjen, otac dvoje djece, živi i radi u Zagrebu. Zaposlen u KB "Sestre milosrdnice", na Klinici za psihijatriju, u Zagrebu kao voditelj Odjela ovisnosti, a u dijelu radnog vremena na Sveučilištu u Zagrebu i Institutu društvenih znanosti "Ivo Pilar". Specijalistički ispit iz neurologije i psihijatrije položio 1976. Zvanje primarius priznato mu je 1987., magistar znanosti postao je 1980. a doktorirao je 1987. Viši je znanstveni suradnik i redoviti profesor na Sveučilištu u Zagrebu. Suradnik Hrvatske akademije medicinskih znanosti od 1994., član je New York Academy of science.

Godine 1991. imenovan je za Predsjednika (stručne) Komisije za suzbijanje zlorabe droga Ministarstva zdravstva, a od 1995. do 2000. obavlja dužnost predsjednika Komisije za suzbijanje zlorabe droga Vlade Republike Hrvatske. Savjetnik je potpredsjednika Vlade RH za pitanja prevencije ovisnosti do 2000. Kreator je Nacionalne strategije suzbijanja zlorabe droga u RH. Godinama radi na razvoju i implementaciji Nacionalnog programa, posebno sustava za školsku prevenciju i sustava za terapiju. Epidemiologijom ovisnosti bavi se od 1974. kada je započeo s vođenjem Republičkog registra liječenih alkoholičara. Od 1993. član je eksperata za epidemiologiju droga pri Pompidou Group, Council of Europe (Strasbourg) i ispred Hrvatske imenovan je permanentnim korespondentom u svezi programa te grupe do 2002. Imenovani je stalni sudski vještak psihijatrijske struke.

Godine 1995. voditelj kolegija "Zaštita duševnog zdravlja i bolesti ovisnosti" na poslijediplomskom studiju i specijalizaciji obiteljske medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, predavač na poslijediplomskoj izobrazbi liječnika školske medicine.

Od 1996. voditelj kolegija "Tretman ovisnika" na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Slavko Sakoman
Društvo bez droge?

Voditelj kolegija “Psihologija ovisnosti” i “Psihopatologija” na Hrvatskim studijima od 1998.

Sudjelovao u radu brojnih stručnih i znanstvenih skupova u zemlji i inozemstvu, vodio nekoliko znanstveno-istraživačkih projekata, objavio brojne stručne i znanstvene radove, četiri knjige, a kao koautor još 9 knjiga.

Biblioteka STUDIJE, knjiga 5.

DRUŠTVO BEZ DROGE?
Hrvatska nacionalna strategija
(drugo dopunjeno izdanje)

Urednik:

Vlado Šakić

Recenzenti:

Ivan Rogić

Zora Raboteg-Šarić

Nakladnik:

Institut društvenih znanosti Ivo Pilar

Lektura:

Stjepan Čuić

Korektura:

Anka Mišetić

Dizajn:

Zlatko Rebernjak

Grafička priprema:

TERCIJA, Božidara Magovca 15, Zagreb

Tisak:

ITG, Dalmatinska 12, Zagreb

Naklada:

300 primjeraka