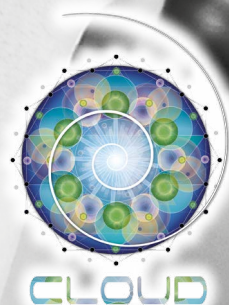


**Izazovi izgradnje cjelovitog pristupa  
prevenciji ovisnosti te liječenju,  
resocijalizaciji i socijalnoj reintegraciji  
ovisnika u Republici Hrvatskoj  
- Analiza stanja i potreba te iskustava  
Primorsko-goranske županije**



**CLOUD**

Izazovi izgradnje cjelovitog pristupa  
prevenciji ovisnosti te liječenju,  
resocijalizaciji i socijalnoj reintegraciji  
ovisnika u Republici Hrvatskoj  
- Analiza stanja i potreba te iskustava  
Primorsko-goranske županije

**Naslov:**

Izazovi izgradnje cjelovitog pristupa prevenciji ovisnosti te liječenju, resocijalizaciji i socijalnoj reintegraciji ovisnika u Republici Hrvatskoj  
- Analiza stanja i potreba te iskustava Primorsko-goranske županije

**Urednik:**

Dr. sc. Darko Roviš

**Lektura:**

Jelena Škalac, mag. edu.

**Nakladnik:**

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije

**Tisak i dizajn:**

WIWO

**Godina i mjesto izdanja:**

2016., Rijeka

Publikacija je nastala u sklopu projekta "Cjelovit pristup liječenju te socijalnoj i ekonomskoj reintegraciji ovisnika o drogama - CLOUD", koji je sufinanciran iz Instrumenta pretprijetne pomoći u okviru Operativnoga programa IPA Slovenija-Hrvatska 2007. – 2013. Europske unije.

Sadržaj ove publikacije isključivo je odgovornost autora.

ISBN 978-953-7957-50-6

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Sveučilišne knjižnice Rijeka pod brojem 131001023

# SADRŽAJ

---

<b>1. PREGLED STANJA I TRENDOVA U ZLOUPOTREBI SREDSTAVA OVISNOSTI NA GEOGRAFSKOM PODRUČJU.....</b>	<b>11</b>
1.1 Pojavnost i kretanje ovisnosti o psihoaktivnim drogama u Republici Hrvatskoj (Marina Kuzman) .....	13
1.2 Izazovi novih psihoaktivnih tvari (Dijana Jerković) .....	33
1.3 Doping i droga u Hrvatskoj (Uroš Šuljić).....	45
1.4 Seroprevalencija hepatitisa C i HIV virusa među ovisnicima o drogama testiranim u sklopu projekta IPA CLOUD (Dolores Peruč) .....	51
1.5 Inovativni modeli praćenja zlorabotrebte ilegalnih droga temeljem analize metabolita u otpadnim vodama: iskustva iz Europe i svijeta (Paula Žurga).....	68
<b>2. ANALIZA JAVNOZDRAVSTVENOG SUSTAVA U HR TE MEĐUNARODNA ISKUSTVA.....</b>	<b>69</b>
2.1 Analiza javnozdravstvenog sustava u liječenju ovisnosti o drogama u Republici Hrvatskoj (Slavko Sakoman) .....	71
2.2 Prevenijski kapaciteti i primjeri dobre prakse u Primorsko-goranskoj županiji i Republici Hrvatskoj (Darko Roviš, Josipa Bašić, Andrea Mataija Redžović).....	85
2.3 Razvoj <i>harm reduction</i> programa i programa resocijalizacije ovisnika: prikaz mreže programa u Primorsko-goranskoj županiji i RH (Ilinka Serdarević).....	105
<b>3. ANALIZA POTREBA U PODRUČJU PREVENTIVNIH PROGRAMA, LIJEČENJA OD OVISNOSTI I RESOCIJALIZACIJE .....</b>	<b>121</b>
3.1 Procjena stanja i potreba u području preventivnih programa u Republici Hrvatskoj (Valentina Kranželić, Martina Ferić, Dijana Jerković).....	123
3.2 Ispitivanje resocijalizacijskih potreba ovisnika s područja Primorsko-goranske županije (Sanja Filipović, Džejn Kazandžić Kovačević, Snježana Božić) .....	139



# IZAZOVI IZGRADNJE CJELOVITOG PRISTUPA PREVENCIJI OVISNOSTI TE LIJEČENJU, RESOCIJALIZACIJI I SOCIJALNOJ REINTEGRACIJI OVISNIKA U RH - ANALIZA STANJA I POTREBA TE ISKUSTAVA PRIMORSKO- GORANSKE ŽUPANIJE

## Predgovor

Zloupotreba droga i, posljedično, ovisnost jedan je od vodećih javnozdravstvenih problema suvremenog društva. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction navodi kako je 80 milijuna Europljana konzumiralo neku drogu barem jednom u životu, dok se 1,4 milijuna smatra problematičnim korisnicima opijata. Posljednjih dvadesetak godina Republika Hrvatska svjedočila je razvoju epidemije ovisnosti (1990. godine liječeno 1340 osoba; 2006. godine liječeno 7427). I dok su neki temelji zdravstvene skrbi postojali u društvu od ranije, sustav istraživanja, praćenja, prevencije, liječenja, smanjenja šteta i resocijalizacije razvijao se kao odgovor na rastući društveni problem. Primorsko-goranska županija bila je jedna od županija s najizraženijim problemom ovisnosti te je, kao odgovor na ovaj problem, rano započela s razvojem brojnih lokalnih inicijativa i programa. Mnogi od njih prepoznati su i preuzeti i u drugim krajevima Hrvatske kao i na nacionalnoj pa i europskoj razini. Danas, kad je ta epidemija zaustavljena, pravo je vrijeme za pogled unatrag i osvrt na epidemiološku sliku, nove trendove te ocjenu sustava prevencije, liječenja te socijalne i ekonomske reintegracije ovisnika u Primorsko-goranskoj županiji i Republici Hrvatskoj.

S ciljem izrade povijesno utemeljene analize stanja okupljen je tim stručnjaka u kojemu su najznačajniji stručnjaci iz zagrebačkog i riječkog Zavoda za javno zdravstvo, Ureda za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske,

Sveučilišta iz Zagreba i Rijeke, Hrvatskog toksikološkog zavoda i nevladinih organizacija poput udruge Terra i udruge za pomoć ovisnicima Vida i dr.

Pred vama je rezultat rada na projektu pod nazivom „Cjelovit pristup liječenju, resocijalizaciji i socijalnoj reintegraciji ovisnika o drogama“ (IPA CLOUD). Riječ je o prekograničnom projektu koji povezuje stručnjake iz akademskog, javnozdravstvenog i nevladinog sektora na obalno-kraškom području u Sloveniji i Primorsko-goranskoj županiji u Hrvatskoj. U posljednjih 25 godina nekad dobra suradnja stručnjaka javnog zdravlja i znanstvenika iz tog područja s obiju strana granice smanjena je zbog prekinutih razvojnih i političkih puteva. Jedan od ciljeva ovog projekta bio je načiniti analizu stanja i procjenu potreba u sveobuhvatnom pristupu prevenciji, liječenju i resocijalizaciji ovisnika.

Brzi pregled ključnih nalaza pokazuje kako je u Republici Hrvatskoj posljednjih dvadesetak godina:

- A. razvijen vrlo dobar **sustav epidemiološkog praćenja i procjene navika korištenja** sredstava ovisnosti kao i sustav dojavljivanja novih droga. Uz nacionalni Registar ovisnika, koji postoji još od 70-ih godina danas je funkcionalan i nacionalni sustav dojavljivanja novih droga na tržištu Republike Hrvatske koji uz provedbu više nacionalnih i europskih istraživanja čine čvrstu osnovu sustava praćenja i razumijevanja problema kao preduvjeta za donošenje odluka, planiranje javnih politika i intervencija. Vrijedi spomenuti kako se posljednjih nekoliko godina Republika Hrvatska pridružila nekolicini europskih zemalja koje su testirale mogućnosti monitoringa potrošnje droga praćenjem njihovih metabolita u otpadnim vodama, što nesumnjivo predstavlja dopunu ovom sustavu s ciljem preciznijeg praćenja i procjene razmjera zloupotrebe ilegalnih droga. Analizama koje je do sad proveo Institut „Ruđer Bošković“ na uzorcima otpadnih voda grada Zagreba i Zadra upravo u okviru spomenutog projekata, pridružio se i Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije (NZJZ PGŽ-a). Nastavni zavod za javno zdravstvo uz pomoć stručnjaka iz Centra za forenzična ispitivanja, istraživanja i vještačenja „Ivan Vučetić“ uspješno je integrirao redovne javnozdravstvene metode zdravstveno-ekološkog nazora okoliša poput uzorkovanja otpadnih voda u gradu Rijeci te upotrebe masene spektrometrije u analizi metabolita droga u urinu i otpadnim vodama.
- B. **sustav prevencije** u 90-im godinama počivao je na lokalno kreiranim preventivnim programima koji su potekli iz nevladinog sektora. Uslijedio je razvoj okvira za školske preventivne programe, a sustav je od 2005. godine dodatno ojačan mrežom županijskih zavoda za javno zdravstvo i službama za metalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje

ovisnosti s mandatom jačanja prevencije i rane detekcije rizičnih ponašanja. Danas, uz lokalno razvijene, u Hrvatskoj nalazimo i brojne primjere implementacije najboljih svjetskih model-programa utemeljenih na znanosti i dokazima učinkovitosti poput PATHS-RASTEM, Treening Životnih Vještina (TŽV), Program BUBA (poznat kao „Northland Project“), Unplugged i dr. Javnozdravstveni model primjene ovakvih programa, s populacijskim obuhvatom i iznimnom dugotrajnosti (TŽV), krenuo je 2005. godine iz Primorsko-goranske županije te se danas provodi u još četiri druge županije. Jačanje preventivskih kapaciteta, prije svega ljudskih, katalizirano je brojnim inicijativama u području neformalnog i cjeloživotnog usavršavanja Ureda za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske kao i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Primjeri specijalističkog studija „Promocije zdravlja i prevencije ovisnosti“ na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci te doktorskog studija „Preventivskih znanosti“ na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu pokazuju jasnu orijentaciju ka sustavnom jačanju kapaciteta i izgradnji preventivske infrastrukture kao preduvjeta učinkovitije prevencije i suzbijanja ovisnosti. Brojna iskustva izgradnje javnozdravstvenog sustava prevencije, liječenja i resocijalizacije ovisnika kao i iskustva iz spomenutog specijalističkog studija u velikom su dijelu pretočena u novoformirane i akreditirane programe cjeloživotnog učenja. Stručnjacima koji rade s djecom i mladima od sada će kao rezultat ovog projekta na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci biti dostupni programi cjeloživotnog usavršavanja na temu „Preventivske strategije i programi utemeljeni na znanosti i dokazima“, te „Promocija zdravlja razvojem socio-emocionalnih kompetencija u školskom okruženju“.

- C. Hrvatski decentralizirani **javnozdravstveni model skrbi**, s naglaskom na izvanbolničko liječenje ovisnosti u suradnji s nevladinim sektorom, ponajprije u području **privlačenja ovisnika, smanjenja šteta i resocijalizacije** pokazao je izvrsne rezultate. Usmjerenost sustava na čim ranije otkrivanje konzumenata droga i ovisnika te privlačenje i uključivanje u programe liječenja s ciljem što dužeg zadržavanja u procesu liječenja, rezultiralo je smanjenjem broja novoprijavljenih ovisnika (2001–2015) od otprilike 80%, vrlo niskim stopama HIV-infekcija i infekcija hepatitisom te smrtnosti ovisnika u Europi.



EU u nizu dokumenta potiče razvoj i primjenu inovativnih biomedicinskih tehnologija u svrhu unaprjeđenja zdravlja stanovništva, a kako u Hrvatskoj postoje značajni resursi i znanja upravo u ovim područjima, spomenutim projektom potaknuta je suradnja različitih odjela i organizacija što je rezultiralo iskorakom ka transdisciplinarnim istraživanjima vezanim uz skrb o ovisnicima. U okviru znanstveno-istraživačkog radnog paketa provedeno je pilot-istraživanje interakcija gena i okoliša u dijelu procjene povezanosti genetičkih i epigenetičkih biljega vezanih uz osjetljivost serotoninskog sustava neurotransmitera u postadolescentnoj dobi te psihosocijalnih uvjeta života, odrastanja i psihopatoloških ishoda. Interakcije genetičkih, epigenetičkih i okolinskih faktora nude mogućnost boljeg razumijevanja etiologije, fenomenologije i dijagnostike, kao i razvoja ciljanih tretmana i oporavka, kako za bolesti ovisnosti tako i za cijeli niz anksiozno-afektivnih bolesti, poremećaja hranjenja i dr.

U mnogočemu zbir ovih iskustava zaista predstavlja jedinstveni hrvatski model koji se pokazao uspješnim u kontroli epidemije koja se dogodila krajem 90-ih godina odnosno na prijelazu milenija. Sustavi istraživanja, praćenja, liječenja i resocijalizacije ovisnika intenzivno su se razvijali proteklih godina te se i dalje razvijaju pa je iznimno važno nastaviti jačanje njihovih individualnih, organizacijskih i institucionalnih kapaciteta te osnažiti unutarnje i prekogranično povezivanje.

U tom smislu, niže potpisani konzorcij organizacija, upućuje svim ključnim dionicima u hrvatskom društvu sljedeći

### **Poziv za akciju**

Predlaže se sljedeće:

1. Osnažiti nacionalni sustav praćenja problematike izgradnjom jedinstvenog sustava indikatora rizičnih ponašanja i mentalnog zdravlja djece i adolescenata kao podloge za planiranje sustavnijih mjera rane detekcije rizičnih ponašanja i ciljanih preventivnih intervencija.
2. Poticati unutarnje i prekogranično povezivanje, izmjenu znanja i iskustava na lokalnoj razini kao i izgradnju prekograničnih partnerstva pokretanjem zajedničkih stručnih, programskih i projektnih platformi za aktivnosti u području prevencije, liječenja i resocijalizacije te u nastupanju prema trećim stranama poput europskih fondova i međunarodnih organizacija.
3. Smanjenjem zloupotrebe opijata, posebice heroina, otvara se prostor za jačim angažmanom u području prevencije i suzbijanja zloupotrebe supsticijske terapije, lijekova, „novih droga“, kao i nesupstancijalnih ovisnosti

poput kockanja, ovisnosti o internetu i dr. Veću pažnju potrebno je usmjeriti razvoju novih, dostupnih i prilagodljivih programa resocijalizacije i socijalne reintegracije utemeljenim na stvarnim potrebama korisnika kao i lokalne zajednice. Veliki potencijali nalaze se u poticanju socijalnih zadruga i socijalno poduzetničkih projekata nevladinog sektora i samih korisnika.

4. Osnažiti sustav podrške provedbi programa prevencije utemeljenih na standardima kvalitete i kvaliteti implementacije. Potrebno je nastaviti i osnažiti inicijative stvaranja registra programa dobre prakse i registra vrednovanih intervencija usmjerenih jačanju vidljivosti, dostupnosti i diseminaciji postojećih modela dobre prakse. Jednako tako te s istim ciljem važnim se čini stvoriti nacionalni okvir za poticanje vrednovanja preventivskih programa. S ciljem jačanja preventivskih kapaciteta, prije svega ljudskih, kao katalizatora razvoja ostalih, važno je osnažiti postojeće formalne i neformalne oblike stručnih usavršavanja te poticati razvoj novih.
5. Proizvoljnost i pristup „opće prakse“ najviše štete čine preventivskim stručnjacima i njihovim korisnicima jačajući predrasude o tome kako „ništa ne funkcionira“.

U ime potpisanih organizacija:

Dr. sc. Darko Roviš, prof. soc. ped.

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Nastavni Zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije

Udruga za pomoć ovisnicima Vida, Rijeka



# 1

---

## PREGLED STANJA I TRENDOVA U ZLOUPOTREBI SREDSTAVA OVISNOSTI NA GEOGRAFSKOM PODRUČJU



# 1.1. POJAVNOST I KRETANJE OVISNOSTI O PSIHOAKTIVNIM DROGAMA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Prim. dr. sc. Marina Kuzman, prof., dr. med.  
Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

## Uvod

Ovisnost o psihoaktivnim tvarima dugi je niz godina bila jedina vrsta ovisnosti koja je privlačila pozornost javnosti, zahtijevala organizirani multisektorski pristup u sprječavanju nastajanja te posljedica, kao i značajne resurse u suzbijanju proširenosti i neželjenom utjecaju na pojedince i društvo. Općeprihvaćena definicija ovisnosti podrazumijeva opsesivnu zaokupljenost ili prekomjerenu fizičku ili psihičku ovisnost o drogama ali i drugim tvarima kao što su alkohol i pušenje duhana, uključujući danas u širem smislu i ovisnost o videoigricama, klađenju, kockanju, internetu, jelu, pornografiji i sl. U medicinskoj terminologiji ovisnost je stanje u kojem tijelo ovisi o nekom sredstvu za normalno funkcioniranje, a ako se organizmu to sredstvo uskrati, dolazi do sindroma ustezanja (apstinencije). Razvoj ovisnosti povezan je i s razvojem tolerancije.

Aktivnosti koje potencijalno mogu dovesti do ovisnosti u početku donose zadovoljstvo, ali kontinuirana uporaba/ponavljanje postaje prisilno te postupno sve više ometa svakodnevne aktivnosti i život, interferira s odgovornostima, radnim obvezama, odnosima ili zdravljem. Istodobno, osobe nisu svjesne, ne žele i ne mogu prepoznati da ponašanje izmiče kontroli i uzrokuje probleme njima i drugima. Ovisnost može biti i psihička i fizička. Psihička ovisnost definira se kao osjećaj zadovoljenja i duševni nagon koji zahtijeva povremeno ili trajno uzimanje sredstva radi stvaranja ugone ili izbjegavanja neugode. Fizič-

ka ovisnost stanje je prilagodbe na sredstvo ovisnosti koje se očituje fizičkim poremećajima nakon prestanka uzimanja sredstva ovisnosti. Ti se poremećaji sastoje od tjelesnih simptoma koji mogu biti lakši ili teži, a specifični su za svako sredstvo i nazivaju se apstinencijski sindrom ili sindrom ustezanja.

O etiologiji ovisnosti odnosno zlouporabi sredstava ovisnosti postoji mnogo teorija koje su se mijenjale slijedeći razvoj socioloških, psiholoških, bioloških te neuroznanstvenih saznanja i otkrića. Danas se ovisnost smatra medicinskim entitetom i to se odražava u današnjem prihvaćanju ovisnosti kao medicinskog poremećaja. Droge djeluju na središnji živčani sustav i mogu mijenjati mišljenje, osjećanje i ponašanje osobe koja ih je uzela interferirajući u normalni sustav oblikovanja, slanja i procesiranja moždanih impulsa. Po svom djelovanju psihoaktivne droge mogu se razvrstati na psihodepresore, psihostimulatore, halucinogene i droge miješanog djelovanja.

U ljudskom mozgu nalazi se dio evolucijski primitivnih moždanih struktura (nukleus akumbens, hipokampus, hipotalamus, limbička kora) koje zajednički čine limbički sustav. Te su moždane strukture odgovorne za emocije, motivaciju, osjećaj straha, ljutnje i tjeskobe. Ovaj sustav kontrolira i primarne nagone kao što su potreba za hranom, pićem, spolni nagon i sl. te se smatra odgovornim za održanje i opstanak vrste. Zadovoljenjem primarnih potreba (npr. zadovoljenjem osjećaja gladi), podražavaju se strukture unutar limbičkog sustava, podiže se razina dopamina te se stvara osjećaj nagrade, ugone i zadovoljstva koji je temeljno vrlo važna biološka sila našeg opstanka. Mozak te emocije pohranjuje i „pamti“ kao obrasce nagrade i ugone (ili neugode ako nagon nije zadovoljen). Upravo su ti procesi unutar limbičkog sustava zapravo ključno zbivanje u fenomenu razvoja ovisnosti. Uzimanjem sredstava ovisnosti preko specifičnih receptora na mozgu umjetno se aktiviraju centri ugone, podiže se razina dopamina i postiže se prolazan osjećaj ugone odnosno nagrade. Taj osjećaj mozak pamti kao ugodan doživljaj i informaciju pohranjuje u centrima zaduženim za dugoročno pamćenje i učenje. „Pamćenje“ mozga aktivira obrazac naučenog ponašanja te uvjetuje stalno i ponovljeno uzimanje sredstva ovisnosti kako bi se osjećaj ugone ponovo postigao. Tako ovisnost postaje proces koji sam sebe podržava.

Kod kronične bolesti ovisnosti, zbog tolerancije na velike doze droge, prilikom uzimanja sredstava ovisnosti osjećaj ugone više se ne postiže. Ovisnik uzima drogu isključivo radi izbjegavanja neugode odnosno uklanjanja simptoma apstinencijske krize. Zbog te vezanosti uz promjene u strukturi i funkciji mozga danas se ovisnost smatra kroničnom moždanom bolešću.

Osim izravnog djelovanja droge na moždano funkcioniranje i strukture smatra se da na neke oblike ovisničkog ponašanja djeluju i genski čimbenici. Genetski predisponirani pojedinci mogu postati ovisni i vrlo brzo s vrlo kratkim vremenom progresije od zlouporabe do ovisnosti.

U nastanku ovisnosti, osim neurokemijskih i neuroanatomskih promjena, ulogu ima i postojanje drugih psihijatrijskih bolesti i poremećaja. S ovisnošću se povezuju i drugi psihijatrijski poremećaji, a najčešće su to poremećaji raspoloženja, anksioznost, poremećaj pažnje s hiperaktivnošću, poremećaji osobnosti te depresija. Nedvojbeno je da na kompleksni nastanak ovisnosti utjecaj ima i kontekst odnosno okolina u kojoj osoba živi i koja je oblikuje.

Sociološke teorije su, osobito prije neurobioloških saznanja, s različitih aspekata pokušale razjasniti i analizirati uzroke razvoja ovisnosti. No one nisu uzimale u obzir izravni farmakološki utjecaj sredstava ovisnosti kao ni osobna i kulturološka iskustva. Često su se oslanjale na moralistički pristup u kojem se ovisnost smatrala odrazom karakterne slabosti. Neki elementi tih modela, kao što je pravo na osobni izbor, i dalje se primjenjuju u pristupu i nekim načinima tretmana ovisnika.

## Ovisnosti nekad i danas

Skлонost ljudi prema sredstvima koja mogu uzrokovati ovisnost registrirana je i u najstarijim povijesnim dokumentima. Psihoaktivne tvari rabili su i svećenici u religijskim ceremonijama, liječnici u svrhu liječenja ili olakšavanja boli te opća populacija na društveno prihvatljiv ili neprihvatljiv način. Rizični načini uporabe psihoaktivnih tvari opisani su već u Aristotelovo doba, a uvođenje pojmova ovisnosti pripisuje se kalvinistima koji su pokušali objasniti opijanje i posljedični gubitak kontrole. Opijum su iz čahura maka uzgajali i proizvodili još Asirci i Egipćani, a bogataši mnogih civilizacija upotrebljavali su ga rekreativno. Halucinogene biljke i prirodni stimulansi kao što je lišće koke bili su dio kulture i života naroda u Srednjoj i Južnoj Americi.

Problem ovisnosti postao je razvidan postupno. Već krajem devetnaestog stoljeća poduzete su zakonske mjere o označavanju, registriranju i zlouporabi posebice opijuma u Sjedinjenim Američkim Državama. Iz današnje perspektive vrlo davno, prema povijesnim dokumentima već je 1930. većina saveznih američkih država zahtijevala neki oblik edukacije o drogama u školama. Uporaba droga poput heroína, marihuane i stimulansa bila je česta u Vijetnamskom ratu. Procjenjuje se da je 10–15% američkih vojnika bilo ovisno o drogama. Tijekom pedesetih godina prošlog stoljeća uporaba marihuane, amfetamina i kokaina se povećala. Proizvodnja heroína (opijumskog maka) koncentrirala se u nekoliko zemalja svijeta kao što su Afganistan, Burma, Meksiko, Turska, Laos.

U posljednjim godinama opaža se neočekivan porast broja, vrste i raspoloživosti novih psihoaktivnih tvari u Europi. Samo u 2014. godini sustav ranog upozoravanja EMCDDA izvijestio je o 101 novoj tvari (katinoni, kanabinoidi, fentilamini, opiodi, triptamini, benzodiazepini i dr.)



Do prije desetak godina samo je ograničen broj tih sintetičkih tvari bio na ilegalnom tržištu uglavnom s djelovanjem kakvo imaju ecstasy ili amfetamini („dizajnerske droge“). Kako su sastavnice tih droga nekontrolirane tvari kojima je omogućen legalni uvoz, nije moguća ni kontrola proizvodnje ni potrošnje. Ključno za uspjeh naglo rastućeg tržišta mogućnost je otvorene, legalne prodaje u specijaliziranim dućanima kao i na internetu. Prodaju se kao „dodaci prehrani“ ili „osvježivači prostora“, a dio proizvoda nije namijenjen rekreativnoj uporabi ili kao nadomjestak za djelovanje poznatih droga, već populaciji koja želi postići stimulaciju „tijela i uma“, odnosno stvara novu podgrupu ovisničke populacije. Zbog nemogućnosti kontrole udio aktivne tvari u tim je sredstvima nepoznat, a mogu izazvati niz ozbiljnih posljedica i intoksikacija.

Praćenje pojave i kretanja broja i značajki osoba koje su ovisnici ili redovni konzumenti ilegalnih tvari ključan je podatak za svaku zemlju koja želi oblikovati i provesti strategije i mjere prevencije te suzbijanja nastanka i posljedica ovisnosti.

Iako se problem ovisnosti prosuđuje s mnogih aspekata – od adolescentnog eksperimentiranja, legalnih i socijalnih problema, teškoća obrazovanja, zapljena i dr., jedini pouzdani harmonizirani kriterij koji se u rutinskom prikupljanju podataka može kontinuirano pratiti je broj onih koji se liječe ili u sustavu zdravstva ili u nekoj od nevladinih udruga i organizacija.

## **Epidemiologija ovisnosti u Republici Hrvatskoj**

Kretanje i značajke osoba koje su na bilo kojem obliku tretmana u sustavu zdravstva, kao i u terapijskim zajednicama u Republici Hrvatskoj, prati se već dugi niz godina koristeći podatke iz „Registra osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga“ u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo. Podaci se prikupljaju iz bolničkih ustanova (hospitalizirani i ambulantno liječeni pacijenti) te iz specijaliziranih Službi za prevenciju ovisnosti iz županijskih zavoda za javno zdravstvo. Podaci pristižu i iz većine terapijskih zajednica koje provode tretman ovisnika. U svrhu standardizacije pristupa i olakšanog protoka podataka, kao i omogućavanje lokalne obrade podataka u Hrvatskoj je kreirano jedinstveno programsko rješenje kojim se koriste sve službe za prevenciju ovisnosti u zavodima za javno zdravstvo.

Temeljna je zadaća „Registra“ praćenje pojavnosti zlouporabe psihoaktivnih droga, značajki osoba koje su zbog zlouporabe liječene te njihovo korištenje sustava za liječenje. Osobe se identificiraju i sve se prijave boravka i/ili tretmana akumuliraju na državnoj razini te omogućuju individualizirano praćenje što onemogućava višestruko registriranje osoba.

Podaci se koriste i za Nacionalni informacijski sustav za droge te ispunjavanje obaveza prema Europskoj agenciji za praćenje droga (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction), i to za indikatore tretmana ovisnosti, zaraznih bolesti povezanih s ovisnošću, smrti zbog ovisnosti te problematične uporabe droga.

Iako „Registar“ postoji od 1978. godine, objedinjeni podaci iz bolničke i izvanbolničke djelatnosti prikupljaju se od 1995. godine. Standardizirani obrazac prijave prilagođeni je upitnik koji je predložila Pompidou grupa Vijeća Europe. Prilagodba je obuhvaćala povećanje broja varijabli i dodavanje podataka procijenjenih kao važnih za nacionalni „Registar“. Podaci se objavljuju s komentarima jednom godišnje na stranicama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo ([www.hzjz.hr](http://www.hzjz.hr)).

Osim nacionalnih podataka u većim gradovima obrađuju se, analiziraju i objavljuju podaci za županijsku razinu uglavnom kao dio godišnjeg statističkog ljetopisa (npr. Grad Zagreb [www.stampar.hr](http://www.stampar.hr)).

*Tablica 1. Broj svih liječenih osoba i ovisnika o opijatima 1996.–2014. u Republici Hrvatskoj*

God.	Broj svih liječenih osoba	Opijatni tip ovisnosti		Ostale droge (neopijatne)	
		Broj	%	Broj	%
1996.	1766	1436	81,3	330	18,7
1998.	2750	2085	75,8	665	24,2
2000.	3899	2520	64,6	1379	35,4
2002.	5811	4061	69,9	1750	30,1
2004.	5768	4163	72,2	1605	27,8
2006.	7427	5611	75,5	1816	24,5
2008.	7506	5832	77,7	1674	22,3
2010.	7550	6175	81,8	1375	18,2
2012.	7855	6357	80,9	1498	19,1
2014.	7812	6231	79,8	1581	20,2

Tijekom 2014. godine u zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske registrirano je 7812 osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga što odražava stabilizaciju ukupnog broja liječenih posljednjih nekoliko godina. Razvidno je da je u promatranom razdoblju (u kojem se može pratiti jedinstven

način registriranja liječenih osoba) broj ukupno liječenih u sustavu tretmana sve veći što ukazuje na zadržavanje, održavanje na preporučenom načinu liječenja i kontrolu liječenih osoba. Stabilan je i udio heroinskih ovisnika koji i nadalje nose najveće opterećenje sustava te iznosi oko 80% u svim promatranim godinama.

Iako je ukupan broj ovisnika u tretmanu dobar pokazatelj kretanja problematike, još je značajniji pokazatelj broj novih ovisnika koji godišnje ulaze u tretman.

U tretmanu je u 2014. godini bila 841 nova osoba što također ukazuje na relativno stabilan trend ulazaka u liječenje. Odražavajući stanje prisutno u mnogim zemljama Zapadne Europe, heroinska ovisnost u postupnom je i kontinuiranom padu te je novih heroinskih ovisnika bilo 205 što je u odnosu na posljednje desetljeće peterostruko smanjenje.

*Tablica 2. Broj i udio novih heroinskih i neheroinskih ovisnika 1996.–2014. u Republici Hrvatskoj*

God.	Opijatni tip ovisnosti			Neopijatni tip ovisnosti		
	Liječeni ukupno	Prvi put liječeni	Udio prvi put liječenih (%)	Liječeni ukupno	Prvi put liječeni	Udio prvi put liječenih (%)
1996.	1436	836	58,22	330	184	55,76
1998.	2085	886	42,49	665	418	62,86
2000.	2520	1.009	40,04	1379	1017	73,75
2002.	4061	846	20,83	1750	1221	69,77
2004.	4163	732	17,58	1605	887	55,26
2006.	5611	876	15,61	1816	1125	61,95
2008.	5832	769	13,19	1674	931	55,62
2010.	6175	430	6,96	1375	750	54,55
2012.	6357	313	4,92	1498	184	12,28
2014.	6231	205	3,29	1581	418	26,44

Broj onih koji su na liječenje upućeni zbog ovisnosti o sredstvima koja nisu opijati ovisi o stavu i mjerama koje pravosuđe ili centri za socijalnu skrb propisuju uglavnom za maloljetnike s poremećajima u ponašanju, a koji su konzumenti psihoaktivnih sredstava. Mjere sprječavanja i suzbijanja neprihvatljivog ponašanja i /ili prekršajnih djela obuhvaćaju i obvezno upućivanje na savjetovanje i tretman ako se utvrdi da je počinitelj konzument ilegalnih sredstava. Te su mjere višestruko učinkovite, osobito ako se u vidu ima utjecaj komorbiditeta na ovisnička ponašanja. Omjer liječenih muškaraca i žena konstantno je oko 5:1.

Tablica 3. Prosječne dobi liječenih osoba u Republici Hrvatskoj 2005.–2014. godine

Godina liječenja	Prosječna dob		
	Muškarci	Žene	Ukupno
2005.	28,4	28,1	28,3
2006.	29	28,7	28,9
2007.	29,8	29,2	29,7
2008.	30,1	29,5	30
2009.	31,2	30,5	31,1
2010.	31,8	30,6	31,6
2011.	32,4	31,1	32,2
2012.	33,1	31,8	32,8
2013.	34	32,9	33,8
2014.	34,7	33,2	34,4

Situaciju u sustavu tretmana karakterizira i sve viša dob liječenih osoba. Kako u sustavu prevladava heroinska ovisnost, i taj je pokazatelj značajan za sagledavanje situacije koja ukazuje na sve stariju populaciju heroinskih ovisnika i sve manje novih heroinskih ovisnika koji traže pomoć.

Iako je Hrvatska relativno mala zemlja, problematika ovisnosti neravnjerno je prisutna. Najizraženiji problemi zlouporabe psihoaktivnih droga i dalje su na području Istarske, Zadarske, Šibensko-kninske, Splitsko-dalmatinske, Primorsko-goranske, Dubrovačko-neretvanske županije te Grada Zagreba. Stopa liječenih ovisnika na 100000 stanovnika za Republiku Hrvatsku iznosi 270,8.

Tablica 4. Ukupan broj liječenih i stopa na 100000 stanovnika u 2014. godini

Županija	Liječene osobe ukupno			
	Broj	Stopa na 100 000*	Od toga opijati	Stopa na 100 000* (opijati)
Istarska	754	528,1	678	474,9
Zadarska	563	504,2	543	486,3
Grad Zagreb	2359	439,1	1603	309,8
Šibensko-kninska	303	432,6	276	394
Splitsko-dalmatinska	1026	338,5	902	295,8
Primorsko-goranska	687	338,1	649	319,1

Dubrovačko-neretvanska	252	311,9	214	264,8
<b>Ukupno Hrvatska</b>	<b>7781</b>	<b>270,8</b>	<b>6210</b>	<b>216,1</b>
Varaždinska	239	200,5	199	165,9
Zagrebačka	383	182,4	250	116,1
Osječko-baranjska	353	170,8	270	130,8
Međimurska	115	149,7	87	113,2
Vukovarsko-srijemska	172	145,3	158	133,5
Brodsko-posavska	142	137	119	114,8
Požeško-slavonska	51	100,2	36	70,7
Karlovačka	81	98	43	51
Koprivničko-križevačka	75	97,5	31	40,3
Sisačko-moslavačka	104	91,4	42	36,9
Virovitičko-podravska	30	52,8	12	21,1
Krapinsko-zagorska	45	50,3	23	25,7
Bjelovarsko-bilogorska	29	36,6	7	8,5
Ličko-senjska	8	25,5	8	25,5

### Stanovnici u dobi od 15 do 64 godine

U navedenim županijama u kojima je problematika ovisnosti viša od državnog prosjeka nalaze se i najveći hrvatski gradovi, gdje postoji veća dostupnost sredstava ovisnosti, a dodatni rizik predstavlja i način života sa mnogobrojnim izazovima i poticajima. Virovitičko-podravska, Krapinsko-zagorska, Bjelovarsko-bilogorska i Ličko-senjska županija područja su s najmanje registriranih ovisnika i najmanjim opterećenjem sustava. Usprkos višegodišnjem praćenju i proučavanju situacije, nije potpuno razvidno kolika je uloga policije i represivnog sustava na tako stabilnu situaciju u tim županijama, iako nije nerazumno smatrati da su i rizični i zaštitni čimbenici raznorodni i kompleksni.

Sustav tretmana ovisnosti u Hrvatskoj temeljen je na izvanbolničkom zbrinjavanju i skrbi, kontinuiranom provođenju postupaka i zajedničkom djelovanju obiteljske medicine i specijaliziranih službi u zavodima za javno zdravstvo. No narav ovisnosti zahtijeva i bolničko liječenje bilo zbog detoksikacije ili komorbiditeta koji je često registriran u ovisničkoj populaciji. Od 7781 osobe za koju je u „Registru ovisnika“ evidentiran barem jedan kontakt sa zdravstvenim službama, njih 1189 bilo je i na bolničkom liječenju. Najviše ih je zbrinjavano u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče (432 osobe), zatim na odjelu za ovisnike KBC-a „Sestre milosrdnice“ (219 osoba) te u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ (99

osoba). Od izvanbolničkih službi najviše je osoba (1420) zbrinuto u ambulanti KBC-a „Sestre milosrdnice“, koja je povijesno razvijala i održavala specijaliziranu djelatnost tretmana ovisnosti, uključujući alkohol i kocku te u kojoj se nalazi i Referentni centar za ovisnosti Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske. Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti koje rade u zavodima za javno zdravstvo u svakoj županiji, najviše osoba zbrinjavaju u gradu Zagrebu, u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ (1162 osobe), zatim u Splitsko-dalmatinskoj županiji (1088 osoba), Istarskoj (657 osoba) te Primorsko-goranskoj županiji (645 osoba).

U registraciji osoba u sustavu jedno od značajnih obilježja je i sredstvo zbog kojeg dolaze na liječenje. Gotovo da i nema osobe koja nije u različitim fazama razvoja ovisničkog ponašanja eksperimentirala s više sredstava ili konzumirala više sredstava istodobno. Stoga je za registraciju „glavnog sredstva“ razrađen algoritam u kojem se prednost daje sredstvu sa snažnijim ovisničkim potencijalom prema medicinski usuglašenim kriterijima. Zbog toga se razlog odnosno sredstvo zbog kojeg se ovisnici obraćaju i traže pomoć treba uzeti uvjetno jer oni koji su barem jednom u protekloj godini ili u nekoliko navrata koristili heroin, a uz to ili čak nakon toga naprimjer tablete ili kokain, kao glavno sredstvo bit će definiran heroin. Takva odluka i usuglašavanje možda ne daje dovoljno uvida u raznolikost sredstava koje ovisnici koriste, ali je za potrebe sustavne registracije i praćenja bila neophodna.

Od svih liječenih i dalje je najviše onih koji pomoć traže zbog heroinske ovisnosti (79,8%). Marihuana (kanabis) se tijekom 2014. godine kao vodeća droga javljala u 14,1% slučajeva. Kako je već naglašeno, situacija s ovisnostima na ulici se mijenja. Podaci iz ostalih sustava (policija, uprava i pravosuđe) upozoravaju na prisutnost i utjecaj drugih droga na ponašanje i posljedice (kokain, amfetamini, ostali stimulansi, sedativi, „nove droge“), ali te osobe dugo ne dolaze u sustav liječenja ili ne dolaze uopće, osim ako ih na to zbog posljedično kriminalnog ili agresivnog ponašanja ne prisili pravosuđe ili sustav socijalne skrbi. Stoga podaci iz sustava tretmana obuhvaćaju heroinske ovisnike te konzumente ostalih sredstava koji su na tretman upućeni zbog posljedica ovisnosti. Isto tako ima malo pouzdanih podataka o uporabi tzv. novih droga, koje su dostupne u slobodnoj prodaji ili na internetu. Stoga je nužno pratiti druge indikatore koji mogu pomoći pri sagledavanju sve kompleksnije slike nove pojavnosti ovisnosti danas.

Prosječne dobi razvojnih faza ovisničkog ponašanja u onih koji su postali heroinski ovisnici godinama se u Hrvatskoj ne mijenjaju: prosječna dob uporabe bilo kojeg sredstva (najčešće marihuana) je oko 16 godina; prosječna dob (ako se nastavi) prvog uzimanja heroina je oko 20 godina (obično pušenjem ili ušmrkavanjem); nepunu godinu nakon prvog uzimanja heroina (oko 20,8

godina) dolazi do intravenskog uzimanja heroina. Prosječna dob prvog dolaska na liječenje je tek nekoliko godina nakon toga – 5 ili više godina. Stoga se može pratiti kako se ovisničko ponašanje razvija u desetogodišnjem razdoblju i često prolazi neopaženo i bez pravodobne intervencije. Roditelji heroinskih ovisnika izjavili su da su za ovisnost saznali nakon 2–3 godine (31,6%) ili nakon 4 i više godina (26%). Samo je svaka četvrta obitelj heroinsku ovisnost prepoznala u prvoj ili drugoj godini njenog nastanka.

Tretman ovisnika uključuje nekoliko jednako važnih sastavnica: psihoterapiju, socijalnu podršku i farmakoterapiju. Dugi je niz godina metadon u tabletama bio jedini način nadomjesnog liječenja sa svim implikacijama nedostataka pa i poticanja i podržavanja kriminalnog ponašanja. Danas je dostupnost drugih alternativnih nadomjestaka visoka i u Hrvatskoj potpuno obuhvaćena osnovnim osiguranjem. Osim lijekova, vrsta lijeka i oblik lijeka danas se više ne zahtijeva kontrolirano uzimanje uz svakodnevni nadzor liječnika obiteljske medicine, što je povećalo suradljivost korisnika, otvorenost liječnika i učinkovitost terapije.

*Tablica 5. Tretman ovisnika o heroinu u posljednjoj godini liječenja za 2014. godinu*

Farmakoterapija u posljednjih godinu dana					
Sredstvo	metadon	buprenorfin	nešto drugo	ništa	Ukupno
Broj	1999	2344	231	295	4869
%	41,06	48,14	4,74	6,06	100,00

U hrvatskoj ovisničkoj populaciji ravnomjerno je raspodijeljena farmakoterapija buprenorfinom i metadonom. Razlozi za to leže u značajkama starije ovisničke populacije koja se teško ili nikako priviknula na buprenorfin te je opetovano tražila vraćanje na metadon (bilo u tabletama ili u obliku otopine).

Analiza značajki ovisničke populacije u odnosu na prihvaćanje buprenorfina pokazala je da su ga radije prihvaćali ovisnici mlađe dobi koji su heroin kasnije u životu počeli uzimati intravenski, koji su ranije došli na tretman i kraće razdoblje bili ovisnici. Osim toga oni su češće bili iz cjelovitih obitelji koje su ranije postale svjesne problema i ranije otkrile ovisničko ponašanje.

Tablica 6. Razlozi za uzimanje sredstava ovisnosti

Glavni povod	Zlouporaba opijata		Zlouporaba neopijata		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Utjecaj vršnjaka ili partnera	1800	28,8	459	29,2	2259	28,9
Znatiželja	12,57	20,1	339	21,6	1596	20,4
Psihološki problemi	810	13,0	205	13,0	1015	13,0
Zabava	643	10,3	211	13,4	854	10,9
Dosada	477	7,6	108	5,8	585	7,5
Problemi u obitelji	666	10,7	82	5,2	748	9,6
Želja za samopotvrđiva-njem	441	7,1	130	8,3	571	7,3
Neznanje o štetnim posljedicama	121	1,9	22	1,4	143	1,8
Problemi u školi	26	0,4	11	1,0	41	0,9
<b>Ukupno</b>	<b>6241</b>	<b>100</b>	<b>1571</b>	<b>100</b>	<b>7812</b>	<b>100</b>

Sagledavanje razloga odnosno povoda za posizanje za sredstvima ovisnosti jedna je od varijabli koja se redovito istražuje među liječenim ovisnicima. Utjecaj vršnjaka ili partnera dominira među razlozima koje ovisnici navode, ali nije zanemariva znatiželja odnosno želja za iskušavanjem izazova koja je neodvojiva značajka adolescencije. Nisu zanemarivi ni udjeli kao što su „psihološki problemi“ ili „problemi u obitelji“ koji zajedno čine gotovo četvrtinu navedenih poticaja za započinjanje uzimanja sredstava ovisnosti kod onih koji su postali ovisnici o opijatima.

Iz raspoloživih podataka moguće je sagledati različite društvene značajke ovisničke populacije. Od opijatskih ovisnika u tretmanu 69% završilo je srednju školu, 55,7% je nezaposleno, dok 33,8% ima redovan ili povremeni posao. Od opijatskih ovisnika njih 41,2% živi s primarnom obitelji, 30,4% s partnerom ili u braku, a od toga 18,3% ima djecu. Te značajke ukazuju na specifičnu situaciju hrvatskog društva jer ovisnike ne napušta ni obitelj ni partner pa i onih 25% koji žive sami ili u drugim okolnostima, ne izjavljuju da su nezbrinuti ili beskućnici.

Jedna od zadaća sustava tretmana je i smanjivanje rizika posljedica uzimanja droga. Kod heroinske ovisnosti to je smanjenje ponašanja koje može rezultirati zaraznim bolestima potencijalno prenesenim krvlju ili tjelesnim izlu-



čevinama. Prevencija infekcije virusima HIV-a te hepatitisa B i C i usvajanje manje rizičnog ponašanja jedna je od učinkovitih mjera za djelomično smanjenje zdravstvenih rizika koje donosi opijatska ovisnost. S tom svrhom u Hrvatskoj su dostupni brojni programi sigurne zamjene igala i šprica kao i besplatna testiranja na HIV, hepatitis B i hepatitis C. Raspoloživi lijekovi u skladu sa suvremenim medicinskim dostignućima primjenjuju se i kod ovisnika, a troškove prema usuglašenim protokolima postupanja i u suradnji s liječnicima koji se za ovisnike skrbe snosi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

*Tablica 7. Korištenje zajedničkog pribora u životu i u posljednjih mjesec dana 2005.–2014.*

<b>Korištenje zajedničkih igala i šprica u životu.</b>										
Da (%)	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
	71,3	70,7	70,2	68	68,1	61,3	61	59,7	56,1	57,9
<b>Korištenje zajedničkih igala i šprica u posljednjih mjesec dana.</b>										
Da (5)	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
	23	21,6	19,9	17,8	20,7	10,5	3,6	2,7	2,2	1,8

Preventivne mjere kao i edukacija rezultirali su izrazitim smanjenjem korištenja zajedničkog pribora pa je u posljednjih mjesec dana samo oko 2% ovisnika dijelilo pribor s nekim drugim.

*Tablica 8. Zarazne bolesti u heroinskih ovisnika 2005.–2014.*

Ovisnici o opijatima	2005. %	2006. %	2007. %	2008. %	2009. %	2010. %	2011. %	2012. %	2013. %	2014. %
<b>HIV pozitivni</b>	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,2
<b>Hepatitis B pozitivni</b>	17,6	15,5	13,6	13,2	10,5	10,4	7,3	6,5	4,6	6,3
<b>Hepatitis C pozitivni</b>	47,6	46,2	46,3	44,6	42,3	46	40,5	39,2	31,8	25,1

U Hrvatskoj je vrlo mali udio ovisnika koji su nositelji HIV-a ili oboljeli od AIDS-a. Relativno je dobra situacija i sa zaraženošću hepatitisom B, dok je visok udio onih koji su zaraženi hepatitisom C.

Uporaba droga jedan je od uzroka nasilnih i nepotrebnih umiranja u mlađoj populaciji. Smrti su izravni ishod predoziranja ili nastaju zbog nekih bolesti uzrokovanih ovisnošću. Podaci o umrlim osobama iz državnih matica i podaci

o uzroku smrti koji se registriraju u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo omogućuju praćenje uzroka smrti na individualnoj razini u populaciji.

*Tablica 9. Umrli ovisnici u 2014. godini prema uzroku smrti*

Uzrok smrti	Broj umrlih	%
Predoziranje heroinom	24	24,2
Predoziranje metadonom	27	27,3
Predoziranje drugim sredstvima	6	6
Nesreće	6	6
Samoubojstvo	3	3,1
Bolesti povezane s ovisnošću	13	13,2
	79	
Druge smrti povezane s drogom	20	20,2
	99	100

Predoziranje heroinom realna je i moguća posljedica dugotrajne uporabe, a smrti povezane s predoziranjem metadonom predmetom su prijedora i kritika na račun nadomjesne terapije. No kako se u registriranju nalaza toksikološke analize, kao i kod šifriranja sredstva koje je odgovorno za ovisnost, odlučuje na temelju dogovorenog potencijalno toksičnog djelovanja nekog sredstva, velika je mogućnost da su umrle osobe konzumirale više tvari istodobno koje su u konačnici uzrokovale smrt. Od drugih bolesti povezanih s ovisnošću to su najčešće bolesti jetara kao posljedica kroničnog hepatitisa.

## Procjene veličine problema korištenjem raznih izvora podataka

### Visokorizična uporaba droga

Iako se u Republici Hrvatskoj problematika ovisnosti prati na svim razinama zdravstvenog sustava na zakonski definiran, harmoniziran i informatički dobro podržan način, u nekoliko se navrata istraživalo je li pouzdanost procjene veličine problema realna ili ima neistraženih i „nevidljivih“ područja. Visokorizična uporaba droga (ranije problematična uporaba droga) pokazatelj je kojim se prikupljaju podaci o proširenosti i učestalosti visokorizične uporabe droga na nacionalnim razinama. Pokazatelj je usmjeren na opetovanu uporabu droga koja uzrokuje štetu odnosno negativne posljedice, uključujući ovisnost te druge zdravstvene, psihološke ili socijalne probleme ili predstavlja rizik za takve posljedice.

Veličina problema istraživana je 2009. godine, definirajući kao ciljnu skupinu osobe koje su u toj godini uzimale opijate, koristeći „capture-recapture“ metodu i baze podataka registriranih ovisnika iz „Registra ovisnika“ te Ministarstva unutar-njih poslova. Baze podataka spojene su preko individualnog identifikatora uz poštivanje zaštite osobnih podataka i suglasnost Agencije za zaštitu osobnih podataka. Cilj istraživanja bio je stjecanje uvida u potencijalnu realnu veličinu populacije koja ima problema s opijatskom ovisnošću, a izmiče sustavu tretmana i liječenja. Te je godine u sustavu bilo liječeno 6197 osoba zbog heroinske ovisnosti, a policija je privela 596 osoba zbog posjedovanja i/ili preprodaje opijata. Primjenom odgovarajućih statističkih metoda procijenjeno je da je mogući broj osoba u Hrvatskoj koje imaju problema s opijatskom ovisnošću 11 875 (95% CI 12 756 – 10 968). Prema raspoloživim podacima iz „Registra ovisnika“, oni koji su na liječenju i registrirani su u sustavu zdravstva, predstavljaju više od polovice ukupne populacije osoba koje imaju problema s opijatima (1:0,91). Ta je kalkulacija s jedne strane ukazala na dobar obuhvat ovisnika sustavom tretmana, i s druge strane na veličinu problema koja je veća od poznate registrirane populacije.

## **Analiza komunalnih otpadnih voda – inovativni pristup praćenja trendova zlouporabe**

Osim izravnim načinima (anketama i istraživanjima u rizičnoj ili ovisničkoj populaciji) procjena potrošnje pojedinih droga u realnom vremenu može se pratiti i analizom odgovarajućih urinarnih biomarkera u otpadnim vodama. Preduvjeti takve analize su postojanje odgovarajućih sustava prikupljanja otpadnih voda, mogućnosti uzimanja uzoraka na odgovarajući način i odgovarajućom frekvencijom, intersektorska suradnja te demografski i komunalni podaci istraživanog lokaliteta. Institut „Ruđer Bošković“ u suradnji s Uredom za zdravstvo grada Zagreba, EMCDDA-om i kao dio COST projekta, provodio je istraživanja u gradu Zagrebu u tri navrata: 2009., 2011. i 2012. godine. Urinarni biomarkeri omogućili su praćenje metabolita heroina, metadona, kokaina, MDMA-a, amfetamina, metamfetamina, marihuane i kodeina. U 2012. godini utvrđen je trend porasta potrošnje marihuane te smanjenja heroina sa stabilnom potrošnjom kokaina i MDMA-a. Prema metodologiji procjene potencijalnih konzumenata heroina u odnosu na količinu izlučene čiste tvari u godini dana, u Zagrebu bi bilo oko 3000 konzumenata heroina godišnje. Ako se uzmu u obzir podaci o heroinskim ovisnicima liječenim u Gradu Zagrebu u istoj godini, kojih je bilo registrirano 1707, rezultati se podudaraju s procjenom dobivenom „capture-recapture“ metodom, odnosno prema procjenama temeljenim na dobivenim rezultatima na godišnjoj je razini u sustavu liječenja bilo više od 50% od procijenjenog broja heroinskih ovisnika (56,9%).

## Zloupotreba sredstava ovisnosti u općoj populaciji

Prema izvještaju o zloupotrebi sredstava ovisnosti u općoj populaciji iz 2012. godine, 16% stanovnika Hrvatske u dobi od 15 do 65 godina izjavilo je da je barem jednom u životu uzelo neku ilegalnu drogu (15,6% marihuanu). Životne prevalencije korištenja drugih psihoaktivnih sredstava bile su daleko niže (manje od 3% za amfetamine, ecstasy, kokain, LSD i heroin).

## Zloupotreba sredstava ovisnosti među adolescentima

Dinamično i turbulentno razdoblje adolescencije razdoblje je izloženosti različitim rizicima kojima su mladi skloni upravo zbog želje za iskušavanjem izazova, potrebe za natjecanjem, traganja za vlastitim identitetom, potrebe za izgradnjom samostalnih stavova i ponašanja kojima je, zbog potrebe negiranja autoriteta i imperativne želje za uvažavanjem te slobodom, ponekad temeljni cilj upravo odudaranje od stavova i ponašanja odraslih. Upravo u tom razdoblju mladi su i najranjiviji jer još nemaju dovoljno usvojene društvene vještine odupiranja pritiscima, nisu sigurni u donošenje nezavisnih odluka, rizici im se čine nerealno niski, a vlastite mogućnosti ne mogu realno sagledati.

Osobni motivi zbog kojih pojedinac odlučuje uzimati bilo koje sredstvo ovisnosti vrlo su različiti. Mladi u potrazi za svojim odraslim identitetom sve više izmiču kontroli roditelja, suprotstavljaju se njihovu autoritetu, prkose, ne žele poštivati roditeljska pravila i imperativno žele sve više uvažavanja i slobode u svojim postupcima.

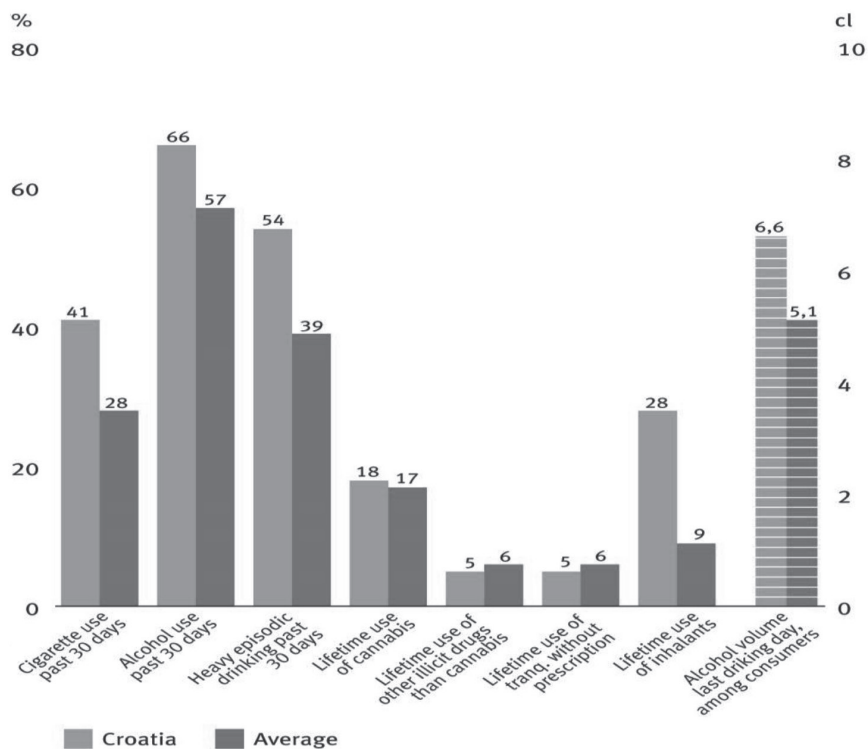
Kada je riječ o tradicionalnim drogama kao što su alkohol i duhan, mnogi će ih početi uzimati smatrajući da je to ujedno i socijalno prihvatljiv način ponašanja. Čak i ako su upućeni u moguće štetne posljedice za zdravlje, smatraju da, s obzirom na to da to čini velik broj ljudi, posljedice ipak nisu neizbježne. Istraživanja su pokazala da su mladi skloni istodobnoj uporabi više sredstava ovisnosti i da je učestalost uzimanja u pozitivnom međuodnosu.

Većina mladih ipak samo eksperimentira s različitim sredstvima koja mogu izazvati ovisnost i u tijeku adolescencije prestaje ili se navika ustaljuje kao umjerena. U određenom se broju zloupotreba razvija do te mjere da počinje ometati školovanje, obiteljske odnose, društveni život i produktivnost općenito.

Za procjenu kretanja eksperimentiranja s duhanom, alkoholom i ilegalnim drogama u Europi najčešće se koristi ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) kao pouzdan i kontinuiran izvor podataka. Kako je Hrvatska uključena u istraživanje koje se provodi svake četiri godine kontinuirano od 1995. godine, moguće je pratiti ne samo hrvatske adolescente u odnosu prema drugim europskim zemljama već i kretanje rizičnih ponašanja u zemlji.

Posljednji dostupni podaci su iz 2011. godine, a prema rezultatima razvidno je da hrvatski adolescenti puše i piju više nego što je prosjek ostalih zemalja sudionica istraživanja. Osobito su uočljive varijable pijenja: hrvatski su adolescenti više konzumirali alkohol u posljednjih 30 dana (66%–57%) i češće su ekscesivno pili („binge drinking“) od svojih europskih vršnjaka (54%–39%). Osim toga u posljednjoj epizodi pijenja popili su veće količine alkohola (6,6 cl – 5,1 cl) odnosno oko 1,5 litru piva ili više od pola litre vina. Eksperimentiranje s marihuanom prisutno je u nešto manjem udjelu mladih nego u Europi. (slika 1)

No ne samo da je pijenje izrazito prisutno u generaciji šesnaestogodišnjaka, i to u oba spola, nego mladi piju sve više i sa sve izraženijom namjerom upravo da se opiju. Iako je pijenje mladih izazov javnog zdravstva u mnogim europskim zemljama, u Hrvatskoj se još uvijek malo pozornosti obraća odgovornosti javnosti – kako javne percepcije pijenja mladih, tako i primjeni zakona koji bi trebali ograničiti dostupnost alkohola za maloljetnike.

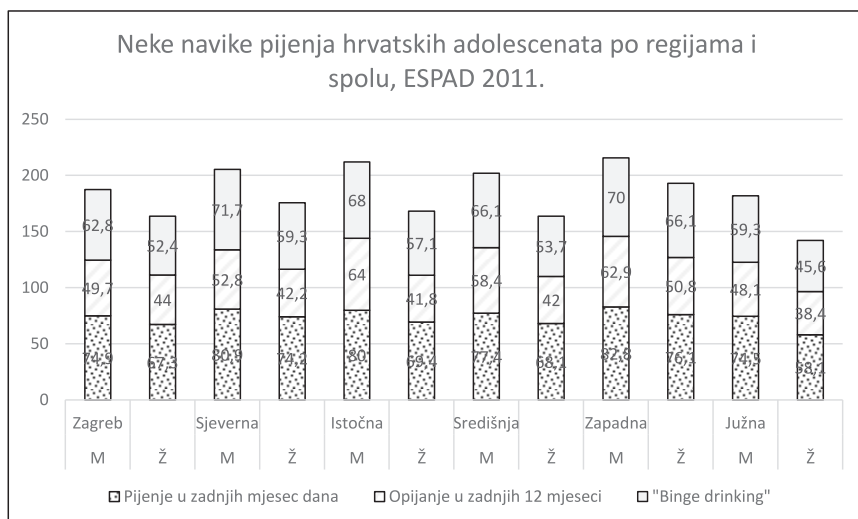


Slika 1. Neka rizična ponašanja mladih u Hrvatskoj i drugim ESPAD zemljama u 2011. godini

Za sve aktivnosti kao i preventivne mjere neosporno je važno znati kretanje određenih rizičnih ponašanja u zemlji. Usprkos usvajanju „Konvencije o duhanu“ te pooštavanju mjera zaštite od utjecaja duhanskog dima u javnim ustanovama i prostorima, trend pušenja cigareta u mladima u Hrvatskoj ne pokazuje značajno smanjenje. Nije nerazumno smatrati da tome doprinosi još uvijek liberalna politika prema pušenju u barovima i kafićima, mjestima na kojima se mladi okupljaju i provode dosta slobodnog vremena. Pijenje alkohola u promatranom je razdoblju u porastu te hrvatski adolescenti ne samo da piju više od prosjeka europskih zemalja nego piju sve više. Rezultati istraživanja iz 2014. godine pokazat će je li takav trend konačno zaustavljen. Eksperimentiranje s marihuanom i trankvilizatorima je u stagnaciji, ali uporaba tableta u kombinaciji s alkoholom nakon određene stabilizacije ponovo je u porastu.

*Tablica 10. Kretanje pušenja, pijenja i eksperimentiranja sa psihoaktivnim sredstvima u Hrvatskoj 1995.–2011. godine*

	Dječaci (%)					Djevojčice (%)				
	1995.	1999.	2001.	2007.	2011.	1995.	1999.	2001.	2007.	2011.
Cigarete u životu	70	70	69	64	69	67	69	70	69	71
Dnevno pušenje u dobi od 13 god. ili ranije	15	14	13	11	12	7	8	9	6	8
Alkohol 40 puta i više u životu	21	24	38	36	42	6	10	16	21	23
Alkohol u zadnjih 30 dana	48	53	70	66	71	27	36	56	62	61
Pet i više pića zaredom u zadnjih 30 dana	36	38	42	55	59	18	24	30	45	48
Pijanstvo u dobi od 13 godina ili ranije	24	25	30	20	20	11	12	15	20	9
Marihuana u životu	13	18	24	21	20	5	13	20	16	14
Trankvilizatori/sedativi u životu	6	6	4	3	5	11	9	9	6	6
Alkohol s tabletama u životu	6	9	7	6	7	7	11	12	10	12



Slika 2. Neke navike pijenja hrvatskih adolescenata po regijama\* i spolu, ESPAD 2011.

Tablica 11. Neke navike pijenja i uzimanja marihuane u hrvatskih adolescenata po regijama\* i spolu, ESPAD 2011.

	Zagreb		Sjeverna		Istočna		Središnja		Zapadna		Južna	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Pijenje u posljednjih mjesec dana	74,9	67,3	80,9	74,2	80	69,4	77,4	68,1	82,8	76,1	74,5	58,1
Opijanje u posljednjih 12 mjeseci	49,7	44	52,8	42,2	64	41,8	58,4	42	62,9	50,8	48,1	38,4
„Binge drinking“	62,8	52,4	71,7	59,3	68	57,1	66,1	53,7	70	66,1	59,3	45,6
Marihuana u posljednjih mjesec dana	15,3	8,8	7,5	4,8	5,6	4,2	10,4	4,7	15,9	13,1	9,3	6,8

Sjeverna*	Krapinsko-zagorska, Varaždinska, Koprivničko-križevačka, Međimurska županija
Istočna*	Virovitičko-podravska, Požeško-slavonska, Brodsko-posavska, Osječko-baranjska, Vukovarsko-srijemska, Brodsko-posavska županija

Južna*	Šibensko-kninska, Splitsko-dalmatinska, Zadarska, Dubrovačko-neretvanska županija
Zapadna*	Primorsko-goranska, Lička, Istarska županija
Središnja*	Zagrebačka, Bjelovarsko-bilogorska, Sisačko-moslavačka, Karlovačka županija
Grad Zagreb*	Grad Zagreb

Prema rezultatima u 2011. godini marihuani je u životu probalo 20% dječaka i 14% djevojčica u dobi od 15 do 16 godina, a u posljednjih mjesec dana 9% dječaka i 5% djevojčica. Od ostalih psihoaktivnih sredstava slijede ecstasy, kokain i amfetamini (oko 3% svako), a rjeđe heroin, LSD i crack (1–2%).

Iako je relativno mala država, Hrvatska ni prema navikama adolescenata nije homogena. Praktična podjela na geografske regije i Grad Zagreb pokazuje razlike koje odražavaju kulturološke razlike kao i ponašanje odraslih. Pijenje je prema promatranim varijablama najmanje prisutno u južnoj Hrvatskoj. Dječaci podjednako rizično piju u sjevernoj, istočnoj i zapadnoj Hrvatskoj, a djevojčice u zapadnoj. Iako se rizici velikih gradova ne mogu zaobići, mladi u gradu Zagrebu ne prednjače po varijablama pijenja. Eksperimentiranju s marihuanom najviše su skloni dječaci iz grada Zagreba i zapadne Hrvatske, najmanje iz istočnih područja. Među djevojčicama marihuana je najzastupljenija u zapadnoj Hrvatskoj i gradu Zagrebu. Iako je realno očekivati da će iz populacije mladih koji eksperimentiraju jedan dio nastaviti sa zluporabom i razviti ovisničku naviku, okolnosti kao dostupnost različitih sredstava, okruženje, obitelj te alternative provođenja slobodnog vremena mogu biti presudne i značajne u preventivnim mjerama.

## Zaključno

Iz raspoloživih podataka zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj stječe se pouzdan, kontinuiran i na nacionalnoj razini harmoniziran uvid u problematiku ovisnosti i tretmana ovisnika. Sustav tretmana dobro je organiziran, stabilan i obuhvaća, prema procjenama provedenim različitim preporučenim metodama, više od 50% potencijalnih korisnika odnosno konzumenata ili ovisnika o heroinu. Za druga ovisnička ponašanja koja ne rezultiraju zahtjevima za liječenje nužno je provesti daljnje kvalitativne i kvantitativne analize u općoj i posebnim populacijama.



Trendovi sve veće prisutnosti sintetičkih psihostimulativnih sredstava koja su dostupna na internetu ili u legalnim trgovinama kao i nepoznavanje proširenosti uporabe u mladoj populaciji izazovi su ne samo za epidemiološko praćenje nego i za buduće preventivne mjere i aktivnosti.

## Literatura

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Katalinić D., Husjak A. „Izveštaji o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj“; <http://www.hzjz.hr/sluzbe/sluzba-za-epidemiologiju/odjel-za-nadzor-i-istrazivanje-ne-zaraznih-bolesti/odsjek-za-pracenje-ovisnosti-s-registrom-osoba-lijecenih-zbog-zlouporabe-psihoaktivnih-droga/>

2. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“. Zdravstveno-statistički ljetopis Grada Zagreba za 2012., 2013., 2014. godinu. [www.stamapr.hr](http://www.stamapr.hr)

3. Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. The 2011 ESPAD Report. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Council of Europe, Pompidou Group, Stockholm 2012.

4. Kuzman, M., Katalinic, D., Markelic, M. Pharmacotherapy in the addiction treatment – similarities and differences, In Abstract book ISAM Conference, Geneva 2012:21.

5. Glavak Tkalić, R., Miletić, M. G., Maričić, J., Wertag, A. Zlouporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji – istraživačko izvješće. Institut društvenih znanosti „Ivo Pilar“, Zagreb 2012.

6. Terzić, S. Analiza komunalnih otpadnih voda: inovativni pristup za praćenje trendova zlouporabe droga. Institut Ruđer Bošković – interno izvješće

7. EMCDDA. High-risk drug use epidemiological indicator. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

# 1.2. IZAZOVI NOVIH PSIHOAKTIVNIH TVARI

Dr. sc. Dijana Jerković

Ured za suzbijanje zlorabe droga Vlade Republike Hrvatske  
Odjel Nacionalne informacijske jedinice za droge i poslove međunarodne suradnje  
dijana.jerkovic@uredzadroge.hr

## 1. Uvod

**N**ove psihoaktivne tvari predstavljaju pojavu koja posljednjih 20-ak godina privlači pažnju rastućeg broja znanstvenika, stručnjaka i kreatora politika. Još od početka 90-ih godina 20. stoljeća diljem Europske unije bilježi se pojava „dizajnerskih droga“, uglavnom psihotropnih tvari povezanih s amfetaminom i *ecstasyem* (Council of the European Union, 1997). Nakon 2000. godine dolazi do ekspanzije novih sintetskih droga, „neuspjelih lijekova“ te biljaka i biljnih pripravaka psihoaktivnog djelovanja, što je rezultiralo potrebom za osmišljavanjem inovativnih javno-političkih odgovora (Council of the European Union, 2005).

Kako bi se bolje razumjela ova pojava, potrebno je napomenuti da se novim psihoaktivnim tvarima smatraju nove opojne i psihotropne droge, neovisno o tome nalaze li se u izvornom obliku ili u pripravcima. Drugim riječima, radi se o tvarima koje nisu obuhvaćene UN-ovom „Jedinstvenom konvencijom o opojnim drogama“ iz 1961. godine ni UN-ovom „Konvencijom o psihotropnim tvarima“ iz 1971. godine, a mogu predstavljati javnozdravstvene rizike poput zabranjenih tvari (Council of the European Union, 2005). Nove psihoaktivne tvari označavaju spojeve koji oponašaju učinke klasičnih droga, ali uključuju i novu zlorabu ranije poznatih tvari (Council of the European Union, 2005; UNODC, 2015). Ove se tvari na tržištu nerijetko pogrešno deklariraju (Smith

i Garlich, 2013) te se prodaju kao *legal high* proizvodi, „istraživačke kemikalije“, „nadopune prehrani“, „dizajnerske droge“ i „lijekovi“ (Brandt, King i Evans-Brown, 2014; EMCDDA/Europol, 2015; Evans-Brown i sur., 2015). O njihovu djelovanju dostupno je malo informacija (Bright, 2013; Sumnall, Evans-Brown i McVeigh, 2011) pa konzumenti najčešće ne znaju što točno konzumiraju, koje učinke imaju i u koliko mogu trajati.

## 2. Najčešće skupine novih psihoaktivnih tvari

Na tržištu se nalazi velik broj skupina novih psihoaktivnih tvari, primjerice poput piperazina, arilamina, triptamina, opioida, fenetilamina, sintetskih kanabinoida, sintetskih katinona i ostalih tvari koje se ne mogu svrstati u jednu od spomenutih skupina (EMCDDA/Europol, 2015). Budući da se među najčešće identificiranim novim psihoaktivnim tvarima spominju sintetski kanabinoidi i sintetski katinoni (EMCDDA/Europol, 2015; Evans-Brown i sur., 2015; UNODC, 2015), u nastavku teksta dan je osvrt na ove dvije skupine.

**Sintetski kanabinoidi** uključuju sve sintetske tvari i njihove strukturne/kemijske analoge koji se vežu za jedan od dvaju poznatih kanabinoidnih receptora ( $CB_1$  ili  $CB_2$ ) (Auwärter, Dargan i Wood, 2013; Wood i Dargan, 2013; EMCDDA, 2009b) i koji imaju djelovanje slično kao kanabis. Za razliku od biljnog kanabisa ( $\Delta^9$ -THC), koji se smatra parcijalnim agonistom  $CB_1$  receptora, sintetski kanabinoidi predstavljaju potpune agoniste, uslijed čega pokazuju snažnije djelovanje i nerijetko dovode do niza negativnih zdravstvenih učinaka (Rosenbaum, Carreiro i Babu, 2012) kao što su tahikardija, kognitivni deficiti, anksioznost i panični ataci, hipertenzija, učestalo povraćanje, napadaji, agitacija i slično (Auwärter i sur., 2013). Ovi proizvodi najčešće se prodaju na internetu i u specijaliziranim trgovinama, tzv. *smart-shopovima* kao biljne mješavine i osvježivači prostora različitih marketinških imena (npr. „Spice“, „Galaxy“ i „Rainbow“), uz napomenu da nisu za ljudsku uporabu (EMCDDA, 2009b; Jerry, Collins i Stroom, 2012).

**Sintetski katinoni** tvari su kemijski srodne katinonu, glavnoj psihoaktivnoj tvari biljke khat. Izazivaju stimulativno djelovanje slično amfetaminu, *ecstasyju* i kokainu (Wood i Dargan, 2013). Mnoge od njih koriste se kao zamjena za klasične stimulanse (Evans-Brown i sur., 2015) te kao punila kontroliranih droga (Giné, Espinosa i Vilamala, 2014). Najčešće se pojavljuju u obliku praha, a kao dominantni način konzumiranja navode se oralna uporaba (gutanje), ušmrkavanje i injektiranje (Measham, 2013; Péterfi, Tarján, Horváth, Csesztregi i Nyírády, 2013; Wood, Hill, Thomas i Dargan, 2014). Prodaju se na internetu i u *smart-shopovima* kao „soli za kupanje“, „hrana za biljke“ i „istraživačke kemikalije“, također uz napomenu da nisu za ljudsku uporabu (Jerry i sur.,

2012). Konzumiranje sintetskih katinona nerijetko uključuje tahikardiju, agitaciju, halucinacije, paranoidne ideje i hipertenziju (Wood i sur., 2014), a zbog njihova konzumiranja zabilježeni su i smrtni slučajevi (Wood i Dargan, 2013). Kao jedan od popularnijih i najviše istraživanih sintetskih katinona spominje se mefedron (Sumnall i sur., 2011.).

### 3. Praćenje novih psihoaktivnih tvari

Na svjetskoj razini ne postoji sustavno praćenje novih psihoaktivnih tvari. Ipak, Odbor ranog upozoravanja o novim psihoaktivnim tvarima UN-ova Ureda za droge i kriminal (engl. *United Nations Office on Drugs and Crime* – UNODC) izvijestio je o 541 novoj psihoaktivnoj tvari koja je do prosinca 2014. godine identificirana u 95 zemalja u okviru SMART<sup>1</sup> programa (UNODC, 2015). Na europskoj i nacionalnoj razini ustrojani su sustavi praćenja novih psihoaktivnih tvari.

#### 3.1. Praćenje novih psihoaktivnih tvari u Europi

Pojačana pojava „dizajnerskih droga“ zabilježena je u Europi od kraja 20. stoljeća, a rezultirala je donošenjem „Zajedničke akcije o razmjeni informacija, procjeni rizika i kontroli novih sintetskih droga“ (Council of the European Union, 1997), a potom i Odluke Vijeća 2005/387/JHA (Council of the European Union, 2005, str. 32). Time je ustrojen europski „Sustav ranog upozoravanja u slučaju pojave novih psihoaktivnih tvari“ (King i Sedefov, 2007). Riječ je o sustavu koji omogućava razmjenu informacija i upozorenja o zdravstvenim rizicima vezanim uz nove psihoaktivne tvari, procjenu rizika i donošenje odluka o stavljanju određenih tvari pod zakonsku kontrolu na razini Europske Unije (EMCDDA, 2009a.; EMCDDA/Europol, 2015; Sedefov, Gallegos, Mounteney i Kenny, 2013). Glavni su partneri europski „Sustav ranog upozoravanja u slučaju pojave novih psihoaktivnih tvari“, Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama (engl. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* - EMCDDA), Jedinica za droge Europol-a i nacionalne kontaktne točke kao dijelovi Europske informacijske mreže za droge i ovisnosti o drogama (Reitox)<sup>2</sup>. Neizostavan je partner i Europska agencija za lijekove (engl. *European Medicines Agency*) (King i Sedefov, 2007).

1 SMART= eng. *Synthetics Monitoring: Analysis, Reporting and Trends*

2 Kratica 'Reitox' odnosi se na francuski naziv Europske informacijske mreže za droge i ovisnosti o drogama: 'Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies'.

Podaci „Sustava ranog upozoravanja“ ukazuju na rast pojave novih psihoaktivnih tvari. Primjerice, tijekom 2008. godine zabilježeno je 13 novih tvari, (EMCDDA/Europol, 2013:5), dok je u 2014. godini identificirana 101 nova droga, među kojima prednjače sintetski katinoni (31) i sintetski kanabinoidi (30) (EMCDDA/Europol, 2015:10). Nadalje, u 2014. godini izdano je šesnaest zdravstvenih upozorenja vezanih uz zdravstvene rizike zbog konzumiranja novih psihoaktivnih tvari te je provedeno šest procjena rizika, nakon čega je donesena odluka o stavljanju dviju tvari (4,4'-DMAR i MT-45) pod zakonsku kontrolu na razini Europske Unije (EMCDDA/Europol, 2015).

Od uspostavljanja europskog „Sustava ranog upozoravanja u slučaju pojave novih psihoaktivnih tvari“ identificirano je više od 450 novih tvari među kojima su 134 sintetska kanabinoida (EMCDDA/Europol, 2015.). Navedeno ukazuje na napore proizvođača za stvaranjem velikog broja sintetskih spojeva sličnog djelovanja kako bi izbjegli njihove zakonske kontrole (Hughes i Evans-Brown, 2015).

## 3.2. Praćenje novih psihoaktivnih tvari u Republici Hrvatskoj

Posljednjih nekoliko godina, pojava novih psihoaktivnih tvari zabilježena je i u Hrvatskoj, stoga je Vlada Republike Hrvatske u studenom 2007. godine usvojila „Protokol o Sustavu ranog upozoravanja u slučaju pojave novih psihoaktivnih tvari“ u Republici Hrvatskoj, koji omogućava pravovremenu razmjenu informacija o novim pojavama među svim relevantnim dionicima. Prvu razinu „Sustava“ čini neposredna suradnja EMCDDA-a s Odjelom Nacionalne informacijske jedinice za droge i poslove međunarodne suradnje pri Uredu za suzbijanje zlouporabe droga, odnosno Europol-a i nacionalne jedinice u Hrvatskoj. Ured za suzbijanje zlouporabe droga koordinira „Sustavom ranog upozoravanja“ u Hrvatskoj te je odgovoran za izvješćivanje i izravnu komunikaciju s EMCDDA-om. Drugu razinu čini Radna skupina koja je sastavljena od predstavnika ključnih tijela državne i javne uprave, nevladinih organizacija i drugih priznatih stručnjaka u ovom području. Treća razina predstavlja organizacijske jedinice unutar pojedinog podsustava, a zadužena je za prosljeđivanje informacija do ciljanih skupina, prikupljanje saznanja o pojavnosti novih psihoaktivnih tvari i izvješćivanje predstavnika u Radnoj skupini. Posljednja razina predstavlja širu mrežu Sustava te uključuje medije, korisnike droga, druge skupine u riziku i širu javnost („Protokol o Sustavu ranog upozoravanja u slučaju pojave novih psihoaktivnih tvari“, 2007).

Potrebno je napomenuti da glavni izvor informacija o ovim pojavama predstavljaju podaci o identificiranim novim psihoaktivnim tvarima Ministarstva unutarnjih poslova, odnosno Centra za forenzička ispitivanja, istraživanja i vještačenja „Ivan Vučetić“. Nadalje, jedan od temeljnih odgovora na ovu pojavu uključuje

zakonsku kontrolu novih tvari za što je odgovorno Ministarstvo zdravlja. Ipak, stavljanje svake pojedine tvari na listu droga ne rješava problem pojave novih modificiranih inačica kontroliranih tvari (Huhges i Evans-Brown, 2015). Stoga je u prosincu 2014. izrađen generički „Popis droga, psihotropnih tvari i biljaka iz kojih se može proizvesti droga te tvari koje se mogu uporabiti za izradu droga“ (Narodne novine broj 156/14, 42/15) čime su cijele skupine novih psihoaktivnih tvari stavljene pod zakonsku kontrolu. U ožujku 2015. godine ovaj je dokument nadopunjen tvarima (251-NBOMe, AH-7921, MDPV i metoksetamin) o kojima je donesena odluka Vijeća o podvrgavanju kontrolnim mjerama na razini Europske unije („Popis droga...“Narodne novine broj 156/14, 42/15).

Pojava novih psihoaktivnih tvari predstavlja izazov koji zahtjeva praćenje različitih pokazatelja njihove ponude i potražnje. Kako bi se dobio uvid u dostupnost ovih tvari i eventualne zdravstvene rizike, prate se sljedeći pokazatelji:

### **Podaci o zapljenama i identificiranim novim psihoaktivnim tvarima**

Kao što je prethodno spomenuto, glavni je izvor informacija o novim psihoaktivnim tvarima u okviru hrvatskog *Sustava ranog upozoravanja* Ministarstvo unutarnjih poslova. Tijekom 2014. godine u Hrvatskoj je identificirano 18 novih psihoaktivnih tvari u obliku biljnih mješavina, smolaste materije, markica, praha i praha iz kapsula među kojima su bili najzastupljeniji sintetski kanabinoidi (Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske, 2015).

### **Baza novih psihoaktivnih tvari**

S ciljem pravovremenog izvještavanja stručnjaka o novim psihoaktivnim tvarima u sklopu Ureda za suzbijanje zlouporabe droga kreirana je Baza novih psihoaktivnih tvari. Baza je dostupna na poveznici: <http://nijd.uredzadroge.hr/login-stranica/>, a pristup sadržaju odobrava se relevantnim stručnjacima u ovom području.

### **Praćenje interneta i smart-shopova**

Praćenje interneta i *smart-shopova* predstavlja važan aspekt razumijevanja novih pojava i njihove zlouporabe (Sumnall i sur., 2011). Primjerice, Snapshot istraživanje, koje je u prosincu 2013. proveo Ured za suzbijanje zlouporabe droga, pokazalo je da je internetska stranica jednog *smart-shopa* nudila „Rainbow“ i „Galaxy“ proizvode po cijeni od 90,00 i 100,00 kuna<sup>3</sup>. Također, u svim većim gradovima identificirane su specijalizirane trgovine koje prodaju nove psihoaktivne tvari (Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske, 2015).

### **Istraživanja uporabe novih psihoaktivnih tvari**

Prvo istraživanje zlouporabe sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske nije uključilo pitanja o konzumiranju novih psihoaktivnih tvari (Gla-

<sup>3</sup> Interna informacija Ureda za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske.

vak Tkalić, Miletić, Maričić i Wertag, 2012). Ipak, unatoč rastućoj pojavi novih psihoaktivnih tvari, čini se kako su prevalencije uporabe ovih tvari u općoj populaciji nekih europskih država niže od prevalencija uporabe klasičnih droga (Brandt i sur., 2014). Nadovezujući se na navedeno, Sumnall, McVeigh i Evans-Brown (2013) navode kako i istraživanja u specifičnim ciljanim skupinama predstavljaju vrijedan izvor informacija o novim pojavama, unatoč tome što najčešće ne omogućavaju generalizaciju podataka. U skladu s tim, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu proveo je dva vala *online* istraživanja o dostupnosti i uporabi novih psihoaktivnih tvari (2011, N=1330; 2013, N=1035; 90% sudionika u obama valovima bilo je u dobi od 18 do 40 godina) među posjetiteljima foruma Forum.hr. Rezultati su pokazali da su sudionici upoznati s novim psihoaktivnim tvarima te da imaju saznanja gdje ih nabaviti i kako ih koristiti. U prvom valu istraživanja 7,8% sudionika izjavilo je kako je barem jednom u životu konzumiralo neku novu drogu, dok je 2013. godine isto izjavilo 13,9% sudionika. Najčešće su se konzumirali sintetski kanabinoidi, sintetski katinoni i ketamin (Kranželić, 2012.; Kranželić i Doležal, 2013; Kranželić i Jerković, 2012). Zanimljivo je spomenuti i *online* „Istraživanje kvalitete života studenata u Republici Hrvatskoj“, koje je obuhvatilo 1880 redovitih studenata visokoškolskih institucija, a među kojima je 5,6% sudionika izjavilo da je probalo neke nove droge (Kovčo Vukadin, 2014). Nadalje, istraživanje provedeno metodom papir-olovka na kvotnom uzorku (s obzirom na spol i područje studiranja) od 438 studenata (37,9% mladića i 62,1% djevojaka;  $M_{dob} = 19,62$ ;  $SD = 0,826$ ) prve i druge godine preddiplomskih studija, kojima je 2014/2015. odobren smještaj u studentska naselja Sveučilišta u Zagrebu, pokazalo je kako je 3% mladića i 3% djevojaka barem jednom u životu konzumiralo sintetske kanabinoide. Prevalencija uporabe u prošloj godini iznosi 1,6% (mladići: 1,8%; djevojke: 1,5%), a u prošlom mjesecu 1,2% (mladići: 1,2%; djevojke: 1,1%) sudionika. U navedenim varijablama nije utvrđena statistički značajna razlika s obzirom na spol, odnosno mladići i djevojke u prosjeku jednako učestalo konzumiraju sintetske kanabinoide. Unatoč niskim prevalencijama, čak 16,7% sudionika navodi da poznaje osobu koja konzumira sintetske kanabinoide (Jerković, 2015). Potrebno je spomenuti i rezultate Flash Eurobarometer istraživanja Europske komisije (2014) na temu mladih ljudi i droga koje je u lipnju 2014. provedeno u svim članicama Europske Unije čiji su rezultati pokazali kako je u Europskoj Uniji 8% sudionika u dobi od 15 do 24 godine konzumiralo neku novu drogu, a isto je učinilo 7% sudionika u Republici Hrvatskoj.

### **Podaci iz zdravstvenog sustava**

Budući da se nove psihoaktivne tvari plasiraju na tržište bez prethodno provedenih istraživanja o toksičnosti i eventualnim dugotrajnim posljedicama ve-

zanim uz njihovo konzumiranje, zdravstveni rizici vezani uz ove tvari najčešće su poznati tek nakon što konzument zatraži liječničku pomoć (Bright, 2013). U Hrvatskoj ne postoji sustavno prikupljanje informacija o trovanjima novim psihoaktivnim tvarima, već povremene obavijesti o sumnjivim intoksikacijama.

### **Informacije programa smanjenja šteta**

Organizacije koje provode programe smanjenja šteta povezanih s konzumiranjem droga predstavljaju važan izvor informacija o promjenama na tržištu droga i pojavi novih psihoaktivnih tvari. Za razliku od situacije u nekim europskim zemljama (primjerice susjedne Mađarske, prema Péterfi i sur., 2014), gdje su sintetski katinoni poslali vrlo popularni među opijatskim ovisnicima, kod korisnika „Programa smanjenja šteta“ u Hrvatskoj bilježi se tek sporadična uporaba novih psihoaktivnih tvari (Doležal, 2011; Doležal i Jandrić Nišević, 2013).

## **4. Mogućnosti prevencije konzumiranja novih psihoaktivnih tvari**

Za sada ne postoje znanstveni dokazi o učinkovitim intervencijama koje preveniraju konzumiranje novih psihoaktivnih tvari. Ipak, budući da se učinkovite preventivne intervencije u cjelini usmjeravaju na osobu, a ne na pojedinu psihoaktivnu tvar, pretpostavlja se da bi intervencije, koje dokazano preveniraju konzumiranje sredstava ovisnosti, mogle biti učinkovite i u prevenciji konzumiranja novih psihoaktivnih tvari (UNODC, 2013). Nadalje, budući da su prevalencije uporabe novih psihoaktivnih tvari u općoj populaciji niske (Sumnall i sur., 2013), univerzalne preventivne intervencije ne čine se najboljim odgovorom na ovaj problem. Svrhovitijim se čini segmentirati populaciju temeljem niza čimbenika poput dobi, spola, individualnih ranjivosti, stila života i mentalnog zdravlja (Sumnall, 2014) te usmjeriti intervencije na ciljane skupine u riziku.



## 5. Zaključno

Globalizacija i nove informacijske tehnologije olakšavaju brzo širenje i dostupnost novih psihoaktivnih tvari (Smith i Garlich, 2013). S obzirom na to da je riječ o nedovoljno istraženim pojavama čija se dinamika na tržištu mijenja velikom brzinom i koje predstavljaju javnozdravstvene rizike (EMCDDA/Euro-pol, 2015), potrebno je promišljati, planirati i provoditi odgovarajuće odgovore u području smanjenja njihove ponude i potražnje. Uz zakonsku kontrolu ovih tvari i onemogućavanje/reguliranje njihove prodaje u specijaliziranim trgovinama, osobito je važno usmjeriti se na smanjenje šteta i zdravstvenih rizika povezanih s njihovim konzumiranjem, te provoditi preventivne intervencije u okviru znanstvenih istraživanja (Sumnall, 2014) s ciljem identificiranja komponenata i intervencija koje su (ne)učinkovite u prevenciji konzumiranja novih psihoaktivnih tvari.

## 6. Literatura

1. Auwärter, V., Dargan, P. I., Wood, D. M. (2013). Synthetic Cannabinoid Receptor Agonists. U P. I. Dragan, D. M. Wood (Ur.), *Novel Psychoactive Substances: Classification, Pharmacology and Toxicity* (str. 317–343). London: Elsevier.
2. Brandt, S. D., King, L. A., Evans-Brown, M. (2014). The new drug phenomenon, *Drug Testing and Analysis*, 6, 587–597.
3. Bright, S. (2013). *New and emerging drugs. Not for human consumption: New and emerging drugs in Australia. What do clinicians allied health and youth workers, researchers and policy makers need to know?* Prevention Research, Alcohol and Drug Information, Australian Drug Foundation.
4. Council of the European Union (1997). *Joint Action concerning the information exchange, risk assessment and control of new synthetic drugs* of 16 June 1997, OJ L 167, 25.06.1997.
5. Council of the European Union (2005). *Council Decision 2005/387/ JHA of 10 May 2005 on the Information Exchange, Risk-Assessment and Control of New Psychoactive Substances*, OJ L 127, 20.5.2005.
6. Doležal, D. (2011). *Dostupnost i cijene ilegalnih droga u Republici Hrvatskoj*. Preuzeto 11. siječnja 2016. s [https://drogeiovisnosti.gov.hr/User-Docs/Images/uredarhiva/2012/01/Istrazivanje\\_trzista\\_droga\\_2011\\_final.pdf](https://drogeiovisnosti.gov.hr/User-Docs/Images/uredarhiva/2012/01/Istrazivanje_trzista_droga_2011_final.pdf)

7. Doležal, D., Jandrić Nišević, A. (2013). *Dostupnost i cijena legalnih i ilegalnih droga u Republici Hrvatskoj*. Preuzeto 11. siječnja 2016. s [https://drogeiovisnosti.gov.hr/UserDocImages/uredarhiva/2013/07/Dostupnost\\_i\\_cijena\\_legalnih\\_i\\_ilegalnih\\_droga\\_u\\_RH\\_DCID2.pdf](https://drogeiovisnosti.gov.hr/UserDocImages/uredarhiva/2013/07/Dostupnost_i_cijena_legalnih_i_ilegalnih_droga_u_RH_DCID2.pdf)
8. Jerković, D. (2015). *Samoodređenost studenata u studentskim naseljima i učestalost konzumiranja alkohola i kanabinoida*. Doktorski rad. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
9. Evans-Brown, M., Gallegos, A., Francis, W., Christie, R., Cunningham, A., Sekula, J., Almeida, A., Sedefov, R. (2015). *New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System*. EMCDDA. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
10. European Commission (2014). *Flash Eurobarometer. Young people and drugs. Report*. Flash Eurobarometer 401 – TNS Political & Social. Preuzeto 10. siječnja 2016. s [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_401\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_en.pdf)
11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009a). *Risk assessment of new psychoactive substances. Operating guidelines*. EMCDDA. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009b). Thematic paper — *Understanding the 'Spice' phenomenon*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
13. EMCDDA/Europol (2013). *New Drugs in Europe, 2012. EMCDDA/Europol 2012 Annual Report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/Europol. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
14. EMCDDA/Europol (2015). *EMCDDA/Europol 2014 Annual Report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/Europol. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
15. Giné, C. V., Espinosa, I. F., Vilamala, M. V. (2014). New psychoactive substances as adulterants of controlled drugs. A worrying phenomenon? *Drug Testing and Analysis*, 6, 819–824.
16. Glavak Tkalić, R., Miletić, G. M., Maričić, J., Wertag, A. (2012). *Zlouporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske: istraživačko izvješće*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar i Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske.

17. Huhges, B., Ewans-Brown, M. (2015). *New psychoactive substances in Europe. Innovative legal responses*. EMCDDA. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
18. Jerry J., Collins, G., Stroom, D. (2012). Synthetic legal intoxicating drugs: The emerging 'incense' and 'bath salt' phenomenon, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 79 (4), 258–264.
19. King, L. A., Sedefov, R. (2007). *Early-Warning System on New Psychoactive Substances. Operating Guidelines*. EMCDDA. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
20. Kovčo Vukadin, I. (2014). *Ispitivanje kvalitete života studenata u Republici Hrvatskoj*. Istraživačko izvješće. Preuzeto 10. siječnja 2016. s <https://drogeiovisnosti.gov.hr/o-uredu/djelokrug/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost/publikacije/istrazivanja/istrazivanje-kvalitete-zivota-studenata-erf-2014/1071>
21. Kranželić, V. (2012). *Istraživanje novih trendova u konzumiranju supstanci i pojavnosti novih droga – pilot istraživanje*. Preuzeto 10. siječnja 2016. s: [http://nijd.uredzadroge.hr/wpcontent/uploads/2012/01/Istrazivanje\\_novih\\_trendova.pdf](http://nijd.uredzadroge.hr/wpcontent/uploads/2012/01/Istrazivanje_novih_trendova.pdf)
22. Kranželić, V., Doležal, D. (2013). *Online istraživanje pojavnosti novih droga u Republici Hrvatskoj*. Preuzeto 15. rujna 2015. s <https://drogeiovisnosti.gov.hr/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost/publikacije/istrazivanja/istrazivanje-novih-trendova-u-konzumiranju-psihoaktivnih-tvari-2013/497>
23. Kranželić, V., Jerković, D. (2012). Istraživanja novih trendova u konzumiranju sredstava ovisnosti – iskustva i rezultati online pilot istraživanja, U: M. Milković, D. Doležal, G. Hržica, J. Stošić (Ur.), *Istraživanja u edukacijsko-rehabilitacijskim znanostima*. Izlaganje s 8. međunarodnog znanstvenog skupa Istraživanja u edukacijsko-rehabilitacijskim znanostima 2012., Zagreb, 27.–29. rujna 2012. (str.83–84). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
24. Measham, F. (2013). Social Issues in the Use of Novel Psychoactive Substances. Differentiated Demand and Ideological Supply. U P. I. Dragan, D. M. Wood (Ur.), *Novel Psychoactive Substances: Classification, Pharmacology and Toxicity* (str. 105–127). London: Elsevier.
25. Péterfi, A., Tarján, A., Horváth, G. C., Csesztregi, T., Nyírády, A. (2014). Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones, *Drug Testing and Analysis*, 6, 825–831.

26. Popis droga, psihotropnih tvari i biljaka iz kojih se može dobiti droga te tvari koje se mogu uporabiti za izradu droga. *Narodne novine*, 156/14, 42/15.

27. *Protokol o Sustavu ranog upozoravanja u slučaju pojave novih psihoaktivnih tvari u Republici Hrvatskoj*. Vlada Republike Hrvatske, 2. studenog 2007.

28. Rosenbaum C. D., Carreiro, S. P., Babu, K. M. (2012). Here Today, Gone Tomorrow...and Back Again? A Review of Herbal Marijuana Alternatives (K2, Spice), Synthetic Cathinones (Bath Salts), Kratom, Salvia Divinorum, Methoxetamine, and Piperazines. *Journal of Medical Toxicology*, 8 (1), 15–32.

29. Sedefov, R., Gallegos, A., Mounteney, J., Kenny, P. (2013). Monitoring Novel Psychoactive Substances. A Global Perspective. U P. I. Dragan, D. M. Wood (Ur.), *Novel Psychoactive Substances: Classification, Pharmacology and Toxicity* (str. 29–54). London: Elsevier.

30. Smith, S. W., Garlich, F. M. (2013). Availability and Supply of Novel Psychoactive Substances. U P. I. Dragan, D. M. Wood (Ur.), *Novel Psychoactive Substances: Classification, Pharmacology and Toxicity* (str. 55–77). London: Elsevier.

31. Sumnall H. R. (2014). *Some thoughts on the tricky problem of „legal high“ drugs education*. Preuzeto 8. siječnja 2016. s: <http://www.cph.org.uk/blog/some-thoughts-on-the-tricky-problem-of-legal-high-drugs-education/>

32. Sumnall H. R., Evans-Brown M., McVeigh J. (2011). Social, policy, and public health perspectives on new psychoactive substances, *Drug Testing and Analysis*, 3, 515–523.

33. Sumnall, H., McVeigh, J., Evans-Brown, M. J. (2013). Epidemiology of Use of Novel Psychoactive Substances. U P. I. Dragan, D. M. Wood (Ur.), *Novel Psychoactive Substances: Classification, Pharmacology and Toxicity* (str. 79–103). London: Elsevier.

34. Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske (2015). *Nacrt izvješća o provedbi Nacionalne strategije i Akcijskog plana suzbijanja zlouporabe droga za 2014*. Preuzeto 8. siječnja 2016. s <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/2014/183%20sjednica%20Vlade//183%20-%205.pdf>

35. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)(2013). *International Standards on Drug Use Prevention*. Vienna: UNODC.

36. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)(2015). World Drug Report. New York: United Nations.

37. Wood, D. M., Dargan, P. I. (2013). Mephedrone. U P. I. Dragan, D. M. Wood (Ur.), *Novel Psychoactive Substances: Classification, Pharmacology and Toxicity* (str. 211–231). London: Elsevier.

38. Wood, D. M., Hill, S. L., Thomas, S. H. L., Dargan, P. I. (2014). Using poisons information service data to assess the acute harms associated with novel psychoactive substances. *Drug Testing and Analysis*, 6, 850–860.

<http://nijd.uredzadroge.hr/login-stranica/>

# 1.3. DOPING I DROGA U HRVATSKOJ

Uroš Šuljić, prof., dopinški kontrolor  
Hrvatski zavod za toksikologiju i antidoping

**T**ijelo ovlašteno za borbu protiv dopinga u Hrvatskoj je Hrvatski zavod za toksikologiju i antidoping (HZTA) koji djeluje od kraja 2010. godine, a nastao je odlukom Vlade Republike Hrvatske. Vlada je ukinula Hrvatsku agenciju za borbu protiv dopinga u sportu (HADA) kao samostalnu agenciju osnovanu 2007. te ju je pripojila Hrvatskom zavodu za toksikologiju. Tako je HZTA preuzeo sve dotadašnje HADA-ine poslove, međunarodne obveze, djelatnike i sredstva.

Doping definiramo kao primjenu tvari koje pripadaju različitim skupinama farmakološki aktivnih tvari i nedozvoljenih postupaka čija primjena nije dozvoljena i protivi se etici u sportu i medicini. Jednostavnije rečeno, doping je zloraba lijekova u svrhu poboljšanja sportaševe izvedbe. Sportaši ih često uzimaju u prekomjernim količinama što može dovesti do oštećenja različitih organskih sustava pa i prijevremene smrti. Najčešći razlog smrtnosti u dobi do 30-e godine starosti je hipertrofična kardiomiopatija, a kod onih iznad 35-e godine bolesti krvožilnog sustava (ateroskleroza).

Ipak, čovjek je rođen s natjecateljskim duhom teži ka boljem, višem, jačem pri čemu često ne bira sredstva za dolazak do cilja, pa tako često srlja u ralje dopinga znajući za negativne posljedice. Želja za pobjedom pod svaku cijenu dovela je do ideje za nekoliko istraživanja čiji su rezultati bili zapanjujući. Istraživanje je pokazalo da su sportaši, i to njih 55%, bili spremni uzeti doping čija bi posljedica bio smrtni ishod ako bi im to osiguralo zlatnu medalju na

Olimpijskim igrama, 52% sportaša bilo je spremno uzeti bilo kakav lijek da bi došli do medalje znajući da će od tog lijeka u roku od 5 godina sigurno umrijeti. Zanimljivo je i istraživanje iz Velike Britanije gdje su sportaši (44%) odgovorili da bi uzimali lijekove koji sigurno uzrokuju karcinom pod uvjetom da im je osigurana zlatna medalja.

Međutim, doping ili, konkretnije rečeno, zlouporaba lijekova nije prisutan samo u sportu, već i u raznim drugim profesijama i životu općenito. Odavno je poznato da profesionalni piloti i vozači koriste razna sredstva da bi ostali budni i usredotočeni, velik je i broj studenata koji uzimaju energetske napitke i tablete prije ispita, a poznato je da i muzičari posežu za raznim stimulansima koji ih dovode (po njihovom mišljenju) do boljeg stvaranja glazbe i izvedbe. Rekreativci u *fitness*-klubovima i teretanama za *bodybuilding* koriste doping sa željom da budu ljepši, bolji, jači što je dovelo do toga da u nekim zemljama podjednaku važnost daju doping u natjecateljskom i rekreativnom sportu.

## Droga u sportu

Često se poistovjećuje doping i droga. Droga kao i doping stvara ovisnost, međutim, što se sportaša tiče, droge ne bi imale i nemaju pozitivan učinak, odnosno one ne poboljšavaju izvedbu sportaša. Upravo obrnuto. Sportaši najčešće uzimaju kokain koji je prisutan kao stimulans (povećava budnost i želju za nadmetanjem, a smanjuje umor) te kanabinoide – marihuanu često zvanu i „rekreacijska droga“. Otkriveno je da prisutnost njenog aktivnog sastojka TH-C-a (tetrahidrokanabinola) u uzorku urina uopće ne pomaže u izvedbi, ali je sportaši ipak uzimaju, što povezujemo s nekim drugim trendovima društvenog života. Marihuna zapravo može odmoći u smislu slabije percepcije i koncentracije.

Profesionalni i rekreativni sportaši imaju zajedničku povijest konzumacije alkohola. Alkoholna pića smanjuju napetost i povećavaju agresivnost, ali istovremeno smanjuju i koordinaciju i realnu procjenu. O učinku alkohola najjednostavnije je rekao William Shakespeare: „Alkohol budi želju, ali slabi izvedbu“. Alkohol je zabranjen samo u pojedinim sportovima, no događa se da ga sportaši konzumiraju, ali sve više u slobodno vrijeme. Droga i doping ne podliježu istim pravilima.

### **Tko, kada i kako testira sportaša u Republici Hrvatskoj?**

Dopinške kontrole i testiranja sportaša moraju se odvijati u skladu s Kodeksom i Međunarodnim standardom za testiranje i istrage. Sportaši koji se natječu na međunarodnoj ili nacionalnoj razini mogu biti testirani bilo kad i bilo gdje. Testiranja provode akreditirani dopinški kontrolori, koji su prethodno

posebno obučeni. HZTA planira i raspodjeljuje testove te određuje broj uzoraka za svaki sport ili disciplinu potrebnih za efikasno otkrivanje dopinga. Plan podrazumijeva testiranja na natjecanju, izvan natjecanja, a može sadržavati uzimanje uzoraka urina i krvi. Testiranje na natjecanju znači razdoblje od 12 sati prije početka natjecanja pa do kraja natjecanja što podrazumijeva i proceduru prikupljanja uzoraka na natjecanju. Testiranje izvan natjecanja je bilo koje testiranje koje je provedeno izvan nekog sportskog događaja, što znači da sportaš može biti testiran bilo kada i bilo gdje. Najučinkovitije otkrivanje dopinga je ono na testiranju izvan natjecanja. Dopinški kontrolori imaju „misiju“ koju im daje HZTA te po njoj rade. U „misiji“ stoji na koje natjecanje (ili izvan natjecanja) idu, koje i koliko sportaša treba testirati (ili je slučajni odabir) te uzorak koji treba uzeti – urin i/ili krv.

## Koraci dopinške kontrole

1. odabir sportaša (sportaš može biti odabran bilo kada i bilo gdje za dopinšku kontrolu),
2. obavješćivanje (pratitelj ili dopinški kontrolor obavještava sportaša da je izabran za dopinšku kontrolu te ga informira o njegovim pravima i odgovornostima. Sportaš ima pravo na pratnju – trener, liječnik...),
3. javljanje u postaju dopinške stanice (u dopinšku stanicu sportaš mora ići odmah nakon uručenja obavijesti da je odabran za dopinšku kontrolu osim ako dopinški kontrolor ne odobri odgodu odlaska iz opravdanih razloga kao što su obveze prema medijima, proglašenje pobjednika, pružanje liječničke pomoći ili slično. Sportaša cijelo vrijeme prati pratitelj ili dopinški kontrolor.),
4. odabir posude za uzimanje urina,
5. prikupljanje uzorka (samo dopinškom kontroloru, pratitelju i sportašu dozvoljeno je prisustvovati davanju urina, a sportaš mora dati 90 ml urina)
6. odabir spremnika za urin i pakiranje,
7. mjerenje specifične težine (ako specifična težina ne odgovara, uzorak nije valjan te sportaš mora ponoviti postupak za 1.5h),
8. ispunjavanje formulara,
9. slanje uzorka u laboratorij.



## Doping u Hrvatskoj

Za 2015. godinu možemo reći da je bila godina skandala, dopinga i korupcije. Ipak, osnovni je cilj Službe za borbu protiv dopinga Hrvatskog zavoda za toksikologiju i antidoping (HZTA) stalno djelovanje na zaštiti osnovnih prava sportaša da sudjeluju u sportu bez dopinga i da na taj način promovira zdravlje, pravednost i jednakost za sve sportaše. Dana 1. siječnja 2015. godine na snagu je stupio novi „Svjetski antidopinški kodeks“, a doneseni su i novi međunarodni standardi kao obvezni dokumenti za sve zemlje potpisnice UNESCO-ove „Konvencije“.

HZTA izdala je „Pravilnik za borbu protiv dopinga“ te nakon potvrde WADA-e da su u prijedlog „Pravilnika“ uvrštene sve bitne odredbe „Kodeksa“ iz 2015. i suglasnosti na njegov cjelokupan tekst, Upravno vijeće HZTA-e donijelo je odluku o prihvaćanju „Pravilnika“ i stupanju na snagu 1. siječnja 2015. godine.

U 2015. godini provedeno je ukupno 500 dopinških kontrola. Od navedenog broja testiranja 250 dopinških kontrola provedeno je na natjecanju, dok je 250 dopinških kontrola provedeno izvan natjecanja. U testiranja je bilo uključeno 29 različitih sportova, a broj pozitivnih dopinških testova u Hrvatskoj 2015. godine bio je 6.

Što se tiče 2014. godine ukupan broj obavljenih kontrola bio je 798, od čega je 549 testova provedeno u okviru nacionalnog programa testiranja, a 249 u okviru međunarodne suradnje. Najviše testiranja na nacionalnom nivou provedeno je u košarci – 93 uzorka. Slijede rukomet s 91 uzorkom, nogomet (71), odbojka (42), vaterpolo (33), plivanje (28), atletika (27), boks (18), hokej na ledu (13).

Skupina sportaša određena za testiranje u toj je godini revidirana četiri (4) puta, a skupina je brojala između 50 i 70 sportaša. Sportašima koji su uključeni u Skupinu određenu za testiranje omogućena je edukacija i 24-satna telefonska korisnička podrška.

## Prevenција i edukacija dopinga

Svake se godine sve više radi na prevenciji dopinga. HZTA provodi čitav niz aktivnost radi postizanja što boljih rezultata. Program edukacije provodi se po školama i sportskim klubovima, a od 2014. godine predavači HZTA-a uključili su se i u nastavu dodiplomskog studija Medicinskog fakulteta u Zagrebu kroz sudjelovanje u održavanju izbornog predmeta „Doping i antidoping“ studentima četvrte godine medicine, te u nastavu na doktorskom studiju Kineziološkog fakulteta u Zagrebu.

HZTA također je oformio i Savjetovalište za antidoping i racionalnu farmakologiju. Isto tako već niz godina (osam) izdaje se magazin pod nazivom „NE!DOPINGU“, koji je jako dobro prihvaćen među sportašima i osobama povezanim sa sportom, a u njemu se obrađuju sve aktualnosti iz svijeta dopinga, sva postignuća na području borbe protiv dopinga, povijest dopinga, te dopinški slučajevi. Antidopinške poruke šalju se i internetskim portalima i edukativnim materijalima (brošure, leci, te materijali s antidopinškom porukom kao što su majice, loptice, olovke...).

Kod edukacije sportaša poseban se naglasak stavlja na štetne učinke dopinga, ali se ne zanemaruju ni pravne ni etičke posljedice. Program edukacije koji se provodi u Hrvatskoj osmišljen je tako da osigurava svim zainteresiranim sportašima i njihovim organizacijama pravodobne i stručne informacije o pitanjima dopinga. Na taj način daje se značajan doprinos borbi protiv dopinga. Ciljane skupine su različite: od reprezentativaca i sportaša A kategorije, registriranih klubova, nacionalnih sportskih saveza, liječnika, odvjetnika, sudaca, studenata, te djece osnovne i srednje škole. Mjesta na kojima se provode edukativni programi su državno školsko sportsko prvenstvo, razni sportski međunarodni turniri, trening kampovi, sportski klubovi, nacionalni savezi, konferencije i sastanci povezani sa sportom, te fakulteti i škole.

Dio programa uvijek je usmjeren i na najmlađe dobne skupine. Poseban naglasak, u obraćanjima svim dobnim skupinama, stavlja se na dodatke prehrani koji često mogu sadržavati neke od zabranjenih tvari i na opasnosti koje donosi korištenje dopinga. Mladima se prikazuje i sam postupak provođenja dopinške kontrole kako bi ih se pripremilo za ono što ih očekuje ukoliko aktivno ostanu u sportu. Sve informacije redovito se objavljuju na internetskim stranicama, stranica je u 2014. godini imala oko 500 000 klikova i 12 000 pregledanih stranica. Najposjećeniji sadržaj je „Popis lijekova“ koji su zabranjeni u RH, te „Popis zabranjenih sredstava“.

## Umjesto zaključka

U Hrvatskoj se ne može govoriti, konkretno – u nekim brojkama, koliko se profesionalnih sportaša dopingira. Drogira ih se svakako minimalno ili gotovo nitko ako su profesionalci. Dopinška su testiranja skupa pa ih je važno provoditi inteligentno, ciljano i racionalno.

S većim brojem testiranja bilo bi i više pozitivnih dopinških slučajeva. Međutim, izuzetno je važno poznavati sportove i koje bi zabranjene tvari mogle pomoći u pojedinom sportu. Tako se može osmisliti inteligentno testiranje, a usput i odrediti broj potrebnih testiranja. Doping je kao svojevrsna zaraza, sve više se širi i Hrvatska nije izdvojena od tog trenda.

Sportaši se vode logikom nepovjerenja, ne vjeruju da ako su oni „čisti“, da su takvi i svi ostali natjecatelji. Ako ostali uzimaju doping, morat ću i ja. Kako inače postići rezultat koji će mi omogućiti sportski napredak i materijalnu sigurnost? Sportski je vijek kratak, konkurencija jaka, a uloženi trud u trening ogroman – i s pravom će sportaš poželjeti naplatiti sve godine odricanja i žrtvovanja zbog sportske karijere. Upravo nesigurnost da ne nastupaju u „čistom“ sportu, gura ih u doping koji nije samo prevara i laž, već i ozbiljna prijetnja čovjekovu zdravlju.

## Literatura

<http://www.hzt.hr/>

<http://www.antidoping-hzta.hr/>

100 pitanja o dopingu, Nenad Diklić

# 1.4. SEROPREVALENCIJA HEPATITISA C I HIV-VIRUSA MEĐU OVISNICIMA O DROGAMA TESTIRANIM U SKLOPU PROJEKTA IPA CLOUD

Dolores Peruč, dr. med., spec. med. mikrobiologije s parazitologijom  
Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije Rijeka,  
Mikrobiološki odjel, Odsjek za serodijagnostiku

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira ovisnost kao duševno i tjelesno stanje koje nastaje međudjelovanjem ljudskog organizma i sredstava ovisnosti. Opća skupština Ujedinjenih naroda (UN) održat će u travnju 2016. izvanrednu sjednicu o problemu droga na kojoj će se raspravljati kako poboljšati globalnu politiku protiv droga jačajući sustave javnog zdravstva i unapređujući ljudska prava kao dio UN-ove „Konvencije o opojnim drogama“ (1).

Intravenska ovisnost o drogama povezana je sa značajnim rizikom obojavanja od krvlju prenosivih bolesti kao što su hepatitis C i infekcija virusom humane imunodeficijencije (HIV).

Hepatitis C ranije je nosio naziv „postransfuzijski hepatitis“ jer je glavni put prijenosa bila transfuzija zaražene krvi i krvnih pripravaka. S uvođenjem obaveznog testiranja uzoraka krvi namijenjenih transfuziji, infekcija hepatitisom C uglavnom se širi među intravenskim ovisnicima o drogama. Od načina prijenosa značajni su različiti medicinski postupci s povećanim rizikom kao što je hemodijaliza, transplantacija organa i tkiva, endoskopija i stomatološki postupci. Infekciji HCV-om izloženo je zdravstveno osoblje koje dođe u kontakt s kontaminiranom krvlju i tjelesnim sekretima. Seksualni put prijenosa moguć je, ali je manje značajan nego kod drugih krvlju prenosivih infekcija kao što su hepatitis B i HIV. Infekcija se može prenijeti i vertikalno s majke na plod. Virus hepatitisa C (HCV) je RNA-virus iz porodice *Flaviviridae*, rod *Hepacivirus*. Ge-

notipizacijom virusa utvrđeno je 6 glavnih genotipova koji se dalje dijele u podtipove. Zastupljenost pojedinih genotipova različita je u pojedinim dijelovima svijeta. U Hrvatskoj (HR) su najzastupljeniji genotip 1 i 3, dok među oboljelima iz skupine intravenskih ovisnika dominira genotip 3 (2, 3).

Inkubacija hepatitisa C varira od 15 do 160 dana, no u više od 90% slučajeva prezentira se kao asimptomatska infekcija koja u preko 80% slučajeva rezultira kroničnom infekcijom (4). Kronična infekcija, zbog stalnog poticaja za obnavljanjem jetrenih stanica, rizični je čimbenik razvoja ciroze i hepatocelularnog karcinoma.

Prema SZO-u u europskoj regiji svaki je pedeseti stanovnik kronično inficiran HCV-om, a infekcija je povezana s 84000 smrti godišnje od ciroze ili hepatocelularnog karcinoma (5). Procjenjuje se da je u RH kronično HCV-om zaraženo između 35000 i 45000 osoba (6). Posljednjih desetak godina u RH su provedene različite studije čiji je cilj bio odrediti incidenciju krvlju prenosivih bolesti u općoj populaciji i određenim skupinama stanovništva. Kroz te studije utvrđena je prevalencija protutijela hepatitisa C (anti-HCV) u općoj populaciji od 0,9% do 3,7% (2, 7, 8, 9). Dobrovoljnim davateljima krvi, koji prvi puta daju krv, seroprevalencija anti-HCV-a 2014. godine iznosila je 0,036% (10). Kod trudnica je utvrđena prevalencija HCV-a od 0,5% do 1,3% (3,11). Međutim, kod trudnica, koje su intravenske ovisnice o drogama prevalencija anti-HCV-a značajno je viša i doseže 49% testiranih (12). Studije koje su analizirale osobe u zatvorskom sustavu pokazale su prevalenciju anti-HCV-a od 8,3% do 44% (13, 14, 15). Procjenjuje se da je među zatvorskom populacijom od 25% do 30% intravenskih ovisnika o drogama (2). Kod njih je, ovisno o studiji, utvrđena prevalencija anti-HCV-a od 42% do 52% (13, 14, 15). Najviša prevalencija anti-HCV-a (od 29% do 65%), očekivano, utvrđena je među intravenskim ovisnicima o drogama (15, 16, 17).

Recentno istraživanje prevalencije HIV-a, hepatitisa C i rizičnih ponašanja kod intravenskih ovisnika koje je tijekom 2014. proveo istraživački tim Škole narodnog zdravlja „Dr. Andrija Štampar“ u trima hrvatskim gradovima (Zagrebu, Splitu i Rijeci), pokazalo je da je prevalencija HCV-a kod intravenskih ovisnika visoka (Zagreb 29,1%; Split 38,3%; Rijeka 31,5%) (18). To je ipak znatno niža prevalencija u odnosu na studiju iz 2007. (Split 65%; Zagreb 51%; Rijeka 29%) (15). Prevalencija HIV-a niska je u svim navedenim gradovima te iznosi od 0,2% do 0,3% (18).

Sindrom stečene imunodefijencije (engl. *Acquired Immunodeficiency Syndrome* – AIDS; franc. *Syndrom d'ImmunoDéfiance Acquis* –SIDA), hrvatskog naziva *kopnica*, uzrokuju dva tipa virusa, HIV-1 i HIV-2. Bolest je početkom 80-ih godina prošlog stoljeća prvi puta opisana među homoseksualnim osobama, Haićanima, ovisnicima o heroinu i oboljelima od hemofilije („4H“) (19, 20). Uzročnik je 1986. godine dobio službeni naziv HIV (engl. *hu-*

*man immunodeficiency virus*). Svrstan je u porodicu *Retroviridae*, podporodicu *Orthoretroviridae*, rod *Lentivirus*. Filogenetskom analizom HIV-1 je podijeljen u 3 grupe: M (od engl. *main; major = glavni*), O (od engl. *oultier = izvan glavne grupe*) i N (od engl. *non-M, non-O; no name*). Grupa M prisutna je pandemijski, a uključuje podtipove A, B, C, D, F, G, H, J, K te rekombinantne forme (CRFs od engl. *circulating recombinant forms*). Svi podtipovi i mnogi CRF-ovi prisutni su u Africi. Podtip B dominantno je prisutan u Europi, Sjevernoj Americi, Japanu i Australiji, dok se podtip C dominantno nalazi u Aziji. Grupe O i N nalazimo endemski u Zapadnoj Africi (21, 22, 23, 24). HIV-2 endemski je prisutan u Zapadnoj Africi i rijetko se identificira u drugim područjima svijeta. Klasificira se u podtipove A–G, ali većinu infekcija uzrokuju podtipovi A i B (25). Infekcija HIV-om prenosi se najčešće spolnim putem, osobito među homoseksualnim i heteroseksualnim promiskuitetnim osobama. Slijedi kontakt s infektivnom krvi preko kontaminiranih igala i šprica (intravenski ovisnici o drogama, zdravstveno osoblje) i vertikalni prijenos s majke na plod. HIV se može preneti u nekontroliranim uvjetima transfuzijom krvi i krvnih pripravaka, transplantacijom organa i tkiva i umjetnom inseminacijom. Prema procjeni SZO-a 2013. godine u Europi je HIV-om bilo zaraženo 2,1 milijun osoba (prevalencija u dobnoj skupini od 15 do 49 godina života je 0,4%), a u globalnoj populaciji oko 35 milijuna ljudi (prevalencija u globalnoj populaciji od 15 do 49 godina života je 0,8%). Procijenjeno je da najviše zaraženih ima u Subsaharskoj Africi, gdje živi gotovo 71% svjetskog stanovništva inficiranog HIV-om, odnosno svaka dvadeseta odrasla osoba je HIV-pozitivna. Istodobno je globalno registrirano 1,5 milijuna smrti od AIDS-a, od toga u Europi 61 000, a u Africi 1,1 milijun (26). Uvidom u podatke „Registra za HIV/AIDS“ Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo vidljivo je da se posljednjih pet godina godišnje registrira prosječno 80 novodijagnosticiranih slučajeva HIV-infekcije (raspon od 70 do 92) što RH svrstava u zemlje niske incidencije i prevalencije manje od 0,1%. Od 1985., kada je u RH registriran prvi slučaj HIV-infekcije, prema vjerojatnom putu prijenosa 59,1% je homo/biseksualni put prijenosa, 29,2% heteroseksualni put prijenosa, 95,9% intravenskim injiciranjem droge, 1,4% transfuzijom zaražene krvi i krvnih preparata te 1,2% vertikalni put prijenosa s majke na dijete. Prema istom „Registru“ procijenjena prevalencija HIV-a među intravenskim ovisnicima o drogama je manje od 1% što je više od procjene za opću populaciju, ali povoljnije u odnosu na druge europske zemlje (27).

Dijagnostika HCV-a i HIV-a najčešće je serodijagnostička i inicijalno podrazumijeva testove otkrivanja nakon kojih, u slučaju pozitivnog nalaza, slijede potvrdni testovi. Rutinski korišteni testovi otkrivanja HCV-a su imunoenzimni testovi (engl. *Enzyme Immunoassay – EIA*) za anti-HCV-protutijela. Kod rizične populacije takve testove treba kombinirati s EIA-om za otkrivanje antigena HCV-a (HCV-Ag). „Serološki prozor“ u kojem je inficirana osoba seronegativna

na anti-HCV relativno je dugačak i iznosi od 7 do 8 tjedana (28). To predstavlja potencijalni rizik prijenosa infekcije, stoga se u današnje vrijeme svi krvni pripravnici za transfuziju dodatno molekularno testiraju na prisutnost virusne RNA (10). Kod svih osoba koje su seropozitivne na anti-HCV i/ili HCV/Ag treba molekularnom dijagnostikom detektirati prisustvo virusne RNA, kvantitativno odrediti HCV-RNA i genotip HCV-a (27). Od 2015. godine dostupna je učinkovita oralna terapija bez inerferona za liječenje kroničnog hepatitisa C genotipa 1 koja je dovela do izliječenja u 96%–100% liječenih pacijenata (29).

Za dijagnostiku HIV-infekcije trenutno su u upotrebi testovi koji osim protutijela na HIV-1 i HIV-2 otkrivaju i antigene virusa. Na taj je način znatno smanjen „serološki prozor“ za otkrivanje infekcije HIV-om. Sve pozitivne EIA-e na protutijela i antigen HIV-tipa 1 i 2 treba potvrditi nekim od potvrđenih testova, najčešće *Western blotom*. Osoba kod koje je potvrđeni test pozitivan je HIV-pozitivna osoba. Daljnjom infektološkom obradom indicira se molekularna dijagnostika kojom se kvalitativno i kvantitativno dokazuje virusna RNA i postavlja indikacija za terapiju. Danas je u upotrebi kombinirana terapija s više lijekova jer HIV brzo stvara otpornost na lijek. Medikamentozna terapija infekcije HIV-om naziva se HAART (od engl. *highly active antiretroviral therapy*). Obično se sastoji se od primjene dvaju lijekova iz skupine nukleozidnih ili nenukleozidnih inhibitora obrnute transkriptaze i jednog lijeka iz skupine inhibitora virusne proteaze. Kombinaciji se može dodati i inhibitor fuzije i/ili inhibitor virusne integraze. Molekularnim testovima moguće je ustanoviti rezistenciju virusa na pojedini lijek i modificirati terapiju s odgovarajućim lijekovima. Učinkovitost terapije ovisi o stadiju bolesti u kojem je uvedena terapija, broju limfocita CD4 i razini virusa u krvi, razvoju rezistencije na lijekove i razvoju komplikacija, ponajprije nuspojava liječenja i oportunističkih infekcija. S ovom terapijom trenutno nije moguće postići eradikaciju virusa, već je cilj dovesti do manje od 50 kopija virusne RNA po mililitru krvi (30, 31).

**Cilj** ovog istraživanja u sklopu europskog projekta IPA Cloud, posvećenog cjelovitom liječenju te socijalnoj i i ekonomskoj reintegraciji ovisnika o drogama, bio je utvrditi seroprevalenciju anti-HCV-protutijela kod ovisnika i prevalenciju HIV-pozitivnih ovisnika o drogama.

## Materijali i metode

Uzorci krvi organizirano su uzorkovani od registriranih intravenskih ovisnika o drogama u Odjelu za prevenciju i izvanbolničko liječenje bolesti ovisnosti Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Primorsko - goranske županije (NZJZ PGŽ-a) u razdoblju od 20. siječnja 2016. do 9. ožujka 2016. Ukupno je testiranju pristupilo 137 ispitanika.

Svi ispitanici dobrovoljno su pristali na testiranje. Ispitivanje je provedeno uz odobrenje Etičkog povjerenstva NZJZ-a PGŽ-a.

Uzorci krvi prikupljeni su venepunkcijom komercijalnim sustavima (Vacutainer SST II Advance, BD, SAD). U Odsjeku za serodijagnostiku Mikrobiološkog odjela NZJZ-a PGŽ-a uzorci su centrifugirani na 3500 RPM (engl. *revolutions per minute*), odvojeni su serumi koji su analizirani nakon 24 do 72 sata od zaprimanja, uz čuvanje na +4°C.

Za određivanje prisutnosti anti-HCV-protutijela u serumu, korišten je imunoenzimni test Abbott ARCHITECT i2000SR CMIA (engl. *Chemiluminescent Microparticle Immunoassay*) Architect Anti-HCV, Abbott, Wiesbaden, Njemačka. Testom se otkrivaju protutijela na antigene HCV-a (strukturni i nestrukturni proteini). Architect Anti-HCV sadrži rekombinantne proteine HCr43 i c100-3.

Istovremena kvalitativna detekcija HIV p24 antigena i protutijela na HIV-1 i HIV-2 provedena je imunoenzimnim testom Abbott ARCHITECT i2000SR CMIA Architect HIV Ag/Ab Combo Abbott, Wiesbaden, Njemačka. Test otkriva protutijela na transmembranske proteine HIV-1 (grupa M i O) i HIV-2 i /ili prisustvo kapsidnog HIV1/2 antigena p24.

Prisutnost anti-HCV i anti-HIV 1/2 protutijela te HIV 1/2 Ag određivana je usporedbom intenziteta kemiluminiscencije uzorka s graničnom vrijednosti (engl. *Cutoff – CO*) dobivenom Architect anti-HCV odnosno Architect HIV Ag/Ab Combo kalibracijom te je izražena kao S/CO vrijednost (engl. *sample rate/cut-off rate*). Uzorak s S/CO  $\geq$  1.00 smatra se inicijalno pozitivnim i mora biti retestiran u duplikatu.

## Rezultati

U ispitnom razdoblju testirano je 137 uzoraka seruma na prisustvo anti-HCV i anti-HIV 1/2 protutijela i HIV 1/2 antigena. Od ispitanika muškog spola dobiveno je 109 uzoraka (79,56%), a od ispitanica ženskog spola 26 (18,98%), dok su dva uzorka bila od neidentificiranih ispitanika (1,46%). Najmlađi ispitanik muškog spola imao je 15 godina, a najstariji 59 godina. Ispitanice su bile u dobi od 24 do 50 godina. Srednja životna dob ispitanika muškog spola bila je 34,5 godina dok je srednja životna dob ispitanica iznosila 36,6 godina. Raspodjela ispitanika prema dobi i spolu prikazana je na slici 1. Svih 137 uzoraka seruma bilo je negativno u testu na anti-HIV 1/2 protutijela i HIV 1/2 antigen. Anti-HCV-pozitivno bilo je ukupno 39 uzoraka seruma (28,47%). Kada analiziramo razlike među spolovima ispitanika, od 109 ispitanika muškog spola anti-HCV pozitivno bilo je 930 uzoraka seruma (27,52%), od 26 ispitanica 7 uzoraka (26,92%) i 2 uzorka od neidentificiranih ispitanika. Raspodjela ukupnog



broja ispitanika prema spolu i anti-HCV pozitivitetu prikazana je na slici 2. Većina ispitanika (95 od 132) izjasnila se da je započela s korištenjem sredstava ovisnosti u maloljetničkoj dobi. Kod muških ispitanika zabilježena dob započinjanja korištenja sredstava ovisnosti je u rasponu od 10 godina do 27 godina, a kod ženskih ispitanica u rasponu od 12 godina do 33 godine. Na slici 3. koja prikazuje zastupljenost pojedinih dobi započinjanja korištenja sredstava ovisnosti kod ispitanika koji su se izjasnili vidljivo je da je 70% ispitanika započelo koristiti droge u dobi od 12 do 16 godina. Usporedbu dobi ispitanika i dobi prvog uzimanja droga kod anti-HCV-pozitivnih ispitanika muškog spola prikazuje slika 4., dok je istovjetna usporedba koja se odnosi na anti-HCV-osobe ženskog spola prikazana na slici 5.

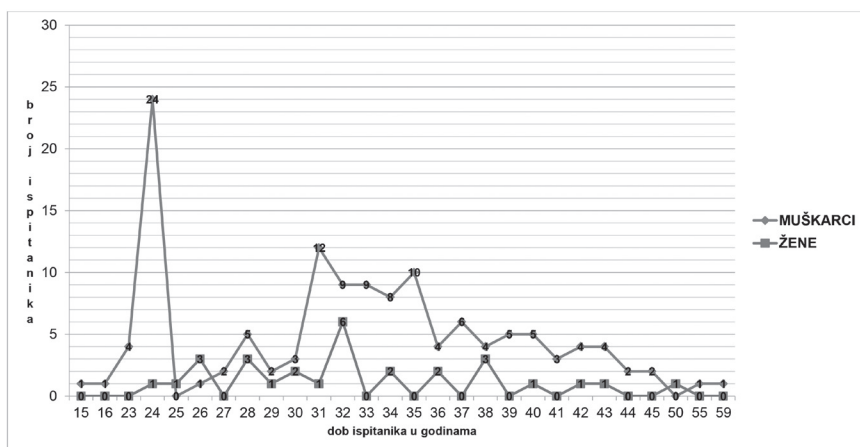
## Rasprava

Među našim ispitanicima nije bilo HIV-pozitivnih osoba. Prevalencija HIV-pozitivnih intravenskih ovisnika u RH je niska što je pokazala naša studija i više recentnih studija drugih autora (13, 15, 18, 27). Prevalencija anti-HCV-pozitivnih intravenskih ovisnika u RH je visoka. U usporedbi s prethodnim studijama koje su analizirale prevalenciju u trima velikim hrvatskim gradovima, Zagrebu, Splitu i Rijeci, Rijeka i dalje ima najnižu prevalenciju među intravenskim ovisnicima. U našoj studiji prevalencija anti-HCV-pozitivnih osoba iznosi 28,47% i ne pokazuje na našem uzorku značajnu razliku među spolovima. Dob prvog uzimanja sredstava ovisnosti je kod gotovo  $\frac{3}{4}$  ispitanika vezana za maloljetničku dob što naglašava potrebu suradnje s obrazovnim ustanovama u primarnoj prevenciji ovisnosti o drogama. Dužina ovisništva inače je faktor koji značajno doprinosi mogućnosti infekcije s HCV-om i HIV-om međutim, u našoj studiji nemamo podatak jesu li se seropozitivne osobe već testirale i je li im poznato da su inficirane.

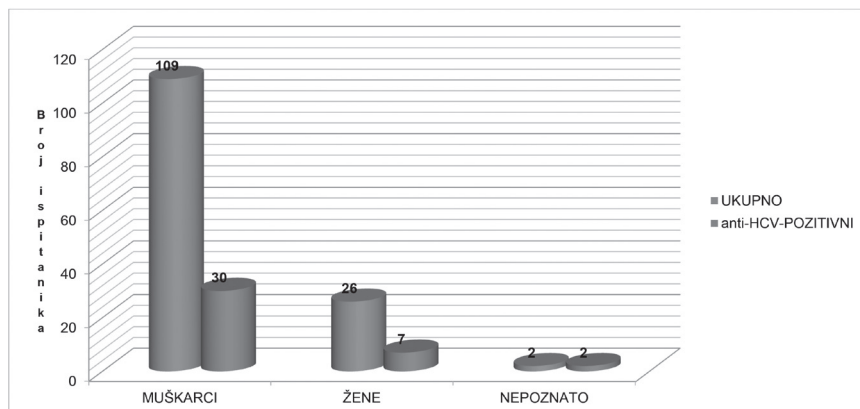
## Zaključci

Visoka prevalencija anti-HCV-pozitivnih osoba među intravenskim ovisnicima nameće potrebu da se kod njih sustavno provodi testiranje na krvlju prenosive bolesti. Kako je danas glavni put prijenosa HCV-a upotreba nesterilnog pribora među intravenskim ovisnicima visoka prevalencija anti-HCV-pozitivnih osoba među našim ispitanicima čini značajan rezervoar za daljnje širenje infekcije. Zbog specifičnosti ove populacije koja je inače teško dostupna, opravdano je provođenje zdravstvene skrbi u posebnim organizacijskim jedinicama za izvanbolničko liječenje ovisnosti. U takvim ustanovama ovisnici dobivaju adekvatnu skrb koja uključuje zamjensku terapiju, anonimno i besplatno testi-

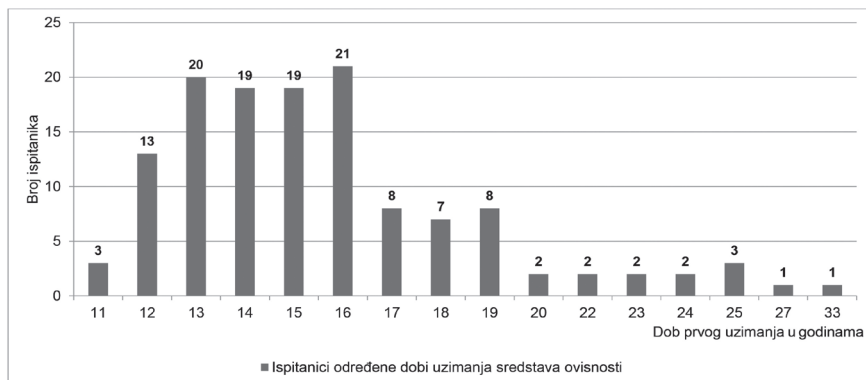
ranje na krvlju prenosive bolesti, edukaciju o zaštiti od takvih bolesti i dostupnosti sterilnih igala i šprica te upućivanje na daljnje liječenje osoba koje su inficirane HCV-om ili HIV-om. Svi oblici primarne prevencije među maloljetnicima od iznimnog su značaja jer je i naša studija pokazala da je dob prvog uzimanja sredstva ovisnosti u 70% slučajeva od 12 do 16 godina.



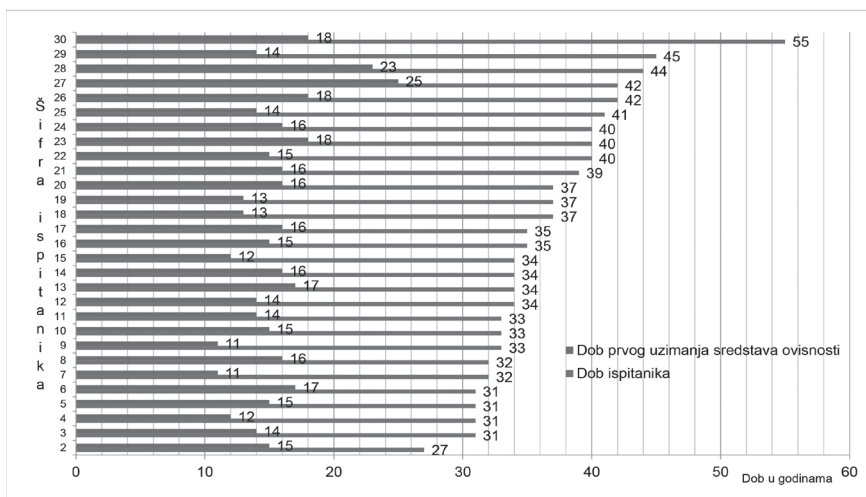
Slika 1. Raspodjela ispitanika prema dobi i spolu



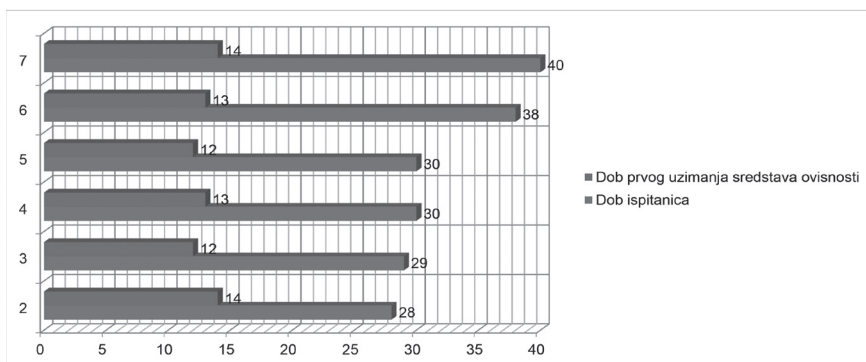
Slika 2. Prikaz raspodjele ukupnog broja ispitanika prema spolu i anti-HCV pozitivitetu (N = 137)



Slika 3. Zastupljenost pojedine dobi prvog uzimanja sredstava ovisnosti kod ispitanika koji su se izjasnili (N = 132)



Slika 4. Anti-HCV-pozitivni ispitanici muškog spola (N = 30)



Slika 5. Anti-HCV-pozitivne osobe ženskog spola (N = 7)

## Literatura

1. **WHO Europe Hepatitis** – data and statistics. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2015/HR/1-2015-584-HR-F1-1>.
2. **Vilibić-Cavlek, T.**, Kucinar, J., Kaic, B., Vilibic, M., Pandak, N., Barbic, Lj., Stevanovic, V., Vranes, J.. Epidemiology of hepatitis C in Croatia in the European context. *World J Gastroenterol* 2015; 21(32): 9479–9493 [PMC: 4548109]
3. **Cavlek, T. V.**, Margan, I. G., Lepej, S. Z., Kolaric, B., Vince, A. Seroprevalence, risk factors, and hepatitis C virus genotypes in groups with high-risk sexual behavior in Croatia. *J Med Virol* 2009; 81: 1348–1353 [PMID: 19551819 DOI:10.1002/jmv.21530]
4. **Beader, N.** Virusi koji uzrokuju hepatitis. U: Medicinska mikrobiologija, ur. Kalenić, S., Medicinska naklada, Zagreb, 2013; 489–501.
5. **WHO Europe Hepatitis** – data and statistics. Dostupno na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hepatitis/data-and-statistics/fact-sheet-hepatitis-c-in-the-who-european-region>
6. **Kaić, B.**, Vilibić-Čavlek, T., Filipović, S. K., Nemeth-Blažić, T., Pem-Novosel, I., Vucina, V. V., Šimunović, A., Zajec, M., Radić, I., Pavlić, J., Glamocanin, M., Gjenero-Margan, I. [Epidemiology of viral hepatitis]. *Acta Med Croatica* 2013; 67: 273–279 [PMID: 24984326]
7. **Vilibić-Cavlek, T.**, Kucinar, J., Ljubin-Sternak, S., Kaić, B., Lazarić-Stefanović, L., Kolarić, B. Prevalence of viral hepatitis in Croatian adult population undergoing routine check-up, 2010–2011. *Cent Eur J Public Health* 2014; 22: 29–33 [PMID: 24844103]
8. **Peruč, D.**, Tićac, B., Rukavina, T. Serološka dijagnostika hepatitis C virusne infekcije u Primorsko-goranskoj županiji. U: 2. hrvatski kongres preventivne medicine i unaprjeđenja zdravlja s međunarodnim sudjelovanjem, ur. Štimac D., Zagreb, 2010; 119–120.
9. **Tićac, B.**, Rukavina, T. Serological diagnosis of hepatitis C viral infection – situation in Primorsko-goranska County. *Medicina* 2007; 43: 123–131.
10. **Balija, M.**, Očić, T., Hećimović, A. Izvješće o rezultatima rada transfuzijske službe u Hrvatskoj u 2014. godini. U: Transfuziološki vjesnik br. 55/2015.
11. **Kučinar, J.**, Vilibić-Čavlek, T, Kaić, B, Kolarić, B. Screening for HBsAg, HCV and HIV among pregnant women, Istria County, 2011–2012. *Med Jad* 2014; 44: 45–50

12. **Vucinovic, M.**, Roje, D., Vucinovic, Z., Capkun, V., Bucat, M., Banovic, I. Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy: our ten-year experience. *Yonsei Med J* 2008; 49: 705–713 [PMID: 18972589 DOI: 10.3349/ymj.2008.49.5.705]
13. **Burek, V.**, Horvat, J., Butorac, K., Mikulić, R. Viral hepatitis B, C and HIV infection in Croatian prisons. *Epidemiol Infect* 2010; 138: 1610–1620. [PMID: 20202285 DOI: 10.1017/S0950268810000476]
14. **Vilibić-Cavlek, T.**, Gjenero-Margan, I., Retkovic, B., Kolaric, B., Bisko, A., Banozic-Blagus, Z., Ljubin-Sternak, S., Nemeth-Blazic, T. Sociodemographic characteristics and risk behaviors for HIV, hepatitis B and hepatitis C virus infection among Croatian male prisoners. *Int J Prison Health* 2011; 7: 28–31
15. **Kolarić, B.**, Stajduhar, D., Gajnik, D., Rukavina, T., Wiessing L. Seroprevalence of blood-borne infections and population sizes estimates in a population of injecting drug users in Croatia. *Cent Eur J Public Health* 2010; 18: 104–109 [PMID: 20939261]
16. **Vilibić Čavlek, T.**, Marić, J., Katičić, L., Kolarić, B. Hepatitis C virus antibody status, sociodemographic characteristics, and risk behaviour among injecting drug users in Croatia. *Cent Eur J Public Health* 2011; 19: 26–29 [PMID: 21526652]
17. **Kolovrat, A.**, Jurisić, I., Marić, Z., Cvitković, A. Prevalence of hepatitis B, hepatitis C and HIV among injecting drug users treated outpatiently and in therapeutic community in Brod-Posavina County, Croatia. *Acta Med Croatica* 2010; 64: 287–296 [PMID:21688612]
18. **Medic, A.**, Dzelalija, B., Sonicki, Z., Zekanović, D. Characteristics of hepatitis C in injecting drug users in Zadar County, Croatia. *Coll Antropol* 2008; 32: 697–702 [PMID: 18982740]
19. Vlada Republike Hrvatske, Ured za suzbijanje zlouporabe droga. Dostupno na: <https://drogeiovisnosti.gov.hr/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost/publikacije/istrazivanja/istrazivanje-prevalencije-hiv-a-hepatitisa-c-i-rizicnih-ponasanja-kod-osoba-koje-injektiraju-droge-u-republici-hrvatskoj-2015/1114>
20. **Masur, H.**, Michelis, M. A., Greene, J. B., Onorato, I., Stouwe, R. A., Holzman, R. S., Wormser, G., Brettman, L., Lange, M., Murray, H. W., Cunningham-Rundles, S. An outbreak of community-acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia: initial manifestation of cellular immune dysfunction. *N Engl J Med* 1981;24: 143–8 [PMID: 6975437]

21. **Masur, H.**, Michelis, M. A., Wormser, G. P., Lewin, S., Gold, J., Tapper, M. L., Giron, J., Lerner, C. W., Armstrong, D., Setia, U., Sender, J. A., Siebken, R. S., Nicholas, P., Arlen, Z., Maayan, S., Ernst, J. A., Siegal, F. P., Cunningham-Rundles, S. Opportunistic infection in previously healthy women. Initial manifestations of a community-acquired cellular immunodeficiency. *Ann Intern Med* 1982; 97(4): 533–9 [PMID: 6982014]
22. **Gao, F.**, Bailes, E., Robertson, D. L., Chen, Y., Rodenburg, C. M., Michael, S. F., Cummins, L. B., Arthur, L. O., Peeters, M., Shaw, G. M., Sharp, P. M., Hahn, B. H. Origin of HIV-1 in the chimpanzee *Pan troglodytes*. *Nature*. 1999 Feb 4; 397(6718): 436–41. [PMID: 9989410]
23. **Gurtler, L. G.**, Hauser, P. H., Eberle, J., von Brunn, A., Knapp, S., Zekeng, L., Tsague, J. M., Kaptue, L. A new subtype of human immunodeficiency virus type 1 (MVP-5180) from Cameroon. *J Virol* 1994; 68:1581–5.[PMID: 8107219]
24. **Simon, F.**, Mauclere, P., Roques, P., Loussert-Ajaka, I., Muller-Trutwin, M.C., Saragosti, S., GeorgesCourbot, M. C., Barre-Sinoussi, F., Brun-Vezinet, F. Identification of a new human immunodeficiency virus type 1 distinct from group M and group O. *Nat Med*. 1998; 4:1032–7 [PMID: 9734396]
25. **Hemelaar, J.** The origin and diversity of the HIV-1 pandemic. *Trends in Molecular Medicine*.2012; 18 (3) :182–192 [DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.molmed.2011.12.001>]
26. **Gao, F.**, Yue, L., Robertson, D. L., Hill, S. C., Hui, H., Biggar, R. J., Neequaye, A. E., Whelan, T. M., Ho, D. D., Shaw, G. M. Genetic diversity of human immunodeficiency virus type 2: evidence for distinct sequence subtypes with differences in virus biology. *J Virol*. 1994; 68(11): 7433–7447 [PMCID: PMC237186]
27. **WHO Global Health Observatory (GHO)** data. Dostupno na: <http://www.who.int/gho/hiv/en/>
28. **Hrvatski zavod za javno zdravstvo**, Odsjek za HIV/AIDS i druge spolno i krvlju prenosive infekcije. Dostupno na: <http://www.hzjz.hr/sluzbe/sluzba-za-epidemiologiju/odjel-za-pracenje-zaraznih-bolesti/odsjek-za-hivaids-i-druge-spolno-i-krvlju-prenosne-infekcije/>
29. **Palmović, D.**, Poljak, M. Hepatitis C virus. U: *Infektologija*, ur. Begovac, J. i sur., Profil, Zagreb, 2006; 454–461

30. **Bartenschlager, R.**, Lohmann, V., Penin, F. The molecular and structural basis of advanced antiviral therapy for hepatitis C virus infection. *Nat Rev Microbiol.* 2013; 11(7): 482–96 [PMID: 23748342]
31. **Begovac, J.** Infekcija virusom humane imunodeficijencije. U: ur. Begovac, J. i sur., *Profil*, Zagreb, 2006; 338–369
32. **Presečki, V.**, Presečki-Stanko A. Retrovirusi. U: *Medicinska mikrobiologija*, ur. Kalenić, S., Medicinska naklada, Zagreb, 2013; 479–488

# 1.5. INOVATIVNI MODELI PRAĆENJA ZLOUPOTREBE ILEGELNIH DROGA TEMELJEM ANALIZE METABOLITA U OTPADNIM VODAMA: ISKUSTVA IZ EUROPE I SVIJETA

Mr. sc. Paula Žurga, dipl. ing.  
Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije

**Z**loupotrebavanje ilegalnih droga na svjetskoj i lokalnoj razini ima višestruke zdravstvene, socijalne i ekonomske posljedice. Borba protiv zloupotrebe droga oduvijek je počivala na pouzdanim i dovoljno osjetljivim metodama detekcije, identifikacije i kvantifikacije droga i njihovih metabolita. U suvremeno je doba znanost iznimno napredovala te je usavršena sposobnost otkrivanja prisustva i koncentracije poznatih droga i njihovih metabolita. Pouzdana identifikacija i kvantifikacija omogućuje precizno praćenje promjena u ponudi i potražnji ilegalnih supstanci u realnom vremenu čime i suzbijanje zloupotrebe istih postaje učinkovitije.

Ured Ujedinjenih naroda za droge i kriminal (engl. UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime) u svojem je izvješću iz 2014. godine objavio da je u ukupnoj svjetskoj populaciji 3,5% – 7% osoba u starosnoj skupini od 15 do 64 godine barem jednom u prethodnoj godini koristilo ilegalne supstance, većinom iz grupe kanabinoida, kokaina, opijata ili amfetaminskih stimulansa. S druge strane, broj ovisnika koji redovito koriste ilegalne supstance na svjetskoj je razini stabilan i kreće se između 16 i 39 milijuna ljudi. Unatoč tomu što se kanabis uobičajeno smatra najmanje opasnom drogom, broj osoba koji traže liječničku pomoć zbog poremećaja uzrokovanim korištenjem kanabisa povećao se tijekom posljednjeg desetljeća, osobito u Sjevernoj i Južnoj Americi, Oceaniji i Europi. Ipak, opijati ostaju najzastupljenija droga u Europi i Aziji, a kokain u Sjevernoj i Južnoj Americi (Izvješće UNODC, 2014).



Europa ima utemeljen sustav za praćenje zlouporabe droga, a riječ je o Europskom centru za praćenje droga i ovisnosti o drogama (engl. EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), koji se bazi- ra na standardnim informacijama o ponudi i potražnji kao i na informacijama dobivenim znanstvenim istraživanjima. Procjene prevalencije temelje se na kombinaciji rezultata istraživanja i indirektnih statističkih metoda koje pokušava- vaju procijeniti broj nepoznatih, neregistriranih korisnika iz registara poznatih korisnika kao što su korisnici različitih tretmana odvikavanja ili uhićenici. Ove metode korisne su u pružanju informacijama o tipovima ovisnika, učestalosti i načinu zlouporabe droga kao i čistoći supstanci prisutnih na tržištu (Ort et al.).

Međutim, na opisani je način teško precizno procijeniti ukupnu potrošnju droge na nekom području. Stoga su Zuccato i suradnici 2008. godine predložili da oruđe za tu namjenu bude praćenje koncentracije metabolita ilegalnih dro- ga u otpadnim vodama. Naime, ilegalne droge i njihovi metaboliti kontinuirano dospijevaju u otpadne vode humanom ekskrecijom (urinom, fecesom, znojem i stolicom) i povremenim izravnim ispuštanjem laboratorijskog otpada u sustav javne odvodnje. Prikazano sažeto, droge se izlučuju nepromijenjeno ili kao metaboliti u sljedećim omjerima: kokain se izlučuje nepromijenjen 1–9%, a u obliku derivata benzoilekgonina (35–54%) i metilester ekgonina (32–49%); amfetamin se izlučuje kao nepromijenjen 30–40%; metamfetamin se izlučuje kao nepromijenjen 43–62%; MDMA se izlučuje kao nepromijenjen 65%; heroin se izlučuje kao morfin 42,5%, a THC se izlučuje kao nepromijenjen fecesom 65–90%, a urinom 10–25% (Pal et al.). Istraživanja su pokazala da su neke ilegalne droge vrlo stabilne te se teško uklanjaju tijekom obrade otpadne vode. Općenito, efikasnost uklanjanja droga i njihovih metabolita iz otpadnih voda raste sljedećim redoslijedom: amfetamin i amfetaminu srodni spojevi < kana- binoidi < opiodi < kokainoidi (Pal et al.). Upravo stabilnost metabolita ilegalnih droga u vodenom mediju čini metodu procjene potrošnje droga iz rezultata analize otpadnih voda upotrebljivom u forenzičke svrhe. Na ovaj način procje- na konzumacije droga može se dobiti iz podataka o koncentraciji metabolita droga u netretiranoj otpadnoj vodi, protoku vode kroz pročišćivač na kojem se vrši uzorkovanje, broju stanovnika koji žive na području s kojeg na pročišćivač dotječe otpadna voda, brzini ekskrecije pojedinih metabolita u urin i procjena- ma o veličini pojedinačne doze (Metcalf et al.). S obzirom na zdravstvene, socijalne i ekonomske posljedice zlouporabe droga, iznimno je važno moći na objektivna i učinkovita načina pratiti promjene obrazaca zlouporabe droga u realnom vremenu kao oruđe koje upotpunjuje postojeće socio-epidemiološke metode (Terzić et al.).

Dosadašnja istraživanja koja su pratila koncentracije droga i njihovih meta- bolita provodila su se uglavnom u razvijenim zemljama, a u manjoj mjeri njima su se bavili laboratoriji zemalja u razvoju. U Europi je 2010. godine formirana

mreža (Sewage Analysis CORE Group – Europe) s ciljem standardiziranja pristupa analizi otpadnih voda te koordinacije nacionalnih istraživanja. Opsežno istraživanje iz 2011. godine (Thomas et al.) obuhvatilo je analizu podataka dobivenih analizom otpadnih voda u 19 europskih gradova, uključujući i glavni grad Hrvatske. Podaci su prikupljeni u sljedećim državama: Ujedinjeno Kraljevstvo, Francuska, Italija, Češka, Hrvatska, Norveška (1 grad); Švedska, Finska, Belgija (2 grada); Nizozemska (3 grada) i Španjolska (4 grada), obuhvativši ukupno 15 milijuna stanovnika. U navedenoj studiji uspoređivano je opterećenje sustava javne odvodnje ilegalnim drogama i njihovim metabolitima tijekom jednog razdoblja. Objavljeni rezultati uglavnom su se slagali sa službenim podacima o prevalenciji te dodatno ojačali koncepciju prema kojoj analiza biomarkera u otpadnim vodama daje objektivne podatke o potrošnji droga u realnom vremenu.

Prema rezultatima Thomasa i sur. potrošnja kokaina bila je znatno viša u Središnjoj i Zapadnoj Europi od njegove potrošnje u Sjevernoj i Istočnoj Europi. Najviša potrošnja kokaina zabilježena je u Antwerpenu u Belgiji. Razlike u potrošnji bile su značajne i kretale su se od 2–146 mg/dan/1000 stanovnika u gradovima s nižom potrošnjom kokaina, među kojima je i Zagreb, do 987–1998 mg/dan/1000 stanovnika u gradovima s višom potrošnjom kokaina, među kojima su, uz spomenuti Antwerpen, i Amsterdam, Valencia, Barcelona, London i Utrecht. Ekstrapolirana ukupna potrošnja kokaina u Europi tijekom trajanja istraživanja bila je 356 kg/dan.

Rezultati analize MDMA-a (ecstasy) pokazali su najveću potrošnju u tri nizozemskim gradovima (Amsterdam, Utrecht i Eindhoven), i to u rasponu 67–615 mg/dan/1000 stanovnika.

Metamfetamin je nađen u većini uzoraka otpadne vode, izuzev Zagreba, Pariza, Castellona te triju nizozemskih gradova (Amsterdam, Eindhoven i Utrecht). Najviše vrijednosti po glavi stanovnika zabilježene su u Finskoj (300–376 mg/dan/1000 stanovnika). Zanimljivo je da su gradovi s niskom potrošnjom metamfetamina zabilježili visoku potrošnju amfetamina i obrnuto. Tako je amfetamin bio najzastupljenija droga iz ove skupine u Zagrebu, Valenciji, Barceloni, Stockholmu i Londonu.

Najveća zabilježena potrošnja kanabisa bila je u Amsterdamu (192 mg/dan/1000 stanovnika), dok se u ostalim se gradovima kretala u rasponu 14–124 mg/dan/1000 stanovnika).

Tjedni obrazac potrošnje kokaina i MDMA-a pokazivao je, očekivano, značajan skok u dane vikenda u usporedbi s ostalim danima u tjednu.

Nakon uspjeha početne studije Thomasa i sur., usporedna su istraživanja u sljedeće tri godine obuhvatila 21 europsku zemlju. Upotreba standardiziranog pro-

tokola na svim lokacijama omogućila je izravnu usporedbu jednotjedne potrošnje ilegalnih droga u Europi tijekom četiriju uzastopnih godina. Općeniti uzorci potrošnje kokaina nisu se promijenili u odnosu na početno istraživanje iz 2011. te su u istim gradovima i regijama i u sljedećim godinama nađene najviša i najniža potrošnja kokaina. Međutim, potrošnja amfetamina bila je jednoliko raspoređena u Europi, s najvišim vrijednostima zabilježenima na sjeveru i sjeveroistoku Europe, dok je metamfetamin bio naročito popularan u Češkoj, Slovačkoj i na sjeveru Europe. Relativno niske vrijednosti biomarkera povezanih s MDMA-om nađene su u većini europskih zemalja a najviše su vrijednosti zabilježene u nizozemskim gradovima. Općenito je nađeno da je potrošnja kokaina i MDMA-a bila veća tijekom vikenda, kao i u većim gradovima u usporedbi prema manjim, dok za kanabis, amfetamin i metamfetamin nisu pronađene takve razlike. Podaci dobiveni analizom otpadnih voda uglavnom se, iako ne potpuno, slažu s podacima dobivenim standardnim socio-epidemiološkim metodama. Veliko slaganje među navedenim metodama primijećeno je u podacima o potrošnji kokaina koji je zastupljeniji na jugu i zapadu kontinenta, dok su amfetamini zastupljeniji u središnjoj i sjevernoj Europi. Metamfetamini se uglavnom konzumiraju u Češkoj. Izvjesno neslaganje u navedenim metodama primijećeno je u podacima o potrošnji kanabisa. Kanabis je, prema podacima o prevalenciji, najzastupljeniji, između ostalih, u Italiji i Češkoj, no analiza otpadne vode pokazuje drugačije. Prema njoj, najviše se kanabisa konzumira u Španjolskoj i Nizozemskoj (EMCDDA 2015).

U Hrvatskoj su dosad najobuhvatniju studiju o koncentraciji metabolita ilegalnih droga u otpadnoj vodi izradili znanstvenici s Instituta Ruđer Bošković iz Zagreba. U njihovoj znanstvenoj publikaciji iz 2010. godine objavljeni su rezultati istraživanja provedeni na uzorcima prikupljenim na centralnom pročišćivaču otpadnih voda grada Zagreba tijekom 2009. godine. Njihov model uzorkovanja uključivao je prikupljanje 24-satnih uzoraka sirove otpadne vode (prije pročišćavanja) i biološki tretirane otpadne vode (nakon pročišćavanja). Uzorci su prikupljeni tijekom dvaju razdoblja od po 9 uzastopnih dana, u proljeće i ljeto, kao i dva puta tjedno (utorkom i nedjeljom) tijekom devet uzastopnih tjedana u razdoblju od travnja do lipnja 2009. Tandem masenom spektrometrijom izvršena je identifikacija i kvantifikacija 5 ilegalnih droga i njihovih metabolita: heroina i njegovih glavnih metabolita morfina i 6-acetil morfina; kokaina i njegovog glavnog metabolita benzoilekgonina; amfetamina; MDMA-a (ecstasy); te glavnog urinarnog metabolita kanabisa: 11-nor-9-karboksi- $\Delta^9$ -tetrahidrokanabiola. Također je izvršena identifikacija i kvantifikacija dvaju terapijskih opijata i njihovih metabolita: metadona i njegovog metabolita 2-etiliden-1,5-dimetil-3,3-difenilpirolidina (EDDP-a) te kodeina. Rezultati su pokazali da su svi ispitivani uzorci sadržavali mjerljive koncentracije ciljanih analita ukazujući na široku uporabu ilegalnih supstanci i terapijskih opijata. Međutim, koncentracije ciljanih analita bile su relativno niske i kretale su se u

rasponu od onih na granici detekcije do 476 ng/L. Tijekom cijelog ispitivanog razdoblja najviše izmjerene koncentracije bile su one morfina, benzoilekgonina, kodeina i EDDP-a. Za potrebe utvrđivanja dnevnih i sezonskih obrazaca izlučivanja, dnevna masena opterećenja (g/dan) izračunata su množenjem izmjerenih koncentracija (g/m<sup>3</sup>) s volumenom otpadne vode koja dnevno prođe kroz pročišćivač (m<sup>3</sup>/dan). Uspoređujući dnevne varijacije u izlučivanju metabolita droga, značajno povećanje izlučivanja u dane vikenda primijećeno je kod benzoilekgonina i MDMA-a za razliku od koncentracija morfina, kodeina i metadona. Ovaj rezultat upućuje na jasan obrazac korištenja stimulirajućih droga u odnosu na opijatne, gdje se stimulirajuće droge više koriste u dane vikenda kao tzv. rekreativne droge. Što se tiče sezonskog efekta, općenito su dnevna masena opterećenja bila viša u proljeće nego ljeti. Usporedbom rezultata istraživanja sa sličnim istraživanjima u Zapadnoj Europi, uočena je razlika u obrascu uporabe najčešćih droga: kokaina, heroina i kanabisa. U Zagrebu je procijenjena količina potrošnje heroina dvaput veća od potrošnje kokaina, dok u Zapadnoj Europi potrošnja kokaina višestruko nadmašuje potrošnju heroina. Također, potrošnja amfetamina i MDMA-a znatno je niža nego u drugim europskim gradovima, dok je potrošnju kanabisa u velikoj mjeri moguće usporediti s njegovom potrošnjom drugdje u Europi (Terzić et al., 2010).

Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ-a jedan je od partnera u projektu „Cjelovit pristup liječenju te socijalnoj i ekonomskoj reintegraciji ovisnika o drogama”, pod akronimom „CLOUD”, koji je financiran iz sredstava Europske teritorijalne suradnje u sklopu IPA programa i Europskog fonda za regionalni razvoj. Jedan od ciljeva projekta jest procjena potrošnje ilegalnih supstanci i terapijskih opijata na području grada Rijeke: heroina i njegovih glavnih metabolita morfina i 6-acetil morfina; kokaina i njegovog glavnog metabolita benzoilekgonina; amfetamina; MDMA-a (ecstasy); glavnog urinarnog metabolita kanabisa: 11-nor-9-karboksi- $\Delta^9$ -tetrahidrokanabiola te metadona i njegovog metabolita 2-etiliden-1,5-dimetil-3,3-difenilpirolidina (EDDP-a). Za tu svrhu provedeno je prikupljanje 24-satnih uzoraka u dva 14-dnevna razdoblja koja su obuhvatila dane s očekivanom većom potrošnjom ciljanih analita kao i dane s očekivanom manjom potrošnjom ciljanih analita (obuhvaćen je novogodišnji tjedan: 28.12.15.–10.01.16. te karnevalski tjedan: 01.02.16.–14.02.16.). Navedeni uzorci analizirat će se na tekućinskom kromatografu s tandem masenom spektrometrijom najnovije generacije, koju odlikuje visoka osjetljivost i pouzdana identifikacija. Cilj je ustanoviti obrasce potrošnje ilegalnih supstanci i terapijskih opijata u razdoblju kada se očekuje rast potrošnje, posebice rekreativnih droga. Također, odabrani model uzorkovanja predviđa uzorkovanje 24-satnih uzoraka dva puta tjedno (radnim danom i vikendom) do kraja projektnog razdoblja kako bi se iz dobivenih podataka mogla procijeniti ukupnja potrošnja navedenih supstanci na području grada Rijeke kao i tjedne oscilacije istih.

## Literatura

1. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2015) European Drug report 2015: Trends and development. <http://www.emcdda.europa.eu/edr2015>.
2. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2015) Perspectives on drugs: a European multi-city study. <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis>
3. Metcalfe, C., Tindale, K., Li, H., Rodayan, A., Yargeau, V. Illicit drugs in Canadian municipal wastewater and estimates of community drug use. *Environ Pollut.* 2010; 158; 3179–3185.
4. Ort, C., van Nuijs, A. L. N., Berset, J., Bijlsma, L., Castiglioni, S., Covaci, A., et al. Spatial differences and temporal changes in illicit drug use in Europe quantified by wastewater analysis. *Addiction* 2014; 109; 8.
5. Pal, R., Mallavarapu, M., Kirkbride, K. P., Naidu, R. Illicit drugs and environment – A review. *Sci Total Environ* 2013; 463–464; 1079–1092.
6. Terzić, S., Senta, I., Ahel, M. Illicit drugs in wastewater of the city of Zagreb (Croatia) – Estimation of drug abuse in a transition country. *Environ Pollut* 2010; 158; 2686–2693.
7. Thomas, K. V., Bijlsma, L., Castiglioni, S., Covaci, A., Emke, E., Grabic, R. et al. Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis. *Sci Total Environ* 2012; 432; 432–439.
8. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2014) World Drug Report 2014. [https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World\\_Drug\\_Report\\_2014\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf).
9. Zucchato, E., Chiabrando, C., Castiglioni, S., Bagnati, S., Fanelli, R. Estimating community drug abuse by wastewater analysis. *Environ Health Perspect* 2008; 116; 1027–1032.

# 2

---

## ANALIZA JAVNOZDRAVSTVENOG SUSTAVA U HR TE MEĐUNARODNA ISKUSTVA



## 2.1. ANALIZA JAVNOZDRAVSTVENOG SUSTAVA U LIJEČENJU OVISNOSTI O DROGAMA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Prof. dr. sc. Slavko Sakoman, spec. psihijatar

### Povijesni osvrt na karakteristike i pojavnost zlouporabe droga na prostoru Republike Hrvatske i razvoj „Nacionalnog sustava za suzbijanje tog javnozdravstvenog problema“

**D**ruštveni fenomen „*zlouporabe ilegalnih droga*“ sa suvremenim karakteristikama na prostoru Hrvatske pojavljuje se sredinom šezdesetih. Supkulturni trendovi iz tadašnje Zapadne Europe prenose se na populaciju mladih u Hrvatskoj ponajviše kroz turizam. Tako koncem šezdesetih u nekoliko gradova (Zagrebu, osobito...) postaju vidljive male scene, za tadašnje vrijeme, vrlo neobičnih mladih ljudi hipijevske životne filozofije i stila ponašanja koji uključuje konzumaciju kanabisa i halucinogena. Kao odgovor na prijetuće trendove zlouporabe droga u svijetu najupućenija osoba i ujedno vodeći stručnjak za problem ovisnosti na ovim prostorima te nešto kasnije predsjednik Svjetske organizacije socijalne psihijatrije, prof. dr. sc. Vladimir Hudolin (tada predstojnik Klinike za psihijatriju, neurologiju, alkoholizam i druge ovisnosti u sadašnjem KBC-u „Sestre milosrdnice“ u Zagrebu, Vinogradska 29) pokreće inicijativu za uređenje i otvaranje posebnog specijaliziranog odjela za liječenje ovisnika o drogama. Taj ekspert uočio je da se ta kategorija ovisnika bitno razlikuje od alkoholičara te da stoga i pristup tretmanu treba uvažavati njihove posebnosti. Tako je koncem šezdesetih na dograđenom katu zgrade sadašnje Psihijatrijske klinike (KBC SM) uređen i otvoren **Odjel za ovisnosti o drogama**.



To mjesto je bilo i danas je ishodište stjecanja znanja i svih inicijativa koje se tiču izučavanja i suzbijanja tog specifičnog sociopatološkog fenomena. Prodorom opijata (heroina) u hipijevsku populaciju problem u vezi s drogama sedamdesetih u Europi poprima vrlo prijeteće dimenzije. U to vrijeme u Hrvatskoj heroin je bio teško dostupan, ali je bilo opijatskih ovisnika koji su se vrlo vješto snalazili za svoje ovisničke potrebe nabavljanjem opijuma (Makedonija), ubiranjem opijuma ilegalnim zarezivanjem zelenih čajura maka u tuđim vrtovima ili kuhanjem opijumskog čaja od suhih odbačenih čajura maka. Tih je godina u ljekarnama kontrola čuvanja i izdavanja morfina, kodeina i drugih opioidnih analgetika bila slaba što su vrlo vješti i manipulativni ovisnici koristili kao dodatan izvor opijata. Dakako da su vrlo česte bile i provale u ljekarne. Početkom osamdesetih prof. Hudolin na mjesto voditelja Odjela za ovisnosti o drogama postavlja doktora Sakomana jer se dotadašnji stručni tim nije mogao nositi s tim za liječenje vrlo teškim i zahtjevnim pacijentima. Uz pokretanje „Registra liječenih ovisnika“ (1978.) i reorganizaciju rada Odjela, dr. Sakoman 1981. započinje i s razvojem programa za liječenje ovisnika i u zatvorskom sustavu. Uz širenje zlouporabe kanabisa (koji se sve više ilegalno uzgaja) tih godina među mlađim tinejdžerima (osobito u Zagrebu) izbija prava epidemija „snifanja ljepila“. Epidemija je prekinuta nakon dvije godine intenzivnog provođenja edukativnih programa u školama. Postupno iz godine u godinu povećava se dostupnost heroina i drugih droga u Splitu, Puli, Zadru, Vinkovcima, Slavanskom Brodu nešto kasnije u Rijeci i Zagrebu, a najgore stanje bilo je u Splitu koji je koncem osamdesetih zadesila tragična heroinska epidemija „Splitski đir“. U to vrijeme u Beogradu, u Zavodu za bolesti zavisnosti, u terapiji se koristio metadon pa je više desetaka ovisnika (većinom iz Splita) odlazilo u tu ustanovu da bi se domogli tog opioida. Heptanon tablete u originalnom pakovanju dobivali su za mjesec dana unaprijed, a uzimanje lijeka nitko nije nadzirao. Tako se uz problem s heroinom na ulicama RH sve više preprodavao i taj opioid. Pojavom HIV-pandemije s obzirom na to da su intravenozni ovisnici prepoznati kao glavni rezervoar i širitelj HIV-a, u razvoju svjetske strategije borbe protiv te smrtonosne bolesti u fokus dolaze ovisnici, a time i strategija suzbijanja zlouporabe droga. S tim se problemom na svom studijskom putovanju 1985. po SAD-u upoznaje dr. Sakoman koji nakon toga organizira sustavnu edukaciju ovisnika s ciljem zaštite od zlokožne bolesti. Kroz edukativni rad s ljekarničkom organizacijom, intravenoznim se ovisnicima osigurava jednostavna mogućnost kupovanja čistog pribora (igala i šrpica) za injiciranje droge i dobivanje letaka na kojima je jasno opisano kako se osobe koje injiciraju drogu ipak mogu zaštititi od zaraze opasnim virusnim bolestima. Zanimljivo je da je u Beogradu, kao i u više zapadnoeuropskih država, unatoč korištenju metadona, koncem osamdesetih oko 50% ovisnika bilo zaraženo HIV-om, dok je u RH taj postotak bio stotinu puta niži (0,5%). Danas je na razini 0,3% a i zaraženost HCV-om i HBV-om znatno je niža nego u EU-u.

Početak tragičnih devedesetih nakon agresije na Hrvatsku ratne okolnosti pogodovale su rastu moći organiziranog kriminala koji je velike profite ostvarivao povezanom trgovinom droge i oružja. Represivnim je resursima države prioritet bio obrana zemlje, a formirana stručna Komisija za suzbijanje zlouporabe droga Ministarstva zdravstva na čelu s doktorom Sakomanom (1990) dobiva zadatak osmisliti strategiju i organizirati sustav kojim bi se suzbila ratna, poratna i „tranzicijska“ epidemija ovisnosti. S obzirom na to da je najteži problem bio s opijatskim ovisnicima (u osam godina incidencija heroinskih ovisnika porasla je 6 puta), koristeći iskustvo dotadašnjeg bolničkog i ambulantnog „drug free“ liječenja sa vrlo slabim rezultatima, Komisija već 1991. organizira sustav kojim se ovisnicima osigurava lako dostupna zamjenska terapija metadonom. Provođa se edukacija posebnih stručnih timova specijalista koji su u nekoliko najugroženijih gradova bez uputnica, ambulantno dijagnosticirali ovisnost i indicirali primjenu metadona (doze, vrstu programa), a paralelno se intenzivno radi s liječnicima obiteljske medicine da u svojim ordinacijama, sukladno preporukama stručnih timova novoosnovanih Centara, osiguravaju davanje metadona u svojim ordinacijama, dakle po posve decentraliziranom modelu. Tih godina uz nevladinu organizaciju Help u Splitu inicijativu za razvoj programa s harm-reduction orijentacijom preuzima i Crveni križ, a formiraju se i prve terapijske zajednice u okviru NGO-a (u Splitu Susret). Uzbunjena javnost zbog brzog rasta prevalencije heroinske ovisnosti vrši pritisak na politički sustav da se intenziviraju mjere suzbijanja ovisnosti pa je pri Vladi RH 1995. formirana posebna međuresorska Komisija sa zadaćom izrade „**Nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe droga**“. Predsjednik tog tijela a ujedno i savjetnik potpredsjednika Vlade RH dr. Sakoman izradio je prijedlog „Strategije“ koju je 1996. uz Vladu prihvatio Hrvatski sabor. Temeljem „Strategije“ izrađen je „**Provedbeni program**“ sa zadaćama desetak ministarstava čiji su resursi bili odgovorni za osiguravanje provođenja brojnih zacrtanih aktivnosti (od represivnih mjera, školskih preventivnih programa do programa liječenja ovisnika u zatvorima) u cijeloj državi. Implementacija „Nacionalne strategije“ bila je vrlo uspješna.

## **„Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga RH.“ Uravnotežen pristup ciljan na smanjenje ponude i potražnje droga (balansna strategija)**

Ako je zlouporaba droga kao kompleksan sociopatološki fenomen determiniran zakonom ponude i potražnje droga, bilo je logično osigurati i provođenje društveno organiziranih mjera kojima će se, paralelno sa  **smanjenjem ponude**, pridonositi i smanjenju potražnje legalnih i ilegalnih droga.

Znanstvenici, istraživači fenomena ovisnosti našli su odgovor na pitanje koji čimbenici, od individualno bio-psiho-socijalnih do makrosocijalnih, utječu na rast interesa i potražnje za drogama da bi temeljem tih spoznaja preporučili provođenje mjera univerzalne, selektivne i indicirane prevencije kojima se mladež odvraća i štiti od uzimanja dostupnih droga. Oni su također odgovorili na pitanje kojim je pristupom moguće u što ranijoj fazi navikavanja i što veći broj ovisnika privući u programe tretmana te ih uspješno liječiti (kako ne bi služili interesima kriminala). O funkcionalnoj balansnoj strategiji možemo govoriti ako država daje približno jednak značaj i ako osigurava približno jednake uvjete za provođenje programa smanjenja ponude droga tj. sredstva za rad i broj angažiranih profesionalaca u institucijama represivnog aparata, a s druge strane za rad institucija koje provode mjere smanjenja potražnje (potrošnje) droga (školski preventivni programi, terapijski programi sustava zdravstva, rehabilitacijski i drugi programi sustava socijalne skrbi itd). Epidemiološka i druga istraživanja nedvojbeno su potvrdila da je vrlo teško samo provedbom odgojno-obrazovnih preventivnih programa i liječenjem održati nisku pojavnost ovisnika ako su na lokalnoj razini lako dostupne vrlo adiktivne droge. Velika razlika u pojavnosti opijatskih ovisnika (i preko 50 puta) u gradovima Republike Hrvatske nije u prvom redu uzrokovana razlikom u kvaliteti života i kvaliteti programa prevencije i liječenja ovisnika, nego ispred svega razlikom u dostupnosti droga.

***Snažna ponuda i dostupnost droga u nekoj lokalnoj zajednici s posljedničnom visokom prevalencijom ovisnosti u najvećoj je mjeri posljedica lošeg rada represivnog aparata i postojanja vrlo vjerojatnih koruptivnih sprega elemenata represivnog aparata, lokalnih političkih moćnika i sustava organiziranog kriminala drogom.***

Polazište za izradu dokumenta (1995.) „**Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u RH**“ definirano je nakon analiza nekoliko nacionalnih strategija (od one u SAD-u do nizozemske strategije). Iz istih je bilo razvidno da se dominantno represivnim pristupom, kojim su brojne zemlje pokušavale uspostaviti kontrolu ilegalnog tržišta droga nastojeći sredstva učiniti nedostupnima, najčešće nisu postizali 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 narkokriminal je i dalje stjecao ekstraprofit kojim se koruptivnim radnjama mogao dobro zaštititi od represije. To je osobito bio slučaj na prostorima Balkana od početka rata devedesetih godina kada je organizirani kriminal pridobio značajnu političku moć. Što je bilo još pogubnije, represivni aparat dominantno je usmjeravao svoje djelovanje na donje slojeve piramide organiziranoga kriminala dakle na žrtve kriminala, potrošače droga koji su zbog toga bili izvrgnuti stigmatizaciji, kriminalizaciji i

penalnom tretmanu (od čega su se „štitili“ skrivanjem umjesto traženjem stručne pomoći). „Nacionalnom strategijom RH“ iz 1995. to se trebalo promijeniti afirmacijom socijalno-medicinskog pristupa u okviru kojeg su ovisnici „dobili“ status bolesnika, a ovisnost atribucije kronične, recidirajuće bolesti koju treba liječiti po istim temeljnim principima kao i sve druge kronične bolesti. U javnosti se afirmirao stav da je skrivanje problema štetno za obitelj, a isplativo je jedino što prije tražiti stručnu pomoć i liječiti bolesnike. Naglašavalo se da humani medicinski pristup može pomoći da mnogi ovisnici postanu suradnici (informatori) društva u borbi protiv kriminala. Represivni sustav dobio je zadaću da oštricu djelovanja usmjeri prema gornjim slojevima (nositeljima) organiziranog kriminala i njihovim koruptivnim spregama. Hrvatski stručnjaci znali su da jačanje represivnog pristupa nema budućnosti u Europi i zbog činjenice da bi to moglo ugroziti temeljna ljudska prava i slobodu građana, slobodu kretanja, promet roba, trgovine, što bi bilo skupo. Stoga je zauzet stav da ni u Hrvatskoj „borba protiv droga“ nema perspektivu, već je važna borba protiv kriminala i „borba“ za kvalitetniji i smislen život mladih u kojem bi im droge bile posve sporedna stvar. To je značilo da uz kvalitetnu represiju daleko veću važnost treba dati programima prevencije, liječenja i rehabilitacije kojima je cilj smanjenje zanimanja mladih za uzimanje droga i smanjenje potrošnje droga.

***U „Nacionalnoj strategiji“ i provedbi „Aktivnog plana“ gotovo je nemoguće odvojiti provođenje mjera univerzalne, selektivne i indicirane prevencije. Sve su aktivnosti u bliskoj svezi i u određenom odnosu uzajamnosti. Zaštita mladih i još zdravih od uzimanja droga nezamisliva je bez kvalitetne školske prevencije (ŠPPO), represije kojom se istinski smanjuje dostupnost droga i bez kvalitetnih programa skrbi za povremene uzimatelje droga i ovisnike kojima se neutralizira, odnosno smanjuje pogubnost njihova štetnog utjecaja na zdravu ali rizičnu populaciju mladih. Zato represivno djelovanje kao i programe otkrivanja, liječenja i rehabilitacije ovisnika treba smatrati funkcionalno neodvojivim dijelom programa zaštite zdravih.***

ŠPPO, koncipiran kao integralni dio odgojno-obrazovnog procesa, u najvećoj mjeri neposredno i kontinuirano provodi stručni kadar škola. Svaka je škola dužna, sukladno svojim specifičnostima, mogućnostima i uzrastu učenika, izraditi svoj program i provoditi ga u koordinaciji s Ministarstvom znanosti, prosvjete i športa. Originalni „Školski program prevencije ovisnosti“ ima deset djelatnih točaka.

### **Temeljne komponente školskih programa prevencije ovisnosti (ŠPPO)**

1. Dati prostor i osposobljavati sadašnje i buduće nastavnike i učitelje da postanu kreatori „kvalitetne škole“, „zdrave škole“, „škole bez neuspjeha“, škole koju djeca vole i koja se prilagođava učenicima i njihovim najvažnijim

potrebama u procesu odrastanja. Za osuvremenjivanje pedagoškog i obrazovnog rada odgovorna je državna obrazovna politika.

2. Škola kroz suradnju i edukaciju roditelja dužna je pridonositi **Afirmaciji karijere uspješnog roditeljstva**.
3. Škola može i mora doprinosti boljoj organizaciji i provođenju **kvalitetnog i nerizičnog slobodnog vremena učenika**.
4. Kao sastavni dio **kurikuluma** škola mora omogućiti učenicima **specifično obrazovanje o svim relevantnim pitanjima** (osobito svim modalitetima štetnih posljedica) **u vezi s pušenjem duhana, pijenjem alkohola i uzimanjem droga**.
5. Točkom nazvanom „**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. Ovih prvi pet točaka odnosi se na mjere **univerzalne prevencije**.
6. Za visokorizičnu djecu koju treba promatranjem i uporabom psihosocijalnih indikatora otkrivati u svakom razredu što ranije treba početi provoditi **diskretni, personalni zaštitni postupak** (mjera **selektivne prevencije**).
7. Za učenike koji su zbog neprilagođenog, poremećenog ponašanja postali „problem” škole preporuča se korištenje pedagoške tehnike „**razred kao terapijska zajednica**“.
8. Škola mora pridonositi u provedbi **mjera ranog otkrivanja i suradnje u tretmanu konzumenata droga među učenicima** (mjera **indicirane prevencije**).
9. Škola mora osigurati poduzimanje potrebnih mjera suradnjom s represivnim aparatom kako bi se sustavno **sprječavala dostupnost (preprodaja) droga u školi i neposrednom okruženju škole**.
10. Škola angažmanom svog imenovanog koordinatora mora osigurati **stalnu edukaciju svojih djelatnika da bi oni što kvalitetnije provodili, unapređivali i kontinuirano evaluirali ŠPPO**.

#### **Izvanškolska zaštita djece i mladeži**

Školski je sustav prema „Nacionalnoj strategiji” preuzeo najveći dio odgovornosti za organizaciju i provođenje (školskih) programa prevencije ovisnosti uz obavezu da mora djelovati na obitelji ali i na sve institucije lokalne zajednice koje moraju preuzeti svoj dio odgovornosti u zaštiti djece i mladeži.

**Lokalna zajednica** dužna je provoditi posebne mjere kojima se s jedne

strane osigurava što više lako dostupnih sadržaja za kvalitetno i nerizično provođenje slobodnog vremena malodobnih osoba, a s druge strane da se ograniči njihova izloženost štetnim utjecajima (dostupnost droga, prodaja alkohola, duhana, igara na sreću...) kao i izlasci radi zabave tinejdžerima mlađih od 16 godina nakon 23 sata bez roditeljskog nadzora.

***Uzevši u obzir navedeno, temeljna „Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u RH“, pretpostavlja potrebu kontinuiteta provedbi niza organiziranih i specifičnih mjera posebice aktivnostima državnih tijela i institucija kojima se u ravnoteži nastoji smanjivati ponuda (dostupnost) droga na ilegalnom tržištu i potražnja (interes za uzimanjem) droga. Odgojno-obrazovne mjere za smanjenje interesa i zaštitu još nekontaminirane populacije fokusiraju se na školsku djecu i adolescente, a mjere smanjenja potražnje i potrošnje droga na ovisnike i konzumente droga kroz lako dostupan i specijaliziran sustav ranog otkrivanja i liječenja. Istodobnim provođenjem posebnih mjera u okviru harm reduction pristupa (programi smanjenja štete) usmjerenim prema uzimateljima droga i ovisnicima koji su izvan tretmana, moguće je umanjiti brojne štetne posljedice i rizike vezane uz uzimanje droga za konzumente ali i njihovo okruženje.***

## **Zakoni koji daju potporu provođenju „Nacionalne strategije“**

Nakon prihvaćanja temeljne „Nacionalne strategije“ (1996) u kojoj se traži izrada posebnog zakona („**Zakon o suzbijanju zlouporabe droga**“) uz dosta teškoća isti je konačno prihvaćen u Hrvatskom saboru (prva verzija 2001. nakon čega je bilo nekoliko izmjena Zakona). U Zakonu se jasno definirao problem (zlouporaba droga), svrha donošenja zakona, opis svih pojmova važnih za njegovo razumijevanje, reguliranje kontrole postupanja u proizvodnji i stavljanju u promet droga i prekursora (uz priloženu listu kontroliranih droga, psihotropnih tvari i prekursora koju Ministarstvo zdravlja obavezno treba ažurirati). Naznačene su i obavezne evidencije, dan je opis zadaća državnih tijela u izradi i provođenju „Akcijskog plana“ utemeljenog na „Nacionalnoj strategiji“ s posebnim osvrtom na sustave odgovorne za provođenje mjera prevencije, otkrivanja i liječenja ovisnika (i konzumenata droga), koordinaciju provođenja, financiranje i opis predviđenih kazni za kršenje odredbi „Zakona“. Zakon je predvidio i obavezu da se opijatskim ovisnicima osigura provođenje zamjenske terapije opioidnim lijekovima.

I prije donošenja „**Nacionalne strategije**“ (1996) u kojoj su detaljno opisane zadaće temeljne državne mreže **Centara za izvanbolničko liječenje ovisnika**, zbog okolnosti koje su zadesile Hrvatsku, još 1991. započet je razvoj tog

posebnog sustava za tretman. No tek je 2003. s pretposljednijim izmjenama „**Zakona o zdravstvenoj zaštiti**“ riješeno pitanje institucionalnog okvira unutar kojeg bi se locirala mreža tih centara. Zakonodavac je taj posao povjerio **županijskim zavodima za javno zdravstvo** (u opisu posla Zavoda radilo se o **službama za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika**). Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) preuzeo je ulogu koordinacije rada mreže centara. Posljednjim izmjenama „Zakona o zdravstvenoj zaštiti“ (2010.) programske zadaće zavoda proširene su na djelatnosti zaštite mentalnog zdravlja, a dotadašnje službe za prevenciju i liječenje ovisnika prerasle su u **službe za mentalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika**.

## **Strateška opredjeljenja, osnovni ciljevi i politika tretmana ovisnika u RH**

Kako bi pridonijeli smanjenju pojavnosti ovisnika i brojnih sekundarnih štetnih posljedica u zajednici, javnozdravstveni sustav bio je dužan osigurati programe kojima će se najvećem broju tih bolesnika osigurati kvalitetno liječenje.

***Temeljno polazište u kreiranju politike tretmana: Nije moguće postići bitnu redukciju potrošnje droga, osigurati adekvatnu zaštitu još zdrave populacije mladih i spriječiti brojne sekundarne štetne posljedice (širenje virusnih infekcija, kriminala, smrtnost, propadanje obitelji, ekonomske štete...) ako većina ovisnika ostane „na ulici“ bez ikakvog stručnog nadzora i pomoći, izvrnuta samo djelovanju „skupog“ represivnog aparata.***

Populaciju neliječenih ovisnika treba promatrati kao „most“ koji povezuje kriminalni sustav s jedne i rizičnu populaciju još nekontaminiranih mladih s druge strane. Tim mostom u jednom smjeru putuje droga, a u drugom se vraća novac. Jedini je način opstruirati tu društveno pogubnu interakciju, ovisnike što ranije otkrivati i privlačiti u sustave stručne pomoći i medicinskog tretmana. Svaki neliječeni ovisnik svojim će osobnim štetnim utjecajem i nuđenjem droge uvući u problem nekoliko osoba. ***Tri su načela dobre politike tretmana u Hrvatskoj: a) Što ranije otkrivati konzumente droga i ovisnike, b) Što veći broj te populacije privući u programe tretmana i „pokriti“ ih liječenjem, c) Ovisnike koji su započeli liječenje što duže zadržati u procesu tretman (retencija).*** Da bi se postupalo po navedenim načelima, trebalo se suprotstaviti moralističkoj paradigmi (zbog koje su ovisnici, bojeći se stigmatizacije, marginalizacije, izolacije i kriminalizacije propadali i ostali skriveni) afirmacijom **društveno-medicinskog modela** kroz koji su ti naši sugrađani dobili status (kroničnih) bolesnika s istim pravima na liječenje i dakako lijekove kao i sve druge kategorije osoba koje boluju od bilo koje kronične bolesti.

***Programi tretmana ovisnika u Hrvatskoj lako su dostupni, a svojim sadržajem, pristupom, zahtjevnosti i ciljevima individualno prilagođeni potrebama i mogućnostima prihvaćanja ovisnika.***

## **Javnozdravstveni sustav (ustanove, kapaciteti) koji provodi mjere otkrivanja, liječenja i socijalne rehabilitacije ovisnika i konzumenata droga. Osnove organizacijskog suradnog modela na razini lokalne zajednice**

Temelj javnozdravstvenog sustava svih županija RH koji koordinira provođenje svih aktivnosti dijela „Akcijskog plana“ koji se odnosi na  **smanjenje potražnje droga** čini mreža **županijskih Centara za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika** (ukupno 21 centar). Ti centri su temeljem posljednje izmjene „Zakona o zdravstvenoj zaštiti“ (2010.) postali integralni dio **službi za mentalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika o drogama županijskih zavoda za javno zdravlje**. U realizaciji planiranih aktivnosti, stručni timovi navedenih službi (centara) unutar zavoda surađuju sa drugim službama Zavoda (osobito sa Službom za epidemiologiju, školsku medicinu i javno zdravlje). U provođenju mjera školske prevencije (osobito točki koje se tiču zaštite rizične djece i ranog otkrivanja konzumenata) surađuju sa školama. U provođenju mjera otkrivanja i liječenja ovisnika ili bolesti povezanih s uzimanjem droga (HIV, HCV, itd.) surađuju s domovima zdravlja (mreža timova obiteljske medicine), bolničkim ustanovama (osobito psihijatrijskim), represivnim aparatom, u tretmanu maloljetnika i punoljetnih osoba prekršitelja „Zakona“ (vezano uz zlouporabu droga) surađuju sa centrima za socijalnu skrb, domovima na preodgoj mladeži, pravosudnim tijelima (zatvorima, sudovima, Državnim odvjetništvima) i brojnim nevladinim organizacijama koje se bave ili na bilo koji način pomažu konzumentima droga i ovisnicima. Sastav i veličina stručnih timova centara normirani su propisima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) koji ih financira. U sufinanciranju sudjeluju županije (negdje i gradovi) i Ministarstvo zdravlja. Veličina tima ovisi o količini posla koji se mjeri brojem ovisnika koje treba liječiti te stanovništvom županije. HZZO inzistira da u timovima rade specijalisti psihijatri, psiholozi, medicinske sestre (tehničari). No uključeni su i liječnici drugih specijalnosti kao što su stručnjaci poput defektologa i socijalnih radnika. Ukupni broj uposlenih u svim službama je oko 120 osoba, a prema procjeni, oko 70% kapaciteta (radnog vremena) utroše na indiciranu prevenciju kroz savjetovani rad i obiteljski postupak s rizičnom populacijom adolescenata i mladih konzumenata droga te na liječenje ovisnika (posebno heroinskih). Oko 30% kapaciteta utroši se na aktivnosti zaštite i unaprjeđenja mentalnog zdravlja. Neki zavodi od kojih treba



posebno istaknuti onaj u Primorsko-goranskoj županiji, osobitu pažnju posvećuju inter-sektorskoj suradnji u provedbi mjera školske prevencije provedbom strukturiranih programa učenja životnih vještina te populacijskom primjenom instrumenata za provođenje ranog **screeninga** visoko rizične djece, kandidata za razvoj mentalnog poremećaja ili težeg poremećaja ponašanja. Padom incidencije i broja novoliječenih teških opijatskih ovisnika (s 1066 u 2001. na 240 osoba u 2014. godini) stručni timovi službi sve se više raspoloživog radnog vremena usmjeravaju na aktivnosti kojima se izravno doprinosi poboljšanju mentalnog zdravlja i smanjenju potražnje za drogama. Centri su dužni pratiti epidemiološko stanje na području svoje županije i evaluirati svoj rad koristeći podatke središnjeg „Registra liječenih ovisnika“ koji vodi HZJZ. Unutar primarne zdravstvene zaštite značajan dio posla u liječenju ovisnika (osobito opijatskih) odrađuju liječnici opće (obiteljske) medicine sudjelovanjem u provođenju zamjenske terapije. Premda je izvanbolničko liječenje dominantno, potrebne su i hospitalne intervencije. Sve psihijatrijske bolnice i psihijatrijski odjeli općih bolnica i klinika osiguravaju hospitalni tretman ovisnika, osobito u slučajevima psihijatrijskih komplikacija ili komorbidnih poremećaja. No postoji i nekoliko specijaliziranih odjela kapaciteta ukupno oko 40 kreveta koji osiguravaju dobro strukturirane, specijalizirane programe za hospitalno liječenje ovisnika osobito kod ovisnika radi okončanja detoksifikacije ili brzog transfera s visokih doza metadona na buprenorfin (Sakoman je razvio metodu u dva koraka: metadon se odmah prekida, ovisnik se kroz nekoliko dana pokriva sporootpuštajućim morfijem, a nakon se toga obustavlja morfin i postupno se uvodi buprenorfin). U dvjema ustanovama provodi se i program po tipu dnevne bolnice (oko 20 stolica). Sustav za liječenje ovisnika dobro surađuje s drugim specijaliziranim bolničkim i ambulantnim programima u liječenju somatskih komplikacija i bolesti ovisnika (liječenje HCV-a, praćenje trudnoće ovisnica na supstitucijskoj terapiji...). Zdravstveni sustav za liječenje ovisnika komplementarno je povezan s programima terapijskih zajednica koje osiguravaju dugotrajan smještaj i provode socijalnu (u nekoj mjeri i radnu) rehabilitaciju ovisnika.

## **Temeljni elementi kompleksnog programa (metode i sadržaj rada) u dugotrajnom procesu tretmana ovisnika**

Kao odgovor na temeljne atribucije ovisnosti kao bolesti (kronična, recidivirajuća), liječenje ovisnika dugotrajan je proces u kojem se u okviru hrvatskog modela koristi individualizirano kreiranje, dugotrajni, pretežito izvan bolnički kompleksni postupak koji uključuje niz elemenata:

- farmakoterapiju,
- psihoterapiju (najbolje bihevioralno-kognitivnog tipa),

- preodgoj (poboljšanje socijalnog ponašanja i smanjenje rizika od posljedica nezakonitog ponašanja),
- pomoć u traženju smisla i poboljšanja kvalitete života,
- psihoedukaciju,
- obiteljski postupak,
- psihosocijalne intervencije (prevencija socijalne izolacije, socijalna rehabilitacija i reintegracija),
- hospitalne intervencije,
- mjere prevencije širenja virusnih bolesti,
- *drug testing*,
- paralelno liječenje komorbidnih psihičkih poremećaja i somatskih bolesti,
- pripreme po potrebi radi odlaska na socijalnu rehabilitaciju u terapijsku zajednicu.

***Bolesnici, njihovi problemi, motivacija i kapaciteti su različiti, a sukladno tome i ciljevi tretmana pa se i kompozicija elemenata kojima terapijski djelujemo, njihova učestalost i intenzitet treba razlikovati kroz individualno kreiranje i prilagođavanje postupka potrebama i kliničkoj slici ovisnika. Ovisnik treba biti dobro informiran i kao subjekt terapijskog postupka treba sudjelovati u odlučivanju čime preuzima i odgovornost za ono što je dogovoreno.***

Kao što postoje indikacije za primjenu nekog lijeka, tako postoje i indikacije za bilo koji drugi aspekt terapijskog postupka ili pak za kombinaciju terapijskih metoda.

## **Hrvatski model liječenja opijatskih ovisnika s posebnim osvrtom na farmakoterapiju i rezultate rada**

Opijatska ovisnost je psihičko ali i fizičko stanje, u nas najčešći i za liječenje najteži oblik ovisnosti. U mozgu aktivnog ovisnika zadovoljavanje ovisničke gladi apsolutni je prioritet zbog čega je ovisnik u početku tretmana usmjeren jedino na pomoć kojom mu se olakšava kontroliranje ovisnosti (spriječiti krizu). Malo ovisnika ima na samom početku liječenja snagu i kapacitet potreban za odvikavanje i obuzdavanje ovisničke gladi a paralelno s tim i za suočavanje s problemima koji su se nagomilali tijekom ovisnosti. Liječenje nije isplativo započeti detoksifikacijom, već je kod većine bolesnika najisplativija opcija, uporabom opijatskih agonista, uspostaviti kontrolu nad ovisnosti susprezanjem žudnje za uzimanjem heroina i sprječavanje pojave krize sustezanja. Također, provođenjem farmakoterapije, potrebno je ovisnika zadržati dovoljno dugo u procesu liječenja i pod kontrolom zdravstvenog sustava da bi se vremenom, koristeći druge elemente tijekom terapijskog postupka, postu-

pno jačali sveukupni potencijali bolesnika i njegovi kapaciteti nužni za dublje i poželjne promjene sveukupnog ponašanja, koje uključuju i dobro indicirane pokušaje potpunog odvikavanja. Zato je liječenje heroinskih ovisnika dugotrajan (pa i doživotan) proces s nepredvidivom dinamikom i konačnim ishodom, a provode ga specijalizirani medicinski stručnjaci mreže **službi za mentalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti županijskih zavoda za javno zdravstvo u suradnji s liječnicima opće/obiteljske medicine**. To je glavna značajka „hrvatskog decentriliziranog modela” koji, uz visoku stručnost, osigurava bolesnicima i laku dostupnost besplatne specijalizirane medicinske pomoći i potrebnih lijekova. Uporaba opijatskih agonista u Hrvatskoj je regulirana posebnim „**Smjernicama**“ (izrada povjerena Ministarstvu zdravlja) koje su potvrđene u posebnoj proceduri na Vladi RH i Hrvatskom saboru. Prema „Smjernicama“ farmakoterapija je najvažniji element terapijskog postupka, osobito u početku liječenja jer privlači bolesnike u program, osigurava održavanje psihofizičke ravnoteže i ostanak u terapijskom procesu, a time i održavanje kontakta između bolesnika i terapijskog tima Centra. To pak daje mogućnost da se uz stalni nadzor ovisnosti i općeg zdravstvenog stanja kroz psihoterapiju i druge intervencije postigne izmjena ponašanja, spriječi socijalna izolacija te osigura socijalna reintegracija bolesnika. Farmakoterapija treba biti određena prema načelu najboljeg liječenja za individualnog bolesnika i treba biti racionalna. Radi smanjenja zlouporabe (ilegalna prodaja, intravenozno uzimanje lijeka) kod svih sumnjivih slučajeva osigurava se pojačani nadzor u izdavanju adiktivnih lijekova.

Ponešto se razlikuju „**Smjernice za farmakoterapiju metadonom**“ od onih za farmakoterapiju buprenorfinom. Metadon se temeljem preporuka **ovlaštenih specijalista** Centara (lista koju ažurira Ministarstvo zdravlja) glede vrste programa, dnevnih doza i načina davanja (na licu mjesta pod kontrolom i **take home**) ovisnicima izdaje u ambulantom liječnika obiteljske medicine. Za buprenorfin (sukladno preporukama ovlaštenog specijalista Centra), ako nema posebnih razloga za davanje lijeka pod neposrednim nadzorom, ovisnici dobivaju recept od svog odabranog liječnika opće medicine kojim lijek sami podižu u ljekarnama za potrebu od tjedan dana i uzimaju bez nadzora. Buprenorfin u kombinaciji s naloksonom ima prednost kod ovisnika koji imaju osobitih problema s prekidom intravenoznog uzimanja lijeka. Učestalost kontrolnih pregleda u Centru kao i sadržaj terapijskih seansi (psihoterapija, obiteljski postupak, edukacija, *drug testing* itd.) određuju prema stanju i potrebama bolesnika specijalisti stručnih timova. Odabrani GP ima ovlasti i obavezu uputiti ovisnika radi posebnih intervencija ili mišljenja o daljnjem tretmanu u njegov nadležni Centar. Centar je dužan voditi evidenciju svih svojih pacijenata i dostavljati ispunjene upitnike s podacima o njihovom stanju i liječenju u „Republički registar liječenih ovisnika“ (ZJZ).

Usporedbom rezultata hrvatskog sustava sa onim u EU-u (podaci EMCD-DA) prema glavnim epidemiološkim parametrima naša zemlja bolje stoji. Od 2001. kada je broj po prvi puta liječenih opijatskih ovisnika bio najviši (1066 osoba), incidencija se iz godine u godinu smanjivala da bi u 2014. broj novoliječenih opijatskih pao na 230 osoba. Zaraženost virusnim bolestima kontinuirano je značajno niža (osobito HIV-infekcije, svega 0,3%). Pokrivenost tretmanom je oko 70%. Stope umrlih od predoziranja opijatima posljednih su godina za 40% niže od prosjeka.EU-a Dok u EU-u opijatski ovisnici dolaze na prva liječenja sa 33 godine, u Hrvatskoj je to čak 7 godina ranije (sa 26 godina). Dok je u EU-u još uvijek oko 75% ovisnika u programu zamjenske terapije metadonom (buprenorfin 20%), u Hrvatskoj se na buprenorfinu (sigurnijoj i perspektivnijoj opciji tretmana) uspjelo stabilizirati oko 50% ovisnika koliko ih je i na metadonu. U Hrvatskoj nema lista čekanja za prihvata na liječenje, lijekovi, kao i sve druge opcije tretmana lako su dostupni i besplatni, što nije slučaj u nekoliko zemalja EU-a. Za razliku od RH u mnogim zemljama EU-a, zbog više cijene, buprenorfin se ne koristi u liječenju ovisnika u zatvorskom sustavu.

## Program liječenja ovisnika u zatvorskom sustavu

Hrvatska ima dugu povijest organiziranog liječenja ovisnika u zatvorskom sustavu. Još je sedamdesetih u KZ-u Lepoglava djelovao poseban program i Klub liječenih alkoholičara. Početkom osamdesetih dr. Sakoman pokreće organizaciju **Kluba liječenih ovisnika** o drogama i organizacije terapijske zajednice za tretman tih bolesnika u istom (najvećem) zatvoru u Republici. Devedesetih godina bilo je mnogo otpora da se u taj sustav ugrade ista načela tretmana kao i u sustavu javnog zdravstva. Zatvori su sukladno svojim resursima i ograničenim mogućnostima ipak provodili organizirani tretman i, što je osobito važno, osiguravali „okoliš“ u kojem su droge vrlo teško dostupne. Tih je godina bilo osobito teško osigurati farmakoterapiju metadonom u kaznenim zavodima. Zbog inzistiranja na drug-free pristupu, mnogi su ovisnici prisiljavani na neindicanu detoksifikaciju (koja se provodila uz uporabu metadona). Tek pojavom buprenorfina 2003. u javnom zdravstvu, zbog znatno manjeg rizika od predoziranja i zlouporabe, taj se lijek koristi danas u zamjenskoj terapiji tijekom služenja kazne zatvora kod velikog broja osuđenih osoba. Godinama su vanjski stručnjaci odlazili u zatvore provoditi grupnu terapiju i određivali indikacije za farmakoterapiju. Danas većinu potreba u organiziranom liječenju provode stručni timovi zatvora, ali u suradnji sa nadležnim centrima za liječenje ovisnika, koji su dužni osigurati postpenalni prihvata i nastaviti kontinuitet tretmana odmah nakon izlaska iz zatvora, zbog čega u našoj zemlji vrlo mali broj opijatskih ovisnika strada predozirajući se po završetku služenja kazne.

## Stručna supervizija, unapređenje rada i evaluacija

Krovnu ulogu u provođenju stručne supervizije sustava za medicinsko liječenje ovisnika ima **Referentni centar Ministarstva zdravlja za ovisnosti o drogama** (KBC SM, Klinika za psihijatriju, Zavod za bolesti ovisnosti) i **Sekcija za ovisnosti o drogama** Hrvatskog društva za alkoholizam i druge ovisnosti, Hrvatskog liječničkog zbora. Svake godine organizira se nekoliko stručnih skupova (simpoziji, kongresi, seminari) na kojima se okupljaju stručnjaci koji se bave tim vrlo specifičnim poslom. U praćenju epidemioloških trendova važnu ulogu ima **Hrvatski zavod za javno zdravstvo** koji vodi „**Registar liječenih ovisnika**“ (postoji kontinuirano od 1978. godine). Zahvaljujući upravo tom epidemiološkom instrumentu (što nema niti jedna zemlja EU-a), jedino RH ima vrlo pouzdane podatke za praćenje stanja korištenjem brojnih parametara. Od sredina devedesetih RH sudjeluje u **ESPAD** projektu kao i **HBSC** istraživanju, a preko Ureda Vlade RH za suzbijanje zlouporabe droga provode se i brojna druga istraživanja od kojih je osobito značajno nacionalno istraživanje („**Pojavnost zlouporabe sredstava ovisnosti u RH**“) koje provodi Institut društvenih znanosti „I. Pilar“ u Zagrebu. Istraživanje „**Karakteristike ilegalnog tržišta droga u RH**“ provodi Sekcija za ovisnost o drogama (ZLH). Institut „Ruđer Bošković“ provodi kontinuirano u Zagrebu (sada se tome priključuje Rijeka) kvalitativnu i kvantitativnu **analizu otpadnih voda** na metabolite droga kojima se dobivaju vrijedni podaci i ukupnoj količini potrošenih (konzumiranih) droga.

## 2.2. PREVENCIJSKI KAPACITETI I PRIMJERI DOBRE PRAKSE U PRIMORSKO-GORANSKOJ ŽUPANIJI I REPUBLICI HRVATSKOJ

Dr. sc. Darko Roviš, prof. soc. ped.,  
Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije  
Prof. dr. sc. Josipa Bašić,  
umirovljena redovita profesorica u trajnom zvanju, Edukacijsko-rehabilitacijski  
fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Andrea Mataija Redžović, psiholog, spec. san. pub.,  
Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije

### Povijesni razvoj

Iako se o prevenciji rizičnih ponašanja djece i mladih u Hrvatskoj počelo govoriti i ranije, na razini javnih politika, kroz nacionalne strategije ili planove za zdravlje, na nacionalnoj i lokalnim razinama značajnije se počinje govoriti sredinom 70-ih godina prošlog stoljeća. Tada su na gradskim i regionalnim razinama organizirana prva koordinacijska tijela (interdisciplinarni timovi), koja su radila najbolje što su znala te pokušala u odnosu na lokalne potrebe te postojeća znanja i mogućnosti organizirati najbolju lokalnu prevencijsku praksu. U razdoblju od kraja 80-ih do kraja 90-ih godina prošlog stoljeća osnivaju se i počinju s radom Povjerenstvo Vlade Republike Hrvatske za prevenciju poremećaja u ponašanju, Vijeće za djecu, Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske, Služba za prevenciju Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske, Pravobranitelj za djecu, Komisije za prevenciju i liječenje ovisnosti, Komisija za mentalno zdravlje Ministarstva zdravstva. Na lokalnim razinama traže se prikladnija rješenja za probleme njihove zajednice pa se formiraju zdravi gradovi i županije, centri za prevenciju ovisnosti i mentalno zdravlje na županijskim razinama ali i nacionalnoj razini u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo te nešto kasnije i obiteljski centri u mnogim županijama. Prevencija rizičnih ponašanja danas je u djelokrugu rada još nekih ustanova/organizacija kao što su Agencija za odgoj i obrazovanje Ministarstva obrazovanja, znanosti i sporta Republike Hrvatske, Vijeće za prevenciju (ovisnosti i/ili

kriminaliteta), odgojno-obrazovne ustanova i nevladine udruge. Paralelno uz razvoj i preventivne prakse te istraživanja pripremljene su i usvojene i brojne nacionalne strategije. Neke od njih do sada su mijenjane i dorađivane. Koliko se i kako koriste te kakve rezultate imaju, nije posebno praćeno, a još se manje time bavila preventivna znanost.

Preventivna znanost<sup>1</sup>, s druge strane, započinje nešto kasnije kada rezultati nekih znanstvenih istraživanja/projekata ukazuju, s jedne strane, na probleme djece i mladih (fenomenološki i etiološki pristupi) za koje se traže adekvatna rješenja. Ukazuje se na neučinkovitost institucionalnih tretmana i zato se javlja pomak prema prevenciji koja obećava (Bašić, 1987, 1988; Bašić, Ferić & Kranželić, 2001). Stoga se nastavlja s istraživanjima čiji fokus je pomaknut s populacije djece i mladih rizičnih ponašanja u institucionalnom tretmanu, evaluacije tretmana, posttretmanskim ishoda i sl. na procjenu potreba djece u predškolskim i školskim okruženjima te lokalnim zajednicama, a važno je i planiranje univerzalnih i/ili selektivnih preventivnih programa. Ta su istraživanja povećala svijest o važnosti prevencije u redovitim okruženjima kao što su obitelj, škola i lokalna zajednica, te osnaživanju stručnjaka za primjenu preventivnih programa. Počinje se po prvi put jasnije govoriti o rizičnim i zaštitnim čimbenicima važnih za razvoj rizičnih ponašanja te orijentaciji na programe kojima se smanjuju utjecaji rizičnih čimbenika i jačaju čimbenici zaštite. Prvim se preventivnim istraživanjima u Republici Hrvatskoj mogu smatrati ona provedena početkom 90-ih godina 20. stoljeća na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (Bašić, Žižak & Koller-Trbović, 1998), nakon čega su uslijedila, kao što je i ranije rećeno, istraživanja rizičnih i zaštitnih čimbenika te akcijska istraživanja usmjerena provjeravanju svjetskih sustava prevencije (Communities That Care) i/ili preventivnih programa utemeljenih na znanstvenim dokazima (Bašić & Grozić-Živolić, 2010). Budući da u tom razdoblju još nije bilo visokospecijaliziranih preventivnih institucija, preventivnu praksu u velikoj su mjeri preuzele nevladine organizacije, samoorganizacija grupa stručnjaka koji sebe vide kao rješenja postojećih problema. Danas se većina preventivnih strategija/programa implementira kroz nekoliko ključnih organizacijskih sustava i domena ponajprije u odgojno-obrazovnom sustavu, sustavu javnoga zdravstva, socijalne skrbi i lokalne zajednice. U Hrvatskoj se s prevencijom počinje u gotovo istom vremenskom razdoblju kao i u svijetu (Sloboda, Petras, 2014), ali su se snaga preventivnog znanja, istraživanja i replikacije model-programa znatno sporije razvijala i primjenjivala u Hrvatskoj nego u svijetu, gdje je ekspanzija posebno preventivne znanosti (fundamen-

---

1 Između mnogih definicija preventivne znanosti ovdje se navodi ona koja govori da je preventivna znanost jedna je od disciplina koja integrira istraživanja o čovjeku kroz njegovo odrastanje razvojnu epidemiologiju, epidemiologiju u zajednici i s tim u vezi preventivne intervencije (Kellam i Rebok, 1992)

talne i primijenjene) znatno veća. Ako se zna da su mnoga rizična ponašanja preventabilna, onda se može očekivati veća angažiranost prema usuglašavanju i provođenju javnih politika, implementacije i evaluacije preventivnih strategija i programa. Na ovom mjestu valjalo bi posebno istaknuti potrebu za osnivanjem nacionalnog centra za preventivna istraživanja i praksu, koji bi se „izdigao“ iznad pojedinačnih sektora u kojima se planiraju i stavljaju u praksu preventivni programi u cilju okrupnjavanja znanja, adekvatnog dijeljenja naučenog i primijenjenog znanja. Tako bi se u ime dobrobiti mladog čovjeka postizalo više od onoga što nekontrolirano imamo danas.

## Organizacijski kontekst za prevenciju u Republici Hrvatskoj

U tekstu koji slijedi, a na temelju izvora koji su bili dostupni autorima ovog rada, prikazat će se napori više ili manje organiziranog konteksta prevencije u Republici Hrvatskoj. Posebno se to očituje prikazima implementacije nekih preventivnih programa (programski kapaciteti) te ulaganja u prevenciju ovisnosti i promicanje mentalnog zdravlja djece i mladih i njihovih učinaka.

Značajnu ulogu u prevenciji i suzbijanju problema ponašanja preuzeo je i javnozdravstveni sustav, prvotno kao odgovor na problem širenja ovisnosti krajem 90-ih godina 20. st., kada je organizirana mreža službi za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti. Službe djeluju županijskim zavodima za javno zdravstvo i u najvećoj su mjeri zaokupljene provođenjem aktivnosti izvanbolničkog liječenja ovisnika, ponajprije supstitucijskom terapijom. No tijekom godina, ovladavajući epidemijom ovisnosti i smanjenjem stopa incidencije, stvoreni su preduvjeti za izmjenu „Zakona o zdravstvenoj zaštiti“ pa je 2008. godine proširena djelatnost službi na zaštitu mentalnog zdravlja. Širom Hrvatske dostupna je mreža izvanbolničkih psiholoških i psihijatrijskih savjetovašta za mlade, adolescente i odrasle. Unutar javnozdravstvenog sustava važnu ulogu imaju službe školske medicine čija je djelatnost isključivo preventivna: sistematski pregledi, cijepljenja, zdravstveni odgoj i savjetovanje s fokusom na rad s pojedinim obiteljima, školom i zajednicom. U okviru svojega rada u određenoj mjeri zahvaćaju područje prevencije ovisnosti.

Budući da je škola najbolje okruženje za prevenciju (Jané-Llopis i Barry, 2005), i u hrvatskom obrazovnom sustavu velika je pažnja posvećena preventivnim programima. Da bi se osigurale dosljednost i ujednačenost školskih preventivnih programa, ponajprije u prevenciji ovisnosti, u nekoliko je navrata bilo pokušaja strukturiranja formata strategija i programa (Sakoman, 2009; NPPO, 2010; Bezinović, 2009; Bezinović 2014), no još uvijek među školama postoje varijacije u strukturi, opsegu i sadržaju preventivnih programa. Treba generalno reći da je zbog nedostatka znanja i posebno educiranih stručnjaka



za područje prevencije rizičnih ponašanja mladih i promicanja njihovog mentalnog zdravlja, kao i upravljanja tim područjem, na nacionalnoj ili županijskim razinama, područje prevencije bilo prepušteno sebi i onima koji su se u to upuštali. Slijedili su neki pokušaji da se s nacionalne razine učine kvalitetniji, koordinirani i organizirani koraci, da se upotrijebi postojeće preventijsko znanje koje bi se moglo iskoristiti u promicanju zdravlja i prevenciji „bolesti“. Tako se primjerice od 2013. godine u Hrvatskoj provodi „Nacionalni kurikulum za zdravstveni odgoj“ (Mićanović, 2013a; Mićanović, 2013b; Mićanović, 2013c). Radi se o relativno opsežnom kurikulumu koji se provodi od prvog razreda osnovne škole do završetka srednjoškolskog obrazovanja, kroz 10 do 12 sati godišnje. Kroz interkurikularnu satnicu usmjerava se na očuvanje zdravlja i kvalitete života, spolnu ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje, odnos među spolovima te prevenciju ovisnosti i nasilničkog ponašanja. Nedostaci takvih strategijskih promišljanja prevencije (bilo ih je još) i promicanja zdravlja, nažalost, odnose se prije svega na nedovoljnu pripremljenost stručnog kadra za njihovo provođenje, kvalitetu implementacije (kada se mnogi stručnjaci sami snalaze u primjeni nekog programa) i posebno kvalitetnu znanstvenu evaluaciju. Rezultati implementacije programa prevencije često nisu poznati, ne planiraju se na adekvatan i znanstveno utemeljen način, ne provode se longitudinalna istraživanja pa tako izostaju podatci na kojima bi se neki program mogao evaluirati i svrstati u obećavajuće, učinkovite ili model programe prevencije<sup>2</sup>. Nakon te primjene moglo bi se i trebalo taj isti programa širiti dalje. To bi i trebala biti svrha svakog programa koji dosegne izlaze kao što su pozitivne promjene ponašanja ili drugih parametara ishoda koji se prate (preventijski programi/praksa utemeljena na dokazima)<sup>3</sup>. Šteta je stoga što vrijedna nastojanja često „gube dah“ i nikad ne dođe do njihove promišljene i na dokazima utemeljene replikacije. U novije vrijeme slijedi se neke od tih zasada.

U organizacijskom smislu implementacija preventivnih programa<sup>4</sup> odvija se na lokalnoj razini odnosno u lokalnoj zajednici koja je ujedno i generator programa zahvaljujući jedinstvenom uvidu u probleme i potrebe na svom području. Među organizacijskim resursima koje lokalna zajednica u Hrvatskoj njeguje ističu se *Mreža zdravih gradova i zdravih županija, Vijeća za prevenciju kriminaliteta* te projekt „Zajednice koje brinu“.

---

2 *Obećavajući programi* su oni koji su dokazali neke pozitivne ishode, *uspješni programi* pokazuju konstantno pozitivne rezultate, a *model-programi* imaju dokaze pozitivnih ishoda u više studija, na više različitih replikacija programa, imaju sve tehničke mogućnosti za uspješnu primjenu programa (priručnici, edukacija), evaluaciju i praćenje implementacije programa te se stalno evaluiraju.

3 Preventijski programi/praksa utemeljena na dokazima znači da implementirani programi imaju znanstvene dokaze svoje učinkovitosti.

4 Implementacija se odnosi na napore usmjerene tomu da provjereni programi poznatih dimenzija budu stavljeni u upotrebu kroz djelotvorne strategije promjene (Damshroder i Hagedorn, 2011, prema Durlak, 2013), tj. ono od čega se program sastoji u praksi (Durlak, 1995).

*Hrvatska mreža zdravih gradova* jedna je od najstarijih europskih nacionalnih mreža Zdravih gradova i među prvim registriranim nevladinim udrugama u Republici Hrvatskoj (1992). Zagrebačka konferencija Zdravih gradova iz 1988. smatra se nulom točkom ili početkom projekta „Zdravi grad“ Ureda za Europu Svjetske zdravstvene organizacije. Rezultat rada su lokalni strateški dokumenti, među kojima najveću važnost ima „Plan za zdravlje“, okvirni javnozdravstveni dokument koji definira lokalnu politiku ulaganja u zdravlje. Velik broj lokalnih zajednica u važne javnozdravstvene prioritete uvrstio je i mentalno zdravlje mladih, alkoholizam i dr. Tako Primorsko-goranska županija u „Planu za zdravlje“ za razdoblje 2007.–2012., između pet javnozdravstvenih prioriteta, navodi i onaj vezan za prevenciju ranog pijenja alkohola kod srednjoškolaca, dok su aktivnosti umjerene adolescentnoj populaciji u novom „Planu za zdravlje“ (2015.–2018.) sadržane u čak dvama prioritetima (od ukupno njih osam) pod nazivom „Unaprjeđenje mentalnog zdravlja kroz životnu dob“ te „Poticanje socijalne i ekonomske uključenosti mladih“ ([www.pgz.hr](http://www.pgz.hr)).

Napredak u organiziranju prevencije u zajednici (2004) donijelo je osnivanje *Vijeća za prevenciju kriminaliteta* u mnogim gradovima Republike Hrvatske, kao inicijativa Ministarstva unutarnjih poslova, po uzoru na model mnogih europskih gradova. Riječ je o koordinacijskim tijelima koja okupljaju predstavnike različitih institucija, organizacija civilnog društva i građana koji rade na prevenciji kriminaliteta i drugih rizičnih ponašanja te poboljšanju kvalitete života. Učinkovitosti rada vijeća, između ostalog, doprinose odabir prioriteta utemeljenih na procjenama rizičnih i zaštitnih čimbenika i usmjerenost dokazano učinkovitim programima prevencije (Borovec, 2013). U međuvremenu su konstituirana brojna vijeća. Ona ponegdje više ili manje postaju koordinacijska tijela za prevenciju rizičnih ponašanja na razini nekog grada i okupljaju sve aktere i dionike koji ulažu ili mogu ulagati u prevenciju (predstavnici policije, uključujući i kontakt-policajca, lokalne samouprave, obrazovnih institucija, institucija socijalne i zdravstvene skrbi, predstavnici mladih, manjinskih skupina, medija, nevladinih organizacija i neki drugi ključni ljudi u zajednici) (Novak, Mihić, Bašić, 2013).

Projekt „Zajednice koje brinu“ (*Communities That Care*, CTC) (Hawkins, 1999; Hawkins, Catalano & Arthur, 2002) jedan je od prvih znanstveno-akcijskih projekata u Hrvatskoj. Provodio se od 2002. do 2013. godine u 12 lokalnih zajednica u Istarskoj županiji pod vodstvom prof. dr. sc. Josipe Bašić, a cilj mu je bio provjeriti učinkovitost CTC-sustava prevencije u zajednici. Projekt je proveden kroz sve faze implementacije, gotovo jednako kao i izvornik. Adaptacija primjene tog sustava prevencije u zajednici bila je potrebna. Prema rezultatima istraživanja u kojem su sudjelovali građani, ključni ljudi zajednice i članovi lokalnih koalicija za prevenciju sustav je primjenjiv u Hrvatskoj (Bašić

& Grozić-Živolić, 2010) što govori u prilog daljnjoj primjeni tog sustava prevencije u Hrvatskoj. Naučene lekcije iz ovog projekta i implementacije sustava CTC u našu prevencijsku stvarnost bilo je moguće sagledati s razine samog modela (koraka implementacije) ali i preporuka koje se odnose na različite čimbenike. Prvi je razina zajednice gdje je potrebno procijeniti razinu spremnosti zajednice za prevenciju prije pokretanja bilo kakvih intervencija, prepoznati ključne ljude za prevenciju i osigurati njihov pristanak na sudjelovanje, prepoznati ključne resurse i poticati njihovu suradnju, senzibilizirati javnost za područje prevencije. Druga se odnosi na provoditelje prevencije gdje je najvažnije podizati razinu kompetencija profesionalaca i volontera odgovornih za rad s djecom i mladima, stimulirati provoditelje programa da što više koriste dokazano učinkovite programe te uvode evaluaciju u svakodnevnu praksu, a treća se odnosi na korisnike (programe je potrebno prilagoditi potrebama korisnika, osigurati dostupnost programa što većem broju korisnika). Vrlo važnu ulogu ima suradnja znanosti i prakse te je potrebno omogućiti brži i kvalitetniji pomak znanja od znanosti u praksu i obrnuto.

## Programski kapaciteti

Prema podacima Ureda za suzbijanje zloporabe droga Vlade Republike Hrvatske (<http://www.programi.uredzadroge.hr/>), koji vodi Bazu projekata i programa koji se provode u području suzbijanja zloporabe droga, 2014. godine u provedbi na području RH bilo je gotovo 400 programa – preventivnih, tretmanskih, resocijalizacije i smanjenja šteta. Najveći broj, njih 343, odnosi se na preventivne programe. Baza zasad daje kratak pregled programa neovisno o stupnju ili nalazima evaluacije iako je jasno naznačen stav da „svi programi prevencije trebaju biti strukturirani po tzv. „logičkom modelu“ koji u sebi uključuje procjenu stanja u lokalnoj zajednici, teorijske osnove iz kojih proizlaze hipoteze za planiranje mjera iz programa, sastavnice i sadržaj programa, ciljeve programa, indikatore i rezultate evaluacije“ („Nacionalni program prevencije ovisnosti za djecu i mlade u odgojno-obrazovnom sustavu te djecu i mlade u sustavu socijalne skrbi za razdoblje od 2010. do 2014. godine“).

Trenutno stanje prevencijske prakse, sudeći po zasad rijetkim evaluacijskim istraživanjima i istraživanjima kvalitete preventivnih programa, karakterizira implementiranje nedovoljno testiranih i obuhvatom ograničenih preventivnih programa uglavnom lokalnog karaktera. Istraživanjem na osam lokaliteta u Istarskoj županiji evidentirano je 39 preventivnih programa različitih nositelja (Bašić, Ferić Šlehan, Kranželić, 2007). Od 15 preventivnih programa u užem smislu, procijenjenih metodologijom sličnoj SAMHSA-inoj (SAMHSA, 2002), ni jedan program nije bilo moguće svrstati u kategoriju model-programa (koji

zadovoljavaju najviše standarde po pitanju kvalitete evaluacije, intervencijskog učinka, specifičnosti intervencije i spremnosti za diseminaciju), dok su tri svrstana u „obećavajuće“ programe. Nadalje, procjena 24-iju lokalnih preventivnih programa u Istarskoj županiji (Preffi 2.0 instrumentom) kao najslabije točke tih programa prepoznaje teorijsku utemeljenost i evaluaciju (Mihić, 2013; Novak, 2013). Procjena kvalitete ovih programa koji apliciraju za financiranje u lokalnoj zajednici, pokazala je kako su samo 4 od ukupno 24 programa procijenjena iznadprosječnim (Mihić, 2013).

No na takve programe ipak treba obratiti pažnju jer ih je moguće procesom unapređivanja pretvoriti u značajan lokalno prilagođen resurs za primjenu i širenje, povećane vjerojatnosti održavanja. Preduvjet razvoja u svakom je slučaju suradnja u trokutu javna politika – znanost – praksa (*policy – science – practice*). Aktualna situacija u Republici Hrvatskoj nije jedinstven primjer, već, kako navodi Greenberg (2004), i u SAD-u mnoge škole ili uopće ne implementiraju programe utemeljene na dokazima ili to čine uz nisku razinu kvalitete.

## Preventivni programi u Primorsko-goranskoj županiji

Prema već spomenutoj Bazi projekata i programa koji se provode u području suzbijanja zlouporabe droga, tijekom 2014. godine iz Primorsko-goranske županije prijavljena su 23 preventivna programa različitih nositelja – osnovnih i srednjih škola, udruga i ustanova. U nastavku slijede opisi nekih od tih programa.

### Program životnih vještina

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije 2005. godine pokrenuo je implementaciju školskog univerzalnog programa prevencije, utemeljenog na „Life skills training“ programu (Botvin i Griffin, 2005). Te je školske godine uključena generacija učenika šestog razreda da bi tijekom godina, nakon pilot-programa, bile postupno uključene generacije učenika od trećeg do sedmog razreda. Lokalna adaptacija pod nazivom „Program promocije mentalnog zdravlja i razvoja životnih vještina“ sustavna je i sveobuhvatna intervencija, a provodi se jedanaestu godinu zaredom u više od 50 osnovnih škola u Primorsko-goranskoj županiji, s preko 10 000 uključenih učenika godišnje. Kontinuirano prikupljanje povratnih informacija (evaluacijskim listovima, pisani esejima, hospitacijama na satovima provođenja radionica i on-line upitnikom) i proces njihove selekcije, uz poštivanje ključnih komponenti programa i mehanizama odgovornih za postizanje ciljanih ishoda, rezultiralo je značajnim prilagodbama u sadržajnom i strukturnom smislu kao i implementa-

cijskom modelu. Time je program postao prihvatljivim i dugoročno održivim za hrvatske školske prilike (Roviš, 2007, Roviš, 2010). Konceptijski se uklapa u model povećanja kompetencije i model smanjenja rizičnih faktora na osobnoj razini, kao što su npr. nisko samopoštovanje, povišena impulzivnost i anksioznost, vanjski lokus kontrole.

Kao što je spomenuto, program provode educirani učitelji i nastavnici. Edukacija u organizaciji Nastavnog zavoda za provoditelje je besplatna, jednako kao i radni materijali (priručnici) za sve uključene provoditelje i učenike.

U sklopu programa, koji godišnje podrazumijeva 10 do 12 radionica (ovisno o generaciji), pred učenike i provoditelje stavljen je dodatni zadatak. Učenici u 3. i 4. razreda sadržaje usvojene kroz program koreliraju s drugim nastavnim predmetima i sadržajima, a stariji se učenici uz podršku provoditelja upuštaju u složenije i dugotrajnije razredne projekte kojima produbljuju uvide, učvršćuju zdravlje kao vrijednost, prakticiraju komunikacijske i druge vještine da bi efikasno timski surađivali. Te su aktivnosti mogućnost i preduvjet automatiziranja novih vještina i njihovog stavljanja u funkciju u realnim životnim okolnostima.

Evaluacija ishoda programa u razdoblju od 2005. do 2010. god. (kvazi-eksperimentalni dizajn s intervencijskom i kontrolnom skupinom škola) na razini grada Rijeke ukazuje na značajno usporeno povećanje incidencije zlorabe sredstava ovisnosti. Nalazi evaluacije koji se tiču psihosocijalnih ishoda ukazuju na značajne učinke za intervencijsku skupinu učenika, ali samo u dijelu škola koje su provele 50% ili više predviđenog kurikulumu: smanjenje konzumacijskih stavova, školske i socijalne anksioznosti, loše slike o sebi i emocionalne nestabilnosti te osnaživanje stavova protiv pušenja i konzumacije alkohola. Činjenica da su navedeni ishodi ostvareni samo u dijelu škola koje su većom vjerošću izvorniku provele program, samo je jedan u nizu dokaza važnosti kvalitete implementacije<sup>5</sup>.

Vodeći se teorijom i navedenim nalazima, a s ciljem ustrajanja na kvaliteti procesa implementacije, ojačan je sustav podrške provoditeljima kroz uvođenje školskih koordinatora programa, višednevne edukacije provoditelja i hospitiranja na satovima provedbe lekcija. Prema procjenama provoditelja takav sustav osigurava preduvjete za kvalitetnu implementaciju programa (Mataija Redžović, 2014). Sudionici procjenjuju zadovoljavajućima kvalitetu radnih materijala i razinu standardizacije provedbe, sustav podrške koji odlikuju dostupnost i kvaliteta te kvalitetu osigurane edukacije.

---

<sup>5</sup> Proces implementacije u praksi varira (Barry i Jenkins, 2007). Visoka kvaliteta implementacije podrazumijeva pridržavanje izvornog plana onako kako ga je definirao autor, s jasnim i dogovorenim ciljevima za svaku intervencijsku komponentu jer taj stupanj implementacije povećava vjerojatnost dobivanja rezultata ostvarenih u izvornim istraživanjima (Durlak, 2013).

## Skринing mentalnog zdravlja

„Zakonom o zdravstvenoj zaštiti“ iz 2008. godine određeno je da zavodi za javno zdravstvo moraju provoditi aktivnosti u zaštiti mentalnog zdravlja djece i mladih. Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije (NZJZ PGŽ-a) pokrenuo je 2010. godin program „Skринing mentalnog zdravlja učenika 7. razreda“ u osnovnim školama grada Rijeke, s tendencijom proširivanja na prostor cijele Županije. Program je izravan odgovor na jedan od ciljeva „Nacionalne strategije zaštite mentalnog zdravlja“ za razdoblje od 2011. do 2016. godine, a riječ je o poboljšanju prepoznavanja problema mentalnog zdravlja kod mladih. Redoviti sistematski pregledi koje su dosad obavljali samo timovi službi školske medicine ovim su načinom prošireni na područje mentalnog zdravlja. Učenici u školi ispunjavaju kratak upitnik „Moje snage i poteškoće“ (Goodman, 1997), pogodan za rano otkrivanje poteškoća koje mogu biti povezane s ponašanjem, emocionalnim stanjima i/ili odnosima s vršnjacima. Na temelju odgovora moguće je diferencirati tri skupine djece: bez rizika, s mogućim rizikom i vjerojatnim rizikom za postojanje emocionalnih/ponašajnih teškoća. Proces *skринinga* provode stručnjaci s višegodišnjim iskustvom u radu s mladima uz suradnju školskog liječnika te stručne službe škola. Na temelju rezultata u upitniku koji analiziraju stručnjaci s Odsjeka za mentalno zdravlje Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije (NZJZ PGŽ-a) te daljnjom timskom sintezom sa školskim liječnikom i školskim stručnim suradnikom koji su upoznati s obiteljskom anamnezom, iz rizičnih se kategorija izdvajaju eventualni lažno pozitivni i negativni upitnici te se u preostalim slučajevima (otprilike 10% ispitanih) djeci i njihovim roditeljima preporuča susret s psihologom i/ili školskim liječnikom. Prilikom susreta dobivaju informacije o mogućnosti uključivanja u individualno ili obiteljsko savjetovanje, psihoterapiju, psihijatrijski tretman, grupe za roditelje i adolescente, a sve u okviru ustanove.

U školskoj godini 2011./2012. *skринingom* je bilo obuhvaćeno 1240 djece sa šireg područja grada Rijeke. Nakon timske sinteze u Savjetovalište u NZJZ-u PGŽ-a pozvano je 220 djece s roditeljima. Odazvalo se njih 61, a 26 je zadržano u dugotrajnijem tretmanu (20-ak posto nastavlja dolaziti više od 10 puta). Ovakav javnozdravstveni organizacijski model pristupa i probira u populaciji u potrebi za intervencijama na indiciranoj razini, izvoran je lokalno razvijen model koji su u Hrvatskoj preuzele i druge lokalne sredine.

### ***Mreža savjetovališta u Primorsko-goranskoj županiji***

Djeci, mladima i njihovim roditeljima s područja Primorsko-goranske županije od 2006. godine dostupne su besplatne usluge individualnog i obiteljskog savjetovanja, po potrebi i psihoterapije, u Savjetovalištu Odsjeka za promica-

nje i zaštitu mentalnog zdravlja NZJZ-a PGŽ-a Savjetovanje provode psiholozi, psihoterapeut, socijalni pedagog, diplomirani učitelj i liječnik. Osim u Rijeci djelatnici Odsjeka dva puta mjesečno odlaze u ispostave Zavoda u Delnicama, Krku, Cresu i Malom Lošinj u čime je djeci i mladima u udaljenim dijelovima Županije omogućeno dobivanje stručne pomoći. Određen broj klijenata javlja se samoinicijativno, a mnogima dolazak preporuča obiteljski ili školski liječnik, stručna služba škole, Centar za socijalnu skrb i dr. Pomoć najčešće traže klijenti u dobi od 16 do 20 godina zbog teškoća u organiziranju vremena i učenja, školskog neuspjeha, nesnalaženja među vršnjacima, problema u obiteljskoj komunikaciji, problema prilagodbe na različite životne promjene, smetnji u ponašanju, promjena u raspoloženju i sl.

Nadalje, program „Sveučilišnog savjetovanišnog centra“ (Sveučilište u Rijeci) (<http://www.ssc.uniri.hr/hr/>) usmjeren je ka smanjivanju emocionalnih teškoća, podučavanju studenata efikasnim tehnikama i adekvatnim navikama učenja, edukaciji studenata o ulozi psiholoških čimbenika u akademskom postignuću, unapređenju životnih vještina i prevenciji nastanka psiholoških problema te prevenciji rizičnih ponašanja i ovisnosti. Navedene ciljeve ostvaruje se kroz individualno i grupno savjetovanje, radionice, tribine i predavanja te izdavanjem psihoedukativnih materijala.

U.Z.O.R. Udruga za zaštitu obitelji – Rijeka (<http://www.udruga-uzor-rijeka.hr/>), između ostalog, provodi program „Rad s kazneno prijavljivanim mladima“ uključujući povremene uzimatelje droge – eksperimentatore. Prema „Zakonu o sudovima za mladež“ moguće je provođenje posebne obveze, tj. izvansudske nagodbe prema maloljetnicima i mlađim punoljetnicima koji su počinitelji kaznenog djela. Njenim uvođenjem društvo osigurava ne samo kaznenopravne nego i socijalno zaštitne intervencije prema maloljetnim počiniteljima kaznenih djela, čime im se pruža pomoć potrebna za korekciju postojećeg neprihvatljivog ponašanja i prevenira buduće delinkventno ponašanje i recidiv. Uz mlade u program se uključuju i njihovi roditelji. Osnovna aktivnost je individualizirano savjetovanje koje se svojim oblikom i sadržajem prilagođava aktualnim potrebama korisnika.

Udruga TERRA, Rijeka ([www.udrugaterra.hr/](http://www.udrugaterra.hr/)) razvija i provodi aktivnosti usmjerene različitim aspektima problematike uzimanja droga; smanjenjem zdravstvenih i socijalnih posljedica intravenoznog uzimanja droga, senzibilizacijom i edukacijom zajednice o problemima korištenja droga te prevencijom ovisnosti, AIDS-a i ostalih spolno prenosivih bolesti, olakšavanjem i omogućavanjem procesa reintegracije ovisnika nakon završetka tretmana za liječenje. Unutar Udruge djeluje Savjetovanište u kojem se korisnicima nudi individualno, grupno i obiteljsko savjetovanje i psihoterapija te druge preventivne aktivnosti i mogućnosti.

Vida, udruga za pomoć ovisnicima, Rijeka (<http://www.droga-online.com.hr/>) osnovana je kao odgovor na potrebe korisnika i njihovih obitelji s područja grada Rijeke i Primorsko-goranske županije koji su smješteni u Dom za ovisnike Zajednice Susret iz Splita ili su u postupku smještanja. U 2010. godini Udruga je započela s provođenjem projekta „Interaktivne internetske stranice Savjetovalište On-line“, čija je svrha rani obuhvat konzumenata droga i ovisnika, rani obuhvat njihovih obitelji internetskim savjetovanjem, informiranjem te upućivanjem na primjerene tretmane.

## „Lucijina priča“ udruge Hepatos Rijeka

Udruga Hepatos, Rijeka također nudi savjetovanje i psihosocijalnu potporu liječenih i oboljelih od hepatitisa i HIV-a, njihovih obitelji i socijalne okoline te savjetovanje i potporu osobama rizičnog ponašanja (eksperimentatori droga, ovisnici, zatvorenici, seksualni radnici, LGBT populacija, migranti i dr.).

Osim toga Udruga već nekoliko godina razvija preventivne programe namijenjenih djeci, mladima, odraslim osobama i marginaliziranim skupinama rizičnog ponašanja, od kojih se ističe projekt „Lucijina priča“. Cilj projekta „Lucijina priča“ je prevencija i smanjenje zdravstvenih, psiholoških i socijalnih posljedica rizičnog ponašanja mladih (ovisnosti) kroz obuhvat preventivnim aktivnostima mladih i odraslih osoba iz njihovog neposrednog okruženja (<http://www.hepatos-rijeka.hr/>). U projektu su uključeni i kazališna predstava u izvedbi RI teatra, predavanja o zdravstvenim, psihološkim i socijalnim posljedicama rizičnog ponašanja, radionice poticanja kritičkog mišljenja kod mladih te nagradni natječaj za najbolju fotografiju promocije zdravlja pod nazivom „A na čemu si ti?“. Projekt financira Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, a realizira se u suradnji s Nastavnim zavodom za javno zdravstvo PGŽ-a.

## Programi utemeljeni na dokazima i znanosti

Osim lokalno razvijenih programa na razini Republike Hrvatske nalazimo i brojne primjere implementacije najboljih svjetskih model-programa, uglavnom iz SAD-a. Sljedeće poglavlje donosi kratki pregled nekih od njih.

### PATHS-RASTEM

Uz već spomenutu lokalnu adaptaciju programa „Trening životnih vještina“, u Primorsko-goranskoj županiji provodio se i PATHS-RASTEM program. PATHS je izvorno američki preventivi program (Kusche & Greenberg, 1994),



proglašen jednim od 10 najboljih programa u klasifikaciji Blueprints for Violence Prevention, USA. Program promiče socijalno-emocionalne kompetencije te smanjuje rizik od niza ponašajnih i mentalnih problema kod djece predškolske i osnovnoškolske dobi kroz zasebno razvijene kurikulume. Predškolski kurikulum tijekom godine dana provode posebno educirani odgajatelji. Kroz 37 cjelina obuhvaćaju se područja regulacije emocija, samokontrole, prijateljstva i samopoštovanja. Školski kurikulum provode također posebno educirani učitelji od prvog do četvrtog razreda osnovne škole kroz prosječno 40 lekcija godišnje.

Pilot-primjena PATHS programa u Hrvatskoj provedena je razdoblju od 2007. do 2010. godine u osnovnim školama u Poreču i Labinu, u Istarskoj županiji. Nakon toga program se od 2010. do 2012. godine provodio u 15 osnovnih škola te 6 predškolskih ustanova u Zagrebu, Rijeci i Istarskoj županiji. Program je financiran iz „Unity through Knowledge Fund“ (UKF), a proveden u suradnji s The Prevention Research Center, Penn State University, USA. Velika je pažnja posvećena edukaciji provoditelja u kojoj su sudjelovali neki od autora programa, kao i svim fazama evaluacije projekta. Istraživanje je potvrdilo ranije utvrđena poboljšanja do kojih program dovodi na planu učenja i prosocijalnog ponašanja, a pridonosi i poboljšanju vještina regulacije emocija te smanjenju simptoma povlačenja i depresije. Pozitivno utječe na smanjenje simptoma ADHD-a, teškoća pažnje, oponirajućeg i agresivnog ponašanja kod sve uključene djece predškolske i školske dobi (Novak, Mihić, Bašić, Domitrovich, Nix i Greenberg, 2012; Novak, Mihić, Bašić, Nix, 2016). Nastavak primjene PATHS-RASTEM programa socijalno-emocionalnog učenja kao univerzalnog programa prevencije odvijao se kroz znanstveni projekt „European Assessment Protocol for Children’s SEL Skills” koji se osim u Hrvatskoj provodio i u Italiji, Sloveniji, Švedskoj i Švicarskoj od 2012. do 2016. godine. Nakon dvije godine implementacije rezultati su slični u svim državama partnerima u prvim dvama razredima osnovnih škola. Njegova evaluacija i usporedba s rezultatima ostalih zemalja partnera pokazala je da učenici iskazuju manje simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti, problema u odnosima s vršnjacima s kojima imaju pozitivnije interakcije. Iskazuju također i manje eksternaliziranih problema u ponašanju. Kroskulturalna usporedba rezultata provedenoga programa upućuje na učinkovitost u smanjivanju navedenih problema u djece nižih razreda osnovne škole. To bi moglo značiti da je na razini europskih država moguće implementirati PATHS-RASTEM program te s velikom sigurnošću očekivati da su ishodi za djecu nižih razreda osnovne škole pozitivni te je ovaj program kao i u SAD-u moguće označiti model-programom (<http://www.zagreb.hr/default.aspx?id=87005>).

## Bistrog uma bez alkohola – BUBA

„Bistrog uma bez alkohola“ izraz je koji stoji iza akronima BUBA, programa primarne prevencije ranog pijenja alkohola kod djece i mladih namijenjenog učenicima od petog do sedmog razreda osnovne škole ([www.zzjzdnz.hr](http://www.zzjzdnz.hr)). U svijetu je poznat kao „Northland Project“, a razvijen je u školi Javnog zdravlja Sveučilišta u Minnesoti te je uvršten u model-programe prema procjeni Centra za prevenciju uporabe opojnih sredstava i Ministarstva za prosvjetu u SAD-u. U Hrvatskoj je prvi puta primijenjen devedesetih godina u osnovnim školama u Splitu kao rezultat suradnje Hrvatske mreže zdravih gradova sa stranim partnerima. Prije uvođenja program je testiran, procijenjena je njegova uspješnost, a na temelju rezultata podvrgnut je potrebnim prilagodbama. U Dubrovačko-neretvanskoj županiji program je uveden školske godine 2008./2009. u suradnji Zavoda za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije s udrugom Dubrovnik – zdravi grad i udruge Split – zdravi grad te podršku Dubrovačko-neretvanske županije i grada Dubrovnika.

Programom se ostvaruje odgađanje početka pijenja kod učenika; statistički je značajno smanjen udio učenika koji konzumiraju alkohol, kao i količina i učestalost pijenja među učenicima osmih razreda u školama uključenim u program. Programske se aktivnosti provode tijekom satova razredne zajednice, a riječ je o 8 radionica svake školske godine u trajanju od najmanje jednog školskog sata (u prosjeku 10-12 sati godišnje), a provode ga razrednici i/ili stručni suradnici zajedno s vršnjacima voditeljima. Programom je godišnje obuhvaćeno više od 2500 učenika odnosno 62% populacije učenika od petog do sedmog razreda. Činjenica da tijekom godina gotovo da nije bilo osipanja uključenih škola govori u prilog ulaganja u edukaciju provoditelja, superviziju i evaluaciju – važnih elemenata održivosti.

## Imam stav

„Imam stav“ program je prevencije konzumiranja duhana, alkohola i drugih sredstava ovisnosti, nastao adaptacijom programa „Unplugged“ koji se niz godina provodi u više europskih zemalja. Program je proveden uz superviziju tima s Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u 13 osnovnih škola na području Zagreba i okolice u suradnji s Agencijom za odgoj i obrazovanje te uz podršku Vladinog Ureda za droge. Riječ je o programu potvrđene učinkovitosti u vezi s odgodom prvog uzimanja sredstava ovisnosti (pušenje, alkohol, druge droge), kao i smanjenju korištenja alkohola, duhana i kanabisa kod mladih uključenih u program. Temelji se na učenju životnih vještina i konceptu socijalnih utjecaja čime se promiče pozitivno i

zdravo ponašanje te se utječe na prevenciju korištenja sredstava ovisnosti. Učenici šestih razreda kroz 12 radionica, koje provode učitelji uz podršku socijalnih pedagoga–stručnih suradnika, razvijaju intrapersonalne i interpersonalne vještine. U program su uključeni i roditelji tijekom triju dvosatnih susreta koji obrađuju sljedeće teme: „Bolje razumjeti adolescenta“, „Odgajati adolescenta znači rasti zajedno“ i „Dobar odnos s djetetom – postavljanje pravila i granica“. Sastanke s roditeljima vode socijalni pedagozi iz škole uz prisutnost učitelja. Program je rezultirao smanjenjem zlorabe sredstava ovisnosti i unapređenjem razine antikonzumacijskih stavova (Kranželić, Ferić Šlehan, Ricijaš, Lotar, 2012).

## **Akademski programi usmjereni jačanju kapaciteta za prevenciju**

Da bi se prevladala ograničenja u prevencijskoj praksi (Saxena, Jane-Llopis i Hosman, 2006), potrebno je izgraditi i ojačati kapacitete kao što su kompetentni stručnjaci s relevantnim znanjima i vještinama, organizacijske sposobnosti, koalicije i partnerstva, vodstvo i potpora javnosti. U tom kontekstu važno je pružiti obrazovne mogućnosti integrirane u redovite programe visokoškolskih studijskih programa. U Hrvatskoj na dodiplomskoj i diplomskoj razini postoji nekoliko predmeta vezanih uz prevenciju i promociju, uglavnom na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu na Studiju socijalne pedagogije.

Na temelju analize kapaciteta (Roviš, 2011), uzimajući u obzir smjernice o tome što su temeljne kompetencije specijalista promicanja (mentalnog) zdravlja (Dempsey, Battel-Kirk, Barry, 2011; AHPA, 2009), Sveučilište u Rijeci pokrenulo je 2007.godine europski TEMPUS projekt koji je rezultirao razvojem kurikuluma za poslijediplomski specijalistički studij u promociji zdravlja i prevenciji ovisnosti na Medicinskom fakultetu. Program je namijenjen praktičarima, administrativnim službenicima u javnih ustanovama i zaposlenicima nevladinih udruga koji rade u području promicanja mentalnog zdravlja i prevencije. Studenti su poučeni teorijskim pojmovima i primjeni znanja u području socijalno-emocionalnog razvoja djece i mladih, Epidemiologije zlorabe sredstava ovisnosti i drugih rizičnih ponašanja, Etiologije, ranog otkrivanja i liječenja ovisnosti i drugih rizičnih ponašanja, Promicanja zdravlja i zaštite mentalnog zdravlja, Strategija prevencije i programa temeljenih na znanosti i dokazima, Razvoja i evaluacije programa promicanja zdravlja i prevencije ovisnosti. Namjera je ojačati suradnju s uglednim međunarodnim profesorima i organizacijama u području promicanja mentalnog zdravlja i istraživanja prevencije.

Poslijediplomski doktorski studij „Prevencijska znanost i studij invaliditeta“

na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu u programu „Prevenzijska znanost“ temelji se na suvremenom interdisciplinarnom znanstvenom poimanju promicanja zdravlja, prevencije mentalnih i ponašajnih poremećaja, kriminala, ovisnosti, nasilja i drugih rizičnih ponašanja kod djece i mladih. Program obuhvaća praćenje i opisivanje problema te potreba djece i mladih kod kojih postoji mogućnost pojave različitih oblika rizičnih ponašanja (epidemiološka istraživanja); opisivanje i praćenje pojava i problema longitudinalnim istraživanjima; planiranje, implementiranje, evaluiranje, širenje te trajno unapređivanje postojećih oblika preventivnih intervencija (evaluacijska istraživanja), izradu i provedbu strategija i politike promicanja zdravlja, kvalitete života djece, mladih i odraslih, prevenciju rizičnih ponašanja. Taj interdisciplinarni doktorski studij rezultat je suradnje domaćih profesora i znanstvenika s profesorima i znanstvenicima iz Pennsylvania State University, SAD te Sveučilišta u Nijmegenu, Nizozemska te je prvi takve vrste u Hrvatskoj, a i jedan od rijetkih primjera u širem europskom kontekstu.

## Zaključak

Prikazana iskustva i stanja prevencije rizičnih ponašanja i promicanja mentalnog zdravlja djece i mladih pokazuju kako je u Republici Hrvatskoj moguće na populacijskoj razini organizirati i voditi univerzalne, selektivne i indicirane programe prevencije<sup>6</sup>. Mogućnost za to postoji kada se osigura jaka podrška u lokalnoj zajednici, gdje postoji jaka organizacijska infrastruktura i resursi proizvođača te snažna predanost ljudi koji vode program/e, a važno je držanje granica i ne-odstupanje od pravila struke. Sve brojnija iskustva provedbe programa utemeljenih na znanstvenim dokazima širom zemlje ukazuju da postoje individualni i organizacijski kapaciteti za provedbu ozbiljnih programa i studija koja je potrebno dodatno ojačati. Stoga je važno ukazati na potrebu da lokalne i nacionalne institucije takve primjere podignu na nacionalnu razinu. Potrebno je jačati i vidljivost međunarodnih projekata i osnažiti kapacitete za prihvaćanja drugih modela dobre prakse uz prethodne prilagodbe za implementaciju u drugačijem kontekstu i evaluaciju primijenjenog programa u tim novim uvjetima.

---

6 Preventivne intervencije unutar intervjencijskog spektra (prevencija, tretman, posttretman) imaju više razina: *univerzalne, selektivne i indicirane preventivne intervencije*. *Univerzalne intervencije* usmjerene su na opću populaciju ili cijele populacijske skupine koje nisu identificirane na osnovi individualnog rizika; *selektivne intervencije* usmjerene su na pojedince ili subskupine populacije čiji su rizici za razvoj rizičnih ponašanja znatno viši nego u prosjeku; *indicirana prevencija* namijenjena je visokorizičnim pojedincima kod kojih je identificiran minimalan ali vidljiv simptom nekog poremećaja koji još nije dosegao dijagnostičke stupnjeve poremećaja.

## Literatura

1. AHPA, Australian Health Promotion Association (2009). Core Competencies for Health Promotion Practitioners. AHPA Queensland, Australia. Retrieved January 2011 from: <http://healthpromotion.org.au/fileupload/Core%20Competencies%20for%20HP%20Practitioners.pdf>
2. Barry, M. M., Jenkins, R. (2007). Implementing mental health promotion. Philadelphia: Churchill Livingstone.
3. Bašić, J. (1987). Socijalno-pedagoški rad s roditeljima kao kriterij uspješnosti preveniranja poremećaja u ponašanju djece osnovnoškolske dobi. (u): Singer, M. et al.: Pojavni oblici poremećaja u ponašanju djece u osnovnim školama, uvjeti života u obitelji i model pedagoškog tretmana. Zagreb: Fakultet za defektologiju Sveučilište u Zagrebu, 21–47.
4. Bašić, J. (1988). Razlike u odnosima roditelja prema predškolskoj djeci koja manifestiraju odnosno ne manifestiraju neke oblike poremećaja u ponašanju. (u): Singer, M. et al.: Pojavni oblici poremećaja u ponašanju u predškolskim ustanovama i uvjeti života u obitelji. Zagreb: Fakultet za defektologiju Sveučilište u Zagrebu, 1–26.
5. Bašić, J., Žižak, A., Koller-Trbović, N. (1998). Integralna metoda u primjeni. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilište u Zagrebu i Alinea.
6. Bašić, J., Ferić, M., Kranželić, V. (2001). Od primarne prevencije do ranih intervencija. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilište u Zagrebu.
7. Bašić, J., Ferić Šlehan, M., Kranželić Tavra, V. (2007). Zajednice koje brinu – model prevencije poremećaja u ponašanju: Strategijska promišljanja, resursi i programi prevencije u Istarskoj županiji. Pula Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilište u Zagrebu i Istarska županija
8. Bašić, J. & Grozić-Živolić, S. (ur.) (2010). Zajednice koje brinu – Model prevencije poremećaja u ponašanju djece i mladih: Razvoj, implementacija i evaluacija prevencije u zajednici. Pula-Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilište u Zagrebu i Istarska županija.
9. Bašić, J. (2011). Prevention science and disability studies – A postgraduate doctoral study overview. *Journal of Public Health*, 19 (1), 39–45.
10. Bezinović, P. (2009). Vrednovanje školskih preventivnih programa osnovnih škola Grada Rijeke: Samoanaliza i planiranje školskih preventivnih programa. Interno izvješće za Odjel gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb.

11. Bezinović, P. (2014). Vrednovanje školskih preventivnih programa osnovnih škola Istarske županije: Samoanaliza i planiranje školskih preventivnih programa. Interno izvješće za Istarsku županiju.
12. Borovec, K. (2013). Razvoj Vijeća za prevenciju kriminaliteta u lokalnoj zajednici prema održivim i učinkovitim koalicijama. *Policija i sigurnost*, 22 (1), 1–25.
13. Botvin, G. J., Griffin, K. W., (2005). Prevention science, drug abuse prevention, and Life Skills Training: Comments on the state of the science. *Journal of Experimental Criminology*. 1 (1), 63–78.
14. Dempsey, C., Battel-Kirk B., Barry M. M. and the CompHP Project Partners (2011), TheCompHP Core Competencies Framework for Health Promotion. Paris: IUHPE.
15. Durlak, J. (1995). School-based prevention programs for children and adolescents. Thousand Oaks: Sage.
16. Durlak, J. (2013). The Importance of Quality Implementation for Research, Practice, and Policy. (Research brief). U.S. Department of Health and Human Services. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Preuzeto 7.12.2013.s [http://aspe.hhs.gov/hsp/13/KeyIssuesforChildrenYouth/ImportanceofQuality/rb\\_QualityImp.cfm](http://aspe.hhs.gov/hsp/13/KeyIssuesforChildrenYouth/ImportanceofQuality/rb_QualityImp.cfm)
17. Hawkins, J. D. (1999). Preventing Crime and Violence through Communities that Care. *European Journal on Crime Policy and Research*, 7, 443–458.
18. Hawkins, J. D., Catalano, F. R., Arhur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951–976.
19. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.
20. Greenberg, M. T. (2004). Current and Future Challenges in School-Based Prevention: The Researcher Perspective. *Prevention Science*, 5 (1), 5–13.
21. Jané-Llopis, E., & Barry, M. M. (2005). What makes mental health promotion effective? *Promotion & Education*, 12(2 suppl), 47–54. doi: 10.1177/10253823050120020108
22. Kellam, S. G., Rebok, G. W. (1992). Building Developmental and Etological Theory through Epidemiologically Based Preventive Intervention Trials. (in): McCord, J., Tremblay, R.E. (Eds): Preventing Antisocial Behavior: Intervention from Birth through Adolescence. New York: The Guilford Press, 162–195.

23. Kranželić, V., Ferić Šlehan, M., Ricijaš, N., Lotar, M. (2012). Effectiveness Evaluation of the Unplugged - Substance Abuse Prevention Program in Croatia. 20th Annual Meeting Promoting Healthy Living through Prevention Science (SPR) (poster)
24. Kusche, C. A., Greenberg, M. T. (1994). PATHS program. Instructors manual. South Deerfield, MA: Channing Bete Company [www.channing-bete.com](http://www.channing-bete.com)
25. Mataija Redžović, A. (2014). Kvaliteta implementacije školskog preventivnog programa. Završni rad. Poslijediplomski specijalistički studij Promocija zdravlja i prevencija ovisnosti. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci.
26. McKenna, V., Barry, M. M., Friel, S. (2005). Review of the National Health Promotion Strategy 2004. Dublin: Department of Health and Children.
27. Mićanović, M. (2013a). Priručnik za učitelje i stručne suradnike u razrednoj nastavi: Kurikulum zdravstvenog odgoja. Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanje i sporta/Agencija za odgoj i obrazovanje.
28. Mićanović, M. (2013b). Priručnik za učitelje i stručne suradnike u osnovnoj školi: Kurikulum zdravstvenog odgoja. Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanje i sporta/Agencija za odgoj i obrazovanje.
29. Mićanović, M. (2013c). Priručnik za učitelje i stručne suradnike u srednjoj školi: Kurikulum zdravstvenog odgoja. Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanje i sporta/Agencija za odgoj i obrazovanje.
30. Mihić, J. (2013). Study of Effectiveness of Prevention Programs. Doctoral Thesis. University of Zagreb Faculty of Education and Rehabilitation Sciences.
31. Novak, M. (2013). An Empirical Study on Implementation Quality in Prevention Programs. Doctoral Thesis. University of Zagreb Faculty of Education and Rehabilitation Sciences.
32. Novak, M., Mihić, J., Bašić, J. (2013). Učinkovita prevencija u zajednici: smjernice za rad vijeća za prevenciju. *Policija i sigurnost*, 1 (22), 26–41.
33. Novak, M., Mihić, J., Bašić, J., Domitrovich, C., Nix, R. & Greenberg, M. (2012). Study of preschool and school PATHS implementation in Croatia. 7th International PATHS Learning Conference: PATHS innovation and implementation. Zagreb.
34. Novak, M., Mihić, J., Bašić, J., Nix, R. (2016). PATHS in Croatia: A school-based randomised-controlled trial of a social and emotional learning curriculum. *International Journal of Psychology*, DOI: 10.1002/ijop.12262

35. NPPO (2010). Nacionalni program prevencije ovisnosti za djecu i mlade u odgojno – obrazovnom sustavu, te djecu i mlade u sustavu socijalne skrbi. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske Ured za suzbijanje zlouporabe droga.
36. Roviš D. (2010). Public health interventions in school setting: implementation of life skills promotion program in Primorsko-goranska County. 2nd Croatian Congress on preventive medicine and health promotion, Zagreb, 2010.
37. Roviš, D. (2007). Prevencija ovisnosti – suradnjom u lokalnoj zajednici do učinkovitog programa primarne prevencije; *Hrvatski časopis za javno zdravlje*, 3 (9).
38. Roviš, D. (2011). Capacity building for health promotion and drug prevention in Croatia. *Journal of Public Health*, 19 (1), 57–68.
39. SAMHSA, Center for Substance Abuse Prevention. (2002). *Science Based Prevention programs and principles: Effective Substance Abuse and Mental Health Programs for Every Community*. <http://nrepp.samhsa.gov/find.asp>
40. Sakoman, S. (2009). Školski programi prevencije ovisnosti. Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje.
41. Saxena S., Jané-Llopis E., Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5 (1), 5-14.
42. Sloboda, Z., Petras, H. (eds.) (2014). *Defining Prevention Science*. New York, Heidelberg, Dordrecht, London: Springer.





## 2.3. RAZVOJ HARM REDUCTION PROGRAMA I PROGRAMA RESOCIJALIZACIJE OVISNIKA: PRIKAZ MREŽE PROGRAMA U PRIMORSKO-GORANSKOJ ŽUPANIJ I REPUBLICI HRVATSKOJ

Ilinka Serdarević, dr. med. psihoterapeutkinja  
predsjednica udruge Terra

**H**arm reduction program se odnosi na mjere s ciljem smanjenja štete povezane s uporabom droga bez neophodnog zahtijevanja smanjenja njene konzumacije (Wodak, 1994). Prema Grupi za suradnju u borbi protiv zlouporabe droga i krijumčarenja droga (Pompidou grupa), smanjenje šteta i rizika povezanih s uporabom droga (eng. harm reduction) predstavlja krovni termin za intervencije, programe i politike kojima se nastoje spriječiti, smanjiti i ublažiti zdravstvene, društvene i ekonomske štete pojedincima, zajednicama i društvima koje proizlaze iz upotrebe psihoaktivnih tvari i ovisničkog ponašanja.

### Razvoj harm reduction programa u svijetu

Programi smanjenja štete počinju se razvijati 70-ih godina prošlog stoljeća u razvijenim zemljama zapadne Europe. Njihov razvoj bio je povezan sa tadašnjim politikama prema drogama. U dvadesetom stoljeću 60-ih godina droge se nisu smatrale problemom. U to su vrijeme opijum, kanabis i LSD bile droge koje su koristili intelektualci i studenti. Kasnije, nakon određenog vremena, na tržište dolazi amfetamin koji prihvaćaju i konzumiraju mladi iz radničke klase. Važno je naglasiti da je droga u to vrijeme bila jeftina i dostupna te nije bila povezana sa kriminalom.

70-ih godina pojavljuje se hipi-pokret, koji popularizira korištenje kanabisa i njegovo masovno korištenje što nije prošlo bez posljedica. Tako je na Kralingenskom pop-festivalu, nizozemskom pandanu Woodstocka, u Rotterdamu 1970. godine, gdje je bilo nekoliko stotina tisuća posjetitelja, koji su pušili uglavnom „travu“, primijećeno da korištenje droga može izazvati probleme. Pojavila se ideja o osnivanju grupa za samopomoć. Do tada još nisu bile razvijene nikakve političke strategije ili zakoni koji bi se bavili problemima konzumacije droga, ali je pretpostavljeno da bi represivne policijske mjere samo povećale prisutne probleme. Tada se razvila nova vrsta suradnje između zdravstvenih institucija i supkulturne omladine koja je bila temeljena na zajedničkom cilju odnosno na smanjivanju zdravstvenih rizika kod upotrebe droga. To je zapravo bio temelj za razvoj harm reduction pristupa.

Dolaskom heroina na zapadno tržište i rastom njegove cijene, konzumiranje droga postaje sve kriminogenije što počinje mijenjati politiku tretiranja ovisnika. Sve do 1972. godine korisnici droga najvećim su dijelom bili pripadnici srednje klase i donekle visoko obrazovani ljudi koji su koristili kanabis i LSD. Samo mali broj koristio je opijum i amfetamine te javnost njihovo ponašanje nije smatrala problematičnim. Promjena je nastala kada je jeftin opijum bio zamijenjen heroinom. Eksplozivno povećanje broja ovisnika, kombinirano sa njihovim kriminogenim načinom života, dovelo je do toga da su postali javni problem. U zemljama zapadne Europe uvode se metadonski programi kao dio harm reduction pristupa. U centrima kamo su dolazili ovisnici primijećeno je da korištenje zajedničkog pribora dovodi do stvaranja infekcija te se započinje sa dijeljenjem čistog pribora za injiciranje. Tada su to bili malobrojni centri u Nizozemskoj i Engleskoj. Program smanjenja štete, koji uključuje dijeljenje sterilnog pribora vrlo je kontroverzan i zbog toga je i danas mnogima neprihvatljiv u velikom dijelu Europe, a pogotovo u ostatku nerazvijenog svijeta. Iako je SZO proglasila ovisnost kroničnom recidivirajućom bolešću, još uvijek prevladava stav da se s time treba obračunati represivnim aparatom. Mnogi još i danas smatraju da su aktivnosti programa smanjenja štete kao što su zamjena igala, drop-in centri i sobe za injektiranje, kazneno djelo pomaganja i poticanja na drogiranje. Tek epidemija HIV-infekcije među intravenoznim korisnicima droga krajem 80-ih godina u zapadnoj Europi, a krajem 90-ih godina u istočnoj Europi, Rusiji i zemljama bivšeg SSSR-a, alarmira i stvara uvjete za otvaranje programa za supstitucijsko liječenje heroinskih ovisnika i stvaranje centara za podjelu sterilnog pribora za injiciranje droga.

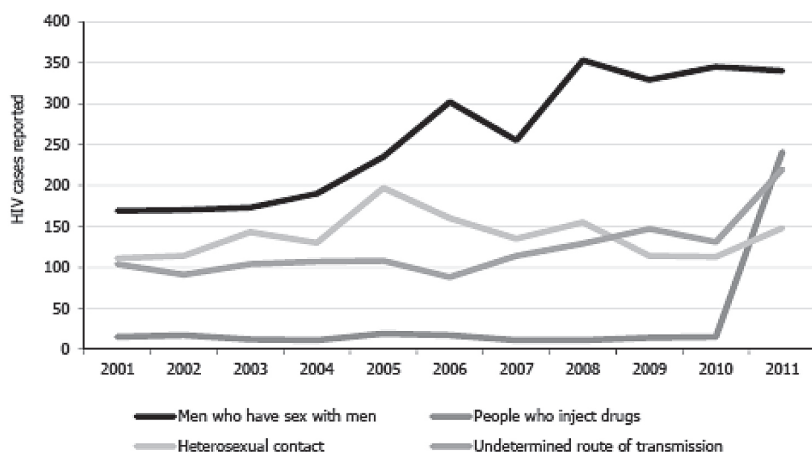
Sa sjednice SZO-a za Europu 5. prosinca 2001. godine u Kopenhagenu poslan je apel svim čelnicima europskih država: „Ako želimo da se izbjegne epidemija AIDS-a potrebna je intenzivna akcija i snažnija podrška svih europskih država. Imamo jedinstvenu priliku da zaustavimo epidemiju ranom, pažlji-

vo ciljanom i dobro koordiniranom nacionalnom akcijom, snažno podržanom međunarodnim organizacijama. Sadašnja generacija djece i mladih u istočnoj Europi generacija je rizika. Prije je Afrika imala 400 000 HIV-inficiranih osoba, a danas ima oko 4 000 000. Naši prozori mogućnosti još nisu zatvoreni. Moramo djelovati – SADA. “

Iako je danas politika smanjenja šteta prihvaćena i preporučaju je brojne međunarodne organizacije poput Svjetske zdravstvene organizacije, UNAIDS-a (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), Europskog centra za praćenje droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), I.F.R.C.-a (International Federation of Red Cross/Red Crescent), IHRA-e (International Harm Reduction Association) i brojnih drugih (Zovko, 2011), mnoge države istočne Europe i svijeta nisu spremne iz državnog proračuna izdvojiti novac za liječenje ovisnika, a još manje za programe smanjenja štete. Iako su ti programi vrlo pragmatični jer se šteta smanjuje postupno, ovisno o okolnostima i težini problema, te ih je moguće provoditi u različitim institucionalnim uvjetima, od zatvora do rada na ulici s ovisnicima koji se ne liječe, paralelno s pružanjem tretmana, još ima onih koji to ne prihvaćaju. Pokazalo se da izrazito represivni pristup konzumentima i sitnim preprodavačima može smanjiti učinkovitost programa smanjenja štete budući da otežava kontakt s ovisničkom populacijom, a time i mogućnost utjecaja na njihovo ponašanje. Protivnici ovakvog pristupa uglavnom smatraju da pristup smanjenja štete potiče konzumaciju droge, hrabri populaciju nekonzumenata na uzimanje droge, prazni resurse zdravstvenih fondova te da se zapravo radi o „trojanskom konju“ za dekriminalizaciju i legalizaciju droge čime se povećava prijetnja javnoj sigurnosti i zdravlju (HR Community Guide) (preuzeto sa [www.health.gov.bc.ca/prevent/pdf/hrcommunityguide.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/prevent/pdf/hrcommunityguide.pdf)). Upravo zbog toga su evaluacije programa smanjenja štete kao pristupa posebno važne, kako u svrhu razbijanja predrasuda i zagovaranja ovog pristupa u javnosti tako i zbog stalne provjere učinkovitosti i energije svih uključenih u ove zahtjevne aktivnosti.

Nažalost, odlaskom Global Funda, doći će do ukidanja i zatvaranja programa. U Srbiji je npr. prošle godine prestalo financiranje GF-a i država nije preuzela obavezu financiranja, a Makedoniji, Crnoj Gori, Slovačkoj, Bosni i Hercegovini i Albaniji isto će se dogoditi 2017. godine. Upravo se sada pokreće velika zajednička kampanja kojoj je cilj ukazati državnim politikama koliko su ovi programi bili korisni u sprečavanju spolnih i krvlju prenosivih zaraznih bolesti i u cjelokupnom tretmanu ovisnosti. Iskustva iz Grčke govore nam da je neophodno održati preventivne mjere među populacijom ovisnika i zadržati incidenciju na što je moguće nižem nivou jer potencijalno predstavlja okidač za izbijanje epidemije. Grčka je, kao i Hrvatska, bila zemlja relativno niske

prevalencije oboljelih od HIV-a s 15-ak novozaraženih godišnje. Ekonomska kriza i slom gospodarstva prisilili su Grčku na smanjenje troškova i štednju koja je zahvatila i zdravstvo i preventivne programe što je za posljedicu imalo eksploziju širenja HIV-a u populacijama sklonim rizičnim ponašanjima (vidi Grafički prikaz 1).



Source: KEELPNO 2011 [5]

Grafički prikaz 1. Broj novootkrivenih slučajeva zaraze HIV-om prema godinama u Grčkoj (ukupno i intravenozni ovisnici) od 2001. do 2011. godine.

Hrvatska je imala sličnu epidemiološku situaciju kao i Grčka. Najveći broj zaraza bio je u MSM-populaciji, a vrlo mala prevalencija bila je među intravenoznim korisnicima droga. U 2011. godini u Grčkoj je registrirano ukupno 963 slučajeva zaraze HIV-om. Iz tablice je vidljivo da je broj zaraza najviše porastao među intravenoznim ovisnicima i to sa 7% na čak 27% (256 slučajeva zaraze) u godinu dana (Izvor: Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti, Procjena rizika za HIV za Grčku). (Preuzeto sa: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20121130-risk-assessment-hiv-in-greece.pdf>).

Iz ovog primjera očito je da populacije sa rizičnim ponašanjem predstavljaju potencijalno veliku opasnost za izbijanje epidemije većih razmjera i da je mjere prevencije nužno kontinuirano i dosljedno provoditi.

Od 2003. do 2006. godine u Hrvatskoj su se svi programi financirali projektima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH (poziv: „Unapređenje borbe protiv HIV/AIDS-a u Hrvatskoj“) uz financijsku potporu Global Funda to Fight TB, AIDS and Malaria (GFATM). Nakon odlaska GFATM-a isto Ministarstvo nastavilo je financirati programe kroz proračunska sredstva i sredstva od dobitaka na sreću.

Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da oko 16 milijuna ljudi koristi drogu intravenozno te da među njima živi 3 milijuna osoba s HIV-om. U prosjeku jedna od deset novih HIV-infekcija uzrokovana je ubrizgavanjem droga te se u dijelovima istočne Europe i središnje Azije više od 80% svih infekcija HIV-om odnosi na uporabu droga. SZO snažno podupire programe smanjenja šteta kao pristup koji se temelji na dokazima u prevenciji, liječenju i skrbi o intravenoznim korisnicima droga. SZO je u srpnju 2014. godine objavila konsolidirane smjernice o prevenciji HIV-a, dijagnozi, liječenju i skrbi za ključne populacije (dostupno na: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en>) koje se nastavljaju na „Tehničke smjernice za države kako postaviti ciljeve za postizanje univerzalnog pristupa prevenciji HIV-a, liječenju i skrbi za intravenozne korisnike droga“ (dostupno na: [http://www.unicef.org/aids/files/idu\\_target\\_setting\\_guide.pdf](http://www.unicef.org/aids/files/idu_target_setting_guide.pdf)), koje su pripremili SZO, UNAIDS i UNODC 2009. godine.

## Provedba programa smanjenja šteta u Hrvatskoj

Počeci politike smanjenja šteta povezanih sa zlouporabom droga u Hrvatskoj pojavljuju se početkom devedesetih godina prošlog stoljeća kada se uočava opasnost širenja HIV-a i AIDS-a u populaciji intravenoznih korisnika droga.

Područje smanjenja šteta u Republici Hrvatskoj obuhvaćeno je već prvom „Nacionalnom strategijom suzbijanja zlouporabe opojnih droga u Republici Hrvatskoj“ donesenom 1996. godine. Godinu ranije udruga Help iz Splita započinje s djelatnostima politike smanjenja šteta koje provodi na području centralne Dalmacije. U to vrijeme u Splitu dolazi do „eksplozije“ i prave epidemije heroinske ovisnosti te Split postaje vodeći po broju ovisnika u državi. S harm reduction programima 1998. godine započinje Hrvatski Crveni križ u Zagrebu, Zadru i Puli, 2000. godine udruga Terra započinje sa svojim programom obuhvaćajući područje grada Rijeke, Primorsko-goranske i Istarske županije. Stručni tim udruge Terra učio je od udruge Help u Splitu, a potom je nadgledao uspostavljanje uspostavljanje harm reduction programa udruge Institut u Puli, NE-ovisnost u Osijeku, Juventas u Podgorici i Kopru.

Danas u Republici Hrvatskoj programe smanjenja šteta provode Hrvatski Crveni križ i udruge: Terra, NE-ovisnost, Let, Help, Institut. Godine 2008. osnovana je i mreža udruga Benefit koju čine sve prije navedene udruge. Udruga Benefit pruža informacije o programima smanjenja štete, supstitucijskoj terapiji, epidemiji HIV-a i AIDS-a u populaciji intravenoznih korisnika droga, općenito o spolno prenosivim bolestima, vanjskom radu s korisnicima te o suradnji na lokalnoj, nacionalnoj i međunarodnoj razini. Udruga Terra *članicom* je nekoliko međunarodnih udruženja: IHRD-a (International Harm Reduction Develop-

ment), EHRN-a (Eurasian Harm Reduction Network), IDPC-a (International Drug Policy Consortium), SEEA.net-a (South Eastern European Adriatic Addiction Treatment Network).

Krajem 90-ih godina počinje se graditi sustav skrbi za ovisnike o drogama, otvaraju se i prvi centri za izvanbolničko liječenje ovisnika o drogama. Rezi-dencijalne programe, terapijske zajednice, uglavnom osnivaju vjerske udruge: Cenacolo, Reto, Remar, Zajednica Susret. Struka još uvijek dvoji oko toga je li je ovisnost bolest ili ne iako je SZO definirala ovisnost kao kroničnu bolest. Osim poteškoća u vezi s adekvatnim tretmanom ovisnika postojale su i druge moguće posljedice spomenutih predrasuda:

- gubitak kontakta s prikrivenim korisnicima droga, uključujući seksualne radnice i radnike, muškarce koji imaju spolne odnose s muškarcima (eng. man who have sex with men – MSM), etničke manjine i ostale marginalizirane društvene skupine s povećanim zdravstvenim rizikom.
- širenje infektivnih bolesti (širenje HIV-a, hepatitisa B i C među korisnicima droga, njihovom djecom i drugim osobama kroz seksualni kontakt; opasnost od spolno prenosivih bolesti).
- povećanje stope kriminalnog ponašanja i obiteljskog nasilja što je povezano sa zlouporabom droga.

S vremenom, zbog rastućeg problema konzumacije psihoaktivnih tvari, prepoznata je potreba za suradnjom svih relevantnih sudionika u odnosu na problem intravenozne zlouporabe droga na lokalnoj, nacionalnoj i međunarodnoj razini, pri čemu je potrebno uvažavati multidisciplinarni pristup.

Trenutno važeća „Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012.–2017” obuhvaća sedam temeljnih područja među kojima se nalazi i područje smanjenje šteta. U svakom području „Nacionalne strategije“ definirani su posebni ciljevi i prioriteti koji su u izravnoj vezi s akcijskim planovima ostvarivanja i njihove provedbe na nacionalnoj i lokalnoj razini te na planu međunarodne suradnje.

## Udruga Terra – petnaestogodišnje iskustvo provođenja *harm reduction* programa

„Should science be able to talk again, it better be social“

„Ako bi znanost mogla ponovno progovoriti, trebala bi to činiti iz društvenog aspekta“

(von Foerster, 1995.)

Udruga Terra neprofitna je organizacija koja okuplja stručnjake iz različitih područja te savjetovanjima, edukacijama, psihosocijalnom podrškom i javnim zagovaranjem radi na smanjenju socijalne isključenosti i unapređenju zdravlja lokalne zajednice s posebnim naglaskom na mentalno zdravlje. Svojim djelovanjem doprinosi razvoju civilnog društva i zajednice u kojoj svaki pojedinac može ostvariti svoja prava i razviti se u odgovornog i utjecajnog sudionika. Udruga Terra kroz svoj rad njeguje i promovira vrijednosti humanosti, tolerancije, ravnopravnosti, solidarnosti, suosjećajnosti, odgovornosti, otvorenosti, kreativnosti, pristupačnosti, iskrenosti i profesionalnosti. Vizija naše udruge je „društvo bez stigme“.

Udruga Terra s programom „Smanjenje zdravstvenih i socijalnih posljedica uzimanja droga“ kreće krajem 2000. godine. Interes i inicijativa grada Rijeke bili su ključni za osiguranje gradskoga prostora i početnih financijskih sredstava za pokretanje programa zamjene šprica i igala (*needle exchange*) te za osnivanje prvog *Drop-in* centra u Hrvatskoj – dnevnoga boravka za konzumente droge. To postaje siguran prostor za uzajamnu podršku i druženje, edukaciju o zdravstvenim rizicima, tzv. VCT – dobrovoljno savjetovanje i testiranje, pomoć u potrazi za poslom ali i mogućnost zadovoljenja osnovnih egzistencijalnih potreba, poput toploga obroka, tuširanja i boravka u toploj prostoriji. Premda su različite nacionalne kampanje nastojale ukazati da su sve droge potencijalno opasne te da uključuju visoku razinu različitih rizika koji proizlaze iz uzimanja istih, štetne posljedice na zdravlje najčešće su povezane s intravenoznim uzimanjem droga (predoziranje, rašireno rizično dijeljenje šprica i igala za injiciranje te ostalog pribora). Razlozi koji su bili dodatna motivacija za pokretanje „Programa smanjenja zdravstvenih i socijalnih posljedica uzimanja droga“, osim prevencije krvlju i spolno prenosivih bolesti, bio je i nedostatak programa koji bi spriječili socijalno isključivanje ove skupine društva koja nije imala adekvatan pristup zdravstvenoj i socijalnoj skrbi. U to je vrijeme Hrvatska bila suočena s dodatnim problemima vezanim uz navedenu skrb (npr. spori proces decentralizacije upravljanja i financiranja relevantnih područja i povezano smanjenja u državnom proračunu) što je onemogućavalo zadovoljenje hitnih potreba ove zasebne ciljane skupine.



S druge strane, institucije koje su pružale određenu vrstu podrške najčešće su provodile prezahtjevne tretmane i nisu obraćale pažnju na socijalne potrebe intravenoznih ovisnika. Prevladavali su tretmani orijentirani na potpunu apstinenciju koju oni teško mogu izdržati jer je njihova motivacija na vrlo niskoj razini. Posljedično, ovisnici su osjećali sve veće nepovjerenje prema relevantnim institucijama, dok se istovremeno pogoršavalo njihovo psihičko stanje i postajali su sve više socijalno izolirani. Dodatni problem predstavljale su i standardne procedure relevantnih institucija koje u većini slučajeva nisu omogućavale anonimno prijavljivanje ovisnika što je povećavalo njihov strah i zaziranje od sustava.

Primjer Rijeke te lokalnih zajednica koje gravitiraju prema gradu sa svim svojim specifičnim elementima potkrepljivalo je urgentnost gore opisane situacije. Iako je problematika uzimanja droga prisutna u Gradu posljednjih nekoliko desetljeća (primarno uzimanje heroina na različite načine), novi čimbenici koji su se pojavili u užem okruženju uvjetovali su i recentno povećanje broja korisnika droga. Za razliku od drugih sličnih sredina kao što su Split i Zadar (luke, tranzitna središta), u razdoblju od 1973. do 1996. godine Centar za primarnu prevenciju i izvanbolničko liječenje Rijeka registrirao je samo 103 ovisnika o opijatima. Razlog tomu vjerojatno predstavlja činjenica da je Rijeka predstavljala „ulazna vrata“ za krijumčarenje droge u širu regiju, stoga samo širenje uzimanja droge u Gradu nije poprimilo alarmantnije razmjere. Međutim, poslijeratna situacija u Hrvatskoj i cijeloj jugoistočnoj Europi izravno je utjecala na promjenu okolnosti. Od 1996. godine do danas broj registriranih ovisnika se povećava na regularnoj osnovi. Tijekom 2002. godine otkriveno je 178 novih ovisnika na 100 000 stanovnika, što Rijeku dovodi na drugo mjesto po broju novih ovisnika odmah iza Zagreba (HZJZ, „Izvjješće o osobama liječenim zbog zlouporabe opojnih droga u Hrvatskoj“).

U počecima rada udruge Terra postojala je relativno niska razina svijesti i znana šire javnosti u Rijeci i Primorsko-goranskoj županiji glede problematike uzimanja droga što je vodilo do stvaranja negativnih predrasuda o ovisnicima. Pored očiglednih poteškoća u dobivanju odgovarajućih tretmana, dolazilo je do gubitka kontakta s neregistriranim korisnicima droga i daljnja izolacija tih skupina.

Uvažavajući probleme koji bi mogli nastati ignorirajući gore navedene probleme, udruga Terra je i formirala svoje ciljeve.

Terrini dugoročni ciljevi odnosili su se na smanjenje zdravstvenih i socijalnih posljedica uzimanja droga, povećanje svjesnosti ovisnika o odgovornosti za vlastito zdravlje i zdravlje drugih te smanjenje društvene marginaliziranosti ovisnika o psihoaktivnim tvarima. Specifični ciljevi koje je moguće evaluirati su:

- smanjiti rizik od predoziranja
- smanjiti rizik i prevalenciju hepatitisa, HIV-a i spolno prenosivih bolesti

- povećati razinu znanja, informiranosti i svjesnosti o hepatitisu, HIV-u i spolno prenosivim bolestima (SPB), predoziranju, štetnom djelovanju droga na organizam
- povećati motiviranost korisnika za testiranje i liječenje od hepatitisa i ostalih spolno prenosivih bolesti
- povećati motiviranost korisnika za korištenje zaštite od SPB-a
- povećati motiviranost korisnika za uključivanje na liječenje ovisnosti
- povećati motiviranost korisnika za školovanje, zapošljavanje i društveno djelovanje.

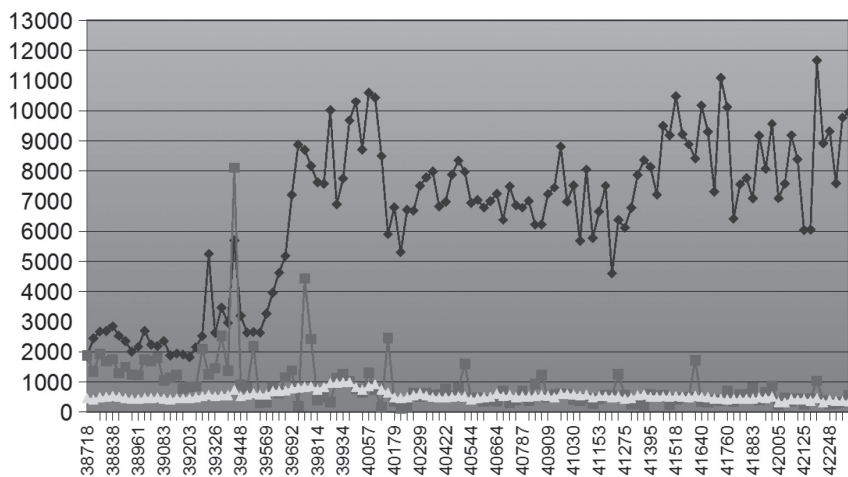
Kako bi ostvarili ove ciljeve, udruga Terra provodi niz aktivnosti koje predstavljaju smanjenje štete u najširem smislu. Osim zamjene pribora (čisto za prijavu) i podjele kondoma, koja se provodi u prostoru Udruge, postoji i Drop-in centar, prostor u kojem ovisnici tijekom radnog vremena mogu boraviti i razgovarati sa djelatnicima Udruge o specifičnim zdravstvenim problemima vezanim uz ovisnost (hepatitis B i C, AIDS, druge spolno prenosive bolesti, apstinencijska kriza, apscesi, sklerotične vene). Vrlo se često razgovara o osobnim problemima također vezanima uz problem ovisnosti: obiteljski problemi, problemi sa zakonom, zapošljavanjem itd. Uz pribor dijele se i informativni i edukacijski materijali (brošure, letci) o hepatitisu, AIDS-u, SPB-u koji su posebno izrađeni za populaciju intravenoznih ovisnika. Jednom mjesечно organiziraju se predavanja za ovisnike i volontere o hepatitisu, AIDS-u i ostalim spolno prenosivim bolestima, načinima prijenosa, s posebnim naglaskom na rizike vezane uz intravenozno korištenje droga te edukacija o pravilnoj i stalnoj upotrebi kondoma.

Slika 1. Informativni letci udruge Terra



Dok je krajem 2009. godine kroz program zamjene igala podijeljeno 100 000 komada, krajem 2012. godine taj se broj smanjio na 85 000, no mjesečni prosjek se stabilizirao na 6500–7000 igala te oko 600 korisnika. Ukupno u 2013. godini podijeljeno je 11 815 kondoma svim ciljanim skupinama, kroz program zamjene igala podijeljeno je 100 650 igala, 89 315 šprica te je prikupljeno 201 53 upotrijebljenog pribora za injiciranje. Također je podijeljeno 2000 letaka i brošura. Tijekom 2014. godine kroz projekt zamjene igala podijeljeno je 103 684 igala i 87 407 šprica, 6242 kondoma te 1114 informativnih letaka i brošura namijenjenih korisnicima koji drogu konzumiraju intravenozno s time da se nastavlja trend blagog porasta podjele materijala.

podjela materijala u razdoblju sij 2006 do prosinac 2015



Grafički prikaz 2. Udruga Terra – podjela materijala u razdoblju od siječnja 2006. do prosinca 2015.

Kako bi obuhvatili što širu populaciju ovisnika, pokrenut je i *Outreach* program odnosno rad na terenu sa ovisnicima. Odabrani su „pункtovi“ odnosno mjesta okupljanja ovisnika u gradu koja se obilaze jednom tjedno te se na tim lokacijama mijenja pribora i dijele se kondomi, a uz to se pružaju informacije o mogućnostima liječenja i testiranja, hepatitisu, AIDS-u i dr. Ovakav način rada bio bi neizvediv bez suradnje ovisnika koji nas uvode u svoja društva. Osim intravenoznih ovisnika koji su naša primarna ciljna skupina, orijentirani smo i na ostale skupine sa visokorizičnim ponašanjima kao što su seksualni radnici (prostitucija je također često vezana uz ovisnost), homoseksualce, i kao posebnu ciljnu skupinu, Rome zbog specifičnosti uvjeta života i čestog „ispadanja“ iz sustava školstva.

Također se provode i akcije čišćenja grada od odbačenog pribora za injiciranje koji se često nalazi u parkovima i u blizini škola i vrtića i kao takav predstavlja stvarni zdravstveni rizik za širu populaciju. *Outreach* rad uključuje i kućne posjete u nekim specifičnim situacijama te posjete ovisnicima u zatvoru.

Kako se povećavao broj korisnika programa, sve češće su se javljali i roditelji koji su tražili pomoć te je u Udruzi otvoreno Savjetovalište za ovisnike i roditelje. To je bio drugi važni iskorak i izazov za sve nas. U zajednici je raslo povjerenje u naš rad. Već smo tada imali mrežu suradničkih institucija (Centar za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti Rijeka, Centar za socijalnu skrb Rijeka, komune, bolnice, druge udruge), a naš sistemski pristup i uključenje kolega srodnih struka kao vanjskih suradnika, doprinio je novoj kvaliteti. Radilo se individualno savjetovanje, grupe samopomoći i korisnika droga i roditelja. U to vrijeme grupe roditelja imale su i po 30 članova što je pokazatelj potrebe za navedenim oblikom rada. Sistemski pristup i snažan fokus na obiteljsku dinamiku (koja je važan, ako ne i ključni faktor u ukupnom iskustvu ovisnosti) naišao je na plodno tlo među korisnicima jer ih je motivirao na osvještavanje i isprobavanje drugačijih komunikacijskih obrazaca. Temeljem grupnih intervjua može se pretpostaviti da udruga Terra ima važnu ulogu posrednika, čime savjetodavci Terre postaju barem privremeno dio obiteljskog sustava sa svim potencijalnim dobitima i rizicima koje ta višesmjerna razmjena donosi. Istovremenim uključivanjem djece i roditelja u neki oblik tretmana udruga Terra svakako katalizira savezništvo u ophođenju spram ovisnosti koja postaje zajednički izazov. Roditelji uz prevodilačku pomoć stručnih djelatnika Terre brže shvaćaju specifične potrebe svoje djece koje proizlaze iz ovisnosti te smanjuju razinu vlastite anksioznosti. U akutnim situacijama sukoba ili prekida komunikacije, djelatnici Terre posreduju, i to najčešće u ulozi zagovaratelja potreba i interesa djece konzumenata. Na sličan način udruga Terra zagovara interese svojih korisnika konzumenata spram drugih institucija primjerice Centra za socijalnu skrb. Dok posredništvom i zagovaranjem Terra obično uspješno rješava akutne probleme te očigledno u mnogim slučajevima katalizira kvalitativne promjene u obiteljskim odnosima, čini se potrebnim prepoznati i eventualni izazov koji može pratiti zagovaračku ulogu, a to je nehotično pogodovanje infantilnom statusu konzumenta unutar obitelji i sustava. Takvo pogodovanje bilo bi u proturječju s ciljem dugoročne transformacije odnosa između ovisnika i njegovog društvenog sustava, u smjeru veće izravnosti, suradnje, ravnopravnosti i suodgovornosti te je neophodno imati to neprekidno na umu. (Škrabalo, Škokić, 2008)

Gusto interakcijsko polje koje čini niz simultanih odnosa između korisnika međusobno te njih i različitih djelatnika svakako je izvor raznolikih prilika za podršku korisnicima u osobnom procesu promjena i osnaživanju. Istodobno to

zahtijeva i pažljivo praćenje dinamike temeljitom komunikacijom među djelatnicima u sklopu intervizije i supervizije a sve s ciljem postizanja određene jasnoće i konzistentnosti u pristupu pojedinom korisniku te sprječavanja eventualne manipulacije. Savjetovalište Terre predstavlja vrijedan resurs za program smanjenja štete gdje su djelatnici na drugačiji no jednako zahtjevan način izloženi stalnim interakcijama s korisnicima koje isto tako imaju terapijski učinak. Supervizija djelatnika u Drop-in-u i *Outreachu*, kao i uključivanje savjetodavaca u rad Drop-in-a te pokretanje grupe podrške po uzoru na prethodna pozitivna iskustva, preporuke su za suradnju savjetovališta i Drop-in-a tijekom naredne godine.

U 2003. godini u suradnji sa Klinikom za reproduktivno zdravlje u Zagrebu (uz potporu USAID-a, Ministarstva prosvjete i sporta), pokrenut je pilot-projekt MEMOAIDS – edukacija po školama koji je proveden u trima školama na području Primorsko-goranske županije. Projekt je zamišljen tako da na zanimljiv i učenicima pristupačan način približi navedenu problematiku, da ih osposobi za edukaciju vršnjaka o AIDS-u, hepatitisu, i ostalim spolno prenosivim bolestima te ujedno i smanji namjere srednjoškolaca za rizično ponašanje.

U 2003. godini stručni tim Terre pokreće projekt rehabilitacije i resocijalizacije koji za ciljanu skupinu ima korisnike različitih droga i ovisnike koji su prošli različite tretmane za odvikavanje i rehabilitaciju i imaju problema u održavanju apstinencije i uključivanja u normalan život zajednice. U praksi socijalna podrška predstavlja formalno nepostojeći no samonikli i stalni skup sljedećih aktivnosti:

- rješavanje kriznih situacija i egzistencijalnih problema, uključujući prijevoz, stambeno zbrinjavanje, jednokratne financijske potpore itd.,
- posredovanje između korisnika i institucija sustava zdravstvene i socijalne skrbi, službi za zapošljavanje, terapijskih zajednica, psihijatrijskih bolnica itd.,
- prijateljska podrška u svakodnevnim trenucima frustracije i obavljanju zadataka, npr. telefonsko podsjećanje na termine kod liječnika i sl.,
- pomoć u učenju,
- pomoć u prijavama na posao i posredovanje u zapošljavanju,
- organiziranje zajedničkih druženja i proslava,
- uključivanje stabilnih korisnika i drugih osoba.

U Udruzi Terra prevladava shvaćanje da ni u jednom trenutku, posebice u hrvatskim uvjetima relativno snažnijih obiteljskih veza u odnosu na zapadne zemlje, većina ovisnika nije potpuno „ispala“ iz društvene mreže, kao što ne postoji definitivni i neopozivi trenutak spremnosti osoba s iskustvom ovisnosti na potpunu integraciju u normalan život. Shvaćanje socijalne integracije kao neophodne komponente terapijskoga rada s ovisnicima u skladu je s paradigmom kibernetike drugoga reda koja naglašava sistemsku prirodu svake osobne promjene kao i s pristupom smanjenja štete koji između ostaloga nastoji

smanjiti socijalnu isključenost konzumenata droga. U tom smislu resocijalizacija predstavlja segment socijalne podrške koja u Terri funkcionira kao prateći program uz programe smanjenja štete i rehabilitacije.

Posljednjih nekoliko godina sve veći broj korisnika Udruge su beskućnici i socijalno ugrožene osobe. Stoga se razvijaju novi programi i projekti.

U 2010. godini Udruga je provela projekt „Demokratizacija državnih institucija i zagovaranje ljudskih prava ovisnika i beskućnika“ i osnovala je udrugu za beskućnike i socijalno ugrožene osobe Oaza.

U 2014. i 2015. godini pokrenuti su projekti „Savjetovalište i drop-in centar za mlade“, i „Prevenција razvoja ovisnosti kod rizični skupina mladih“ te oni predstavljaju nastavak naših ranijih programa koji se odnose na selektivnu i indiciranu prevenciju ovisnosti u sklopu Savjetovališta udruge Terra. Program je dopunjen mobilnim savjetovalištem gdje tim stručnjaka psihologa odlazi na teren i nudi mogućnost individualnog, grupnog i obiteljskog savjetovanja. Program se provodi u Centru za pružanje usluga „u zajednici Izvor u Selcu i dječjem domu „Ivana Brić Mažuranić“ u Lovranu.

Prije početka pokretanja programa, a i tijekom svih ovih godina, djelatnici Terre pratili su europska kretanja u tretiranju ovisnosti i njenih pratećih pojava. Sručni tim odlazio je na studijska putovanja u Split, Zagreb i Ljubljani, Sofiju, Bukurešt, Barcelonu, London, Pariz s ciljem upoznavanja s izazovima koje nose ovakvi program. Iskustva kolega u drugim gradovima i državama bila su od velike pomoći prilikom oblikovanja i osmišljavanja Terrinih programa. Radilo se o vrijednim i inspirativnim susretima koji su djelatnike udruge Terra poticali da nastave unaprijediti programe za svoje korisnike i sebe.

U početku su nas naši doživljaji čak dovodili u nedoumicu je li je to „posao“ koji ćemo moći raditi. Nisu nas brinuli moralni aspekti ovih programa, već briga kako ćemo moći odgovoriti na sve izazove koji će biti postavljeni pred nas. Najteže je bilo pitanje hoćemo li ćemo moći biti svjedoci autodestrukcije mladih ljudi bez upadanja u zamku propovijedanja i da guranja naših korisnika tamo gdje tada nisu mogli stići. Iako smo imali zvanje liječnika, psihologa i diplome iz psihoterapije, nismo puno znali o problemu ovisnosti. Učili smo od svih, a naučili najviše od samih korisnika. Udruga Terra krenula je s programom zamjene igala (needle exchange). U početku se nismo usudili otvoriti Drop-in centar (dnevni boravak za korisnike droga) jer nismo imali ljudske resurse ni dovoljno znanja da krenemo s tim programom. Nakon nekoliko mjeseci osnažili smo ideju da napravimo Drop-in centar u kojem možemo u potpunosti oživotvoriti osnovne principe harm reduction pristupa. Prema njima se korisnikova odluka za uzimanjem droga prihvaća kao činjenica, ali to ne podrazumijeva kao odobravanje uzimanja droga.

Prema korisniku se treba odnositi sa dostojanstvom, a od korisnika se očekuje da će se ponašati „normalno” tj. prema zakonu. Prema tome, korisnik je odgovoran za svoje ponašanje.

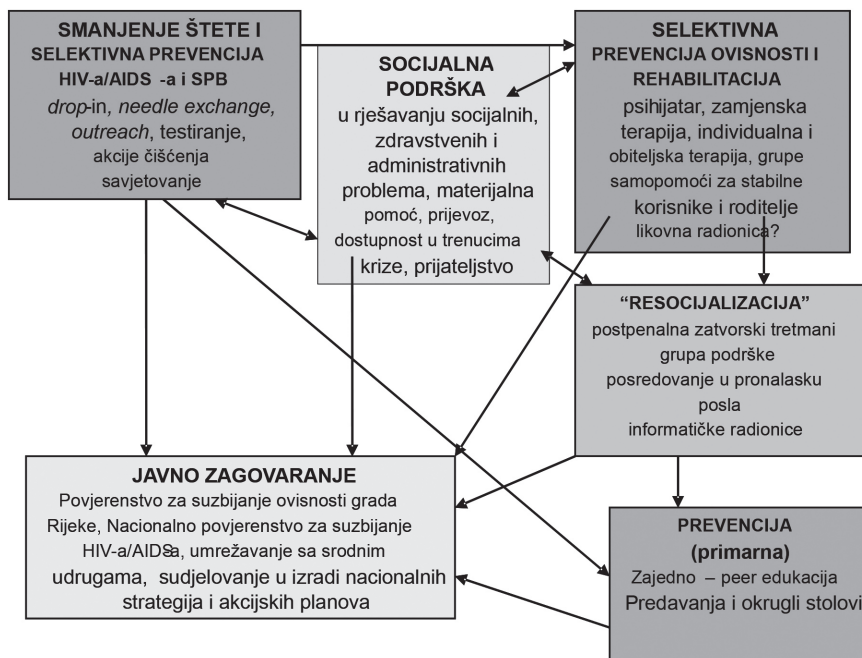
Harm reduction je neutralan prema dugoročnim ciljevima intervencije. To ne znači da eventualni cilj harm reduction pristupa ne bi mogao uključivati apstinenciju. Naprotiv, u mnogim slučajevima mjere harm reductiona predstavljaju ključni, prvi korak prema smanjenju, ako ne čak i prestajanju uzimanja droga. Odnoseći se prema korisniku s dostojanstvom a ne kao prema kriminalcu, programi harm reduction-a bili uspješni su u dovođenju ovisnika u programe liječenja.

Osnovni principi smanjenja štete svjetonazorski su nam bili vrlo bliski jer je većina stručnog tima Terre bila educirana u kibernetici i sistemskoj terapiji koja u svom pristupu koristi epistemološke postavke kibernetike drugog reda gdje su terapeut i klijent sukreatori terapijskih ishoda. Poštujući etički imperativ H. von Foerstera „Uvijek djeluj tako da povećavaš broj izbora”, pokušavali smo se osloboditi mnogih predrasuda, tabua, vjerovanja, ograničenja i teorija koje bi suzila izbore i nama terapeutima i našim klijentima. Bez obzira na edukaciju koju su imali djelatnici Terre (u početku govorimo o 2–3 djelatnika) i sve ono što smo napravili u ovih 15 godina, Drop-in je predstavljao i još uvijek predstavlja naš najveći izazov. Kroz ovo vrijeme promijenilo se puno toga. U početku su u njemu bili samo heroinski ovisnici, a kasnije, što zbog promjene na narko-tržištu, a što zbog novih usluga koje smo nudili (kupaonica, mogućnost pranja rublja, kuhanje obroka) i s povećanjem konzumacije alkohola među korisnicima, javljali su se i problemi sa susjedima i policijom. Danas je slika vrlo šarolika. Korisnici Terrinog Drop-in-a su heroinski ovisnici, ovisnici o alkoholu, psihijatrijski bolesnici. Sve je više marginaliziranih, isključenih i siromašnih ljudi. U početku našeg rada vrlo smo se često susretali sa smrću naših korisnika, a nakon perioda latencije od nekoliko godina nastupio je novi val. Proživljeno je puno tuge i patnje. Ponekad je doslovno trebalo moći udahnuti život u taj prostor. To je bio i jest najveći test naše ljudskosti, solidarnosti, suosjećanja i tolerancije.

„Osjetljivost pristupa u kojem se nastoji smanjiti šteta konzumacije droge bez rigidnih uvjeta apstinencije zahtijeva priličnu strpljivost i inventivnost kao i neprestanu brigu oko ljudi. Iako su principi smanjenja štete („susretni se s klijentom tamo gdje se on nalazi”) i Terrinog savjetovaništa (sistemski pristup prilagođen potrebama i kapacitetima klijenata) kompatibilni, program smanjenja štete specifičan je utoliko što njegova uspješnost ovisi o umijeću Terrinih djelatnika da pridobiju povjerenje ljudi direktno izloženih rizicima siromaštva, socijalne isključenosti, bolesti, predoziranja, nasilja, kriminala i represivnog aparata koji pritom često imaju minimalnu motivaciju da promijene svoje tegobne životne okolnosti te izbjegavaju kontakt s institucijama sustava.“ (Škrabalo, Škokić, 2008)

Jedna od osnivačica Terre, a kasnije djelatnica „Centra za prevenciju i iz-

vanbolničko liječenje ovisnosti Rijeka“ napisala je: „Ono što još predlaže kiber- netika psihoterapije jest tvrdnja da su naši pacijenti vrlo kompleksni i u svemiru jedinstveni i autentični pojedinci. Terapeuti bi se trebali osloboditi od toga da <izgore> u vlastitim potrebama i očekivanjima koja imaju naspram klijenta. Naši klijenti nisu došli u naše ordinacije da odgovaraju na potrebe terapeuta. Naši pacijenti nisu došli k nama da se uklape u naše teorije. Naši pacijenti došli su u naše ordinacije da bismo mi, kao stručnjaci i kompetentni pojedinci, bili u stanju olakšati njihove patnje i pronaći način kako im pomoći u procesu oz- dravljenja“ (Butković Anđelić, 2006).



Slika 2. Shematski prikaz međupovezanosti aktivnosti Terre

## I za kraj

Što je za mene Terra?

Pitam se ima li ovom uratku ljudi, čovjeka, mene? Kada razmišljam o udruzi Terra, ne vidim nikakve programe, nikakve projekte, ne razlikujem ih. Pred sobom imam stotine osobnosti koje su me mijenjale, imam slike, doživljaje, sjećanja, dijalo-ge koji još uvijek traju, imam imena ljudi s kojim sam razgovarala, sjedila, dotica- la se, životi nam se ispreplitali. Imam mirise, zvukove, pogrebe, vjenčanja, djecu. Imam smisao svog života, imam odnose. Programi kako god se zvali, bili preven- cija, rehabilitacija, resocijalizacija, nisu postojali ni u mojoj ni u njihovim glavama...



## Literatura

1. Butković Anđelić, Lidija (2006). *Pristup u radu s ovisnim osobama koji nudi kibernetika II reda. Tretiraj me kao osobu, ne kao dijagnozu*. Bilten za prevenciju ovisnosti i poremećaja u ponašanju djece i mladih, Rijeka, 2006.
2. Von Foerster, Heinz (1995), *Cybernetics of Cybernetics*, Second Edition, Minneapolis: Future Systems Inc., 523 S.
3. Škrabalo, M., Škokić, T. (2008.), *Terra – kratki pogled izvana; Izvještaj o evaluaciji Udruge Terra*; dostupno na [www.udrugaterra.hr](http://www.udrugaterra.hr)
4. Wodak, (1994) *The Harm Reduction Approach to Drug Control*, Princeton, N.J.: Woodrow Wilson School of Public and International Affairs
5. Zovko, Siniša (2011) *Utjecaj politike smanjenja šteta zlouporabe droga na promjenu zdravstvenog ponašanja intravenskih korisnika droga [Influence of harm reduction to intravenous drug users health behaviour changes]*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu
6. *Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe opojnih droga u Hrvatskoj* (2003) Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
7. *Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012.–2017* (studeni 2012.), Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ured za suzbijanje zlouporabe droga.
8. [www.health.gov.bc.ca/prevent/pdf/hrcommunityguide.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/prevent/pdf/hrcommunityguide.pdf). Pregledano 2. veljače 2016.
9. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20121130-risk-assessment-hiv-in-greece.pdf>. Pregledano 7. veljače 2016.
10. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>. Pregledano 7. veljače 2016.
11. [http://www.unicef.org/aids/files/idu\\_target\\_setting\\_guide.pdf](http://www.unicef.org/aids/files/idu_target_setting_guide.pdf) Pregledano 14. veljače 2016.

# 3

---

## ANALIZA POTREBA U PODRUČJU PREVENTIVNIH PROGRAMA, LIJEČENJA OD OVISNOSTI I RESOCIJALIZACIJE



# 3.1. PROCJENA STANJA I POTREBA U PODRUČJU PREVENTIVNIH PROGRAMA U REPUBLICI HRVATSKOJ

izv. prof. dr. sc. Valentina Kranželić,  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilište u Zagrebu  
izv. prof. dr. sc. Martina Ferić,  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilište u Zagrebu  
dr. sc. Dijana Jerković,  
Ured za suzbijanje zlouporabe droga, Vlada Republike Hrvatske

## Uvod

**G**ovoreći o analizi stanja i potreba preventivnih programa u Republici Hrvatskoj, potrebno je navesti kako ne postoji sustavna analiza i pregled provedenih preventivnih aktivnosti općenito pa tako ni onih u području prevencije ovisnosti (Bašić, 2009). Istovremeno postoji vrlo malo (često i nedostatnih) informacija o evaluiranim i učinkovitim pojedinačnim programima prevencije ovisnosti (Vugrinec i sur., 2012) što upućuje na potrebu provedbe sustavnih analiza i pregleda u ovom području.

Analiza stanja i potreba u području programa prevencije ovisnosti u RH za potrebe ovog teksta izrađena je na temelju dvaju ključnih elemenata. Prvo, pregledom literature prikupljene su i navedene značajke učinkovitih programa te su prikazani europski standardi za kvalitetnu prevenciju zlouporabe droga (engl. *European Drug Prevention Quality Standards – EDPQS*) (Brotherhood i Sumnall, 2011) koji su poslužili kao temelj za izradu procjene stanja programa prevencije ovisnosti u RH te za smjerove i načine unaprjeđenja postojećih programa. Drugo, analiza stanja i potreba preventivnih programa u području ovisnosti sadrži ključne rezultate i postignuća redovitih aktivnosti Ureda za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske, ali i dosad provedenih analiza stanja u okviru posebnog projekta Ureda i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Naime, u razdoblju od listopada 2013. do ožujka 2014. godine Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet i Ured provodili

su projekt „Unaprjeđenje kvalitete programa prevencije ovisnosti i programa rehabilitacije i resocijalizacije“ (u daljnjem tekstu: „Unaprjeđenje kvalitete“), a prikupljeni podaci predstavljaju osnovu za analizu stanja programa u području ovisnosti u Republici Hrvatskoj koja je prikazana u nastavku teksta.

Potrebno je spomenuti kako su ulaganja u unaprjeđenje kvalitete programa prevencije ovisnosti započela još krajem 2010. godine osmišljavanjem i kreiranjem Baze programa prevencije ovisnosti. Ova je Baza sastavni dio Baze programa u području smanjenja potražnje droga<sup>1</sup> u Republici Hrvatskoj koja sadrži područja prevencije, tretmana, resocijalizacije i programe smanjenja šteta (Vugrinec i sur., 2011). Neki su od ciljeva Baze programa prevencije ovisnosti prikupljanje informacija o svim preventivnim aktivnostima koje se poduzimaju, podizanje kvalitete programa prevencije ovisnosti, identificiranje primjera prakse utemeljene na dokazima učinkovitosti te njihovo širenje (Vugrinec i sur., 2011). Nadovezujući se na navedeno, a kako bi se osiguravala podrška provoditeljima programa u unaprjeđenju postojećih intervencija, organizirane su edukacije na temu planiranja i programiranja intervencija, povezani su kriteriji kvalitete s financiranjem programa te je provedena vanjska programska i financijska evaluacija. U ovom radu naglasak će biti upravo na vanjskom vrednovanju provedenom u okviru spomenutog projekta tijekom 2013./2014. godine za 27 programa odnosno 25 organizacija na području istočne Hrvatske, u Zagrebu i okolici, središnjoj Hrvatskoj te na području Istre, Primorja i južne Hrvatske.

Prije prikaza analize stanja i potreba programa prevencije ovisnosti navedene su neke značajke učinkovitih preventivnih programa. U kontekstu spomenutog projekta značajke učinkovitih programa procijenjene su u sljedećim ključnim elementima programa i provoditelja: sadržaj i metode, korištenje rezultata istraživanja, karakteristike učinkovitosti, ljudski potencijali i organizacijski kapaciteti provoditelja. Nakon toga prikazana je analiza preventivnih programa u odnosu na europske standarde za kvalitetnu prevenciju zlouporabe droga u trima ključnim područjima – razvoju, implementaciji i evaluaciji preventivnih programa. Na kraju teksta nalaze se sažeta razmatranja predstavljene analize stanja i potreba te smjernica za njihovo unaprjeđenje.

---

<sup>1</sup> Baza je dostupna na poveznici [www.programi.uredzadroge.hr](http://www.programi.uredzadroge.hr)

## 2. Značajke učinkovitih programa prevencije ovisnosti i Europski standardi za kvalitetnu prevenciju zlouporabe droga

### 2.1. Značajke učinkovitih programa prevencije ovisnosti

Već niz godina provode se istraživanja koja omogućuju dobivanje dokaza o značajkama i elementima programa koji doprinose učincima u području prevencije zlouporabe sredstava ovisnosti. Mnoge metaanalize i studije koje se bave evaluacijom programa prevencije ovisnosti identificiraju elemente koji programe čine učinkovitim, a koje opisuju strukturu i sadržaj programa te proces razvoja i implementacije intervencije (Tobler i sur., 2000; Gottfredson, Wilson, 2003 prema Sloboda i sur., 2009; Cuijpers, 2002; Faggiano i sur., 2005; Faggiano i sur., 2008). Autorice Kranželić, Ferić Šlehan i Jerković (2013) temeljem pregleda literature i dostupnih dokaza navode sljedeće karakteristike učinkovitosti po područjima:

U području **strukture programa** učinkovitim se navodi postavljanje programa na rizičnim i zaštitnim čimbenicima, sveobuhvatnost, intenzitet i trajanje programa, teorijsko utemeljenje, evaluacija programa (proces i ishod/učinak) i lekcije za podržavanje (engl. booster-sessions).

U području **sadržaja programa** prevencije ovisnosti učinkovito je usmjerenje na normativna uvjerenja, socijalne i životne vještine, sveobuhvatne socijalne utjecaje, strategije kritičkog razmišljanja, pozitivne odnose te informacije/znanja o učincima i posljedicama konzumiranja droga. Neki izvori (primjerice UNODC, 2015) ističu kako je ključno kombinirati navedene elemente, s obzirom na to da se njihovo zasebno korištenje ne pokazuje uvijek učinkovitim, već ponekad i neučinkovitim, a moguće i štetnim.

U području **procesa razvoja i implementacije programa** dokazi učinkovitosti postoje za vršnjačku komponentu programa, povezanost sa zajednicom, interaktivne metode poučavanja, educirane izvoditelje/provoditelje, vremensku prikladnost (uključivanje u preventivni program prije nego se problem pojavi i/ili postane vrlo ozbiljan problem, razvojnu prikladnost programa ciljanoj populaciji korisnika) i vjernost implementacije.

U okviru projekta „Unaprjeđenje kvalitete“ programi su procijenjeni u nekoliko područja: sadržaj i metode, korištenje rezultata istraživanja, karakteristike učinkovitosti te ljudski i organizacijski potencijali. Rezultati procjene nalaze se u prikazu koji slijedi.

	<b>Područja kvalitete programa</b> prema načelima i značajkama učinkovitih programa	<b>Područja unaprjeđenja programa</b> u skladu s načelima i značajkama učinkovitih programa
<b>Sadržaj i metode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intuitivno i teorijski utemeljeno planiranje aktivnosti;</li> <li>- raznovrsne metode učenja;</li> <li>- promjene sadržaja i metoda u skladu s rezultatima evaluacije</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aktivnosti temeljiti na istraživanjima rizičnih i zaštitnih čimbenika te karakteristikama učinkovitih programa;</li> <li>- intervencijska logika – zašto će baš te aktivnosti dovesti do postavljenih ciljeva;</li> <li>- opisati intervenciju – što je intervencija (koji sadržaji i metode se koriste, pripreme radionica/direktnog rada s korisnicima);</li> <li>- koristiti učinkovit sadržaj i proces – izvori: EMCDDA Best Practice Portal, UNODC International standards</li> </ul>
<b>Korištenje rezultata istraživanja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- koriste se relevantni izvori podataka (ESPAD, HBSC i dr.) koji su značajni no ponekad nedovoljno specifični</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- provoditi vlastita istraživanja (npr. specifičnosti populacije na koju ciljaju, specifičnosti zajednice i sl.);</li> </ul>
<b>Karakteristike učinkovitosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pozitivni odnosi,</li> <li>- sveobuhvatnost,</li> <li>- prava populacija u pravo vrijeme i na pravom mjestu (postoji, ali potrebno je opisati),</li> <li>- evaluacija procesa (potrebno veće korištenje rezultata),</li> <li>- osiguranje učinkovite implementacije (uvjeti za primjenu programa),</li> <li>- programi izvedeni prema planu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- teorijska podloga programa – na kojim rizičnim i zaštitnim čimbenicima se temelji program, tko su korisnici i koje su njihove značajke;</li> <li>- SMART ili MUDRO postavljanje ciljeva – ciljevi definirani iz pozicije korisnika (što će za korisnika biti bolje nakon programa);</li> <li>- obuhvat korisnika – kako se dolazi do korisnika i osigurava zadržavanje u programu te kako se osigurava participacija korisnika;</li> <li>- evaluacija učinka (ostvarenja ciljeva) često planirana, ali nije izvedena po planu;</li> <li>- praćenje implementacije (je li izvedeno prema planu, odstupanja i razlozi)</li> </ul>
<b>Ljudski potencijali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- entuzijazam, energija, usmjerenost na pozitivno, uvjerenja o vrijednosti ulaganja u prevenciju i potencijale korisnika;</li> <li>- socijalne, komunikacijske i organizacijske vještine,</li> <li>- temeljno obrazovanje (kovođenje, dodatne edukacije),</li> <li>- vršnjačka supervizija,</li> <li>- interes volontera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- osiguravati stabilnost ljudskih potencijala zapošljavanjem (pitanje financiranja);</li> <li>- organizirati i provoditi specifične edukacije za provođenje programa; edukacije i menadžment volontera (ugovori, volonterska knjižica, praćenje volontiranja);</li> <li>- vanjska supervizija i organizirana vršnjačka intervizija;</li> <li>- ulaganje u specifične edukacije (prema procjeni snaga i slabosti organizacije)</li> </ul>
<b>Organizacijski potencijali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- suradnja s institucijama i organizacijama u zajednici, prisutnost u zajednici (organizacija-brand),</li> <li>- održivost organizacije,</li> <li>- širenje informacija o programu i aktivnosti udruge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- osiguravanje financiranja;</li> <li>- osiguravanje održivosti programa (u odnosu na rezultate evaluacije);</li> <li>- procedure, propisi i procesi – „opisani i potpisani“;</li> <li>- „sidrenje“ programa u šire inicijative;</li> <li>- umrežavanje s drugim provoditeljima</li> </ul>

*Prikaz 1. Područja kvalitete programa i područja unaprjeđenja programa prevencije ovisnosti prema značajkama učinkovitosti*

Iz prethodnog prikaza mogu se uočiti vrlo snažne točke kvalitete procjenjivanih programa i one sigurno mogu poslužiti kao polazište unaprjeđenja koja su nužna u području karakteristike učinkovitosti, osobito u značajkama razvoja programa – u postavljanju ciljeva, intervencijskoj logici, logičkoj matrici programa, sadržaju i metodama za postizanje postavljenih ciljeva te evaluaciji ishoda/učinka.

## 2.2. Europski standardi za kvalitetnu prevenciju zlouporabe droga

U „Europskom izvješću o drogama“ 2015. (EMCDDA, 2015) jasno stoji kako je prevencija uporabe droga i problema povezanih s drogama među mladima ključan cilj politike i jedan od stupova „Europske strategije o drogama“ za 2013.–2020. Isti izvor navodi kako se tijekom proteklog desetljeća povećala dostupnost standarda kvalitete kojima je moguće pružiti potporu u provođenju intervencija i najbolje prakse (primjerice: „Međunarodni standardi prevencije uporabe droga“ (UNODC, 2015); „Minimalni standardi kvalitete u području smanjenja potražnje droga u EU“ (Council of the European Union, 2015), EMCDDA - *Best Practice in Drug Interventions* ([www.emcdda.europa.eu/best-practice](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice), preuzeto 11. siječnja 2016.); „Europski standardi za kvalitetnu prevenciju zlouporabe droga“ – EDPQS (Brotherhood i Sumnall, 2011); „Školski programi prevencije ovisnosti“ (UNODC, 2004)).

Vrijedan primjer sveobuhvatnog ulaganja u razvoj standarda kvalitete je projekt „Europski standardi za kvalitetnu prevenciju zlouporabe droga“ – EDPQS iz kojeg je proizišao i niz alata za potporu provedbe standarda. Navedeni projekt provodilo je Partnerstvo za standarde prevencije u okviru multidisciplinarnе i multisektorske suradnje sedam europskih organizacija na čelu s Centrom za javno zdravstvo liverpoolskog sveučilišta John Moores, UK uz podršku Europskog centra za praćenje droga i ovisnosti o drogama (eng. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* - EMCDDA) (više na: <http://prevention-standards.eu/resources/>, preuzeto 11. siječnja 2016.). Cilj projekta bilo je poboljšanje europske politike i prakse prevencije zlouporabe droga razvijanjem zajedničkog referentnog okvira preventivnih aktivnosti. Očekuje se da će implementirani standardi kvalitete unaprijediti postojeću preventivnu praksu te smanjiti vjerojatnost provedbe intervencija bez učinka ili onih s negativnim posljedicama. Europski standardi prate sve faze projektnog ciklusa i razvoja, implementacije i evaluacije programa (Prikaz 2.) te su organizirani na dvjema razinama – osnovnoj i stručnoj (Brotherhood i Sumnall, 2011).



**Prikaz 2.** Faze projektnog ciklusa prema kojima su organizirani Europski standardi za kvalitetnu prevenciju zlouporabe droga (Brotherhood i Sumnall, 2011)

**Unakrsna razmatranja:** Održivost i financiranje, Komunikacija i uključenost dionika, Osposobljavanje djelatnika i Etika u prevenciji ovisnosti (standardi u ovim područjima relevantni su za sve faze projekta)

1. faza projekta: **Procjena potreba**
2. faza projekta: **Procjena sredstava**
3. faza projekta: **Formulacija programa**
4. faza projekta: **Projektiranje intervencije**
5. faza projekta: **Upravljanje i mobilizacija sredstava**
6. faza projekta: **Provedba i praćenje**
7. faza projekta: **Konačne evaluacije**
8. faza projekta: **Širenje i unaprjeđenje**

Slijedi analiza stanja i potreba programa uključenih u projekt „Unaprjeđenja kvalitete“ prema „Europskim standardima“ (EDPQS) u trima područjima: (1) razvoju učinkovitih programa, (2) implementaciji programa i (3) evaluaciji programa prevencije ovisnosti.

## 2.2.1. Razvoj učinkovitih programa prevencije ovisnosti

Razvoj učinkovitih programa obuhvaća standarde kvalitete u prvih pet faza projekta: Procjena potreba, Procjena sredstava, Formulacija programa, Projektiranje intervencije, te Upravljanje i mobilizacija sredstava. U navedenim projektnim fazama program se razvija na temelju procjene potreba ali i znanstveno-istraživačkih dokaza o teorijskim osnovama učinkovitih preventivnih intervencija te značajkama učinkovitih programa u tom području (Kranželić, Ferić Šlehan i Jerković, 2013).

U području **procjene potreba** unaprjeđenje bi se moglo usmjeriti prema većem korištenju recentnih podataka i posebno onih podataka koji su relevantni za program u fazi izrade. Također, vidljiva je i potreba formaliziranja standarda i smjernica preventivnih programa na nacionalnoj razini, kao i poticanje njihovog implementiranja. Rijetko se mogu naći primjeri procjene već postojećih programa ili se one rade neformalno. Ipak, vrijedno bi ih bilo formalizirati u obliku procjene nedovoljno pokrivenih prostora za djelovanje u zajednici. Nadalje, programe je moguće unaprijediti u smjeru osmišljavanja i provođenja vlastitih istraživanja kojima će se prikupiti podaci od ciljane populacije i time stvoriti empirijski utemeljena slika potencijalnih sudionika za koje je potom moguće kreirati intervenciju koja će u većoj mjeri odgovoriti na njihove potrebe.

U okviru **procjene sredstava** u programima često nedostaje opis kako će se doći do sudionika, posebno u situacijama kada se programskim aktivnostima cilja na skupine u visokom riziku koje su često nemotivirane za dobrovoljno sudjelovanje. U programima bi dobro bilo imati opisane procedure za motiviranje potencijalnih korisnika za sudjelovanje te za njihovo zadržavanje u programu. U okviru **projektiranja intervencije** područje definiranja intervencijske logike postavljanjem općeg i specifičnih ciljeva te očekivanih rezultata predstavlja jedan od najvećih izazova promatranih preventivnih programa – posebno oblikovanje ciljeva koji će govoriti o dobitima za korisnike, a ne o poduzetim aktivnostima provoditelja programa. Osim navedene logike intervencije vrlo je važno, a nije uvijek i uvaženo, postaviti ciljeve koji će biti relevantni za sudionike programa i za područje prevencije ovisnosti što je potrebno argumentirati dostupnim istraživačkim i teorijskim spoznajama. U argumentaciji **formulacije programa** vrlo često nedostaje pozivanje na dokaze učinkovitosti iako su oni dostupni u vrlo pristupačnim publikacijama (primjerice „Međunarodni standardi prevencije uporabe droga“ (UNODC, 2015)). Navedeno ukazuje na potrebu za daljnjim unaprjeđenjem znanja i kompetencija stručnjaka u ovom području. Kada se govori o **upravljanju projektom i mobilizaciji sredstava**, potrebe za unaprjeđenjem procijenjene su u svim standardima u ovoj skupini – od pisanja plana programa preko osnivanja timova, obuhvata i zadržavanja korisnika u programu i prilagodbe programa korisnicima sve do planiranja evaluacije.

## 2.2.2. Implementacija programa prevencije ovisnosti

U skladu s prikazanim standardima kvalitete po fazama projekta, proces implementacije prikazan je kroz faze (6) Provedba i praćenje te (8) Širenje i unaprjeđenje. Osim navedenog implementaciju programa moguće je procijeniti i analizom Unakrsnih razmatranja, posebno područja koje se odnosi na Edukaciju provoditelja/izvoditelja programa.

Proces implementacije i njegov učinak na kvalitetu programa istaknut je u „Europskim standardima“ ali i u drugim dokumentima/publikacijama. Robertson, David i Rao (2003) navode da se implementacija programa odnosi na način provedbe (uključujući broj susreta/radionica), metode koje se koriste i praćenje programa. Isto tako navode kako je način implementacije programa važan čimbenik koji utječe na učinkovitost programa bez obzira na to je li riječ o adaptaciji programa i/ili implementaciji. Durlak i DuPre (2008) napravili su metaanalizu 500 studija s ciljem utvrđivanja kako implementacija programa utječe na ishode programa. Rezultati potvrđuju da razina implementacije programa utječe na ishode preventivnih programa. Osobito su naglašeni čimbenici koji se odnose na zajednicu u kojoj se program provodi, načine provedbe

(organizacijsko funkcioniranje) te osiguravanje sustava podrške poput edukacije provoditelja i tehničke podrške. Pri evaluaciji implementacije preventivnih programa važno je usredotočiti se na tri područja (Potter, Watts, i Preslar, 2002, prema Duerdan i Witt, 2012): razumijevanje teorijske osnove programa (u kojoj mjeri provoditelji i izvoditelji programa razumiju teorijske osnove programa i kako njihova operacionalizacija utječe na učinkovitost programa); sustav implementacije (djelovanje programa, odnosno ključne komponente programa i kako su one međusobno povezane) te praćenje programa.

Rezultati vanjskog vrednovanja programa koje je provedeno u okviru projekta „Unaprjeđenje kvalitete“, a koji se odnose na kvalitetu implementacije programa, odnose se na provedbu projekta i praćenje, edukaciju provoditelja programa i širi kontekst okruženja u kojima su programi implementirani.

### **Provedba i praćenje**

Prilikom primjene programa potrebno je uravnotežiti dva aspekta: vjernost implementacije te fleksibilnost u prilagodbi programa okolnostima i sudionici-ma. U skladu s tim, prilikom prve primjene programa preporučuje se provedba pilot-intervencije, s obzirom na to da nju prati intenzivna evaluacija temeljem koje se intervencije unaprjeđuju za širenje. Pilot-intervenciju potrebno je ograničiti na manji broj sudionika i provesti je u kontroliranim uvjetima (na manjem broju lokacija). U promatranim programima nije korišten navedeni standard jer se nije radilo o pilot-intervencijama, već o programima koji se provode niz godina. Iako to nisu bile nove intervencije, postavlja se pitanje je li ova faza uopće provedena kada se intervencija prvi puta primjenjivala. Ovaj standard rijetko je uvažen i potrebno ga je značajno unaprijediti.

S obzirom na to da je način provedbe intervencije važan za vjernu implementaciju, potrebno je opisati plan aktivnosti. U promatranim programima prisutni su planovi aktivnosti, no one su rijetko detaljno opisane. Također, nedostaju jasni ciljevi i opis metoda rada kojima će se ciljevi postići. Nadalje, razvoj materijala za provođenje programa (npr. priručnika) kao i materijala za edukaciju izvoditelja programa od izuzetne je važnosti za vjernu implementaciju i održivost programa. U promatranim programima u ovom području postoji prostor za unaprjeđenje.

Praćenje provedbe programa drugi je važan standard povezan s implementacijom programa. Dokumentiranje procesa provedbe važno je kako bi se utvrdilo je li intervencija izvedena po planu, odnosno koliko je bilo odstupanja ili prilagodbi programa te kako se one mogu obrazložiti. U promatranim programima postoje primjeri izuzetno detaljnog, opsežnog i kvalitetnog prikupljanja informacija o provedbi programa, no ima i onih gdje ne postoji dokumentacija o provedbi

projekta (osim popisa sudionika, a ponekad ni to). Ovaj standard zahtjeva značajnije unaprjeđenje razvijanjem i primjenom obrazaca za monitoring/praćenje intervencije, a kako bi se aktivnosti dokumentirale i imale priliku unaprijediti.

### **Edukacija provoditelja/izvoditelja programa**

Osposobljavanje djelatnika odnosi se na tri aspekta funkcioniranja ljudskih potencijala u programu: edukacije djelatnika u osnovnim kompetencijama, kontinuirani razvoj djelatnika te supervizije (stručne i emocionalne potpore). Kako bi se navedeni aspekti ostvarili, potrebno je procijeniti potrebe djelatnika u području znanja, vještina i kompetencija, temeljem kojih se stvara plan edukacija, razvoja i supervizije. Iz razgovora s djelatnicima u programu moguće je zaključiti kako se edukacija i supervizija doživljavaju podrškom, nagradom i motivirajućim čimbenikom za zadržavanje u programu. Djelatnicima je potrebno dati mogućnost samoevaluacije vlastitog rada (prije nego što se upotrijebi vanjska evaluacija djelatnika), a zatim u procesima edukacije i supervizije nadograđivati u područjima koja su samoprocijenjena kao područja za unaprjeđenje. U vrednovanim programima jasno je vidljiva namjera zapošljavanja kompetentnih djelatnika. Ipak, potrebno je jasnije definirati kriterije koji opisuju „ključne kompetencije za rad u prevenciji“, s obzirom na to da isti još uvijek nisu sasvim poznati, razumljivi ni usuglašeni među djelatnicima i/ili voditeljima organizacija koje provode preventivne programe. Također, vidljiva je manja usmjerenost na superviziju odnosno stručnu i emocionalnu podršku djelatnicima u programu, što zasigurno predstavlja područje za unaprjeđenje – korištenje vanjske supervizije, ali i drugih oblika potpore kao što je intervizija, ili tzv. vršnjačka supervizija koja ne mora iziskivati dodatne financijske resurse.

### **Šire okruženje u koje je program implementiran**

Kako bi se program uspješno implementirao u određeno okruženje, potrebno je za to pripremiti okruženje. Vidljivi su primjeri dobre suradnje vanjskih dionika s organizacijama koje provode programe, međutim moguće je naići i na drugačije primjere. Situacije su to u kojima neke komponente programa nisu izvedene (ili nisu dovoljno vjerno izvedene) zbog nedovoljne procjene resursa okruženja u koje je program implementiran (npr. ljudski resursi (kompetencije) i/ili tehnički resursi) ili zbog nedostatne motivacije i predanosti vanjskih dionika. Prilikom odabira programa za implementaciju važno je da on zadovoljava potrebe tog okruženja počevši od strukture (kako je program operacionaliziran) do sadržaja (strategija koje se koriste u programu programa) i načina provođenja (kako je adaptiran, implementiran, evaluiran). Ulaganje u stvaranje uvjeta za vjernu implementaciju programa od iznimne je važnosti i u to je područje potrebno dodatno ulagati.

Način implementacije programa važan je korak u razvoju svakog programa. Treba mu posvetiti dovoljno vremena i jasno ga povezati s ostalim fazama razvoja programa. Osim što načini implementacije programa direktno utječu na ishode programa, praćenje implementacije daje važne informacije o različitim aspektima programa i njihovom doprinosu učinkovitosti programa. Isto tako, daje mogućnost relativno brze adaptacije određenih segmenta programa ako je to potrebno.

### **2.2.3. Evaluacija preventivnih programa ovisnosti**

Područje evaluacije programa prevencije obuhvaćeno je standardima kvalitete u 5. fazi projekta Projektiranje intervencije i 7. fazi projekta Konačne evaluacije. Nakon što je završena provedba intervencije, vrijeme je za završne postupke evaluacije kako bi se izveli zaključci o procesu primjene i o učincima programa. Za ovu fazu potrebno je isplanirati resurse koji će biti dostatni za prikupljanje podataka i dokaza o ostvarenosti ciljeva i dobiti za sudionike.

Evaluacija učinka izvodi se u odnosu na ciljeve i evaluacijske pokazatelje (indikatore), dok se evaluacija procesa provodi s ciljem utvrđivanja obuhvata korisnika, njihovog zadovoljstva programom, vjernosti primjene intervencije i eventualnih odstupanja i/ili adaptacija programa.

Kada se govori o evaluaciji programa uključenih u spomenuti projekt „Unaprjeđenja kvalitete“ područje evaluacije učinka programa zahtijeva najveće unaprjeđenje. Analize programa pokazuju kako je u većini programa planirana evaluacija učinka, no ona je rijetko provedena kako je planirana. Vidljiv je i nedostatak znanja pri planiranju procesa evaluacije. Poteškoće proizlaze i iz toga što ciljevi programa često nisu postavljeni iz perspektive korisnika te stoga nisu jasno povezani s metodama u programu. Drugim riječima, u promatranim programima nerijetko nedostaje logička matrica programa. Logička matrica svojevrсна je „teorija akcije“ i važna je kako bi se povezali svi elementi programa. Ona povezuje „teoriju problema“ s „teorijom rješenja“. Logička matrica počinje ciljevima (napisanim iz perspektive korisnika nakon identifikacije problema i procjene potreba) koji se žele postići i radi se unatrag kako bi se razvila strategija/program koji će polučiti željene ciljeve/ishode. Kreiranje logičke matrice posebice pomaže u postavljanju evaluacije učinkovitosti jer taj proces transparentno identificira željene ishode i metode kojima ih je moguće postići.

U analiziranim programima vidljivo je da se evaluacija procesa i evaluacija ishoda/učinka često miješaju sa zadovoljstvom korisnika. Zadovoljstvo korisnika programom i korisnikova prihvaćenost programa malo govore o učincima programa. Za zaključak o učincima programa potrebno je prikupiti kvalitativne i kvantitativne podatke, obraditi ih prikladnim metodama te izvesti smislene i

korisne zaključke koji će se upotrijebiti za razvoj programa. Osim ishoda/učinka potrebno je planirati i evaluaciju procesa koja govori o procesu provedbe programa, zadovoljstvu korisnika i samoprocjeni dobiti korisnika. U ovoj fazi važno je definirati pokazatelje, vrstu evaluacije te plan istraživanja. Vrednovani programi rijetko planiraju evaluaciju u ovoj fazi programa što predstavlja nedostatak za provedbu evaluacije prije i tijekom programa. Evaluacija je u programima često shvaćena kao aktivnost koja se provodi na kraju provođenja programa kako bi se zaključilo o programu, no tada su dometi zaključivanja vrlo ograničeni. Stoga je potrebno unaprijediti planiranje evaluacije te povezati znanja o planiranju evaluacije sa znanjima o postavljanju ciljeva jer se radi o procesima koji se logično nastavljaju i koji su međusobno ovisni.

### **3. Zaključno o analizi stanja i smjernicama za daljnji razvoj programa prevencije ovisnosti**

Na temelju navedenog i rezultata vanjskog programskog vrednovanja programa u području prevencije ovisnosti u Republici Hrvatskoj, o stanju i potrebama u području programa prevencije ovisnosti moguće je zaključiti sljedeće:

#### **Razvoj programa prevencije ovisnosti**

Analizom programa prevencije ovisnosti izdvojene su ključne točke stanja preventivnih programa koje ukazuju na potrebna poboljšanja u korištenju podataka istraživanja te provođenju vlastitih istraživanja u svrhu procjene potreba i postignutih ishoda programa. Iskustvo preventivnih programa na našim područjima govori o potrebi međusobnog usklađivanja preventivnih intervencija u zajednicama, odnosno o potrebi procjene „pokrivenih“ potreba i onoga što je „nepokriveno“ kako bi se odgovorilo na nerijetko kompleksne potrebe krajnjih korisnika. Jedno od važnih područja za unaprjeđenje tiče se obuhvata i procjene potreba korisnika što se temelji na stvarnom poznavanju i razumijevanju populacija korisnika. Postavljanje intervencijske logike i logičkog modela programa na temelju sveobuhvatne procjene potreba preduvjet je kvalitetne implementacije i pozitivnih ishoda programa, stoga je ovom standardu nužno posvetiti pažnju u prvim koracima unaprjeđenja programa.

#### **Implementacija programa prevencije ovisnosti**

Analiza programa implementiranih u području prevencije ovisnosti ukazuje na potrebu za strukturiranim praćenjem implementacije programa i korištenjem dobivenih podataka za unaprjeđenje programa. U promatranim progra-

mima stanje u ovom prostoru je različito, od praćenja velikog broja podataka do nedostatnog praćenja procesa implementacije. Upravo zato je potreban razvoj protokola za praćenje programa koji bi davali valjane podatke o procesu implementacije. Isto tako, potrebno je unaprijediti praksu primjene pilot-programa, neovisno o tome radi li se o novorazvijenim ili o preuzetim (adaptiranim) programima. I na kraju, potrebno je veće ulaganje u pripremu okruženja u koje se program implementira (npr. škole, zajednica), odnosno u razvoj partnerstava s važnim dionicima za provedbu programa.

### **Evaluacija programa prevencije ovisnosti**

Na osnovi analize programa koji se provode u području prevencije ovisnosti vidljivo je kako je tijekom razvoja programa potrebno ulagati dodatne napore u područje postavljanja evaluacije ishoda/učinka i evaluacije procesa. Evaluacija programa usko je povezana sa svim koracima razvoja programa: od teorijske osnove, postavljanja ciljeva, određivanje metoda i aktivnosti te načina njihove provedbe, stoga ju je važno planirati od samog početka razvoja programa.

## **4. Zaključna razmatranja**

Sve navedene smjernice ukazuju na potrebu za dodatnim ulaganjem u kompetencije stručnjaka koji rade na području prevencije i razvoja preventivnih programa. O području „kompetencija za rad u prevencijskoj praksi“ postoje relevantni međunarodni izvori, a i noviji projekti i inicijative koje se bave definiranjem ovog prostora na europskoj razini (npr. SPAN projekt, inicijativa adaptacije i implementacije Univerzalnog preventivnog kurikulumuma (UPC)) pridonijet će jasnijoj slici koja će se potom moći implementirati na nacionalnu i lokalnu razinu. U edukaciji stručnjaka naglasak bi trebao biti na pisanim standardima znanja, vještina i kompetencija potrebnih za rad na razvoju programa te strategijama njihovog razvoja. Na ovom području preporučljivo bi bilo uspostavljanje i održavanje trajnih i sustavnih edukacija o teorijskim modelima prevencijske znanosti koje bi za uvjet polaznja postavljale različite razine ulaznih kompetencija i izlaznih ishoda učenja koji bi bili priznati i putem uspostavljenih standarda prevencije, moguće i za različite resore, na nacionalnoj razini. Primjer takvog ulaganja u razvoj prevencije ovisnosti jest izrada standarda programa prevencije ovisnosti za odgojno-obrazovni sustav (Agencija za odgoj i obrazovanje u suradnji s Uredom za suzbijanje zlouporabe droga i vanjskim stručnjacima u području) u okviru kojih će biti postavljeni temelji za kvalitetnu prevenciju ovisnosti unutar odgojno-obrazovanog sustava. Pri tom

će se propisati pripadajući preduvjeti u obliku organizacijskih kapaciteta, ali i profila stručnjaka koji će razvijati i provoditi programe prevencije ovisnosti u predškolskim ustanovama te u osnovnim i srednjim školama.

Važno ulaganje u unapređenje kvalitete programa prevencije ovisnosti predstavlja i nastavak razvoja spomenute Baze programa prevencije ovisnosti. Naime, Akcijski plan suzbijanja zlouporabe droga za razdoblje od 2015. do 2017. godine predviđa osnivanje Povjerenstva za procjenu kvalitete projekata koje bi dva puta godišnje, a po potrebi i češće, procjenjivalo kvalitetu projekata unesenih u Bazu. Povjerenstvo će biti sačinjeno od istaknutih znanstvenika i stručnjaka u području prevencije ovisnosti te predstavnika relevantnih državnih i javnih tijela. Procjena kvalitete temeljit će se na EDDRA (eng. *Exchange on Drug Demand Reduction Action*) kriterijima Europskog centra za praćenje droga i ovisnosti o drogama (Dostupno na: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples/quality-levels>, preuzeto 29. siječnja 2016.) uz uvažavanje relevantnih europskih i međunarodnih standarda. Temeljem navedenih procjena, intervencijama koje zadovoljavaju 1., 2. ili 3. EDDRA stupanj dodjeljivat će se certifikati kvalitete. S druge strane, za intervencije koje ne zadovoljavaju spomenute kriterije izradit će se preporuke za njihovo unapređenje.

I na kraju, no ne i manje važno, uvažavanje etičkih principa u prevenciji ovisnosti predstavlja nezaobilazan zahtjev kojem treba udovoljiti ako se preventivni programi žele provoditi na znanstveno utemeljen i učinkovit način. S obzirom na suvremene znanstvene spoznaje o mogućem štetnom utjecaju preventivnih programa (Werch i Owen, 2002) ako se ne provode u skladu sa suvremenim spoznajama prevencijske znanosti, etička prevencija ovisnosti postaje vrlo važan sastavni dio svih faza razvoja i implementacije preventivnih programa (Brotherhood i Sumnall, 2011). Ovaj zahtjev još jednom pažnju usmjerava na važnost edukacije provoditelja/izvoditelja programa s ciljem stjecanja znanja, vještina i kompetencija za kvalitetnu prevenciju ovisnosti što edukaciju postavlja kao jednu od ključnih smjernica za unapređenje njene kvalitete.



## 5. Literatura

1. Akcijski plan suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2015. do 2017. godine. Vlada Republike Hrvatske, 2. travnja 2015.
2. Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije: Prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb: Školska knjiga.
3. Brotherhood, A., Sumnall, H. R. (2011). *European Drug Prevention Quality Standards. A Manual for Prevention Professionals*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
4. Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive Behavior*, 27 (6), 1009–1023.
5. Council of the European Union (2015). *Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union*. DS 10371/1/15 REV 1.
6. Duerden, M. D., Witt, P. A. (2012). Assessing Program Implementation: What It Is, Why It's Important, and How to Do It. *Journal of Extension*, 50 (1), 1–8.
7. Durlak, A., DuPre, E. P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation, *American Journal of Community Psychology*, 41 (3), 327–350.
8. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2015). *Europsko izvješće o drogama – trendovi i razvoj*. Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Luxembourg: Ured za publikacije Europske unije (HR prijevod).
9. Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., and Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46 (5), 385–96.
10. Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., and Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD003020.
11. Kranželić, V., Ferić Šlehan, M., Jerković, D. (2013). Prevention science as a base for substance abuse prevention planning – Lessons learned for improving the prevention. *Kriminologija i socijalna integracija*, 21 (2), 61–75.
12. Robertson, E. R., David, S. L. i Rao, S. A. (2003). *Prevention Drug Abuse among Children and Adolescent: A Research –based Guide for Parents, Educators and Community Leaders* (2<sup>nd</sup> Ed.) NIH Pub. No. 04-4212(A). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

13. Sloboda, Z., Stephens, P., Pyakueyal, A., Teasdale, B., Stephens, R. C., Hawthorne, R. D., Marquette, J., and Williams, J. E. (2009). Implementation fidelity: the experience of the Adolescent Substance Abuse Prevention Study. *Health Education Research*, 24 (3), 394–406.
14. Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., and Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 30, 275–336.
15. UNODC (2004). SCHOOLS School-based education for drug abuse prevention. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
16. UNODC (2015). International Standards on Drug Use Prevention. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
17. Vugrinec, L., Jerković, D., Pejak, M., Markus, M., Ivandić-Zimić, J., Mikulić, S., Vukičević, N., Andreić, J. (2011). *Croatian Report on Drugs Situation (2010 data) to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Zagreb: Office for Combating Drugs Abuse of the Government of the Republic of Croatia.
18. Vugrinec, L., Jerković, D., Markelić, M., Markus, M., Ivandić-Zimić, J., Mikulić, S., Vukičević, N. (2012). *National report (2011 data) to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Zagreb: Office for Combating Drugs Abuse of the Government of the Republic of Croatia.
19. Werch C. E, Owen D. M (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (5), 581–590.

## Internetski izvori

[www.programi.uredzadroge.hr](http://www.programi.uredzadroge.hr), preuzeto 10. siječnja 2016.

[www.emcdda.europa.eu/best-practice](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice), preuzeto 11. siječnja 2016.

<http://prevention-standards.eu/resources/>, preuzeto 11. siječnja 2016.

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples/quality-levels>, preuzeto 29. siječnja 2016.



## 3.2. ISPITIVANJE RESOCIJALIZACIJSKIH POTREBA OVISNIKA S PODRUČJA PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE

Džejn Kazančić Kovačević, psiholog  
Ured za Probaciju Rijeka, Ministarstvo pravosuđa Republike Hrvatske  
Sanja Filipović, psiholog  
predsjednica Udruge VIDA  
Dr. sc. Ljiljana Kordić, psiholog  
izvršna direktorica Udruge VIDA  
Snježana Božić, psiholog  
Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije

### Sažetak

U istraživanju je sudjelovalo 54 ovisnika s područja Primorsko-goranske županije, 43 muškarca i 11 žena. Prevladavaju oni između 25 i 44 godine (87,03%). Najveći broj ima završeno srednjoškolsko trogodišnje obrazovanje. Nešto manje od polovice živi u braku, a trećina njih su i roditelji. Uzorak je približan populacijskoj demografskoj strukturi ovisnika o opijatima. Skalama procjena od pet stupnjeva mjerena je učestalost potreba za uslugama i učestalost dobivanja tih usluga. Sve ispitane usluge s područja su zdravstvenih, psihosocijalnih i ekonomskih potreba ovisnika tijekom procesa resocijalizacije. Rezultati ukazuju na općenitu nerazvijenost resocijalizacijskih potreba. Najviše se javljaju potrebe za uslugama primarne zdravstvene zaštite i za terapijom lijekovima.

**Ključne riječi:** ovisnici, resocijalizacija, potrebe, Primorsko-goranska županija

### Uvod

U dokumentu „Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu” ističe se kako je cilj smjernica „standardizacija usluga unutar sustava tretmana i poboljšavanje glavnih

ishoda tretmana osoba, koje zlorabe opojne droge, a to su uspostava i održavanje apstinencije, povećanje suradljivosti i pojačavanje učinkovitosti farmakoterapije, smanjenje učestalosti relapsa, retencija u tretmanu, promjena stila života, poboljšanje kvalitete života i prihvaćanje produktivnog životnog stila“ (str. 40).

U tretmanu ovisnika, osobito u psihosocijalnom, nužan je multidisciplinarni pristup radi sveobuhvatnog i što učinkovitijeg liječenja te rehabilitacije i reintegracije liječenih ovisnika u društvenu zajednicu.

Uobičajene psihosocijalne intervencije koje se provode u sklopu zdravstvenog, socijalnog i zatvorskog sustava intervencije su psihološke razine: kratke savjetodavne intervencije, edukacija pacijenta o zaraznim bolestima, intervencije usmjerene motivaciji – motivacijski intervjui te različiti tretmani ponašanja.

Intervencije na socijalnoj razini uključuju pomoć u osnovnim životnim potrebama kao što su hrana, odjeća, smještaj i zapošljavanje, ali i osnovnu brigu o zdravlju, prijateljstvu, zajedništvu i sreći te grupe samopomoći. Tri temeljna stupa socijalne reintegracije su stanovanje, obrazovanje te zapošljavanje uz profesionalno osposobljavanje.

Među pozitivnim ocjenama korisnika koji su sudjelovali u evaluaciji nacionalnog „Projekta resocijalizacije“, je i ona o tome kako se „postojanje udruga koje pružaju psihosocijalnu potporu ovisnicima pokazalo (se) izuzetno važnom karikom za uključivanje u Projekt nakon izlaska iz terapijske zajednice/ustanove“ (str. 36). Među negativnim ocjenama je „manjak samopouzdanja ovisnika i motivacije za uključivanje u Projekt (str. 5). Općenito, nacionalni je „Projekt resocijalizacije“ ocijenjen pozitivno: pridonio je boljem uključivanju ovisnika u zajednicu, obrazovanje i tržište rada te omogućio šansu za apstinenciju, senzibilizaciju javnosti i manju stigmatizacija ovisnika.

Radi daljnjeg poboljšanja kvalitete resocijalizacije i općenito tretmana ovisnika, poduzeli smo ispitivanje resocijalizacijskih potreba ovisnika s područja PGŽ-a.

Prema dostupnim podacima iz „Registra liječenih ovisnika o psihoaktivnim drogama“ Primorsko-goranske županije (PGŽ) u 2014. godini bilo je ukupno 766 registriranih ovisnika u procesu liječenja, među kojima 626 muškaraca i 140 žena (Tablica 16.5.). U pogledu dobi, više od 75% njih starije je od 30 godina; najbrojnija je skupina u dobi između 30 i 34 godine (31,85%), a slijede oni između 35 i 39 godina (24,28%) (Tablica 16.4.).

Praktični je cilj procjene potreba ovisnika doprinijeti analizi nedostataka u lokalnom sustavu liječenja i resocijalizacije ovisnika koje potom mogu testirati ekspertne skupine i koristiti ih kao osnovu za izradu akcijskih planova unaprjeđenja sustava tretmana ovisnika.

## Uzorak

Uzorak je prigodan i činilo ga je 54 ispitanica i ispitanika – ovisnika, s područja PGŽ-a: 23 korisnika Nastavnog zavoda za javno zdravstvo PGŽ-a, Odsjeka za izvanbolničko liječenje ovisnosti (NZJZ PGŽ-a), u daljem tekstu „Kalvarija”; 19 korisnika Udruge za pomoć ovisnicima Vida (Vida) i 12 korisnika Probacijskog ureda Rijeka, Sektor za probaciju – Ministarstvo pravosuđa RH; u daljem tekstu “Probacija”.

Omjer muškaraca i žena je 78,63% : 20,37% u korist muškaraca, dok je u populaciji opijatskih ovisnika u RH omjer muškaraca i žena 82,4% : 17,6%. Prema podacima NZJZ-a PGŽ-a, u 2014. na području Županije bilo je 81,72% muškaraca i 18,28% žena.

U uzorku najveći broj čine osobe u dobi od 35 do 44 godine (44,44%), potom slijedi starosno razdoblje od 25 do 34 godine (42,59%), što je u skladu s recentnim podacima HZJZ-a o dobi liječenih ovisnika u RH gdje je prosječna dob 35 godina. U starosnom razredu od 25 do 34 godine najveći je postotak ispitanika (45%), a slijedi ga skupina ispitanika u dobi od 35 do 44 godine u kojoj je 38% ovisnika. Populacija opijatskih ovisnika sve je starija (Katalinić, Huskić, 2015).

Trećina ispitanika ima završeno srednjoškolsko obrazovanje (tri godine). Potom slijede oni sa završenom osnovnom školom (20,37%) i završenim srednjoškolskim te gimnazijskim obrazovanjem (četiri godine) (18,52%). Podjednaki postotak ispitanika nije završio osnovno i srednjoškolsko obrazovanje – 11,11%. Završen fakultet (četiri i pet godina) ima 3,70% ispitanika. U podacima za liječene ovisnike o opijatima HZJZ-a nema distinkcije između trogodišnje i četverogodišnje srednje škole pa je srednju školu završilo 68,9% ispitanika, osnovnu školu 11,9% ovisnika, nezavršenu srednju školu ima 9%, a višu školu ili fakultet završilo je 6,2% ovisnika (Katalinić, Huskić, 2015).

U našem uzorku stupanj obrazovanja nešto je niži nego što je to u populaciji liječenih ovisnika u RH. Najnižu razinu obrazovanja imaju ispitanici koji koriste usluge Probacijskog ureda, tj. nitko nema više od završenog srednjoškolskog obrazovanja u trajanju od tri godine. Podatci HZJZ-a prikupljaju se iz bolnica, specijalističko-konzilijarnih službi te službi za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika pri županijskim zavodima za javno zdravstvo te od 2008. godine i iz terapijskih zajednica ali ne i iz zatvorskog sustava.

U pogledu bračnog statusa 46,30% ispitanika je u braku, dok 53,70% nije. Među ispitanicima koji koriste usluge Kalvarije, 73,91% nije u braku, dok je čak 75% ispitanika, koji koriste usluge Probacijskog ureda, u braku, a u skupini ispitanika koji koriste usluge Udruge Vida 52,63% ispitanika je u braku. Prema

podacima HZJZ-a, najviše osoba liječenih zbog uzimanja opijata živi s primarnom obitelji (41,2%), dok u bračnoj ili partnerskoj zajednici živi 30,4% ovisnika.

Trećina ispitanika u uzorku su roditelji, a najveći broj njih ima jedno dijete. Djeca u prosjeku imaju 8 godina. Među ispitanicima koji koriste usluge Kalvarije, 82,61% nisu roditelji, dok 50,00% onih koji koriste usluge Probacijskog ureda jesu, kao i 42,11% onih koji koriste usluge Udruge Vida. Ispitanici iz Kalvarije u prosjeku su i mlađi od ispitanika iz drugih dviju skupina pa je i to razlog manjem udjelu brakova/partnerskih veza i roditeljstva u ovoj grupi. Prema podacima HZJZ-a od svih osoba liječenih u 2014. godini 33,7% ima djecu. U ovom segmentu uzorak potpuno odgovara populaciji liječenih ovisnika.

Možemo zaključiti da je demografska struktura uzorka približna populaciji liječenih ovisnika.

## Instrument

U ispitivanju je korišten upitnik posebno kreiran za ovo ispitivanje. Činilo ga je pet demografskih pitanja i dvije baterije s po 31 skalom procjene o tome koliko često ispitanici imaju potrebe za selektiranim uslugama stručnjaka i institucija te koliko često dobivaju usluge od organizacija/institucija pružatelja usluga na području Primorsko-goranske županije. Za procjenu potreba klasificirali smo potrebe ciljane populacije u nekoliko kategorija:

- A: Zdravstvene potrebe: potrebe za pomoći i savjetima da se spriječi ili smanji šteta u vezi s uporabom droga, kao i za liječenjem s ciljem poboljšanja tjelesnog i mentalnog zdravlja;
- B: Specifične potrebe vezane za ovisnost: potrebe za medicinskim tretmanom, njegom i daljnjom brigom u vezi s uporabom droga;
- C: Potrebe u vezi sa stanovanjem: potreba za skloništem i stanovanjem;
- D: Potrebe u vezi sa zapošljavanjem: potrebe za obukom u osnovnim vještinama, savjetovanje za povećanje motivacije, samopouzdanja i samopoštovanja, kao i potrebe vezane uz pristup uslugama koje povećavaju mogućnosti zapošljavanja i prilike za posao; i
- E: Potrebe vezane uz prekršaje i/ili kaznena djela: potreba za intervencijama za rješavanje ponašanja koja su prekršajne ili kaznene naravi.

Potrebe za uslugama i učestalost dobivanja usluga mjerene su Likertovom skalom procjene koja se sastoji od pet stupnjeva.

Na kraju upitnika ispitanici su zamoljeni da navedu koje institucije i organizacije im pružaju usluge specifično vezane za njihove probleme.

Pored inozemne literature i izvora tijekom izrade instrumenta uzete su u obzir „Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe opojnih droga“, „Akcijski plan suzbijanja zlouporabe opojnih droga“ te višegodišnje profesionalno iskustvo s ovisnicima autorica ispitivanja. Probne verzije upitnika ispitane su na 5 ovisnika te naknadno izmijenjene sukladno povratnim informacijama.

## Rezultati i diskusija

Odgovori ispitanika obrađeni su metodama deskriptivne statistike. Izračunate su aritmetičke sredine (M), medijane (C), modovi (D), standardna devijacija (SD) i skewness (SKEW). Dobiveni podatci na obje baterije (P1 i P2), ne slijede normalnu raspodjelu: prosječni skewness na P1 = 1,08, dok je na P2 = 1,17. Sukladno ovim nalazima, kako bi se dobila realnija slika centralnih tendencija, urađen je izračun aritmetičke sredine (M) i moda (D).

Formirane pozitivne asimetrije u distribuciji odgovora upućuju na to da dobivene frekvencije idu u korist ispodprosječnih vrijednosti. Ispitanici imaju tendenciju prepoznavati manji broj potreba i nižim ocjenama procjenjivati učestalost potreba i stupanj u kojem im je ista zadovoljena. Mogući razlog je „kontaminacija“ percepcije potreba kod ovisnika upravo potrebom za psihoaktivnim supstancama koje otklanjaju neugodu i bol i o kojima su ovisni pa su ostale potrebe manjorizirane. Nadalje, obnašanjem manjeg broja društvenih uloga, imaju manje potreba s obzirom na to da ne moraju konfrontirati sa zahtjevima različitih uloga, odnosno zahtjevima okoline u odnosu na njih. Naposljetku, prisutna je vjerojatno i tendencija davanja socijalno poželjnih odgovora, tj. tendencija negacije i minoriziranja problema potrebna za očuvanje koliko-toliko pozitivne slike o sebi kao osobe koja nema potrebe za tuđom pomoći.

Rezultati po pojedinačnim ispitanim potrebama na razini cijelog uzorka

*Tablica 1 Deskriptivni podaci (M i D) učestalosti potreba za dobivanjem usluga*

Potrebe	M	D
AP1.13. Potrebne su mi usluge primarne zdravstvene zaštite (doktor opće prakse...).	3,50	5
AP1.05. Potrebna mi je terapija lijekovima.	3,48	5
DP1.19. Potrebno mi je zapošljavanje uz državnu potporu.	2,91	1
DP1.30. Potrebne su mi usluge pomoći u traženju posla.	2,89	3
BP1.29. Potrebno je promoviranje ostvarivanja prava ovisnika.	2,69	1
DP1.17. Potrebne su mi usluge doškoloavanja/osposobljavanja za posao.	2,63	3
DP1.20. Potrebne su mi usluge potpore obitelji.	2,56	1
DP1.01. Potrebni su mi individualni razgovori sa stručnjakom/ savjetovanje radi povećanja samopouzdanja.	2,48	3



CP1.26. Potrebne su mi jednokratne potpore (socijalna skrb...)	2,46	1
DP1.04. Potrebne su mi usluge pružanja informacija i upućivanje na druge službe.	2,44	2
EP1.16. Potrebne su mi usluge rješavanja pravnih pitanja (besplatna pravna pomoć).	2,30	1
AP1.14. Potrebna su mi psihološka testiranja kako bih bolje vidio/vidjela za što sam sposoban/sposobna.	2,09	1
DP1.18. Potrebna mi je pomoć stručnjaka u snalaženju u novim životnim situacijama.	2,09	1
EP1.31. Potrebna mi je pomoć pri presudi vezanoj uz prekršaje i/ili kaznena djela.	2,07	1
DP1.09. Potrebno mi je savjetovanje o upravljanju financijama.	2,04	1
CP1.15. Potrebne su mi usluge stanovanja (gradski stanovi, organizirano stanovanje, prihvatilišta).	2,04	1
AP1.07. Potrebne su mi usluge u hitnim situacijama (obiteljska kriza, potreba za razgovorom...).	2,00	1
AP1.02. Potrebni su mi razgovori stručnjaka s obitelji ili savjetovanje radi potpore obitelji.	1,98	1
DP1.25. Potrebne su mi usluge vezane uz uključivanje u zajednicu volontiranjem.	1,91	1
BP1.06. Potrebne su mi usluge prijevoza (preprate, prijevoz do komune...).	1,85	1
BP1.11. Potrebno mi je testiranje na droge.	1,81	1
BP1.03. Potrebni su mi grupni rad i/ili savjetovanje u okviru grupe ovisnika.	1,76	1
EP1.12. Potrebna mi je podrška u izvršavanju rada po nalogu suda (rad za opće dobro).	1,67	1
DP1.10. Potrebne su mi edukacije vezano uz odgovorno roditeljstvo.	1,65	1
CP1.22. Potrebne su mi usluge besplatnog davanja obroka.	1,59	1
DP1.28. Potrebna mi je socijalna pomoć u skrbi za djecu.	1,54	1
AP1.08. Potrebno mi je savjetovanje vezano uz prehranu.	1,52	1
AP1.21. Potrebne su mi usluge u kući (medicinska pomoć).	1,44	1
CP1.24. Potrebne su mi usluge za beskućnike (prenočišta).	1,33	1
CP1.27. Potrebne su mi usluge udomljavanja ovisnika.	1,30	1
AP1.23. Potrebne su mi usluge vezane uz razvojne probleme djece (invaliditet, teškoće u razvoju...).	1,19	1

Temeljem izračunatih M-ova, najviše skorove imaju odgovori na pitanja P1.13. i P1.05. Riječ je o potrebama za uslugama primarne zdravstvene zaštite i za terapijom lijekovima. Ove usluge potrebne su u opsegu od ponekad do često (M = 3,50 i M = 3,48). Slijede potrebe za uslugama s područja zapošljavanja, doškolovavanja/osposobljavanja za posao i za uslugama individualnog razgovora sa stručnjakom i/ili savjetovanja radi povećanja samopouzdanja, a koje su prisutne u intenzitetu „ponekad“.

Najniži rezultat dobiven je na pitanju P1.23. o potrebama za uslugama vezanim uz razvojne probleme djece, gdje je  $M = 1,19$ . Prema mišljenju ispitanika, ove usluge gotovo nikada nisu potrebne.

Kad se kao mjera centralne tendencije uzme mod, ponovno se na prvim dvama mjestima nalaze potrebe za uslugama primarne zdravstvene zaštite i terapijom lijekovima. Odgovor koji se najčešće javlja je da ispitanici gotovo uvijek imaju ove potrebe. Slijede potrebe za uslugama pomaganja u traženju posla (P1.30.), uslugama doškolovanja/osposobljavanja za posao (P1.17.) i uslugama individualnog razgovora sa stručnjakom i/ili savjetovanja radi povećanja samopouzdanja (P1.01.). Ove usluge su, prema najčešće izraženim odgovorima, potrebne ponekad. Temeljem izračunatih modova, na svim ispitanim skalama o učestalosti potreba, najfrekventniji odgovor je „gotovo nikada”.

*Tablica 2. Deskriptivni podaci (M i D) učestalosti dobivanja usluga kad je potrebno*

<b>Kad mi je potrebno,</b>	<b>M</b>	<b>D</b>
AP2.13. dobivam usluge primarne zdravstvene zaštite (doktor opće prakse...)	3,70	5
AP2.05. dobivam uslugu terapije lijekovima	3,61	5
BP2.11. dobivam usluge testiranja na droge	3,06	3
DP2.01. dobivam uslugu individualnog razgovora sa stručnjakom i/ili savjetovanja radi povećanja samopouzdanja	3,04	3
DP2.20. dobivam usluge potpore obitelji	2,96	1
DP2.04. dobivam uslugu pružanja informacija i upućivanje na druge službe	2,67	2
DP2.18. dobivam pomoć stručnjaka u vezi sa snalaženjem u novim životnim situacijama	2,30	1
AP2.14. dobivam usluge psihološkog testiranja kako bih bolje vidio/vidjela za što sam sposoban/sposobna	2,26	1
BP2.03. dobivam uslugu grupnog rada i/ili savjetovanje u sklopu grupe ovisnika	2,17	1
DP2.17. dobivam usluge doškolovanja /osposobljavanja za posao	2,15	1
AP2.02. dobivam uslugu razgovora stručnjaka s obitelji ili savjetovanje radi potpore obitelji	2,06	1
AP2.07. dobivam usluge u hitnim situacijama (obiteljska kriza, potreba za razgovorom...)	2,04	1
EP2.12. dobivam uslugu podrške pri izvršenju rada po nalogu suda (rad za opće dobro)	2,02	1
EP2.31. dobivam pomoć u vezi s prekršajima i/ili kaznenim djelima	2,02	1
EP2.16. dobivam usluge rješavanja pravnih pitanja (besplatna pravna pomoć)	2,00	1

BP2.29. dobivam usluge promoviranja ostvarivanja prava ovisnika	1,96	1
DP2.30. dobivam usluge pomaganja u traženju posla	1,96	1
CP2.25. dobivam usluge vezane uz uključivanje u zajednicu volontiranjem	1,81	1
CP2.26. dobivam jednokratne potpore (socijalna skrb...)	1,80	1
DP2.09. dobivam usluge savjetovanja o upravljanju financijama	1,76	1
DP2.19. dobivam uslugu zapošljavanja uz državnu potporu	1,76	1
BP2.06. dobivam usluge prijevoza (preprate, prijevoz do komune...)	1,61	1
AP2.08. dobivam usluge savjetovanja u vezi s prehranom	1,57	1
AP2.21. dobivam usluge u kući (medicinska pomoć)	1,56	1
DP2.10. dobivam usluge edukacije vezano uz odgovorno roditeljstvo	1,48	1
CP2.15. dobivam usluge stanovanja (gradski stanovi, organizirano stanovanje, prihvatilišta)	1,41	1
CP2.22. dobivam usluge besplatnog davanja obroka	1,35	1
CP2.24. dobivam usluge za beskućnike (prenoćišta)	1,35	1
DP2.28. dobivam usluge socijalne skrbi za djecu	1,26	1
AP2.23. dobivam usluge vezane uz razvojne probleme djece (invaliditet, teškoće u razvoju...)	1,24	1
CP2.27. dobivam uslugu udomljavanja ovisnika	1,19	1

Temeljem izračunatih M-ova, najviše rezultate imaju odgovori na pitanja P2.13. i P2.05, istovjetno kao i na prvoj skupini pitanja. Najviše izražene potrebe za uslugama identične su uslugama koje se najviše i dobivaju se od stručnjaka i institucija: usluge primarne zdravstvene zaštite i terapija lijekovima. U prosjeku ispitanici smatraju da ih dobivaju često ( $M = 3,70$  i  $M = 3,61$ ).

Sljedeće usluge koje se najviše dobivaju su usluge testiranja na droge (P2.11.), usluge individualnog razgovora sa stručnjakom i/ili savjetovanja radi povećanja samopouzdanja (P2.01.) te usluge potpore obitelji (P2.20.).

Rezultati temeljem izračuna modova daju identičnu sliku glede najčešće dobivenih usluga: to su ponovno potrebe za uslugama primarne zdravstvene zaštite i za terapijom lijekovima. Najčešći odgovor ispitanika na ova dva pitanja je da gotovo uvijek dobivaju te usluge. Na trećem i četvrtom mjestu po učestalosti su identične usluge kao i u mjerenju M-a: usluge testiranja na droge i usluge individualnog razgovora sa stručnjakom i/ili savjetovanja radi povećanja samopouzdanja. Najčešći odgovor ispitanika na ova dva pitanja je da ponekad dobivaju te usluge.

Na petom su mjestu usluge pružanja informacija i upućivanje na druge službe (P2.04.) za koje je najfrekventniji odgovor da ih dobivaju rijetko. Ovo ukazuje na

nedovoljan stupanj suradnje i umreženosti među pojedinim službama, odnosno nedostatak „case management“ pristupa u uslugama koje se pružaju ovisnicima.

Na sva ostala pitanja najfrekventniji odgovori su da ih dobivaju gotovo nikada.

Rezultati poduzoraka – s obzirom na organizaciju u kojoj je istraživanje provedeno

Analizirajući rezultate, uočili smo kako se učestalost pojave potrebe, kao i vrsta potrebe mijenja u funkciji organizacije u kojoj je ispitivanje provedeno.

*Tablica 3 Deskriptivni podaci (M) o učestalosti potreba za dobivanjem usluga s obzirom na organizaciju u kojoj je provedeno istraživanje*

<b>Učestalost potreba</b>	<b>Kalvarija</b>	<b>Udruga</b>	<b>Probacija</b>
<b>Potrebe u vezi sa zapošljavanjem</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>
DP1.01.	2,70	2,53	2,92
DP1.04.	2,27	2,47	2,50
DP1.09.	2,04	2,00	2,00
DP1.10.	2,22	1,79	1,67
DP1.17.	1,91	2,84	1,67
DP1.18.	2,43	2,37	2,67
DP1.19.	2,00	3,32	1,42
DP1.20.	2,52	2,53	3,33
DP1.28.	1,30	1,42	1,25
DP1.30.	2,65	3,05	1,92
<b>Prosjek</b>	<b>2,21</b>	<b>2,43</b>	<b>2,13</b>
<b>Zdravstvene potrebe</b>			
AP1.02.	2,00	2,16	2,25
AP1.05.	4,61	2,21	3,50
AP1.07.	2,09	2,00	2,00
AP1.08.	1,35	1,53	1,58
AP1.13.	1,70	3,05	3,83
AP1.14.	3,91	2,26	2,50
AP1.21.	2,48	1,26	1,67
AP1.23.	1,43	1,42	1,17
<b>Prosjek</b>	<b>2,45</b>	<b>1,99</b>	<b>2,31</b>
<b>Specifične potrebe vezane za ovisnost</b>			
BP1.03.	1,57	2,00	1,92
BP1.06.	2,13	1,42	1,33

BP1.11.	1,52	1,68	3,17
BP1.29.	1,52	2,95	1,75
Prosjek	<b>1,68</b>	<b>2,01</b>	<b>2,04</b>
<b>Potrebe vezane za prekršaje i/ili kaznena djela</b>			
EP1.12.	1,74	1,26	2,33
EP1.16.	1,96	2,68	2,08
EP1.31.	2,78	2,11	2,25
Prosjek	<b>2,16</b>	<b>2,02</b>	<b>2,22</b>
<b>Potrebe u vezi sa stanovanjem</b>			
CP1.15.	1,96	2,11	1,33
CP1.22.	1,39	1,53	1,58
CP1.24.	1,04	1,47	1,33
CP1.25.	1,35	2,21	1,50
CP1.26.	1,96	1,95	2,00
CP1.27.	2,65	1,42	1,17
Prosjek	<b>1,72</b>	<b>1,78</b>	<b>1,49</b>

U poduzorku u Kalvariji najizraženije su zdravstvene potrebe: za terapijom lijekovima (P1.05) i za psihološkim testiranjima kako bi ovisnici vidjeli za što su sposobni (P1.14). Držimo da je druga odabrana potreba bila uvjetovana tendencijom davanja socijalno poželjnih odgovora, s obzirom na to da je upitnik ispunjavan kod psihologa ustanove u čije poslove spada i psihološko testiranje. Na trećem mjestu nalazi se potreba za pomoći pri presudi vezanoj za prekršaje i/ili kaznena djela. (P1.31.).

Dobiveni rezultati u skladu su s rezultatima istraživanja provedenog na korisnicima usluga – ovisnicima u izvaninstitucionalnom tretmanu dviju Službi za ovisnike (Ser.T) u Genovi, koje su po svom ustroju najbližnje centrima za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u RH. Ovisnici iz genovskog uzorka također označuju najvažnijima među ponuđenim uslugama brige o ovisnicima, supstitucijsku farmakoterapiju (u 40% slučajeva), što autor interpretira niskom uvjerenosti ovisnika u mogućnost potpunog ozdravljenja (Presta, A., 2009)

U Udruzi Vida, ispitanici najviše izražavaju potrebe u vezi sa zapošljavanjem: za uslugama pomaganja u zapošljavanju uz podršku države (P1.19.) i u traženju posla (P1.30.). Na trećem je mjestu potreba za uslugama primarne zdravstvene zaštite (P1.13). U odnosu na ostale, ispitanici koji su korisnici usluga udruge Vida, najviše izražavaju i potrebe u vezi sa stanovanjem.

Kako na području PGŽ-a od 2015. godine u sklopu udruge Vida djeluje Resocijalizacijski centar za ovisnike koji surađuje sa zdravstvenim i pravosudnim institucijama i jedini na području Županije provodi resocijalizacijske mjere, ove su potrebe primjerene uslugama koje Centar i pruža korisnicima.

U poduzorku u Probacijskom uredu, najizraženije su zdravstvene potrebe vezane uz primarnu zdravstvenu zaštitu (P1.13.) i terapiju lijekovima (P1.05.). Slijedi potreba za uslugama potpore obitelji (P1.20) u kontekstu potreba za zapošljavanjem. U odnosu na ostale, ispitanici koji su korisnici usluga Probacijskog ureda, najviše izražavaju, očekivano, potrebe vezane uz prekršaje i/ili kaznena djela, no i neke potrebe specifično vezane za ovisnost kao što je testiranje na droge (P1.11.).

S obzirom na razlike u percepciji vlastitih potreba sukladno mjestu ispitivanja, možemo zaključiti kako uz općenito rijetko javljanje odabranih potreba, korisnici usluga udruge Vida u većoj mjeri, uz zdravstvene, prepoznaju i socijalne potrebe iz „resocijalizacijskog paketa”.

*Tablica 4 Deskriptivni podaci (M) o učestalosti dobivanja usluga s obzirom na organizaciju u kojoj je provedeno istraživanje*

Učestalost dobivanja usluga	Kalvarija	Udruge	Probacija
<b>Usluge u vezi sa zapošljavanjem</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>
DP2.01.	3,17	2,95	2,92
DP2.04.	2,61	2,84	2,50
DP2.09.	1,52	1,89	2,00
DP2.10.	1,22	1,68	1,67
DP2.17.	1,70	3,00	1,67
DP2.18.	1,87	2,58	2,67
DP2.19.	1,48	2,32	1,42
DP2.20.	2,83	2,89	3,33
DP2.28.	1,09	1,47	1,25
DP2.30.	1,39	2,68	1,92
Prosjek	<b>1,89</b>	<b>2,43</b>	<b>2,13</b>
<b>Usluge u vezi sa zdravstvenim potrebama</b>			
AP2.02.	1,96	2,05	2,25
AP2.05.	4,48	2,63	3,50
AP2.07.	2,17	1,89	2,00
AP2.08.	1,61	1,53	1,58
AP2.13.	3,91	3,37	3,83

AP2.14.	2,22	2,16	2,50
AP2.21.	1,30	1,79	1,67
AP2.23.	1,09	1,47	1,17
Prosjek	<b>2,34</b>	<b>2,11</b>	<b>2,31</b>
<b>Usluge u vezi sa specifičnim potrebama vezanim za ovisnost</b>			
BP2.03.	2,04	2,47	1,92
BP2.06.	1,83	1,53	1,33
BP2.11.	3,43	2,53	3,17
BP2.29.	1,61	2,53	1,75
Prosjek	<b>2,23</b>	<b>2,27</b>	<b>2,04</b>
<b>Usluge vezane uz prekršaje i/ili kaznena djela</b>			
EP2.12.	1,77	2,11	2,33
EP2.16.	1,61	2,42	2,08
EP2.31.	1,48	2,53	2,25
Prosjek	<b>1,62</b>	<b>2,35</b>	<b>2,22</b>
<b>Usluge u vezi sa stanovanjem</b>			
CP2.15.	1,52	1,32	1,33
CP2.22.	1,17	1,42	1,58
CP2.24.	1,04	1,74	1,33
CP2.25.	1,52	2,37	1,50
CP2.26.	1,74	1,74	2,00
CP2.27.	1,13	1,26	1,17
Prosjek	<b>1,36</b>	<b>1,64</b>	<b>1,49</b>

Temeljem izračunatih M-ova, najizraženija potreba za uslugom istovjetna je onoj koja se najviše ističe i u Kalvariji, a to je terapija lijekovima. U prosjeku ispitanici smatraju da ovu uslugu dobivaju u opsegu od često do skoro uvijek ( $M = 4,48$ ). Na drugom su mjestu usluge primarne zdravstvene zaštite za koju ispitanici izjavljuju kako je u prosjeku dobivaju često Slijedi usluga testiranja na droge koju u prosjeku ( $M = 3,43$ ) dobivaju u opsegu od ponekad do često.

Ovisnici ispitani u Udruzi Vida, u prosjeku na prvom mjestu navode kako, sukladno potrebama, najčešće dobivaju usluge primarne zdravstvene zaštite (P2.13.); doškolovanja/osposobljavanja za posao (P2.17.); individualnog razgovora sa stručnjakom i/ili savjetovanja radi povećanja samopouzdanja (P2.01.) te usluge potpore obitelji (P2.20.). Treba naglasiti da izraz „najčešće“ ovdje zapravo znači „ponekad“.

Osim usluge primarne zdravstvene zaštite druge odabrane usluge mogu se dobiti u Udruzi. Zaključujemo da je odabir potreba i dobivenih usluga bio u funkciji mjesta na kojem su ovisnici ispitivani. Najprepoznatljivije usluge Udruge Vida su one koje se odnose na resocijalizaciju ovisnika, a obuhvat korisnika u Udruzi isključivo je dobrovoljan i samoinicijativan. Najčešći razlog dolazaka korisnika, prema statistikama Udruge, upravo je traženje posla, doškolovanje i savjetovanje iako se Udruga bavi i upućivanjem na liječenje i psihosocijalne tretmane terapijskih zajednica.

Među ispitanicima korisnicima usluga Probacijskog ureda na prvom je mjestu dobivanje usluga primarne zdravstvene zaštite ( $M = 3,83$ ), a slijedi usluga terapije lijekovima. Ova se usluga, sukladno potrebi, dobiva ponekad do često ( $M = 3,50$ ). Na trećem je mjestu dobivanje usluge potpore obitelji ( $M = 3,33$ ). Ova se usluga, sukladno potrebi, dobiva u opsegu od ponekad do često.

Ispitanici iz poduzorka udruge Vida, izrazili su, u odnosu na druge dvije organizacije, najviši stupanj zadovoljstva učestalošću dobivenih usluga u odnosu na svoje potrebe.

U posljednjem dijelu upitnika ispitanici su zamoljeni da navedu institucije i organizacije koje im pružaju usluge specifično vezane uz njihove probleme. Oni koji su upitnik ispunjavali u Udruzi većinom su navodili udruge, dok su ispitanici koji su ispunjavali upitnik u Probacijskom uredu najviše navodili državne ustanove. Najviše korisnika navodi Odjel za prevenciju i izvanbolničko liječenje bolesti ovisnosti bez obzira na ustanovu u kojoj su upitnik ispunjavali.

## Zaključak

Dobiveni rezultati odraz su organizacije sustava skrbi o ovisnicima u RH. Najveći obuhvat postižu zdravstvene institucije koje propisuju i distribuiraju lijekove te je potreba za ovom vrstom usluga kod ovisnika najčešća i prepoznata u najvećoj mjeri, što se vidi i u istraživanju u kategoriji zdravstvenih potreba. Usluga testiranja na droge najčešće je u funkciji propisivanja lijekova, a usluge savjetovanja također su dostupne u zdravstvenim institucijama koje se bave izvaninstitucionalnim liječenjem ovisnika.

Potreba za pomoći u zapošljavanju i povećanju kompetencija za zapošljavanje u našem je uzorku izraženija od učestalosti pružanja ove usluge, odnosno dostupnosti ovih usluga usprkos postojanju sustava koji omogućuje zapošljavanje ovisnika korištenjem poticajnih državnih mjera te mogućnost školovanja na račun Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta.

S obzirom na dobivene rezultate možemo zaključiti da su resocijalizacijske potrebe nedovoljno razvijene. Prisutne su tendencije jednake učestalosti zdravstvenih potreba i dobivenih zdravstvenih usluga te nešto viša učestalost dobive-



nih usluga vezanih za specifične potrebe u vezi s ovisnošću, prije svih testiranje na droge, a u odnosu na učestalost iskazanih potreba. Usluge na područjima usluga vezanih uz prekršaje i/ili kaznena djela, usluge u vezi sa stanovanjem i usluge vezane uz potrebe za zapošljavanjem nisu u dovoljnoj mjeri dostupne korisnicima, odnosno u mjeri u kojoj oni za ovim uslugama osjećaju potrebu. Sa stajališta ovisnika – korisnika mjere, nailazimo na „nestabilnost stabilnosti“, na supstitucijskoj farmakoterapiji, odnosno mogućnost recidiva u kompulzivne obrasce korištenja psihoaktivnih tvari koji kompromitiraju radne vještine, radnu disciplinu i etiku do stupnja nesposobnosti za izvršavanje radnih zadaća.

Potrebno je daljnje unaprjeđenje sustava i razvijanje standardiziranih protokola reintegracije uz povećanje učinkovitosti interdisciplinarnog i intersektorskog rada svih dionika.

## Literatura

1. Ured za suzbijanje zlouporabe droga, Vlada Republike Hrvatske, „Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu“, Zagreb, 2014.

2. Vlada Republike Hrvatske, Ured za suzbijanje zlouporabe droga, „Izješće o evaluaciji Projekta resocijalizacije ovisnika o drogama“, Zagreb, 2015.

3. Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, „Registar liječenih ovisnika o psihoaktivnim drogama“ Primorsko-goranske županije (PGŽ), „Liječeni, novootkriveni i umrli ovisnici – Županija u razdoblju 2005.–2014.“, Rijeka, 2015.

4. Katalinić, Huskić, Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2014. godini, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2015.

5. Southwestern Healthcare, Inc., Mental Health and Addiction Community Needs Assessment, 2009., dostupno na [www.southwestern.org/wp-content/uploads/2013/.../2009-Full-Report1.pdf](http://www.southwestern.org/wp-content/uploads/2013/.../2009-Full-Report1.pdf)

6. Vlada Republike Hrvatske, Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2012.–2017., Zagreb, 2012.

7. Vlada Republike Hrvatske, „Nacionalni akcijski plan suzbijanja zlouporabe droga u RH za razdoblje 2012.–2017.“, Zagreb, 2015.

8. Presta, A, Il Disturbo da Uso di Sostanze, rilievi clinici ed epidemiologici in due Ser.T di Genova, POL.it The italian on line psychiatric magazine, dostupno na <http://priority.com/ital/dipendenze/andrea2009.htm>

ISBN 978-953-7957-50-6



9 789537 957506

**Naložba v vašo prihodnost**

Operacijo delno financira Evropska unija  
Evropski sklad za regionalni razvoj



**Ulaganje u vašu budućnost**

Operaciju dijelomično financira Evropska unija  
Evropski fond za regionalni razvoj

VOĐEĆI PARTNER



PARTNERI



Nacionalni inštitut  
za javno zdravje

