

Usporedni prikaz metoda smanjenja štete u području ovisnosti o ilegalnim drogama u europskim zemljama

Tuškan, Petra

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:289985>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-03**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Usporedni prikaz metoda smanjenja štete u području ovisnosti o ilegalnim drogama u europskim
zemljama

Ime i prezime studentice:

Petra Tuškan

Zagreb, rujan 2020.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Usporedni prikaz metoda smanjenja štete u području ovisnosti o ilegalnim drogama u europskim
zemljama

Ime i prezime studentice:

Petra Tuškan

Ime i prezime mentora:

doc. dr. sc. Dalibor Doležal

Zagreb, rujan 2020.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Usporedni prikaz metoda smanjenja štete u području ovisnosti o ilegalnim drogama u europskim zemljama* i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Petra Tuškan

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2020.

Usporedni prikaz metoda smanjenja štete u području ovisnosti o ilegalnim drogama u europskim zemljama

Ime i prezime studentice: Petra Tuškan

Ime i prezime mentorice: doc. dr. sc. Dalibor Doležal

Program/modul na kojem se polaže diplomski rad: Studijski program socijalne pedagogije/ modul odrasli

Sažetak:

Pristup smanjenja štete u području ovisnosti o ilegalnim drogama je danas prihvaćen u brojnim europskim zemljama. Učinkovit je pri smanjenju problema koji se javljaju kao posljedica konzumacije ilegalnih droga te omogućava ljudima pristup tretmanu ovisnosti o drogama. Prema podacima EMCDDA (2019), programi smanjenja štete se u Hrvatskoj provode od 1996., putem suradnje Ministarstva zdravstva, Hrvatskog Crvenog Križa te nevladinih organizacija. Usluge koje se pružaju su zamjena šprica i igala, anonimno i besplatno savjetovanje i testiranje te edukacija o sigurnijem korištenju droga. Uspoređujući europske prakse smanjenja štete s hrvatskom, vidljivo je kako se u europskim zemljama koristi veći broj metoda smanjenja štete. Tako se, prema EMCDDA (2019), u 2017., godini, uz klasične metode kao što su zamjena šprica i igala, provodilo informiranje i edukacija o sigurnijem intravenoznom korištenju droga i sigurnijim seksualnim odnosima, tretman infekcije virusom HIV-a i hepatitisa C, cijepljenje protiv hepatitisa B., preporuke najpogodnijeg oblika tretmana, sobe za sigurnu konzumaciju droga, terapija heroinom i testiranje droga (*drug checking*).

Glavni cilj ovog rada je predstaviti metode smanjenja štete u području ovisnosti o ilegalnim drogama koje se koriste u europskim zemljama, njihovu učinkovitost, kritički se osvrnuti na njih te zaključiti bi li se mogle koristiti u Hrvatskoj. Zemlje predmetom proučavanja za potrebe ovog rada su Nizozemska, Njemačka, Švicarska i Ujedinjeno Kraljevstvo. Pomoću njihovih primjera se dovodi do zaključka o isplativosti primjene sličnih metoda u Hrvatskoj.

Ključne riječi: smanjenje štete, metode smanjenja štete, ovisnost

Summary:

Harm reduction approach in the field of drug addiction and consumption is accepted in a lot of European countries. This approach is effective in reducing the problems that appear as a consequence of drug consumption and it makes treatment for drugs accessible to drug users. EMCDDA (2019) reports that harm reduction methods have been used in Croatia since 1996, with a help from the Ministry of Health, Croatian Red Cross and non-governmental organisations. The methods used are needle syringe exchange, anonymous and free of charge drug testing and counseling and education about safer drug use. Comparing the methods used in the rest of the European countries, it is noticeable that more methods are being used there than in Croatia. According to EMCDDA (2019), alongside older ones, methods such as informing about safer drug use and sexual activities, treatment of HIV and hepatitis infections, vaccination against hepatitis B, recommendation for other treatments, drug consumption rooms, heroin assisted treatment and drug checking are also used.

The aim of this paper is to show harm reduction methods in the field of drug addiction and consumption used in European countries, their efficiency, observe them from a critical point of view and conclude if they could be used in Croatia. Countries covered in this paper are Netherlands, Germany, Switzerland and United Kingdom. The examples in these countries will help to conclude if the use of harm reduction methods that are used there is justified in Croatia.

Keywords: *harm reduction, methods of harm reduction, addiction*

Sadržaj:

1. UVOD	1
1.1. Zamjena igala i šprica	2
1.2. Sobe za konzumaciju droga	3
1.3. Testiranje droga (<i>drug checking</i>)	4
1.4. Naloxon u slučaju predoziranja.....	6
2. NJEMAČKA	7
2.1. Uvod.....	7
2.2. Zakon i trendovi	7
2.3. Povijest.....	10
2.4. Metode	12
2.4.1. Terapija heroinom.....	12
2.4.2. Sobe za konzumaciju droga	14
2.4.3. Naloxon u slučaju predoziranja.....	15
2.4.4. Zamjena igala i šprica	16
2.5. Zaključak.....	17
3. UJEDINJENO KRALJEVSTVO	17
3.1. Uvod.....	17
3.2. Zakoni i trendovi	17
3.3. Povijest.....	20
3.4. Metode	22
3.4.1. Testiranje droga.....	22
3.4.2. Informiranje kao metoda smanjenja štete	24
3.4.3. Zamjena igala i šprica	25
3.4.4. Naloxon u slučaju predoziranja.....	26
3.5. Zaključak.....	27
4. NIZOZEMSKA	28
4.1. Uvod.....	28
4.2. Zakon i trendovi	28
4.3. Povijest.....	30
4.4. Metode	32

4.4.1. Zamjena igala i šprica	32
4.4.2. Testiranje droga.....	33
4.4.3. Sobe za konzumaciju.....	34
4.4.4. Terapija heroinom (Heroin Assisted Treatment)	37
4.5. Zaključak.....	38
5. ŠVICARSKA	38
5.1. Uvod.....	38
5.2. Zakon i trendovi	38
5.3. Povijest.....	40
5.4. Metode	41
5.4.1. Terapija heroinom.....	41
5.4.2. Testiranje droge.....	42
5.4.3. Sobe za konzumaciju droga	44
5.5. Zaključak.....	46
6. SMANJENJE ŠTETE U HRVATSKOJ	47
6.1. Zakonski okvir i trendovi	47
6.2. Programi smanjenja štete u Hrvatskoj.....	50
6.2.1. Program Minus virus.....	50
6.2.2. Program suzbijanja bolesti ovisnosti i smanjenja štete	51
6.2.3. Program smanjenja štete udruge Terra.....	52
6.3. Zaključak.....	53
7. ZAKLJUČAK	54
8. LITERATURA	57

1. UVOD

Smanjenje štete u području ovisnosti i korištenja ilegalnih droga, kao što i naziv govori, obuhvaća pristupe, metode i tehnike koje za primarni cilj nemaju apstinenciju, potpuni prestanak korištenja, već smanjiti štetu koja bi se u suprotnom javila kod onih osoba koje nastavljaju koristiti ilegalne droge (Lenton i Single, 1998). Nedostatak ove definicije je taj što isključuje tretmane koji kao krajnji cilj postavljaju potpuni prestanak korištenja tj. apstinenciju, iz toga se razloga u nacionalnim strategijama pojedinih država, npr. Kanade i Australije, koristi šira definicija koja u termin smanjenja štete ubraja i tretmane koji kao krajnji cilj navode apstinenciju od ilegalnih droga (Lenton i Single, 1998). Takav se pristup smanjenja štete smatra alternativnim pristupom koji naglasak stavlja na pomoć i tretman korisnicima ilegalnih supstanci, umjesto na kažnjavanje i posramljivanje kao što je bio slučaj kod neuspješnog pristupa rata protiv droga (Van Wormer, 1999).

Smanjenje štete kod ovisnosti o drogama postaje važan pojam 1980-ih godina kada je došlo do porasta zaraze virusom HIV-a kod osoba koje intravenozno konzumiraju droge. Tada se i javljaju prvi značajniji programi zamjene igala i šprica, a 1990-ih godina smanjenje štete postaje važan dio smjernica zemalja Europske unije za odgovor na problem ovisnosti (Cook, Bridge i Stimson, 2010).

Postoji nekoliko uvjeta koje politika, program ili intervencija mora zadovoljiti kako bi se smatrala smanjenjem štete. Dakle, primarni cilj je smanjenje štete kao posljedice korištenja droga, a ne apstinencija i potpuni prestanak korištenja, ako ubrajamo strategije koje za krajnji cilj navode apstinenciju, onda te strategije uključuju i načine smanjenja štete za one koji nastave konzumaciju. Uključene strategije pokazuju na jasan način vjerojatnost smanjenja negativnih učinaka povezanih s korištenjem ilegalnih droga (Lenton i Single, 1998). Glavni principi ovog pristupa su: očito smanjenje štete, poštivanje korisnika, velik broj intervencijskih opcija, prioritet na ostvarive realne ciljeve, neutralnost po pitanju legalizacije i udaljenost od pristupa tzv. rata protiv droga (Lenton i Single, 1998).

Cook, Bridge i Stimson (2010) navode sljedeće prakse smanjenja štete koje se primjenjuju u Europi: zamjena igala i šprica, supstitucijska terapija, programi podjele naloxona (*take at home naloxon*), sobe za konzumaciju droga (*drug consumption rooms*), zamjena igala i šprica u penalnim ustanovama i supstitucijska terapija u penalnim ustanovama. Važno je spomenuti i praksu

testiranja droga, tzv. *drug checking*, koja je prisutna u Portugalu, Španjolskoj, Francuskoj, Italiji, Švicarskoj, Sloveniji, Austriji, Nizozemskoj, Belgiji i Ujedinjenom Kraljevstvu (Brunt, 2017).

U Hrvatskoj se od ovih praksi provodi samo zamjena igala i šprica, supstitucijska terapija i supstitucijska terapija u penalnim ustanovama. Iako Hrvatska ne zaostaje za zemljama razvijenim u ovom području kao što zaostaju npr. Island i Turska, koji ne primjenjuju niti jednu praksu smanjenja štete (Cook, Bridge i Stimson, 2010), ne smiju se isključiti pozitivni ishodu vezani uz napredovanje i implementaciju više praksi koje su se pokazale učinkovitima. Kako su osobe koje konzumiraju i/ili su ovisne o ilegalnih drogama i dalje marginalizirana skupina i često pružaju otpor tretmanu, potrebno je ponuditi im manje stigmatizirajuće opcije i one opcije koje nisu nužno kao cilj postavile potpuni prestanak korištenja droga. Ovakav bi način omogućio njihov ulazak u neki oblik tretmana na manje prijeteći i više dobrovoljan način, smanjio štetne posljedice konzumacije, spriječio širenje zaraza povezanih s konzumacijom i općenito informirao ljude o zdravijem načinu života. Odluče li se oni na potpuni prestanak konzumacije ili samo na smanjenje rizika povezanih s konzumacijom, pozitivne ishode povezane uz ove metode smanjenje štete ne možemo zanemariti. Usporedbom praksi u razvijenijim zemljama, kao što su Švicarska, Nizozemska, Ujedinjeno Kraljevstvo i Njemačka, prikazat će se njihova uspješnost te moguće dobiti ukoliko bi se koristile u Hrvatskoj. Suvremenije metode smanjenja štete u području ovisnosti i konzumacije droga te ostale koje se koriste su opisane u daljnjem tekstu.

1.1. Zamjena igala i šprica

Glavni cilj metode zamjene igala i šprica jest smanjenje širenja virusa hepatitisa i HIV-a te ostalih zaraznih bolesti koje se lakše šire kod konzumenata droga. Jedna je od prvih korištenih metoda i kao takva se pokazala učinkovitom. Do 2009. godine je ova metoda bila dostupna u 77 zemalja širom svijeta, od kojih je bila 31 europska zemlja (Cook, 2009; Cook, Bridge i Stimson, 2010). Ova se usluga nudi putem specijaliziranih lokalnih centara koji su povezani s problemima ovisnosti, ljekarna ili putem pojedinaca koji imaju kontakt s rizičnim skupinama kojima je potrebna ova usluga, a u pojedinim zemljama postoje i automati pomoću kojih se radi zamjena. U svim zemljama u kojima postoji, nije dostupna u svakom obliku te isto tako nije u jednakoj mjeru dostupna diljem čitave zemlje u kojoj se nudi. U 10 zemalja svijeta se ova usluga nudi i u zatvorima, od kojih je 6 europskih zemalja: Njemačka, Luksemburg, Portugal, Rumunjska,

Španjolska i Švicarska. U zatvorima se usluga zamjene nudi jedan na jedan i obavljaju ju uglavnom zdravstveni djelatnici (Cook, Bridge i Stimson, 2010). Kao jedna od prvih metoda smanjenja štete, zamjena igala i šprica je dosta razvijena, učinkovita i raširena po velikom broju zemalja, a među njima je i Hrvatska.

1.2. Sobe za konzumaciju droga

Sobe za konzumaciju droga su zdravstvene ustanove u kojima ljudi koji konzumiraju droge ih mogu koristiti u sigurnim i higijenskim uvjetima pod nadzorom profesionalnog osoblja. Obično su dio neke druge veće ustanove koja je uglavnom usmjerena na probleme ovisnika ili beskućnika. Ciljani korisnik ove usluge je visokorizična populacija konzumenata, posebno oni koji konzumiraju droge intravenozno i na javnim mjestima. Nastale su upravo kao odgovor na problem konzumacije na javnim mjestima, sve lakšeg širenja zaraze raznim bolestima među konzumentima te povećanja smrtnosti u spomenutoj populaciji. Sukladno tome, glavni ciljevi su smanjenje smrtnosti i širenja zaraza, osiguranje sigurnog i higijenskog mjesta za konzumaciju, edukacija i promocija zdravlja te upoznavanje korisnika s mogućnostima daljnjeg tretmana (Hedrich, 2004).

Sobe za konzumaciju se uglavnom nalaze u europskim zemljama; Njemačka, Luksemburg, Nizozemska, Norveška, Španjolska i Švicarska, a uz te zemlje još postoje i u Kanadi i Australiji. U Europi su do 2009. godine postojale 92 sobe za konzumaciju raspoređene po 61 gradu; 16 u Njemačkoj, 30 u Nizozemskoj i 8 u Švicarskoj. Zaključak je kako sobe za konzumaciju jesu uspješne u ostvarivanju postavljenih ciljeva, dakle pružaju sigurnije okruženje za korištenje, dosežu do marginalizirane i ranjive populacije kojoj pružaju zdravstvenu skrb i edukaciju te smanjuju konzumaciju na javnim mjestima i sve probleme vezane uz nju (Hedrich, Kerr i Dubois-Arber, 2010).

Sobe za konzumaciju pomažu pri smanjenju štete kod ciljane populacije, dakle kod visokorizičnih ovisnika. Također, ukoliko su adekvatno geografski raspoređene, smanjuju smrtnost kao posljedicu predoziranja. Kako se ipak radi o populaciji koja je teško dostupna, ne može se zaključiti utječu li i na smanjenje širenja infekcija (Hedrich, Kerr i Dubois-Arber, 2010). Pokazalo se i kako smanjuju broj slučajeva konzumacije na javnim mjestima, ali neki su korisnici izjavili kako i dalje nastavljaju konzumirati na javnim mjestima iz razloga udaljenosti sobe za konzumaciju od mjesta kupnje ilegalne droge ili radno vrijeme sobe za konzumaciju (Poschadel i sur., 2003;

prema Hedrich, Kerr i Dubois-Arber, 2010). Promatraju se i stavovi šire javnosti prema ovakvim ustanovama i istraživanja pokazuju različite rezultate, iako se uglavnom može reći kako šira javnost prihvaća ovakve ustanove, najviše zato što je prihvatljiva alternativa javnoj konzumaciji (Linssen i sur., 2001; Zurhold i sur., 2003; Zobel i sur., 2003; prema (Hedrich, Kerr i Dubois-Arber, 2010).

Sobe za konzumaciju mogu utjecati na smanjenje kriminalnih aktivnosti, ali to sve ovisi o geografskoj rasprostranjenosti, radnom vremenu i kapacitetu ustanove. Ne postoje dokazi kako su one bile povezane s povećanjem kriminaliteta iako postoje slučajevi prodaje droge u njima. Ovo nije neobično iz razloga što se one obično nalaze blizu mjesta nabave droge, a kako bi se smanjile šanse za prodajom, potrebno je povećati kapacitete ustanove te time smanjiti vrijeme čekanja u kojem se ovakve ilegalne aktivnosti provode (Hedrich, Kerr i Dubois-Arber, 2010).

Kao i sve suvremenije metode smanjenja štete, sobe za konzumaciju su kontroverzne te i dalje rasprostranjene po manjem broju zemalja, uglavnom europskih. One same po sebi ne mogu utjecati na tržište drogom, ali unatoč tome mogu pomoći samim individuama pri očuvanju njihovog zdravlja i pri nošenju s ovisnosti.

1.3. Testiranje droga (*drug checking*)

Testiranje droga je usluga koja konzumentima pruža mogućnost da anonimno testiraju supstancu koji planiraju konzumirati te dobiju povratnu informaciju o sigurnosti korištenja iste (Barrat, Kowalski, Maier i Ritter, 2018). Cilj je informirati ljude o čistoći droge i sigurnosti korištenja kako bi na temelju toga mogli donijeti informiranu odluku o korištenju (Brunt i sur., 2017; prema Barrat, Kowalski, Maier i Ritter, 2018). Specifični ciljevi se razlikuju kod svakog pružatelja usluge, no najčešći su ipak prikupljanje informacija o tržištu droga, nadzor tržišta droga te upozorenje javnosti o mogućim opasnostima kod određenih supstanci koje su u opticaju na tržištu (Brunt, 2017). Prethodno opisane metode ciljaju više na marginalizirane konzumente koji pokazuju probleme na više životnih područja, dok je ova metoda usmjerena na rekreativne konzumente ilegalnih droga koji uglavnom nemaju problema na ostalih područjima života.

Razvoj ove usluge vežemo uz rast popularnosti elektroničke glazbene scene 1990-ih uz koju vežemo i rast popularnosti rekreativnog korištenja droga. Najčešće se radi o psihostimulansima,

dakle MDMA, ketamin, kokain, amfetamini i slično (Brunt, 2017). Ova se usluga pojavila u Nizozemskoj 1992. godine te je bila financirana od strane ministarstva zdravstva (Spruit, 1999; prema Brunt, 2017). Nakon Nizozemske, ovakve se usluge počinju nuditi i u ostalim zemljama, tako danas postoje u Velikoj Britaniji, Portugalu, Španjolskoj, Francuskoj, Belgiji, Švicarskoj, Austriji, Sloveniji i Italiji (Brunt, 2017).

Postoji više načina na koje se ova usluga provodi. Stacionarni način jest kada se usluga provodi uvijek na istom mjestu, dakle postoji točno određen stalni prostor, te se stoga koristi više kemijskih testova za utvrđivanje sastava droge i nije vremenski ograničeno. Drugi način je mobilni tip usluge koji se pruža na mjestu određenog događaja, npr. festivala, te je specifičan po tome što brzo testira supstance i odmah pruža povratne informacije korisnicima ove usluge. Zbog nužne brzine, nije moguće provesti opsežnije testiranje kroz više kemijskih testova i pružiti točnije informacije te se postavlja pitanje je li cilj samo pokazati kako je prisutna određena supstanca koju je potencijalni konzument namjeravao nabaviti ili također i prisutnost ostalih supstanci koje mogu biti više ili manje štetne (Brunt, 2017).

Prednosti ove usluge su što pruža doseg rekreativnim, obično na ostalim područjima ne problematičnim, konzumentima kojima apstinencija nije nužno cilj (Fernandez-Calderon, 2014; prema Brunt, 2017.). Također, neke druge metode smanjenja štete ovakvim se konzumentima mogu činiti kao tehnike zastrašivanja te se testiranje droga pokazalo kao učinkovito pri usmjeravanju pažnje na prevenciju i promjenu obrazaca korištenja prema apstinenciji ili samo smanjenju (Toumbourou i sur., 2007; prema Brunt, 2017). Kritike ove metode su te da konzumentima može dati osjećaj sigurnosti pri korištenju droga, dakle da smatraju kako nema negativnih utjecaja korištenja, a rizik uvijek postoji. Na ovo se može utjecati temeljitim informiranjem korisnika od strane osoblja o općim rizicima konzumiranja. Kritiziraju se i mobilne verzije ove usluge koje se vrše u bučnom, prenapućenom okruženju te nije moguće informirati potencijalne konzumente već se samo izvrši osnovno testiranje koje ne mora nužno dati točne rezultate. Pretpostavlja se kako ovu uslugu koriste i dileri koji onda rezultate testiranja koriste kao neku vrstu reklame za čistoću njihovog proizvoda (Brunt, 2017). Kao kritika se navodi i kako će korisnici usluge bez obzira na rezultate testiranja svejedno konzumirati drogu (Winstock i sur., 2001; prema Brunt, 2017). Kako je opći cilj ipak pomoći potencijalnim rekreativnim korisnicima

pri odluci o korištenju i informiranje, ona je učinkovita pri ostvarivanju istog te je krajnja odluka i dalje na njima samima.

1.4. Naloxon u slučaju predoziranja

Naloxon je lijek koji potencijalno može spasiti opijatske ovisnike u slučaju predoziranja ako se na vrijeme koristi. Djeluje na način da ubrzano smanjuje efekte opijata, a nuspojava je da može uzrokovati probleme slične apstinencijskoj krizi (mučnina, grčevi, nesаница, povraćanje, tahikardija itd.). Može se ubrizgati u venu, u mišić ili u potkožno tkivo, a posebno je važno ubrizgavanje u mišić jer je lakše za nemedicinsko osoblje (Reed, 2016). Za program je potreban trening koji prolaze oni za koje je procijenjeno da je najvjerojatnije da će svjedočiti predoziranju, dakle govorimo o samim ovisnicima, njegovim bliskim kontaktima (vršnjaci i obitelji) te osoblje koje je u svom poslu u doticaju s ovisnicima (McDonald, 2016).

Ovaj lijek postoji i koristi se od 1960ih godina kada je bio poznat pod imenom narcen (McDonald, 2016). Prvo se koristio 40 godina od strane medicinskog osoblja kod predoziranja te se tek krajem 20. stoljeća počinje govoriti o mogućnosti propisivanja lijeka ovisnicima kako bi ga imali sa sobom ako dođe do predoziranja. Početkom 90ih godina prošlog stoljeća smrti kao posljedice predoziranja opijatima su bile na vrhuncu (Davoli i sur., 1993; prema McDonald, 2016). Tako se naloxon za korištenje kod kuće po prvi put propisuje u Njemačkoj i Italiji kasnih 90ih (McDonald, 2016).

Kao i kod ostalih metoda smanjenja štete i za ovu se postavljalo pitanje hoće li samo ohrabriti ovisnike na daljnje korištenje. Specifično za ovu jest to što je i postojao rizik od ponovnog ubrizgavanja heroina kako bi se smanjili simptomi apstinencijske krize kao posljedice ubrizgavanja naloxona. Krajem 90ih je provedeno istraživanje koje je pokazalo kako postoje vrlo male šanse da će naloxon potaknuti rizičnije korištenje opijata (Strang i sur, 1999; prema McDonald, 2016). Također, u Danskoj je provedeno istraživanje na 3245 slučajeva korištenja naloxona u kojima je u samo tri slučaja došlo do smrti osobe koja se predozirala (Rudolfh i sur., 2011; prema McDonald, 2016) što govori o učinkovitosti ovoga lijeka i važnosti njegove dostupnosti.

Program naloxon za kod kuće se provodi u sedam europskih zemalja: Danska, Estonija, Italija, Njemačka, Norveška, Španjolska i Ujedinjeno Kraljevstvo (EMCDDA, 2015; prema McDonald,

2016), dok se u nekim zemljama razmatra o uvođenju ovog programa. McDonald, Campbell i Strang (2017) govore o povećanju dostupnosti naloxona u razdoblju između 2011. i 2016, godine no i dalje nedovoljnom korištenju ove intervencije koja se dosljedno pokazuje kao učinkovita pri smanjenju smrtnosti opijatskih ovisnika.

2. NJEMAČKA

2.1. Uvod

Njemačka kao glavne ciljeve pri nošenju s problemom ovisnosti postavlja prevenciju ovisnosti, tretman ovisnika, smanjenje štete te smanjenje dostupnosti ilegalnih supstanci na tržištu droga. Smanjenje štete zauzima važnu ulogu u njemačkoj politici prema drogama te se tako provode mjere kako bi se spriječile zaraze virusom HIV-a i hepatitisa b i c, pa se provodi zamjena igala i šprica, propisivanje naloxona kao prevencija predoziranja, postoje sobe za konzumaciju droga i terapija heroinom. Vidljivo je kako postoji velik broj metoda za smanjenje štete no nisu sve jednako dostupne u čitavoj državi (EMCDDA, 2019).

Testiranje droga kao metoda smanjenja štete u Njemačkoj nije legalno, svako posjedovanje je kažnjivo zakonom. S obzirom na popularnost konzumacije ilegalnih droga u noćnom životu u Njemačkoj, razmatra se uvođenje metode testiranja droga te se istražuje zainteresiranost konzumenata i potreba za provođenjem ove usluge (Betzler, Helbig, Viohl, Ernst, Roediger, Gutwinski, Ströhle i Köhler, 2020).

2.2. Zakon i trendovi

U Njemačkoj, odgovornost za politiku prema drogama i ovisnosti nosi vlada i općine te je važna i uloga ministarstva zdravlja unutar kojeg djeluje i ured za droge. Važni zakoni su Zakon o drogama, Kazneni zakon i Zakon o socijalnoj dobrobiti. Također, postoji i Nacionalni odbor za droge i ovisnosti koji prati provođenje i vrši evaluaciju federalnih strategija i projekata usmjerenih na droge (EMCDDA, 2019).

U Njemačkoj je od 2012. usvojena Nacionalna strategija o drogama i ovisnosti te za nju nije točno određen kraj. Kao glavni cilj strategije se postavlja pružanje pomoći osobama pri izbjegavanju ili smanjivanju konzumacije sredstava ovisnosti te isti utjecaj na bihevioralne ovisnosti. Oslanja se na četiri temelja njemačke politike prema drogama i ovisnostima; prevenciju, tretman i savjetovanje, smanjenje štete i smanjenje mogućnosti nabave ilegalnih supstanci na tržištu drogama. Osim ovisnosti o drogama, usmjerava se i na ovisnost o alkoholu, duhanu, lijekovima propisanim od strane liječnika i bihevioralne ovisnosti poput patološkog kockanja i ovisnosti o internetu. Sustavna evaluacija ove strategije nije provedena niti je ona planirana, ali Njemačka, kao i većina ostalih europskih zemalja, prati utjecaj i uspješnost strategije putem velikog broja drugih istraživačkih projekata, kao npr. istraživanje prevalencije konzumacije droga koje se provodi svake tri godine (EMCDDA, 2019).

Njemački federalni zakon o narkoticima definira kategorije supstanci, tržište drogom, propisivanje lijekova, povezana kaznena djela i kazne te alternativne sankcije za počinitelje koji imaju problema s ovisnostima. Sama konzumacija droga se ne spominje kao kazneno djelo, ali je posjedovanje i kupnja droge kazneno djelo kažnjivo zatvorskom kaznom do pet godina. Postoje i brojne druge blaže mogućnosti i sankcije za osobe koje su uhvaćene s manjom količinom ilegalne droge za osobne potrebe, a njihova primjena ovisi o količini i tipu droge, kriminalnoj povijesti osobe te opsegu kojim bi se zadovoljio javni interes ukoliko se protiv osobe podigne optužnica. Većina općina ima definirane količine ilegalnih droga koje se smatraju malim količinama, npr. 6 do 10 grama kanabisa, ali manji broj općina definira količine za ostale droge, npr. kokain ili MDMA (EMCDDA, 2019). Ukoliko je osoba osuđena na zatvorsku kaznu, a potreban joj je tretman zbog njene ovisnosti, zatvorska kazna će se odgoditi dok osoba završi tretman, ali samo ako je ona voljna uključiti se u isti. Prodaja, uzgoj ili izrada droge se obično kažnjava zatvorskom kaznom do pet godina, ali ta kazna može narasti i do petnaest godina ako je osoba npr. uhvaćena s velikom količinom droge, ako su u posao prodaje uključeni maloljetnici, bande ili oružje itd. Od 2016. godine se zakonski zabranjuje prodaja i nabava novih psihoaktivnih tvari, a kažnjava se zatvorskom kaznom do tri godine, u posebnim slučajevima s otegotnim okolnostima ta kazna može narasti i do deset godina (EMCDDA, 2019). Od 1986. *ecstasy* je uključen u Njemački zakon o narkoticima. Kasnije, 90ih godina, nastajanjem dizajnerskih droga i one se uvode u zakon (Soellner, 2005). U Njemačkoj je od 2013. godine primijećen blagi porast kaznenih djela

povezanih s drogom. Većinu kaznenih djela čini posjedovanje, kupnja ili prodaja, a najveći broj kaznenih djela je povezan s kanabisom nakon kojeg slijede amfetamini (EMCDDA, 2019).

Procjenjuje se kako je malo više od četvrtine ljudi u Njemačkoj barem jednom u životu probalo drogu, a ako gledamo na period od godine dana, 1 od 10 ljudi je konzumiralo, pola od njih koji jesu konzumirali u proteklih godinu dana je konzumiralo i u posljednjih 30 dana. Kao i u ostalim zemljama, najčešće korištena ilegalna droga je kanabis. Konzumacija je češća kod muškaraca nego kod žena, a najčešća je u dobnoj skupini od 18 do 25 godina. U 2015. godini je po prvi puta amfetamin bio zabilježen kao najčešće korišteni stimulans u posljednjih 12 mjeseci, a nakon njega slijede kokain i MDMA. U odrasloj populaciji, 2.8 posto ljudi je probalo nove psihoaktivne tvari, a ako se usmjeri na dob između 18 i 25 godina, onda je 2.2 posto konzumiralo. Analiza otpadnih voda u 2018. godini je pokazala povećanje koncentracije kokain i MDMA-a, posebno vikendom. Metamfetamin je u otpadnim vodama pronađen više na istoku države, dok je kokain najviše pronađen oko velikih gradova poput Berlina i Dortmunda. Od 2016. godine se povećao broj ljudi koji započinju tretman, a kao glavni razlog navode konzumaciju amfetamina. Kod heroina je primijećen trend pušenja ili ušmrkavanja, a sve je manje slučajeva injektiranja. Sve je veći broj ljudi koji se po prvi puta javljaju u tretman zbog konzumacije kanabisa, no to ne znači nužno problematichniju konzumaciju nego postoji veći broj tretmanskih mogućnosti koje se usmjeravaju isključivo na kanabis (EMCDDA, 2019).

Zarazne bolesti povezane s drogama i ovisnostima prati Robert Koch institut. Od 2000. do 2009. je primijećen pad u broju zaraza virusom HIV-a, on ostaje stabilan od 2010. do 2012. otkada je vidljiv blagi porast. Procjenjuje se da je oko 5 posto novih slučajeva zaraze virusom HIV-a povezano s intravenoznom konzumacijom droga. Zaraza hepatitisom c je i dalje problem te podaci iz 2017. godine govore kako je za 80 posto ovih zaraza odgovorno intravenozno konzumiranje droga (EMCDDA, 2019).

Smrtnost kao posljedicu konzumacije droga prati policija i Njemački zavod za statistiku. Oba izvora govore o smanjenju smrtnosti kao posljedice konzumacije, a smrt je najčešće posljedica konzumacije heroina, heroina u kombinaciji s ostalim supstancama, nakon čega slijede amfetamini, kokain i *crack*. Smrt zbog konzumacije droga u populaciji staroj između 15 i 64 godine je u Njemačkoj bila 21 osoba na milijun stanovnika što je ispod europskog prosjeka koji iznosi 22 osobe na milijun stanovnika (EMCDDA, 2019).

2.3. Povijest

U Njemačkoj se 1930-ih alkohol i duhan nisu smatrali psihoaktivnim supstancama kao danas te korištenje nije sa sobom vuklo toliku stigmatu (Proctor, 1999; prema Lewy, 2008). Prije prvog svjetskog rata, vlada je držala monopol na proizvodnju droga, posebno onih za čiju je proizvodnju potrebno znanje i odgovarajući laboratorij. Glavna droga tada u Njemačkoj su bili opijati, posebno morfij. Krajem 19. stoljeća je stvorena droga kojoj je kasnije dan naziv heroin, a bila je namijenjena oboljelima od tuberkuloze. Heroin su liječnici propisivali do 1950-ih godina 20. stoljeća (Lewy, 2008).

Za vrijeme Weimarske Republike (1919.-1933.) druga najčešće korištena droga je bio kokain. Njegova popularnost raste nakon prvog svjetskog rata kada dolazi do ilegalnog tržišta i postaje dostupan ljudima izvan vojske i liječničke struke (Friman, 1999; prema Lewy, 2008). Najpopularniji je bio 1920-ih, nakon čega počinju strože kontrole i zabrane od strane vlade (Lewy, 2008). Popularna droga je bio i metamfetamin te je nacistička Njemačka bila jedna od prvih zemalja koje je regulirala njegovo korištenje, no nije ga potpuno zabranila. Koristio se u vojne svrhe kod opasnijih operacija, posebno kod pilota i mornarice (Lewy, 2008).

U periodu oko drugog svjetskog rata najčešće korištene droge na prostoru Njemačke su bile morfij i heroin. Hesse je 1930-ih proveo istraživanje koje je pokazalo kako je 1 od 100 liječnika ovisnik što je utjecalo na vlasti da pojačaju kontrolu liječnika jer su oni smatrani najslabijom karikom njemačke politike prema ovisnostima (Linz, 1944; prema Lewy, 2008). Za vrijeme drugog svjetskog rata, slučaj je bio da su većinu ovisnika činili vojnici te je zaključak tada bio da rat stvara ovisnike, što zbog njihovog slabog morala ili su postali ovisni zbog tretmana opijatima. Za ovisne zbog tretmana opijatima je bio predviđen tretman i tražili su se najadekvatniji načini pružanja pomoći (Dansauer i Rieth, 1931; prema Lewy, 2008). Kanabis kao najčešće korištena droga u SAD- u i velikom broju ostalih zemalja, u Njemačkoj sve do 1960-ih godina skoro uopće nije bio poznat pa stoga nije predstavljao ni problem. Ovisnici u tom razdoblju nisu bili ljudi nižih klasa, već se radio u uzdignutim članovima društva, dakle radilo se najčešće o liječnicima i ratnim veteranima. Nacisti su vjerovali kako ovisnost o drogama, za razliku o ovisnosti o alkoholu, nije nasljedna te stoga ne predstavlja opasnost za arijsku rasu i može se liječiti (Lewy, 2008).

Od 1973., svake tri ili četiri godine se u Njemačkoj provodilo istraživanje konzumacije droga u populaciji mladih. *Ecstasy* se u ovo istraživanje po prvi puta uvodi 1993. godine. Rezultati iz 2001.

godine pokazuju kako je u cjeloživotnom razdoblju amfetamine i *ecstasy* konzumiralo 4 posto mladih. Rastom popularnosti i prihvaćanjem kanabisa, 2001. godine je porastao broj mladih koji konzumiraju, sa 16 posto 1993. godine na 26 posto. Istraživanje o konzumaciji droga na populaciji odraslih se provodi od 1980. svake 2 do 5 godina (Soellner, 2005).

Istraživanje konzumacije droga mladih uključenih u *techno* scenu je provedeno 1996. godine (Tossmann i Heckmann, 1997; prema Soellner, 2005). Intervjuirane su 1664 mlade osobe, a rezultati su pokazali kako je najčešće korištena supstanca kanabis, preko dvije trećine ispitanika je konzumiralo. Polovica je izjavila kako je barem jednom u životu probala *ecstasy*, 44 posto *speed*, 37 posto halucinogene droge, 31 posto kokain. Promatrajući razdoblje od posljednjih mjesec dana, više od pola ispitanika izjavljuje kako nisu konzumirali ilegalne droge (Soellner, 2005).

Tradicionalno je Njemačka politika prema drogama bila represivna (Scheerer i Vogt, 1989; prema Fischer 1995). Zakon se strogo slijedio te je tako većina ljudi uhvaćena s bilo kojom količinom droge bila i uhićena. Uhićenja zbog kaznenih djela povezanih s drogom su se povećala 1980-ih godina tako da je skoro pola uhićenih osoba bilo i osuđeno i dobilo sankciju zbog kaznenog djela. Pola osuđenih je služilo zatvorsku kaznu koja je trajala najčešće između dvije i pet godina (Dunkel, 1989; prema Fischer, 1995). Glavna područja njemačke politike prema drogama 1980-ih godina su bila zakonodavstvo, represija i sankcioniranje. Do promjene politike prema kanabisu dolazi 1990-ih, potaknuto postupcima sudaca koji su odbili osuđivati konzumente kanabisa na sankcije koje su smatrali neprimjerenima kaznenom djelu (Neskovic, 1994; prema Fischer, 1995). Otada se ublažavaju mjere za osobe koje posjeduju manje količine za povremenu i vlastitu upotrebu (Fischer, 1995).

Kasnih 1980-ih je porastao broj konzumenata i ovisnika o težim drogama, te se procjenjuje kako je postojalo oko 100 tisuća ljudi u zapadnoj Njemačkoj koji pripadaju ovoj populaciji. Velik broj ovisnika o heroinu je činio ostala kaznena djela kako bi mogli financirati svoju ovisnost, npr. prostitucija (Fischer, 1995). Unatoč jačanju policijskih kontrola, 1980-ih godina heroin i ostale teže droge su postale dostupnije na tržištu, pala im je cijena i promijenio se sastav što je predstavljalo veliku opasnost za konzumente (Noller, 1994; prema Fischer, 1995). Tada se broj smrtnih slučajeva kao posljedica konzumacije, najčešće opijata, utrostručio (Neskovic, 1994; prema Fischer, 1995).

Širenjem zaraze virusom HIV-a sve se veća pažnja usmjerava na konzumente droga, posebno one uključene i u prostituciju, najviše nakon što se pokazalo kako znanje o postojanju opasnosti od zaraze ne smanjuje intravenoznu konzumaciju (WHO, 1993; prema Fischer, 1995). Pokazano je kako je 1980-ih godina u Frankfurtu, 80 posto ovisnica o heroinu također sudjelovalo i u prostituciji (Vogt, 1993; prema Fischer, 1995). Iz svih se ovih razloga sredinom 1980-ih kreće s metodom smanjenja štete zamjenom igala i šprica (Fischer, 1995).

Do kraja 1990-ih u Njemačkoj je postojala značajna razlika između istoka i zapada zemlje, a vidljiva je bila i u konzumaciji droga na način da su ljudi u istočnoj Njemačkoj značajno manje konzumirali droge. Konkretni podatak pokazuje da je 1995. godine u zapadnoj Njemačkoj 19.3 posto muškaraca starih između 18 i 59 godina konzumiralo droge, dok je u istočnoj Njemačkoj, na istoj populaciji, to činilo 6 posto (Perkonigg, Lieb i Wittchen, 1998).

Početak 1990-ih godina te pojavom i rastom popularnosti *techno* glazbe i povezane scene, raste i popularnost droga povezanih s tom scenom. Svoj vrhunac, *techno* scena, doživljava festivalom Love Parade u Berlinu. Prvi festival je održan 1989. sa 150 posjetitelja, 1995. godine je festival posjetilo oko 500 tisuća ljudi, a najveći broj ljudi je na festivalu bio 1999., oko 1.5 milijuna ljudi (Soellner, 2005).

2.4. Metode

2.4.1. Terapija heroinom

Testiranja s korištenjem heroina u tretmanu ovisnika su u Njemačkoj započela 1992. kada je u Hamburgu pokrenut zahtjev za promjenu zakona kako bi propisivanje medicinskog heroina postalo legalno. Također, 1993. je u Frankfurtu pokrenut zahtjev za odobrenje od strane ministarstva zdravlja za testiranje učinkovitosti primjene medicinskog heroina. Oba zahtjeva nisu imala odgovarajuću političku podršku da bi bila odobrena, ali su pokrenula ovu temu u državi. Primjena i istraživanja su krenula tek 2001. godine u sedam njemačkih gradova. Zakon je promijenjen 2009. godine kada je dopuštena primjena ove vrste tretmana, ali samo kao zadnji izbor za ovisnike kojima druge metode nisu pomogle (Strang, Groshkova i Metrebian, 2012).

U Njemačkoj postoji sedam klinika koje pružaju ovu vrstu tretmana te su sve organizirane na način da korisnici ili imaju poseban ulaz u kliniku ili dolaze u vrijeme kada nema ostalih pacijenata.

Ovisno o financijskim resursima, klinike primaju od 12 do 70 korisnika te je 2011. u ovaj tretman bilo uključeno oko 300 ovisnika. Korisnici moraju imati najmanje 23 godine, ovisni su najmanje pet godina, konzumiraju drogu uglavnom intravenozno, prisutni su izraženi problemi fizičkog i mentalnog zdravlja i bili su uključeni u barem dva tretmana koji su bili neučinkoviti. Sve klinike su smještene u centru gradova i otvorene su obično svih sedam dana u tjednu. Prije svakog tretmana, korisnike se testira na prisutnost alkohola u organizmu te se redovito rade provjere urina kako bi se vidjelo jesu li prisutni spojevi koji se nalaze u heroinu koji se nabavlja na ilegalnom tržištu. Radi se na principu da se ostvari suradnja sa što više ostalih pružatelja usluga, posebno socijalnih, kako bi se pozitivno utjecalo i na druga područja života korisnika usluge (Strang, Groshkova i Metrebian, 2012).

U Njemačkoj je na 278 ispitanika ovisnika proučavana dugoročna učinkovitost tretmana heroinom. Učinci su bili promatrani u razdoblju od dvije godine. Rezultati su pokazali poboljšanje fizičkog i mentalnog zdravlja te smanjenje slučajeva ponovnog korištenja droga. U spomenutim područjima napredak je ostvaren već u prvih nekoliko mjeseci tretmana. Napredak u socijalnoj situaciji se kontinuirano odvijao tijekom dvije godine trajanja istraživanja, radi se uglavnom o pronalasku stalnog mjesta za život, pronalasku i zadržavanju posla te socijalne mreže koja nije povezana s drogama. Potvrđeno je kako je tretman heroinom prikladan za dugogodišnje ovisnike kojima ostale metode tretmana nisu pomagale (Verthein, Bonorden-Kleij, Degkwitz, Dilg, Köhler, Passie, Soyka, Tanger, Vogel i Haassen, 2008).

Analize troškova i financijskih ulaganja u programe supstitucijskom terapijom i terapijom heroinom u Njemačkoj su pokazale kako je isplativije primjenjivati terapiju heroinom. Primjena terapije heroinom godišnje uštedi na svakom korisniku prosječno 5,966 eura, dok primjena ostalih sličnih metoda prouzroči financijski minus od prosječno 2,096 eura godišnje po korisniku. Smatra se kako je razlog za ovaj minus i neisplativost manja učinkovitost metoda koje npr. ne smanjuju kaznena djela što uzrokuje troškove za osobe u penalnom sustavu (Schulenburg i Claes, 2006; prema Fischer, Oviedo-Joekes, Blanken, Haasen, Rehm, Schechter, Strang i van den Brink, 2007). Dnevno se u Njemačkoj za svakog korisnika ove terapije potroši 52 eura (EMCDDA, 2011).

2.4.2. Sobe za konzumaciju droga

U početku, 1990-ih godina, sobe za konzumaciju nisu bile legalne, stoga su postojale tzv. *health rooms* u kojima konzumacija i dalje nije bila dopuštena, ali se tolerirala u svrhu očuvanja zdravlja konzumenata (AK Konsumraum, 2011). Inicijativa za otvaranje prvih soba za konzumaciju je započela u Hamburgu i Frankfurtu ranih 1990-ih (Klee, 1997; prema Hedrich, 2004). Nakon što je utvrđeno da se postojanjem ovakve usluge ne krše njemački zakoni ili konvencije UN-a, od 1994. postoje prvo u Frankfurtu, dok u drugim gradovima nastaju nešto kasnije. Zakon je službeno promijenjen 1999. godine kada je prilagođen na način da sobe za konzumaciju postanu potpuno legalne. Kako se politika prema drogama razlikuje u različitim dijelovima Njemačke, dopušteno je svakoj saveznoj zemlji da odluči hoće li dopustiti ili ne postojanje ovih ustanova na svom području (Hedrich, 2004).

Potrebno je zadovoljiti deset kriterija kako bi se osigurala sigurnost korisnika usluge: prikladna oprema, prisutnost medicinskog osoblja, mogućnost savjetovanja i pružanja pomoći, preporuka daljnjih terapijskih mogućnosti, primjena mjera za prevenciju kriminalnih aktivnosti unutar ustanove, suradnja s lokalnim vlastima kako bi se spriječilo činjenje kaznenih djela, definiran profil ljudima kojima je dopušteno koristiti ovu uslugu, provođenje evaluacije usluge, pristupnost obučenog osoblja cijelo vrijeme te imenovanje osobe koja će biti odgovorna za poštovanje prethodno navedenih zahtjeva (Federal Ministry of Health and Social Security, 2003; prema Hedrich, 2004). Do 2003. godine, sobe za konzumaciju su postojale u 6 od 16 saveznih država, ukupno 25 soba za konzumaciju u 14 gradova (Hedrich, 2004), a isti broj soba se zadržao i do 2011. godine (AK Konsumraum, 2011).

U Berlinu je uvedena novost da postoji mobilna soba za konzumaciju koja posjećuje mjesta koja su u to vrijeme poznata okupljališta konzumenata. Pokazuje se kako su ostvareni brojni pozitivni pomaci kao posljedica ove usluge, npr. smanjuje se smrtnost, predoziranja i širenja zaraznih bolesti, manje su stigmatizirajuće za korisnike te im predstavljaju most prema drugim uslugama i utječu na smanjenje problema na tržištu droga (AK Konsumraum, 2011).

Usluga se ne smije pružati osobama koje su uključene u tretman supstitucijskom terapijom, osobama koje su u tom trenutku pod utjecajem alkohola ili drugih supstanci i osobama koje nisu sposobne razumjeti rizike i opasnosti konzumacije droga, najčešće maloljetnici. Neke sobe su

otvorene od tri sata na dan, a neke i do dvanaest sati na dan, ovisno o sobi, postoji sve od 3 do 20 mjesta namijenjenih korisnicima (AK Konsumraum, 2011).

Kako je primijećen velik broj ljudi u populaciji korisnika soba za konzumaciju koji su zaraženi virusom hepatitisa A, B i C, posebna se pažnja usmjerava i na prevenciju ovakvog oblika zaraze. Korisnicima soba se pruža mogućnost edukacije o prevenciji širenja zaraze te mogućnost primanja cjepiva protiv hepatitisa B. Također se provode i posebne kampanje koje su namijenjene široj populaciji od samih korisnika soba, a usmjerene su isto na prevenciju i cijepljenje (AK Konsumraum, 2011).

Posebna se pažnja usmjerava i na zaposlenike soba koji se nalaze u stresnom, a nekad i opasnom okruženju. Oni prolaze treninge i edukacije kako bi se adekvatnije nosili s mogućim napadima, neugodnim korisnicima, uvredama i svim ostalim očekivanim neugodnim situacijama. Evaluacija soba za konzumaciju u Njemačkoj kontinuirano pokazuje o uspješnosti provođenja, smanjuju se rizici koje sa sobom nosi konzumacija droga, npr. bolesti i rizici u socijalnom dijelu života, i smanjuje se broj predoziranja, a time i smrtnih slučajeva (AK Konsumraum, 2011).

2.4.3. Naloxon u slučaju predoziranja

S podjelom naloxona se krenulo 1998. godine u Berlinu, a danas je on dostupan u 19 gradova u Njemačkoj. Kao i u ostalim zemljama, naloxon se u Njemačkoj dobiva preko liječnika, ali ga je također moguće i nabaviti ga u ljekarni, tada veći financijski trošak pokriva korisnik. Namijenjen je osobama ovisnim o opioidima koji prethodno prođu trening njegove odgovarajuće primjene. U Frankfurtu je slučaj da lijek nabavljaju obučene osobe koje drže treninge te lijek dostavljaju osobama koje završe trening primjene i kojima je potreban. Problem je jedino nabava naloxona osobama kojima nije osobno potreban ali imaju u svojoj okolini blisku osobu kojima je potreban. Ukoliko je ovakva situacija i hitan slučaj, ovakvoj je osobi zakonski dopušteno nabaviti naloxon (EMCDDA, 2020).

Većina predoziranja koje za posljedicu imaju smrt se javlja u privatnim prostorima i u pedeset posto slučajeva su ljudi okruženi drugima. Smrt se javlja kao posljedica zastoja rada srca ili pluća. Uglavnom su ljudima kojima su okruženi također konzumenti koji ne reaguju pravovremeno i

ispravno zbog straha od zakonskih sankcija. Uporabom i posjedovanjem naloxona, ali i završenom obukom o primjeni, se utječe na ovaj problem (AK Konsumraum, 2011).

U Njemačkoj, osoba smije nabaviti naloxon samo ako je educirana o njegovom primjeni, ako je ovisna o drogi, ako je službeno zabilježeno kako će ta osoba primiti naloxon i ako se osoba obveže da će izvijestiti u slučaju primjene naloxona. Iako osobe koje jesu u životu ovisnika, legalno ne mogu nabaviti naloxon osim u hitnim situacijama, svejedno se preporuča da završe obuku o njegovoj primjeni (AK Konsumraum, 2011).

Potrebno bi bilo educirati svo osoblje soba za konzumaciju o primjeni naloxona i omogućiti dostupnosti naloxona svakom ovisniku o opijatima pa bi se time još više utjecalo na očuvanje zdravlja i života korisnika (AK Konsumraum, 2011).

2.4.4. Zamjena igala i šprica

Unatoč represivnoj njemačkoj politici prema drogama, programi zamjene igala i šprica kao što je slučaj i u ostatku Europe, nastaju sredinom osamdesetih kao odgovor na širenje zaraze virusom HIV-a. Programi zamjene igala i šprica u Njemačkoj su legalni od 1992. godine, pet godina nakon pojave prvih ovakvih programa na lokalnoj razini. Njemačka također pažnju usmjerava i na ovakve programe u penalnom sustavu, gdje postoji problem intravenozne konzumacije droga te se 1996. kreće s primjenom ovih programa u 220 njemačkih zatvora i kaznionica (Weber i Schneider, 1998).

Promatrajući zatvorsku populaciju, prvi program zamjene igala i šprica je započeo 1996. u ženskom zatvoru u Vechti, a malo kasnije iste godine u muškom zatvoru u Lingenu. Oba su zatvora bila poznata po velikom broju ovisnika o drogama, a uz to i po velikom broju zaraza povezanim bolestima. U ženskom je zatvoru bilo postavljeno pet posuda za doziranje igala i šprica na dostupnim, ali skrivenim mjestima u zatvoru. U muškom zatvoru se zamjena odvijala putem obučenog osoblja koje se specifično usmjeravalo na problem ovisnosti. Nakon provedbe ovog projekta prepoznate su pozitivne strane programa te se on nastavlja primjenjivati (Stover i Nelles, 2003).

Danas se u Njemačkoj zamjena igala i šprica provodi u sklopu brojnih drugih usluga, npr. soba za konzumaciju, unutar raznih ustanova te postoje automati. Ne postoje podaci koji govore o količini

podijeljenih igala i šprica na nacionalnoj razini, ali se podaci sakupljaju i bilježe na lokalnoj razini i posebno u većim gradovima (EMCDDA, 2019).

2.5. Zaključak

Njemačka je zemlja koja je kroz dvadeseto stoljeće prošla kroz velik broj promjena i značajno je promatrati kako su te promjene utjecale na politiku i stav prema drogama i ovisnostima. Dugo vremena je bio naglašen represivni pristup prema drogama i osobama koje konzumiraju droge, ali unatoč njemu su se i dalje uspjele razviti metode smanjenja štete. Njemačka je u svoju praksu uključila velik broj suvremenijih metoda smanjenja štete te je važno što i dalje radi na uvođenju i ostalih novijih metoda koje se primjenjuju u okolnim zemljama gdje su se pokazale kao uspješne.

3. UJEDINJENO KRALJEVSTVO

3.1. Uvod

Ujedinjeno Kraljevstvo pri nošenju s problemom ovisnosti i konzumacije ilegalnih droga navodi dva glavna cilja: smanjenje štete i same konzumacije te povećanje broja ljudi koji su u procesu oporavka od problema povezanih s drogama (EMCDDA, 2019). Intervencije smanjenja štete uključuju informiranje o sigurnoj konzumaciji, informiranje o sigurnim seksualnim odnosima, zamjena i podjela opreme za injektiranje, savjetovanje i podrška, cijepljenje protiv hepatitisa B, preporuka prikladnog tretmana, tretiranje problema povezanih s infekcijama virusom HIV-a i hepatitisa C, opskrba naloxonom za uzimanje kod kuće te trening ovisnika i njihovih obitelji za nošenje s problemom ovisnosti i konzumacije (EMCDDA, 2019).

3.2. Zakoni i trendovi

U Ujedinjenom Kraljevstvu je za koordinaciju i nadziranje izvršavanja strategija vezanih za ilegalne droge odgovoran Home Office (slične funkcije kao ministarstvo za unutarnje poslove) koji djeluje u ime vlade. Djeluje uz podršku ministara, odbora za strategije za droge te uz pomoć

partnerstva s drugim udrugama i institucijama koje se bave problemom ovisnosti i njene prevencije (EMCDDA, 2019).

Zakon o zlouporabi droge, donesen 1971., je i dalje baza prema kojoj se promatra i procjenjuje problem droge. Prema tom se zakonu supstance dijele u tri kategorije, A, B i C kategoriju koje onda utječu na odabir kaznenopravne sankcije. Kategoriji A pripadaju teže droge poput heroina i kokaina, kategoriji B amfetamini i kanabis te kategoriji C benzodiazepini. Također, kategorije utječu i na druge zakone, npr. Zakon o trgovanju drogom, isto na način da određuju sankcije. Prema Zakonu o zlouporabi droge, korištenje droga kao takvo, samo po sebi nije kazneno djelo, ali posjedovanje jest te je Ujedinjeno Kraljevstvo zemlja u kojoj je posjedovanje bilo koje količine droge kažnjivo (EMCDDA, 2019).

Pri definiranju metoda smanjenja štete, važna je Nacionalna strategija za droge koje je donesena 2017. godine te naglašava važnost smanjenja štete. Škotska, Wales i Sjeverna Irska imaju svoje nacionalne strategije koje su slične strategiji Velike Britanije. Sam sustav je nešto kompliciraniji jer je lokalnim vlastima pružena moć da same izabiru pristupe koje će koristiti. U Engleskoj su programi financirani od strane lokalnih vlasti, a provode ih specijalizirane ustanove za pružanje tretmana te ponekad srodne ustanove kao npr. klinike za seksualno zdravlje ili usluge cijepljenja (EMCDDA, 2019).

Prevalencija korištenja droga u općoj populaciji u Engleskoj i Walesu se proteklih desetak godina nije značajno mijenjala te je tako 1 od 10 osoba starih između 16 i 59 godina u protekloj godini koristilo droge. Ranih 2000-ih godina su Engleska i Wales imali najveću prevalenciju korištenja kanabisa od europskih zemalja, a danas je takvo korištenje standard u europskim zemljama što govori o širem korištenju kanabisa i većoj prihvaćenosti u općoj populaciji. Od 2004. do 2014. je primijećen pad pri korištenju droga kod djece osnovnoškolske i srednjoškolske dobi, no 2016. je zabilježen porast. U Škotskoj je kod iste populacije zabilježen pad 2004. te je takav postotak ostao stabilan. Najčešće korištena ilegalna droga kod ove populacije, kao što je slučaj i u ostalim zemljama, je kanabis. Analiza otpadnih voda je pokazala veću količinu kokaina, posebno u Bristolu, te povećanje količine kokaina za vrijeme vikenda (EMCDDA, 2019).

Smanjio se broj osoba koje konzumiraju heroin intravenozno, no dolazi do povećanja konzumacije injektiranjem kod drugih supstanci, npr. *cracka* i vrsta amfetamina, što predstavlja novi problem. Promatrajući osobe koje se javljaju u tretman, kao primarnu drogu najčešće navode heroin. Ako

se usmjerimo samo na one koji prvi puta traže pomoć, oni kao primarnu drogu navode najčešće kanabis, zatim kokain (EMCDDA, 2019).

Kao što je slučaj i u ostalim zemljama, smanjuje se prevalencija zaraze virusom HIV-a, dok je broj zaraženih hepatitisom C, kao uzrok se najčešće navodi intravenozno korištenje, i dalje visok te stabilan (EMCDDA, 2019). U Škotskoj 2016/17 je bilo zabilježeno oko 8500 prijama hitnih slučajeva kao posljedica korištenja droge, više od pola slučajeva zbog opioida (EMCDDA, 2019). U porastu je broj ljudi starih između 30 i 40 godina koji konzumiraju droge te zbog nedostatka iskustva, niske tolerancije, nižeg indeksa tjelesne mase i namjere sudjelovanja u rizičnim ponašanjima oni postaju rizičnija skupina (Fisher i Measham, 2018).

Ujedinjeno Kraljevstvo je 2016. godine zabilježilo rekordan broj smrtnosti kao posljedice konzumacije droga. U većini je slučajeva smrt nastala kao posljedica konzumacije heroina ili metadona, zatim benzodiazepina, kokaina (uglavnom u kombinaciji s heroinom) te amfetamina, a srednja dob umrlih je 42 godine (EMCDDA, 2019). Smrtnost kao posljedica konzumacije *ecstasyja* i kokaina raste u posljednjih nekoliko godina u Ujedinjenom Kraljevstvu te je broj ljudi primljenih u zdravstvene ustanove zbog konzumacije kokaina porastao za 90 posto od 2011. godine (EMCDDA, 2019). U Engleskoj i Walesu u 2016. godini kao posljedica konzumacije *ecstasyja* su umrle 63 osobe, dok je 2010. taj broj bio 10 osoba (Manders, 2017; prema Fisher i Measham, 2018). Slična situacija je i s kokainom koji bilježi porast sa 112 smrtnih slučajeva 2011. u Engleskoj i Walesu na 371 smrtni slučaj 2016. (Manders, 2017; prema Fisher i Measham, 2018). Razlog ovakve povećane smrtnosti je i u povećanju čistoća droge te samim time i opasnim te nekad i smrtonosnim dozama. Tržište drogom u Ujedinjenog Kraljevstvu se širi te supstance dostupne na njemu imaju sve jače djelovanje i veću čistoću. Sve je to dovelo do povećanja broja rekreativnih konzumenata koji ne prepoznaju štetnost te time i zanemaruju smanjenje štete (Fisher i Measham, 2018).

Istraživanje provedeno na 1214 osobe koje intravenozno konzumiraju droge je pokazalo kako je njih 52 posto u protekla četiri tjedna dijelilo opremu za injektiranje, a kada su se postavila detaljnija pitanja, broj osoba koje dijele opremu je porastao na 78 posto. Nisu pronađene razlike s obzirom na spol, dob, glavno sredstvo konzumacije, duljinu konzumacije, prijašnje pokušaje tretmana ili geografsku lokaciju (Hunter, Stimson, Judd, Jones i Hickman, 2000).

Povezanost droga i noćnog života postoji na način da je za pojedince koji posjećuju klubove 10 puta vjerojatnije da će konzumirati neki supstancu koja se nalazi u kategoriji A ilegalnih supstanci (Broadfield, 2017; prema Fisher i Measham, 2018). Niti jedan klub ne može tvrditi kako se u njegovom prostoru ne konzumiraju ilegalne supstance, no i dalje neki tvrde kako su mjesto nulte tolerancije prema drogi što rezultira nedostupnošću metoda smanjenja štete i time većom štetnosti za konzumente (Fisher i Measham, 2018).

Vlada je 1996. izjavila kako klubovi nisu mjesta na kojima je dopuštena konzumacija ilegalnih droga te da su oni odgovorni za ilegalne aktivnosti na njihovom prostoru. To je rezultiralo zakonskim promjenama; klubovi su odgovorni ukoliko se na njihovom prostoru dogodi prodaja droge ili smrt kao posljedica konzumacije, moć policije da oduzme dozvolu za poslovanje klubu ili prostoru na kojem je konzumacija zabilježena kao ozbiljan problem (kriteriji za konzumaciju kao ozbiljan problem nisu nikad definirani). Očekivano, ovakve su mjere rezultirale problemima, najznačajniji je bio taj da je dana prevelika moć policiji s nedovoljno kriterija i objašnjenja opravdanosti primjene mjera (Measham, 2004; prema Fisher i Measham, 2018).

Ujedinjeno Kraljevstvo je broj jedan u Europi po prodaji legalnih droga putem online tržišta. Rekreativni korisnici tako lakše dolaze do tražene supstance što također otežava primjenu metoda smanjenja štete i promocije tretmana (EMCDDA/Europol, 2017; prema Fisher i Measham, 2018).

3.3. Povijest

Kao što je obično slučaj, razvoj programa i metoda smanjenja štete je započeo kao odgovor na neki postojeći problem, a u Ujedinjenom Kraljevstvu, posebno u Škotskoj, je sredinom i krajem 1980-ih godina taj problem bilo širenje zaraze virusom HIV-a i hepatitisa, posebno kod osoba koje intravenozno konzumiraju droge (Hayle, 2018). Tadašnja konzervativna vlada, na čelu s premijerkom Margaret Thatcher, nije do tada previše pažnje pridavala širenju virusa HIV-a sve dok nisu došli pod jači utjecaj znanstvenika i medija koji govore o širenju virusa HIV-a u heteroseksualnoj populaciji i populaciji osoba koje intravenozno konzumiraju droge. Njihov je utjecaj pridonio bržem djelovanju vlade na primijećeni problem na način da krenu financirati programe usmjerene na ovaj problem (Berridge, 1996; prema Hayle, 2018). Vlada je 1986. odobrila financiranje 12 pilot projekata zamjene igala i šprica, a ono je iznosilo 250.000 funti (Hughes, 1987; prema Hayle, 2018). Programi su se pokazali učinkoviti te su se sve više financirali

i širili po cijeloj zemlji te se je tako do 1995. godine provodilo 300 programa (Hayle, 2018). Do naglog porasta broja programa zamjene igala i šprica u Ujedinjenom Kraljevstvu dolazi krajem devedesetih godina, tako je 1998. broj porastao na preko 2000 programa koji su godišnje podijelili preko 25 milijuna igala i šprica. Orijentacija na ovakve programe se pokazala najvažnijom pri smanjenju broja zaraženih virusom HIV-a i hepatitisa u populaciji ovisnika (Hunter, Stimson, Judd, Jones i Hickman, 2000).

Prva internacionalna konferencija o smanjenju štete je održana u Liverpoolu 1990. godine (O'Hare i sur., 1992; prema Marlatt, 1998). Tada je Ujedinjeno Kraljevstvo preuzelo model tzv. medikalizacije pristupa smanjenja štete. Takav pristup je značio da se konzumentima mogla legalno propisati supstanca, npr. heroin ili kokain, kako bi mogli nastaviti normalno funkcionirati (Marlatt, 1998). Ovaj pristup se prvo počeo koristiti 1920-ih u Velikoj Britaniji kada su liječnici preporučali nastavak korištenja supstance o kojoj je osoba ovisna kako bi osoba mogla nastaviti relativno normalan i funkcionalan život i koristiti supstancu u više kontroliranim uvjetima (Rolleston, 1926; Marlatt, 1992). Ovakva se praksa najduže održala oko Liverpoola, točnije, veže se uz *Merseyside Health Authority* te se i ovakav model naziva model Velike Britanije ili Merseyside model smanjenja štete (Marks, 1991; Marlatt, 1998). Ovaj model je nudio usluge poput zamjene igala i šprica, edukaciju, propisivanje korištenja heroina ili kokaina, savjetovanje, pomoć pri zapošljavanju i pronalasku mjesta za stanovanje. Svim bi se korisnicima prvo ponudila opcija potpunog prestanka korištenja, no pokazalo se kako je samo oko 10 posto njih pristalo na to, dakle većina je odabrala nadzirani nastavak korištenja. Odluka o tretmanu korisnika i njegovim ciljevima se donosila u interdisciplinarnom timu sastavljenom od liječnika, socijalnih radnika, ostalog medicinskog osoblja i terapeuta (Marlatt, 1998). Strang (1990; prema Marlatt, 1998) je naveo pet mogućih pozitivnih ishoda ovakvog pristupa: smanjenje simptoma apstinencijske krize, pridobivanje konzumenta i time njegovo nesudjelovanje na tržištu droga, duži ostanak u nadzoru i tretmanu, propisivanje daljnjeg korištenja ilegalne droge kao prvi korak smanjenja štete i postepen dolazak do potpunog prestanka korištenja te ulazak u tretman onih konzumenata koji nisu spremni na potpuni prestanak te time izbjegavaju klasične oblike tretmana.

Pojavom *house* glazbe i *rave* scene 1980-ih godina na britanskoj sceni dolazi i do naglog povećanja konzumacije psihostimulansa. Prvi takvi događaji su bili ilegalni te se odvijali u napuštenim zgradama ili u prirodi, a kasnije se počinju organizirati i u priznatim klubovima. Ovakva mjesta

su tada predstavljala opasnost za konzumente jer nisu bili svjesni postojećih rizika i načina na koji se oni mogu smanjiti (Fisher i Measham, 2018). Prvo istraživanje ove scene su proveli Newcombe, Measham i suradnici ranih 1990-ih kada su opažali posjetitelje spomenutih događanja, uvjete u klubovima, remećenja javnog reda i mira, prodaju droge itd. (Newcombe i sur., 1992; prema Fisher i Measham, 2018). Newcombe (1992; prema Fisher i Measham, 2018) je na temelju tog istraživanja razvio tzv. *Safer Dancing* preporuke koje prve spominju neke od preporuka za klubove kojih se većina danas drži; besplatna i lako dostupna pitka voda, prostorije za odmor, klimatizacija prostora, požarni izlazi te trenirano i kompetentno osoblje. Prva smrt kao posljedica konzumacije *ecstasyja* u Velikoj Britaniji se dogodila 1989. godine kad je umrla 16-godišnja djevojka. Kao posljedica, pojavio se veći interes vladajućih za ulaganje u smanjenje štete i uvjete u klubovima koje mladi posjećuju (McDermott, 1993; prema Fisher i Measham, 2018). Vrhunac *rave* scene je bio vidljiv 1992. u Manchesteru koji je prozvan *Madchester*. Kao odgovor na to, počele su se primjenjivati Newcombeove preporuke za smanjenje štete u klubovima te se one primjenjuju i danas (Measham i Moore, 2006; prema Fisher i Measham, 2018).

London Drug Policy Forum je 1996. izdao priručnik *Dance Till Dawn Safely*, sličan *Safer Dancing* priručniku. Metode smanjenja štete su se počele više primjenjivati u Londonu te se tako dijele letci, postavljaju poster i itd. (Webster, 2003; prema Fisher i Measham, 2018). Ranih 2000-ih se pažnja preusmjerava s ilegalnih droga na alkohol i smanjenje štete se posvećuje najviše tom problemu. Smanjenje štete je oduvijek bio važan dio britanskog pristupa ovisnostima i konzumaciji, no 2010. godine kao glavni cilj se ipak postavlja tretman koji naglašava apstinenciju (Duke, 2012; prema Fisher i Measham, 2018). Danas je velik broj festivala u Ujedinjenom Kraljevstvu ostao usmjeren na pristup smanjenja štete, a osim klasičnih mjera dostupna su i testiranja čistoće droge, medicinsko osoblje je prisutno, psihološka pomoć dostupna itd. (Tharoor, 2016; prema Fisher i Measham, 2018).

3.4. Metode

3.4.1. Testiranje droga

U Ujedinjenom Kraljevstvu postoje dvije organizacije koje pružaju uslugu testiranja droga. Prva je javnozdravstvena organizacija WEDINOS koja je osnovana 2009. godine, a usmjerava se na nove psihoaktivne supstance. Posebna je po tome što rezultate testiranja objavljuje online, a ne

licem u lice s korisnikom koji je donio uzorak na testiranje. Druga organizacija je The Loop koja nudi usluge testiranja supstanci na licu mjesta te na glazbenim festivalima od 2016. godine (Fisher i Measham, 2018).

Prva testiranja supstanci u Velikoj Britaniji su se počela provoditi 2010. godine od strane znanstvenika s ciljem stjecanja znanja o tržištu droga. The Loop počinje provoditi testiranja 2013. godine koristeći sličnu opremu i metode. Dobivene podatke, The Loop dijeli sa sličnim organizacijama koje imaju kao jedan od ciljeva smanjenje štete te zdravstvenim ustanovama. Ovakav se model naziva *halfway house* tj. model kuće na pola puta jer informacije nisu dolazile izravno od organizacije koja provodi testiranje do konzumenta te testirane supstance već prvo do neke druge organizacije koja ima izravan kontakt s konzumentom (Fisher i Measham, 2018). Testiranje droga i informacije postaju dostupne široj javnosti 2016. godine. Testiranje supstance je i danas u Ujedinjenom Kraljevstvu dostupno samo na glazbenim festivalima, a ne i u klubovima kao u nekim drugim europskim zemljama. Usluga se provodi tako da osoba anonimno ostavi uzorak te dobije identifikacijski broj uzorka. Zatim tim kemičara provodi analizu koristeći najmanje četiri metode, a nakon provedenih testiranja, policija prikuplja uzorke te ih uništava na siguran način. Rezultati testiranja se saznaju nakon otprilike sat vremena, a prenose ih trenirani zdravstveni djelatnici preko intervencije koja traje između 15 i 30 minuta. Potencijalnog konzumenta se ne osuđuje i govori mu se o svim mogućim rizicima i nedostacima testiranja, čuva se njegova anonimnost te se govori o njegovoj prošlosti konzumiranja. Korisnik usluge ima priliku pitati pitanja te ukoliko je zainteresiran, osoblje mu govori o mogućnostima tretmana. Kao što je spomenuto, uzorci se ne vraćaju korisnicima, ali korisnici imaju mogućnost anonimno dostaviti ostatak supstance koju će onda policija uništiti na siguran način. Pokazano je kako oko pola korisnika ove usluge nakon provedenog testiranja odabire ne konzumirati supstancu ili uzeti manju količinu. Također, 9 od 10 korisnika usluge nije nikad razgovaralo o svojoj konzumaciji sa zdravstvenim djelatnikom te ova usluga im daje mogućnost manje formalnog i nestigmatizirajućeg stjecanja znanja o rizicima i drugim mogućnostima. Naglašava se kako je najsigurnije ne konzumirati supstancu te je pokazano da prisustvo ove usluge smanjuje vjerojatnost da će osoba konzumirati drogu (Fisher i Measham, 2018).

Najbolje vrijeme za provođenje ove usluge je preko dana i u večernjim satima, posebno u danima pred kraj tjedna. Potrebno je da se usluga provodi na mjestu udaljenom od ustanova i organizacija

s konfliktnim stajalištima, dakle u neutralnom prostoru te po mogućnosti, blizu klubova, festivala i ostalih mjesta gdje postoji velika šansa za konzumaciju (Fisher i Measham, 2018).

Prednosti ove usluge su brojne i očite, ali ipak se govori i o nedostacima kao npr. izvedbi same usluge, opremljenosti i vještinama provoditelja. Ukoliko se zakaže na nekom od ovih područja posljedice mogu biti suprotne smanjivanju štete. Zbog toga je potrebno usmjeriti financijske i ostale resurse poboljšanju ove metode smanjenja štete (Fisher i Measham, 2018).

3.4.2. Informiranje kao metoda smanjenja štete

Informiranje o sigurnijoj konzumaciji, rizicima, posljedicama itd. nije nova metoda, ali je često korištena, jednostavna i u današnje vrijeme interneta svima dostupna. Usmjerava se na rekreativne korisnike ili one koji bi zbog načina života (česti izlasci u klubove i festivale) mogli postati rekreativni korisnici. Uz sve prednosti koje nosi moderno doba, ipak postoje i nedostaci kao npr. zasićenost informacijama. Klubovi i ostala mjesta na kojima je smanjenje štete potrebno trebaju više provjeravati točnost informacija i koristiti dokazane podatke. Postoji velik broj nezavisnih kampanja usmjerenih na noćni život i smanjenje štete indirektno povezane s konzumacijom droga (Fisher i Measham, 2018). Primjer je kampanja *Ask for Angela* koja je razvijena u suradnji s policijom s ciljem smanjenja seksualnog nasilja (*Ask for Angela*; prema Fisher i Measham, 2018), ostale kampanje su uglavnom vezane uz alkohol. Iako ne postoji veliki broj kampanja usmjerenih izravno na konzumaciju ilegalnih droga, bave se nekim od problema koji se mogu javiti kao posljedica konzumacije. Dakle, više su usmjerene na zdravlje općenito, fizičko i psihičko te sigurnost ljudi uključenih u noćni život. Razlog nepostojanju kampanja usmjerenih isključivo i samo na problem ovisnosti i konzumacije jest stigmatizacija i stavljanje u kategorije što nije privlačno za rekreativne konzumente. Iz toga razloga ako se u kampanji govori o drugim problemima, kao npr. seksualno nasilje ili sigurnost u prometu, a također i o konzumaciji, ovakva kampanja postaje dostupnija svim grupama ljudi te obuhvaća i rekreativne konzumente (Fisher i Measham, 2018).

Udruga *The Loop* je 2016. provela sveobuhvatan trening osoblja londonskog kluba *Fabric*. Trening je bio uvjet za ponovno otvaranje kluba koji je bio zatvoren zbog smrti nekoliko posjetitelja kao posljedice konzumacije. Kako bi dobio daljnju dozvolu za rad, osoblje kluba je trebalo završiti trening i edukaciju o dobrobiti posjetitelja. Uključeno je bilo svo osoblje, zaštitari,

medicinsko osoblje te svi koji utječu na dobrobit posjetitelja kluba. Ovo je pomoglo da svo osoblje osvijesti postojeći problem te shvate vlastitu ulogu pri smanjenju štete. Ovo pomaže pri identifikaciji rizičnih posjetitelja te bržem pružanju pomoći ukoliko je potrebno. Ovakve edukacije su potrebne jer se velik broj ljudi uputi iz kluba nakon konzumacije te nastrada u obližnjim rijekama ili na putu do kuće, ovakvim treniranjem osoblja da identificira moguće probleme se utječe na smanjenje ovakvih slučajeva koji često budu i smrtni (Fisher i Measham, 2018).

3.4.3. Zamjena igala i šprica

Ujedinjeno Kraljevstvo je zemlja koja je prva počela s aktivnim korištenjem programa zamjene igala i šprica te je time bila primjer ostalim zemljama. Sa ovim se programima krenulo sredinom 80ih te tako postojalo 15 ustanova u Ujedinjenom Kraljevstvu do 1987. godine koje su provodile ove programe (Hayle, 2018).

Sterilne igle i šprice su dostupne u velikom broju ustanova, uglavnom se radi o ljekarnama i specijaliziranim ustanovama za tretman. Automati koji primaju korištenu opremu i izbacuju novu su dostupni u centrima za beskućnike u Walesu, a prvi takav automat u Engleskoj postoji od 2018. godine. Procjenjuje se da je podijeljeno 4.4 milijuna igala i šprica u Škotskoj 2016/17 godine, 2.6 milijuna u Walesu i 310 tisuća u Sjevernoj Irskoj (EMCDDA, 2019).

Populacija konzumenata koji intravenozno koriste droge je značajno manja od drugih populacija konzumenata. Unatoč tome, oni se nalaze u puno većem riziku za predoziranje i smrt kao posljedicu. Ovakav rizik se pripisuje konzumaciji prevelike količine droge ili nenamjernoj konzumaciji neke druge droge, najčešće se radi o fentanilu (Office for National Statistics, 2017; prema Fisher i Measham, 2018). Istraživanje provedeno 2006. godine je pokazalo kako 23 posto osoba koje intravenozno konzumiraju droge je međusobno dijelilo igle i šprice u protekla 4 tjedna (Health Protection Agency i sur. 2007; prema National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Ljekarne koje sudjeluju u ovom programu bez dopuštenja konzumenta nemaju pravo dijeliti informaciju o njegovoj konzumaciji. Pravilan način postupanja farmaceuta bi bio nabavljanje sterilne igle i šprice te razgovor i informiranje konzumenta o smanjenju štete i mogućnostima

tretmana (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Zadnjih godina je primijećen porast broja ljudi, posebno mladih, koji intravenozno konzumiraju steroide kako bi izgradili na brži način mišićnu masu. Zbog tog se razloga preporuča i dopušta dijeljenje igala i šprica konzumentima steroida te čak i onima mlađima od 15 godina kod kojih je također vidljiv porast konzumacije (NICE, 2014; prema Cooper, 2014).

U Engleskoj je 2005. godine postojalo preko 1700 programa zamjene igala i šprica. Većinu njih, 70 posto, su provodile ljekarne, a ostatak specijalizirane udruge i ustanove, posebno one mobilne i za hitne slučajeve (National Treatment Agency, 2007; prema NICE, 2014).

3.4.4. Naloxon u slučaju predoziranja

Ujedinjeno Kraljevstvo je zemlja u kojoj je i dalje velika smrtnost kod ovisnika. Kao reakciju na taj problem, uveli su opskrbu naloxonom koji djeluje kod predoziranja. Programi naloxonom su dostupni u cijelom Ujedinjenom Kraljevstvu. U Škotskoj i Walesu je u razdoblju od jedne godine podijeljeno 12.000 naloxon opreme (EMCDDA, 2019). Naloxon je dostupan skoro po čitavoj Engleskoj što je rezultat velikog povećanja smrti kao posljedice predoziranja heroinom u Engleskoj između 2012. i 2015. godine (LGA, 2017; prema Public Health England, 2017).

Naloxon može propisati služba koja se bavi problemima ovisnosti svim osobama kojima je potreban. To su osobe koje imaju povijest korištenja opijata, osobe koje trenutno konzumiraju opijate, skrbnik, član obitelji ili prijatelj osobe za koju postoji rizik od predoziranja ili zaposlenik u nekoj ustanovi koju posjećuju ljudi koji konzumiraju opijate te su samim time i u riziku od predoziranja. Također, naloxon se može dati osobama koje izlaze iz zatvora ili koje su trenutno tretmanu supstitucijskom terapijom (Public Health England, 2017).

Također, postoje upute o postupanju ukoliko dođe do predoziranja. Prvo se zove hitna pomoć, provjeri disanje, zatim se osoba premješta u pravilan položaj u kojem joj se onda daje injekcija naloxona u nekih od većih mišića. Osoba koja je pružala pomoć treba ostati s osobom koja je primila naloxon do dolaska hitne pomoći (Public Health England, 2017).

Naloxon je postao šire dostupan u Ujedinjenom Kraljevstvu 2015. godine kada je postalo moguće dobiti ga bez recepta od liječnika. Od svih zabilježenih ovisnika, njih 11 posto je prošlo trening za naloxon i dobilo naloxon. U nekim dijelovima države, skoro svi ovisnici tog područja su prošli trening, dok je u nekima taj broj značajno manji. Tako su npr. Somerset i Salford u posljednje tri godine uspješni pri uključivanju gotovo svih ovisnika u ovaj program (Carre i Al, 2019).

Ovaj je program, kao što je i logično, lakše dostupan osobama uključenim u program zamjene igala i šprica, osobama u supstitucijskoj terapiji, klijentima i skrbnicima raznih ustanova koje se bave problemom ovisnosti, a najmanje je dostupan beskućnicima i osobama koje nisu uključene u tretman te mijenjaju igle i šprice preko lokalnih ljekarni (Carre i Al, 2019).

Promatrajući dostupnost ovog programa u penalnim institucijama, vidljivo je kako je dostupan u 51 posto njih (Department of Health and Social Care, 2018; prema Carre i Al, 2019). Pri izlasku iz penalne institucije, u programu naloxona ostaje oko 12 posto opijatskih ovisnika (Public Health England i National Drug Evidence Centre, 2019; prema Carre i Al, 2019).

3.5. Zaključak

Kako je Ujedinjeno Kraljevstvo jedna od razvijenih zemalja koja se među prvima suočila s naglim rastom problema ovisnosti, očekivano je da postoji velik broj metoda koje su razvijene kako bi se prikladno odgovorilo na taj problem. Ono je prva zemlja koja je aktivno počela primjenjivati metode zamjene igala i šprica, ali iako je pionir u tome, Ujedinjeno Kraljevstvo je manje pažnje posvetilo ostalim metodama. Značajno je kako koriste jeftinije i dostupnije metode poput informiranja i treniranja osoblja mjesta na kojima je primijećena konzumacija te je time uzor nekim manje razvijenim zemljama čija ekonomija ne dopušta primjenu kompliciranijih i financijski zahtjevnijih mjera. Ujedinjeno Kraljevstvo se i dalje koncentrira na intravenozne konzumente te je značajno da se i prilagođava suvremenim trendovima kao npr. pri podjeli igala i šprica osobama koje intravenozno konzumiraju steroide. Također, uvode se nove metode, npr. metoda testiranja droga te i na taj način se Ujedinjeno Kraljevstvo usmjerava na smanjenje štete i očuvanja zdravlja osoba koje konzumiraju drogu kao rekreativni konzumenti ili ovisnici te uvodi nove suvremene metode smanjenja štete.

4. NIZOZEMSKA

4.1. Uvod

Nizozemska navodi smanjenje štete kao glavni cilj svoje politike prema drogama te učinkovit način smanjenja smrtnosti i širenja zaraznih bolesti i ostalih rizika povezanih s konzumacijom droge. Provodi se supstitucijska terapija metadonom, terapija heroinom, zamjena igala i šprica, sobe za konzumaciju droga, programi pružanja sigurnog mjesta za život i tretiranje bolesti nastalih kao posljedica konzumacije droga (EMCDDA, 2019). Također, provodi se i testiranje droga (Smit-Rigter i van der Gouwe, 2019).

4.2. Zakon i trendovi

Od 1976. godine u Nizozemskoj je praksa dijeliti psihoaktivne droge na lake i teške. U nizozemskom je zakonu o drogama još 1995. navedeno kako su glavni ciljevi sprječavanje korištenja droga, rehabilitacija ovisnika, smanjenje štete kod rekreativnih konzumenata, smanjenje kršenja javnog reda i mira od strane konzumenata i borba protiv proizvodnje i trgovanja drogama. Od 1995. godine se politika usmjerava na specifične strategije vezane uz droge, Plan protiv trgovanja drogom na aerodromu Schipol (2002. godina), Medicinsko propisivanje heroina (2009. godina), Dokument o politici prema kanabisu (2004. godina) itd. Nizozemski zakon dijeli ilegalne droge u droge tzv. reda I i reda II. U red I spadaju heroin, kokain, MDMA, amfetamin, a u red II kanabis i halucinogene gljive. Broj kaznenih djela vezanih uz droge je 2017. godine bio 18700 kaznenih djela, većina otpada na droge iz reda II (EMCDDA, 2019).

S obzirom na specifičnu *coffee shop* politiku u Nizozemskoj, velik broj dokumenata je usmjeren na nju i konzumaciju kanabisa. Od 1996., konzumentima je dopušteno kupiti manju količinu kanabisa te je *coffee shopovima* dozvoljeno prodavati manje količine ako prate sljedeće upute: ne smiju reklamirati prodaju, ne smiju prodavati teške droge, ne smije se kršiti javni red i mir, nije dopušten ulazak ili prodaja maloljetnicima, prodat se može najviše pet grama, a u trgovini ne smije biti više od 500 grama kanabisa, također je 2013. godine dodan uvjet da je ulazak i prodaja dopuštena samo državljanima Nizozemske, iako se u nekim slučajevima ona dopušta i strancima. Kao važna prednost naglašava se to da se dopuštenjem prodaje kanabisa, lake droge, prevenira dolazak u kontakt s težim drogama. Podatak iz 2017. godine govori kako je tada u Nizozemskoj

postojalo 567 *coffee shopova* (EMCDDA, 2019). Nizozemska politika tolerira postojanje *coffee shopova*, točnije, prodaja kanabisa jest kazneno djelo, ali tužiteljstvo neće podići optužnicu *coffee shopu* ili pojedincu koji konzumira ili posjeduje manje količine. Manje količine su definirane kao pet grama kanabisa i do pet biljki. Ako policija uhvati osobu koja se bavi uzgojem i ima do pet biljki, ona će osobi samo oduzeti te biljke, no ako se radi o količini većoj od pet biljki, podiže se optužnica (Government of the Netherlands, 2020).

Odgovornost za konzumaciju ilegalnih droga i ovisnosti dijeli nekoliko ministarstava u Nizozemskoj; Ministarstvo zdravstva, dobrobiti i sporta, Ministarstvo pravosuđa i sigurnosti i Ministarstvo vanjskih poslova. Ulaganje države u problem ovisnosti i tržišta drogom se ne prati sustavno, a zadnja temeljita procjena je napravljena 2003. godine kada je procijenjeno da 0.5 posto ukupnog BDP-a pokriva troškove ulaganja u borbu protiv ovisnosti. Također, 2015. godine je procijenjeno kako je u Akt o opijumu (*Opium Act*) uloženo 384 milijuna eura, točnije uloženo je u prevenciju, policijske istrage, tužiteljstvo, sankcioniranje, podršku počiniteljima i žrtvama itd. (EMCDDA, 2019).

Zakon u Nizozemskoj definira prodaju, distribuciju, uzgoj i izradu i posjedovanje droge kao kaznena djela. Predviđena kazna je zatvorska ili rad za opće dobro, a tužiteljstvo u određenim slučajevima ih može zamijeniti za novčanu kaznu. Zatvorska kazna je maksimalno 12 godina, ovisno o količini ilegalne droge pronađene kod osobe i vrsti droge. Sama konzumacija droge nije kazneno djelo osim u posebnim slučajevima kada ona narušava javni red i mir, koristi se u prisustvu maloljetnika, u javnom prijevozu i slično. Iako posjedovanje je kazneno djelo, ako osoba posjeduje malu količinu za vlastite potrebe, ona neće biti kazneno prijavljena, ali će joj policija oduzeti ilegalnu supstancu. Od 2004. godine postoji poseban zakon koji se usmjerava na osobe koje su više puta uhvaćene u konzumaciji ili posjedovanju količine za vlastitu upotrebu. Predviđene mjere za njih su kombinacija zatvorske kazne i tretmana, a provode se obično u zdravstvenim i socijalnim ustanovama koje nisu zatvori ili kaznionice (EMCDDA, 2019).

Kao što je slučaj i u ostalim zemljama, kanabis je najčešće korištena droga u populaciji ljudi starih između 15 i 64 godine, a nakon njega slijede MDMA i kokain. Promatrajući samo populaciju mlađih punoljetnika, vidljive su spolne razlike na način da je muški spol dva puta više zastupljen od ženskog u populaciji koja konzumira kanabis. U općoj populaciji je primijećen trend porasta korištenja MDMA-a, kokaina i amfetamina, a korištenje *ecstasyja* kod djece i mladih školske dobi

se smanjuje od 2015. do 2017. i ostaje otad stabilno. Analiza otpadnih voda je pokazala kako se MDMA i kokain konzumira najčešće u Amsterdamu i Eindhovenu. Europsko istraživanje o pušenju, pijenju i uzimanju droga među učenicima (ESPAD) je pokazalo kako se smanjio trend konzumacije kanabisa kod djece školske dobi u Nizozemskoj u periodu od 1999. do 2015. godine, ali je taj broj i dalje značajno veći od ESPAD prosjeka u koji je uračunato 35 zemalja (EMCDDA, 2019).

U visokom riziku se očekivano nalaze konzumenti heroina i *cracka*, a u Nizozemskoj se govori i o rizičnoj populaciji koja konzumira GHB, no službeni podaci o njima nisu dostupni. U prošlom desetljeću je zabilježen pad broja ove populacije konzumenata. U općoj populaciji je 2016. godine procijenjeno kako su 1.4 posto ljudi starijih od 18 godina visokorizični konzumenti kanabisa (EMCDDA, 2019). Na tretman se konzumenti prvi puta najčešće javljaju zbog korištenja kanabisa zatim kokaina. Broj osoba koje se javljaju u tretman zbog problematične konzumacije kokaina je padao od 2007. godine te je ostao stabilan od 2012. godine. Broj konzumenata koji su zaraženi virusom HIV-a, hepatitisa B i hepatitisa C je u Nizozemskoj vrlo nizak. Od ove tri infekcije, najčešća je ona hepatitisom C (EMCDDA, 2019).

Od 2009. godine u Nizozemskoj se bilježe hitni slučajevi na festivalima i u klubovima te prijemi u bolnice i ambulante koji su posljedica konzumacije droga. Također, 2017. godine je zabilježeno oko 6 tisuća takvih slučajeva, u njih 22 posto se kao razlog navodi konzumacija GHB-a, samog ili u kombinaciji s drugim drogama (EMCDDA, 2019). Porast broja umrlih kao posljedica konzumacije droga je zabilježen 2017. godine, 22 smrti na milijun što čini i prosjek ostatka Europe. Najčešće se radi o muškarcima, 78 posto muškaraca i 22 posto žena, najčešće dobi između 45-49 godina. Pretpostavlja se da je razlog povećanja smrtnosti dob konzumenata, promjena načina korištenja ili drugačiji sustav bilježenja smrti konzumenata (EMCDDA, 2019).

4.3. Povijest

Suvremena nizozemska politika prema drogama i ovisnosti je posljedica brojnih socijalnih, demografskih i političkih promjena koje su se događale od prvog nizozemskog zakona o drogama koji je donesen 1919. godine (Korf, Riper i Bullington, 1999).

Za vrijeme kolonijalnog razdoblja politika se vodila ekonomskim interesima te se tako poticao razvoj tržišta kokainom i opijumom iz nizozemskih kolonija. Početkom 19. stoljeća se neke od tih supstanci kreću koristiti u medicini i prvi puta se stvara razlika između droga koje se koriste u medicini i droga koje ljudi koriste ne kao tretman već za vlastitu ugodu. Unatoč primijećenoj razlici, vlada nije reagirala na način da smanji dostupnost droga u nemedicinske svrhe (Korf, Riper i Bullington, 1999).

Prva konferencija o regulaciji tržišta kokainom i opijatima je održana početkom 20. stoljeća, a Nizozemska je zauzela stav kako je bolje regulirati takvo tržište od strane države jer bi u protivnom ono samo prešlo u ilegalno tržište. Još i tada je Nizozemska imala stav prema ovisnostima kao bolestima i usmjeravala se na pojedince konzumente. Liječnici su mogli propisati opijat ili kokain pacijentima ako su procijenili kako će im to pružiti više koristi od apstinencije. Također, zakon je dopuštao rekreativno korištenje droge, posebno vezano uz određene skupine ljudi. Tako se toleriralo ako bi kineski doseljenici konzumirali opijum i prostitutke kokain. Dvadesetih godina pa do sredine stoljeća Nizozemska mijenja pristup na način da on postaje više represivan koji je odgovarao pravosudnom sustavu, ali ne nužno i socijalnom. Situacija se mijenja 1960-ih kada na sceni postaju popularnije droge poput kanabisa, LSD-a i amfetamina. Početkom 1960-ih se nije vjerovalo u mogućnost primjene kanabisa u medicinske svrhe te se zbog toga prema njemu primjenjivao represivni pristup. Tolerancija prema drogama i konzumaciji se više razvija 1970-ih godina kada se kreće više kritizirati dotada represivni pristup. Pokazalo se kako pravne intervencije često imaju više negativnih nego pozitivnih ishoda te se umjesto represivnog opet naglašava socijalno medicinski pristup. Sredinom 1970-ih dolazi do promjene zakona kojim posjedovanje do 30 grama kanabisa više nije kazneno djelo već se promatra kao prekršaj, ovisnost i konzumacija se promatra kao javno zdravstveni problem, a kazneni zakon se u ovakvim slučajevima primjenjuje jedino kao pomoć zdravstvenom sustavu. Trgovanje drogom je spadalo u područje pravnog sustava te su povećane kazne za prodaju, posebno težih droga poput heroina. Kako je broj konzumenata rastao, 1960-ih kanabisa, 1970-ih posebno heroina, javlja se koncept normalizacije konzumacije pa i ovisnosti. Često se on promatra iz negativnog aspekta, ali je pomogao odrediti kakva će se ponašanja u društvu tolerirati i pomogao je razvoju pristupa smanjenja štete. Rastom popularnosti novijih droga poput *ecstasyja* i halucinogenih gljiva te širenjem zaraze virusom HIV-a, 1990-ih godina se naglašava važnost smanjenja štete koji postaje jedno od glavnih područja nizozemske politike prema drogama. Danas se ovisnostima i konzumacijom bavi nekoliko ministarstava, tako

Ministarstvo zdravlja, dobrobiti i sporta se bavi prevencijom i tretmanom, pravni sustav određuje sankcije i podizanje optužnica, a također sudjeluje i Ministarstvo unutarnjih poslova i Ministarstvo vanjskih poslova. U centar se i dalje stavlja pojedinac i naglašava mogućnost pružanja pomoći istome (Korf, Riper i Bullington, 1999).

Nizozemska naglašava kako ovakvom politikom doseže do između 60 i 80 posto populacije ovisnika, naravno taj je broj veći u Amsterdamu i urbanim područjima nego u ruralnim, ali i dalje je značajan broj ljudi koji dobivaju potrebne usluge ili koji samo imaju mogućnost dobivanja potrebnih usluga (Englesman, 1989; prema Marlatt, 1998).

Kritike nizozemskom pristupu dolaze obično od SAD-a i europskih država poput Francuske i Švedske koje zagovaraju restriktivniji pristup. Najviše kritika je usmjereno na tzv. turizam droga gdje turisti posjećuju mjesto samo zbog liberalnijeg stava prema konzumaciji te kritike prema unošenju lakše dostupnih droga iz Nizozemske u druge zemlje (Korf, 1994; prema Marlatt, 1998).

4.4. Metode

4.4.1. Zamjena igala i šprica

Zamjena igala i šprica se u Nizozemskoj počela provoditi, kao i u drugim zemljama, kao posljedica širenja zaraza HIV-om i hepatitisom. Kao glavni razlog se navodi prestanak prodaje igala i šprica u ljekarnama u Amsterdamu što je potaklo strah od većeg širenja zaraze hepatitisom b. Tada su kao odgovor na ovakvu situaciju, udruge koje se usmjeravaju na ovisnike, započele sa zamjenu igala i šprica 1984. godine. Kada se osim hepatitisa kao problem javlja i širenje zaraze HIV-om (1985. i 1986. godine), i ostale institucije započinju s podjelom igala i šprica (Buning, 1991; prema Buning i Brussel, 1995). Tada se prosječno podijelilo oko milijun igala i šprica godišnje. Ovom se metodom najviše bavi udruga De Regenboog koja provodi dva programa zamjene igala i šprica, jedan preko dana u *red light district*, a preko noći u kombiju. Prodaja igala i šprica je dopuštena, ali se i dalje većina ljekarni suzdržava od ove prakse zbog straha od negativnih posljedica u poslovnica i kršenja javnog reda i mira od strane osoba kojima je ova usluga potrebna (Buning i Brussel, 1995).

Ova je usluga dostupna u Nizozemskoj preko 30 godina te postoji u svim većim gradovima. Provodi se uglavnom preko službi i udruga koje se bave ovisnostima te zdravstvenih institucija.

Danas više ne postoji nacionalno praćenje broja podijeljenih igala i šprica, ali neki noviji podaci iz Amsterdama i Rotterdama govore o padu podjele između 2002. i 2017. godine na petinu broja koji je podijeljen prijašnjih godina. Sve ovo govori u prilog o smanjenju intravenozne konzumacije heroina i općenito konzumacije heroina te rastu popularnosti ostalih droga, kao npr. kokaina što je i slučaj u ostalim razvijenim zemljama (EMCDDA, 2019).

4.4.2. Testiranje droga

Testiranje droga je u Nizozemskoj započelo kasnih 1980-ih godina kada je porasla popularnosti konzumacije supstanci poput MDMA-a te ostalih droga povezanih za *rave* scenom (Brunt i Niesink, 2011; prema Smit-Rigter i van der Gouwe, 2019). Kampanja Safe House Campaign je pokrenuta 1989. godine te je sadržavala niz aktivnost u svrhu smanjenja štete kod konzumacije, a među njima i testiranje droge koju su konzumenti izrazito podržavali (Spruit, 1997; prema Smit-Rigter i van der Gouwe, 2019). Godine 1992. je osnovan Drug Information and Monitoring System (DIMS) koji preuzima ulogu koordinacije postojećih inicijativa za testiranje droge te na nacionalnoj razini promatra tržište drogama (Spruit, 1997; prema Smit-Rigter i van der Gouwe, 2019). DIMS se sastoji od mreže ustanova za testiranje droga rasprostranjenih preko cijele Nizozemske, a surađuje i s ostalim institucijama povezanim s drogama te ministarstvom zdravlja. U 2019. godini je postojala 31 ustanova za testiranje droga u 29 gradova, a nalaze se uglavnom unutar već postojećih centara za ovisnosti i prevenciju ovisnosti. Ustanove se financiraju iz lokalnih proračuna (Smit-Rigter i van der Gouwe, 2019).

Kako bi se osigurala kvaliteta provođenja ove usluge, razvijeni su GTP (*Good Testing Practice*) protokoli koji osiguravaju isto provođenje usluge u različitim ustanovama. Oni sadrže opise odgovornosti ustanova i zaposlenika, standarde koje je potrebno zadovoljiti, načine osiguravanja anonimnosti i zaštite korisnika, opise procedura rukovanja s dostavljenim uzorcima supstanci, načine komunikacije s medijima itd. Postoji poseban dogovor sklopljen između ovakvih ustanova i zakonodavstva, naime vrijedi službeni dogovor koji osigurava da osoba koja je uhvaćena i posjeduje određenu količinu ilegalne supstance, a pruža joj se usluga smanjenja štete testiranje droge, za posjedovanje te droga neće biti uhićena ili optužena. Također svaka ustanova mora posjedovati odobrenje da joj je dopušteno odreći se zakona Opium Acta te samo tada može provoditi testiranje droga, skladištenje uzoraka i transport uzoraka u druge ustanove, što je u

suprotnom kršenje zakona. Korisnicima usluge je dopušteno na testiranje donijeti 3 tablete ili kapsule, 1 gram supstance u obliku praha ili 10 mililitara supstance u tekućem stanju, od toga se samo jedan uzorak šalje na temeljitu obradu iz financijskih razloga. Lijekovi na recept koji se koriste ilegalno se ne testiraju čak i kada su nabavljeni od strane korisnika ilegalno. Također, po pravilu se testiraju samo droge kupljene u Nizozemskoj, ali postoje iznimke, npr. ako je droga kupljena putem interneta te tada obično nije poznata lokacija (Smit-Rigter i van der Gouwe, 2019).

Većina ustanova prima uzorke u periodu od nekoliko sati tjedno te tad vrši testiranje na licu mjesta, tzv. *office testing*. U drugoj vrsti ustanova je moguće zakazati termin u kojem se donosi uzorak koji se onda šalje na daljnju obradu u neku drugu ustanovu. Ustanove se odriču odgovornosti za zdravlje korisnika usluge ako se oni ipak odluče na konzumaciju droge. Većina se uzoraka ne uspije analizirati na licu mjesta, stoga se šalje u sjedište DIMS-a. Tamo se nalazi baza koja sadrži temeljite opise više od 150 tisuća tableta. Nakon svake obrade, rezultati se unose u bazu putem koje su onda dostupni ustanovama za testiranje droga na period od osam tjedana (Smit-Rigter i van der Gouwe, 2019).

Ukoliko se testiranjem pronađe iznimno opasna supstanca, izdaje se tzv. crveno upozorenje od strane ministarstva zdravlja. Informirati se mogu samo članovi DIMS mreže, lokalne vlasti i provoditelji usluga ili se može izdat nacionalno upozorenje gdje onda sudjeluju i mediji. Od 2016. godine postoji aplikacija koja šalje obavijesti konzumentima ukoliko se izda crveno upozorenje. Primjer je *crvena superman tableta* na kojoj je testiranje provedeno 2014. godine i pronađena je smrtonosna doza PMMA-a umjesto MDMA-a koji je konzument namjeravao nabaviti. Dojavljeno je kako je veći broj tableta na tržištu te je već dan kasnije pokrenuta kampanja koja upozorava konzumente. Kao posljedica ove kampanje, u Nizozemskoj nije zabilježena niti jedna smrt, dok je u Ujedinjenom Kraljevstvu kao posljedica konzumacije te tablete zabilježeno nekoliko smrtnih slučajeva (Smit-Rigter i van der Gouwe, 2019).

4.4.3. Sobe za konzumaciju

U Nizozemskoj sobe za konzumaciju se nalaze unutar i vode ih drugi centri za tretman ovisnosti i pružanje drugih socijalnih usluga. Prva soba za konzumaciju je otvorena 1994. godine u Maastrichtu te se otad njihov broj povećavao, sve do nedavno kada se smanjuje potreba za njihovim postojanjem zbog raznih drugim inicijativa i projekata kao npr. osiguravanje smještaja

beskućnicima koji konzumiraju droge. Fokus je prije bio stavljen na samo smanjenje štete, no od 2010-ih godina se naglašava sam tretman odnosno oporavak i potpuni prestanak korištenja. Sobe za konzumaciju mogu postojati kao posebne usluge koje se pružaju svima kojima je potrebno, unutar terapije heroinom, dakle dostupne su samo osobama koje primaju ovakvu terapiju ili unutar skloništa i programa sigurnog stanovanja za rizične skupine kada su dostupne samo stanarima (de Gee, van der Gouwe, Woods, Charvet i van der Poel, 2018).

Zadnje sustavno praćenje soba za konzumaciju u Nizozemskoj je provedeno 2013. godine te je tada prvi puta primijećen pad broj ovakvih ustanova, 2010. je postojalo 37 soba za konzumaciju, a 2013. je taj broj pao na 31 (Havinga i Van der Poel, 2011; prema de Gee, van der Gouwe, Woods, Charvet i van der Poel, 2018), 2018. godine su postojale 24 sobe za konzumaciju raspoređene preko cijele Nizozemske s najvećim brojem u Rotterdamu (4) i Amsterdamu (3) (de Gee, van der Gouwe, Woods, Charvet i van der Poel, 2018).

Funkcije soba za konzumaciju su da maknu konzumente s ulice i pružaju im sigurno mjesto na konzumaciju, pružanje osnovne medicinske i socijalne skrbi, resocijalizacija i poboljšanje kvalitete života. Većina njih naglašava funkciju sigurnog mjesta konzumacije i očuvanja zdravlja, a sve manji broj navodi kao najvažniju funkciju sakrivanje konzumacije od šire javnosti, tj. micanje konzumenata s ulice (de Gee, van der Gouwe, Woods, Charvet i van der Poel, 2018).

Postoje integrirane sobe za konzumaciju, djeluju unutar već postojećih centara, i posebne autonomne sobe za konzumaciju. U 2018. godini je samo jedna soba bila samostalna, a ostale 23 koje se nalaze unutar neke druge ustanove ili centra su ovisno o tome gdje se nalaze pružale usluge poput smještaja, noćenja, dnevnog boravka, supstitucije metadonom, medicinskog savjetovanja, tretmana heroinom, sobe za sigurnu konzumaciju alkohola itd. (de Gee, van der Gouwe, Woods, Charvet i van der Poel, 2018).

U 2018. godini, 18 soba za konzumaciju je bilo otvoreno svaki dan u tjednu, 2 su bile otvorene 6 dana u tjednu, njih 3 pet dana u tjednu i samo 1 tri dana u tjednu. Dnevno mogu raditi između tri i 24 sata na dan, samo jedna soba radi cijeli dan, prosječno su otvorene 10.6 sati na dan (de Gee, van der Gouwe, Woods, Charvet i van der Poel, 2018).

Postoje određeni kriteriji koje osoba mora zadovoljiti da bi joj se mogla pružati usluga sobe za konzumaciju. Sobe određuju o kojim se kriterijima radi pa osoba tako mora za neke sobe

zadovoljiti dva, a za neke 12 kriterija. Najčešće postavljene kriterije su: potpisivanje ugovora kojim osoba priseže da će slijediti pravila soba za konzumaciju (kriterij u 88 posto soba), osoba mora imati najmanje 18 godina (79 posto soba), osoba mora biti registrirana kao korisnik usluge centra ili ustanove unutar koje se nalazi soba za konzumaciju (68 posto soba), korisnik usluge je beskućnik (63 posto soba), osoba posjeduje droge prilikom ulaska u ustanovu (58 posto), osoba je registrirana u općinu u kojoj je soba za konzumaciju (54 posto), osoba legalno boravi u Nizozemskoj (46 posto), posjeduje važeće identifikacijske dokumente (38 posto), osoba je napravila prekršaj javnog reda i mira (33 posto). Ostali kriteriji koje je potrebno zadovoljiti u manjem broju slučajeva su: mjesto boravka u blizini sobe za konzumaciju, postojanje problema fizičkog i mentalnog zdravlja, pod kontrolom zbog sumnje na tuberkulozu, osoba prije zabilježena od strane policije i preporuka liječnika. Pušenje supstanci je dopušteno u sve 24 sobe za konzumaciju, injektiranje u njih 19 i ušmrkavanje u 13 soba za konzumaciju. Najčešće u jednom danu usluge sobe koristi između 2 i 10 osoba koje konzumiraju pušenjem i 0 do 2 osobe koje konzumiraju injektiranjem. Najčešće se radi o konzumaciji heroina i kokaina, a značajan broj ljudi konzumira i amfetamine (de Gee, van der Gouwe, Woods, Charvet i van der Poel, 2018).

U sobama za konzumaciju je 2017. godine zabilježeno 17 predoziranja, od toga jedan smrtni slučaj kao posljedica koji se dogodio na toaletu, dakle van dosega zaposlenika sobe za konzumaciju. Većina soba, preko 90 posto, pruža usluge poput dostupnosti kave ili čaja, zamjene igala i šprica, mogućnosti obavljanja osobne higijene, toplih obroka, podjele kondoma, a sve pružaju besplatnu i sterilnu opremu za konzumaciju i mogućnost korištenja telefona (de Gee, van der Gouwe, Woods, Charvet i van der Poel, 2018).

Istraživanje koje je proveo Trimbo (2010; prema Peacey, 2014) je pokazalo kako svaka soba za konzumaciju u Nizozemskoj ima u prosjeku 22 registrirana korisnika što govori kako je ukupan broj ljudi u Nizozemskoj koji koristi ovu uslugu oko 800 korisnika. Istraživanje koje je provela Peacey (2014) je promatralo rad i funkcioniranje 4 sobe za konzumaciju i njihove korisnike. Pokazalo se kako većina korisnika koristi usluge soba za konzumaciju na duže vrijeme, uglavnom sedam godina ili više. Većina njih je o ovoj usluzi čula putem prijatelja koji također konzumiraju, dilera ili zaposlenika ostalih ustanova koje se bave problemom ovisnosti. Korisnici izjavljuju kako koriste ovu uslugu zbog osjećaja sigurnosti i prihvaćenosti koji pruža, izbjegavanja policije te

privatnosti prilikom konzumacije. Većina njih izjavljuje kako se kod njih smanjilo javno korištenje droga, a nastavlja se uglavnom u okviru soba za konzumaciju (Peacey, 2014).

4.4.4. Terapija heroinom (Heroin Assisted Treatment)

Supstitucijska terapija se koristi od 1960-ih i iako se kod nekih pokazuje kao učinkoviti tretman, neki ovisnici su otporni na nju. Iz toga je razloga za njih predložena terapija heroinom koja se u Nizozemskoj počela provoditi, ali samo kao pilot verzija, tek 1998. godine nakon što je dobiveno odobrenje od strane vlasti (Blaken, 2011).

Porast broja ovisnika o heroinu je u Nizozemskoj zabilježen 1970-ih godina, posebno u populaciji doseljenika iz bivše nizozemske kolonije Surinam u Južnoj Americi. Supstitucijska terapija metadonom koja se najviše koristila, je osim medicinske skrbi nudila i psihosocijalnu i tretmansku skrb što se kod određenog broja ovisnika pokazalo neučinkovitim. Razloge neučinkovitosti su pokušali pripisati osobnim karakteristikama ovisnika, no to se pokazalo netočnim (Van der Lelij and Driessen, 1998; prema Blanken, 2011). Tako se za kronične ovisnike o heroinu počela primjenjivati terapija heroinom, dakle namijenjena samo onima kojima ostale supstitucijske terapije nisu pomogle (Van den Brink et al., 1999; prema Blanken, 2011). Heroin koji se propisivao ovisnicima je mogao biti u obliku za ušmrkavanje ili injektiranje. Verzija za ušmrkavanje je u početku sadržavala jednaku količinu heroina i kofeina, a kasnije je smanjena količina kofeina. Heroin za injektiranje je sastavom bio čišći (Blanken, 2011).

Provedena su dva istraživanja učinkovitosti ovakve vrste terapije te se u oba istraživanja ona pokazala kao učinkovita. Usprkos ovome, zbog političkih i administrativnih razloga te pitanja legalnosti, ova se terapije počinje službeno provoditi tek 2009. godine (Blanken, 2011). Van den Brik i suradnici (2003; prema Strang, Groshkova i Metrebian, 2012) su promatrali korisnike ove terapije u periodu od 12 mjeseci, te je pokazano kako je terapija heroinom značajno više učinkovita od supstitucijske terapije metadonom. Sami korisnici su izjavili o poboljšanju u 40 posto slučajeva na barem jednom od tri područja, fizičko, psihičko i socijalno, bez obzira radi li se o terapiji heroinom za ušmrkavanje ili heroinom za injektiranje (Strang, Groshkova i Metrebian, 2012). Danas je u Nizozemskoj terapija heroinom dostupna u 16 gradova (EMCDDA, 2019).

4.5. Zaključak

Nizozemska je poznata po liberalnijem pristupu prema konzumaciji droga te je taj pristup vidljiv i u načinu provođenja metoda smanjenja štete. Iako, suprotno očekivanom, nije bila prva država koja je započela s provođenjem suvremenijih metoda smanjenja štete. Nizozemska se usmjerila na praćenje trendova u konzumaciji droga u razvijenijim društvima te je krenula unaprijediti metode usklađene s tim trendovima. Tako se više usmjerila na metodu testiranja droga, a manje na metodu zamjene igala i šprica, sukladno trendu opadanja broj heroinskih ovisnika. Ovakvim je načinom osigurala uspješnost i postizanje pozitivnih rezultata primjenom metoda smanjenja štete.

5. ŠVICARSKA

5.1. Uvod

Kao što je prije spomenuto, Švicarska je jedna od europskih zemalja, pa i svjetskih, sa najsuvremenijim pristupom smanjenju štete u području ovisnosti i konzumacije droga. U njoj su dostupne sobe za sigurnu konzumaciju droga, testiranje ilegalnih supstanci (*drug checking*), terapije pomoću heroina itd. (Hungerbuler, Buecheli i Schaub, 2011). Vidljivo je kako je konzumentima dostupan veći broj usluga nego što je to slučaj u zemlji kao što je Hrvatska. Opisivanjem stanja i uspješnost ovih pristupa i metoda u Švicarskoj pokušat će se zaključiti o opravdanosti njihove moguće primjene u Hrvatskoj i sličnim zemljama u kojima ovo područje nije toliko razvijeno.

5.2. Zakon i trendovi

U Švicarskoj je i u zakonima vidljiva važnost koji pridaju smanjenju štete u području ovisnosti o drogama. Tako postoji Federalni zakon o narkoticima i psihotropnim supstancama te Nacionalna strategija za ovisnosti 2017-2024. Važno je kako oba akta kao jedno od najvažnijih područja pri suočavanju s ovisnostima navode pristupe smanjenja štete (Shirley-Beavan, 2019). Promatrajući sam švicarski zakon i njegov pogled na posjedovanje droge, posjedovanje je kazneno djelo, osim količine manje od deset grama marihuane, koje ulazi u prekršaje. Unatoč tome, u kantonima se

zakon provodi na način da se osobe koje su uhvaćene s količinom dovoljnom samo za vlastitu upotrebu, kažnjene samo administrativnim kaznama, a u vrlo rijetkim slučajevima zatvorskom (Federal assembly of the swiss confederation, 2013; prema Shirley-Beavan, 2019). Kako se Švicarska sastoji od više kantona, ne postoji federalno reguliranje i praćenje problema ovisnosti. Iz tog razloga su najvažniji izvori podataka ankete i upitnici provedeni zasebno za svaki kanton organizirane od strane Nacionalnog ureda za javno zdravstvo (Klingemann, 1996).

Švicarska je uspješna u smanjenju smrtnosti povezane s drogom još od 1995. godine. Prema podacima Federal Office of Public Health, broj smrti povezanih s drogom je pao za 64 posto, od 1995. do 2016, sa 376 smrtnih slučajeva na 136 (Federal Office of Statistics, 2017; prema Shirley-Beavan, 2019). Za usporedbu, u Engleskoj i Walesu je taj broj porastao za 250 posto (ONS, 2017; prema Shirley-Beavan, 2019). Ovi su podaci posebno značajni uzmemo li u obzir broj konzumenata ilegalnih supstanci čiji se broj u Švicarskoj povećao (Shirley-Beavan, 2019).

Istraživanje u Švicarskoj 2016. godine je pokazalo da je 42 posto ispitanika u životu koristilo kokain, a 2011. je taj postotak iznosio 3 posto. Gledajući samo na razdoblje od protekle godine, 0.7 posto je koristilo kokain, a u prošlim mjesec dana 0.1 posto (Gmel, Kuendig, Notar, Gmel, 2016; prema Shirley-Beavan, 2019).. U 2018. godini je 50.200 ljudi u Švicarskoj koristilo kokain. Analiza otpadnih voda iz 2017. godine je pokazala veliko povećanje prisutnosti kokaina u otpadnim vodama u gotovo svim Švicarskom gradovima (Schori, 2018; prema (Shirley-Beavan, 2019). Ovaj podatak svjedoči ili o povećanom korištenju kokaina ili boljoj čistoći kokaina. Također je došlo do povećanja populacije koja kokain konzumira intravenozno, a također i one populacije koja polivalentno uzima i kokain i heroin. Ovome u prilog ide i istraživanje provedeno tako da su se analizirale šprice korištene za konzumaciju (Zobel, Esseiva, Udrisard, Lociciro, Samitca, 2018; prema Shirley-Beavan, 2019). Također, u Švicarskoj je došlo do povećanja zaraženih hepatitisom c, posebno u određenim gradovima, npr. Zurichu i Ženevi gdje su stope i do dva puta veće nego u drugim gradovima, a kao razlog se navodi povećanje dobi intravenoznih konzumenata droge (Hungerbuler, Buecheli i Schaub, 2011). Uz hepatitis c, potrebno je pratiti i virus HIV-a, postotak novozaraženih virusom HIV-a putem intravenoznog korištenja droge iznosi 6 posto kod žena i 1.7 posto kod muškaraca, dakle ukupno 6 posto novih zaraza je zbog intravenozne konzumacije (Federal office of public health, 2018; prema Shirley-Beavan, 2019).

Studija iz 2017. godine je pokazala kako su programi smanjenja štete spriječili 15,903 novih infekcija HIV-om do kraja 2015. godine (Marzel i sur., 2018).

5.3. Povijest

Prvo spominjanje konzumacije droge kao ilegalne aktivnosti u švicarskom zakonu se spominje 1924. godine, a samo konzumiranje postaje problem tijekom 1960-ih godina i *hippie* pokreta, što je bio slučaj u većini zemalja. Tako je 1969. godine zabilježeno 500 konzumenata kanabisa te mali broj konzumenata opijata. Prva zabilježena smrt kao posljedica konzumacije se dogodila 1972. u Zurichu, a 1974. se počinje pojavljivati više konzumenata kokaina te je posljedica bila revizija zakona koji regulira droge (Klingemann, 1996).

Sredinom 1980-ih Zurich postaje poznat po mjestu *Platzspitz*, tzv. park igala. Tada je u samom gradu registrirano 3000 konzumenata heroina koji se okupljaju na spomenutom mjestu, a kako njihov broj raste, pogoršavaju se i uvjeti njihova života te značajno raste smrtnost (Fahrenkrug i sur., 1995; prema Klingemann, 1996). Kako je tada porastao broj konzumenata i ovisnika, sve se veći broj mladih počinje angažirati oko ove grupe ljudi, a također se i veći fokus stavlja na smanjenja štete. Policija je 1992. zatvorila *Zurich Platzspitz*, došlo je do smanjenja konzumenata, a dio grupe od 250 do 300 ovisnika se premješta zatvorenu željezničku stanicu (Klingemann, 1996).

Tretman ovisnosti se dugo temeljio na izboru odgovarajućih motiviranih korisnika koji bi u odgovarajućim uvjetima mogli apstinirati. Ovakav je pristup rezultirao dugim listama čekanja, više negativnih posljedica za osobe kojima je trebala hitna pomoć, a nisu bili skloni uključivanju u postojeće tretmane, širenju virusa HIV-a itd. Pristupi smanjenja štete su ojačali upravo zbog nesklonosti ovakvih konzumenata uključivanju u klasične tretmane koji zahtijevaju strogu apstinenciju i koncentracije konzumenata oko određenih prostora time stvarajući očita okupljališta. Programi koji su se 1980-ih počeli javljati, uključuju smještaj, zdravstvenu pomoć, obroke, zamjenu igala i šprica, supstitucijsku terapiju metadonom te sobe za konzumaciju gdje osobe mogu u sterilnim uvjetima konzumirati heroin, a prodaja droge je strogo zabranjena. Primjer je *Anlaufstelle/Drop-in* u Witerhuru (kanton Zurich) gdje postoji ustanova otvorena svaki dan, a pruža jeftine obroke, npr. juha, kruh i mineralna voda su besplatni, tuširanje, toalete, zamjenu igala i šprica, medicinsku pomoć, no ne posjeduje sobu za konzumaciju (Klingemann, 1996).

Program ZIPP-AIDS je pokrenut 1988. godine u Zurichu te se smatrao jednim od najopsežnijih za to vrijeme. Pruža usluge poput zamjena igala i šprica, dijeljenja krema i dezinfekcijskih sredstava, prezervativa, primarne medicinske skrbi, cijepljena protiv hepatitisa B te informiranja o prevenciji, opcijama tretmana, sigurnom seksualnom ponašanju, zdravlju itd. (Klingemann, 1996). Programi supstitucije metadonom počeli su s primjenom 1970-ih te su u početku svi liječnici opće prakse mogli propisati metadon što je zbog očitih negativnih posljedica zabranjeno 1975. godine (Klingemann, 1996). Privatna organizacija ARUD (*Association for Reducing the Risk of Drug Use*) je započela s radom 1992. godine, a specifična je po tome što je uvela podjelu programa na nekoliko stadija koji omogućuju korisniku visok stupanj odgovornosti i samostalnosti. Korisnici bi dobili magnetske kartice pomoću kojih bi iz automata podizali dopuštene doze metadona te je sve ostajalo zabilježeno. Redovito su provođena testiranja urina te supervizija i nadzor medicinskog osoblja (ARUD, 1993; prema Klingemann, 1996).

Kao nedostatak tadašnjih programa navodi se mali broj specifičnih programa namijenjenih i prilagođenih etničkim manjinama, HIV pozitivnima, ženama i maloljetnicima (Muhle, 1994; prema Klingemann, 1996). Kako bi utjecala na prije ustanovljene probleme, švicarska je vlada 1992. donijela sustav mjera koje za cilj imaju poboljšati učinkovitost programa te smanjiti štete prouzročene konzumacijom i broj konzumenata za 20 posto u pet godina (Strang i Gossop, 1994). Također se temeljitije opisuju uvjeti za sudjelovanje u programu; dobrovoljnost, minimalno 20 godina starosti, barem jednom tjedno savjetovanje, barem jednom mjesečno posjet liječniku (SFA, 1993; prema Klingemann, 1996).

5.4. Metode

5.4.1. Terapija heroinom

U Švicarskoj je prisutan tzv. medicinski heroin kao oblik supstitucijske terapije, *heroin assisted therapy*, a u Europi postoji još i u Belgiji, Danskoj, Njemačkoj, Nizozemskoj i UK (Strang, Gorshkova, Metrebian, 2012). Ovaj oblik supstitucijske terapije se koristi samo u posebnim slučajevima kada se ostale metode nisu pokazale učinkovitima te se o njemu govori i kao o metodi smanjenja štete. Istraživanja tijekom prošlih desetljeća su pokazala kako je ovo učinkovit način za populaciju koja je otporna prema drugim metodama, a smanjuje se i prodaja heroina na ulici, kriminalna ponašanja povezana sa tim načinom života te vodi k boljem zdravlju (Strang,

Gorshkova, Metrebian, 2012). HAT je prisutan u Švicarskoj od sredine 90ih, ali koristi se u samo 9 posto slučajeva supstitucijske terapije (Uchtenhagen, 2017; prema Shirley-Beavan, 2019). Koristi se u 13 od 26 kantona, manje je zastupljen u francuskim dijelovima (Schori, 2018; prema Shirley-Beavan, 2019), a u talijanskim uopće ne postoji, sličan je slučaj i sa sobama za konzumaciju droga. Ustanove koje koriste ovu terapiju se koncentriraju oko velikih gradova, poput Basela, Berna, Zuricha. (Schumacher, 2019; prema Shirley-Beavan, 2019). HAT je prisutan u samo jednom švicarskom zatvoru, Realta zatvoru u Cazisu, Grisons te je za sudjelovanje u njemu potrebno zadovoljiti sljedeće uvjete: osoba mora biti starija od 18 godina, biti ovisna o opijatu barem dvije godine te je pokušala sudjelovati u barem dva programa prije ili tijekom služenja kazne (Realta prison, 2018; prema Shirley-Beavan, 2019).

5.4.2. Testiranje droge

Testiranje droge u Švicarskoj kao samostalna usluga postoji u Bernu, Zurichu, Baselu i Ženevi. Ova se usluga provodi na dva načina, kao mobilna usluga na festivalima i u klubovima ili se pruža na istom mjestu više dana u tjednu. Drugi oblik postoji u Bernu i Zurichu na tjednoj bazi, a sastoji se od testiranja droge, obaveznog savjetovanja i upitnika koji korisnici mogu izabrati hoće li ispuniti. Upitnik se koristi za prikupljanje podataka o načinima nabave, konzumacije, cijeni itd. te je sudjelovanje u njemu dobrovoljno i anonimno. Rezultati analize su dostupni obično nakon nekoliko dana, a mogu biti preneseni korisnicima uživo, putem emaila ili telefona ovisno o korisniku usluge. Ovakav način doseže do rekreativnih korisnika čija konzumacija nije nužno vezana za noćni život. Prvi oblik, dakle mobilni oblik za festivale i klubove, se sastoji od kraće analize supstanci koja traje oko dvadeset minuta, a za to vrijeme korisnik odlazi na obavezno savjetovanje, također korisnici mogu, ukoliko izaberu, ispuniti upitnik (Infodrog, 2017). Udruge nailaze na probleme s ograničenom količinom supstanci koja im je dopuštena za testiranje, npr. *Rave It Safe* može testirati samo 25 uzoraka utorkom i 15 uzoraka petkom (saferparty, 2019, prema Shirley-Beavan, 2019). Oba su centra zaključila kako su nakon nekoliko godina provedbe testiranja i savjetovanja, ljudi bolje informirani o rizicima korištenja droga i strategijama smanjenja štete nego što su bili prije pojave ovakvih usluga (Infodrog, 2017).

U Švicarskoj, testiranje supstanci je dozvoljeno od strane vlade u klubovima i na festivalima u Baselu, Bernu, Zurichu i Genevi (Schori, 2018; prema Shirley-Beavan, 2019). Najaktivnija je već

prije spomenuta udruga *Saferparty* koja pruža usluge u Zurichu, u Bernu *Rave It Safe* (Rave it safe, 2019; prema Shirley-Beavan, 2019) te u Baselu *SaferDance* (Saferdancer,2019; prema Shirley-Beavan, 2019). Pokazalo se kako su korisnici ove usluge u Bernu i Zurichu informiraniji o rizicima korištenja droga nego što su bili korisnici usluge kada se ona tek počela provoditi u 1990-ima (Kriener, 2001; prema Infodrog, 2017).

Korisnici ove usluge u Švicarskoj su uglavnom iskusniji rekreativni konzumenti, a podaci koji su dobiveni prije spomenutim upitnicima pokazuju kako većina njih koristi ilegalne supstance, osim kanabisa, tijekom vikenda te ne svaki vikend (Maier i sur, 2014; prema Infodrog, 2017). Tijekom jedne večeri, većina klijenata konzumira više od samo jedne supstance, najčešće se radi o kanabisu, *ecstasyju*, kokainu, amfetaminima ili kombinaciji. Korisnici su stari između 15 i 71 godinu, većina u rangu između 18 i 30 godina, kod mobilne verzije najviše je onih starih 27 godina, a *walk in* statične postaje, 29 godina. Srednja dob korisnika je 22 godine, petina ima fakultetsku diplomu. U postaje često dolaze i partneri i obitelji konzumenata (Infodrog, 2017). U 2015. godinu je održano oko 1500 savjetovanja te sličan broj kraćih manje formalnih savjetovanja kod mobilne verzije intervencije. Oko 150 korisnika je savjetovano da potraže medicinsku ili daljnju pomoć terapeuta (Infodrog, 2017).

U 2015. godini, na uzorcima je provedeno 2242 analize te je u 1379 slučajeva pronađena neočekivana supstanca, viša čistoća ili doza, što se dogodilo 19 posto više slučajeva nego prethodne godine. Većina testiranih uzoraka 2015. su bili kokain, a u mobilnih postajama je to u više slučajeva bio MDMA. LSD je 2015. testiran u samo 5.7 posto slučajeva, još manje su testirani ketamin, heroin, metamfetamin i nove psihoaktivne supstance. Dakle, najčešće se uvijek radi o kokainu, amfetaminu i MDMA-u (Infodrog, 2017). Uzorci se analiziraju pomoću *high-performance liquid chromatography* (HPLC-DAD). Mogu se dobiti kvantitativni ili kvalitativni podaci koji govore o dozi ili o samoj psihoaktivnoj supstanci prisutnoj. Za nove ili nepoznate supstance, koriste se drugačije tehnike kao npr. *Gas or liquid chromatography, infrared spectroscopy* (Infodrog, 2017).

Često se postavlja pitanje je li ova metoda legalna, a do zaključka su došli Stefan Seiler i Peter Albrecht još 1997. godine. Zaključili su kako testiranje droge, prema švicarskom zakonu, nije ilegalno ako je njegova svrha zaštititi potencijalnog konzumenta od opasne supstance ili doze.

Korisnike se mora informirati o rizicima i ilegalnosti, a analize mogu provoditi svi laboratoriji koji posjeduju dozvolu za rukovanje zabranjenim supstancama (Infodrog, 2017).

Dokle god psihoaktivne supstance ostanu ilegalne i njihova proizvodnja nekontrolirana od strane države, postojat će potreba za njihovim testiranjem. Ova je usluga posebno važna za rekreativne konzumente, no postoji i šansa za njeno širenje i na druge skupine kao npr. konzumente steroida i sl., te naravno širenje usluge i u druge gradove jer u većini Švicarske ona ipak nije dostupna (Infodrog, 2017).

5.4.3. Sobe za konzumaciju droga

Sobe za konzumaciju droga još se nazivaju i zdravim sobama ili sobama za injektiranje (Dolan, Kimber, Fry, Fitzgerald, McDonald i Trautmann, 2000). Možemo ih definirati kao „*legalne, nadzirane od strane vlasti ustanove osnovane s ciljem smanjivanja rizika povezanih uz zdravlje i javni red i mir. One omogućavaju korištenje droga u sigurnom okruženju, u atmosferi bez stresa i anksioznosti te u higijenskim uvjetima u kojima su maksimalno smanjeni rizici*“ (Schneider i Stöver, 2000; prema Dolan i sur., 2000).

Prva soba za konzumaciju u Švicarskoj je otvorena 1986., a danas ih postoji 17 u sljedećim gradovima: Basel, Bern, Olten, Schaffhausen, Wattil, Wil, Solothum, St Gallen, Winthertur, Chur i Zurich. Sve je počelo zbog sve otvorenije intravenozne konzumacije na javnim mjestima, pa je tako zaključeno kako je potrebno otvoriti sigurnija mjesta na koje ove grupe ljudi mogu dolaziti (Dolan i sur., 2000). Tijekom 1980-ih godina prošlog stoljeća je narastao broj mjesta za ilegalno korištenje droga. Takva su mjesta postojala radi profita i zarade s nikakvim naglaskom na smanjenje rizika i zdravlje korisnika. Današnje kontrolirane sobe za konzumaciju su kazneno odgovorne te u zapošljavaju prikladno i potrebno osoblje. Govori se o četiri glavne prednosti ovih institucija: smanjenje prekršaja javnog reda i mira (javno korištenje, vidljiva prodaja, neispravna oprema), smanjenje slučajeva predoziranja (smrtonosnih i ne), smanjenje prenošenja infekcija čija se zaraza prenosi putem krvi i povećanje dostupnosti zdravstvenih i drugih potrebnih usluga. Ovakve se ustanove često susreću s brojnim kritikama kao npr. da šalju krivu poruku, potiču konzumaciju, tzv. *honey pot* efekt, odnosno spajanje konzumenata i dilera, te odgađaju uključivanje u tretman (Dolan i sur., 2000). U Europi postoji preko 45 soba za konzumaciju sa sljedećim značajkama: službena regulacija, nadzirano konzumiranje, dostupnost sterilne opreme,

prva pomoć i oživljavanje, primarna zdravstvena skrb i preporuke tretmana. Prodaja droga u centrima je zabranjena, a pružaju usluge obroka, tuširanja i pranja odjeće. Postoje i djeluju uspješno u suradnji i prihvaćanju od strane lokalne zajednice, policije i lokalne vlade (Dolan i sur., 2000).

Švicarski centri za konzumaciju se sastoje od kafića, savjetovašta i klinike za primarnu medicinsku skrb. Same sobe za korištenje nisu prevelike, sadrže nekoliko stolova za korisnike i sterilnu opremu kao što su igle, šprice, žlice, flasteri, sredstva za dezinfekciju, papirnati ručnici, koševi za smeće itd. Stolovi i većina opreme je napravljena od čelika kako bi se olakšalo čišćenje. Osoblje mora dokazati kako klijent ima barem 16 godina i kod njega postoji povijest prijašnje intravenozne konzumacije, kako bi mogao ući i koristiti usluge centra. Većina centara ima ograničen broj korisnika (Dolan i sur., 2000). Korisnike se potiče da peru ruke kada ulaze u sobu te očiste mjesto koje su zauzeli nakon konzumacije. Nije im dopušteno pušenje bilo čega u sobi te postoji ograničeno vrijeme korištenja sobe koje je najčešće između 30 i 60 minuta. Nije dopuštena razmjena droge, dakle smiju koristiti samo svoju koju su unijeli, osoblju nije dopušteno pomagati tijekom injektiranja, ali je dopušteno korisnicima da pomognu jedni drugima (Dolan i sur., 2000). Centri su otvoreni sedam sati na dan, pet ili šest dana u tjednu. Doktori su prisutni nekoliko sati tjedno, uvijek je barem jedan djelatnik u sobi za konzumaciju, svi su običeni za prvu pomoć ukoliko dođe do predoziranja, a jedan djelatnik ima kao glavnu zadaću prvu pomoć. Ako korisniku pozli, osoblje donosi bocu kisika i masku, a ako ne poprimi svijest za deset minuta, zove se hitna pomoć (Dolan i sur., 2000). Dostupno je još savjetovanje, preporuka za tretman, besplatne juhe, čajevi, kave dok je voće i povrće dostupno po jeftinijim cijenama (Dolan i sur., 2000).

U prosjeku, oko 100 korisnika na dan posjeti ove centre npr. u Zurichu ili Baselu. U tri centra u Zurichu, procjenjuje se kako je dano 68000 injekcija, tretirano 3000 upala, 22 oživljavanja, 10 poziva hitnoj, a sve u periodu od 1 godine. Centre dobro tolerira zajednica i policija (Dolan i sur., 2000).

Studije su pokazale kako se većina konzumacije u Švicarskoj premjestila s javnih mjesta u centre (Rottman, Stover, Entstehung, 1999; prema Dolan i sur., 2000) i općenito se smanjilo javno i otvoreno korištenje (Kemmesies, 1999; prema Dolan i sur., 2000). Glavni razlozi iz kojih korisnici odlaze u ove centre su konzumacija u miru, razmjena igala i šprica, dostupnost savjetovanja te upoznavanje sličnih, dok su glavni razlozi za nastavak javnog korištenja ograničeno vrijeme rada

centara, liste čekanja te udaljenost od mjesta nabave do mjesta konzumacije (Kemmesies, 1999; prema Dolan i sur., 2000). Predoziranja opijatima kao uzrok smrti su se smanjila u Švicarskoj za vrijeme od kojeg sobe za konzumaciju postoje (Kemmesies, 1999; prema Dolan i sur., 2000), no teško je zaključiti jesu li one uzrok ili možda veća dostupnost tretmana i ostalih usluga (De Jong, Weber, 1999; prema Dolan i sur., 2000). Ne postoje zabilježeni smrti slučajevi u sobama za konzumaciju te postoji mali broj predoziranja uzimajući u obzir svu konzumaciju. Vjerojatnost da će osoba ostati u bolnici je deset puta veća za osobu koja se predozira na ulici nego za osobu koja se predozira u centru (Integrative Drogenhilfe Jahresbericht, 1997; prema Dolan i sur., 2000). Problem sa sobama za konzumaciju u Švicarskoj jest orijentiranje prema određenom geografskom području, samo osam od 26 kantona ima sobe za konzumaciju droga, Basel dvije, Bern dvije, Ženeva, Luzern, Schaffhausen, Solothurn isto dvije te Vaud i Zurich četiri. Samo dvije se nalaze u francuskom dijelu, a nijedna u talijanskom (Schori, 2018; prema Shirley-Beavan, 2019).

Usmjeri li se na zatvorski sustav, prema švicarskom aktu izdanom 2016. godine (*Swiss epidemics act*) sve penalne institucije koje se bave smanjenjem štete su obavezne osigurati sterilnu opremu za injektiranje zatvoreniciima (Junod, Wolff, Scholten, Novet, Greifinger, Dickson i sur., 2017). Unatoč tome, zatvorski je sustav često izostavljen iz ovakvih programa te u realnosti samo 14 posto švicarskih zatvora nudi uslugu zamjene igala i šprica (Schori, 2018).

5.5. Zaključak

Švicarska je u jedna od prvih zemalja koja je pridala veću važnost pristupima smanjenja štete te je očekivano kako je danas jedna od vodećih zemalja u ovom području. Koristi skoro sve suvremene metode smanjenja štete te bilježi uspješnost pri njihovom korištenju. Nadgleda se korištenje tih metoda i vrše se evaluacije pomoću kojih se onda nastoji utjecati na postojeće probleme i ukloniti ih. Ovakvim načinom, Švicarska služi kao primjer ostalim zemljama te bi metode primjenjivanje u njoj dovele do pozitivnih pomaka ukoliko bi se primjenjivale i u Hrvatskoj.

6. SMANJENJE ŠTETE U HRVATSKOJ

Programi smanjenja štete u Republici Hrvatskoj postoje od 1996. godine kada ih je Sabor uvrstio u nacionalnu strategiju za suzbijanje zlouporabe droga. Programi su se, kao što je slučaj i u brojnim ostalim zemljama, provodili u okviru udruga pa je tako prvi program razvijen kroz udrugu Help, 1996. godine u Splitu. Druge udruge koje provode programe smanjenja štete su Terra, koja postoji od 1999. u Rijeci, udruga LET na području Zagreba od 2003., udruga INSTITUT od 2007. u Puli te djeluje i Hrvatski crveni križ koji pokriva područja Zagreba, Zadra i Pule (Jovović i Mardešić, 2008).

6.1. Zakonski okvir i trendovi

Važni zakoni u Hrvatskoj kojima se regulira područje smanjenja štete su Zakon za suzbijanje zlouporabe droga, koji regulira uvjete za proizvodnju, posjedovanje i promet, dok je za teža kaznena djela tu Kazneni zakon. Posjedovanje manjih količina droge za osobnu upotrebu nije kazneno djelo od siječnja 2013. godine, ali zato je prekršaj koji se kažnjava novčanom kaznom. Također je regulirano da ukoliko je osoba kažnjena kaznom zatvora i tamo je započela liječenje, dužna je to liječenje nastaviti i nakon puštanja na slobodu (Katalinić, Valentić, Štimac Grbić, Ištvanović, 2020).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo je 1978. godine osnovao nacionalni Registar osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga (u daljnjem tekstu Registar). On je osnovan baš te godine zbog povećanog broja ljudi koji konzumiraju heroin što je postalo novi javnozdravstveni problem. Od 2018. godine Registar postaje dio Nacionalnog javnozdravstvenog informacijskog sustava (NAJS) kojem pristup imaju samo ovlaštene osobe. Prema podacima Registra, 2018. godine je u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj zbog problema ovisnosti liječeno manje od 7.000 osoba, ubraja se bolničko i izvanbolničko liječenje. Ovaj je broj nešto manji nego prethodnih godina, no u obzir je potrebno uzeti i promjene u načinu prikupljanja podataka za Registar, promjene u zakonodavstvu i slično (Katalinić, Valentić, Štimac Grbić, Ištvanović, 2020). Također, 2018. godine je došlo i do pada osoba koje su prvi put bile na liječenju te je manje opijatskih ovisnika. Ovakav pad opijatskih ovisnika je u skladu s trendovima u razvijenim zemljama zapadne Europe i SAD-u. Slučaj je uvijek da većinu liječenih osoba čine muškarci sa 82.6 %, dakle žene čine

postotak od 17.4 %. Najviše muškaraca pripada dobnoj skupini od 40 do 44 godine, dok je žena najviše između 35 i 39 godina. Od 2007. godine se bilježi povećanje prosječne dobi osoba s problemom ovisnosti koje su u službenom tretmanu. Broj ovisnika je viši od Hrvatskog prosjeka u sljedećim županijama: Istarska, Zadarska, Šibensko-kninska, Grad Zagreb, Splitsko-dalmatinska, Dubrovačko-neretvanska i Primorsko-goranska. Ostale županije imaju niže stope od prosjeka. Najčešće korištena ilegalna supstanca je kanabis nakon kojeg slijede amfetamini. Prvi kontakt s drogom kreće obično oko 16. godine, ako se usmjerimo na heroin, prva konzumacija je najčešće oko 20 godine, a prva intravenozna konzumacija s 21 godinom. Liječenje obično počinje oko 27 godine što pokazuje dug period od 10 godina između početka eksperimentiranja heroinom i početka tretmana. Tri glavna razloga za početak uzimanja su znatiželja, zabava i utjecaj vršnjaka. Otkrivanje problema ovisnosti i javljanje na tretman u najvećem broj slučajeva kreće od obitelji, prijatelja ili policije. Roditelji za problem ovisnost saznaju u prosjeku tek za nekoliko godina što govori o važnosti rada s roditelja na prepoznavanju i prevenciji (Katalinić, Valentić, Štimac Grbić, Ištvanović, 2020). U 2018. godini je u Hrvatskoj umrlo 255 osoba koje su jednom u životu bile na liječenju zbog ovisnosti, a taj je broj 2017. bio manji za 90. Ovo je sukladno situaciji u Europi gdje također dolazi do povećanja broja umrlih ovisnika u posljednje 4 godine (Katalinić, Valentić, Štimac Grbić, Ištvanović, 2020).

Općeniti podaci EMCDDA-a (2019) govore kako je u Hrvatskoj u 2017. počinjeno 11353 kaznenih i prekršajnih djela povezanih s drogom, od strane ukupno 9951 počinitelja. U 2017. godini se konzumacija i ovisnost o drogama javljaju kao razlog smrti, u populaciji staroj između 15 i 64 godine, u prosjeku kod 23 smrtna slučaja u odnosu na milijun, što je više od prosjeka drugih europskih zemalja (22 smrtna slučaja u odnosu na milijun). Promatrajući širenje infekcija kod opioidskih ovisnika, prevalencija infekcije hepatitisom b je padala od 2005. do 2013. godine, dok se 2014. godine bilježi porast te od tada ostaje ista (EMCDDA, 2019). EMCDDA usko surađuje s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo koji također prikuplja važne podatke o stanju u Hrvatskoj.

Promatrajući hrvatski zatvorski sustav, 2017. godine kod malo manje od jedne petine osuđenih osoba je dijagnosticiran problem odnosno ovisnost o drogi, najčešće opioidima ili o polivalentnoj ovisnosti. Od 2013. godine se bilježi pad osuđenih osoba s problemom ovisnosti no razlog je u tome što je te godine došlo do promjene zakona prema kojem posjedovanje manje količine za osobnu uporabu više nije kazneno djelo (EMCDDA, 2019).

U Hrvatskoj je do 2019. godine (kada se spaja s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo) bio važan Ured za suzbijanje zlouporabe opojnih droga Vlade Republike Hrvatske koji je u suradnji s jedinicama državne, lokalne i regionalne uprave i samouprave te udrugama izradio Nacionalnu strategiju za suzbijana zlouporabe opojnih droga 2006.-2012. (u daljnjem tekstu Nacionalna strategija) (Vlada RH, 2006; prema Jovović i Mardešić, 2008). Koristili su podatke Europskog centra za praćenje droga i ovisnosti o drogama (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) te preporuke Europske unije i Europskog vijeća te zaključili kako je potrebno izraditi cjelovitu, multidisciplinarnu, sveobuhvatnu strategiju za droge u Europi (Jovović i Mardešić, 2008). Nacionalna strategija naglašava sljedeća područja: koordinaciju, praćenje, informacijski sustav, istraživački rad, evaluaciju, smanjenje potražnje droga pomoću prevencije, smanjenja štete nastale uporabom droga, liječenja i socijalnog tretmana, djelovanja civilnog društva, također smanjenje ponude droga pomoću prevencije ilegalne proizvodnje droga, suradnje mjerodavnih državnih tijela, a posebice policije, carine i pravosuđa na području organiziranog kriminala vezanog uz droge i kaznene politike, te međunarodnu suradnju i izobrazbu (Jovović i Mardešić, 2008). Vidljivo je kako je stavljen naglasak na smanjenje štete kao jedno od glavnih područja no pitanje je koliko je ulagano u razvoj takvih programa i intervencija.

Iduća Nacionalna strategija suzbijana zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj se postavlja u okvir godina od 2012. do 2017. Postavlja kao glavne ciljeve sprječavanje i smanjivanje zlouporabe sredstava ovisnosti (posebno kod mladih), smanjiti probleme nastale zbog ovisnosti te zdravstvene i socijalne rizike koji nastupaju, smanjiti dostupnost droga i djelovati na tržište te izraditi sustav za suzbijanje i borbu protiv ovisnosti na lokalnoj i nacionalnoj razini. Nacionalna strategija naglašava važnost programa smanjenja štete te govori o širenju postojećih programa na druge dijelove zemlje, ali i govori o važnosti razvoja novih pristupa smanjenja štete. Posebno se naglašavaju noćni klubovi i glazbeni festivali gdje vide mogućnost osiguravanja pitke vode, prve pomoći, informiranje i doseg novoj populaciji konzumenata ilegalnih droga kao način očuvanja zdravlja i sigurnosti spomenute populacije koja je često zanemarena prisutnim metodama smanjenja štete u Hrvatskoj (Vlada Republike Hrvatske, 2012).

Danas se stanje i trendovi konzumacije droga se službeno prate preko Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, koji od 2019. godine preuzima ulogu Ureda za suzbijanje zlouporabe droga, i Europskog centra za nadzor droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA). Kako se osobe s problemima

vezanima uz psihoaktivne tvari i dalje na margini društva, osim njihovog glavnog problema ovisnosti suočeni su i s brojem drugima kao npr. bolesti (zbog dijeljenja pribora, rizičnog seksualnog ponašanja, upitne čistoće droga itd.) i socijalno ekonomske poteškoće (Katalinić, Valentić, Štimac Grbić, Ištvanović, 2020).

Kada se usmjerimo na pristup smanjenja štete u Hrvatskoj, ono se provodi uglavnom preko nevladinih organizacija i Hrvatskog crvenog križa. Glavna aktivnost smanjenja štete je zamjena igala i šprica te ostale potrebne opreme, a također i anonimno i besplatno savjetovanje i testiranje. Provođitelji programa također omogućavaju konzumentima pristup informacijama o sigurnijem korištenju putem pisanih materijala (EMCDDA, 2019). Nevladine organizacije su tako 2017. podijelile oko 245000 igala i šprica. Postoji deset specijaliziranih centara koji su raspoređeni po većim gradovima te u zatvorskoj bolnici u Zagrebu te pružaju uslugu anonimnog i besplatnog testiranja na virus HIV-a i savjetovanja. Također je i pokrenuta mobilna aplikacija i *online* platforma te je njen glavni zadatak da olakša pristup informacijama o hepatitisu, a postoji od 2017. godine. Kako se supstitucijska terapija nekad navodi kao metoda smanjenja štete, u Hrvatskoj se u najvećem se broju slučajeva propisuje buprenorfin, u 49 posto slučajeva, te metadon u 47 posto slučajeva. Od drugih supstitucijskih lijekova najčešće se propisuje suboxon. Programi smanjenja štete se provode i unutar zatvorskog sustava te tamo uključuju savjetodavne aktivnosti, testiranje na zarazne bolesti te tretman tih bolesti (EMCDDA, 2019).

6.2. Programi smanjenja štete u Hrvatskoj

U Hrvatskoj su se provodili programi smanjenja štete podjela igli i štrcaljki, supstitucijska terapija i tretman, tretmani HIV-a/AIDS-a, edukacije, informiranje i komunikacija tj. savjetovanje kao smanjivanje štete (Jovović i Mardešić, 2008), a slučaj je da se i danas, više od 10 godina kasnije, i dalje provode isti programi smanjenja štete (EMCDDA, 2019). Opisani su primjeri programa koji se uspješno provode ili su se provodili u Hrvatskoj.

6.2.1. Program Minus virus

Program Minus virus provodi Udruga apstinenata za pomoć pri resocijalizaciji Porat, a provodi se od 2018. godine. Glavni cilj programa je smanjenje rizika od infekcija hepatitisom b i c te virusom

HIV-a kod intravenoznih konzumenata. Način na koji nastoji ostvariti cilj jest zamjena igala i šprica i dijeljenje antiseptičkih sredstava, dijeljenje prezervativa, informiranje o zarazama i bolestima, savjetovanje i pomoć pri uključivanju u psihosocijalni tretman Službe za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i mentalno zdravlje Zadar. Program se provodi u Zadru, točnije u tzv. *Drop-in* centru, također u Biogradu, Pagu i ostalim mjestima gdje odlaze vanjski radnici te prostorijama udruge Porat. Prilikom aktivnosti podijele materijala korisnicima, vodi se dnevna evidencija broja podijeljenog pribora te evidencija korisnika na način da oni sami odaberu šifru ili nadimak za bilježenje njihove evidencije čime se osigurava anonimnost. Izvještava se kako je broj korisnika 60, od čega je 40 starih i 20 novih korisnika, od čega su 52 muška korisnika i 8 korisnica. Evidencije pokazuju kako je podijeljeno 2656 kondoma, 16891 igala, 20418 šprica i 3281 primjeraka edukativnog materijala. Promatrajući prikupljeni materijal, prikupljeno je 6050 igala i isto toliko štrcaljki. Evaluacija od strane unutarnjih evaluatora je pokazala kako je program uspješan pri ostvarivanju postavljenih ciljeva, dakle ostvaren je održiv sustav razmjene pribora čime je i smanjena mogućnost zaraze, stvorene su navike kod korisnika da odgovorno zbrinjavaju infektivni otpad, korisnici su više informirani o zarazama spolnim putem ili krvlju te je unaprijeđen zdravstveni i društveni status korisnika. Program je financiran putem nacionalnog financiranja koje je iznosilo 300.000 kn.¹

6.2.2. Program suzbijanja bolesti ovisnosti i smanjenja štete

Provoditelj ovog programa je Društvo Crvenog križa Krapinsko-zagorske županije, a godina provedbe je 2018. Program se bavi kontaktiranjem aktivne intravenozne ovisničke populacije kojoj omogućava anonimnu i besplatnu podjelu igala i šprica, dezinfekcijskih sredstava, zaprimanje korištenog pribora za konzumaciju, podjela kondoma, informativnih materijala, savjetovanje (individualno i grupno), pomoć pri pronalaženju posla i ulasku na tržište rada, besplatno i anonimno testiranje na hepatitis i HIV itd. Opći cilj je smanjenje štete kod korisnika te savjetovanje, dok su specifični ciljevi okupljanje korisnika, podjela pribora i prikupljanje korištenog, sprječavanje širenja bolesti, savjetodavne terapije i brzo testiranje na hepatitis i HIV. Program se provodio na prostorima Krapinsko-zagorske županije gdje izlaze vanjski radnici i u *Drop-in* centru u Krapini. U programu su sudjelovala 102 korisnika te su podijeljeno 1197

¹ <http://www.programi.uredzadroge.hr/Public/Print/11526>

kondoma, 1700 igala, 234 primjerka edukativnog materijala, a prikupljene su 1504 igle. Program je nacionalno financiran sa 140.000 kn. Kritika je što za program nije provedena nikakva evaluacija.²

6.2.3. Program smanjenja štete udruge Terra

Program udruge Terra za cilj ima smanjiti štetne posljedice konzumacije droga, kao širenje bolesti krvlju, ali i važne socijalne posljedice kao marginalizaciju, probleme u obitelji i na području školovanja, nezaposlenost i slično. Specifični ciljevi su smanjiti rizik predoziranja, osigurati pravilno korištenje supstitucijske terapije, obuhvatiti što veći broj korisnika i uključiti ih u svakodnevni život i poboljšati njihov životni standard. Namijenjen je intravenoznim konzumentima koji još uvijek konzumiraju droge i onima koji su na supstitucijskoj terapiji. Kako je program razvijen u Rijeci, gdje je procijenjeno da postoji oko 2000 ovisnika o drogama, zaključeno je kako ciljana skupina ovog programa ne može zadovoljiti osnovne životne potrebe, nalaze se izvan obrazovnog sustava ili su nezaposleni, izbačeni su iz doma, tek su izišli iz zatvora ili su tek došli iz neke strane zemlje. Provedene aktivnosti su se usmjerile na motiviranje, informiranje i edukaciju o posljedicama, pružanju pomoći, zamjena igala i šprica, dijeljenje kondoma i čišćenje okoliša. Ovisnicima beskućnicima se nudila i mogućnost dnevnog boravka u prostorima *Drop in* centra gdje mogu oprati odjeću, tuširati se, pojesti itd. Važno je kako je jedna od aktivnosti bila i senzibilizacija zajednice o potrebama ove marginalizirane skupine i potrebom za ovakvim programima. Program je proveden u Istarskoj, Karlovačkoj, Ličko-senjskoj i Primorsko-goranskoj županiji. Podijeljeno je 3943 kondoma, 96904 igala, 69632 štrcaljki, 681 primjerak edukativnog materijala, dok je prikupljeno 22209 igala i 29447 štrcaljki. U programu je bilo uključeno 680 korisnika, od toga 592 muškog i 88 ženskog spola. Od njih je 68 bilo pozitivno na hepatitis B, 225 na hepatitis C i 5 na HIV. Važno je da je provedena evaluacija programa od strane unutarnjih evaluatora. Procesna evaluacija je izvršena promatranjem broja korisnika koji koristi usluge programa. Pokazalo se kako je smanjena prevalencija hepatitisa B i C te ostala niska prevalencija HIV-a, bilo je manje predoziranja, korisnici programa su se ranije uključivali u

² <http://www.programi.uredzadroge.hr/Public/Print/12232>

tretman od onih koji nisu bili u programu i povećao se broj vraćenog pribora za konzumaciju. Program je financiran gradskim financiranjem s 80000 kn te nacionalnim s 350000 kn.³

6.3. Zaključak

Ured za droge navodi i druge programe smanjenja štete koji se provode na području Hrvatske: "Needle exchange" na području Osječko-baranjske županije (Provedba u suradnji s Udrugom "Help"), program Rijeka zdravlja na području Ličko-senjske, Primorsko-goranske i Zadarske županije (preko udruge Hepatos Rijeka), Siguran grad - Antivirus II. godina provođenja u Osječko-baranjskoj županiji (preko udruge Ne-ovisnost) i U.P.E.Z Pula i jugoistočna Istra i U.P.E.Z. Poreč i sjeverozapadna Istra (preko udruge Institut).⁴

Promatrajući programe smanjenja štete koji se provode na području Hrvatske, vidljivo je kako su svi usmjereni na zamjene igala i šprica i supstitucijske terapije, dok suvremenije metode kao sobe za konzumaciju i testiranje čistoće supstanci izostaju. Svi postavljaju slične ciljeve koji se obično odnose sa sprječavanje širenja bolesti i infekcija, dok rijetki veći naglasak stavljaju i na socijalne potrebe ciljane populacije. Također, programi nisu dostupni u svim županijama čime se ugrožavaju konzumenti na tim područjima čija bi se kvaliteta života poboljšala prisutnošću sličnih programa. Na velikom broju programa nije provedena evaluacija ili je provedena npr. samo procesna evaluacija čime se otežava donošenje zaključka o njihovoj učinkovitosti.

³ <http://www.programi.uredzadroge.hr/Public/Print/12091>

⁴ <http://www.programi.uredzadroge.hr/public/index>

7. ZAKLJUČAK

Pristup i metode smanjenja štete u brojnim državama predstavljaju novija gledišta na ovisnosti i konzumaciju droge. Suprotstavljaju se starijem represivnom pristupu prema drogama te na prvo mjesto stavljaju pojedinca kao konzumenta kojem se na odgovarajući način pruža pomoć koju je on spreman prihvatiti. Razlikujemo starije metode smanjenja štete koje se primjenjuju u većem broju zemalja, npr. metoda zamjena igala i šprica, te suvremenije metode kao testiranje droga (*drug checking*), sobe za konzumaciju, terapija naloxonom itd.

Suvremenije metode upravo zbog svog otvorenog pristupa drogi i konzumaciji droge, prihvaćanja da konzumacija postoji i nestigmatiziranja pojedinaca uključenih u ovisnička ponašanja, izazivaju kontroverzne reakcije više konzervativnih društava. Usprkos tome, prepoznata je važnost njihove primjene i pozitivni pomaci koji se javljaju kao posljedica. Tako je metoda zamjene igala i šprica u prije spomenutim zemljama, Njemačkoj, Ujedinjenom Kraljevstvu, Nizozemskoj i Švicarskoj, dovela do smanjenja širenja zaraza virusom HIV-a i hepatitisa, a sobe za konzumaciju su u istim zemljama pomogle pri smanjenju smrtnosti, smanjenju širenja zaraza i očuvanju odgovarajućeg socijalnog funkcioniranja osoba koje uglavnom intravenozno konzumiraju drogu. Primjer korištenja metode testiranja droga je pokazao kako se njenom primjenom mogu spriječiti štetne ili čak smrtne posljedice. Konkretni primjer je prije opisan razvijen sustav testiranja droga u Nizozemskoj koji je spriječio smrtne posljedice koje su se mogle javiti konzumacijom droge koja je umjesto očekivanog MDMA-a sadržavala izrazito opasnu supstancu. Korištenje metode propisivanja naloxona (*take at home naloxon*) se izbjegao velik broj predoziranja i smrti ovisnika o heroinu.

Jedna je kritika o kojoj se najčešće govori kada je u pitanju pristup smanjenja štete, a to je da on potiče ljude na konzumaciju ilegalnih supstanci. Temeljitim proučavanjem provođenja metoda smanjenja štete, vidljivo je kako one nastoje pomoći osobama koje konzumiraju droge pri očuvanju njihova zdravlja i predlažu im druge oblike pomoći i tretmana. Važnost ovog pristupa leži upravo u tome što predstavlja prvi korak osobe prema tretmanu ili barem brizi za vlastito zdravlje, nestigmatizirajući je oblik pružanja pomoći i puno lakše dostupan osobama koje nisu spremne za službeni tretman. Ne promovira konzumaciju droga, već promovira očuvanje zdravlja i funkcioniranja osoba koje konzumiraju droge.

Cilj ovog rada nije bio ocijeniti najbolju europsku praksu smanjenja štete nego prikazati pristup i metode smanjenja štete koje se uspješno provode u tim zemljama i zaključiti o mogućnosti njihove primjene u Hrvatskoj. Hrvatska je od metoda smanjenja štete primjenjivala samo informiranje o širenju zaraza te zamjenu igala i šprica koje je danas pomalo zastarjela zbog trenda smanjenja broja ljudi koji intravenozno konzumiraju droge. Kako se i u Hrvatskoj javlja da sve veći broj mladih konzumira ilegalne droge i društvo sve više tolerira konzumaciju droga, posebno ako se govori o rekreativnim konzumentima, potrebno bi bilo primjenjivati i suvremene metode smanjenja štete. Tako bi primjena soba za konzumaciju, koje su namijenjene uglavnom padajućoj populaciji osoba koje intravenozno konzumiraju drogu, omogućila tim ljudima sigurno, sterilno i nestigmatizirajuće mjesto za konzumaciju uz pružanje savjetovanja i predlaganja oblika tretmana, pružale bi im se ostale usluge poput obroka, a uz to podrazumijeva i nabavu sterilnih igala i šprica. Za istu populaciju bi bilo važno početi i s propisivanjem naloxona i obučavanjem za njegovu primjenu kako bi se smanjio broj predoziranja i smrtnih slučajeva. Testiranje droge bi bilo važno jer bi postojalo u Hrvatskoj kao jedna od rijetkih metoda smanjenja štete namijenjena rekreativnim konzumentima, dolazi do populacije koju klasični tretmani i metode smanjenja štete ne obuhvaćaju, a smanjila bi broj štetnih posljedica konzumacije i informirala konzumente o štetnosti droge te na taj način sigurno utjecala kod nekih na odustajanje od konzumacije. Dakle, zamjena igala i šprica bi se u Hrvatskoj mogla obavljati u sklopu soba za konzumaciju. Podjela naloxona evidentiranim konzumentima droge ili osobama ovisnima o drogi bi se mogla organizirati preko soba za konzumaciju ili se dijeliti preko ljekarni i ustanova koje se na neki način bave drogama i ovisnostima. Metoda testiranja droga bi se usmjerila na potrebe rekreativnih konzumenata droge koji su zanemareni u Hrvatskoj koja ne primjenjuje metode namijenjene ovoj populaciji.

Pozitivi ishodi primjene ovih metoda smanjenja štete u Hrvatskoj su očiti, ali pitanje je koliko su država i nevladine udruge spremne uložiti u iste. Hrvatska je politika prema drogama i konzumaciji i dalje konzervativna te na neki način negira postojanje problema konzumacije koji je čest. Populacija Hrvatske slijedi trendove u ostatku europskih zemalja; sve veće prihvaćanje konzumacije droga, posebno kanabisa, česta pojava konzumacije droga u okviru noćnog života, veći broj rekreativnih konzumenata nego ovisnika te pad broja osoba koje intravenozno konzumiraju droge, posebno ovisnika o heroinu, a sve je ovo vidljivo u podacima Europskog centra za nadzor droga i ovisnosti o drogama. Unatoč naglašavanju važnosti očuvanja zdravlja marginalizirane populacije koja konzumira drogu te spominjanja pristupa smanjenja štete u okviru

strategija i zakona, u praksi to nije toliko vidljivo. Da bi se utjecalo na konzumaciju droga i smanjila šansa za nastajanje većih problema na ovom području u Hrvatskoj, potrebno je prihvatiti postojanje tih problema i na njih adekvatno odgovoriti. Adekvatan odgovor bi bile metode smanjenja štete koje su manje stigmatizirajuće i lakše dostupne konzumentima, pružaju mogućnost upoznavanja konzumenta sa štetnim posljedicama i oblicima dostupnog tretmana, promoviraju brigu za vlastito zdravlje, a sve to prije nego osoba koja povremeno konzumira ilegalne droge postane osoba koja je ovisna o drogama.

8. LITERATURA

1. AK Konsumraum (2011). Drug Consumption Rooms in Germany. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
2. Barratt, M., Kowalski, M., Maier, L., Ritter, A., National Drug And Alcohol Research Centre (2018). Global review of drug checking services operating in 2017. Sydney: University of New South Wales.
3. Betzler, F., Helbig, J., Viohl, L., Ernst, F., Roediger, L., Gutwinski, S., Ströhle, A., Köhler, S. (2020). Drug Checking and Its Potential Impact on Substance Use. *Eur Addict Res.* 2020; 1-8. DOI:10.1159/000507049.
4. Blanken, P. (2011). Heroin-assisted treatment: from efficacy to effectiveness and long-term outcome. Diplomski rad. Amsterdam: Sveučilište u Amsterdamu.
5. Brunt, T., European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction(2017). Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges. Nizozemska: Drug Information and Monitoring System.
6. Buning, E., Brussel, G. (1995). The Effects of Harm Reduction in Amsterdam. *Eur Addict Re*, 1(1). 92-98.
7. Carre, Z., Ali, A. (2019). Finding a Needle in a Haystack: Take-Home Naloxone in England 2017/18. London: Release.
8. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.
9. Cook, C., Bridge, J., Stimson, G. (2010). The diffusion of harm reduction in Europe and beyond. U: Rhodes, T., Hedrich, D., ur., Emcdda Monographs: Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 37-56.
10. Cooper, C. (2014). Give under-18 steroid users clean syringes, says NICE, <<https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/nice-needle-exchanges-should-supply-safe-equipment-to-under-18-steroid-users-9247087.html>>. Pristupljeno 1.7.2020.
11. De Gee, A., van der Gouwe, D., Woods, S., Charvet, C, van der Poel, A. (2018). Drug Consumption Rooms in the Netherlands Utrecht: Trimbos Institute.

12. Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., McDonald, D., Trautmann, F. (2000). Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 19 (1), 337-346.
13. EMCDDA (2011). Cost and financing of drug treatment services issue 2011 in europe: an exploratory study. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
14. EMCDDA (2019). Croatia Country Drug Report 2019, <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11343/croatia-cdr-2019_0.pdf>. Pristupljeno 10. travnja 2020.
15. EMCDDA (2019). Germany Country Drug Report 2019, <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11334/germany-cdr-2019_0.pdf>. Pristupljeno 10. kolovoza 2020.
16. EMCDDA (2019). Harm Reduction in Netherlands, <https://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/netherlands/harm-reduction_en>. Pristupljeno 7. kolovoza 2020.
17. EMCDDA (2019). Netherlands Country Drug Report 2019, <<file:///C:/Users/Korisnik/Desktop/netherlands-cdr-2019.pdf> >. Pristupljeno 4. kolovoza 2020.
18. EMCDDA (2019). United Kingdom Country Drug Report 2019, <<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11355/united-kingdom-cdr-2019.pdf> >. Pristupljeno 20. lipnja 2020.
19. EMCDDA (2020). Factsheet GERMANY, <<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/11579/DE-factsheet-2020-final.pdf>>. Pristupljeno 20. kolovoza 2020.
20. Fischer, B. (1995). Drugs, Communities, and "Harm Reduction" in Germany: The New Relevance of "Public Health" Principles in Local Responses. *Journal of Public Health Policy*, 16(4), 389-411.
21. Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P., Haasen, C., Rehm, J., Schechter, M., Strang, J., van den Brink, W. (2007). Heroin-assisted Treatment (HAT) a Decade Later: A Brief Update on Science and Politics. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 84(4), 552-562. DOI: 10.1007/s11524-007-9198-y.

22. Fisher, H., Measham, F. (2018). Reducing Drug-Related Harm in the Night Time Economy. Durham University: Night Lives.
23. Government of Netherlands (2020). Toleration policy regarding soft drugs and coffee shops, < <https://www.government.nl/topics/drugs/toleration-policy-regarding-soft-drugs-and-coffee-shops>>. Pristupljeno 5. kolovoza 2020.
24. Hayle, S. (2018). The Politics of Harm Reduction: Comparing the Historical Development of Needle Exchange Policy in Canada and the UK between 1985 and 1995. *The Social History of Alcohol and Drugs*, 1(32), 81-103.
25. Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
26. Hedrich, D., Kerr, T., Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. U: Rhodes, T., Hedrich, D., ur., *Emcdda Monographs: Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, str. 305-331.
27. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2018). Minus virus, <<http://www.programi.uredzadroge.hr/Public/Print/11526>>. Pristupljeno 09. travnja 2020.
28. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2018). Program suzbijanja bolesti ovisnosti i smanjenja štete, <<http://www.programi.uredzadroge.hr/Public/Print/12232>>. Pristupljeno 09. travnja 2020.
29. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2018). Smanjenje štete, <<http://www.programi.uredzadroge.hr/Public/Print/12091>>. Pristupljeno 09. travnja 2020.
30. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2019). Programi smanjenja štete, <<http://www.programi.uredzadroge.hr/public/index>>. Pristupljeno 07. travnja 2020.
31. Hungerbuehler, I., Buecheli, A., Schaub, M. (2011). Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use - evaluation of Zurich's drug checking services. *Harm Reduction Journal*, 8(16), 1-6. DOI: 10.1186/1477-7517-8-16.
32. Hunter, G., Stimson, G., Judd, A., Jones, S., Hickman, M. (2000). Measuring injecting risk behaviour in the second decade of harm reduction: a survey of injecting drug users in England. London: The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Department

of Social Science and Medicine, Imperial College School of Medicine. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95913516>.

33. Infodrog (2017). Drug Checking (factsheet). Bern: Infodrog.
34. Jovović, I., Mardešić, V. (2008). Programi smanjenja štete. Zagreb: Udruga za unapređenje kvalitete življenja LET.
35. Katalinić, D., Valentić, M., Štimac Grbić, D., Ištvanović, A. (2020). Izveštje o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2018. godini. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
36. Klingemann, H. K. H. (1996). Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. *Addiction*, 91(5), 723-736.
37. Korf, D., Riper, H., Bullington, B. (1999). Windmills in their minds? Drug policy and drug research in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 29(3), 451-472.
38. Lenton, S., Single, E. (1998). The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17 (1), 213-220.
39. Lewy, J. (2008). The Drug Policy of the Third Reich. *Social History of Alcohol and Drugs*, 22(2), 144-167.
40. Marlatt, A. (1998). Harm Reduction around the World: A Brief History. U: Marlatt, A., ur. Harm Reduction: Pragmatic Strategies for managing high-risk behaviours. New York: Guilford Press, 49-66.
41. Marlatt, A. (1998). Harm Reduction around the World: A Brief History. U: Marlatt, A., ur. Harm Reduction: Pragmatic Strategies for managing high-risk behaviours. New York: Guilford Press, 31-37.
42. Marzel, A., Kusejko, K., Weber, R., Bruggmann, P., Rauch, A., Roth, J., Bernasconi, E., Calmy, A., Cavassini, M., Hoffmann, M., Böni, J., Yerly, S., Klimkait, T., Perreau, M., Günthard, H., Kouyos, R., Swiss HIV Cohort Study (2018). The Cumulative Impact of Harm Reduction on the Swiss HIV Epidemic: Cohort Study, Mathematical Model, and Phylogenetic Analysis. Oxford: Infectious Diseases Society of America.
43. McDonald, R. (2016). Historical summary of the development and spread of take-home naloxone provision. U: Strang, J., McDonald, R., ur., Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone. Luxembourg: Publications Office of the European Union, str. 49-69.

44. McDonald, R., Campbell, N., Strang, J. (2017). Twenty years of take-home naloxone for the prevention of overdose deaths from heroin and other opioids—Conception and maturation. *Drug and Alcohol Dependence*, 178 (2017), 176-187.
45. National Institute for Health and Care Excellence (2014). Needle and syringe programmes, < <https://www.nice.org.uk/guidance/ph52/resources/needle-and-syringe-programmes-pdf-1996415046853>>. Pristupljeno 25. lipnja 2020.
46. Peacey, J. (2014). Drug Consumption Rooms in Europe: Client experience survey in Amsterdam and Rotterdam. Amsterdam: European Harm Reduction Network.
47. Perkonigg, A., Lieb, R., Wittchen, H. (1998). Substance Use, Abuse and Dependence in Germany. *Eur Addict Res* 1998, 4(1), 8-17.
48. Public Health England (2017). Take-home naloxone for opioid overdose in people who use drugs, < https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/669475/phetake-homenaloxoneforopioidoverdoseaug2017.pdf >. Pristupljeno 29. lipnja 2020.
49. Reed, K. (2016). Emergency naloxone in regular clinical practice. U: Strang, J., McDonald, r., ur., Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone. Luxembourg: Publications Office of the European Union, str. 29-37.
50. Schori, D (2018) Global State of Harm Reduction 2018 survey response.
51. Shirley-Beavan, S. (2019). The State of Harm Reduction CONTENTS in Western Europe 2018. London: Harm Reduction International.
52. Smit-Rigter, L., van der Gouwe, D. (2019). The Drugs Information and Monitoring System (DIMS). Factsheet on drug checking in the Netherlands. Utrecht: Trimbos Institute.
53. Soellner, R. (2005). Club Drug Use in Germany. *Substance Use & Misuse*, 40(1), 1279-1293.
54. Stöver, H., Nelles, J. (2003). Ten years of experience with needle and syringe exchange 5 programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 14(5), 437-444. DOI: 10.1016/j.drugpo.2003.08.001.
55. Strang, J, Gossop, M. (1994). Heroin addiction and drug policy: the British system. Oxford: Oxford University Press .

56. Strang, J., Groshkova, T., Metrebian, N. (2012). EMCDDA INSIGHTS New heroin-assisted treatment Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. Geneva: UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
57. Van Wormer, K. (1999). Harm Induction vs. Harm Reduction: Comparing American and British Approaches to Drug Use. *Journal of Offender Rehabilitation*, 29 (1/2), 35-48. DOI: 10.1300/J076v29n01_03.
58. Verthein, U., Bonorden- Kleij, K., Degkwitz, P., Dilg, C., Köhler, W., Passie, T., Soyka, M., Tanger, S., Vogel, M., Haasen, C. (2008). Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany. *Addiction*, 103(6), 960-966.
59. Vlada Republike Hrvatske (2012). Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012. do 2017. godine. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske - Ured za suzbijanje zlouporabe droga.
60. Weber, U., Schneider, W. (1998). Syringe Exchange in Germany. *Substance Use & Misuse*, 33(5), 1093-1112.