

OPORAVAK

NAŠ ZAJEDNIČKI CILJ



Naslov: OPORAVAK – NAŠ ZAJEDNIČKI CILJ

Autori: David Best, Neil McKeganey, Angela Halvorson, Melanie Whitter, Stuart Green, Mulka Nišić, Borislav Goić

Izdavač: Udruženje PROSLAVI OPORAVAK, Danijela Ozme 11, Sarajevo, BiH

Za izdavača: Borislav Goić

Grafički dizajn i ilustracije: Nenad Arslanagić

Prevodilački tim: Mulka Nišić, Mediha Kovačević, Cecilia Hajzler

Partneri: World Federation Against Drugs, Udruženje Izlazak, NVO Preporod

Donator: FORUM SYD

Pravna napomena

Ova publikacija zaštićena je autorskim pravima. Nijedan dio ove knjige ne smije se ponovno štampati ili reproducirati u bilo kojem obliku i putem bilo kojih mehaničkih ili online načina, koji su sada poznati ili će biti izumljeni, uključujući fotokopiranje i snimanje, ili u bilo kojem sistemu za pohranu ili preuzimanje podataka, bez odobrenja u pisanom obliku od strane izdavača.

Organizacija ne prihvaća nikakvu odgovornost za posljedice koje mogu nastati iz upotrebe podataka sadržanih u ovom dokumentu. Sadržaj ove publikacije ne odražava nužno službena mišljenja partnera.

Kataloški zapis dostupan je u Nacionalnoj i univerzitetskoj biblioteci Bosne i Hercegovine i Virtualnoj biblioteci Bosne i Hercegovine, na bosanskom, srpskom i engleskom jeziku.

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka
Bosne i Hercegovine, Sarajevo

613.83

OPORAVAK : naš zajednički cilj / David Best ... [et al.] ; prevod sa engleskog Mulka Nišić, Mediha Kovačević, Cecilia Hajzler. - Sarajevo : Udruženje za resocijalizaciju bivših ovisnika Proslavi oporavak, 2019. - 105 str. : ilustr. ; 30 cm

O autorima: str. [107]. - Bibliografija uz pojedine radove.

ISBN 978-9926-8409-0-7

1. Best, David

COBISS.BH-ID 28301062

David Best, Neil McKeganey, Angela Halvorson, Melanie Whitter, Stuart Green, Mulka Nišić, Borislav Goić



OPORAVAK

NAŠ ZAJEDNIČKI CILJ

Prevod sa engleskog

Mulka Nišić, Mediha Kovačević, Cecilia Hajzler



Udruženje PROSLAVI OPORAVAK

Sarajevo, 2019

PREDGOVOR	5
PONOVO OTKRIVANJE OPORAVKA U TRETMANU OVISNOSTI O DROGAMA	7
ANALIZA IZVJEŠTAJA ISTRAŽIVANJA “ŽIVOT U OPORAVKU” ZA PODRUČJE BALKANA	25
PROJEKT BIRAM OPORAVAK – OD PROCJENE POTREBA DO EFEKTIVNOG ODGOVORA	43
SERVISI ORIJENTISANI KA OPORAVKU – TRI PRIMJERA DOBRE PRAKSE	59
PROCES OPORAVKA U SOCIJALNOM OKRUŽENJU LOKALNE ZAJEDNICE	89
KLINIKA ASPIRE DONCASTER, VELIKA BRITANIJA – SERVISI PO MJERI KORISNIKA	99

Područje ovisnosti o drogama i smanjenje potražnje droga jedna je od prilično kontraverznih tema ne samo u politikama koje se donose nego i u njihovoj implementaciji. U zadnjih 25 godina su radikalni stavovi, poput veličanja programa smanjenja štete ili isključivih drug-free programa, doveli do mnogih neslaganja i izolacije u kojoj je na kraju najviše ispaštao onaj koji je pomoć i tražio - osoba koja zlorabljuje droge. Tvrdnja da je za napredak u ostvarivanju svog potencijala odgovoran pojedinac, ali i sistem koji mu pruža podršku me u određenoj mjeri uvjerila da se ovoj problematici mora pristupiti drugačije. Zajednički cilj mora biti postavljen, a stare ideologije i pogrešne dihotomije zaboravljene, jer ispred nas stoji neko kome smo mi slamka spasa. Prije mnogo godina sam i sam bio dio te priče te je pravodobna informacija bila ključna za postavljanje dijagnoze i usmjeravanje ka mom ličnom blagostanju.

Postavlja se pitanje koji je naš cilj? Šta mi kao ljudi, koji na direktan ili indirektan način pristupaju osobama sa problemom ovisnosti u konačnici njima i želimo? Koji je naš cilj za njih, na kojem saznanju i temelju baziramo naš pristup? Da li bi u svom svakodnevnom radu, i pri donošenju odluka možda drugačije postupili da su preko puta nas naši supružnici, braća, sestre, djeca?

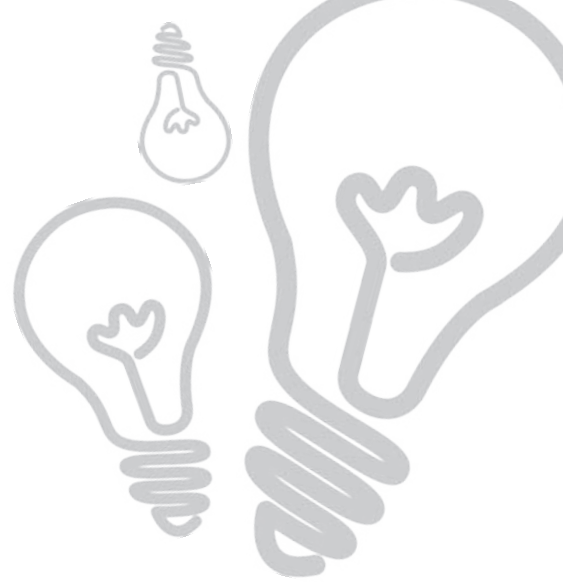
Oporavak od ovisnosti nije nov pojam. U Americi se spominje protkan optimističnom nadom u svakom segmentu debate. U Velikoj

Britaniji je svaki pomak na bolje oporavak. U našoj regiji oporavak je nešto što je vezano za usku manjinu onih koji su se izvukli iz pakla ovisnosti. Pitanje je da li uopšte pravilno razumijemo tu čarobnu riječ oporavak. Šta je za mene, a šta za tebe oporavak? Čudno je i kako različit pristup stoji iza te riječi. Dok će se za oporavak od loma ruke sistemski poduzeti sve da ta ruka pravilno zaraste i bude ponovo funkcionalna, kod bolesti ovisnosti kao da nema spremnosti da se sve vrati u prvobitno stanje. Ako i postoje naučna saznanja i temelji za takve postupke i faktori u ovisnosti koji zasigurno doprinose ostanku u stanju boli, u procesu oporavka zasigurno postoje faktori koji dovode do napretka, osnaživanja ličnosti i pomjeranja ka stanju nade.

Ova publikacija je napravljena da nam pomogne da bolje razumijemo šta se krije iza riječi oporavak. Ljudi koji su pisali radove sadržane u ovoj publikaciji su se nesebično odazvali i prioritzirali naš region da sa njihovim znanjem i primjerima dobre prakse i mi dobijemo benefit za sebe i svoj rad, i za to im veliko hvala. Prikupljeni radovi možda doprinesu da problematiku zlorabotrebne droga stavimo konačno kao prioritet i započnemo zajedničke debate i postavimo zajednički cilj. Cilj koji može podržati mnoge koji se danas osjećaju izolirano i stigmatizirano da se mogu vratiti u ono prvobitno stanje, jer niko nije rođen kao neko ko zlorabljuje droge i ne mora nužno tako i završiti. Cilj kojim ćemo dovesti svakog pojedinca do njegovog maksimalnog potencijala. Cilj koji se zove oporavak.

PONOVO OTKRIVANJE OPORAVKA U TRETMANU OVISNOSTI O DROGAMA

NEIL MCKEGANEY



Posljednjih nekoliko godina u tretmanu ovisnosti o drogama je došlo do ogromnih promjena koje se ogledaju kroz ponovno otkrivanje oporavka kao ostvarljivog cilja tretmana. Tokom najmanje petnaest proteklih godina tretman ovisnosti o drogama u mnogim zemljama bio je primarno pod uticajem ideje da se radi o hronično recidivirajućem stanju od kojeg se osoba nikada ne može u potpunosti oporaviti. To stajalište najviše su zastupali profesor Tom McLellan i njegove kolege, koji su, na osnovu recenzije širokog spektra studija koje evaluiraju inicijative za tretman ovisnosti, 2000. godine zaključili:

“Naš pregled dostupnih tretmana je ustanovio da postoji više od stotinu (100) randomiziranih kontrolnih ispitivanja tretmana ovisnosti, koja pokazuju značajno smanjenje upotrebe droga, poboljšanje ličnog zdravlja i smanjenje socijalne patologije, ali ne i izliječenje.” (McLellan i saradnici 2000: 1693)

Prema mišljenju McLellana i saradnika, ovisnost o drogama ima više sličnosti sa hroničnim bolestima kao što su dijabetes tipa 2, hipertenzija i astma, nego sa drugim akutnim oboljenjima. Specifičnije, McLellan i saradnici sugerišu da se ovisnost o drogama najbolje može okarakterisati kao hronično oboljenje iz tri razloga: prvo, postoji značajna genetska komponenta u razvoju ovisnosti (u onoj mjeri u kojoj postoji generička komponenta ovisnosti koja neće biti promjenjena okolinom ili individualnom motivacijom prema oporavku); drugo, konz-



macija alkohola i droga dovodi do promjena u mozgu koje traju i nakon prestanka konzumacije i zbog toga je osoba u riziku od recidiva i nakon dugotrajne apstinencije; treće, iako se prepoznaje značaj ličnog izbora pojedinca u tome da li će konzumirati određene supstance, element slobodne volje zapravo može biti pod uticajem genetskih i okolinskih faktora koji djeluju izvan volje pojedinca. Prema McLellanu i saradnicima, dijabetes tipa 2, astma i hipertenzija posmatraju se kao doživotne bolesti koje zahtijevaju doživotni tretman, te u skladu s tim i ovisnost o drogama i alkoholu treba biti prepoznata kao hronično oboljenje za koje "ne postoji pouzdani lijek...", i za koje je vjerovatno da je potreban dugotrajan, možda i doživotni tretman (McLellan i saradnici 2000:1694). "Najbolji rezultati tretmana ovisnosti o drogama uočeni su kod pacijenata u dugoročnom meta-

donskom programu održavanja i kod osoba koje su nastavile da učestvuju u grupama podrške AA (McLellan i sar., 2000:1694)."

Bilo bi nemoguće procijeniti uticaj koji su ove ideje imale na oblast tretmana ovisnosti o drogama i alkoholu, kreirajući niz pretpostavki vezanih za percipirane ciljeve tretmana (da se smanji šteta, umjesto podsticanja na apstinenciju ili izliječenje) i ohrabrivanje pojedinaca na dugotrajno ostajanje u tretmanu, često sa malim ili nikakvim očekivanjima da će ikada doći do tačke kada im neće biti potreban neki oblik tretmana ili podrške. **Percepcija ovisnosti o drogama kao hroničnog recidivirajućeg stanja koje zahtjeva doživotni tretman, i u slučajevima ovisnosti o opijatima, dugotrajnog propisivanja opijatske supstitucijske terapije, u velikoj mjeri je bila u skladu sa stajalištem da je upotreba droga normalno**

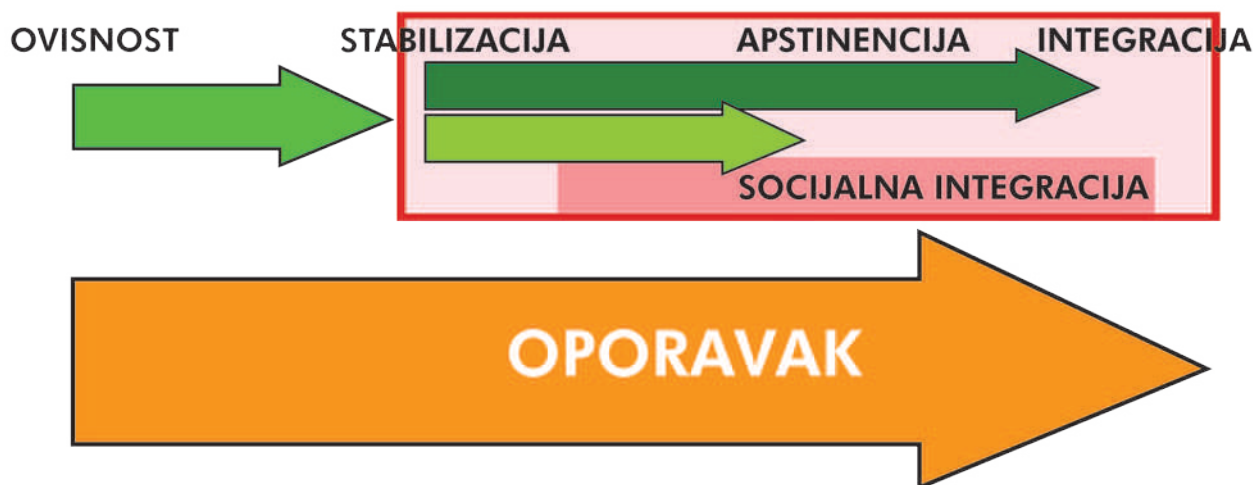


ponašanje, promovisano od strane onih koji su zagovarali neki oblik legalizacije ili dekriminalizacije rekreativne upotrebe droga. Iz ove perspektive, upotreba droga (bilo propisanih ili ilegalnih) bila je viđena kao društveno prihvatljiv izbor stila života, do te mjere da bi se poticanje osoba da prekinu sa konzumacijom droga u toku tretmana, ili krivično gonjenje osoba koje kupuju drogu na ulici, smatralo prilično pogrešnim.

Iako veoma uticajan u oblikovanju politika vezanih za tretman ovisnosti, kao i zakonskih

Škotske je najavila novu strategiju koja je postavila oporavak u sami centar tretmana ovisnosti o drogama:

“Prema stavu Vlade oporavak bi trebao biti postavljen kao izričiti cilj servisa za problematičnu upotrebu droga u Škotskoj. Šta podrazumijevamo pod oporavkom? Podrazumijevamo proces kroz koji je pojedincu omogućeno da se iz problematične upotrebe droga pomjeri ka životu bez droge kao aktivni član društva koji doprinosi.” (Škotska Vlada 2008:23)



odredbi, koncept ovisnosti o drogama i alkoholu kao hronično recidivirajućem stanju koje zahtjeva doživotni tretman od nedavno je predmet preispitivanja, sa rastućim fokusom na važnost osiguravanja da se servisi za tretman fokusiraju ne toliko na smanjenje štete povezane sa kontinuiranom upotrebom droga već na potpuni oporavak pojedinca. Na primjer, 2008. godine Vlada

Slično, 2007. godine Nacionalna agencija za tretman ovisnosti u Velikoj Britaniji (UK National Treatment Agency), identifikovala je primarni cilj tretmana ovisnosti na sljedeći način:

“U sljedećoj godini suočit ćemo se sa izazovom da usmjerimo naše napore na ishode tretmana, kako bi što većem broju



ovisnika omogućili da žive slobodni od droge." (Nacionalna agencija za tretman ovisnosti, 2007.)

Ugledna klinika Betty Ford u SAD-u organizovala je konsenzus panel kako bi uspostavili dogovorenu definiciju oporavka koju pružaoci servisa mogu koristiti u nastojanjima da usmjere svoje napore na ovaj novi koncept oporavka:

"Oporavak od ovisnosti je dobrovoljno uspostavljen stil života okarakterisan trijeznošću, ličnim zdravljem i građanstvom (statusom punopravnog člana društvene zajednice)." (Betty Ford Konsenzus Panel 2007: 221).

U Velikoj Britaniji, uticajna Komisija za politike o drogama Velike Britanije (UK Drug Policy Commission) kreirala je svoju definiciju oporavka koja ilustruje koliko je koncept oporavka postao ključan u razmišljanju o ciljevima servisa za tretman ovisnosti:

„Proces oporavka od problematične upo-

trebe supstanci odlikuje se dobrovoljno održavanom kontrolom nad upotrebom droga koja maksimizira zdravlje i dobrobit kao i učešće u pravima, ulogama i odgovornostima društva." (UKDP 2008.6)

Iako se ove definicije djelimično razlikuju (na primjer, jedna naglašava trijeznost dok druga naglašava važnost dobrovoljno uspostavljene kontrole nad upotrebom supstanci), obje jasno ukazuju na odstupanje od shvaćanja ovisnosti o drogama i alkoholu kao stanja za koje ne postoji lijek i sa kojim će pojedinac morati živjeti ostatak svog života.

David Best i Alexander Laudet ponudili su drugačiji, na neki način više holistički i manje medicinski pogled na oporavak, za razliku od Betty Ford konsenzus panela i Komisije za politike o drogama Velike Britanije:

"Suština oporavka je lično doživljeno iskustvo poboljšanja kvalitete života i osjećaj osnaženosti; to da se principi oporavka fokusiraju na ključne ideje nade, izbora, slobode i težnji koje su doživljene a ne dijagnosticirane, i dešavaju se u stvarnom životu, a ne u izoliranom kliničkom okruženju. Oporavak je proces prije nego krajnje stanje, čiji je cilj stalna potraga za boljim životom." (Best i Laudet 2010: 2)

Donosioci politika i servisi za tretman ovisnosti su morali preoblikovati mnoge aspekte svog rada u onim oblastima gdje je oporavak za-

dobio momentum. U Velikoj Britaniji, servisima za tretman ovisnosti poslate su nove smjernice od strane Nacionalne agencije za tretman (National Treatment Agency), koje podstiču pružaoce servisa da se odmaknu od ideje da je tretman ovisnosti o drogama doživotni proces. Umjesto da se uključenost u servise za tretman ovisnosti posmatra kao cilj sam po sebi, sada je cilj bio da se na tretman gleda kao na proces koji vodi ka oporavku, u okviru kojeg je uključenost u servise tretmana za ovisnost vremenski ograničena a ne doživotna:

“Osigurajte da izlazak iz tretmana bude vidljiv pacijentima od trenutka kada uđu na vaša vrata. Ovo podrazumijeva pružanje svih potrebnih informacija koje će im omogućiti da razumiju šta sve tretman može da sadrži, čak i u situacijama kada se završetak tretmana čini daleko. Učinite vidljivima osobe koje su uspješno završile tretman kroz eksplicitno povezivanje vaših servisa sa oporavljenim osobama i organizacijama koje djeluju u oblasti oporavka, kroz zapošljavanje bivših korisnika servisa ili uključivanje u volonterski angažman na poziciji mentora i savjetnika za oporavak” (National Treatment Agency 2012: 7).

PONOVNO OTKRIVANJE OPORAVKA U TRETMANU OVISNOSTI O DROGAMA

Promjena fokusa, kako bi se obezbjedili servisi za tretman ovisnosti o drogama koji su usmjereni na oporavak, a ne isključivo samo na ostanak korisnika droga u tretmanu, tokom

godina je bila pod uticajem mnogih faktora. Prvo, postojala je zabrinutost da su korisnici droga kojima je propisana opijatska supstitucijska terapija u sklopu metadonskog programa održavanja, u mnogim slučajevima “parkirani” na zamjenskim lijekovima dugi niz godina, bez stvarnog ohrabrenja ili očekivanja od strane doktora da mogu prevazići oslanjanje na propisane lijekove (Easton, 2009.). **Zabrinutost se odnosila i na to da je tretman kod mnogih ovisnika postao cilj sam po sebi, a ne put ka oporavku, i da je razlog tome barem djelimično nedostatak ambicije od strane doktora koji propisuju te-**



rapiju da održe momentum ka oporavku koji je možda ispunjavao korisnike u trenutku kada su inicijalno kontaktirali servise za tretman ovisnosti:

“Ambicija da se više ljudi oporavi je opravdana, moguća i već zakašnjela.“ Prethodne strategije o drogama bile su usmjerene ka smanjenju kriminala i štete u javnom zdravlju uzrokovanih upotrebom droga, gdje je dobrobit za društvo rasla koliko sa zadržavanjem osoba u programima tretmana, toliko i sa brojem onih koji su završavali tretman. Međutim, to je omogućilo da se razvije kultura odobravanja i kultura prakse koja nije davala dovoljan prioritet želji pojedinaca za prevazilaženjem ovisnosti o drogama ili alkoholu. Ovo je bilo naročito tačno za osobe ovisne o heroinu koje su smanjivale OST (opijsku supstitucijsku terapiju), gdje su mjere zaštite često postajale cilj sam po sebi, umjesto da pruže sigurnu platformu iz koje ko-

risnici mogu napredovati ka daljem oporavku. (National Treatment Agency for Substance Misuse 2012:4).

Drugo, istraživanja su pokazala da mnogi korisnici droga koji se javljaju servisima za tretman ovisnosti traže pomoć da žive život bez droge. McKeganey i saradnici objavili su 2004. godine rezultate istraživanja o tome koje težnje korisnici droga imaju kada kontaktiraju servise za tretman ovisnosti. Ovo istraživanje, koje je bilo zasnovano na strukturiranim intervjuima sa 1007 korisnika droga koji su započinjali novu fazu tretmana u Škotskoj 2002. godine, pokazalo je da je 56,6% ispitanika kao jedini razlog kontaktiranja servisa za tretman ovisnosti navelo cilj da u potpunosti prestanu koristiti drogu. Nasuprot tome, samo 7,4% ispitanika reklo je da žele samo stabilizirati svoju kontinuiranu upotrebu droge, a manje od 1% (0,7%) reklo je da su tražili savjet o tome kako što sigurnije koristiti drogu (McKeganey i sar., 2004).



RAZLOG KONTAKTIRANJA RAZLIČITIH SERVISA



BROJ KORISNIKA DROGA 1007



DA U POTPUNOSTI PRESTANE KORISTITI DROGU **56,6%**

DA STABILIZIRA SVOJU KONTINUIRANU UPOTREBU DROGE **7,4%**

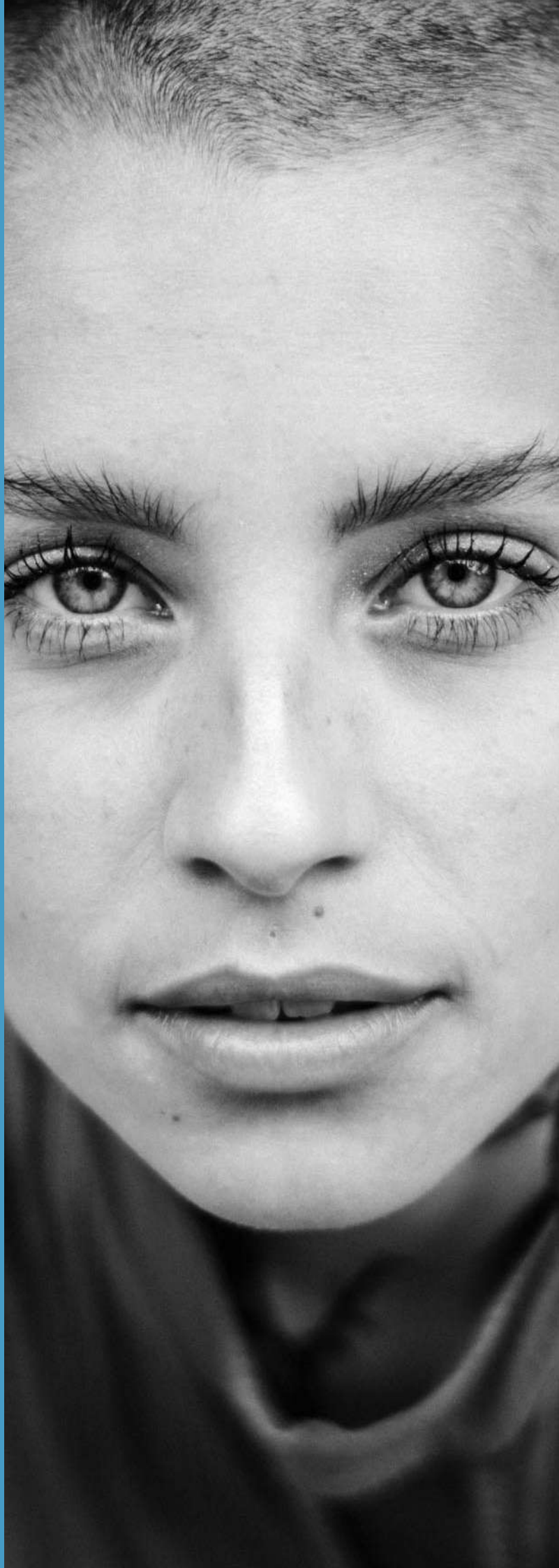
SAVJET KAKO DA ŠTO SIGURNIJE KORISTE DROGU **1%**


Uz ovo istraživanje, koje pokazuje da je većina korisnika droga koji su kontaktirali servise za tretman ovisnosti tražila pomoć da žive život bez droge, postoji i sve više dokaza koji pokazuju da servisi za tretman ovisnosti, postavljeni na pravi način, mogu pomoći značajnom broju korisnika droga u postizanju života bez droge. Dawe i saradnici su 2007. godine objavili rezultate o dugoročnoj apstinenciji korisnika droga koji su bili dio Australijskog istraživanja o ishodima tretmana (Australian Treatment Outcome Study) (Dawe i sar., 2007).

Na osnovu intervjua sa 429 korisnika heroina, koji su praćeni tokom perioda od tri godine, istraživanje je pokazalo da je na follow-up intervjuu nakon 36 mjeseci, 40% korisnika droga apstiniralo prethodnih 12 mjeseci. Razmatrajući karakteristike ovisnika koji su uspjeli da održe uspostavljenu apstinenciju, istraživači na ovoj studiji identificirali su neke iznenađujuće nalaze, uključujući:

“Za osobe koje apstiniraju je značajno manje vjerovatno da trenutno budu uključene u tretman. Zapravo, dvije trećine apstinenata nisu bili uključeni u tretman nakon 36 mjeseci. Čini se da je ova grupa uspješno izašla iz dužeg, stabilnijeg tretmana u prvoj godini follow up-a, nakon dugoročne promjene vezane za njihovu upotrebu droga koju su uspjeli da održe” (Darke i sar., 2007: 1904).

U stvari, “više tretmana” nije nužno značilo bolje ishode tretmana - iako istraživači u ovoj





studiji naglašavaju vjerovatnu vrijednost stabilnog tretmana. Druge studije su također ukazale na to do koje mjere osobe koje su ovisne o alkoholu ili drogama mogu postići održivu apstinenciju, te na karakteristike servisa za tretman koji najvjerovatnije mogu dovesti do tog ishoda.

Na primjer, McLellan i saradnici, izvjestili su o iskustvu 904 ljekara opšte prakse sa problemom ovisnosti koji su primljeni u specifični program zdravstvene zaštite za ljekare u SAD-u. Nešto više od polovine ispitanih ljekara imalo je primarnu dijagnozu problema sa alkoholom, a 35% je imalo problem sa opijantima. Tretman se uglavnom sastojao od programa zasnovanih na apstinenciji, 12 koraka kao kod Anonimnih Alkoholičara (AA), u kombinaciji sa nekim oblikom rezidencijalnog tretmana gdje je to bilo potrebno, te redovnim testiranjima na droge. Ukupno, 81% ljekara koji su završili tretman održali su apstinenciju od droga i alkohola tokom perioda provođenja istraživanja (potvrđeno testiranjem urina) dok je 19% njih imalo recidiv najmanje jednom tokom petogodišnjeg trajanja istraživanja (McLellan i sur., 2008). Navedeni podaci su impresivne razmjere i ukazuju na to da apstinenciju može postići tako veliki broj onih koji su uključeni u tretman.

Jedna zamjerka istraživanju McLellan-a može biti ta da je velika vjerovatnoća da će ljekari biti visoko motivisani za oporavak i apstinenciju, zato što produžetak njihove licence zavisi

od pozitivnog ishoda tretmana. Druga istraživanja, sa uzorcima za koje bi mnogi rekli da nisu tako visoko motivisani, također su identificirala slične pozitivne ishode, ondje gdje je apstinencija identifikovana kao važan cilj u pruženom tretmanu.

“Hawaii Opportunity Probation with Enforcement” (HOPE) je program sprovođenja uslovne kazne u lokalnoj zajednici za korisnike metamfetamina. HOPE program poseban naglasak stavlja na održavanje apstinencije korisnika tokom trajanja perioda izdržavanja uslovne kazne uz redovno testiranje na droge i to da “...svaki pozitivan test na droge i svaki propušteni sastanak za posljedicu ima određenu sankciju.”

Važnije, autori evaluacije programa HOPE naglašavaju da se sankcije koje proizilaze iz pozitivnog testa na drogu ili propuštenog sastanka, čvrsto pridržavaju načela da budu brze, izvjesne i proporcionalne. Evaluacija HOPE programa pokazala je da se postotak učesnika u grupi koji su imali pozitivne testove na droge smanjio sa 53% na 4% u periodu od 12 mjeseci u poređenju sa smanjenjem sa 22% na 19% među grupom za poređenje (Harken i Kleiman, 2009.).

Čini se da su saznanja proizašla iz ove dvije evaluacije pokazala da ondje gdje pružaoци tretmana naglašavaju važnost održavanja ap-

stinencije, i ondje gdje ti servisi nagrađuju apstinenciju ili kažnjavaju transgresiju, servisi mogu postići vrlo značajne stope poboljšanog ponašanja. Važnije, sankcije, kako to pokazuje

HOPE evaluacija, ne moraju biti pretjerane. Ustvari, autori ove studije naglašavaju da je ono što sankcije čini učinkovitima, činjenica da su one brze, izvjesne i proporcionalne. Drugim riječima, sankcije su srazmjerne transgresiji (na primjer, pojedinac može provesti nekoliko sati ili dana u zatvoru nakon pozitivnog testa na drogu), kazna se događa vrlo brzo nakon transgresije (upotrebe droga, propuštenog sastanka) i nije upitno da će se kazna dogoditi (izvjesnost).

Komentarišući na ono što su opisali kao novu paradigmu tretmana, Du Pont i Humphreys su zapazili da:

“Jedna prepoznatljiva karakteristika ovih intervencija je intenzivna snaga poluge koja se koristi za sankcionisanje upotrebe supstanci i nagrađivanje apstinencije. U slučaju ljekara (PHP - Physician Health Programme) ta snaga poluge je prijetnja od isključivanja iz rada u praksi i na kraju gubitka medicinske licence za rad; nagrada predstavlja nastavak rada u prestižnoj i dobro plaćenju profesiji. Za HOPE sankcija je neposredna kratka zatvorska kazna, a nagrada je sloboda u lokalnoj zajednici.” (DuPont i Humphreys 2011: 4)

Obavezna apstinencija korištena u ovoj novoj paradigmi oštro je u suprotnosti sa programima u kojima je tretman obavezan ali ne nameće smislene posljedice za bilo kakvu kontinuiranu upotrebu supstanci.

Programi za počiniocima kaznenih djela oštro su u suprotnosti sa daleko uobičajenijim pristupom u sistemu krivičnog pravosuđa, gdje su posljedice za kršenje, uključujući i posljedice za kontinuiranu upotrebu supstanci, značajnije, neizvjesne, a kada se primjenjuju - često nakon mnogo kršenja - drakonske. (Du Pont i Humphreys 2011:4)

Nasuprot ovim primjerima inicijativa za programe tretmana koje su uspješno prioritizirale apstinenciju, postoji mnogo primjera sistema za tretman kojima apstinencija nije prioritet i koji imaju mnogo skromnije rezultate. U Škotskoj, 2008. godine škotska vlada je objavila novu strategiju za droge koja je zahtijevala da se servisi za tretman ovisnosti fokusiraju na osiguravanje da se korisnicima droga pomogne u postizanju života bez droge. Međutim, prije ovog fokusa na oporavak, servisi za tretman ovisnosti u Škotskoj su u velikoj mjeri bili fokusirani na zadržavanje klijenata u dugoročnom tretmanu, bez ikakvih jasnih očekivanja oporavka - tretman je u tom smislu bio viđen više kao cilj sam za sebe nego kao put ka oporavku zasnovanom na apstinenciji. Tokom ovog perioda postotak korisnika koji su prestali da koriste droge, na osnovu čak i dugoročnog

kontakta sa servisima za tretman ovisnosti, bio je veoma skroman.

McKeganey i saradnici pratili su uzorak korisnika droga koji su započeli novu epizodu tretmana 2002. godine. Uprkos činjenici da je ova studija pokazala da je većina korisnika droga u tretmanu htjela da prestane sa uzimanjem droge, na osnovu njihovog kontakta sa servisima za tretman, follow-up nakon 33 mjeseca kontakta sa servisima za tretman je pokazao slijedeće:

“Iako je prestanak uzimanja droge bio izražen cilj većine korisnika droga koji su učestvovali u istraživanju ishoda upotrebe droga (Drug Outcome Research) u Škotskoj, nakon 33 mjeseca od regrutiranja samo 5,95% žena i 9,0% muškaraca je uspjelo da u potpunosti održi apstinenciju (isključujući alkohol i duhan) za period od 90 dana prije intervjuisanja.” (McKeganey i sar., 2006:537)

U sistemima tretmana u kojima apstinencija nije prioritet i istovremena upotreba droga nije sankcionisana, možda nije iznenađujuće da je čak i nakon dugotrajnog kontakta sa servisima za tretman ovisnosti, samo manji broj pojedinaca uspio da održi apstinenciju čak i za relativno skroman period (90 dana).

Jedan nusproizvod kulture tretmana unutar kojeg se dugoročni kontakt sa servisima tretmana vidi kao primarni cilj sam po sebi (prije nego napredak koji pojedinci mogu napra-

viti ka oporavku) je taj što osobe ne samo da mogu ostati puno duže u tretmanu već mogu i duže ostati ovisne, kao rezultat nedovoljno iskorištenih prilika za oporavak.

U studiji provedenoj u Edinburgu (Škotska) da bi se identificirao uticaj dugogodišnjeg propisivanja metadona na rizik od preuranjene smrti kod osoba koje ga upotrebljavaju, istraživači su utvrdili da za osobe kojima je propisan metadon postoji značajno manja vjerovatnoća smrtnog ishoda nego za osobe kojima nije bio propisan:

“Za svaku dodatnu godinu opijatske supstitucijske terapije, opasnost od smrtnog slučaja prije dugoročnog prestanka uzimanja, pala je za 13%.” (Kimber i sar., 2010).

Međutim, studija je također identificirala i obrnuti odnos između pružanja dugotrajnog tretmana opijatske supstitucijske terapije i vjerovatnoće postizanja dugoročnog prestanka uzimanja droge. Korisnici droga kojima je propisan metadon na dugoročnoj osnovi, ostali su ovisni znatno duže nego oni kojima nije bio propisan:

“Opijatski supstitucijski tretman je bio povezan sa povećanim vremenskim periodom u kojem je injektiranje droge trajalo za pacijente koji nisu počeli sa OST, srednja vrijednost trajanja vremenskog perioda u kojem je injektiranje droge trajalo je bila pet godina (sa skoro 30% onih koji su prestajali unutar

godinu dana) u poređenju sa 20 godina za one koji su više od pet godina bili izloženi tretmanu.” (Kimber i saradnici, 2010)

U stvari, onda je za osobe koje su u tretmanu koji je usmjeren na pružanje metadonske terapije na dugoročnoj osnovi i koji za prioritet ima ostajanje u tretmanu prije nego oporavak (dugoročni prestanak korištenja), puno manje vjerovatno da unutar takvog sistema postignu potpuni oporavak. Situacija u Škotskoj prije nove strategije za droge fokusirane na oporavak je bila jako slična situaciji nekih metadonskih programa u Americi, koje su opisali Du Pont i Humphreys:

“Ovo je u suprotnosti sa obrascem među nekim metadonskim programima danas koji nikako ili vrlo rijetko provode testiranja na droge i koji nisu na značajan način zabrinuti za kontinuiranu upotrebu alkohola ili drugih droga, oslanjajući se umjesto toga na nadu da će uz nešto metadona, heroinski ovisnici koristiti malo manje heroina i činiti nešto manje krivičnih djela. Takav popustljivi tip metadonskog programa može blago uticati na navedene indikatore, ali u tim programima većina osoba ne započinje put ka oporavku.” (Du Pont i Humphreys 2011:5)

Fokus na oporavak koji je sada karakterističan za mnoge tretmane za ovisnost od droga u različitim zemljama, također je iznjedrio mnoge izazove koji na mnogo načina demonstriraju manjak dostupnih do-

kaza koji bi inače u suprotnom mogli korisno usmjeravati praksu.

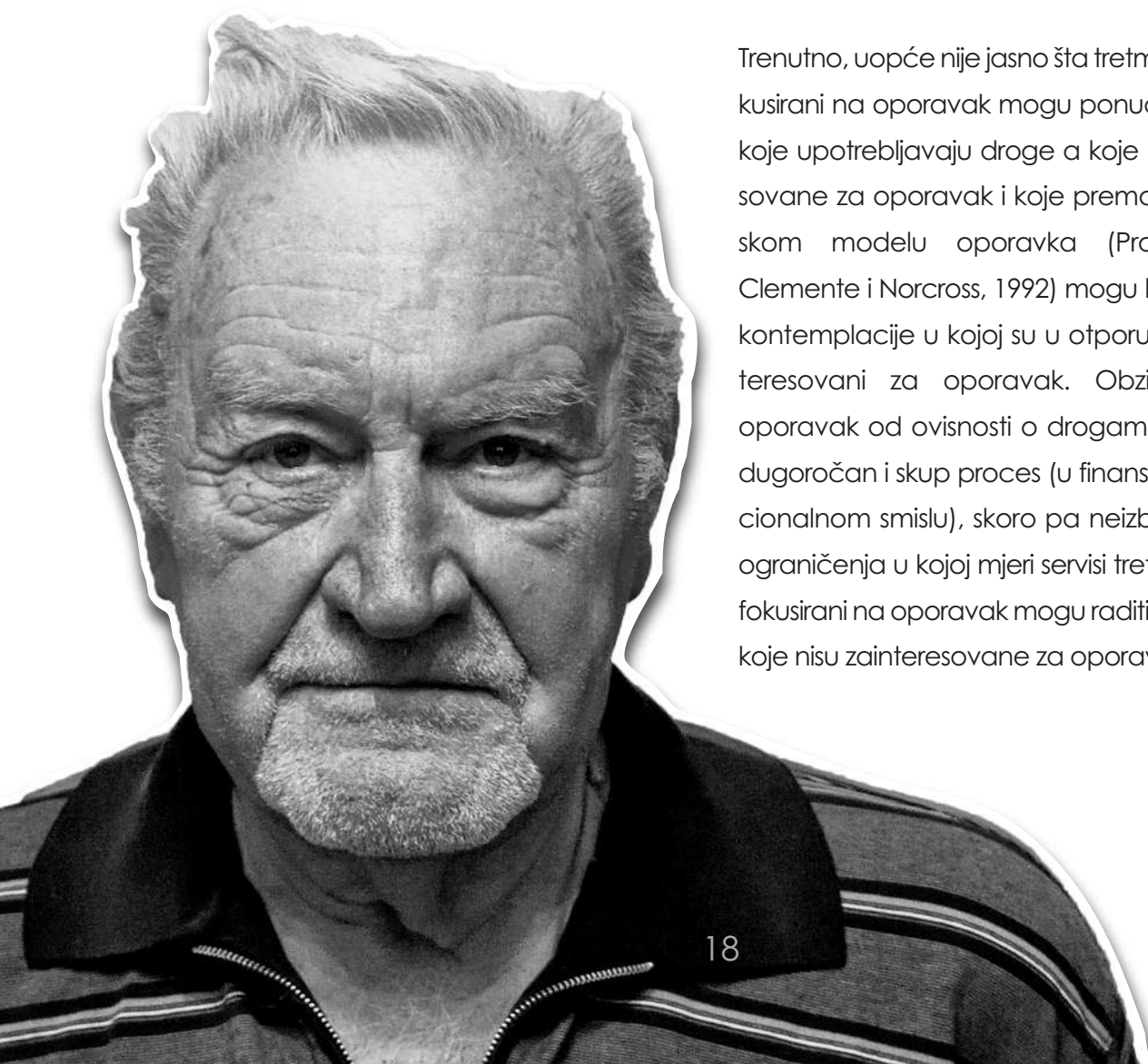
IZAZOV SISTEMA TRETMANA FOKUSIRANOG NA OPORAVAK

Prihvatiti ideju oporavka i ohrabriti pružaoce servisa za tretman ovisnosti od droga da se fokusiraju na oporavak, je prvi korak ka rekonfiguraciji u oblasti tretmana ovisnosti o drogama. Međutim, postoji mnogo izazova koji proizilaze iz pokušaja da se postigne predanost i obezbijedi da servisi koji pružaju tretman za ovisnost budu orijentisani ka oporavku svakog pojedinca. Dosadašnja istraživanja samo su djelimično doprinijela odgovoru na neka od ovih pitanja.

ŠTA PONUDITI OSOBAMA U TRETMANU KOJE UPOTREBLJAVAJU DROGE, A KOJE NISU ZAINTERESOVANE ZA OPORAVAK?

Iako su istraživanja pokazala da većina osoba koje upotrebljavaju drogu, a koje su u kontaktu sa servisima za tretman, traže pomoć da postignu život bez droge, sigurno nije slučaj da su sve osobe koje su u kontaktu sa servisima koji pružaju tretman motivisane na ovaj način. U svakom trenutku postoji određeni broj osoba u sistemu koje nisu zainteresovane za oporavak a koje su kontaktirale servise koji pružaju tretman zbog niza drugih razloga – uključujući u nekim slučajevima i zbog izrečene mjere obaveznog liječenja na osnovu sudskog naloga.

Trenutno, uopće nije jasno šta tretmani koji su fokusirani na oporavak mogu ponuditi osobama koje upotrebljavaju droge a koje nisu zainteresovane za oporavak i koje prema transteoretskom modelu oporavka (Prochaska, Di Clemente i Norcross, 1992) mogu biti u fazi prekontemplacije u kojoj su u otporu ili su nezainteresovani za oporavak. Obzirom da je oporavak od ovisnosti o drogama intenzivan, dugoročan i skup proces (u finansijskom i emocionalnom smislu), skoro pa neizbježno će biti ograničenja u kojoj mjeri servisi tretmana koji su fokusirani na oporavak mogu raditi sa osobama koje nisu zainteresovane za oporavak.



Trenutno, pojedinačni servisi sami donose procjene o tome u kojoj mjeri mogu raditi sa klijentima koji jesu ili nisu motivisani za oporavak. Te procjene je, međutim, teško donijeti obzirom da jako malo znamo o faktorima koji mogu povećavati ili smanjivati vjerovatnoću da se osoba pomjeri iz faze u kojoj nije zainteresovana za oporavak u onu u kojoj je spremna da se fokusira na oporavak. Znamo da će osobe koje imaju veći nivo kapitala za oporavak (individualne, porodične, te resurse lokalne zajednice) brže napredovati u stanje održivog oporavka, ali u ovom trenutku nismo u mogućnosti da lako razlikujemo one pojedince za koje je oporavak realan cilj od onih kojima je oporavak veoma dalek, i u nekim slučajevima, cilj koji uopće ne razmatraju.

Servisi za tretman ovisnosti koji se pružaju u okruženju koje podržava oporavak će trebati odrediti koliko njihovih servisa, i koju vrstu servisa mogu ponuditi korisnicima droga koji nisu zainteresovani za oporavak – balansirajući ciljeve apstinencije i smanjenja štete (McKeganey, 2005). Za neke pojedince može biti najprikladnije pružiti informacije o tome kako da na sigurniji način koriste droge; na primjer poticanje prelaska od injeckiranja droge ka drugim oblicima upotrebe droge koji ne uključuju injeckiranje, dok za druge cilj može biti da ih se ohrabri da kroz sve duže i duže vremenske periode apstinencije na kraju u potpunosti prekinu sa svojom upotrebom droge.

Iako se na prvi pogled može činiti jednostavno za servise koji pružaju tretman ovisnosti da kombinuju ove suprotne ciljeve, u realnosti, može biti jako teško za pružaoce servisa koji su fokusirani na postizanje apstinencije da ohrabre svoje osoblje da pružaju savjete za smanjenje štete osobama koje konzumiraju droge, kao što može biti jako teško za osoblje koje radi u okviru servisa za smanjenje štete da ohrabruju klijente da prihvate cilj postizanja apstinencije.

Iako trenutno mnogi servisi mogu tvrditi da efikasno kombinuju različite ciljeve, kako za apstinenciju tako i za smanjenje štete, u istraživačkom smislu znamo relativno malo o tome na koji način se to postiže u praksi. Pored toga, prisutna je zabrinutost da je fokus na oporavak unutar servisa za tretman ovisnosti u nekim oblastima, rezultirao time da neke osobe koje su konzumirale drogu, budu prijevremeno isključene iz tretmana sa značajnim negativnim posljedicama (White i sar., 2005). Ovakva dešavanja ukazuju da pružaoци navedenih servisa nisu bili u mogućnosti da nađu balans između potreba osoba koje konzumiraju drogu a koje su fokusirane na oporavak i onih koji su posvećeni nastavku upotrebe droge.

KOLIKO DUGO BI OSOBA TREBALA OSTATI U TRETMANU?

Istraživanja su pokazala da je vjerovatnije da ishodi tretmana budu pozitivni onda kada se tretman pruža tokom dužeg vremenskog

perioda. Ti dokazi bi trebali upozoriti protiv kratkog vremenskog perioda pružanja tretmana ili prijevremenog prekidanja, na primjer, privremeni prestanak propisivanja opijatske supstitucijske terapije. **Međutim, postoji stvarna opasnost da pojedinci, bilo zbog pretjerane opreznosti u procjenama od strane osoblja, ili zbog anksioznosti od strane klijenata, razviju ovisnost o servisima za tretman, time potencijalno produžujući dužinu ostajanja u tretmanu i nakon momenta kada to više nije potrebno.**

Da ponovim, dokazi kojima se servisi za tretman ovisnost mogu voditi u procesu utvrđivanja koliko dugo pojedinci mogu ili bi trebali ostati u tretmanu su daleko od opsežnih i ne idu dalje od opširnih smjernica da bolji ishodi proizilaze iz dužeg trajanja tretmana.

Istraživanja nisu bila u mogućnosti da pokažu u kojem se trenutku individualni tretman ili kombinacija tretmana pomjera od učinkovitog ka neučinkovitom doprinosu u facilitaciji oporavka pojedinca.

Kao rezultat toga znamo jako malo o tome koliko dugo bi osoba idealno trebala ostati u tretmanu u oblasti ovisnosti o drogama ili alkoholu. Zaista, u mnogim slučajevima, dužina trajanja uključenosti pojedinca u tretman će biti određena vanjskim faktorima, kao što su nivo finansijske podrške za servise koji pružaju tretman ili broj klijenata na listi čekanja koji se nadaju da će imati pristup servisima.

ČIJA DEFINICIJA OPORAVKA BI SE TREBALA PRIMJENJIVATI?

Iako je postojala rastuća predanost tome da se osigura da servisi za tretman ovisnosti rade na facilitiranju oporavka, manje je jasno kako definicije oporavka ponuđene od strane nekih državnih organizacija, a koje su sadržane u državnim strategijama za droge, mogu biti operacionalizirane na individualnom nivou.

Neki komentatori su predložili da bi definicija o tome da li je neko u oporavku ili ne, trebala u velikoj mjeri biti određena od strane pojedinca na kojeg se ona odnosi za razliku od namećanja procjene od strane profesionalaca koji pružaju tretman. Oporavak u ovom smislu postaje stanje određeno na individualnom nivou.

Iako definisanje oporavka na ovakav način osigurava da se na oporavak gleda kao na proces koji je maksimalno inkluzivan, takav pristup također postavlja dublje pitanje o tome da li se proces oporavka može ikada završiti tj. da li se stanje potpunog oporavka zaista ikada može postići ili je oporavak sam po sebi viđen kao potencijalno doživotni proces. Ovo pitanje je važno obzirom da vodi u problem koji se odnosi na dilemu koliko dugo se od pojedinaca može očekivati da ostanu "u tretmanu."

Jednim dijelom, jedan od pokazatelja načina na koji se fokus na oporavak razlikuje od prijašnje karakterizacije, gdje je biti u tretmanu bilo viđeno kao cilj sam po sebi, je i

važnost koja je data osiguravanju da servisi za tretman ovisnosti maksimaliziraju momentum pojedinca ka oporavku.

Ako je oporavak viđen kao nešto što je u velikoj mjeri određeno od strane pojedinca, onda to povećava izgleda da osoba može misliti za sebe, i da bude tako doživljena od strane drugih, da je u procesu oporavka, iako ni na kakav značajan način ne napreduje ka momentu kada više neće trebati kontakt sa servisima koji pružaju tretman za ovisnost.

Prijedlog da oporavak u potpunosti bude određen od strane pojedinca bi mogao stvoriti situaciju doživotne uključenosti u tretman, što je u velikoj mjeri bila kritika stajališta da je uključivanje u servise za tretman ovisnosti cilj sam po sebi. Daljnja poteškoća sa usvajanjem potpuno individualnog pogleda na oporavak je da onda postaje jako teško potaknuti pojedinca na razmatranje predanosti vlastitom oporavku ili tempu kojim napreduje u oporavku, što u konačnici vodi ka tome da servisi za tretman ovisnosti mogu biti pretjerano određeni onima koji su u oporavku.

Alternativni scenario u kojem servisi za tretman ovisnosti u najvećoj mjeri određuju komponente oporavka, odlučujući kada se osoba oporavila dovoljno da prekine svoj kontakt sa servisima koji pružaju tretman, može rezultirati osjećajem isključenosti iz vlastitog oporavka. Zatim, na operativnom nivou, u smislu načina na koji se servisi za tretman



ovisnosti bave klijentima, biće potrebno da se nađe balans između kapaciteta osoba da definišu svoj vlastiti oporavak i ograničenja (uključujući finansijska ograničenja) u okviru kojih rade servisi, u odlučivanju kako bi se utvrdilo koliko tretmana ili podrške osoba može primati, koliko dugo i koji je nivo intenziteta tog tretman ili podrške.

KAKO KOMBINOVATI PROFESIONALNE SERWISE ZA TRETMAN SA PORODIČNIM, VOLONTERSKOM I SERVISIMA U LOKALNOJ ZAJEDNICI ?

U okviru trenutnog ambijenta za oporavak, sve je veći nivo prepoznavanja da je doprinos kako privatnih tako i servisa za tretman ovisnosti za oporavak koje pružaju javne ustanove relativno skroman u poređenju sa doprinosom koji imaju prija-

telji, porodica i šira lokalna zajednica. U određenoj mjeri ovo je očekivano, jer je vrijeme koje osoba provede u tretmanu vjerovatno samo djelić vremena koje provede sa porodicom, prijateljima i širom lokalnom zajednicom.

Tamo gdje je osoba okružena pozitivnim i podržavajućim uticajima, veća je vjerovatnoća da će njen oporavak biti pozitivan. Isto tako, u slučajevima gdje je osoba okružena uticajima koji je vraćaju na obrazac ovisnosti o drogama i alkoholu, zaista postoji veća vjerovatnoća od recidiva i vraćanja na obrazac haotične i štetne upotrebe droga ili alkohola.

Iako postoji sve veća svijest o važnom doprinosu koji imaju porodica i prijatelji kao i šira lo-





kalna zajednica - često okarakterisano kao porodični/društveni/kapital lokalne zajednice za oporavak - u oporavku pojedinca (White i Cloud, 2008), manje je jasno kako utvrditi na koji način navesti ove različite uticaje da saraduju kako bi postigli najveći mogući pozitivni uticaj.

Relativno malo se zna, na primjer, o tome na koji način pružaoci profesionalnog ili tretmana dostupnog u sklopu zdravstvene zaštite mogu najefikasnije saradivati sa članovima porodica u facilitiranju oporavka pojedinca, tj. koje informacije podijeliti o oporavku osobe, njenoj prijašnjoj upotrebi droga i kriminalnom ponašanju u prošlosti.

Također, znamo relativno malo o tome kako na najbolji način moderirati ili umanjiti ove uticaje u okviru društvenog života osobe, a koji mogu povećati vjerovatnoću recidiva - i time spriječiti a ne unaprjediti oporavak osobe. Ovo je oblast u kojoj su istraživanja vezana za druge poremećaje uspjela dati pozitivan doprinos.

Na primjer, u ranim studijama o faktorima koji utiču na oporavak od shizofrenije, istraživači i kliničari su identificirali da pacijenti koji su imali najviše posjeta od strane članova porodice za vrijeme hospitalizacije, su često bili oni kojima je trebalo najduže vremena da se oporave. Razlog tome je to što se dio njihove ispoljene psi-

hopatologije, javljao zbog disfunkcionalnih porodičnih odnosa u kojima je bio uključen.

Zaključak ovog istraživanja je da se, u slučajevima kada su osobe hospitalizovane zbog određenih problema sa mentalnim zdravljem, u ranim fazama hospitalizacije i procesa oporavka, posjete članova porodice ne preporučuju.

Također, istraživanja su pokazala da priroda porodičnog okruženja u koje se osoba vraća nakon završetka tretmana i otpuštanja iz bolnice, a naročito emocionalni život porodice, može imati značajan uticaj na prirodu i obim daljeg oporavka osobe. (Brown, Birley i Wing, 1972, Amaresha i Venkatasubramanian, 2012).

U slučaju ovisnosti o drogama i alkoholu, vjerovatno postoje osobe u društvenom okruženju pacijenta/klijenta koje više facilitiraju nastavak upotrebe droga nego oporavak, iako trenutno znamo relativno malo o tome kako na najbolji način ograničiti te uticaje uz istovremeno povećanje pozitivnih uticaja. Ovo je također oblast u okviru koje su potrebna istraživanja.

ZAKLIUČAK

Razvoj fokusa na oporavak bio je važan nedavni pomak koji se desio unutar sistema servisa za tretman ovisnosti u mnogim zemljama.

Tamo gdje je ovisnost ranije smatrana doživotnim stanjem, koje često zahtijeva doživotni tretman i gdje je sama uključenost u tretman percipirana kao cilj sam po sebi, sada postoji rastuća predanost da se obezbijedi da servisi za tretman ovisnosti djeluju sa ciljem da maksimaliziraju mogućnosti za oporavak pojedinca.

Na tretman se u ovom kontekstu gleda kao na proces koji ima svoj kraj, u kojem se pojedinac od svoje uključenosti u tretman pomjera ka preuzimanju svoje odgovornosti u širem društvu. Ta promjena u politikama i praksi djelimično je potaknuta dokazima koji su pokazali da većina korisnika droga koji kontaktiraju servise zaista traže pomoć da bi prestali da koriste droge, te također djelimično, bez sumnje, ekonomskim planom štednje prisutnim u mnogim državama zbog koje je doživotni tretman za ovisnosti postao previše skup za pružanje.

Međutim, osigurati da servisi za tretman ovisnosti djeluju kako bi omogućili osobama koje upotrebljavaju droge pomoć u postizanju života bez droga podrazumijeva mnoge fundamentalne izazove, koji su povezani sa prirodom i dužinom trajanja tretmana, definicijama oporavka, doprinosom porodice i prijatelja kao i šire društvene zajednice u facilitaciji oporavka i naročito u određivanju onoga šta ponuditi osobama koje nisu zainteresovane za oporavak. U svakoj od ovih oblasti, istraživanja mogu dati važan dopinos koji može usmjeravati rad u praksi, iako su trenutno mnoge od ovih oblasti još uvijek relativno neistražene.

Literatura

- Amamesha, A., Venkatasubramanian, G. (2012) Expressed Emotion in Schizophrenia-An Overview Indian Journal of Psychological Medicine 34 (1) 12-20
- Best, D., Laudet, A. (2010) The Potential of Recovery Capital RSA Projects available at www.thersa.org/globalassets/pdfs/blogs/a4-recovery-capital-230710-v5.pdf
- Betty Ford Consensus Panel (2007) What is Recovery A Working Definition from the Betty Ford Institute Journal of Substance Abuse Treatment 33 pp 221-228
- Brown, G. W., Birley, J., Wing, J. (1972) The Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication British Journal of Psychiatry 121 241-258
- Darke, S., Ross, J., Mills, K., Williamson, A., et al (2007) Patterns of Sustained Heroin Abstinence amongst Long term Dependent Heroin Users: 36 Months findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) Addictive Behaviours 32 (9) 1897-1906
- Du Pont, R., Humphreys, K. (2011) A New Paradigm for Long Term Recovery Substance Abuse 32:1 1-6
- Easton, M (2009) Addicted to Methadone available at www.bbc.co.uk/blogs/thereporters/markeaston/2009/10/addicted_to_methadone.html
- Harken, A., Kleiman, M. (2009) Managing Drug Involved Probationers with Swift and Certain Sanctions Evaluating Hawaii's HOPE Washington DC National Institute of Justice Office of Justice Programmes US Department of Justice
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., et al (2010) Survival and Cessation in Injecting Drug Users: Prospective Observation Study of Outcomes and Effects of Opiate Substitution Treatment British Medical Journal 341:c3172
- McKeganey N. (2005) Abstinence and Harm Reduction: Two Road to One Destination? Drugs Education Prevention and Policy 12 (4) 251-253
- McKeganey, N., Morris, S., Neale, J., Robertson, M. (2004) What are Drug Users Looking for When they Contact Drug Treatment Services- Abstinence or Harm Reduction? Drugs Education Prevention and Policy 11 (5) 423-435
- McKeganey, N., Bloor, M., Robertson, M., Neale, J., MacDougall, J. (2009) Abstinence and Drug Abuse Treatment: Results from the Drug Outcomes Research in Scotland Study Drugs Education Prevention and Policy 13 (6) 537-550
- McLellan, A., Lewis, D., O'Brien, C., Kleber, H. (2000) Drug Dependence: A Chronic Medical Illness. Implications for Treatment Insurance and Outcome Evaluation. Journal of the American Medical Association vol 284 no 13 pp1689-1695
- McLellan, A., Skipper, G., Campbell, M., Du Pont, R., (2008) Five Year outcome in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States British Medical Journal 337:a2038
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2007) Annual Report National Treatment Agency for Substance Misuse (2012) Medications in Recovery: Re-orientating Drug Dependence Treatment
- Prochaska, J., DiClemente, C., Norcross, J. (1992) In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviours American Psychologist 47 (9) 1102-1114
- Scottish Government (2008) Road to Recovery: A New Approach to Tackling Scotland's Drug Problem
- Scottish Government (2008) The Road to Recovery: A new Approach to Tackling Scotland's Drug Problem Scottish Government
- United Kingdom Drug Policy Commission (2008) A Vision of Recovery: UKDPC Recovery Consensus Group. United Kingdom Drug Policy Commission
- White, W., Cloud, W. (2008) Recovery Capital: A Primer for Addictions Professionals Counsellor 9 (5) 22-27
- White, W., Scott, C., Dennis, M., Boyle, M. (2005) Its Time to Stop Kicking People out of Addiction Treatment Counsellor April pp 2-13

ANALIZA IZVJEŠTAJA ISTRAŽIVANJA “ŽIVOT U OPORAVKU” ZA PODRUČJE BALKANA

DAVID BEST I MULKA NIŠIĆ



Šta se događa s osobama kada postignu, a zatim stabiliziraju svoj oporavak od ovisnosti? Iako postoji puno naučnih dokaza o relapsu i o akutnim fazama ovisnosti, relativno malo znamo o uspješnim pričama ljudi koji uspijevaju održati svoj oporavak, te šta to zapravo znači u odnosu na njihov život. Istraživanje koje ćemo opisati u nastavku temelji se na internacionalno sprovedenim nastojanjima (konkretno na istraživanju financiranom na nivou Evrope) kako bi se ispitali obrasci oporavka u balkanskim zemljama i kako život u oporavku izgleda u ovom okruženju.

1. DOSADAŠNJA ISTRAŽIVANJA I CILJEVI

Faces and Voices of Recovery (FAVOR), velika organizacija koja se bavi zagovaranjem za oporavak, naručila je online istraživanje pod nazivom “Životu u Oporavku” (u nastavku LiR) kako bi se opisalo od ulaska u process oporavka. Ova pitanja obuhvatila su pet ključnih oblasti: zaposlenje, finansije, krivično- pravni sistem, socijalnu i porodičnu, te oblast zdravlja. Učesnici su takođe pitani i o tome u kojoj fazi oporavka se nalaze, kako bi opisali svoj status oporavka (npr. “u oporavku”, “oporavljen” itd.) te koje servise za podršku u oporavku su koristili u momentu popunjavanja upitnika. Ispunjeno je ukupno 3228 upitnika. U prosjeku, ispitanici su imali 18



godina dug period aktivne ovisnosti i započeli su svoj put oporavka u prosječnoj starosti od oko 36 godina. Međutim, zaključak je bio da je u svim ispitanim oblastima, došlo do jasnog poboljšanja kada su osobe prešle iz ovisnosti u oporavak, kao i da što su duže bili u oporavku, to je bio veći nivo njihovog blagostanja i sveopšteg funkcionisanja.

Iako je istraživanje imalo značajan uticaj u SAD-u (i trenutno se vode diskusije o tome da li ga treba ponoviti), ono je stvorilo i domino

efekat, te je od tada reproducirano u mnogim zemljama širom svijeta, počevši od Australije (Best, 2015) i Velike Britanije (Best et al, 2015), sa uzorcima od po 573 i 802 ispitanika po zemlji. Iako su zabilježeni obrasci bili isti, sa značajnim poboljšanjima koja su prijavljena u obje zemlje u svih pet oblasti, postoje zanimljive i važne razlike, koje odražavaju male razlike u ispitanicima i u društvenom i kulturnom kontekstu u kojem se oporavak dogodio. Međutim, jedna od zajedničkih karakteristika provedenih upitnika je da su svi obuhvatili otprilike jednak broj muških i ženskih ispitanika, što ukazuje na to da je ovo optimalan mehanizam za pristup skrivenim glasovima žena u oporavku.

Od tog trenutka, a nakon što je bilo prikupljeno i objavljeno u specijalnom izdanju *Alcoholism Treatment Quarterly* časopisa 2018. godine, istraživanje *Život u oporavku* je sprovedeno i u Kanadi (McQuaid et al, 2017). Istraživanje je prilagođeno kako bi se kreirala verzija za članove porodice kojim se istražuje kako put oporavka osobe koja je bila ovisna tako i put članova porodice (Andersson et al, 2018).

2017. godine projekat ERANID REC-PATH je bio finansiran od strane odjela za zdravstvo u Belgiji, Holandiji, Škotskoj i Engleskoj (Best et al, 2019). Cilj projekta bilo je praćenje rodni raz-



lika u korištenju različitih „mehanizmima za oporavak“ te promjena u nivou blagostanja tokom oporavka i korištenje servisa podrške za oporavak u toku jedne godine. Projekat je koristio upitnik Život u oporavku (Faces and Voices of Recovery, 2013; Best et al, 2015; Best, 2015) kao alat za selekciju za regrutovanje ispitanika u četiri glavne zemlje.

Kao dodatak ERANID projektu, uspostavljena je saradnja sa Mrežom oporavljenih ovisnika (Recovered Users Network- RUN) i podijeljena je prilagođena verzija upitnika članovima mreže kako bi se omogućilo proširenje internacionalne baze podataka, te procjena iskustava osoba u oporavku širom Europe. Cilj ovog rada je opisati rezultate istraživanja sprovedenog na Balkanu i razmotriti kako se oni razlikuju od rezultata istraživanja u Velikoj Britaniji i drugim zemljama enleskog govornog područja.

Jedan od ključnih ciljeva provođenja ovog istraživanja u višestrukim okruženjima (u različitim kulturama i procesima) je procijeniti koji su aspekti oporavka konzistentni a koji su specifični za kako kulturne i političke tako i modele i procese vezane za način tretmana.

2. METODE

Mreža oporavljenih ovisnika (Recovered Users Network -RUN) je nakon procesa provjere prevoda, kojim se osigurala konzistentcija i smislenost za potencijalne ispitanike, prilagođenu verziju ovog instrumenta distri-

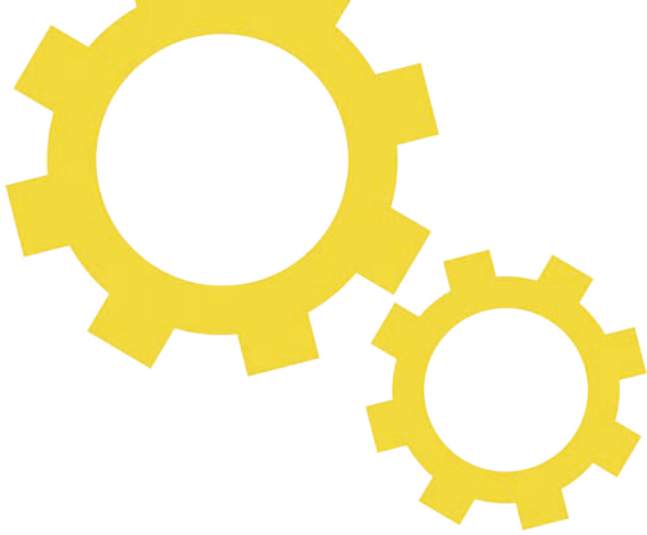
buisala među svojim članovima.

Istraživanje Život u Oporavku je utemeljeno na već uspostavljenoj metodologiji istraživanja i bilo je dio procesa prikupljanja podataka za regiju Balkana. Sam proces je bio finansiran i koordinisan od strane NVO Proslavi Oporavak koji je bio fokalna tačka. Proslavi Oporavak djeluje u oblasti oporavka i ima za cilj pružiti podršku i servise osobama koje su u aktivnoj ovisnosti ili oporavku, te pruža pomoć osobama da dostignu svoj potpuni oporavak i puni potencijal, između ostalog osiguravajući da se politike i praksa razvijaju na osnovu dokaza i istraživanja.

Ovo istraživanje se oslanjalo i na podršku i učešće drugih organizacija koje djeluju na području oporavka od ovisnosti, terapijskih zajednica, komuna i institucija koje pružaju različite oblike podrške osobama u oporavku širom regije, a koje su doprinijele u distribuciji upitnika među korisnicima njihovih servisa.

Međutim, najznačajniju ulogu odigrale su organizacije koje su članice Mreže oporavljenih ovisnika (Recovered Users Network -RUN), a koje su koordinatori mreže u svojim državama, Udruženje Izlazak, Srbija; NVO Preporod Crna Gora; Udruga Stijena, Hrvatska i Udruženje Proslavi Oporavak, BiH.

Ne možemo tvrditi da je uzorak reprezentativan i oportunistički, ali ljudima koji se oporavljaju nudi priliku da opišu vlastita iskustva o



promjeni i doprinesu rastućoj bazi dokaza koji opisuju kako prepreke za oporavak tako i faktore koje omogućavaju uspješan oporavak.

Upitnik su ispunile osobe koje se izjašnjavaju da su u oporavku. Pored toga, osobe u oporavku su značajno doprinijele distribuciji istraživanja među članovima njihovih porodica, prijateljima i drugim pojedincima.

Postupak: Istraživanje je prevedeno na lokalni jezik i trajalo je četiri mjeseca. Upitnik je bio dostupan online i u printanoj formi, a bio je promovisan na regionalnom nivou putem organizacija, društvenih medija, web stranica, TV emisija i drugih partnerskih agencija. Printane verzije upitnika su bile dostupne za one koji nisu imali pristup ili im nije bilo ugodno da popune online verziju.

Cilj (kao i u ostalim istraživanjima LiR-a) je bio krenuti od poznatih grupa koje podržavaju oporavak, a zatim proširiti istraživanje prema raznovrsnijoj skupini potencijalnih učesnika.

Obrazloženje studije temelji se na nizu indikatora koje ispitanik ocjenjuje kroz dvije različite faze svog života – kakvi su trenutno (tj. 'u oporavku') i kakvi su bili na vrhuncu njihove upo-

trebe supstanci (tj. 'u aktivnoj ovisnosti'). Pet domena koje je istraživanje procijenilo bile su:

- **Finansije**
- **Zdravlje**
- **Kriminal**
- **Porodični i društveni faktori**
- **Zaposlenje i obrazovanje**

3. REZULTATI: PREGLED BALKANSKE POPULACIJE

3.1 Karakteristike uzorka

Ukupno je prikupljeno 263 ispunjena upitnika. Balkanski uzorak čine većinom muškarci, njih 190 (72,2%) dok je 27,8% žena, što se radikalno razlikuje od približno jednakog procenta u prethodnim istraživanjima LiR-a u zemljama engleskog govornog područja.

Više od dvije trećine ispitanika pripada skupini sa nižim nivoom obrazovanja, dok su ostali imali osnovno fakultetsko ili postdiplomsko obrazovanje (23,6%), što se također razlikuje od verzija istraživanja sprovedenim u zemljama engleskog govornog područja gdje su ispitanici tipično imali veći stepen obrazovanja. Većina ispitanika (42,2%) bila je u braku u vrijeme istraživanja. 34,6% njih je izjavilo da su slobodni i da nikada nisu bili u braku, a manji procenat uzorka je bio razveden, rastavljeni ili su bili udovci. Od 263 ispitanika, 142 (46 %) se izjasnilo da imaju djecu koju izdržavaju. Imali su u prosjeku 1,75 djece mlađe od 18 godina.

S obzirom na to kako definišu svoj status u proces oporavka, 23,6% ispitanika se izjasnilo da su "u oporavku"; dok se 37,6% izjasnilo kao "opo-

ravljeni"; 17,9% opisalo je sebe kao nekog ko je ranije imao problem s drogom, ali ga više nema, 10,6% je reklo da su u medicinski potpomognutom oporavku, a 10,3% je izabralo status drugo.

3.2. Istorija ovisnosti

Ispitanici iz balkanske regije većinom su počinjali sa upotrebom droga sa otprilike 15 godina, a prestajali su sa oko 30 godina, što ukazuje da je u prosjeku ovisnički život ispitanika trajao oko 15 godina. To je generalno raniji početak kao i izlazak iz ovisnosti nego što pokazuje većina studija sprovedenih u SAD-u i u Velikoj Britaniji. Utvrđeno je da je prosječna dob pri prvim pokušajima prestanka uzimanja bila 24,1 godina, dok je u prosjeku prošlo 7,2 godine otkako su ispitanici

koje su učestvovala u istraživanju, ispitanici sa Balkana su prestajali sa korištenjem ranije i tražili su pomoć po prvi put u ranijem dobu, tako da su obično bili u oporavku duže u vrijeme sprovođenja istraživanja.

3.3. Osnovni obrasci promjene za vrijeme aktivne upotrebe i u oporavku

Glavni dio analize ispituje promjene koje se dešavaju kako za vrijeme aktivne ovisnosti tako i u oporavku kroz više oblasti: podjela je predstavljena po oblastima a u Tabeli 1. navedeni su rezultati za oblast zdravlja. U svakoj oblasti naveli smo samo ona područja gdje postoje važni ili značajni rezultati.

TABELA 1

ZDRAVSTVENI FAKTORI ZA VRIJEME AKTIVNE OVISNOSTI I U OPORAVKU

DA LI STE:	U AKTIVNOJ OVISNOSTI	U OPORAVKU
IMALI EMOCIONALNE PROBLEME ILI PROBLEME SA MENTALNIM ZDRAVLJEM KOJE NISTE LIJEČILI	77.2%	47.9%
ČESTO KORISTILI SERWISE SLUŽBE HITNE POMOĆI	23.6%	6.8%
IŠLI NA REDOVNE PREGLEDE ZUBARU	17.1%	47.9%
KORISTILI DUHANSKE PROIZVODE	87.8%	49.4%
VODILI RAČUNA O SVOM ZDRAVLJU	16.7%	76.0%

problematično koristili drogu, iako su obično smatrali da je vremenski okvir oporavka nešto kraći, prosjek je bio 6,7 godina.

U poređenju sa ispitanicima iz drugih zemalja

Kao i u prethodnim istraživanjima, veoma je jasan prelaz iz nezdravog u zdravo ponašanje, koji karakteriše veći nivo brige o dentalnom zdravlju i općoj svjesnosti o zdravlju u oporavku. Sa ekonomskog stanovišta, u opo-

TABELA 2

PRAVNI FAKTORI ZA VRIJEME AKTIVNE OVISNOSTI I U OPORAVKU

DA LI STE:	U AKTIVNOJ OVISNOSTI	U OPORAVKU
VOZILI POD UTICAJEM DROGA	66.2%	11.4%
NANIJELE ŠTETU NEČIJOJ IMOVINI	70.3%	14.1%
BILI UHAPŠENI	63.9%	10.3%
IMALI PODNIJETE KRIVIČNE TUŽBE PROTIV VAS	54.8%	10.3%
ODSLUŽILI ZATVORSKU KAZNU	31.2%	8.4%

ravku je znatno manja upotreba servisa hitne službe. Također postoje i značajna poboljšanja vezana za upotrebu duhana i netretiranih emocionalnih problema i problema sa mentalnim zdravljem, iako je važno napomenuti da i dalje oko polovine uzorka koristi duhan i ima netretirane probleme sa mentalnim zdravljem, što sugerira da još predstoji put do 'potpunog oporavka', barem za jedan dio uzorka.

U slijedećoj tabeli (Tabela 2.) ispitujemo pravna pitanja za vrijeme aktivne ovisnosti i u oporavku.

Iz perspektive javnog zdravlja i sigurnosti, najizraženije su promjene vezane za uključenost u krivično-pravni sistem - sa

ogromnim padom stopa hapšenja, podignutih optužnica i zatvorskih kazni, dok se javna sigurnost također značajno poboljšala padom stopa vožnje pod uticajem droga. Uštede troškova u javnoj blagajni te promjene u smislu smanjenja remećenja porodica i zajednica zbog ovih promjena su ogromne. Osim većih stopa kontinuirane uključenosti u krivično-pravni sistem za vrijeme oporavka, navedeni rezultati su u skladu sa nalazima dobivenim u drugim zemljama.

Tabela 3 u nastavku ispituje finansijska pitanja kao treću osnovnu oblast, gdje se mogu identificirati slične pozitivne promjene.

Dolje prikazana tabela jasno pokazuje da put od aktivne ovisnosti do oporavka karakteriše

TABELA 3

FINANSIJSKI FAKTORI ZA VRIJEME AKTIVNE OVISNOSTI I U OPORAVKU

DA LI:	U AKTIVNOJ OVISNOSTI	U OPORAVKU
NISTE BILI U MOGUĆNOSTI DA PLAĆATE RAČUNE	66.9%	22.1%
STE IMALI DUGOVE ILI KREDIT	65.0%	12.9%
STE OBIČNO PLAĆALI RAČUNE NA VRIJEME	15.2%	66.2%
STE IMALI OBEZBIJEĐENO STABILNO STANOVANJE	79.1%	87.8%

TABELA 4

FAKTORI ZAPOŠLJAVANJA ZA VRIJEME AKTIVNE OVISNOSTI I U OPORAVKU

DA LI STE:	U AKTIVNOJ OVISNOSTI	U OPORAVKU
BILI STALNO ZAPOSLENI	36.9%	54.4%
DOBILI ZADOVOLJAVAJUĆU OCJENU VAŠEG UČINKA NA RADU	31.2%	64.3%
ČESTO IZOSTAJALI IZ ŠKOLE ILI SA POSLA	65.8%	6.5%
NASTAVILI SA ŠKOLOVANJEM ILI OBUKOM	31.2%	41.1%
BILI OTPUŠTENI ILI SUSPENDOVANI SA POSLA	44.5%	7.2%

povećana stabilnost i sposobnost plaćanja, iako kao i u prethodnim oblastima finansijski problemi nisu u potpunosti riješeni. Također, kao što je slučaj i sa ostalim oblastima, uočena promjena ima značajne koristi i za društvo, što se ogleda u povećanom plaćanju poreza i ot-plata ostalih dugova, te povećane stabilnosti stanovanja za koju znamo iz literature da je ključni preduslov za uspješan oporavak.

Tabela 4. prikazuje promjene u poslu i obrazovanju za vrijeme aktivne ovisnosti i u oporavku.

Iako su nivoi zapošljavanja u oporavku niži na Balkanu nego u drugim istraživanjima LiR (na primjer, u istraživanju UK Life In Recovery/Život u oporavku iz 2015, preko polovine ispitanika

je bilo stabilno zaposleno u oporavku), postoje jasna poboljšanja u produktivnosti, pouzdanosti i posvećenosti obrazovanju i zaposlenju. Stopa otkaza je pala sa oko 45% na oko 7% i došlo je do sličnog velikog procenta smanjenja u izostajanju s posla.

Posljednja oblast koja se razmatra u istraživanju tiče se porodičnog i društvenog života, a prikazana je u Tabeli 5. u nastavku.

Utvrđene su značajne promjene u funkcionisanju porodice s mnogo višim stepenom aktivnog učešća u porodičnim aktivnostima za vrijeme oporavka i mnogo nižim nivoima nasilja u porodici.

TABELA 5

PORODIČNI I DRUŠTVENI FAKTORI ZA VRIJEME AKTIVNE OVISNOSTI I U OPORAVKU

DA LI STE:	U AKTIVNOJ OVISNOSTI	U OPORAVKU
UČESTVOVALI U PORODIČNIM AKTIVNOSTIMA	33.5%	78.7%
PLANIRALI BUDUĆNOST	20.2%	80.2%
DOŽIVJELI ILI IZVRŠILI NASILJE U PORODICI	41.8%	8.7%
VOLONTIRALI U LOKALNOJ ZAJEDNICI	6.1%	52.9%

Međutim, ove promjene se ne dešavaju samo unutar porodice; zabilježeno je gotovo desetostruko povećanje u stopama volontiranja i učešća u lokalnoj zajednici, što upućuje na važnost oporavka za lokalnu zajednicu.

Zaključak ove sveobuhvatne analize jeste da su utvrđena značajna poboljšanja u svih pet oblasti - koja naglašavaju ne samo po-

boljšanja u ličnom zdravlju i blagostanju, već i u funkcioniranju porodice kao i u aktivnom doprinosu lokalnoj zajednici i širem društvu. Iako problemi u ovoj populaciji ne nestaju u potpunosti, prikazana poboljšanja imaju ogromne koristi za blagostanje i životni vijek pojedinaca i za sve njihove odnose i obveze, koji su u skladu s našim definicijama stabilnog oporavka.

TABELA 6

FAKTORI ZA VRIJEME AKTIVNE OVISNOSTI I U OPORAVKU

DA LI STE:	U AKTIVNOJ OVISNOSTI	U MEDICINSKI POTPOMOGNUTOM OPORAVKU	OPORAVLJENI
IMALI EMOCIONALNE PROBLEME ILI PROBLEME SA MENTALNIM ZDRAVLJEM KOJE NISTE LJEČILI	77.2%	46.4%	35.4%
ČESTO KORISTILI ZDRAVSTVENE USLUGE	30.4%	78.6%	19.2%
IŠLI NA REDOVNE PREGLEDE ZUBARU	17.1%	25.0%	62.6%
KORISTILI DUHANSKE PROIZVODE	87.8%	89.3%	34.3%
VOZILI POD UTICAJEM DROGA	66.2%	14.3%	7.1%
BILI UHAPŠENII	63.9%	25.0%	3.0%
IMALI PODNIJETE KRIVIČNE TUŽBE PROTIV VAS	54.8%	14.3%	7.1%
ODSLUŽILI USLOVNU KAZNU	39.5%	10.7%	7.1%
SLUŽILI ZATVORSKU KAZNU	31.2%	10.7%	4.0%
ZADRŽALI STALNI POSAO	36.9%	28.6%	70.7%
DOBILI ZADOVOLJAVAJUĆU OCJENU VAŠEG UČINKA NA RADU	31.2%	50.0%	82.8%
ČESTO IZOSTAJALI IZ ŠKOLE ILI SA POSLA	65.8%	10.7%	2.0%
NASTAVILI SA ŠKOLOVANJEM ILI OBUKOM	31.2%	35.7%	52.5%
BILI OTPUŠTENI ILI SUSPENDOVANI SA POSLA	44.5%	3.6%	2.0%
DOŽIVJELI ILI IZVRŠILI PORODIČNO NASILJE	41.8%	17.9%	6.1%
VOLONTIRALI U LOKALNOJ ZAJEDNICI	6.1%	21.4%	79.8%

3.4. Poređenje promjena koje su zabilježene kod osoba koje su oporavljene sa promjenama kod osoba koje su u medicinski potpomognutom oporavku

Sljedeći odjeljak dijeli grupu "u oporavka" na osobe u oporavku u apstinenciji (koje sebe opisuju kao "oporavljene") i osobe u medicinski potpomognutom oporavku, kako bi se ispitalo postoji li konzistentna korist oporavaka za sve učesnike studije. Rezultati dosljedno pokazuju veće blagostanje oporavka u apstinenciji, kao što je prikazano u Tabeli 6.

Iako su jasna poboljšanja kod obje populacije, obim poboljšanja znatno je slabiji kod podgrupe populacije u medicinski potpomognutom oporavku, koja je učestvovala u istraživanju. Prijavljene su povišene stope problema s mentalnim zdravljem, mnogo učestalije korištenje zdravstvenih usluga i mnogo veće stope pušenja. Suprotno tome, kod populacije u apstinenciji stopa stalne zaposlenosti znatno je bliža onoj koja je zabilježena u istraživanjima LiR-a na engleskom govornom području.

U grupi medicinski potpomognutog oporavka rezultati su pokazali osam puta veću vjerovatnoću za hapšenjem, dvostruko veću vjerovatnoću za suočavanjem sa podizanjem krivične tužbe i više nego dvostruko vjerovatnoću za odlazak u zatvor. Ispitanici koji su u medicinski potpomognutom oporavku pokazali da je manje vjerovatno da se stabilno zaposle i nastave obrazovanje. Konačno, mnogo je vjerovatnije da će biti uključeni u obiteljsko nasilje i još manje vjerovatno da će volontirati u zajednici. **Ovi rezultati mogu sugerisati da se medicinska pomoć za većinu korisnika može smatrati samo ranim korakom ka postizanju potpune koristi od oporavka.**

3.5. Životna prevalencija traženja pomoći

Ovo istraživanje pokušava odgovoriti ne samo na pitanje u kojoj mjeri se ljudi oporavljaju, već i koji su mehanizmi promjena podržali putovanje iz ovisnosti u oporavak. Procenat osoba koje su pomoć potražile kroz navedene izvore prikazan je u Tabeli 7. u nastavku.

TABELA 7

ŽIVOTNA PREVALENCIA SERVISIA KORIŠTENIH ZA OPORAVAK

GRUPE SAMOPOMOĆI PROGRAMA 12 KORAKA	8.0%
SERVISI PODRŠKE KOJE PRUŽAJU OSOBE SA LIČNIM ISKUSTVOM OPORAVKA	9.1%
REZIDENCIJALNI REHABILITACIJSKI CENTAR, TERAPIJSKA ZAJEDNICA ILI DETOKS	63.9%
IZVANBOLNIČKI STRUČNI TRETMAN	53.2%
DRUGI SERVISI (NPR. CRKVA)	44.9%

Važno je napomenuti da su mnogi pojedinci koristili više od jednog mehanizma za podršku, bilo uzastopno ili istovremeno. Ovi podaci su fascinantni i veoma drugačiji od saznanja u Velikoj Britaniji ili Australiji, s niskim stopama pomoći koju pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka i vrlo visokim stopama rezidencijalnog tretmana, kao i povišenom stopom saradnje s religijskim organizacijama za podršku oporavku. Neka ključna

poređenja različitih puteva oporavka prikazana su u Tabeli 8. dolje.

Razlike između ishoda oporavka su između ove dvije grupe mnogo manje, sa gotovo nikakvim statistički značajnim razlikama između ovih grupa kako je naznačeno u Tabeli 8. Osobe uključene u oporavak na osnovu grupa samopomoći 12 koraka pokazali su nešto manju vjerovatnoću da će imati stalne

TABELA 8

POREĐENJE ISHODA OPORAVKA ZA GRUPU SAMOPOMOĆI PROGRAMA 12 KORAKA I GRUPU KOJA SE OPORAVILA UZ POMOĆ REZIDENCIJALNOG TRETMANA

DA LI STE:	U AKTIVNOJ OVISNOSTI	GRUPE PODRŠKE -12 KORAKA	REHAB CENTAR /TZ ILI DETOKS
IMALI EMOCIONALNE PROBLEME ILI PROBLEME SA MENTALNIM ZDRAVLJEM KOJE NISTE LIJEČILI	77.2%	42.9%	50.6%
ČESTO KORISTILI SERWISE SLUŽBE HITNE POMOĆI	23.6%	14.3%	8.9%
KORISTILI DUHANSKE PROIZVODE	87.8%	57.1%	49.4%
BILI UHAŠENI	63.9%	4.8%	8.9%
IMALI PODNIJETE KRIVIČNE TUŽBE PROTIV VAS	54.8%	9.5%	10.7%
SLUŽILI ZATVORSKU KAZNU	31.2%	9.5%	7.7%
IMALI DUGOVE ILI KREDIT	65.0%	23.8%	13.7%
IMALI STABILNO STANOVANJE	79.1%	100.0%	89.9%
ZADRŽALI STALNI POSAO	36.9%	61.9%	53.6%
DOBILI ZADOVOLJAVAJUĆU OCJENU VAŠEG UČINKA NA RADU	31.2%	71.4%	64.3%
NASTAVILI SA ŠKOLOVANJEM ILI OBUKOM	31.2%	47.6%	42.9%
OTPUŠTENI ILI SUSPENDOVANI SA POSLA	44.5%	4.8%	6.5%
ODUSTALI OD ŠKOLE ILI FAKULTETA	47.1%	0.0%	8.9%
IZGUBILI STARATELJSTVO NAD DJECOM	5.3%	0.0%	1.2%
POVRATILI STARATELJSTVO NAD DJECOM	-	0.0%	1.8%
DOŽIVJELI ILI IZVRŠILI PORODIČNO NASILJE	41.8%	9.5%	8.3%
VOLONTIRALI U LOKALNOJ ZAJEDNICI	6.1%	71.4%	59.5%

TABELA 9

POREĐENJE FAZE AKTIVNE OVISNOSTI SA FAZAMA OPORAVKA

DA LI STE:	U AKTIVNOJ OVISNOSTI	U OPORAVKU		
		RANI <1	ODRŽIVI 1-5	STABILNI >5
IMALI EMOCIONALNE PROBLEME ILI PROBLEME SA MENTALNIM ZDRAVLJEM KOJE NISTE LJEČILI	77.2%	52.2%	62.9%	37.1%
ČESTO KORISTILI SERWISE SLUŽBE HITNE POMOĆI	23.6%	7.2%	10.0%	4.8%
IŠLI NA REDOVNE PREGLEDE ZUBARU	17.1%	36.2%	45.7%	55.6%
VOZILI POD UTICAJEM DROGA	66.2%	11.6%	15.7%	8.9%
NANIJELI ŠTETU NEČIJOJ IMOVINI	70.3%	8.7%	18.6%	14.5%
BILI UHAPŠENI	63.9%	8.7%	14.3%	8.9%
SLUŽILI ZATVORSKU KAZNU	31.2%	11.6%	7.1%	7.3%
OBIČNO PLAĆALI RAČUNE NA VRIJEME	15.2%	46.4%	61.4%	79.8%
PLAĆALI ZAOSTALI POREZ	6.5%	18.8%	21.4%	26.6%
PLAĆALI POREZ NA VRIJEME	8.4%	29.0%	32.9%	49.2%
ZADRŽALI STALNI POSAO	36.9%	39.1%	50.0%	65.3%
DOBILI ZADOVOLJAVAJUĆU OCJENU VAŠEG UČINKA NA RADU	31.2%	47.8%	55.7%	78.2%
NASTAVILI SA ŠKOLOVANJEM ILI OBUKOM	31.2%	29.0%	34.3%	51.6%
UČESTVOVALI U PORODIČNIM AKTIVNOSTIMA	33.5%	69.6%	72.9%	87.1%
VOLONTIRALI U LOKALNOJ ZAJEDNICI	6.1%	29.0%	41.4%	72.6%

probleme s emocionalnim i mentalnim zdravljem, da budu beskućnici i da budu uhapšeni, ali veću vjerojatnoću da će koristiti zdravstvene usluge, pušiti, biti zaposleni i volontirati u zajednici. Drugim riječima, postoje neke razlike, ali nema konzistentnog obrasca koristi. Važno je imati na umu da za ove dvije grupe postoje značajna preklapanja, kao i da je oporavak lični i individualizirani proces.

3.6. Kako faze oporavka utiču na ove varijable?

Ključne varijable za život u ovisnosti i u oporavku obrađuju se prema fazama u oporavku, sa snažnim dokazima iz prethodnih

istraživanja da se blagostanje u oporavku poboljšava sa dužim vremenskim periodom provedenim u oporavku.

Ova tabela jasno ukazuje je da je oporavak složen fenomen čiji će se mnogi aspekti vremenom rješavati i poboljšavati. Iz tog razloga, iako postoji jasna osnova za daljnje proučavanje nacionalnih varijacija i razlika, važno je imati na umu da one mogu odražavati varijacije u fazama procesa oporavka u kojem se ispitanici nalaze. Ključni nalazi u ovoj oblasti prikazani su u Tabeli 9. iznad.

Tabela 9. jasno pokazuje je da je oporavak proces, a ne događaj - imajući u vidu da, iako postoje neka trenutna poboljšanja u nekim oblastima unutar prve godine (koja se naziva rani oporavak), drugim oblastima treba mnogo duže. To je posebno vidljivo u području zaposlenja u kojem je 39% osoba u ranom oporavku stabilno zaposleno, što se povećava do 50% u održivom oporavku (od jedne do pet godina u oporavku), a zatim raste do 65% u stabilnom oporavku. Slična se slika pojavljuje i za pozitivne ocjene učinka na poslu i volontiranje kao i davanje doprinosa

sugestijama da će se tretman orijentisan na oporavak isplatiti samo zajednicama u kojima podrška nadilazi akutnu kliničku njegu, kako bi se osobe podržale kroz cijeli put ka oporavku. Taj kontinuitet brige i podrške predstavlja suštinski dio održavanja promjene.

3.7. Poređenje Balkana sa drugim državama

Ova studija je dio europskog projekta većih razmjera u koji je ugrađen balkanski uzorak, što nam omogućava da upoređujemo rezultate iz različitih država. Ukupni uzorak iz svake države prikazan je u Tabeli 10.

TABELA 10

DRŽAVA PREBIVALIŠTA

DRŽAVA:	BROJ	VALIDNO
VELIKA BRITANIJA	364	27.7%
HOLANDIJA	231	17.6%
BELGIJA	181	13.8%
BALKAN ¹	263	21.0%
OSTATAK EVROPE ²	189	14.5%

¹ Bosna i Hercegovina (n=72), Srbija (n=123), Hrvatska (n=53), Crna Gora (n=15)

² Švedska (n=44), Španija (n=60), Poljska (n=79), Portugal (n=6)

u lokalnoj zajednici gdje je primjetan postepeni rast. Međutim, kroz mnoge oblasti mnogo je manje jasnih i linearnih puteva ka oporavku nego što su to pokazala prethodna istraživanja.

Tamo gdje zaključci potvrđuju internacionalne dokaze takođe pružaju i snažnu podršku

Postoje neke značajne razlike u profilu stanovništva po državama. Kao što je prikazano u Tabeli 11, postojale su razlike i u rodnoj ravnoteži u pet grupa država.

Ova je razlika dostigla statističku značajnost ($\chi^2 = 27,30$, $p < 0,01$), s manjim udjelom žena u Belgiji i na Balkanu nego u ostalim drža-

TABELA 11

SPOLNA ZASTUPLJENOST PO DRŽAVAMA

	VELIKA BRITANIJA	HOLANDIJA	BELGIJA	BALKAN	DRUGE EVROPSKE ZEMLJE
MUŠKO	59.6%	58.4%	73.5%	72.2%	61.4%
ŽENSKO	39.8%	41.1%	26.5%	27.8%	37.0%
DRUGO	0.5%	0.4%	-	-	0.5%

vama. Utvrđene su i prosječne razlike u dobi učesnika među državama - učesnici iz Velike Britanije su izrazito stariji (prosječna dob = 46,2 godine) od učesnika iz Holandije (prosječna dob = 40,0 godina), Belgije (35,5 godina), Balkana (37,1) i drugih evropskih zemalja (37,7 godina; $F = 53,39$, $p < 0,001$).

Uočene su i razlike u obrazovnim postignućima, pri čemu je 70,9% britanskih učesnika steklo visoko obrazovanje, u poređenju sa 40,7% u Holandiji, 25,4% u Belgiji, 23,6% na Balkanu (gdje 27,1% uzorka nikada nije postignilo više od osnovnog nivoa obrazovanja), a 25,4% iz ostalih evropskih zemalja

($x^2 = 365,21$, $p < 0,001$). Također, postoje razlike u bračnom statusu, gdje je skoro polovina balkanskih učesnika u braku ili vanbračnoj zajednici (49,2%), u poređenju sa 67,9% učesnika iz Velike Britanije, 36,0% iz Holandije, 22,2% iz Belgije i 24,6% iz ostalih evropskih zemalja. 46,0% učesnika sa Balkana izjavilo je da imaju djecu koju izdržavaju, u poređenju sa 33,8% učesnika iz Velike Britanije, 28,6% učesnika iz Holandije, 35,9% učesnika iz Belgije i 30,2% učesnika iz ostatka Evrope ($x^2 = 20,39$, $p < 0,01$).

Tabela 12. prikazuje istoriju traženja pomoći iz različitih izvora po zemlji prebivališta.

TABELA 12

ISTORIJA TRAŽENJA POMOĆI

	VELIKA BRITANIJA	HOLANDIJA	BELGIJA	BALKAN	DRUGE EU ZEMLJE	CHI
GRUPE SAMOPOMOĆI PROGRAMA 12 KORAKA	74.5%	72.3%	26.5%	8.0%	10.4%	380.09^{***}
SERVISI PODRŠKE KOJE PRUŽAJU OSOBE SA LIČNIM ISKUSTVOM OPORAVKA	50.3%	29.4%	24.3%	9.1%	36.1%	127.00^{***}
REZIDENCIJALNI REHABILITACIJSKI CENTAR, TERAPIJSKA ZAJEDNICA	57.1%	77.5%	75.7%	63.9%	83.1%	56.34^{***}
IZVANBOLNIČKI STRUČNI TRETMAN	64.8%	73.2%	70.7%	53.2%	66.7%	25.63^{***}
DRUGI SERVISI (NPR. CRKVA)	23.4%	17.3%	6.6%	44.9%	19.0%	101.83^{***}

^{***} $p < 0,001$

Utvrđene su razlike u nivou traženja pomoći sa učesnicima u Velikoj Britaniji koji najviše koriste Grupe samopomoći programa 12 koraka, koje se rijetko koriste na Balkanu ili u ostatku Evrope. Slično tome, druge organizacije koje se temelje na podršci osoba sa ličnim iskustvom oporavka (peer-based) češće se koriste u Velikoj Britaniji, a rjeđe na Balkanu. Rezidencijalni rehabilitacijski centri i terapeutske zajednice najčešće se koriste u Holandiji, Belgiji i ostatku Evrope, a druge vrste podrške kao što su crkve, najčešće se koriste na Balkanu. **Drugim riječima, na Balkanu je veoma zastupljeno oslanjanje na profesionalnu podršku i tretman, a mnogo je manja uključenost pristupa koji se temelji na podršci osoba sa ličnim iskustvom oporavka, nego što je to zabilježeno drugdje.**

Zabilježene su i razlike u istoriji ovisnosti i oporavka kao što je prikazano u Tabeli 13. u nastavku.

početka uzimanja je bila oko prosjeka za internacionalne učesnike u istraživanju.

Uočene su razlike po zemljama u obrascima problema vezanih za upotrebu supstanci u toku života, gdje je problem sa upotrebom alkohola najčešći u Velikoj Britaniji i Holandiji, dok je heroin najčešće problem na Balkanu, a kokainski prah i amfetamini su najčešće problem u Belgiji. Vezano za opijatske lijekove na recept, na Balkanu su životni problemi uzrokovani upotrebom metadona i buprenorfina veći nego drugdje, ponovno naglašavajući oslanjanje na profesionalni tretman kako u ovisnosti tako i u oporavku.

Male su varijacije zdravstvenih faktora u oporavku između Balkana i drugih zemalja sa kojima je vršeno poređenje ovisnosti i oporavka, ali postoje razlike u pravnim faktorima. Zabilježene su izrazite razlike u stopama hapšenja tokom ak-

TABELA 13

NACIONALNE RAZLIKE U FAKTORIMA ISTORIJE OVISNOSTI

	VELIKA BRITANIJA	HOLANDIJA	BELGIJA	BALKAN	DRUGE EVROPSKE ZEMLJE	F ILI CHI, SIG
DOB PRVE UPOTREBE	15.5	16.2	15.7	15.5	16.0	1.50(NS)
DOB ZADNJE UPOTREBE	36.9	35.0	32.7	30.5	33.0	20.23***
TRAJANJE PROCESA OPORAVKA	9.0	5.4	4.0	5.9	4.0	22.43***

Ispitanici sa područja Balkana generalno su prestali sa upotrebom u mnogo mlađoj dobi, iako je prosječno vrijeme provedeno u procesu oporavka bilo kratko a starosna dob

tivne ovisnosti od oko 40% u Holandiji do 70% u Velikoj Britaniji. U procesu oporavka, te stope značajno padaju u svim zemljama na manje od 10% u četiri zemlje i nešto više od 10% na Bal-

kanu. Ovo se također odnosi i na zatvor - sa stopama dvostruko višim za vrijeme ovisnosti (preko 30% u poređenju sa 15%), sa varijacijama koje se podudaraju u oporavku, gdje je 1.3% ispitanika iz Holandije izjavilo da su bili u zatvoru u oporavku u poređenju s 8.4% učesnika s Balkana.

DISKUSIJA/INTERPRETACIJA/NAREDNI KORACI

Ovo istraživanje u velikoj mjeri predstavlja inovativan rad koji je značajan u kreiranju slike o tome na koji način se osobe na Balkanu oporavljaju. Ali ono što se jasno vidi iz rezultata upitnika je da se osobe mogu oporaviti i da se zaista oporavljaju.

Rezultati istraživanja Život u oporavku pružaju nove dokaze koji adresiraju neke prijašnje praznine u znanju o iskustvima oporavka na prostoru regije Balkana, međutim ovo je samo početna tačka u razumijevanju kako i ko se oporavlja, te koje vrste podrške te osobe trebaju. Također, LiR pruža sveobuhvatno razumijevanje i uvid u različite puteve osoba koje žive u oporavku, te razumijevanje prevalencije oporavka. Glavni nalazi istraživanja su:

- **Za osobe u oporavku na Balkanu zabilježena je rana dob prve upotrebe supstanci (M=15 godina) i ovisnosti (M=15 godina), ali ipak bi nas trebalo ohrabriti to da se oporavak također tipično dešava u relativno ranom uzrastu i sa kraćim vremenskim trajanjem ovisnosti, barem među onima koji u ovom istraživanju potvrđuju svoj oporavak.**





• Ispitanici su se izjasnili o nizu negativnih efekata tokom ovisnosti vezanih za njihovo zdravlje, finansije, porodični i socijalni život te posao i studije, kao i mnoge druge krivično-pravne probleme. Više od polovine ispitanika reklo je da su krivične prijave bile podnešene protiv njih u periodu ovisnosti, te je oko jedne trećine ispitanika prijavilo da su proveli vrijeme u zatvoru, dok je u oporavku bilo primijetno smanjenje (do ispod 10%) u oba ishoda vezana za krivično-pravni sistem.

• Kanabis, zabilježen kod 81.1% ispitanika, je bio najčešće korištena supstanca tokom aktivne ovisnosti, nakon čega su slijedili heroin, lijekovi na recept te alkohol. Obrazac korištenih supstanci, prema ispitanicima sa Balkana, bio je više fokusiran na opijate nego što je to slučaj sa zapadno evropskim zemljama.

• Ispitanici su koristili različite puteve da bi započeli i održali oporavak, a najčešće korišteni resursi ili programi za oporavak su bili rezidencijalni rehabilitacijski centri, terapijske zajednice ili odjeljenja za detoksikaciju (63.9%). Postoji jasno oslanjanje na servise koje pružaju profesionalci što je pokazatelj nedovoljnog postojanja organizacija za podršku koje se baziraju na ličnom iskustvu oporavka (peer support) (uključujući 12 koraka i druge) koje bi mogle podržati i osnažiti grassroots organizacije pokreta oporavka.

- U poređenju sa životom tokom aktivne ovisnosti, za opisivanje oporavka ispitanici su češće izjavljivali da su učestvovali u porodičnim aktivnostima (78,7% naspram 33,5%), zadržavali stalni posao (54,4% naspram 36,9%), plaćali račune na vrijeme (66,2% naspram 15,2%), redovno volontirali u aktivnostima u lokalnoj zajednici (52,9% naspram 6,1%), te planirali budućnost (80,2% versus 20,2%). Ovi efekti su naročito snažni i jasni za one koji su postigli oporavak u apstinenciji.

- Iako nije linearno kao u prethodnim istraživanjima, postoji jasna kumulativna korist za oporavak – što se ogleda se u većim stopama zaposlenosti i obrazovanja, volontiranja i učešća u porodičnim aktivnostima kod pojedinaca koji su u stabilnom oporavku. Suprotno, osobe sa pet ili više godina u oporavku pokazuju znatno manje netretiranih problema sa mentalnim zdravljem.

- 41,8% ispitanika izjavilo je da su počinili ili doživjeli porodično nasilje tokom aktivne ovisnosti, dok je to slučaj za samo 8,7% ispitanika u vrijeme trajanja oporavka. Ovi nalazi sugerišu da je, kao što je to slučaj i u prethodnim studijama, porodična stabilnost i učešće u orodičnim aktivnostima ključna posljedica oporavka; što se također može posmatrati kao preveniranje intergeneracijskog prenošenja ne samo ovisnosti nego i traume.

Rezultati ovog istraživanja bi također trebali biti promatrani i u kontekstu svojih ograničenja. Moguće je da je bilo vjerovatnije da će ispitanici izvještavati o pozitivnim ishodima u oporavku i negativnim ishodima kada su odgovarali na pitanja o ovisnosti. Nadalje, postojala je geografska pristrasnost u uzorcima ispitanika, gdje su neke zemlje, poput Srbije, bile prezastupljene, dok su druge, poput Crne Gore, bile nedovoljno zastupljene. Međutim, cilj modela istraživanja Život u oporavku nije reprezentativnost, već naglašavanje onoga šta je moguće i na koji način je to moguće. Ova studija ne samo da potvrđuje benefite koje donosi oporavak, već je i korak ka razvoju razumijevanja onoga šta je osobama potrebno da bi podržali i održali put ka oporavku.

Ono što trenutnih nalazi istraživanja jasno pokazuju je da je najvažnija stvar vrijeme – osobe koje održe oporavak najmanje pet godina doživljavaju značajne koristi na ličnom nivou, za sebe i za društvo. Naši nalazi su također jasni u tome da su prisutna veća poboljšanja kod oporavka u apstinenciji nego kod medicinski potpomognutog oporavka i izuzetno je ohrabrujuće da oporavak u prosjeku započinje u relativno mladom dobu na Balkanu. Suprotno, i u skladu sa niskim procentima korištenja podrške od strane osoba koji imaju lično iskustvo oporavka, utvrđeno je relativno kratko trajanje oporavka što sugeriše da su zemlje na Balkanu još uvijek u ranoj fazi razvoja resursa unutar lokalne za-

jednice koje bi podržavale i motivirale osobe koje vode borbu sa ovisnošću.

Buduće analize sa postojećim LIR podacima za ispitivanje puteva ka oporavku će biti sprovedene u follow-up izvještajima. Rezultati budućih analiza su značajni i mogu pomoći da se iden-

tificiraju razlike u putevima oporavka među određenim grupama, kako bi se naglasila potreba za, na primjer, dobno i spolno prikladnim programima podrške za oporavak. Ovo istraživanje će također doprinijeti internacionalnim naporima vezanim za razumijevanje procesa i mehanizama oporavka.

ZAKLJUČAK

Podaci istraživanja Život u oporavku nam otkrivaju da je dugoročni oporavak moguće postići, te da je on održiv čak i kada je ovisnost okarakterisana kao ozbiljna i hronična, ali također da je ovakva vrsta istraživanja izvodljiva i dragocjena za regiju Balkana. Uzorak ispitanika, iako nije reprezentativan, dovoljan je da se identificiraju ključne oblasti koje su u skladu sa prethodnim LIR istraživanjima, ali također i faktori koji su jedinstveni za Balkan, uključujući i to da se osobe za podršku putevima ka oporavku oslanjaju na specijalizirane servise koje pružaju stručnjaci. Prepoznata je jasna potreba kako za politikama koje bi podržavale efikasnije servise koje pružaju osobe sa ličnim iskustvom ovisnosti i oporavka, tako i za adekvatnim kontinuitetom brige unutar sistema socijalne i zdravstvene zaštite, koji bi osobe koje su u rezidencijalnim tretmanima podržao na putu reintegracije u lokalnu zajednicu.

Rezultati ovog istraživanja pružaju nadu za pojedince i porodice koje su pogođene problemom ovisnosti, te pomažu u informiraju profesionalaca koji žele da im pomognu. Štaviše, dokazi da mnogi pojedinci u oporavku vode smislene živote i da doprinose svojim porodicama i društvu, može biti orijentir donosiocima politika kada razmatraju vrijednost pružanja finansiranja za ciljne investicije za adresiranje prepreka na sistemskom nivou, a kako bi se osiguralo da je više tretmana i programa za oporavak dostupno i pristupačno ovoj populaciji. Ulaganja u programe za oporavak bi moglo značajno poboljšati živote pojedinaca koji se bore sa ovisnošću i počinju svoj put ka oporavku.

Literatura

Andersson, C., Best, D., Irving, J., Edwards, M., Banks, J., Mama-Rudd, A., & Hamer, R. (2018). *Understanding recovery from a family perspective: A survey of life in recovery for families*. London, UK: Alcohol Research UK.
Best, D. (2015). *The Australian life in recovery survey*. Melbourne, Australia: Turning Point, Eastern Health.
Best, D., Albertson, K., Irving, J., Lightowlers, C., Mama-Rudd, A., & Chaggar, A. (2015). *The UK life in recovery survey 2015: The first na-*

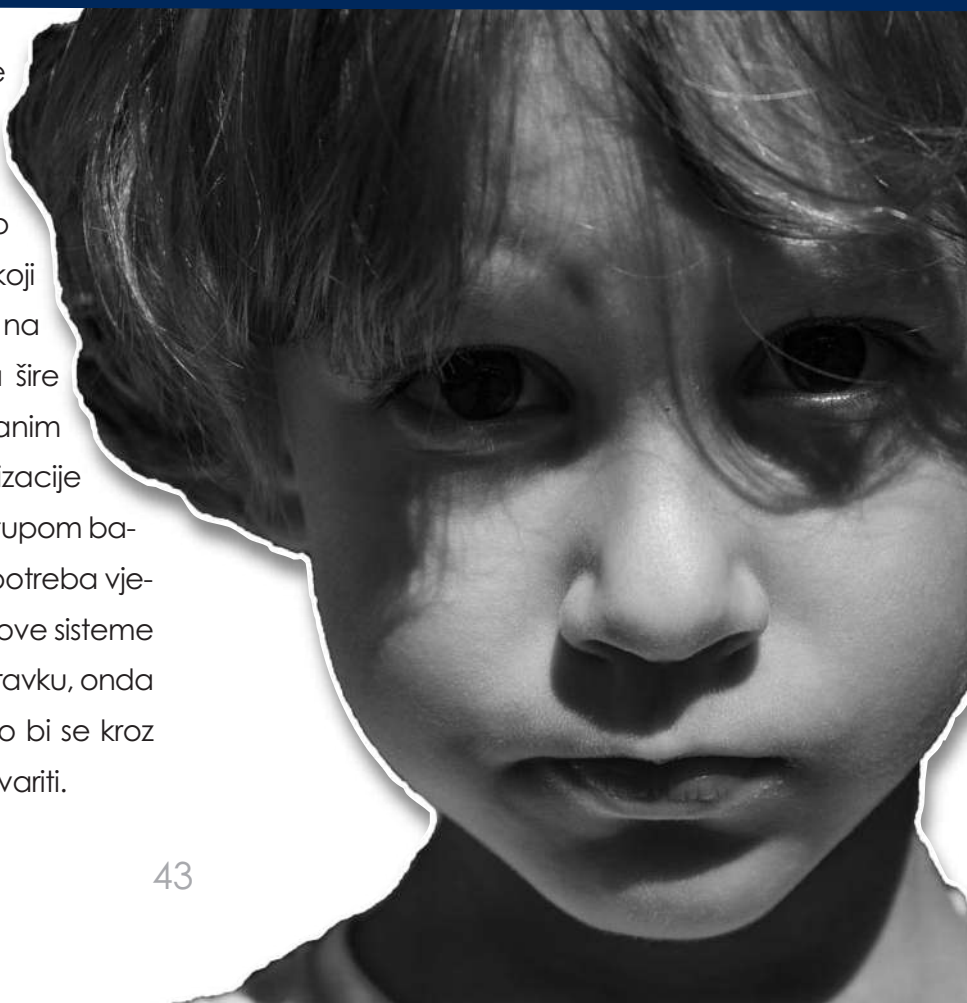
tional UK survey of addiction recovery experiences. Sheffield, UK: Helena Kennedy Centre for International Justice, Sheffield Hallam University.
Laudet, A. B. (2013). *Life in recovery: Report on the survey findings*. Washington, D.C.: Faces and Voices of Recovery
McQuaid, R. J., Malik, A., Mousouni, K., Baydack, N., Stargardter, M., & Morrissey, M. (2017). *Life in recovery from addiction in Canada*. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

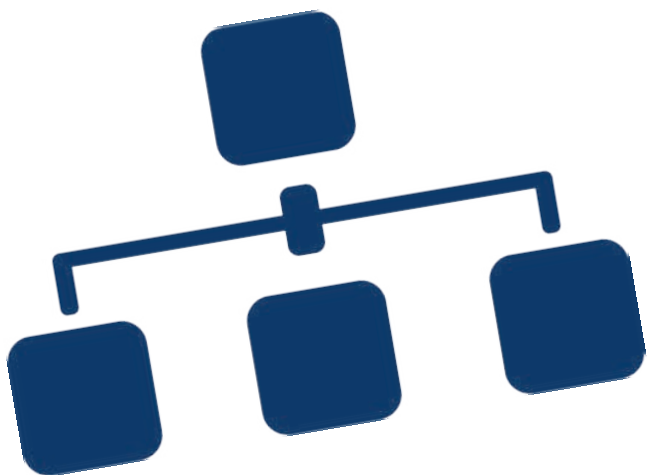
PROJEKT BIRAM OPORAVAK – OD PROCJENE POTREBA DO EFEKTIVNOG ODGOVORA

BORISLAV GOIĆ

Ako razmišljamo o nastanku i faktorima koji su usloveli da dođe do razvijene ovisnosti o drogama zasigurno ne možemo izdvojiti samo jedan segment. Isto tako, ako razmišljamo o tome kako da se jedna osoba sa problemom ovisnosti pomakne ka životu bez droga i socijalnoj integraciji, zasigurno možemo uočiti da postoji više faktora. Različite institucije i organizacije koje se bave ovom problematikom pružaju maksimalnu podršku u okvirima svojih mogućnosti. Ipak, stanje na samom polju smanjenja potražnje droga u BiH, Srbiji i Crnoj Gori je alarmantno. Nedostatak jasnog sistema, koji bi se fokusirao na ostvarenje maksimalnog potencijala kod osoba sa problemom ovisnosti, se pokazuje kao prepreka u svakom daljnjem tretiranju ove bolesti. Iz perspektive same osobe sa problemom ovisnosti ili onog koji je u nekoj fazi oporavka sve je manje jasnoće i cilja kuda ga svi ti sistemi vode.

Projektom Biram Oporavak se pokušalo obuhvatiti više segmenata: od doseganja ciljne skupine putem helpline-a, preko unapređenja odnosa sa akterima koji na direktan ili indirektan način rade na ovom polju, pa do osvještavanja šire populacije o posljedicama izazvanim zloupotrebom droga i destigmatizacije osoba u oporavku. Inovativnim pristupom baziranim na istraživanjima i procjeni potreba vjerujemo da smo, ako ne ustanovili nove sisteme pristupa koji bi bili orijentirani ka oporavku, onda barem postavili jasne temelje kako bi se kroz zajedničko zalaganje isti mogli i ostvariti.





O IMPLEMENTATORIMA PROJEKTA

Organizacije civilnog društva, Proslavi Oporavak iz Sarajeva - koje je svoj rad aktivno započelo 2008. godine, Izlazak iz Beograda - koje datira od iste godine, te Preporod iz Nikšića - koje svoje aktivnosti sprovodi od 2006. godine, već dugi niz godina predstavljaju jedne od rijetkih u svojim zemljama koje su svoj rad kontinuirano bazirale na doseganju skupina pogođenih problemom ovisnosti. Ono što ih karakterizira, i u svom temelju čini sličnima, je da su sve tri organizacije nastale na osnovu inicijative osoba oporavljenih od ovisnosti. Isprva entuzijastičnim pristupom, a s vremenom i sticanjem znanja te sve većim profesionalizmom, sve tri organizacije su dobile na značajnom kredibilitetu u svojim lokalnim zajednicama i na regionalnom nivou, a broj servisa koje su pružali osobama u problemu ovisnosti se iz godine u godinu povećavao. Zajednička razmjena iskustava o trenutnim i novonastalim situacijama na polju smanjenja potražnje droga, između uposlenika u organizacijama je bila vid suradnje koju je, ispostavilo se, trebalo unaprijediti.

ZAŠTO BIRAM OPORAVAK

Ono što se kroz razgovore prožimalo je bio zajednički cilj, a to je da se unaprijede servisi koje mi kao organizacije pružamo, ali i da se sa svim relevantnim institucijama i organizacijama koje su na direktan ili indirektan način uključene u borbu protiv zloupotrebe droga uspostavi bolja suradnja i krene razmišljati o preispitivanju starih sistema rada i eventualnom kreiranju sistema zdravstvene i socijalne zaštite koji bi bili orijentirani ka oporavku od ovisnosti o drogama. Imajući u vidu da se situacija i na polju zloupotrebe droga promijenila (manje novih heroinskih ovisnika, sve mlađa populacija traži pomoć, systemska i institucionalna rješenja postoje ali su zastarjela), 2015. godine se pokrenuo prvi regionalni projekat između ove tri organizacije pod radnim imenom "3Balkan". Aktivnosti su bile sponzorirane od strane švedskog Forum Syd-a, a uz partnerstvo i nadzor WFAD-a (Svjetske Federacije protiv Droga), trajale su godinu dana a glavni cilj je bio procijena potreba u sve tri zemlje vezano za trenutno stanje na polju zloupotrebe droga. Na kraju prve faze projekta procijenjene su slijedeće potrebe koji su odgovarale zajedničkom stanju u sve tri države:

- Nema zainteresovanosti za problematiku ovisnosti
- Servisi, iako postoje, pružaju se u izolaciji
- Sve manji broj NVO-a koje se bave ovom problematikom
- Populacija osoba sa problemom ovisnosti nije informirana o mogućnostima oporavka

- Ruralne sredine su uglavnom zaposlavljene

Usljedila je inicijativa od strane WFAD-a koji je kroz prvu godinu implementacije prepoznao ozbiljnost rada tri organizacije, pa se projekat nastavio od 2017. kroz sljedeće tri godine sa svim svojim obimnim aktivnostima i završetkom krajem 2019. godine. Ono što je bilo važno ili ključno za WFAD i Forum Syd kao donatora je da se položaj marginaliziranih skupina (osoba i porodica pogođenih problemom ovisnosti) poboljša i da se kroz zajedničku suradnju postignu bolji rezultati u gore navedenom periodu za sve procijenjene (zajedničke) potrebe. Projekat je dobio simboličan radni naziv "Biram Oporavak", a sve aktivnosti su koordinirane od strane Udruženja Proslavi Oporavak, te su se odredile glavne zajedničke aktivnosti poput:

- Podizanja svijesti o problemu ovisnosti o drogama i oporavku
- Unapređenja suradnje među akterima
- Stvaranja ekologije oporavka
- Fokus na ruralnim sredinama

REZULTATI 1:

ŠTA JE PROJEKAT BIRAM OPORAVAK OSTVARIO

Kapaciteti savjetovališta nadograđeni u sve tri države

Dok se u BiH to ogledalo proširenjem kapaciteta na postojećoj lokaciji u Sarajevu, u Beogradu je stavljen u rad prostor na novoj lokaciji u centru grada, dok je organizacija Preporod iz Nikšića otvorila ispostavu u glavnom gradu Crne Gore - Podgorici.

Uspostavljena besplatna i anonimna telefonska linija

U sve tri države uspostavljene su besplatne telefonske linije. U svrhu pružanja kvalitetnijih servisa uposlenici su dodatno educirani za pružanje servisa putem telefona. Određene su smjernice za efikasnije savjetovanje preko telefona, te je standardizovana dužina i način odgovora na pozive, a počela se raditi i evaluacija pruženih servisa u svrhu praćenja napretka korisnika u procesu oporavka.



Involvirane nove metode rada sa korisnicima i njihovim porodicama u savjetovalištu

Metoda multidimenzionalne porodične terapije koja obuhvata u isto vrijeme i korisnika droga i njegovu porodicu je naučena i počela se implementirati u Sarajevu. Individualno savjetovanje i motivacija za započinjanje procesa oporavka kroz jedan na jedan razgovore je unaprijeđena te se prakticirala i dalje u sve tri države sa posebnim naglaskom i rezultatima u Crnoj Gori.

Održani individualni i multisektorski sastanci sa institucijama i OCD

Kroz cijeli tok projekta jedan od glavnih ciljeva je bio okupiti sve aktere koji se na direktan ili indirektan način bave problematikom ovisnosti. Predstavници ministarstava, centara za mentalno zdravlje, socijalni rad, predstavnici policije, razne organizacije civilnog društva, predstavnici opštinskih vlasti i ostali relevantni subjekti su bili dijelom ovih sastanaka.

Predstavljanje projekta nije bio jedini cilj sastanaka već i kvalitetna procjena kapaciteta organizacija / institucija sa kojima smo ostvarivali

sastanke, te se jasno i pokazala (ne)zainteresiranost za daljnji rad unutar problematike zlouporabe droga u pojedinim sredinama. Multisektorski pristup u tretmanu, te sistemi brige orijentirani ka oporavku su adresirani na svakom sastanku te su se kroz diskusiju nametnule teme poput stigmatizacije osoba sa problemom ovisnosti i senzibiliteta naspram te ciljne grupe.

U sve tri države su se pokazali različiti odgovori. Dok su u BiH policijski službenici pokazivali najveći nivo spremnosti za suradnju, u isto vrijeme su u Crnoj Gori predstavnici relevantnih institucija koje se već bave tretmanom te kancelarije za prevenciju, bile relevantni sugovornici koji su iskazivali interes za veću uključenost u borbi protiv ove pošasti. Implementator projekta, Izlazak iz Srbije, je imao specifičan pristup organizacije multisektorskih sastanaka u koordinaciji sa Kancelarijom za borbu protiv droga vlade Republike Srbije. Taj pristup se pokazao veoma efikasnim jer je doprinio većoj posjećenosti sastanaka, te se smjernicama koje su donesene nakon sastanaka pristupilo sa većom važnosti.



SARADNJA SA INSTITUCIJAMA/OCD

INDIVIDUALNI SASTANCI

157

BROJ UČESNIKA

349

MULTISEKTORSKI SASTANCI

31

BROJ UČESNIKA

549

KONFERENCIJE

7

BROJ UČESNIKA

550

MEMORANDUMI O SURADNJI

59

Potpisani memorandumima o suradnji

Kroz sastanake su se iskristalizirale organizacije / institucije sa kojima se potpisao memorandum o suradnji sa ciljem promocije besplatne telefonske linije ali i suradnje na većim nivoima. Grafikon jasno pokazuje kompletne rezultate i značajan broj održanih sastanaka te broj učesnika, što se u internim evaluacijama pokazalo zadovoljavajućim. Memorandumima bi u budućnosti trebali poslužiti kao platforma za stvaranje uslova za postizanje maksimalnog potencijala kod osoba sa problemom ovisnosti. Kvalitetna suradnja može doprinijeti nastojanjima za kreiranje sistema brige orijentiranih ka oporavku od ovisnosti.

Organizirane konferencije u sve tri države

Konferencije su imale više ciljeva, poput okupljanja svih aktera sa multisektorskih i individualnih sastanaka na jednom mjestu, prikupljanja podataka o ciljnoj grupi i rezultatima i izazovima s kojima se akteri susreću te razmjene primjera dobre prakse iz zemalja regije i Evrope, koji su nam bili vodilja kroz sve tri godine implementacije projekta. Odaziv na konferencije je bio preko 80% pozvanih što nam dodatno govori o zainteresiranosti struke, ali i o nužnosti organiziranja sličnih konferencija i u budućnosti.

Uočeno je da postoji manjak stručnih konferencija u ovoj oblasti, pa je projekt kroz godišnje konferencije u državama koje ga implementiraju te kroz 1. Regionalni forum u

Beogradu zasigurno doprinio da se o problematici zloupotrebe droga sada više govori.

Medijska zastupljenost i kampanje

Promocija cijelog projekta je trajala tokom sve tri godine implementacije. Osim treninga na kojima su implementatori učestvovali i gdje su stekli znanja o promociji, PR vještinama i zagovaranju, organizacije u sve tri države su na različite načine promovirale besplatnu telefonsku liniju.



Tako je organizacija Izlazak napravila video sa profesionalnim glumcima gdje je u fokusu bila besplatna telefonska linija i koji se u sve tri zemlje emitirao na različitim portalima koji su izašli u susret da besplatno promoviraju ovaj video. Organizacija Preporod je na svim frekventnim cestama u Crnoj Gori postavila stalne reklame koje upućuju na broj, dok je organizacija Proslavi Oporavak u cijeloj BiH kontinuiranom suradnjom sa privatnim firmama imala priliku da besplatno postavlja plakate i bilborde i na taj način upućuje na helpline.

Tokom implementacije projekta se tražilo aktivnije sudjelovanje na državnim, lokalnim i privatnim TV stanicama kako bi se na različite načine pokrenula priča o temama zloupotrebe droga. Nažalost, u takvim okolnostima javnost se više upućivala na štetnosti koje zloupotreba donosi nego na samu kompleksnost problematike o kojoj bi

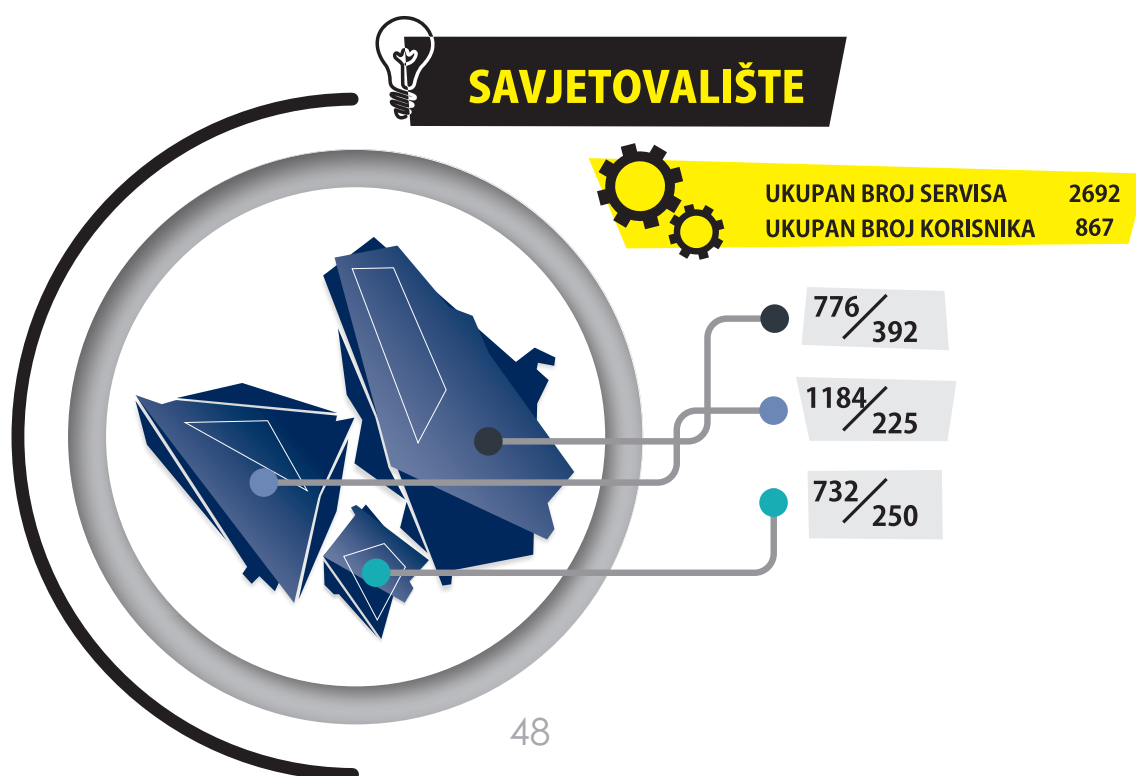
gledaoci zasigurno trebali biti bolje upućeni. Zaključak je, da je bilo medijske prezentacije ali da je ona ipak bila nedovoljna. Kontinuirane političke debate u zemljama regije pokrivaju najveći medijski prostor pa nam je jasno da se ovakvim tematikama daje malo zastupljenosti. Ipak, zloupotreba droga koja nosi posljedice, ne samo po pojedinca nego i njegovu porodicu i društvo u cijelini mora biti adekvatnije medijski popraćena.

REZULTATI 2:

BAZA PODATAKA SAVJETOVALIŠTA (SACCC)

– JASAN ZNAK ZA AKCIJU

Nakon uspostavljanja besplatnih telefonskih linija te uz medijske kampanje koje su pratile promociju savjetovališta došlo je i do proširenja kapaciteta savjetovališta u sve tri zemlje, pa se broj servisa iz mjeseca u mjesec povećavao, te su nakon 28 mjeseci zabilježeni slijedeći podaci:



Ono što je specifično jeste da se ukupni broj servisa (2692), analiziran na mjesečnoj bazi, u prosjeku povećao za šest puta u odnosu na period prije 2017. godine, što je pokazalo potpunu opravdanost proširenja kapaciteta savjetovališta. Dok je u Srbiji broj korisnika bio najveći i iznosio 392, u BiH su korisnici, njih 225 učestalo koristili servise, u prosjeku nešto više od pet servisa po korisniku. Ovi rezultati uka-

većina servisa. Zabrinjavajuća je činjenica da je svaki 11. servis bio pružen maloljetnoj osobi što iziskuje dodatnu analizu stanja među ovom populacijom. Takođe, ovi podaci ukazuju i na potrebu da se ovisnost kod maloljetnih osoba tretira na adekvatan način, obzirom da na području ove tri države ne postoje jasni mehanizmi za dugotrajni tretman maloljetnika ovisnih o drogama.



SAVJETOVALIŠTE



UKUPAN BROJ SERVISA 2692
UKUPAN BROJ KORISNIKA 867



81% MUŠKIH
19% ŽENSKIH

11% <18 GODINA
47% 18-29 GODINA

67% GRADSKO PODRUČJE
31% RURALNO PODRUČJE
(do 50.000 stanovnika)



75% NEUDATIH / NEOŽENJENIH

64% ŽIVI SA OCEM / MAJKOM

43% SSS

45% NEZAPOSLENI

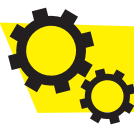
zuju na uspješno doseganje novih korisnika u Srbiji i Crnoj Gori (250) s obzirom na njihovu populaciju, ali i odgovora koji su dostupni u savjetovalištu u BiH, u sklopu kojeg su unapređene metode kontinuiranog rada sa korisnicima koji su se javljali putem telefonske linije ili dolazili na razgovor.

U razmatranju demografskih podataka koje pokazuje baza, a koja se u proteklih 28 mjeseci prikupljala, vidimo normalan udio ženske populacije koja je tražila pomoć od 19%, te mladih od 18-29 kojima je i pružena

lako je jedan od projektnih ciljeva bilo doseganje ruralnih područja, u kojima je nivo marginalizacije korisnika droga zasigurno veći, rezultati koji pokazuju trećinu servisa nisu zadovoljavajući za sve tri zemlje. Dok u Crnoj Gori zbog većine gradova sa populacijom manjom od 50 000 stanovnika brojevi pokazuju veći broj servisa koji je pružen korisnicima iz ruralnih sredina, u ostale dvije zemlje se još uvijek mora raditi na destigmatizaciji bolesti ovisnosti kao takve kako bi što više osoba sa problemom zloupotrebe droga zatražilo pomoć.



SAVJETOVALIŠTE



UKUPAN BROJ SERVISA 2692
UKUPAN BROJ KORISNIKA 867



60% TELEFONSKI POZIVI



33% RAZGOVOR U SAVJETOVALIŠTU

60% NAVODI KAO RAZLOG KONTAKTIRANJA POTREBU ZA LIJEČENJEM

50% SERVIS JE PRUŽEN ČLANU PORODICE
42% DIREKTNO KORISNIKU

Ono što je za našu obradu podataka značajno je razlog zbog kojeg su pruženi naši servisi u savjetovalištu. 60% servisa od 2692 je kao razlog kontaktiranja navelo potrebu za liječenjem i ulaskom u proces oporavka. Ostali servisi su bili informativnog karaktera dok je zloupotreba servisa bila minimalna. Polovina pruženih servisa je pružena članu porodice što pokazuje ne samo važnost multidimenzionalnog pristupa korisnicima nego i nužnost kontinuiranog razvoja programa koji može uticati na jačanje porodice kao ključnog faktora pri motivaciji osoba za ulazak u proces oporavka. Zanimljive nalaze susrećemo kod pitanja

ulazne droge koja je kod više od polovine korisnika bila kanabis. Smatramo značajnim upozorenje da se, iako postaje sve više dostupan i socijalno prihvatljiv, kanabis još uvijek pokazuje kao ulazna droga kod onih koji traže pomoć, pa se shodno tome u narednom periodu kao organizacije želimo uključiti u kampanju protiv socijalne prihvatljivosti konzumacije kanabisa u rekreativne svrhe.

Dob prvog uzimanja droga je kod polovine korisnika između 14-18 godina, dok je svaki deseti korisnik uzeo i prije 14. godine što je zasigurno ranije u usporedbi sa periodom od prije 20-30 godina. To nam samo potvrđuje



SAVJETOVALIŠTE



UKUPAN BROJ SERVISA 2692
UKUPAN BROJ KORISNIKA 867



58% POČELO SA KANABISOM



50% ČLAN PORODICE SAZNAO I RAZOTKRIO PROBLEM SA PAS

50% 14 - 18 GODINA PRVI PUT UZELO PAS

39% NIKAD NIJE BILO NA NEKOJ VRSTI LIJEČENJA

10% <14 GODINA PRVI PUT UZELO PAS

65% TRENUTNO SE NE NALAZI NA NEKOM VIDU LIJEČENJA

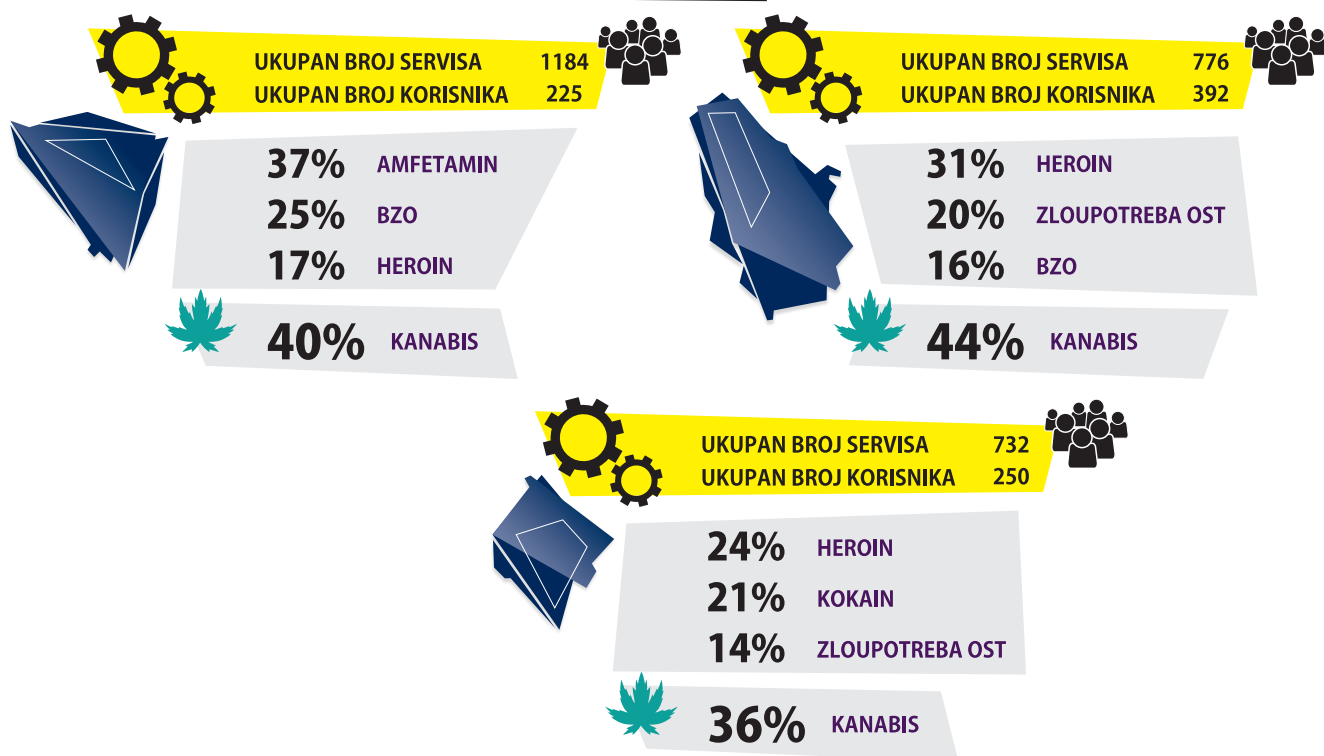
tezu da je prevencija nužna, ne samo u dobu adolescencije, nego i u ustanovama osnovnog obrazovanja gdje su potrebni programi koji će pratiti razvoj djece i adekvatno odgovoriti na njihov odnos ili stav naspram konzumacije i prihvatljivosti droga uopće. Možda i najvažniji nalaz koji potvrđuje relevantnost besplatne linije i razvoja servisa unutar savjetovališta je broj pruženih servisa onim korisnicima koji nikada nisu bili (39%) ili trenutno nisu (65%) na nekoj vrsti liječenja. Organizacije civilnog društva se ovim potvrđuju kao ključni i neophodni akteri u doseganju novih korisnika koji nisu dio sistema. Ovim aktivnostima nevladine organizacije upotpunjuju cijelokupan proces liječenja i doprinose ostvarenju maksimalnog

potencijala korisnika koji traži pomoć.

Podaci o najčešće korištenim drogama kod korisnika servisa ukazuju na različitosti unutar pojedinih država i trebaju služiti za kreiranje programa u skladu sa budućim trendovima. Heroin je još uvijek glavna droga korisnika u Srbiji i Crnoj Gori, dok u BiH amfetamine zloupotrebljava više od trećine korisnika koji traže pomoć. Ono što nam analiza dodatno pokazuje je velika zastupljenost višestruke ovisnosti kod korisnika koji traže pomoć, gdje zloupotreba lijekova predstavlja dodatni problem. Na ozbiljnost situacije ukazuje i zloupotreba opijatske supstitucijske terapije (OST) pogotovo u Srbiji i Crnoj Gori, te konzumacija kanabisa koja je približno isto zastupljena u sve tri zemlje.



ZASTUPLJENOST DROGA PO DRŽAVAMA





MEDIJI



www. **biramoporavak** .com



REZULTATI 3:

WEB STRANICA

www.biramoporavak.com

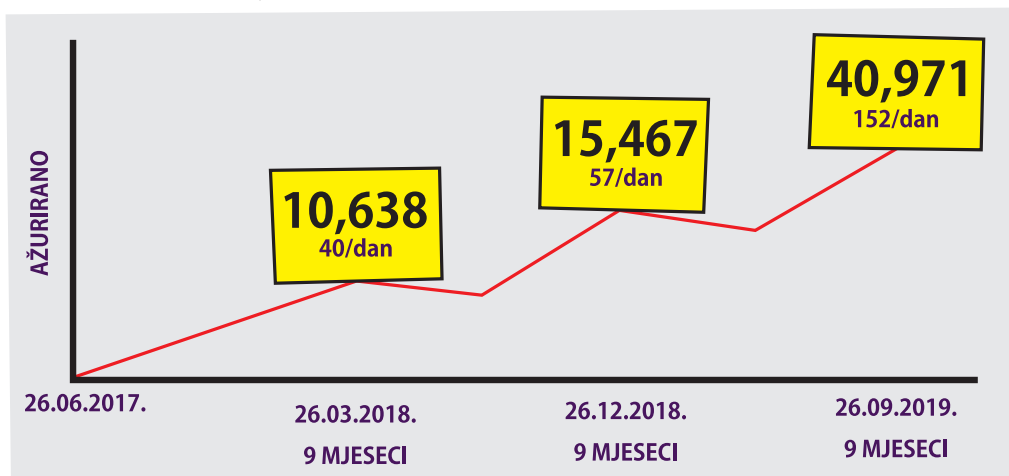
Simbolično, na Međunarodni dan borbe protiv zlouporabe droga 26.06.2017. godine pokrenuli smo web stranicu www.biramoporavak.com. Kao odgovor na nedostatak jasnih smjernica dostupnih na internetu o tome šta učiniti kada ovisnost "uđe u nečiji dom", pokrenuli smo informativni portal koji upućuje na traženje pomoći u sve tri zemlje. Na stranici se nalaze i kontakt podaci svih aktera koji se bave ovom problematikom, kako bi potencijalni korisnik lakše došao do servisa. Web stranica nudi i druge korisne informacije, poput opisa različitih vrsta droga i lijekova, simptoma konzumacije i djelovanju tih supstanci, te upućuje na informacije o

mogućnostima detoksikacije i liječenja, te kasnijoj uspješnoj integraciji u društvo. Poseban segment na stranici je "Imate problem?" koji opisuje načine ophođenja sa osobama u problemu ovisnosti. Od velike je važnosti imati informacije o tome kako biti podrška i kako se odnositi prema osobi koja je ovisna o nekoj supstanci, unutar porodice, ako vam je prijatelj ili uposlenik. Jedan segment web stranice je posvećen vijestima vezanim za aktivnosti pojedinih organizacija koje implementiraju projekat, kao i vijestima iz svijeta ovisnosti i oporavka.

Od kad je uspostavljena, posjećenost stranice konstantno raste. Međutim, broj korisnika rapidno raste u zadnjih 9 mjeseci analize, u kojem google analitika pokazuje da u prosjeku 152



KORISNICI UKUPNO 



korisnika dnevno posjete stranicu, što je za tri puta više u odnosu na prosjek zabilježen krajem 2018. godine. Smatramo da su kontinuirane medijske kampanje u sve tri zemlje doprinijele vidljivosti stranice pa samim tim i omogućile povećan pristup informacijama osobama kojima su one potrebne.

Iako je projekat namijenjen Srbiji, BiH i Crnoj Gori, analitika pokazuje najveći broj ulaza na web stranicu iz Hrvatske i Zagreba, te posjećenost i iz ostalih država, što dodatno ukazuje na opravdanost postojanja ovakve web stranice koja svoje čitatelje pronalazi i izvan namjenjenog okvira.



KORISNICI PO DRŽAVAMA 

1. HRVATSKA	36,3%
2. BOSNA I HERCEGOVINA	22,4%
3. SRBIJA	13,1%
4. NJEMAČKA	6,3%
5. CRNA GORA	4,7%



KORISNICI PO GRADOVIMA 

1. ZAGREB	24,5%
2. BEOGRAD	9,6%
3. SARAJEVO	5,2%
4. ŠTUTGART	3,7%
5. PODGORICA	3,6%



1. ZLOUPOTREBA XANAX	10,876
2. ZLOUPOTREBA TRAMADOLA	6,916
3. ZLOUPOTREBA EKSTAZIJA	5,135
17. ČINJENICE KOJE BI SVAKO TREBAO DA ZNA O XANAXU	1,517
62. PREVENCIJA	228
165. KOTOR	52
328. IRSKA: UPOTREBU KANABISA TREBA SHVATITI OZBILJNO	23

Analitika pruža i informacije o najčitanijim stranicama gdje se na prvom mjestu nalazi članak vezan za zloupotrebu Xanax-a, sa rekordnih 10% ulaza. Zloupotreba legalnih analgetika poput Tramadola je na drugom mjestu, a ekstazi je droga o čijim se negativnim efektima najviše čita. Nije iznenađujuća činjenica da je tekst o prevenciji imao samo 228 posjeta dok su zanimljivosti i trenutne debate, poput upotrebe kanabisa imale jako mali broj ulaza.

Uvidom u analitiku web stranice www.biramoporavak.com, možemo zaključiti da je njeno postojanje nužno, ali i da je publika površno zainteresirana za stvarne teme i bolji uvid u trenutne trendove u svijetu zloupotrebe droga. S druge strane, iako živimo u brzom dobu kratkih informacija, činjenica da su lijekovi poput Xanaxa i Tramadola zauzeli veliki broj posjeta upućuju i na veliki broj zloupotrebe istih. Iako ne spadaju u direktnu ciljnu grupu, ti korisnici mogu u budućnosti predstavljati važan faktor u kreiranju sistema podrške za oporavak.

REZULTATI 4:

ŠTA KAŽU GRAĐANI?

– ISTRAŽIVANJE JAVNOG MNIJENJA 2017/2019

U svrhu boljeg saznanja kakvi su stavovi javnosti o ovisnosti o drogama i oporavku proveli smo istraživanje javnog mnijenja u BiH, Srbiji i Crnoj Gori. Omnibus istraživanje je provedeno dva puta, 2017. i 2019. godine na uzorku od po 1 000 ispitanika po državi, CAPI metodom. Generalni cilj je bio istražiti koliko je javnost upoznata sa temom ovisnosti, kakvi su njihovi stavovi o konzumiranju droga, te u kojoj je mjeri stigma prema osobama koje koriste ili su nekada koristile droge prisutna kao i koja je stopa informiranosti o mogućnostima za oporavak.

Glavni nalazi istraživanja iz 2017. godine:

- Kod stanovnika država u kojima je provedeno istraživanje preovladava opšti negativni stav prema drogama i strah od istih, te su asocijacije koje su ispitanici imali na drogu ili psihoaktivnu supstancu izrazito negativne.

- Izrazita većina stanovnika BiH, Srbije i Crne Gore se protivi korištenju droga.
- Stav javnosti je da se korištenje droga, bez obzira na vrstu, mora zakonom zabraniti i strogo kontrolisati.
- Generalni stav je da su posljedice konzumacije po zdravlje korisnika izuzetno negativne.
- Značajan udio opšte populacije u državama u kojima je provedeno anketiranje bi podržao legalizaciju marihuane za medicinske svrhe i smatra da je marihuana biljka koja može biti korisna u liječenju različitih bolesti.
- Otprilike jedan od deset stanovnika BiH, Srbije i Crne Gore bi podržao legalizaciju marihuane u rekreativne svrhe.
- Iako se ispitanici slažu da je ovisnost o drogama bolest, značajan udio ispitanih populacija smatra da je ovisnost posljedica ličnog izbora ovisnika.
- Velika većina ispitanika nema iskustvo sa korištenjem psihoaktivnih supstanci.
- Tri do četiri od deset ispitanih osoba pozna osobe koje konzumiraju droge.
- Stavovi javnosti o pitanju mogućnosti oporavka od ovisnosti su podijeljeni.
- Osobe ovisne i o drogama se, prije svega, trebaju za pomoć obratiti svojoj porodici a zatim i liječnicima i klinikama za liječenje ovisnosti.
- Demografska struktura ispitanika je, manje-više, ista u svim državama – mlađi stanovnici, visoko obrazovani, stanovnici visokih prihoda, zaposleni i stanovnici urbanih područja se u manjoj mjeri protive korištenju droga, u većoj mjeri podržavaju legalizaciju marihuane za medicinske i rekreativne svrhe i imaju više ličnog i/ili posrednog iskustva sa korištenjem psihoaktivnih supstanci. S druge strane, stariji stanovnici, sa nižim stepenom obrazovanja i manjim prihodima, penzioneri, stanovnici ruralnih područja imaju stavove koji su u suprotnosti sa prethodno navedenim.
- Glavne razlike u rezultatima dobivenim u pojedinim državama su prikazane u tablici ispod:

KADA JE RIJEČ O OPORAVKU OVISNIKA O DROGAMA, KOJA OD SLJEDEĆIH TVRDNJI JE NAJBЛИŽA VAŠEM STAVU?	BOSNA I HERCEGOVINA	SRBIJA	CRNA GORA
% STANOVNIKA KOJI SE PROTIVI KORIŠTENJU DROGA	91%	91%	93%
% STANOVNIKA KOJI PODRŽAVA LEGALIZACIJU MARIHUANE ZA MEDICINSKE SVRHE	46%	41%	31%
% STANOVNIKA KOJI PODRŽAVA LEGALIZACIJU MARIHUANE ZA REKREATIVNE SVRHE	10%	9%	8%
% STANOVNIKA KOJI SU PROBALI/KORISTILI PSIHOAKTIVNE SUPSTANCE	5%	8%	7%
% STANOVNIKA KOJI POZNAJU OSOBE KOJE KORISTE DROGE	30%	38%	43%
% STANOVNIKA KOJI VJERUJU DA SE OVISNICI U POTPUNOSTI MOGU IZLIJEČITI I VRATITI NORMALNOM ŽIVOTU	45%	36%	34%

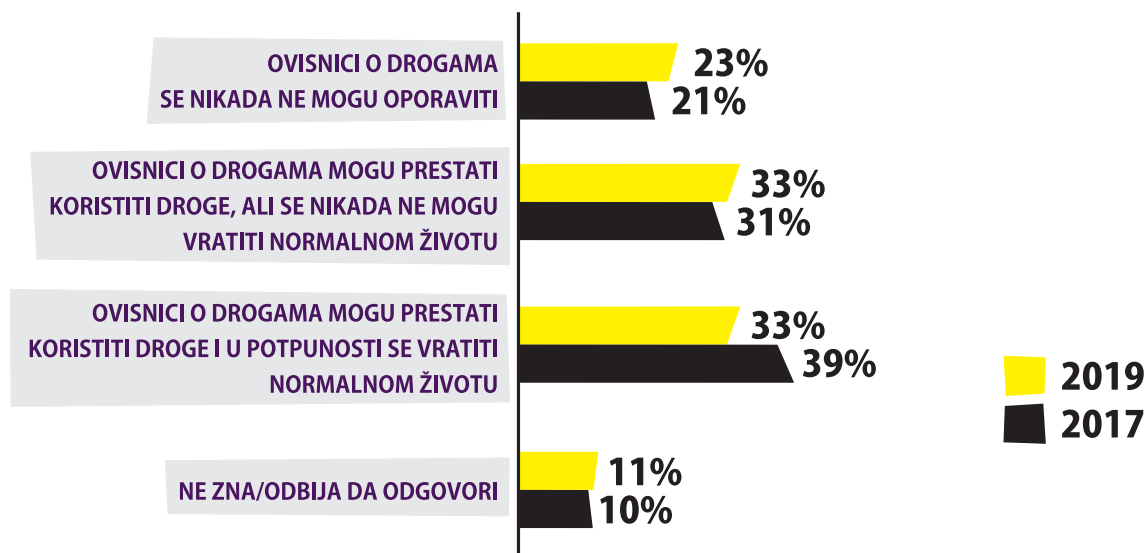
Glavni nalazi istraživanja iz 2019. godine:

- Svaki četvrti stanovnik pojedinih država u kojima je provedeno istraživanje poznaje nekoga ko je bio ili je još uvijek ovisan/na o psihoaktivnim supstancama, od čega tri četvrtine stanovnika navodi da su im te osobe poznanici.
- U svim državama u kojim je provedeno istraživanje, udio osoba koje poznaju nekoga ko je bio ili je još uvijek ovisan/na o

učestalost i okolnosti je neprihvatljiva za većinu pripadnika opšte populacije.

- Devet od deset stanovnika navodi da nikada nije doživjela neku od negativnih posljedica zbog tuđe upotrebe droga.

Jedan od projektnih ciljeva je bio i da smanjimo stigmatu vezanu za oporavak od ovisnosti o drogama. U tu svrhu smo ponovili pitanja i usporedili rezultate nakon dvije godine.



psihoaktivnim supstancama je statistički veći među stanovnicima mlađe životne dobi i višeg obrazovnog statusa.

- Dvije trećine stanovnika regije vjeruju da ovisnici o drogama mogu prestati koristiti droge. Skoro četvrtina stanovnika nisu toliko optimistični po pitanju oporavka ovisnika.
- Istraživanje otkriva niz predrasuda koje opšta populacija u ispitanim državama ima prema ovisnicima.
- Konzumacija droga, bez obzira na vrstu,

lako je implementacija projekta i aktivnosti koje su se sprovodile u saradnji sa institucijama ali i putem medijskih kampanja doveo do vidljivosti nije doslo do vidljivog smanjenja stigme vezane za oporavak od ovisnosti o drogama. Time se udio ispitanika koji smatraju da ovisnici o drogama mogu prestati koristiti droge i u potpunosti se vratiti normalnom životu statistički značajno smanjio u odnosu na rezultate istraživanja iz 2017. godine. Kod druga dva ispitana stava, nema statistički značajnijih promjena.

Za zaključiti je da je projekt, iako je bio vidljiv i promoviran, sam po sebi nije doprinio smanjenju stigme među općom populacijom. Smatramo da je potrebno da se sve institucije i organizacije koje djeluju na ovom polju uključe u jasnije razbijanje stigme. Medijska zastupljenost ove problematike mora biti veća i fokusirana ne samo na štetu koju ovisnost uzrokuje nego i na benefite koje proces oporavka donosi ne samo za pojedinca nego i za porodicu i širu zajednicu.

Smanjenjem stigme, a povećanjem svjesnosti o oporavku od ovisnosti o drogama će se sigurno povećati i broj ljudi koji će se sa različitim stavom ophoditi prema ovom problemu. Društvo mora biti svjesno svoje uloge, makar i sporedne, u rješavanju ove najveće pošasti današnjice, pa ovakvi rezultati ne daju nadu da će i odnos naspram same bolesti ovisnosti o drogama i oporavku od iste biti u budućnosti drugačije tretiran, sa manje stigme i odbačenosti, a sa više nade i podrške koju na kraju svako ljudsko biće traži i zaslužuje.

ZAKLJUČCI

- **Uvođenjem besplatne linije broj servisa se povećao šest puta**
- **Pokazala se puna isplativost helpline-a u smislu doseganja osoba koje nisu u nekom sistemu liječenja**
- **Sprovođenje inovativnih programa za mlade do 25 godina se pokazalo kao veoma uspješno**
- **Javne institucije koje su na indirektan način uključene u problematiku ovisnosti**



i oporavka izražavaju veću zainteresiranost za ovu oblast

- Medijsko zastupanje za ovu problematiku se pokazalo više nego opravdano
- Multisektorski i individualni sastanci su uticali na to da nas stakeholderi percipiraju kao relevantne i kredibilne aktere u borbi protiv zloupotrebe droga
- Održane konferencije su obezbijedile platformu za razmjenu novih saznanja, trendova i dobrih praksi iz oblasti ovisnosti i oporavka
- Stigma vezana za ovisnosti i oporavak se uprkos kontinuiranim nastojanjima nije smanjila

IZAZOVI

- Kod većine javnih institucija nema jasne procjene trenutnih potreba i ciljeva koji bi trebali biti ostvareni na području smanjenja potražnje opojnih droga
- Potpisani Memorandumi o suradnji i razumjevanju ne garantuju zajedničko djelovanje i nastavak suradnje
- Većina korisnika naših servisa se teško odlučuju na daljnje korake i druge servise koji su im preporučeni
- Nedovoljan kapacitet unutar organizacija da bi se odgovorilo na novonastale potrebe
- Uprkos suradnji sa ključnim akterima još uvijek sistem zdravstvene i socijalne zaštite koji bi vodio ka oporavku nije uspostavljen
- Kreiranje medijskog prostora koji bi uticao na smanjenje stigme o ovisnosti o drogama i otkrivao potencijalne resurse za oporavak od ovisnosti

PREPORUKE

- da se nalazi koje smo donijeli u ovoj evaluaciji uvrste u relevantne dokumente i posluže pri analizi kod donošenja odluka i smjernica vezano za smanjenje ponude i potražnje droga
- da se u nove državne ili lokalne strategije stave jasne smjernice koje bi doprinijele kreiranju sistema brige koji bi bili usmjereni ka oporavku
- da se uredi za borbu protiv droga iz sve tri zemlje uključe u kreiranje multisektorskih timova, te jasno prepoznaju primjer dobre prakse iz Srbije i da se na taj način izbjegne izolacija i unaprijedi suradnja između stakeholdera
- da se prepozna važnost prevencije i rane intervencije kod mladih ali i da se ovisnost kod maloljetnih osoba tretira na adekvatan način i u dugoročnim okvirima
- da se između stakeholdera zajednički kreiraju događaji koji će imati za cilj smanjenje stigme i povećanje vidljivosti oporavka
- da se utiče na javno mnijenje po pitanju konzumacije kanabisa u rekreativne svrhe i smanji njegova potencijalna socijalna prihvatljivost
- da se na osnovu ovog primjera dobre prakse obezbijedi edukacija osoblja i finansiranje sličnih aktivnosti koje bi imale višestruki značaj kako za korisnika projekta, tako i za cijelo građanstvo, a sve u svrhu većeg blagostanja u Srbiji, Bosni i Hercegovini i Crnoj Gori

SERVISI ORIJENTISANI KA OPORAVKU –

TRI PRIMJERA DOBRE PRAKSE



SAMHSA

Koncept oporavka leži u srži misije Uprave za zloupotrebu supstanci i usluga mentalnog zdravlja (SAMHSA), a podsticanje razvoja sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisane na oporavak je prioritet Centra za zloupotrebu droga (CSAT). Kao podršku toj predanosti, u 2005. godini, SAMHSA/CSAT su sazvali Nacionalni samit o oporavku.

Učesnici Samita su bili šira grupa aktera, kreatora politika, zagovornika, osoba u oporavku, predstavnika grupa za uzajamnu pomoć, kliničara i administratora iz različitih etničkih i profesionalnih pozadina. Iako se u oblasti tretmana ovisnosti i oporavka već desetljećima govori o oporavku i živi po tim principima, Samit je predstavljao prvi napor na širem nacionalnom nivou u cilju postizanja zajedničkog razumijevanja vodećih principa oporavka, elemenata sistema orijentisanih na oporavak, te definicije oporavka.

Kroz višestepeni proces, ključni akteri su formulisali smjernice za oporavak i ključne elemente sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisane na oporavak. Učesnici Samita su zatim dodatno usavršili



smjernice i ključne elemente kao odgovor na dva pitanja:

- 1) Koji principi oporavka treba da vode oblast u budućnosti?
- 2) Koje ideje mogu pomoći da ova oblast bude više orijentisana na oporavak?

Iz procesa i rada Samita proizašli su: radna definicija oporavka, 12 vodećih principa oporavka i 17 elemenata sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisanih na oporavak. Ovi principi i elementi pružaju filozofski i konceptualni okvir za usmjeravanje SAMHSA/CSAT-a i drugih ključnih aktera te nude zajednički jezik za dijalog.

Učesnici Samita su se složili oko sljedeće radne definicije oporavka:

Oporavak od alkohola i problema sa drogom je proces promjene kroz koji pojedinac postiže apstinenciju i poboljšano zdravlje, blagostanje i kvalitetu života.

Vodeći principi koji su proizašli iz rada Samita su široki i sveobuhvatni. Namjera im je da pruže opće smjernice za SAMHSA/CSAT i druge aktere, obzirom da se oblast tretmana i oporavka kreće ka operacionalizaciji sistema orijentisanih na oporavak i razvoju ključnih mjera, obećavajućih pristupa te praksi zasnovanih na dokazima.

Također, principi su pomogli učesnicima Samita da definišu elemente sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisane na oporavak, te su poslužili kao osnova za preporuke za oblast rada koje su sadržane u dijelu III Nacionalnog samita o oporavku: Izveštaj sa konferencije (CSAT, 2007).

U nastavku se nalazi 12 vodećih principa identificiranih od strane učesnika (za potpunu definiciju svakog od vodećih principa, vidi Nacionalni samit o oporavku: Izveštaj sa konferencije [CSAT, 2007]):



- **Postoje mnogi putevi ka oporavku;**
- **Oporavak je samo-usmjeren i osnažujući;**
- **Oporavak uključuje lično prepoznavanje potrebe za promjenom i transformacijom;**
- **Oporavak je holistički;**
- **Oporavak ima kulturalne dimenzije;**
- **Oporavak se nalazi na kontinuumu poboljšanog zdravlja i blagostanja;**
- **Oporavak proizlazi iz nade i zahvalnosti;**
- **Oporavak uključuje proces iscjeljenja i redefinisanja sebe;**
- **Oporavak uključuje adresiranje diskriminacije i prevazilaženje srama i stigme;**
- **Oporavak je podržan od strane osobe sa ličnim iskustvom oporavka i drugih saveznika;**
- **Oporavak uključuje (ponovno) uključivanje i (ponovnu) izgradnju života u zajednici; i**
- **Oporavak je realnost.**

Učesnici Samita su se složili oko toga da su sistemi socijalne i zdravstvene zaštite orijentisani na oporavak jednako složeni i dinamični kao i sam proces oporavka.

Sistemi orijentisani na oporavak su dizajnirani da podrže pojedince koji žele da prevaziđu poremećaje nastale upotrebom supstanci tokom njihovog životnog vijeka.

Učesnici Samita su izjavili: „Neće postojati pogrešna vrata za oporavak“, i prepoznali da sistemi socijalne i zdravstvene zaštite orijentisani na oporavak trebaju pružiti „autentični, slobodni i nezavisni izbor“ (SAMHSA, 2004)

između niza opcija tretmana i oporavka. Optimalno, servisi bi trebali biti pružani u fleksibilnim, odvojenim paketima koji se vremenom razvijaju kako bi zadovoljili različite potrebe pojedinaca tokom procesa oporavka.

Pojedinci bi također trebali biti u mogućnosti da pristupe različitim servisima koji su u potpunosti koordinisani da podrže pojedinačne i jedinstvene puteve ka oporavku.

Učesnici su identificirali sljedećih 17 elemenata sistema brige orijentisanog na oporavak (za potpuniju definiciju svakog od elemenata, vidi Nacionalni samit o oporavku: Izvještaj sa konferencije [CSAT, 2007]):

- **Usmjerenost na osobu;**
- **Uključenost porodice i drugih saveznika;**
- **Individualizirani i sveobuhvatni servisi tokom cijelog životnog vijeka;**
- **Sistemi utemeljeni u lokalnoj zajednici;**
- **Kontinuitet socijalne i zdravstvene zaštite;**
- **Odnosi partneri-konsultanti;**
- **Usmjerenost na jake strane;**
- **Kulturalna osjetljivost;**
- **Osjetljivost na lični sistem vjerovanja pojedinca;**
- **Obvezivanje na servise podrške koje pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka;**
- **Uključivanje stavova i iskustava osoba u oporavku i njihovih porodica;**
- **Integrirani servisi;**
- **Edukacije i treninzi na nivou sistema;**



- **Kontinuirano praćenje i outreach;**
- **Usmjerenost na krajnji rezultat;**
- **Utemeljeno na istraživanjima;**
- **Adekvatno i fleksibilno finansiranje**

IZJAVA O NAMJENI

Ova publikacija je kreirana da služi kao resurs za države, organizacije i lokalne zajednice koji ulažu napore da promijene sisteme s ciljem razvoja sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisanih na oporavak. Svaka država, lokalna uprava, lokalna zajednica i organizacija susreće se sa jedinstvenim setom mogućnosti i izazova kada se obaveže na razvijanje sistema orijentisanog na oporavak.

Bez obzira na to, postoji mnogo široko primjenjivih lekcija koje se mogu izvući iz iskustava drugih država i lokalnih zajednica. Razvijanje i implementacija sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisanih na oporavak su nagrađujući, teški i složeni procesi. Ovaj proces je relativno nov u oblasti tretmana i oporavka od ovisnosti, a dostupne su minimalne informacije koje bi vodile države, lokalne zajednice i organizacije koje žele razviti sisteme orijentisane na oporavak.

Studije slučaja predstavljene u ovom dokumentu daju primjere pristupa/sistema orijentisanih na oporavak u različitim fazama razvoja.

Pružanjem niza primjera, države i lokalne zajednice mogu istraživati pristupe koji najbolje odgovaraju njihovim okolnostima. Nijedna studija ne daje u potpunosti šablon ili mapu puta, imajući u vidu da je razvoj sistema orijentisanih na oporavak kontinuirani proces poboljšanja sistema i servisa te da je svaka država i lokalna zajednica jedinstvena. Na kraju, svaka država, organizacija i lokalna zajednica će razviti sisteme socijalne i zdravstvene zaštite orijentisane na oporavak na osnovu individualnih potreba i snaga.

Koristeći principe i elemente kao okvir, ova publikacija će istaknuti aktivnosti i rad dva državna sistema i jednog gradskog sistema koji su poduzeli korake ka razvoju sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisanih na oporavak. Predstaviti će studije slučaja koje naglašavaju rad u toku u Arizoni, Mičigenu i gradu Filadelfiji. Studije slučaja će opisati sljedeće:

- Pristupe promjeni sistema;
- Modele sistema i programa;
- Mehanizme finansiranja;
- Izazove sa kojima su se susreli, uključujući potrebe za radnom snagom i obukom, regulatorne i druge sistemske barijere, kao i opiranje promjenama među grupama ključnih aktera;
- Korištena istraživanja u informisanju o pristupu; i
- Motivirajuće faktore i druge elemente koji su ključni za implementaciju sistema orijentisanih na oporavak.

Grad Filadelfija:

Model transformacije sistema

Istorijski gledano, institucije koje pružaju servise za poremećaje uzrokovane upotrebom droga i zaštitu mentalnog zdravlja grada Filadelfije, pružale su tradicionalne i institucionalne tretmane za ovisnost i mentalno zdravlje koji su uglavnom bili bazirani na modelima intervencije za akutne poremećaje. Međutim, unutar tog šireg konteksta, grupa organizacija je već godinama pilotirala i razvijala okvir sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisanog na oporavak.

Ove organizacije su prepoznale da su pojedinci sposobni da, uz određenu pomoć i mrežu podrške, upravljaju svojim životima bez alkohola i droga. Oni su shvatili da bi, pružanjem okvira sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisanog na oporavak, pojedinci „povećali svoj kapacitet za učestvovanje u dragocjenim odnosima i ulogama, te prigrlili svrhu i smisao u svojim životima“ (Grad Filadelfija, nd, str. 2).

Od 2004. godine, grad Filadelfija je krenuo u proces transformacije sistema bihevioralnog zdravlja na nivou grada ka modelu orijentisanom na oporavak u kojem bi koordinacija servisa i kontinuitet socijalne i zdravstvene zaštite bili u velikoj mjeri poboljšani.

Grad Filadelfija je formulisao vrijednosti koje bi vodile njegov razvoj sistema za mentalno zdravlje i ovisnost orijentisanog na oporavak u

prijedlogu razvijenom da podrži proces transformacije. Te vrijednosti su prikazane ispod.

- **Vrijednosti sistema za mentalno zdravlje i ovisnost orijentisanog na oporavak**
- **Vrijednosti sistema za mentalno zdravlje i ovisnost orijentisanog na oporavak temelje se na prepoznavanju da svaka osoba mora predvoditi ili biti glavni učesnik u svom oporavku. Svi servisi trebaju biti organizovani tako da podržavaju razvojne faze ovog procesa oporavka.**
- **Servisi usmjereni na osobu koji nude mogućnost izbora, poštuju lični potencijal svake osobe za rast, koji se fokusiraju na jake strane osobe i vode računa o cjelokupnom zdravlju i dobrobiti osobe sa mentalnom bolešću i/ili ovisnosti igraju glavnu ulogu u sistemu socijalne i zdravstvene zaštite orijentisanog na oporavak.**
- **Ove vrijednosti mogu djelovati u sklopu svih servisa za osobe u oporavku od mentalne bolesti i/ili ovisnosti, bez obzira na vrstu servisa (tj. tretman, podrška od strane osoba sa ličnim iskustvom oporavka, porodična edukacija).**



FILADELFIJA

TRANSFORMACIJA: PROCES PROMJENE SISTEMA

Transformacija sistema unutar Odjela za bihevioralno zdravlje i servisa za osobe sa umanjenim intelektualnim sposobnostima Grada Filadelfije (City of Philadelphia's Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services - DBH/MRS) desila se nakon promjene vodstva. Novi direktor, Dr. Arthur Evans, imao je prethodno obimno iskustvo u transformaciji bihevioralnog zdravstvenog sistema u državi Konektikat (Connecticut) u okviru sistema koji se usmjerava na socijalnu i zdravstvenu zaštitu orijentisanu na oporavak. Vodio je Filadelfiju ka sličnom procesu transformacije početkom 2004. godine.

Rukovodstvo DBH/MRS je prvih nekoliko mjeseci procesa transformacije posvetilo procjeni postojećeg sistema za bihevioralno zdravlje na nivou grada, upoznavanju sa pružiocima servisa i identifikaciji potreba sistema. Inicijalne procjene su pokazale da gradu nedostaje kolektivni naglasak na podršci za dugoročni oporavak koji je uključivao povezivanje pružaoca tretmana, lokalnih i vjerskih organizacija i drugih resursa lokalne zajednice kako bi se osigurao kontinuitet brige kroz podršku lokalne zajednice i institucija koje pomažu u održavanju dugoročnog oporavka.

Svjesni poteškoća vezanih za proces pokretanja velikih promjena, naročito pod novim rukovodstvom, Dr. Evans i njegov tim su se prvo usmjerili ka postizanju konsenzusa među ključnim akterima u vezi sa potrebom za transformacijom sistema.

Ovaj proces je započeo razvojem Savjetodavnog odbora za oporavak (Recovery Advisory Committee) koji se sastojao od 25 pojedinaca, uključujući osobe u oporavku i članove njihovih porodica, pružaoce servisa, zagovornike i uposlenike grada Filadelfije. Prvi zadatak Odbora bio je da definiše oporavak za ono što bi bio transformisani sistem grada Filadelfije. U 2006. godini DBH/MRS je, nakon preporuke Savjetodavnog odbora za oporavak, usvojio sljedeću definiciju oporavka (Grad Philadelphia, n.d., str. 23):



Oporavak je proces težnje ka ispunjenom životu u kojem se doprinosi, bez obzira na poteškoće s kojima se osoba suočila. Uključuje ne samo obnovu, već i kontinuirano poboljšanje pozitivnog identiteta kao i ličnih, smislenih veza i uloga u lokalnoj zajednici u kojoj osoba živi. Oporavak je facilitiran odnosima i okruženjima koja pružaju nadu, osnaživanje, mogućnost izbora i prilike koje promovišu postizanje punog potencijala osoba kao pojedinaca i kao članova zajednice.

Savjetodavni odbor za oporavak služi i kao upravni odbor za nekoliko radnih grupa koje su formirane kao dio procesa transformacije. Ove radne grupe su bile zadužene za ispitivanje specifičnih tema relevantnih za razvoj sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisanog na oporavak.

Ove teme su uključivale servise koji su informisani o uticajima traume, kulturalnoj kompetenciji, naučno utemeljenim praksama, te servisima zasnovanim na vjeri. Pod vodstvom Savjetodavnog odbora za oporavak, radne grupe su bile zadužene za osiguravanje da njihov rad ostane povezan sa širom vizijom sistema i da doprinosi njegovoj realizaciji.

Prepoznajući da je sistem Grada imao mnogo dobrih strana i da su u nekim oblastima postojali sistemi socijalne i zdravstvene zaštite orijentisani na oporavak, DBH/MRS su krenuli u nastojanje da sistematiziraju transformaciju u sistem soci-

jalne i zdravstvene zaštite koji je orijentisan na oporavak kroz zajedničku viziju i zajedničko usmjerenje (Grad Filadelfija, nd, str.4-5).

Nakon razvoja definicije oporavka, članovi Savjetodavnog odbora su išli ka utvrđivanju vrijednosti i principa oporavka unutar oblasti za koje je grupa smatrala da su važni. Istovremeno, DBH/MRS je sproveo formalni upitnik u okviru cijelog sistema, osmišljen da bi se identificirali resursi lokalne zajednice koji će služiti kao alat u izgradnji konsenzusa i podrške za transformaciju sistema.

Upitnik je tražio od pojedinaca u oporavku, njihovih članova porodice, pružaoca servisa i odgovornika oporavka da identificiraju resurse za oporavak unutar lokalne zajednice. Ovo je pružilo priliku pojedincima i organizacijama da istaknu svoje aktivnosti usmjerene na oporavak i omogućilo Gradu priliku da identificira potencijalne modele za ostatak sistema.

3000 Više od 3.000 osoba odgovorilo je na upitnik. Dodatno, održani su sastanci aktera u kojima je učestvovalo više od 450 pojedinaca iz svih dijelova sistema bihevioralnog zdravlja. Sastanci su gradskim zvaničnicima pružili priliku za prikupljanje direktnih povratnih informacija o snagama i potrebama sistema, kao i za prikupljanje informacija o stavovima vezano za prioritete i provođenje procesa transformacije sistema. Kroz ovaj proces, Savjetodavni odbor za oporavak je napravio set prioriteta za transformaciju.



Vođe iz oblasti bihevioralnog zdravlja na nivou Grada su bili posvećeni stvaranju zajedničke vizije i obezbjeđivanju konceptualne jasnoće. Stoga, Grad je provodio česte forume u lokalnim zajednicama, konferencije i radionice u kojima su u dijalog o viziji i transformaciji bili uključeni: osobe u oporavku i članovi njihovih porodica, kao i pružaoci servisa i zagovornici.

Ovaj princip zajedničke vizije i konceptualne jasnoće se nastavio kroz proces transformacije. Kako je proces dobivao momentum, Grad je pozvao stručnjake za oporavak da prezentiraju svoj rad u ovoj oblasti.

Na primjer, William White, viši istraživački konsultant na projektu Menadžment oporavka u okviru sistema bihevioralnog zdravlja (Behavioral Health Recovery Management), je za osoblje DBH, osobe u oporavku i pružaoce servisa održao prezentacije o konceptima upravljanja oporavkom te o ovisnosti kao hroničnoj bolesti. Također je razgovarao sa članovima šire zajednice, uključujući porodice i organizacije u lokalnoj zajednici koje nisu dio sistema servisa DBH/MRS.

Savjetodavni odbor za oporavak posvetio je otprilike devet mjeseci utvrđivanju vrijednosti oporavka i prioriteta koji su proizašli iz njih. Nakon što su vrijednosti i prioriteti ustanovljeni, napori su bili usmjereni na razvoj prijedloga, kao i na nacrt plana za promjenu.

Prijedlog pod nazivom "Inovacije u bihevioralnom zdravlju: Integrirani model bihevioralne zdravstvene zaštite orijentisane na oporavak", razmatra koncepte i istoriju oporavka, opće principe oporavka i zajedničku potrebu za transformacijom u sistem orijentisan na oporavak kako za oblast ovisnosti i tako i za oblast mentalnog zdravlja.

Nacrt, koji je bio u fazi izrade za vrijeme pisanja ove studije slučaja, predstavlja viziju sistema orijentisanog na oporavak i opisuje proces kroz koji su vizija, zajednički ciljevi i prioriteta sistema bili razvijeni.

Njegova uloga je da ohrabri osoblje DBH/MRS, pružaoce servisa i druge ključne aktere da počnu razmišljati o tome kako će prioriteta i ciljevi transformisanog sistema uticati na njihove servise, organizacije i osoblje. Svakome ko je uključen u transformaciju biće postavljeno pitanje o tome koje će praktične promjene implementirati, kao i koje će se politike i administrativna pitanja adresirati.

TRANSFORMACIJA: KOJI SU SLJEDEĆI KORACI?

U budućnosti, grad Filadelfija planira razviti planove implementacije koji će voditi gradsku upravu i njene partnere u kreiranju sistema koji obuhvata zajedničku viziju i konceptualni okvir i gradi se na resursima i modelima koji su identificirani kroz upitnik te na mnogim javnim forumima i sastancima.

Edukacija na nivou cijelog sistema i trening

je glavni prioritet u implementaciji transformisanog sistema. Grad je razvio trening iz oblasti oporavka koji će se sprovoditi širom sistema. Ovo je prvi formalni trening u kojem će zajedno učestvovati osoblje DBH/MRS, osobe u oporavku i njihove porodice i pružaoce servisa.

Osobe u oporavku i njihove porodice će pomoći u vođenju treninga. Dvodnevni trening će postaviti konceptualne osnove oporavka i sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisanog na oporavak.

Dodatno, trenutno je u procesu razvoja napredni trening. Napredni trening će pomoći pojedincima da steknu vještine i znanja potrebna za rad u okviru sistema orijentisanog na oporavak. Radna grupa je u procesu identifikacije seta vještina i znanja ključnih za pojedince koji pružaju servise u okviru sistema orijentisanog na oporavak.

Grad je također objavio poziv za koncepte radova, tražeći od pružaoce servisa da se prijave za mini grantove u iznosu od 10.000 dolara kako bi poboljšali i proširili postojeće servise i podržali sisteme socijalne i zdravstvene zaštite orijentisane na oporavak. Mini grantovi neće finansirati nove programe, ali će umjesto toga ohrabriti pružaoce servisa da istraže svoje sisteme i identificiraju gdje i kako mogu uključiti principe orijentisane na oporavak te transformirati svoje politike i praksu.

Osim pružaoca tretmana, gradska uprava također ohrabruje organizacije koje djeluju u lokalnoj zajednici da se prijave za mini grantove, prepoznajući da postoje mnogi putevi ka oporavku i da neki pojedinci lakše traže pomoć od organizacija čiji se servisi zasnivaju na vjeri, na podršci osoba sa ličnim iskustvom oporavku ili drugim vidovima podrške.

Svaki od aplikantata za mini grant mora imati tim za implementaciju koji uključuje osobe u oporavku, u nadi da će ovi mini grantovi pomoći u podizanju svijesti, povećanju kapitala za oporavak u lokalnim zajednicama te razvoju inovativnih pristupa u transformaciji sistema.

Kao follow-up mini grantovima, namjera je da se organizuje konferencija na kojoj će institucije koje pružaju tretman i druge organizacije iz lokalne zajednice prezentirati inovativna rješenja za transformaciju sistema. Tokom follow-up konferencije, za prezentacije o inovativnim naporima u promjeni sistema i naučenim lekcijama, gradska uprava namjerava da se osloni isključivo na iskustva aktera iz njihovog vlastitog sistema.

Gradska uprava i akteri razmatraju i nekoliko drugih nastojanja ka promjenama, uključujući:

- Finansiranje saradnje između pružaoca servisa i osoba u oporavku kako bi se razvila poslovanja vođena potrebama

korisnika servisa;

- Povećanje broja grupa za podršku (grupa vođenih od strane osoba sa ličnim iskustvom oporavka i vođenih od strane korisnika servisa, grupa samopomoći) širom grada;
- Razvijanje kadrova stručnjaka koji se mogu udružiti sa pružiocima servisa u pružanju servisa od strane osoba sa ličnim iskustvom oporavka;
- Uspostavljanje saradnje u oblasti zapošljavanja i stažiranja u kojima pružaoci servisa i lokalne kompanije pružaju mogućnost zapošljavanja i prilike za karijeru za pojedince koji završavaju tretman;
- Iniciranje zajedničkih napora sa lokalnim fakultetima u Filadelfiji za razvoj akademije vodstva za osobe u oporavku. Završetak obuke bi kvalifikovao pojedince da budu zastupnici u DBH/MRS ili u drugoj organizaciji koja pruža servise;
- Pružanje servisa iz oblasti fizičkog i bihevioralnog zdravlja na jednoj lokaciji, a u okviru nekih zdravstvenih klinika koje su pod pokroviteljstvom Grada, u velikoj mjeri se usmjervajući na područja sa značajnom etničkom raznolikošću;
- Sponzorisanje programa "trening za trenere" za osobe u oporavku kako bi pomogli u kontinuiranim naporima za širenje vizije za transformaciju sistema u gradu;
- Kreiranje porodičnih resursa i centara za podršku koje vode porodice osoba u oporavku; i

- **Nadogradnja na jake strane postojećih programa koji:**
 - pružaju podršku prije započinjanja tretmana;
 - su pokazali uspjeh putem poboljšanja stope zadržavanja u tretmanu i ishoda tretmana; ili
 - su razvili čvrstu, dugoročnu podršku za održavanje oporavka.

Mnoge od ovih ideja su u ranim fazama razvoja koncepta. Međutim, proces kroz koji se razvijaju podstiče inovativno razmišljanje među pružaoциma servisa, organizacijama u lokalnoj zajednici i među osobljem gradske uprave.

Kroz ovaj proces, gradska uprava ohrabruje pružaoce servisa na kreativno razmišljanje u kreiranju i usvajanju modela programa koji će podržati pristup orijentisan na oporavak. Ako pristup koji se pokušao primijeniti nije bio uspješan, pružaoци servisa neće biti sankcionisani zato što su pokušali nešto novo. Umjesto toga, Grad ohrabruje pružaoce da isprobaju različite pristupe na osnovu naučenih lekcija.

Grad ne definiše niti zabranjuje izradu programa, pružajući pružaoциma fleksibilnost da koriste svoje unutrašnje snage za kreiranje programa i inicijativa koje će podržati viziju.

FINANSIRANJE TRANSFORMACIJE SISTEMA

Veliki dio sredstava za trenutni napor u

transformaciji sistema u gradu Filadelphiji došao je od viška sredstava u Medicaid-u. DBH/MRS se oslonio na taj višak sredstava kako bi finansirao mnoge inovativne programe koji su kreirani.

Umjesto finansiranja start up-a ili novih programa (koji mogu biti skupi), grad se fokusirao na pružanje malih količina novca za poboljšanje ili preokret u postojećim programima kako bi odražavali vrijednosti i principe novog sistema.

NAUČENE LEKCIJE

Iskustvo Filadelphije potvrđuje da je izgradnja povjerenja i uvažavanje svih stavova tokom procesa od ključne važnosti za napore u promjeni sistema. Grad je dosljedno pokazivao spremnost da sluša i ne donosi jednos-trane promjene, pomažući u razvoju povjerenja i sporazuma za podršku odlukama od strane pružaoца servisa i organizacija na nivou cjelokupnog sistema.

Iako još uvijek postoje pružaoци servisa i organizacije koje imaju sumnje u pogledu promjena, većina zainteresovanih strana u sistemu podržava proces i aktivni su učesnici u naporima ka transformaciji. Dodatno, grad je smatrao da je važno informisati aktere od samog početka da će se proces promjene vremenom razvijati.

Međutim, dvosmislenost unutar procesa transformacije može povećati stres i otpor ka



promjeni sistema. Od presudne je važnosti za uspjeh ovih napora da se sva pitanja koja bi mogla ometati proces rješavaju što je prije moguće u procesu planiranja.

IZAZOVI

Usvajanje zajedničke definicije oporavka bio je prvi izazov u procesu transformacije. Obzirom da ljudi konceptualiziraju pojam „oporavak“ na mnogo različitih načina, bilo je važno i izazovno razviti široko podržanu definiciju. Dodatno, bilo je potrebno razviti i postići konsenzus vezano za uslove i principe „upravljanja oporavkom“ i „sistema orijentisanih na oporavak“.

Pružaoći servisa su u početku bili zabrinuti kada je grad - njihov primarni izvor finansiranja - predložio značajne sistemske promjene i iznio nove smjernice. U ranim fazama procesa transformacije, to se manifestovalo kao otpor od strane mnogih organizacija. Zabrinutost među pružaoćima servisa i drugim organizacijama se pojačala kada je gradska uprava diskutovala o inkluzivnom procesu koji bi se dugoročno razvijao, ali nije pružao jasan vremenski okvir.

Takav otvoreni proces učinio je mnoge

pružaoce nesigurnim i nervoznim vezano za njihovo mjesto u sistemu. Međutim, svi ovi izazovi su prevaziđeni otvorenom komunikacijom, iznošenjem zajedničke vizije u svakoj prilici i osiguravajući da procesi planiranja, odlučivanja i implementacije ostaju inkluzivni.

SAŽETAK

Grad Filadelfija je pokrenuo inkluzivni proces transformacije sistema koji naglašava izgradnju postojećih resursa kako bi se razvili sistemi orijentisani na oporavak.

Napori Grada općenito odražavaju nekoliko elemenata sistema orijentisanih na oporavak koji su razvijeni kroz Nacionalni samit o oporavku. Međutim, postoje područja u kojima je konvergencija između grada Filadelfije i elemenata Samita posebno izražena. Oni uključuju:

Usmjerenost na osobu - kroz postavljanje osobe u oporavku u središte procesa transformacije. Osobe u oporavku su bile u centru u svakoj fazi planiranja i implementacije, pomažući u dizajniranju sistema socijalne i zdravstvene zaštite orijentisanog na oporavak. Grad također razvija listu servisa koji će odgovoriti na potrebe pojedinca, bez obzira na to da li osoba traži podršku od pružaoća



podrške za oporavak, organizacije u lokalnoj zajednici, programa za tretman ili stručnjaka koji ima lično iskustvo oporavka.

Uključenost porodice i drugih saveznika - kroz pozivanje porodica i drugih mreža podrške za učešće u diskusijama kao dio procesa transformacije. Porodice su važan dio gradskog sistema, a to se ogleda u različitim ulogama koje oni kontinuirano imaju u sistemu i u procesu promjene.

Individualizirani i sveobuhvatni servisi kroz cijeli životni vijek - kroz promjenu sistema da se unaprijede pristupi bazirani na modelu tretmana hroničnih oboljenja i da se manje oslanja na pristupe koji odražavaju prakse vezane za tretman akutnih poremećaja. Grad se također fokusirao na razvoj sveobuhvatnih servisa koji su prikladni za određenu fazu i kojima pojedinci mogu pristupiti u bilo kojem trenutku njihovog tretmana ili oporavka.

Sistemi utemeljeni u lokalnoj zajednici - kroz uključivanje organizacija iz lokalne zajednice. Grad također podržava organizacije iz lokalne zajednice u pokušajima transformacije. Ovo unaprjeđuje sisteme podrške u zajednici i čini

ih održivim i cijenjenim dijelom sistema.

Kontinuitet socijalne i zdravstvene zaštite - kroz identificiranje organizacija koje pružaju servise podrške prije uključivanja u tretman kao i za oporavak te unaprjeđenje njihovih programa putem mini grantova u nastojanju da razviju modele podrške prije uključivanja u tretman kao i za održavanje oporavka.

Usmjerenost na jake strane - kroz redizajniranje sistema kako bi podržao napore za tretman i oporavak koji naglašavaju jake strane pojedinca.

Kulturalna osjetljivost - kroz outreach prema osobama iz etnički raznolikih populacija i podržavanje oporavka u okruženjima gdje je tim osobama najudobnije.

Osjetljivost na lični sistem vjerovanja pojedinca - kroz uključivanje vjerskih organizacija u proces transformacije i u procesu poziva za dostavljanje prijedloga za mini-grantove.

Obavezivanje na servise podrške koje pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka - kroz uključivanje servisa podrške koje pružaju osobe sa iskustvom oporavka u principe



transformacije, kao i putem osmišljavanja strategija za proširenje tih usluga.

Uključivanje stavova i iskustava osoba u oporavku i njihovih porodica - njihovim uključivanjem kroz cijeli proces transformacije, kao i obukom osoba u oporavku i njihovih porodica u aktivnostima za pružanje podrške osobama u oporavku i njihovim porodicama.

Integrirani servisi - stvaranjem integrisanog sistema bihevioralne zdravstvene zaštite te istraživanjem strategija za povećanje dostupnosti servisa bihevioralnog zdravstvenog sistema u državnim zdravstvenim klinikama.

Edukacije i treninzi na nivou sistema - kroz pružanje mogućnosti za trening i edukaciju od samog početka procesa. Edukacije i trening na nivou sistema će se nastaviti kao dio napora u procesu transformacije kako Grad objedinjuje modele programa za konferencije i radionice, obučava osobe u oporavku da sklapaju partnerstva sa pružaocima servisa kako bi stvorili sisteme i servise koji obuhvataju viziju i misiju transformacije, i pruža edukaciju osobama u oporavku i njihovim porodicama.

Kontinuirano praćenje i outreach - kroz razvoj sistema osmišljenog da dosljedno dopre do osoba i njihovih porodica te da ih ponovo uključi u proces oporavka kroz prilike za trening, edukacije i podršku u lokalnoj zajednici.

Arizona:

Promjena državnih sistema kroz razvijanje Medicaid-a

Od ranih devedesetih godina, servisi za poremećaje uzrokovane upotrebom supstanci u državi Arizona pružani su kao dio odjela bihevioralnog zdravlja Medicaid-a. Pružanje servisa zavisilo je od finansijske podobnosti za Medicaid.

Pokrivenost svih servisa bihevioralnog zdravlja Medicaid-om omogućava državi da ponudi isti nivo servisa bez obzira na to da li neko traži pomoć zbog poremećaja uzrokovanih upotrebom supstanci ili zbog ozbiljnih mentalnih poremećaja. U 2000. godini, Arizona je redizajnirala državni bihevioralni zdravstveni sistem kako bi omogućila promjenu pružanja usluga od onih koji se pružaju isključivo u tradicionalnom okruženju za tretman ka pružanju servisa i u okruženju organizacija koje se baziraju na oporavku, a rade u lokalnoj zajednici.

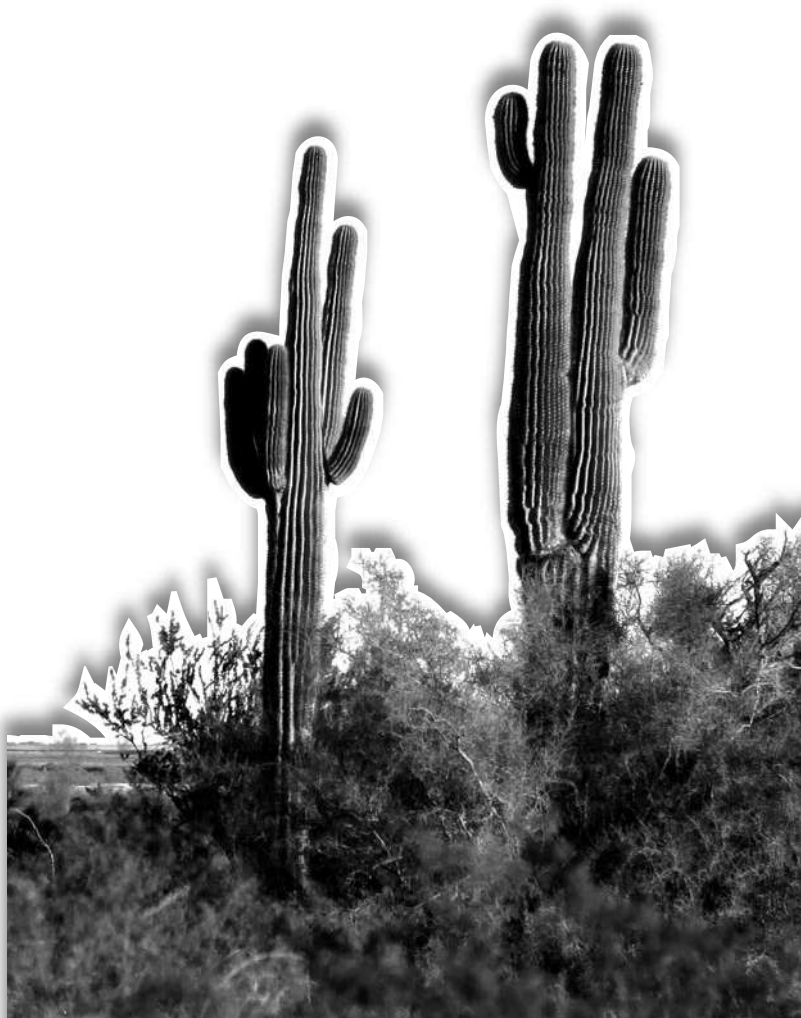
Ovaj redizajn sistema uključivao je proširenje servisa za podršku i rehabilitaciju usmjerenih na osobe i porodice. Brojni faktori su potakli Arizonu u nastojanjima za promjenom sistema, uključujući:

- Olakšicu Federalnog Medicaid-a koja je omogućila da se servisi definišu i novčano nadoknađuju na nov način;
- Inicijativu za glasanje na državnom nivou koja je značajno povećala broj pojedinaца koji imaju pravo na Medicaid; i

- Nagodbu po kolektivnoj tužbi kojom se od države zahtijeva da značajno poboljša servise bihevioralnog zdravlja za djecu.

SERVISI PODRŠKE PRUŽENI OD STRANE PORODICE I OSOBA SA LIČNIM ISKUSTVOM OPORAVKA

Sa proširenim spektrom servisa koje pokriva Medicaid, Arizona je bila u mogućnosti da ponudi čitav niz servisa orijentisanih na oporavak koje su usmjerene na osobu i porodicu. Osobe u oporavku i članovi njihovih porodica su bili angažovani da rade u sistemu bihevioralnog zdravlja u različitim svojstvima. U redizajnu sistema u Arizoni, osobe u oporavku igraju ključnu ulogu u pružanju servisa podrške koje pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka (peer support services PSS - u nastavku teksta PSS servisi).



2000

Arizona je 2000. godine počela nuditi servise podrške koje pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka - PSS. Početna nastojanja PSS servisa bila su usmjerena na servise osobama sa ozbiljnim mentalnim poremećajima. Međutim, počev od 2003. godine, Arizona je proširila svoj fokus na stvaranje pozicija u okviru PSS servisa, kako bi podržala osobe sa poremećajima uzrokovanim upotrebom droge. Stručnjaci sa ličnim iskustvom oporavka rade kao mentori i treneri za oporavak i dio su tima za pružanje servisa tretmana za alkohol i droge, kako bi pružili podršku pojedincima u njihovim nastojanjima da postignu dugoročni oporavak.

Obuka za stručnjake sa ličnim iskustvom oporavka pilotirana je 2003. godine širom države i 2005. godine je proširena kako bi obučila 65 stručnjaka sa ličnim iskustvom oporavka koji rade u 17 različitih službi. U 2006. godini, država je postigla svoj cilj da udvostruči broj osoblja sa ličnim iskustvom oporavka, i nastavlja da proširuje PSS servise.

Iako država ne zahtijeva certificiranje za stručnjake sa ličnim iskustvom oporavka, postoji nekoliko programa obuke i certificiranja. Novi program obuke za unapređenje PSS servisa za osobe sa komorbiditetnim poremećajima, pruža obuku kako za pružaoce servisa za tretman tako i za osobe zainteresirane da postanu stručnjaci sa ličnim iskustvom oporavka.

Dvodnevni trening za pružaoce servisa za tretman služi kao vodič za uključivanje stručnjaka sa ličnim iskustvom oporavka u timove za pružanje servisa i obučava postojeće osoblje da radi sa stručnjacima po iskustvu u timovima za pružanje servisa. Ostale obuke predviđene su za pojedince koji su zainteresovani da postanu stručnjaci sa ličnim iskustvom oporavka i obezbijeduju mehanizam za dobijanje kredita za fakultet.

Članovi porodice su također važan dio redizajna servisa za podršku u oporavku u Arizoni. Mnogi članovi porodica angažuju organizacije koje pružaju servise u lokalnoj zajednici (community service agencies - CSA, u nastavku teksta CSA), koje mogu biti netradicionalne vjerske organizacije i/ili organizacije u lokalnoj zajednici.

Organizacije koje djeluju u lokalnoj zajednici-CSA pružaju servise podrške (npr. grupe za promociju zdravlja, životne vještine, drugi vidovi podrške porodici) u okviru Medicaid olakšice. Ostali članovi porodice (u ovom trenutku njih oko 181) obezbeđuju podršku porodici i PSS servise podrške, kako u licenciranim službama za bihevioralno zdravlje tako i u CSA u cijeloj državi.

CSA su priključene kontinuumu finansirane zdravstvene zaštite države Arizona u 2001. godine. One su kreirane kao dio redizajna sistema kako bi se proširio pristup servisima podrške za oporavak. CSA nisu licencirane i ne provode

procjene niti pružaju tretman, ali su certificirane kroz proces prijave pod upravom Odjela zdravstvene zaštite Arizone / Odjela za servise bihevioralnog zdravlja, jedinstvenog državnog organa za servise za tretman poremećaja uzrokovanih upotrebom droga.

Organizacije ovog tipa opisane su u vodiču za servise pokriveno Medicaid-om u Arizoni kao „prirodna podrška u zajednici“ koja koristi praktične i neformalne pristupe za pružanje servisa podrške i rehabilitacije. Iako mnoge servise mogu pružiti kliničari, netradicionalni pružaoci servisa često donose lično iskustvo oporavka, zajedničko kulturološko iskustvo i druge resurse oporavku koje kliničari ne mogu ponuditi.

CSA dobijaju i blok grant i Medicaid sredstva. Trenutno postoji 12 organizacija kojima upravljaju korisnici, a koje pružaju servise koristeći lično iskustva oporavka, servise testiranja na alkohol i depresiju, obuke za zapošljavanje i edukacije za korisnike bihevioralne zdravstvene zaštite i članove njihovih porodica. Njihova nastojanja su povećavala svijest o tome šta je ljudima potrebno da budu uspješni u oporavku.

PRISTUPI USMJERENI NA OPORAVAK PRILIKOM PRVOG DOLASKA

Unutar novog sistema, Arizona je implementirala pristup orijentisan na oporavak “na ulaznim vratima”. U mnogim službama, kada neko uđe u ustanovu za tretman, prva osoba



koju vidi je osoba sa ličnim iskustvom oporavka, a ne doktor. Ovaj prvi kontakt može biti instrument u podsticanju angažmana u bihevioralnom zdravstvenom sistemu.

Kada je prva osoba koju upoznaju osoba sa ličnim iskustvom oporavka, stupaju u interakciju sa nekim ko može da razumije kroz šta prolaze. To često vodi do diskusije o tome šta je za njih sljedeći korak, a mnogi kroz razgovor o tretmanu i oporavku prepoznaju da žele ili trebaju oporavak u svom životu.

U modelu koji se primjenjuje u Arizoni, individualni pristup u servisima orijentisanim na oporavak počinje prvim kontaktom osobe sa sistemom.

Proces procjene također odražava pristup orijentisan na oporavak. U cijeloj državi je usvojen jedinstveni proces procjene i planiranja servisa. On istovremeno radi procjenu vezanu za upotrebu supstanci i probleme vezane za mentalno zdravlje i koristi timski pristup za izradu plana oporavka, koji odražava ciljeve pojedinca i fokusira se na izgradnju sistema podrške oko njega ili nje. Tim za planiranje se fokusira na pomaganje pojedincima da identificiraju resurse i podršku u svojim životima te također uspostavlja plan kako bi mogli da prisustvuju sljedećem sastanku.

Isti proces planiranja koristi se i za adolescente, kroz tim za podršku djetetu i porodici. Tim se može sastojati od različitih pružaoca

servisa socijalne zaštite, članova porodice ili staratelja koji pružaju podršku adolescentu. Tim za podršku djetetu i porodici također identificira sva hitna pitanja koja se moraju odmah adresirati, kao što su pitanja o sigurnosti djeteta ili potreba za lijekovima na recept. U Arizoni radi oko 14000 timova za podršku djeci i porodici, koji pružaju servise za nešto više od jedne trećine adolescenata u sistemu.

REINTEGRACIJA U LOKALNOJ ZAJEDNICI

Kontinuirana podrška u oporavku uključuje i pomoć osobama u pronalaženju smještaja i zaposlenja. Država Arizona je ostvarila saradnju sa organizacijama koje pružaju servise kako bi osigurali mogućnosti zapošljavanja u okviru sistema bihevioralnog zdravlja za osobe koje su u procesu oporavka.

Ova podrška podrazumijeva i obezbjeđivanje početnog kapitala za pokretanje biznisa vođenih od strane korisnika servisa, kao što su proizvodnja svijeća i pčelarstvo. Država također saraduje sa poslovnom zajednicom na stvaranju programa za razvoj radnih mjesta za podršku zapošljavanja pojedinaca u oporavku.

Država je također razvila metode kako bi pomogla pojedincima da osiguraju stambeno zbrinjavanje. Ako pojedinac ne može da priušti stan, blok grant će pokriti troškove za podržano stanovanje za pojedince i njihove porodice dok učestvuju u tretmanu. Kada

ARIZONA

osoba pređe iz rezidencijalnog tretmana na ambulantne servise, država pokriva troškove stanovanja za vrijeme trajanja tretmana.

PLANIRANJE ZA SERWISE ORIJENTISANE NA OPORAVAK

Promjene u sistemima potaknute su promjenama u programu Medicaid koje su proširile dostupnost servisa za kvalifikovane korisnike.

Promjena je značila da osobe koje su registrovani korisnici Medicaid-a mogu dobiti povrat sredstava za servise. Pružaoci usluga su bili suočeni sa izazovom kako da učine dostupnim ovaj prošireni spektar servisa. Država je pomogla pružanjem tehničke pomoći, praćenjem stopa iskorištenosti, postavljanjem mrežnih ciljeva i procjenom kapaciteta mreže.

U vrijeme kada je ova studija slučaja napisana, zvaničnici države Arizona, korisnici, pružaoci usluga i zagovornici bili su u procesu izrade strateškog plana za oporavak adolescenata. Dokument je trenutno u obliku nacрта. Proces promjene u sistemu servisa za adolescente bio je više struktuiran nego nastojanja transformacije sistema odraslih. Proces uključuje razvoj plana uz podršku radnih grupa zainteresovanih strana i definisanih ciljeva.

IMPLEMENTACIJA SERVISA PODRŠKE U OPORAVKU

Kroz procjenu sprovođenja procesa promjene, država je zaključila da pružaocima servisa nije bilo ugodno da koriste PSS servise i

stoga ih nisu implementirali uprkos dostupnim sredstvima. Kako bi se povećala upotreba PSS servisa, država je okupila osam pružaoca servisa kako bi osmislila model podrške koju pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka.

2003

U 2003. godini, država je zatražila tehničku pomoć od SAMHSA-e, kako bi pomogla da se uspješni model podrške koju pružaju osobe sa ličnim iskustvom koji se koristi za osobe sa ozbiljnim mentalnim poremećajima prilagodi modelu koji bi se mogao koristiti za osobe sa poremećajima uzrokovanim upotrebom alkohola i droga.

Osam pružaoca servisa pilotiralo je prilagođeni model. Država je istakla rad osam pružaoca servisa tako što je organizovala treninge i radionice na kojima su predstavili svoj rad. Država je također obezbijedila 650.000 dolara za unaprjeđenje dostupnosti PSS servisa, koji je tada postao servis koji pokriva





Medicaid. Konačno, država je razvila protokol za PSS servise, koji je osmišljen da pomogne organizacijama da razviju i implementiraju sopstveni PSS program.

Ovaj kreativan i fleksibilan pristup finansiranju servisa za poremećaje uzrokovane upotrebom droge omogućio je državi da pruži usluge za više od 89.000 ljudi, u odnosu na samo 8.000 u kasnim 1990-im.

FINANSIRANJE PRISTUPA ORIJENTISANIH NA OPORAVAK

Arizona je uspjela uspješno uklopiti svoje blok grantove i Medicaid sredstva za pružanje širokog spektra servisa orijentisanih na oporavak. Dok Medicaid čini više od 75% budžeta za poremećaje uzrokovane upotrebom droge u Arizoni, fondovi za nepovratna sredstva pokrivaju kritične segmente koje Medicaid ne pokriva, uključujući prelazni smještaj za osobe koje završavaju tretman.

Prema državnim zvaničnicima, Arizona je imala mogućnost da kroz olakšice proširi pokrivenost Medicaid uslugama od ranih 1990-ih, ali sve do 2000. godine nije sistematski identificirala nedostatke i istražila kako Medicaid fondovi mogu popuniti te praznine.

IZAZOVI

Jedan od najvećih izazova u Arizoni bilo je uvjerenje uposlenika na klinikama da oni mogu kontrolisati proces tretmana i oporavka. Medicaid servisi ne mogu više biti uskraćeni

osobama koje se smatraju “nespremni” za tretman.

Uposlenici na klinikama su navikli da donose mnoge odluke u vezi sa tretmanom pojedinaца, uključujući i procjenu da li je pojedinac spreman za daljnje faze oporavka ili nije. Sa promjenom obima servisa koje pokriva Medicaid, pružaoci servisa sada su obavezni da pružaju servise svima koji imaju pravo da ih dobiju.

Ambivalentnost i oklijevanje među pružaoциma servisa vezano za servise koje pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka također je bio značajan izazov. Prema modelu Arizona, stručnjaci sa ličnim iskustvom oporavka imaju pristup kliničkim podacima i dio su kliničkog osoblja. Neki uposlenici su u početku pokušali da ih isključe iz sobe za osoblje i da ih spriječe da imaju uvid u medicinsku dokumentaciju.

Neki uposlenici su također pokušali održati sastanke za planiranje servisa u vrijeme kada stručnjak sa ličnim iskustvom oporavka nije bio dostupan. Pored toga, u ruralnim službama, izazov su situacije u kojima je stručnjak sa ličnim iskustvom oporavka bio korisnik servisa u istoj službi u kojoj pruža servis podrške koristeći lično iskustvo.

Prethodna obuka uposlenika na klinikama nije podrazumijevala prevazilaženje određenih etičkih i kliničkih pitanja sa kojima su se

suočavali u radu sa osobama sa ličnim iskustvom oporavka. Kao odgovor na to, država je razvila protokol koji pomaže službama i kliničarima da prevaziđu ove izazove kako bi osobama sa ličnim iskustvom oporavka pružili status punopravnih i participativnih članova osoblja za pružanje servisa.

NAUČENE LEKCIJE

Druge organizacije koje nastoje da redizajniraju sistem na ovom nivou i opsegu, ovom procesu treba da pristupe sa stavom da je promjena dugoročan proces koji se razvija. Filozofska promjena kao što su napori Arizona u promjeni sistema može biti zastrašujuća za sve uključene i treba da bude prepoznata kao takva.

Svaka značajnija promjena u sistemu trebalo bi da uključi doprinos svih ključnih aktera od samog početka. Također je važno da sve strane - država, pružaoci servisa, zagovarači i osobe u oporavku - budu fleksibilne i ponekad prilagodljive jer će proces biti kontinuirano revidiran i prilagođavan. Kulturalne barijere mogu predstavljati izazov u promjeni sistema.

SAŽETAK

Proces promjena orijentisanih na oporavak u Arizoni je primjer kako država može razviti inovativne pristupe za rješavanje potreba pojedinaca i implementirati te promjene kroz dugoročni proces koji uključuje više aktera.

Državni napori generalno odražavaju nekoliko

elemenata sistema orijentisanih na oporavak koji su razvijeni kroz Nacionalni samit o oporavku. Međutim, postoje područja u kojima je konvergencija između rada države Arizona i elemenata Samita posebno izražena.

Oni uključuju:

Usmjerenost na osobu - kroz implementaciju timskog pristupa usmjerenog na oporavak, od početnog kontakta pojedinca sa sistemom.

Uključivanje porodice i drugih saveznika - uključivanjem porodica u proces oporavka od početne procjene kroz čitav proces oporavka. Porodice pružaju servise podrške i cijenjeni su članovi organizacijskog pomoćnog osoblja.

Individualizirani i sveobuhvatni servisi tokom cijelog životnog vijeka - tako što će omogućiti individualiziran i fleksibilan izbor opcija za odrasle i adolescente koji su usklađeni sa fazom oporavka u kojoj se osoba nalazi. Promjena sistema odražava saznanje da se sistem mora mijenjati kako bi se zadovoljile potrebe pojedinca, za razliku od zahtjeva da se pojedinac promijeni kako bi zadovoljio potrebe sistema.

Sistemi utemeljeni ulokalnoj zajednici - kroz uključivanje CSA u proces podrške u oporavku, kao i uključivanje članova lokalne zajednice u naporima pri reintegraciji u društvo.

Usmjerenost na jake strane - razvijanjem procjene koja se fokusira na snage koje

pojedinac donosi u proces svog oporavka.

Obvezivanje na servise podrške koje pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka - kroz pokretanje i finansiranje CSA organizacija.

Uključivanje stavova i iskustava osoba u oporavku i njihovih porodica - tako što će stručnjacima sa ličnim iskustvom oporavka dati istaknutu ulogu u sistemu, kroz zaposlenje u službama u kojima su oni prvi kontakt koji korisnik ima sa sistemom i vrednujući njihov doprinos u redizajnu sistema.

Integrirani servisi - primjenom integrisane procjene zdravstvenog stanja. Sistem Arizona se također fokusira na pružanje pomoći pojedincima u dobijanju podrške u zajednici nakon tretmana, uključujući stanovanje i zapošljavanje.

Edukacije i treninzi na nivou sistema - postaju temelj napora u promjeni sistema u Arizoni. Uvođenje servisa koje pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka zahtijevalo je sveobuhvatnu obuku menadžera, kliničara, osoba sa ličnim iskustvom oporavka kao i voditelja organizacija koje pružaju servise.

Aдекватno i fleksibilno finansiranje - kroz kreativno širenje opsega servisa obuhvaćenih Medicaid-om i broja pojedinaca koji ispunjavaju uslove za Medicaid i korištenje blok grantova za pružanje servisa koje Medicaid ne pokriva.

MIČIGEN:

RAZVOJNI PROCES IMPLEMENTACIJE PRISTUPA ORIJENTISANIH NA OPORAVAK

Sistem servisa za poremećaje uzrokovane upotrebom supstanci u Mičigenu funkcionira kroz regionalnu strukturu. Državni uredi za poremećaje uzrokovane upotrebom supstanci - Ured za politiku kontrole droga i Ured za servise zloupotrebe i ovisnosti o drogama (Office of Drug Control Policy and the Bureau of Substance Abuse and Addiction Services) - imaju ugovor sa 16 regionalnih agencija za koordinaciju (CA). Regionalne agencije za koordinaciju, sa druge strane, imaju ugovore sa pružiocima servisa u svom regionu te upravljaju mrežom regionalnih pružaoaca servisa. Sve direktne servise pružaju licencirane organizacije iz lokalnih zajednica.

U 2006. godini, država je okončala trogodišnji proces restrukturiranja. Ovaj proces je dosegao svoj vrhunac izdavanjem novih administrativnih pravila koji regulišu servise za tretman poremećaja uzrokovanih upotrebom supstanci. Promjene u pravilima su bile naročito značajne jer ih država nije mijenjala od kada su usvojena 1981. godine.

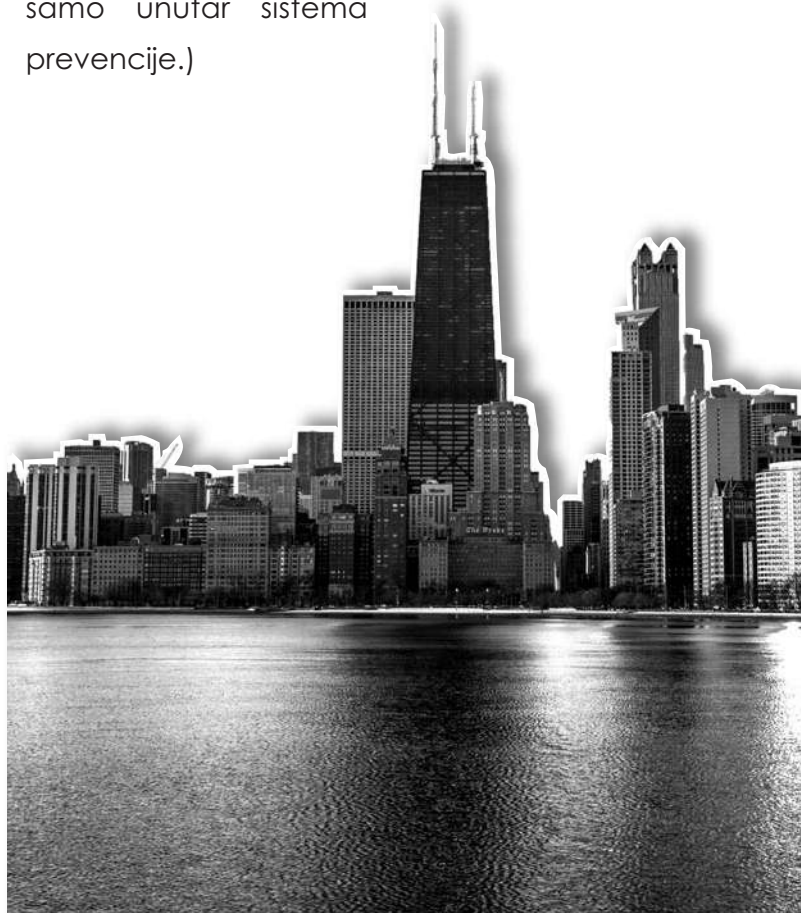
Prije izdavanja revidiranog administrativnog pravilnika, državna politika i propisi vezani za tretman poremećaja uzrokovanih upotrebom droga su bili u velikoj mjeri vođeni zahtjevima Federalnog granta za prevenciju i tretman zloupotrebe droga, koji je bio glavni

izvor finansiranja servisa za poremećaje uzrokovane upotrebom droga u državi.

IMPLEMENTACIJA PRISTUPA ORIJENTISANIH NA OPORAVAK

Državni zvaničnici započeli su nastojanja za promjenom sistema tako što su analizirali servise i infrastrukturu za poremećaje uzrokovane upotrebom supstanci s ciljem proširenja niza servisa za licencirane pružaoce servisa. Prije izmjene regulativa, država je finansirala ambulantne, intenzivne ambulantne, subakutne rezidencijalne, detoksikacijske, rezidencijalne i metadonske servise.

Implementacijom napora ka promjeni sistema, standardna ponuda servisa je proširena tako da uključuje menadžment slučaja, komorbiditet sa drugim mentalnim oboljenjima, oporavak, kao i ranu intervenciju. (Ranije su rane intervencije postojale samo unutar sistema prevencije.)



Inicijalni proces promjene nije uključivao izjavu o viziji ili plan za stratešku promjenu sistema. Državno okruženje je u proteklih nekoliko godina podrazumijevalo malo ili nimalo rasta ili promjene. Međutim, akteri u lokalnoj zajednici su se zalagali za razvoj sistema. Diskusije su se počele kretati naprijed sa skromnim ciljevima.

Počele su da se oblikuju vizija i strategija. Kada su državni zvaničnici sazvali radnu grupu koja se sastojala od pružaoca servisa i drugih aktera kako bi se razgovaralo o poboljšanju tretmana za ovisnost, došlo je do konsenzusa da bi sistem trebao biti usmjeren na jake strane i fokusiran na oporavak. Iz ovog konsenzusa, zainteresovane strane su razvile vrijednosti i principe koji bi vodili viziju

države i kreirali plan za stvaranje takvog sistema.

Iako Mičigen nije donio svjesnu odluku da implementira menadžment oporavka, kao što je definisano u okviru projekta "Menadžment oporavka u bihevioralnom zdravlju" (Behavioral Health Recovery Management project) i radom William White-a, principi i prakse ovog projekta su pomogli u procesu implementacije. Mnogi pružaoci servisa i regionalne agencije za koordinaciju u cijeloj državi bili su upoznati sa radom W. White-a i konceptima menadžmenta oporavka.

Kroz višestruke treninge koje je sproveo u državi, mnoge njegove ideje su postale popularne na lokalnom nivou. Kroz razgovore između države, regionalnih agencija za koordinaciju i lokalnih pružaoca servisa, elementi menadžmenta oporavka su ušli u proces ulaganja napora za promjenu sistema na državnom nivou.

Da bi se ostvarila vizija koja je nastala za sistem tretmana ovisnosti u Mičigenu, trebalo je adresirati prepreke u implementiranju sistemskih promjena. Prvo i najvažnije, bilo je potrebno promijeniti administrativna pravila kako bi se omogućilo nadoknađivanje troškova proširenog spektra servisa, uključujući menadžment slučajeva, ranu intervenciju, podršku osoba koje imaju lična iskustva oporavka (peer support) i druge servise za podršku u oporavku. Državna radna grupa,



koja uključuje državne službenike, pružaoce i korisnike servisa, trenutno uspostavlja standarde za ove servise.

Pored dizajniranja standarda za proširene servise unutar države koji su fokusirani na oporavak, državni službenici su uložili zajednički napor da uključe pristupe i filozofije širom sistema koji su utemeljeni na jakim snagama i fokusirani na oporavak.

Planiranje smjernica i dokumenata odražava ovaj napor. Primjeri uključuju predložene zahtjeve da korisnici i porodice budu uključeni u planiranje tretmana i oporavka kao i u procese donošenja odluka na svim nivoima. Dodatno, državni zakon koji reguliše zahtjeve savjetodavnog vijeća za regionalne agencije za koordinaciju je ažuriran da zahtijeva veću participaciju korisnika i porodica u savjetodavnim vijećima.

Među izazovima sa kojima se država Mičigen suočila bilo je poticanje razumijevanja i prihvatanja novih pristupa i filozofija i upravljanje procesom promjene kroz koji su bili implementirani na programskom i sistemskom nivou.

Trening je ključna komponenta napora za sistemsku promjenu u Mičigenu. On nije služio samo za osposobljavanje pružaoce servisa i drugih aktera za implementaciju

novih praksi, već i za podršku u usvajanju novih filozofija.

Trening je važan alat za osiguravanje široko rasprostranjene podrške procesu promjene. Država je finansirala nekoliko prilika za trening pružaoce servisa, uključujući i radionicu motivacionog intervjuisanja sa William White-om. Kao dio njihovog plana treninga koji se sprovodi, državni službenici zatražili su podršku Great Lakes Centra za transfer primjenjenih nauka u oblasti ovisnosti (Great Lakes Addiction Technology Transfer Center - GLATTC).

Ovaj centar pruža tehničku pomoć i treninge vezane za napore ka promjeni sistema i transfer primjenjenih nauka i nastavlja da radi sa državom, pružaoce i korisnicima servisa na treningu vještina kako bi poboljšao i podržao napore koji se ulažu u promjeni sistema.

Država i pružaoce servisa nastoje smanjiti jaz između prevencije i tretmana u Mičigenu. Istorijski gledano, servisi prevencije i tretmana postojali su u odvojenim i posebnim odjelima. Međutim, nekoliko organizacija širom države radi na gašenju ovih odjela i korištenju vještina izgradnje kapaciteta zajednice pružaoce servisa koji rade u oblasti prevencije u lokalnoj zajednici kako bi se podržalo ulaganje napora u podršci oporavku u sklopu lokalnih zajednica i podršci napora za prevenciju relapsa.



SISTEMI FINANSIRANJA - NAPORI ZA PROMJENU

Uprkos naporima da se napravi promjena sistema u Mičigenu, državno finansiranje nije na raspolaganju za podršku novim servisima. Država traži od pružaoca servisa da ispitaju svoju poslovnu praksu i identificiraju kreativne načine za preraspodjelu ili učinkovitije finansiranje servisa orijentisanih na oporavak.

Pored toga, država razvija strategije za rješavanje pitanja angažmana i zadržavanja u tretmanu. Oni su otkrili da značajan procenat sredstava za tretman ovisnosti podržava servise koje se pružaju pojedincima koji ulaze u sistem, primaju ograničene servise za tretman, a zatim se otpuštaju prije završetka tretmana ili bez povezivanja sa servisima za podršku u oporavku.

Često se značajan postotak ovih osoba vraća u roku od nekoliko sedmica ili mjeseci. Takvi servisi pružani po modelu „rotacionih ulaznih vrata“ koštaju državu, ali obično ne donose pozitivne ishode.

Mičigen je prepoznao da se sistemi mogu postaviti na mjesto koje bi povećalo stope angažmana i zadržavanja u tretmanu, čime bi se smanjio broj klijenata koji više puta ulaze i izlaze iz sistema. Da bi se riješila ova pitanja, država je bila uključena u studiju Mreže za poboljšanje tretmana ovisnosti (NIATx) kako bi se utvrdilo koje kombinacije servisa proizvode najveći napredak u postojećim servisima za tretman.

Učešće u ovoj studiji je rezultiralo uspostavljanjem državnih politika koje olakšavaju pristup tretmanu kroz smanjenje intenziteta i sveobuhvatnosti početnog procesa ulaska u tretman za pojedince koji traže tretman.

Kroz implementaciju praksi za povećanje stepena angažovanja i zadržavanja u tretmanu, čime se smanjuje efekat "rotacionih ulaznih vrata", Mičigen vjeruje da će biti u mogućnosti preraspodijeliti resurse koji su ranije finansirali ponovljene epizode tretmana.

Mnoge regionalne agencije za koordinaciju su podnijele zahtjev za dodjelu bespovratnih sredstava za finansiranje servisa za podršku u oporavku, a jedna agencija za koordinaciju u Mičigenu (CA) je dobila grant pod nazivom Program za servise oporavka u zajednici (Recovery Community Services Program-RCSP). Pružaoci servisa i regionalne agencije za koordinaciju će nastaviti da se prijavljuju za grantove za finansiranje pristupa orijentisanih na oporavak u državi.

Država također razmatra kako se postojeći, netradicionalne servisi u lokalnoj zajednici mogu koristiti kao podrška pristupima orijentisanim na oporavak. Državni zvaničnici vjeruju da čak i ako nova sredstva ne budu dostupna, promjene se mogu implementirati unutar organizacija kako bi se podržali postojeći napori u promjeni sistema.

NAUČENE LEKCIJE

Važno je identificirati viziju sistema. Kada se jednom uspostavi vizija, potrebno je artikulirati vrijednosti i principe i razviti strukturu koja će ih podržati. Također je važno identificirati i analizirati regulatorne, filozofske, kao i prepreke za finansiranje za primjenu praksi koje odražavaju nove vrijednosti i principe.

Trebalo bi razviti plan za adresiranje specifičnih prepreka. Plan može zahtijevati višestruki pristup koji uključuje zakonske izmjene i izmjene pravila i napore za trening na nivou cijele države. Bez takvog plana, naponi za promjenu sistema mogu biti usporeni i zaustavljeni. Konačno, proces promjene će za implementaciju zahtijevati progresivne korake kroz duži vremenski period.

IZAZOVI

Finansiranje je identificirano kao najveća prepreka za implementaciju pristupa orijentisanog na oporavak u Mičigenu. Međutim, država i pružaoci servisa su zajednički radili na preusmjeravanju postojećih sredstava kako bi podržali servise orijentisane na oporavak. Pored toga, barijere koje je stvorila državna infrastruktura i administrativni kodeksi adresirani su kroz proces saradnje.

SAŽETAK

Napori za promjenu sistema u Mičigenu i dalje se postepeno razvijaju kako radne grupe na nivou države daju preporuke za

MICHIGEN

rješavanje nedostataka i prepreka. Tekući rad Mičigena je primjer napora za promjenu sistema u cilju podrške pristupima orijentisanim na oporavak. Ovaj primjer pokazuje kako proces planiranja i upravljanja promjenama može postati obilježje državnog sistema, pružajući mehanizam za poboljšanje sistema.

Generalno, državni napori odražavaju nekoliko elemenata sistema brige orijentisanih na oporavak koji su razvijeni kroz Nacionalni samit o oporavku. Međutim, postoje područja u kojima je konvergencija između rada države Mičigen i elemenata Samita posebno izražena. Oni uključuju:

Usmjerenost na osobu - kroz proširivanje liste dostupnih servisa kako bi se omogućila veća mogućnost izbora. Sistem servisa sada uključuje menadžment slučaja, oporavak i PPS i ranu intervenciju.

Kontinuitet socijalne i zdravstvene zaštite - prevazilaženjem jaza između rane intervencije i tretmana.

Usmjerenost na jake strane - uvođenjem principa i koncepata zasnovanih na jakim stranama u sve napore za promjenom sistema.

Obavezivanje na servise podrške koje pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka - dodavanjem tih servisa u nizu pokrivenih servisa u državnom sistemu. Pored toga,

država je razvila radnu grupu za izradu standarda za servise podrške koje pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka.

Uključivanje stavova i iskustava osoba u oporavku i njihovih porodica - kroz administrativne i regulatorne promjene.

Osobe u oporavku i njihove porodice su sada uključene u mnoge procese donošenja odluka i proces planiranja, uključujući i savjetodavna vijeća CA.

Integrirani servisi - uključivanjem servisa za poremećaje u komorbiditetu sa problemom ovisnosti u nova administrativna pravila. Pružaoci servisa su sada u mogućnosti da pružaju ove servise korisnicima u programima za poremećaje uzrokovane upotrebom supstanci.

Edukacije i treninzi na nivou sistema - kroz treninge o promjeni sistema i transferu tehnologije. Mičigen također sprovodi godišnju konferenciju za trening koja je u protekle dvije godine bila fokusirana na pristupe orijentisane na oporavak.

Kontinuirano praćenje i outreach - povećanjem stope zadržavanja u tretmanu. Mičigen će moći da koristi novac koji je u prošlosti bio utrošen na klijente po modelu "rotacionih ulaznih vrata" na pristupe orijentisane na oporavak.



ZAKLJUČAK

Tri studije slučaja prikazane u ovoj publikaciji, dokumentuju inovativne pristupe koje su jedan grad i dvije države poduzeli za implementaciju pristupa orijentisanih na oporavak. Napori usmjereni ka promjeni sistema bili su motivisani različitim faktorima unutar jurisdikcija. Grad Philadelphia je 2004. godine zaposlio novog direktora Odjela za bihevioralno zdravlje, koji je prenio lekcije naučene iz sličnih nastojanja unutar druge jurisdikcije.

Država Arizona, 2000. godine, redizajnirala je državni sistem bihevioralnog zdravlja na osnovu nekoliko faktora: olakšicom Federalnog Medicaid-a koja je omogućila proširenje to-kova za finansiranje; državnom inicijativom za glasanje koja je povećala broj pojedinaca koji imaju pravo na Medicaid; i nagodbe po kolektivnoj tužbi koja zahtjeva od države da poboljša brigu o bihevioralnom zdravlju za djecu.

U 2006. godini, država Mičigen je započela proces promjene, proglašavajući administrativnu izmjenu pravila koja je proširila listu dostupnih servisa. Dalje, šira vizija za promjenom sistema inspirisana je od strane aktera u lokalnoj zajednici.

Implementacija sistema orijentisanih na oporavak je razvojni proces, a grad i države o kojima se diskutovalo u ovom dokumentu su u različitim fazama tog procesa. U svakom slučaju, grad ili država suočavali su se sa jedinstvenim izazovima i preprekama koje je bilo moguće prevazići saradnjom sa ključnim akterima, uključujući korisnike servisa i njihove porodice, pružaoce servisa i druge organizacije u lokalnoj zajednici.

Uprkos razlikama, sve tri studije su zaključile da je za uspjeh potrebna saradnja među akterima. U svakoj studiji, lideri su bili u mogućnosti da postignu dogovor za podršku odluka za zajedničku viziju i proces promjene održavanjem otvorene komunikacije i uključivanjem više aktera u proces planiranja i implementacije. Grad i države su otkrili da su ukorijenjeni stavovi i uvjerenja onih koji su uključeni u sistem stvorili prepreke za promjene te da ih treba odmah adresirati.

Liderstvo, inovativno razmišljanje, fleksibilno planiranje i analiza postojećih resursa, jakih strana i slabosti sistema pojavili su se kao ključni elementi svakog procesa promjene. Druga tema koja se pojavila bila je da promjene mogu da počnu sa malim iznosima finansiranja ili preispitivanjem trenutne poslovne prakse.

Pored toga, u svakom navedenom slučaju, učesnici su naglasili potrebu za prepoznavanjem i obavezivanjem na dugoročni i često težak proces. Međutim, jednom kad se obaveže i sve strane spoznaju da je grad ili država spremna da nastavi sa naporima za promjene, momentum se povećava.

Uprkos dugoročnoj prirodi procesa, ove jurisdikcije su izjavile da su njihovi napori da se osobe i sistemi orijentišu na oporavak bili vrijedni truda.



PROCES OPORAVKA U SOCIJALNOM OKRUŽENJU LOKALNE ZAJEDNICE

DAVID BEST I MULKA NIŠIĆ

Iako je oporavak termin koji već godinama postoji u oblasti ovisnosti, definicije su postale usmjerenije i preciznije kako je termin dobijao na svom kliničkom i političkom značaju. Postoje dvije definicije koje su dobile opštu saglasnost a koje obuhvataju mnoge ključne elemente oporavka.

Konsenzus panel Betty Ford Instituta (Betty Ford Institute Consensus Panel) definisao je oporavak od ovisnosti o supstancama kao "dobrovoljno održavan stil života okarakterisan trijeznošću, ličnim zdravljem i građanstvom (statusom punopravnog člana društvene zajednice)" (2007, p. 222).

Sljedeće godine, Komisija za politike o drogama Velike Britanije (UK Drug Policy Commission) je okarakterisala oporavak kao "dobrovoljno uspostavljenu kontrolu nad upotrebom supstanci koja unaprjeđuje zdravlje i blagostanje te sudjelovanje u pravima, ulogama i odgovornostima u društvu" (2008, p.6).

U oba dokumenta, za oporavak se smatra da predstavlja više od apstinencije, iako je apstinencija često esencijalni prvi korak, i da uključuje kvalitet života i blagostanje te uvodi ideju građanstva, tj. statusa punopravnog člana društvene zajednice gdje pojedinac smisleno i značajno doprinosi zajednici i širem društvu.

Stav Betty Ford Instituta također karakterizira oporavak kao proces i postavlja razloge za raz-



mišljanje o oporavku kao o tipičnom putovanju od oko pet godina. Prva godina nakon uspostavljanja apstinencije predstavlja "rani oporavak", na period u oporavku



od jedne do pet godina referira se kao "održivi oporavak" a period nakon pet godina naziva se "stabilni oporavak". Ovakav način gledanja na proces oporavka se podudara s longitudinalnim istraživanjem koje su proveli Dennis, Scott i Laudet (2014) koji tvrde da nakon pet godina oporavak postaje "samo-održiv", dok je prije toga potrebna podrška okoline. Sve navedeno postavlja jasan cilj modela oporavka (za razliku od modela akutnog liječenja) u osiguravanju struktura, sistema i podrške koji omogućavaju osobama maksimalnu šansu za dostizanje pet godina u oporavku. Cilj ovog rada je prikazati neke od načina na koje se to može konceptualizirati i podržati.

KLJUČNI KONCEPTI

Postoje tri osnovna koncepta koja će se koristiti kao temelj Modela socijalnog oporavka, a koja su zasnovana na ideji da drugi ljudi, posebno oni koji su imali isti ili sličan životni put, imaju ključnu ulogu u održavanju tranzicije od aktivne ovisnosti do oporavka.

1. U pregledu literature o oporavku u oblasti mentalnog zdravlja, Leamy isaradnici (2011) uveli su pojam CHIME kao akronim za pojmove: povezanost; nada; identitet; smisao i osnaživanje, (eng. Connectedness; Hope; Identity; Meaning; Empowerment) koje smatraju ključnim u pružanju podrške koja je potrebna ljudima na njihovom putu oporavka od problema sa mentalnim zdravljem. Osnovna ideja je da su programi

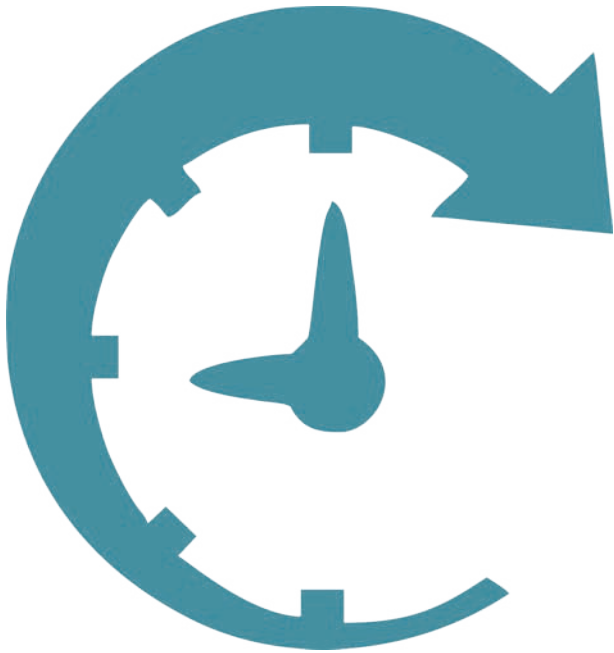
koji su bili djelotvorni u podržavanju oporavka upravo oni koji su omogućili i podržali svih pet navedenih komponenti. U svom prenosu ovog modela na područje oporavka od ovisnosti, Best pokazuje da postoji jasan slijed djelovanja (Best, 2019) – povezanost sa ljudima (naročito s onima koji su već u oporavku) generiše osjećaj nade da je promjena moguća. Ta nada je gorivo koje pokreće generativan krug smislenih aktivnosti, razvoj pozitivnog identiteta i rastući osjećaj osnaženosti koji se manifestuje kao samopoštovanje i samoefikasnost. Implikacija ovog modela je da je ključna polazna tačka servisa za podršku u oporavku izgradnja veza sa prosocijalnim grupama i pojedincima, a posebno onima koji su već na putu ka stabilnom oporavku.

2 Drugi ključni koncept je vezan za socijalni identitet i njegovu ulogu u održavanju i izgradnji dugoročnog oporavka. Osnovna ideja je da grupe kojima pripadamo utiču na naše viđenje svijeta, a na kraju i na ono što

mi jesmo. Socijalni identiteti strukturiraju (i restrukturiraju) percepciju i ponašanje osoba - njihove vrijednosti, norme i ciljeve; njihove orijentacije, odnose i interakcije; šta oni misle, šta rade i šta žele da postignu (Tajfel i Turner, 1979; Haslam, Reicher i Levine, 2012). Kada je ovaj model prilagođen polju oporavka od ovisnosti – kroz Model socijalnog identiteta (SIMOR; Best i sar., 2016) - primarni cilj postaje prelazak iz grupa koje podržavaju ovisnost u grupe koje podržavaju oporavak. U dijelu o implikacijama koji se nalazi u nastavku, istaknućemo koji su praktični koraci koji mogu podržati ovaj proces.

3 Završna faza ovog modela je mjerenje, to jest kako možemo odrediti u kojoj se konkretno fazi nalaze osobe na putu oporavka. Kapital za oporavak su prvi put opisali Granfield i Cloud (2001) kao širinu i dubinu resursa koji su dostupni osobama da podrže njihov put oporavka. Kombinujući podatke iz britanskih i američkih studija o oporavku, Best i Laudet (2010) svrstali su ove resurse u tri kategorije:





1 Lični kapital za oporavak - koji se odnosi na unutrašnje kvalitete i vještine: osoba treba da ih razvije i poboljša, a to uključuje otpornost, vještine suočavanja, samopoštovanje, samoeфикаsnost i dobre komunikacijske vještine.

2 Društveni kapital za oporavak - koji se odnosi na količinu socijalne podrške, što podrazumijeva posvećenost pojedinca pozitivnim i podržavajućim osobama i grupama u njihovim mrežama. Važno je napomenuti da posvećenost grupama koje koriste droge i/ili koje čine krivična djela, te osjećaj pripadnosti takvim grupama predstavlja 'negativan društveni kapital' (Cloud i Granfield, 2009). Ovakvo ponašanje preusmjerava osobe na deficite koji su rezultat stigme i isključenosti (negativni kapital lokalne zajednice), što proizilazi iz izolacije i/ili posvećenosti korištenju droga i grupama koje čine krivična djela (negativni društveni kapital) ili viso-

kim nivoima impulsivnosti i traženja senzacija i slabih kognitivnih funkcija ili problema sa mentalnim zdravljem (nizak lični kapital za oporavak).

3 Kapital lokalne zajednice (kojim se podržava oporavak) - odnosi se na raspoložive i dostupne resurse u zajednici koji mogu da podrže proces oporavka u smislu kvalitetnih servisa za tretman, vidljivih i atraktivnih grupa osoba u oporavku i osoba koje su pobijedile ovisnost, te efikasnih puteva od medicinskih tretmana do grupa za oporavak u lokalnoj zajednici. Kapital lokalne zajednice bi uključivao i osnovne uslove za postizanje oporavka, uključujući zaposlenje, obrazovanje i stanovanje.

Ono što je važno napomenuti jeste da je kapital oporavka podložan promjenama i možemo izračunati - uz dobru osjetljivost i tačnost - promjene u ukupnim resursima te u različitim poddomenama. Prvi alat dostupan za mjerenje promjena u kapitalu oporavka je Procjena kapitala za oporavak (Groshkova, Best i White, 2012), ali je on odnedavno ugrađen u holistički pristup mjerenju i planiranju oporavka nazvanoj REC-CAP (Cano i sar., 2017). REC-CAP procjenjuje koje snage pojedinac ima u ličnom, društvenom i domenu lokalne zajednice i onda ih koristi za izgradnju u oblastima u kojima postoje nedostaci.

Ovo je suštinski dio pristupa zasnovanog na jakostima koji pretpostavlja da se oporavak događa u zajednici (a ne na klinici), da je oporavak u osnovi baziran na odnosima (a nije samo pitanje napora ili volje) i da se oslanja na prihvatanje oporavka od strane lokalnih zajednica i porodica kao ključnog dijela prevladavanja stigme i isključenosti iz zajednice.

U drugoj polovini rada, govorićemo o nekim praktičnim implikacijama za implementaciju socijalnog modela oporavka i zaključiti sa našom željom za budućom integracijom inicijativa u oblasti oporavka u praksu mnogih evropskih gradova.

PRAKTIČNE IMPLIKACIJE I SLJEDEĆI KORACI

U najvećoj studiji o ovisnosti i oporavku sprovedenoj u SAD-u, Projekat MATCH, Longabaugh i saradnici (2010) su otkrili su da je najjači prediktor oporavka od alkoholizma tranzicija iz društvene mreže koja podržava pijenje na društvenu mrežu koja podržava oporavak. Međutim, to je lakše reći nego učiniti, jer ljudi često izgube svu društvenu podršku i pristup resursima tokom svojih perioda aktivne ovisnosti (a možda su izgubili i puno vlastitih vještina i kapaciteta u tom procesu).

Iz tog razloga, koraci koji su predloženi u nastavku su fokusirani na kreiranje servisa i sistema za tretman i oporavak koji omogućavaju ljudima da uspostavljaju pozitivne veze, pristupaju resursima zajednice i postepeno grade zalihe kapitala za opora-

vak. Pretpostavljamo da petogodišnje putovanje do stabilnog oporavka podrazumijeva pristup podršci od zajednice i osoba u oporavku koji pojedincu omogućavaju vrijeme i prostor za razvoj ličnih resursa za nastavak vlastitog puta oporavka.

KORAK 1:

KREIRANJE SISTEMA BRIGE ORIJENTISANIH NA OPORAVAK (SHEEDY I WHITTER, 2009):

Postoji vrlo ograničena literatura o tome kako izgleda sistem servisa koji je orijentisan na oporavak. Najimpresivniji rad je opisan u knjizi koju su uredili Kelly i White (2011), koja govori o periodu od 5 do 10 godina potrebnom za generisanje održivog sistema brige unutar sistema zdravstvene i socijalne zaštite orijentisanog na oporavak. Njihov rad je djelimično bio zasnovan na radu koji su 2009. godine objavili Sheedy i Whitter za SAMSHA-u (eng. Substance Abuse and Mental Health Services Administration), navodeći 17 ključnih principa za pristup orijentisan na oporavak, koji navode da servisi trebaju biti usmjereni na osobu, individualizirani i sveobuhvatni, utemeljeni u lokalnoj zajednici, da trebaju uključivati porodice, biti zasnovani su na snagama, kulturološki prilagođeni i uključivati adekvatan kontinuitet zaštite.

- 1 Usmjerenost na osobu;**
- 2 Uključenost porodice i drugih saveznika;**
- 3 Individualizirani i sveobuhvatni servisi tokom cijelog životnog vijeka;**
- 4 Sistemi utemeljeni u lokalnoj zajednici;**



- 5 Kontinuitet socijalne i zdravstvene zaštite;
- 6 Odnosi partneri-konsultanti;
- 7 Usmjerenost na jake strane;
- 8 Kulturalna osjetljivost;
- 9 Osjetljivost na lični sistem vjerovanja pojedinca;
- 10 Obvezivanje na servise podrške koje pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka;
- 11 Uključivanje stavova i iskustava osoba u oporavku i njihovih porodica;
- 12 Integrisani servisi;
- 13 Edukacije i treninzi na nivou sistema;
- 14 Kontinuirano praćenje i outreach;
- 15 Usmjerenost na krajnji rezultat;
- 16 Utemeljeno na istraživanjima;
- 17 Adekvatno i fleksibilno finansiranje

Model sistema orijentisanog na oporavak također uključuje posvećenost servisima podrške za oporavak koji se zasnivaju na učešću osoba sa ličnim iskustvom oporavka (peer-based), integrisani pristup pružanju servisa sa visokim nivoom uključenosti korisnika servisa i snažnu posvećenost evaluaciji, istraživanjima i naučnim dokazima.

Ovaj pristup predstavlja model postepene promjene kulture koji uključuje ne samo profesionalce, već i aktivno učešće osoba sa iskustvom oporavka. Međutim, opšti cilj je da se stvori "terapeutsko okruženje za oporavak" (Wilton i DeVerteuil, 2006) u kojem su porodice i zajednice aktivno uključene u

mijenjanje prostora i okruženja u kojem se može odvijati oporavak i izgradnju onog tipa društvenog kapitala koji ćemo razmotriti u zaključku ovog rada.

Počevši od ove osnove, moguće je stvoriti snažne sisteme i servise podrške za oporavak, imajući u vidu dokaze o tome šta znamo da je uspješno u kreiranju okruženja pogodnog za oporavak.

KORAK 2:

PROMOVISANJE PRISTUPA ZASNOVANOG NA ISKUSTVU OSOBA U OPORAVKU

Kada su bili pitani da procijene postojeće dokaze za oporavak od ovisnosti, Humphreys i Lembke (2013) su zaključili da postoje tri jasna područja podržana mnoštvom dokaza zasnovanim na istraživanjima, a koji su koristili višestruke pristupe. To su:

- **Potpomognuto stanovanje za osobe u oporavku (najčešće Oxford kuće)**
- **Grupe uzajamne pomoći zasnovane na iskustvu osoba u oporavku (sa naj-snažnijim dokazima koji podržavaju grupe za uzajamnu pomoć 12 koraka, posebno Anonimni Alkoholičari)**
- **Servisi podrške za oporavak pružene od strane osoba sa ličnim iskustvom oporavka**

Ono što je zajedničko svim navedenim modelima je centralna uloga servisa koji pružaju osobe sa ličnim iskustvom oporavka, a ne ser-

visa koji pružaju profesionalci. Upravo kroz ulogu osoba u oporavku, javlja se pojava koju su neki akademici nazvali "zarazno" društveno širenje oporavka, a koja podrazumijeva da oporavak prelazi sa jedne osobe na drugu kao rezultat pozitivnog modeliranja uloga i aktivnog angažmana i privlačnosti koju imaju osobe u oporavku.

2019

Best i White (2019) su opisali ovaj fenomen kao „kaskadu oporavka“ u kojoj svaki pojedini rast u oporavku „snižava tačku za pokretanje buduće promjene - na ličnom i porodičnom, te nivou zajednice i kulture “ (str. 1). Ne samo da se to postiže kroz osobe u oporavku, već one igraju vitalnu ulogu u prevazilaženju stigme i isključivanja osoba iz društva, te u promovisanju održivih puteva ka resursima u zajednici i resursima za oporavak. Širenje oporavka se dalje prenosi kroz proces koji se naziva 'princip pomagača' (Riessman, 1965) prema kojem korist od procesa pomaganja ima ne samo osoba koja prima pomoć nego i osoba koja je pruža.

KORAK 3:

IDENTIFICIRANJE, POVEZIVANJE I ANGAŽOVANJE RESURSA U LOKALNOJ ZAJEDNICI

Pretpostavka oporavka počiva na ideji da je većina ljudi u oporavku isključena iz mnogih resursa u svojoj lokalnoj zajednici kroz procese stigme i marginalizacije. Resursi koji već postoje (a to uključuje i grupe za oporavak) osobama mogu biti uskraćeni i time im biva onemogućen pristup resursima koji su im potrebni da podrže njihov proces oporavka.

1993

Ideja "Razvoja zajednice zasnovanog na lokalno raspoloživim resursima" (eng. Asset Based Community Development- ABCD) (Kretzmann i McKnight, 1993) se temelji na tome da sve zajednice imaju obilje resursa u vidu članova zajednice, neformalnih grupa i udruženja i formalnih institucija, te da je ključ u promovisanju i podržavanju mobilizacije ovih resursa. Međutim, postojanje resursa samo po sebi nije dovoljno te je neophodno identificirati 'konektore unutar zajednice' (McKnight i Block, 2010) koji su ljudski mostovi koji mogu povezati isključene pojedince s resursima koji postoje u njihovoj zajednici.

Da bi testirali ovaj pristup u zajednici koja podržava oporavak u Sheffieldu, Velika Britanija, Edwards, Soutar i Best (2018) su regrutovali i obučili 21 osobu u dugoročnom oporavku kao 'konektore unutar zajednica'. Konektori su imali šest sedmica da

identificiraju i da se povežu sa raspoloživim resursima za oporavak lokalnoj zajednici. Tokom tog perioda oni su mobilisali ukupno 134 resursa koja su se onda mogla koristiti za podršku smislenih puteva ka oporavku. Ovaj način se mora individualizirati prema ličnim potrebama i preferencijama kako bi se osiguralo da se na adekvatan način adresiraju kako specifičnosti faza u kojima se osobe nalaze tako i njihove lične potrebe u toku procesa oporavka.

Ova inicijativa se od tada proširila na pomoć zatvorenicima da se uključe u prosocijalne aktivnosti sa članovima porodice obučenim da identificiraju i da se povežu sa relevantnim resursima raspoloživim unutar zajednice (Hall i sar., 2018), sa jednako pozitivnim rezultatima – procesom se prenose predanost i nada u grupama i poboljšava pristup novim odnosima kao i rastući nivo kapitala dostupnog u zajednici, a koji podržava oporavak.



ZAKLIUČAK

Oporavak je nevjerojatno raznoliko iskustvo. Osobe se oporavljaju pomoću brojnih i različitih mehanizama, te prema vlastitim individualiziranim i ličnim putevima. Međutim, to ne znači da se ništa ne može učiniti kako bi se podržao proces i stvorila prava kultura koja je terapijska i ugrađena u sistem zaštite orijentisan na oporavak. Kao što je Braithwaite (1989) tvrdio u kontekstu društvenog kapitala, upotreba tog kapitala u svrhu oporavka ga ne umanjuje (kao što bi bio slučaj za financijski kapital). Što više kapitala za oporavak koristimo, to više postaje raspoloživ u zajednici - drugim riječima, samo korištenje je generativno i rezultira jačanjem zajednice. Ovo je model zasnovan na snagama u kojem konekcije i međusobna povezanost grade snage i servise u zajednici, a terapeuti polaze od onoga što je dobro i vrijedno, a ne od onoga što je narušeno ili pogrešno.

Sve navedeno čini i osnovu za novu inicijativu koja je dobila momentum u Evropi – pod nazivom Gradovi Oporavka (eng. Recovery Cities) (Best i Colman, 2018). Cilj modela (inkluzivnih) gradova oporavka je korištenje uspjeha socijalnog modela oporavka - društvenih kaskada i "zaraznog" širenja oporavka, mobilizacije resursa, socijalnog učenja i promjene društvenog identiteta - i njihova primjena u širem smislu za povećanje konekcija, povezivanja i angažmana u svim zajednicama.

Iako je ovaj rad još uvijek u svojim ranim fazama, ideja je da se adresira isključenost, smanji izolacija i usamljenost te promoviše oporavak kao aktivno građanstvo i angažovanje u lokalnoj zajednici koje je vrijedno proslaviti.

Oporavak je vrijedan proslavljanja. To proslavljanje je kreativno i generativno, te ima kapacitet da unaprijedi način na koji svi živimo kao i mjesta u kojima živimo.

Literatura

Best, D. (2019) *Pathways to desistance and recovery: The social contagion of hope*. Bristol: Policy Press.

Best, D. and Laudet, A. (2010) *The potential of recovery capital*. London: RSA.

Best, D. & Colman, C. (2019) *Desistance and recovery special issue - introduction and overview*, *Addiction Research and Theory* (early online) DOI: 10.1080/16066359.2018.1535059

Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., Mawson, E., & Lubman, D. I. (2015). *Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: The Social Identity Model of Recovery (SIMOR)*, *Addiction Research & Theory*, 1-13. doi: 10.3109/16066359.2015.1075980

Betty Ford Institute Consensus Panel (2007). *What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 221-228.

Braithwaite, J. (1989) *Crime, shame and reintegration*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cano, I., Best, Edwards, M. & Lehman, J. (2017) *Recovery capital pathways: Mapping the components of recovery wellbeing*, *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 11-19.

Cloud, W. & Granfield, R. (2009) *Conceptualising recovery capital: Expansion of a theoretical construct*, *Substance Use and Misuse*, 43 (12-13), 1971-1986.

Dennis, M., Scott, C., & Laudet, A. (2014) *Beyond bricks and mortars: recent research on substance abuse disorder recovery management*, *Current Psychiatry Report*, 1-7.

Edwards, M., Soutar, J. & Best, D. (2018) *Co-producing and re-connecting: a pilot study of recovery community engagement*, *Drugs and Alcohol Today*, 18(1), 39-50.

Granfield, R. and Cloud, W. (2001) *Social Context and "Natural Recovery": The Role of Social Capital in the Resolution of Drug-Associated Problems*, *Substance Use and Misuse*, 36, 1543-1570.

Grashkova, T., Best, D. & White, W. (2012) *The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths*. *Drug and Alcohol Review*.

Hall, L., Best, D., Ogden-Webb, C., Dixon, J. & Heslop, R. (2018) *Building bridges to the community: the Kirkham Family Connectors (KFC) Prison Programme*, *Howard Journal of Crime and Justice*, 57(4), 518-536.

Haslam, S. A., Reicher, S. D., & Levine, M. (2012). *When other people are*

heaven, when other people are hell: How social identity determines the nature and impact of social support. In J. Jetten, C. Haslam & S. A. Haslam (Eds.), *The social cure: Identity, health and well-being* (pp. 157-174). New York: Psychology Press.

Humphreys, K. and Lembke, A. (2013) *Recovery-Oriented Policy and Care Systems in the United Kingdom and United States*, *Drug and Alcohol Review*, 33(1), 13-18.

Kretzmann J. & McKnight J. (1993). *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilising a community's assets*. Skokie, IL: ACTA Publications.

Leamy, M., Bird, V., Le Bouthillier, C., Williams, J., and Slade, M. (2011) 'A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis', *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zywiak, W. H., & O'Malley, S. S. (2010). Network support as a prognostic indicator of drinking outcomes: The COMBINE study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(6), 837.

McKnight, J. & Block P. (2010). *The abundant community: Awakening the power of families and neighbourhoods*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers Inc.

Riessman, F. (1965) *The helper therapy principle*, *Social Work*, 10(2), 27-32.

Sheedy, C. & Whitter, M. (2009) *Guiding principles and elements of Recovery-Oriented Systems of Care: What do we know from the research?* HHS Publication No (SMA) 09-4439. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). *An integrative theory of intergroup conflict*. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-47). Monterey, CA.: Brooks/Cole.

UK Drug Policy Commission. (2008). *The UK drug policy commission recovery consensus group: A vision of recovery*. London: UK Drug Policy Commission.

White, W. & Best, D. (2019) *Recovery cascades*, <http://www.williamwhitepapers.com.blog/2019/05/recovery-cascades-bill-white-and-david-best>. Accessed: 22.5.19

Wilton R. and DeVerteuil, G. (2006). "Spaces of sobriety/sites of power: Examining social model alcohol recovery programs as therapeutic landscapes". *Social Science and Medicine* 63:649-661.



KLINIKA ASPIRE DONCASTER, VELIKA BRITANIJA

– SERVISI PO MJERI KORISNIKA



STUART GREEN

Aspire - Servisi za droge i alkohol je partnerstvo NHS-a (RDASH) i registrovane dobrotvorne organizacije Servis za alkohol i droge u Hull-u. Aspire pruža nekoliko servisa, počevši od servisa smanjenja štete (razmjene igala, BBV testiranja i vakcinacije), preko strukturiranih tretmana kao što su propisivanje supstitucijske terapije, te sve do rezidencijalnog rehabilitacijskog tretmana za stanovništvo Doncastera, koji je nekada bio rudarska zajednica u Yorkshire-u u Velikoj Britaniji. Na ovom području postoje veliki izazovi vezani za zdravlje i blagostanje, deprivaciju i siromaštvo. Doncaster ima 350 000 stanovnika, a zbog kulture prekomjernog pijenja, zabilježeno je oko 4 000 osoba koje problematično koriste alkohol i oko 2 500 osoba koje problematično koriste psihoaktivne supstance, a koje su identificirane putem strateške procjene potreba.

Doncaster je istorijsko trgovačko mjesto koje ima i trkalište. U Doncasteru postoje tri zatvora, a grad je prošao i promjene u industriji kroz prelaz na skladištenje i distribuciju. Također, nedavno otvoreni aerodrom smatra se centrom logističkih aktivnosti nacionalnih i međunarodnih kompanija.

Aspire, kao ustanova namjenjena za odrasle osobe, trenutno ima 1 600 osoba u tretmanu, od kojih je 1 100 osoba na opijatskoj supstitucijskoj terapiji, a ostale su uključene u druge servise za ovisnosti o drogama ili alkoholu.





Aspire je ponosan što je lider u inicijativi Gradovi Oporavka (eng. Recovery Cities). Značajno doprinosi vidljivosti oporavka i kolektivnom učenju kroz Koledž za oporavak i Igre za oporavak (eng. Recovery College and Recovery Games). Aspire također prepoznaje i gradi na postojećim jakostima unutar lokalne zajednice kroz prepoznavanje resursa u građanima koji su korisnici Aspire - Servisa za droge i alkohol.

POZADINA

Iako nekoliko godina zaostaje, čini se da Velika Britanija slijedi slične trendove kao i SAD. Trenutno, SAD je pogođena opijatskom epidemijom što je dovelo do toga da su Velika Britanija i Evropa postale jedan od glavnih potrošača kokaina. Iako je čistoća ostala izuzetno velika, cijena kokaina u Velikoj Britaniji je pala, sa prosječnom cijenom od 40 funti po gramu. Još više zabrinjava činjenica da se u Velikoj Britaniji kokain i alkohol konzumiraju zajedno tokom noćnih izlazaka, čime štete uzrokovane upotrebom alkohola koje su u porastu, imaju daljnji uticaj i na potencijalno oštećenje jetre uslijed prekomjernog pijenja pri konzumiranju kokaina.

Velika Britanija ima jasne smjernice vezane za strategiju za borbu protiv droga (desetogodišnji plan) koja se zasniva na tri ključna stuba, a to su smanjenje ponude, edukacija i tretman. Među organizacijama koje se zalažu za smanjenje štete, postoji rastući razvoj mišljenja i podrške za razmatranje dekriminalizacije kao

i za uspostavljanje lokacija na kojima osobe mogu bezbjednije koristiti drogu, poput centara za injektiranje droga pod nadzorom medicinskog osoblja. Jedna od aktivnosti koje su čini se postigle značajne rezultate jeste uvođenje testiranja droga na festivalima, koje često sprovode organizacije poput Loop-a. Pretpostavlja se da ove aktivnosti imaju efekta, jer posjetitelji festivala traže efekat droge i čini se da su u nekim slučajevima spremni odbaciti drogu koja po sastavu ne odgovara onome što su mislili da su kupili. Glavni razlozi zbog kojih se Velika Britanija ne kreće prema dekriminalizaciji mogu se utvrditi i kroz "Overtonov prozor" ("Prozor diskursa") koji predstavlja model onoga što je politički prihvatljivo.

Praksa orijentisana na oporavak ključna je za socijalnu integraciju i izgradnju zajednice, što jasno dokazuje i naš rad vezan za Gradove Oporavka (eng. Recovery Cities). Također, na značaj socijalne integracije ukazuje i završna faza oporavka koja podrazumijeva da zajednica prihvata ljude koji su imali probleme vezane za ovisnost kao cijenjene građane koji doprinose lokalnoj ekonomiji i društvu čiji su dio i "povratnici u zajednicu". U Doncasteru sa ponosom prikazujemo vidljivo atraktivan oporavak u lokalnoj zajednici, kroz događaje poput Igara Oporavka (eng. Recovery Games), koji objedinjuju čitav niz biopsihosocijalnih intervencija kako bi se omogućilo dalje izgrađivanje kapitala za oporavak.

Praksa orijentisana na oporavak na terenu također prepoznaje resurse i jake strane koje pacijent unosi u odnos i koje dalje izgrađuje. Ti resursi su ključni za postizanje neovisnosti, umjesto ovisnosti o profesionalcima, a izgrađuju i pozitivni socijalni kapital.

PREGLED SA PRAKTIČNOG STANOVIŠTA - ŠTA SE DOGAĐA KADA NEKO DOĐE PO POMOĆ?

Aspire u Doncasteru, kao i mnogi britanski servisi, nudi mnogo formalnih i neformalnih puteva ulaska u tretman. Najviše preferirani put je dolazak prema ličnom odabiru u dio servisa pod nazivom "Single Point of Access". Drugi načini uključivanja u servise su putem krivično-pravnog sistema, zbog počinjenih krivičnih djela. Također, zastupljena su i upućivanja od strane stručnjaka iz službi koje pružaju servise za: akutna stanja, sekundarnu njegu, fizičko i mentalno zdravlje, kao i servise u okviru primarne njege kao što su ordinacije opće prakse.

Po dolasku osobe provodi se holistička i povjerljiva procjena koja uključuje pregled istorije, trenutne probleme, upotrebu droga i/ili alkohola, procjenu kapitala za oporavak i faktora rizika, kao što je način upotrebe, na primjer ubrizgavanje. Na osnovu procjene kreira se plan oporavka koji se fokusira na jake strane kao i na ciljeve. Ključna stavka u ovom procesu je ustanoviti kapital za oporavak kroz biopsihosocijalne oblasti života svake osobe koja



kontaktira servise. U servisima preovladava stanovište iz ugla smanjenja štete, koje nalaže da treba obezbijediti zaštitu korisnika kroz informirani izbor vezano za upotrebu alkohola ili ilegalnih droga, razmjenu igala, Naloxona, pružanja kratkih intervencija, te osigurati da se šira prevencija štete za porodice i lokalnu zajednicu uzima u obzir.

Za izgradnju ličnog kapitala važno je sagledati socijalnu mrežu podrške, kako konstruktivnu tako i destruktivnu, kao i zloupotrebu supstanci, uključujući nedoumice i okidače za svakog pojedinca. Aspire servis ima za cilj da ponudi trostruki pristup izgradnji socijalnog kapitala, na primjer, kroz grupe za podršku, AN i AA, propisivanje lijekova uključujući i blokatore, terapije razgovorom koje provodi stručno osoblje ili medicinske sestre, koristeći tehnike motivacijskog intervjuisanja, terapije fokusirane na rješenja i kognitivno bihevioralne terapije koja može biti pružena individualno ili kroz grupe.

Digitalna samopomoć i druge vrste dodatne podrške koja uključuje povezivanje sa prik-

ladnim opcijama za stanovanje, teretanama i opcijama za zaposlenje također se smatraju dijelom integriranog pristupa okolnostima pojedinaca. Ovaj pristup može uključivati i plan za vraćanje dugova i rješavanje širih problema sa fizičkim i mentalnim zdravljem, poput zakazivanja za pregled kod zubara i ljekara opće prakse.

SPEKTAR RAZLIČITIH SERVISA

Aspire nastoji da ponudi intervencije za sve faze ciklusa promjene vezane za upotrebu droga i prateća ponašanja te shodno tome struktura svoje servise. Između ostalog, za osobe koje i dalje koriste droge ili alkohol, pružaju se mogućnosti da smanje štetu uzrokovanu upotrebom. Put često vodi klijente od smanjenja štete do dugotrajne terapije razgovorom i propisivanja supstitucijskih lijekova, nakon čega slijedi detoksikacija i program oporavka zasnovan na apstinenciji. U okviru ovih servisa, za bivše klijente dostupni su i kontrolni pregledi nakon otpuštanja kako bi im se pomoglo kroz kontinuiranu podršku i prevenciju recidiva. Aspire također ima pristup budžetu za rehabilitaciju koji omogućava rezidencijalni tretman.

Aspire ima profesionalno osoblje koje uključuje babicu, medicinske sestre za njegu rana, savjetnike za zaposlenje, obuku i obrazovanje koji podržavaju neke od dinamičnijih zdravstvenih i socijalnih pitanja s kojima se klijenti susreću.

PROFIL OSOBA KOJI SU U KONTAKTU SA SERVISIMA

Aspire u svom sistemu tretmana ima 0,5% od ukupno 350 000 stanovnika Doncastera. Ovo je grupa koja stari jer tretman ima zaštitni faktor. Pri profiliranju klijenata, primjećujemo da prosječna dob populacije u tretmanu polako raste i omjer je četiri muškarca prema jednoj ženi, pretežno Britanaca bijelaca. Glavna grupa je u tretmanu duži vremenski period za ovisnost od opijata i nalazi se na opijatskoj supstitucijskoj terapiji (metadon). Velika grupa klijenata ima značajan kontakt sa djecom i probleme sa stanovanjem i zaposlenjem. Osobe sa višestrukom ovisnošću o drogama i alkoholu sa složenim stanjima u komorbiditetu često imaju dijagnosticirane i druge povezane poremećaje vezane za traumu, poput post traumatskog stresnog poremećaja, trauma iz djetinjstva, na primjer, fizičko zlostavljanje/zanemarivanje ili narušeno mentalno zdravlje. U Doncasteru, kao i u mnogim drugim gradovima u Velikoj Britaniji, veoma je prisutna problematična upotreba alkohola što rezultira povećanim brojem prijema u bolnicu zbog zdravstvenih problema. Osobe koje prekomjerno piju obično se ne obraćaju službama za pomoć, često se protive promjeni i funkcionalni su članovi lokalne zajednice. Škotska je nedavno uvela Zakon koji određuje minimalnu cijenu prodaje alkohola i dokazi su pokazali da je to smanjilo konzumiranje alkohola. Međutim, postoji čitava rasprava o tome da li se osobe koje problematično upotreblja-

vaju alkohol, uvođenjem ovog Zakona guraju u siromaštvo i povezano ponašanje koje vodi u dalju ovisnost.

MEDICINSKI POTPOMOGNUT OPORAVAK

Velika skupina pacijenata u Doncasteru nalazi se na opijatskoj supstitucijskoj terapiji zbog upotrebe ilegalnih opijata. Trenutno, Servis razmatra mogućnost da ovu skupinu dalje razvrsta u tri podgrupe. Oni pacijenti kojima se OST dugoročno propisuje, koji su stabilni i žive ispunjene živote, tretiraju se kao osobe sa bilo kojim drugim zdravstvenim stanjem kojima je potreban dugoročni tretman. Oni imaju redovne preglede i iako služba prepoznaje da samo propisivanje ne stvara promjene, ovi pojedinci imaju dovoljno kapitala za oporavak da bi ih mogli smatrati samostalnim u smislu pozitivnih promjena. Tokom godine sprovode se i redovne procjene u sklopu kojih se nude daljnje intervencije poput detoksikacije i grupa podrške.

Propisivanje metadona i dalje nastavlja biti najviše korištena vrsta tretmana koja se pruža osobama sa problemom opijatske ovisnosti, kao prva intervencija koju karakteriše brz ulazak u tretman, npr. nakon izlaska iz zatvora ili otpuštanja iz bolnice, te u smislu kontinuiteta propisivanja nakon transfera ili nastavka tretmana. U Doncasteru je prepoznata grupa koja i dalje koristi ilegalne opijate uz metadon. Iz perspektive smanjenja štete razmatramo



optimalna terapija, da li je upotreba droga smanjena i postoje li pozitivni zdravstveni benefiti kao rezultat toga da pojedinac ne nabavlja ili koristi ilegalne droge u istoj mjeri, i ako jeste, smatra se da je šteta smanjena. Raspon propisivane opijatske supstitucijske terapije obično je između 40 mg i 100 mg, gdje se kod većine korisnika u početku konzumacija nadzire na dnevnoj osnovi, što predstavlja i uslov u apotekama da bi se osigurala usaglašena upotreba.

Unutar sistema tretmana postoji niz psihosocijalnih grupa i intervencija koje su pogodne da podrže osobu da sagleda promjene u ponašanju koje su navedene u NICE smjernicama. One uključuju prevenciju recidiva, kao i motivacijsko intervjuisanje, mapiranje koje bi osobe usmjerilo prema apstinenciji ili izlazu iz tretmana i pomoglo im da nauče nove načine rješavanja problema bez upotrebe supstanci.

Postoji poznata izreka „mrtvi ljudi se ne oporavljaju“, tako da je metadon kao osnova supstitucijske terapije, presudan za angažman i rad sa pojedincima na promjeni ponašanja, ali i podrazumijeva da je ponekad relaps dio procesa. Promjena se ne mjeri na osnovu toga koliko je niska doza lijeka koji osoba uzima, već na osnovu kvalitete pozitivnog kapitala koji osoba gradi u svom životu kao što su posao, porodica i sreća. Doncaster je privilegovan što ima bolnicu za detoksikaciju sa deset kreveta i dnevni pro-

gram rehabilitacije koji se zove Novi počeci. Ovi servisi omogućuju osobama tranziciju na oporavak od ovisnosti o drogama ili alkoholu koji se zasniva na apstinenciji, koji vodi ka smislenim aktivnostima kao što su volontiranje, zaposlenje, obrazovanje ili roditeljstvo. Program nudi kognitivno-bihevioralni pristup u terapijskom okruženju.

IZAZOVI

U kriminalnom podzemlju ponudom droge upravljaju organizovane kriminalne grupe (OKG) koje postaju sve više nasilne, bolje opremljene korištenjem digitalnih i drugih načina komunikacije poput dark web-a. Ove OKG koriste djecu za prenošenje droge širom zemlje, "linijama okruga". Temelj većine OKG često je nezakonita aktivnost prodaje droga što uzrokuje ratove za teritoriju i potencijalnu trku u naoružanju protiv rivalskih OKG. Servisi za tretman i oporavak u Velikoj Britaniji i dalje potiču prepoznavanje ovisnosti kao zdravstvenog stanja i pokušavaju izbjeći stigmatizaciju. Gdje god je to moguće, potpuni oporavak bi se trebao smatrati ciljem, iako se ponekad može smatrati ambicioznim ishodom za neke osobe koje često imaju složene i dugotrajne probleme.

Unutar mreže osoba u oporavku i organizacija koje ih podržavaju postoji značajan nivo vidljivosti, kroz događaje i društvene mreže, koji kreira koristan ambijent nade i uvjerenje da se oporavak može postići i da je oporavak moguć.



ZAKLIUČAK

Postoji velika potreba za kontinuiranim razvojem pristupa kao što su Inkluzivni Gradovi (eng. Inclusive Cities), za prevazilaženjem stigme i prepoznavanjem ovisnosti kao zdravstvenog stanja unutar naših lokalnih zajednica na zdravstvenom i socijalnom nivou koji će doprinijeti dugoročnoj pozitivnoj promjeni u ovoj oblasti.

Također je potreban nastavak saradnje sa svim službama koje se bave fizičkim i mentalnim zdravljem, sa fokusom na ustanove u okviru kojih pojedinci često traže pomoć izvan uobičajenih tokova, kao što su bolnice, hosteli i zatvori.

Za rad sa ovom grupom klijenata - osobama pogođenim ovisnošću o drogama - potreban je snažan klinički nadzor i podrška osoblja. Također bi trebao postojati određen stepen fleksibilnosti da se osobe susretnu pod njihovim uslovima i da se pomoć pruža u različitim okruženjima kao što su primarna njega, bolnice, te tradicionalni outreach.

Aspire - Servisi za droge i alkohol i sistem tretmana u Velikoj Britaniji mogu puno naučiti iz nacionalnih i internacionalnih pristupa zloupotrebi droga i oporavku od ovisnosti. A također postoji rastući pokret koji zastupa stav da ključna uloga u postizanju oporavka i blagostanja pojedinaca pripada lokalnoj zajednici i njenim građanima.



O AUTORIMA

David Best, PhD, *Profesor kriminologije, Univerzitet Derby, Velika Britanija*

Dr. Best je profesor kriminologije na Derby univerzitetu i počasni profesor Regulacije i globalnog upravljanja na Australskom nacionalnom univerzitetu. Po struci je psiholog i kriminolog, a radio je u praksi, na istraživanjima i politici u oblastima oporavka od ovisnosti i rehabilitacije prestupnika. Napisao je ili bio dio uredničkog tima šest knjiga o oporavku od ovisnosti, te je autor više od 180 recenziranih publikacija u stručnim časopisima i oko 70 poglavlja knjiga i tehničkih izvještaja.

Mulka Nišić, *Regionalna koordinatorica, Udruženje Proslavi Oporavak, Bosna i Hercegovina*

Mulka Nišić je diplomirala na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Sarajevu, na Odsjeku za socijalni rad, te prošla niz edukacija iz oblasti psihologije, oporavka od ovisnosti i politika o drogama. Gospođa Nišić je od 2015. godine aktivno angažirana u oblastima borbe protiv zloupotrebe droga, oporavka od ovisnosti i politikama o drogama, prvo kao Koordinatorica regionalnog projekta u Udruženju Proslavi Oporavak iz Sarajeva, Bosna i Hercegovina, a zatim i kao Communication Officer u EURAD-u, evropskoj mreži za prevenciju, tretman i oporavak. Predstavljala je regiju Zapadne Evrope u sklopu Radne grupe civilnog društva- CSTF koja je radila pripremu za Ministarski segment 62. sjednice UN-ove Komisije za droge (CND) 2019. godine.

Neil McKeganey, *Direktor, Centar za istraživanja o zloupotrebi opojnih droga, Velika Britanija*

Neil McKeganey je doktor nauka iz oblasti sociologije. 1994. godine osnovao je Centar za istraživanja o zloupotrebi opojnih droga (Centre for Drug Misuse Research-CDMR) na Univerzitetu u Glasgowu. Od 2011. godine vodi razvoj Centra kao neovisne istraživačke grupe. Autor je više od 150 recenziranih radova o aspektima ovisnosti i zloupotrebe droga i osam knjiga. Neka od trenutnih istraživanja u kojima je uključen su u vezi uticaja velikih zaplijena droge, učinkovitosti liječenja ovisnosti u zatvorima, relativne učinkovitosti različitih modaliteta liječenja ovisnosti, istraživanje o iskustvima korisnika elektronskih cigareta i utjecaj nikotinske politike.

Stuart Green, *Menadžer, ASPIRE Služba za droge i alkohol, Doncaster*

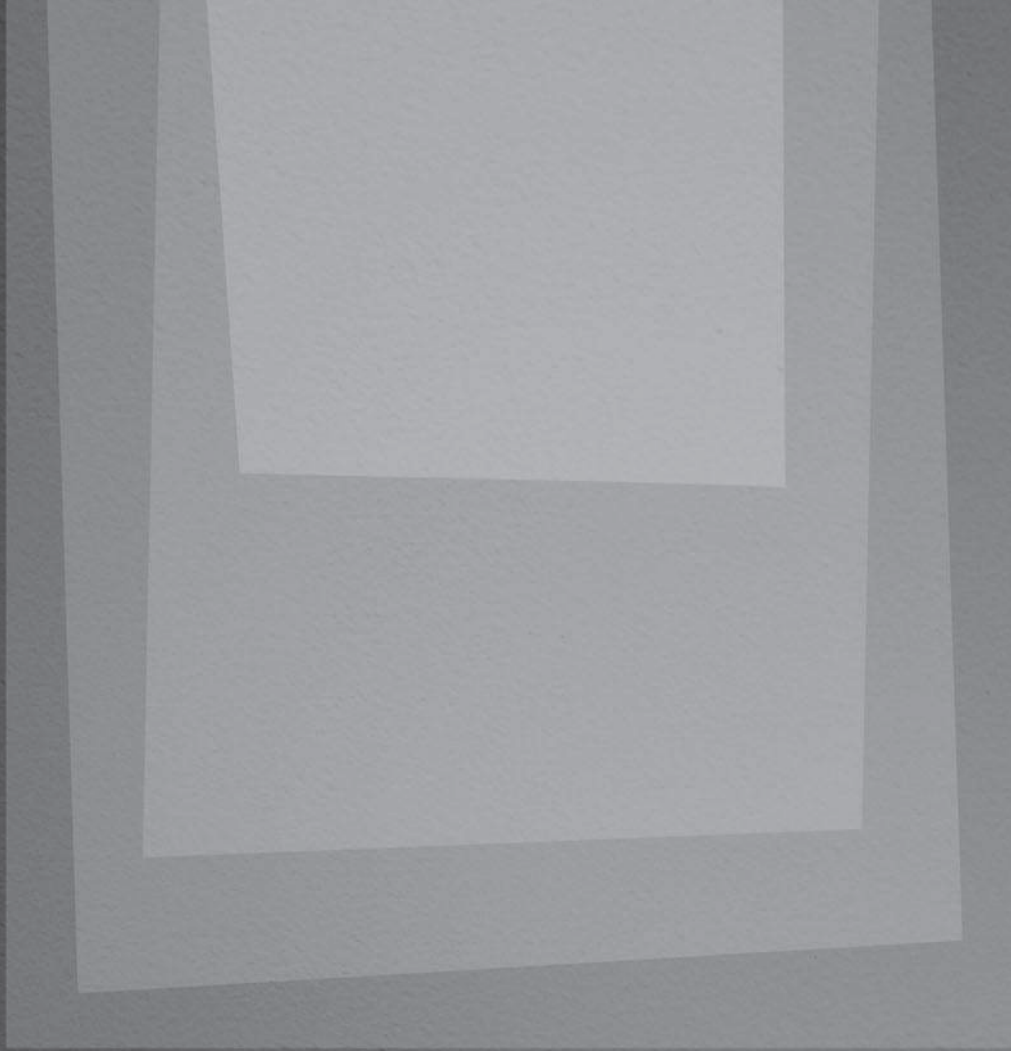
Stuart Green radi u ovoj oblasti više od 16 godina i dio je Foruma za oporavak u Yorkshireu i Humberu. Radio je u rezidencijalnom rehabilitacijskom centru u Londonu, zatim kao praktičar u direktnom kontaktu sa korisnicima u Doncasteru, i taj angažman ga je potakao na razvoj outreach programa i servisa u Stainforthu. Njegova ključna dostignuća su povezana sa podržavanjem početnog pokretanja i razvoja Programa Novi počeci (the New Beginnings Programme) u 2005. godini, a od novembra 2013. gospodin Green upravlja ASPIRE Službom za droge i alkohol za Doncaster.

SAMSHA

Ovu publikaciju je za SAMSHA-u (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) pripremila Angela Halvorson, consultant Abt Associates Inc., pod vodstvom Melanie Whitter, Abt Associates Inc., i brojem ugovora 270-03-9000, sa SAMHSA-om, U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Shannon B. Taitt, M.P.A. je u to vrijeme bila predstavnik vlade na poziciji Project Officer.

Borislav Goić, *Predsjednik, Udruženje Proslavi Oporavak, Bosna i Hercegovina*

Borislav Goić se aktivno uključuje u borbu protiv zloupotrebe droga od 2004. godine. 2008. godine postaje suosnivač i Predsjednik nevladine organizacije Proslavi Oporavak te aktivno učestvuje i podržava osnivanje i rad drugih sličnih organizacija civilnog društva na području Balkana. Jedan je od pokretača regionalne konferencije bivših ovisnika koja se na godišnjoj bazi održava u Sarajevu. 2012. godine gospodin Goić se uključuje u kreiranje globalnih politika o drogama te postaje Predsjednik Mreže oporavljenih ovisnika (RUN), a takođe, jedan je od članova odbora EURAD-a, Evropske mreže za prevenciju, tretman i oporavak. Aktivno je učestvovao i u radnoj grupi za kreiranje nove Državne strategije nadzora nad opojnim drogama, sprječavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u BiH (2019-2023).



**PROSLAVI
OPORAVAK**

NVO za resocijalizaciju bivših ovisnika.

Novembar 2019