

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Venija Cerovečki Nekić

**Uspješnost liječenja ovisnika o opijatima
zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj
medicini u Hrvatskoj**

DISERTACIJA



Zagreb, 2013.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Venija Cerovečki Nekić

**Uspješnost liječenja ovisnika o opijatima
zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj
medicini u Hrvatskoj**

DISERTACIJA

Zagreb, 2013.

Disertacija je izrađena na Katedri za obiteljsku medicinu, Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta, Sveučilišta u Zagrebu.

Voditelj rada: prof. dr. sc. Hrvoje Tiljak

Svima koji su svojom dobrotom, znanjem, iskustvom i strpljenjem pridonijeli
završetku ovog rada od srca zahvaljujem.

Andriji veliko hvala jer svemu što činim daje smisao.

SADRŽAJ

1.	UVOD.....	1
1.1.	Ovisnost o opijatima.....	1
1.2.	Ovisnost o opijatima kao kronična bolest.....	2
1.3.	Uloga liječnika obiteljske medicine u skrbi za ovisnike o opijatima.....	3
1.4.	Hrvatski model liječenja ovisnika o opijatima, moguće prepreke te druge mogućnosti u organizaciji skrbi za ovisnike.....	5
1.5.	Osiguranje kvalitete skrbi za ovisnike o opijatima.....	10
2.	HIPOTEZE.....	14
3.	CILJ.....	15
3.1.	Opći cilj istraživanja.....	15
3.2.	Specifični ciljevi istraživanja.....	15
4.	ISPITANICI I METODE.....	16
4.1.	Istraživana populacija.....	16
4.2.	Uzorak liječnika.....	18
4.3.	Upitnik.....	19
4.4.	Tijek istraživanja.....	21
4.4.1.	Pripremna faza istraživanja.....	21
4.4.2.	Provedba istraživanja.....	21
4.4.3.	Prikupljanje podataka.....	22
4.4.4.	Definicija primijenjenih ishoda skrbi pri procjeni uspješnosti liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini.....	22
4.4.5.	Hodogram istraživanja.....	24
4.5.	Statistička analiza.....	25
5.	REZULTATI.....	26
5.1.	Karakteristike ovisnika o opijatima uključenih u liječenje zamjenskom terapijom metadonom.....	26
5.2.	Kontinuitet skrbi.....	28
5.3.	Procjena uspješnosti liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini.....	39

6.	RASPRAVA.....	47
6.1.	Karakteristike ovisnika o opijatima uključenih u liječenje zamjenskom terapijom metadonom.....	47
6.2.	Kontinuitet skrbi.....	56
6.2.1	Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz remisiju bolesti.....	59
6.2.2.	Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz sklonost deliktu.....	61
6.2.3.	Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz kontakt s medicinskim osobljem.....	62
6.2.4.	Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz način uzimanja terapije.....	64
6.2.5.	Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz podatke o uposlenosti.....	65
6.2.6.	Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz životni stil.....	67
6.2.7.	Razlozi prestanku praćenja ovisnika o opijatima uključenih u istraživanje.....	68
6.3.	Procjena uspješnosti liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini.....	71
6.3.1.	Procjena uspješnosti liječenja bolesti ovisnosti prema zadržavanju u programu.....	71
6.3.2.	Postizanje remisije bolesti ovisnosti i zadržavanje u programu.....	73
6.3.3.	Životni stil ovisnika o opijatima i zadržavanje u programu.....	75
6.3.4.	Sklonost deliktu ovisnika o opijatima i zadržavanje u programu.....	77
6.3.5.	Ekonomska samostalnost i zadržavanje u programu.....	78
6.3.6.	Utjecaj remisije, sklonosti deliktu, životnog stila i ekonomske samostalnosti na zadržavanje u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom procijenjen logističkom regresijom.....	79
7.	ZAKLJUČCI.....	83
8.	SAŽETAK.....	84

9.	SUMMARY.....	86
10.	LITERATURA.....	88
11.	ŽIVOTOPIS.....	97
12.	PRILOG.....	98

1. UVOD

1. 1. Ovisnost o opijatima

Ovisnost o opijatima je kronična i recidivirajuća bolest, te ju te karakteristike čine bolešću u čijem liječenju je prisutnost liječnika obiteljske medicine neophodna. Naime, liječnik ovog profila ima važnu ulogu u prevenciji, otkrivanju, liječenju i praćenju svih ovisnosti pa tako i ovisnosti o opijatima (1).

Ovisnost o opijatima je bolest kao i sve druge bolesti koja ima svoju definiciju, etiologiju, razvoj i kliničku sliku te različite mogućnosti u liječenju. U liječenju ovisnosti o opijatima koja je sociopatološki fenomen profesionalci moraju u svoje odluke o dijagnostici i terapiji ove bolesti ukalkulirati sve aspekte ovog problema (2).

Svjetska zdravstvena organizacija je ovisnost cjelovito definirala uzimajući u obzir kriterije DSM-IV, ICD-10 kao i Međunarodnu klasifikaciju bolesti – X revizija. Prema toj definiciji ovisnost je definirana kao bolest tj. psihičko, a katkad i fizičko stanje koje nastaje zbog međuodnosa živog organizma i višekratnog uzimanja psihoaktivne tvari, a karakterizirano je ponašanjem i drugim duševnim procesima koji uvijek uključuju unutarnju prinudu da se, unatoč svjesnosti o prisutnim štetnim posljedicama nastavi s povremenim ili redovitim uzimanjem tvari kako bi se doživjela ugodna ili izbjegla patnja zbog suzdržavanja(2).

Zloupotreba psihoaktivnih tvari prethodi razvoju ovisnosti i podrazumijeva prisutnost štetnih posljedica vezanih uz višekratno uzimanje adiktivne supstance, ali nije prisutan niti razvijen obrazac prisilnog uzimanja te nema razvijene tolerancije kao ni simptoma suzdržavanja (2).

Psihička ovisnost podrazumijeva gubitak kontrole i prisutnost unutarnje prisile za povremenim ili redovitim uzimanjem sredstava ovisnosti kako bi se postigao osjećaj ugone tj. izbjegao osjećaj neugode. Pri prisustvu psihičke ovisnosti znakovi apstinencije su psihičkog karaktera.

Fizička je ovisnost stanje prilagodbe organizma kao i staničnih procesa na sredstvo ovisnosti koje se manifestira karakterističnim poremećajem fizičke i psihičke prirode prilikom prekida ili značajno smanjenog unosa psihoaktivne tvari (2).

Ako do opetovanog konzumiranja droge ipak dođe intenzitet doživljene ugone ovisit će o genetici tj. biologiji mozga, vrsti konzumirane droge ali i psihičkom stanju konzumenta. Ugoda može biti tako snažna da u konzumenta izaziva ogroman poriv za ponovnim konzumiranjem droge kako bi se osjećaj doživljene ugone ponovio (3,4,5).

Hoće li se to doista dogoditi ovisi o složenim mentalnim procesima u području frontoorbitalnog korteksa, a opetovano uzimanje adiktivnog sredstva dovest će do funkcionalnih promjena rada mozga osobito limbičkog sustava s dopaminskim centrima za ugodu (6,7).

1. 2. Ovisnost o opijatima kao kronična bolest

Kronična bolest pa tako i ovisnost o opijatima je takav poremećaj organa, sustava organa ili cijelog organizma koji dovodi do poremećaja psihičkog, tjelesnog i socijalnog funkcioniranja pojedinca, a oboljelog sprječava u potpunom obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Kronična bolest ne pogađa samo oboljelog već ostavlja posljedice i na njegovu obitelj(8,9). Kronična bolest pa tako i ovisnost o opijatima zbog svojih osnovnih karakteristika, dugotrajnosti i progresije, zahtijeva dug medicinski nadzor i kontinuiranu skrb (8).

Detaljna neuroznanstvena istraživanja zadnjih dvadesetak godina potvrđuju da je ovisnost o opijatima kronična bolest mozga što je potvrđeno i najnaprednijim tehnikama pretraživanja funkcioniranja mozga . Liječenje ovisnika o opijatima je dugotrajno budući da je opetovano uzimanje droge dovelo do razvoja ovisnosti i funkcionalnog poremećaja mozga. Ova činjenica govori u prilog stavu da kod ovisnika ne možemo govoriti o izlječenju i kada postoji

dugogodišnja apstinencija već možemo govoriti samo o stabilnoj ili manje stabilnoj apstinenciji (7,10).

Ovisnost o opijatima smatra se dugotrajnom, kroničnom, recidivu sklonom bolešću koja doživotno opterećuje zdravlje oboljelog. S druge strane, priroda bolesti stvara uvjete za diskontinuitet liječenja i slabiju suradnju terapeuta i pacijenta nego u drugim kroničnim bolestima. Zbog toga je otežan uvid u dugotrajni tijek bolesti, kao i realističan uvid u rezultate pojedinih oblika liječenja.

Ovo istraživanje temeljeno na dugotrajnom praćenju, kontinuitetu skrbi i osiguranju kvalitete skrbi za ovisnike o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini u Republici Hrvatskoj je jedinstveno i treba osigurati unapređenje skrbi za ove kronične bolesnike poglavito zbog toga što podatke za istraživanje pronalazi u zdravstvenom kartonu pacijenta u skrbi liječnika obiteljske medicine koji je iznimno vrijedan izvor za istraživanje o bolesniku, bolestima i zdravstvenoj zaštiti koja mu se pruža. (11,12).

1. 3. Uloga liječnika obiteljske medicine u skrbi za ovisnike o opijatima

Zlouporaba psihoaktivnih tvari kao i bolest ovisnosti zahtijevaju specifična znanja iz područja etiologije i kliničkog tijeka ovih pojava te su neophodna u provođenju ispravnog liječenja ovih bolesnika.

Opći trend promoviranja skrbi za ovisnike o opijatima u okviru svakodnevnog rada liječnika obiteljske medicine dao je liječnicima obiteljske medicine proaktivnu ulogu u liječenju ovih kroničnih bolesnika. Uključivanje liječnika obiteljske medicine u skrb za ovisnike o opijatima doprinosi cjelokupnoj i sveobuhvatnoj skrbi za ove kronične bolesnike kao i smanjenju izolacije i stigmatizacije ovisnika(13).

Provedeno kohortno istraživanje Saitza i suradnika je pokazalo da liječenje ovisnosti unutar primarne zdravstvene zaštite dovodi do pada stupnja težine ovisnosti što sugerira uključivanje liječnika obiteljske medicine u liječenje ovisnika(14).

Ljudsko biće prije svega nastoji zadovoljiti svoje potrebe za doživljavanjem ugone. Korištenje opojnih droga u svrhu postizanja ugone treba smatrati opasnim, štetnim i društveno neprihvatljivim. Najnovija istraživanja iz područja bolesti ovisnosti ukazuju na činjenicu da djeca u nepovoljnim okolinskim uvjetima mogu biti uskraćena za doživljaj životne radosti što dovodi do pada dopaminskih D2 receptora te posljedično do smanjenog osjećaja ugone potaknutog prirodnim aktivnostima što dakako povećava rizik postizanja ugone konzumacijom droge (15).

Rizik od posezanja za drogom u djeteta isprepleten je međudjelovanjem nekoliko čimbenika: funkcioniranjem obitelji, biološkom dispozicijom te okruženjem u kojem se dijete nalazi. Stoga je neophodno u prevenciji i liječenju ovisnosti utjecati na dostupnost droga kao i organizaciju preventivnih programa u koje treba uključiti obitelj, odgojno-obrazovni sustav, sustav zdravstva, socijalne skrbi kao i lokalne zajednice (16,17,18,19,20).

Liječnik obiteljske medicine koji je svjedok odrastanja djece za koju skrbi mora uvijek imati na umu da je utjecaj odgoja presudan u formiranju osobnosti i stvaranju mentalne konstrukcije u kojoj su osnovne funkcije mozga dobro razvijene i organizirane (21).

Isto tako neophodno je da ovaj profil profesionalaca u svom svakodnevnom radu ne zaboravi na iznimno veliku potrebu ranog otkrivanja rizične djece čiji je odgoj neizmjereno težak te su potrebni posebni pristupi u odgoju, ali i stručna pomoć roditeljima kako bi se smanjio rizik da ta djeca u budućnosti postanu ovisnici s dvije dijagnoze budući da je psihijatrijski komorbiditet prisutan u 30-60% ovisnika (22,23).

Kako se liječenje ovisnika o opijatima u Republici Hrvatskoj odvija u okviru konzultacije u obiteljskoj medicini koja je vrlo složena važno je reći da konzultacija može uključiti zbrinjavanje aktualnog problema koji može biti neposredni razlog dolasku liječniku, podrazumijeva nastavak kontinuirane skrbi za kronične bolesnike tj. ovisnike, te elemente

zdravstvene edukacije, prevencije i promicanja zdravlja (24). Uspješna konzultacija mora se temeljiti na holističkom pristupu bolesnikovom problemu te je nužan preduvjet za prepoznavanje pacijentovih potreba i zasniva se na dobroj komunikaciji između bolesnika i liječnika koja će dovesti do odnosa temeljenog na uzajamnom povjerenju. Odnos liječnik bolesnik koji se temelji na uzajamnom povjerenju može već sam po sebi imati terapijski učinak i može omogućiti i iznošenje važnih osobnih informacija od strane bolesnika te vrlo korisno aktivno uključivanje bolesnika/ovisnika u proces liječenja. Čimbenici koji utječu na komunikaciju liječnika i bolesnika vezani su uz postojanje kontinuiteta skrbi te isto tako i uz obiteljske, socioekonomske i kulturološke značajke (25).

1. 4. Hrvatski model liječenja ovisnika o opijatima, moguće prepreke te druge mogućnosti u organizaciji skrbi za ovisnike

Iako u literaturi i stručnim krugovima postoji dilema treba li metadonski program provoditi specijalizirana služba ili to treba prepustiti obiteljskim liječnicima važno je reći da su oba načina provođenja ove metode liječenja moguća, ali i jedan i drugi moraju biti stalno podvrgnuti evaluaciji (26,27).

Udio od 0,9% opijatskih ovisnika na 1000 stanovnika u 1990. godini skočio je na 2,7% opijatskih ovisnika u 1999. godini te sustav za liječenje opijatske ovisnosti registrira svake godine oko 850 novih opijatskih ovisnika (28).

Zabrinjavajuća činjenica je prisutnost stalnog porasta broja novoregistriranih ovisnika u periodu od 2000. do 2006 godine. Prema podacima HZJZ-a za 2006. godinu ukupan broj ovisnika iznosio je 7427. Najveći dio ovih ovisnika, njih 5611 bili su opijatski ovisnici. Prema podacima HZJZ-a za 2007. godinu ukupan broj ovisnika iznosio je 7464. Najveći dio ovih ovisnika, njih 5703 bili su opijatski ovisnici(28).

U 2006. godini registrirano je 2001 novih ovisnika uključenih u sustav liječenja od čega su 876 bili opijatski ovisnici. U 2007. godini registrirano je 1779 novih ovisnika uključenih u sustav liječenja od čega su 800 bili opijatski ovisnici. Ovaj porast broja ovisnika u Republici Hrvatskoj stručnjaci nastoje objasniti negativnim socijalnim faktorima, teškom poslijeratnom situacijom, migracijom stanovništva, krizom modernog društva, krizom obitelji, poremećajem u društvenim vrijednostima te porastom kriminala što je sve zasigurno povezano sa ratnim i poslijeratnim zbivanjima. (28,29).

Prema podacima za 2007. godinu u Hrvatskoj prosječna životna dob prvog eksperimentiranja sa drogama je 15,9 godina, prosječna životna dob prvog iskustva sa heroinom je 20 godina, a intravenskog apliciranja heroina 20,8 godina dok je prosječna životna dob prvog uključivanja u sustav liječenja 25,7 godina. Ovi podaci neumitno govore da od vremena prvog konzumiranja sa drogama do prvog uključivanja u sustav liječenja ovisnosti prođe nenadoknadivih deset godina. Stoga je ključni cilj uključiti ovisnike o opijatima u neki od programa liječenja kao i isto tako motivirati ovisnike da ostanu u sustavu liječenja (29).

Konzumenti psihoaktivnih tvari populacija su koja je pod većim rizikom za obolijevanje od zaraznih bolesti koje se prenose krvlju. Prema prikupljenim podacima putem intervjua veliki broj ovisnika o heroinu zaraženo je virusom hepatitisa C, i za 2006. godinu taj postotak je iznosio 46,2%. Niži postotak ovisnika, njih 15,5% pozitivni su na virus hepatitisa B (28) .

Podaci o zaraženosti virusom HIVa, prikupljeni različitim metodama, govore o vrlo pozitivnoj situaciji tj. o vrlo niskoj incidenciji HIV infekcije u ovoj populaciji koja je za 2006. godinu iznosila 0,5%. Ovako nizak postotak raširenosti HIV infekcija u ovom dijelu populacije može se pripisati trajnoj edukaciji, sve boljoj informiranosti, farmakoterapiji ove kronične bolesti kao i dodatnim programima redukcije štete (*engl. harm reduction*)(28).

U 2007. godini u Republici Hrvatskoj zabilježene su 154 iznenadne smrti koje se mogu dovesti u svezu s uzimanjem psihoaktivnih droga. Od ukupnog broja umrlih, 118 (76,6%)

osoba je ranije bilo evidentirano unutar sustava za praćenje liječenih osoba (središnji Registar liječenih ovisnika), dok je 36(23,4%) osoba po prvi put registrirano samo na Potvrdi o smrti. Uzrok smrti u najvećem broju slučajeva je bilo predoziranje opijatima (104 osoba, tj. 67,5%) od kojih je kod 21 osobe na Potvrdi o smrti pisalo da se radi o predoziranju metadonom. Kod četiri osobe se radilo o intoksikaciji metadonom i više psihoaktivnih sredstava. Njih 32(20,8%) je umrlo od nekih drugih bolesti, uglavnom povezanih s posljedicama uzimanja psihoaktivnih tvari. To su bili hepatitis C, pneumonija, plućna embolija, intracerebralno krvarenje. Devet osoba je umrlo od posljedica različitih nesretnih slučajeva. Kod tri osobe je navedeno da se radi o samoubojstvu. Za jednu osobu nije naveden uzrok smrti (29).

Porast problema ovisnosti o opijatima koji je sredinom devedesetih godina dostigao razinu epidemije u Republici Hrvatskoj i položaj liječnika obiteljske medicine u sustavu zdravstva učinili su da liječenje ovisnosti o opijatima postane dio svakodnevnih obaveza liječnika obiteljske medicine poglavito u dijelu aktivnosti vezanih uz provođenje medikamentoznog liječenja metadonom (30).

Organizacija skrbi za ovisnike o opijatima u Republici Hrvatskoj uzela je u obzir kronicitet bolesti ovisnost, nepredvidivu dinamiku te konačni ishod liječenja. Liječenje ovisnika o opijatima u Republici Hrvatskoj provodi se unutar zdravstvenog sustava i podrazumijeva usku suradnju izvanbolničkih centara za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika i obiteljskih liječnika, te obitelji i zajednice. Ovaj sustav organizacije liječenja ovisnika o opijatima osigurava neophodnu stručnost profesionalaca uključenih u liječenje ovisnika kao i iznimno dobru dostupnost terapijskih mogućnosti u skrbi za ovisnike o opijatima. Hrvatski model liječenja ovisnika o opijatima u svojim aktivnostima integrira farmakoterapiju, psihoterapiju, preodgoj, psihoedukaciju, obiteljski postupak psihosocijalne intervencije, mjere prevencije širenja virusnih bolesti, kontrolu apstinencije te liječenje komorbiditetnih psihičkih poremećaja i somatskih bolesti. Koje će se aktivnosti u skrbi za ovisnika o opijatima koristiti

ovisi prije svega o individualnim potrebama ovisnika, ali i o dostupnosti i terapijskim kapacitetima (4).

Liječenje ovisnika o opijatima dugotrajan je proces, treba se provoditi prvenstveno u okviru zdravstvenog sustava, a pojedine mjere liječenja i rehabilitacije mogu se provoditi i izvan zdravstvenog sustava. Zbog toga je logičan pristup liječenju ovisnosti identičan pristupima koji se koriste u liječenju drugih kroničnih bolesti te plan liječenja uvijek treba prilagoditi potrebama pojedinca. Poštivanje individualnih potreba pri određivanju dnevne doze metadona pokazala se iznimno učinkovitom u postizanju željenih ishoda u liječenju ovisnika o opijatima te fleksibilnost u određivanju dnevne doze metadona svakako mora biti uvijek prisutna (31).

Pri planiranju liječenja svakako treba ukalkulirati i prepreke na koje ovisnici mogu naići pri donošenju odluke o uključivanju u sustav liječenja. Prije svega potrebno je osigurati što više programa za liječenje, što bolje funkcioniranje unutar programa za liječenje bolesti ovisnosti te dobre odnose i pozitivan stav profesionalaca prema ovisnicima (32).

Stoga je neophodno naglasiti i važnost terapijskog okruženja. Adekvatno medicinsko osoblje uključeno u provođenje metadonskog programa liječenja, dobra edukacija osoblja, dobra organizacija unutar programa, jedinstvena koordinacija programa te suradnja s ostalim stručnjacima uz primjenu metadona neophodni su za postizanje dobrih rezultata pri liječenju opijatskih ovisnika. Iz medicinske dokumentacije i iskustva liječnika obiteljske medicine čini se da vjerojatno postoji više skupina ovisnika koji se razlikuju po težini bolesti. Stoga je moguće pretpostaviti da je određena skupina ovisnika pogodnija za liječenje pojedinom terapijskom mogućnošću. Tako je kod određenog broja ovisnika racionalnije primijeniti program održavanja na metadonu. Za očekivati je da će ovaj program liječenja biti pogodniji za teže, dugogodišnje ovisnike.

Sustav liječenja ovisnosti o opijatima u Republici Hrvatskoj je obilježen širokom dostupnošću liječnika primarne zdravstvene zaštite (PZZ) posebice liječnika obiteljske medicine te uskom

suradnjom specijaliziranih izvanbolničkih centara za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika i timova obiteljskih liječnika. Liječnici obiteljske medicine su zaduženi za propisivanja lijekova preporučenih od specijaliste, svakodnevnu kontrolu zdravstvenog stanja ovisnika i redovitost uzimanja lijeka. Liječnik obiteljske medicine također je zadužen za cjelokupnu zdravstvenu skrb ovisnika vezanu uz druge zdravstvene potrebe (16). Takav model liječenja ovisnika o opijatima prepoznat je kao Hrvatski model i poznat je izvan granica Republike Hrvatske.

Prema Hrvatskom modelu liječenja opijatskih ovisnika liječnik obiteljske medicine ima nezamjenjivu ulogu u provođenju skrbi te kategorije kroničnih bolesnika. Hrvatski model podrazumijeva liječenje unutar zdravstvenog sustava, pristup u liječenju opijatskih ovisnika koji je identičan pristupu u skrbi za sve druge kronične bolesnike te dostupnost liječenja koja podrazumijeva usku suradnju izvanbolničkih centara za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika i obiteljskih liječnika, te obitelji i zajednice (33).

U kompleksnom pristupu liječenju opijatske ovisnosti uporaba opijatskih agonista nezamjenjiva je terapijska mjera u okviru medikamentoznog liječenja ovisnosti o opijatima (34). Medikamentozno liječenje koristi se kao jedan od elemenata u liječenju koji se nadopunjuje psihoterapijom, edukacijom i različitim oblicima psihosocijalne pomoći (16).

U okviru svog svakodnevnog rada već dugi niz godina liječnici obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj provode metadonski program liječenja ovisnosti o opijatima kao i liječenje ove bolesti buprenorfinom koji je na hrvatskom tržištu od 2004. godine.

Metadon kao opijatski agonist u liječenju bolesti ovisnosti koristi se od 1991. godine i troškovi liječenja u punom opsegu od strane HZZO-a pokriveni su od od samog početka. Buprenorfin je u Republici Hrvatskoj registriran kao parcijalni agonist za liječenje bolesti ovisnosti od 2004. godine no u posve identičnom režimu propisivanja kao i metadon nalazi se od siječnja 2007. godine te je to razlogom što je zadnja godina ovog istraživanja 2007.

Liječenje ovisnosti o opijatima opijatskim agonistom metadonom u Hrvatskoj ima dugogodišnju tradiciju te je stoga neophodna trajna evaluacija ovog oblika liječenja pogotovo u svjetlu situacije gdje metadon preporuča specijalist, a propisivanje lijeka i kontrolu svakodnevnog uzimanja lijeka obavlja liječnik obiteljske medicine.

Ciljevi primjene opijatskih agonista u liječenju ovisnosti o opijatima, indikacija za primjenu metadona kao i vrste programa te kriteriji za primjenu metadona definirani su Smjernicama za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom (35). Smjernice zasigurno osiguravaju unapređenje tretmana ovisnika o opijatima metadonom pogotovo ako je u provođenje metadonskog oblika liječenja putem smjernica uključen obiteljski liječnik (36).

1. 5. Osiguranje kvalitete skrbi za ovisnike o opijatima

U provođenju dugotrajnog liječenja neophodno je pratiti i evaluirati rezultate liječenja tj. procijeniti postignute ishode liječenja. Samo dugotrajnim praćenjem i opetovanim uspoređivanjem ciljeva liječenja i ostvarenih rezultata može se steći uvid u kretanje zdravstvenog stanja kroničnih bolesnika. Od neizmjerne je vrijednosti pri evaluaciji uspješnosti liječenja kroničnih bolesnika pa tako i ovisnika o opijatima koristiti znanja o kroničnim bolesnicima koje posjeduje obiteljski liječnik kao i korištenje podataka iz medicinske dokumentacije koju obiteljski liječnik posjeduje za kronične bolesnike tijekom dugog vremenskog perioda (37).

Istraživanja tijeka bolesti temeljena na dugotrajnom praćenju ovisnika su rijetka te stručnoj publicistici nedostaje kvalitetan uvid u racionalne načine procjenjivanja uspjeha liječenja i uvid u ishode liječenja koja traju godinama (26).

Procjena uspješnosti liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini temelji se na osiguranju kvalitete skrbi te kontinuitetu skrbi koja je jedna od temeljnih odrednica obiteljske medicine (38). Prvi često korišteni model u prosudbi

kvalitete zdravstvene zaštite je Donabedianov model koji se temelji na analizi strukture, procesa i ishoda skrbi (39,40,41). Struktura podrazumijeva organizacijske elemente u zdravstvenom sustavu tj. uvjete u kojima se zdravstvena skrb pruža stoga u analizi kvalitete skrbi za ovisnike treba uračunati profesionalce koji sudjeluju u liječenju ovisnika kao i njihova znanja te organizaciju unutar programa liječenja. Proces se osnosi na interakciju korisnika (ovisnika) i zdravstvenog sustava u okviru kojeg je organiziran program liječenja ovisnika te podrazumijeva različite aktivnosti u postupku pružanja zdravstvene skrbi tj. konzultaciju, donošenje odluke, propisivanje lijekova te eventualno upućivanje specijalisti ako to zahtijeva zdravstvena potreba ovisnika. Ishod se odnosi na mjerljivu posljedicu pružene skrbi i u okviru pružanja skrbi ovisnicima o opijatima zamjenskom terapijom metadonom podrazumijeva praćenje zadržavanja u programu, procjenu remisije bolesti, životnog stila, sklonosti deliktu kao i procjenu ekonomske samostalnosti. Pri interpretaciji pojedinih elemenata strukture, procesa i ishoda neophodno je uzeti u obzir i kompleksnost međuodnosa i interakcija koje se događaju između njih. Kako nas najviše zanima učinak pružene skrbi na bolesnikovu dobrobit razložno je ishod skrbi koristiti u procjeni kvalitete skrbi te je stoga praćenje zadržavanja u programu, procjena remisije bolesti, životnog stila, sklonosti deliktu kao i ekonomske samostalnosti nešto što osigurava unapređenje skrbi za ovisnike o opijatima. Prema prethodno navedenom sveobuhvatnim integriranim pristupom u analizi elemenata strukture, procesa i ishoda skrbi, uzimajući u obzir pritom i čimbenike koji direktno ili indirektno mogu utjecati na ostvarivanje skrbi možemo dobiti cjelokupni uvid u procjenu kvalitete skrbi za ovisnike o opijatima (39).

Iako je pitanje osiguranja kvalitete skrbi prvenstveno vezano uz individualnog korisnika zdravstvene službe, u ovom slučaju ovisnika o opijatima, neophodno je u obzir uzeti kontekst pružanja skrbi, zdravstvene potrebe te okolnosti u kojima se osoba uključena u sustav zdravstvene zaštite nalazi što predviđa Campbellov model osiguranja kvalitete skrbi (42). Iz

perspektive osobe koja koristi zdravstvenu zaštitu ključno je ima li ona pristup skrbi u trenutku kada joj je skrb potrebna i kada je odlučila ući u sustav liječenja te je li pružena skrb učinkovita (42). Osiguranje kvalitete skrbi za individualne korisnike zdravstvene zaštite moguće je definirati kao pravovremenu mogućnost pristupa strukturama i procesima skrbi koja je u skladu sa zdravstvenim potrebama pojedinca te je pri planiranju programa za liječenje ovisnika o opijatima uvijek neophodno voditi računa o dostupnosti ponuđenog programa.

Kako je holistički pristup neophodan u skrbi za bolesnike u obiteljskoj medicini pa tako i za ovisnike, neophodno je osigurati i kontinuitet skrbi za ovisnike u obiteljskoj medicini. Prema McWhinneyu, kontinuitet skrbi predstavlja jednu od temeljnih odrednica obiteljske medicine i podrazumijeva osobnu odgovornost liječnika u pružanju skrbi za bolesnika (38). Kontinuitet skrbi prema Saultzu prepoznaje tri hijerarhijske razine u kontinuitetu skrbi za pacijenta; informacijski kontinuitet, longitudinalni kontinuitet, te kontinuitet osobne skrbi (43). Najniža razina podrazumijeva informacijski kontinuitet skrbi koji osigurava i pretpostavlja postojanje organiziranih informacija o bolesniku dostupnih osobama uključenim u ostvarivanje skrbi uz mogućnost komunikacije između pružatelja skrbi. Longitudinalni kontinuitet skrbi podrazumijeva i da se većina skrbi pruža od strane određenog medicinskog tima koji je bolesniku/ovisniku dobro poznat i lako dostupan te koji je zajednički odgovoran za kvalitetu pružene skrbi. Na najvišoj hijerarhijskoj razini nalazi se kontinuitet osobne skrbi koji se temelji na dugotrajnom odnosu liječnika i bolesnika/ovisnika koji doprinosi razvoju uzajamnog povjerenja i počiva na osobnoj odgovornosti liječnika u pružanju sveobuhvatne skrbi za bolesnika (43). Kontinuitet skrbi neizmjereno je važan u obiteljskoj medicini te ga je neophodno inkorporirati u skrb za ovisnike o opijatima koji su uključeni u liječenje unutar zdravstvenog sustava i službe obiteljske medicine (44). Razvoj dobrog terapijskog odnosa između bolesnika i liječnika od neizmjerne je koristi u skrbi za bolesnike u obiteljskoj

medicini, a poglavito za bolesnike iz najugroženijih skupina; siromašni, nižeg obrazovnog statusa, kronični bolesnici, bolesnici s kompleksnim psihološkim i obiteljskim problemima (45,46,47,48,49,50). Kako ovisnici o opijatima vrlo često pripadaju ovim najugroženijim skupinama dobro terapijsko okruženje i kvalitetan terapijski odnos liječnik-bolesnik neophodni su za skrb ovih kroničnih bolesnika u ordinaciji liječnika obiteljske medicine.

2.HIPOTEZE

U planiranom istraživanju o uspješnosti decentraliziranog modela liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj postavljene su sljedeće hipoteze:

- unutar hrvatskog modela decentraliziranog liječenja ovisnosti o opijatima pojedine karakteristike pacijenata i varijabilnost zadržavanja u programu u bitnome određuju uspjeh
- pretpostavka uspješnosti hrvatskog modela decentraliziranog liječenja ovisnosti o opijatima jeste u kontinuiranom i visoko individualiziranom pristupu pacijentima

3. CILJ ISTRAŽIVANA

3.1. Opći cilj istraživanja

Opći cilj istraživanja je ispitati uspješnost decentraliziranog modela liječenja ovisnosti o opijatima zamjenskom terapijom metadonom kontinuiranim individualnim praćenjem pacijenta.

3.2. Specifični ciljevi istraživanja

- utvrditi karakteristike ovisnika o opijatima koji se liječe zamjenskom terapijom metadonom
- istražiti kontinuitet skrbi za praćeni period
- procijeniti uspješnost liječenja bolesti ovisnosti prema zadržavanju u programu, remisiji bolesti, životnom stilu, sklonosti deliktu te ekonomskoj samostalnosti

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Istraživana populacija

Istraživanje predstavlja prospektivnu studiju dugotrajnog praćenja grupe ispitanika provedenu od 1995. do 2007. godine.

Istraživana populacija su ovisnici o opijatima liječeni zamjenskom terapijom metadonom, a nalaze se ili su se nalazili tijekom istraživanog perioda na listi pacijenata obiteljskih liječnika na terenu Novog Zagreba.

Standardizirana medicinska dokumentacija i osobni kontakt s ugovornim liječnicima obiteljske medicine na definiranom području bili su izvor podataka koji su korišteni u istraživanju. Tijekom posjete istraživača liječnicima obiteljske medicine uključenim u istraživanje koji su dobrovoljno dali pristanak za sudjelovanje u istraživanju sukcesivno je oblikovan otvoreni uzorak ispitanika koji su zadovoljavali kriterije za uključanje u istraživanje.

Uključni kriteriji za ispitanike su bili:

- suglasnost obiteljskog liječnika za sudjelovanje u istraživanju
- dosadašnje liječenje zamjenskom terapijom metadonom u bilo kojem obliku i bez obzira na postignut uspjeh
- dostupnost relevantnih podataka predviđenih za ovo istraživanje

Isključni kriteriji za ispitanike su bili:

- ovisnici za koje liječnik nije dao suglasnost za sudjelovanje u istraživanju
- ovisnici o opijatima koji nikad nisu bili liječeni zamjenskom terapijom metadonom
- nedostupnost relevantnih podataka predviđenih za ovo istraživanje
- ovisnici koji su liječeni zamjenskom terapijom drugim opijatskim agonistima (buprenorfin)

Svaki bolesnik u uzorku identificiran je identifikacijskim brojem ispitanika i vezan uz identifikacijski broj obiteljskog liječnika kojim je tijekom praćenja njegov obiteljski liječnik prepoznavao ispitanika.

Otvoreni uzorak ispitanika je oblikovan uključivanjem novih ispitanika jednom godišnje u proces prikupljanja podataka prema opisanim kriterijima. Jednako tako su ispitanici isključivani iz studije temeljem opisanih isključivnih kriterija.

Istraživanje o uspješnosti liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini provedeno je u organizaciji Katedre za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Tijekom praćenog razdoblja istraživanje je različitim obuhvatom bilo uključeno u slijedeće projekte:

- "Strengthening Primary Health Care in Croatia - Quality in Primary Health Care", zajedničkog projekta Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ i Northern Center for Healthcare Research, Groningen, iz Nizozemske u pod-projektu „Monitoring health outcome of heroin addicts treatment in PHC“ tijekom 1997-1999. godine;
- „Improvement of MMT in the Novi Zagreb Health Centar“ u okviru suradnje Foundation Open Society Institute i Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ tijekom vremenskog perioda 2001. - 2002. godine;
- Program prevencije i suzbijanja ovisnosti Ureda za zdravstvo, rad i socijalnu skrb grada Zagreba tijekom 2001. i 2003. godine.

4.2. Uzorak liječnika

Od 60 timova liječnika obiteljske medicine koji imaju ugovor sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO) na području obuhvaćenom istraživanjem 46 timova obiteljske medicine je imalo u skrbi ovisnike o opijatima uključene u zamjensku terapiju metadonom tijekom istraživanog perioda dok 14 timova nije skrbrilo za ovisnike liječene zamjenskom terapijom metadonom.

Tijekom istraživanog perioda za ovisnike je skrbrilo ukupno 57 liječnika obiteljske medicine budući da je tijekom istraživanog perioda 11 liječnika otišlo u mirovinu.

Među 57 liječnika koji su sudjelovali u istraživanju bile su 44 žene te 13 muškaraca.

Većina liječnika, njih 30, bilo je srednje životne dobi tj. u dobi od 35 do 54 godine, 14 liječnika je bilo staro 34 godine ili mlađe dok je 13 liječnika bilo 55 godina ili starije.

Završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine imalo je 30 liječnika obiteljske medicine dok je ostalih 27 radilo bez specijalističke edukacije iz obiteljske medicine.

4.3. Upitnik

Podaci za upitnik prikupljeni su temeljem osobnog kontakta sa obiteljskim liječnicima koji su skrbrili za opijatske ovisnike liječene zamjenskom terapijom metadonom kao i na osnovu podataka iz medicinske dokumentacije u čiji je uvid imao isključivo liječnik koji skrbi za ovisnika.

Tijekom 1995. godine izrađen je upitnik namijenjen ovom istraživanju, provedeno pilot istraživanje te validacija upitnika (30).

Upitnik se sastoji od tri dijela.

Prvi dio upitnika sadrži osnovne sociodemografske podatke o ispitanicima uključenim u istraživanje:

- identifikacijski broj ispitanika
- godinu rođenja
- spol
- oblik životne zajednice u kojoj ovisnik živi
- bolesti od kojih ispitanik boluje uz ovisnost o opijatima
- godine starosti stjecanja prvih iskustava s drogom
- godine starosti stjecanja prvih iskustava s heroinom
- kalendarsku godinu početka terapije
- podatak o dužini uzimanja droge prije početka zamjenske terapije metadonom
- podatak o dužini uzimanja heroina prije početka zamjenske terapije metadonom
- podatak o godini starosti u vrijeme početka sa zamjenskom terapijom metadonom

Drugi dio upitnika sadrži podatke koji opisuju uvijete i tijek same terapije prilikom uključivanja ispitanika u istraživanje kao i druge moguće odrednice pri procjeni uspješnosti liječenja zamjenskom terapijom metadonom:

- podatke o liječenju do početka ove zamjenske terapije metadonom i ako je ovisnik liječen je li liječen metadonom bez remisije, je li liječen metadonom do remisije, je li liječen nekom drugom terapijom bez remisije, ili je liječen nekom drugom terapijom do remisije
- podatke o planiranom obliku liječenja zamjenskom terapijom metadonom
- podatak o početnoj visini dnevne doze metadona
- podatke o načinu uzimanja terapije
- podatke o uposlenosti
- podatke o životnom stilu
- podatke o sklonosti deliktu
- podatke o kontaktu s medicinskim osobljem

Treći dio upitnika sadrži podatke koji opisuju rezultate liječenja, odnosno bilježi stanje liječenja zatečeno na 31. siječnja za svaku kalendarsku godinu perioda uključenog u istraživanje:

- podatak o visini dnevne doze metadona
- podatke o načinu uzimanja terapije
- podatke o uposlenosti
- podatke o životnom stilu
- podatke o sklonosti deliktu
- podatke o kontaktu s medicinskim osobljem
- podatke obiteljskog liječnika o remisiji tj. je li pacijent u remisiji bez terapije, je li pacijent suspektan bez terapije, je li pacijent u remisiji uz terapiju, uzima li drogu uz terapiju, je li u terapijskoj zajednici, je li umro, je li promijenio liječnika ili je

izgubljen kontakt s ovisnikom unatoč tome što je još uvijek u skrbi istog obiteljskog liječnika

- Identifikacijski broj obiteljskog liječnika
- podaci o ovisniku je li u skrbi istog obiteljskog liječnika kod kojeg se liječi zbog bolesti ovisnosti od djetinjstva, je li pacijent u skrbi istog obiteljskog liječnika i prije liječenja metadonom, je li pacijent u skrbi ovog obiteljskog liječnika nakon što je započeto liječenje metadonom ili je u skrbi liječnika kod kojeg se liječi zbog bolesti ovisnosti temeljem naredbe ravnatelja

Upitnik se nalazi u prilogu

4.4 Tijek istraživanja

4.4.1. Pripremna faza istraživanja

Tijekom 1995. godine oblikovan je upitnik za ovo istraživanje, te godine je provedeno pilot istraživanje i validacija upitnika. Nakon pilot testiranja i validacije upitnika preliminarni rezultati istraživanja su prikazani na II simpoziju obiteljske medicine 1995. godine u Splitu (30).

4.4.2. Provedba istraživanja

Istraživanje je provedeno u razdoblju 31. siječnja 1995. do 31. siječnja 2007. godine. Ugovorni liječnici obiteljske medicine na terenu Novog Zagreba koji su dali suglasnost za sudjelovanje u ovom istraživanju temeljem svojih znanja o ovisnicima za koje skrbe kao i temeljem podataka iz medicinske dokumentacije dali su podatke relevantne za ovo istraživanje. Anonimnost istraživanja zagwarantirana je identifikacijskim brojem za svakog ovisnika koji je povezan identifikacijskim brojem svakog liječnika koji je uključen u

istraživanje. Etičnost istraživanja zagwarantirana je pisanim pristankom svakog liječnika koji je pristao sudjelovati u istraživanju te etičnošću zagwarantirane profesionalnim pravilima struke što podrazumijeva da su pacijenti uključeni u istraživanje bili izloženi posve jednakom postupku kao i svi oni pacijenti koji nisu bili uključeni u istraživanje.

4.4.3. Prikupljanje podataka

Prije početka istraživanja obiteljski liječnici koji su pristali sudjelovati u istraživanju educirani su o načinu praćenja i unošenju podataka u medicinsku dokumentaciju. Istraživači ovog istraživanja tijekom istraživanog perioda jednom godišnje su unosili u datoteku podatke koje su dobili tijekom obilaska obiteljskih liječnika u njihovim ordinacijama, a temeljem podataka iz medicinske dokumentacije i osobnog kontakta sa obiteljskim liječnicima. Pri svakom obilasku bilježeni su podaci relevantni za istraživanje na dan 31. siječnja tekuće godine. Za novoregistrirane ovisnike o opijatima ispunjen je kompletan upitnik, a za ovisnike koji su već bili registrirani ispunjavan je samo treći dio upitnika. Tijekom godišnjeg prikupljanja podataka oblikovanje otvorenog uzorka je postizano unošenjem podataka iz kompletnog upitnika za novoregistrirane ovisnike o opijatima te isključivanjem ovisnika o opijatima koji su ispunjavali isključne kriterije za istraživanje.

4.4.4. Definicija primijenjenih ishoda skrbi pri procjeni uspješnosti liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini

Kontinuitet skrbi temeljna je odrednica obiteljske medicine i podrazumijeva tri hijerarhijske razine u kontinuitetu skrbi za pacijenta; informacijski kontinuitet, longitudinalni kontinuitet te kontinuitet osobne skrbi. Kontinuitet skrbi kao ishod skrbi definirao je zamjensku terapiju metadonom u obiteljskoj medicini kao uspješnu ukoliko su postignute sve tri razine u kontinuitetu skrbi ovisnika o opijatima.

Zadržavanje u programu podrazumijeva provedbu zamjenske terapije metadonom u liječenju ovisnika o opijatima u obiteljskoj medicini sukladno smjernicama za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom. Zadržavanje u programu kao ishod skrbi definirao je zamjensku terapiju metadonom u obiteljskoj medicini kao uspješnu ukoliko nakon uključivanja ovisnika o opijatima u zamjensku terapiju metadonom sukladno smjernicama za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom nije došlo do isključivanja ili prekida zamjenske terapije metadonom sukladno smjernicama za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom.

Remisija bolesti procijenjena od strane obiteljskog liječnika mogla je biti definirana kao: ovisnik o opijatima u remisiji je bez terapije, ovisnik o opijatima suspektan je bez terapije, u ovisnika o opijatima remisija je postignuta uz terapiju, ovisnik o opijatima uzima drogu uz terapiju, ovisnik o opijatima je u komuni ili je umro. Remisija bolesti kao ishod skrbi definirala je zamjensku terapiju metadonom u obiteljskoj medicini kao uspješnu ukoliko je ovisnik o opijatima bio u remisiji bez terapije ili u remisiji uz terapiju.

Životni stil procijenjen od strane obiteljskog liječnika mogao je biti definiran kao prihvatljiv, alternativan i nepoznat. Životni stil kao ishod skrbi definirao je zamjensku terapiju metadonom u obiteljskoj medicini kao uspješnu ukoliko je bio definiran kao prihvatljiv te je osiguravao uredno funkcioniranje ovisnika o opijatima unutar obitelji i zajednice.

Sklonost deliktu procijenjena od strane obiteljskog liječnika mogla je biti definirana kao: ovisnik o opijatima nije sigurno deliktuozan, ovisnik o opijatima je suspektno deliktuozan, ovisnik o opijatima je potvrđeno deliktuozan, ovisnik o opijatima je osuđivan u vrijeme liječenja ili je ovisnik o opijatima boravio u zatvoru tijekom liječenja. Sklonost deliktu kao ishod skrbi definirala je zamjensku terapiju metadonom u obiteljskoj medicini kao uspješnu

ukoliko ovisnik o opijatima nije sigurno bio deliktuozan tijekom provedbe zamjenske terapije metadonom.

Ekonomska samostalnost procijenjena od strane obiteljskog liječnika mogla je biti definirana kao: ovisnik o opijatima je neuposlen, ovisnik o opijatima je povremeno uposlen, ovisnik o opijatima je stalno uposlen ili je u mirovini. Ekonomska samostalnost kao ishod skrbi definirala je zamjensku terapiju metadonom u obiteljskoj medicini kao uspješnu ukoliko je ovisnik o opijatima bio povremeno uposlen, stalno uposlen ili u mirovini.

4.4.5. Hodogram istraživanja:

Oblikovanje upitnika, pilot istraživanje, validacija upitnika te formiranje primarnog uzorka tijekom 1995. godine.

- 31.siječanj 1996. uključivanje novih ispitanika (popunjavanje kompletnog upitnika)
prikupljanje podataka za ispitanike iz primarnog uzorka (3.dio upitnika)
isključivanje ispitanika koji ispunjavaju isključne kriterije
- 31.siječanj 1997. uključivanje novih ispitanika (popunjavanje kompletnog upitnika)
prikupljanje podataka za ispitanike koji su u uzorku (3.dio upitnika)
isključivanje ispitanika koji ispunjavaju isključne kriterije
- 31.siječanj 1998. uključivanje novih ispitanika (popunjavanje kompletnog upitnika)
prikupljanje podataka za ispitanike koji su u uzorku (3.dio upitnika)
isključivanje ispitanika koji ispunjavaju isključne kriterije
- ...1999.
- ...
- ...2006
- 31.siječanj 2007. uključivanje novih ispitanika (popunjavanje kompletnog upitnika)
prikupljanje podataka za ispitanike koji su u uzorku (3.dio upitnika)
isključivanje ispitanika koji ispunjavaju isključne kriterije

4.5. Statistička analiza

Za potrebe ovog istraživanja primijenjena je slijedeća statistička analiza:

- deskriptivni statistički postupci i analiza normalnosti distribucija kvantitativnih svojstava
- analiza tablica kontingencije za kvalitativna obilježja
- primjereni univarijatni testovi razlika prema kategorijama od interesa
- logistička regresijska analiza za procjenu uspješnosti liječenja

5. REZULTATI

5.1. Karakteristike ovisnika o opijatima uključenih u liječenje zamjenskom terapijom metadonom

Ovim istraživanjem obuhvaćeno je 312 ovisnika o opijatima od kojih je 256 (82,05%) muškaraca i 56 (17,95%) žena.

Tablica 5.1.

Karakteristike ovisnika prilikom početka liječenja zamjenskom terapijom metadonom

Karakteristike ovisnika prilikom početka liječenja metadonom	MEDIJAN	MINIMALNA VRIJEDNOST	MAKSIMALNA VRIJEDNOST
Dob prvih iskustava s drogom (god)	17	12	33
Dob prvih iskustava s heroinom (god)	20	15	35
Duljina boravka u svijetu droge do početka liječenja metadonom (god)	8	1	30
Duljina boravka u svijetu heroina do početka liječenja metadonom (god)	6	1	26
Dob početka terapije metadonom (god)	26	17	45
Dnevna doza metadona na početku liječenja metadonom (mg)	50	0	200

Tablica 5.1. prikazuje osnovne karakteristike ovisnika o opijatima prilikom početka liječenja zamjenskom terapijom metadonom. Ovisnici o opijatima uključeni u ovo istraživanje stjecali su prva iskustva s drogom sa 17 (12-33) godina, a sa heroinom sa 20 (15-35) godina.

Prije početka liječenja zamjenskom terapijom metadonom u svijetu droge boravili su 8 (1-30) godina, a u svijetu heroina 6 (1-26) godina. Sa 26 (17-45) godina uključeni su u zamjensku terapiju metadonom sa početnom dnevnom dozom metadona od 50 (0-200) mg.

Od 312 ovisnika uključenih u istraživanje njih 81 (25,96%) živjelo je samo, 126 (40,38%) s roditeljima, 10 (3,21%) s prijateljima, 31 (9,94%) s partnerom, 4 (1,28%) u instituciji, 5 (1,60%) je bilo beskućnika, 38 (12,18%) je živjelo s vlastitom djecom dok je 17 ovisnika o opijatima (5,45%) živjelo u nekom drugom obliku zajednice.

Do uključivanja u ovo istraživanje koje prati uspješnost liječenja zamjenskom terapijom metadonom od 312 ovisnika njih 187 (59,94%) nije liječeno, 50 (16,03%) je liječeno zamjenskom terapijom metadonom bez remisije, 61 (19,55%) je liječeno zamjenskom terapijom metadonom do remisije, 8 (2,56%) je liječeno drug free metadama bez remisije, 3 (0,96%) je liječeno drug free metadama do remisije dok je 3 (0,96%) liječeno nekom drugom terapijskom metodom.

Pri uključivanju u liječenje zamjenskom terapijom metadonom za 273 (87,50%) ovisnika o opijatima planirana je detoksifikacija tj. redukcija dnevne doze metadona, 38 (12,18%) ovisnika je planirano od samog početka liječenja za dugotrajno održavanje na metadonu dok je za 1 (0,32%) ovisnika planiran neki drugi oblik provedbe zamjenske terapije metadonom.

5.2. Kontinuitet skrbi

Ovim dugotrajnim praćenjem definirane grupe ispitanika obuhvaćeno je 312 ovisnika, za 225(72,1%) je osiguran kontinuitet skrbi dok u 87(27,9%) ovisnika nije bilo kontinuiteta skrbi.

Tablica 5.2.1. Kontinuitet skrbi za ovisnike uključene u istraživanje

Kontinuitet skrbi	Broj ovisnika	%
DA	225	72,1
NE	87	27,9
Ukupno	312	100,0

Tijekom istraživanog perioda minimalna duljina boravka u istraživanju bila je godinu dana, a maksimalna dvanaest godina (Medijan=5godina). Najveći broj ovisnika, 47(15,1%) bilo je uključeno u istraživanje jednu godinu, a najmanje ovisnika svega 10(3,2%) bilo je uključeno devet godina . Tijekom cijele duljine trajanja istraživanja praćeno je 28(8,9%) ovisnika.

Praćenje kontinuiteta skrbi i njegovog utjecaja na ishod liječenja vezanog uz remisiju bolesti prikazan je u Tablici 5.2.2. Ishodi liječenja pri procjeni remisije mogli su biti sljedeći: pacijent u remisiji bez terapije, pacijent suspektan bez terapije, pacijent u remisiji uz terapiju, pacijent uzima drogu uz terapiju, pacijent je u komuni ili je umro.

Tablica 5.2.2. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz remisiju bolesti

Remisija bolesti	Kontinuitet skrbi prisutan (n=225)				Kontinuitet skrbi izostao (n=87)				χ^2	P
	NE		DA		NE		DA			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
u remisiji bez terapije	173	76,9	52	23,1	63	72,4	24	27,6	0,68	0,409
suspektan bez terapije	176	78,2	49	21,8	50	57,5	37	42,5	13,53	<0,001
remisija uz terapije	53	23,6	172	76,4	32	36,8	55	63,2	5,54	0,019
uzima drogu uz terapije	99	44,0	126	56,0	29	33,3	58	66,7	2,95	0,086
u komuni	210	93,3	15	6,7	72	82,8	15	17,2	8,07	0,004
umro	214	95,1	11	4,9	75	86,2	12	13,8	7,28	0,007

Tablica 5.2.2. prikazuje kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezano uz remisiju bolesti. Kontinuitet skrbi nije se pokazao značanim za postizanje remisije u pacijenata koji nisu bili trenutno uključeni u zamjensku terapiju metadonom ($P=0,409$, $\chi^2=0,68$). Naime, čak u 173(76,9%) ovisnika sa kontinuitetom skrbi i u 63(72,4%) ovisnika bez kontinuiteta skrbi nikada nije remisija postignuta bez zamjenske terapije metadonom. Iz Tablice 5.2.2. vidljivo je da se i u skupini sa i u skupini bez kontinuiteta skrbi najčešće nije postizala remisija kada

nije bilo zamjenske terapije metadonom i pri tome nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih grupa.

S druge strane, ovisnici u kojih nije postignut kontinuitet skrbi statistički značajno češće su procjenjivani kao suspekti bez terapije nego li ovisnici s uspostavljenim kontinuitetom skrbi ($P < 0,001$, $\chi^2 = 13,53$). Naime, čak 37(42,5%) ovisnika u kojih nije bio postignut kontinuitet skrbi procijenjeno je tijekom praćenog perioda kao suspektno bez terapije, a svega 49(21,8%) ovisnika s kontinuitetom skrbi procijenjeno je kao suspektno bez terapije.

S druge strane, ovisnici s postignutim kontinuitetom skrbi češće su postizali remisiju uz terapiju nego li ovisnici bez kontinuiteta skrbi ($P = 0,019$, $\chi^2 = 5,54$). U čak 172(76,4%) ovisnika s kontinuitetom skrbi remisija je postignuta uz zamjensku terapiju metadonom. Gubitak kontinuiteta skrbi značajnim se pokazao u ovisnika sa smrtnim ishodom. Naime, ovisnici u kojih nije postignut kontinuitet skrbi statistički značajno češće su imali smrtni ishod nego li ovisnici sa održanim kontinuitetom skrbi ($P = 0,007$, $\chi^2 = 7,28$). U 11(4,9%) ovisnika s održanim kontinuitetom skrbi došlo je do smrtnog ishoda dok je u 12(13,8%) ovisnika bez kontinuiteta skrbi došlo do smrtnog ishoda te se kontinuitet skrbi pokazao zaštitnim faktorom za smrtni ishod.

Tablica 5.2.3. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz sklonost deliktu

Sklonost deliktu	Kontinuitet skrbi prisutan (n=225)				Kontinuitet skrbi izostao (n=87)				χ^2	P
	NE		DA		NE		DA			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
sigurno nije deliktuozan	16	7,1	209	92,9	9	10,3	78	89,7	0,50	0,477
suspektno deliktuozan	144	64,0	81	36,0	8	9,2	79	90,8	73,25	<0,001
potvrđeno deliktuozan	204	90,7	21	9,3	63	72,4	24	27,6	15,49	<0,001
osuđivan u vrijeme liječenja	218	96,9	7	3,1	78	89,7	9	10,3	5,34	0,021
zatvor	224	99,6	1	0,4	64	73,6	23	26,4	56,09	<0,001

Tablica 5.2.3. prikazuje kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezano uz sklonost deliktu. Kontinuitet skrbi kod pacijenata koji su procijenjivani kao osobe koje nisu sigurno deliktuozne nije se pokazao značajnim odnosno i pacijenti kod kojih je postignut kontinuitet i ovisnici kod kojih nije postignut kontinuitet su bili jednako često procjenjivani kao osobe koje nisu sigurno deliktuozne ($P=0,477$, $\chi^2=0,50$). Suprotno tome, pacijenti koji su bili procjenjivani kao suspektno deliktuozni češće su pripadali skupini kod koje nije postignut kontinuitet u skrbi te je kontinuitet skrbi osiguravao i nesklonost deliktu ($P<0,001$, $\chi^2=73,25$). Naime čak 79(90,8%) ovisnika bez kontinuiteta skrbi procjenjivano je povremeno kao suspektno deliktuozno. Ovisnici u kojih nije postignut kontinuitet skrbi statistički značajno češće su bili i potvrđeno deliktuozni ($P=<0,001$, $\chi^2=15,49$). Naime 204(90,7%) ovisnika s kontinuitetom skrbi nije nikad bilo potvrđeno deliktuozno dok je 24(27,6%) ovisnika bez

kontinuiteta skrbi bilo procjenjivano kao potvrđeno deliktuozi. Pacijenti koji su osuđivani tijekom liječenja također su statistički značajno češće pripadali skupini ovisnika bez kontinuiteta skrbi ($P=0,021$, $\chi^2=5,34$). Naime, 9(10,3%) ovisnika bez kontinuiteta skrbi osuđivano je tijekom liječenja dok 218(96,9%) ovisnika s kontinuitetom skrbi nije osuđivano tijekom provedbe liječenja. Analiza kontinuiteta skrbi pokazala je da je kontinuitet skrbi osigurao da ovisnici statistički značajno rjeđe odlaze u penalni sustav kada je postignut kontinuitet u liječenju ($P=<0,001$, $\chi^2=56,09$). Naime, svega 1(0,4%) ovisnik sa postignutim kontinuitetom skrbi boravio je u zatvoru tijekom liječenja, dok je iz skupine ovisnika bez kontinuiteta skrbi njih 23(26,4%) tijekom liječenja boravilo u penalnom sustavu.

Tablica 5.2.4. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz kontakt s medicinskim osobljem

Kontakt s medicinskim osobljem	Kontinuitet skrbi prisutan (n=225)				Kontinuitet skrbi izostao (n=87)				χ^2	P
	NE		DA		NE		DA			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
ne kontaktira osobno	168	74,7	57	25,3	67	77,0	20	23,0	0,08	0,776
ugodan	46	20,4	179	79,6	8	9,2	79	90,8	4,78	0,029
povremeno neugodan	136	60,4	89	39,6	57	65,5	30	34,5	0,48	0,486
stalno neugodan	222	98,7	3	1,3	83	95,4	4	4,6	-	0,098*
povremeno ili stalno nasilan	222	98,7	3	1,3	87	100	0	0	-	0,563*

* Dvosmjerni Fisherov test

Tablica 5.2.4. prikazuje utjecaj kontinuiteta skrbi vezano uz kontakt s medicinskim osobljem. Procjena kontakta ovisnika s medicinskim osobljem mogla je biti karakterizirana kao: ovisnik ne kontaktira osobno s medicinskim osobljem, ovisnik je u kontaktu s medicinskim osobljem

ugodan, ovisnik je u kontaktu s medicinskim osobljem povremeno neugodan, ovisnik je u kontaktu s medicinskim osobljem stalno neugodan te povremeno ili stalno nasilan. Statistički značajna razlika između grupe ovisnika u kojih je postignut kontinuitet skrbi u odnosu na grupu ovisnika u kojih kontinuitet skrbi nije postignut uočena je samo pri procjeni kontakta kao ugodnog ($P=0,029$, $\chi^2=4,78$). Naime, ovisnici u kojih je postignut kontinuitet skrbi statistički značajno češće nisu u kontaktu procjenjivani ugodnima tj. 46(20,4%) ovisnika s kontinuitetom skrbi nikad nije procijenjeno kao ugodnim dok u skupini ovisnika bez kontinuiteta skrbi njih 8(9,2%) nikada nije procijenjeno ugodnim u kontaktu. U skupini ovisnika bez kontinuiteta skrbi svega 8(9,2%) ovisnika nikad nije procjenjivano u kontaktu kao ugodni dok je 79(90,8%) ovisnika iz ove skupine uspostavljalo ugodan odnos sa medicinskim osobljem. Povremeno ili stalno neugodni u kontaktu jednako često su bili ovisnici i sa i bez kontinuiteta skrbi što potvrđuje da su liječnici obiteljske medicine uglavnom uspijevali uspostaviti ugodan odnos u komunikaciji sa ovisnicima. Naime svega 89(39,6%) ovisnika iz skupine s uspostavljenim kontinuitetom skrbi i 30(34,5%) ovisnika iz skupine bez kontinuiteta skrbi su povremeno bili neugodni te nije uočena statistički značajna razlika ($P=0,486$, $\chi^2=0,48$). I u jednoj i u drugoj skupini ovisnici su vrlo rijetko bili u kontaktu s medicinskim osobljem stalno neugodni te je svega 3(1,3%) ovisnika iz skupine s kontinuitetom skrbi i 4(4,6%) bez kontinuiteta skrbi u kontaktu bilo stalno neugodno. Iznimno zanimljiv rezultat je i to što su ovisnici i jedne i druge skupine vrlo rijetko bili povremeno ili stalno nasilni prema medicinskom osoblju. Naime svega 3(1,3%) ovisnika s kontinuitetom skrbi i niti jedan iz skupine bez kontinuiteta skrbi nije bio povremeno ili stalno nasilan prema medicinskom osoblju.

Tablica 5.2.5. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz način uzimanja terapije

Način uzimanja terapije	Kontinuitet skrbi prisutan (n=225)				Kontinuitet skrbi izostao (n=87)				χ^2	P
	NE		DA		NE		DA			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
osobno podiže terapiju	107	47,6	118	52,4	52	59,8	35	40,2	3,27	0,070
terapiju podižu drugi	180	80,0	45	20,0	67	77,0	20	23,0	0,18	0,669
kombinirano	66	29,3	159	70,7	13	14,9	74	85,1	6,13	0,013

Pri provođenju zamjenske terapije metadonom terapiju su ovisnici mogli uzimati sami u direktnom kontaktu s medicinskim osobljem, obavezu podizanja zamjenske terapije metadonom mogao je preuzeti netko drugi ili je mogla biti provedena kombinacija ova dva oblika administracije terapije. Tablica 5.2.5. prikazuje odnos kontinuiteta skrbi i načina uzimanja terapije. Ovisnici s kontinuitetom skrbi ili bez njega jednako često su terapiju uzimali pred očima medicinskog osoblja te nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih grupa ($P=0,070$, $\chi^2=3,27$). Statistički značajna razlika između grupe ovisnika sa ili bez kontinuiteta skrbi nije uočena niti kada su terapiju za ovisnike podizali drugi ($P=0,669$, $\chi^2=0,18$). Suprotno tome, kombinirani način administracije statistički značajno češće je proveden kod ovisnika kod kojih nije bilo kontinuiteta skrbi odnosno 74(85,1%) ovisnika bez kontinuiteta skrbi povremeno je samo uzimalo terapiju pred očima medicinskog osoblja, a povremeno je terapiju podizao netko drugi ($P=0,013$, $\chi^2=6,13$).

Tablica 5.2.6. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz podatke o uposlenosti

Upislenost	Kontinuitet skrbi prisutan (n=225)				Kontinuitet skrbi izostao (n=87)				χ^2	P
	NE		DA		NE		DA			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
neuposlen	61	27,1	164	72,9	41	47,1	46	52,9	10,53	0,001
povremeno uposlen	80	35,6	145	64,4	26	29,9	61	70,1	0,66	0,415
stalno uposlen	181	80,4	44	19,6	52	59,8	35	40,2	13,11	<0,001
u mirovini	221	98,2	4	1,8	82	94,3	5	5,7	-	0,072*

* Dvosmjerni Fisherov test

Pri praćenju statusa uposlenosti ovisnici su mogli biti neuposleni, povremeno uposleni, stalno uposleni ili umirovljeni. U skupini ovisnika bez kontinuiteta skrbi njih 41(47,1%) nikad nije bilo procijenjeno kao neuposleno dok u skupini sa kontinuitetom skrbi svega 61(27,1%) ovisnika nikad nije procijenjeno kao neuposleni te je uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih grupa ($P=0,001$, $\chi^2=10,53$). Povremeno uposleni podjednako su bili i ovisnici sa i ovisnici bez kontinuiteta te nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih grupa ($P=0,415$, $\chi^2=0,66$). Naime, čak 80(35,6%) ovisnika sa kontinuitetom skrbi i 26(29,9%) bez kontinuiteta skrbi nikada nije bilo povremeno uposleno. Stalno uposleni ovisnici češće su pripadali skupini bez kontinuiteta skrbi i njih 35(40,2%) postizalo je status stalno uposlenog djelatnika. Nasuprot tome status stalno uposlenog postizalo je svega 44(19.6 %) iz skupine ovisnika s kontinuitetom skrbi te je uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih grupa kada je uposlenički status ovisnika zabilježen kao stalno uposlen djelatnik ($P<0,001$, $\chi^2=13,11$). Svega 4(1,8%) ovisnika s kontinuitetom skrbi i 5(5,7%) ovisnika bez kontinuiteta skrbi bili su umirovljeni tijekom istraživanja.

Tablica 5.2.7. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz životni stil

Životni stil	Kontinuitet skrbi prisutan (n=225)				Kontinuitet skrbi izostao (n=87)				χ^2	P
	NE		DA		NE		DA			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
nepoznat	149	66,2	76	33,8	55	63,2	32	36,8	0,13	0,713
prihvatljiv	59	26,2	166	73,8	16	18,4	71	81,6	1,70	0,192
alternativan	183	81,3	42	18,7	65	74,7	22	25,3	1,30	0,253

Životni stil ovisnika mogao je biti procijenjen kao prihvatljiv, alternativan ili nepoznat. Statistička značajnost nije uočena između ovisnika sa i bez kontinuiteta skrbi obzirom na životni stil. Naime i jedni i drugi ovisnici nisu statistički značajno češće živjeli prihvatljivim ($P=0,192$, $\chi^2=1,70$), alternativnim ($P=0,253$, $\chi^2=1,30$) te nepoznatim životnim stilom ($P=0,713$, $\chi^2=0,13$). Naime, čak 166(73,8%) ovisnika sa i 71(81,6%) ovisnika bez kontinuiteta skrbi živjelo je prihvatljivim životnim stilom dok je svega 42(18,7%) iz skupine s postignutim kontinuitetom skrbi i 22(25,3%) ovisnika iz skupine bez kontinuiteta skrbi živjelo alternativnim životnim stilom. Nepoznatim životnim stilom živjelo je svega 76(33,8%) ovisnika sa kontinuitetom skrbi i 32(36,8%) bez kontinuiteta skrbi.

Razlog prestanku praćenja ovisnika tijekom istraživnog perioda mogao je biti smrtni ishod, promjena doktora kao i sam kraj istraživanja.

Tablica 5.2.8. Razlozi prestanku praćenja ovisnika o opijatima uključenih u istraživanje

Razlog prestanku praćenja	Kontinuitet skrbi prisutan N (%)	Kontinuitet skrbi izostao N (%)	Ukupno N (%)
Smrt	11(4,9)	12(13,8)	23(7,4)
Kraj istraživanja	180(80,0)	49(6,3)	229(73,4)
Promjena liječnika	34(15,1)	26(29,9)	60(19,2)
Ukupno	225(100)	87(100)	312(100)

$\chi^2=18,66$ $P<0,001$

U skupini ovisnika sa postignutim kontinuitetom skrbi najčešći razlog prestanku praćenja bio je kraj istraživanja odnosno čak 180(80%) ovisnika s kontinuitetom skrbi dočekalo je kraj istraživanja. S druge strane, statistički značajno rjeđe ovisnici bez kontinuiteta skrbi su za razlog prestanku praćenja imali kraj istraživanja, odnosno svega njih 49(6,3%) imalo je kraj istraživanja naveden kao razlog za prestanak praćenja. Promjena liječnika značajno češće bila je razlogom prestanku praćenja u ovisnika bez postignutog kontinuiteta skrbi, odnosno čak 26(29,9%) ovisnika bez kontinuiteta skrbi imalo je promjenu liječnika navedenu kao razlog praćenju što je kod ovisnika s kontinuitetom skrbi bilo značajno rjeđe prisutno odnosno svega njih 34(15,1%) imalo je navedeno promjenu doktora kao razlog prestanku praćenja. Smrtni ishod također je značajno češće bio prisutan u pacijenata bez kontinuiteta skrbi jer je 12(13,8%) ovisnika bez kontinuiteta skrbi imalo smrtni ishod kao razlog prestanku praćenja dok je u skupini ovisnika sa održanim kontinuitetom skrbi 11(4,9%) ovisnika imalo smrt kao razlog prestanku praćenja. Iz Tablice 5.2.8. razvidno je da je u ovisnika s kontinuitetom skrbi značajno češće kraj istraživanja bio razlogom prestanku praćenja, dok su smrtni ishod i promjena liječnika značajno češće bili razlogom prestanku praćenja u ovisnika u kojih nije

postignut kontinuitet skrbi te je među uspoređivanim skupinama uočena statistički značajna razlika ($\chi^2=18,66$ $P<0,001$).

5.3. Procjena uspješnosti liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini

Pri praćenju ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini liječnici obiteljske medicine su jednom godišnje tijekom istraživanog perioda procjenjivali uspješnost zamjenske terapije metadonom prema zadržavanju u programu, remisiji bolesti, životnom stilu, sklonosti deliktu te ekonomskoj samostalnosti. Uspješnim liječenjem zamjenskom terapijom metadonom se smatralo ukoliko je obiteljski liječnik procijenio da je ovisnik o opijatima zadržan u programu liječenja sukladno smjernicama za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom, bio u remisiji bez terapije ili uz terapiju metadonom, živio prihvatljivim životnim stilom, te ukoliko sigurno nije bio deliktuozan tijekom provedbe zamjenske terapije metadonom odnosno ako je bio povremeno ili stalno uposlen odnosno umirovljen.

Tijekom dvanaestogodišnjeg praćenja ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom na terenu Novog Zagreba u istraživanje je bilo uključeno 312 ovisnika. Tijekom ovog longitudinalnog praćenja u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom zadržano je od 312 ovisnika njih 229 (73,4%) dok u 83(26,6%) ovisnika nije došlo do zadržavanja u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom.

Prilikom praćenja ishoda u liječenju zamjenskom terapijom metadonom vezano uz procjenu remisije bolesti pri čemu je ishod definiran kao uspješan u bolesnika u kojih je remisija postizana sa ili bez terapije u skupini ovisnika u kojih je došlo do zadržavanja u programu zabilježeno je 58(25,3%) procjena u kojima je procijenjeno da je do remisije došlo bez terapije odnosno 185(80,8%) procjena u kojima je procijenjeno da je do remisije došlo uz terapiju. U skupini ovisnika u kojih nije postignuto zadržavanje u programu pri procjeni uspješnosti zamjenske terapije metadonom vezano uz procjenu remisije bolesti zabilježeno je

18(21,7%) procjena da je remisija postignuta bez terapije odnosno 42(50,6%) procjene da je do remisije bolesti došlo uz zamjensku terapiju metadonom.

Prilikom praćenja ishoda u liječenju zamjenskom terapijom metadonom vezano uz procjenu životnog stila u skupini ovisnika u kojih nije došlo do zadržavanja u programu liječenja zabilježeno je 22(26,5%) procjene sa ishodom koji je definiran kao uspješan (prihvatljiv životni stil) dok je u skupini ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu zabilježeno 53(23,1%) procjene koje su životni stil procijenile prihvatljivim.

Prilikom praćenja ishoda u liječenju zamjenskom terapijom metadonom vezano uz procjenu sklonosti deliktu u skupini ovisnika u kojih nije došlo do zadržavanja u programu liječenja zabilježeno je 74(83,1%) procjene sa ishodom koji je definiran kao uspješan (nije sigurno deliktuozan) dok je u skupini ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu zabilježeno 213(93,0%) procjena koje su procijenile da ovisnici nisu bili skloni deliktu.

Prilikom praćenja ishoda u liječenju zamjenskom terapijom metadonom vezano uz procjenu ekonomske samostalnosti pri čemu je ishod definiran kao uspješan u bolesnika koji su povremeno ili stalno bili uposleni odnosno umirovljeni u skupini ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu zabilježeno je 150(65,5%) procjena koje su definirale ekonomsku samostalnost kroz povremenu uposlenost, 63(27,5%) procjene koje su definirale ekonomsku samostalnost kroz stalnu uposlenost te 8(3,5%) procjena pri kojima je ekonomska samostalnost definirana kao umirovljenje. U skupini ovisnika u kojih nije došlo do zadržavanja u programu zabilježeno je 56(67,5%) procjena koje su ekonomsku samostalnost definirale kroz povremenu uposlenost, 16(19,3%) procjena koje su ekonomsku samostalnost definirale kroz stalnu uposlenost te 1(1,2%) procjenu pri kojoj je ekonomska samostalnost definirana kao umirovljenje.

Tablica 5.3.1. Postizanje remisije bolesti ovisnosti i zadržavanje u programu

Remisija bolesti	Zadržavanje u programu izostalo (n=83)		Zadržavanje u programu prisutno (n=229)		χ^2	P
	n	%	n	%		
u remisiji bez terapije	18	21,7	58	25,3	0,3	0,608
suspektan bez terapije	38	45,8	48	21,0	17,6	<0,001
remisija uz terapiju	42	50,6	185	80,8	26,5	<0,001
uzima drogu uz terapiju	44	53,0	140	61,1	1,3	0,247
u komuni	11	13,3	19	8,3	1,2	0,247
umro	23	27,7	0	0,0	64,5	<0,001

Rezultati prikazani u Tablici 5.3.1. pokazuju da je 18(21,7%) ovisnika iz skupine u kojih nije postignuto zadržavanje u programu i 58(25,3%) ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu postizalo remisiju bez terapije te nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih grupa ($\chi^2=0,3$, $P=0,608$). U skupini ovisnika u kojih nije postignuto zadržavanje u programu njih 38(45,8%) bilo je suspektno bez terapije dok je 48(21,0%) ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu bilo suspektno bez terapije te je uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih skupina ($\chi^2=17,6$, $P=<0,001$). Remisiju uz terapiju postiglo je 42(50,6%) ovisnika u kojih nije postignuto zadržavanje u programu dok je u skupini ovisnika u kojih je došlo do zadržavanja u programu njih 185(80,8%) postiglo remisiju uz terapiju te je uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih grupa ($\chi^2=26,5$, $P=<0,001$). Uzimati drogu uz terapiju nastavilo je 44(53,0%) ovisnika u kojih nije došlo do zadržavanja u programu i 140(61,1%) ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu te nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih grupa ($\chi^2=1,3$, $P=0,247$). U skupini ovisnika kod kojih nije postignuto zadržavanje u programu njih 11(13,3%) je boravilo u terapijskoj zajednici dok je u skupini ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu njih 19(8,3%) boravilo u terapijskoj zajednici te nije uočena statistički značajna razlika između

uspoređivanih grupa ($\chi^2=1,2$, $P=0,247$). Svi ovisnici u kojih je došlo do smrtnog ishoda njih 23, pripadalo je skupini ovisnika u kojih nije postignuto zadržavanje u programu te je uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih grupa ($\chi^2=64,5$, $P=<0,001$).

Tablica 5.3.2. Životni stil ovisnika o opijatima i zadržavanje u programu

Životni stil	Zadržavanje u programu izostalo (n=83)		Zadržavanje u programu prisutno (n=229)		χ^2	P
	n	%	n	%		
nepoznat	54	65,1	150	65,5	11,3	0,331
prihvatljiv	22	26,5	53	23,1	5,3	0,731
alternativan	61	73,5	187	81,7	7,2	0,066

Tablica 5.3.2. pokazuje da je 54(65,1%) ovisnika u kojih nije došlo do zadržavanja u programu te 150(65,5%) ovisnika u kojih došlo do zadržavanja u programu živjelo nepoznatim životnim stilom te nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih grupa ($\chi^2=11,3$, $P=0,331$). Prihvatljivim životnim stilom živjelo je 22(26,5%) ovisnika u kojih nije postignuto zadržavanje u programu i 53(23,1%) ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu te nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih skupina ($\chi^2=5,3$, $P=0,731$). Alternativnim životnim stilom živjelo je 61(73,5%) ovisnika u kojih nije postignuto zadržavanje u programu te 187(81,7%) ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu te nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih skupina ($\chi^2=7,2$, $P=0,066$).

Tablica 5.3.3. Sklonost ovisnika o opijatima deliktu i zadržavanje u programu

Sklonost deliktu	Zadržavanje u programu izostalo (n=83)		Zadržavanje u programu prisutno (n=229)		χ^2	P
	n	%	n	%		
Nije sigurno deliktuzan	74	83,1	213	93,0	37,0	<0,001
Suspektno deliktuoazan	61	68,5	99	43,2	34,2	<0,001
Potvrđeno deliktuoazan	19	21,3	26	11,4	9,0	0,109
Osuđivan u vrijeme liječenja	7	7,9	17	7,4	9,3	0,055

Tablica 5.3.3. pokazuje da 74(83,1%) ovisnika iz skupine u kojih nije došlo do zadržavanja u programu i 213(93%) ovisnika u kojih je došlo do zadržavanja u programu sigurno nije bilo deliktuoazno te je uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih skupina ($\chi^2=37,0$, $P<0,001$). Suspektno deliktuoaznih je bilo 61(68,5%) ovisnika u kojih nije postignuto zadržavanje u programu i 99(43,2%) ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu te je uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih skupina ($\chi^2=34,2$, $P<0,001$). Potvrđeno deliktuoaznih bilo je 19(21,3%) ovisnika iz skupine u kojoj nije došlo do zadržavanja u programu i 26(11,4%) ovisnika u skupini u kojoj je postignuto zadržavanje u programu te nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih skupina ($\chi^2=9,0$, $P=0,109$). Statistički značajna razlika također nije uočena između uspoređivanih skupina i u ovisnika koji su osuđivani u vrijeme liječenja, naime 7(7,9%) ovisnika u skupini u kojoj nije postignuto zadržavanje u programu i 17(7,4%) u kojih je postignuto zadržavanje u programu bilo je osuđivano u vrijeme liječenja ($\chi^2=9,3$, $P=0,055$).

Tablica 5.3.4. Ekonomska samostalnost ovisnika o opijatima i zadržavanje u programu

Ekonomska samostalnost	Zadržavanje u programu izostalo (n=83)		Zadržavanje u programu prisutno (n=229)		χ^2	P
	n	%	n	%		
neuposlen	65	78,3	145	63,3	5,6	0,018
povremeno uposlen	56	67,5	150	65,5	0,0	0,850
stalno uposlen	16	19,3	63	27,5	1,8	0,183
u mirovini	1	1,2	8	3,5	-	0,453

* Dvosmjerni Fisherov test

Tablica 5.3.4. pokazuje da je 65(78,3%) ovisnika u kojih nije došlo do zadržavanja u programu liječenja i 145(63,3%) ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu bilo neuposleno te nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih skupina ($\chi^2=5,6$, $P=0,018$). Povremeno uposlenih iz skupine ovisnika u kojih nije došlo do zadržavanja u programu je bilo 56(67,5%) dok je 150(65,5%) ovisnika iz skupine u kojoj je došlo do zadržavanja u programu bilo povremeno uposleno te nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih grupa ($\chi^2=0,0$; $P=0,850$). Stalno uposleno bilo je 16(19,3%) ovisnika iz skupine u kojoj nije došlo do zadržavanja u programu i 63(27,5%) ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu i nije uočena statistički značajna razlika između uspoređivanih skupina ($\chi^2=1,8$, $P=0,183$). U mirovini je bio 1(1,2%) ovisnik iz skupine u kojoj nije postignuto zadržavanje u programu i 8(3,5%) ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu.

Tablica 5.3.5. Utjecaj remisije, sklonosti deliktu, životnog stila i ekonomske samostalnosti na zadržavanje u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom procijenjen logističkom regresijom

	Omjer izgleda	95% granice pouzdanosti	P
Remisija			
remisija bez terapije	1,50	0,57-3,92	0,409
suspektan bez terapije	0,22	0,08-0,55	0,001
remisija uz terapiju	6,27	2,39-16,38	0,000
uzima drogu uz terapiju u komuni	5,68	2,11-15,22	0,001
umro	0,91	0,23-3,49	0,893
	0,00	0-	0,998
Delikt			
nije sigurno deliktuozan	0,40	0,11-1,49	0,172
suspektno deliktozan	0,17	0,06-0,42	0,000
potvrđeno deliktuozan	0,27	0,08-0,90	0,034
osuđivan	0,81	0,12-5,21	0,826
u zatvoru	1,30	0,32-5,30	0,714
Životni stil			
nepozant	1,14	0,50-2,62	0,753
prihvatljiv	1,29	0,52-3,22	0,583
alternativan	0,97	0,40-2,34	0,940
Ekonomska samostalnost			
nezaposlen	0,20	0,07-0,59	0,004
povremeno zaposlen	0,65	0,27-1,52	0,321
stalno zaposlen	3,20	1,08-9,49	0,036
u mirovini	19,67	0,98-393,4	0,051

$X^2=158$, $df=18$, $P<0,001$, Nagelkerke $R^2=0,58$

Tablica 5.3.5. prikazuje rezultate logističke regresije kojom je procijenjen utjecaj remisije, sklonosti deliktu, životnog stila i ekonomske samostalnosti na zadržavanje u programu.

Značajni prediktori zadržavanja u programu je bila suspektost bez terapije, remisija uz terapiju te uzimanje droge uz terapiju. Također značajni prediktor zadržavanja u programu je bila suspektna deliktuoznost, potvrđena delituočnost te nezaposlenost odnosno zaposlenost.

Temeljem dobivenih rezultata u programu liječenja su se zadržavali oni ovisnici o opijatima koji nisu bili suspekti bez terapije, oni koji su bili u remisiji uz terapiju kao i oni koji su uzimali drogu uz terapiju.

Nadalje, zadržavali su se u programu liječenja oni ovisnici koji nisu bili niti suspekti niti potvrđeno deliktuozi te oni koji su bili stalno zaposleni.

Životni stil nije se pokazao značajnom poveznicom za zadržavanje u programu.

Tako oni ispitanici koji su bili suspekti bez terapije ($B=-1.51$, $P=0.001$), suspekti ($B=-1.80$, $P<0.001$) i potvrđeno deliktuozi ($B=-1.31$, $P=0.034$) te neuposleni ($B=-1.62$, $P=0.004$) nisu bili zadržani u programu liječenja, odnosno oni ispitanici koji su bili u remisiji uz terapiju ($B=1.83$, $P<0.001$) i oni koji su uzimali drogu uz terapiju ($B=1.74$, $P=0.001$) kao i stalno uposleni ($B=1.16$, $P=0.036$) bili su zadržani u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom.

6. RASPRAVA

6.1. Karakteristike ovisnika o opijatima uključenih u liječenje zamjenskom terapijom metadonom

Tijekom dvanaestogodišnjeg praćenja ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom u okviru svakodnevnog rada liječnika obiteljske medicine na terenu Novog Zagreba temeljem principa hrvatskog modela liječenja ovisnika o opijatima od ukupno 312 ovisnika uključenih u sustav praćenja predviđenog ovim istraživanjem, njih 256 (82,05%) bilo je muškaraca, a 56 (17,95%) žena te je omjer muškarac:žena 4,6:1 što je u potpunosti u skladu s omjerom po spolu prema podacima Registra liječenih ovisnika o psihoaktivnim drogama za 2007. godinu koji iznosi 4.8:1 (29). Ovaj omjer po spolu unutar istraživane skupine ukazuje na činjenicu reprezentativnosti uzorka obuhvaćenog istraživanjem budući da je gotovo identičan omjer po spolu i u istraživanju i u nacionalnom Registru liječenih ovisnika o psihoaktivnim drogama. Iz perspektive svakodnevnog rada liječnika obiteljske medicine koji skrbi za cjelokupnu populaciju važno je reći da je ovaj omjer nešto što obiteljski liječnik mora imati na umu u svom svakodnevnom radu poglavito u radu sa adolescentima. Naime činjenica da su muškarci gotovo pet puta češće ovisnici nego li žene traži posebnu pozornost u liječnika obiteljske medicine kada skrbi za adolescente muškog spola pogotovo one sa rizičnim ponašanjem (51). Trajna je zadaća liječnika obiteljske medicine koristeći holistički pristup u skrbi za adolescenta voditi računa o utjecaju obitelji, škole i grupe vršnjaka na nezdrave životne navike i zdravstvene ishode (51). Istraživanje Simetin i suradnika provedeno u populaciji školske djece u Hrvatskoj pokazalo je da na nezdrave životne navike utječu prije svega školsko okruženje i vršnjaci, a da socioekonomski status nije povezan s učestalijim nezdravim životnim navikama (51). Ovo istraživanje je pokazalo također da na zdravstvene

ishode utjecaj ima školska okolina dok se socioekonomski status obitelji kao i vršnjaci nisu pokazali kao faktori koji utječu na zdravstvene ishode školske djece u Hrvatskoj.

Iz navedenih rezultata ovog istraživanja kao i iz rezultata mnogih prethodno provedenih istraživanja važno je još jednom naglasiti da je zadaća liječnika obiteljske medicine usko surađivati s pacijentom i graditi partnerski odnos no također i surađivati s ostalim članovima obitelji kao i školskim liječnicima i nastavnicima u školi (52,53,54).

Obzirom da je adolescencija vrijeme u kojem se pojavljuju problemi vezani uz prva iskustva s drogom, a potom i ostalim adiktivnim sredstvima liječnik obiteljske medicine u svom svakodnevnom radu nikako ne smije zaboraviti da su obitelj, njena struktura i funkcioniranje jedan od faktora rizika za razvoj ovisnosti i da sve negativne promjene unutar funkcioniranja jedne obitelji treba na vrijeme prepoznati kako bi se spriječilo regrutiranje mladih članova obitelji u ovisnike o opijatima (20,55).

Također je neophodno pratiti utjecaj škole, vršnjaka, medija i cjelokupne zajednice na ponašanje jednog adolescenta kako bi se na vrijeme prepoznalo te zaustavilo usvajanje neprihvatljivih ovisničkih navika (20,56).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je dob ovisnika o opijatima uključenih u ovo istraživanje u kojoj stječu prva iskustva s drogom 17(12-33) godina, dob prvih iskustava s heroinom 20(15-35) godina, duljina boravka u svijetu droge do početka liječenja metadonom 8(1-30) godina, duljina boravka u svijetu heroina do početka liječenja metadonom 6(1-26) godina, dob početka liječenja metadonom 26 (17-45) godina, a dnevna doza metadona na početku liječenja metadonom 50 (0-200)mg.

Podaci ovog istraživanja također su suglasni s podacima iz Registra liječenih ovisnika o psihoaktivnim drogama za 2007. godinu prema kojima se prva iskustva s drogom stječu s 15,9 godina, prva iskustva s heroinom s 20 godina, a dob početka liječenja je 25,7. godina što također govori u prilog reprezentativnosti uzorka ovog istraživanja (29).

Rezultati ovog istraživanja ukazuju i na vrlo dug boravak ovisnika u svijetu droge odnosno u svijetu heroina do časa kada budu uključeni u sustav liječenja metadonom. Naime rezultati ovog istraživanja nam govore da ovisnik u svijetu droge provede 8(1-30) godina odnosno u svijetu heroina 6(1-26) godina do časa kada se odluči na liječenje metadonom, a pri tome ima 26(17-45) godina.

Analizom podataka ovog istraživanja vidljivo je da od početka ulaska u svijet droge do početka liječenja prođe nedopustivih osam godina, a od početka uzimanja heroina do početka liječenja predugih šest godina. Ovaj apsolutno predug period je svakako vrijeme u kojem je uloga liječnika obiteljske medicine nezaobilazna kako bi što ranijim otkrivanjem ovisnosti i motiviranjem za liječenje samog ovisnika, ali i članova njegove obitelji početak liječenja uslijedio što ranije te bi se time smanjila mogućnost razvoja teške kliničke slike ovisnosti kao i smrtnog ishoda te povećala mogućnost izbora i uspjeha u liječenju ovisnosti kao kronične bolesti. Kako bi se skratilo ovo vrijeme od prvih iskustava sa drogama i heroinom do početka liječenja neophodna je i praktična implementacija aktivnosti iz Nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe opojnih droga koje podrazumijeva smanjenje ponude i potražnje droga, provođenje dostupnog i učinkovitog liječenja koje neće stigmatizirati ovisnika te uspješnu rehabilitaciju (16,33).

Dnevna doza metadona u času početka liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom uključenih u ovo istraživanje je iznosila 50(0-200)mg. Iako je preporučena početna dnevna doza metadona 30mg, a preporučena dnevna doza metadona od 70mg do 100 mg potrebna za stabilan program održavanja, dobivene dnevne doze od 50 mg u ovisnika o opijatima uključenih u ovo istraživanje mogu se objasniti činjenicom da su to pacijenti kojima su početne dnevne doze određene u bolničkim uvjetima i da su to ovisnici koji su liječeni u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Naime liječenje ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske podrazumijeva liječenje

temeljeno na izvanbolničkom liječenju, izvrsnu dostupnost liječenja, stalnu aktivnu ulogu liječnika obiteljske medicine u liječenju i praćenju ovisnika o opijatima te njihovu usku suradnju sa psihijatrima zaposlenima u Centima za prevenciju i izvanbolničko liječenje i drugim psihijatrijskim ustanovama (2,57,58,59,60). Dugogodišnje praćenje može objasniti činjenicu da su dobivene prosječne doze metadona niže od trenutno preporučenih za postizanje stabilnog održavanja jer na početku istraživanog perioda nisu bile prihvaćene danas važeće preporučene dnevne doze metadona. Neophodno je važno naglasiti da apstinencija od heroina treba biti poželjan cilj, a smanjenje doze nije imperativ u provođenju zamjenske terapije metadonom prije svega zbog činjenice da je ovisnost o opijatima kronična recidivirajuća bolest mozga (21,61).

Rezultati ovog istraživanja vezano uz analizu životne zajednice ovisnika o opijatima uključenih u zamjensku terapiju metadonom pokazuju da su ovisnici o opijatima najčešće živjeli s roditeljima (126; 40,38%) ili kao samci (81; 25,96%). Njih 38(12,18%) živjelo je s vlastitom djecom, a 31(9,94%) s partnerom. Od ukupnog broja ovisnika o opijatima uključenih u ovo istraživanje svega njih 17(5,45%) živjelo je u nekom drugom obliku zajednice te njih 10(3,21%) živjelo je u životnoj zajednici s prijateljem. Svega 5(1,60%) ovisnika živjelo je kao beskućnik, a 4(1,28%) živjelo je u nekoj od institucija.

Kako životna zajednica svakako utječe na ishode liječenja ovisnika o opijatima liječnik obiteljske medicine u svakodnevnom radu s ovisnicima o opijatima mora vrlo pažljivo promatrati sve karakteristike životne zajednice u kojoj ovisnik živi (62). Isto tako je važno naglasiti da struktura obitelji kao i funkcioniranje unutar obitelji su faktori rizika za razvoj ovisnosti o opijatima te obiteljski liječnik u svakodnevnom radu mora pratiti funkcioniranje obitelji za koje skrbi (20) kako bi adekvatno prevenirao, liječio i pratio tijek bolesti ovisnosti. Iako je opće prihvaćena činjenica da na odluku o konzumiranju psihoaktivnih tvari imaju utjecaj škole, vršnjaci, mediji i zajednica činjenica da životne navike roditelja i obitelji utječu

i na životne navike djece analizu životne zajednice čini nezaobilaznim faktorom u prevenciji, liječenju i praćenju ovisnosti o opijatima (63).

Istraživanje Kuterovac i suradnika koje je usporedilo skupinu ovisnika o opijatima sa skupinom vršnjaka koji nisu konzumirali drogu te njihove karakteristike vezane uz odnose s roditeljima, karakteristike obitelji (struktura obitelji, maritalni status, psihopatološke bolesti u obitelji), socio-ekonomski status i subjektivnu procjenu obiteljskih odnosa pokazala je da su majčinska nebriga i emocionalno siromašan odnos sa majkom jedan od glavnih faktora rizika za razvoj ovisnosti o opijatima (20). Kako su rezultati ovog istraživanja pokazali da ovisnici o opijatima ipak najčešće ostaju živjeti s roditeljima analiza odnosa s roditeljima, poglavito majkom jedan je od faktora koji zahtijeva posebnu pozornost. Unapređenje emocionalnog odnosa sa roditeljima, poglavito majkom stoga treba biti jedna od važnih aktivnosti u terapijskom planu za ovisnike o opijatima kako bi se unaprijedio ishod liječenja ove teške kronične bolesti. S druge strane, ovisnici o opijatima uključeni u ovo istraživanje vrlo često su živjeli i kao samci, a kako je opće poznato samčki život je faktor rizika za lošije ishode liječenja pa čak i za učestaliji smrtni ishod u ovisnika i ova činjenica mora biti akceptirana od strane obiteljskog liječnika pri slaganju terapijskog plana za ovisnika o opijatima (62).

U ovisnika o opijatima obuhvaćenih ovim istraživanjem, njih 187(59,94%) nije prethodno liječeno, 50(16,03%) liječeno je zamjenskom terapijom metadonom bez remisije, 61(19,55%) je liječeno zamjenskom terapijom metadonom do remisije, 8(2,56%) je liječeno drug free metodama bez remisije, 3(0,96%) je liječeno drug free metodama do remisije dok je svega 3(0,96%) ovisnika liječeno nekom drugom terapijskom mogućnošću.

Ovi rezultati pokazuju da ovisnici o opijatima uključeni u ovo istraživanje najčešće nisu prethodno bili u terapijskom programu što se može objasniti i činjenicom iznimno dugog boravka u svijetu droge i svijetu heroina prije uključivanja u sustav liječenja. Nije naodmet naglasiti još jednom da je ovo vrijeme boravka u svijetu droge i heroina nedopustivo dugo te

da obiteljski liječnik mora imati proaktivnu ulogu u prevenciji, liječenju i praćenju ovisnosti o opijatima kako bi se period boravka u svijetu droge i heroina prije uključivanja u sustav liječenja skratio. Broj ovisnika u kojih je postignuta remisija zamjenskom terapijom metadonom u prethodnom terapijskom pokušaju relativno je niska no dostupnost zamjenske terapije metadonom kroz njenu provedbu unutar zdravstvenog sustava i liječnika obiteljske medicine sigurno može ponuditi mogućnost povećanja uspješnosti u liječenju ovisnika o opijatima ovom terapijskom mogućnošću. Neizmjerljivo je važno naglasiti da je u uzorku ovisnika o opijatima unutar ovog istraživanja njih 50(16,03%) liječeno zamjenskom terapijom metadonom bez remisije što je upozoravajući pokazatelj budući da se zna da je istovremeno uzimanje heroina i metadona rizično ponašanje te da je sigurni faktor rizika za smrtni ishod tijekom zamjenske terapije metadonom (21). Naime heroin i metadon depresijom respiracije, kao i učincima na kardiovaskularni sustav dovode do povećanog rizika za smrtni ishod (21, 64). Stoga je još jednom neophodno naglasiti da provedba zamjenske terapije metadonom u obiteljskoj medicini osigurava iznimnu dostupnost liječenja ovisnicima o opijatima, ali s druge strane zahtjeva stalnu aktivnu ulogu liječnika obiteljske medicine u liječenju i praćenju ovih kroničnih bolesnika te njihovu usku suradnju sa psihijatrima kako bi se adekvatnim postupcima stalno revidirala trenutačna potreba i stanje ovisnika i samim time izbjegla smrt kao nepoželjni događaj (27,33,34,65,66).

U ovisnika o opijatima uključenih u ovo istraživanje, većina njih, gotovo 88% planirano je za detoksifikaciju tj. redukciju dnevne doze metadona dok je manji dio ovisnika, njih 12,18% planiran od samog početka liječenja za dugotrajno održavanje na metadonu. Ovaj rezultat može se objasniti činjenicom vezanom uz preporuke definirane u smjernicama za farmakoterapiju ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom (35).

U ovisnika o opijatima koji su obuhvaćeni ovi istraživanjem kao što je već rečeno, velika većina, njih 273(87,50%) planirano je pri uključivanju u liječenje za redukciju dnevne doze

metadona tj. detoksifikaciju dok je svega 38(12,18%) planirano odmah pri uključivanju u zamjensku terapiju metadonom za dugotrajno održavanje metadonom. Važno je istaknuti da su u Republici Hrvatskoj definirane smjernice za farmakoterapiju ovisnika o opijatima metadonom kojima su definirani ciljevi, indikacije, doze metadona, vrste programa i kriteriji za provedbu zamjenske terapije metadonom te profesionalci koji su ovlaštteni za određivanje indikacije za primjenu metadona. Naime, smjernice za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom osim što osiguravaju dostupnost i ujednačenost u postupcima pri provođenju zamjenske terapije metadonom moraju osigurati i individualni pristup u liječenju ovisnika o opijatima. Kako su ovlaštteni liječnici profesionalci koji određuju vrstu programa kao i vrstu i dozu lijeka, na ove karakteristike u postupku liječenja obiteljski liječnici nemaju utjecaja no njihova procjena zdravstvenog stanja ovisnika kao i stanje apstinencije od velike su koristi jer ukoliko procijene da zdravstveno stanje i ponašanje ovisnika nije zadovoljavajuće moraju uputiti ovisnika ovlaštenom liječniku kako bi se vrsta programa kao i doza lijeka revidirali.

Na području obuhvaćenom ovim istraživanjem 60 timova obiteljske medicine imalo je ugovor sa HZZO-om i osiguravalo zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini u okviru službe obiteljske medicine. Kao što je i za očekivati, nisu svi timovi imali u skrbi ovisnike uključene u zamjensku terapiju metadonom. Od ukupnog broja timova obiteljske medicine velika većina, njih 46 imalo je u skrbi ovisnike o opijatima u kojih se provodila zamjenska terapija metadonom dok 14 timova obiteljske medicine nije imalo u skrbi ovisnike o opijatima uključene u zamjensku terapiju metadonom. Ovako veliki udio timova obiteljske medicine koji je uključen u skrb ovisnika o opijatima koji su uključeni u zamjensku terapiju metadonom može se djelomično objasniti stalnim porastom broja novoregistriranih ovisnika o opijatima te porastom ovog problema u zdravstvenom pobolu stanovništva u Republici Hrvatskoj što je liječnika obiteljske medicine učinilo nezaobilaznim profesionalcem u skrbi za ovisnike (28). Osim toga, organizacija skrbi za ovisnike o opijatima u Republici Hrvatskoj

kroz hrvatski model liječenja ovisnika o opijatima uzima u obzir činjenicu da je ovisnost o opijatima kronična recidivirajuća bolest nepredvidive dinamike te ishoda u liječenju te ove činjenice čine liječnika obiteljske medicine logičnim izborom pri liječenju ovisnika pa tako i provođenju zamjenske terapije metadonom. Uključenost liječnika obiteljske medicine u organizaciju liječenja ovisnika o opijatima unutar zdravstvenog sustava Republike Hrvatske čini sustav liječenja iznimno dostupnim što je jedan od osnovnih preduvjeta kako bi se što ranije ovisnici uključili u sustav liječenja te mogli adekvatno i kontinuirano pratiti. Rasprave u literaturi i stručnim krugovima treba li zamjensku terapiju metadonom organizirati kroz specijaliziranu službu ili kroz sustav liječnika obiteljske medicine pokazale su da su oba modela moguća, no naravno i jedan i drugi model trebaju biti podvrgnuti kontinuiranoj evaluaciji kako kroz postignute ishode liječenja tako i kroz postignute javnozdravstvene učinke (27, 67). Ako se uzmu kao presudni u organizaciji liječenja ovisnika o opijatima kronicitet bolesti ovisnosti, potreba za kontinuitetom skrbi, česti komorbiditet, dostupnost liječenja te suradljivost s pacijentom tada obiteljska medicina postaje gotovo najbolje mjesto za provođenje liječenja ovisnika o opijatima (68). Sve ove navedene činjenice govore u prilog organizaciji liječenja ovisnosti o opijatima kroz sustav obiteljskog liječnika no uvijek je važno naglasiti da i ovaj oblik liječenja stalno mora biti evaluiran (67).

Tijekom dvanaestogodišnjeg praćenja liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom obuhvaćenih ovim istraživanjem, u 46 timova obiteljske medicine za ovisnike je skrbrilo 57 liječnika budući da je tijekom istraživanja 11 liječnika otišlo u mirovinu no kontinuitet zdravstvene zaštite osiguran je zapošljavanjem novih liječnika. I ova činjenica koja kroz organizaciju liječenja ovisnika o opijatima unutar nacionalnog zdravstvenog sustava osigurava kontinuitet zdravstvene zaštite jedna je od činjenica koja organizaciju liječenja ovih kroničnih bolesnika po hrvatskom modelu liječenja ovisnika čini iznimno prihvatljivom i profesionalno utemeljenom.

Među 57 liječnika obiteljske medicine 44 su bile ženskog spola. Većina liječnika, njih 30, bilo je srednje životne dobi tj. u dobi 35-54 godine, 14 liječnika je bilo mlađe životne dobi, dok je najmanje liječnika bilo životne dobi ≥ 55 godina.

Analizom izobrazbe liječnika obiteljske medicine pokazalo se da je 30 liječnika imalo specijalizaciju iz obiteljske medicine dok 27 liječnika nije imalo specijalističku izobrazbu iz obiteljske medicine. Ovi podaci mogu se objasniti činjenicom da u periodu od 1993. do 2003. u Republici Hrvatskoj nije bilo upućivanja liječnika na specijalizaciju iz obiteljske medicine što sigurno ima implikacije i na ove rezultate (69). Edukacija liječnika obiteljske medicine o ovisnosti o opijatima neophodna je kako kroz diplomsku i specijalističku izobrazbu tako i kroz tečajeve stalnog medicinskog usavršavanja kako bi se liječnik obiteljske medicine osposobio za pružanje kompleksne i specifične zdravstvene zaštite koju ovisnici trebaju, a koja je predviđena i Nacionalnom strategijom suzbijanja zlouporabe opojnih droga u Republici Hrvatskoj (16). Učenje obiteljske medicine zasigurno treba biti zasnovano na medicini temeljenoj na dokazima pa tako i izobrazba obiteljskog liječnika iz područja bolesti ovisnosti treba poštovati ovu osnovnu premisu (70). Naime organizacija kurikula obiteljske medicine kako u diplomskoj tako i u poslijediplomskoj i specijalističkoj izobrazbi treba poštovati ovu činjenicu kako bi liječnik obiteljske medicine suvereno liječio i pratio ovisnika kao kroničnog bolesnika te bio osposobljen adekvatno surađivati sa svim konzultantima koji su neophodni pri pružanju cjelokupne zdravstvene skrbi o ovisnicima o opijatima.

6.2. Kontinuitet skrbi

Kontinuitet skrbi je jedna od temeljnih odrednica obiteljske medicine i podrazumijeva osobnu odgovornost liječnika u pružanju skrbi za bolesnika (71). Osim toga, kontinuitet skrbi tradicionalno je opisivan kao osnovno obilježje dobre primarne zdravstvene zaštite (72).

U ovom istraživanju za 225 (72,1%) ovisnika osiguran je kontinuitet skrbi dok u 87(27,9%) ovisnika nije osiguran kontinuitet skrbi u ovoj prospektivnoj studiji dugotrajnog praćenja definirane grupe ispitanika koja je uključila period od 1995. do 2007. godine i ukupno 312 ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom. Ovako visok postotak osiguranja kontinuiteta skrbi ovisnika o opijatima uključenih u zamjensku terapiju metadonom može se objasniti korištenjem službe obiteljske medicine kao specifične discipline koja pruža kontinuiranu i sveobuhvatnu skrb pojedincima te njihovim članovima obitelji u okviru nacionalnog zdravstvenog sustava.

Iako liječnik obiteljske medicine u skrbi za bolesnika mora povremeno ili kontinuirano odabirati prikladnog konzultanta za pružanje cjelovite i kontinuirane zaštite, važno je naglasiti da se njegova odgovornost nastavlja i kada on nije izravno uključen u pružanje skrbi svome pacijentu već to trenutno radi izabrani konzultant obzirom na specifične potrebe bolesnika.

U sustavu obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj organizacija rada obiteljskog liječnika osigurava informacijski kontinuitet, longitudinalni kontinuitet te kontinuitet osobne skrbi(73). Kako je skrb za ovisnike inkorporirana u svakodnevni rad liječnika obiteljske medicine tako je kroz tu organizaciju skrbi za ovisnike osiguran i kontinuitet skrbi za ovisnike na sve tri razine. Informacijski kontinuitet definiran je kroz vođenje medicinske dokumentacije. Ova vrsta kontinuiteta skrbi odnosno adekvatno vođenje medicinske dokumentacije jedan su od izvora podataka za ovo israživanje koje ima za svrhu unapređenje kvalitete skrbi za ovisnike uključene u zamjensku terapiju metadonom.

Longitudinalni kontinuitet skrbi osiguran je činjenicom da se većina skrbi za ovisnike pruža od strane određenog medicinskog tima koji je bolesniku-ovisniku o opijatima dobro poznat i dostupan. Naime kako liječnik obiteljske medicine propisuje lijek te prati cjelokupno zdravstveno stanje ovisnika u stalnoj i trajnoj suradnji s medicinskom sestrom u timu obiteljske medicine, tim načinom organizacije skrbi za ovisnika osiguran je i longitudinalni kontinuitet skrbi. Ovaj oblik kontinuiteta skrbi temelji se na činjenici da su članovi tima obiteljske medicine, liječnik i medicinska sestra bolesniku dobro poznati i lako dostupni te je ovaj tim svojom suradnjom i skrbi za ovisnika odgovoran za kvalitetu pružene skrbi.

Na najvišoj hijerarhijskoj razini osiguranja kontinuiteta skrbi nalazi se kontinuitet osobne skrbi koji kroz model skrbi za ovisnike unutar sustava obiteljske medicine osigurava i ovu vrstu kontinuiteta skrbi za ovisnike. Ova vrsta kontinuiteta skrbi temelji se na dugotrajnom odnosu liječnika i bolesnika koji doprinosi razvoju uzajamnog povjerenja i počiva na osobnoj odgovornosti liječnika u pružanju cjelovite skrbi što je od iznimnog značaja i koristi pri osiguranju kvalitete i kontinuiteta skrbi za ovisnike kao kronične bolesnike. Kontinuitet osobne skrbi podrazumijeva osobnu odgovornost i empatiju liječnika prema bolesniku te bolesnika prema liječniku.

Teorija informacijskog kontinuiteta, longitudinalnog kontinuiteta kao i kontinuiteta osobne skrbi definira činjenicu da je postojanje informacijskog kontinuiteta preduvjet za postojanje longitudinalnog kontinuiteta koji je onda preduvjet da se osigura i kontinuitet osobne skrbi. Organizacija skrbi za ovisnike kao kronične bolesnike kroz sustav obiteljske medicine unutar hrvatskog modela liječenja ovisnosti osigurala je sva tri nivoa kontinuiteta skrbi te na taj način osigurala kvalitetu skrbi za ovisnike kao kronične bolesnike.

Naime, porast aktivnosti usmjerenih prema osiguranju kvalitete skrbi unutar zdravstvenog sustava posljedično je dovela i do aktivnosti vezanih uz unapređenje kvalitete skrbi za ovisnike o opijatima (74).

Implementacija liječenja ovisnika o opijatima unutar redovitog i uobičajenog zdravstvenog sustava zasigurno podržava taj proces, a hrvatski model liječenja koji uključuje liječnika obiteljske medicine u skrb za ovisnike o opijatima akceptira tu premisu kao osnovu za osiguravanje kvalitete skrbi za ovisnike o opijatima.

Kako bi korištenje obiteljske medicine i primarne zdravstvene zaštite u skrbi za ovisnike bilo zadovoljavajuće neophodno je unaprijediti razumijevanje i percepciju ovisnika o opijatima spram obiteljske medicine i primarne zdravstvene zaštite (75). Naime, zadovoljavajuće promicanje i izgradnja pozitivnog stava ovisnika spram kontinuiteta skrbi u okviru svakodnevnog rada obiteljskog liječnika može pridonijeti uspostavi adekvatnog odnosa između liječnika i bolesnika te ovisnika o opijatima učiniti aktivnim sudionikom u provođenju terapijskog plana (75). Istraživanje Federmana i suranika pokazalo je da mnogi ovisnici o opijatima liječeni zamjenskom terapijom metadonom nisu percipirali izvor skrbi pa čak i kada je to bila primarna zdravstvena zaštita. Stoga buduća istraživanja trebaju biti usmjerena prema boljoj percepciji i razumijevanju ovisnika o opijatima obiteljske medicine i primarne zdravstvene zaštite te kontinuiteta skrbi kao jednog od ključnih faktora u osiguranju kvalitete skrbi (75).

Može se reći da je temeljna organizacija liječenja ovisnika o opijatima u Republici Hrvatskoj kao i specifičnost obiteljske medicine osigurala stabilan i dostupan sustav liječenja ovisnika o opijatima uključenih u zamjensku terapiju metadonom kroz Hrvatski model liječenja ovisnika o opijatima te kroz temeljnu odrednicu kontinuiteta skrbi osigurala i unapređenje kvalitete skrbi za ovisnike o opijatima.

6.2.1. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz remisiju bolesti

U analizi kontinuiteta skrbi i njegovog utjecaja na ishod liječenja vezanog uz remisiju bolesti zanimljivo je naglasiti da kada je tijekom praćenja remisija postizana bez zamjenske terapije metadonom kontinuitet skrbi se nije pokazao značajnim za postizanje remisije. Naime, remisija je postizana bez zamjenske terapije metadonom u svega 23,1% ovisnika s kontinuitetom skrbi odnosno u svega 27,6% ovisnika u kojih nije postignut kontinuitet skrbi i nije uočena statistički značajna razlika u ovisnika sa i ovisnika bez kontinuiteta skrbi. Iznimno visok postotak ovisnika, u skupini s postignutim kontinuitetom skrbi (76,9%) i u skupini bez postignutog kontinuiteta skrbi (72,4%) nije postizao remisiju bolesti bez zamjenske terapije metadonom.

Istraživanja Wittchen i suradnika analiziralo je mogućnosti i postignute ishode liječenja zamjenskom terapijom opijatskim agonistima kako u specijaliziranim centrima za liječenje ovisnika tako i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na nacionalnoj razini u Njemačkoj (76). Rezultati ovog istraživanja su pokazala da je tijekom 12-mjesečnog praćenja kohorte ovisnika o opijatima postignuto zadržavanje u programu liječenja u visini 75%, dok je svega 4,1% ovisnika o opijatima bilo u remisiji bez zamjenske terapije opijatskim agonistom.

Rezultati vlastitog istraživanja pokazuju da je remisija postignuta bez zamjenske terapije metadonom u 23,1% ovisnika s kontinuitetom skrbi te u 27,6% ovisnika bez kontinuiteta skrbi što su iznimno bolji rezultati u postizanju rezultata u ishodu liječenja u odnosu na navedeno istraživanje provedeno u Njemačkoj. Ovako značajna razlika u postignutim rezultatima obzirom na remisiju bolesti može se objasniti iznimno aktivnom ulogom liječnika obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj za razliku od Njemačke gdje su specijalizirani centri za liječenje bolesti ovisnosti većinski model liječenja ovisnika uz centre za liječenje bolesti ovisnosti na razini primarne zdravstvene zaštite. Međutim, i u istraživanju na nacionalnoj razini Njemačke rezultati u postignutim ishodima liječenja pokazali su da su

pacijenti liječeni na razini primarne zdravstvene zaštite postizali bolje rezultate u zadržavanju u programu, apstinenciji i liječenju pratećih bolesti (76).

S druge strane, kontinuitet skrbi se pokazao značajnim pri procjeni da je ovisnik suspektan bez terapije. Naime, pacijenti u kojih nije postignut kontinuitet skrbi statistički značajno češće su bili suspekti bez terapije nego li ovisnici u kojih je postignut kontinuitet skrbi.

S druge strane, kontinuitet skrbi se pokazao značajnim u ovisnika u kojih je remisija postizana uz terapiju. Naime, ovisnici sa postignutim kontinuitetom skrbi značajno češće su postizali remisiju uz zamjensku terapiju metadonom nego li ovisnici bez postignutog kontinuiteta skrbi. Osim toga, iznimno visok postotak ovisnika s kontinuitetom skrbi, čak njih 76,4% postiglo je remisiju uz zamjensku terapiju metadonom. Ovi rezultati govore u prilog preporukama da se liječenje ovisnosti o opijatima treba organizirati kroz obiteljsku medicinu koja kao glavnu prednost nudi kontinuitet skrbi (27,76). Posebno vrijedan rezultat je pokazatelj da je u pacijenata u kojih je postignut kontinuitet skrbi smrtni ishod bio statistički značajno rjeđi nego li kod ovisnika u kojih nije postignut kontinuitet skrbi. Iz tih rezultata proizlazi da se kontinuitet skrbi pokazao zaštitnim faktorom od smrtnog ishoda. Naime, istraživanje Cerovečki i suradnika pokazalo je da je nemogućnost postizanja remisije u prethodnim terapijskim pokušajima kao i gubitak kontinuiteta skrbi faktor rizika za smrtni ishod i da o tim podacima liječnik obiteljske medicine mora voditi brigu kada skrbi za ovisnika uključenog u zamjensku terapiju metadonom (77).

6.2.2. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz sklonost deliktu

Kontinuitet skrbi kod pacijenata koji su procijenjivani kao osobe koje nisu sigurno deliktuozne nije se pokazao značajnim odnosno i ovisnici kod kojih je postignut kontinuitet i ovisnici kod kojih nije postignut kontinuitet nisu bili statistički značajno češće procjenjivani kao osobe koje nisu sigurno deliktuozne. Suprotno tome, pacijeti koji su bili procjenjivani kao suspektno deliktuozni češće su pripadali skupini kod koje nije postignut kontinuitet u skrbi te je kontinuitet skrbi osiguravao i nesklonost deliktu odnosno gubitak kontinuiteta skrbi rezultirao je sklonosti deliktu. Ovisnici u kojih nije postignut kontinuitet skrbi ststistički značajno češće su bili i potvrđeno deliktuozni. Naime, svega 9,3% ovisnika s kontinuitetom skrbi je bilo potvrđeno deliktuozno dok je 27,6% ovisnika bez kontinuiteta skrbi bilo procjenjivano kao potvrđeno deliktuozni. Pacijenti koji su osuđivani tijekom liječenja također su statistički značajno češće pripadali skupini ovisnika bez kontinuiteta skrbi Naime, 10,3% ovisnika bez kontinuiteta skrbi osuđivano je tijekom liječenja dok 96,9% ovisnika s kontinuitetom skrbi nije osuđivano tijekom provedbe liječenja. Analiza kontinuiteta skrbi pokazala je da je kontinuitet skrbi osigurao da ovisnici statistički značajno rjeđe odlaze u penalni sustav kada je postignut kontinuitet u liječenju. Naime, svega 0,4% ovisnika sa postignutim kontinuitetom skrbi boravilo je u zatvoru tijekom liječenja, dok je iz skupine ovisnika bez kontinuiteta skrbi njih 26,4% tijekom liječenja boravilo u penalnom sustavu.

Obzirom na činjenicu da liječenje i zadržavanje u metadonskom programu liječenja ima zasigurno efekt smanjenja kriminalnih aktivnosti liječnik obiteljske medicine u svom svakodnevnom radu svakako treba pratiti i dinamiku sklonosti ka deliktu ovisnika za koje skrbi (34,36). Ovo istraživanje povrdilo je rezultate i prethodnih istraživanja koja su pokazala da je uključivanje ovisnika u liječenje zamjenskom terapijom metadonom zasigurno dovelo i do značajnog smanjenja kriminalnih aktivnosti te ukupnog smanjenja ekonomskog tereta i troška koji donosi pojavnost te liječenje bolesti ovisnosti društvu u cjelini (78).

Liječenje bolesti ovisnosti zamjenskom terapijom metadonom zasigurno treba podrazumijevati svaku kliničku odluku koja se temelji na dokazima, osposobljavanje liječnike obiteljske medicine za aktivno sudjelovanje u provedbi liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom, ali isto tako podupirati i aktivnosti vezane uz redukciju štete te smanjenje i redukciju kriminalnih aktivnosti i sklonosti deliktu (79). Samo takav sveobuhvatni pristup u liječenju bolesti ovisnosti može pridonijeti kvalitetnoj i adekvatnoj skrbi za ovisnike.

6.2.3. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz kontakt s medicinskim osobljem

Procjena kontakta ovisnika s medicinskim osobljem mogla je biti opisana kao: ovisnik ne kontaktira osobno s medicinskim osobljem, ovisnik je u kontaktu s medicinskim osobljem ugodan, ovisnik je u kontaktu s medicinskim osobljem povremeno neugodan, ovisnik je u kontaktu s medicinskim osobljem stalno neugodan te povremeno ili stalno nasilan. Statistički značajna razlika između grupe ovisnika u kojih je postignut kontinuitet skrbi u odnosu na grupu ovisnika u kojih kontinuitet skrbi nije postignut uočena je samo pri procjeni kontakta kao ugodnog. Naime, ovisnici u kojih je postignut kontinuitet skrbi statistički značajno češće nisu u kontaktu procjenjivani ugodnima tj. 20,4% ovisnika s kontinuitetom skrbi nikad nije procijenjeno kao ugodnim dok u skupini ovisnika bez kontinuiteta skrbi njih 9,2% nikada nije procijenjeno ugodnim u kontaktu dok je 90,8% ovisnika iz ove skupine uspostavljalo ugodan odnos sa medicinskim osobljem. Povremeno ili stalno neugodni u kontaktu jednako često su bili ovisnici i sa i bez kontinuiteta skrbi što potvrđuje da su liječnici obiteljske medicine uglavnom uspjevali uspostaviti ugodan odnos u komunikaciji sa ovisnicima. Naime svega 39,6% ovisnika iz skupine s uspostavljenim kontinuitetom skrbi i 34,5% ovisnika iz skupine bez kontinuiteta skrbi su povremeno bili neugodni te nije uočena statistički značajna razlika. I

u jednoj i u drugoj skupini ovisnici su vrlo rijetko bili u kontaktu s medicinskim osobljem stalno neugodni te je svega 1,3% ovisnika iz skupine s kontinuitetom skrbi i 4,6% bez kontinuiteta skrbi u kontaktu bilo stalno neugodno. Iznimno zanimljiv rezultat je i to što su ovisnici i jedne i druge skupine vrlo rijetko bili povremeno ili stalno nasilni prema medicinskom osoblju. Naime svega 1,3% ovisnika s kontinuitetom skrbi i niti jedan iz skupine bez kontinuiteta skrbi nije bio povremeno ili stalno nasilan prema medicinskom osoblju što se može objasniti vještinom komunikacije koju posjeduju liječnici obiteljske medicine, ali poštovanjem i uvažavanjem medicinskog osoblja od strane ovisnika.

Unatoč zahtjevnosti u radu s ovisnicima o opijatima obiteljski liječnici su svoj kontakt sa ovim kroničnim bolesnicima uglavnom definirali kao ugodan i zasigurno su svjesni dimenzije ovog problema, ali i svoje pozicije unutar zdravstvenog sustava koja ih definira kao nezaobilazne u liječenju opijatske ovisnosti (30). Ovaj podatak sugerira da dobar kontakt podrazumijeva i dobru suradljivost u dugotrajnom i iscrpljujućem liječenju opijatskih ovisnika te provođenje zamjenske terapije metadonom u okviru svakodnevnog rada liječnika obiteljske medicine osigurava učinkovitije liječenje opijatskih ovisnika pa tako i smanjenje smrtnih ishoda u ovih kroničnih bolesnika (80). Pacijentu orijentirana skrb, prepoznavanje individualnih zdravstvenih potreba pojedinog pacijenta te građenje partnerskog odnosa osnovni su postulati u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine i zasigurno moraju biti uvažavani i u organizaciji i praćenju liječenja ovisnika o opijatima unutar zdravstvenog sustava i službe obiteljske medicine. Liječnik obiteljske medicine treba znati slušati bolesnika i biti svakog profesionalnog trenutka svjestan da je za bolesnika liječnik već sam po sebi lijek i da bez uspješno izgrađenog odnosa bolesnik-liječnik nema niti uspjeha u planiranim dijagnostičkim i terapijskim postupcima. Osim toga, liječnik obiteljske medicine uvijek ima na umu da bolesnik dolazi iz konteksta vlastite obitelji te da funkcioniranje ili

nefunkcioniranje obitelji također može utjecati na ishode dijagnostičkih i terapijskih postupaka.

6.2.4. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz način uzimanja terapije

U Republici Hrvatskoj provođenje zamjenske terapije metadonom regulirano je Smjernicama za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom te u okviru tih smjernica provođenje i administriranje zamjenske terapije metadonom može biti organizirano tako da ovisnik sam brine o terapiji, da o zamjenskoj terapiji brine netko drugi, najčešće netko od članova obitelji ili je provedba zamjenske terapije metadonom organizirana kombinacijom ova dva modela. Ovo istraživanje analiziralo je kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz način uzimanje terapije. Kada su o zamjenskoj terapiji metadonom brinuli sami ovisnici nije uočena statistički značajna razlika između ovisnika u kojih je i u ovisnika u kojih nije postignut kontinuitet skrbi. Također nije uočena statistički značajna razlika između ovisnika u kojih je postignut kontinuitet skrbi i onih u kojih kontinuitet skrbi nažalost nije postignut u slučaju kada su o zamjenskoj terapiji metadonom brinuli drugi, najčešće ostali članovi obitelji. Nasuprot tome, kombinacija ova dva modela administriranja češće je provedena kod ovisnika kod kojih nije postignut kontinuitet skrbi i ovaj rezultat može se prikazati u svjetlu primjene smjernica za provođenje zamjenske terapije metadonom koja je obvezujuća za liječnike obiteljske medicine i ovisnike pri provedbi ove vrste liječenja. Ovaj rezultat govori u prilog ujednačavanju provedbe zamjenske terapije metadonom primjenom smjernica bez obzira je li o terapiji brine sam ovisnik ili je terapiju podizao netko drugi. Naime, i u literaturi primjena smjernica govori u prilog činjenici da su smjernice doprinijele cjelokupnom unapređenju skrbi za ovisnike odnosno redukciji uzimanja sredstava ovisnosti, smanjenju rizičnog ponašanja u ovisnika, smanjenju kriminalnih aktivnosti te unapređenju fizičkog i psihičkog zdravlja pogotovo ako je liječenje bilo organizirano kroz primarnu zdravstvenu zaštitu (36).

Istraživanje Keen i suradnika pokazalo je da provođenje zamjenske terapije metadonom na razini primarne zdravstvene zaštite uz primjenu smjernica pomaže u postizanju značajno boljih ishoda u liječenju od kojih mnogi utječu na zajednicu u cjelini kao i na ovisnike same. Stoga rezultat ovog istraživanja ukazuju da su ovisnici u kojih je bila provedena administracija zamjenske terapije metadonom povremeno od strane samog ovisnika, a povremeno od strane nekog od članova obitelji skupina u kojoj značajno češće nije postignut kontinuitet skrbi te je dogovor o administraciji terapije nešto što zahtijeva posebnu pažnju i angažman kako liječnika tako i ovisnika. Provedba zamjenske terapije metadonom kroz dostupnu primarnu zdravstvenu zaštitu te implementacija smjernica u svrhu ujednačavanja terapijskog postupka sigurno su na tragu preporuka iz literature koji potvrđuju da ova vrsta organizacije zamjenske terapije metadonom zasigurno u najvećoj mjeri smanjuje javnozdravstveni teret koji donosi bolest ovisnosti društvu u cjelini (81).

6.2.5. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz podatke o uposlenosti

Tijekom ovog dvanaestogodišnjeg praćenja liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u službi obiteljske medicine praćen je i podatak o uposlenosti. Temeljem statusa uposlenosti ovisnici su mogli biti neuposleni, povremeno uposleni, stalno uposleni ili umirovljeni. U skupini ovisnika bez kontinuiteta skrbi njih 47,1% nikad nije bilo procijenjeno kao neuposleno dok u skupini sa kontinuitetom skrbi svega 27,1% ovisnika nikad nije procijenjeno kao neuposleni. S druge strane čak 72,9% ovisnika u kojih je postignut kontinuitet skrbi je procjenjivano kao neuposleno dok je 52,9% ovisnika bez kontinuiteta skrbi procijenjivano kao neuposleno. Ovi rezultati koji pokazuju statistički značajnu razliku između skupine ovisnika sa i skupine ovisnika bez kontinuiteta skrbi ukazuju da su ovisnici s postignutim kontinuitetom skrbi češće bili procijenjivani kao neuposleni. Temeljem ove činjenice iznimno je važno reći da prilagođavanje provedbe

zamjenske terapije metadonom treba imati i za cilj povećanje uposlenosti ovisnika o opijatima kao jedan od glavnih ciljeva liječenja ovisnika o opijatima (82). Povremeno uposleni podjednako su bili i ovisnici sa i ovisnici bez kontinuiteta te čak 35,6% ovisnika sa kontinuitetom skrbi i 29,9% bez kontinuiteta skrbi nikada nije bilo povremeno uposleno. Stalno uposleni ovisnici češće su pripadali skupini bez kontinuiteta skrbi i njih 40,2% postizalo je status stalno uposlenog djelatnika dok je u skupini ovisnika sa kontinuitetom skrbi svega 19,6% ovisnika postizalo status stalnog uposlenika. Podatak da su ovisnici bez kontinuiteta skrbi češće postizali status stalnog uposlenika nego li oni ovisnici koji su postizali kontinuitet skrbi ukazuje na potrebu prilagodbe sustava liječenja u svrhu postizanja jednog od glavnih ciljeva u liječenju, a to je unapređenje socijalnog funkcioniranja ovisnika (83). Svega 1,8% ovisnika sa kontinuitetom skrbi i 5,7% ovisnika bez kontinuiteta skrbi tijekom ovog dvanaestogodišnjeg praćenja je umirovljeno. Još jednom je važno naglasiti da cjelokupno zbrinjavanje opijatskih ovisnika podrazumijeva i rješavanje uposleničkog statusa i uključivanje cjelokupne zajednice u liječenje i cjelokupnu rehabilitaciju ovisnika jer medikamentozno liječenje opijatskih ovisnika zasigurno podiže radnu sposobnost ovisnika, a posljedično i smanjuje razvoj svih nepovoljnih događaja vezanih uz opijatsku ovisnost (84). Istraživanje Bilban i suradnika je pokazalo da je zamjenska terapija opijatskim agonistima mjera koja osposobljava ovisnike da budu spremni za zapošljavanje te da pri preuzimanju radnih obaveza budu iste u stanju i ispuniti (84). Stoga je cjelokupna i sveobuhvatna rehabilitacija ovisnika o opijatima koja uključuje i zapošljavanje ovisnika o opijatima proces i aktivnost koja mora uključiti cjelokupnu zajednicu (84).

6.2.6. Kontinuitet skrbi i njegov utjecaj na ishod liječenja vezanog uz životni stil

Tijekom ovog dvanaestogodišnjeg praćenja ovisnika o opijatima uključenih u zamjensku terapiju metadonom na terenu Novog Zagreba praćen je i njihov životni stil koji je mogao biti procijenjen od strane obiteljskog liječnika kao nepoznat, prihvatljiv ili alternativan. Tijekom navedenog perioda praćenja ovisnici o opijatima u kojih nije postignut kontinuitet skrbi češće su procijenjeni kao osobe koje žive nepoznatim, prihvatljivim ili alternativnim stilom u odnosu na ovisnike o opijatima koji su liječeni zamjenskom terapijom metadonom i u kojih je postignut kontinuitet skrbi. Kako je uloga liječnika obiteljske medicine u liječenju i praćenju ovisnika o opijatima negdje između zdravstvenog i pravosudnog sustava tako i praćenje životnog stila te sklonost deliktu zasigurno zahtijevaju poseban angažman, znanje i vještine liječnika obiteljske medicine u skrbi za ovisnike (85). Stoga postizanje željenih ciljeva u socijalnom funkcioniranju te sklonost prihvatljivom životnom stilu i izbjegavanje neprihvatljivog životnog stila znače i postizanje željenih ciljeva u liječenju ovisnika vezano uz njihovo socijalno funkcioniranje (85). Kako na životni stil svakog pojedinca pa tako i ovisnika ima utjecaj obitelj, škola, vršnjaci, mediji i okolina o tom obiteljski liječnik treba razmišljati tijekom aktivnosti vezanih uz liječenje ovisnika zamjenskom terapijom metadonom te sve relevantne faktore uključiti u aktivnosti liječenja ovisnika o opijatima (20). Obitelj prije svega mora vrlo intenzivno biti uključena u liječenje svog oboljelog člana, a tri su razloga za to (20). Prvi razlog za to je činjenica da mladi član obitelji, obično adolescent usvoja životne navike vlastite obitelji. Drugi razlog je činjenica da adolescenti u svojoj obitelji trebaju naučiti i dobiti od ostalih članova obitelji dobar primjer što je, a što nije socijalno prihvatljivo. Treći razlog je činjenica da ovisnik o opijatima svojim ovisničkim ponašanjem može nanijeti bol adolescentu u obitelji koji potom i sam može krenuti krivim putem droge (20). Stoga je još jednom važno naglasiti da je zdrava obitelji i dobro

funkcioniranje obitelji jedan od glavnih preduvjeta za prevenciju pojavnosti ovisničkog ponašanja.

6.2.7. Razlozi prestanku praćenja ovisnika o opijatima uključenih u istraživanje

U ovom prospektivnom dvanaestogodišnjem praćenju ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom Hrvatskim modelom liječenja ovisnika o opijatima na terenu Novog Zagreba razlog prestanku praćenja mogao je biti kraj istraživanja, smrtni ishod te promjena liječnika. Unutar praćene skupine ovisnika koja je obuhvaćala 312 ovisnika, u njih 225(72,1%) postignut je kontinuitet skrbi dok u 87(27,9%) ovisnika nije postignut kontinuitet skrbi.

Unutar skupine ovisnika u kojih je postignut kontinuitet skrbi najčešći razlog prestanku praćenja je bio kraj istraživanja i taj je razlog zabilježen u 80% ovisnika unutar ove skupine. U skupini bez kontinuiteta skrbi kraj istraživanja dočekalo je svega 6.3% ovisnika unutar ove skupine te je uočena statistički značajna razlika između skupine sa i skupine bez kontinuiteta skrbi. Naime, u ovisnika sa potignutim kontinuitetom skrbi statistički značajno češći razlog prestanku praćenja bio je kraj istraživanja nego li u ovisnika u kojih kontinuitet skrbi nije postignut. Ovo istraživanje duljinom svoga praćenja osiguralo je longitudinalno praćenje ovisnika o opijatima što je neophodno kako bi se mogao dobiti puni uvid u ovisnost o opijatima kao kroničnu bolest koja narušava ne samo fizičko i mentalno zdravlje ovisnika već i zaposlenost, cjelokupno socijalno funkcioniranje te učestalost smrtnog ishoda u ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom. Istraživanje Hseer i suradnika koje je obuhvatilo 33-godišnje praćenje kohorte ovisnika o opijatima pokazalo je da je ovisnost kronična bolest koja je doživotno stanje koje ima za posljedicu narušavanje zdravlja kao i socijalnog funkcioniranja (86). U ovom 33-godišnjem praćenju od ukupnog broja ovisnika uključenih u istraživanje na početku praćenja koji je uključio 581 ovisnika na kraju

istraživanja podaci su bili dostupni za 242 ovisnika te je u 284 zabilježen smrtni ishod. Ovi rezultati pokazuju da je u ovom istraživanju kraj istraživanja dočekalo 41,65% ovisnika što je niži postotak od našeg istraživanja no duljina praćenja ova dva istraživanja nije jednaka te se ovi podaci ne mogu u potpunosti usporediti. Ono što oba istraživanja osiguravaju je uvid u kronično stanje bolesti ovisnosti te puni uvid u zdravstveno stanje, socijalno funkcioniranje te pojavnost smrtnog ishoda u ovisnika o opijatima (86,87).

S druge strane, smrtni ishod značajno češće je bio razlogom prestanku praćenja u ovisnika u kojih nije postignut kontinuitet skrbi nego li u ovisnika u kojih je postignut kontinuitet skrbi. U skupini ovisnika bez postignutog kontinuiteta skrbi u čak 13,8% ovisnika smrtni ishod je bio razlogom prestanku praćenja dok je u skupini ovisnika sa kontinuitetom skrbi taj postotak bio znatno niži i iznosio je 4,9%. Ovaj rezultat u potpunosti je u skladu s rezultatima sličnih istraživanja koja su pokazala da je kontinuitet skrbi zaštitni faktor od smrtnog ishoda i da je kontinuitet skrbi ekskluzivitet koji može ponuditi obiteljska medicina u skrbi za ovisnika (77, 88).

Promjena liječnika razlogom prestanku praćenja bila je značajno češća u skupini ovisnika bez postignutog kontinuiteta skrbi i zabilježena je u 29,95% ovisnika unutar navedene skupine dok je u ovisnika sa postignutim kontinuitetom skrbi promjena liječnika kao razlog prestanku praćenja zabilježena u svega 15,1% ovisnika. Rezultati ovog istraživanja govore u prilog činjenici da ovisnici češće mijenjaju liječnika obiteljske medicine nego li pacijenti koji nemaju ovu kroničnu recidivirajuću bolest (52). Kako je kontinuitet skrbi te zadržavanje u sustavu liječenja glavna premisa organizacije liječenja ovisnosti o opijatima u okviru svakodnevnog rada liječnika obiteljske medicine tako je i poštovanje osnovnih principa i načela rada obiteljskog liječnika nešto što se mora poštovati i akceptirati u skrbi za ovisnike u koji su aktivno uključeni liječnici obiteljske medicine (88).

Stoga je važno reći da su ovisnici s postignutim kontinuitetom skrbi značajno češće dočekali kraj istraživanja dok je u skupini ovisnika u kojih nije postignut kontinuitet skrbi značajno češći razlog prestanku praćenja bio smrtni ishod te promjena liječnika obiteljske medicine.

6.3. Procjena uspješnosti liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini

6.3.1. Procjena uspješnosti liječenja bolesti ovisnosti prema zadržavanju u programu

Primjeren pristup u liječenju ovisnika o opijatima je od izuzetne važnosti. Naime, tri temeljna načela koje treba poštovati provedba liječenja ovisnosti o opijatima podrazumijeva što ranije otkrivanje ovisnika, uključivanje u sustav liječenja što većeg broja ovisnika te što dulje zadržavanje ovisnika u sustavu liječenja (16,89,90).

Važno je reći da u svim sustavima liječenja treba voditi brigu i o mogućim preprekama na koje ovisnici mogu nailaziti kada se odluče na liječenje (13). Kako bi se unaprijedilo zadržavanje u programu liječenja ovisnika o opijatima neophodno je osigurati povezivanje specijaliziranih terapijskih programa s primarnom zdravstvenom zaštitom što doprinosi unapređenju učinkovitosti sustava za liječenje bolesti ovisnosti, a što Hrvatski model tretmana ovisnika uvelike uvažava (13,16).

Pri evaluaciji pristupa liječenju ovisnika o opijatima iznimno je važno analizirati dostupnost sustava liječenja, ali i zadržavanje u terapijskom programu. Istraživanja ukazuju da ovisnici o opijatima nailaze na mnoge barijere u pokušajima pristupanju liječenju, ali i zadržavanju u programu (82,89). Prepreke se mogu odnositi na karakteristike zdravstvenog sustava, terapijskog programa te na karakteristike samih ovisnika (2). Najveća strukturna prepreka traženju pomoći kao i zadržavanju u programu je nedostatnost kapaciteta službi za liječenje i praćenje bolesti ovisnosti. Također prepreka postizanju dobrih ishoda liječenja može biti i nedostatak informiranosti o terapijskim mogućnostima, administrativne prepreke, duge liste čekanja, nesklonost medicinskog osoblja spram ovisnika te stigmatizacija ovih kroničnih bolesnika. Općenito kaotični životni stil ovisnika otežava zadržavanje u programu liječenja, a važni su i stavovi osobe spram konzumiranja droge koji također u konačnici mogu utjecati na zadržavanje u programu liječenja (91).

Dosadašnja istraživanja su analizirala negativne faktore dok je istraživanje Nealea i suradnika stavilo naglasak na mogućnost i potrebu poboljšanja. Podaci ovog istraživanja su prikupljeni kroz niz razgovora sa 75 ovisnika iz regije West Yorkshire putem programa razmjene igala. Iako su sudionici istraživanja često bili zadovoljni trenutnom dostupnošću terapijskih programa, istaknuli su tri područja koja zahtijevaju poboljšanja. To su: pružanje više terapijskih programa; bolje funkcioniranje postojećih programa te poboljšanje odnosa osoblja prema njima. (91).

Tijekom dvanaestogodišnjeg praćenja ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom na terenu Novog Zagreba u istraživanje je bilo uključeno 312 ovisnika. Tijekom ovog longitudinalnog praćenja u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom zadržano je od 312 ovisnika njih 229 (73,4%) dok u 83(26,65%) ovisnika nije došlo do zadržavanja u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom. Pri analizi uspješnosti liječenja ovisnika o opijatima velika važnost se pridaje zadržavanju u sustavu liječenja ovisnika o opijatima, najmanje dvije do pet godina, a dobri programi se odlikuju stopom od 70% zadržavanja u programu (31). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je sustav liječenja koji je ponudio Hrvatski model tretmana ovisnika o opijatima iznimno uspješan u postizanju zadržavanja ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom u terapijskom programu jer je u dvanaestogodišnjem praćenju ovisnika o opijatima 73,4% ovisnika zadržano u sustavu liječenja. To se zasigurno može objasniti iznimnom dostupnošću sustava za liječenje, osiguranjem potrebne visoke stručnosti u planiranju i liječenju i praćenju ovisnika o opijatima te integrativnim terapijskim postupkom koji uključuje farmakoterapiju, psihoterapiju, preodgoj, psihoedukaciju, obiteljski postupak, psihosocijalne intervencije, mjere prevencije širenja virusnih bolesti, kontrole urina radi provjere apstinencije te paralelno liječenje komorbiditetnih psihičkih poremećaja i somatskih bolesti. Na zadržavanje u sustavu liječenja ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u okviru Hrvatskog modela

tretmana ovisnika zasigurno je utjecao i individualni pristup u liječenju ovisnika o opijatima koji je temeljem individualnih zdravstvenih potreba svakog posebice ovisnika definirao terapijski plan i praćenje ovih kroničnih bolesnika. Iznimno dobri rezultati zadržavanja u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom unutar Hrvatskog modela tretmana ovisnika zasigurno su pridonijeli i boljim ishodima u liječenju jer podaci iz literature govore da postoji pozitivna linearna veza između duljine trajanja liječenja i smanjenja uporabe droge te da su najveći pozitivni pomaci u ishodima liječenja postignuti unutar duljih terapijskih programa (92). Preporuka iz literature koja kaže da je zadržavanje u sustavu liječenja ključni pokazatelj uspješnosti liječenja zamjenskom terapijom metadonom definira Hrvatski model tretmana ovisnika iznimno uspješnim modelom liječenja ovih kroničnih bolesnika (93,94).

6.3.2. Postizanje remisije bolesti ovisnosti i zadržavanje u programu

Tijekom dvanaestogodišnjeg prospektivnog praćenja ovisnika o opijatima uključenih u zamjensku terapiju metadonom svake godine liječnik obiteljske medicine radio je procjenu remisije bolesti. Pri procjeni remisije liječnik obiteljske medicine mogao je procijeniti da je ovisnik u remisiji bez terapije, da je ovisnik suspektan bez terapije, da je ovisnik u remisiji uz terapiju, da ovisnik uzima drogu uz terapiju, da je ovisnik u komuni ili je došlo tijekom praćenja do smrtnog ishoda u ovisnika.

Procjena liječnika da je ovisnik u remisiji bez zamjenske terapije metadonom nije pokazala statistički značajnu razliku između ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu i ovisnika u kojih zadržavanje u programu nije postignuto. Naime tijekom dvanaestogodišnjeg praćenja u 21,7% ovisnika u kojih nije postignuto zadržavanje u programu i u 25,3% ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu liječnik je procijenio da su ovisnici bili bez terapije u remisiji bolesti.

Kada su liječnici tijekom ovog dvanaestogodišnjeg praćenja procjenjivali da je ovisnik suspektan bez terapije, u skupini ovisnika u kojih nije došlo do zadržavanja u programu takvih je ovisnika bilo 38(45,8%) odnosno u skupini u kojoj je došlo do zadržavanja u programu takvih je ovisnika tijekom praćenja bilo 48(21%) te je uočena statistički značajna razlika. Naime, ovisnici o opijatima koji su pripadali skupini u kojoj nije bilo postignuto zadržavanje u programu statistički značajno češće su procijenjivani kao suspekti bez terapije nego li ovisnici u kojih je postignuto zadržavanje u programu.

Tijekom ovog longitudinalnog dvanaestogodišnjeg praćenja liječnici su statistički značajno češće procijenjivali da su ovisnici postizali remisiju uz terapiju u skupini u kojoj je postignuto zadržavanje u programu u odnosu na ovisnike koji su pripadali skupini u kojoj nije postignuto zadržavanje u programu. Naime, u skupini ovisnika sa postignutim zadržavanjem u programu tijekom praćenja u 80.8% ovisnika procjena liječnika obiteljske medicine bila je da je remisija postignuta uz terapiju dok je u skupini ovisnika u kojih nije došlo do zadržavanja u programu 50.6% ovisnika tijekom praćenja procijenjeno da su u remisiji uz terapiju. Rezultati ovog istraživanja strogo govore u prilog preporukama iz literature koji zamjensku terapiju metadonom smatraju uspješnom u postizanju remisije bolesti i apstinecije od uzimanja adiktivnog sredstva (76,82, 83).

Procjena liječnika obiteljske remisije koja je potvrdila uzimanje droge uz terapiju nije se pojavljivala statistički značajno češće niti u jednoj od promatranih skupina. Naime, ovisnici su podjednako uzimali drogu uz terapiju i u skupini u kojoj je postignuto zadržavanje u programu i u skupini u kojoj nije postignuto zadržavanje u programu što zasigurno govori u prilog činjenici da i drugi faktori koji utječu na ishode liječenja trebaju biti revidirani tijekom nepostizanja zadovoljavajućih rezultata terapijskog plana (27).

Odlazak u komunu i u skupini ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu i u skupini ovisnika u kojih nije postignuto zadržavanje u programu bio je iznimno sporadičan.

Naime, u skupini ovisnika u kojih nije postignuto zadržavanje u programu bilo je svega 11 odlazaka u komunu dok je iz skupine ovisnika u kojih je došlo do zadržavanja u programu bilo svega 19 odlazaka u komunu. Ovaj podatak također govori u prilog liječenju ovisnosti o opijatima kroz sustav primarne zdravstvene zaštite i službe obiteljske medicine budući da su kapaciteti terapijskih programa također važni kako bi se postigli željeni ishodi u liječenju (76,89,95).

Tijekom dvanaestogodišnjeg praćenja ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom zabilježeno je 23 smrtna ishoda. Svi smrtni ishodi koji su zabilježeni tijekom ovog longitudinalnog praćenja bili su zabilježeni unutar skupine ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom u kojih nije postignuto zadržavanje u programu. Ovaj rezultat govori strogo u prilog podacima iz literature koji su zadržavanje u programu prepoznali kao ključni pokazatelj uspješnosti liječenja ovisnika o opijatima pa i u svjetlu njegovog protektivnog učinka spram smrtnog ishoda (77,93,94, 96).

6.3.3. Životni stil ovisnika o opijatima i zadržavanje u programu

Tijekom dvanaestogodišnjeg praćenja ovisnika liječenih zamjenskom terapijom metadonom na terenu Novog Zagreba liječnici obiteljske medicine svake godine procijenjivali su životni stil ovisnika o opijatima kao jednog od pokazatelja uspješnosti liječenja. Tijekom navedenog perioda liječnici su u skupini ovisnika u kojih nije došlo do zadržavanja u programu liječenja u 73,5% ovisnika procijenili da žive alternativnim životnim stilom dok u skupini ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu u 81,7% ovisnika su liječnici obiteljske medicine procijenili da žive alternativnim životnim stilom tijekom navedenog perioda. Svega 26,5% ovisnika unutar skupine bez postignutog zadržavanja u programu te u 23,1% ovisnika unutar skupine s postignutim zadržavanjem u programu živjelo je prihvatljivim životnim stilom. Prilikom procjene životnog stila u navedenom periodu u skupini ovisnika bez postignutog

zadržavanja u sustavu liječenja 65,1% je procijenjeno da je živjelo nepoznatim životnim stilom dok u ovisnika u kojih je zadržavanje u programu postignuto u 65,5% ovisnika je procijenjeno da su živjeli nepoznatim životnim stilom. Obzirom na procjenu životnog stila nije uočena statistički značajna razlika između ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu i onih u kojih zadržavanje u programu nije postignuto. Ovako visok postotak zadržavanja u programu liječenja uz iznimno visok postotak procjene životnog stila ovisnika kao alterantivnog može se objasniti iznimno dobrom komunikacijom i sveobuhvatnim pristupom u liječenju bolesti ovisnosti koji osigurava liječnik obiteljske medicine. Naime, liječnik obiteljske medicine svojim sveobuhvatnim pristupom poštujući pacijentov kontekst življenja donosi odluke u svom svakodnevnom kliničkom radu te na taj način uvažavajući i pacijentov životni stil donosi za njega najprihvatljivije kliničke odluke i terapijske planove (52,97). Unatoč relativno nepovoljnom ishodu vezanom uz procjenu životnog stila do pada u zadržavanju u programu liječenja nije došlo što se može objasniti i prihvaćanjem ovisnika kao kroničnog bolesnika od strane liječnika obiteljske medicine bez obzira na pacijentov izbor životnog stila. Ovako visok postotak zadržavanja u programu uz iznimno prisutan alternativni životni stil ovisnika može se također djelomično objasniti i primjenom smjernica za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom koje su ujednačile postupak provedbe ove mogućnosti u liječenju ovisnosti o opijatima (35,36,98).

Stoga je još jednom važno naglasiti da je u liječenje ovisnika o opijatima važno koristiti sva načela koja se koriste u svakodnevnom radu sa kroničnim bolesnicima te da poštujući ovisnika kao kroničnog bolesnika te uvažavajući njegovu cjelokupnu osobnost, obiteljski i socijalni kontekst možemo pružiti adekvatnu i učinkovitu skrb.

6.3.4. Sklonost deliktu ovisnika o opijatima i zadržavanje u programu

Tijekom ovog longitudinalnog praćenja ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom liječnici obiteljske medicine svake godine su procjenjivali i pacijentove sklonosti deliktu budući da je smanjenje kriminalnih aktivnosti u ovisnika jedan od pokazatelja uspješnosti liječenja ovih kroničnih bolesnika. U praćenoj skupini ovisnici u kojih je postignuto zadržavanje u programu liječenja statistički češće su bili procijenjivani kao osobe koje nisu sklone deliktu u odnosu na ovisnike u kojih zadržavanja u programu liječenja nije bilo. Suspektno deliktuozno statistički značajno češće su procijenjivani ovisnici koji su pripadali skupini u kojoj nije došlo do zadržavanja u programu liječenja u odnosu na skupinu ovisnika u kojih je postignuto zadržavanje u programu liječenja. Kako literatura govori u prilog činjenici da se ovisnici o opijatima mogu naći u svim segmentima društva, tako se i sklonost deliktu može naći u svim slojevima društva što liječnik obiteljske medicine mora imati na umu kada skrbi za svoje pacijente (20, 99). Osim toga, sklonost dokazivanju i samodokazivanju u pubertetskoj i adolescentnoj dobi može biti razlogom ulasku u svijet droge te posljedično i razlogom ulaska u svijet kriminala i delikventnog ponašanja. Isto tako važno je naglasiti da provođenje liječenja ovisnika o opijatima unutar zatvorskog sustava također mora biti organizirano na adekvatan način koji će osigurati efikasnu zdravstvenu zaštitu ovisnika unutar penalnog sustava što će zasigurno pridonijeti kontinuitetu skrbi za ove kronične bolesnike (100). Osiguranje efikasne zdravstvene skrbi u penalnom sustav osim što će pružiti ovisnicima mogućnost liječenja njihove kronične bolesti dok su u zatvoru osigurat će im i kontinuitet skrbi i nakon izlaska iz penalnog sustava što uvelike osigurava unapređenje kvalitete skrbi za ovisnike nakon njihovog izlaska iz penalnog sustava i ulaska u svakodnevni život i kontekst unutar kojeg su svojevremeno počeli s konzumacijom ilegalnih droga (100).

6.3.5. Ekonomska samostalnost i zadržavanje u programu

Tijekom ovog dvanaestogodišnjeg praćenja ovisnika o opijatima liječenih zamjenskom terapijom metadonom jedan od pokazatelja uspješnosti liječenja je bila i ekonomska samostalnost. Rezultati ovog istraživanja nisu pokazali statističku značajnu razliku obzirom na ekonomsku samostalnost između ovisnika u kojih je došlo do zadržavanja u programu i ovisnika u kojih nije postignuto zadržavanje u programu. Ovisnici i jedne i druge skupine najčešće su bili neuposleni ili povremeno uposleni dok su vrlo rijetko ovisnici i sa zadržavanjem u programu i bez zadržavanja u programu bili stalno uposleni ili u mirovini što znači sa stalnim i sigurnim mjesečnim prihodom. Kako su glavni ciljevi liječenja zamjenskom terapijom metadonom redukcija uzimanja sredstava ovisnosti, unapređenje osobnog i socijalnog funkcioniranja i unapređenje javnog zdravlja tako je neophodno pratiti i ekonomsku samostalnost ovisnika uključenih u sustav liječenja kako bi se procijenila učinkovitost terapijskog procesa (84). Stoga sustav liječenja u svakom slučaju treba biti poticajan i efikasan u svrhu podizanja sposobnosti za rad ovisnika o opijatima kako bi to povećalo njihovu ekonomsku samostalnost (84). Kako bi se i ovaj cilj u liječenju bolesti ovisnosti postigao neophodno je zamjensku terapiju metadonom shvatiti kroz kontekst biopsihosocijalnog modela. Isto tako, provođenje zamjenske terapije metadonom kroz sustav službe obiteljske medicine mora biti provođen tako da ne destimulira ovisnike da imaju svakodnevne radne obaveze i reguliran radni status. Naime provođenje zamjenske terapije metadonom kroz implementaciju smjernica za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom kroz službu obiteljske medicine mora poštovati i postizanje ostalih pokazatelja o uspješnosti zamjenske terapije metadonom te temeljem procjene individualnih potreba i zdravstvenog stanja ovisnika liječnik treba donositi odluke o kliničkim odlukama i terapijskim programima.

6.3.6. Utjecaj remisije, sklonosti deliktu, životnog stila i ekonomske samostalnosti na zadržavanje u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom procijenjen logističkom regresijom

Analiza logističke regresije procjenila je koliki je utjecaj remisije, sklonosti deliktu, životnog stila i ekonomske samostalnosti na zadržavanje u programu liječenja. Naime, kako je zadržavanje u programu liječenja ovisnika o opijatima ključni cilj u skrbi za ovisnike o opijatima tako je u ovom istraživanju rađena procjena utjecaja remisije, sklonosti deliktu, životnog stila i ekonomske samostalnosti na zadržavanje u programu liječenja pri čemu je zadržavanje u programu liječenja ključni cilj u liječenju ove kronične recidivirajuće bolesti.

Značajni prediktori zadržavanja u programu su bili suspektost bez terapije, remisija uz terapiju te uzimanje droge uz terapiju. Također značajni prediktor zadržavanja u programu je bila suspektna deliktuožnost, potvrđena deliktuožnost te nezaposlenost odnosno zaposlenost.

Temeljem dobivenih rezultata u programu liječenja su se zadržavali oni ovisnici o opijatima koji nisu bili suspekti bez terapije, oni koji su bili u remisiji uz terapiju kao i oni koji su uzimali drogu uz terapiju.

Nadalje, zadržavali su se u programu liječenja oni ovisnici koji nisu bili niti suspekti niti potvrđeno deliktuožni te oni koji su bili stalno zaposleni.

Životni stil nije se pokazao značajnom poveznicom za zadržavanje u programu.

Isto tako oni ispitanici koji su bili suspekti bez terapije, suspekti i potvrđeno deliktuožni te neuposleni nisu bili zadržani u programu liječenja, odnosno oni ispitanici koji su bili u remisiji uz terapiju i oni koji su uzimali drogu uz terapiju kao i stalno uposleni bili su zadržani u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom.

Rezultati dobiveni logističkom regresijom vezani uz utjecaj remisije bolesti na zadržavanje u programu pokazali su da je do zadržavanja u programu liječenja dolazilo u ovisnika koji nisu bili suspekti bez terapije, u ovisnika koji su bili u remisiji uz terapiju, ali i u ovisnika koji su

uzimali drogu uz terapiju. Ovaj rezultat ukazuje da su ovisnici o opijatima ostajali u sustavu liječenja bez obzira na procjenu ordinarijusa o njihovoj remisiji bolesti što čvrsto govori u prilog da su ovisnici sa svojim obiteljskim liječnicima razvili kvalitetan odnos liječnik-pacijent koji je preduvjet zadržavanju u programu liječenja, dobrom terapijskom odgovoru i unapređenju ishoda liječenja (68,88). Ovi rezultati pokazuju da su i uspješni i neuspješni ishodi u liječenju zamjenskom terapijom metadonom vezani uz procjenu remisije bili popraćeni zadržavanjem u programu što uvelike govori u prilog činjenici da su liječnici obiteljske medicine i u skrbi za ovisnike uložili veliki napor kako bi izgradili partnerski odnos te na taj način uspjeli zadržati ovisnike u sustavu liječenja čak i onda kada su ovisnici uzimali uz zamjensku terapiju metadonom i drogu. Rezultat logističke regresije je također pokazao da do zadržavanja u programu liječenja nije došlo u onih ovisnika koji su bili suspekti bez terapije što govori u prilog stavu da je zamjenska terapija metadonom liječenje koje svojim postupcima veže ovisnike uz sustav liječenja te se na taj način liječenjem ovisnike miče iz miljea kriminala što zasigurno ima i preventabilne učinke u svrhu smanjenja broja novih ovisnika.

Utjecaj remisije, sklonosti deliktu, životnog stila i ekonomske samostalnosti na zadržavanje u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom procijenjen logističkom regresijom pokazao je da u ovisnika koji nisu bili niti suspekti niti potvrđeno deliktuozi je došlo do zadržavanja u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom dok u ovisnika koji su bili ili suspekti ili potvrđeno deliktuozi nije došlo do zadržavanja u programu liječenja. Ovaj rezultat govori strogo u prilog činjenici da praćenje sklonosti deliktu ima utjecaj na ishod liječenja vezan uz zadržavanje u sustavu liječenja. Ovaj rezultat također govori u prilog činjenici da u prevenciji, liječenju i praćenju bolesti ovisnosti veliku ulogu osim zdravstvenog sustava ima i pravosudni sustav koji adekvatnim aktivnostima treba spriječiti sklonost deliktu

te ako do njega već i dođe da adekvatnim reakcijama i mjerama smanji njegov učinak na zadržavanje u programu liječenja (68,88).

Utjecaj remisije, sklonosti deliktu, životnog stila i ekonomske samostalnosti na zadržavanje u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom procijenjen logističkom regresijom pokazao je da je kod ovisnika koji su bili stalno uposleni postignuto i da budu zadržani u sustavu liječenja zamjenskom terapijom metadonom dok u ovisnika koji su bili nezaposleni do zadržavanja u programu liječenja nije došlo. Ovaj rezultat govori strogo u prilog činjenici da su smjernice za provedbu zamjenske terapije metadonom standardizirale proces implementacije liječenja zamjenskom terapijom metadonom, ali s druge strane i osigurale mogućnost usklađivanja bolesnikovih radnih obaveza i provedbe zamjenske terapije metadonom (35,84). Naime, poznavanje pacijentove obitelji, radne i socijalne okoline i konteksta svakodnevnog života ovisnika svakako će pridonijeti unapređenju skrbi za ovisnike o opijatima te osigurati obiteljskom liječniku da posve racionalno i profesionalno donosi svoje kliničke odluke pri provedbi zamjenske terapije metadonom u okviru svakodnevnog rada liječnika obiteljske medicine. Stoga je holistički bio-psiho-socijalni pristup u liječenju ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u okviru svakodnevnog rada liječnika obiteljske medicine nešto što zasigurno osigurava unapređenje i poboljšanje ishoda u liječenju ovih kroničnih bolesnika.

Utjecaj remisije, sklonosti deliktu, životnog stila i ekonomske samostalnosti na zadržavanje u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom procijenjen logističkom regresijom pokazao je da životni stil nije prediktor zadržavanja u programu liječenja što se može također objasniti dobrim odnosom liječnika i pacijenta te uvažavanjem pacijenta kao cjelovite osobe od strane liječnika obiteljske medicine (68,88). Naime, i ovisnici prihvatljivog i ovisnici alternativnog životnog stila kao i ovisnici nepoznatog životnog stila jednako su zadržavani u sustavu liječenja zamjenskom terapijom metadonom te rezultat ovog istraživanja govori u

prilog da liječnici obiteljske medicine uvažavaju ovisnika kao partnera u izgradnji kvalitetnog odnosa liječnik- pacijent koji u potpunosti uvažava pacijentove životne odluke i izbore (97).

7. ZAKLJUČCI

1. Unutar Hrvatskog modela decentraliziranog liječenja ovisnosti o opijatima pojedine karakteristike pacijenata u bitnome određuju uspjeh u liječenju odnosno ishode u liječenju bolesti ovisnosti o opijatima kao kronične bolesti
2. Unutar Hrvatskog modela decentraliziranog liječenja ovisnosti o opijatima varijabilnost zadržavanja u programu u bitnome određuje uspjeh u liječenju odnosno ishode u liječenju bolesti ovisnosti o opijatima kao kronične bolesti
3. Uspješnost Hrvatskog modela decentraliziranog liječenja ovisnosti o opijatima jest u kontinuiranom i visoko individualiziranom pristupu pacijentima
4. Temeljna organizacija liječenja ovisnika o opijatima u Republici Hrvatskoj kao i specifičnost obiteljske medicine osigurali su stabilan i dostupan sustav liječenja ovisnika o opijatima uključenih u zamjensku terapiju metadonom Hrvatskim modelom liječenja ovisnika o opijatima te kroz temeljnu odrednicu kontinuiteta skrbi osigurali i unapređenje kvalitete skrbi za ovisnike o opijatima
5. Hrvatski model liječenja ovisnika o opijatima može se smatrati iznimno uspješnim modelom obzirom na zadržavanje u sustavu liječenja kao ključnim pokazateljem uspješnosti liječenja ovisnika o opijatima
6. Hrvatski model liječenja ovisnika o opijatima pristupa liječenju ovisnika o opijatima kao i svim ostalim kroničnim bolesnicima te je aktivni i kontinuirani angažman liječnika obiteljske medicine u ovom sustavu liječenja neophodan
7. Hrvatski model liječenja ovisnika o opijatima provodi se unutar zdravstvenog sustava, podrazumijeva usku suradnju liječnika obiteljske medicine i izvanbolničkih centara za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika te je time osigurana dostupnost u liječenju kao i specifična znanja neophodna u skrbi za ovu vrstu kroničnih bolesnika

8. SAŽETAK

Ovisnici o opijatima su kronični bolesnici, a ovisnost o opijatima je kronična recidivirajuća bolest te je time prisutna u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine.

Cilj ovog istraživanja bio je evaluirati uspješnost u liječenju ovisnosti o opijatima zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj.

Istraživanje je provedeno kao prospektivno u periodu 31. siječnja 1995. do 31. siječnja 2007. godine na području Novog Zagreba u okviru rada liječnika obiteljske medicine.

Podaci za istraživanje prikupljeni su temeljem osobnog kontakta sa obiteljskim liječnicima kao i na osnovu podataka iz medicinske dokumentacije, a uključivali su sociodemografske podatke o ispitanicima, podatke koji su opisivali uvijete i tijek same terapije prilikom uključivanja u istraživanje kao i druge moguće odrednice pri procjeni uspješnosti zamjenske terapije metadonom. Tijekom praćenja uspješnosti liječenja zamjenskom terapijom metadonom svake godine su prikupljeni podaci o rezultatima odnosno ishodima liječenja zamjenskom terapijom metadonom u obiteljskoj medicini.

Ovom prospektivnom studijom dugotrajnog praćenja definirane skupine ispitanika obuhvaćeno je 312 ovisnika o opijatima od kojih je 256(82.05%) bilo muškaraca i 56(17.95%) žena koji su u svijetu heroina proveli 6 godina do trenutka uključivanja u sustav liječenja i pri tome su bili prosječne starosti 26 godina.

Tijekom ovog prospektivnog istraživanja liječenje ovisnika o opijatima zamjenskom terapijom metadonom na terenu Novog Zagreba provođeno je u 46 od 60 timova obiteljske medicine te je za ovisnike skrbilo 57 liječnika od kojih je 30 imalo specijalističku izobrazbu iz obiteljske medicine.

Tijekom istraživanog perioda u 225(72,1%) ovisnika postignut je kontinuitet skrbi te su u ovih ovisnika postignuti bolji ishodi u liječenju zamjenskom terapijom metadonom.

Tijekom istraživanih perioda 229(73,4%) ovisnika zadržano je u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom dok u 83(26,6%) ovisnika nije postignuto zadržavanje u programu liječenja zamjenskom terapijom metadonom. Rezultati dobiveni logističkom regresijom vezani uz utjecaj remisije bolesti, sklonosti deliktu, životnog stila i ekonomske samostalnosti na zadržavanje u programu liječenja pokazali su da su zadržavani u programu liječenja bili oni ovisnici koji su bili u remisiji uz terapiju, oni koji su uzimali drogu uz terapiju, oni koji nisu bili suspekti bez terapije, stalno uposleni te oni koji nisu bili niti suspekti niti potvrđeno deliktuozi. Do zadržavanja u programu liječenja nije došlo u onih ovisnika koji su bili suspekti bez terapije, suspekti ili potvrđeno deliktuozi te neuposleni.

Temeljna organizacija liječenja ovisnika o opijatima u Republici Hrvatskoj kao i specifičnost obiteljske medicine osigurala je stabilan i dostupan sustav liječenja ovisnika o opijatima uključenih u zamjensku terapiju metadonom hrvatskim modelom liječenja ovisnika o opijatima te kroz temeljnu odrednicu kontinuiteta skrbi osigurala i unapređenje kvalitete skrbi za ovisnike o opijatima

9. SUMMARY

Ph.D Thesis

THE EFFICACY OF TRETMENT OF PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE TREATED WITH METHADONE IN A FAMILY MEDICINE SETTING IN CROATIA

Venija Cerovečki Nekić

University of Zagreb

School of Medicine

Zagreb, 2013.

Patients with opioid dependence are chronic patients represented in a family physician's everyday work.

The aim of this study was to evaluate efficacy of treatment of patients with opioid dependence treated with methadone in a family medicine setting in Croatia.

The study was carried out from January 31, 1995 to January 31, 2007 in Novi Zagreb. Data were collected through personal interviews with family physicians, as well as by examining personal medical information sheets and included sociodemographic data about patients and data about treatment characteristics. The data collected at the annual check-up included the data about treatment outcomes.

There were 256(82.05%) male and 56(17.95%) female patients with opioid dependence, average aged 26 years at the beginning of the treatment.

During the present study, 225(72,1%) patients with opioid dependence treated with methadone in a family medicine setting achieved continuity of care and better outcomes in a treatment and 229(73,4%) patients with opioid dependence treated with methadone in a family medicine setting achieved retention in a treatment and better outcomes in a treatment.

Treatment of the patients with opioid dependence with methadone in a family medicine setting provides accessibility of treatment, continuity of care and retention in a treatment.

10. LIERATURA

1. Tiljak H. Upotreba metadona u liječenju opijatske ovisnosti. *Liječ Vjesn* 1998;120:125-31.
2. Sakoman S. *Suvremeni pristup liječenju opijatske ovisnosti*. Zagreb, 2008.
3. Di Chiara G. Drug addiction as dopamine-dependent associative learning disorder. *Eur J Pharmacol* 1999; 375:13-30.
4. Di Chiara, Bassareo V, Fenu S, De Luca MA, Spina L, Cadoni C, Acquas E, Carboni E, Valentini V, Lecca D. Dopamine and drug addiction: the nucleus accumbens shell connection. *Neuropharmacology* 2004; 47 Suppl 1:227-41.
5. Milekic MH, Brown SD, Castellini C, Alberini CM. Persistent disruption of an established morphine conditioned place preference. *J Neurosci* 2006; 26:3010-20.
6. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997; 278: 45-7.
7. Nestler EJ. Molecular mechanisms of drug addiction. *Neuropharmacology* 2004; 47 Suppl 1:24-32.
8. Budak A i sur. *Obiteljska medicina*. Udžbenik za studente medicine 3. izd. Zagreb: Gandalf d.o.o.2000; 105-110.
9. Van der Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity : what's in a name. A review of the literature. *Eur J Gen Pract* 1996: 65-70.
10. Nestler EJ, Malenka RC. The addicted brain. *Sci Am* 2004; 290: 78-85.
11. Katić M, Jureša V, Orešković S. Family medicine in Croatia: Past, Present and Forthcomming Challenges. *Croat Med J* 2004; 45(5): 543-9.
12. Van Weel C. Longitudinal Research and Data Collection in Primary Care. *Ann Fam Med* 2005; 3: 46-51.
13. Krantz MJ, Mehler PS. Treating opioid dependence. Growing implications for primary care. *Arch Intern Med* 2004; 164:277-88.

14. Saitz R, Horton NJ, Larson MJ, Winter M, Samet JH. Primary medical care and reductions in addiction severity: a prospective cohort study. *Addiction* 2005; 100: 70-78.
15. Morgan D. Social dominance in monkeys: Dopamine D2 receptors and cocaine self-administration. *Nature Neuroscience* 2002; 5:169-174.
16. Anonimno. Nacionalna strategija suzbijanja zlouporame opojnih droga u Republici Hrvatskoj 2006-2012. godine. *Narodne novine* 147/2005.
17. Volkov ND. *NIDA NOTES*. 2004; 19(3):6
18. Sakoman S. *Društvo bez droge? 3. dopunjeno izdanje*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar; 2008.
19. Andrews JA, Peterson M. The development of social images of substance users in children: a Guttman unidimensional scaling approach. *J Subst Use* 2006; 11:305-321.
20. Glavak R, Kuterovac-Jagodic G, Sakoman S. Perceived parental acceptance-rejection, family-related factors, and socio-economic status of families of adolescent heroin addicts. *Croat Med J* 2003; 44: 199-206.
21. Lacković Z. *Nova saznanja o farmakologiji droga*. Zagreb: Medicinska naklada; 2002.
22. Griffin KW. Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. *Prev Med* 2003 ; 36:1-7.
23. Leshner AI. Drug abuse and mental disorders: comorbidity is reality. *NIDA NOTES*. 1999; 14:3-4.
24. Stott NCH, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. *J Roy Coll Gen Pract* 1979; 29: 201-5.
25. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998; 47(3): 213-20.
26. Robertson JR. Drug users in contact with general practice. *BMJ* 1985; 290:34-5.
27. Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J. Methadone treatment for opiate dependent

- patients in general practice and specialist clinic settings: Outcomes at 2-years follow-up. *J Subst Abuse Treat* 2003; 24: 313-21.
28. Anonimno. Croatian Report on the Drug Situation 2007. Zagreb: Croatian National Drugs Information Unit, 2007.
29. Anonimno. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2007. godinu. Zagreb: HZJZ, 2008.
30. Tiljak H, Budak A, Vrcić-Keglević M, Katić M, Blažeković-Milaković S. Metadonski program liječenja ovisnika o heroinu-gdje je mjesto liječnika obiteljske medicine?. *Zbornik II. simpozija obiteljske medicine*. Split, 1995. Split: HUOM; 1995: 24-37.
31. Connock M, Juarez-Garcia A, Jowett S, Frew E, Liu Z, Taylor RJ, Fry-Smith A, Day E, Lintzeris N, Roberts T, Burls A, Taylor RS. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2007; 11:1-171.
32. Neale J, Sheard L, Tompkins CN. Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2007; 2: 31.
33. Sakoman S. Substance Abuse in the Republic of Croatia and National Program for Drug Control. *Croat Med J* 2000; 41: 270-286.
34. Wilson P, Watson P, Ralston GE. Methadone maintenance in general practice: patients, workload, and outcomes. *BMJ* 1994. 309;641-44.
35. Anonimno. Smjernice za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, 2005.
36. Keen J, Oliver P, Rowse G, Mathers N. Does methadone maintenance treatment based on the new national guidelines work in a primary care setting? *Br J Gen Pract* 2003; 53: 461-7.
37. Lazić Đ. Prevalencija multimorbiditeta i značajke komorbiditeta kroničnih bolesti populacije u skrbi liječnika obiteljske medicine/doktorska disertacija/. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2008.

38. McWhinney IR. Core values in a changing world. *BMJ* 1998; 316:1807-9.
39. Donabedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, 2003.
40. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Volume I: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
41. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-1748.
42. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 200; 51: 1611-1625.
43. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003; 1:134-43.
44. Starfield B, Horder J. Interpersonal continuity: old and new perspectives. *Br J Gen Pract* 2007; 57(540): 527-9.
45. Freeman G, Hjortdahl P. What future of continuity of care in general practice? *BMJ* 1997; 314: 1870-3.
46. Pandhi N, Saultz JW. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 390-7.
47. Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract* 2006; 7:11.
48. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003; 1: 149-55.
49. Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract* 2006; 7:11.

50. Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. Qualitative study of meaning of personal care in general practice. *BMJ* 2003; 326:1310-7.
51. Simetin IP, Kuzman M, Franelic IP, Pristas I, Benjak T, Dezeljin JD. Inequalities in Croatian pupil's unhealthy behaviours and health outcomes: role of school, peers, and family affluence. *Eur J Public Health* 2011; 21: 122-8.
52. Ivković, S., Cerovečki, V., Ožvačić, Z., Soldo, D., Buljan, N., Petriček, G., Murgić, L., Sonicki, Z., Katić M. Family medicine-a safe future [Koncept obiteljske medicine - sigurna budućnost] *Medica Jadertina* 2011; 41: 5-13.
53. Vuille JC, Schenkel M. Social equalization in the health of youth. The role of the school. *Eur J Public Health* 2001; 11: 287-93.
54. fer Bogt T, Schmid H, Gabhainn SN. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction* 2006; 101: 241-51.
55. Teichman M, Kefir E. The effects of perceived parental behaviors, attitudes, and substance-use on adolescent attitudes toward and intent to use psychoactive substance. *J Drug Educ* 2000; 30: 193-204
56. Beman DS. Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescence* 1995; 30: 201-8.
57. Cohen J, Schamroth A, Nazareth I, Johnson M, Graham S, Thomson D. Problem drug use in a central London general practice. *BMJ* 1992;304:1158-60.
58. Parker J, Gay M. Problem drug users known to Bristol general practitioners. *J Roy Coll Gen Pract* 1987; 37:260-3.
59. Zweben JE, Payte JT. Methadone maintenance in treatment of opioid dependence-a current perspective. *West J Med* 1990;152:588-99.
60. Greenwood J. Creating a new drug service in Edinburgh. *BMJ* 1990;300:587-9.
61. Leshner AI. Understanding drug addiction: implications for treatment. *Hosp Pract* 1996;

31: 47-54, 57-9.

62. Gerostamoulos J, Staikos V, Drummer OH. Heroin-related deaths in Victoria: a review of cases for 1997 and 1998. *Drug Alcohol Depend* 2001; 61: 123-7.

63. Teichman M, Kefir E. The effects of perceived parental behaviors, attitudes, and substance-use on adolescent attitudes toward and intent to use psychoactive substances. *J Drug Educ* 2000; 30: 193-204.

64. Byrne A, Stimmel B. Methadone and QTc prolongation. *Lancet* 2007; 369:366-7.

65. Strang J, Sheridan J, Hunt C, Kerr B, Gerada C, Pringle M. The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 444-51.

66. Hutchinson SJ, Taylor A, Gruer L, Barr C, Mills C, Elliott L, Goldberg DJ, Scott R, Gilchrist G. One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme. *Addiction* 2000; 95: 1055-68.

67. Islam MM, Topp L, Day CA, Dawson A, Conigrave KM. The accessibility, acceptability, health impact and costs implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: A narrative synthesis of literature. *Int J Drug Policy* 2012; 23:94-102.

68. Ford C. Primary care is the best place to care for drug users. *Int J Drug Policy* 2012; 23:106.

69. Vrcic-Keglevic M, Katic M, Tiljak H, Lazic D, Cerovecki Nekic V, Petricek G, Ozvacic Z, Soldo D. Specialization in family medicine-has all the planned been achieved?. *Acta Med Croatica* 2007; 61: 95-100.

70. Vrdoljak D. Teaching evidence based medicine in family medicine. *Acta Medica Academica* 2012; 41: 88-92.

71. McWhinney IR. Continuity of care in family practice. Part 2: implications of continuity. *J Fam Pract* 1975; 2: 373-4.

72. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultation. *BMJ* 1991; 9: 1181-4.
73. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med* 2005; 3: 159-66.
74. Samet JH, Friedmann P, Saitz R. Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: patient, provider, and societal perspectives. *Arch Intern Med* 2001; 161: 85-91.
75. Federman AD, Arnsten JH. Primary care affiliations of adults in a methadone program with onsite care. *J Addict Dis* 2007; 26: 27-34.
76. Wittchen HU, Apelt SA, Soyka M, Gastpar M, Backmund M, Golz J, Kraus R, Tretter F, Schafer M, Siegert J, Scherbaum N, Rehm J, Buhringer G. Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. *Drug Alcohol Depend* 2008; 95:245-57.
77. Cerovecki V, Tiljak H, Ožvačić Adžić Z, Križmarić M, Pregelj P, Kastelic A. Risk factors for fatal outcome in patients with opioid dependence treated with methadone in a family medicine setting in Croatia. *Croat Med J* 2013; 54:42-8.
78. Healey A, Knapp M, Astin J. Economic burden of drug dependency. Social costs incurred by drug users at intake to the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 160-165.
79. Wang PW, Wu HC, Yen CN, Chung KS, Chang HC, Yen CF. Change in quality of life and its predictors in heroin users receiving methadone maintenance treatment in Taiwan: an 18-month follow-up study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2012; 38: 213-9.
80. Fiellin DA, O'Connor PG, Chawarski M, Pakes JP, Pantalon MV, Schottenfeld RS. Methadone maintenance in primary care: randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286:

1724-31.

81. Ward J, Hall W, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet* 1999; 353: 221-226.

82. Marsden J. Long-term outcome of treatment for drug dependence. *Psychiatry* 2004; 3: 47-49.

83. Machado MP. Substance abuse treatment, what do we know? An economist's perspective. *Eur J Health Econ* 2005; 6: 53-64.

84. Bilban M, Kastelic A, Zaletel-Kragelj L. Ability to work and employability of patients in opioid substitution treatment programs in Slovenia. *Croat Med J* 2008; 49: 842-52.

85. Keen J. Managing drug misuse in general practice. New Department of Health guidelines provide a benchmark for good practice. *BMJ* 1999; 318: 1503-1504.

86. Hser Y, Hoffman V, Grella CE, Anglin MD. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 503-8.

87. Anglin MD, Hser Y, Chou CP. Reliability and validity of retrospective self-report by narcotics addicts. *Eval Rev* 1993; 17: 90-107.

88. Bunker J, Winstock A, Zwar NA. Caring for patients with opioid dependence. *Aust Fam Physician* 2008;37:57-60.

89. Tiljak H, Neralić I, Cerovečki V, Kastelic A, Ožvačić Adžić Z, Tiljak A. Mogućnosti u liječenju ovisnika o opijatima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i obiteljskoj medicini. *Acta Med Croatica* 2012 66:295-301.

90. Blanken P, Hendriks VM, van Ree JM, van den Brink W. Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction* 2010; 105:300-308.

91. Neale J, Sheard L, Tompkins CN. Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007; 2:31.
92. Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR. Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction* 2003; 98:673-684.
93. Mullen L, Barry J, Long J, Keenan E, Mulholland D, Grogan L, Delargy I. A National Study of the Retention of Irish Opiate Users in Methadone Substitution Treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2012 Jul 2 [Epub ahead of print].
94. Roux P Dr, Michel L Dr, Cohen J, Mora M, Morel A, Aubertin JF, Desenclos JC, Spire B, Carrieri PM. Initiation of Methadone in primary care (ANRS-Methaville): a phase III randomized interventional trial. *BMC Public Health* 2012; 12: 488.
95. King VL, Stoller KB, Hayes M, Umbricht A, Currens M, Kidorf MS, Carter JA, Schwartz R, Brooner RK. A multicenter randomized evaluation of methadone medical maintenance. *Drug Alcohol Depend* 2002; 65: 137-148.
96. Skinner ML, Haggerty KP, Fleming CB, Catalano RF, Gainey RR. Opiate-addicted parents in methadone treatment: long-term recovery, health, and family relationships. *J Addict Dis.* 201; 30:17-26.
97. Heyrman J, ed. EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.
98. Merrill J, Ruben S. Treating drug dependence in primary care: worthy ambition but flawed policy. *Drug Educ Prev Policy* 2000; 7: 203-212.
99. Vitaro F, Brendgen M, Tremblay RE. Influence of deviant friends on delinquency: searching for moderator variables. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28: 313-25.
100. Hedrich D, Alves P, Farrell M, Stover H, Moller L, Mayet S. The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison setting: a systematic review: *Addiction* 2012; 107: 501-17.

11. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 1968. godine u Osijeku. Diplomirala sam 1992. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Obavezni liječnički staž odradila sam kao pripravnik Kliničke bolnice Sestara milosrdnica, Zagreb te 1994. godine položila državni ispit. Poslijediplomski studij iz obiteljske medicine završila sam 2000. godine, a specijalist sam obiteljske medicine od 2004. godine.

Od 1998. godine radim kao stručni suradnik na Katedri za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Od 2000. godine radim u kumulativnom radnom odnosu na Katedri za obiteljsku medicinu te u Domu zdravlja Zagreb – Centar. Sudjelujem u diplomskoj nastavi Katedre u predmetu Obiteljska medicina i malim izbornim predmetima, predmetu Farmakoekonomika te u poslijediplomskoj nastavi u okviru specijalističkog poslijediplomskog studija Obiteljska medicina.

Aktivno sudjelujem u znanstveno – istraživačkim projektima Katedre, objavila sam više znanstvenih i stručnih radova te sudjelovala na kongresima i stručnim sastancima obiteljske medicine u zemlji i inozemstvu. Od posebnog profesionalnog interesam mi je propisivanje lijekova i upućivanje u okviru rada liječnika obiteljske medicine kao i istraživanje u području medicinske edukacije što unapređuje moj rad u okviru nastavničke djelatnosti.

Član sam Društva nastavnika opće/obiteljske medicine, Europskog društva za medicinsku edukaciju (AMEE), Hrvatskog društva obiteljskih doktora – Hrvatskog liječničkog zbora, Europskog udruženja nastavnika iz opće medicine (EURACT) te Europske mreže za istraživanje u općoj medicini (EGPRN).

12. PRILOG

UPITNIK

I dio

Identifikacijski broj ispitanika _____ formirajte sami

GODROD kalendarska godina rođenja _____

SPOL: (1) muško, (2) žensko

DOM: (1) živi sam, (2) živi s roditeljima, (3) živi s prijateljima, (4) živi s partnerom,
(5) živi u instituciji, (6) beskućnik, (7) živi s vlastitom djecom, (8) ostalo
(7) uvijek kada živi s djecom, bez obzira je li s roditeljima, prijateljima partnerom ili dr.

BOLEST: prateće bolesti (0) nema, (1) mentalne bolesti i/ili Epi, (2) povreda, (3) drugo
(upiši riječima što), (4) hepatitis B, (5) hepatitis C, (6) HIV-pozor! Upiši sva tri broja ako
ima sve tri bolesti (456)

DOBDROGA1: godina starosti kad počinje uzimati drogu _____

DOBHEROIN1: godina starosti kad počinje uzimati heroin _____

GODTER: kalendarska godina starta terapije _____

STAZDROGA: dužina uzimanja droga prije starta terapije = DOBTER-DOBDROGA

STAZHEROIN: dužina uzimanja heroina prije starta terapije = DOBTER-DOBHEROIN

DOBTER: godine starosti u vrijeme startanja terapije=GODTER-GODROD

Varijable od 10 do 12 se izračunavaju pa ih ne treba popuniti, ako je sve drugo upisano

II dio

PREDTER: do starta ove terapije (0) nije liječen, (1) liječen metadonom bez remisije, (2) liječen metadonom do remisije, (3) liječen „drug-fre“ bez remisije (4) liječen „drug-fre“ do remisije, (5) ostalo i nepoznato

TIPTER: planirani način liječenja kod starta (0) spuštanje, (1) održavanje, (2) ostalo

DOZA 0: doza metadona kojom starta terapija _____ (u mg)

UZIMA 0: (0) isključivo ispija pred očima med. osoblja, (1) u pravilu ispija pred očima med. osoblja – vikendom ne, (2) terapiju podižu drugi, (3) kombinirano

UPOSLEN 0 : (0) neuposlen, (1) povremeno uposle, (2) stalno uposlen, (3) u mirovini

STIL 0: živi stilom (1) nepoznato, (2) prihvatljivim, (3) „alternativnim)

DELIKT 0: (0) nije sigurno deliktuozan, (1) suspektno deliktuozan, (2) potvrđeno deliktuozan, (3) osuđivan prije liječenja

KONTAKT 0: u kontaktu s medicinskim osobljem (0) ne kontaktira osobno, (1) ugodan, (2) povremeno neugodan, (3) stalno neugodan, (4) povremeno ili stalno nasilan

III dio

DOZA 01: doza metadona u mg _____ 31.siječnja _____

UZIMA 01: (0) sam pred očima med. osoblja, (1) terapiju podižu drugi, (2) kombinirano

UPOSLEN: 01: (0) neuposlen, (1) povremeno uposlen, (2) stalno uposlen, (3) u mirovini

STIL 01: živi stilom (1) nepoznato, (2) prihvatljivim, (3) „alternativnim“

DELIKT 01: (0) nije sigurno deliktuozan, (1) suspektno deliktuozan, (2) potvrđeno deliktuozan, (3) osuđivan u vrijeme liječenja, (4) sada u zatvoru

KONTAKT 01: u kontaktu s medicinskim osobljem (0) ne kontaktira osobno, (1) ugodan, (2) povremeno neugodan, (3) stalno neugodan, (4) povremeno ili stalno nasilan

REMISIJA 01: (0) da - bez terapije, (1) suspektan bez terapije, (2) da – uz terapiju, (3) uzima drogu uz terapiju (5) u komuni (6) umro (7) odselio ili promijenio liječnika (8) izgubljen kontakt-OZL još u ambulanti

Ime obiteljskog liječnika _____

Identifikacijski broj obiteljskog liječnika _____

KARTON: (0) liječi se u istoj ambulanti od djetinjstva (1) doseljen prije liječenja metadonom (2) karton (OZL) donesen kada se već liječio metadonom (3) karton (OZL) donesen po naredbi ravnatelja, kontrolora HZZO-a ili drugih

Varijable s oznakom 0 vrijede za početak terapije, varijable s oznakom 01 za stanje na dan 31. siječnja svake godine praćenja.