

Strokovni prispevek/Professional article

ABSTINENCA OD PREPOVEDANIH DROG, ALKOHOLA IN TOBAKA PRI ZDRAVLJENJU Z METADONOM

ABSTINENCE OF ILLICIT DRUGS, ALCOHOL AND TOBACCO IN THE TREATMENT WITH METHADONE

Jasna Čuk Rupnik

CPZOPD – Center za preventivo in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Logatec, Notranjska 2, 1370 Logatec

Izvleček

- Izhodišča** *Opredeliti uživanje prepovedanih drog, alkohola in tobaka kot enega od kazalcev uspešnosti zdravljenja heroinske odvisnosti z metadonom. Za oceno zdravstvenega stanja bolnikov oceniti tudi odsotnost okuženosti z virusi hepatitisa B, C in HIV.*
- Metode** *Vprašalniki, kvalitativni pristopi, zdravniške evidence, laboratorijski izvidi.*
- Rezultati** *V skupini 61 bolnikov, ki so se zdravili z metadonom v CPZOPD že najmanj eno leto, v zadnjem letu zdravljenja ni vzelo heroina 67,2 %, ni kadilo marihuane 34,4 %, ni jemalo kokaina 72,1 %, ni vzelo ekstazija 85,2 % in ni vzelo zdravil iz vrste benzodiazepinov 65,6 % bolnikov. Alkohola v zadnjem letu ni zaužilo 21,3 % bolnikov. Le 3 % jih ni kadilo tobaka. Kronično okužbo z virusom hepatitisa C je imelo 16,4 % bolnikov. Nihče ni bil okužen s HIV.*
- Zaključki** *Glede dosežene abstinence od heroina se program CPZOPD Logatec uvršča med uspešne. Glede kajenja tobaka so bolniki, zdravljeni z metadonom, zelo ogrožena populacija. Delež kronično okuženih z virusi hepatitisa C je nižji kot v večini drugih evropskih držav.*

Ključne besede *uspešnost; urinski testi; hepatitis B; hepatitis C; HIV*

Abstract

- Background** *To assess the use of illicit drugs, alcohol and tobacco as one of the predictors of successful treatment of heroin addiction with methadone. For the assessment of health status of the patients the absence of infections with viruses of hepatitis B, C and HIV is also important.*
- Methods** *Questionnaires, qualitative approaches, medical evidences and laboratory tests.*
- Results** *In the group of 61 patients, treated in CPTAID with methadone for at least one year, in the last year of treatment 67.2 % didn't use heroin, 34.4 % didn't smoke marihuana, 72.1 % didn't use cocain, 85.2 % didn't use extasy and 65.6 % didn't use the medications of benso-diasepines type. Alcohol was not used by 21.3 % of patients. Only 3 % of them didn't smoke tobacco. Chronic infection with hepatitis C viruses was present in 16.4 % of patients. None was infected by HIV.*
- Conclusions** *In this research by the abstinence of heroin the program of CPTAID fits to successful ones. By smoking of tobacco the patients treated with methadone are very endangered population. The percentage of chronically infected by hepatitis C viruses is lower compared to the majority of other European countries.*

Key words *success; urine tests; hepatitis B; hepatitis C; HIV*

Uvod

Ne glede na način vnosa lahko jemanje heroina povzroči sindrom odvisnosti. Ta je po MKB opredeljen v poglavju F 11. – »Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja opioidov.« Sindrom odvisnosti zajema skupino vedenjskih, kognitivnih in fizioloških fenomenov, ki se razvijejo po ponavljajočem se uživanju snovi in je zanje značilno, da vključujejo močno željo po zaužitju droge, težave pri obvladovanju jemanja droge, vztrajanje pri uživanju droge kljub škodljivim posledicam, posvečanje uživanju droge bolj kot drugim obveznostim, povečano toleranco in včasih telesne motnje zaradi odtegnitve snovi.¹

V programe zdravljenja z metadonom prihajajo ljudje zaradi boleznih odvisnosti od heroina, ko se s težavami ne zmorejo več spopadati sami. Uporaba dolgo delujočih opioidov lahko zagotovi bolnikovo stabilnost, ki je potrebna za doseganje sprememb življenjskega sloga, doseganje stabilne zaposlenosti in življenja v družbi.² Kot uspešna se je uporaba metadona izkazala tudi pri zdravljenju sindroma odvisnosti od opioidov pri osebah, ki imajo poleg te motnje še boleznih odvisnosti od drugih drog, kronične psihiatrične motnje in druge bolezni.³ Eno leto po vključitvi v programe zdravljenja z metadonom opusti uživanje heroina približno 2/3 bolnikov.⁴

Ugotavljanje abstinence od vseh prepovedanih drog, alkohola in tobaka je le eden od načinov spremljanja zdravstvenega stanja bolnikov z boleznijo odvisnosti od heroina. Uživanje teh snovi je lahko po merilih MKB druga bolezen odvisnosti, lahko pa nima izpolnjenih postavk za takšno diagnozo.¹

Napoved izida nezdravljene bolezni odvisnosti od opiatov je zelo slaba. Tako so v kohorti nezdravljenih oseb v 37 letih spremljanja (1967–2003) v Stockholmu ugotovili 58,4 % umrlih. Povprečna starost ob smrti je bila za moške uživalce heroina 48,1 leta, za ženske uživalke heroina pa 42,9 leta, medtem ko je bila v splošni populaciji leta 1967 povprečna starost ob smrti za moške 71,7 leta in za ženske 76,3 leta, leta 2003 pa za moške 77,8 leta in za ženske 82,3 leta. Ta študija potrjuje spoznanje, da uživanje drog prizadene ženske še bolj kot moške, pa tudi že znano dejstvo, da mnoge osebe z boleznijo odvisnosti umirajo mlade, najpogosteje zaradi nesreč in samomorov.⁵

Tudi okužbe z virusi hepatitisa B in C ter HIV so pomemben kazalec zdravstvenega stanja ljudi. Eden od ugodnih učinkov zdravljenja z metadonom je prav zmanjševanje verjetnosti za takšne okužbe pri osebah, ki se zaradi bolezni odvisnosti od heroina odločijo za uvedbo metadona. Zdravljenje teh okužb je tudi bistveno uspešnejše pri osebah, ki se zdravijo z metadonom kot pri osebah s še vedno aktivno boleznijo odvisnosti od opiatov. Zdravljenje okužb je zelo zahtevno. Morebitna opustitev zdravljenja pa lahko vodi v resne zaplete s smrtnim izidom – ciroza jeter in jetrnocelični rak.⁶

Zdravljenje bolezni odvisnosti se pogosto skuša prikazovati kot detoksikacijo in občasno kot bolnišnično zdravljenje v posebnih klinikah. Take oblike zdravljenja so tako trdno uveljavljene, da splošna in strokovna javnost, včasih pa tudi same osebe z boleznijo

odvisnosti, menijo, da se da odvisnost ozdraviti v nekaj mesecih. Zato mislijo, da substitucijske oblike zdravljenja podaljšujejo bolezen odvisnosti. Številne raziskave pa vedno znova potrjujejo, da je odvisnost *kronična bolezen, ki spremlja človeka bolj ali manj izrazito vse življenje*. Osebe, ki zmorejo simptomatsko fazo bolezni dokončno premagati le z nekajmesečnim ali nekajletnim zdravljenjem, so redke. Tudi »najbolje« zdravljeni bolniki potrebujejo za trajnost svoje zazdravitve vsaj deset let predhodnega stabilnega stanja, tisti z daljšimi obdobji bolezenskih težav pa še več.⁷

Danes posega stroka z raziskavami kakovosti tudi na področje zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog.⁸ V letu 2007 je mednarodno raziskavo »Evalvacija vzdrževalnega substitucijskega programa zdravljenja v Sloveniji – ocena kakovosti in učinkovitosti« po naročilu Ministrstva za zdravje RS opravil nizozemski inštitut Trimbos v sodelovanju s Fakulteto za socialno delo Univerze v Ljubljani.⁹

Metode

Ugotavljanje uživanja prepovedanih drog, alkohola in tobaka

Anketiranje je bilo izvedeno na osnovi vprašalnika, ki so ga izpolnjevali vsi bolniki, zdravljeni v CPZOPD z metadonom v februarju in marcu 2005. Teh je bilo 78. Za tu prikazano raziskavo pa so *obdelani* le odgovori bolnikov, ki so se *zdravili z metadonom že več kot eno leto*. Teh je bilo 61. Izjave bolnikov je dopolnjeval pregled medicinske dokumentacije, vključno z izvidi laboratorijskih preiskav.

Anketa je zajemala *pregled uživanja* prepovedanih drog, pomirjeval in uspaval iz skupine benzodiazepinov, alkohola in tobaka *v zadnjem letu* po naslednjih vprašanjih:

a) *Kdaj v zadnjem letu ste vzeli navedeno drogo?*

Ta odgovor je bil zaradi možnosti boljšega priklica v spomin evidentiran v petih časovnih kategorijah: 1. Včeraj. 2. V zadnjem tednu, razen včeraj. 3. V zadnjem mesecu, razen v zadnjem tednu. 4. V zadnjih 6 mesecih, razen v zadnjem mesecu. 5. V zadnjem letu, razen v zadnjih 6 mesecih. Tako so bile natančno zajete vse časovne možnosti v zadnjem letu.

b) *Koliko v zadnjem letu?*

Odgovori glede jakosti jemanja drog v zadnjem letu so bili stopnjevani kot *zdrš*, če je oseba vzela drogo le enkrat ali največ dvakrat v zadnjem letu, *občasno* v primerih rabe tri- in večkrat v zadnjem letu, vendar manj kot enkrat mesečno in *redno* v primeru rabe najmanj enkrat mesečno.

Če oseba neke droge *ni* uporabila v nobenem obdobju zadnjega leta, je odgovorila še na vprašanje:

c) *Kdaj zadnjič?*

Odgovori so zabeleženi za vsako preteklo leto posebej do petih let, petemu letu pa je dodana še kategorija »in več«. Glede tobaka sta bili postavljeni še vprašanji, ali so kdaj kajenje že opustili in ali opustitev načrtujejo.

č) Zadnje vprašanje je zajemalo stanje pregledanosti in morebitne prisotnosti okužb z virusi hepatitisa B in C ter HIV.

Na ta vprašanja so bolniki odgovarjali po spominu, včasih pa so prosili za vpogled v zapise zdravstvene dokumentacije, saj so natančno število minulih let od zadnjega uživanja katere od drog že tudi pozabili. Uživanje drog v centru dokazujejo z določanjem presnovkov prepovedanih drog v urinu s hitrimi kvalitativnimi enostopenjskimi imunskimi testi na osnovi kompetitivne vezave. Za namen raziskave so prikazani presnovki drog s kraticami, ki na testnih ploščicah označujejo posamezne presnovke: s THC so zaradi vsebnosti tetrahidrokanabinola označeni urinski presnovki marihuane, z OPI presnovki opiatov in opioidov (poleg heroina lahko tudi opiodi iz protibolečinskih zdravil), s COC presnovki kokaina, z MET presnovki metamfetamina kot sestavine tablet ekstazija, z BZO presnovki benzodiazepinov. Testov za *druge* amfetamine do leta 2005 v centru še niso izvajali.

Pri alkoholu (ALK) se raziskava v celoti opira na izjave bolnikov, saj testi za ocenjevanje prisotnosti alkohola v urinu niso v uporabi. So pa v centru občasno s pridom uporabljali testne lističe za določanje koncentracije alkohola v slini. Za določanje drugih drog testov slin niso uporabljali. Glede tobaka je raziskava temeljila izključno na izjavah bolnikov; abstinenca od tobaka ni bila kemično preverjena.

Ugotavljanje okužb z virusi hepatitisa B in C ter HIV

Odgovore bolnikov na vprašanja o okužbah so v raziskavi potrjevali z izvidi iz zdravstvene dokumentacije. Laboratorijske teste za pregled na okužbe z virusi hepatitisa B in C ter HIV so za center opravljali na Inštitutu za mikrobiologijo v Ljubljani.

Rezultati

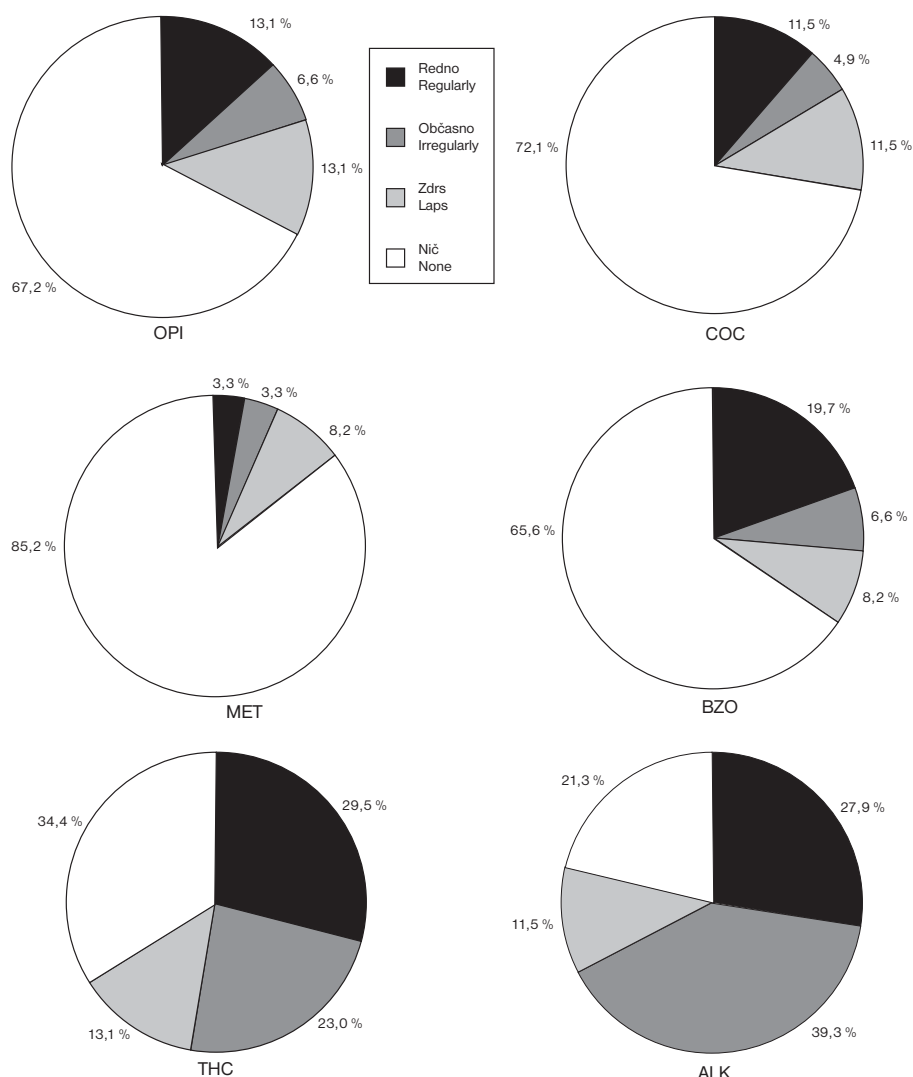
Prikaz populacije bolnikov

Raziskava je zajela vseh 61 oseb, ki so bile v zdravljenje z metadonom vključene že več kot eno leto: 17

žensk s povprečno starostjo 27,8 leta (najmlajša 21, najstarejša 36 let) in 44 moških s povprečno starostjo 29,1 leta (najmlajši 22, najstarejši 43 let).

Pogostost jemanja prepovedanih drog in alkohola v zadnjem letu

Heroin je v zadnjem letu redno uživalo 8 oseb (13,1 %), občasno 4 osebe (6,6 %), kot zdrs 8 oseb (13,1 %). 67,2 % oseb v zadnjem letu heroina sploh ni uporabilo. *Marihuano* je v zadnjem letu kadilo redno 18 oseb (29,5 %), občasno 14 (23 %), kot zdrs 8 (13,1 %). V zadnjem letu marihuane sploh ni kadilo 34,4 % oseb. *Kokain* je v zadnjem letu redno uživalo 7 oseb (11,5 %), občasno 3 (4,9 %), kot zdrs 7 oseb (11,5 %). V zadnjem letu kokaina sploh ni uporabilo 72,1 % oseb. *Ekstazi* sta v času ankete redno uživali 2 osebi (3,3 %), občasno prav tako 2, kot zdrs 5 oseb (8,2 %) in nikoli v zadnjem letu 85,2 % oseb. Tablete *benzodiazepinov*



Sl. 1. Odstotki bolnikov glede uživanja OPI (opiodov), COC (kokaina), MET (metamfetamina), BZO (benzodiazepinov), THC (marihuane), ALK (alkohola) v zadnjem letu.

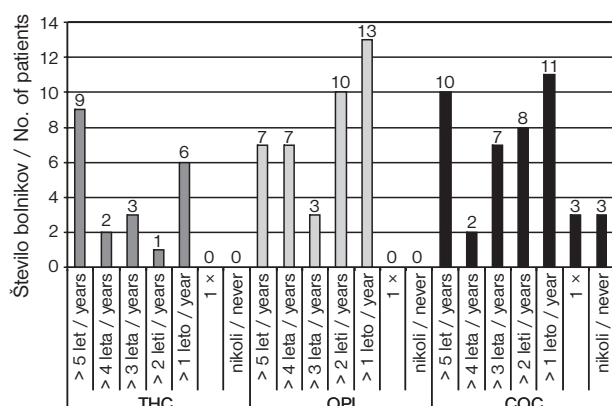
Figure 1. Percentages of patients who had used OPI (opioids), COC (cocain), MET (metamphetamin), BZO (bensodiassepins), THC (marihuana), ALK (alcohol) in the last year.

je v zadnjem letu redno uživalo 12 oseb (19,7 %), občasno 4 osebe (6,6 %), kot zdrs 5 oseb (8,2 %). 65,6 % oseb v zadnjem letu ni zaužilo nobene tablete benzodiazepinov. *Alkohol* je redno uživalo 17 oseb (27,9 %), občasno 24 (39,3 %) in kot zdrs 7 oseb (11,5 %). V zadnjem letu alkohola sploh ni zaužilo 21,3 % oseb.

Kdaj zadnjič

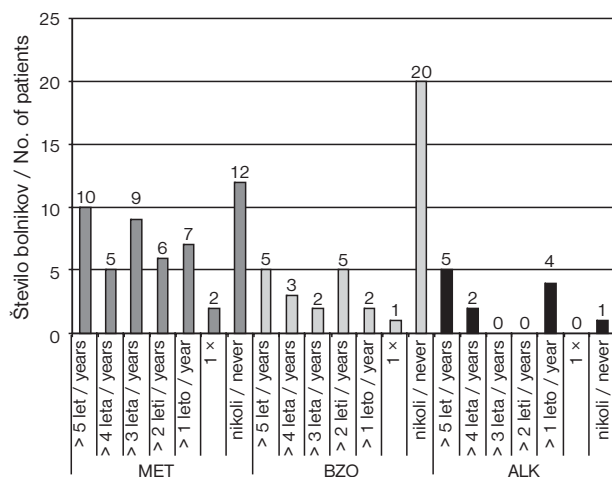
Osebe, ki neke prepovedane droge ali alkohola *v zadnjem letu sploh niso uporabljale* in so na vsa vprašanja za preteklo leto odgovorile z »ne«, so odgovarjale še na vprašanje »Kdaj zadnjič?«.

Vsi v anketi obravnavani bolniki so kadar koli v življenju uživali heroin – zaradi *bolezni odvisnosti od heroína* so se tudi pričeli zdraviti. Glede jemanja drog v preteklosti pa *nikoli v življenju* le 3 anketirane osebe (4,9 %) niso uporabile kokaina, 12 oseb (19,7 %) ni nikoli zaužilo ekstazija in 20 oseb (32,8 %) nikoli v življenju ni zaužilo tablet benzodiazepinov. Glede od-



Sl. 2. Število bolnikov, ki so navedene droge nazadnje uporabili pred več kot enim letom.

Figure 2. Number of patients who had used listed drugs for the last time more than a year ago.



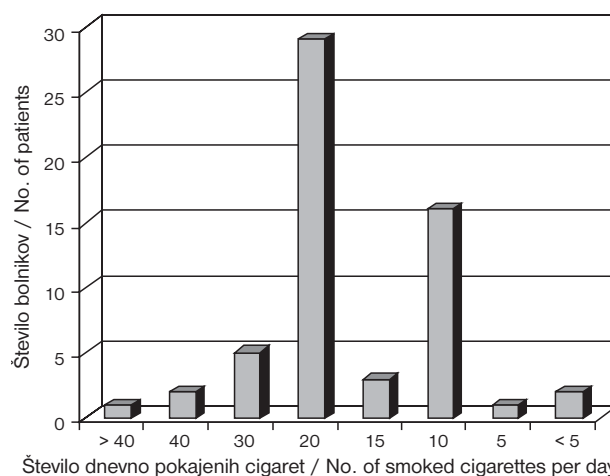
Sl. 3. Število bolnikov, ki so navedene droge nazadnje uporabili pred več kot enim letom.

Figure 3. Number of patients who had used listed drugs for the last time more than a year ago.

govorov na vprašanje, *kdaj* so določeno drogo *vzeli nazadnje*, pa ugotovitve kažejo, da je od zadnje uporabe pri nekaterih *preteklo že več let*. Heroin je tako *nazadnje* uporabilo pred več kot 1 letom 13 oseb (21,3 %), pred več kot 2 letoma 10 oseb (16,4 %), pred več kot 3 leti 3 osebe (4,9 %), pred več kot 4 leti 7 oseb (11,5 %) in pred več kot 5 leti 7 oseb (11,5 %). Za druge droge in alkohol so podatki navedeni na Slikah 2 in 3.

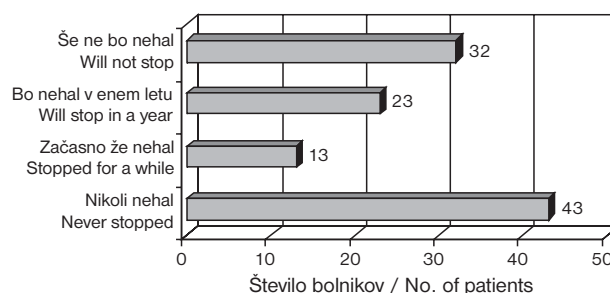
Tobak

Kajenje tobaka je v raziskavi obravnavano na nekoliko drugačen način. V času ankete je kadilo tobak 59 oseb (96,7 %). Le 2 osebi sta bila nekadilca. Bolniki so odgovarjali na vprašanja o številu pokajenih cigaret v kategorijah: kajenje nekaj cigaret (do 5) na dan – 2 osebi, od 6 cigaret do ½ škatle – 1 oseba, ½ škatle do 1 škatla – 16 oseb, 1 škatla do 1,5 škatle – 29 oseb (največ), 1,5 škatle do 2 škatli – 5 oseb, 2 ali več kot 2 škatli dnevno – 2 osebi in 3 ali več kot 3 škatle – 1 oseba. Pod predpostavko, da zajema zavojček (škatla) 20 cigaret, so bolniki razvrščeni po številu pokajenih cigaret, kakor je razvidno s Slike 4.



Sl. 4. Število bolnikov glede na število pokajenih cigaret.

Figure 4. Number of patients by the number of smoked cigarettes.



Sl. 5. Število bolnikov po opredelitvah glede opustitve kajenja.

Figure 5. Number of patients by the statements towards giving up smoking.

S Slike 5 je razvidno, da tobaka ni še nikoli poskušalo opustiti 70,5 % vseh kadičev, za nekaj časa je kajenje v preteklosti že opustilo 21,3 % oseb. 52,5 % kadičev se je opredelilo, da (še) ne nameravajo prenehati s kajenjem tobaka, želelo pa si je opustiti kajenje v roku enega leta 37,7 % oseb.

Razpravljanje

Uživanje prepovedanih drog, alkohola in tobaka

Vsi v raziskavo vključeni bolniki so ob začetku zdravljenja z metadonom uživali heroin. Najvišji, jasno izražen in neprestano ponavljan cilj zdravljenja v CPZOPD je *popolna abstinenca* od vseh prepovedanih drog, alkohola in tobaka. Za poskus ocene abstinence je bilo v raziskavi določeno *enoletno obdobje* kot čas, v katerem ob dobrem zdravljenju doseže abstinenco od heroina vsaj *dve tretjini* bolnikov.⁴ Med anketiranimi bolniki v tej raziskavi v *vsem zadnjem letu NI uporabilo* heroina 65,6 % oseb, kokaina 67,2 %, marihuane 34,4 %, ekstazija 63,9 % in benzodiazepinov 29,5 %.

Program torej po enem letu vključenosti bolnikov *pričakovano dvotretjinsko abstinenco od heroina* dosega, to pa *ob še večji zahtevi*, da popolna abstinenca od heroina ni le dosežena, ampak tudi *traja* že vsaj eno leto.^{10–12}

Eden od ključnih dejavnikov dobrega zdravljenja je čas, ki ga ljudje prebijejo, vključeni v programe zdravljenja.¹³ Od vseh bolnikov, ki so se v času ankete zdravili v centru z metadonom, jih je bilo kar 78,2 % vključenih že več kot eno leto.

Raziskava potrjuje dejstvo, da uživalci heroina *praviloma* v življenju posežejo tudi po *marihuani*. Med bolniki je bilo takih 100 %. Veliko napora je v centru usmerjenega v opuščanje kajenja marihuane, saj poleg vedno novih dejstev o njeni škodljivosti danes opazajo celo slabšanje napovedi izida zdravljenja hepatitisa C zaradi zmerne ali težke fibroze jeter, ki jo lahko povzroča »trava«.¹⁴ Ta droga je po izjavah oseb, ki iščejo pomoč v okviru mreže centrov in povsod v Sloveniji ob vstopu v programe izpolnijo *vprašalnik o prvem iskanju pomoči*, najpogosteje tudi prva od prepovedanih drog, ki so jih sploh kdaj uživali.¹⁵

Tudi prisotnost BZO se v centru obravnava kot nezaželen pojav. Ta zdravila bolniki pogosto zlorabljajo, najpogosteje, če so zdravljeni s prenizkimi odmerki metadona in/ali imajo pridružen še sindrom odvisnosti od alkohola (SOA). V primerih, ko terapevt v centru skupaj s psihiatri oceni, da določen bolnik potrebuje tudi benzodiazepine, zahteva v dogovoru z bolnikovim izbranim zdravnikom predpis receptov *samo s strani zdravnice v CPZOPD*. V takšnih primerih dajejo v centru tablete BZO praviloma skupaj z dnevnimi odmerki metadona, ne pa kot recepte v roke bolnikom.¹⁶

Alkohola v zadnjem letu sploh ni uživalo 21,3 % bolnikov, med njimi 1 oseba sploh še nikoli v življenju. To je bilo dekle, ki je v letih zdravljenja z metadonom v dobrih odnosih živelo s svojim očetom, že pred več leti uspešno zdravljenim zaradi SOA. Dekle je zdrav-

ljenje z metadonom po dobrih petih letih zdaj že tudi zaključilo. Alkohol je »od nekdaj sovražila«. Še vedno abstiniira od vseh prepovedanih drog in alkohola, redno dela in že dve leti živi v »lepi« partnerski zvezi po njenem mnenju. Pogosto je med bolniki ali njihovimi starši moč srečati ljudi z izrazito zamero do alkohola, ker so v mladosti zelo trpeli zaradi SOA svojih staršev.¹⁷ V programu je alkohol v zadnjem letu *redno uživalo* 27,9 % oseb, občasno pa 39,3 %. Med rednimi in občasnimi pivci alkohola se nahajajo tudi nekatere osebe s SOA, ki pa v raziskavi niso posebej predstavljene. Raziskave iz podobnih centrov po svetu navajajo SOA pri 1/3 do 1/2 bolnikov, zdravljenih z metadonom.¹⁸ V programih, v katerih so se v zdravljenje odvisnosti od heroina z metadonom dejavno vključili tudi specialisti alkohologi, so prišli do spoznanja, da po vstopu v programe *»prehod od heroina k alkoholu pomeni tudi prehod iz dobro ozdravljive bolezni, kar odvisnost od heroina je, v bolezen, ki jo je težko zdraviti, kar velja za SOA«*.¹⁶

V programih se izraža nekaj nasprotujočih si dejstev. Nekateri bolniki nezmerno pijejo alkohol že pred vstopom v zdravljenje odvisnosti od heroina in ga ob uvedbi metadona povsem opustijo. Drugi s pitjem alkohola nadaljujejo najmanj v tako velikem ali še večjem obsegu. Tretji alkohola v času drogiranja s heroinom sploh ne pijejo, ob zdravljenju z metadonom pa začno posegati po alkoholu. Navadno so alkohol nezmerno uživali že *pred* začetkom uporabe heroina, ko so bili še zelo mladi. Praviloma jih vodi želja po doseganju stanja »zadetosti«, ki ga po uvedbi metadona v dovolj visokih odmerkih ne morejo več doseči s heroinom, zato poskušajo to (spet) doseči z alkoholom. Četrto so dolgoletni abstinenti od alkohola *že pred prihodom* v zdravljenje. Abstinenti ostajajo še potem, ko zdravljenje z metadonom nadaljujejo in tudi uspešno zaključijo. Navadno ti bolniki tudi ne uživajo drugih prepovedanih drog ali psihotropnih zdravil. Izkušnje iz CPZOPD potrjujejo izkušnje iz drugih delov sveta, da je napoved izida zdravljenja z dolgo delujočimi opioidi za te bolnike, ki imajo samo bolezen odvisnosti od heroina, najboljša.^{16, 18}

Dve v raziskavo vključeni osebi sta v zadnjih letih sprejeli pobudo, da bi zaradi SOA obiskali še *specialista psihiatra alkohologa*, saj napor terapevtov iz centra niso privedli do prenehanja ali vsaj zmanjšanja pitja alkohola. Oba enkratna razgovora s psihiatrom alkoholologom, ki naj bi *nadaljeval motivacijski postopek* pri obeh bolnikih, sta se zaključila le s postavitvijo diagnoze »politoksikomanija« in ugotovitvijo, da ne ena ne druga oseba *nista pripravljeni na zdravljenje alkoholizma, ker uživata metadon*. Obe osebi sta kadili tobak, heroina in drugih prepovedanih drog *že nekaj zadnjih let* nista več jemali; hud problem je bilo *ves čas le pitje alkohola* in s tem povezano *uživanje benzodiazepinov*. V Sloveniji pa sta ti dve odvisnosti že od nekdaj v strokovni domeni specialistov alkoholologov. Obe osebi sta bili v času obiska pri alkoholologu tudi *redno zaposleni*. Pri starših obeh bolnikov je bil v času njunega obiska v specialistični alkoholološki ambulanti prisoten težak SOA. En bolnik, sicer po navedbah delodajalca zelo

sposoben delavec, je zaradi opitosti z alkoholom pol leta po omenjenem obisku pri alkoholologu izgubil delo. Zadnja leta prejema socialno podporo in je uživanje alkohola med tem nekajkrat že močno omejil, v zadnjem letu pa končno povsem opustil. To je tudi bolnik, ki je med moškimi najdlje v programu zdravljenja z metadonom.

Druge oseba, po poklicu medicinska sestra, od poroda pa vse do takratne otrokove starosti treh let, ni hodila na delo, čeprav je bila ves čas v rednem delovnem razmerju. Zaradi ogrožanja otroka ob uživanju alkohola in BZO je prišla v sodni postopek za odvzem otroka. Poleg tega ima kronično okužbo s hepatitisom C, uživanje alkohola pa močno slabša izid te okužbe. Zadnji dve leti je bilo njeno zdravljenje z metadonom zamenjano z dolgo delujočim morfinom. Do neke mere je zmanjšala pitje alkohola, a je do svojega SOA še vedno neuvidevna. Začela pa je ponovno opravljati svoje delo in pitje alkohola do neke mere omejila.

Trud za spopadanje z alkoholom je pri mnogih bolnikih uspešen. Prisotni so recidivi, a se z njimi v centru pač znova spopadajo.¹⁹ Razveseljivo je, da v procesu zdravljenja postopno obvladujejo problematiko pitja tudi nekateri *starši* bolnikov. Pisna gradiva, ki jih v zvezi z alkoholom v centru pogosto delijo bolnikom in njihovim svojcem, in povezanost z organizacijo *Anonimni alkoholiki* (AA) so pri tem v veliko pomoč. Za program AA so v centru uspeli kot prvo motivirati žensko z dvojno diagnozo, ki je imela v času ankete med vsemi najdaljši staž zdravljenja z metadonom (8,5 leta). Po dolgoletnem čezmernem pitju alkohola in nešteti terapijskih poskusih motivacije za opuščanje pitja je vzpostavila abstinenco po nekajkratnem obisku AA. V naslednjem letu sta prenehala s pitjem tudi njena starša, čeprav v AA hčerke nista spremljala. Oče je bil sicer večkrat na pogovoru v CPZOPD, mama pa nikoli. Zadnje leto se dekleta udeležuje tudi skupin Anonimnih tabletomanov, nekajkrat pa je obiskala tudi skupino Anonimnih narkomanov. Po večletni brezposelnosti zdaj hodi tudi na delo in finančno ni več povsem odvisna od svojega očeta. Tega je zelo vesela.

Zanimivo je, da za zdravljenje zelo težkih oblik SOA danes raziskovalci uspešno preučujejo uporabo dihidrokodaina, ki prav tako kot metadon sodi v skupino opioidnih zdravil.²⁰

Kajenje tobaka med bolniki v centru vsako leto praviloma močno presega 95 %, kar je več kot trikratna pogostnost glede na splošno populacijo prebivalcev Slovenije.²¹ Le redko komu uspe kajenje opustiti, čeprav v centru bolnike spodbujajo tudi za ta dosežek. 52,5 % bolnikov se je jasno opredelilo, da *ne* nameravajo prenehati kaditi tobak, kar je precej več kot v splošni populaciji kadičev.²² Je pa 37,7 % bolnikov izrazilo pripravljenost za prenehanje kajenja v roku enega leta. Ta visok odstotek je morda do neke mere posledica navdušenja bolnikov nad vztrajnim in precej aktivnim spodbujanjem za opuščanje kajenja in deljenja brošur in člankov z navodili ali predlogi za obvladovanje kajenja v CPZOPD. Od tistih, ki so nameravali opustiti kajenje že v roku enega leta, se jih je *kar enajst* prijavilo v napovedan šesttedenski tečaj »Da,

opuščam kajenje« po programu CINDI Slovenija, ki pa ga zaradi težav z organizacijo – oddaljenost, različni časi prihodov bolnikov v center, neprimerne prometne zveze – ni bilo moč organizirati posebej za bolnike iz centra.

V času po končani anketi so še štirje bolniki opustili kajenje; trije še vedno abstiniirajo.

Virusne okužbe

Med vsemi 61 obravnavanimi bolniki so bili testirani na okužbe *vsi* razen enega. Pri 19 bolnikih (31,1 %) so bila dokazana protitelesa proti virusu hepatitisa C, torej so v preteklosti že doživeli okužbo. Pri desetih od teh (16,4 % celotne populacije anketiranih) je bila z dokazom PCR (verižne reakcije polimeraze) dokazana prisotnost virusa v krvi, torej kronična okužba z virusom hepatitisa C. Od teh 10 bolnikov se je do zaključka članka *uspešno* (?) zdravilo že osem, en mladenič pa se še zdravi. Tudi ta ima dobro napoved izida, saj je virus izginil iz krvi že zelo hitro po začetku zdravljenja.^{6,23} Eden od bolnikov obravnave pri infektologu kljub vztrajnemu nagovarjanju (še) ni želel začeti.

Le en moški se niti po več letih vključenosti v zdravljenje z metadonom ni želel testirati na okužbe. Menil je, da je okužen s hepatitisom C, saj je imela okužbo njegova partnerka, prav tako vključena v program CPZOPD. Imata zdravo hčerko. Že od časa *pred* dekletovo nosečnostjo prepovedanih drog nista jemala in ves čas zdravljenja z metadonom tudi alkohola sploh nista uživala. Otroka sta si menda želela in ga načrtovala. Do časa dokončanja članka sta oba svoje večletno zdravljenje z metadonom že uspešno zaključila. Partnerka se je kasneje zdravila zaradi hepatitisa C, zanj pa tega podatka nimamo.

Zaključki

Po tej raziskavi se glede dosežene abstinence od heroina program CPZOPD Logatec uvršča med uspešne. Glede kajenja tobaka so bolniki, zdravljeni z metadonom, zelo ogrožena populacija, saj je le 3 % nekadičev. Delež kronično okuženih z virusi hepatitisa C je s 16,4 % nižji kot v večini drugih evropskih držav.

Literatura

1. MKB – Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 1995.
2. Mintzer MZ. Effects of opioid pharmacotherapy on psychomotor and cognitive performance: a review of human laboratory studies of methadone and buprenorphine. *Heroin Add Rel Clin Probl* 2007; 9(1): 5–24.
3. Curret E, Beeder AB, Joseph H, Alexander K, Schamisso C. An integrated biopsychosocial model for the treatment of methadone maintained patients. *Heroin Add Rel Clin Probl* 2007; 9(1): 25–34.
4. Verster A, Buning E. Metadonske smernice – SLO prevod (Euro-Methwork). Ljubljana, Ministrstvo za zdravje RS; 2001.
5. Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A. Mortality among opiate abusers in Stockholm: a longitudinal study. *Heroin Add Rel Clin Probl* 2007; 9(3): 41–50.
6. Scott JD, Gretch DR. Molekularna diagnostika okužbe z virusom hepatitisa C. *JAMA* 2007; 15: 119–27.

7. Ulmer A, Muller M, Frietsch B. Maintenance: how long? Experiences from a German practice. *Heroin Add Rel Clin Probl* 2007; 9(4): 9–20.
8. Flego A. Methadone and treatment quality, the EFQM excellence model. *Heroin Add Rel Clin Probl* 2006; 8(3): 13–36.
9. Trautmann F, Rode N. Evalvacija vzdrževalnega substitucijskega programa zdravljenja v Sloveniji – ocena kvalitete in učinkovitosti. Utrecht-Ljubljana: Inštitut Trimboš – Nizozemski inštitut za duševno zdravje in odvisnosti, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo; 2007.
10. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluations. *JAMA* 2000; 284: 1689–95.
11. Coppel A. Good practice, good results. Maintenance treatment outcomes in France. *Heroin Add Rel Clin Probl* 2005; 7(2): 19–20.
12. Uchtenhagen A. Substitution management in opioid dependence. *J Neural Transm* 2003; 66 (Suppl): 33–60.
13. Patricio L, Duran D. Importance of psycho-social support in the use of substitution treatments. Development and improvement of substitution programmes. Strasbourg: Council of Europe; 2001.
14. Ishida JK, Peters MG, Jin C, Louie K, Tan V. Influence of cannabis use on severity of hepatitis C disease. *Clin Gastroenter Hepatol* 2008; 6: 69–75.
15. Report on the drug situation 2005 of the Republic of Slovenia, 2005 national report (2004 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2005.
16. Maremmani I, Shinderman MS. Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadone. Polyabuse or undermedication? *Heroin Add Rel Clin Probl* 1999; 1(2): 7–13.
17. Rugelj J. Pot samouresničevanja – Zdravljenje in urejanje zasvojenecv in drugih ljudi v stiski. Ljubljana: Samozaložba; 2000.
18. Pacini M, Mellini A, Attilia ML, Ceccanti M, Maremmani I. Alcohol abuse in heroin addicts: an unfolding metabolic destiny. *Heroin Add Rel Clin Probl* 2005; 7(1): 31–8.
19. Odziv družbe na probleme alkohola in drugih drog; Priročnik za strokovnjake v osnovni zdravstveni dejavnosti z navodili za izvajalce; Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 1995.
20. Ulmer A, Mueller M, Frietsch B. Dihydrocodeine treatment of alcohol addicts with previous opiate addiction – Case report. *Heroin Add Rel Clin Probl* 2007; 9(2): 55–64.
21. Zaletel-Kragelj L. Kajenje med odraslimi prebivalci Slovenije. *Opustimo kajenje. Vita* 2004; 5: 3–5.
22. CINDI Slovenija. Da, opuščam kajenje. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana; 2000.
23. Matičič M. Vse bolj individualno. *Hepatitis C. Vita* 2007; 12: 8–9.

Prispelo 2008-04-14, sprejeto 2008-06-26