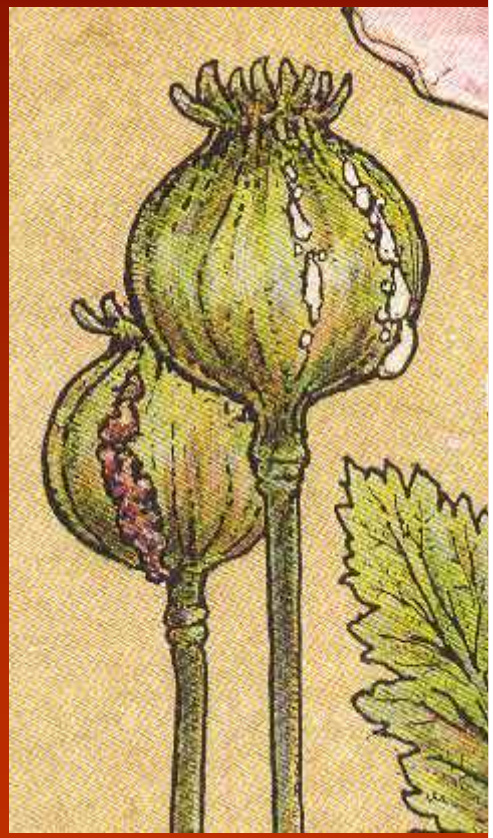
Chancen und Risiken eines integrierten Suchversorgungssystem – 22.11.07 Kirchlindach

Heroingestützte Behandlung - Beikonsum als besondere Herausforderung

Dr. med. Christoph Bürki
Oberarzt KODA
Universitäre Psychiatrische Dienste
Integrierter Drogendienst
christoph.buerki@koda.ch
praxis.buerki@bluewin.ch

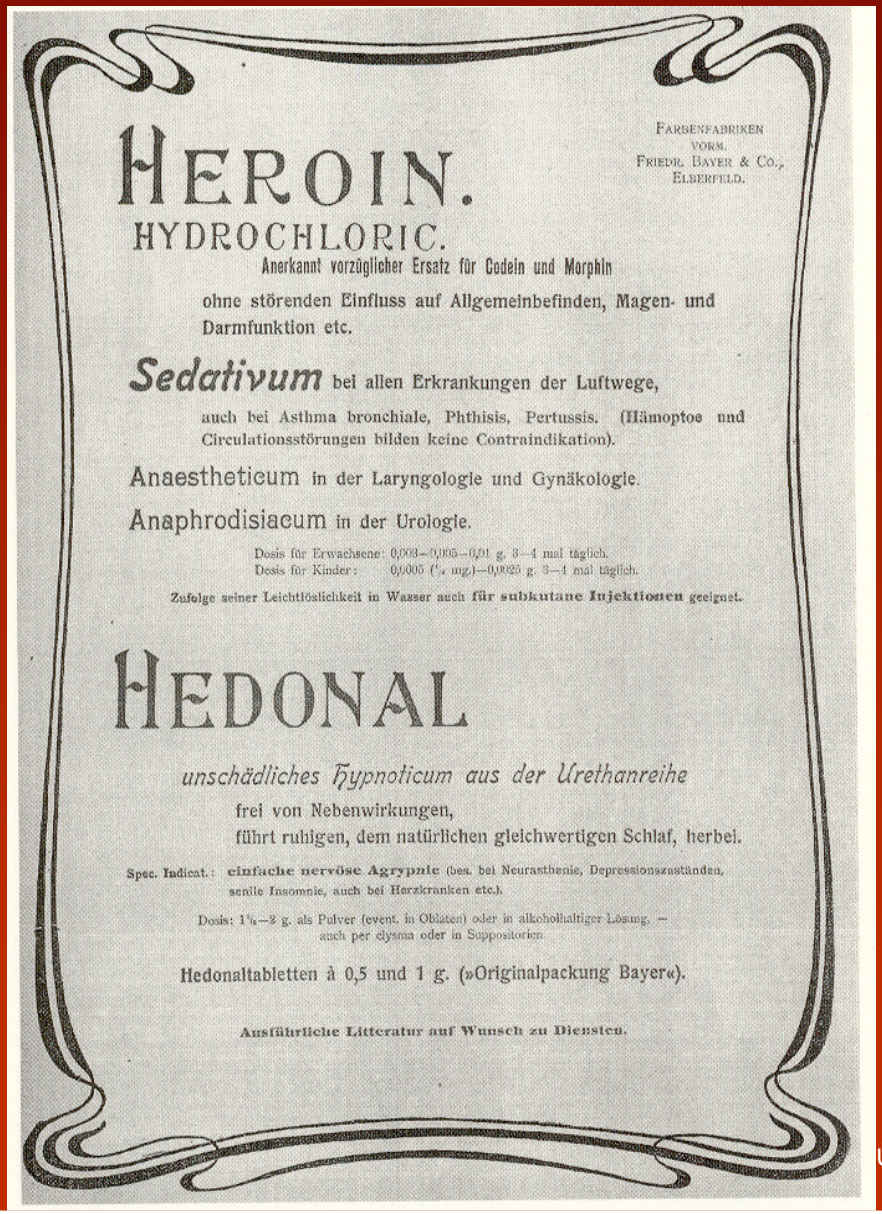
Heroingestützte Behandlung - Beikonsum als besondere Herausforderung

- Geschichte der Heroinverschreibung
  - PROVE-Studie
  - Weitere Studien
- HEGEBE Heute
  - Organisation
  - Behandlungsgrundsätze
- Beikonsum
  - Kokain
  - Alkohol
  - Benzodiazepine
  - Komplexe Mehrfachabhängigkeit





Heroin im 19. Jahrhundert



FARBENFABRIKEN
VORM.
FRIEDR. BAYER & CO.,
ELBERFELD.

HEROIN.
HYDROCHLORIC.

Anerkannt vorzüglicher Ersatz für Codein und Morphin

ohne störenden Einfluss auf Allgemeinbefinden, Magen- und Darmfunktion etc.

Sedativum bei allen Erkrankungen der Luftwege,

auch bei Asthma bronchiale, Phthisis, Pertussis. (Hämoptoe und Circulationsstörungen bilden keine Contraindikation).

Anaestheticum in der Laryngologie und Gynäkologie.

Anaphrodisiacum in der Urologie.

Dosis für Erwachsene: 0,003—0,005—0,01 g. 3—4 mal täglich.
Dosis für Kinder: 0,0005 (½ mg.)—0,0025 g. 3—4 mal täglich.

Zufolge seiner Leichtlöslichkeit in Wasser auch **für subkutane Injektionen** geeignet.

HEDONAL

unschädliches Hypnoticum aus der Urethanreihe

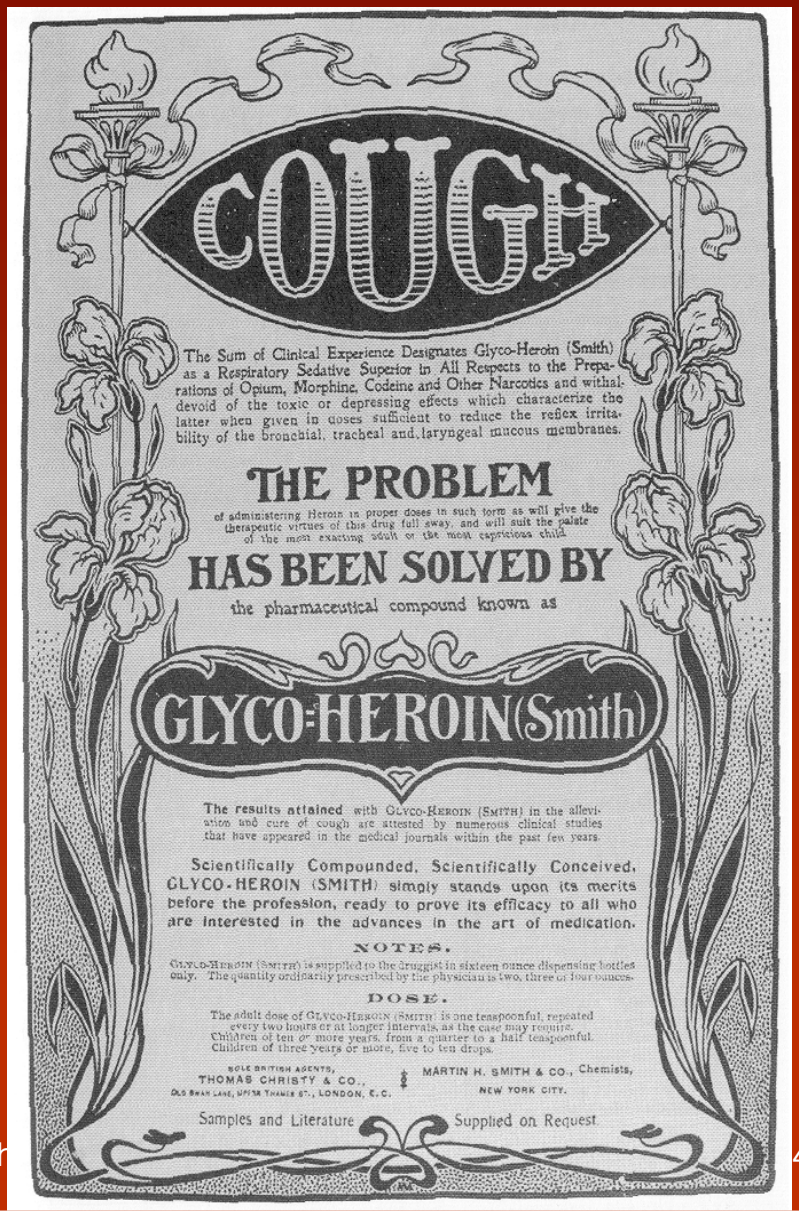
frei von Nebenwirkungen,
führt ruhigen, dem natürlichen gleichwertigen Schlaf, herbei.

Spec. Indicat.: **einfache nervöse Agrypnie** (bes. bei Neurasthenie, Depressionszuständen, senile Insomnie, auch bei Herzkranken etc.).

Dosis: 1½—2 g. als Pulver (event. in Oblaten) oder in alkoholhaltiger Lösung. — auch per clysma oder in Suppositorien.

Hedonaltabletten à 0,5 und 1 g. (»Originalpackung Bayer«).

Ausführliche Litteratur auf Wunsch zu Diensten.



COUGH

The Sum of Clinical Experience Designates Glyco-Heroin (Smith) as a Respiratory Sedative Superior in All Respects to the Preparations of Opium, Morphine, Codeine and Other Narcotics and withal devoid of the toxic or depressing effects which characterize the latter when given in doses sufficient to reduce the reflex irritability of the bronchial, tracheal and laryngeal mucous membranes.

THE PROBLEM

of administering Heroin in proper doses in such form as will give the therapeutic virtues of this drug full sway, and will suit the palate of the most exacting adult or the most capricious child.

HAS BEEN SOLVED BY

the pharmaceutical compound known as

GLYCO-HEROIN (Smith)

The results attained with GLYCO-HEROIN (SMITH) in the alleviation and cure of cough are attested by numerous clinical studies that have appeared in the medical journals within the past few years.

Scientifically Compounded, Scientifically Conceived, GLYCO-HEROIN (SMITH) simply stands upon its merits before the profession, ready to prove its efficacy to all who are interested in the advances in the art of medication.

NOTES.

GLYCO-HEROIN (SMITH) is supplied to the druggist in sixteen ounce dispensing bottles only. The quantity ordinarily prescribed by the physician is two, three or four ounces.

DOSE.

The adult dose of GLYCO-HEROIN (SMITH) is one teaspoonful, repeated every two hours or at longer intervals, as the case may require. Children of ten or more years, from a quarter to a half teaspoonful. Children of three years or more, five to ten drops.

SOLE BRITISH AGENTS,
THOMAS CHRISTY & CO.,
OLD SWAN LANE, UPPER THAMES ST., LONDON, E.C.

MARTIN H. SMITH & CO., Chemists,
NEW YORK CITY.

Samples and Literature Supplied on Request.

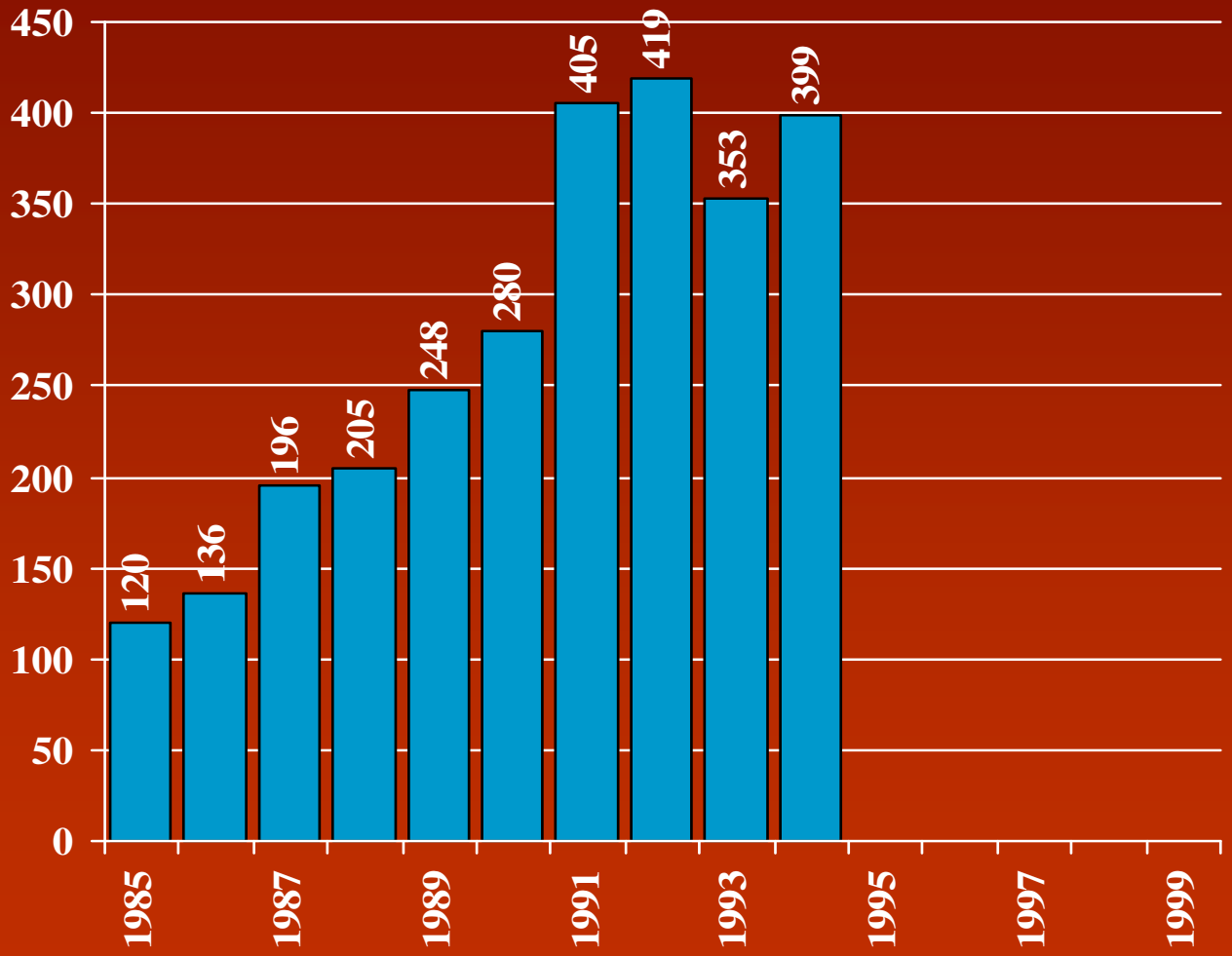
Geschichte: Schänzli 1990



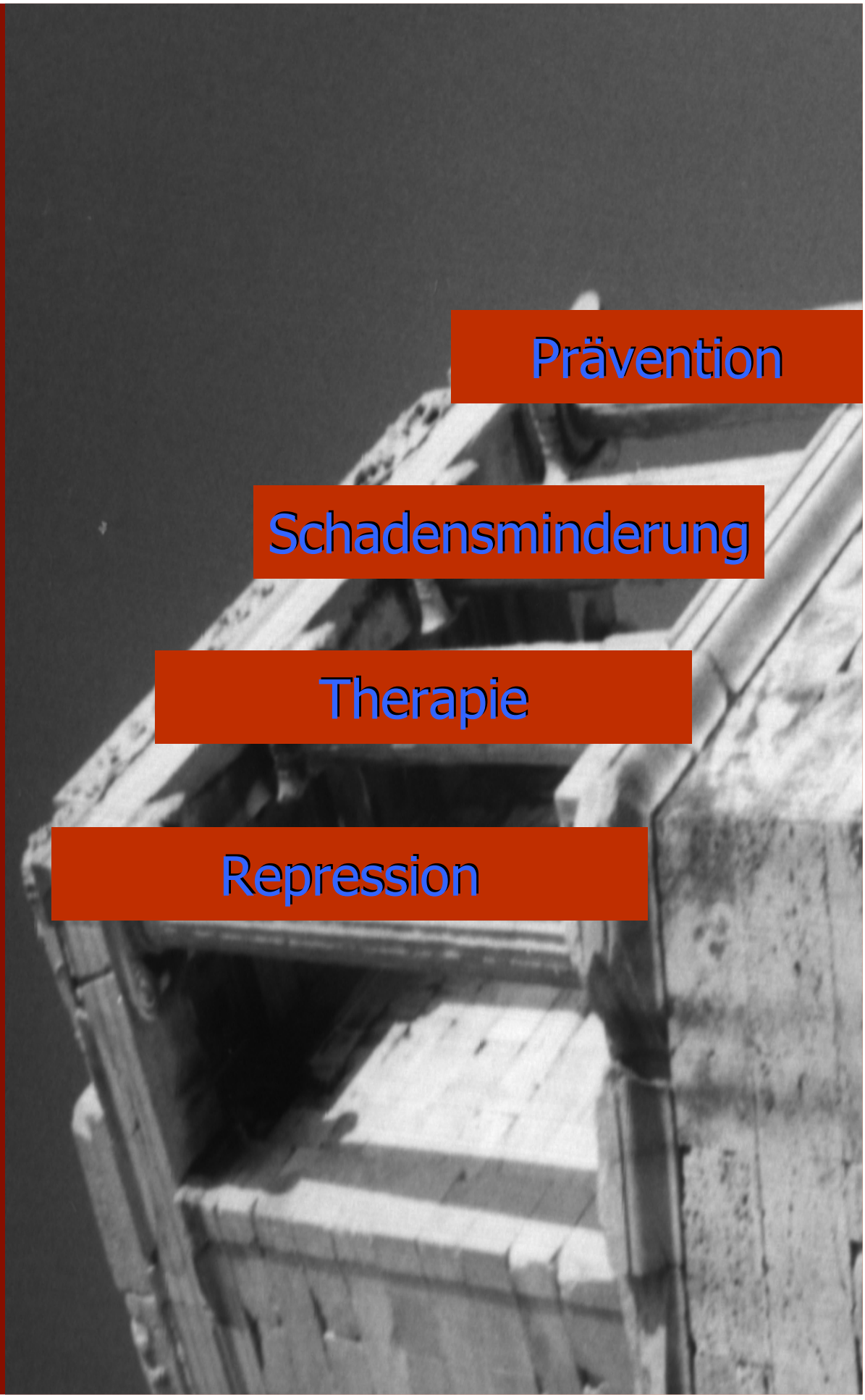
Offene Szene Letten



Todesfälle durch Überdosierung (CH)



4 Säulen der Drogenpolitik



PROjekte für eine ärztliche VErschreibung von Betäubungsmitteln PROVE

- Multizenterstudie, Kohortenstudie
- Vergleich: Methadonbehandlung (Kohorte)
- Start 1994: je 250 Pat.
  - Heroin vs. Morphin vs. Methadon (i.v.)
- ab 1995: Heroin (n=800)
- Fragestellung: Effekt bezüglich
  - Sozialer Integration
  - psychischer und somatischer Gesundheit

Indikation und Aufnahme

- Voraussetzungen
  - 2 Jahre Konsum
  - 20 Jahre alt (heute: 18)
  - Gescheiterte Behandlungen
  - psychosoziale und/oder medizinische Defizite
  - Einverständniserklärung
  - (Wohnsitz Region Bern)
- Bewilligung
  - Interne Indikation
  - Kantonsarzt
  - Bundesamt für Gesundheitswesen

Resultate PROVE: KODA Patient

- 33 jährig
- 77% männlich
- 13 Jahre Opiatabhängigkeit
- 10 vorgängige Behandlungsversuche*
- 85% stationäre Langzeittherapie
- 48% Psychiatrische Hospitalisation*
- 43% Suizidversuch*

* Uchtenhagen et. al. Schlussbericht PROVE Juli 1997

Resultate PROVE: Soziale, Gesundheitliche Veränderungen

	Eintritt	12 Monate
stabile Wohnsitutation	57%	76%
Arbeit und keine Szenenkontakte	16%	50%
illegales Einkommen	69%	13%
halblegales Einkommen (Prostitution,..)	49%	6%
Schlechter psychischer Zustand (n=206)	48%	18%
Schlechter körperlicher Zustand (n=206)	27%	10%
Anzahl Abszesse in Stichprobe (n=147)	31	1

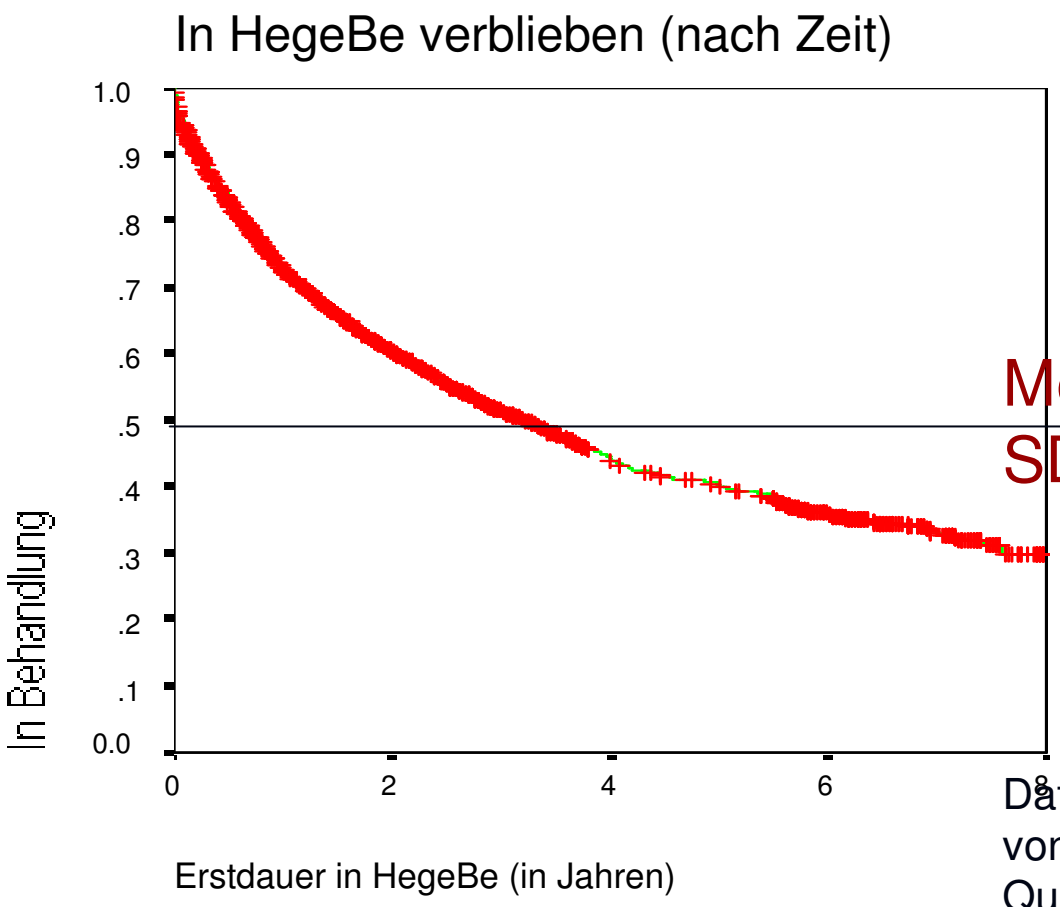
Delinquenz: follow-up studie nach 2-4 Jahren (Kilias et al. 2002)

- Delinquenz: -80%
- begangene Straftaten + Verurteilungen: -80%
- Gefängnistage: -90%
- polizeilich registrierte Straftaten: **-80%** (n. 4 Jahren)

“Insgesamt darf die Behandlung mit Heroin als eine der erfolgreichsten je erprobten Einzelmassnahmen im Bereich der Kriminalitätsprävention bezeichnet werden”

“Reduktion bei den Patienten, die weiterhin Kokain konsumierten, weniger ausgeprägt.”

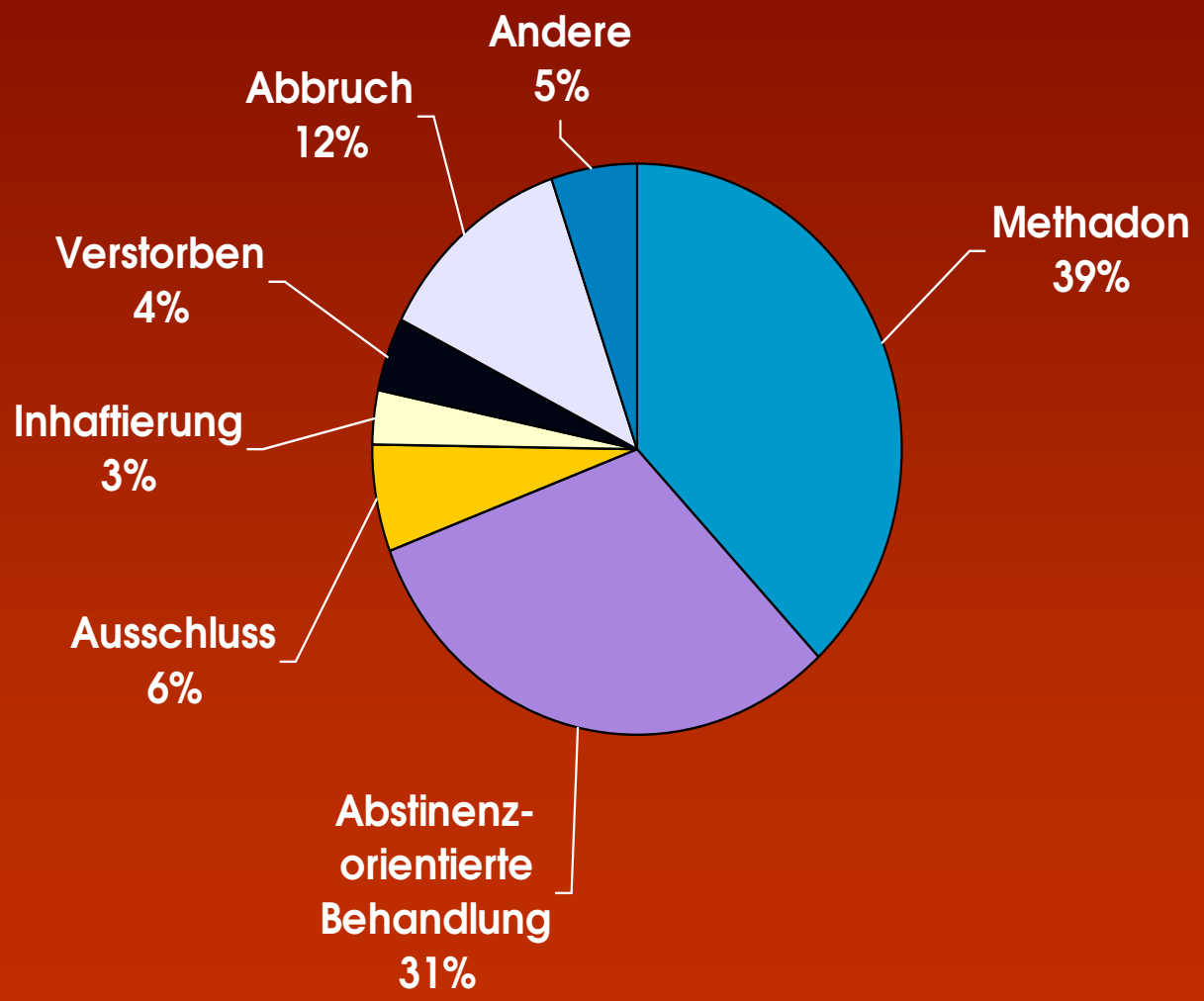
Aufenthaltsdauer in HegeBe (Survival Analysis nach Kaplan-Meier)



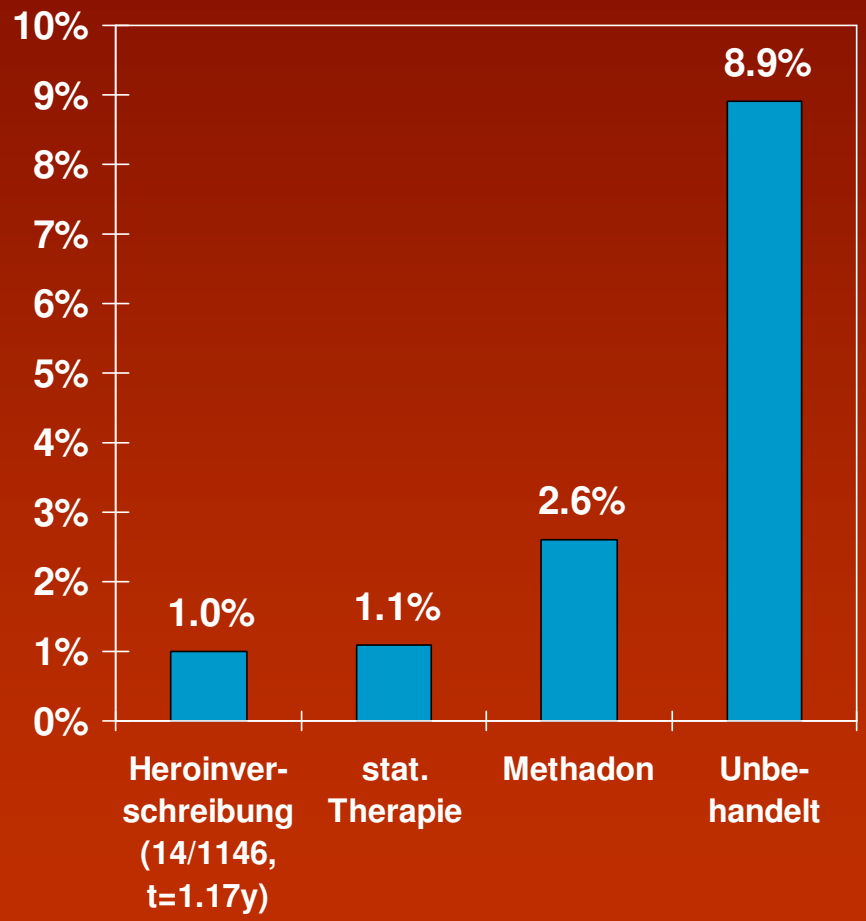
Median: 3.3 Jahre
SD:0.16

Datenbasis: 2199 Patienten
von 1.94-31.12.01
Quelle: Monitoring ISF

Austrittsanalyse (bis März 99, n=443)

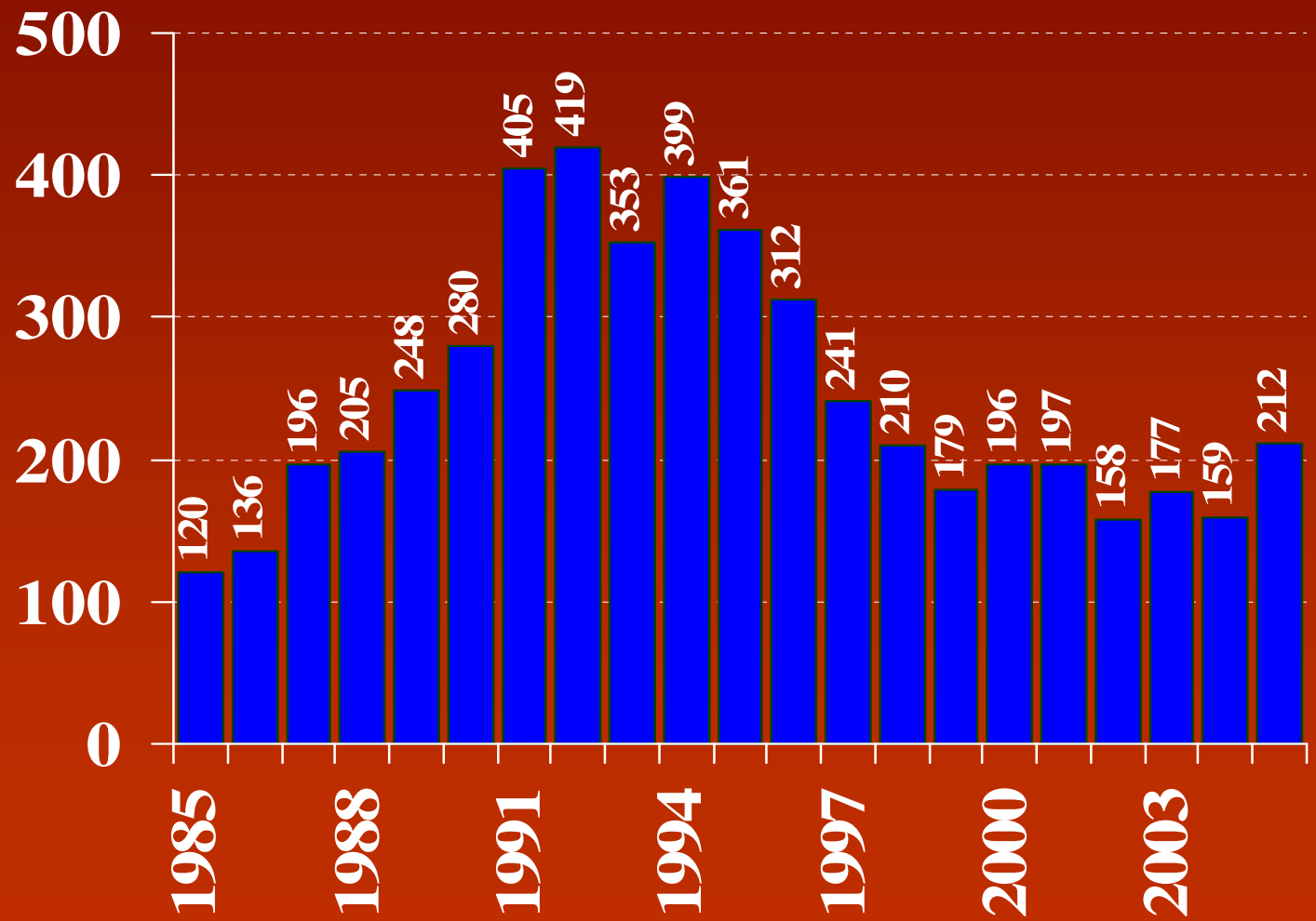


Mortalität im Vergleich



Uchtenhagen et. al. 1997

Drogenbedingte Todesfälle CH

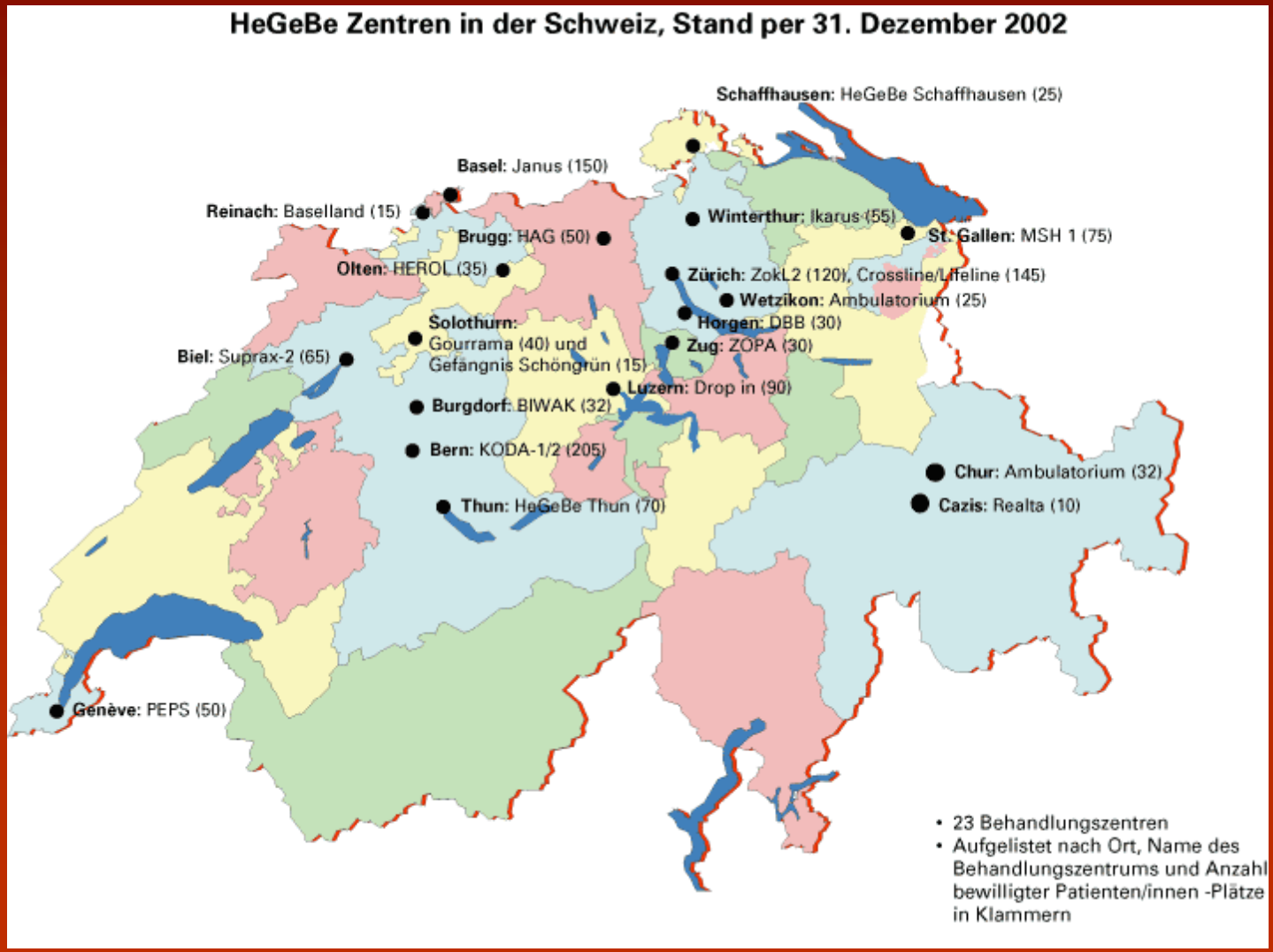


Schlussfolgerungen PROVE

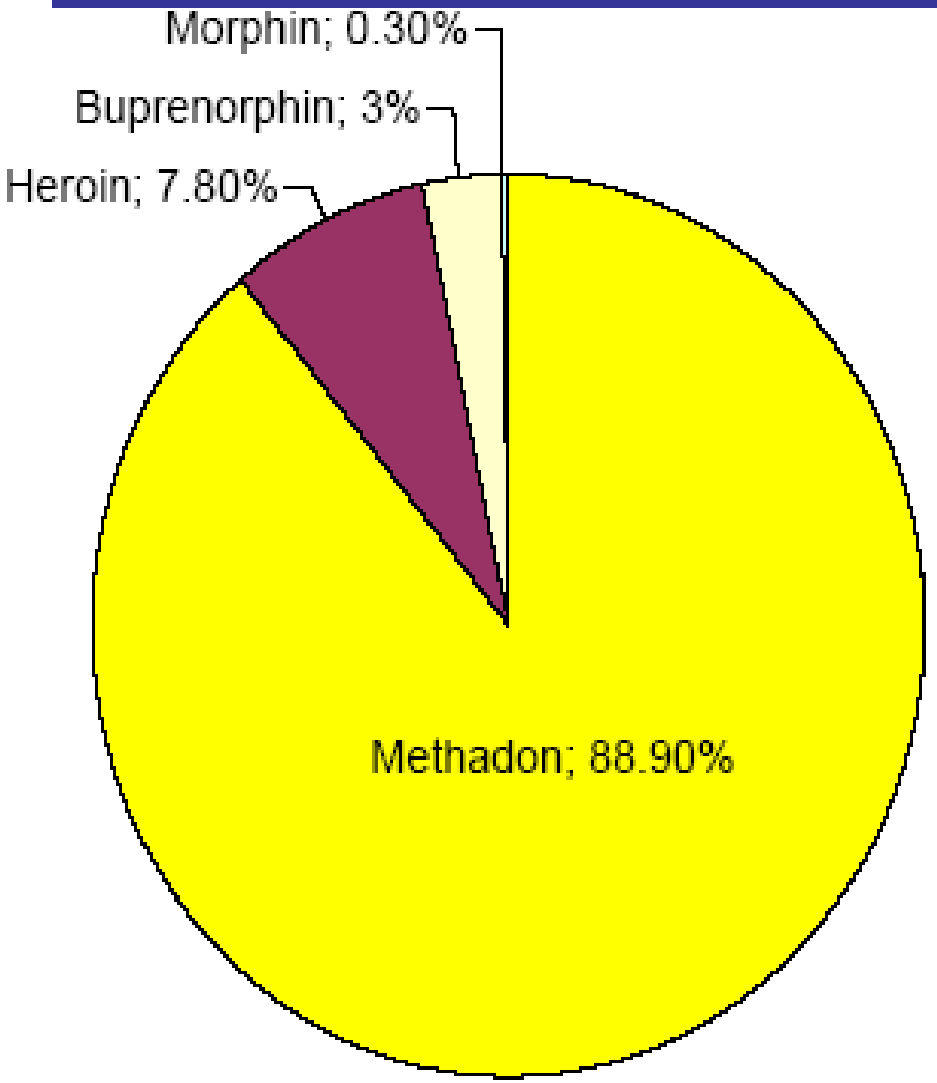
- Zielgruppe erreicht, hohe Haltequote
- gesundheitliche, psychische und soziale Verbesserung
- Delinquenz sinkt massiv
- tiefe Mortalität
- Behandlung zweiter Wahl wenn Methadon gescheitert ist
- Einbettung in umfassende Abklärung und Behandlung, individualisierte Therapieplanung
- Empfohlen in spezialisierter Poliklinik

Uchtenhagen et. al. 2000

HEGEBE Heute: Schweiz

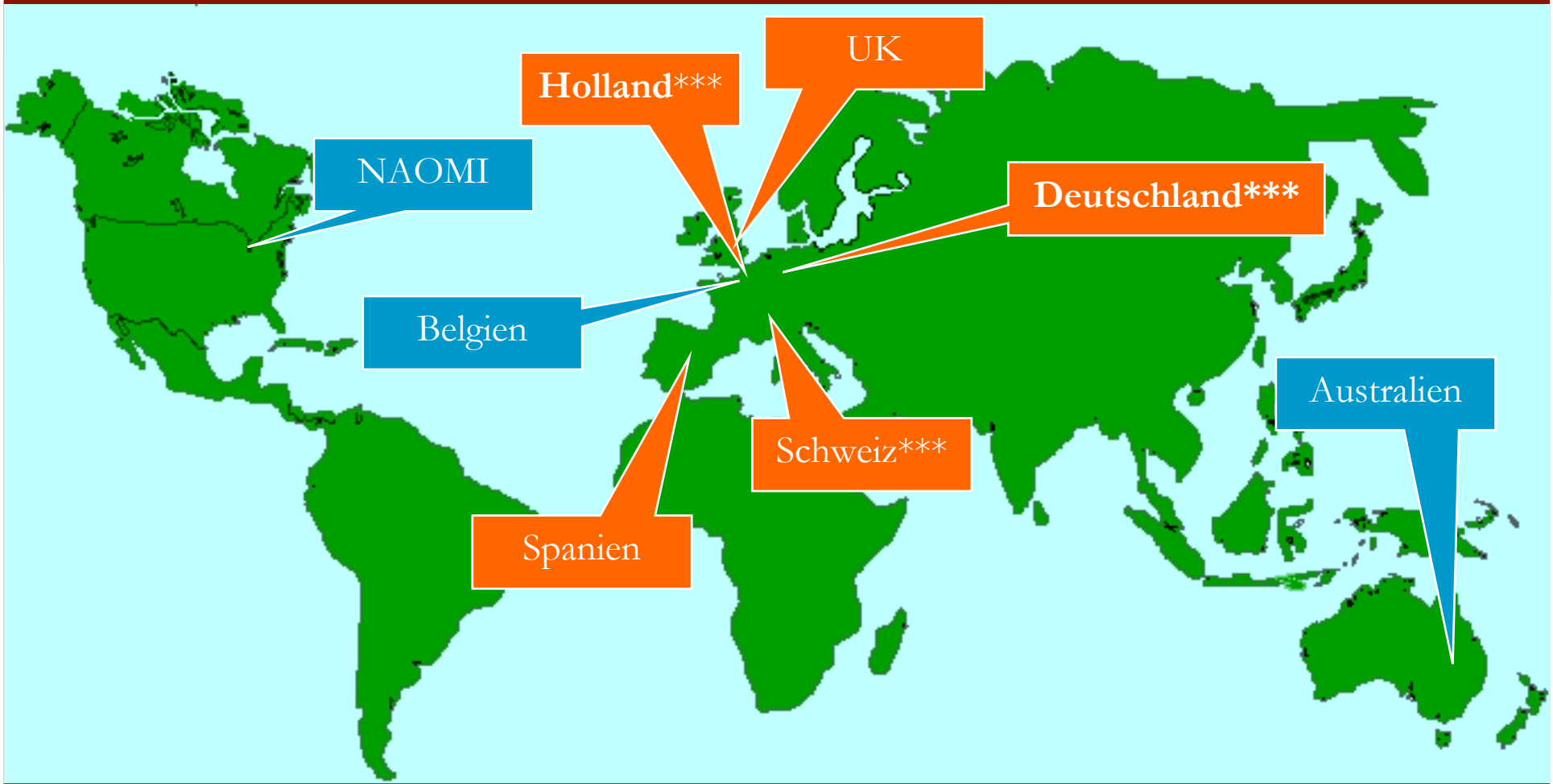


Substitutionsbehandlungen in der Schweiz
September 2004



Anzahl Behandlungen mit dem jeweiligen Wirkstoff	Summe	%
Methadon	14'588	88.9
Heroin	1280	7.8
Buprenorphin	486	3
Morphin	51	0.3
Total	**16'406**	**100**

HEGEBE: Internationale Studien



HEGEBE Heute
Klinischer Alltag



Organisation Abgabe

- Lokalitäten
  - Nähe Zentrum (5 min. ÖV)
- Öffnungszeiten
  - 07.00 - 10.00 Uhr
  - 16.30 - 19.30 Uhr
- Konsum
  - intravenöse Substanzen: Sichtkonsum am Ort
  - Mitgaben p.o. Substanzen: spezielle Indikation


Diaphin 10g i.v.
Lyophilisat
TERUMO
SYRINGE WITHOUT NEEDLE
1 ml
STERILE EO




Bestellfenster
Bezugsfenster
TERUMO
TERUMO



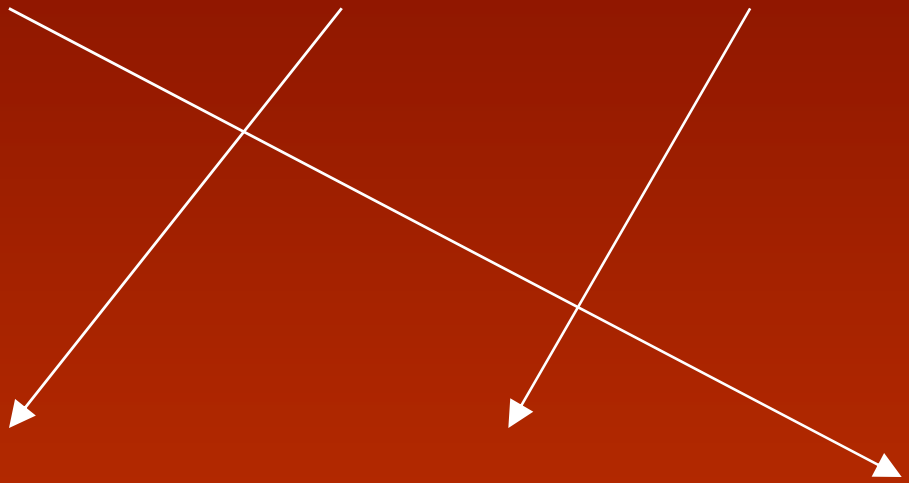



A-G
G-R
S-Sch-St-T
U-Z

Interdisziplinäre Behandlung



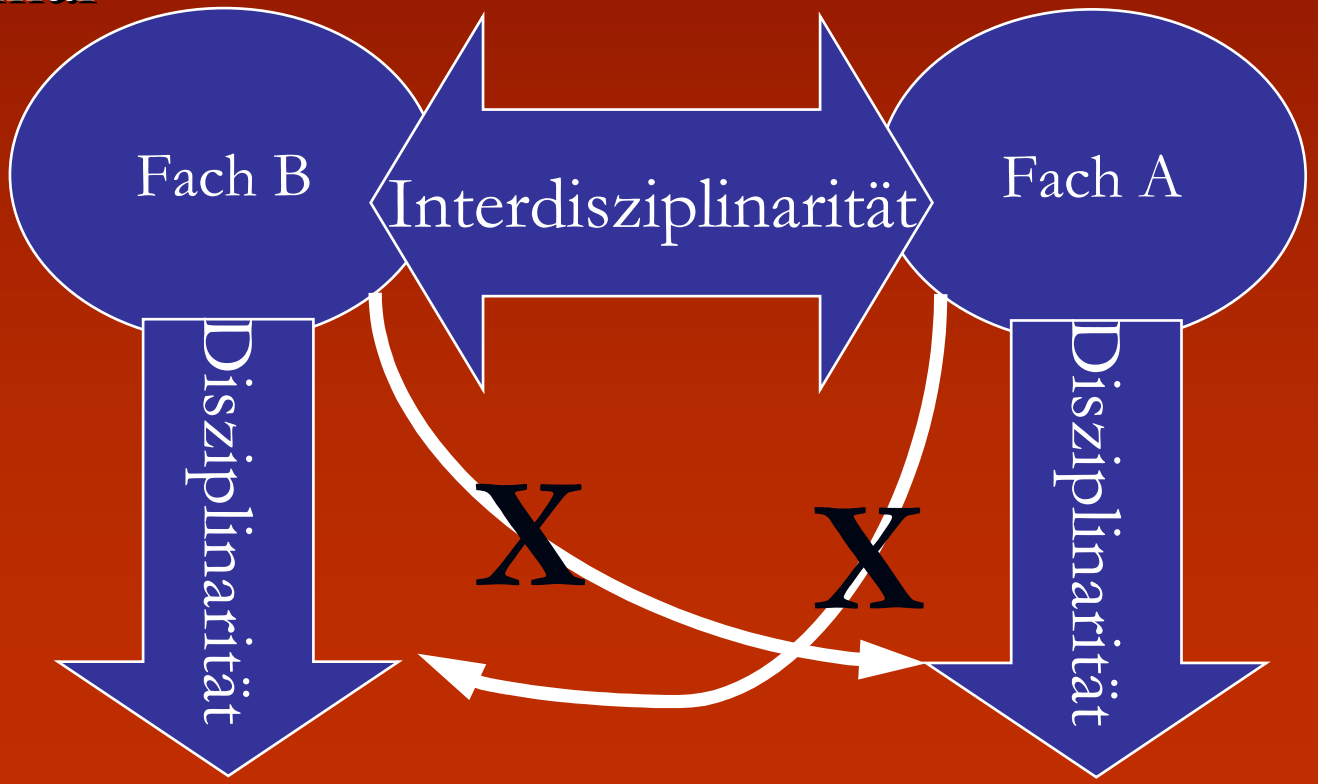
Bio- Psycho- Soziales Modell



Psycho- Sozio- Biologisches Modell

Multidisziplinäre Behandlung

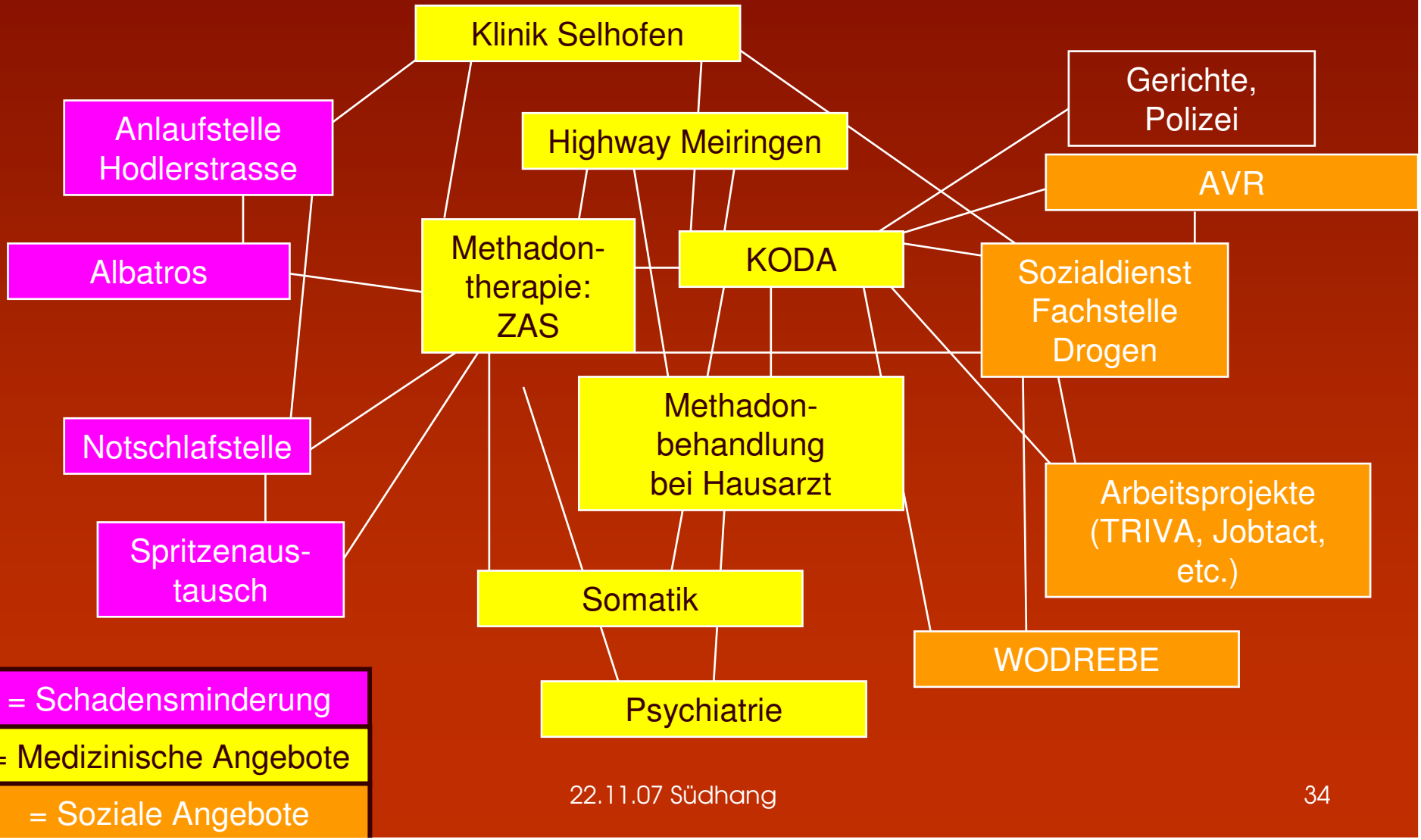
- Disziplinär
- Multidisziplinär
- Interdisziplinär



Konzept: Behandlungsziele

1. Überleben sichern;
2. Stabilisieren im psychischen, gesundheitlichen und sozialen Bereich;
3. Distanzieren von der Szene und der illegalen Heroinbeschaffung;
4. Abbau von weiterem, risikoreichem, illegalem und legalem Suchmittelkonsum;
5. Reduktion von Drogenkriminalität, -prostitution und sozial auffälligem Verhalten.
6. Schrittweise (Re-) Integration unter Berücksichtigung der individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten;
7. Wiedererlangung von sozialer Kompetenz, Autonomie und Selbstverantwortung in der Lebensgestaltung;
8. Erreichen von Abstinenz von legalen und illegalen Suchtmitteln.

Drogenhilfe und Drogenbehandlung in Bern



Beikonsum: Definitionen

- „Beikonsum“: jeglicher zusätzlicher Konsum einer Substanz zum Substitut
- „Mehrfachabhängigkeit“: in der Reihenfolge der Problematik einzeln kodieren
- „Störung durch multiplen Substanzgebrauch F19.xx“ = „…wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft“ (???) oder wenn untrennbar miteinander verbunden

Prävalenz Beikonsum

- Kokain:
  - 85% bei Eintritt HEGEBE (Uchtenhagen 2000)
  - COCKTAIL! Als Normkonsum
  - KODA: UP-Runde Oktober 2007: 64/198 = 32%
- Benzodiazepine:
  - z.B. Genf (Broers 2000): stationärer Eintritt:
    1995: 38%: 1999: 70%
  - KODA: UP-Runde Oktober 2007: 57/198 = 29%
- Alkohol: 34% täglichen Konsum bei Eintritt PROVE (Uchtenhagen 2000)
- Cannabis 65% (KODA)
- Tabak 99% (KODA)

Benzodiazepine: Lokale Präferenzen



- Holland: Seresta®
- USA: Rivotril®
- CH:
  - Marktpreise pro Tablette (nichtrepräsentativ):
    - Rohypnol® 5.– SFr.
    - Dormicum® 5.– SFr.
    - Valium®/Paceum® (5mg) 5.– SFr.
    - Stilnox® 3.50 SFr. (4-06: 2.-- SFr.)
    - Toquilone® comp
      - Dez. 05: 10.--SFr.
      - April 06: 60.--SFr.
    - CAVE: unverpackte Tabletten sind schwerer zu verkaufen!
  - Applikationswege (alle!):
    - Schlucken, Snieffen, Rauchen, Spritzen

Benzodiazepine: What's the Problem?



- Kognitive/psychische Veränderungen
  - Zusätzlich zu Methadon und organischen Einschränkungen
  - Stresstoleranz ↓
  - Aggression ↑
  - Lernfähigkeit ↓ ↓
  - Somnolenz ↑
  - Anergie ↑
- Interaktionen
  - Diaphin®
  - Methadon
- Entzug und Entzugsepilepsie
- Suchtverhalten, Beschaffungsproblematik

Benzodiazepine: Behandlungsansätze allgemein



- Motivierende Gesprächsführung
- Diagnostik und Therapie verfeinern:
  - Evtl. UP
  - Psychiatrische DD und Therapie (Angsterkrankung, Depression, Psychose)
  - V-score
- Entzug/Teilentzug möglich?
  - WO?
- Umfassender Behandlungsplan:
  - Goal attainment scale (Zielereichungsskala)
  - Tagesstruktur
  - Multidisziplinärer Ansatz (Sozialarbeit, Pflege, Arzt)
  - Schlafhygiene
  - Entspannungstechniken (z.B. PM)
  - Positive Verstärkung (z.B. KODA-2)

Benzodiazepine: Behandlungsansätze Pharmakotherapie



- Schlafprobleme:
  - Nach Möglichkeit BZD durch sedierendes Antidepressivum ersetzen
  - Evtl. Versuch mit Phytotherapeutika
  - Evtl. Versuch mit niederpotentem, sedierenden Neuroleptikum: Prazine®/Truxal®
- Spezifische antidepressive, anxiolytische, antipsychotische Behandlung

Benzodiazepine: Verschreibung



- Falls BZD-Entzug nicht möglich: Umstellung auf kontrollierte Benzodiazepinmedikation:
  - Kantonale Bewilligung!
  - Langsamer Abbau über Wochen bis Monate bis Jahre
  - Substanzwahl und Dosierung:
    - Eher lange Halbwertszeit
    - Langsames Anfluten
    - Weg von primärer Substanz, =>z.B. Paceum®
    - Knapper Ersatz, z.B. mit 30mg pro Tag
    - Ausgewogenes Verhältnis Sichtkonsum zu Mitgaben (ca. 2:1)



Eine Benzodiazepinmedikation ist leicht anzufangen aber schwierig zu beenden!

Beikonsum: Alkohol





Atemalkoholmessung AAM



Störung durch Alkohol?

nein → AAM bei Foetor

ja → AAM regelmässig

AAM bei Foetor → > 0.8 ‰

AAM regelmässig → > 0.8 ‰

> 0.8 ‰ → Kein DAM, Ersatz mit Methadon

Kein DAM, Ersatz mit Methadon → > 1.2 ‰

> 1.2 ‰ → ½ Aequivalenzdosis

½ Aequivalenzdosis → > 1.6 ‰

> 1.6 ‰ → Keine Opioide

„Ist das ethisch?“

Biomedizinische Ethik: Childress & Beauchamp

- Vier Prinzipien der Ethik:
  - Autonomie
  - Gleichheit
  - Fürsorge
  - Nichtschädigung



- Gratwanderung in der Arbeit mit schwer Drogenabhängigen



Alkohol: Erfolg der AAM

n=24

Alkoholabstinenz	8	**33%**
Stabilisierung, wenig, unproblematischer Konsum	7	**29%**
Stabilisierung mit persistierendem, hohem, problematischem Konsum	5	21%
kein Erfolg	4	17%

Alkohol: Weitere therapeutische Möglichkeiten



- MI: Motivationale Gespächsführung
- KT: Kontrolliertes Trinken
- Ambulante Alkoholentzüge
  - Setting der HEGEBE: 2 x tgl. Kontakt
- Stationärer *Teil*entzug

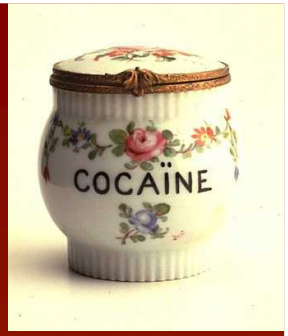
Problembereich Stationäre Teilentzüge



- Institutionen, in denen Teilentzüge möglich sind:
  - Sahlihaus Inselspital***
  - UPD Waldau***
  - Gefängnis**
  - Drogenkliniken: Selhofen, Highway Meiringen*
  - Alkoholkliniken: TAM, Südhang*
- => Die schwierigsten und anspruchvollsten Patienten werden in nichtspezialisierten somatischen oder psychiatrischen Spitälern behandelt…
- IST DAS SINNVOLL?

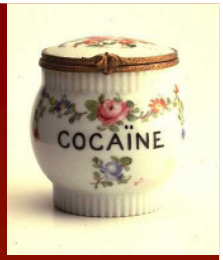
Diskussion

Kokainkonsum HEGEBE (Uchtenhagen 2000)



	Bei Eintritt (n=236)	nach 18 Monaten (n=231)
kein Konsum	15%	41%
gelegentlicher Konsum	56%	52%
täglicher Konsum	29%	5%

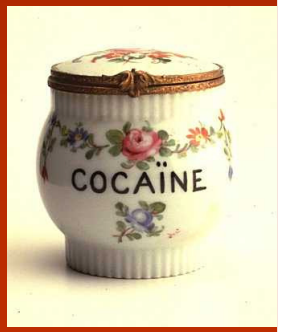
(Chronischer) Kokaingebrauch: Folgen



- Kokaininduzierte psychische Störungen
  - psychotische Störung
  - affektive Störung
  - Angststörung
- soziale Desintegration/persistierende Delinquenz
  - "Reduktion bei den Patienten, die weiterhin Kokain konsumierten, weniger ausgeprägt"
- Bakterielle Infektionen
  - Abszess
  - Spondylodiszitis
  - Herzklappenentzündungen
- Kachexie
- Virusinfektionen (Hep B-C, HIV)
- Suizdialität/Suizidversuche/Suizide

Behandlungsansätze Kokain

- „unspezifische“ Massnahmen im Rahmen der HEGEBE
  - Therapeutische Beziehung + Einbindung
  - Motivierende Gesprächsführung
  - Sozialarbeit/Soziale Massnahmen
  - Behandlung psychiatrischer, sozialer und somatischer Komorbiditäten
- KODA-2
- Akupunktur NADA
- Therapiegruppe für MassnahmepatientInnen
  - Kognitive VT (CBT)
  - Soziales Kompetenztraining



CBT nach Caroll

- Kathleen M. Carroll, Ph.D.: A Cognitive Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction (1998)
  - http://www.drugabuse.gov/TXManuals/CBT/CBT1.html
- Teil der Kokainstudie Bern-Basel
- Erkennen-Meiden-Bewältigen



Die Kokainstudie *Basel-Bern*



Doppelblindstudie über die Wirksamkeit von Methylphenidat SR (Ritalin®) und kognitiv-behavioraler Gruppentherapie bei Kokainkonsum in einer ärztlich kontrollierten Behandlung mit Diacetylmorphin (Diaphin®)

Kenneth M. Dürsteler-MacFarland
Gerhard A. Wiesbeck

Studiendesign

Randomisierte, plazebokontrollierte, multizentrische Doppelblind-Studie mit vier Versuchsarmen

Studienkollektiv (N=62)

Sample Basel, Janus (N=31)

	mit CBT	**ohne CBT**
Verum	N = 8	N = 7
Placebo	N = 9	N = 7

Sample Bern, Koda-I (N=31)

	mit CBT	**ohne CBT**
Verum	N = 7	N = 8
Placebo	N = 8	N = 8

Zusammenfassung Resultate Kokainstudie Basel-Bern

- Behandlung mit Methylphenidat scheint ***gut verträglich und sicher***.
- Behandlung mit ***Methylphenidat*** führt ***nicht zu besseren Outcomes*** als Placebobehandlung.
- Behandlung mit ***CBT*** führt ***nicht zu besseren Outcomes*** als Standardbehandlung mit intensiver psychosozialer Zuwendung.
- Viele PatientInnen scheinen – zumindest anfangs – ***überfordert von der CBT***.

Problemgruppe schwer Mehrfachabhängige/Verwahrloste

- Meist akute somatische Gesundheitsgefährdung
- Zusätzliche Dimension: Public Order
  - Auch: unsere Nachbarschaft
- Ausreichende Opiatdosierung (Zielkonflikt!)
  - Stufenplan
- Behandeln
  - Spezifisch: BENK (Behandlungsprogramm für excessiven Nebenkonsum
- Entzug
  - Stationär (oder „time out“)
  - Freiwillig vs. Unfreiwillig (FFE)

FFE (Fürsorgerische Freiheitsentziehung)

- Wann einweisen?
- Wer weist ein?
  - Regierungsstatthalter?
  - Ärztliche FFE?
- „Geeignete“ Anstalt? Platz?
  - Somatische Klinik
  - Psychiatrische Klinik
  - Gefängnis (!)
- Was dann?
- Wieviel FFE ist sinnvoll?

Zusammenfassung: Beikonsum in HEGEBE (1)

- Fehlende *spezifische* stationäre Behandlungsplätze
  - Teilentzug
  - FFE
    - Hintergrund: Zunehmender Druck seitens public order
- Schwer Mehrfachabhängige sind Bewährungsproben für Teams:
  - Ausdiskutierte Grundhaltungen
    - Behandlungkonzept, Leitbild
  - Gelebte Interdisziplinarität
  - Klare Abläufe und Rollen
  - Gute Führung

Zusammenfassung: Beikonsum in HEGEBE (2)

- Normalfall: Mehrere Substanzen beteiligt
- Breite Palette von Interventionen, aber keine Wundermittel
  - Sorgfältige und *umfassende* interdisziplinäre Ziel- und Behandlungsplanung
  - Therapeutische Beziehung und Motivationale Gesprächsführung
- Multiple ethische, rechtliche und fachliche Probleme, Konfliktfelder und Gratwanderungen
- Begleiten, Aushalten, Triagieren,...
  - harm reduction
  - Palliative Medizin

Vielen Dank!



christoph.buerki@koda.ch
praxis.buerki@bluewin.ch