

---

# **Behandlungskonzept KODA-1**

---

<b>1. KRANKHEITSMODELLE: DROGEN UND ABHÄNGIGKEIT .....</b>	<b>3</b>
<b>2. BEGRÜNDUNG FÜR DIE HEROINGESTÜTZTE BEHANDLUNG.....</b>	<b>4</b>
<b>3. ZIELGRUPPE .....</b>	<b>5</b>
<b>4. ZIELSETZUNG DER BEHANDLUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>5. WICHTIGE BEHANDLUNGSGRUNDSÄTZE .....</b>	<b>6</b>
<b>6. INTERDISZIPLINARITÄT .....</b>	<b>7</b>
<b>7. DIVERSITY .....</b>	<b>9</b>
<b>7.1 GENDERGERECHTE ANGEBOTE .....</b>	<b>9</b>
<b>7.2 MIGRATIONSSPEZIFISCHE ASPEKTE.....</b>	<b>9</b>
<b>7.3 ALTER UND SUCHT .....</b>	<b>10</b>
<b>7.4 JUNGE ERWACHSENE / JUGENDLICHE UND SUCHT .....</b>	<b>10</b>
<b>8. TEAMSPEZIFISCHES BEHANDLUNGSANGEBOT .....</b>	<b>11</b>
<b>8.1 ÄRZTETEAM .....</b>	<b>11</b>
<b>8.2 PFLEGE .....</b>	<b>13</b>
<b>8.3 SOZIALARBEIT.....</b>	<b>14</b>
<b>9. SPEZIELLE BEHANDLUNGSELEMENTE .....</b>	<b>17</b>
<b>9.1 KODA-2.....</b>	<b>17</b>
<b>9.2 BENK (BEHANDLUNG FÜR PATIENTINNEN MIT EXZESSIVEM NEBENKONSUM).....</b>	<b>18</b>
<b>9.3 GRUPPENANGEBOT FÜR MASSNAHMEPATIENTINNEN.....</b>	<b>18</b>
<b>10. ANFORDERUNGEN AN PATIENTINNEN.....</b>	<b>19</b>
<b>11. INSTRUMENTE.....</b>	<b>19</b>
<b>12. VERANTWORTLICHKEITEN.....</b>	<b>19</b>
<b>13. QUALITÄTSSICHERUNG IN DER BEHANDLUNG .....</b>	<b>20</b>
<b>14. MERKBLÄTTER.....</b>	<b>21</b>

# 1. Krankheitsmodelle: Drogen und Abhängigkeit

Der Begriff "Droge" wird heute in der Schweiz vornehmlich für Substanzen verwendet, die durch das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel geregelt sind. Als Drogen verstehen wir Substanzen, deren Effekt auf die Befindlichkeit als angenehm empfunden wird. Der Effekt der Drogen ist generell entweder anregend oder dämpfend.

Drogen wirken im Gehirn auf das Belohnungssystem, auf das sie über Rezeptoren einwirken. Unterschiedliche Drogen wirken über unterschiedliche Rezeptoren und Neurotransmitter direkt oder indirekt auf den Nucleus accumbens, dem sog. Lustzentrum. Drogen wirken in diesem Sinne als positiver Verstärker. Der chronische Konsum führt zu neurophysiologischen Veränderungen, die möglicherweise bleibend sein können. Die Diskussion dazu ist derzeit noch im Gange.

Es gibt heute kein umfassendes und befriedigendes Erklärungs- und Ursachenmodell für Sucht und Abhängigkeit. Eine in der Praxis taugliche Definition liefert das diagnostische System für Krankheiten der WHO, ICD-10. Hier ist Abhängigkeit charakterisiert durch:

- die Entwicklung einer *Toleranz* bezüglich der konsumierten Substanz;
- das Auftreten eines substanzspezifischen *Entzugssyndroms* bei Aussetzen der Substanzzufuhr sowie die Einnahme der Substanz, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden;
- starkes, gelegentlich übermächtiges oder zwanghaft auftretendes *Verlangen*, eine Substanz zu konsumieren, um sich positive Empfindungen zu verschaffen oder unangenehme Empfindungen zu vermeiden;
- *Kontrollverlust* über Beginn, Beendigung und Menge des Substanzgebrauchs, einschliesslich erfolgloser Versuche, diesen zu verringern;
- *Einengung* und Anpassung der Alltagsaktivitäten auf die Möglichkeit beziehungsweise Gelegenheit zum Substanzkonsum;
- *Vernachlässigung* wichtiger sozialer bzw. beruflicher Interessen, sowie
- fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Wissen über dessen schädlichen *Folgen*.

Gemäss psychiatrischen Diagnosemanualen und allgemein anerkanntem medizinischem Verständnis wird Abhängigkeit als eigenständiges Krankheitsbild verstanden.

Die WHO definiert Gesundheit als Zustand von umfassendem körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden. Dabei handelt es sich um ein Idealbild, das in der Realität nie vollständig erreicht werden kann: Jeder Mensch erlebt in seinem Leben gewisse Beeinträchtigungen. Das oberste Ziel jeder Behandlung ist das Erhalten oder Wiedererlangen von möglichst viel Gesundheit.

Die der Abhängigkeit zugrunde liegenden individuellen Zustandsbilder sind unterschiedlich. Grundsätzlich können bei Abhängigen kulturelle und soziale Adaptions- und persönliche Entwicklungsstörungen gefunden werden. Eine genetische Prädisposition wird diskutiert, ist aber schwierig zu belegen. Sie dürfte einer von vielen Faktoren sein.

Abhängigkeit ist sehr oft mit psychiatrischen Befunden vergesellschaftet. Häufig kann nicht richtig entschieden werden, ob diese vorbestehend oder Folge der Sucht sind. Die häufigsten Zustandsbilder sind affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Zudem findet man bei Menschen mit schizophrenen Psychosen eine erhöhte Prävalenz für Substanzprobleme.

Süchtiges Verhalten kann als "Coping"-Mechanismus verstanden werden, ein Mechanismus, der dem Individuum hilft, mit einer unbewältigten Situation umzugehen. Substanzkonsum kann in diesem Kontext als Selbstmedikation gedeutet werden.

Somatische Erkrankungen sind im Allgemeinen sekundärer Natur, sind also bis auf einige Ausnahmen, wie z.B. Leberzirrhose bei Alkoholismus, Folge der Umgebungsbedingungen, in denen Drogenkonsum stattfindet, und nicht des Konsum selber.

Das "Drogenproblem" in einem generellen Sinn präsentiert sich auf einer individuellen wie auf einer gesellschaftlichen Ebene. Es ist mit einer hohen Excessmortalität und -morbidity verbunden und erzeugt Leiden. Die Beseitigung dieses Zustandes liegt im Interesse der betroffenen Individuen wie im Interesse der Gesellschaft. Die Lebensqualität der betroffenen Individuen kann insbesondere in Bezug auf ihre Gesundheit und ihr soziales Funktionieren verbessert werden. Die Gesellschaft profitiert dabei in verschiedenen Bereichen wie z.B. der nationalen Ökonomie, der öffentlichen Gesundheit und der öffentlichen Sicherheit.

## **2. Begründung für die heroingestützte Behandlung**

Unter dem massiven Druck der grossen offenen Drogenszenen in mehreren Schweizer Städten und den begleitenden gesundheitspolitischen (Mortalitätsanstieg, HIV-Infektionen) und ordnungspolitischen (Verwahrlosung, Delinquenz) Begleiterscheinungen wurde 1994 die heroingestützte Behandlung eingeführt. Bis 1996 wurde sie im Rahmen einer Studie (PROVE; Projekte für eine Opiatverschreibung) durch A. Uchtenhagen extensiv evaluiert. PROVE zeigte bei den PatientInnen der HEGEBE eine eindruckliche Verbesserung der psychischen und somatischen Gesundheit, der sozialen Integration sowie einen starken Rückgang von Delinquenz und der Mortalität.

1998 wurde die heroingestützte Behandlung definitiv als eine Behandlungsoption der zweiten Wahl für Drogenabhängige eingeführt, bei denen andere Behandlungsmassnahmen (insbesondere Methadonbehandlung und abstinenzorientierte Vorgehensweisen) versagt haben. Das Medikament Diaphin® (=Diazetylmorphin=Heroin) wurde 1999 in die Spezialitätenliste der krankenkassenpflichtigen Medikamente aufgenommen. Die Behandlung wird seither zu einem grossen Teil von der Krankenkasse bezahlt.

Heroin ist heute nur noch eines von mehreren verschreibbaren Substitutionsmedikamenten. Für eine differenzierte Substitutionsindikation bei einer Opiatabhängigkeit stehen ferner orales retardiertes Morphin, Buprenorphin und Methadon zur Verfügung.

### **3. Zielgruppe**

Die PatientInnen in der heroingestützten Behandlung KODA sind schwerstabhängige, langjährige DrogenkonsumentInnen, bei welchen andere Behandlungsversuche, insbesondere abstinenzorientierten Behandlungen und Methadonbehandlungen, vorgängig gescheitert sind. Sie haben verschiedene Defizite und Ressourcen, doch alle von ihnen weisen eine Opiatabhängigkeit auf und sind in ihrer somatischen, psychischen und/oder sozialen Gesundheit eingeschränkt. Es sollen schwergewichtig PatientInnen behandelt werden, die mit einer anderen, traditionellen Behandlung, nicht erreicht oder nicht erfolgreich behandelt werden können.

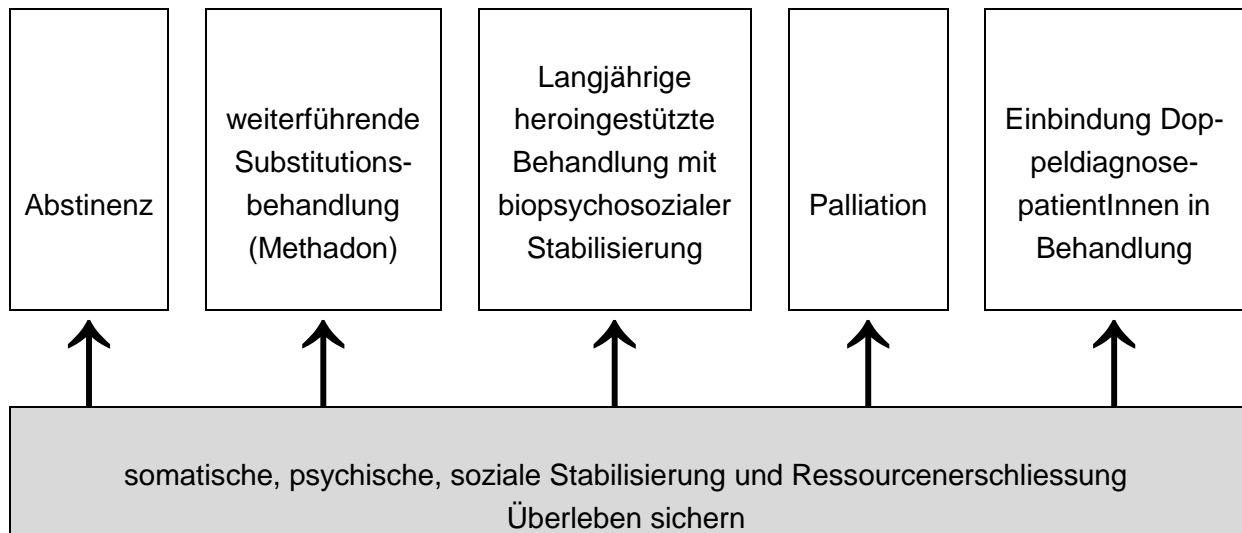
Drogenabhängigkeit wird in der heroingestützten Behandlung primär als Krankheit eingestuft, zu der als Folge auch die soziale Desintegration gehört.

### **4. Zielsetzung der Behandlung**

Die Behandlung verfolgt, individuell und patientInnenbezogen, acht generelle Ziele:

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 Suchtmittelkonsum;
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 vollständiger oder partieller Abstinenz von legalen und illegalen Suchtmitteln.

Die Teilnahme an der KODA-Behandlung führt im Idealfall in die Abstinenz. Dieses Ziel wird aktiv angestrebt. Es kann aber nicht von jeder Patientin und jedem Patienten erreicht werden. Die Teilnahme führt deshalb je nach Situation in eine der folgenden Richtungen:



## 5. Wichtige Behandlungsgrundsätze

- Die Behandlung in der KODA ist *patientInnenzentriert*. Das Erarbeiten von Zielsetzungen und die Auswahl der Mittel und Wege erfolgt in Kooperation mit der Patientin, dem Patienten, unter Berücksichtigung seiner individuellen Bedürfnisse, unter den gegebenen betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen.
- Kernstück der Behandlung ist die *Opiatmedikation*. Sie erfolgt kontrolliert, das heisst unter medizinischer Aufsicht. Sie muss regelmässig und in ausreichender Dosis erfolgen, darf andererseits aber die Gesundheit der Patientin, des Patienten nicht gefährden. KeinE PatientIn darf auf Entzug gesetzt werden, es sei denn, dies ist aus medizinischen Gründen (z.B. bei der Gefahr einer gefährlichen pharmakologischen Interaktion) zwingend nötig. Wenn jemand vorübergehend oder definitiv aus der Behandlung ausgeschlossen wird, muss eine geeignete Weiterbehandlung (z.B. Methadonbehandlung oder Entzug) sichergestellt sein.
- Basis für die Behandlung und Betreuung ist der Aufbau und Erhalt einer guten, tragfähigen therapeutischen *Beziehung* zwischen der Patientin, dem Patienten und seinen Bezugspersonen.
- Abhängigkeiten von *weiteren Substanzen* werden ebenfalls behandelt, sei es durch geeignete Interventionen im Rahmen der Abgabe (z.B. Alkohol-Atemluftmessung), durch gezielte psychotherapeutische Interventionen (z.B. kognitive Verhaltenstherapie bei Kokainabusus) oder durch Verschreibung einer Substanz und langsamen Abbau (z.B. bei Benzodiazepinabhängigkeit). Durch Hilfestellungen bei der Veränderung des sozialen Umfeldes soll im Weiteren eine Distanzierung von der Drogenszene erreicht werden.
- *Komorbid* auftretende Störungen und Krankheiten psychiatrischer und somatischer Art werden mitbehandelt. Das Setting der zweimal täglichen Abgabe bietet dabei einen idea-

len Rahmen, um auch PatientInnen mit schlechter Compliance, die unter anderen Umständen nicht behandelbar wären, in eine Behandlung zu integrieren.

- Die Behandlung ist *sozialpsychiatrisch* ausgerichtet, daher erfolgt sie möglichst unter Einbezug des relevanten institutionellen und sozialen Umfeldes. Eine Rehabilitation und Reintegration in die Gesellschaft wird angestrebt. Dabei wird ressourcenorientiert gearbeitet.
- Da zu Beginn der Behandlung oft die grösste *Veränderungsmotivation* seitens der Patientin, des Patienten vorhanden ist, soll versucht werden, während diesem Behandlungsabschnitt die therapeutischen Bemühungen besonders intensiv zu gestalten.
- Die Behandlung in der KODA ist *zeitlich* nicht von vornherein begrenzt, sie kann unter Umständen jahrelang die sinnvollste aller möglichen Behandlungsoptionen darstellen.
- Mangelnde *Compliance* durch unregelmässiges Erscheinen in der Abgabe ist in der Einstiegsphase nicht à priori ein Grund zum Ausschluss, sondern soll vielmehr Anlass geben, die Behandlungsplanung bei der betreffenden Patientin, beim betreffenden Patienten zu modifizieren, um ihn enger in die Behandlung einzubinden.
- Die Behandelnden arbeiten mit primären und sekundären *Netzwerken* zusammen. Die Mitarbeitenden bemühen sich gegenüber allen externen Partnern um Transparenz in Bezug auf Arbeitsweise und –haltung, sind jedoch an das Arztgeheimnis gebunden. Geheimnisträger ist die Patientin, der Patient.

## 6. Interdisziplinarität

- Jede Patientin, jeder Patient hat je eine *Bezugsperson* aus den drei Berufsgruppen Abgabe, Sozialarbeit und Ärzte. Diese bilden eine Bezugsgruppe, die gemeinsam zuständig für die Behandlung und den Behandlungsplan ist, wobei jedes Mitglied für sein Fachgebiet die Verantwortung trägt.
- Interdisziplinarität bedeutet dabei nicht nur Zusammenarbeit, sondern *Integration* verschiedener Theorie- und Handlungsmodelle zum Zweck einer umfassenden, der vielschichtig komplexen Situation angepassten, fachlich qualifizierten Behandlung. Als wichtige Bereiche sind insbesondere zu erwähnen: Behandlungspflege, Psychiatriepflege, allgemeine Krankenpflege, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, kognitive Verhaltenstherapie, systemische und psychoanalytische Ansätze, Millieuthérapie, Pharmakotherapie sowie allgemeine Psychiatrie und somatische Medizin.
- *Basis* für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit ist gegenseitiger Respekt sowie Kenntnis und Anerkennung der fachlichen Kompetenzen. Konflikte innerhalb des Bezugspersonensystems werden immer als Teil eines Behandlungsprozesses angeschaut und reflektiert. Sie können ihre Ursache im Agieren der Patientin, des Patienten haben und damit Ausdruck einer konfliktösen, innerpsychischen Situation der Patientin, des Patienten (Übertragung) sein. Eine gemeinsame, klar definierte Haltung gegenüber der Patientin,

dem Patienten kann dieses Agieren auf ein erträgliches Mass reduzieren und bildet damit den ersten Schritt zu einer erfolgreichen Behandlung.

- Im Laufe der Behandlung kann die Intensität der Betreuung und Behandlung in gewissen Fällen reduziert werden. In dieser Phase ist es nicht sinnvoll, wenn alle Berufsgruppen regelmässig hochfrequent Termine anbieten. In solchen Situationen ist vor allem wichtig, dass eine Person weiter regelmässig Kontakt mit der Patientin, dem Patienten hält und die anderen Beteiligten über den aktuellen Verlauf und neu auftauchende Probleme auf dem Laufenden hält. Diese Aufgabe übernimmt eine *Hauptbezugsperson*.



## **7. Diversity**

### **7.1 Gendergerechte Angebote**

Der Begriff Gender umfasst die sozial und kulturell bedingten Dimensionen des Geschlechts. Er steht im Gegensatz zum Begriff Sex, der sich auf die biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezieht. Diese Unterschiede können sich auch in Bezug auf eine Abhängigkeit von psychotropen Substanzen äussern. Beispielsweise zeigen sich relevante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei Konsum- und Verhaltensmustern sowie Ursachen der Suchtentwicklung. Zum Beispiel finanzieren Männer ihre Drogen häufiger über kriminelle Handlungen, während Frauen dies eher über Prostitution oder Abhängigkeit in Männerbeziehungen tun. Der Einbezug des Genderaspekts ermöglicht eine Berücksichtigung der sozialen und biologischen Einflussfaktoren auf die Behandlung.

Die KODA fördert die Berücksichtigung des Genderaspekts. Diesbezüglich steht vielfältiges Grundlagenmaterial und die Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zur Verfügung.

Wichtige Themenbereiche im Rahmen der substanzgestützten Behandlung sind:

- Genderspezifische Aspekte in der Anamnese
- Angebote, zur spezifischen Förderung des Gesundheitsbewusstseins (Schwangerschaft, Verhütung, etc.)
- Vernetzung mit Spezialisten (Geburtshilfe, Gynäkologie)
- Umgang mit Gewaltsituationen (physische Gewalt, sexuelle Gewalt und Übergriffe)
- Individuelle Anpassung der Angebote für PatientInnen mit Kindern
- Die Weitervermittlung und Zusammenarbeit mit genderspezifischen Beratungs- und Betreuungsangeboten bei Bedarf (Spezialsprechstunde)

### **7.2 Migrationsspezifische Aspekte**

Menschen mit Migrationshintergrund sind aufgrund ihrer besonderen Lebensumstände und -erfahrungen oft mit stärkerer Belastung konfrontiert (z.B. sozio-strukturelle Unsicherheiten, Identitätskrisen, Entwurzelungserlebnisse, Diskriminierung, ungewisse Zukunftsaussichten, traumatische Erlebnisse). Eine Summierung solcher Risikofaktoren und entsprechendes Risikoverhalten, zusätzlich oft auch verminderte Ressourcen können eine erhöhte Vulnerabilität bezüglich Krankheiten zur Folge haben. Es bestehen keine einheitlichen Angaben, wie stark die Migrationsbevölkerung/Personen mit Migrationshintergrund von einer Opioidabhängigkeit betroffen sind. Es ist von einem grossen Graubereich auszugehen. Studien zeigen, dass die Angebote der Suchthilfe bislang nur unzulänglich den Bedürfnissen der PatientInnen mit Migrationshintergrund entsprechen und der Zugang zu den entsprechenden Angeboten häufig erschwert ist. Bei der Behandlung fremdsprachiger PatientInnen erwarten wir minimale Deutschkenntnisse und / oder die Bereitschaft die Sprache zu lernen. Grundsätzlich können in Hegebes nur MigrantInnen mit Status B / C aufgenommen werden.

Die KODA fördert die migrationsgerechte Ausgestaltung der Angebote und Strukturen nach Bedarf und Möglichkeit ggf. Vernetzung mit transkultureller Sprechstunde Psychiatrie UPD. Bei Bedarf werden Anpassungen unseres Angebotes vorgenommen. Die Vernetzung mit der Fremdenpolizei ist wichtig.

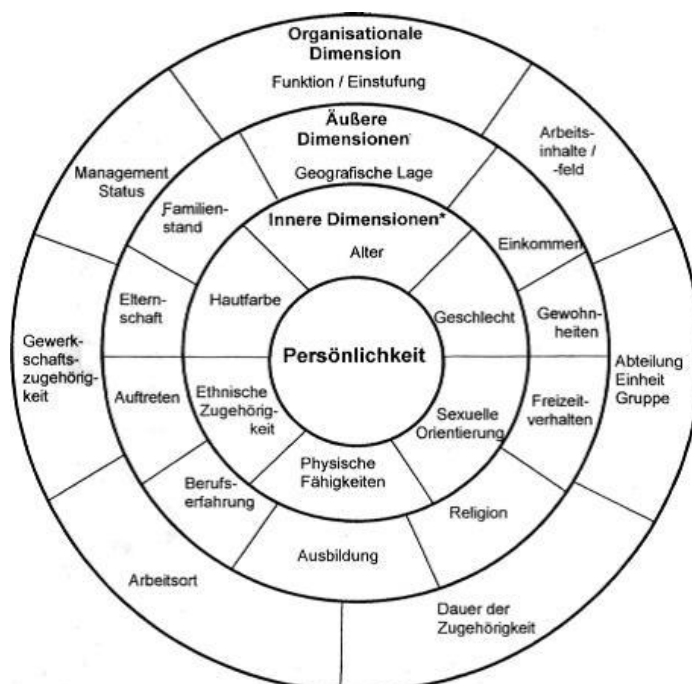
### 7.3 Alter und Sucht

Das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung und älter werdende Generationen mit eigenen Lebensvorstellungen bringen neue Modelle des Alterns hervor. Das Thema Sucht gewinnt dabei zunehmend an Bedeutung. Suchtprobleme, insbesondere Alkohol-, Opiat- und Kokainkonsum sowie Medikamentenmissbrauch stellen Institutionen für ältere Menschen vor neue Herausforderungen.

Opioidabhängige Personen erreichen dank Substitutionsbehandlungen und besserer Gesundheitsversorgung ein immer höheres Alter. Wir pflegen den Kontakt zu verschiedenen Spitälern, Kliniken, Pflegeheimen etc. und sorgen für die adäquate Versorgung (Fortführung der Substitution) der PatientInnen.

### 7.4 Junge Erwachsene / Jugendliche und Sucht

Junge Erwachsene begeben sich eher selten in eine substanzgestützte Behandlung, weil ihnen einerseits die Problematik des Drogenkonsums fehlt, das Autonomiebedürfnis sehr stark ausgeprägt ist oder andererseits die Kriterien für eine Substitutionsbehandlung (noch) nicht erfüllen. Sie benötigen mindestens zu Beginn der Behandlung eine sehr engmaschige Betreuung. Die Indikation wird sehr sorgfältig gestellt. Anlässlich der Standortbestimmungen wird überprüft, ob die Substitutionsbehandlung immer noch die adäquateste Behandlung für den jungen Erwachsenen ist. Junge Erwachsene werden mit einer hohen Behandlungsintensität betreut, die externe Vernetzung hat ebenfalls einen hohen Stellenwert.



## 8. Teamspezifisches Behandlungsangebot

Die heroingestützte Behandlung ist ein therapeutisches Angebot und Teil der 4-Säulen-Drogenpolitik des Bundes. Kernstück der Behandlung ist die Opiatverschreibung und deren Abgabe. Zum therapeutischen Setting gehören die medizinisch-psychiatrische, die pflegerische und die sozialarbeiterische Betreuung. Jeder Bereich in sich ist berufsspezifisch Teil der gesamten Behandlung.

### 8.1 Ärzteteam

#### 8.1.1 Initiales Assessment

Bei Eintritt in die Behandlung erfolgt eine umfassende somatisch-medizinische und psychiatrische Untersuchung, eine Laboruntersuchung, gegebenenfalls weitere Zusatzuntersuchungen (Röntgen, EKG, EEG, MRI), eine medizinische Beurteilung und die Indikationsstellung.

#### 8.1.2 Spezifische Abhängigkeitsbehandlung

Während der Behandlung ist der Arzt verantwortlich für die Verordnung des Rahmens, in welchem die *Opiatmedikation* erfolgen kann (Substanz, Tagesdosis, Einzeldosis) sowie der Applikationsform (intravenös, intramuskulär, peroral). Ferner verschreibt er der Patientin, dem Patienten perorale Substanzen bei Ferien- oder arbeitsbedingten Abwesenheiten, soweit dies sinnvoll und indiziert ist.

Eine weitere Aufgabe ist es, problematischen *Beikonsum* zu erkennen, eine Behandlungsmotivation aufzubauen und weitere Behandlungsschritte einzuleiten (z.B. Partialentzug, spezielle Behandlungsmassnahmen, Relapse Prevention = Rückfallverhinderung).

Schliesslich legt er das Vorgehen bei Abbau und *Entzug* der verschriebenen Opiate fest und organisiert die ärztliche Weiterbehandlung.

#### 8.1.3 Psychiatrische Behandlung

Die psychiatrische Behandlung umfasst das Erkennen und Behandeln komorbider psychischer Störungen. Soweit auf das Setting der heroingestützten Behandlung übertragbar, kommen entsprechende Methoden aus der allgemeinen Psychiatrie, der Psychotherapie und der Psychopharmakotherapie zur Anwendung.

Psychotherapeutische Behandlungen können auch in Gruppen durchgeführt werden.

#### 8.1.4 Somatisch-medizinische Behandlung

Die gesamte somatisch-medizinische Behandlung wird über den Zusammenarbeitsvertrag mit der Infektiologie des Inselspitals abgedeckt. Es besteht auch eine enge Vernetzung mit den HausärztInnen und insbesondere auch mit dem City Notfall in Bern.

### 8.1.5 Prävention

PatientInnen in der KODA werden sorgfältig über HIV- und Hepatits-präventive Massnahmen aufgeklärt.

Bei Hepatitis A oder B negativen PatientInnen erfolgt ein Impfangebot.

Es werden ferner bei Bedarf Screeninguntersuchungen auf Tuberkulose und alljährlich eine Gripeschutzimpfung angeboten.

Allgemeine Gesundheitsvorsorge ist ebenfalls Teil des ärztlichen Angebotes.

### 8.1.6 Periodisches Reassessment

Im Rahmen der individuellen Behandlungsplanung erfolgt eine regelmässige Überprüfung der Problemliste und der Behandlungsziele, in der Regel halbjährlich. Die unter 7.1.1 besprochenen Untersuchungen werden jährlich wiederholt. Zweijährlich erfolgt anlässlich der Erneuerung der BAG-Bewilligung die formelle Neuüberprüfung der Indikation zur opiatgestützten Behandlung.

### 8.1.7 Bewilligungen

Voraussetzung für die Behandlung sind gültige kantonale und BAG-Bewilligungen, die für jede Patientin, jeden Patienten individuell eingeholt werden müssen. Die BAG-Bewilligung muss alle zwei Jahre erneuert werden. Für Mitgaben von peroralen Substanzen muss eine kantonale Bewilligung eingeholt werden.

## 8.2 Pflege

Die Aufgaben des Abgabeteams sind:

- Kontrollierte Abgabe von Opiaten im Rahmen der verschriebenen Tages-, Schicht- und Einzeldosis;
- Einschätzung der Opiatverträglichkeit vor dem Opiatbezug (Einzeldosis) zur Vermeidung von Hypoxien, Überdosierungen sowie der Gewährung der Sicherheit der Patientin, des Patienten durch die klinische Beurteilung des aktuellen Zustandes (Kontrollinstrumente wie z.B. Pulsoxymeter, Atem-Alkoholmessgerät können eingesetzt werden). Bei drohender Unverträglichkeit wird die Einzeldosis reduziert.
- Auswertung der Opiatverträglichkeit nach der Injektion durch klinische Einschätzung, objektiviert durch Erhebung der Sauerstoffsättigung mittels Pulsoxymeter und Vigilanzscore. Diese Informationen werden schriftlich festgehalten und je nach Dringlichkeit am Akutrapport oder am Bezugspersonenrapport ausgewertet. Aus diesen Resultaten kann eine Veränderung oder Anpassung der verordneten Einzel-, Schicht- oder Tagesdosierung des DAM (=Diazetylmorphin=Heroin) durch den Arzt/die Ärztin erfolgen;
- Anleitung zu und Überwachung der selbständigen, korrekten und hygienischen Injektion (lege artis) durch die Patientin, den Patienten. Wo die Injektion durch die Patientin, den Patienten nicht möglich ist, wird sie durch das Pflegepersonal durchgeführt.
- Kontrollierte Medikamentenabgabe gemäss Verordnung, Erfassung und Rückmeldung von auftretenden objektiven und subjektiven Nebenwirkungen und Wirkungen;
- Sicherstellung eines reibungslosen, geschützten und sicheren Abgabeverlaufes, Durchsetzung der Haus- und Umgebungsordnung;
- Erfassung von psychischen, gesundheitlichen und sozialen Problemen bei den PatientInnen, Triage und Rückmeldung je nach Dringlichkeit zum Dienstarzt, über den Akutrapport oder den Bezugspersonenrapport zu den zuständigen Berufsgruppen (ÄrztInnen/SozialarbeiterInnen);
- Wahrnehmung von Notfallmassnahmen und Kriseninterventionen bei akuten Notfällen wie psychischer Dekompensation, Überdosierung, Histaminreaktion, akuter Erkrankung, Epileptischem Anfall, usw.;
- Pflegedienstangebot (Wundversorgungen, etc.);
- Abnahme von Material für Laboruntersuchungen, Erhebung von somatischen Daten als Behandlungsgrundlagen für die ÄrztInnen;
- Betreuung der PatientInnen während ihrem Aufenthalt in den Abgaberräumlichkeiten. Dazu gehören auch tägliche kurze informelle Gespräche und Rückfragen;
- kurze, strukturierte, zielorientierte Gespräche, in welchen Themen des alltäglichen Lebens wie Hygiene, Körperpflege, Ess- und Trinkverhalten, Kleidung, Tagesablauf und Tagesstruktur, Umgangsformen, Aktivitäten des täglichen Lebens, selbstverantwortliches und verbindliches Handeln, usw. reflektiert und bearbeitet werden. Ziel ist eine Erhöhung der sozialen Kompetenz und der Fähigkeiten der Alltagsbewältigung.

## **8.3 Sozialarbeit**

### **8.3.1 Grundsatz**

Alle PatientInnen haben Anspruch auf sozialarbeiterische Unterstützung in der KODA. Einzelgespräche mit den PatientInnen finden regelmässig statt und sind verbindlich; die Häufigkeit der Termine wird individuell festgelegt. Die Selbstverantwortung der PatientInnen ist ein wichtiges Anliegen der Sozialarbeit und wird gefördert. Die Gesprächsinhalte im sozialarbeiterischen Setting basieren auf den gemeinsam im interdisziplinären Bezugspersonensystem festgelegten Zielsetzungen. Es wird geklärt, welche Unterstützung die einzelnen PatientInnen benötigen. Die Hilfe und Unterstützung erfolgt nach dem Prinzip der Subsidiarität, das heisst dort, wo nicht schon eine andere Institution zuständig ist und wo die PatientIn etwas nicht selber erledigen kann.

Die SozialarbeiterInnen benutzen insbesondere die Methode der motivierenden Gesprächsführung sowie je nach individueller Ausbildung zusätzliche Techniken der Gesprächsführung für die Beratungsarbeit.

Die SozialarbeiterInnen arbeiten verpflichtend nach dem Berufskodex des Schweizerischen Berufsverbands Soziale Arbeit (SBS).

### **8.3.2 Vorabklärung**

Interessierte Personen können sich telefonisch bei den SozialarbeiterInnen über die Behandlung informieren und anmelden. Dabei wird bereits geklärt, ob die Aufnahmekriterien erfüllt werden. Falls lange Wartezeiten für eine Aufnahme bestehen wird nötigenfalls eine Übergangslösung bis zum Eintritt vorgeschlagen und eingeleitet. Ferner haben die Interessierten die Möglichkeit, mit einer SozialarbeiterIn ein persönliches Informationsgespräch zu vereinbaren und sich auch über Alternativen zur heroingestützten Behandlung beraten zu lassen.

### **8.3.3 Aufnahme / erste Hilfestellungen**

Ein erster Teil der Aufnahmegespräche wird durch die Sozialarbeit bestritten. Hier werden die Aufnahmekriterien noch einmal überprüft. Im sozialen Assessment erfolgt eine Bedarfsabklärung und die Finanzierung der heroingestützten Behandlung wird gesichert. Der primäre Focus der Sozialarbeit in der KODA ist die Existenzsicherung. Diese beinhaltet eine Sicherstellung der finanziellen Situation und die damit verbundene Loslösung aus dem halblegalen (z.B. Prostitution) und illegalen Erwerb. Weiter stellen die SozialarbeiterInnen sicher, dass die PatientInnen nach Eintritt in die heroingestützte Behandlung wenn möglich eine adäquate Wohnmöglichkeit haben. Weiterführende Hilfestellungen sind von den Möglichkeiten und Zielen der PatientInnen abhängig und somit sehr individuell.

### **8.3.4 Beratung in der Alltagsbewältigung**

Vor Eintritt in die Behandlung war der Alltag der PatientInnen grösstenteils geprägt von Drogenbeschaffungsstress. Durch die Heroinabgabe im Rahmen der Behandlung fällt diese äussere Strukturierung weitgehend weg. In der ersten Phase nach Eintritt ist es deshalb wichtig, Alternativmöglichkeiten und Beratung für eine Neuorientierung anzubieten. In Zusammen-

arbeit mit externen Institutionen, welche einen Rahmen für die Tagesstruktur bieten können, wird zusammen der Alltag geplant. Oft geht es in diesen Gesprächen auch um Themen wie Einkaufen, Körperhygiene, Schlafen und Aufstehen, usw.

### 8.3.5 Sachhilfe

Der KODA stehen keine direkten materiellen und finanziellen Mittel zur Verfügung. In der Beratung bei den SozialarbeiterInnen geht es deshalb vielmehr um die *Vermittlung* von Sachhilfe. PatientInnen, welche kein legales Einkommen haben, werden zwecks Sicherstellung der Existenzsicherung an die zuständigen Sozialdiensten vermittelt. Weiterführend wird versucht, die PatientInnen im Rahmen der Möglichkeiten zu motivieren, eine finanzielle Eigenleistung in Form von Arbeit zu erbringen, sei es in geschützten Arbeitsplätzen oder in der freien Wirtschaft. Bei Schwierigkeiten können Arbeitgeber sich durch die SozialarbeiterInnen der KODA beraten lassen. Die SozialarbeiterInnen klären ausserdem ab, ob allenfalls Versicherungsleistungen (ALV, IV, EL) in Anspruch genommen werden können. Bei PatientInnen, welche verschuldet sind, kann unter Umständen eine Schuldensanierung angestrebt werden, diese erfordert aber eine hohe Verbindlichkeit seitens der PatientInnen. Gleichzeitig bieten die SozialarbeiterInnen auch eine freiwillige Einkommens- und Vermögensverwaltung an.

### 8.3.6 Zusammenarbeit mit Externen

Die SozialarbeiterInnen streben eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Sozialdiensten, Wohnangeboten, Arbeitsinstitutionen, usw. an.

Die SozialarbeiterInnen beraten zudem die PatientInnen, wie sie strafrechtliche Angelegenheiten möglichst sinnvoll regeln können.

Gemeinsame Besprechungen (HelferInnenkonferenzen) mit anderen involvierten Stellen finden regelmässig statt. Es besteht ein Konzept zur interinstitutionellen interdisziplinären Fallkoordination welches die Zusammenarbeit und die Verantwortlichkeiten regelt. Zusammen mit anderen wichtigen Institutionen, die mit drogenabhängigen Menschen arbeiten, hat sich die KODA verpflichtet, nach diesem Konzept zu arbeiten. Die Rolle der FallkoordinatorIn wird in vielen Fällen von den SozialarbeiterInnen der KODA übernommen.

### 8.3.7 Krisenintervention

Aus verschiedensten Gründen, sei dies Verlust der Wohnung oder Arbeit, Nebenkonsum, partnerschaftliche Probleme, Familie usw. können bei den PatientInnen immer wieder Krisensituationen auftreten. Die SozialarbeiterInnen versuchen dabei, in intensiver Zusammenarbeit mit andern Berufsgruppen, diese mit den geeigneten Interventionen und Massnahmen aufzufangen und zu stabilisieren.

### 8.3.8 Nachbetreuung

Der Kontakt zu PatientInnen, die die Behandlung erfolgreich abschliessen (Entzug, stationäre Therapie oder Übertritt in eine Methadonbehandlung), bleibt bis zur endgültigen Abmeldung aus der heroingestützten Behandlung erhalten. Durch die vorangehende Vermittlung bestehen meist schon Kontakte zu den Zuständigen der Nachfolgebetreuung.

Eine Nachbetreuung seitens der KODA kann aus Kapazitätsgründen nicht stattfinden. Vereinzelt werden jedoch PatientInnen, die nicht mehr mit anderen Institutionen vernetzt sind von den SozialarbeiterInnen der KODA bei auftretenden Schwierigkeiten und Krisen beraten und an zuständige Stellen weiterverwiesen.

### 8.3.9 Weiterführende Aufgaben

Die SozialarbeiterInnen führen Ressorts zu sozialarbeiterisch relevanten Themen. Die Ressortverantwortlichen beraten die BerufskollegInnen und die MitarbeiterInnen im interdisziplinären Team zu den spezifischen Fachthemen. Ausserdem führen sie eine Soziothek, mit den aktuellen Angeboten verschiedener Institutionen, welche auch den PatientInnen zugänglich ist.

Die SozialarbeiterInnen arbeiten in der Abgabe, übernehmen in Notfällen den Telefondienst und den Empfang und kontrollieren regelmässig, dass die Haus- und Umgebungsordnung eingehalten wird. Ausserdem werden die SozialarbeiterInnen ins akuten Situationen, die den Rahmen des Abgabesettings sprengen, beigezogen.



## 9. Spezielle Behandlungselemente

### 9.1 KODA-2

#### 9.1.1 Therapeutische Grundidee KODA-2

In Ergänzung zur Abgabestelle KODA-1 wurde weiter eine Abgabestelle KODA-2 geschaffen, in der ausschliesslich PatientInnen ohne problematischen Beikonsum ihre Opiatmedikation beziehen. Damit soll erwünschtes Verhalten (kein Beikonsum) direkt belohnt werden.

Es handelt sich dabei um eine Gruppe von PatientInnen, bei denen sich die räumliche Trennung von Abgabestelle einerseits und medizinischer Behandlung sowie sozialarbeiterischer Betreuung andererseits verantworten lässt, solange Termine zuverlässig eingehalten werden.

#### 9.1.2 Ausgelagerte Abgabe KODA-2

Durch die Schaffung einer kleineren Abgabestelle nur für PatientInnen ohne problematischen Beikonsum besteht in der KODA-2 eine eigene, attraktive Atmosphäre und Gruppendynamik, in der drogen- und gassennahe Gespräche in den Hintergrund treten und dafür andere Themen (Arbeit, Beziehungen, gegenseitige Rücksichtnahme, etc.) mehr Raum haben.

Ein Nachteil der Auslagerung besteht insbesondere in der geringeren Verfügbarkeit von Arzt/Ärztin und SozialarbeiterIn direkt vor Ort. Deshalb werden die betreffenden PatientInnen sorgfältig ausgewählt und haben in der Regel bereits gezeigt, dass sie bezüglich Einhalten von Terminen und weiteren Behandlungsmodalitäten compliant sind. Weiter ist es bei Bedarf jederzeit auch kurzfristig möglich, eine Patientin, einen Patienten, der z.B. seine Termine nicht mehr einhält, in die KODA-1 zurück zu verlegen. Schliesslich findet durch die Pflegepersonen in der Abgabestelle KODA-2 eine permanent Triage statt: In Notfällen kann jederzeit der zuständige Arzt, Dienstarzt oder Sozialarbeiter angefordert oder ein Termin in der KODA-1 vereinbart werden. Die umfassende somatische, psychiatrische und soziale Betreuung ist somit auch in der KODA-2 gewährleistet.

Die KODA-2 ist direkt ans Computernetzwerk der KODA-1 angeschlossen. Personell wird sie durch das Abgabeteam betreut.

#### 9.1.3 Übertritt in die KODA-2

Voraussetzung für den Übertritt in die KODA-2 ist konkret:

- Einhalten von Terminen,
- kein Kokainbeikonsum (kontrollierte Urinprobe),
- kein problematischer Alkoholbeikonsum,
- kein Tablettenbeikonsum ausserhalb der intern verschriebenen und abgegebenen Medikation.
- Keine Selbst- oder Fremdgefährdung,
- Keine massiven Verstösse gegen die Haus- oder Umgebungsordnung
- Gute Verträglichkeit der bezogenen DAM-Medikation

Details dazu werden in einem separaten Merkblatt geregelt.

#### 9.1.4 Behandlungskontinuität

KODA PatientInnen werden durchgehend vom gleichen Behandlungsteam (Pflegerperson, SozialarbeiterIn, Arzt/Ärztin) betreut, unabhängig ob sie in KODA-1 oder KODA-2 beziehen.

### **9.2 BENK (Behandlung für PatientInnen mit exzessivem Nebenkonsum)**

Die BENK soll PatientInnen welche sich in einer Phase von *exzessivem Nebenkonsums* von psychotropen Substanzen (Kokain, Tabletten, Alkohol) befinden, eine Möglichkeit und einen Rahmen bieten, sich zu stabilisieren. Kernstück ist ein strukturiertes, kurzes Gespräch mit einer Pflegerperson, welches einmal am Tag vor der Opioidabgabe stattfindet. Darin wird die aktuelle Situation bezüglich Substanzkonsum aber auch bezüglich ATL („Aktivitäten des täglichen Lebens, z.B. Schlaf, Essen, Ernährung, Gesundheitspflege, Hygiene) reflektiert und die nächsten 24 Stunden geplant.

Die Teilnahme an diesem Gespräch ist für BENK PatientInnen obligatorisch. Bei Nichteinhalten des Gesprächstermins findet ein Ersatz der Diaphin®-Dosis der betreffenden und der nächsten Schicht durch Methadon statt.

### **9.3 Gruppenangebot für MassnahmepatientInnen**

Pat. in strafrechtlicher Massnahme sind oft auch schwer kokainabhängig oder haben weiteren Beikonsum oder ausgeprägte soziale Probleme. Deshalb ist bei diesen PatientInnen eine strukturierte und auf diese Begleitproblematiken fokussierte Behandlung nötig, wobei das im Rahmen der Massnahme geforderte vermehrte Engagement der PatientInnen genutzt werden kann.

## 10. Anforderungen an PatientInnen

Vor Eintritt in die opiatgestützte Behandlung müssen die PatientInnen eine Einverständniserklärung des Bundesamtes für Gesundheitswesen BAG unterzeichnen. Die Teilnahme am Behandlungs- und Betreuungsangebot, das Einhalten von Terminen und den Hausregeln sind Bedingung für die Behandlung. Hält sich ein Teilnehmer nicht an diese Auflagen, kann er von der Behandlung ausgeschlossen werden.

## 11. Instrumente

Instrumente der interdisziplinären Zusammenarbeit sind:

- Der tägliche *Akutrapport*, an dem alle Berufsgruppen teilnehmen. Hier werden akut auftretende Probleme mitgeteilt, sowie Notfälle und Kriseninterventionen koordiniert.
- Der *Bezugspersonenrapport*, der einmal pro zwei Wochen zwischen den zuständigen Personen aus Sozialarbeit, Abgabe und Ärzteschaft stattfindet. Er dient der gegenseitigen Information, Behandlungsabsprache, -koordination und -planung.
- Eine von jeder Bezugsperson geführte *Krankengeschichte*.
- Eine *Gesamtteamsitzung*, die einmal pro Monat stattfindet.
- Behandlungsteamspezifische interdisziplinäre Supervision.
- Wöchentlich stattfindende berufsspezifische Teamsitzungen.
- Wöchentlich stattfindende *Leitungssitzung* zwischen Teamleitungen, Betriebs- und Behandlungsleitung und Administration.

## 12. Verantwortlichkeiten

Die Oberverantwortung für die Behandlung trägt der Oberarzt. Jede Berufsgruppe hat eine Führungsverantwortliche/einen Führungsverantwortlichen und für ihr Fachgebiet eigene Verantwortlichkeiten und zugeordnete Kompetenzen, die in einem Pflichtenheft geregelt sind.

Wird sich ein interdisziplinäres Behandlungsteam in wichtigen Fragen im Umgang mit einer Patientin, einem Patienten nicht einig, entscheidet der Oberarzt. Grundsätzliche Abgrenzungsfragen in Bezug auf Verantwortlichkeiten werden, wo nötig, zusätzlich in Funktionendiagrammen geregelt.

### **13. Qualitätssicherung in der Behandlung**

Qualitätssicherung und -förderung ist nicht ein punktueller Ereignis, sondern ein kontinuierlicher Prozess, der möglichst in den Alltag integriert sein soll. Qualitätssicherung ist Ausdruck einer Bereitschaft zu ständigen Verbesserungen. Sie betrifft die Art, wie die Behandlung durchgeführt wird (Prozessqualität), die Bedingungen/Standards, die Ressourcen (Strukturqualität), sowie die Erfolge (Ergebnisqualität) mit denen die Behandlung durchgeführt wird.

Folgende Punkte dienen der Qualitätssicherung:

- Zu zentralen Behandlungsabläufen und -themen bestehen schriftlich festgehaltene Richtlinien. Sie werden jährlich überprüft, angepasst und ergänzt. Basis dazu bilden der aktuelle Stand der Psychiatrie, Pflege, Sozialarbeit und der Suchtforschung, sowie die in der KODA und in verwandten Institutionen gemachten klinischen Erfahrungen.
- Der Behandlungsverlauf im Einzelfall wird kontinuierlich überprüft, die Behandlungsziele angepasst und die Behandlungsplanung regelmässig neu erstellt.
- Im Rahmen des Controlling, welches Teil der Leistungsvereinbarung mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern ist, werden jährlich die wichtigsten Kennzahlen erhoben. Damit sollen Entwicklungen und Tendenzen in wichtigen Behandlungsbereichen frühzeitig erkannt und korrigiert, sowie die Basis für weitere strategische Entscheide gelegt werden.
- Mit der obligatorischen Teilnahme am Monitoring des Bundesamtes für Gesundheit/ISGF stehen Kennzahlen zur Verfügung, welche einen Überblick über erzielten patientInnenbezogene Ergebnisse ergeben (Outcomequalität) und einen Vergleich über die Jahre wie auch mit andern Zentren in der Schweiz ermöglichen (Benchmarking, jährliche peer teaching Tagung).
- Weitere konkrete Fragestellungen werden regelmässig durch interne Erhebungen beantwortet.
- Mit geeigneten Instrumenten werden die PatientInnen mindestens einmal pro Jahr über ihre Erfahrungen mit der Behandlung, ihre Befindlichkeit und Verbesserungsvorschläge befragt.
- Zur Förderung und Erhaltung einer qualitativ hochstehenden Behandlung bestehen folgende Gefässe:
  - Supervision im Behandlungsteam,
  - berufsspezifische Supervision und/oder Intervision,
  - vertiefte Fallbesprechungen im Gesamtteam, im Einzelteam, im Ärzteteam des Integrierten Drogendienstes, und in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern Mitte West UPD BMW.
  - mehrmals jährlich stattfindende interne Weiterbildungen, externe Weiterbildung und die Möglichkeit, individuelle Weiterbildung zu beziehen.
- Es wird nur qualifiziertes Personal angestellt.

## 14. Merkblätter

Alle Merkblätter sind im EDT (Electronic-Drugcare-Toll) zu finden.

Electronic-Drugcare-Tool x

file://belpstrasse03/Koda/Quathedda/EDT/HeGeBe\_3\_7/Start\_HeGeBe.htm

# Electronic-Drugcare-Tool<sup>TM</sup>

## Modul HeGeBe - Koda 1

Index Abgabebetrieb Behandlung Betriebliches Ein- / Austritte

Formulare Konzepte / Instanzen Patientenbelange Personelles

BAG-Handbuch ICD-10 Kompendium SSAM

**DRUGCARE-TOLL**

Version 3.7 / © 2009, Thomy Müller Kapuzinergasse 16, 4310 Rheinfelden, www.drugcare.ch

[Mail an Webmaster:](#)

Start [Icons] DE 09:21 13.11.2015

24.11.2015