

Forschungsbrief
Ausgabe 24 / Dezember - 2009

Inhalt

- **Rauchende Behandler/-innen in
Behandlungseinrichtungen für Alkohol- und
Drogenabhängige**
- **MATE (Measurements in the Addictions for
Triage and Evaluation) – ein neues
Diagnostikinstrument für den Suchtbereich**
- **Schadensminderung und
Gesundheitsförderung in Konsumräumen:
Wie soll man mit Klienten umgehen, die in
die Leistenvene injizieren?**

Rauchende Behandler/-innen in Behandlungseinrichtungen für Alkohol- und Drogenabhängige

Die Übersichtsarbeit von Guldish und Mitarbeitern (2007) zeigt, dass es Zusammenhänge zwischen Behandlern/-innen, die selbst rauchen, und der zögerlichen Einführung von Nichtraucherprogrammen für Klienten/-innen in ambulanten und stationären Suchtkliniken gibt.

Verweis

Guldish, J., Passalacqua, E., Tajoima, B. & Manser, S.T. (2007): Staff smoking and other barriers to nicotine dependence intervention in addiction treatment settings: a review. In: Journal of Psychoactive Drugs, 39 (4): 423-433.

Fiore, M.C., Bailey, W.C. & Cohen, S.J. (2000): Treating tobacco use and dependence: clinical practice guidelines. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services

Prochaska, J.J., Delucchi, K. & Hall, S.M. (2004): A meta-analysis of smoking cessation intervention with individuals in substance abuse treatment or recovery. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72(6): 1144-1156.

Eggli, P., Schmitz, M. & Meyer, T. (2009): Tabakkonsum bei der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen in einer rauchfreien Klinik. Eine Zwischenbilanz der Forel Klinik. In: Abhängigkeiten 1/2009:

Es ist allgemein bekannt, dass der Anteil der Raucher/-innen unter den Klienten/-innen von stationären Behandlungseinrichtungen für Alkohol- und Drogenabhängige im Vergleich mit altersgleichen Bevölkerungsgruppen stark erhöht ist. Nikotinabhängigkeit ist also eine psychische Störung, die sehr häufig im Zusammenhang mit der Abhängigkeit von anderen psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Cannabis, Opiaten usw.) diagnostiziert wird. In den USA schreiben die Leitlinien für die klinische Praxis vor, dass Nikotinabhängigkeit bei Vorliegen einer Drogenabhängigkeit gezielt behandelt werden muss (Fiore et al. 2000). Diese Vorschrift wird in der Praxis jedoch nur zögerlich umgesetzt. Zum Beispiel bieten nur rund 1/3 aller ambulanten Methadonkliniken in den USA Beratungen zur Raucherentwöhnung an. In Rehabilitationseinrichtungen in den USA, Kanada und Australien findet man ähnliche Ergebnisse. Die Autoren vermuten, dass das daran liegt, dass die Behandler/-innen selbst häufig Raucher/-innen sind und daher wenig eigene Motivation haben, Raucherentwöhnungstherapien anzubieten.

Zur Erhärtung dieser Vermutung haben sie eine Literaturstudie durchgeführt. Sie haben im englischen Sprachraum nach Studien gesucht zum Rauchverhalten der Behandlungsteams in (ambulanten und stationären) Behandlungseinrichtungen für Alkohol- und Drogenabhängige und zu Barrieren, die der Einführung von Nichtraucherprogrammen im Wege stehen. Sie haben insgesamt 20 Studien gefunden, die dazu Angaben machen. Die Ergebnisse dieser Studien werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

Der Anteil der Raucher/-innen in Behandlungsteams in den USA und in Australien in den Alkohol- und Drogenhilfeeinrichtungen variiert zwischen 20% und 40%. Der untere Wert deckt sich mit dem Anteil der erwachsenen Raucher/-innen in den USA mit 21%. Höhere Werte weichen davon ab. Wenn in manchen Suchtbehandlungseinrichtungen 40% der Behandler/-innen selbst rauchen, fällt das stark aus dem Rahmen.

Drei Barrieren stehen der Implementierung der Nichtraucherprogramme für die Klientel entgegen. An erster Stelle steht das Faktum, dass die Ressourcen in den Einrichtungen beschränkt sind. Die Behandler/-innen haben selbst wenige Kenntnisse über Nichtraucherprogramme und verfügen noch weniger über praktische Erfahrungen damit. Die Heranziehung von externen Experten/-innen scheitert oft an finanziellen Beschränkungen. Dazu kommt, dass viele Berater/-innen glauben, dass die gleichzeitige Behandlung von zwei Süchten – z.B. Alkohol- und Nikotinabhängigkeit – die Klienten/-innen überfordert, und dass sich daher das Rückfallrisiko für eine oder gar für beide Süchte erhöht. Allerdings zeigt eine Studie von Prochaska und Mitarbeitern (2004), dass die Klienten/-innen von einer Raucherentwöhnungsbehandlung während einer Alkohol- oder Drogentherapie sehr wohl profitieren: ihr Widerstandspotential gegenüber Rückfällen steigt erheblich an. Schließlich behindert der vergleichsweise hohe Anteil der Raucher/-innen unter den Behandlern/-innen die Einführung von Nichtraucherprogrammen. Es liegt auf der Hand, dass es zudem Rückkoppelungsprozesse gibt: Behandler/-innen, die selbst rauchen, interessieren sich eher wenig für

Nichtraucherprogramme. Auch der Glaube, dass man immer nur eine Sucht erfolgreich behandeln kann, verstärkt das Desinteresse an diesen Programmen. Will man diese Barrieren überwinden, muss man zum einen an den Kenntnissen der Behandler/-innen über Nichtraucherprogramme ansetzen. Behandler/-innen in der Alkohol- und Drogenhilfe sollten über Nichtraucherprogramme informiert sein und sie sollten wissen, welche Angebote ihre Klienten/-innen in der Einrichtung selbst oder an ihrem Wohnort abrufen können. Implizit wird damit auch das Rauchverhalten der Behandler/-innen thematisiert, ein Effekt, der aus der Sicht der Gesundheitsförderung nur erwünscht sein kann. Zum anderen muss der Mythos, dass die gleichzeitige Behandlung von zwei Substanzabhängigkeiten die Klientel überfordert, aufgebrochen werden. Ganz offensichtlich profitieren die Klienten, die in einer Alkohol- oder Drogenbehandlung sind, von einer weitgehend rauchfreien Umgebung, wie immer mehr Studien belegen. Obwohl die Diskussion um das Thema Nicht-Rauchen etwas stiller geworden ist, belegen die hier zusammengetragenen Ergebnisse die Aktualität und auch die Brisanz des Themas Rauchen gerade in stationären Therapieeinrichtungen, wo der Anteil der rauchenden Behandler/-innen u.U. doppelt so hoch ist wie in der Normalbevölkerung.

MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation) – ein neues Diagnostikinstrument für den Suchtbereich

Mit dem MATE wurde ein Instrument geschaffen, dass die standardisierte Zuweisung von Patienten/-innen im Suchtbereich in die für sie passende Behandlungsmethode und außerdem die Evaluation der Behandlungsmaßnahmen ermöglicht (Schippers et al. 2009).

Verweis

allg. Informationen
zum MATE unter:
www.mateinfo.eu

Dts. Version des MATE
in: SUCHT 55 (4) Au-
gust 2009, vgl.:
www.neuland.com/index.php?s=sen&s2=inh&s3=20094&s4=20094

Dokumentation zum
MATE abzurufen Ende
2009 unter:
www.gesis.org/dienstleistungen/methoden/spezielle-dienste/zis-es/es/

ICF abzurufen unter:
www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm

Buchholz, A. et al.
(2009): Die deutsche
Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE). In: Sucht 55(4): 219-242.

Im Zuge der Neustrukturierung der Suchthilfe in den Niederlanden in den vergangenen zehn Jahren wurde das Interview MATE geschaffen, mit dem Ziel über eine hinreichendere Erhebungsmethode zu verfügen als es der EuropASI ist (Watzl & Rist 2009). Neben Konzepten aus dem ICD-10 werden komorbide psychische Störungen und allgemeine Beeinträchtigungen der Lebensführung mit erhoben. Der MATE orientiert sich im Bereich des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells am ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO (Buchholz et al. 2009). In den Niederlanden befindet sich der MATE bereits in fast allen Bereichen der dortigen Suchthilfe im Einsatz und stößt auf Akzeptanz bei Professionellen und Patienten/-innen (Schippers et al. 2009).

Insgesamt deckt der MATE folgende zehn Bereiche ab:

Substanzen: Konsum (1), Indikation psychiatrische/medizinische Konsultation (2), vorhergehende Suchtbehandlungen (3), Substanzen: Abhängigkeit und Missbrauch (4), somatische Beschwerden (5), Persönlichkeit (6), MATE-ICF/ICN: Aktivität und Partizipation, Hilfe und Unterstützung (7), MATE-ICF/ICN: Umweltfaktoren mit Einfluss auf die Rehabilitation (8), Substanzen: Verlangen (9) und Angst und Depression (10).

Ein Teil des MATE (1-6) wird in Interviewform standardisiert und einheitlich erhoben, ein weiterer Teil (die MATE-ICF/ICN-Komponenten, 7+8) unterliegt der Beurteilung desjenigen, der die Daten erhebt, und ein dritter Teil des MATE (9+10) wird dem Interviewten als Fragebogen zum Selbstausfüllen übertragen. Insgesamt wird die Erhebungsdauer des MATE auf ca. eine Stunde – in Abhängigkeit des Patientenprofils – geschätzt. Für die Durchführung des MATE bedarf es einer ausführlichen und eingehenden Interviewer-/Beurteilerschulung besonders für den Bereich der MATE-ICF/ICN-Komponenten (Buchholz, Schippers & Broekman 2008).

Buchholz, A., Schippers, G.M. & Broekman, T. (2008): MATE Trainershandleiding. Handleiding voor het geven van een training in het afnemen van de MATE en MATE-Crimi. Nijmegen: Bèta Boeken.

Schippers, G.M. et al. (2009): Introducing a new assessment instrument: The Measurements in the Admissions for Triage and Evaluation (MATE). In: Sucht 55(4): 209-218.

Watzl, H. & Rist, F. (2009): Evolution oder Revolution: auch in der Suchtbehandlung? In: Sucht 55(4): 196-197.

In der Pilotstudie zur psychometrischen Prüfung der deutschen Version des MATE - mit Fokus auf die MATE-ICF/ICN-Komponenten - kommen Buchholz und Mitarbeiter (2009) zu dem Schluss, dass sich die Anwendbarkeit des MATE und ebenso seine Validität als sehr zufrieden stellend erweist. Zu kritisieren ist die Interrater-Reliabilität in Bezug auf die MATE-ICF/ICN-Komponenten, also die Zuverlässigkeit der vergleichbaren Beurteilung des Interviewten durch mehrere Beurteiler/Interviewer bzw. desselben Interviewers zu zwei oder mehreren Messzeitpunkten. Buchholz und Mitarbeiter (2009) begründen die niedrige Beurteilerübereinstimmung mit dem Design der deutschen Pilotstudie und einem zeitlichen Intervall zwischen zwei unterschiedlichen Messzeitpunkten. Ein weiterer Punkt ist der Einsatz von studentischen Interviewern/-innen, denen unter Umständen entscheidende klinische Erfahrungen zur Beurteilung von suchtkranken Patienten/-innen fehlen. Auch könnte es an noch auszugleichenden Ungenauigkeiten in den ICF-Definitionen liegen. Nichtsdestotrotz ist der MATE eine Alternative zum EuropASI, indem er eine zuverlässige und valide Schätzung substanzbezogener Probleme bietet und darüber hinaus bio-psycho-soziale Aspekte der Patienten/-innen miteinbezieht. Hiermit hat der MATE Möglichkeiten, die dem EuropASI nicht zur Verfügung stehen. Eine Weiterentwicklung eben genau dieser MATE-ICF/ICN-Komponenten muss geleistet, der Einsatz des MATE als Routineinstrument in Deutschland muss erprobt und eine Katamneseversion erstellt werden (Buchholz et al. 2009).

Eine Verbreitung des MATE in anderen europäischen Ländern (neben Deutschland liegen auch Manuale für Großbritannien und Spanien vor) steht nun an. Er ist eine ökonomische und umfassende Erhebungsmethode zur Situation der betroffenen Hilfesuchenden, unterstützt die Entscheidung zur Zuweisung in entsprechende Behandlungseinrichtungen und bietet die Möglichkeit standardisiert Evaluationsfragen zu beantworten (Schippers et al. 2009).

Schadensminderung und Gesundheitsförderung in Konsumräumen: Wie soll man mit Klienten umgehen, die in die Leistenvene injizieren?

In England hat die Zahl der i.v. Drogenkonsumenten/-innen, die sich in die Leistenvene injizieren, dramatisch zugenommen. Diese Entwicklung stellt das Personal in Konsumräumen vor erhebliche gesundheitliche und ethische Probleme.

Verweis

Zador, D. et al. (2008): The fine line between harm reduction and harm production. In: Addiction Research, 14: 213-218.

Miller, P.G. et al. (2008): Is groin injecting an ethical boundary for harm reduction? In: Int. J. of Drug Policy, 19(6): 486-491.

Miller, P.G. et al. (2009): Groin injecting in injectable opioid treatment service users in South London. In: Addiction & Treatment, 17(4): 381-389.

Fragt man i.v. Drogenkonsumenten/-innen danach, in welche Körperteile sie sich wenigstens einmal einen Schuss gesetzt haben, erfährt man, dass jede Vene, die zugänglich ist, auch benutzt wird. Die Gefahren, die mit i.v. Drogenkonsum verbunden sind, variieren nicht nur systematisch mit den Substanzen, den verwendeten Utensilien und den allgemeinen Umgebungsbedingungen, sondern auch mit dem Körperteil, in den injiziert wird. Die Injektion in die Leistenvene ist besonders risikoreich, wie die Studie von Zador und Koautoren (2008) belegt. Innerhalb von ein bis vier Monaten nach Beginn der Beobachtung hat man bei allen Personen, die in die Leistenvene injiziert haben, schwere körperliche Beeinträchtigungen festgestellt. Besonders problematisch ist die Ausbildung von Phlebothrombosen, die jederzeit akut werden können.

Das gesundheitliche Risiko, das mit der Injektion in die Leistenvene verbunden ist, stellt das klinische Personal - Ärzte und Krankenschwestern - in Einrichtungen, in denen Drogenabhängige intravenös konsumieren können, vor erhebliche ethische Probleme. Es widerspricht den ethischen Richtlinien ärztlichen und pflegerischen Handelns, einfach nur dabei zu stehen und zuzuschauen, wenn sich i.v. Drogenkonsumenten/-innen schwer selbst verletzen, wie es bei Injektionen in die Leistengegend oft vorkommt. Die Mitarbeiter/-innen des Projekts RI-OTT (Randomized Injecting Opioid Treatment Trial, Lintzeris et al. 2006) haben sich daher entschlossen, in den Klinikräumen Injektionen in die Leistenvene zu

Miller, P.G. (2009): Safe using messages may not be enough to promote behaviour change amongst injecting drug users. In: Harm Reduction Journal, 6:18

Fast, D. et al. (2008): The perspectives of injecting drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injecting facility. In: Harm Reduction Journal, 5:32

Lintzeris, N. et al. (2006): Methodology for the Randomized Injecting Opioid Treatment Trial (RIOTT). In: Harm Reduction Journal, 3:28
www.harmreductionjournal.com

verbieten. Das Verbot geht Hand in Hand mit konkreter Hilfestellung des Klinikpersonals, zusammen mit den i.v. Drogenkonsumenten/-innen andere Körperstellen zu finden, in die weniger risikoreich intravenös oder intramuskulär injiziert werden kann. Die Intervention hat in keinem Fall zum Abbruch der Behandlung geführt.

Allerdings injizieren die i.v. Drogenabhängigen außerhalb der Klinik weiterhin in die Leistenvene. Fragt man nach, warum sie diesen Ort für die Injektion wählen, sagen einige Konsumenten/-innen, dass sie an keiner anderen Stelle mehr intravenös injizieren können. Andere wählen die Leistenvene, weil das für sie „bequem“ und weil der Kick besonders stark ist. Sie nehmen die Risiken, die mit diesen Injektionen verbunden sind, einfach in Kauf. Miller und Koautoren (2008, 2009) empfehlen daher, schadensmindernde Botschaften selektiv aufzubereiten und gezielt Subgruppen mit besonders riskanten Verhaltensweisen anzusprechen.

Will man Erfolg haben, reicht es nicht aus, Informationen einfach weiterzugeben. Man muss den i.v. Drogenkonsumenten/-innen darüber hinaus aktiv helfen, was sie bei Injektionen anders und besser machen können, um das gesundheitliche Risiko möglichst klein zu halten. Entsprechende Ansätze werden im Konsumraum in Vancouver zurzeit ausprobiert (Fast et al. 2008).

Ein Appell geht auch an die Ärzte, die i.v. Drogenabhängige behandeln. Diese sollen die Einstichstellen bei ihren Patienten/-innen bei Routineuntersuchungen regelmäßig untersuchen, da frühzeitige medizinische Interventionen durchweg positive Folgen haben. Das funktioniert allerdings nur, wenn die Ärzte/-innen ihren Patienten/-innen mit Respekt begegnen, sehr riskante Praktiken nicht moralisch bewerten und nicht zum Anlass für den Abbruch der Behandlung nehmen. Wenn das alles garantiert ist, profitieren die Patienten/-innen ebenso wie die Ärzte/-innen von dieser Routine.

Impressum

Herausgeberin:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt, Jana Fritz,
Institut für Suchtforschung (ISFF), Fachbereich 4, Fachhochschule Frankfurt am Main,
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 1533 3152, Fax: (0 69) 1533 3153, E-Mail: isff@fb4.fh-frankfurt.de