

6. Interdisziplinäres Symposium zur Suchterkrankung

Research Report

European
Addiction
Research

Eur Addict Res 2016;22:36–51
DOI: 10.1159/000432395

Received: December 21, 2014
Accepted: May 17, 2015
Published online: August 29, 2015

Opioid Maintenance Treatment – A Call for a Joint European Quality Care Approach

Laura Brandt^a Annemarie Unger^b Laura Moser^c Gabriele Fischer^{a, b}
Reinhold Jagsch^d

^aCenter for Public Health, ^bDepartment of Psychiatry and Psychotherapy and ^cDepartment of Clinical Pharmacology,
Medical University of Vienna and ^dFaculty of Psychology, University of Vienna, Vienna, Austria

Dr. Laura Brandt
Medizinische Universität Wien
Zentrum für Public Health



Hintergrund

- Opioidkonsumstörung ist in DSM-5 erfasst (304.00) & anerkannt als **chronische psychiatrische Erkrankung**, die mit Rückfällen einhergeht¹
- PatientInnen zirkulieren ‘in and out of treatment’
- **‘Revolving door’ Phänomen** ist auch bei anderen psychiatrischen Störungen bekannt²
- **Die Variabilität der OET* Ansätze** unterscheidet die Opioidabhängigkeit von anderen chronischen Erkrankungen

* OET = Opioid-Erhaltungstherapie

1) McLellan A, et al. *Jama* 2000;13:1689-1695. 2) Weiden P & Glazer W. *Psychiatr Q* 1997;4:377-392.

OET hat zahlreiche Vorteile für PatientInnen & Gesellschaft¹⁻⁶

- Reduktion des Heroingebrauchs & anderen illegalen Drogen
- Weniger kriminelles Verhalten
- Niedrigeres Mortalitätsrisiko
- Verbesserte Gesundheit & Wohlbefinden
- Im Zusammenhang mit diesen Outcomes: Reduktion sozialer Kosten

Positive OET Effekte stark beeinflusst von Behandlungs-Variablen⁷

- Zugang zur Behandlung
 - Threshold (Supervision & Kontrolle)
 - Verfügbare Medikamente (Diversifikation)
 - Individuelle vs. standardisierte Dosierung
 - Verschreiber-Charakteristika (Spezialisierte Kliniken vs. AllgemeinmedizinerInnen)
 - 'Informed choice'
 - Psychosoziale Unterstützung
- **Beeinflussen die Bereitschaft OET zu beginnen & Behandlungsretention**

European Quality Audit of Opioid Treatment (EQUATOR) Projekt

- **Ziel:** Den aktuellen Stand der Behandlung in Europa zu erfassen (Österreich*, Dänemark*, Frankreich*, Deutschland*, Griechenland, Italien, Norwegen*, Portugal*, Schweden*, UK*)¹
 - Aus Perspektive der BehandlerInnen
 - Aus Perspektive der PatientInnen
 - Aus Perspektive von Opioid-Abhängigen, die sich derzeit nicht in Behandlung befinden
- Unter Verwendung einer **homogenen & standardisierten Methodik**

- **Ziel der vorliegenden Studie:** Identifikation von ‚**Areas of Improvement**‘ für bestehende OET-Ansätze in 8 Europäischen Ländern

* Länder, die in die vorliegende Analyse eingeschlossen wurden

Methodik

- Standardisierte Surveys wurden OET PatientInnen (OET-P) und aktiven Opioid-KonsumentInnen (AOK) vorgegeben

[Total N = 2,056]:

- Gründe für den Beginn bzw. Nicht-Beginn einer OET
- Regeln/Konditionen der OET
- Faktoren, die die OET-Retention fördern (könnten)

→ Antworten wurden zwischen den Ländern & zwischen OET-P und AOK Gruppen verglichen

- OET-P & AOK wurden unterteilt in solche

- die sich noch nie in OET befanden

[unerfahrene OET-P (n=573) und AOK (n=360)]

- die sich bereits mind. einmal in OET befanden

[erfahrene OET-P (n=746) und AOK (n=377)]

Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe

| | OMT-P ¹ | | AOU ² | | Significance <i>p</i> |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| | New ³ N (%) | Experienced ⁴ N (%) | New ³ N (%) | Experienced ⁴ N (%) | |
| Gender male | 399 (71.0%) | 544 (74.0%) | 261 (74.6%) | 281 (75.1%) | 0.473 |
| Marital status | | | | | |
| Single | 292 (52.0%) | 416 (57.0%) | 202 (57.5%) | 219 (58.7%) | |
| Married/cohabited | 212 (37.7%) | 233 (31.9%) | 102 (29.1%) | 108 (29.0%) | |
| Divorced/widowed | 58 (10.3%) | 81 (11.1%) | 47 (13.4%) | 46 (12.3%) | 0.062 |
| Education | | | | | |
| No High school | 220 (41.2%) | 306 (48.1%) | 124 (40.7%) | 162 (52.4%) | |
| High school | 147 (27.5%) | 121 (19.0%) | 83 (27.2%) | 47 (15.2%) | |
| Vocational | 104 (19.5%) | 112 (17.6%) | 48 (15.7%) | 42 (13.6%) | |
| Higher | 63 (11.8%) | 97 (15.3%) | 50 (16.4%) | 58 (18.8%) | <0.001 |
| Occupation | | | | | |
| Full-time | 126 (22.6%) | 90 (12.5%) | 27 (8.0%) | 25 (6.8%) | |
| Part-time | 93 (16.7%) | 90 (12.5%) | 42 (12.5%) | 35 (9.5%) | |
| Unemployed | 339 (60.7%) | 542 (75.0%) | 268 (79.5%) | 309 (83.7%) | <0.001 |
| Ever been in prison | 229 (40.7%) | 448 (60.7%) | 166 (48.0%) | 239 (63.9%) | <0.001 |
| | Mean (SD) | Mean (SD) | Mean (SD) | Mean (SD) | |
| Age (in years)⁵ | 35.93 ^a (9.96) | 37.78 ^{a,b} (9.08) | 35.67 ^b (11.39) | 36.82 (8.85) | <0.001 |

Ergebnisse: Gründe für den Beginn einer OET

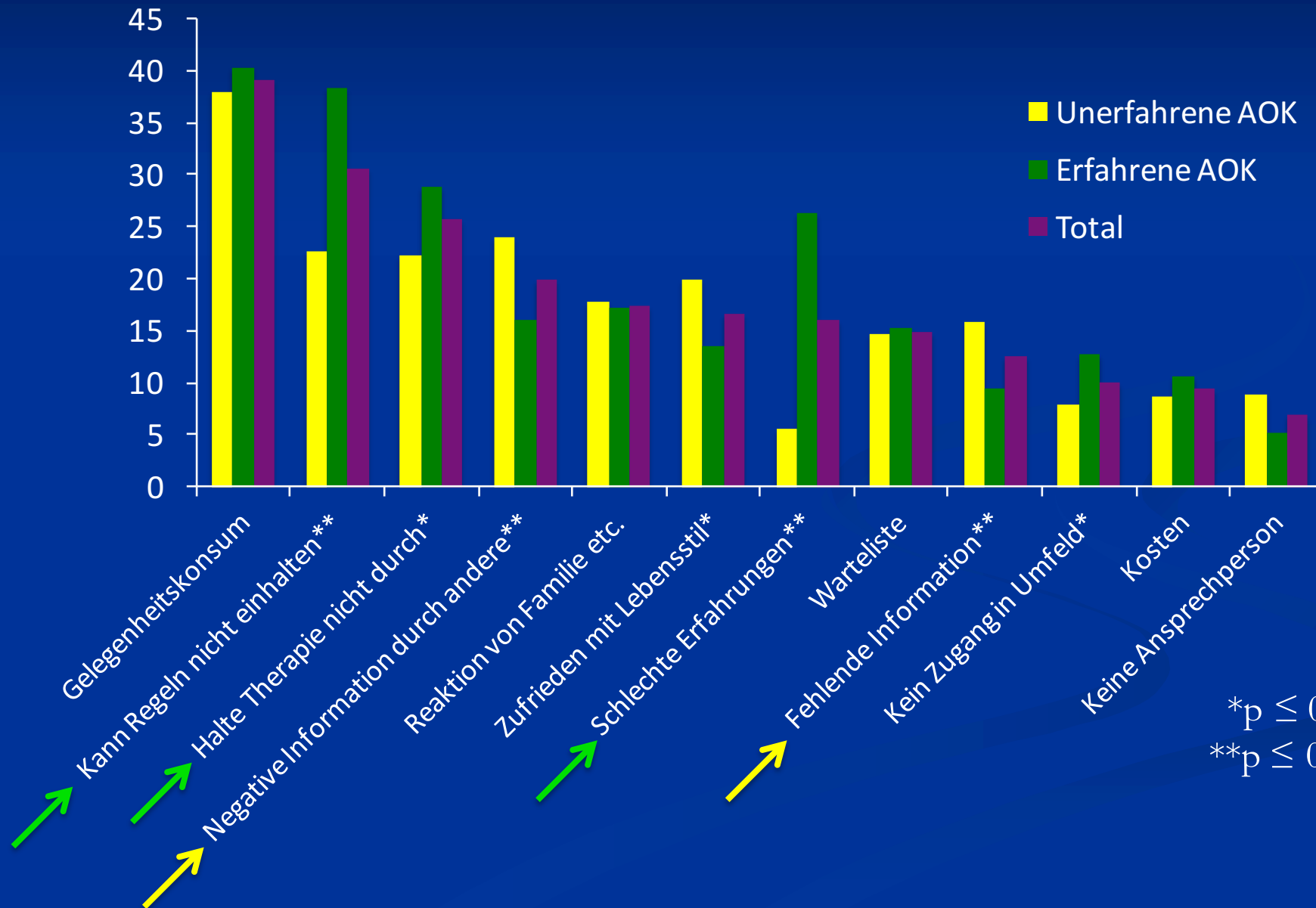
Antworten von OET-P

OET-P berichteten folgende Gründe als die stärksten Motivatoren für den Beginn einer OET:

- „Ich wollte meine Gesundheit verbessern“ (62.0%)
 - „Ich wollte endgültig aus der Abhängigkeit heraus“ (58.4%)
 - „Die Finanzierung des Drogenkonsums war mir zu teuer“ (51.6%)
- OET-P mit und ohne vorherige OET-Erfahrung unterschieden sich NICHT sign. hinsichtlich dieser Motive

Ergebnisse: Gründe, keine OET zu beginnen

Antworten von AOK



Ergebnisse: Behandlungsregeln

Antworten von OET-P

OET-P berichteten am häufigsten die folgenden Regeln für den Beginn einer OET:

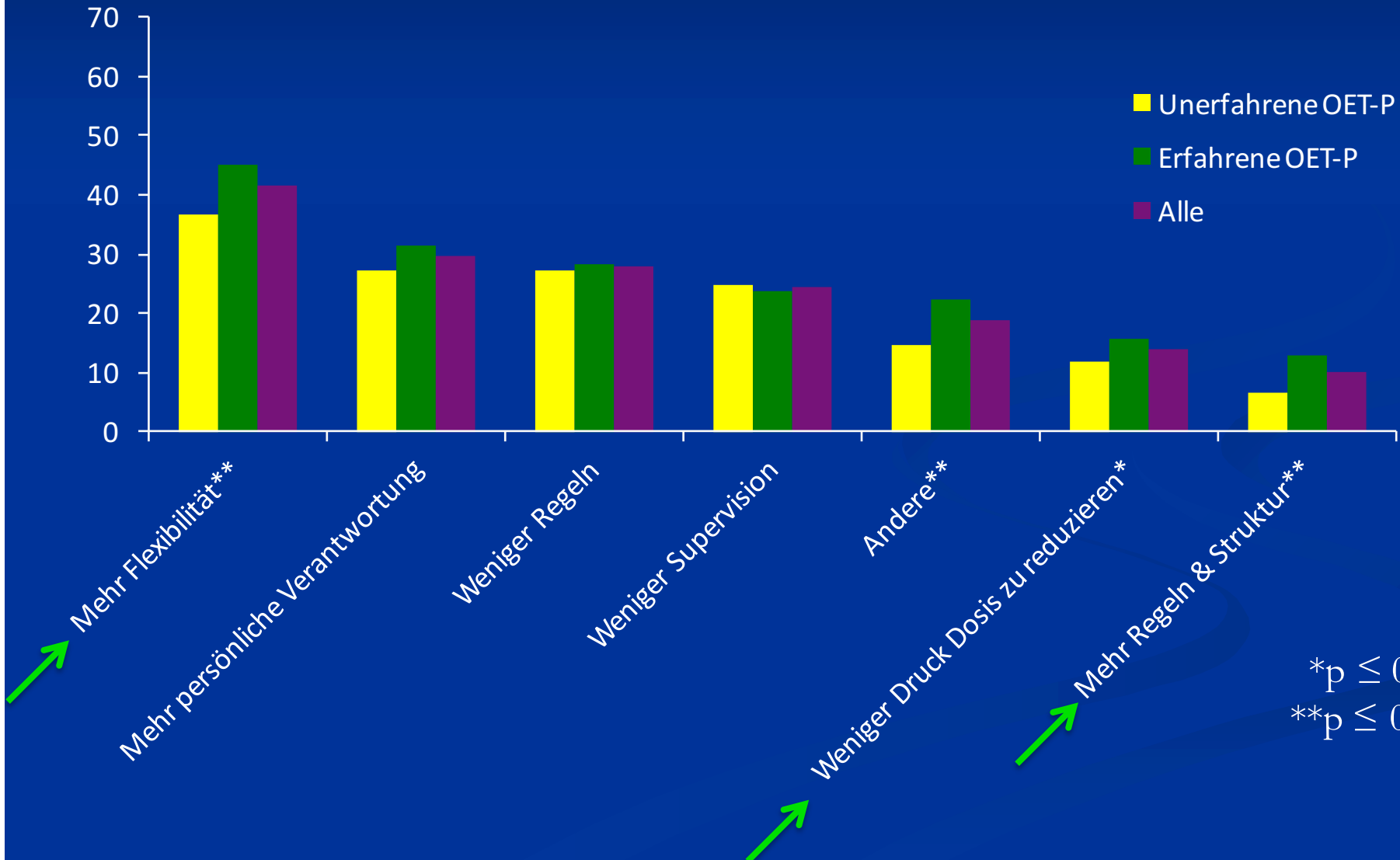
- „Einnahme der täglichen Dosis nur unter Aufsicht“ (75%)
- „Erscheinen bei allen Terminen“ (67%)
- „Vollständig auf den Konsum illegaler Drogen zu verzichten“ (56%)

Folgende Regeln wurden sign. häufiger von erfahrenen OET-P berichtet:

- „Einnahme der täglichen Dosis nur unter Aufsicht“
- „Erscheinen bei allen Terminen“
- „Muss Urintests machen“
- „Zur psycho-sozialen Betreuung zu gehen“

Ergebnisse: Was würde helfen, die OET durchzuhalten?

Antworten von OET-P



Diskussion: Gründe für den Beginn einer OET

- PatientInnen zeigen eine deutliche Genesungsmotivation → Verbesserung der Gesundheit, Abhängigkeit entgültig beenden, Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt
- Unterschiede zwischen den Ländern können teilw. durch die Länderspezifische Situation erklärt werden:
- “Drogenkonsum reduzieren”, “chaotischer Lebensstil” & “Angst vor Überdosierung” wurde in UK am Häufigsten angegeben
 - Relativ hohe selbstberichtete Überdosierungsrate bei UK OET-P (21%) & AOK (31%)¹
 - Insgesamt hoher polytoxikomaner Konsum in der UK²

Diskussion: Gründe, keine OET zu beginnen

- Viele AOK berichteten Bedenken hinsichtlich ihrer Fähigkeit den Behandlungsregeln zu folgen bzw. die Behandlung durchzuhalten
 - Psychosoziale Interventionen können eine wichtige Rolle in der Motivierung von PatientInnen spielen
 - **Aber:** Verpflichtende psychosoziale Behandlung/Beratung kann auch eine Behandlungs-Barriere darstellen
 - Spezifischer Fokus auf Regeln für den Beginn einer OET → höhere Zufriedenheit in der frühen Behandlungsphase ist ein signifikanter Prediktor für Langzeit Behandlungs-Retention¹

Diskussion: Einfluss von Behandlungsregeln

- Deutliche Unterschiede zwischen Ländern bezügl. OET-Regeln:
 - Länder mit “strengerer” Regeln: Deutschland, Portugal, UK
 - Länder mit geringerer Kontrolle: Frankreich, Norwegen, Dänemark, Österreich
- Während Variationen auf länderspezifischen gesetzlichen Regelungen basieren mögen, gibt es keine solide wissenschaftliche Rechtfertigung für diese Unterschiede
- Retention scheint eng mit der Organisations-Struktur der Behandlungsansätze zusammen zu hängen¹
- **Balance** zwischen den Benefits von Kontrollmechanismen & der Gefahr, dass restriktive Regelungen die Behandlungs-Compliance negativ beeinflussen

Diskussion: Faktoren, die die Behandlungs-Retention erhöhen

- Bedeutsamkeit der Balance zwischen Überregulierung & “laissez-faire attitude” in den Behandlungsstrukturen¹
- Zugang erleichtern für PatientInnen mit Bedenken hinsichtlich ihrer Fähigkeit strenge Regeln einzuhalten²
 - Flexiblere Behandlungs-Settings
 - Individuell abgestimmte Behandlungspläne
- Weniger Druck, die Behandlungsdosis zu reduzieren
 - Adäquate therapeutische Dosen, so lange wie nötig für eine effektive Stabilisierung

Stärken & Limitationen

- WissenschaftlerInnen, BehandlerInnen & PolitikerInnen mussten bis dato hauptsächlich auf unvollständige, deskriptive Datensets auf Länderebene zurückgreifen (von nationalen Focal Points an die EMCDDA berichtet)
- ✓ Diese Feldstudie liefert **strukturierte & standardisierte Daten** auf OET-P und AOK Ebene
- TeilnehmerInnen wurden anhand einer convenience sampling Methode rekrutiert → potentieller Selektions-Bias
- Stichprobengrößen in den einzelnen Ländern (bes. AOK) teilweise klein → potentieller Einfluss auf Generalisierbarkeit
- ✓ **Aber:** Gesamtstichprobe scheint repräsentativ für die Gesamtpopulation Opioid-abhängiger Individuen in Europa

**Fokus auf gemeinsame Europäische
Qualitätsstandards, um
Behandlungsbarrieren abzubauen und
Retention zu erhöhen**