
Behandlungskonzept KODA-1

1. KRANKHEITSMODELLE: DROGEN UND ABHÄNGIGKEIT	3
2. DEFINITION DER ZIELGRUPPE	4
3. ZIELSETZUNG DER BEHANDLUNG	5
4. WICHTIGE BEHANDLUNGSGRUNDSÄTZE.....	6
5. INTERDISZIPLINARITÄT.....	7
6. QUERSCHNITTSTHEMEN	8
6.1 GENDER.....	8
6.2 MIGRATION.....	8
7. TEAMSPEZIFISCHES BEHANDLUNGSANGEBOT.....	9
7.1 ÄRZTETEAM	9
7.2 PFLEGE.....	11
7.3 SOZIALARBEIT	12
8. ANFORDERUNGEN AN PATIENTINNEN	14
9. INSTRUMENTE.....	14
10. VERANTWORTLICHKEITEN.....	14
11. QUALITÄTSSICHERUNG IN DER BEHANDLUNG.....	15
12. MERKBLÄTTER	16

1. Krankheitsmodelle: Drogen und Abhängigkeit

Als Drogen verstehen wir Substanzen, die auf die Befindlichkeit von Menschen, die sie nehmen, einen von ihnen als angenehm empfundenen Effekt haben. Der Effekt der Drogen ist generell entweder anregend (z.B. Kokain) oder dämpfend (z.B. Benzodiazepine). Unterschiedliche Drogen wirken im Gehirn über unterschiedliche Rezeptoren auf das Belohnungssystem; letztlich stimulieren alle Drogen direkt oder indirekt das sog. Lustzentrum (nucleus acumbens). Es gibt heute kein befriedigendes und umfassendes 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, in der Regel nur schwer bezwingbares *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 Wissens über dessen schädlichen *Folgen*

Die individuellen, der Abhängigkeit zugrunde liegenden Zustände sind dabei sehr unterschiedlich. Grundsätzlich können bei Abhängigen häufig kulturelle, familiäre, soziale Adaptions- und persönliche Entwicklungsstörungen gefunden werden.

Nicht alle, die unter solchen Belastungen stehen, entwickeln aber eine Abhängigkeit, es muss eine Vulnerabilität, eine Verletzlichkeit bestehen. Eine genetische Mitverursachung wird dabei diskutiert.

Abhängigkeit ist sehr oft mit psychiatrischen Befunden vergesellschaftet. Manchmal kann nicht richtig entschieden werden, ob diese Ursache oder Folge der Sucht oder beides sind. Die häufigsten komorbiden Zustände sind Depressionen 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 (z.B. einer psychischen Krankheit) umzugehen. Substanzkonsum kann in diesem Kontext als Selbstmedikation gedeutet werden. Gesundheitliche Gefährdung entsteht beim Konsum von Drogen aufgrund der Dosis, der Art der Applikation und der Verunreinigung.

Gemäss psychiatrischen Diagnosemanualen und allgemein anerkanntem medizinischem Verständnis wird Abhängigkeit also 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 hat immer gewisse Beeinträchtigungen im Leben. Das oberste Ziel jeder Behandlung ist das Erhalten oder Wiedererlangen von möglichst viel Gesundheit.

2. Definition der Zielgruppe

Die PatientInnen in der heroingestützten Behandlung KODA sind schwerstabhängige, langjährige DrogenkonsumentInnen, bei welchen andere Behandlungsversuche vorgängig gescheitert waren. 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 andern, traditionellen Behandlung nicht erreicht oder nicht erfolgreich behandelt werden können.

Im medizinischen Bereich werden die KundInnen PatientInnen genannt, in der Sozialarbeit KlientInnen. Obwohl wir in der KODA interdisziplinär arbeiten, wird im folgenden der Klarheit halber der Begriff PatientInnen verwendet, weil Drogenabhängigkeit in der heroingestützten Behandlung primär als Krankheit eingestuft wird.

Im Übrigen wird, wo möglich, im vorliegenden Konzept die beide Geschlechter umfassende Formulierung PatientInnen verwendet. Wo die rein männliche oder die rein weibliche Form verwendet wird, ist das jeweils andere Geschlecht mitgemeint.

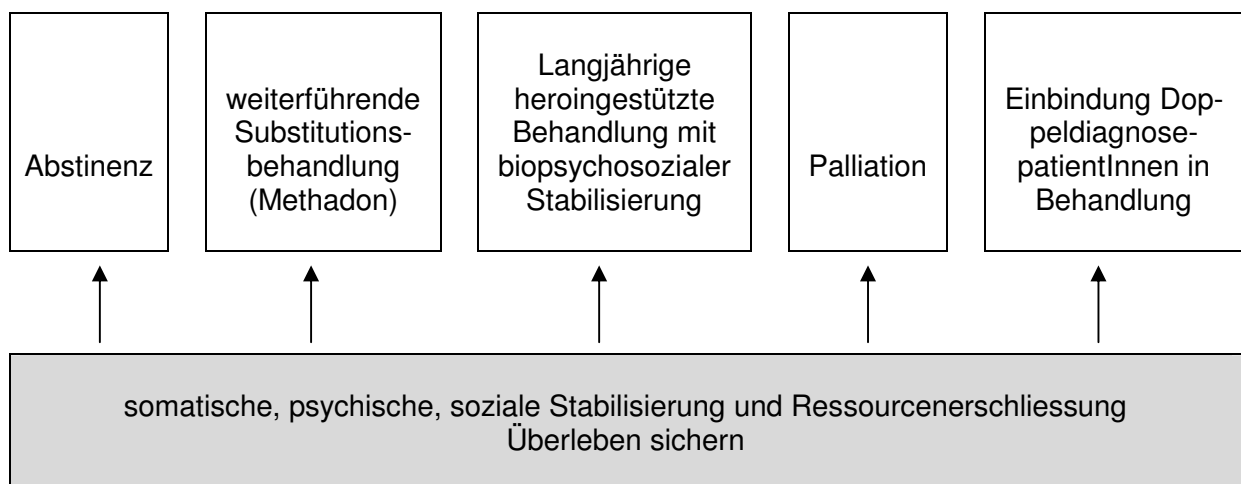
3. Zielsetzung der Behandlung

Die Behandlung verfolgt, individuell und patientenbezogen, 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 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:

- a) Entzugsbehandlung mit nachfolgender ambulanter oder stationärer Nachbehandlung
- b) Weiterführende abstinentorientierte Substitutionsbehandlung (z.B. mit Methadon)
- c) Langjährige heroingestützte Behandlung mit fortlaufender Stabilisierung der psychischen, somatischen und sozialen Bereiche
- d) Palliative Behandlung und Sterbebegleitung
- e) Langfristige Einbindung von DrogenkonsumentInnen mit Doppeldiagnose in ein ambulantes Behandlungssetting



4. Wichtige Behandlungsgrundsätze

- Die Behandlung in der KODA ist *patientenzentriert*. Das Erarbeiten von Zielsetzungen und die Auswahl der Mittel und Wege erfolgt in Kooperation mit 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 des Patienten nicht gefährden. Kein Patient darf auf Entzug gesetzt werden, es sei denn, dies ist aus medizinischen Gründen (z.B. bei der Gefahr einer 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 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 mehrmals täglichen Abgabe bietet dabei einen idealen 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 des Patienten vorhanden ist, soll versucht werden, während dieser Zeit die therapeutischen Bemühungen 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 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 der Patient.

5. Interdisziplinarität

- Jeder Patient hat je eine *Bezugsperson* aus den drei Berufsgruppen Pflege, Sozialarbeit und Ärzte. Diese bilden eine Bezugsgruppe, die gemeinsam zuständig ist für die Behandlung und den Behandlungsplan, 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, Systemische Ansätze, Milieuthherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Pharmakotherapie sowie allgemeine Psychiatrie und 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 und Ausspielen des Patienten haben und damit Ausdruck sein einer konfliktösen, innerpsychischen Situation des Patienten (Übertragung). Eine gemeinsame, klar definierte Haltung gegenüber dem Patienten kann dieses Agieren und Ausgespieltwerden auf ein erträgliches Mass reduzieren und bildet damit den ersten Schritt zu einer erfolgreichen Behandlung.

6. Querschnittsthemen

6.1 Gender

Drei Viertel der Patienten der KODA sind männlich. Auf die geschlechterspezifischen Bedürfnisse der Minderheit der Patientinnen soll deshalb besonders geachtet werden. Spezifische Angebote für Frauen sind:

- Einzelbetreuung: Im Rahmen der Einzelbetreuung und Einzelbehandlung werden schon bei der Anamneseerhebung aber auch bei der Behandlungsplanung die genderspezifischen Bedürfnisse und Fragen berücksichtigt. Dies geht von frauenspezifischer Erwerbstätigkeit im Gassenumfeld bis zu Frauengesundheitsfragen im engeren Sinn sowie Fragen der Partnerschaft und Familienplanung.
- Gruppenangebote: Frauenspezifische Themen eignen sich besonders gut für Gruppenangebote. Es soll immer wieder evaluiert werden, inwiefern gewisse Themen in Gruppenangeboten werden können.
- Im Rahmen des Pflegedienstressorts „Verhütung“ wird regelmässig bei allen Frauen gezielt ein Gespräch über Fragen und Bedürfnisse bezüglich Schwangerschaftsverhütung, Verhütung von sexuell übertragenen Krankheiten und Familienplanung geführt. Die Ressortleiterinnen (weibliche Pflegenden) haben dabei die Kompetenz, nach Information des betreffenden Bezugspersonensystems mit den Patientinnen direkt Termine auf der Familienplanungsstelle des Frauenspitals abzumachen und sie auch dorthin zu begleiten.

Zudem wird bei der Bezugspersonenzuteilung geschaut, dass Patientinnen vor allem weibliche Bezugspersonen erhalten: Falls mehrere Varianten (leere Behandlungsplätze) zur Verfügung stehen, wird angestrebt, dass eine der drei beteiligten Bezugspersonen aus Pflege, Sozialarbeit und Medizin eine Frau ist.

6.2 Migration

In die KODA können gemäss Vorgabe der Trägerschaft nur PatientInnen mit geregelter Aufenthaltsstatus aufgenommen werden (keine vorläufig Aufgenommenen, keine abgewiesenen Asylbewerber, keine Sans-Papiers). Aus diesem Grund steht die Thematik „Migration-Migrationshintergrund“ oft nicht im Zentrum bei einer entsprechenden Problemanalyse und Behandlungsplanung. Allerdings spielen eigene Migrationserlebnisse oder solche der Eltern oft in die Lebensproblematik bei unseren PatientInnen subtil mit hinein. Die Anamnese soll deshalb auch diese Thematik ausleuchten, und Erkenntnisse daraus sind bei der Behandlungsplanung zu berücksichtigen, sei es im Sinne von Ressourcen oder als zu behandelnde Probleme.

Wo sinnvoll und möglich sollen Angehörige in geeigneter Form in die Behandlung miteinbezogen werden. Mit externen Fachstellen, die sich spezifisch mit der transkulturellen Problemen auseinandersetzen, soll bei Bedarf zusammengearbeitet werden.

7. 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 Teil der gesamten Behandlung.

7.1 Ärzteteam

7.1.1 Initiales Assessment

Vor 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.

7.1.2 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 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* fest und organisiert die ärztliche Weiterbehandlung

7.1.3 Psychiatrische Behandlung

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

Behandlungen zu spezifischen psychotherapeutischen Problemen können auch in Gruppen, z.B. in einer sozialen Kompetenzgruppe oder in einer Relapse Prevention Gruppe durchgeführt werden.

7.1.4 Somatisch-medizinische Behandlung

Die Behandlung von einfachen allgemeinmedizinischen Krankheiten wie z.B. bakteriellen Infektionen, erfolgt in der KODA. Bei komplexeren Krankheitsbildern (z.B. HIV-Infektion) erfolgt die Behandlung in enger Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Klinik.

7.1.5 Prävention

PatientInnen in der KODA werden sorgfältig über HIV- und Hepatitis-präventive Massnahmen aufgeklärt. Bei Hepatitis A oder B negativen PatientInnen erfolgt ein Impfangebot.

Es werden ferner regelmässige Screeninguntersuchungen auf Tuberkulose durchgeführt. Allgemeine Gesundheitsvorsorge ist ebenfalls Teil des ärztlichen Angebotes.

7.1.6 Periodisches Reassessment

Im Rahmen der individuellen Behandlungsplanung erfolgt eine regelmässige Überprüfung der Problemliste und der Behandlungsziele. Jährlich erfolgt auch die formelle Neuüberprüfung der Indikation zur opiatgestützten Behandlung.

7.1.7 Bewilligungen

Voraussetzung für die Behandlung sind gültige kantonale und BAG-Bewilligungen, die für 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.

7.2 Pflege

Die Aufgaben des Abgabeteams sind:

- Kontrollierte Opiatmedikation 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 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) erfolgen.
- Anleitung zu und Überwachung der selbständigen, korrekten und hygienischen Injektion (lege artis) durch den Patienten. Wo die Injektion durch 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 Patienten, Triage und Rückmeldung je nach Dringlichkeit zum Dienstarzt oder über den Akutrapport oder den Bezugspersonenrapport zu den zuständigen Bezugspersonen (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 Abgaberäumlichkeiten. 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.

7.3 Sozialarbeit

7.3.1 Grundsatz

Alle KlientInnen haben Anspruch auf sämtliche sozialarbeiterischen Angebote in der KODA. Einzelgespräche mit den KlientInnen finden regelmässig statt und sind verbindlich. Die Daten und die Häufigkeit der Termine werden individuell ausgehandelt. Die Gesprächsinhalte basieren auf den gemeinsam mit den KlientInnen formulierten Zielsetzungen. Die KlientInnen sind demzufolge aufgefordert, an der Festlegung ihrer Zielsetzungen aktiv mitzuarbeiten. Das Ziel ist es, den KlientInnen ein grösstmögliches Mass an Selbstverantwortung zu belassen, zu fördern oder zurückzugeben. Es wird dort von diesem Grundsatz abgewichen, wo Verstösse gegen Hausregeln oder andere problematische Vorkommnisse auftreten; diese werden von den SozialarbeiterInnen zwingend thematisiert.

7.3.2 Vorabklärung

Interessierte Personen können sich telefonisch bei den SozialarbeiterInnen anmelden. Bei diesem Erstkontakt wird bereits geklärt, ob die Aufnahmekriterien erfüllt werden. Da oft lange Wartezeiten für eine Aufnahme bestehen, wird, wenn nötig, eine Übergangslösung bis zum Eintritt vorgeschlagen und eingeleitet. In unklaren Situationen haben die Interessierten zudem die Möglichkeit zu einem Informationsgespräch zu kommen und sich auch über Alternativen zur heroingestützten Behandlung beraten zu lassen.

7.3.3 Erste Hilfestellungen

Der primäre Focus der Sozialarbeit in der KODA ist die Existenzsicherung. Diese beinhaltet eine Klärung und Sicherstellung der finanziellen Situation. Zudem stellen die SozialarbeiterInnen sicher, dass die KlientInnen nach Eintritt ins Programm eine adäquate Wohnmöglichkeit haben. Weiterführende Hilfestellungen sind von den Möglichkeiten und Zielen der KlientInnen abhängig und somit sehr individuell.

7.3.4 Beratung in der Alltagsbewältigung

Vor Eintritt in die Behandlung war der Alltag der KlientInnen grösstenteils geprägt von Beschaffungsstress. Tag- und Nachtrhythmus waren abhängig von der Stofferhältlichkeit. Das Leben und auch die Beziehungen spielten sich oft auf der „Gasse“ ab. Durch die Heroinabgabe im Rahmen der Behandlung fällt dieser „Lebensinhalt“ weitgehend weg. In der ersten Phase nach Eintritt ist es deshalb äusserst wichtig, Alternativmöglichkeiten und Beratung für eine Neuorientierung anzubieten. In Zusammenarbeit mit externen Institutionen, welche einen Rahmen für die Tagesstruktur bieten können, wird von den SozialarbeiterInnen mit den KlientInnen ein Ablauf für die Alltagsbewältigung erstellt. Oft geht es in diesen Gesprächen auch „nur“ um einfache, normalerweise selbstverständliche Themen wie Einkaufen, Körperhygiene, Schlafen und Aufstehen, usw.

7.3.5 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* derselben. KlientInnen, welche kein legales Einkommen haben, werden, damit die Existenzsicherung gewährleistet ist, den zuständigen Sozialdiensten zugeführt. Weiterführend wird versucht, die KlientInnen im Rahmen der Möglichkeiten zu bewegen, eine finanzielle Eigenleistung in Form von Arbeit zu erbringen. Zusätzlich zum Kontakt mit niederschweligen Arbeitsprojekten ist auch der Kontakt und die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern in der freien

Marktwirtschaft eine Hilfestellung, die von den SozialarbeiterInnen geleistet wird. Die SozialarbeiterInnen klären ausserdem ab, ob allenfalls Versicherungsleistungen (ALV, IV, EL) in Anspruch genommen werden können; dies in Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten.

KlientInnen, welche eine Arbeit haben und finanziell eigenständig sind, sind oft hoch verschuldet und stehen deshalb unter hoher Belastung. Die sogenannten Altlasten werden zusammengestellt und eine Schuldensanierung angestrebt. Eine Schuldensanierung fordert eine hohe Verbindlichkeit seitens der KlientInnen; sie kann deshalb nicht in jedem Fall durchgeführt werden.

7.3.6 Zusammenarbeit mit Externen

Wo nötig und sinnvoll, wird nicht nur beraten, sondern auch nach extern begleitet, so zum Beispiel zu Gerichtsterminen. Verhandlungen mit Arbeitgebern, mit Gläubigern und mit Wohnungsanbietern sind, je nach Situation, erforderlich. Auch mit der Justiz besteht eine Form der Zusammenarbeit: ausstehende Haftstrafen können beispielsweise auch in Form einer ambulanten Massnahme durch die Behandlung in der KODA vollzogen werden. Die SozialarbeiterInnen beraten zudem die KlientInnen, wie sie strafrechtliche Angelegenheiten möglichst selbständig regeln können.

Gemeinsame Besprechungen (HelferInnenkonferenzen) mit anderen involvierten Stellen finden regelmässig statt. Dies, wie auch die Zusammenarbeit mit Familienangehörigen und/oder PartnerInnen, ist nur mit dem Einverständnis der jeweiligen KlientInnen möglich. Die SozialarbeiterInnen übernehmen zudem eine Triagefunktion, indem sie an externe Stellen weitervermitteln. Somit kann für die KlientInnen ein optimales Hilfsnetz aufgebaut werden.

7.3.7 Beratung - Begleitung

Das Angebot der Sozialarbeit lässt sich, zum Teil auch aufgrund der hohen Fallbelastung, unterteilen: Ist die Bereitschaft für einen aktiven Veränderungsprozess da, werden häufige, regelmässige Gespräche mit klaren Abmachungen zur Erreichung der festgelegten Ziele vereinbart (=Beratung). TeilnehmerInnen, welche aufgrund mangelnder Motivation zur Veränderung oder wegen ihres psychischen oder somatischen Zustandes (noch) nicht für dieses Beratungssetting bereit sind, werden von den SozialarbeiterInnen *begleitet*. Die Begleitung beinhaltet ebenfalls regelmässige Gespräche, jedoch in weniger intensiven Intervallen und inhaltlich offeneren Abmachungen. Ein Wechsel vom Angebot der Begleitung in die Beratung ist jederzeit möglich.

7.3.8 Nachbetreuung

Der Kontakt zu KlientInnen, die die Behandlung erfolgreich abschliessen (Entzug, stationäre Therapie oder Übertritt in eine Methadonbehandlung), bleibt bis zur endgültigen Abmeldung aus dem Programm erhalten. Durch die vorangehende Vermittlung bestehen meist schon Kontakte zu den Zuständigen der Nachfolgebetreuung. Aus Kapazitätsgründen ist es den SozialarbeiterInnen nicht möglich, eine längere weiterführende Begleitung zu gewährleisten, sie bieten sich jedoch bei auftretenden Schwierigkeiten und Krisen noch immer als Ansprechpersonen an.

8. Anforderungen an PatientInnen

Vor Eintritt in die opiatgestützte Behandlung müssen die PatientInnen eine Einverständniserklärung des Bundesamtes für Gesundheit 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.

9. 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 zweiwöchentlich zwischen den zuständigen Personen aus Sozialarbeit, Abgabe und Ärzteschaft stattfindet. Er dient der gegenseitigen Information, Behandlungsabsprache, -koordination und -planung,
- eine *Gesamtteamsitzung*, die monatlich stattfindet,
- behandlungsteamspezifische interdisziplinäre Supervision,
- die wöchentlich stattfindende *Leitungssitzung* zwischen Teamleitungen, Betriebs- und Behandlungsleitung und Leitung Administration.

10. 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 einem Patienten nicht einig, entscheidet der Oberarzt. Grundsätzliche Abgrenzungsfragen in Bezug auf Verantwortlichkeiten werden, wo nötig, zusätzlich in Funktionendiagrammen geregelt.

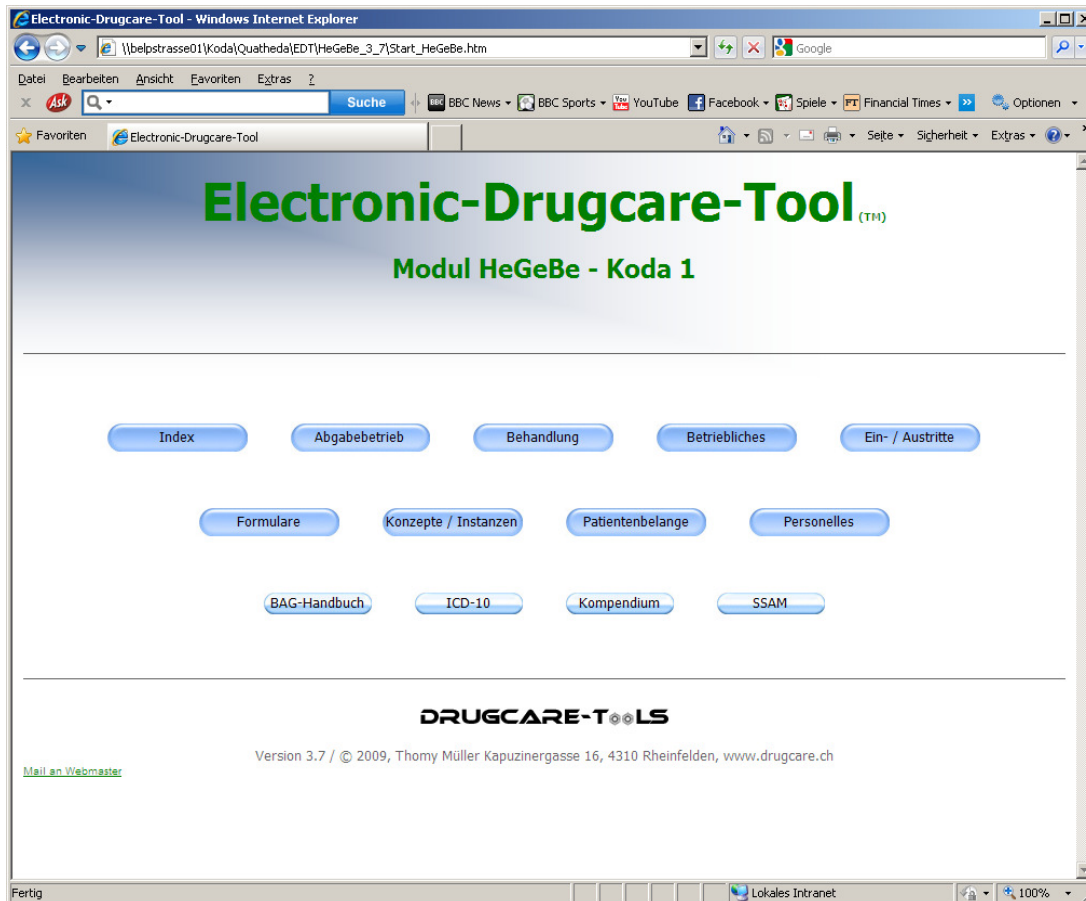
11. Qualitätssicherung in der Behandlung

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 bildet 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.
- 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.
- Durch die Einführung einer standardisierten Dokumentation in jedem Bereich (z.B. elektronische Sozialarbeitsakte, standardisierte psychodiagnostische Eintrittsdokumentation) werden interindividuelle Vergleiche und Verlaufsbeobachtungen möglich. Damit ist mittelfristig die gezielte Evaluation der Effektivität von therapeutischen Massnahmen möglich.
- 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 (UPD, Contact, BAG) und die Möglichkeit, individuelle Weiterbildung zu beziehen.
- Es wird nur qualifiziertes Personal angestellt.

12. Merkblätter

Alle Merkblätter sind im EDT (Elektronic - Drug - Caretool) zu finden.



Verfasst am 23. November 1999 durch:

Christoph Bürki, Oberarzt

Helmut Zürcher, Leiter Pflegeteam

Ines Bürge, Leiterin Sozialarbeit