

Problematischer Substanzkonsum im Alter

häufig, oft übersehen und zu wenig therapiert

Thilo Beck

Co-Chefarzt Psychiatrie

Philip Bruggmann

Co-Chefarzt Innere Medizin

Agenda

- Einführung, Grundlagen
- Die relevanten Substanzen
- Paradigmenwechsel in der Suchttherapie
- Zusammenfassung

Substanzabhängigkeit ist eine chronische Krankheit

- hohe Rezidivrate
- Hohe Komorbidität
- Hohe Mortalität
- Schlechte Heilungsraten
- Stigmatisierung

Entstehung des problembehafteten Substanzkonsums

Vulnerabilität



Individuelle Vulnerabilität

- Genetische Anlage
- Familiäres Umfeld
- Peergroup
- Psychische Vorerkrankungen

Verfügbarkeit



Psychosoziale Faktoren



Symptome eines schädlichen Substanzgebrauchs

- starker Wunsch und/oder Zwang nach Konsum
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Menge und/oder Beendigung
- körperliche Entzugssymptome
- Toleranzentwicklung (Wirkverlust) bzw. Dosissteigerung
- erhöhter Zeitaufwand, Vernachlässigung anderer Interessen
- fortgesetzter Konsum trotz Folgeschäden

Konsumspektrum

variabel im Verlauf



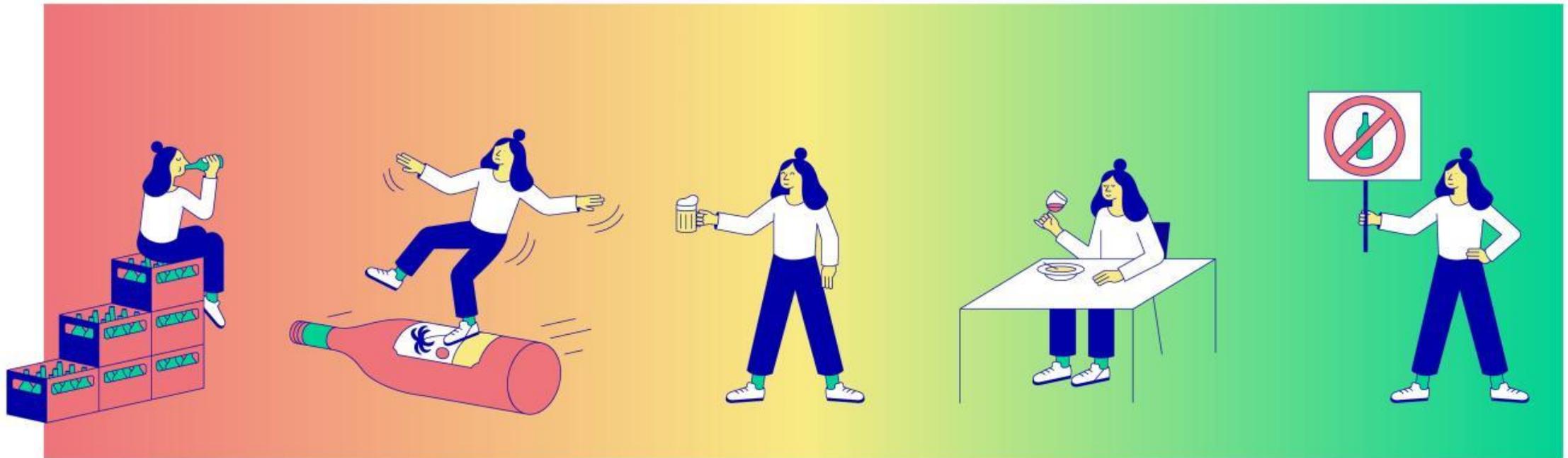
abhängig

problematisch

moderate Menge

gelegentlich

abstinent



moderat bis abstinent

- Kaum Kollision mit persönlichen Zielen
- Durch Selbstkontrollregeln gesteuert
- Gesundheit berücksichtigt

Gemeinsame Erscheinungsformen im Alterungsprozess und bei Substanzgebrauchsstörungen (SGS)

- Verwirrtheit
- Desorientiertheit
- Verlust des Kurzzeitgedächtnisses
- Verlangsamung des Denkprozesses
- Verlust der Muskelkoordination und des Gleichgewichts
- Zittern
- Gastritis
- Depression
- Herzrhythmusstörungen
- Bluthochdruck
- Mangelernährung, Dehydrierung

Körperliche Besonderheiten im Alter

- Weniger Muskel, mehr Fett (Frailty)
- Durchblutung verringert
- Nierenfunktion nimmt ab
- Lebervolumen verringert sich
First pass Effekt reduziert
- Homöostasevermögen allgemein reduziert
- Blut-Hirnschranke geschwächt

Polypharmazie

- Im Pflegeheim durchschnittlich 9.3 Medikamente/d
- Über 65jährige allgemein: 5.3 Medikamente/d
- Ausgeprägtes Interaktionsrisiko mit Suchtmitteln und Medikamenten
- Erhöhtes Risiko kognitiver Defizite und Entwicklung dementieller Prozesse
- Erhöhtes Risiko für Delir

Neurokognitive Auswirkungen

- Einfluss Substanzkonsum auf Mild Cognitive Impairment reversibel
- Dementielle Entwicklung als Risiko für SGS
- SGS als Risikofaktor für dementielle Entwicklung
 - Alkohol 3-4faches Risiko
 - Tabak 3.5-1.8 faches Risiko
 - Benzodiazepine 1-1.5 faches Risiko ?

Psychiatrische Komorbidität bei Personen mit SGS

• Persönlichkeitsstörungen	27 - 69%
• Affektstörungen	23 - 56%
• Angststörungen	2 - 55%
• ADHD	5 - 35%
• Schizophrenie	1 - 12%

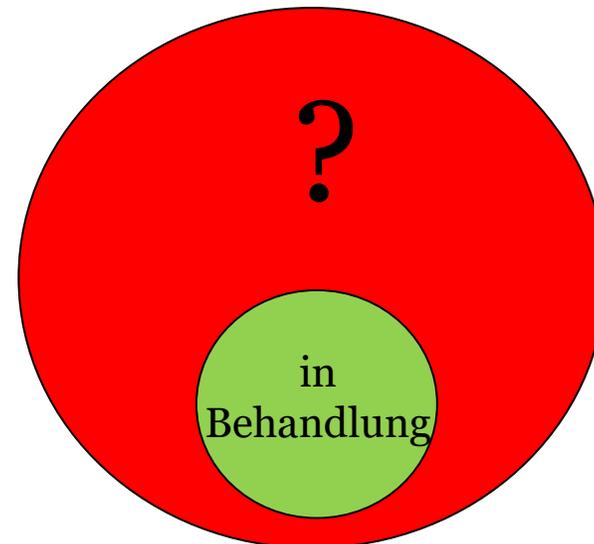
Welche Substanzen werden im Alter konsumiert?

Hospitalisation wegen SGS bei Personen > 65 Jahre

- Alkohol 56%
- Tabak 19%
- Schlaf-und Beruhigungsmittel 19%
- Schmerzmittel 3%

Fehlende Diagnostik, fehlende Therapie

- 80% der Personen mit Substanzgebrauchsstörung (SGS) sind bei einem Grundversorger
- 40-60% wünschen keine Abstinenz
- 10% sind in einer Behandlung für das Substanzproblem
- 30% der Patient*innen auf Notfallstationen haben komorbide SGS, nur 25% werden adressiert.



Risiken der fehlenden Problemerkennung

- Keine gezielte Therapie
- Schlechter Verlauf allgemein
- Unerwartete Entzugskomplikationen (Delirien)
- Nicht erkannte Intoxikationszustände (Delirien)
- Erhöhter Aufwand, vermehrte Kosten

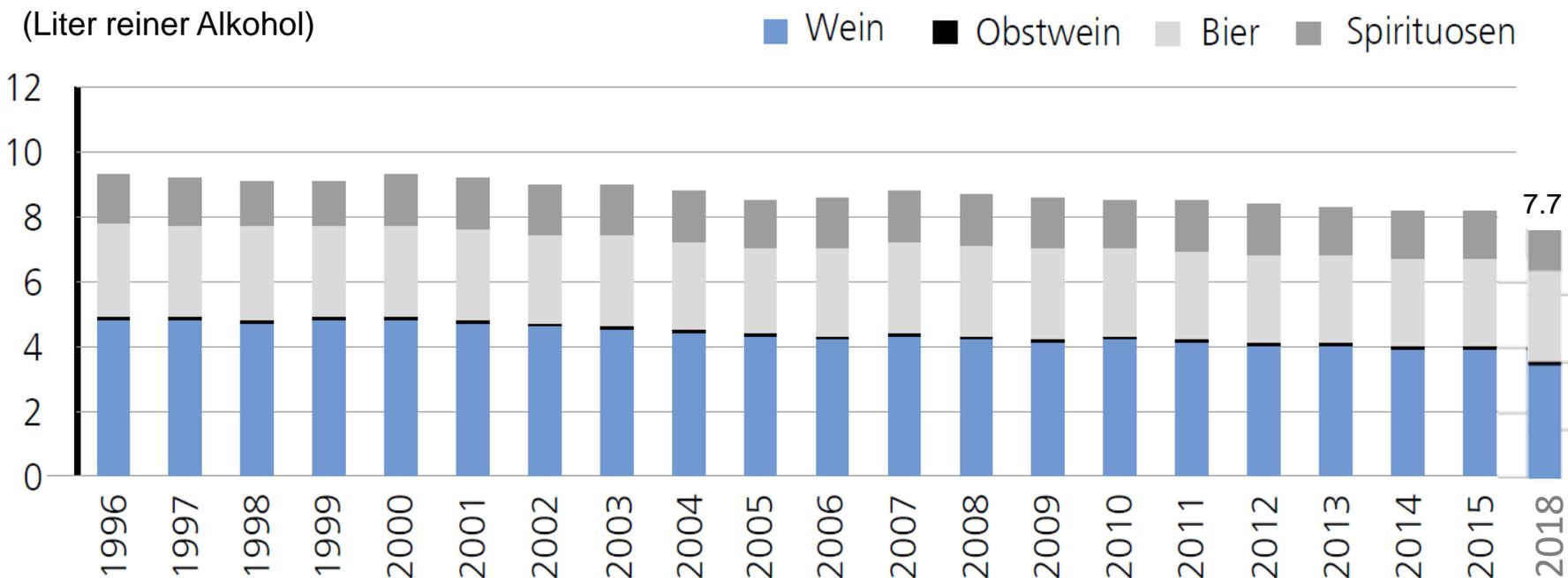
Alkohol



Alkoholkonsum in der Schweiz

Pro Kopf Konsum Schweiz

(Liter reiner Alkohol)



Top 10 2019

1. Czechia - 14.26
2. Latvia - 13.19
3. Moldova - 12.85
4. Germany - 12.79
5. Lithuania - 12.78
6. Ireland - 12.75
7. Spain - 12.67
8. Uganda - 12.48
9. Bulgaria - 12.46
10. Luxembourg - 12.45

Menge gemäss Empfehlungen
(max 1-2 Einheiten/d, 2 Tage
/Woche trinkfrei) 4.4 - 8.8 L

Konsummuster in der Bevölkerung

Kein Konsum 14.1%

Risikoarmer Konsum 64.3%

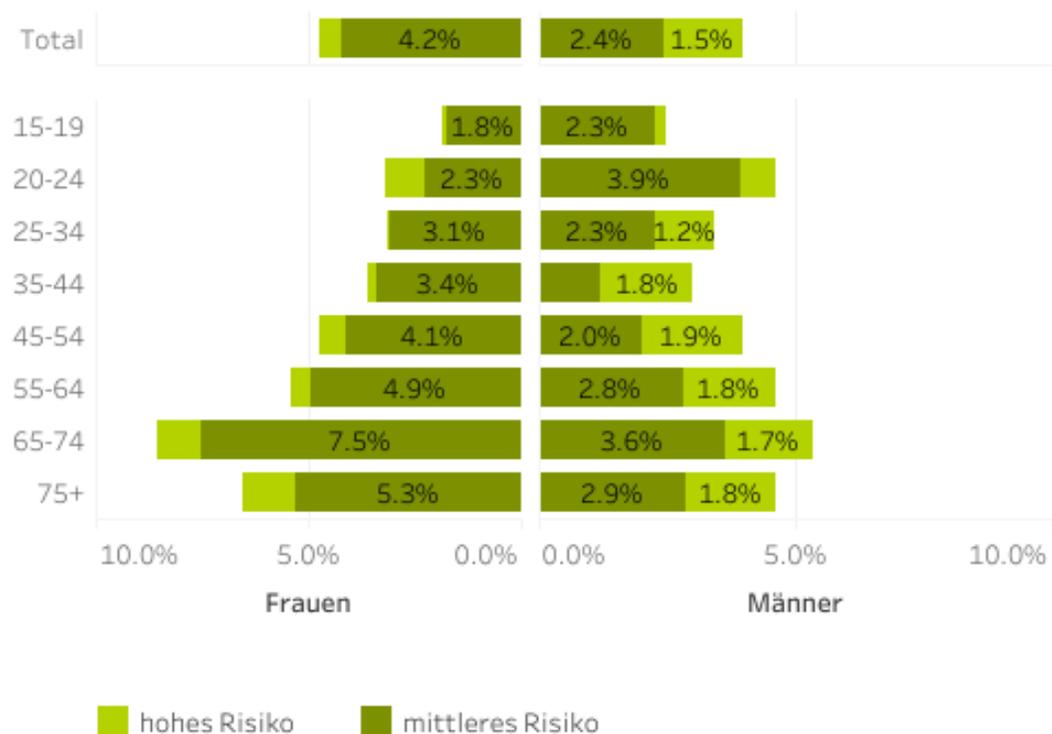


Risikoreicher Konsum 21.6%

- Rauschtrinken 17.3%
- Chronisch risikoreich 1.0%
- Risikokumulierend 3.3%

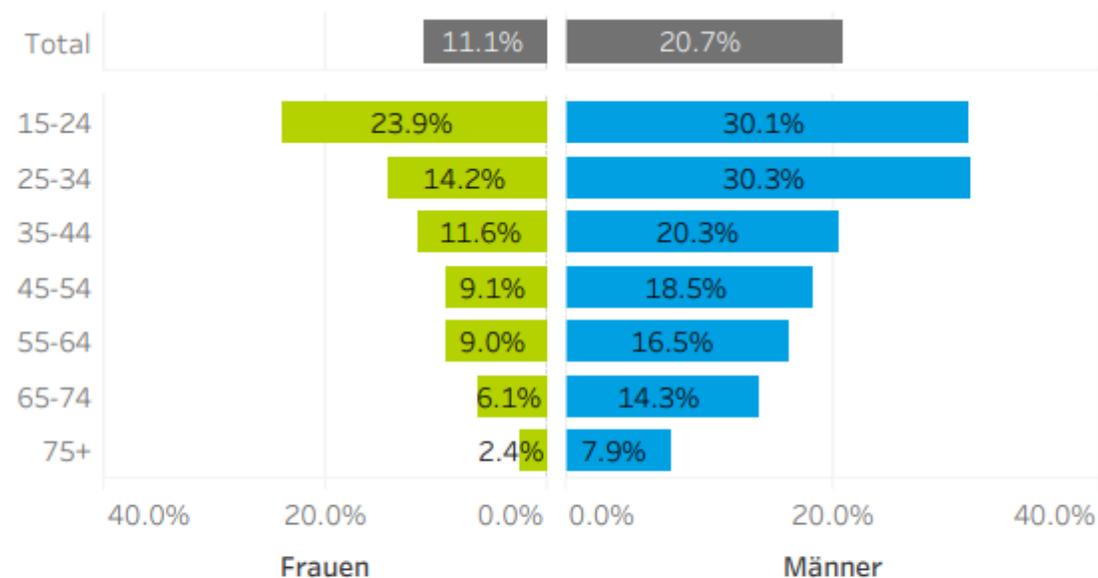
Altersverteilung risikoreicher Alkoholkonsum

Chronisch risikoreich letzte 12 Monate (2016)



Anmerkung: Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren; chronisch risikoreicher Konsum = >20 g/Tag bei Frauen und >40 g/Tag bei Männern.

Rauschtrinken letzte 12 Monate (2017)

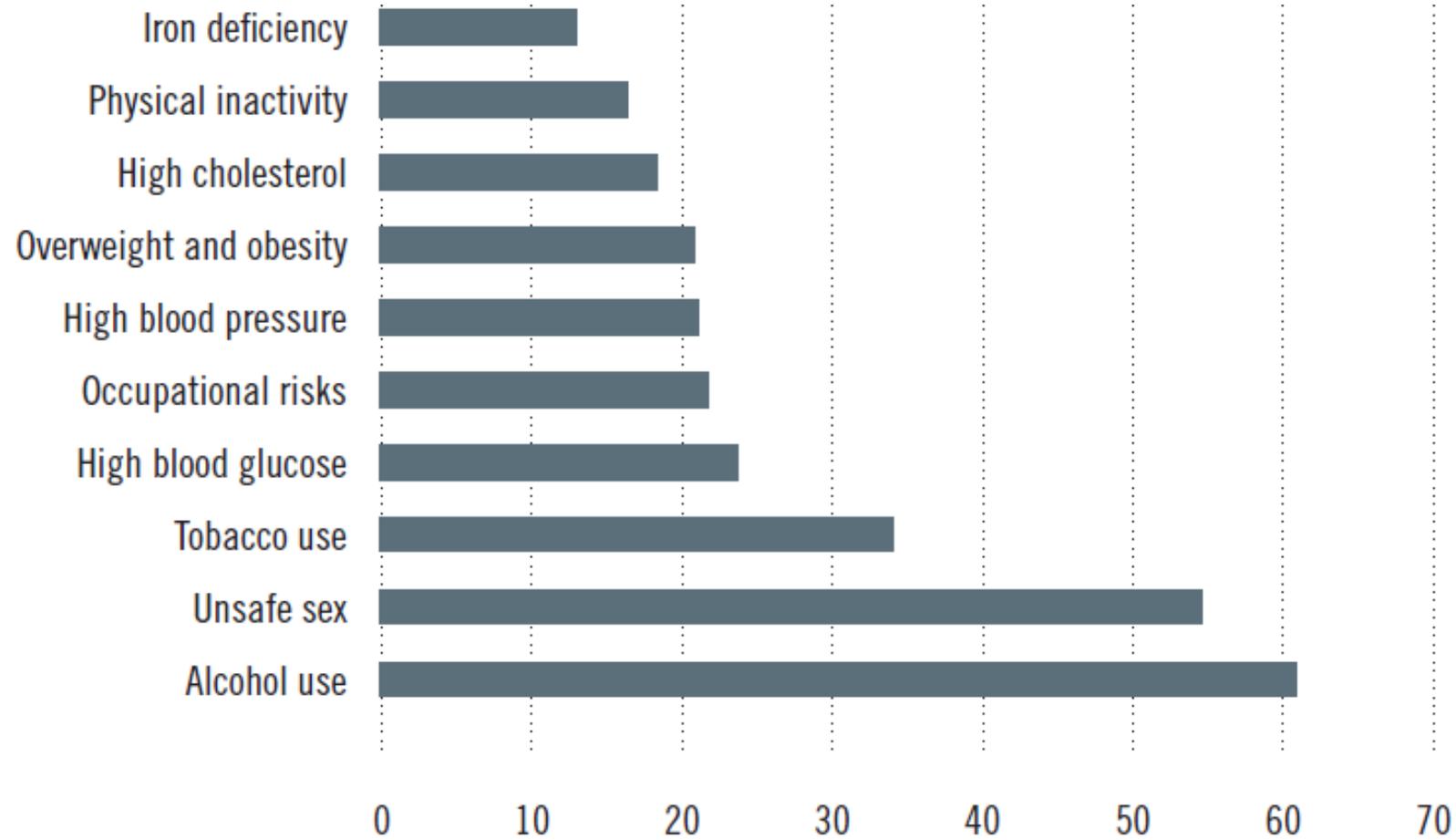


Anmerkungen: Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren; Rauschtrinken = 4+ (Frauen) bzw. 5+ (Männer) Gläser bei mindestens einer Gelegenheit pro Monat.

Beginn des problematischen Alkoholkonsums

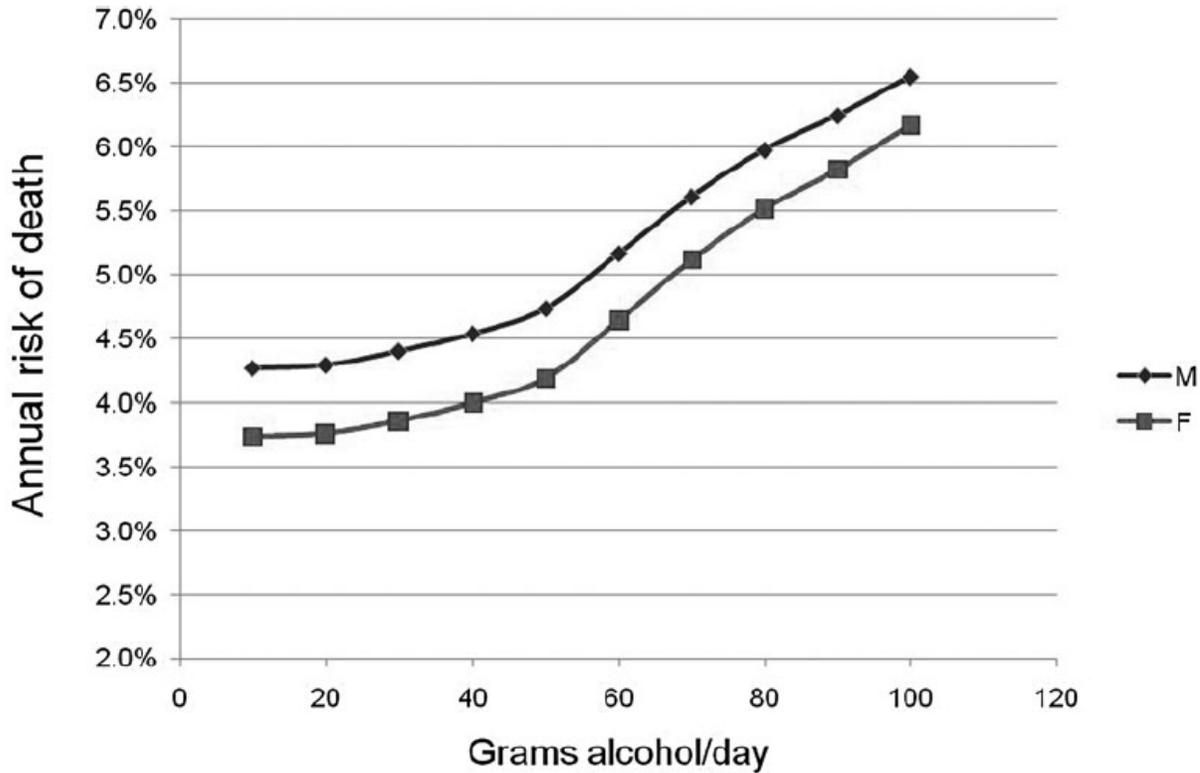
- Early Onset
 - Multimorbidität
 - Grössere Schädigung
 - Schlechtere Prognose
 - Late Onset
 - Weniger Schäden
 - Mehr Ressourcen
 - Bessere Prognose
- Pensionierung
 - Verlust von Angehörigen
 - Wechsel der Umgebung (z. B. Umzug in Altersheim)
 - Physische Gesundheit (z. B. Schmerzen, Schlaf- und Mobilitätsprobleme)
 - Psychische Störungen (z. B. Depression, Angstzustände)
 - Kognitiver Abbau (z. B. Alzheimer-Krankheit)
 - Soziale Isolation

DALYs lost

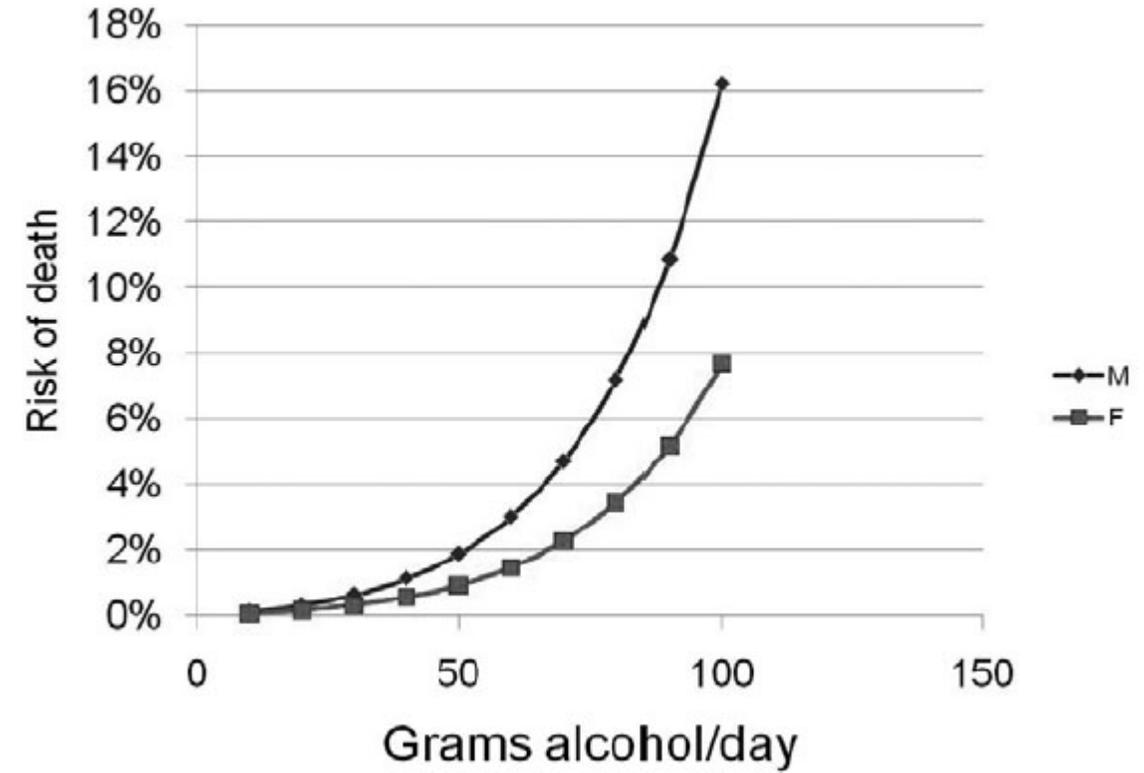


Mortalität und Menge

Folgeerkrankungen



Unfälle



Konsumformen

Risikoabstufungen nach WHO: Risk Drinking Levels (Frauen/Männer)

- Abstinent
- Risikoarm $< 20 / < 40\text{g/d}$
- Mittleres Risiko $20\text{-}40 / 40\text{-}60\text{g/d}$
- Hohes Risiko $> 40 / > 60\text{g/d}$
- Sehr hohes Risiko $> 60 / > 100\text{g/d}$

Empfehlungen:

- Max. 2 Einheiten/Tag
- Min. 2 konsumfreie Tage/Woche
- Möglichst kein Rauschtrinken

Risikoreicher Konsum

- Chronisch $> 20 / > 40\text{g/d}$ täglich
- Rauschtrinken $\geq 50 / \geq 60\text{g} \geq 1\text{x/Mt}$

Trinkmengenreduktion korreliert mit weiteren positiven Outcomes

Verbesserung

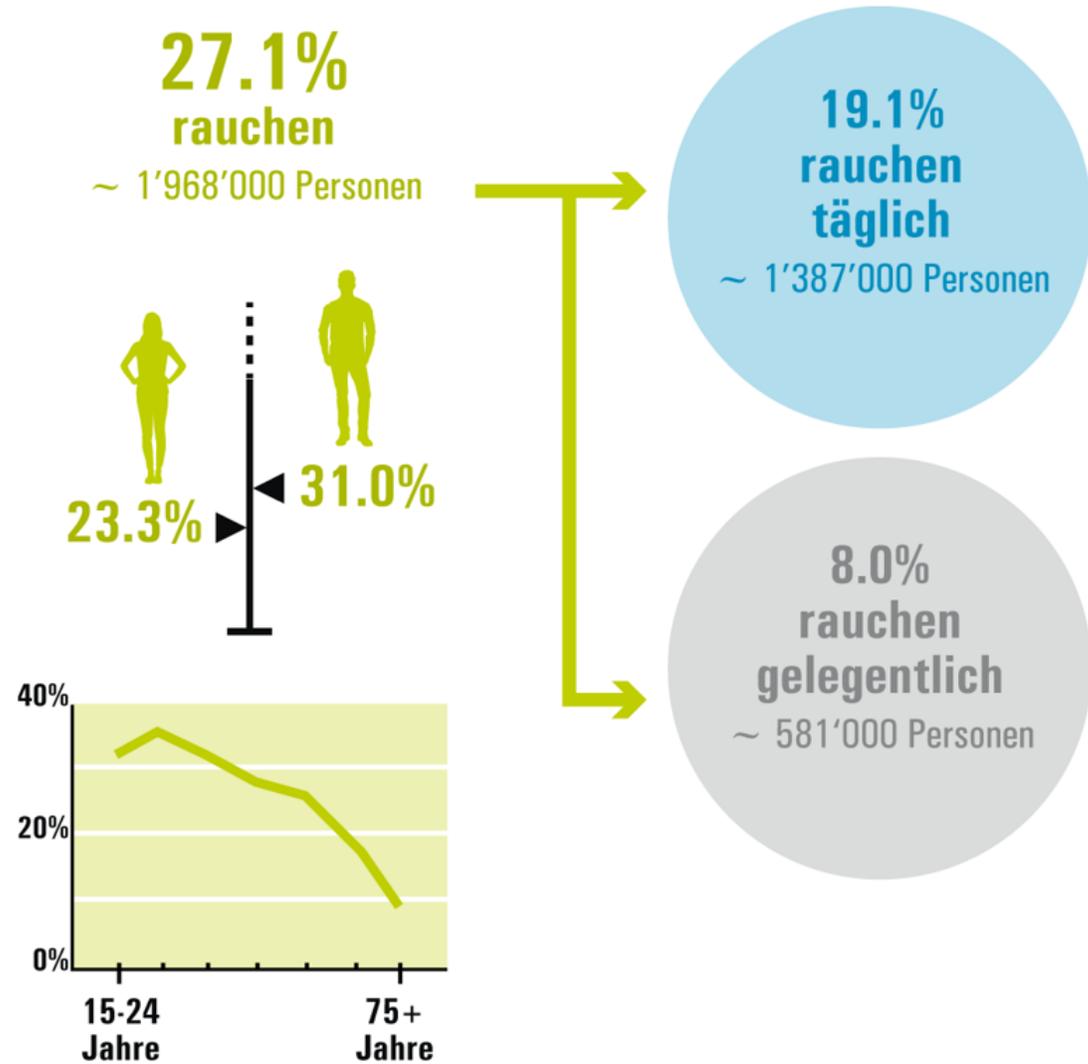
- Lebensqualität
- Psychische Gesundheit
- Blutdruck
- Leberfunktion

Tieferen Gesundheitskosten

Tabak



Tabakkonsum in der Schweiz



Rauchen und Schadenminderung

- Reduktion: Weniger Lungenkrebs, andere Effekte unklar
- Reduce to quit: Valable Option
- Switch to quit: Zunehmende Evidenz
- Umsteigen auf weniger schädliche Konsumformen

Alternativen

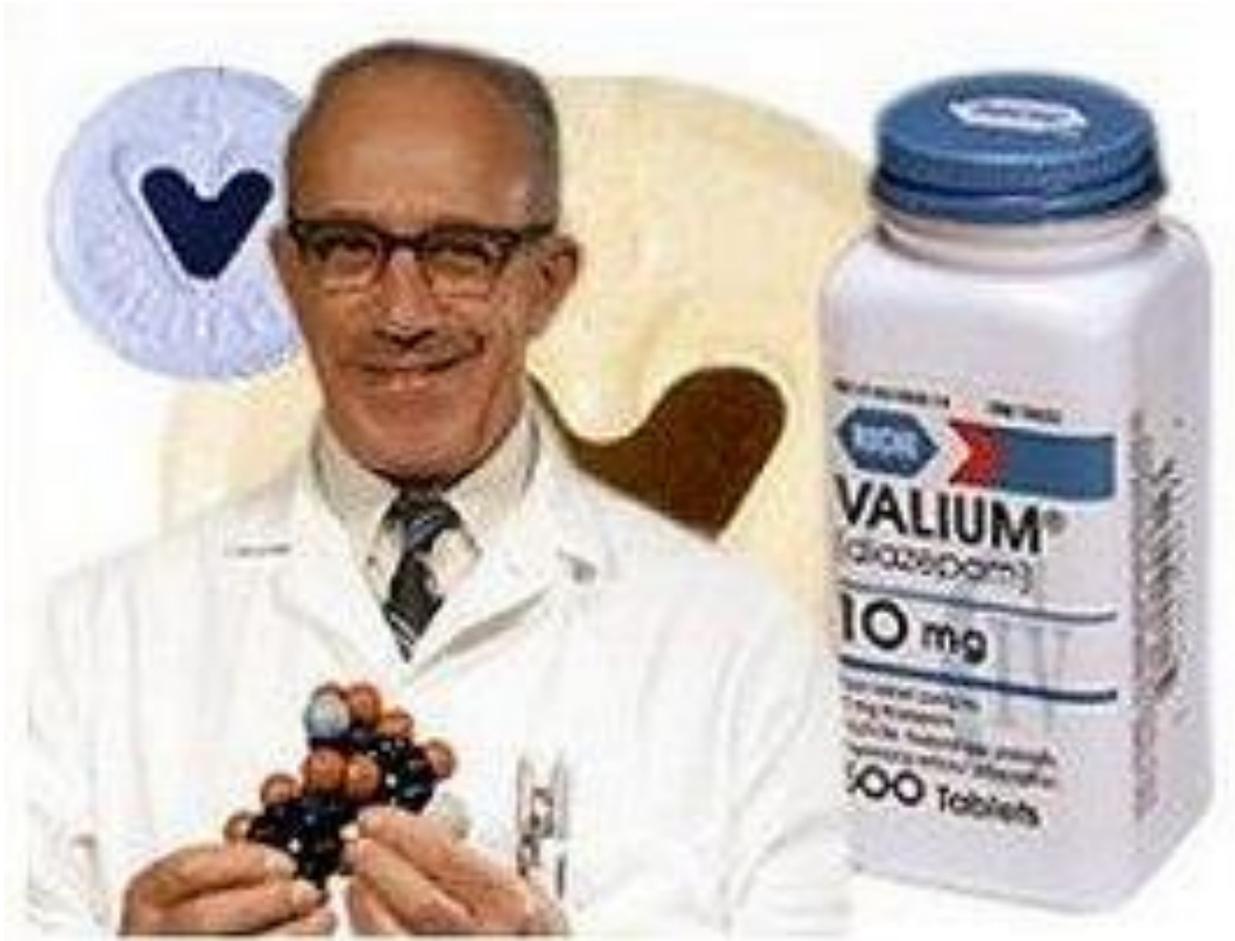


Schadenminderung für Raucher

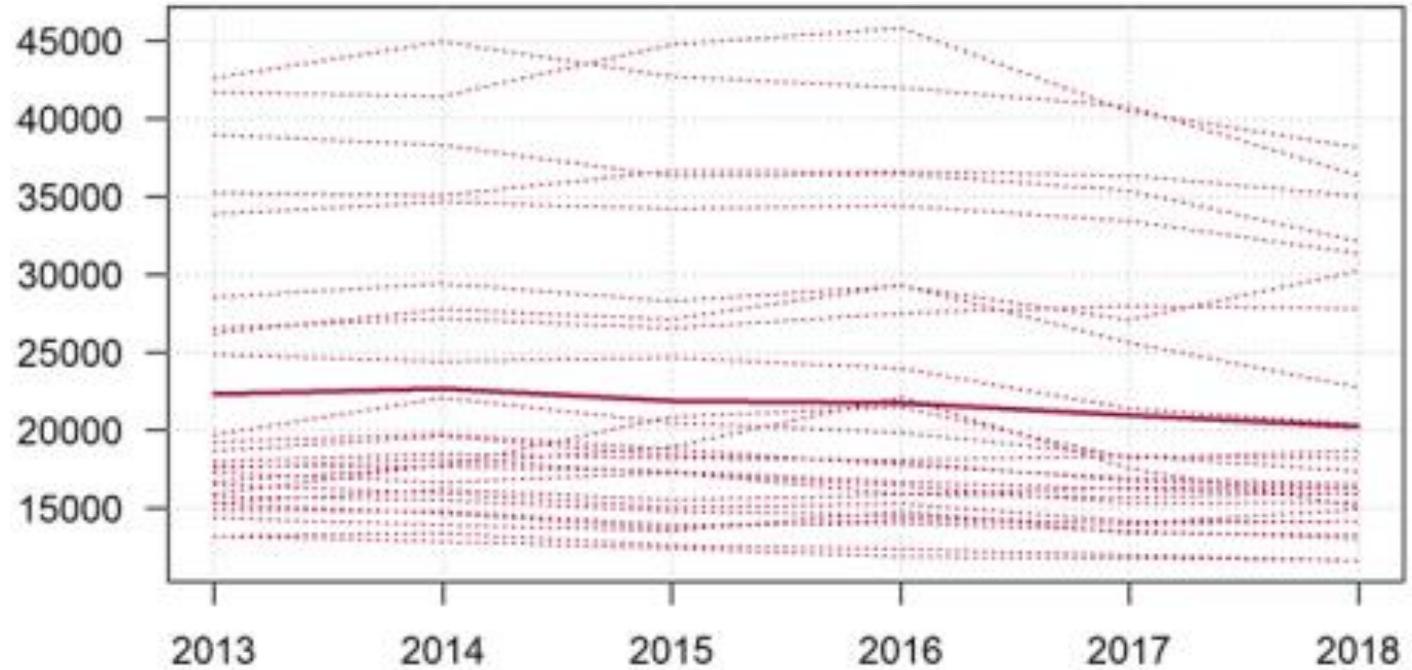
Comparison of toxicants levels between conventional and electronic cigarettes.

Toxic compound	Conventional cigarette (μg in mainstream smoke) [35]	Electronic cigarette (μg per 15 puffs)	Average ratio (conventional vs. electronic cigarette)
Formaldehyde	1.6-52	0.20-5.61	9
Acetaldehyde	52-140	0.11-1.36	450
Acrolein	2.4-62	0.07-4.19	15
Toluene	8.3-70	0.02-0.63	120
NNN	0.005-0.19	0.00008-0.00043	380
NNK	0.012-0.11	0.00011-0.00283	40

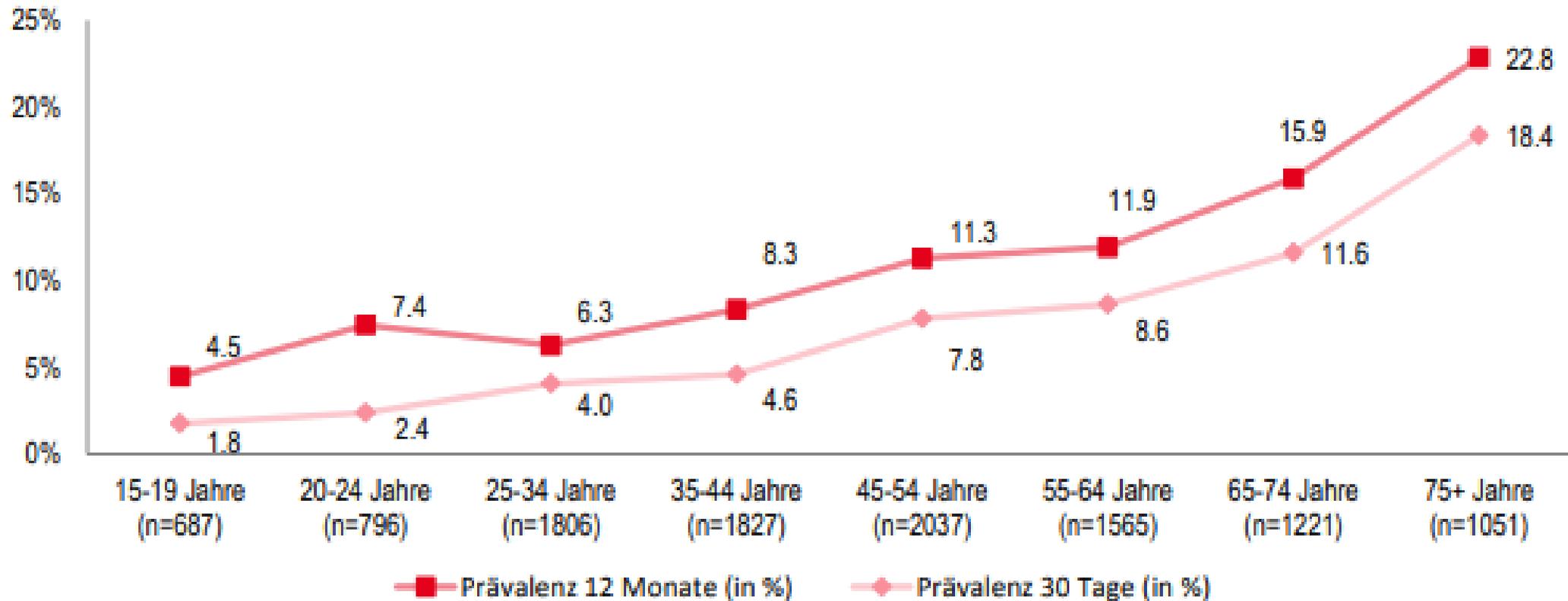
Schlaf- und Beruhigungsmedikamente



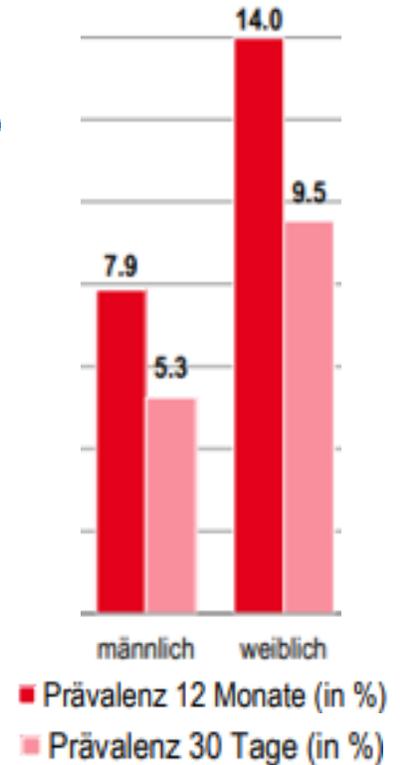
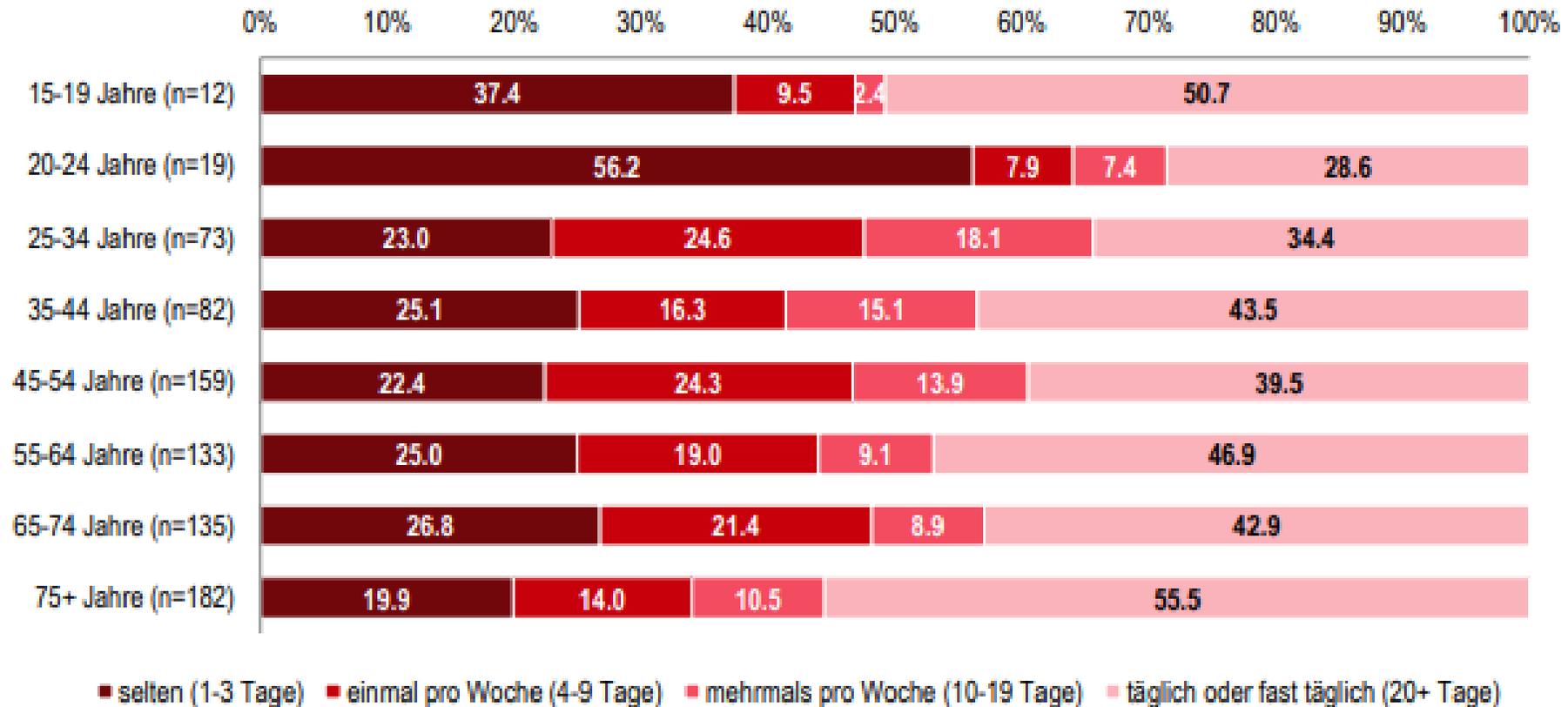
Abnahme der Verschreibung von und Schlaf- und Beruhigungsmedikamenten in der Schweiz



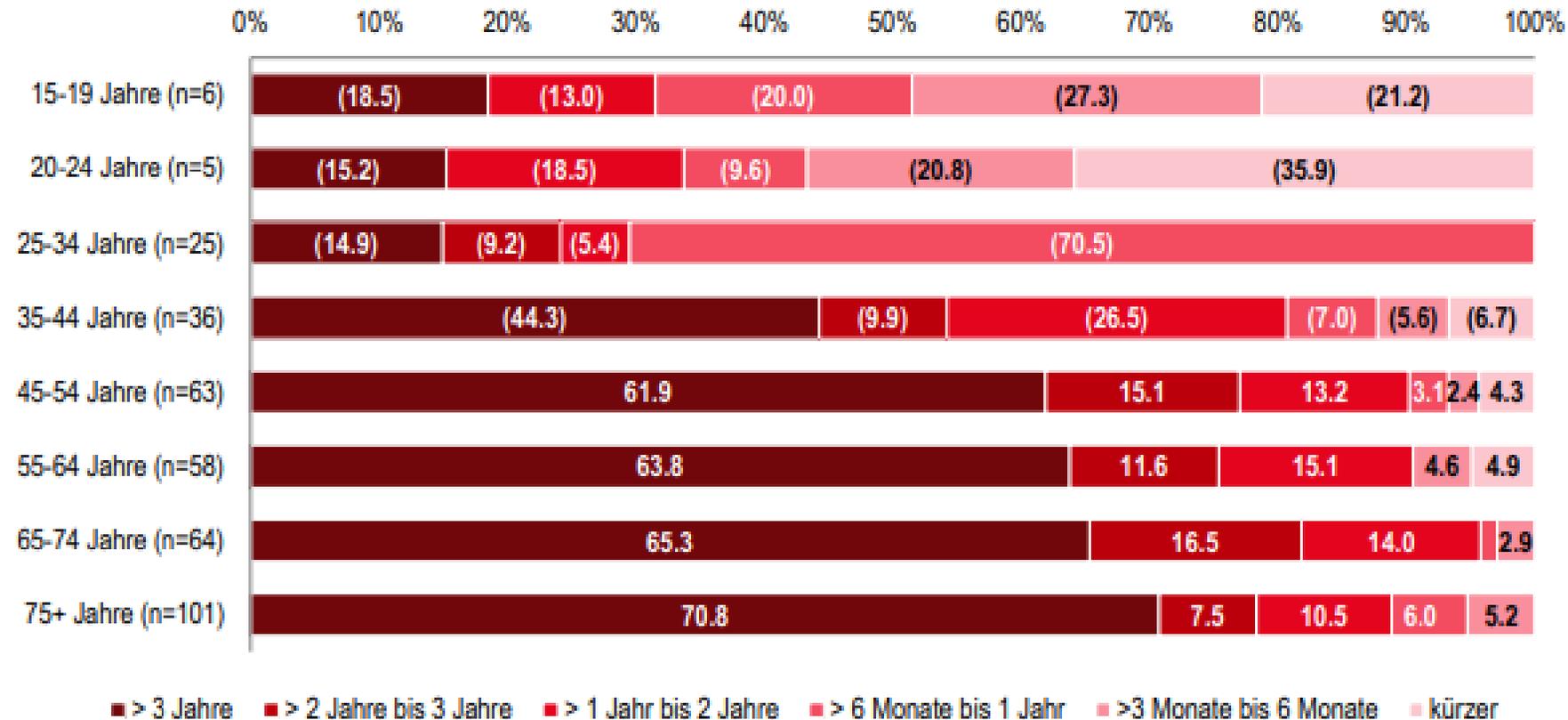
Einnahme von Beruhigungs- und Schlafmitteln



Häufigkeit der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln



Dauer der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln



Risiken und Einschränkungen bei Langzeitverschreibungen

- Toleranzentwicklung, Dosissteigerung, Abhängigkeit
- Kognitive Einschränkungen
- Hang over Effekt
- Motorische Einschränkungen (Stürze)
- Psychotherapeutische Alternativen bleiben ungenutzt (Angst, Depression, Schlafstörungen)

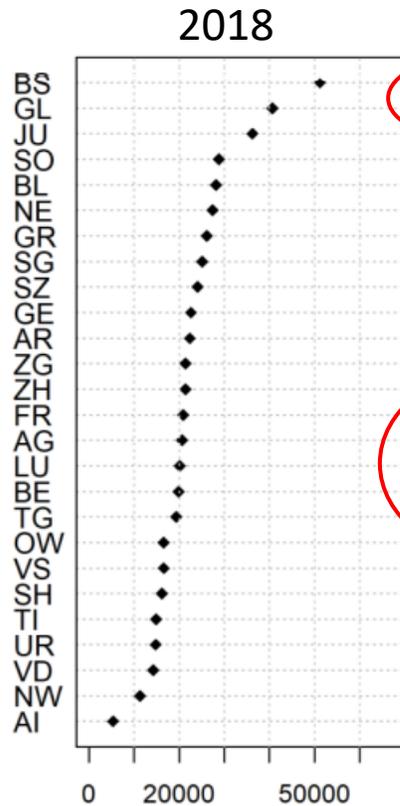
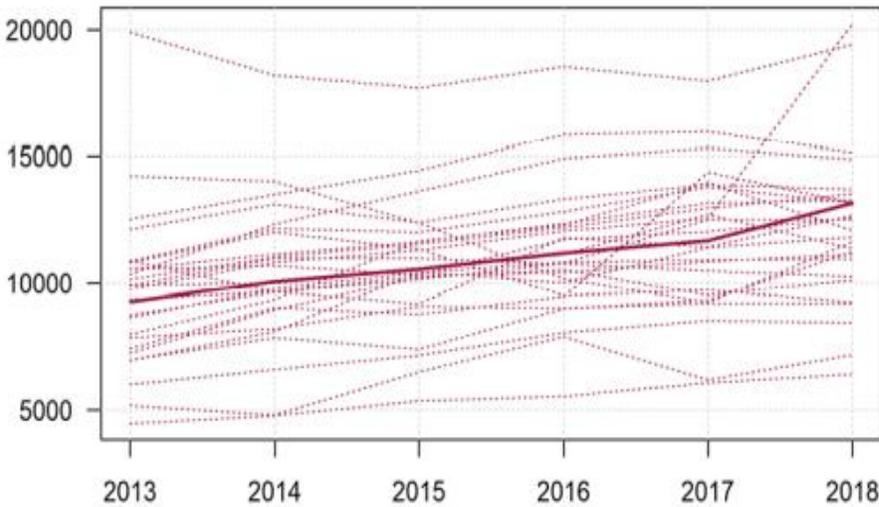
Suchttherapeutische Besonderheiten

- Kurzwirksame, schnell anflutende Präparate beim Abbau vermeiden
- Umstellung auf Präparate mittlerer Halbwertszeit
- Individuell angepasster, langsamer Abbau
- Cave „atypische“ Entzugsserscheinungen
 - Anhaltende Ängstlichkeit
 - Schlafstörungen
 - Wahrnehmungsverzerrung
 - Delir

Starke (opioidhaltige) Schmerzmittel

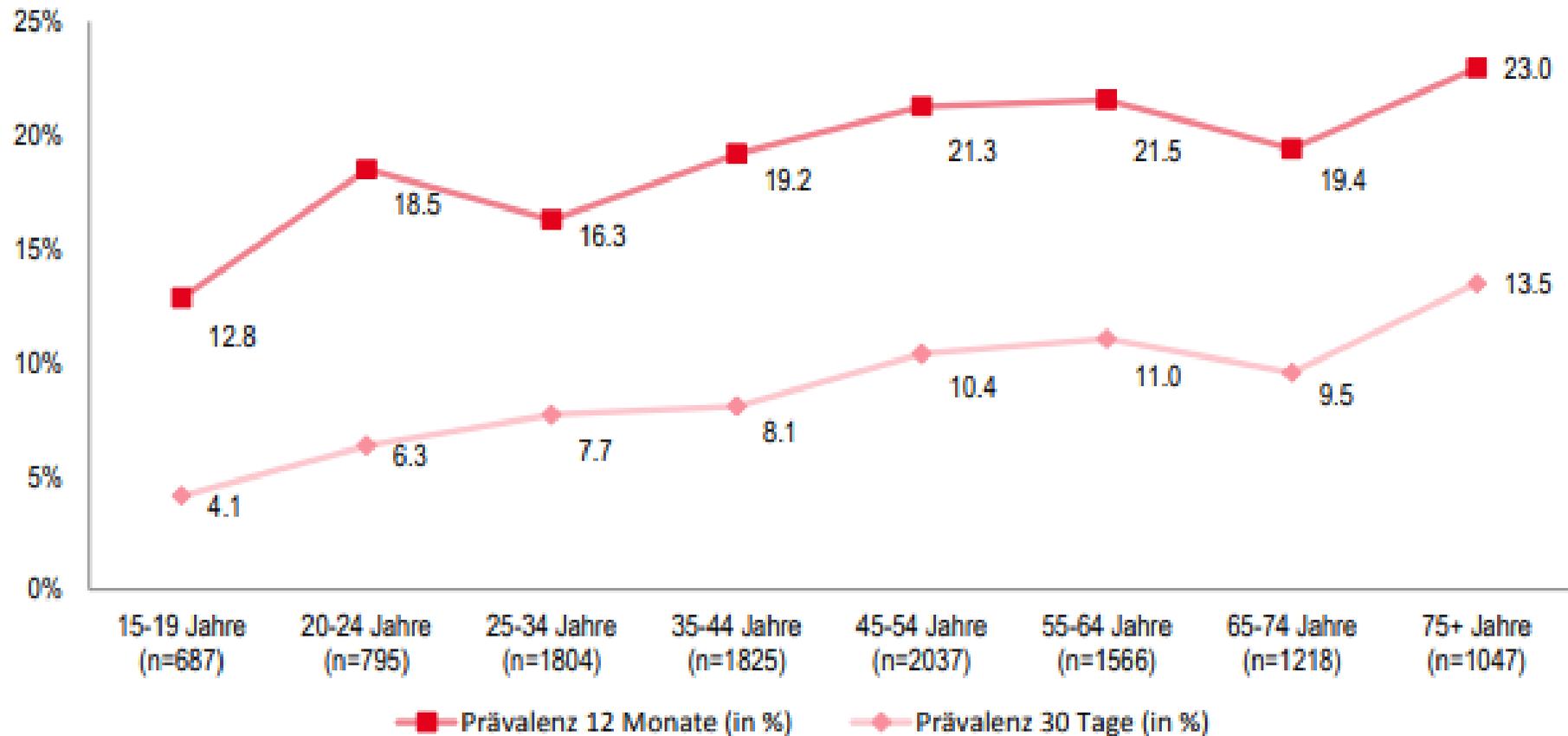


Zunahme der Verschreibung starker Opioide in der Schweiz

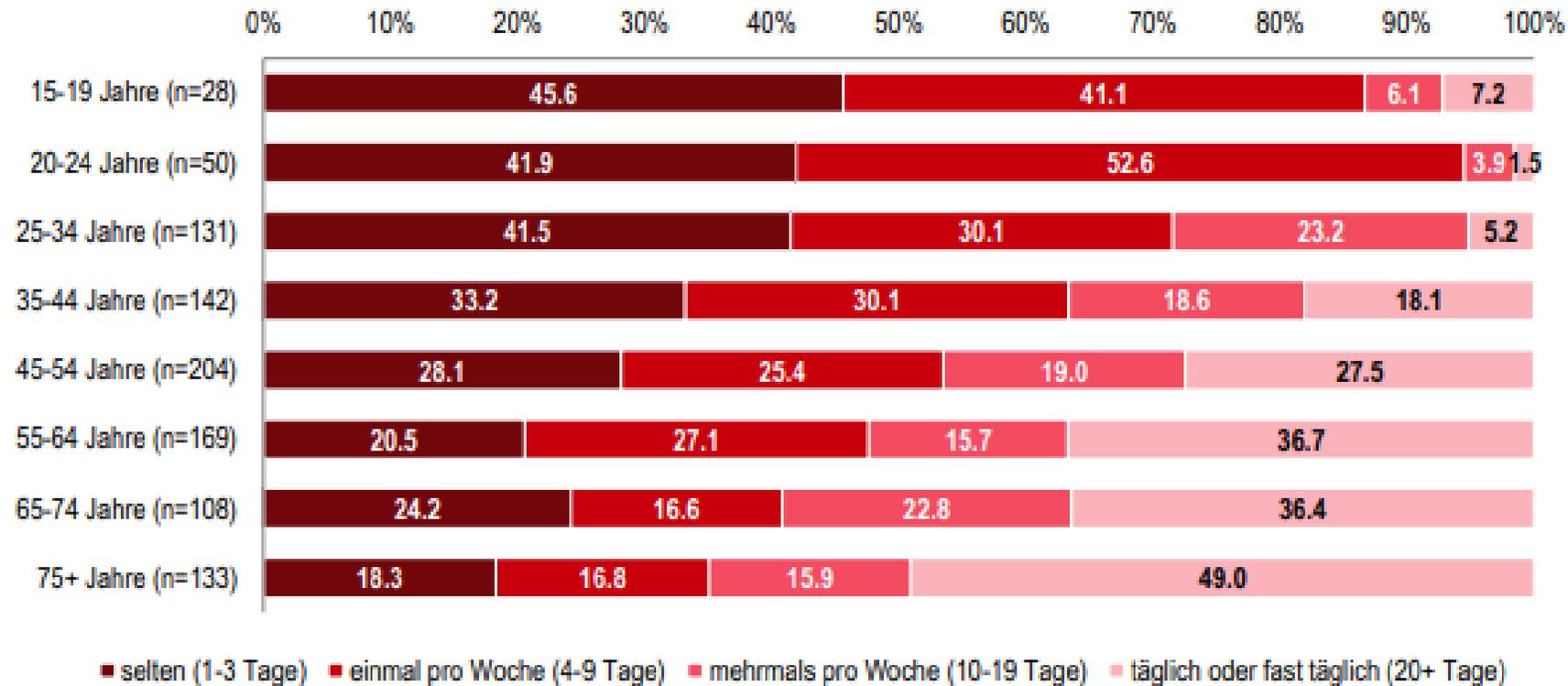


		Pro 100'000 Personen	2013	2018	2018 - 2013 Absolut	2018 - 2013 In %
Starke Opioide						
Fentanyl	Anzahl Bezüge		2'823	3'084	261	9.2%
	Behandlungstage		58'317	53'980	-4'337	-7.4%
	Dosis in MED 1000 mg*		7'743.0	7'178.7	-564	-7.3%
Morphin	Anzahl Bezüge		1'911	2'653	742	38.8%
	Behandlungstage		34'153	44'356	10'203	29.9%
	Dosis in MED 1000 mg*		3'231.7	4'161.0	929	28.8%
Buprenorphin	Anzahl Bezüge		376	448	72	19.1%
	Behandlungstage		11'175	11'548	373	3.3%
	Dosis in MED 1000 mg*		1'362.3	1'338.1	-24	-1.8%
Methadon	Anzahl Bezüge		230	289	59	25.7%
	Behandlungstage		12'674	11'425	-1'249	-9.9%
	Dosis in MED 1000 mg*		1'495.3	1'358.8	-136	-9.1%
Oxycodon	Anzahl Bezüge		3'291	6'319	3'028	92.0%
	Behandlungstage		44'664	61'022	16'358	36.6%
	Dosis in MED 1000 mg*		5'024.7	6'864.9	1'840	36.6%
Hydromorphon	Anzahl Bezüge		191	358	167	87.4%
	Behandlungstage		4'778	7'280	2'502	52.4%
	Dosis in MED 1000 mg*		475.5	726.8	251	52.8%
Pethidin	Anzahl Bezüge		664	460	-204	-30.7%
	Behandlungstage		867	325	-542	-62.5%
	Dosis in MED 1000 mg*		138.6	52.0	-87	-62.5%

Einnahme starker Schmerzmittel in der Schweiz



Häufigkeit der Einnahme starker Schmerzmittel



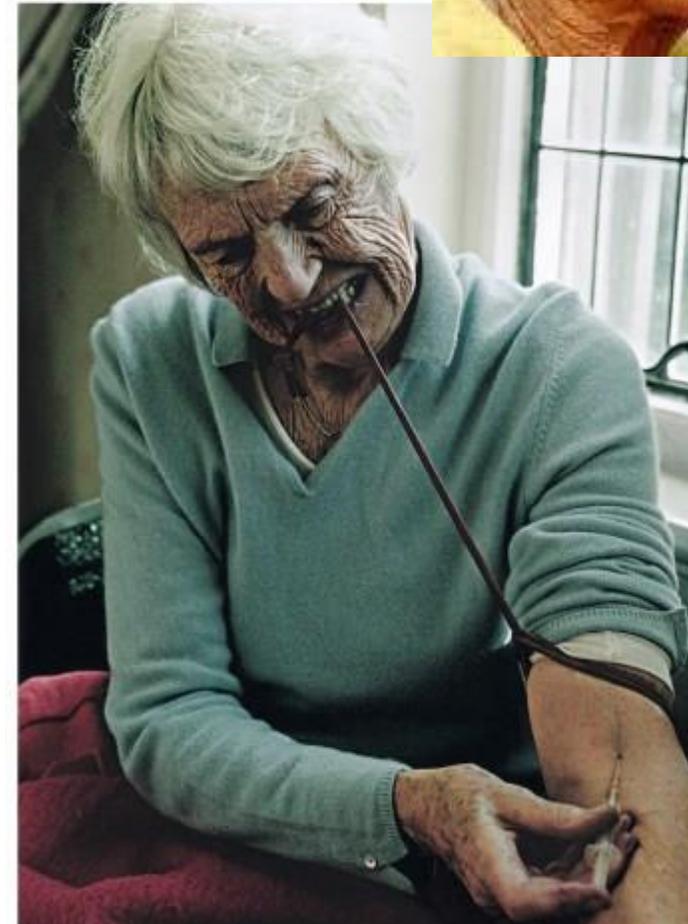
Risiken bei Langzeitverschreibungen

- Nur bei Schmerzen bei Tumorerkrankungen indiziert
- Oder bei Behandlung einer Opioidabhängigkeit (OAT)
 - Achtung: Dosissteigerung
 - Einschränkungen mentaler Funktions- und Schwingungsfähigkeit
 - Nebenwirkungen (Obstipation)
 - Intoxikationsrisiken v.a. bei Mischkonsum

Eine neue Generation Alter

Experimentierfreudige Erwachsene der 70er Jahre steht nun an der Schwelle des "Alters"

Vorgealterte Heroinabhängige werden zusehends pflegebedürftig



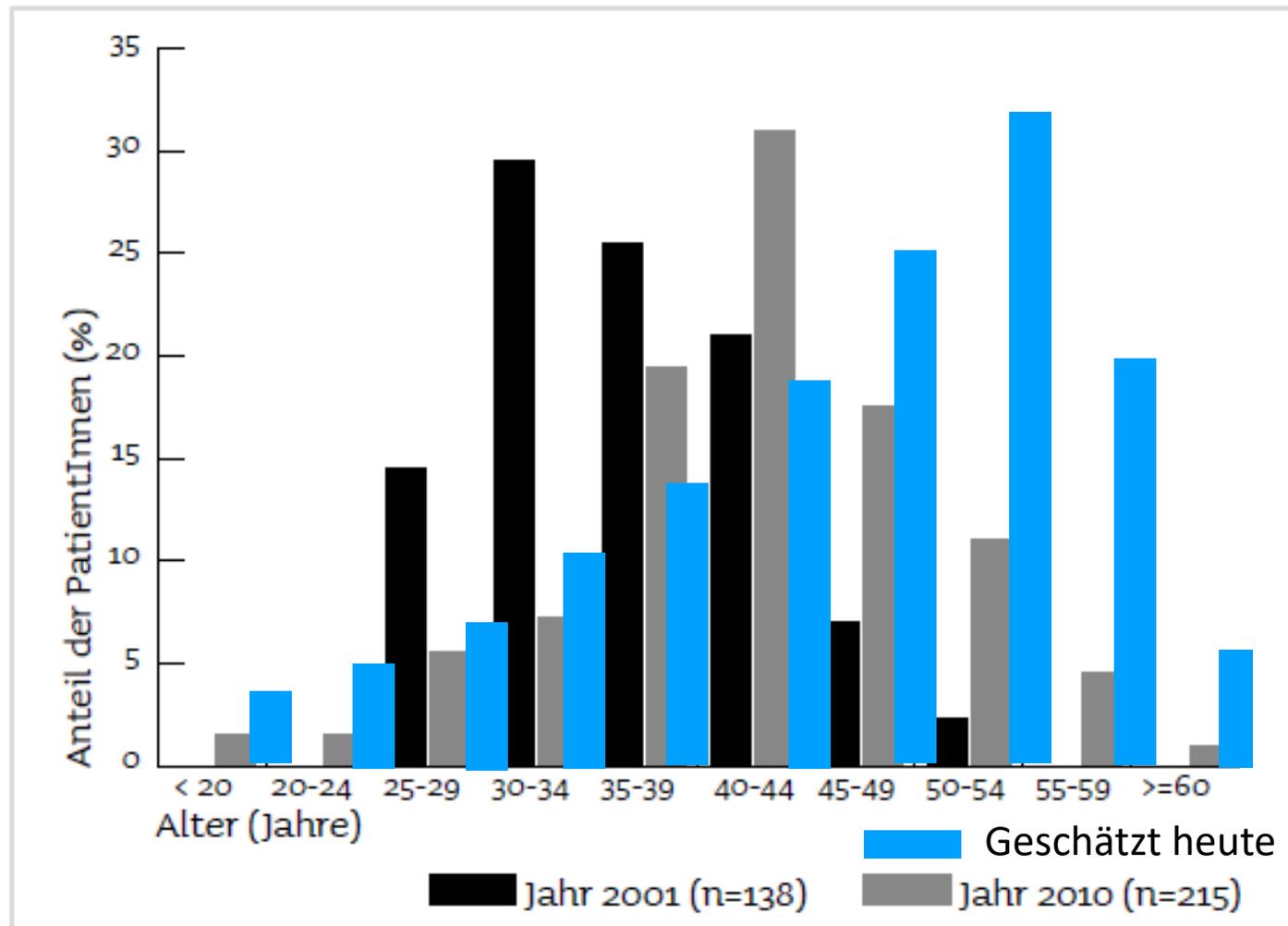


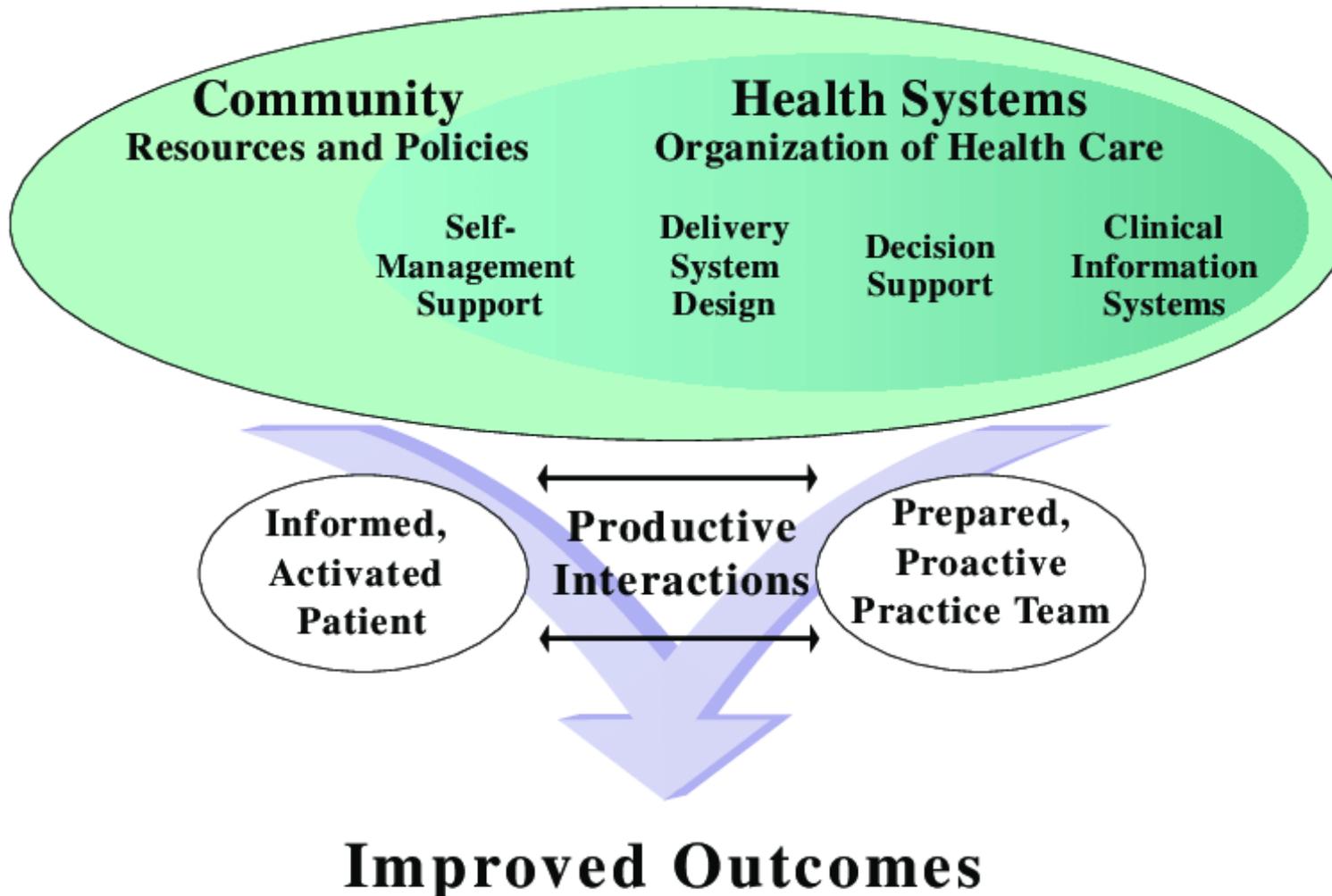
Abb. 1: Altersentwicklung der substituierten PatientInnen des Ambulanten Dienst Sucht Basel; Kollektiv Dezember 2001 versus Kollektiv April 2010. Die Population ist in diesem Zeitraum deutlich älter geworden; 2001 lag das Durchschnittsalter bei 36,1 Jahren, 2010 bei 42,1 Jahren

Wie wir (nicht mehr) therapieren sollten: Klassisches Selbstverständnis

- Expertenrolle
- Paternalistische Haltung



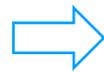
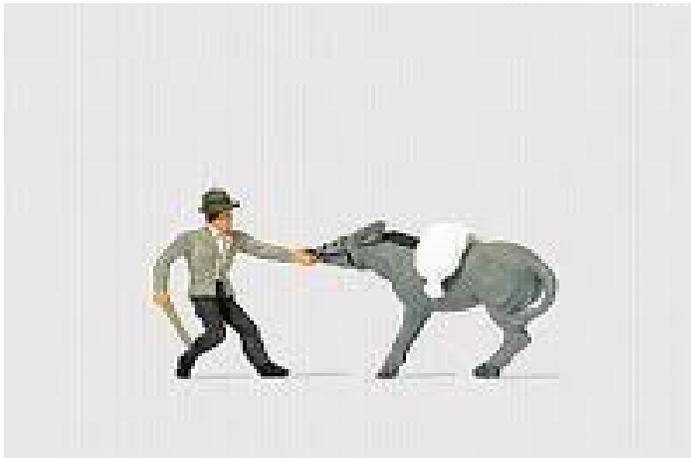
Chronic Care Model



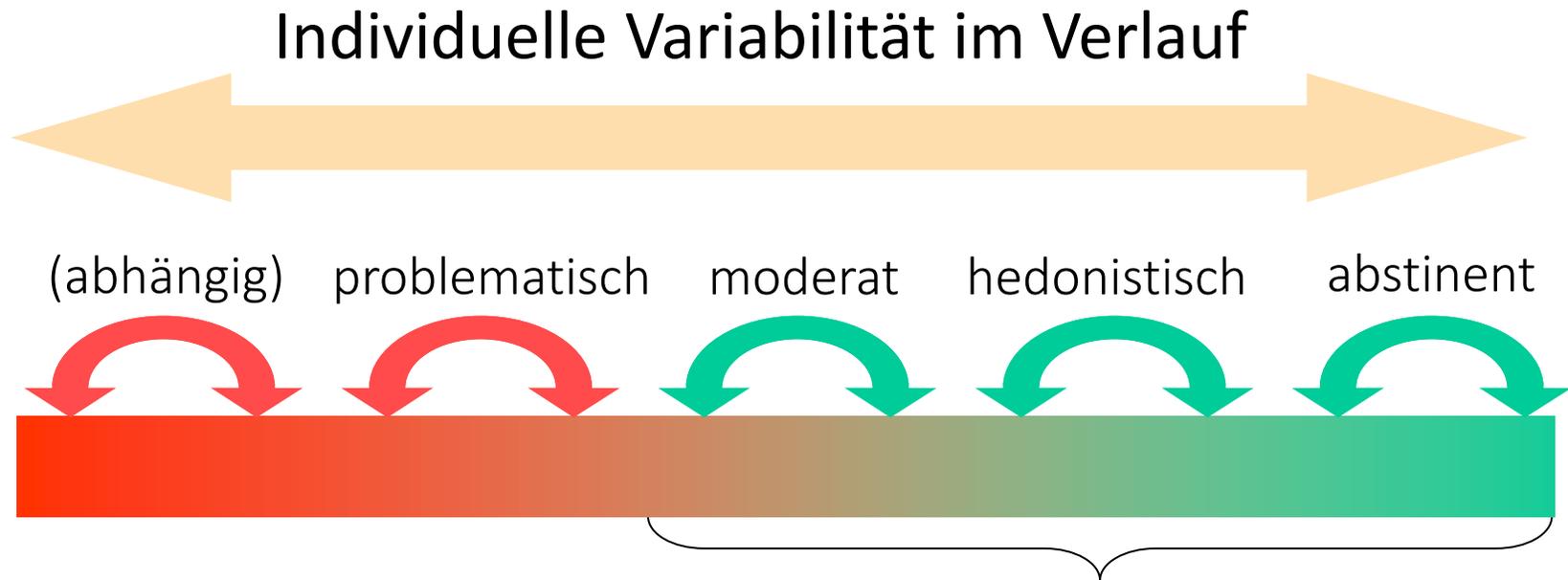
- Empowerment der PatientInnen
- Unterstützung Autonomie/Self Management
- Informationsvermittlung
- Gemeinsame Problemdefinition
- Aktivierung intrinsischer Motivation
- Kollaborativer Arbeitsstil

Verbesserung der Passung therapeutischer Angebote

- Nicht urteilende Gesprächsführung
- Zieloffenheit: Partnerschaftliches Erarbeiten von Zielen
- Förderung der Autonomie und des Selbstwerterlebens
- Überkommen von Schuld und Scham



Kontinuum der Konsumformen



moderat-abstinent

- Keine schweren Beeinträchtigungen in der Lebensführung (Werte und Ziele)
- Genügende Selbstkontrolle
- Gesundheit berücksichtigt

Flexible Therapieziele

- Konsumreduktion ev. bis zur Abstinenz
- Abstinenzphasen
- Kontrollierter Konsum
- Valable Alternativen zum Substanzgebrauch erarbeiten (Werte)

Motivierende Gesprächsführung

PatientInnen abholen

- Zuhören, validieren, anerkennen
- Bedürfnisse verstehen
- Werte erkennen
- Information und Empowerment
- Ambivalenz zulassen und bearbeiten
- Optionen entwickeln
- Zuversicht fördern
- Entscheidungen dem Patienten überlassen
- In der Zielerreichung Unterstützung bieten



Motivierende Gesprächsführung: Kommunikationsmethoden

- O** Open ended questions
- A** Affirmation
- R** Reflection (active listening)
- S** Summary



Zusammenfassung

- Alkoholgebrauchsstörungen sind häufig im Alter, gefolgt von Tabak, Schlaf- und Beruhigungsmitteln und Schmerzmitteln
- Sie werden oft nicht erkannt/angesprochen
- Nur 10% der Behandlungsbedürftigen sind tatsächlich in Behandlung
- Verlauf unter Behandlung viel besser
- Therapieansatz mit einer akzeptierenden, auf Selbstbestimmung und Lebensqualität fokussierten Haltung ermöglicht Zugang
- Zunehmende Zahl pflegebedürftiger Personen mit Heroinabhängigkeit

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

www.alterundsucht.ch

p.bruggmann@arud.ch