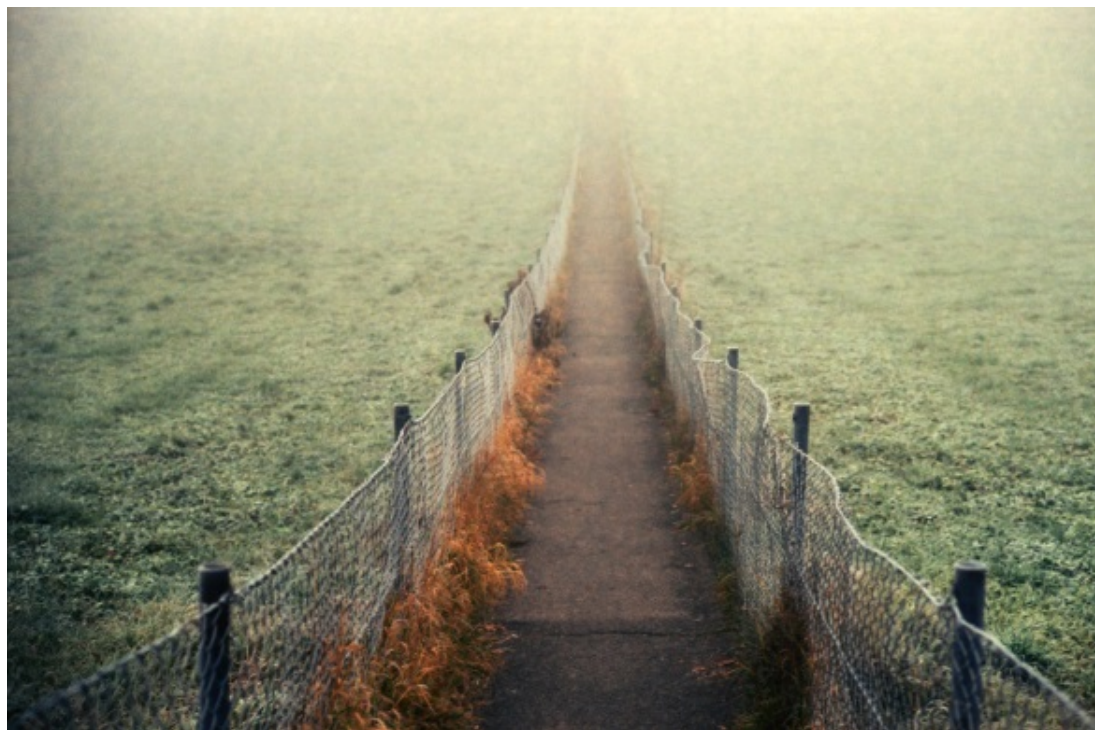


Ist Harm Reduction nur bei bestimmten Drogen sinnvoll?



*PD Dr. med. Marcus Herdener
Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
marcus.herdener@bli.uzh.ch*

Harm Reduction - Grundsätzliches

Der Konsum psychoaktiver Substanzen (legale und illegale Drogen, Medikamente) durch viele Menschen (unserer) Gesellschaft ist eine Realität.

Harm Reduction: Strategien und Massnahmen, die zum Ziel haben, die negativen Auswirkungen, die der Konsum psychoaktiver Substanzen haben kann, zu vermindern

Principles of Harm Reduction

Harm reduction is a set of practical strategies and ideas aimed at reducing negative consequences associated with drug use. Harm Reduction is also a movement for social justice built on a belief in, and respect for, the rights of people who use drugs.

Harm reduction incorporates a spectrum of strategies from safer use, to managed use to abstinence to meet drug users “where they’re at,” addressing conditions of use along with the use itself. Because harm reduction demands that interventions and policies designed to serve drug users reflect specific individual and community needs, there is no universal definition of or formula for implementing harm reduction.

However, HRC considers the following principles central to harm reduction practice.

- Accepts, for better and or worse, that licit and illicit drug use is part of our world and chooses to work to minimize its harmful effects rather than simply ignore or condemn them.
- Understands drug use as a complex, multi-faceted phenomenon that encompasses a continuum of behaviors from severe abuse to total abstinence, and acknowledges that some ways of using drugs are clearly safer than others.
- Establishes quality of individual and community life and well-being—not necessarily cessation of all drug use—as the criteria for successful interventions and policies.
- Calls for the non-judgmental, non-coercive provision of services and resources to people who use drugs and the communities in which they live in order to assist them in reducing attendant harm.
- Ensures that drug users and those with a history of drug use routinely have a real voice in the creation of programs and policies designed to serve them.
- Affirms drugs users themselves as the primary agents of reducing the harms of their drug use, and seeks to empower users to share information and support each other in strategies which meet their actual conditions of use.
- Recognizes that the realities of poverty, class, racism, social isolation, past trauma, sex-based discrimination and other social inequalities affect both people’s vulnerability to and capacity for effectively dealing with drug-related harm.
- Does not attempt to minimize or ignore the real and tragic harm and danger associated with licit and illicit drug use.

<http://harmreduction.org>

- **Mitte der 80er Jahre gab es in der Schweiz ca. 30000 Menschen mit Heroinabhängigkeit; ca. 25% davon in ZH**

- **Kein niederschwelliger Zugang zu basaler medizinischer und sozialer Betreuung; Therapien oft zu hochschwellig, Repression nicht in der Lage Situation zu lösen**

- **es entsteht offene Szene („needle park“, „Platzspitz“) 3000 Abhängige - Räumung 1992 - weiterhin keine Alternative - Wiederansiedelung „Letten“-1995**

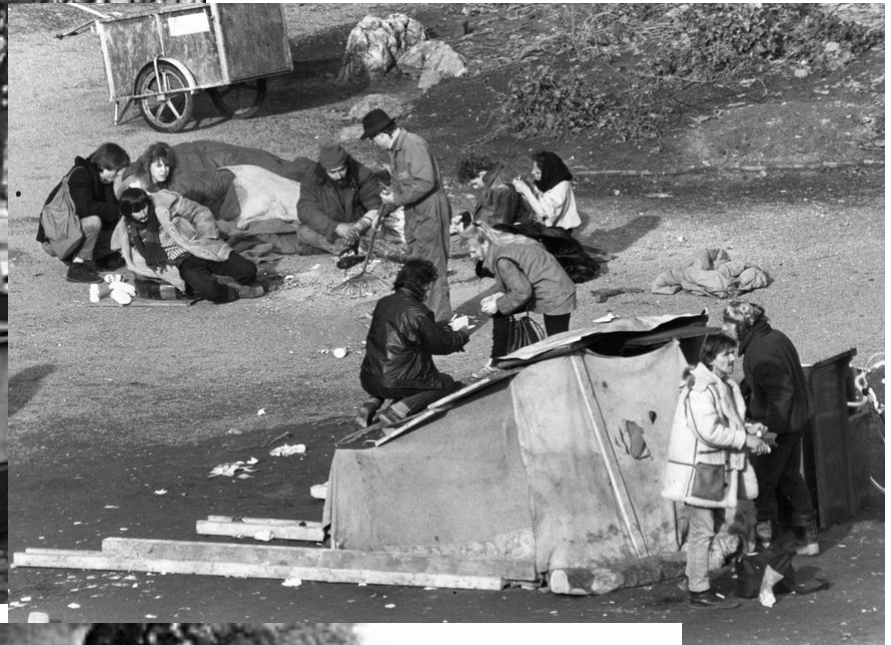
- **Hepatitis und HIV-Epidemie**

- **Drogenproblematik im öffentlichen Raum sehr präsent; zunehmende „Besorgnis“ und in der Folge Druck der Bevölkerung zu politischen Massnahmen**



„Platzspitz“ 1981 - 1992 - „Chaotikon I“ und „Chaotikon II“

Offene Drogenszene in Zürich in den 1980er und 90er Jahren



Errechnete Zahl von jährlich erfolgten HIV-Infektionen und Aids-Erkrankungen, 1978–1988:

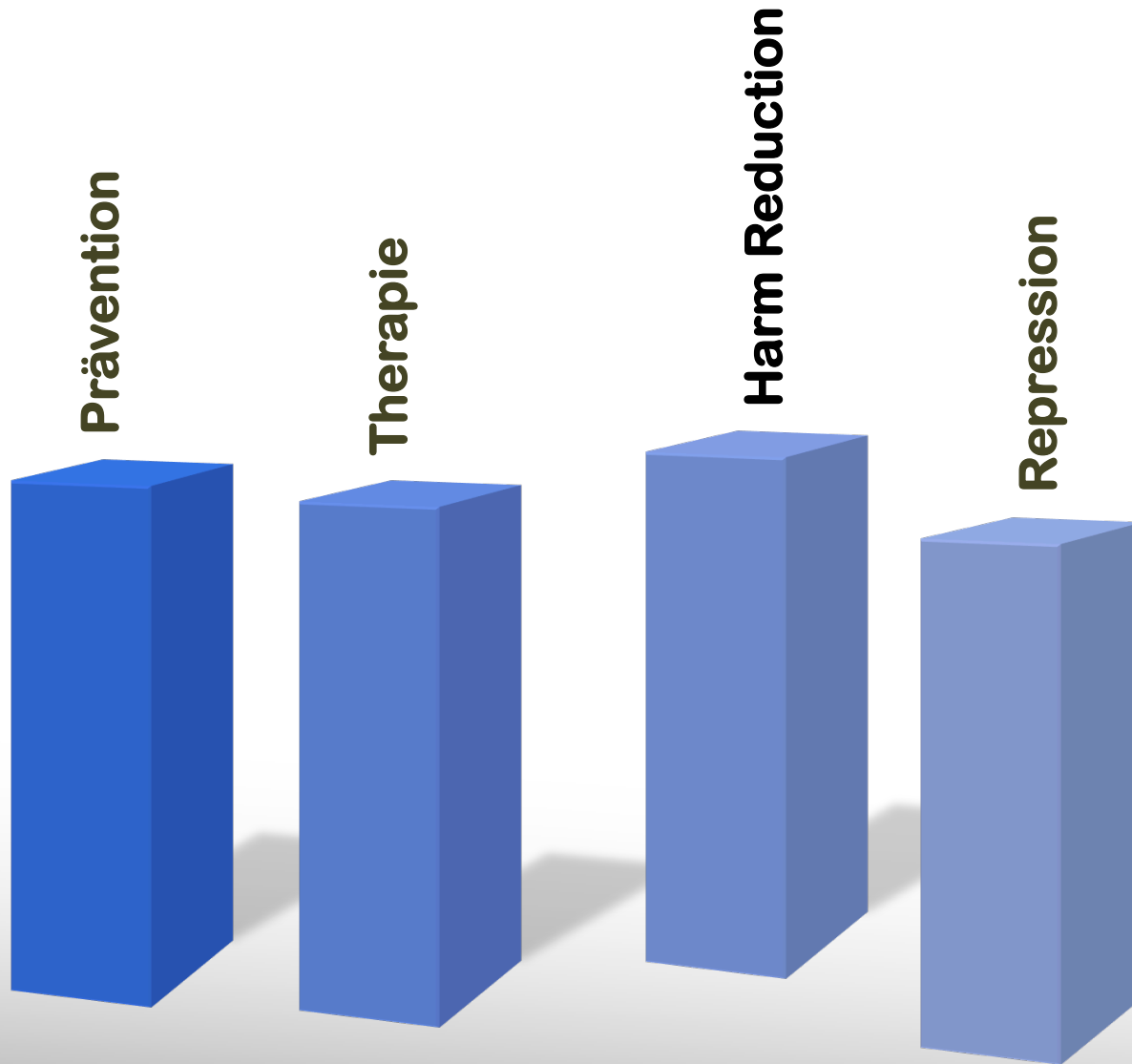
| Jahr | Drogenbenützer | Homosexuelle | Heterosexuelle | Transfusionen | Andere (Bluter und Kinder) | Total pro Jahr (in Klammern: Aids) | kumulativ (in Klammern: Aids) |
|--------------|----------------|--------------|----------------|---------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| 1978 | | 5 | | | | 5 | 5 |
| 1979 | | 20 | | | | 20 | 25 |
| 1980 | 20 | 55 | 25 | | | 100 | 125 |
| 1981 | 70 | 270 | 50 | 5 | 5 | 400 (1) | 525 (1) |
| 1982 | 420 | 350 | 80 | 25 | 25 | 900 (4) | 1425 (5) |
| 1983 | 660 | 600 | 80 | 20 | 40 | 1400 (18) | 2825 (23) |
| 1984 | 690 | 650 | 80 | 20 | 40 | 1480 (51) | 4305 (74) |
| 1985 | 720 | 580 | 78 | 10 | 20 | 1408 (111) | 5713 (185) |
| 1986 | 810 | 500 | 77 | 3 | 10 | 1400 (192) | 7113 (377) |
| 1987 | 790 | 400 | 200 | | 10 | 1400 (295) | 8513 (672) |
| 1988 | 750 | 350 | 300 | | 7 | 1407 (412) | 9920 (1083) |
| Total | 4930 | 3 780 | 970 | 83 | 157 | 9920 (1083) | |

(Referenz 36, sowie Bulletin BAG, Sonderbeilage Infektionskrankheiten 1992)

Leistungen von Zipp-Aids auf dem Platzspitz (nur ganzjährliche Tätigkeiten berücksichtigt)

| | 1989 | 1990 | 1991 | Total |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <i>Personenkontakte</i> | 508 500 | 742 583 | 818 296 | 2 069 379 |
| <i>Umtausch von Spritzen-/Nadeln-Sets</i> | 1 459 000 | 2 252 000 | 3 340 369 | 7 324 369 |
| <i>Abgabe von</i> | | | | |
| – <i>Zusatznadeln</i> | 468 000 | 950 000 | 1 270 000 | 2 688 000 |
| – <i>Alkoholtupfern</i> | 1 494 000 | 2 610 000 | 1 400 000 | 7 804 000 |
| – <i>Venensalben</i> | 135 000 | 400 000 | 615 000 | 1 150 000 |
| <i>Konsultationen / Behandlungen (auch Aids-Tests)</i> | 8 230 | 9 000 | 9 395 | 26 675 |
| <i>Spitalüberweisungen</i> | 238 | 314 | 338 | 890 |
| <i>Künstliche Beatmungen</i> | 1 038 | 2 091 | 3 608 | 6 737 |

Einführung der 4. Säule zur Schadensminderung



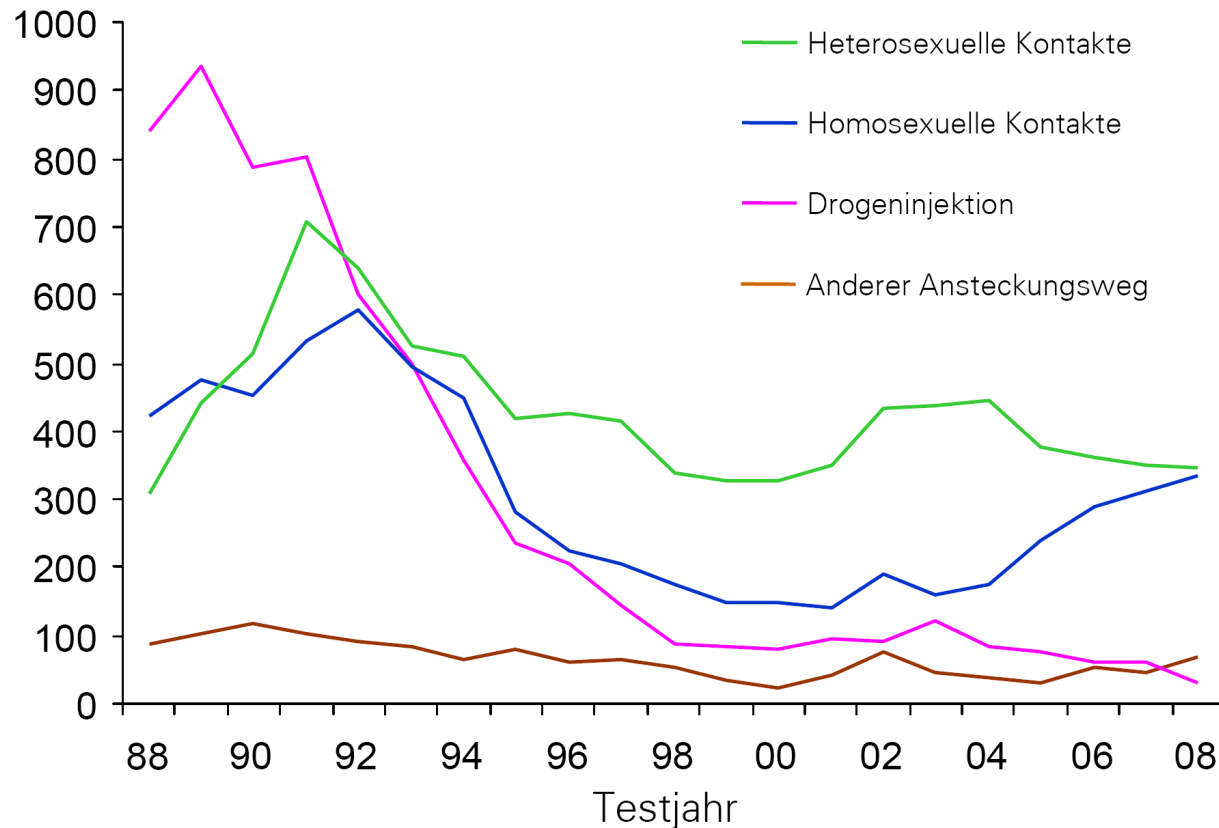
- Einrichtung von K & As, Spritzenabgabe
- Ausbau von niederschweligen Substitutionsprogrammen
- Pilotprojekt zur heroingestützten Behandlung
- Einrichtung von Notschlafstellen und betreuten Wohneinrichtungen

Gesamtziel: sozial verträglicher Drogenkonsum (nicht eine drogenfreie Gesellschaft)

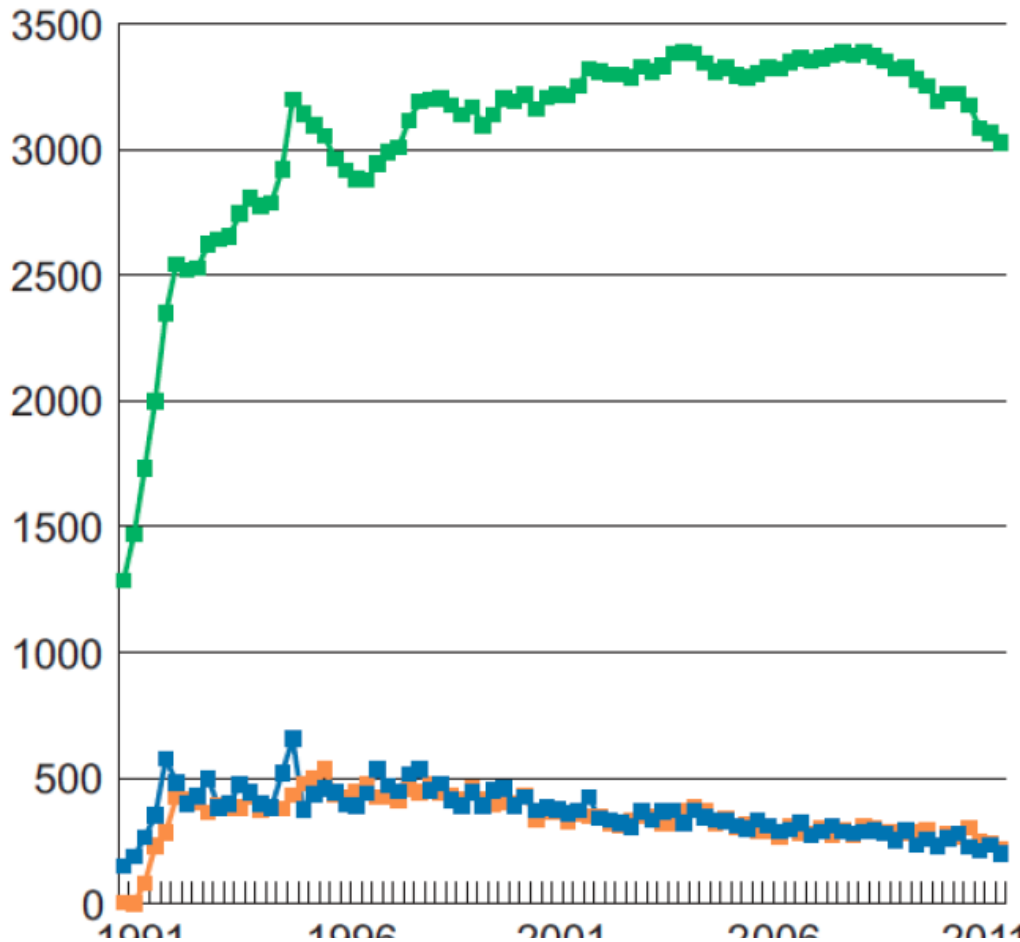
HIV-Infektionen durch Drogeninjektion

HIV in der Schweiz

Schätzung der Anzahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen nach Ansteckungswegen



Evaluation der Substitutionsbehandlung im Kanton Zürich

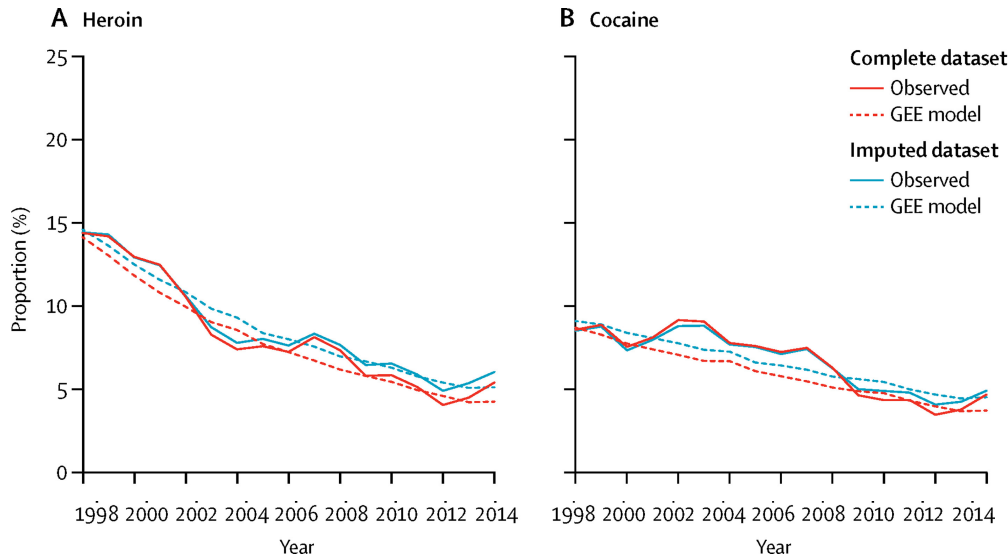
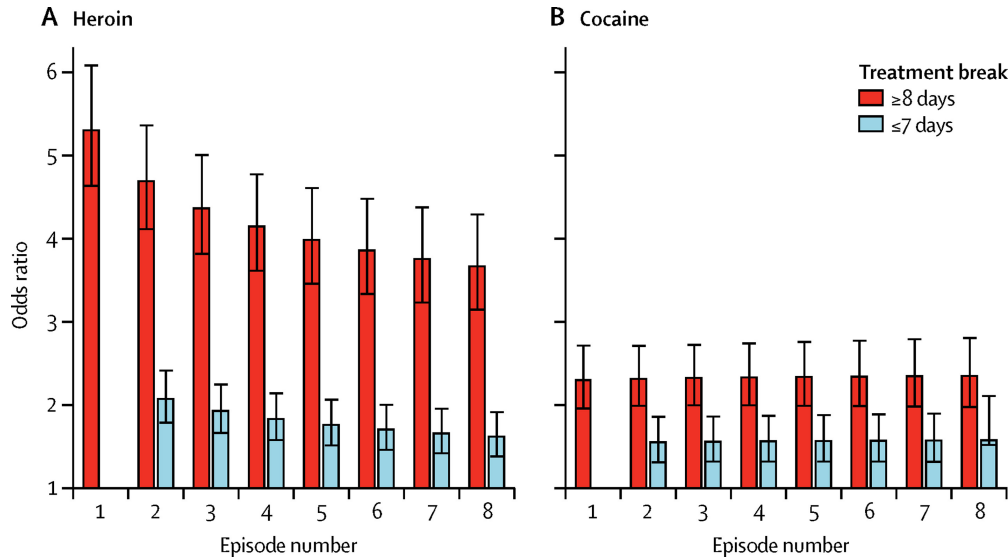


Methadonbehandlungen
im Kanton Zürich
von 1991 bis 2011
(bezogen auf Quartale)

- Behandlungen
- Eintritte
- Austritte

**Ca. 4 von 5 Patienten in
Behandlung**

Einfluss von Substitutionsbehandlungen auf Konsum von Heroin und Kokain

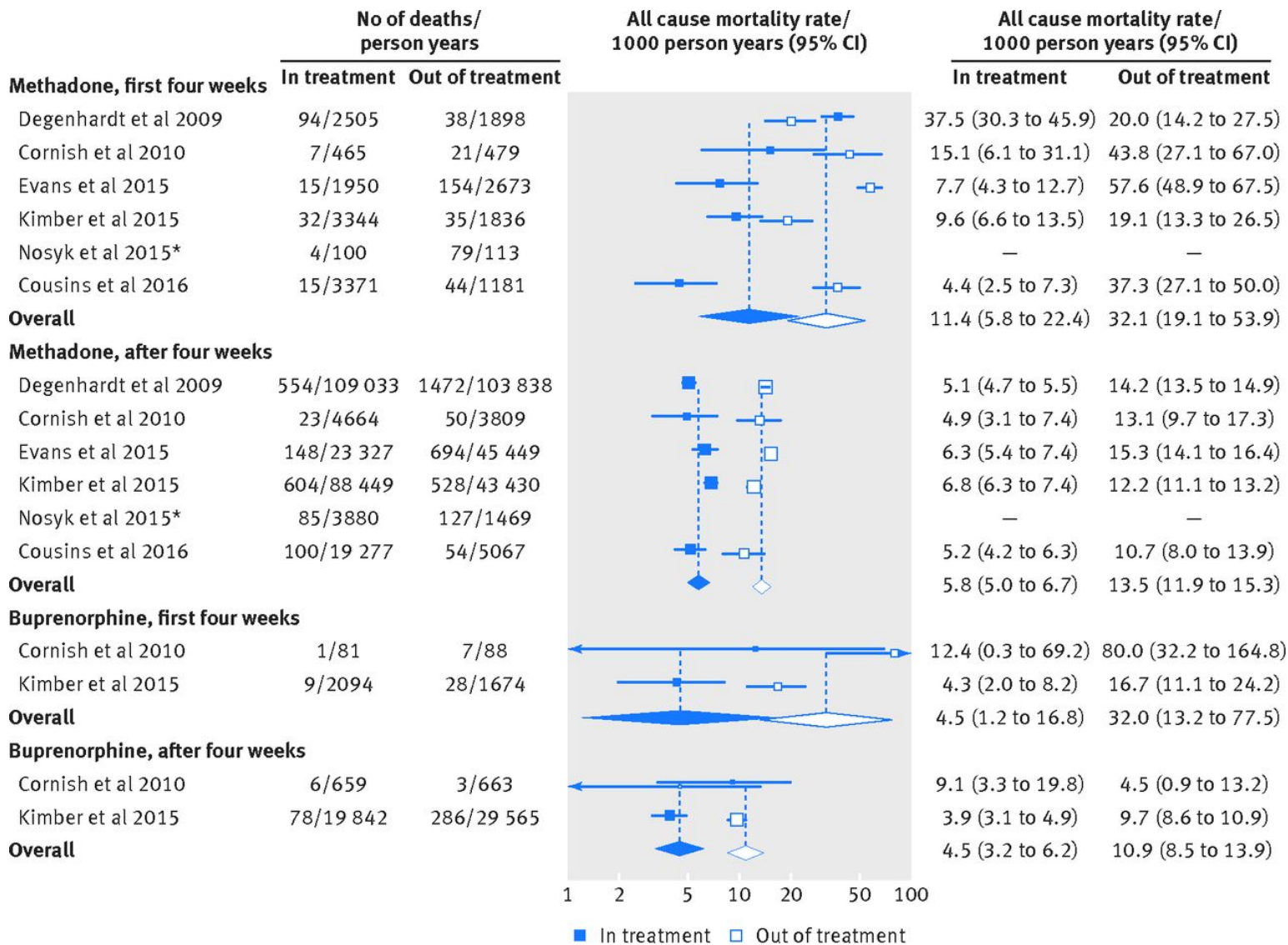


Behandlungsziele:

Reduktion des Konsums von illegalen Substanzen, Reduktion der Mortalität, Verbesserung von körperlicher und psychischer Gesundheit, Reduktion kriminellen Verhaltens, soziale (Re-)integration, Verbesserung der Lebensqualität



Mortality rates in and out of opioid substitution treatment with methadone or buprenorphine

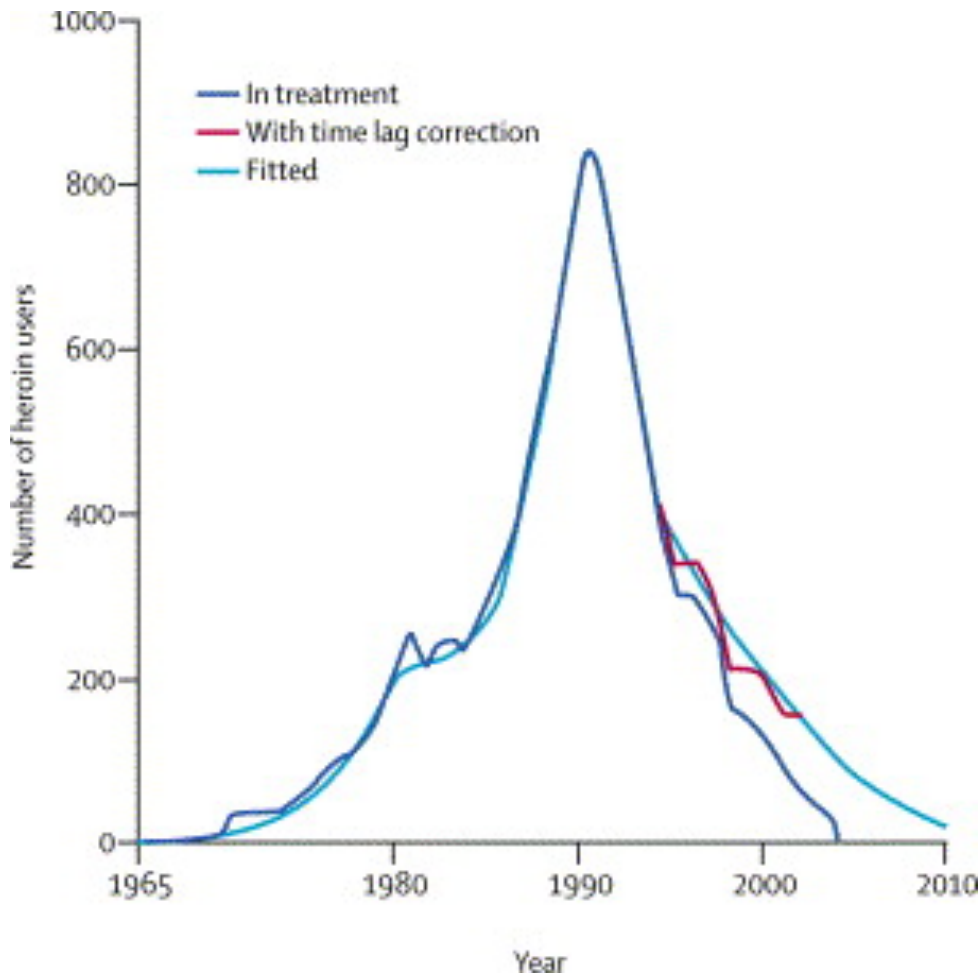


“For most patients, opioid agonist maintenance treatment will result in better outcomes than attempts at withdrawal [...] In particular, patients on opioid agonist maintenance treatment are more likely than those not undergoing such treatment to stay alive, not use heroin, and be in contact with the treatment system”

(http://www.who.int/substance_abuse/publications)

Nimmt durch niederschwellige Substitutionsangebote und Heroinverschreibung die Anzahl der Neukonsumenten zu?

Inzidenz von Heroinkonsum im Kanton Zürich



Nordt and Stohler, Lancet, 2006

Zürich, Platzspitz heute



| Risk factor | Mean rank (95% UI) | % change (95% UI) |
|-------------------------------|--------------------|-------------------|
| 1 High blood pressure | 1.1 (1-2) | 27% (19 to 34) |
| 2 Smoking (including SHS) | 1.9 (1-2) | 3% (-5 to 11) |
| 3 Household air pollution | 4.6 (3-7) | -37% (-44 to -29) |
| 4 Low fruit | 5.0 (4-8) | 29% (25 to 34) |
| 5 Alcohol use | 5.1 (3-7) | 32% (17 to 47) |
| 6 High body-mass index | 6.1 (4-8) | 82% (71 to 95) |
| 7 High fasting plasma glucose | 6.6 (5-8) | 58% (43 to 73) |
| 8 Childhood underweight | 8.5 (6-11) | -61% (-66 to -55) |
| 9 Ambient PM pollution | 8.7 (7-11) | -7% (-13 to -1) |
| 10 Physical inactivity | 10.0 (8-12) | 0% (0 to 0) |
| 11 High sodium | 11.2 (8-15) | 33% (27 to 39) |
| 12 Low nuts and seeds | 12.9 (11-17) | 27% (18 to 32) |
| 13 Iron deficiency | 13.5 (11-17) | -7% (-11 to -4) |
| 14 Suboptimal breastfeeding | 13.8 (10-18) | -57% (-63 to -51) |
| 15 High total cholesterol | 15.2 (12-17) | 3% (-13 to 19) |
| 16 Low whole grains | 15.3 (13-17) | 39% (32 to 45) |
| 17 Low vegetables | 15.8 (12-19) | 22% (16 to 28) |
| 18 Low omega-3 | 18.7 (17-23) | 30% (21 to 35) |
| 19 Drug use | 20.2 (18-23) | 57% (42 to 72) |
| 20 Occupational injury | 20.4 (18-23) | 12% (-22 to 58) |
| 21 Occupational low back pain | 21.2 (18-25) | 22% (11 to 35) |
| 22 High processed meat | 22.1 (17-32) | 22% (2 to 44) |
| 23 Intimate partner violence | 23.8 (20-28) | 0% (0 to 0) |
| 24 Low fibre | 24.5 (19-32) | 23% (13 to 33) |
| 25 Lead | 25.5 (23-29) | 160% (143 to 176) |
| 26 Sanitation | | |
| 29 Vitamin A deficiency | | |
| 31 Zinc deficiency | | |
| 34 Unimproved water | | |

— Ascending order in rank
 ---- Descending order in rank

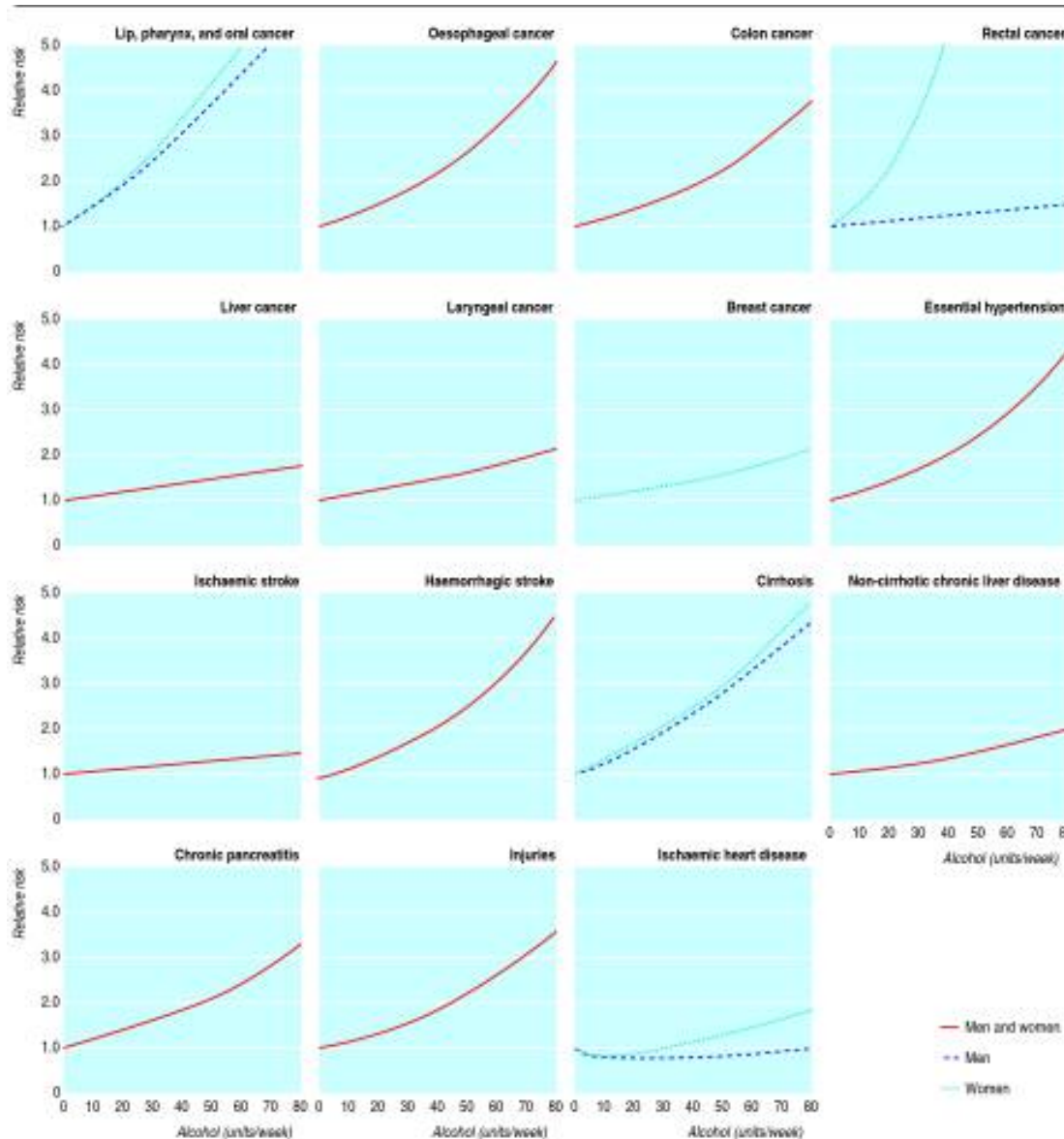
Global Burden of Disease Study 2010

Most important risk factors

Lim et al., 2012
 The Lancet

„Alcohol and illicit drug use account for 5.4% of the world's annual disease burden, with tobacco responsible for 3.7%“ WHO ATLAS 2010

Alle Dinge sind Gift, und nichts ist ohne Gift. Allein die Dosis macht, daß ein Ding kein Gift ist. Paracelsus von Hohenheim (1493-1541)



**Ca. 9 von 10
Menschen in der
Schweiz
konsumieren
Alkohol, ca. 8 von 10
mit risikoarmen
Konsum**

Policy and Practice

The treatment gap in mental health care

Robert Kohn et al.

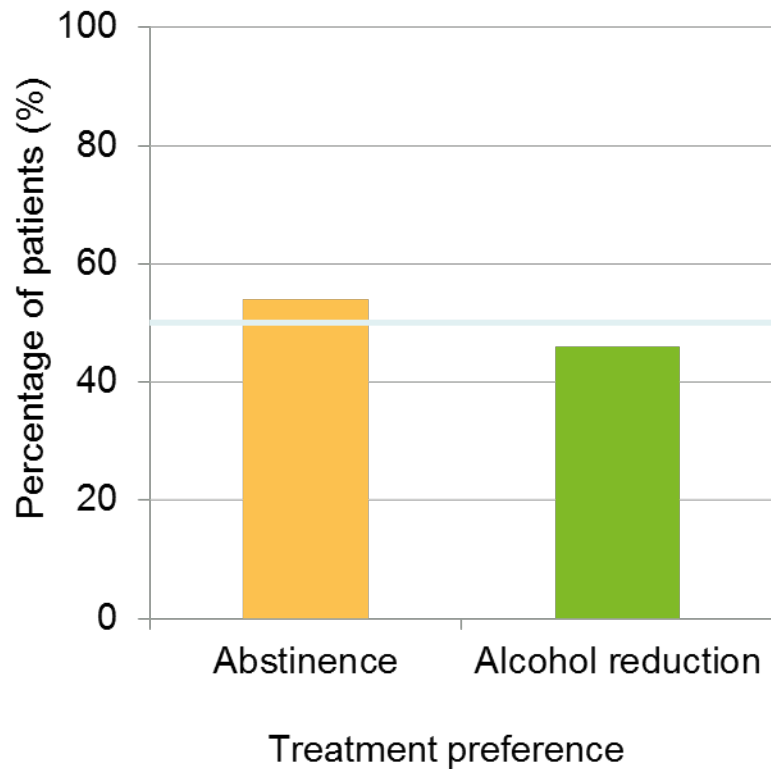
Table 2. Estimates of the median treatment gap (%) by WHO region

| Mental disorder | WHO region | | | | | |
|--------------------------|-----------------|----------|-----------------------|--------|-----------------|-----------------|
| | Africa | Americas | Eastern Mediterranean | Europe | South-East Asia | Western Pacific |
| Schizophrenia | NA ^a | 56.8 | NA | 17.8 | 28.7 | 35.9 |
| Major depression | 67.0 | 56.9 | 70.2 | 45.4 | NA | 48.1 |
| Dysthymia | NA | 48.6 | NA | 43.9 | NA | 50.0 |
| Bipolar disorder | NA | 60.2 | NA | 39.9 | NA | 52.6 |
| Panic disorder | NA | 55.4 | NA | 47.2 | NA | 66.7 |
| Generalized anxiety | NA | 49.6 | NA | 62.3 | NA | 55.6 |
| Obsessive compulsive | NA | 82.0 | NA | 24.6 | NA | 62.7 |
| Alcohol abuse/dependence | NA | 72.6 | NA | 92.4 | NA | 71.6 |

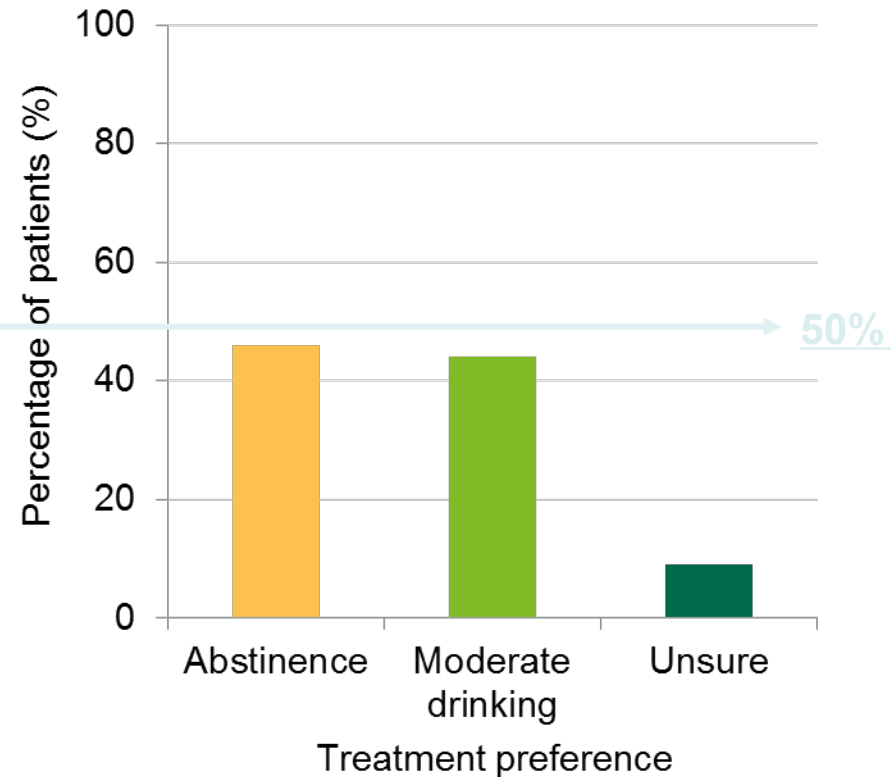
^a Not available.

Kohn et al., 2004
Bulletin of the WHO

UK survey of patients with alcohol problems (n=742)



Canadian study of patients with chronic alcoholism (n=106)



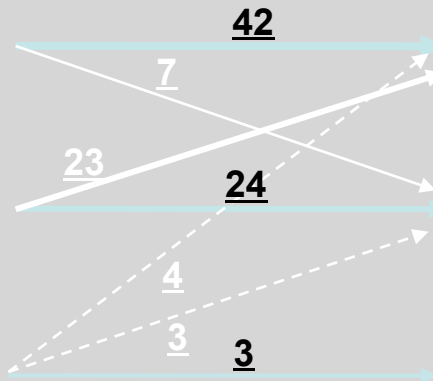
Behandlungsziel zu Beginn und nach 4 Wochen

Präferenz zu Beginn:

Abstinenz: n=49
(46.2%)

Reduktion: n=47
(44.3%)

Unsicher: n=10
(9.4%)



Nach 4 Wochen

(nach 4 Sitzungen):

n=69 (65%)

n=34 (32%)

n=3 (2%)

49%

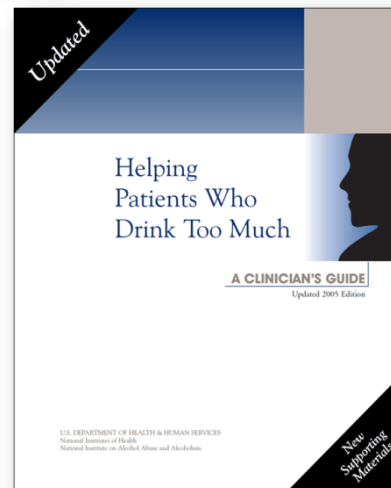
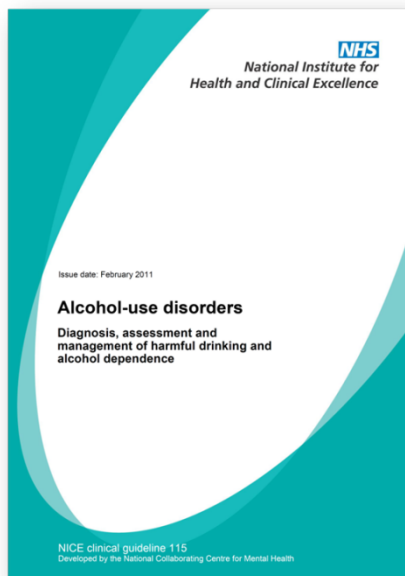
14%

49% der Patienten mit einem Reduktionsziel wechselten zu einem Abstinenzziel innerhalb der 4 Wochen



European Medicines Agency (EMA)

- “In case an alcohol-dependent patient is not able or willing to become abstinent immediately, a clinically significantly reduced alcohol intake with subsequent harm reduction is also a valid, although only intermediate, treatment goal, since it is recognised that there is a clear medical need in these patients as well”



US National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)

- “...it’s best to determine individual goals with each patient. Some patients may not be willing to endorse abstinence as a goal, especially at first. If a patient with alcohol dependence agrees to reduce drinking substantially, it’s best to engage him or her in that goal while continuing to note that abstinence remains the optimal outcome”

EMA. Guideline on the development of medicinal products, 2010;
NIAAA. Helping patients who drink too much, 2007;
NIAAA. Rethinking Drinking, 2010; NICE Clinical guideline 115, 2011

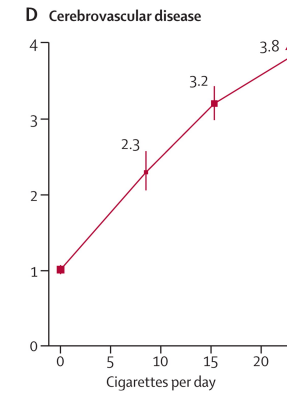
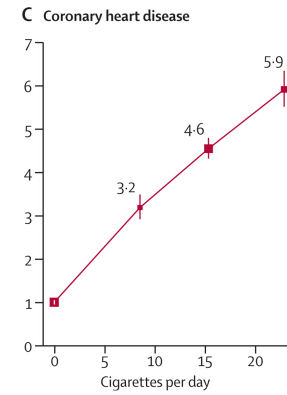
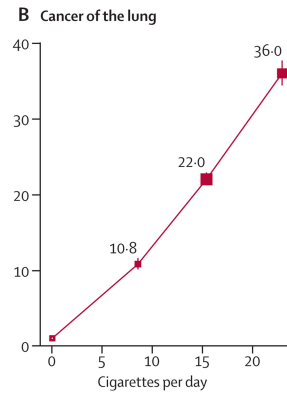
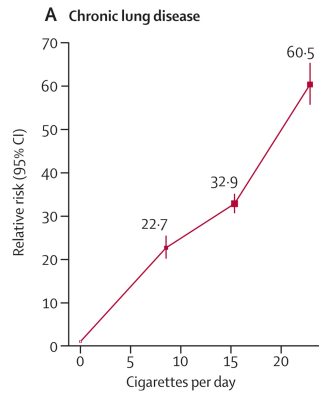
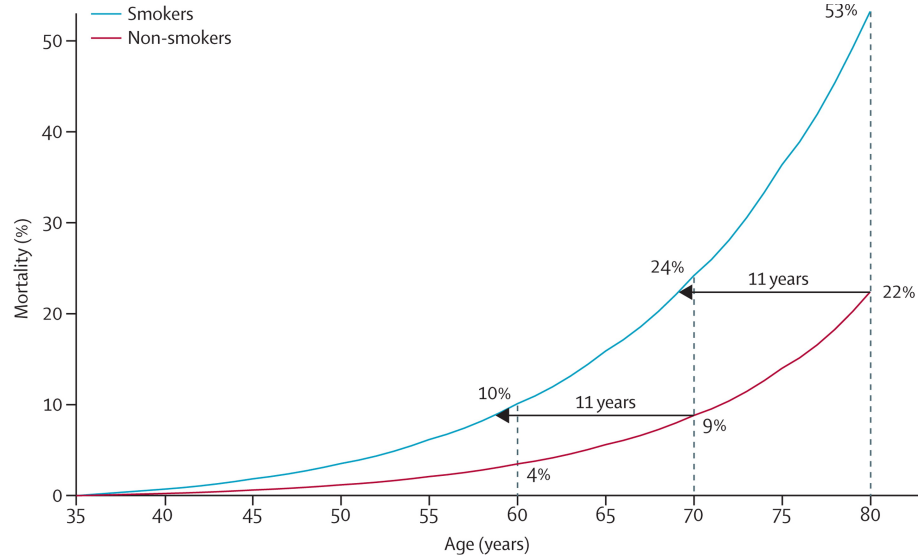
S3-Leitlinie
“Screening, Diagnose und Behandlung
alkoholbezogener Störungen”

(Stand: 09.02.2015)

AWMF-Register Nr. 076-001

2013). Vor diesem Hintergrund kam die international stark beachtete englische Therapieleitlinie (NICE 2011) zu dem Schluss, auch die Reduktion der Trinkmengen als zumindest intermediäres Therapieziel für Alkoholabhängige anzuerkennen, ein Standpunkt den auch die European Medicines Agency vertritt (EMA 2011). Nach intensiver Diskussion schloss sich die Konsensusgruppe der S3-Leitlinie „Alkohol“ einstimmig diesem Vorschlag an. Wir hoffen, dass die damit verbundene Senkung der Eingangsschwellen deutlich mehr Menschen in eine Beratung und Behandlung führt als bisher. Könnte die Inanspruchnahme von psycho- und pharmakotherapeutischen Angeboten von bisher 10% auf 40% der Betroffenen erhöht werden, ließen sich nach einer aktuellen Modellrechnung pro Jahr rund 2000 Menschenleben in Deutschland retten (Rehm et al. 2014).

Folgen der Tabakabhängigkeit



Pirie et al., *The Lancet*, 2013.



THE LANCET

Respiratory Medicine

Volume 2, Issue 3, March 2014, Page 177



News

Smoking and mental illness—time to break the link

Talha Khan Burki

- *40 % aller Zigaretten werden von Menschen mit psychischen Erkrankungen geraucht (UK)*
- *40-50% der Patientinnen und Patienten mit Depressionen und Angststörungen rauchen*
- *> 70% der Menschen mit Schizophrenie sind Raucher*

→ Harm Reduction Ansätze sollten diese vulnerable Gruppe berücksichtigen



Personal View

The challenge of reducing smoking in people with serious mental illness

Ratika Sharma MDS ^a, Coral E Gartner PhD ^{a, c}, Prof Wayne D Hall PhD ^{b, d}  

- *Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erhalten oft wenige Unterstützung mit dem Rauchen aufzuhören (Selbstmedikation, Destabilisierung der psychischen Erkrankung..)*
- *Oftmals schwere Abhängigkeit, längerfristige Abstinenz schwer zu erreichen*
- *Soziale Rahmenbedingungen erschwert (Rauchen im Umfeld, hohe Kosten)*
- *Studien zu Harm Reduction Ansätzen in dieser besonders vulnerablen Gruppe sind notwendig (Zugang zu Hilfsangebote, NRT, E-Zigaretten, Snus)*

Nicotine without smoke Tobacco harm reduction

A report by the Tobacco Advisory Group
of the Royal College of Physicians

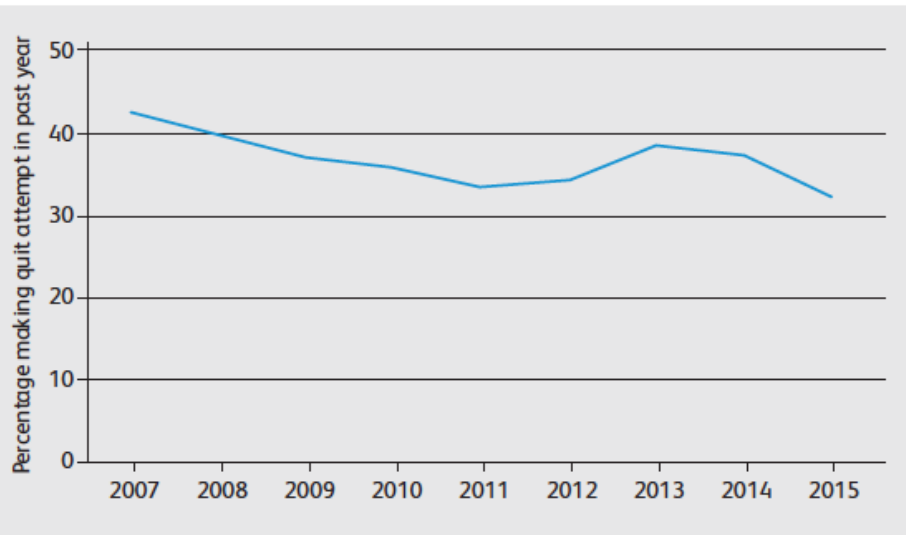


Fig 6.1 Proportion of people who have smoked in the past year who made at least one serious quit attempt in that year¹ (data from 42,386 people who smoked in the past 12 months; 2015 figures based on January to September data). (Adapted from the Smoking Toolkit Study¹ with permission.)

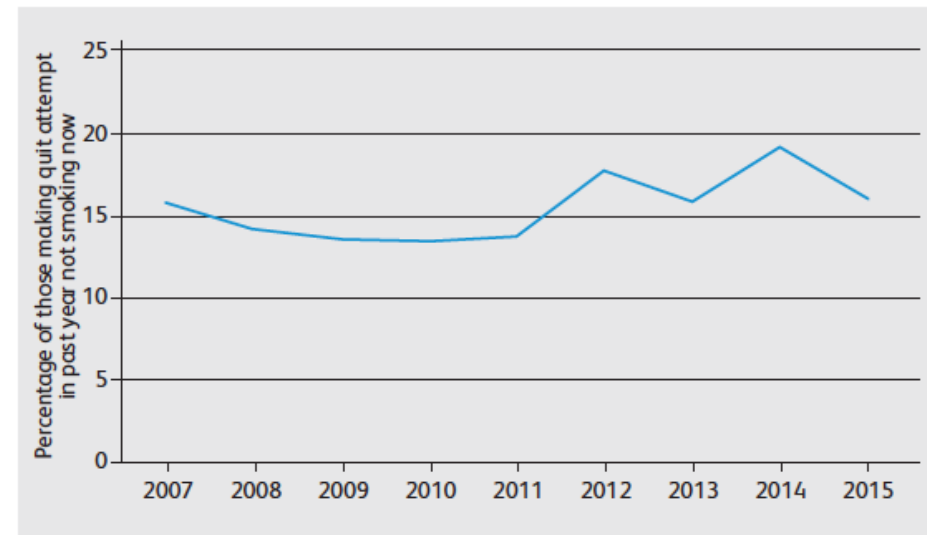


Fig 6.3 Proportion of people who have tried to stop in the past year and are currently not smoking¹ (data from 15,720 people who tried to stop smoking in the past 12 months; 2015 figures based on January to September data). (Adapted from the Smoking Toolkit Study¹ with permission.)

- *Die meisten Schäden durch Rauchen in der näheren Zukunft wird Menschen betreffen, die aktuell rauchen*
- *Mit dem Rauchen aufzuhören ist schwierig, und die meisten der aktuellen Raucher werden noch für viele Jahre Rauchen*
- *Menschen rauchen weil sie nikotinabhängig sind, die Schäden entstehen jedoch meist durch andere Inhaltsstoffe des Tabaks*
- *Bereitstellen von Nikotin ohne weitere schädliche Tabakinhaltsstoffe kann einen Grossteil der Schäden durch Tabak verhindern*
- *E-Zigaretten sind nicht nach medizinischen Standards hergestellt und wahrscheinlich gefährlicher als medizinische Nikotinersatzprodukte, werden aber von Rauchern häufiger benutzt*
- *das Risiko durch Inhalation bei heutigen E-Zigaretten (Nikotinverdampfung) übersteigt wahrscheinlich nicht 5% der Schäden die durch das Rauchen von Tabak entstehen*
- *es gibt Bedenken, dass E-Zigaretten das Tabakrauchen steigert (Re-Normalisierung des Tabakkonsums)*
- *aktuelle Evidenz (aus UK) findet keine Hinweise hierfür in relevantem Ausmass*
- *die meisten E-Zigaretten scheinen als Alternative zum Tabakrauchen verwendet zu werden*
- *eine Regulierung für E-Zigaretten ist notwendig, sollte aber nicht die Verwendung schadensmindernder Produkte durch Raucher einschränken*

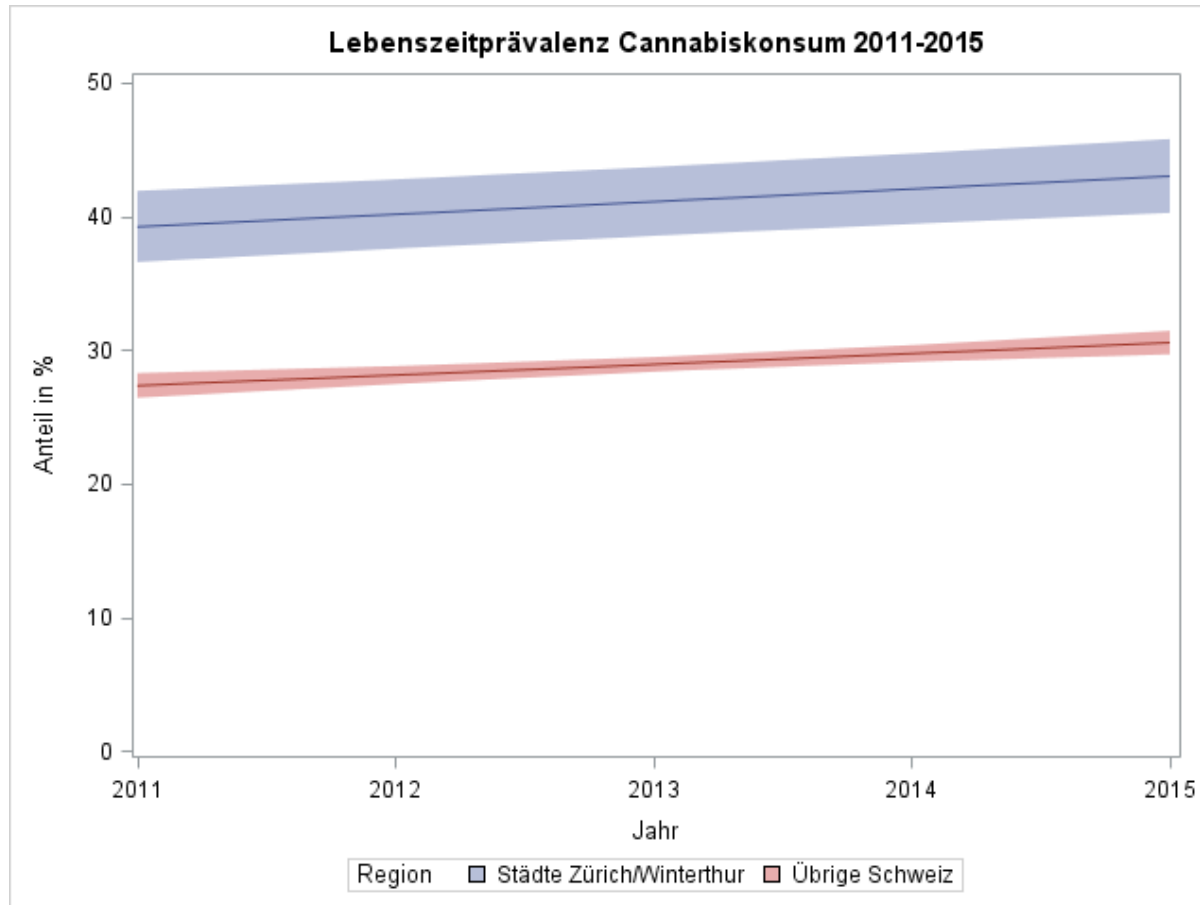
Nicotine without smoke

Tobacco harm reduction

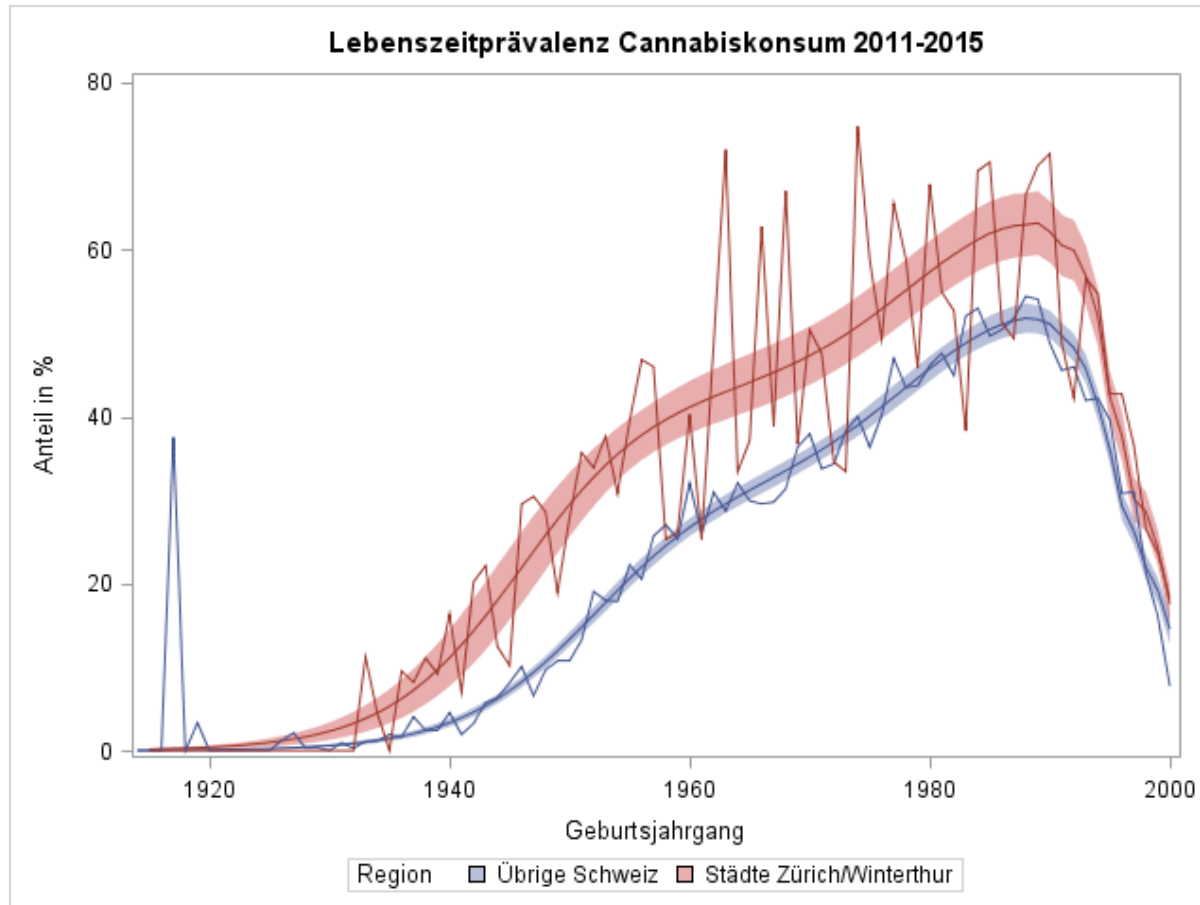
Die Regulierung von Nikotinprodukten sollte so gestaltet werden, dass

- **sie so viele Raucher wie möglich ermutigt mit dem Rauchen und jeglichem Nikotinkonsum aufzuhören,**
- **Sie jene die nicht Aufhören können ermutigt, Nikotin auf eine sicherere Art zu konsumieren,**
- **der Konsum von Nikotin durch Menschen, die sonst keine Nikotinprodukte verwenden würden, minimiert wird.**

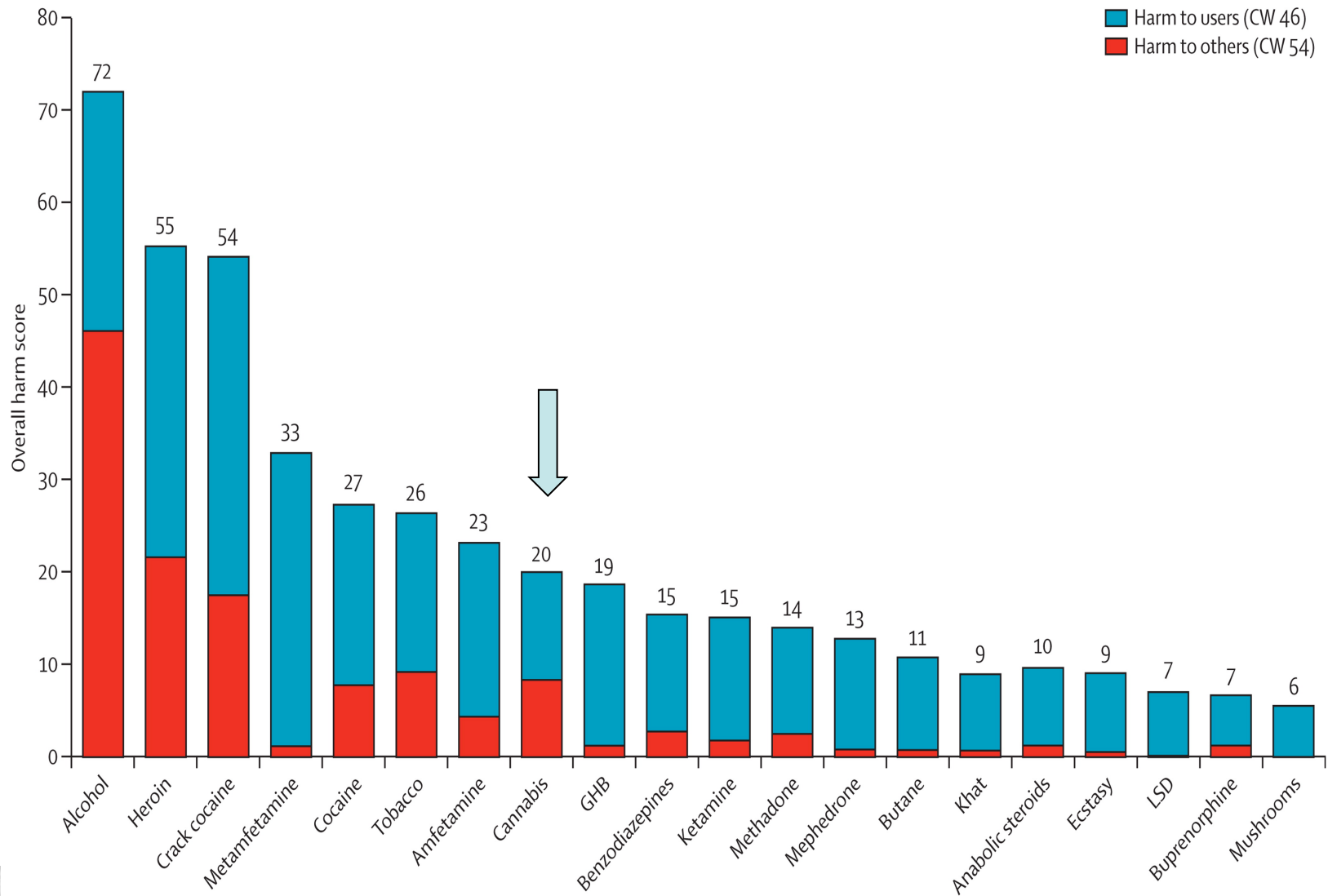
Prävalenz des Cannabiskonsums



Prävalenz des Cannabiskonsums



Schaden durch verschiedene psychotrope Substanzen



[Nutt et al. The Lancet 2010; 376:1558-1565](#)



Can we make cannabis safer?



Amir Englund, Tom P Freeman, Robin M Murray, Philip McGuire

Cannabis use and related problems are on the rise globally alongside an increase in the potency of cannabis sold on both black and legal markets. Additionally, there has been a shift towards abandoning prohibition for a less punitive and more permissive legal stance on cannabis, such as decriminalisation and legalisation. It is therefore crucial that we explore new and innovative ways to reduce harm. Research has found cannabis with high concentrations of its

Lancet Psychiatry 2017
Published Online
March 1, 2017
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30075-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30075-5)

Risiken bzw. mögliche Folgen des Cannabiskonsums

- *Abhängigkeitsentwicklung*
- *Einfluss auf Kognition*
- *Psychose*
- *begleitender Tabakkonsum*
- *Risiken v.a. in Verbindung mit hohem THC-Gehalt, Cannabidiol (CBD) scheint Risiko für Folgeerscheinungen zu mindern*

Can we make cannabis safer?



Amir Englund, Tom P Freeman, Robin M Murray, Philip McGuire

Cannabis use and related problems are on the rise globally alongside an increase in the potency of cannabis sold on both black and legal markets. Additionally, there has been a shift towards abandoning prohibition for a less punitive and more permissive legal stance on cannabis, such as decriminalisation and legalisation. It is therefore crucial that we explore new and innovative ways to reduce harm. Research has found cannabis with high concentrations of its

Lancet Psychiatry 2017
Published Online
March 1, 2017
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30075-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30075-5)

Vorschläge zur Harm Reduction:

Andere Konsumformen (z.B. Vaporisatoren: Reduktion des Co-Tabakkonsums, evtl. Reduktion des Suchtpotentials)

Produkte mit definiertem THC-Gehalt/Anteil an CBD

Weitere Forschung, um den Einfluss von THC/CBD-Verhältnis auf Abhängigkeit, Kognition und Psychoserisiko besser zu verstehen

