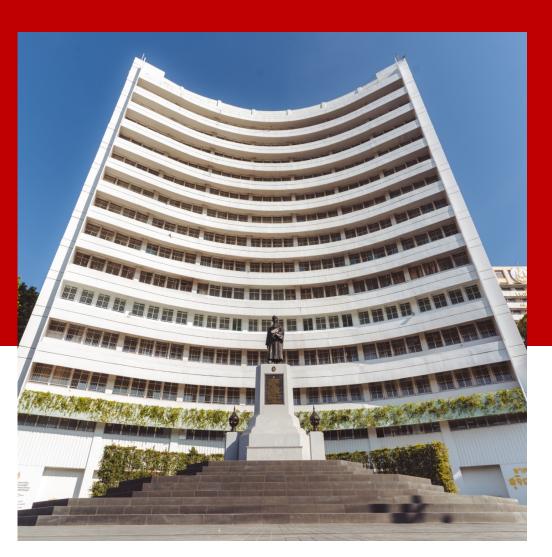
การสัมมนาทางไกล (Virtual seminar) เรื่อง นโยบายและมาตรการบำบัดผู้เสพติดฝิ่น/เฮโรอีนด้วยยาbuprenorphine/naloxone

Training program for pilot sites



รศ.พญ.สุรินทร์พร ลิขิตเสกียร ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Sep 13, 2021: รูปแบบการอบรม Online



O1 Background and introduction

02 Training for prescriber

O3 SOP Training





Buprenorphine pharmacotherapy training



Medication Assisted Treatment of Opioid Dependence (MATOD)

prescriber training

Reference:

- 1. RACGP (Royal Australian College of General Practitioner
- 2. National guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence
- 3. Policy for maintenance pharmacotherapy for opioid dependence
- 4. National clinical guidelines and procedures for the use of buprenorphine in the maintenance treatment of opioid dependence (2014)



MATOD prescriber training

RACGP

การฝึกอบรมมาตรฐาน

Module 1. Theory: enable GPs to identify and assess patients, stabilize withdrawal and maintain support, while also ensuring that best practice and quality procedures are demonstrated. The module will provide prescribers with the information needed to safely prescribe opioids.

Module 2. Skill training: The Skill Development component occurs face to face and uses scenarios involving initial assessment, initiation and review of MATOD treatment. This comprehensive training workshop that outlines the benefits and risks of the opioid pharmacotherapy program, and teaches participants to recognise and respond to problematic opioid use and implement safe prescribing practices



Buprenorphine pharmacotherapy training*

Introduction 1 hr. (onsite/online)

Opioid Dependence and and harm minimization

Treatment option for opioid user

Training for prescriber 2 hr. (onsite/online)

Clinical assessment

Review of pharmacology

Buprenorphine treatment

SOP training — 3hr (onsite)

*สำหรับโครงการ Buprenorphine assisted treatment for Thai opioid/opiate users

Duration: 1 day





Part 1

Dependence & Harm minimization Treatment for opioid use disorder

Substance related disorder (DSM-5)

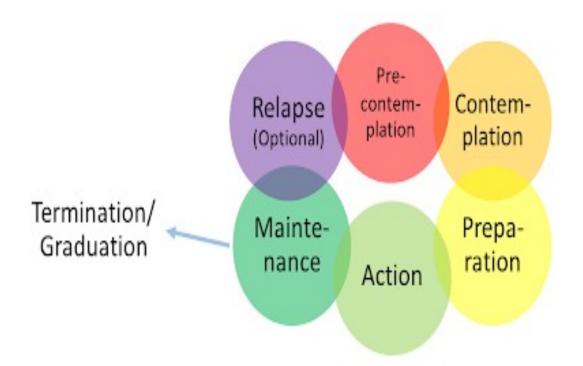
- Substance Use disorder: [impaired control, social impairment, risky use, and pharmacological criteria]
- 2. Substance-induced disorder (intoxication & withdrawal)

Opioid use disorder (DSM-5)

- Take the substance in larger amounts or over a longer period than was originally intended
- Express a persistent desire to cut down or regulate substance use and may report multiple unsuccessful efforts to decrease of discontinue use.
- Spend a great deal of time obtaining/using the substance or recovering from its effects.
- Craving, or a strong desire or urge to use substances
- 5. Recurrent use may result in a failure to fulfill major role obligations at work, school or home.
- Continue use despite having persistent problems caused by the effects of the substance 6.
- Important social activities may be given up because of substance use
- Recurrent substance use in situations in which it is physically harzardous 8.
- Continue use despite knowledge of having a recurrent problem that is likely to have been 9. caused or exacerbated by the substance.
- 10 Tolerance
- Withdrawal

Stage of change model

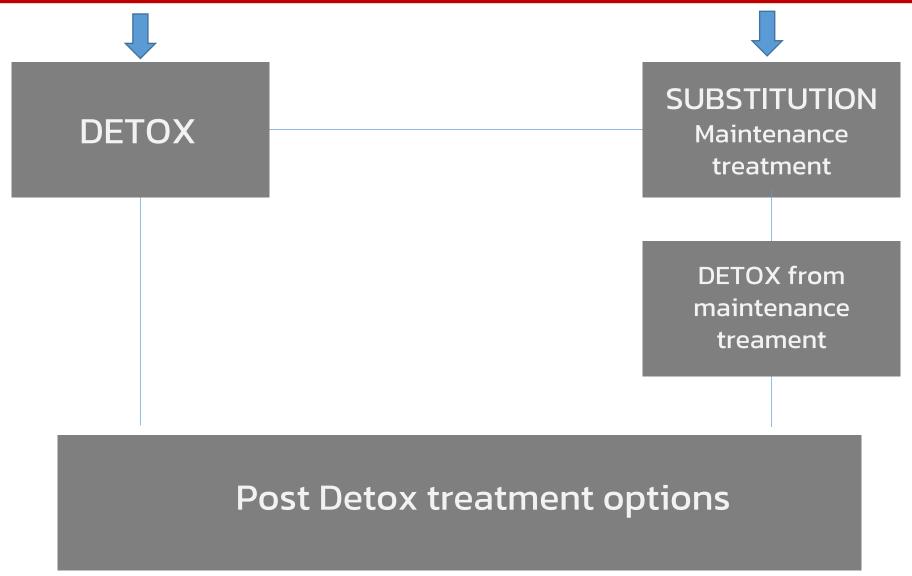
The Stages of Change



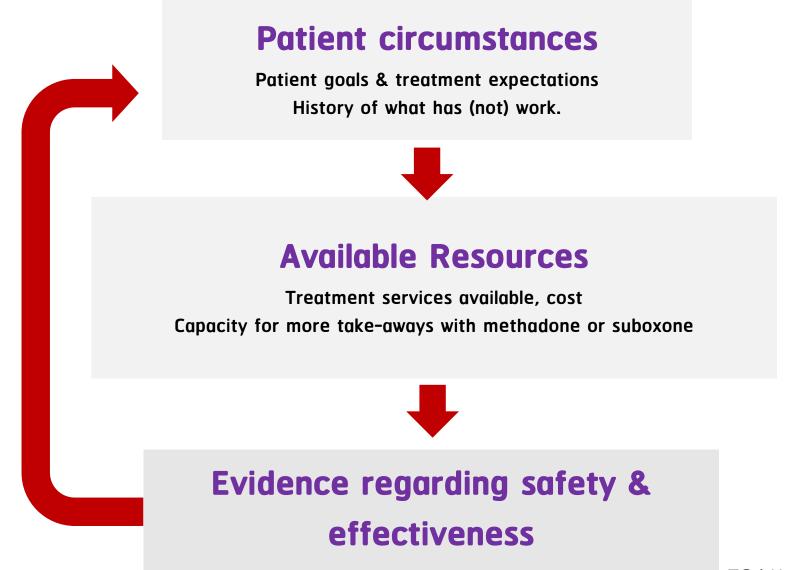




Treatment pathways for dependent opioid users



Selecting treatment modalities



Comparing treatment



- Effect on opioid use
- Duration of treatment
- Retention rate
- Mortality
- Goal

- No intervention
- 2. Withdrawal
- 3. Methadone Maintenance
- 4. Buprenorphine Maintenance
- 5. Residential Rehab



Г

Role
Key features
Conducting assessments

Role of assessment

Two key functions

- Ascertain valid information, to identify most suitable management plan
- Engage patient in treatment process
 - Establishing rapport
 - Facilitating treatment plans



Key features of the assessment

- Presenting problem
- Drug use (all drug classes)
 - ชนิด ปริมาณ ความถี่ วิธีใช้
 - ระยะเวลาที่ใช้ ใช่ครั้งสุดท้าย
- Dependence and neuroadaptation severity
- Risk practices / other conditions impacting upon treatment
 - ประวัติความเจ็บป่วย โรคทางกาย โรคทางจิตเวช
 - ประวัติ ส่วนตัว สังคม
- Patient goals / expectation

Conducting assessment

Conducting assessment

- History
- Examination
- Investigations
- Do not attempt to assess an intoxicated patient
- Seek specialist advice or refer if complex presentation or any concerns

HISTORY

- ประวัติเที่ยวกับการใช้สารเสพติด
- ประวัติการรักษาที่ผ่านมา
- ประวัติโรคร่วมทางจิตเวช
- ประวัติเที่ยวทับสุขภาพและโรคทางทาย
- ประวัติครอบครัวและสังคม
- การตรวจร่างกาย และสภาพจิต
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ความถี่ วิธีการเสพ ปริมาณที่ใช้
- การเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาที่ผ่านมา
- เวลาและปริมาณที่ใช้ครั้งสุดท้าย
- ประวัติอาการถอนยา รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการถอนยา
- สารเสพติดชนิดอื่นๆ ที่ใช้ร่วม (polysubstance)
- ประวัติการบำบัดรักษาสุรายาเสพติดทั้งในอดีตและปัจจุบัน
- ความพยายามเลิก เคยมีช่วงที่หยุดเสพได้หรือไม่และเมื่อใด
- แรงจูงใจในการเลิกเสพ

Г

Physical Examination

- สัญญาณชีพ (Vital signs)
- ระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness)
- อาการแสดงของการเมา (intoxication) หรือการถอน (withdrawal) สุรายาเสพติด
- การประเมินทางระบบประสาท และโรคร่วมทางกาย
- ภาวะสมดุลของน้ำ และภาวะด้านโภชนาการ
- ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต (Past medical history)

Clinical assessment

Mental Examination

- วินิจฉัยแยกโรคจาก โรคทางจิตเวชอื่นๆ
- ประเมินเที่ยวทับ:
 - ปัญหาจิตเวช / ปัญหาสุขภาพจิตในอดีต เช่น depression, panic attacks, anxiety disorder, bipolar disorder, schizophrenia
- <u>โรคทางทาย/ การรักษา /ทารนอน รพ.</u>
- ยาที่ได้รับ
- ประวัติและโรคทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว

Review of pharmacology

- Classification of opioids
- Pharmacological & clinical properties for methadone and buprenorphine
- Comparison of methadone and buprenorphine profiles



Opioid pharmacology

<u>Methadone</u>

Buprenophine

- Full agonist
- Affinity comparable to heroin

- Partial agonist at mu opiod receptor
- Affinity >>>> methadone /heroin
- Affinity comparable to naloxone / naltrexone

Pharmacological & clinical properties

Methadone and buprenorphine

- Substitute for opioid / heroin use
- Opiate-like effects
- Blocks effects of other opiates
- Long duration of action
- Side effect

- Prevents withdrawal. Used in maintenance or withdrawal
- Reduces cravings, Increases treatment retention
- Reduces heroin use
- Daily of alternate day dosing possible
- Typical opiates, less sedating, safer in overdose

Buprenorphine for maintenance treatment

- Induction onto buprenorphine Rx
- Stabilization
- Maintenance dosing
- Unsupervised doses
- Missed dose
- Withdrawal from BPN maintenance Rx





SOP training

Standard Operating Procedure for Oral Substitution Therapy with Buprenorphine



Obtain substance

- All drugs used, including ethanol (EtOH), nicotine. benzodiazapines
- Age and amount of first use, current use
- Any periods of abstinence
- Treatment history
- Goals

ASSESSMENT

Suboxone

- Combination of buprenorphine and naloxone at ratio of 4:1
- Available in 2.0 mg/0.5 mg and 8 mg/2 mg sublingual (SL) tablets
- Tablets may be split if necessary
- May take up to 10 min to dissolve completely (no talking, smoking, or swallowing at this time)
- Absorption better with moistened mouth
- Naloxone prevents IM/IV diversion of drug and is not active when taken SL, so does not protect patient from overdose
- Max dose approved in Canada 24 mg/6 mg daily



Rule out contraindications

Check PharmaNet

- Allergy to Suboxone
- · Pregnancy (relative contraindication to induction but not to continuation)
- Severe liver dysfunction
- Severe respiratory distress
- Acute EtOH intoxication



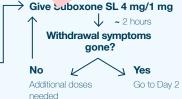
Order/review lab test re

INDUCTION: DAY 1

- 1-2 days required for baseline
- Day 1 max dose 12 mg/3 mg

Confirm

- J COWS* score > 12
- √ No contraindications
- √ No long-acting opioids used for > 30 hours



*COWS = clinical opiate withdrawal scale

A validated clinical tool used to determine severity of opiate withdrawal, available free online at www.bccsu.ca/wp-content/ uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf (see Appendix 6 of A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder)

Precipitated withdrawal

• Can occur due to replacement of full opioid receptor agonist (e.g., heroin, fentanyl, morphine) with partial agonist that binds with a higher affinity (e.g., Suboxone, methadone)

Symptoms

- Similar to opiate withdrawal (i.e., increased heart rate, sweating, agitation, diarrhea, tremor, unease. restlessness, tearing, runny nose, vomiting, goose flesh)
- Can range from mild to severe
- Can be very distressing and discouraging for patients
- Largely reversible with higher doses of Suboxone or other opioid
- Avoid by ensuring adequate withdrawal before induction (COWS > 12), starting Suboxone at a lower dose (2.0 mg/0.5 mg), and reassessing more frequently

Treatment

- Explain what has happened
- Provide empathetic/compassionate/apologetic support
- Manage symptoms with clonidine, loperamide, Avoid benzodiazepines
- Encourage/motivate patient to try again soon

