

Substitutionsforum 5.-6.4.2008 Schloss Mondsee Workshop 1

Leiter: Prof.Springer

Moderation und Protokoll: Dr.Fuchs

„Evidenzbasierte Medizin und Praktische Erfahrung“

Vier Fragen dazu:

1. Was erwarten wir uns von der Forschung?

2. Wie kann die Forschung zur Substitutionstherapie weiter entwickelt werden?

3. Wie können wir dazu beitragen?

4. Was können wir machen, um wieder gehört zu werden?

Das , was wir Ärzte tun, wird zunehmend verschwiegen und durch sogenannte EBM ersetzt. EBM wird als Waffe verwendet gegen uns.

Das führt durch die Forderung nach sog. objektiven Kriterien zu Angriffen.

Gesundheitswissenschaft: Es dringen alle ein ins Case Management.

Welche Levels der EBM sind gültig?

z.B. Kriterium: „Haltedauer in der Arzt-Patient-Beziehung“

Studien zur Arzt-Patient-Beziehung in der Substitutionstherapie?

Man muss sich soziale Gegebenheiten anschauen.

Interventional Interviewing ist eine Technik als Angebot zur Arzt-Patient-Beziehung.

Das , was wir jeden Tag ganz normal tun, ist wirksam, erscheint aber uninteressant.

Probate Dinge beschreiben, dokumentieren.

Sozialwissenschaftliche Theorien- es ist wahnsinnig viel da. Man müsste es zusammen schauen.

Wissenschaftliche Studie , wie es mit dem Alltag von Substitutionspatienten aussieht.

Erfassung des Status quo mit den elaborierten sozialwissenschaftlichen Methoden.

Soziale Gegebenheiten-

Arzt ist Kommunikator in einem Sozialwesen

Alle sozialen Schichten sind im Suchtbereich repräsentiert.

Die Forschung gibt es nicht, wird nicht finanziert, ist offenbar nicht erwünscht.

Es wäre auch wichtig, die Erforschung der Einstellungen der Patienten als Voraussetzung für Arzt-Patientenverhältnisse.

Ideologie: Jeder macht das, was er glaubt, das es dem Patienten am besten hilft.

Durch Erfahrung und Literatur kommen wir zu unseren Alltagsentscheidungen- Medical Opinion.

Allgemeinbildung hilft sehr bei der Arbeit mit Patienten.

Größtes gegenwärtiges Problem: Sozialversicherung, Zuteilung von Therapie, Mitgaberegulungen.

Mittelbarkeit- Niederschreiben?

Qualitative Forschung bei Ärzten, die substituieren, würde gerade auch diese Aspekte umfassen.

Interdisziplinäre Forschungsarbeit.

Sozialpsychiatrische Grundprinzipien.

Gesundheitsökonomie: Case-Management

Viele unserer Kollegen haben nach Inkrafttreten ihre Patienten hinausgeworfen „Sie dürfen nicht mehr verschreiben“

Es ist wichtig, die Kollegen zu motivieren.

Es ist wichtig, dass sie in einem institutionellen Kontext arbeiten, in dem sie nicht allein gelassen sind.

Auch im Burgenland haben Kollegen die Substitutionstherapie aufgegeben.

Qualitätszirkel vom PSD für niedergelassene Ärzte. Patienten nicht stigmatisieren.

Wir versuchen, gemeinsam etwas sinnvolles zustande zu bringen.

Es sind Anekdoten, es braucht Erfahrungsberichte, es braucht ein Forschungsprojekt Österreich-weit.

Substanzbezogene Forschung?

Zuviel Angst bei den Ärzten.

Es fehlt die Zeit.

Die Einzelfallbeschreibung braucht viel Zeit.

Die Sucht ist ein individueller Prozess.

Ethnologische Interviews.

Muss das der Arzt selber machen?

Einzelfallstudien können zu statistischen Studien führen.

Wenn man für die Substitutionstherapie Level 1 Studien nicht braucht, dann ist es wichtig, welche Fragestellung welchen Level in der Evidenz erfordert.

Mediziner haben eine schlechte Ausbildung, was Wissenschaftlichkeit angeht.

EBM wird von Medizinern verwechselt mit Wissenschaftlichkeit.

Welche Vorstellungen von Wissenschaftlichkeit sind hier im Raum?

„Konsens“. Z.B. Benzodiazepinbehandlung im Rahmen der Suchtbehandlung.

Evaluierung der Substitutionsverordnung.

„Fragenkatalog wird erarbeitet mit Amtsärzten und Behandlern“- es bis heute noch nicht klar

Die derzeitige Fassung: Die Fragen sind zu schwierig. Keine Bundesländereigene Evaluation erwünscht.

Mitgaberegulierung hat zur Verschlimmerung für viele Patienten geführt.

Es wird der Eindruck entstanden, als wollte man die Behandlung eindämmen, und nicht den Zugang erleichtern.

Unterstützung durch Drogenkoordination.

Basisforschung: Interviews von ÄrztInnen.

Wie machen sie es, was denken sie sich dabei,

wie sehen sie ihren Behandlungserfolg? Wo sehen sie ihre Probleme?

Sündenbock.

Diffamierung ist verboten.

Die Schwächung des Selbstwertgefühls ist gefährlich.

Sucht ist eine Krankheit – Sucht ist ein Laster.

Dieselbe Situation wie 1880.

Die Problematik der Medien- warum ist so wenig Bereitschaft da, die Medienberichte zu korrigieren.

In den Medien ist das Bild der Droge ein Bild der Zerstörung.

Resultate der Suchtmedizin: Positive Meldungen kommen nicht.

Die Auseinandersetzung ist nötig. An der Tradition der wissenschaftlichen Diskussion wird nicht angeknüpft.

Es ist gesichertes Medizinisches Wissen, dass die Mortalität sinkt, auch nach dem ÖBIG-Bericht. - Es interessiert nicht.

Es wäre noch viel zu erforschen.

Es ist in der Politik, vor den Wahlen, die Büchse der Pandora, um den Wählern Angst zu machen. Der öffentliche Diskurs richtet sich nach der Aktualität. Wissenschaftliche Interviews steigern auch das Selbstwertgefühl.

- **Medikamentenforschung incl. Applikationsforschung**
- **Sozialwissenschaftliche Forschung, Qualitative Forschung**
- **Qualitätsforschung : Kartireview und klinisches Interview**
- **Versorgungsforschung**
- **Strukturforschung**
- **Ideologiekritik, Motivforschung**
- **Erforschung der Entscheidungsträger Entscheidungsforschung**
- **Wissenschaftskritik, Legitimation**
- **Gesundheitsökonomische Forschung: Case Management**
- **Medizinisch- psychologische Forschung**
- **Psychotherapieforschung**
- **Netzwerkforschung**

Das Schweizer Heroinprojekt hat sehr viele Fragen generiert.

Darin sind bereits alle relevanten Fragen vorformuliert.

Es hat etwas gebracht: Die Substitutionstherapie läuft in der Schweiz auf einem vernünftigen Level. Auch die Delinquenzbelastung wurde erforscht.

Das kam in die Medien und wurde von der Bevölkerung durch Volksentscheid bestätigt.

Wie kann man den Umgang mit den Patienten darstellen und damit auch die Praxis aufwerten.

Auch das Projekt selbst beforschen.

Das müsste von einem Institut ausgehen.

ÖGABS.

Patientenfragebögen zur Patientenzufriedenheit

Wie in allen Spitalsabteilungen

Als ersten Schritt bietet ÖGABS ein Forum zum Erfahrungsaustausch an.

Dokumentiertes Material.

Formular in ÖGABS-Website.

Anekdoten, die nebeneinander gestellt werden.

Gesundheitsdatenschutz.AMS.

ARGE-DATEN Kooperation.

Solche Situationen haben Rückwirkungen auf die Arzt-Patientenbeziehungen.

Es müsste in der ÖGABS jemand für bestimmte Nachrichten zuständig sind.

Hinterfragung der Levels –

Es ist notwendig, andere, als die höchsten Levels zu entwickeln. Damit man sie anbieten kann.

Dokumente sind auch Biografien, in denen der individuelle Nutzen durch die Substitutionstherapie zur Darstellung kommt.

Gemeinsame Interviews von Arzt und Patient.

Was können wir für uns tun?

Wer könnte Auftraggeber sein für diese Forschung?

ÖGABS könnte ein Konzept erarbeiten für ein Forschungsprojekt, um Förderung einreichen und durchführen.

Positive Präsentation.

Wer hat daran ein Interesse?

Dr. Zeder hat in Graz vor einem Jahr das Projekt dem Gemeinderat vorgestellt.

Die Medien haben das nicht aufgegriffen.

Drogenkoordinatoren haben eine Struktur, um mit den Medien zu kommunizieren.
Einzelne Patienten haben gezeigt, wie unspektakulär seine Krankheit verläuft.
Das haben Kronenzeitung und Kurier banal betitelt: „Drogenalarm in der Küche: Mama, der Papa junkt in der Küche“
Medienarbeit- es wird anders über Suizid berichtet, und es gibt jetzt mehr Nachahmungstäter.
Es gibt ein Projekt mit dem Joanneum zur Medienarbeit.

Auswirkung von Medienberichterstattung auf Substitutionstherapie
Zugang zu den Medien läuft manchmal über Starjournalisten , z.B.Langbein
Es wäre interessant, Prof. Sonnek zu fragen, wie er die U-Bahn - Selbstmorde bis heute aus den Medien herausbekommen hat.

Suchtbericht wird von den Medien berichtet und von Politikern Maßnahmenempfehlungen verlangt und nachgefragt, ob die auch eingehalten wurden.
Die Bewegungsfreiheit einzelner Journalisten ist sehr gering.

Was hat mich vor dem Burnout gerettet.
Es ist die Überzeugung, dass das, was ich mache, sinnvoll ist.
Die Rahmenbedingungen verändern.
Das ist sehr anstrengend.
Das kann man nicht von jedem erwarten.

Evidenzgewinnung durch Erfahrung- Rote Hand-System. Bei Morphinen wurde das Nichtmelden als Unwilligkeit der Ärzte interpretiert, mitzuwirken.

1. **Zusammentragen von Erfahrungswerten zur Arzneimittelinteraktionen von Psychopharmaka und Substitutionsmitteln z.B.Seretonerge Wirkungen , durch ÖGABS Website – das spielt bei der Wahl des Substitutionsmittel eine Rolle**

2. **Spiegelmessungen**

3. **Datenschutzrecht – Projekt in der Steiermark**

4. **Computerdokumentation**

5. **Einheitliche Dokumentation**

Minimaldokumentation Standardisieren, ohne von Kollegen zu verlangen, ihre gesamte Dokumentation in eine wissenschaftliche Form zu bringen.

Andere Frage : Welche Levels sind in der täglichen Praxis vorhanden.

- 6.**Kollegen werden aufgefordert, einen positiven Case Report zu schicken.**

Unterstützung von der ÖGABS

Zur Auswertung der Dokumentation

- 7.**Zusammenarbeit mit Universitätskliniken**

Man muss es nicht alles selber machen- z.B. Ausschreibung an das kulturanthropologische Institut

8. **Dotiertes Forschungsprojekt.**

Forschungspolitisch ist es ein schwieriges Problem

Gleichzeitig , parallel, Diplomarbeit und gefördertes Projekt

Methodenvorbereitung wird nicht gefördert

Es kann sein, dass für die Jury eines medizinisch-wissenschaftlichen Fonds die Fragestellung und die Methode nicht relevant sind.

9. **Sozialwissenschaftler: Ergebnisse können für Medien interessanter formuliert werden**

Die neue ärztliche Kunst ist, gleichzeitig medizinische Fragestellungen aufrecht zu erhalten.

**Medizinische Forschung wird traditionell zur Publikation in erstgereihten
Medizinischen Journals verfasst.
10. Literaturliste auf ÖGABS-Homepage.**