



QPCN – Quality Patient Care Network

Univ. Prof. Dr. Gabriele Fischer

Was ist das Quality Patient Care Network?

- Ein internationales Netzwerk gleichgestellter MedizinerInnen bzw. im Gesundheitssystem Tätiger (Peer-to-Peer), die mit Substanzabhängigen arbeiten.
- Die Initiative bietet Fortbildungen zu grundlegenden Fragen der Behandlung von Substanzabhängigkeit an, mit spezieller Berücksichtigung Opioidabhängiger
 - Sie bietet Unterstützung vor Ort und Begleitung durch ein Netzwerk praxiserfahrener ÄrztInnen, AmtsärztInnen, ApothekerInnen, JuristInnen, Exekutive, JournalistInnen, Industrie etc.
- Die Pilotphase der QPCN-Initiative wurde in fünf europäischen Ländern durchgeführt
 - Deutschland, Frankreich, Italien, Spanien und Großbritannien
- Im Jahr 2012 schlossen sich auch Österreich, Griechenland, Portugal und Skandinavien an
- **Seit 01.03.2013 in Österreich verfügbar**

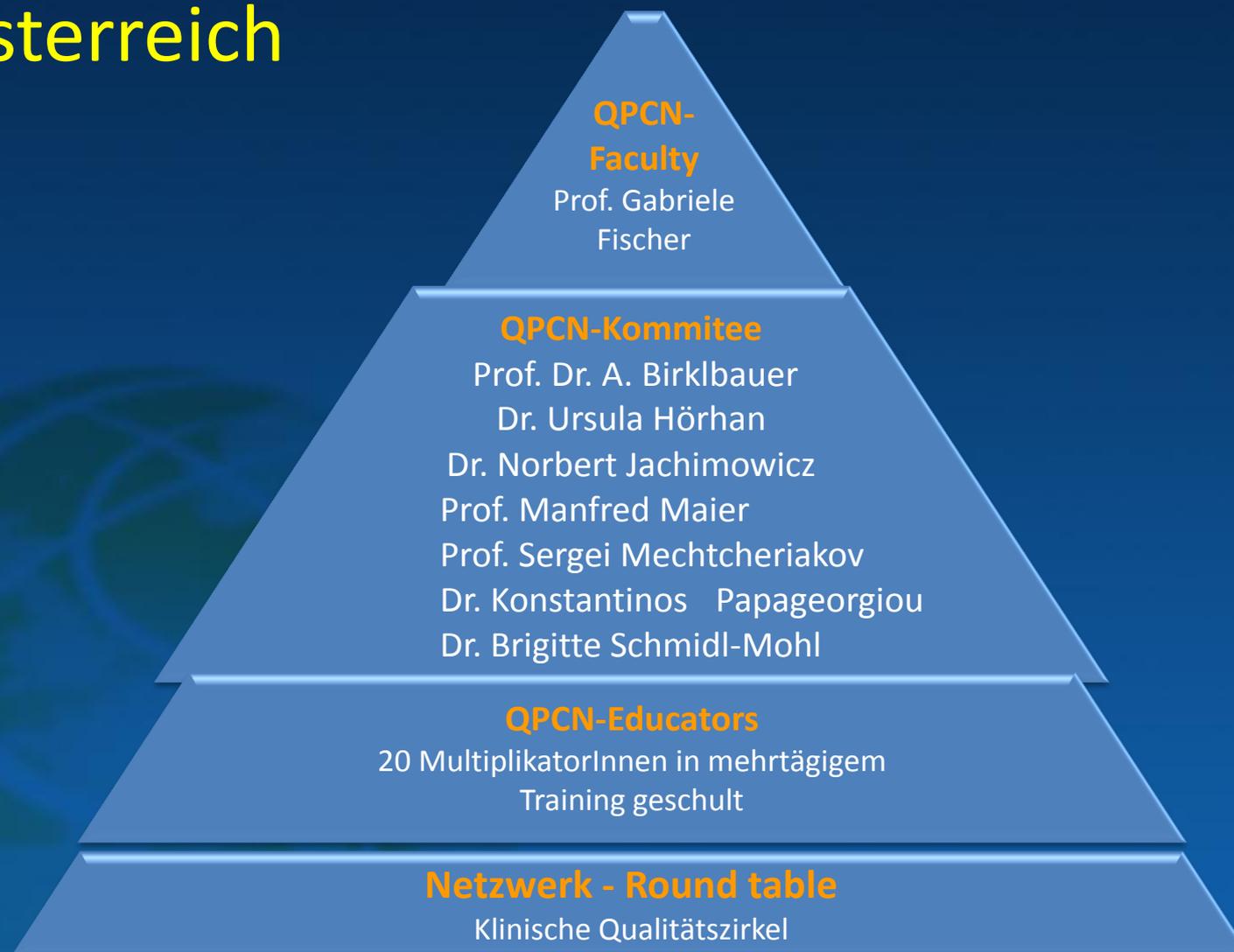
Ziel der QPCN-Initiative ist es ...

- Einen verbesserten Diagnose,- und Behandlungszugang suchtkranker Patienten zu ermöglichen, um die Versorgung durch standardisiert geschulte Personen zu optimieren.
- Die Sicherheit und Kompetenz verordnender Ärztinnen und Ärzten in der Anwendung aller verfügbaren therapeutischen Instrumentarien zu fördern.
- Ein Netzwerk zu schaffen, wo MedizinerInnen und erweiterte Gesundheitsberufe in direkter Verbindung stehen und ihren KollegInnen kontinuierlich Training, Unterstützung und Begleitung als Educators bieten können.
- Ärztinnen und Ärzten Instrumentarien zur Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses in die Hand zu geben (Empathie bei korrekter professioneller Distanz)

Wer sind die Beteiligten?

- QPCN-Faculty
 - Internationale Fachleute mit Expertise auf klinischem Gebiet, in der Forschung und in der medizinischen/psychoedukativen/juristischen Aus- und Weiterbildung
 - Sie ist zuständig für die Fortbildungsinhalte, die im Konsens abgestimmt werden, und die Einrichtung von landesweiten QPCN-Komitees
- PCM Healthcare Group
 - Sekretariat, organisatorische Unterstützung der QPCN-Faculty
 - Lokal in Österreich: Laura Brandt (laura.brandt@meduniwien.ac.at)
- QPNC- Lokales Komitee: 8 Personen
 - Stimmt in mehrtägigen Workshops den international akkreditierten Inhalt bzgl Sprache ab (deutsche Übersetzung durch PCM Healthcare)
- QPCN- Educators wurden vom lokalen Komitee in zweitägigem Workshop geschult
- Finanzielle Unterstützung zur Durchführung von „MultiplikatorInnenzirkel“- „Round Table“ durch Industrie (GerotLannach, Mundipharma, ReckittBenckiser)
 - *Industrie hat keinen inhaltlichen Einfluss, unterstützt aber Technik und Lokalität für Fortbildungszirkel.*

Struktur der QPCN-Initiative in Österreich



QPCN Educators

- Dr. Melitta Bohn-Rieder (W)
- Dr. Werner Friedl (St)
- Dr. Manfred Fuks (NÖ)
- Dr. Josef Hinterhölzl (T)
- Dr. Rolf Jens (W)
- Prim.Dr. Christian Korbel (NÖ)
- Mag. Ilona Leitner (W)
- Dr. Rafael Linser (V)
- Dr. Eugen Patek (NÖ)
- Dr. Jörg Pruckner (St)
- Dr. Shird-Dieter Schindler (W)
- Dr. Elisabeth Schütz (NÖ)
- Dr. Liane Standl (S)
- Dr. Wolfgang Werner (W)
- Dr. Max Wudy (NÖ)
- Dr. Susanne Zadro-Jäger (W)

Status Quo

- Die Module wurden von der internationalen Faculty erstellt und nach intensiver Durchsicht des nationalen QPCN Komitees für geschulte Educators freigegeben
- Ab sofort wird in allen Bundesländern ein durch die Österreichische Ärztekammer akkreditiertes Fortbildungsprogramm mit den 8 Modulen starten
- Einzelne Inhalte sind auf nationale Gegebenheiten abgestimmt (z.B. rechtliche Rahmenbedingungen), die allerdings auch von der internationalen Faculty akkreditiert wurden

Grundsätze der Qualitätsinitiative Patientenversorgung

- Erkennung von Bedürfnissen und Wünschen der PatientInnen und Abstimmung darauf
- Zielorientierung anstelle von Verfahrenorientierung
 - So ist die Detoxifizierung etwa ein Verfahren, kein Ziel
- Beurteilung und Handhabung komplizierter PatientInnenfälle mit zusätzlichen klinischen Problemen. Dazu kann gegebenenfalls auch die Überweisung an Spezialeinrichtungen gehören.
 - Erschwerende Faktoren können u.a. psychiatrische Komorbiditäten, Infektionen, Schwangerschaft, sonstige Abhängigkeiten und chronische Schmerzen sein.
 - Juristische Richtlinie
- Beruht auf Mentoring und Expertise von FachkollegInnen für MedizinerInnen
- 8 Module sind zertifiziert verfügbar (> 600 Folien)

Das Curriculum

- Acht Fortbildungsmodule in Form von Powerpoint-Foliensätzen
 1. Substanzabhängigkeit – Einführung
 2. Einstellung (Induktion), Stabilisierung und Umstellung von Medikation
 3. Behandlungsstrategien und Rückfallprävention
 4. Detoxifizierung
 5. OET: Sicherheit und Nebenwirkungen
 6. Komplexe Präsentationen – (Komorbiditäten etc.)
 7. Handhabung von Arzneimittel- und Drogenmissbrauch
 8. Juristische Aspekte
- Jeder Foliensatz besteht aus Kernfolien mit den Hauptaussagen und Datenfolien, die weitere Hintergrundinformationen und klinische Belege enthalten.

Round-Table-Gespräche

- Die QPCN-Mentoren werden kleine Gesprächsrunden leiten, die aus 4–ca 20 Teilnehmern bestehen
- Die Tagungen werden sich mit spezifischen lokalen Belangen und Wissensdefiziten befassen
- Evidenzbasiert, klinisch und praxisgerichtet zur Erweiterung fachlicher Kompetenzen (nicht datenlastig und überfrachtet)
- Treten nicht in Konkurrenz zu in den Ländern vorhandenen Ausbildungsstrukturen
- Unkompliziert und patientenorientiert
 - Beinhalten auch Tipps zum Aufbau therapeutischer Beziehungen
 - Sind weder einschüchternd, noch zu komplex oder fortgeschritten für verschreibende Ärzte mit weniger Erfahrung
 - Auch für Nicht-MedizinerInnen geeignet

Identifizieren des Schulungsbedarfs

- Identifizieren des Bedarfs an lokalen Round-Table-Gesprächen
 - Fragen/Bedenken, die im Rahmen Ihrer regelmäßigen Zusammenarbeit mit Ihren Kolleginnen und Kollegen vor Ort zur Sprache kamen
 - Direkte Ansätze von Seiten lokaler Ärzte oder mit Suchtthemen befasster Personen
 - Anfragen lokaler Ärzte auch über Clinical-Liaison-Mitarbeiter der Industrie
 - Anmeldungen und Anfragen über www.QPCN.eu bzw. lokal: www.sucht-news.at bzw. laura.brandt@meduniwien.ac.at
 - Funktion „Treffen anfordern“
 - *Häufigkeit der Treffen richtet sich nach:*
 - dem Ausmaß lokaler Nachfrage
 - Ihrem eigenen Terminkalender

Vorbereitung auf ein Treffen

- Lokale Belange identifizieren und unter einem Leitmotiv zusammenfassen
 - z.B. Umstellung von einer medikamentösen Behandlung auf eine andere
- Lehrgangsressourcen zur Gestaltung der geeigneten Inhalte für das Treffen heranziehen
- Sofern erforderlich, Kollegen oder das österreichische QPCN-Komitee um Orientierungshilfe bitten – siehe www.sucht-news.at oder persönlich laura.brandt@meduniwien.ac.at

Durchführung eines Treffens

- Informelle, interaktive Erörterungen, z.B.:
 - Mit zwei Kollegen eine Stunde lang beim Mittagessen treffen
 - Kleines Treffen nach Feierabend für Mitarbeiter einer Beratungsstelle für Suchtkranke
- Inhalt wird von den Teilnehmern bestimmt
 - Realitätstreue: Verwenden Sie eigene Fälle der Teilnehmer
 - Lokale Schwierigkeiten und Wissensdefizite
- Verwenden Sie die QPCN-Ressourcen:
 - Um Fragen zu beantworten, nicht um einen Vortrag zu halten
 - Um über Hotlinks zusätzliches Datenmaterial zu sichten, doch nur bei Fragen bzw. Interesse
 - Stellen Sie immer die Verbindung zwischen Belegen und den praktischen klinischen Implikationen her
 - Passen Sie die Treffen spezifisch für die jeweilige Zielgruppe an
- Rat und Hilfestellung zur Durchführung von Treffen bekommen Sie vom QPCN-Komitee oder anderen Mentoren im QPCN (www.sucht-news.at)

Rolle der Clinical-Liaison-Mitarbeiter von der Industrie (GerotLannach, Mundipharma, Reckitt Benckiser)

- Sie machen sich die Unterstützung der QPCN-Mentoren zur Aufgabe
- Sie berichten den QPCN-Mentoren über Themen, Fragen und Fortbildungsbedarf vor Ort
 - von denen sie im Umgang mit der Medizinergemeinde vor Ort erfahren
- Sie geben logistische Unterstützung und helfen mit Einladungen zu Round-Table-Treffen,
 - z.B. buchen sie Tagungsräume



Beispiele

z B. Komplexe Präsentationen - Inhalt

- Diagnostizierung und geeignete Behandlung von PatientInnen mit Blick auf Komorbiditäten wie:
 - Somatische Komorbidität
 - Schwangerschaft
 - Mehrfach-Abhängigkeiten (inklusive Alkohol)
 - Schmerzerkrankung
 - Psychiatrische Komorbidität
 - Schwere psychosoziale Probleme

Was heißt therapeutische Dosierung?

- Eine therapeutische Dosis reicht aus, um:
 - Entzugsbeschwerden während des gesamten Zeitraums zwischen den Einzelgaben zu beseitigen
 - Substanzverlangen zu unterdrücken bzw. auszuschalten
 - Heroinkonsum durch optimale Opiatblockade zu reduzieren oder vollständig zu eliminieren
 - Nebenwirkungen (einer Unter- oder Überdosierung des Präparats) zu vermeiden
- Sollen die Behandlungsziele erreicht werden, sind sowohl eine therapeutische Dosierung als auch psychosoziale Veränderungen nötig
- Die Folge der Verordnung nicht-therapeutischer Dosierungen sind unzulängliche Ausgänge wie Abbruch, Rückfall oder Missbrauch

Gedanken zur therapeutischen Dosis

- Vincent Dole, 1988:
 - „Es gibt keinen stichhaltigen Grund dafür, Dosierungen zu verschreiben, die nur knapp ausreichen. Wie auch bei Antibiotika ist es grundsätzlich klug, so viel von dem Präparat zu verabreichen, dass der Erfolg gesichert ist.“

ABER ...

Gedanken zur therapeutischen Dosis

- Vincent Dole
 - Mancher meinte, ohne unsere Berichte sorgfältig gelesen zu haben, dass man einfach nur Methadon verabreichen müsse und der Süchtige dann kein Problem mehr sei Ich drängte drauf, dass Ärzte ihre Programme auf die Probleme zuschneiden sollten, mit denen sie es zu tun hatten. ... Die Dummheit, zu denken, dass die bloße Gabe von Methadon ein komplexes biopsychosoziales Problem mit lösen wird, ist mir unbegreiflich.

Wichtige Lernziele

- Erreichen eines Verständnisses:
 - der Tatsache, dass Opioidabhängigkeit eine chronisch rezidivierende Erkrankung ist
 - der unterschiedlichen Ziele und Herausforderungen bei der Opioid-Erhaltungstherapie und Entgiftung
 - der Wichtigkeit einer umfassenden Behandlung, die sowohl Medikamente als auch psychosoziale Aspekte beinhaltet, für die Erzielung optimaler Ergebnisse bei den Patienten

Wichtige Lernziele

- Entwicklung positiver Visualisierungsmethoden für die Beseitigung von Barrieren im Behandlungsfortschritt
- Erkennung wichtiger Erfolgsfaktoren zum Erreichen des Behandlungserfolgs
- Umfassendere Denkweise in Bezug auf Indikatoren für den Behandlungserfolg
- Erforschung verschiedener Aspekte der Genesung
- Erforschung der Wichtigkeit eines fachübergreifenden Teams für einen positiven Ausgang

Wichtige Lernziele

- Individualisierung der Behandlung für jeden Patienten.
- Verstehen, dass ein Rückfall effektiv behandelt werden kann.
- Identifizierung der Warnsignale für einen Rückfall und der objektiven Marker des Behandlungsfortschritts.
- Entwicklung wirksamer Strategien zur Überwachung der Patienten.
- Entwicklung einer positiven Einstellung zur Erwartung des Behandlungserfolgs.
- Grundlagen der Zusammenstellung einer Behandlungsvereinbarung.
- Grundlagen des motivationsgeleiteten Interviews, der Single Brief Intervention, des Contingency-Managements.

Wichtige Lernziele

- Verständnis der Gefühle von Patienten im Verlauf eines Vorgangs, den sie nicht verstehen bzw. über den sie keine ausreichenden Informationen haben.
- Erkennen, welche Informationen ein Patient zur Bestärkung des Therapieverbleibes bedarf

Wichtige Lernziele

- Unterscheidung zwischen beschleunigtem Entzug und Unterdosierung.
- Effiziente Vorbereitung eines Patienten auf eine Arzneimittelumstellung.
- Unterscheidung zwischen Buprenorphin- SROM- und Methadon-Induktion in Bezug auf Schnelligkeit und Risiken.
- Verständnis der Entzugserscheinungen und Beurteilung der zeitlichen Einstellung der ersten Buprenorphindosis.
- Verständnis der mit einer Umstellung von Buprenorphin zu Buprenorphin/Naloxon verbundenen Probleme.

Wichtige Lernziele

- Zielsetzungen eines behandlungsbasierten Opioidentzugs
- Identifizierung realistischer Ergebnisse des Opioidentzugs
- Richtige Verwendung von Medikamenten für den Entzug
- Beurteilung der Bereitschaft des Patienten für einen Entzug
- Identifizierung der Bereitschaft eines Patienten für die Reduktion der Erhaltungstherapie



Handhabung von Arzneimitteldiversion und -missbrauch

Wichtige Lernziele

- Verstehen der schädlichen Auswirkungen von zweckentfremdeter Verwendung und Missbrauch auf Patienten und die Behandlungsbereitstellung allgemein
- Ausmerzungen der Vorurteile, die zweckentfremdete Verwendung und Missbrauch umgeben, mit Schwerpunkt auf der Realität
- Verstehen der Rolle des verschreibenden Arztes beim Ansprechen von zweckentfremdeter Verwendung und Missbrauch
- Zusammenstellen der Behandlung auf eine Weise, die zweckentfremdete Verwendung und Missbrauch reduziert

Wichtige Lernziele

- Berücksichtigung aller begleitenden Erkrankungen, die sich auf die Behandlung der Opioidabhängigkeit eines Patienten auswirken können.
- Kenntnis der Behandlungsmöglichkeiten für chronische und akute Schmerzen, psychiatrische Begleiterkrankungen und Virusinfektionen bei Patienten auf Opioiderhaltungstherapie.
- Kenntnis der metabolischen Wechselwirkungen zwischen den Opioiderhaltungsmedikamenten und verschriebenen oder illegalen Arzneimitteln.
- Verständnis der Probleme von opioidabhängigen Patienten bei speziellen Bedürfnissen (schwängere Frauen oder ältere Patienten) und Behandlungsstrategien zur Behebung dieser Probleme.

Fallstudie 1 – Inhaftierungsprobleme

22-jähriger Mann



20 Einheiten
Alkohol und 2 g
intravenöses
Heroin pro Tag

Unbekannte
Mengen
Crack/Kokain und
BZD

Sagt, er leide an
Depression

Fallstudie 1 – Inhaftierungsprobleme



Festgenommen –
inhaftiert und dann
Untersuchungshaft

Gereizt und
ruhelos, verlangt
Medikation

Keine Anzeichen
eines forcierten
Opioidzugs

Bedenken der
Haftanstalt: kein
Zugang zu
Opiatersatztherapien

Fallstudie 1 – Inhaftierungsprobleme



Es werden ihm
symptomatische
Medikationen und
ein AEP* angeboten

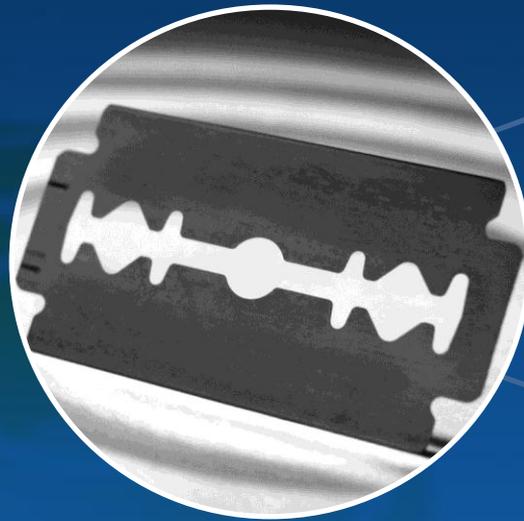
Er verweigert die
symptomatische
Medikation

Vorher: erhielt
Opioiderhaltungsthera-
pie, war nicht
kooperativ

Keine Anzeichen
einer Depression in
den Akten

* = Alkoholentzugsprogramm

Fallstudie 1 – Inhaftierungsprobleme



Fordert MET

Sagt, er wird sich selbst verletzen,
wenn er kein
Rezept erhält

Fallstudie 1 – Darren



23-jähriger Mann
Konsumierte 2 Jahre Heroin

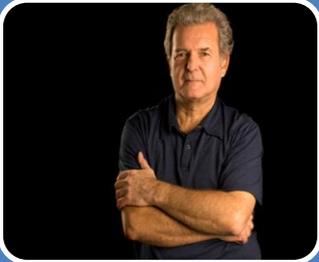


Begann 6 Monate lang eine Buprenorphin-Behandlung,
erreichte jedoch keine Stabilisierung
Wechselte zu Methadon und ist seit 18 Monaten stabilisiert



Arbeitet als Parkplatzverwalter

Fallstudie 2 – Peter



63-jähriger Mann

17 Jahre lang auf Methadon-Erhaltungstherapie



Mehrere erfolglose Versuche eines Entzugs von der
Behandlung



Wechselte vor kurzem auf Buprenorphin-Erhaltungstherapie

Fallstudie 3 – Holly



31-jährige Frau
Konsumierte 2 Jahre Heroin



3 Jahre lang auf Methadon-Erhaltungstherapie
Nicht stabilisiert, konsumiert weiterhin zusätzlich Kokain und Heroin
Erscheint oft nicht zu den Terminen



Wurde auf SRM umgestellt und hat sich vor Kurzem von Ihrem Partner (keine Substanzabhängigkeit) getrennt



VIELEN DANK!