
Leitfaden für Mitarbeitende und Leitende aus Altersinstitutionen

Suchtgefährdung im Alter – erkennen und handeln



Leitfaden

Suchtgefährdung im Alter – erkennen und handeln

(17. Februar 2014)

Dieser Leitfaden wurde in einem Netzwerk mit Fachpersonen verschiedener Institutionen des Kantons Luzern erarbeitet. Er ist Bestandteil des Projekts «*Sensor – erkennen und handeln – Frühintervention bei Suchtgefährdung im Alter*» von Akzent Prävention und Suchttherapie.

Folgende Institutionen waren an der Entwicklung des Leitfadens beteiligt:

Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit, Fachstelle Gesundheitsförderung (Programm «Gesundheit im Alter») – Spitex Stadt Luzern – Curaviva LAK (Luzerner Altersheimleiter- und Leiterinnen-Konferenz) Kanton Luzern – Pro Senectute Kanton Luzern – Luzerner Psychiatrie, Ambulante Alterspsychiatrie – Forum Suchtmedizin Innerschweiz (FOSUMIS) – Sozial-BeratungsZentren Kanton Luzern, vertreten durch Sozial-BeratungsZentrum Amt Luzern.

Projekt und Leitfaden wurden mitfinanziert durch Infodrog, Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, im Rahmen des «Impuls- und Entwicklungsfonds Bereich Sucht» kreditiert durch das Bundesamt für Gesundheit und dem Zweckverband für institutionelle Sozialhilfe und Gesundheitsförderung (ZiSG).



Akzent Prävention und
Suchttherapie
Seidenhofstrasse 10
6003 Luzern
Telefon 041 420 11 15
Fax 041 420 14 42
akzent-luzern.ch



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Dieser Leitfaden | 5 |
| Überblick über die Kapitel | 5 |
| 1 Einleitung | 7 |
| 1.1 Früherkennung und Frühintervention..... | 9 |
| 1.2 Grundlagen der Früherkennung und Frühintervention | 9 |
| 2 Das Vorgehen – Stufenmodell | 10 |
| 2.1 Die einzelnen Stufen zum Vorgehen..... | 10 |
| 2.2 Stufenmodell im Umgang mit suchtfährdeten SeniorInnen | 11 |
| 3 Fallbeispiele | 14 |
| 4 Früherkennung | 15 |
| 4.1 Beobachten – dokumentieren – informieren | 15 |
| 4.2 Checkliste 1: Auffälligkeiten von Substanzproblemen | 17 |
| 4.3 Checkliste 2: Zuständigkeiten und Aufgaben | 18 |
| 4.4 Akutsituationen | 19 |
| 5 Erstgespräch mit Seniorin oder Senior | 20 |
| 5.1 Gesprächsvorbereitung..... | 20 |
| 5.2 Das Erstgespräch führen | 20 |
| 5.3 Checkliste 3: Empfehlungen zur Gesprächsführung | 22 |
| 6 Methodenbasierte Gespräche | 24 |
| 6.1 Das biografische Gespräch..... | 24 |
| 6.2 Motivationsgespräche – die motivierende Gesprächsführung | 24 |
| 6.3 Entscheidungsfindung der Seniorin bzw. des Seniors..... | 25 |
| 7 Der Lösungsprozess | 27 |
| 7.1 Keine Veränderung erwünscht..... | 27 |
| 7.2 Konsequenzen benennen und umsetzen | 27 |
| 7.3 Verhaltensänderung erwünscht | 28 |
| 8 Angehörige beteiligen und einbinden | 29 |
| 9 Zusammenarbeit mit Dritten | 31 |
| 9.1 Unterstützungsangebote | 31 |
| 9.2 Checkliste 4: Institutionen/Unterstützungsangebote | 32 |
| 9.3 Weitere Informationen und Links | 35 |
| 10 Einführung eines Leitfadens | 36 |
| 10.1 Voraussetzungen und Fragestellungen..... | 36 |
| 10.2 Die Entwicklung einer Haltung..... | 37 |
| 11 Literatur | 38 |

Impressum

Fachbeirat des Projekts «Sensor – erkennen und handeln – Frühintervention bei Suchtgefährdung im Alter»

- Dr. Stefan Brändlin, Pro Senectute Kanton Luzern
- Judith Halter, Forum für Suchtmedizin Innerschweiz (FOSUMIS)
- Barbara Hedinger, Spitex Stadt Luzern
- Silvia Kölliker, Akzent Prävention und Suchttherapie
- Ursula Krebs, Dienststelle Gesundheit, Fachstelle Gesundheitsförderung, Kanton Luzern
- Christina Meyer, Akzent Prävention und Suchttherapie
- Marion Reichert Hutzli, Luzerner Psychiatrie / Ambulante Alterspsychiatrie
- Beat Waldis, Sozial-BeratungsZentrum Amt Luzern, in Vertretung Sozial-BeratungsZentren Kanton Luzern
- Marianne Wimmer, Alters- und Pflegeheime Ebikon, in Vertretung Luzerner Altersheimleiter- und -Leiterinnen-Konferenz, LAK Curaviva Luzern

Autorin: Christina Meyer, Akzent Prävention und Suchttherapie

Redaktion: Dr. Stefan Brändlin, Beat Waldis, Christina Meyer, Silvia Kölliker

Dieser Leitfaden ...

... soll Mitarbeitende und Leitende von Altersinstitutionen (z.B. Spitex, Altersheime, Pro Senectute) in Pflege, Sozialberatung, Hauswirtschaft¹ im Umgang mit Seniorinnen und Senioren, die suchtfährdet sind oder Substanzprobleme² (hier: Alkohol und Medikamente) haben, unterstützen.

Die Betreuung von Menschen mit einem Alkohol- und/oder Medikamentenproblem bedeutet eine besondere Herausforderung für ihre Angehörigen, aber auch andere Bezugspersonen wie Pflegende und Betreuende. Je ausgeprägter Substanzprobleme sind, desto umfangreicher ist der Pflege- oder Betreuungsaufwand. Je früher sie erkannt und angesprochen werden, desto höher ist die Chance, Seniorinnen und Senioren mit geeigneten Hilfsangeboten zu unterstützen und eine Verbesserung ihrer aktuellen Lebenssituation zu ermöglichen.

Es ist jedoch nicht einfach, Substanzprobleme gegenüber Betroffenen anzusprechen. Einerseits wird die Autonomie und Selbstbestimmung der Person respektiert, andererseits ist der Umgang mit Betroffenen und ihren Angehörigen nicht einfach, insbesondere wenn diese mit Abwehr reagieren.

Überblick über die Kapitel

- **Kapitel 1** gibt eine Einführung zum Hintergrund der Substanzproblematik bei älteren Menschen.
- **In Kapitel 2** wird das Vorgehen beim Umgang mit suchtfährdeten Seniorinnen und Senioren anhand eines Stufenmodells vorgestellt und grafisch dargestellt.
- **Kapitel 3** zeigt die Ausgangssituation betroffener Menschen anhand von drei Fallbeispielen (die Namen sind frei erfunden), wie sie im Praxisalltag der Bezugspersonen auftreten können.
- In den **Kapiteln 4 und 5** werden die einzelnen Stufen beim Vorgehen der Bezugspersonen (sie werden in direkter Sprache angesprochen) beschrieben. Mit Unterstützung von Checklisten wird aufgezeigt, wie Anzeichen von Substanzproblemen in Altersinstitutionen erkannt, dokumentiert, Zuständigkeiten zum Vorgehen geregelt werden und wie ein Erstgespräch mit der betroffenen Person geführt werden kann.
- **Kapitel 6 und 7** geben einen Überblick über methodenbasierte Gespräche mit älteren Menschen, die den Lösungsprozess unterstützen sollen. *Mitarbeitende und Leitende, die über Erfahrungen dazu verfügen bzw. daran interessiert sind, werden hier speziell angesprochen.*

¹ Nachfolgend werden alle Fachpersonen aus Pflege und Betreuung (Mitarbeitende und Leitende) Bezugspersonen genannt, da in den Altersinstitutionen unterschiedliche Bezeichnungen bestehen.

² Nachfolgend wird der Schwerpunkt auf die Substanzen Alkohol und Medikamente gelegt, andere (illegale) Substanzen oder nicht stoffgebundene Süchte (z.B. Onlinesucht) werden nicht besprochen.

-
- **Kapitel 8** erläutert die Beteiligung der Angehörigen und die Gesprächsführung.
 - **Kapitel 9** stellt die einzelnen Akteure in der Alters- und Suchtarbeit vor und regt zur Zusammenarbeit und Koordination an.
 - **Kapitel 10** richtet sich speziell an Geschäftsleitende der Alters- und Pflegeinstitutionen. Hier werden die Voraussetzungen zur Einführung des Leitfadens vorgestellt.



1 Einleitung

Für viele Menschen ist Alkohol ein Genussmittel. Sie konsumieren ihn massvoll, d.h. so, dass sie sich selbst oder anderen nicht schaden.

- Zur Gruppe der risikoarmen Konsumierenden zählen diejenigen Personen, welche die empfohlenen Grenzwerte nicht übersteigen³:
 - Männer: höchstens 3 Standardgläser pro Tag
 - Frauen: weniger als 2 Standardgläser pro Tag
- Wichtig sind Trinkpausen, z.B. 1-2 Tage/Woche.
- Ein Standardgetränk (ca. 12 g reiner Alkohol) entspricht 3 dl Bier, 1 dl Wein und 2 cl Spirituosen.
- Ein riskanter Konsum liegt vor, wenn die Trinkmenge die Grenzwerte übersteigt, aber noch keine Gesundheitsschädigung vorliegt.
- Ein schädlicher Konsum besteht nach dem ICD 10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme⁴, wenn die psychischen und physischen Schädigungen über einen Zeitraum von mindestens einem Monat oder mehrfach während zwölf Monaten vorliegen und eine Alkoholabhängigkeit ausgeschlossen wird.

Für Seniorinnen und Senioren sind diese Grenzwerte deutlich niedriger anzusetzen, da der Alkohol schlechter vertragen und abgebaut wird sowie das Risiko für chronische Erkrankungen und deren Auswirkungen (z.B. Demenz) steigt, insbesondere wenn Medikamente hinzukommen. Der Übergang vom riskanten Konsum (Missbrauch) zur Abhängigkeit (Sucht) geschieht schleichend.

- Bei einer Abhängigkeit ist der Verzicht – trotz Wissens um die Schädlichkeit für sich selbst und andere – nicht möglich.
- Der Konsum wird unkontrolliert, die Trinkmenge wird gesteigert (Toleranzbildung).
- Ferner können Entzugssymptome (z.B. Zittern, Schweissausbrüche oder Magenkrämpfe) auftreten oder die persönlichen Interessen werden vernachlässigt.

Eine Abhängigkeit ist keine Willensschwäche, sondern eine Krankheit.

Schlaf- und Beruhigungsmittel (so genannte «Benzodiazepine») sind die am meisten verordneten Medikamente bei älteren Menschen. Sie wirken beruhigend, entspannend, muskellockernd, angstlösend und helfen bei Einschlafstö-

³ Vgl. Forel-Klinik (2013).

⁴ Vgl. Wikipedia: ICD 10 englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ist das wichtigste weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem.

rungen. Bereits nach wenigen Wochen besteht jedoch das Risiko einer Abhängigkeit, auch bei niedriger Dosierung. Häufig nehmen ältere Menschen, die bereits riskant Alkohol trinken, zusätzlich täglich psychoaktive Medikamente ein.⁵

Die Kombination von Alkohol und Medikamenten kann verschiedene unerwünschte Wirkungen haben und die gesundheitliche Situation erheblich verschlechtern. Zudem können beim Absetzen der Medikamente auch lebensgefährliche Entzugserscheinungen bzw. die ursprünglich behandelten Symptome wieder auftreten.

In den nächsten Jahren wird die Anzahl älterer Menschen mit problematischem Substanzkonsum überproportional steigen. Diese Prognose basiert auf der Tatsache, dass der Substanzkonsum derjenigen – insbesondere der Männer – mit Geburtsjahr nach 1945 überdurchschnittlich hoch ist, und auf der Annahme, dass diese ihre über viele Jahre eingeübten Konsummuster im Alter beibehalten.

Durch die hohe Lebenserwartung müssen auch viel mehr Menschen Herausforderungen bewältigen, die das Risiko einer Suchtentwicklung erhöhen:

- den Übergang von der Arbeitswelt ins Rentnerdasein,
- den Aktivitäts- und (körperlichen) Funktionsverlust,
- den Verlust der Partnerin oder des Partners.

Aufgrund der längeren Lebenszeit lohnen sich die Früherkennung und Frühintervention bei älteren Menschen sowohl menschlich (höhere Lebensqualität für Betroffene und deren Angehörige) als auch ökonomisch (geringere Pflegekosten). Immer mehr Altersinstitutionen möchten ihre Betreuungskonzepte auch auf die Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren, die Alkohol und/oder Medikamente missbrauchen, abhängig sind oder unter substanzbedingten Folgeschäden leiden, ausrichten und äusserten in vorab geführten Interviews und Fachgesprächen ihren Bedarf an Arbeitsinstrumenten.

Diese Lücke soll der vorliegende Leitfaden schliessen und Bezugspersonen in ihrem Handeln unterstützen. Verschiedene Fachpersonen aus den Bereichen Pflege, Betreuung, Sozial- und Suchtberatung und (Sucht-)Medizin haben aufgrund ihrer praktischen und langjährigen Erfahrungen das vorliegende Dokument erarbeitet.

Wir ermuntern Sie, die Handhabbarkeit des Leitfadens und das Stufenmodell (zum Vorgehen) in der Praxis Ihrer Altersinstitution zu erproben und zu überprüfen. Deshalb sind wir für Ihre Rückmeldungen dankbar. Damit können Leitfaden und Stufenmodell laufend angepasst werden.

⁵ Vgl. Notari, L., Delgrande-Jordan, M. & Gmel, G. 2013, 14ff

1.1 Früherkennung und Frühintervention

Früherkennung in der Altersarbeit bedeutet die frühzeitige Wahrnehmung eines vermuteten Substanzproblems oder Auffälligkeiten von Seniorinnen und Senioren im Betreuungsalltag ihrer Bezugspersonen.

Die Frühintervention umfasst unterstützende Massnahmen, z.B. Beratung, Betreuung, (methodenbasierte) Gespräche und Behandlung innerhalb der Institution oder durch andere Fachstellen für die als gefährdet erkannten Seniorinnen und Senioren und ihre Angehörigen.

Gehandelt werden sollte nicht erst wegen des riskanten Konsums der Substanz selbst, sondern wegen:

- der ernsthaften Beeinträchtigung der Gesundheit und damit verbunden des Verlusts von Selbständigkeit und Autonomie,
- der negativen Auswirkungen auf das Umfeld der Person (z.B. Mitbewohnende in Altersheimen oder Mitarbeitende der Bezugspersonen).⁶

Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass ältere Menschen mit Suchtproblemen ebenso von Beratung und Behandlung profitieren wie jüngere. Hier ist die Verbesserung der Gedächtnisleistung oder des körperlichen Zustandes zu nennen. Beratungsgespräche oder eine Therapie führen zumeist unmittelbar zu einer spürbaren psychischen Entlastung und zu mehr Lebensfreude.⁷

1.2 Grundlagen der Früherkennung und Frühintervention

Die erfolgreiche Früherkennung und Frühintervention von Suchtproblemen älterer Menschen im institutionellen Umfeld basiert auf einigen ethischen Grundlagen, die für das Verhältnis aller Beteiligten Gültigkeit haben:

- Seniorinnen und Senioren sind eigenständige Menschen, die das Recht auf eine eigene Entscheidung haben.
- Ein bewusster, kommunizierter Entscheid, Substanzen trotz negativer Folgen weiter zu konsumieren, wird – sofern keine Regeln der Institution verletzt werden und der Schutz der Mitarbeitenden und Mitbewohnenden nicht gefährdet ist – respektiert.⁸

⁶ Vgl. Müller (2012).

⁷ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2010). Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. Hamm.

⁸ Vgl. Meyer, C. (2013): Projekt Sensor – Frühintervention bei Suchtgefährdung im Alter. Suchtmagazin (2): 29-32.

2 Das Vorgehen – Stufenmodell

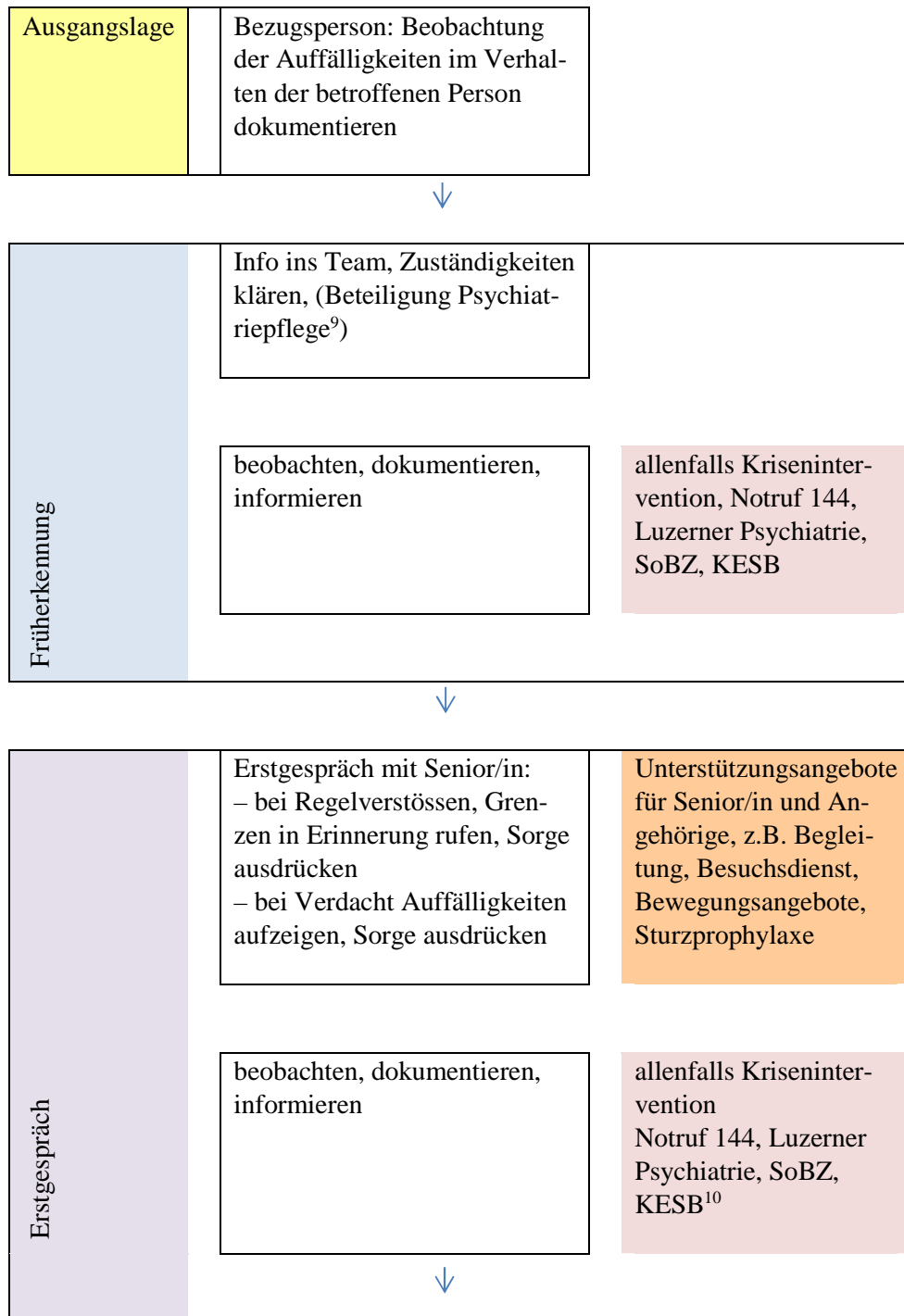
Nachfolgend wird das Vorgehen der Mitarbeitenden und Leitenden im Umgang mit betroffenen Seniorinnen und Senioren anhand von Stufen vorgestellt und grafisch in einem Stufenmodell abgebildet.

2.1 Die einzelnen Stufen zum Vorgehen

- Die **Ausgangslage**: Die Bezugsperson beobachtet Auffälligkeiten (z.B. problematisches Verhalten), die auch in Zusammenhang mit einem Suchtproblem stehen könnten.
- Die **Früherkennung**: das weitere Beobachten und Dokumentieren der Auffälligkeiten durch alle Bezugspersonen und die Besprechung im Team.
- Das **Erstgespräch** mit der betroffenen Person aufgrund der Auffälligkeiten, des Verdachts einer Suchtproblematik oder von Regelverstößen.
- Die **methodenbasierten Gespräche** mit der Person: Sie geben Einblick in die Situation und ihre persönlichen und sozialen Ressourcen. Ferner unterstützen oder motivieren sie die Person in ihrer Entscheidungsfindung, z.B., ob eine Verhaltensänderung und/oder Annahme von Hilfe erwünscht ist oder nicht.
- Der **Lösungsprozess** orientiert sich an der Entscheidung der Seniorin oder des Seniors. Dabei werden interne und externe Hilfsangebote gemacht.
- Die **Beteiligung der Angehörigen** oder Mandatsträger bei der Situationsanalyse und Entwicklung einer Lösung.
- Die **Zusammenarbeit mit Dritten** zur Einleitung des Lösungsprozesses auf der Grundlage der Entscheidung der Seniorin, des Seniors.

In den Kapiteln 6–9 werden die Stufen ausführlich beschrieben und mit Checklisten oder Fallbeispielen unterlegt.

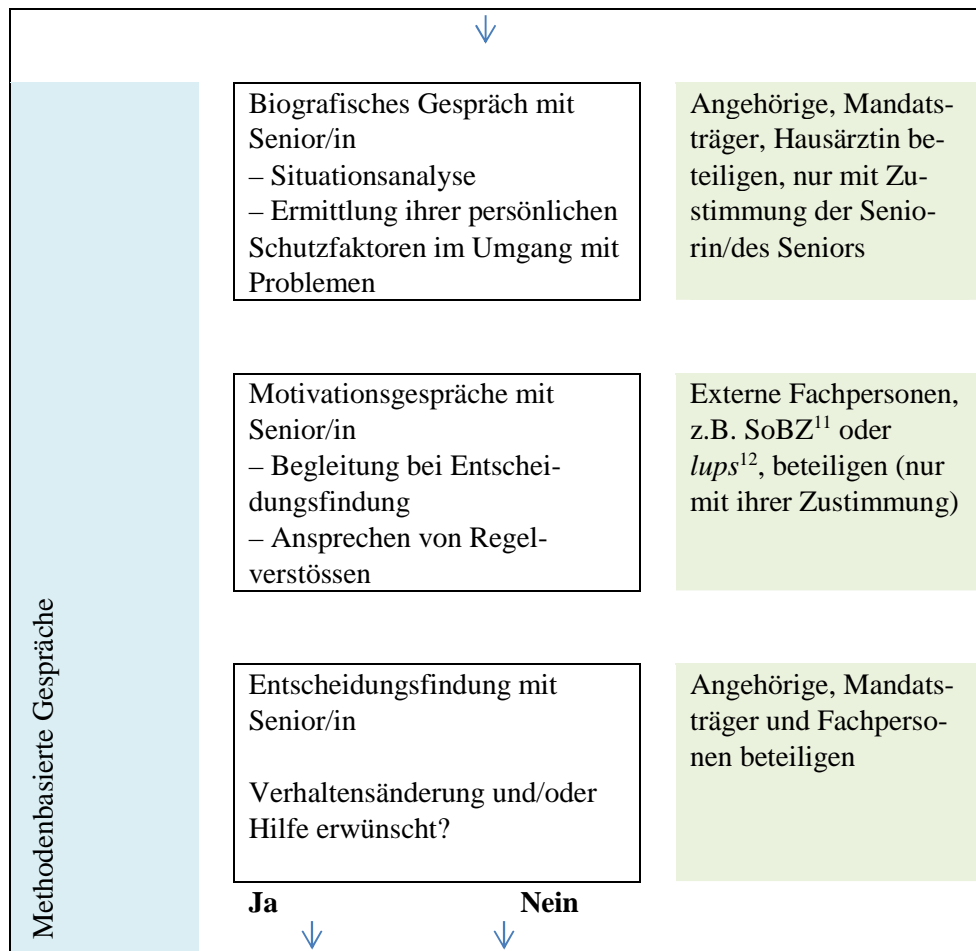
2.2 Stufenmodell im Umgang mit suchtfährdeten SeniorInnen



Nächste Stufe: methodenbasierte Gespräche S. 12

⁹ Spitexorganisationen verfügen über Psychiatrieteams bzw. -pflegende, die bei Suchtproblemen hinzugezogen werden können.

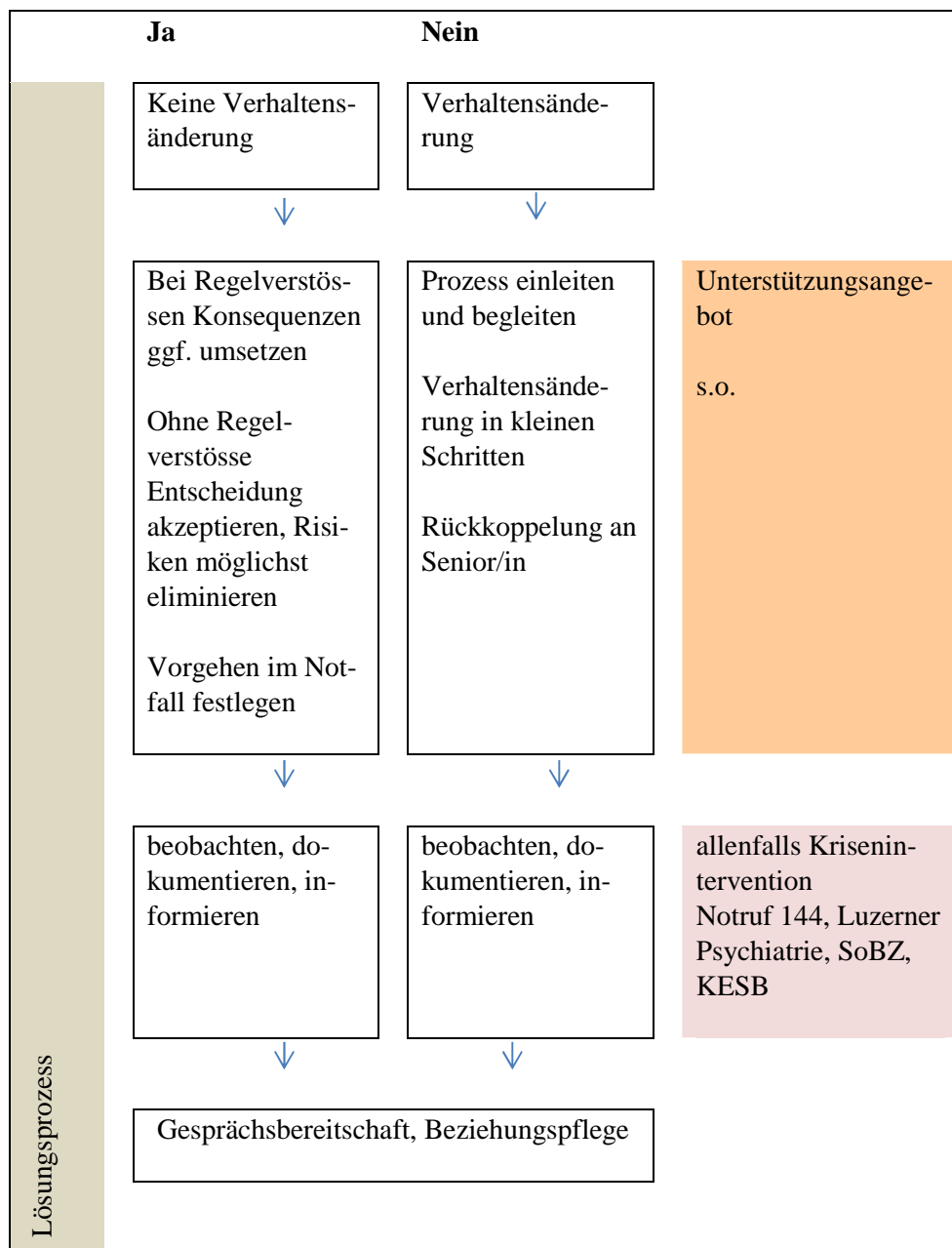
¹⁰ Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde im Kanton Luzern.



Nächste Stufe: Lösungsprozess S. 13

¹¹ SoBZ: Sozial-BeratungsZentren Kanton Luzern.

¹² Luzerner Psychiatrie.



3 Fallbeispiele

Frau Beda sitzt in ihrem Zimmer und schaut an mir vorbei, während ich mich mit ihr unterhalte. Ich frage sie, wie es ihr gehe. Sie sagt, sie habe Kopfschmerzen und schlecht geschlafen. Sie wisse gar nicht, ob die Tochter heute oder morgen zu Besuch käme. Sie könne sich nicht mehr daran erinnern. Mir fällt auf, dass sie mehrere Medikamente auf dem Tisch liegen hat. Frau Beda folgt meinem Blick und sagt, dass dies ihre kleinen Helferlein seien. Sie habe Schmerzen und das trübe Wetter mache sie traurig und lustlos. Ich solle ihrer Tochter nichts sagen. Wie gehe ich mit ihrer Äusserung um? Soll ich ihre Tochter trotzdem ansprechen oder ihrem Arzt Bescheid sagen? Die Tabletten sind doch Eigentum von Frau Beda, es ist ihre Sache, was sie einnimmt oder nicht?

Frau Ganna hat vor vier Jahren von der Spitex zu uns ins Altersheim gewechselt. «Abhängigkeitssyndrom durch ständigen Substanzgebrauch» stand im Bericht. Heute trinkt sie täglich eine Flasche Wein und einen Kaffee Schnaps nach jeder Mahlzeit. Inzwischen nimmt sie kaum noch an unseren Freizeitangeboten teil. Sie erzählte mir, dass sie früher auf ihrem Hof gerne den Garten gepflegt habe. Wenn ich sie frage, ob ich sie zum Spielabend bringen soll, lehnt sie ab und möchte ihre Ruhe haben. Ihr Sohn und ihre Tochter kommen selten zu Besuch. Es gebe immer Streit. Der Bewohner im Nebenzimmer stört sie, weil er immer seine Zimmertür zuwirft. Ich möchte ihr gerne helfen, dass sie wieder mehr Kontakt hat und vielleicht weniger trinkt. Kann man da nicht etwas machen?

Heute Morgen komme ich zu *Herrn Alba* in die Wohnung, er schwankt leicht, riecht wieder nach Alkohol und bittet mich barsch, wieder neuen Alkohol im Supermarkt zu kaufen. Nun gut, ich halte Abstand, da er heute wieder aggressiv scheint. Er beschimpft mich schon wieder. Ich lasse den Blick durch die Wohnung schweifen, die sechs Flaschen, die ich ihm beim letzten Einkauf mitbrachte, sind leer. Ich finde einige unter dem Bett, andere in der Küche. Dort stehen noch die angetrockneten Reste eines kargen Mahls. Einerseits mache ich mir Sorgen, andererseits bin ich verärgert. Muss ich mich immer beleidigen lassen, wenn Herr Alba zu viel getrunken hat? Was kann ich tun?

4 Früherkennung

Wahrnehmung von Auffälligkeiten im Praxisalltag

Es gibt Auffälligkeiten – wie in den Fallbeispielen beschrieben –, die auf eine Substanzproblematik hinweisen.

Alkoholprobleme können auffallen:

- z.B. durch ein Flaschendepot, eine «Fahne» oder Sprach- und Gangprobleme.

Andere Symptome, die sowohl auf Alkohol- als auch Medikamentenprobleme hinweisen, sind weniger auffällig:

- verminderter Antrieb, Nachlassen der Gedächtnisleistung, Müdigkeit und Rückzug aus dem sozialen Umfeld.

Anzeichen für Substanzprobleme bei Seniorinnen und Senioren beziehen sich zumeist auf:

- verhaltensbezogene Veränderungen (z.B. Angst, Stimmungsschwankungen),
- körperliche Störungen (z.B. Schwitzen, Schlafstörungen),
- äussere Anzeichen (z.B. mangelnde Hygiene, Fehlernährung) und
- kognitive Anzeichen (z.B. Gedächtnis, Aufmerksamkeit) und soziale Veränderungen.

Ziel ist es, Ihren Blick im Umgang mit älteren Menschen zu schärfen und jede Veränderung nicht nur als altersbedingt zu sehen, sondern auch ein Suchtproblem in Erwägung zu ziehen.

4.1 Beobachten – dokumentieren – informieren

Jede Bezugsperson in einer Institution, die in regelmässigem Kontakt zur betroffenen Person steht, ist in der Lage, ihre Veränderungen wahrzunehmen. Sie müssen keine Suchtexpertin, kein Suchtexperte sein. Oftmals haben Sie mehr Kontakt zur Person als ihre Angehörigen. Während Sie Ihren Betreuungsauftrag ausführen, nehmen Sie die Person und ihr Umfeld (un)bewusst wahr.

Stellen Sie Veränderungen bei der Seniorin/dem Senior fest, sollten Sie diese bei jedem Kontakt zur Person schriftlich festhalten (**siehe Checkliste 1: Auffälligkeiten von Substanzproblemen**). Dabei geht es nicht um eine «Beweisführung» oder Diagnosestellung – nicht jedes Symptom ist therapiebedürftig. Im Fokus steht die (möglichst) offene und bewertungsfreie Wahrnehmung der Veränderungen, welche Ihnen Anlass zur Sorge geben.

Auch wenn Sie nur kurze Zeit mit der Person verbringen, helfen Ihre Momentaufnahmen weiter.

Die Weitergabe Ihrer Information an die Pflegedienstleitung und das Team ermöglicht Ihnen Entlastung. Zudem fließen ähnliche Beobachtungen Ihrer Kolleginnen in die Bewertung der Situation mit ein:

Situationsbewertung

- Liegt ein behandlungsbedürftiges Verhalten vor?
- Wird die Lebensqualität der Person durch den Substanzkonsum beeinträchtigt oder gesteigert?
- Welche Risikofaktoren begünstigen die Auffälligkeiten?
- Sind sie durch uns oder andere beeinflussbar?
- Ist die Grenze des Tolerierbaren erreicht (Regelverstoss)?¹³

¹³ Vgl. Müller (2012).

4.2 Checkliste 1: Auffälligkeiten von Substanzproblemen

Verantwortliche Bezugsperson:

| Name: | Vorname: | Geb.-Datum: |
|--|---|-------------------|
| Auffälligkeiten | Beispiele | Datum/Bemerkungen |
| Erscheinungsbild Person und Um- gebung | <input type="checkbox"/> mangelnde Körperhygiene <input type="checkbox"/> Verwahrlosung <input type="checkbox"/> Mundgeruch, «Fahne» <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Flaschendepots <input type="checkbox"/> Medikamentendepots <input type="checkbox"/> zusätzliche Medikamente <input type="checkbox"/> Schlaf-/Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/> isst unregelmässig <input type="checkbox"/> Blutergüsse, Verletzungen <input type="checkbox"/> gelbe Bindehäute <input type="checkbox"/> Entzugserscheinungen <input type="checkbox"/> _____ | |
| Gang/Bewegung | <input type="checkbox"/> Stürze <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung <input type="checkbox"/> Schwäche <input type="checkbox"/> Unsicherheit <input type="checkbox"/> Unbeweglichkeit <input type="checkbox"/> _____ | |
| Verhalten | <input type="checkbox"/> konsumiert Alkohol und Medi- kamente <input type="checkbox"/> zieht sich zurück <input type="checkbox"/> aggressiv, beleidigend <input type="checkbox"/> reduzierte Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> Verwirrtheit <input type="checkbox"/> Gedächtnislücken <input type="checkbox"/> Halluzinationen <input type="checkbox"/> _____ | |
| Stimmungslage | <input type="checkbox"/> gedrückt, depressiv <input type="checkbox"/> ängstlich, unruhig <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> Interesseverlust <input type="checkbox"/> unmotiviert <input type="checkbox"/> _____ | |
| Sprache | <input type="checkbox"/> lallend, verwässert <input type="checkbox"/> _____ | |
| Äusserungen (Klagen) | <input type="checkbox"/> (Kopf-)Schmerzen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Einsamkeit <input type="checkbox"/> _____ | |
| Soziales Umfeld | <input type="checkbox"/> hat Schulden <input type="checkbox"/> erhält keine Besuche <input type="checkbox"/> _____ | |

4.3 Checkliste 2: Zuständigkeiten und Aufgaben

Sie sollten wissen, wofür Sie zuständig sind, welche Rolle und welche Aufgaben Sie im Hilfeprozess übernehmen können, wo Sie Unterstützung erhalten und wer die Verantwortung für das jeweilige Handeln trägt.

| Fragestellungen | Person/Vorgehen |
|---|--|
| Wer nimmt Auffälligkeiten wahr? | Alle, die Kontakt zur Person haben |
| Wer spricht zuerst die Auffälligkeiten gegenüber der Person an (Erstgespräch/ Vier-Augen-Gespräch)? | Die beobachtende Bezugsperson, welche einen guten Zugang zur betroffenen Person hat |
| Wer führt methodenbasierte Gespräche mit der Person? (<i>Erläuterung siehe Kapitel 6</i>). | Bezugsperson, Bereichs- und/oder Pflegedienstleitung, die möglichst Techniken der methodenbasierten Gespräche anwenden kann. Bezugsperson, die keine Erfahrung darin hat, aber einen guten Zugang zur Person, sollte immer beteiligt werden (Dreiecksgespräch). Zur Begleitung der Person kann auch die <i>lups</i> oder das SoBZ Unterstützung bieten. |
| Wer spricht die gemachten Beobachtungen gegenüber Angehörigen an? | Die Bezugsperson, Pflege- oder Bereichsleitung (evtl. Psychiatrieteam) führt mit Einverständnis und in Anwesenheit der Person das Gespräch mit Angehörigen. Auch in Krisensituationen nur mit Einverständnis der Seniorin oder des Seniors – ausser im Notfall. |
| Wer veranlasst in Akutsituationen Massnahmen zur Krisenintervention: Rettung 144, Luzerner Psychiatrie, Kantonsarzt? | Siehe interne Anweisungen in Notfällen Ihrer Institution ¹⁴ oder Vorgehen bei Gefährdungsmeldungen; ansonsten Bereichs- oder Pflegedienstleitung oder Institutionsleitung (evtl. Psychiatrieteam). Wenn niemand verfügbar ist, die Bezugsperson, welche in Krisensituation vor Ort ist. |
| Bei Einverständnis der Person: Wer übernimmt die Koordination der Hilfe und führt die weiteren Gespräche? | Die Pflege- oder Bereichsleitung oder Institutionsleitung. Sie klärt ab, welche Angebote der Person weiterhelfen und die Mitarbeitenden in ihrem Handeln unterstützen bzw. entlasten. Sie benennt auch Konsequenzen und setzt diese ggf. um, wenn grobe Verstösse gegen Institutionsregeln bestehen. |

¹⁴ Altersinstitutionen verfügen zumeist über einen internen Ablauf zum Vorgehen in Akutsituationen.

4.4 Akutsituationen

In Akutsituationen – z.B. schwerer Rauschzustand, körperliche Verletzungen, Suizidalität, fremdaggressives Verhalten gegenüber Bezugspersonen oder anderen Personen – besteht die Notwendigkeit, andere Fachinstitutionen einzubeziehen. Sie übernehmen die weitere Behandlung, und/oder Betreuung z.B. Notruf 144, Hausärztin/Hausarzt, Luzerner Psychiatrie, KESB.

Als Krisenintervention werden alle Massnahmen bezeichnet, die zur Erfassung, Begleitung und Bewältigung kritischer Situationen notwendig sind. Dabei geht es vorrangig um die aktive Unterstützung während einer Krise, um eine eventuell gefährliche Situation zu entschärfen und das Risiko von Spätfolgen zu mindern.¹⁵

¹⁵ Vgl. Pflegewiki: <http://www.pflegewiki.de/wiki/Krisenintervention>, Zugriff: 13.3.2013

5 Erstgespräch mit Seniorin oder Senior

5.1 Gesprächsvorbereitung

Zu Beginn sollten Sie eine ruhige Umgebung schaffen, d.h. störende Geräusche oder das Mithören anderer Personen ausschliessen. Erkundigen Sie sich bei der Person, ob die Umgebung für ein Gespräch mit Ihnen angenehm ist. Führen Sie das Gespräch im Haushalt der Person, so geniessen Sie «Gastrecht»; dennoch sollten auch hier störende Geräusche vermieden werden. Bitten Sie sie, den Fernseher während des Gesprächs auszuschalten.

Nehmen Sie nicht genau gegenüber der Person Platz, sondern versuchen Sie, über Eck zu sitzen. Damit machen Sie das Gespräch ungezwungener und vermeiden es, das Gespräch wie ein Verhör aussehen zu lassen.

Wenn Sie das Gespräch planen, bitten Sie um mehr Zeit für Ihren Einsatz (z.B. eine halbe Stunde) bei Ihrer oder Ihrem Vorgesetzten. Konzentrieren Sie sich auf Ihre Gesprächspartnerin bzw. Ihren Gesprächspartner, halten Sie Blickkontakt, sprechen Sie ruhig und nicht zu schnell; damit fördern Sie eine positive Gesprächsatmosphäre der Wertschätzung und können mögliche Spannungen abbauen.

5.2 Das Erstgespräch führen

Auffälligkeiten, Regelverstösse oder der Verdacht auf Substanzprobleme sind nicht einfach gegenüber Betroffenen anzusprechen. Unsicherheiten und die Befürchtung, Betroffene ungerechtfertigt zu beschuldigen oder anzuschwärzen verhindern häufig, dass Auffälligkeiten früh angesprochen werden.

Ein Merkmal bei Substanzproblemen im Alter ist, dass die realistische Wahrnehmung der Person z.B. bei Regelverstössen (Person belästigt oder beschimpft Bezugsperson oder andere Personen) verloren geht. Die negativen Folgen des Konsums werden von ihr nicht mehr als solche erkannt. Selbst wenn ein Problembewusstsein besteht, ist das Eingeständnis, von einer Substanz abhängig zu sein, insbesondere für die ältere Generation, und hier vor allem für Frauen, nach wie vor beschämend.

Ihre persönliche Einstellung spielt in einem Gespräch eine grosse Rolle. Wenn Sie der Person mit Respekt begegnen und Ihre Sorge zum Ausdruck bringen, ist das ein erster Schritt.

Jeder Mensch benötigt Ermunterung, Stärkung, konstante Zuwendung und persönliche Erfolgserlebnisse. Häufig reichen einfache Interventionen aus, wie regelmässige Gespräche und die Beseitigung von Stressoren im psychosozialen Bereich oder in der Umgebung. Hilfe aus dem sozialen Umfeld sowie die (Re-)Aktivierung der Schutzfaktoren der Person können eine Stabilisierung und damit auch ein Verschwinden der Symptome bewirken.¹⁶

¹⁶ Vgl. Berewski, zitiert in Geisler, L. (1992)

Gesprächsführung mit älteren Menschen

- Bedenken Sie alterstypische Kommunikationshemmnisse (z.B. Schwerhörigkeit)
- Teilen Sie mit, warum Sie das Gespräch suchen (auch ihre Motivation).
- Formulieren Sie Ihre Beobachtungen (Veränderungen).
- Bieten Sie Unterstützung an.
- Vereinbaren Sie gemeinsam, welcher nächste Schritt in Frage kommt.

Lassen Sie sich nicht entmutigen, wenn die Person beim ersten Anlauf nicht mit Ihnen sprechen möchte. Nehmen Sie eine andere Gelegenheit wahr. Haben Sie Ängste, Vorbehalte oder fühlen Sie sich nicht gut, dann bitten Sie, dass ein anderes Teammitglied das Gespräch führt. Die Person wird sonst Ihr Unbehagen spüren und ein Gespräch kommt eher nicht in Gang.

Gesprächsziel: kleine Veränderungsschritte

Seniorinnen und Senioren blicken auf eine lange Lebensgeschichte zurück. Oft bildet sie den Hauptinhalt bei älteren Menschen. Die Kenntnis dieser Lebensgeschichte ist für Sie von grosser Bedeutung, weil sie die Grundlage für das Verständnis der Denk- und Verhaltensweisen der betroffenen Person ist.¹⁷

Haben Sie nicht den Konsumverzicht als Gesprächsziel im Auge, sondern die Beziehungskontinuität zur Person und die Förderung ihrer Motivation zur Verhaltensänderung. Dabei werden kleine Veränderungsschritte angestrebt. Zu hohe Erwartungen an die Seniorin/den Senior führen zu Resignation oder Verweigerung. Positive Veränderungen, die Sie bemerken, sollten Sie stets der Person zurückmelden. Dadurch können Sie ihre Motivation steigern und zu ihrer psychischen Entlastung beitragen.

¹⁷ Vgl. Geisler (1992).

5.3 Checkliste 3: Empfehlungen zur Gesprächsführung

Beispiel: mit *Herrn Alba*, *Frau Beda*, *Frau Ganna*

| Versuchen Sie ... | Formulierungsbeispiele |
|---|---|
| das Gespräch positiv zu beginnen, zeigen Sie Wertschätzung, | «Ich komme schon seit einiger Zeit zu Ihnen, mir liegt Ihr Wohl am Herzen. Darf ich Sie etwas Persönliches fragen?» |
| den Gesprächsanlass zu begründen; sprechen Sie Ihre Beobachtungen an, | «Mir ist aufgefallen, dass ich Ihnen mehr Wein besorgen muss, <i>Herr Alba</i> .» |
| Beobachtungen und Veränderungen in Zusammenhang mit einem vermuteten Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit zu bringen, | «Könnte das an den Medikamenten liegen, die Sie zurzeit einnehmen, <i>Frau Beda</i> ?» |
| Empathie zu zeigen und Ich-Botschaften zu verwenden, | «Ich verstehe, dass die Situation für Sie nicht einfach ist, <i>Herr Alba</i> .» |
| Ihre Sorge zum Ausdruck zu bringen. | «Ich mache mir Sorgen um Ihre Gesundheit, um Sie, <i>Frau Beda</i> .» |
| Unterschiede und Auswirkungen einzubringen, | «Letzten Monat waren Sie noch an unserem Spielabend. Ich finde es schade, dass Sie im Moment nicht dabei sind, <i>Frau Ganna</i> .» |
| die Sicht der Person einzuholen, | «Wie erleben Sie das, <i>Frau Beda</i> ?» |
| aktives Zuhören; damit zeigen Sie, was Sie verstanden haben; Missverständnisse werden vermieden, | «Habe ich Sie richtig verstanden, <i>Frau Beda</i> ?» |
| offene Fragen zu stellen; nutzen Sie die W-Fragen, um das Gespräch in Gang zu halten, | «Was bedrückt Sie? Wie können wir Ihnen helfen?» |
| die Person in ihrem Handeln zu bestätigen und anzuerkennen, | «Das stimmt, bei Pflanzen haben Sie den grünen Daumen. Das können Sie sehr gut, <i>Frau Ganna</i> .» |
| wenn die Person aufgebracht ist, sie nicht zu unterbrechen, Ihre Stimme zu senken, wenn Sie antworten, | «Ja, ich sehe, dass Sie sich aufregen, <i>Herr Alba</i> . Ich will verstehen, was Sie so aufregt.» |
| Grenzen zu setzen. | «Das geht mir zu weit, <i>Herr Alba</i> . Hören Sie auf, mich zu beleidigen! Ich werde meinen Einsatz jetzt bei Ihnen beenden!» |

| Achten Sie auf ... | Aussagen der Person |
|---|---|
| Aussagen, wo sie Problembewusstsein zeigt, | «Mir ist gar nicht aufgefallen, dass ich zu viele Medikamente nehme oder Alkohol trinke.» |
| Aussagen, wo sie Besorgnis zeigt, | «Wenn ich weiterhin so viel trinke, tut das meiner Gicht nicht gut.» |
| Aussagen, wo sie Bereitschaft zeigt, ihr Verhalten zu ändern, | «Es wird Zeit, dass ich wieder mehr vor die Türe gehe.» |
| Aussagen, wo sie Zuversicht äussert. | «Ich kann das schaffen. Früher habe ich viel grössere Probleme gemeistert.» |
| Bieten Sie ... | Formulierungsbeispiele |
| Informationen und Hilfe in kleinen Dosen oder die Hilfe durch Dritte an (z.B. Hausärztin, Angehörige, Seelsorge), | «Möchten Sie, dass ich Ihre Tochter anspreche, <i>Frau Beda</i> ?» |
| weitere Gespräche an. | «Wahrscheinlich müssen Sie das Gesagte erst einmal in Ruhe überdenken. Ich würde mich freuen, wenn ich Sie in einiger Zeit wieder ansprechen dürfte.» |
| Vermeiden Sie ... | Formulierungsbeispiele |
| negativ zu beginnen, | «Sie haben ein Alkoholproblem, <i>Frau Ganna</i> .» |
| die Person mit «wir» anzusprechen, da diese Anrede das Gefühl vermittelt, als individuelle Person nicht wahrgenommen zu werden, | «Haben wir heute schon unsere Medikamente genommen, <i>Frau Beda</i> ? Wie geht's uns heute?» |
| Formulierungen, die der Person ihre Schwächen/Defizite aufzeigen, | « <i>Frau Beda</i> , Sie müssen doch wissen, ob Sie gestern die Tabletten von Ihrer Tochter bekommen haben.» |
| die Verhaltensweisen der Person zu verharmlosen, | «Das bekommt jeder ältere Mensch. Es wird schon wieder, <i>Frau Beda</i> .» |
| autoritäres Verhalten, z.B. Alkoholverbot aufzudrängen oder zu bevormunden, | «Ich weiss, was für Sie gut ist, <i>Frau Ganna</i> !» |
| die Substanz in den Gesprächsmittelpunkt zu stellen oder über Trinkmengen zu diskutieren, | «Eine Flasche Wein ist doch zu viel, <i>Frau Ganna</i> !» |
| Fragen, die zum Ja- oder Neinsagen verleiten, dadurch kommt kein Gesprächsfluss zustande. | «Ich denke, da haben Sie ein Problem, <i>Herr Alba</i> .» |

6 Methodenbasierte Gespräche

In der Regel bleibt es nicht beim Erstgespräch. Zwei bis drei Gespräche sind keine Seltenheit. Insbesondere, wenn der problematische Konsum bereits seit vielen Jahren besteht, die Person bei Regelverstößen keine Einsicht zeigt oder keinen Anreiz sieht, etwas zu verändern.

Um eine Änderung der Situation oder des Verhaltens der Person anzuregen, bedarf es besonderer Methoden und Techniken der Gesprächsführung. Diese werden in Weiterbildungen vermittelt oder sind das «Handwerkszeug» von Therapeutinnen/Therapeuten, Psychologinnen/Psychologen und anderen Fachpersonen. *Das vorliegende Kapitel richtet sich insbesondere an Mitarbeitende und Leitende, die über Kompetenzen darin verfügen und sie vertiefen möchten.*

6.1 Das biografische Gespräch

Zur Erarbeitung von Handlungsoptionen für die Person müssen **Risikofaktoren** (z.B. Stresssituationen), die die Auffälligkeiten oder Regelverstöße aufrechterhalten, ermittelt werden.

Schutzfaktoren der betroffenen Person (z.B. Optimismus, Selbstwirksamkeit¹⁸, Widerstandsfähigkeit, Kontrollüberzeugung¹⁹) oder aus ihrem sozialen Umfeld (z.B. regelmässige Besuche der Enkelkinder, Gespräche mit Seelsorgenden) helfen wiederum, dass z.B. Regelverstöße oder Auffälligkeiten reduziert werden oder unterbleiben.

Mit der Methode des **biografischen Gesprächs** (biografisches Interview) versucht man zu ermitteln, welche Gegebenheiten dazu führen können, dass die Seniorin bzw. der Senior zum Problemverhalten neigt. Dazu gehört auch, sie darin zu unterstützen, wie sie künftig auf diese Situationen reagieren kann. Dabei wird rückblickend auf schwierige Situationen in ihrem Leben geschaut und schrittweise herausgearbeitet, wie sie diese früher gemeistert hat (Reaktivierung von Schutzfaktoren der Seniorin bzw. des Seniors). Diese gewonnenen Erkenntnisse sind somit von besonderer Bedeutung für die weitere Pflege und Betreuung. Das biografische Gespräch bzw. Interview ist eine Methode, die oft in Alters- und Pflegeinstitutionen angewendet wird.

6.2 Motivationsgespräche – die motivierende Gesprächsführung

Je länger eine Suchtproblematik bzw. Abhängigkeit besteht, desto schwieriger ist es, die Person zur Änderung ihres Verhaltens zu motivieren.

- Insbesondere, wenn sich eine Abhängigkeit schon vor dem 25. Lebensjahr entwickelt hat oder Folgeschädigungen bestehen. Die therapeutischen Massnahmen orientieren sich am Grundsatz der Scha-

¹⁸ Bewältigung aus eigener Kraft.

¹⁹ Problem als Herausforderung zu sehen und/oder sinnhaft anzunehmen.

densminimierung für die Person und der Erhaltung ihrer Würde und Selbstbestimmung.

- Lebenskritische Ereignisse (z.B. der Verlust der Partnerin oder des Partners) können dazu führen, dass sich ein problematischer Konsum erst in den späteren Jahren entwickelt. Diese Personen sind tendenziell sozial gut eingebunden und psychisch stabil. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass sich die Behandlungschance verbessert.²⁰

6.3 Entscheidungsfindung der Seniorin bzw. des Seniors

Die motivierende Gesprächsführung geht von der Annahme aus, dass sich Menschen nicht von heute auf morgen einfach ändern können, sondern dass ihre Bereitschaft zur (Verhaltens-)Änderung in verschiedenen Phasen («Rad der Veränderung» nach Prochaska und Di Clemente, 1991) abläuft.²¹ In einem ersten Schritt wird die Person angeregt, über ihr Verhalten (z.B. ihren problematischen Konsum) nachzudenken.

Entscheidungsfindung und Bilanzierung aus Sicht von Frau Ganna

- Welche Vorteile bringt mir die Veränderung? – *Die Kinder kommen wieder mehr zu Besuch, da es weniger Streit gibt.*
- Welche Nachteile habe ich, wenn ich etwas verändere? – *Ich bekomme Entzugserscheinungen, wenn ich weniger trinke, mir geht es wieder schlecht.*
- Welche Vorteile habe ich, wenn ich nichts verändere? – *Ich muss mich nicht verbiegen. Ich muss keinen Aufwand betreiben.*
- Welche Nachteile habe ich bei einer Nichtänderung? *Ich werde immer mehr abhängig von anderen. Ich kann bald nicht mehr selbst entscheiden. Ich stürze öfters.*

Diese Bilanzierung kann zu Widersprüchen und Unklarheiten bei der Person führen. Zudem wird sie angeregt, ihre Wünsche auszusprechen, welche sie unterstützen, ihre Absichtslosigkeit (derzeit nichts zu ändern) ggf. in eine Änderungsbereitschaft umzuwandeln.

Die nachfolgenden Techniken der motivierenden Gesprächsführung können die Entscheidungsfindung der Seniorin unterstützen.

²⁰ Vgl. Kutschke (2012), zitiert in www.alterundsucht.ch

²¹ Vgl. Di Clemente et al. (1991).

Info: Auszug: Techniken der motivierenden Gesprächsführung

| | |
|--|---|
| Aktives Zuhören | eher Zuhören als Reden; dabei können Sie auf die Gefühlsebene Ihrer sprachlichen Mitteilungen achten |
| Offene Fragen stellen (W-Fragen) | «Was sind positive und was sind negative Aspekte Ihres Alkoholkonsums? Wie hat sich Ihr Trinkverhalten im letzten Jahr verändert?» |
| Mit dem Widerstand umgehen, anstatt ihn zu bekämpfen | anerkennen: «Sie selbst sehen keine Probleme.» übertreiben: «Der Alkohol hilft Ihnen über alles hinweg.» wechseln: «Sprechen wir mal über den gestrigen Tag.» neu einordnen: «Sie sehen kein grosses Problem, aber Ihr Sohn macht sich Sorgen.» |
| Eigene Fähigkeiten herausarbeiten (Eigenmotivation) | Wenn die Person über Änderungen berichtet, Rückfrage: «Wie haben Sie das gemacht?» Bereiche benennen lassen, in denen die Seniorin Fähigkeiten und Kompetenzen hat, z.B. <i>Frau Ganna in der Gartenpflege.</i> Motivation und ihre Fortschritte herausstellen und unterstreichen. |

7 Der Lösungsprozess

7.1 Keine Veränderung erwünscht

Grundsätzlich werden Seniorinnen und Senioren in ihrer Selbständigkeit wo immer möglich gefördert. Dazu gehört auch die Akzeptanz, dass die Person Ihre gutgemeinten Hilfsangebote ablehnt. Es gibt gute Gründe für und gegen eine Veränderung (**siehe Entscheidungsfindung – Bilanzierung**).

Die Verantwortung liegt bei der Person, sie muss aber auch die Konsequenzen ihrer Entscheidungen tragen. Wenn die Person keine Verhaltensänderung möchte, sollten Sie ihre Aussage schriftlich festhalten, das Vorgehen im Notfall mit ihr festlegen und ihr Einverständnis einholen, Angehörige informieren zu dürfen.

7.2 Konsequenzen benennen und umsetzen

In der Regel haben Bezugspersonen eine hohe Toleranz gegenüber der Person und ihrem auffälligen Verhalten oder Konsum. Über Regelverstöße wird lange hinweggesehen. Ihre Toleranz ist auch abhängig vom Grad der Störung des Institutionsablaufs, z.B. wenn andere Bewohnende des Altersheims in Mitleidenschaft gezogen bzw. geschädigt werden oder wiederholte Regelverletzungen dazu führen, dass Sie Ihre (Pfleger-)Dienstleistung nicht mehr ausführen können.²²

Zeigt die Person auch nach mehreren Motivationsgesprächen keine Absicht oder ersten Schritte zur Verhaltensänderung oder verstösst sie weiter gegen die Regeln, sollten angekündigte Konsequenzen umgesetzt werden.

Die Konsequenzen bei Regelverstößen, die auch in Zusammenhang mit einem problematischen Substanzkonsum stehen, muss jede Institution für sich bestimmen. Sie sollten Seniorinnen und Senioren (z.B. vor Auftragsbeginn, wenn eine Abhängigkeit bekannt ist) kommuniziert werden.

Beispiele für Konsequenzen sind:

- Abbruch des ambulanten Pflegeeinsatzes, z.B. bei erhöhtem (unzumutbarem) Pflege- und Betreuungsbedarf.
- Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung braucht es eine Krisenintervention und ggf. eine ärztliche Einweisung zur fürsorgerischen Unterbringung.
- Bei einer länger anhaltenden oder zu vermutenden Selbst- oder Fremdgefährdung kann eine Gefährdungsmeldung erfolgen und ggf. eine fürsorgerische Unterbringung resultieren.

²² Vgl. Meyer & Willimann (2007).

7.3 Verhaltensänderung erwünscht

Sieht die Person Vorteile darin, etwas in ihrem (Konsum-)Verhalten zu verändern, wird sie von Ihnen (mit Erfahrung in der motivierenden Gesprächsführung) oder Fachinstitutionen, z.B. der Luzerner Psychiatrie oder den Sozial-BeratungsZentren Luzern, begleitet. Diese Begleitung erfolgt von der Entscheidungsfindung bis zur Vorbereitung der Verhaltensänderung und tatsächlichen Handlung. In weiteren Gesprächen wird mit der Person gemeinsam versucht, ihre Motivation zur (Verhaltens-)Änderung aufrechtzuerhalten.

Trotz aller Bemühungen kann es sein, dass es zu Rückschlägen kommt. Aufgrund der bisher erfolgten Gespräche und durchlebten Phasen zur Veränderung fällt es der Seniorin bzw. dem Senior möglicherweise einfacher, wieder in den Veränderungsprozess einzusteigen.

Gesprächsbereitschaft und Beziehungspflege

Halten Sie den Kontakt und beobachten Sie weiter. Wiederholen Sie von Zeit zu Zeit Ihr Angebot. Äussern Sie weiterhin Ihre Sorge. Es ist möglich, dass die Person im Laufe der Zeit ihre Meinung ändert.

8 Angehörige beteiligen und einbinden

Angehörige, die über Haltung und Vorgehensweise betreffend Umgang mit Suchtproblemen zu Beginn der Dienstleistung informiert sind, können besser nachvollziehen, warum und wie die Institution handelt.

Gespräche mit Angehörigen sind ebenso anspruchsvoll wie Gespräche mit Seniorinnen und Senioren. Ein offenes Gespräch mit dem Sohn oder der Tochter (mit Zustimmung der Seniorin bzw. des Seniors und in ihrer Anwesenheit) kann sich auf die Betreuung positiv auswirken. Zudem können weitere Informationen der Angehörigen in die Situationsanalyse einfließen.

Versuchen Sie stets ein persönliches Vier-Augen-Gespräch zu führen oder, wenn Angehörige im Ausland leben, ein Telefongespräch. Legen Sie die Gesprächsdauer mit den Angehörigen gemeinsam fest und vereinbaren Sie, dass Sie ein Gesprächsprotokoll führen. Es dient ggf. auch als Grundlage für weitere Gespräche.

Nennen Sie den Gesprächsanlass und schildern Sie Ihre eigenen Erfahrungen und Beobachtungen im Umgang mit der Person.

Versuchen Sie die Kompetenzen und Ressourcen der Angehörigen zu nutzen und nehmen Sie ihre Ideen und Meinungen auf:

- Fragen Sie nach ihren Beobachtungen.
- Tragen Sie gemeinsam mögliche Risikofaktoren zusammen.
- Erkundigen Sie sich nach den Stärken der Person.
- Fragen Sie nach, ob früher Behandlungen stattfanden, insbesondere solche, die das Befinden der Person für eine gewisse Zeit verbessert haben.
- Schildern Sie auch Ihre Grenzen (wann das Ausführen der Dienstleistung für Sie oder andere nicht mehr möglich ist).
- Fragen Sie nach, welche Unterstützung sich Angehörige von der Institution wünschen, die zur Verbesserung der Situation beiträgt.
- Formulieren Sie auch Ihre Erwartungen und Voraussetzungen, um Ihre Dienstleistung weiterführen zu können.
- Treffen Sie gemeinsam Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen.
- Sprechen Sie Konsequenzen an, wenn sich die Situation nicht ändert.
- Bieten Sie Informationen und/oder die Beteiligung der Hausärztin/des Hausarztes bzw. weiterer Fachpersonen an.
- Bieten Sie auch Zeit zum Überdenken der Situation und zur Entscheidungsfindung an («darüber schlafen»).

Häufig kommt es vor, dass Angehörige von Ihnen weitere Informationen, z.B. über die Medikamentenwirkungen, haben möchten. In solchen Fällen sollten Sie sie an die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt verweisen. Um einem allenfalls weitergehenden Informationsbedürfnis der Angehörigen gerecht

werden zu können, ist es hilfreich, dass Sie Kontaktdaten zu anderen Fachinstitutionen bereithaben (**siehe Checkliste 4: Institutionen/ Unterstützungsangebote**).

Lassen Sie sich nicht entmutigen, wenn Angehörige im Gespräch zurückhaltend reagieren. Substanzprobleme der Seniorin bzw. des Seniors können schon seit Jahrzehnten bestehen. Das Familienleben und die Beziehung zur Mutter oder zum Vater waren und sind dadurch beeinflusst. Alkohol- oder Medikamentenprobleme werden in Familien noch oft tabuisiert («Sache der Familie») oder die Angehörigen haben sich im Laufe der Zeit zurückgezogen.

9 Zusammenarbeit mit Dritten

9.1 Unterstützungsangebote

Manchmal zeigt es sich, dass Sie mit Ihren institutionsbezogenen Angeboten und Massnahmen nicht weiterkommen und Sie Unterstützung von anderen Fachpersonen brauchen. Folgende Überlegungen helfen Ihnen weiter, wenn Sie Hilfe von aussen in Anspruch nehmen:

- Welche Fachstellen helfen der Person weiter?
- Welche Fachstellen entlasten uns oder begleiten uns in der Fallarbeit?
- Wer fungiert als Kontaktperson und übernimmt die Koordinierung der Hilfe?
- Wie sieht das Timing aus (abhängig vom Zustand der Person)?

Fachinstitutionen sind auf das Umfeld und die Problemlagen älterer Menschen spezialisiert, bieten Perspektiven für betroffene Personen und ihre Angehörigen. Alle Mitarbeitenden von Institutionen, die beraten und behandeln, unterliegen der Schweigepflicht. Die Erfahrung zeigt, dass Einsamkeit und Untätigkeit bei älteren Menschen dazu führen können, die heutigen Anforderungen als nicht mehr nicht zu bewältigen wahrzunehmen. Das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten schwindet, wenn diese nicht genutzt werden.

Unterstützungsangebote können an den verschiedenen Aspekten der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit der Seniorin bzw. des Seniors ansetzen. Für die körperliche Gesundheit ist vor allem die Hausärztin/der Hausarzt Ansprechperson. Hausärztinnen und Hausärzte sind oft zentrale Ansprechpersonen für Alters- und Pflegeinstitutionen, sie kennen ihre Patientinnen und Patienten seit vielen Jahren und haben eine Beziehung aufbauen können. Das Wort einer Ärztin bzw. eines Arztes hat für ältere Menschen ein besonderes Gewicht. Aktive Tätigkeiten für Seniorinnen und Senioren, die an ihrer Lebenswelt anknüpfen, fördern Anerkennung und Zufriedenheit.

Ziele und Massnahmen mit Einverständnis der Seniorin bzw. des Seniors

- Sicherung einer guten medizinischen Versorgung trotz gesundheits-schädigenden Konsums
- Förderung einer ausgewogenen Ernährung über die Ernährungsberatung
- Konsumrisiken ggf. überprüfen, z.B. Medikamentenüberprüfung durch die Hausärztin oder den Hausarzt oder in der Apotheke (nur mit Zustimmung der Person, da Medikamente Eigentum der Person sind)


- Vorbeugen von Stürzen und Unfällen, z.B. über Aktivierungstherapeuten oder Dalcroze-Rhythmik²³
- Entgegenwirken der Verwahrlosung, z.B. über Hygieneprophylaxe
- Förderung der sozialen Integration, z.B. über Besuchsdienst der Pro Senectute, Abhol- und Bringdienst, Seelsorge

9.2 Checkliste 4: Institutionen/Unterstützungsangebote


● Für Seniorinnen, Senioren und Angehörige / ● Bezugspersonen Pflege und Betreuung

| | Institution, Ansprechperson | Auszug aus dem Angebot zum Themenfeld «Sucht und Alter» |
|-----|--|---|
| ● ● | <p>Akzent Prävention und Suchttherapie:</p> <p>Christina Meyer, Tel. 041 420 11 15 www.akzent-luzern.ch</p> | <p>Beratung und Begleitung bei der Einführung eines Handlungskonzepts für Altersinstitutionen, Schulungen für Mitarbeitende, Vorgesetzte, Pflegendende und Betreuende.</p> <p>Informationsveranstaltungen für Seniorinnen und Senioren sowie Angehörige. Fachliteratur und Medien in hauseigener Bibliothek und Mediothek.</p> |
| ● ● | <p>Dienststelle Gesundheit, Fachstelle Gesundheitsförderung, <i>Programm «Gesundheit im Alter» und Programm «Psychische Gesundheit»:</i></p> <p>Ursula Krebs & Bernadette Würsch Tel. 041 228 60 90 www.gesundheit.lu.ch/alter www.gesundheit.lu.ch/psyche</p> | <p>Das Programm «Gesundheit im Alter» bietet eine gesundheitsorientierte Gesamtschau auf die ältere Bevölkerung, auf Themen, Handlungsbedarf, Angebote und Akteurinnen und Akteure.</p> <p>Mit unterschiedlichen Massnahmen stärkt das Programm «Psychische Gesundheit» das seelische Wohlbefinden der Bevölkerung nachhaltig und sensibilisiert für das Thema.</p> |

²³ Musik und Bewegungsintervention nach Emile Jacques-Dalcroze; Gruppenangebote, z.B. der Pro Senectute

| | | |
|---|---|--|
|  | <p>Dienststelle Gesundheit, Suchtbeauftragte: Dr. sc. nat. Regina Suter, Tel. 041 228 60 98</p> | <p>Aufgabe der Beauftragten für Suchtfragen ist die Unterstützung einer koordinierten Suchtpolitik im Rahmen der drogenpolitischen Leitsätze sowie des «Konzepts Suchtprävention und Suchthilfe» durch Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen, Beratung der Entscheidungsinstanzen, Mitwirkung in Kommissionen, Arbeits- und Projektgruppen sowie Antragstellung zu Massnahmen und Projekten.</p> |
|  | <p>Forum Suchtmedizin Innerschweiz (FOSUMIS): Judith Halter, Tel. 041 728 35 14, www.fosumis.ch</p> | <p>Informationsangebote für Hausärztinnen/Hausärzte und andere Fachpersonen, z.B. ein internetbasiertes Nachschlagewerk («Handbuch») suchtspezifischer Fortbildungsangebote in den Kantonen LU, NW, OW, SZ, UR und ZG («regionale Gruppen») sowie Angebot eines E-Mail-Auskunftsdiensts («Helpline»).</p> |
|  | <p>Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde im Kanton Luzern Zuständigkeiten nach Gemeinden www.kesb-lu.ch/</p> | <p>Informationen und Einleitung von Erwachsenenschutzmassnahmen, Patientenverfügung, fürsorgerische Unterbringung, Handlungsfähigkeitszeugnis.</p> |
|  | <p>Luzerner Psychiatrie / Ambulante Alterspsychiatrie Marion Reichert Hutzli, Tel. 041 925 06 20 Ambulatorium Luzern: Tel. 041 228 68 40 Ambulatorium Hochdorf: Tel. 062 918 59 00 Ambulatorium Sursee: Tel. 041 925 06 00 Ambulatorium Wolhusen: Tel. 062 918 58 40 www.lups.ch</p> | <p>Gespräche mit betroffenen Personen und/oder Angehörigen, Behandlung, Konsile, z.B. im Altersheim (z.B. Person ist auffällig, suizidal, aufgebracht, gefährdet), Hausbesuche, Diagnosestellung, Überprüfung und Einstellung der Medikation, Fallbesprechung und Supervision.</p> |

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>Pro Senectute Kanton Luzern</p> <p>Beratungsstelle Luzern: Tel. 041 319 22 88</p> <p>Beratungsstelle Emmen: Tel. 041 268 60 90</p> <p>Beratungsstelle Willisau: Tel. 041 972 70 60</p> <p>www.lu.pro-senectute.ch/</p> | <p>Prävention und Früherkennung im Rahmen der Sozialberatung, Hilfen zu Hause sowie der Angebote im Bereich Bildung und Sport.</p> <p>Die Angebote der Sozialberatung sind unentgeltlich. Alle anderen Dienstleistungen werden nach Tarifordnung in Rechnung gestellt.</p> <p>Für begründete Auslagen, die weder von der Krankenkasse noch durch die Ergänzungsleistungen finanziert werden, können in finanziellen Notlagen im Rahmen der Sozialberatung Finanzhilfen ausgerichtet werden.</p> <p>Für Behandlung und Therapie Vermittlung an Fachstellen.</p> |
|  | <p>CURAVIVA (LAK) Kanton Luzern, www.lak.ch</p> | <p>Verzeichnis der Luzerner Alters- und Pflegeheime, Informationen und Weiterbildung für Fachpersonen.</p> |
|  | <p>Sozial-BeratungsZentren Kanton Luzern</p> <p>SoBZ Amt Luzern: Tel. 041 249 30 60</p> <p>SoBZ Standort Hochdorf: Tel. 041 914 31 31</p> <p>SoBZ Standort Sursee: Tel. 041 925 18 25</p> <p>SoBZ Standort Willisau-Wiggertal: Tel. 041 972 56 20</p> <p>SoBZ Region Entlebuch, Wolhusen und Ruswil: Tel. 041 485 70 40</p> <p>www.sobz.ch</p> | <p>Die Sozial-BeratungsZentren im Kanton Luzern bieten ambulante Beratung, Begleitung und Therapie von Menschen mit legalen Suchtproblemen oder Suchtverhalten und deren Bezugspersonen an. Coachings für Fachleute zur Vorbereitung von Gesprächen mit Betroffenen und Angehörigen. Begleitung eines Spixtexteam in schwierigen Situationen.</p> |

| | | |
|---|--|---|
|  | <p>Selbsthilfekontaktstelle Luzern, Obwalden, Nidwalden, Tel. 041 210 34 44</p> <p>www.info-shg-luzern.ch</p> | <p>Informationen zu Arbeitsweisen und Angeboten der Selbsthilfegruppen vermitteln Kontakt in eine Gruppe und unterstützen beim Aufbau von Selbsthilfegruppen.</p> |
|---|--|---|

9.3 Weitere Informationen und Links

Sucht- und substanzspezifische Informationen



Alter und Sucht: Eine Wissensplattform für ältere Menschen, für Angehörige und für Berufsgruppen, die in ihrem Arbeitsalltag ältere Menschen betreuen, begleiten oder beraten.

www.alterundsucht.ch/de

Sucht Schweiz – Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme: Informationen, Fakten, Rat und Hilfe für Betroffene.

www.suchtschweiz.ch

Infodrog – Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht: u.a. Informationen, Datenbank zu Suchthilfeangeboten (suchtindex.ch), Beratung.

www.infodrog.ch

Schweizerische Medikamenteninformationsstelle: Neben Auskunftstelefon Angebot von weiteren Informationen rund ums Medikament. www.medi-info.ch

Lungenliga: Informationen zu Rauchen, Rauchstopp, Lungenerkrankungen, Beratung und Gesprächsangebote. www.lungenliga.ch

Informationen zur Zielgruppe Seniorinnen und Senioren

Webseite infosenior für alle Altersfragen: Informationen zu den Themen Freizeit, Mobilität, Wohnen, Beratung, Wohlbefinden und eine Suchmaske zu regionalen Angeboten, z.B. Freizeit. www.infosenior.ch

Informationen zur Pflege

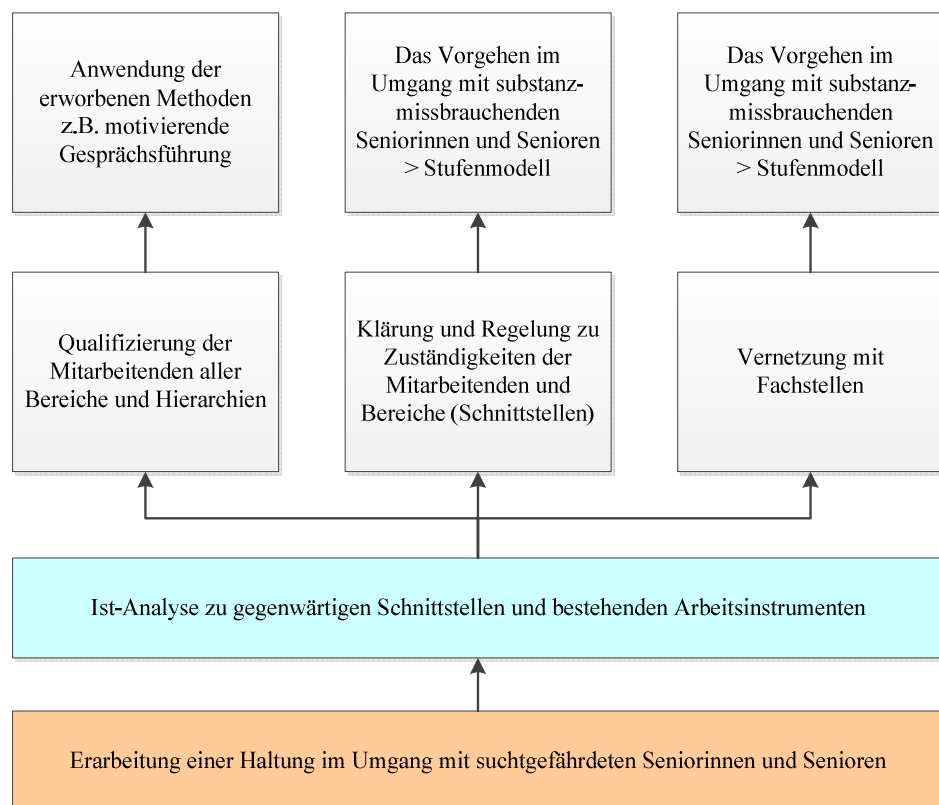
PflegeWiki: Enzyklopädie zum Thema Pflege: www.pflegewiki.de

10 Einführung eines Leitfadens

10.1 Voraussetzungen und Fragestellungen

- Die Entwicklung einer Haltung und daraus abgeleiteter Ziele für alle Beteiligten. Was verstehen wir unter einer Sucht? Wie stehen wir dazu?
- Eine Ist-Analyse zu gegenwärtigen Regeln der Institution und Praxishilfen. Welche Praxishilfen können wir aus anderen Arbeitsfeldern nutzen? Mit welchen Abteilungen/Bereichen arbeiten wir zusammen?
- Klärung und Regelung der Zuständigkeiten des Personals und der Bereiche.
- Die Qualifizierung der Mitarbeitenden aller Hierarchien. Welche Kompetenzen bringen unsere Fachpersonen mit? Welche Methoden unterstützen uns in unserem Handeln?
- Die Regelung der Zusammenarbeit mit Dritten. Wen sollten wir bei der Hilfeplanung und Unterstützung unsere Mitarbeitenden miteinbeziehen?
- Die Beteiligung des sozialen Umfelds. Wie unterstützen wir Seniorinnen, Senioren und ihre Angehörigen? Was kann unsere Institution zur Verfügung stellen?

Baukastenprinzip zur Einführung eines Leitfadens



10.2 Die Entwicklung einer Haltung

Die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung und eines für die Institution allgemeingültigen Verhaltenskodexes unter Beteiligung aller Abteilungen und Hierarchien ist ein wichtiger Prozess. Sie ist das Fundament für alle weiteren Aktivitäten. Auf sie stützt sich die abgestufte Vorgehensweise zur Früherkennung und Frühintervention im Umgang mit missbrauchenden oder abhängigen Seniorinnen und Senioren. Beispiele für Haltungen im Umgang mit Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch:

- Wir sprechen Substanzprobleme offen an und verheimlichen sie nicht.
- Wir sind uns der Risiken für die Seniorinnen und Senioren bewusst.
- Die Seniorinnen und Senioren haben das Recht, ihre Substanz zu konsumieren.
- Wir nehmen der Person ihre Substanzen nicht weg.
- Wir bewerten und moralisieren ihr Verhalten nicht.
- Wir akzeptieren die Grenzen unserer Mitarbeitenden und prüfen andere Möglichkeiten.

Mit Ihrer institutionellen Haltung, die Sie nach innen und aussen kommunizieren, zeigen Sie Ihre Offenheit auch gegenüber heiklen Themen und Ihre Bereitschaft, in Problemsituationen etwas zu unternehmen. Zeigen Sie Transparenz gegenüber:

- allen gegenwärtigen und künftigen Mitarbeitenden,
- Ihren Klientinnen und Klienten (Seniorinnen und Senioren), deren Angehörigen und Mandatsträgern,
- den bereits kooperierenden Stellen, z.B. behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Sozialdiensten,
- anderen Fachstellen im Hilfenetzwerk,
- der Öffentlichkeit (z.B. in einem Interview, Pressemitteilung).

11 Literatur

- Di Clemente, C. et al. (1992). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 1991, 295-304.
- Kutschke, A. (2012). Sucht – Alter – Pflege. Praxishandbuch für die Pflege suchtkrankter alter Menschen. Bern, Hans Huber Verlag.
- Alter und Sucht (2013). Alkohol. Early-onset und late-onset. <http://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/alkoholkonsum-im-alter/early-vs-late-onset>, Zugriff 22.7.2013.
- Geisler, L. (1992). Arzt und Patient. Gespräche mit dem alten Menschen. www.linus-geisler.de/ap/ap26_alter.html, Zugriff 22.7.2013.
- Forel-Klinik (2013). Kriterien der Abhängigkeit und wichtigste Zahlen. www.forel-klinik.ch/print.php?page=F92, Zugriff 22.7.2013.
- Meyer, C. (2013). Projekt Sensor-Frühintervention bei Suchtgefährdung im Alter. In: Suchtmagazin 2/2013. Dossier: Sucht im Alter, 29-31.
- Meyer, T. & William, B. (2007). Altersalkoholismus. Eine Bestandsaufnahme; Expertenpanel Altersalkoholismus.
- Müller, R. (2012). Sucht im Alter – Konsequenzen für Pflege und Betreuung. Tagung «Suchtgefährdung im Alter – erkennen und handeln» vom 21. August 2012. Akzent Prävention und Suchttherapie.