Sucht im Alter: Herausforderungen in der Praxis

Fachtagung «Alternd, abhängig und trotzdem gut versorgt», Zürich, 30. August 2017

Dr. Kenneth Dürsteler
Regine Steinauer
Dr. Marc Vogel

UNI BASEL

Sucht im Alter: Herausforderungen in der Praxis

Inhalt

- **Einleitung**
- Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen im Alter
- Problemlagen & Interventionen

SUCHT

Die Alten von Woodstock

Die Junkies der Siebziger kommen in die Jahre. In einem Wohnheim in Den Haag dürfen sie harte Drogen konsumieren – vermutlich bis an ihr Lebensende.

DER SPIEGEL 14/2012

Rentner im Nebel

Ein Hamburger Heim übt den Umgang mit einer neuen Generation von Drogensüchtigen: Junkies im Seniorenalter

Süddeutsche Zeitung, 7.7.2012

Wenn Opa die Gläser nicht mehr zählt

Dass Opa so oft verwirrt ist, führen die Familie wie Nachbarn gern auf sein Alter zurück. Aber vielleicht hat Opa ein Alkoholproblem. In unserer Gesellschaft ist Sucht im Alter ein Tabu. Und auch die Forschung lässt den Bereich links liegen.

Berner Zeitung, 7.9.2014

Die Älteren

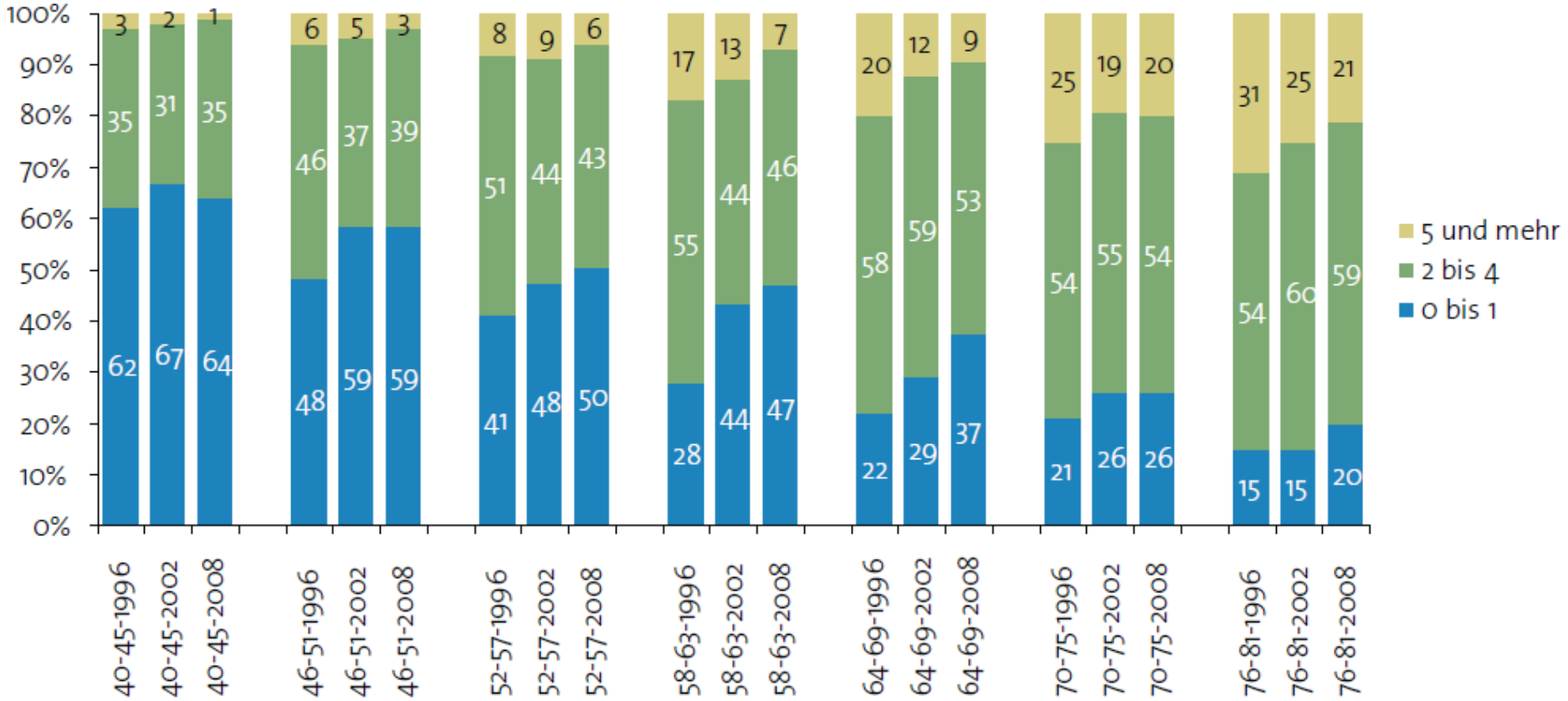
- Was und wer ist eigentlich alt?
- „Altersguillotine“ 65 Jahre
- Heterogenität
- Ältere Menschen sind heute häufig sehr aktiv, modern und trendbewusst (wichtige Marketingzielgruppe)
- Die „jungen Alten“
- European Union Geriatric Medicine Society, 2008:

  „Geriatrische Medizin ist nicht spezifisch altersdefiniert, sie behandelt jedoch die typische Morbidität älterer Patienten. Die meisten Patienten sind über 65 Lebensjahre alt. Diejenigen Gesundheitsprobleme, die durch Geriatrie als eine Spezialdisziplin am besten angegangen werden können, werden in der Altersklasse über 80-Jähriger viel häufiger.“

Herausforderungen des Alterns:

Körperliche Krankheiten

Anzahl Personen die gleichzeitig mehrfach erkrankt sind, nach Alter und Jahr



Deutscher Alterssurvey 2008

Pharmakologische Veränderungen

- Allgemein im Alter geringerer Wasser- und erhöhter Fettgehalt des Körpers
- Abnahme der Leberfunktion, insbesondere des First-Pass-Effektes
- Abnahme der Nierenfunktion
- Grössere Alkohol-Sensitivität des Gehirns und anderer Organe bei älteren Menschen

Schmerz im Alter

- Schmerz gehört **nicht** zum «normalen» Alterungsprozess
- Aber: Schmerz im Alter ist häufig:

  25-50 % aller älteren Menschen (Chai et al., 2010)

  45-80 % in APH (Chai et al., 2007; Thomas et al., 2007)
- Möglicherweise liegen diese Schätzungen noch zu tief
- Komplikationen bei Nichtbehandlung sind vielfältig: Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Kognition, Stürze, Depression, Angststörungen, Substanzstörungen (v.a. wenn bereits vorbestehend), sozialer Isolation, Schlafstörungen, Mangelernährung, verminderter Lebensqualität, vermehrter Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Kosten (Am. Ger. Soc., 2007)

Substanzkonsum im Alter

Ein vernachlässigtes und stigmatisiertes Phänomen

- Heterogene Gruppe
- Forschung findet fast nur an jüngeren Patientengruppen statt
- Prävention auch
- Fehlende Erfahrung und Berührungsängste auf Seiten der Betreuer/Ärzte/Psychologen
- Therapeutischer Nihilismus
  - «Das macht jetzt auch nichts mehr aus»
  - «Das lässt sich eh nicht mehr ändern»
  - «Das soll man ihnen nicht auch noch nehmen»
  - «In Institutionen ist man nicht abhängig»

Quelle: www.hoerzu.de

Substanzerkrankungen im Pflegeheim

- Bei ca. jedem vierten Alten- und Pflegeheimbewohner in Deutschland besteht irgendeine Abhängigkeitserkrankung (DHS, 2010)
- Durchschnittsalter bei Eintritt in deutsche Pflegeheime mit Alkoholdiagnose 62 J, ohne solche Diagnose 78 J

Risikofaktoren für problematischen Substanzkonsum im Alter

- Psychisch
  - Vermeidender Copingstil
  - Substanzprobleme in der Vorgeschichte
  - Frühere oder aktuelle psychische Komorbiditäten
- Sozial
  - **Wohlstand**
  - Trauerfälle
  - Plötzliche oder erzwungene Berentung
  - Soziale Isolation
- Körperlich
  - Männliches Geschlecht (Alkohol)
  - Weibliches Geschlecht (BZD)
  - Chronische Schmerzen
  - Behinderungen oder Mobilitätseinschränkungen
  - Änderungen der Lebenssituation/Übergang in Pflegeinstitutionen
  - Schlechter Gesundheitszustand / chronische Erkrankungen
  - Polypharmazie

Kuerbis et al., 2014

Sucht im Alter: Herausforderungen in der Praxis

Inhalt

- Einleitung
- **Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen im Alter**
- Problemlagen & Interventionen

Herausforderung Diagnostik

- Abhängigkeitserkrankungen werden bei älteren Personen oft erst spät erkannt – eine frühe Intervention ist aber mit guten Erfolgsaussichten, höherer Lebensqualität und geringeren Kosten verbunden.

Warum bleibt problematischer Substanzkonsum bei Älteren häufiger unerkannt?

- Abwehr von Seiten der Patienten (Scham, kurze verbleibende Lebenserwartung)
- Abwehr von Seiten der Behandler und Betreuer (kurze Lebenserwartung, Stigmatisierung, Unbehagen)
- Fehlendes Know-How und grössere Schwierigkeiten, substanzgebundenes Problemverhalten zu erkennen bei älteren Patienten (Kuerbis et al., 2014)

Quelle:www.computerwoche.de (Anson/Fotolia.com)

Problematischen Substanzkonsum erkennen (oder auch nicht)
Körperliche Symptome

- (wiederholte) Stürze („das ist das Alter ….“)
- Generelle somatische Verschlechterung („die als altersbedingt oder durch andere Erkrankungen bedingt interpretiert wird…“)
- Hygiene, Verwahrlosung (auch des Haushaltes)
- Durchfälle
- Schwindel
- Appetitverlust, Mangelernährung, Gewichtsabnahme
- Tremor (Zittern) („im Alter ist man halt etwas tatterig…“)

Problematischen Substanzkonsum erkennen (oder auch nicht)

Soziale Symptome

- Rückzug (der niemandem auffällt …)
- Verwahrlosung (die niemand bemerkt…)
- Kein Versagen am Arbeitsplatz (da berentet…)
- Konflikte mit Mitbewohnern und Personal im Pflegeheim

Psychiatrische Symptome

- Ängste, Depression, Stimmungsschwankungen („das ist das Alter…“)
- Schlafstörungen („senile Bettflucht…“)
- Interessenverlust

Kognition

- Kognitive Verschlechterung (die ebenfalls als altersbedingt interpretiert wird…)
- Mangelnde Aufmerksamkeit, Konzentration

Nach R. Müller

Wie äussern sich Alkoholprobleme im Altersheim?

A Konflikte mit anderen Bewohnern/Bewohnerinnen

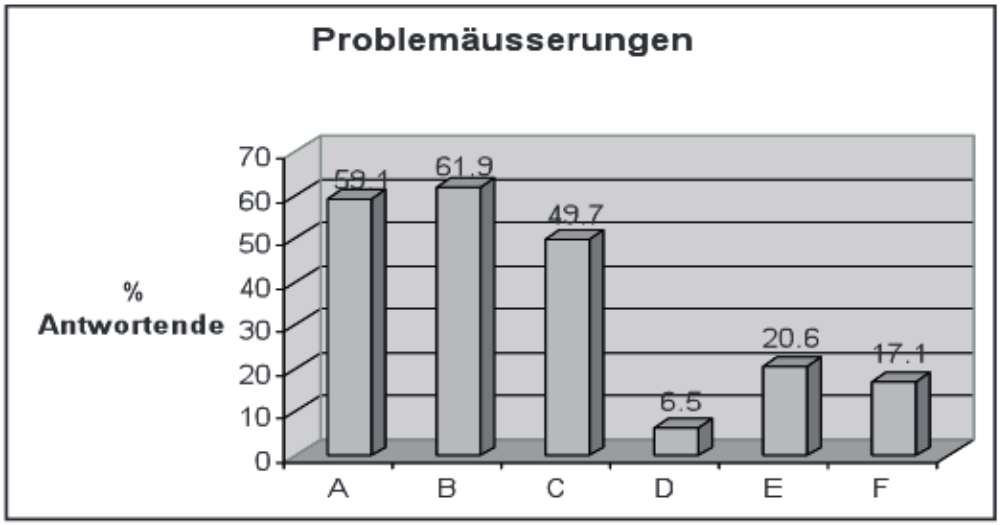
B Konflikte mit dem Personal

C Hygieneprobleme

D Offenes Trinken bedeutet ein Imageproblem der Einrichtung

E Trinken ausserhalb der Einrichtung

F Konflikte zwischen Lebens- und therapeutischem Raum



R. Müller, 2009

Diagnostik - AUDIT

Alcohol
Use
Disorder
Identification
Test

Bei über 5 - 8 Punkten: Problematischer Substanzkonsum wahrscheinlich

Der AUDIT-Fragebogen

	0	1	2	3	4
Wie oft haben Sie im letzten Jahr alkoholische Getränke getrunken?	Nie	Einmal im Monat oder seltener	2-mal im Monat	3-mal im Monat	4- oder mehr-mals im Monat
Wie viele Drinks trinken Sie pro Tag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 und mehr
Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Drinks pro Tag?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft hatten Sie im letzten Jahr das Gefühl, Sie könnten nicht aufhören zu trinken, wenn Sie angefangen haben?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht das tun, was von Ihnen erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft brauchen Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie vorher stark getrunken haben?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie im letzten Jahr nach dem Alkoholtrin-ken Gewissensbisse gehabt oder sich schuldig gefühlt?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie sich nicht an die Ereignisse der Nacht zuvor erinnern können, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Haben Sie sich oder einen anderen schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	Nie	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr

CAGE

Cut down Drinking	Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?
Annoyance	Haben Sie jemals bei anderen Menschen Anstoss erregt, weil Sie nach deren Meinung zu viel trinken?
Guilty	Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?
Eye Opener	Haben Sie jemals morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?

AUSWERTUNG:

- «Ja» auf eine Frage*:
  Verdacht auf ein Alkoholproblem

- «Ja» auf eine oder auf mehrere Fragen*:
  schädlicher Konsum/Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit ist wahrscheinlich

CAGE – Ergänzungen nach Wolter

- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Alkoholkonsum zugenommen hat, nachdem eine Ihnen nahestehende Person verstorben ist?
- Macht Alkohol Sie so müde, dass Sie öfter einmal in Ihrem Stuhl einschlafen?
  Nach: American Medical Association (Council on Scientific Affairs) (1996): Alcoholism in the Elderly. JAMA 275: 797–801
- Haben Sie in den letzten drei Monaten Alkohol getrunken?
- Falls ja: An wie vielen Tagen in der Woche haben Sie durchschnittlich etwas getrunken und wie viele Gläser (getrennt nach Bier, Wein, Likör, Spirituosen)?
- Wie oft in den letzten drei Monaten haben Sie bei einem Anlass sechs oder mehr Gläser getrunken (getrennt nach Bier, Wein, Likör, Spirituosen)?
  Nach: Adams W. L., Barry K. L., Flemin M. F. (1996): Screening for Problem Drinking in Older Primary Care Patients. JAMA 276: 1964 – 1967

Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric Version (Mast-G)

(Übersetzung: ZüFAM)

Langversion mit 24 Fragen

Kurzversion mit 10 Fragen (SMAST-G), Cut-off bei 2

Welche Rolle spielt Alkohol in Ihrem Leben?

Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Verhaltensweisen und Problemen, die auftreten können, wenn Sie regelmäßig Alkohol trinken.

Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht und kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

1. Haben Sie anderen gegenüber schon einmal untertrieben, wie viel Alkohol Sie trinken?	Ja ○	Nein ○
2. Haben Sie nach ein paar Gläsern Alkohol manchmal nichts gegessen oder eine Mahlzeit ausgelassen, da Sie sich nicht hungrig fühlten?	Ja ○	Nein ○
3. Helfen ein paar Gläser Alkohol, Ihre Zittrigkeit oder Ihr Zittern zu verhindern?	Ja ○	Nein ○
4. Haben Sie, nachdem Sie Alkohol getrunken haben, manchmal Schwierigkeiten, sich an Teile des Tages oder der Nacht zu erinnern?	Ja ○	Nein ○
5. Trinken Sie gewöhnlich Alkohol, um zu entspannen oder Ihre Nerven zu beruhigen?	Ja ○	Nein ○
6. Trinken Sie, um Ihre Probleme für einige Zeit vergessen zu können?	Ja ○	Nein ○
7. Haben Sie schon einmal mehr Alkohol getrunken, nachdem Sie einen Verlust in Ihrem Leben erlitten haben?	Ja ○	Nein ○
8. Hat Ihnen schon einmal ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine andere Person gesagt, sie mache sich Sorgen bezüglich Ihres Alkoholkonsums?	Ja ○	Nein ○
9. Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klar zu kommen?	Ja ○	Nein ○
10. Verschafft Ihnen ein alkoholisches Getränk Erleichterung, wenn Sie sich einsam fühlen?	Ja ○	Nein ○

Haben Sie zwei oder mehr dieser Fragen mit JA beantwortet? Dann haben Sie vermutlich ein ernstzunehmendes Alkoholproblem entwickelt und sollten Hilfe und Beratung annehmen.

Bundesweite Sucht- und DrogenHotline
0 18 05/31 30 31 (12 Cent/Min.)
täglich 0 bis 24 Uhr

BZgA-Info-Telefon
02 21/89 20 31
Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr
Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

Kopiervorlage 2.2 aus: DHS, Substanzbezogene Störungen im Alter, 2005

Medikamentenabhängigkeit

Wichtige diagnostische Fragen

- Nehmen Sie seit längerer Zeit Medikamente ein, um sich besser zu fühlen, bsp.weise um
  - …negative Gefühle wie Angst, Trauer, Nervosität oder Einsamkeit besser zu ertragen?
  - …Schmerzen besser zu ertragen, von denen Sie nicht wissen, woher diese kommen?
  - …um besser schlafen zu können?
- Beunruhigt Sie der Gedanke, einige Tage oder Wochen hierauf verzichten zu müssen?
- Haben Sie sich einen Vorrat angelegt oder gehen Sie nie aus dem Haus, ohne eine „Notfalltablette“ mitzunehmen?
- Haben Sie die Dosis gesteigert, weil der Effekt nachgelassen hat oder die ursprünglichen Symptome wieder auftraten?
- Verheimlichen Sie die Einnahme vor anderen?

Nach DHS

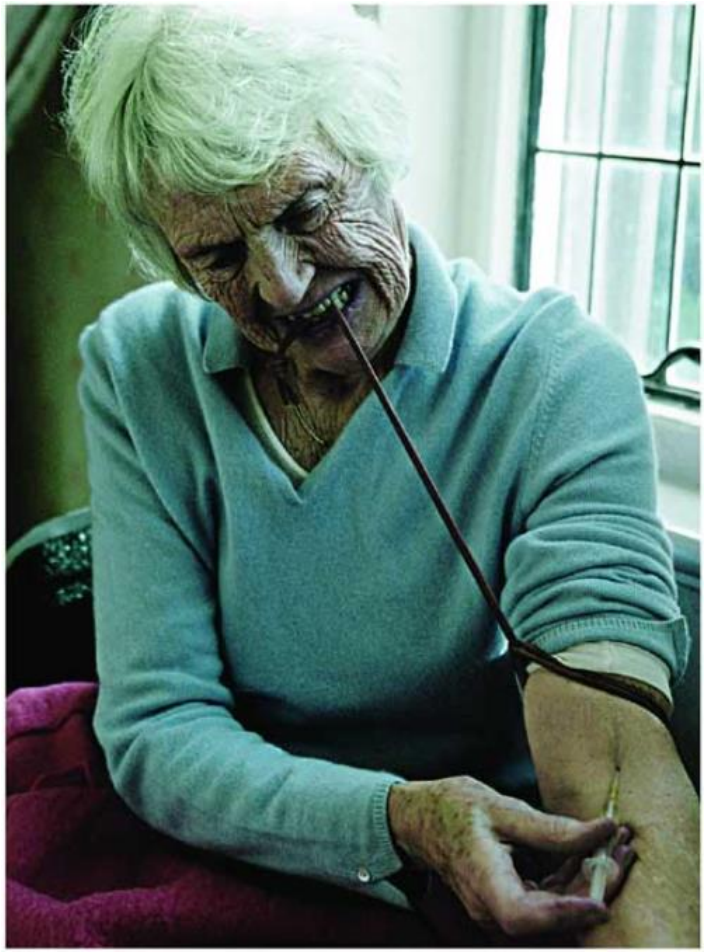
Sucht im Alter: Herausforderungen in der Praxis

Inhalt

- Einleitung
- Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen im Alter
- **Problemlagen & Interventionen**

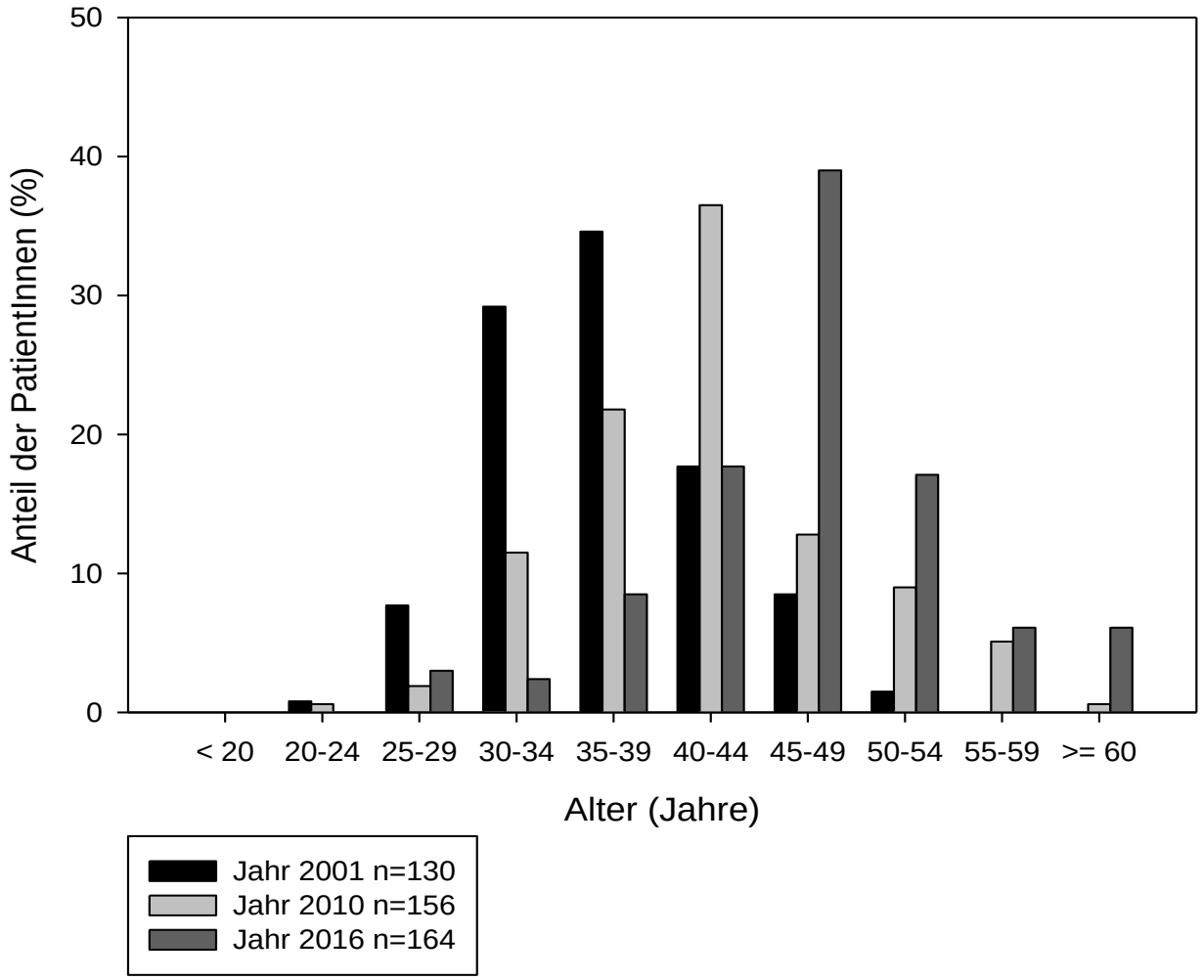
Was sind «ältere Opioidabhängige»? Und muss Substitution im Alter überhaupt sein?

- Keine Standarddefinition von «älter» oder «alt»
- EMCDDA schlägt in Anlehnung an europäische Studien Trennwert von 40 Jahren vor (z.B. Beynon et al., 2010)
- US-amerikanische Studien benutzen meist einen Cut-off-Wert von 50 Jahren
- Kein «Maturing Out» (Winick, 1962)
- chronische Erkrankung
- Langzeitbehandlung



www.focus12.co.uk

Altersentwicklung Heroingestützte Behandlung (JANUS, Basel)

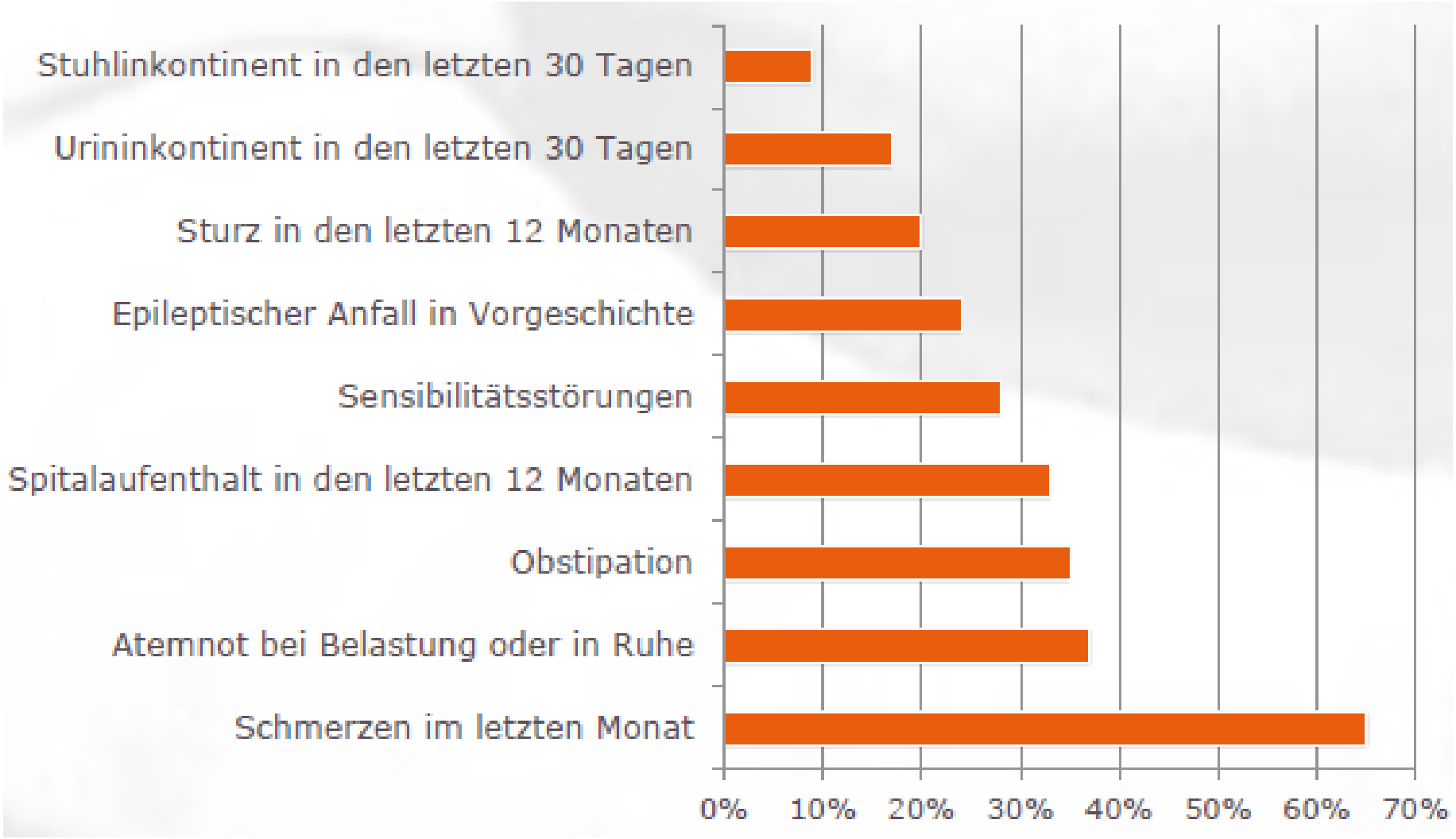


Geriatrisches Assessment älterer Opioidabhängiger

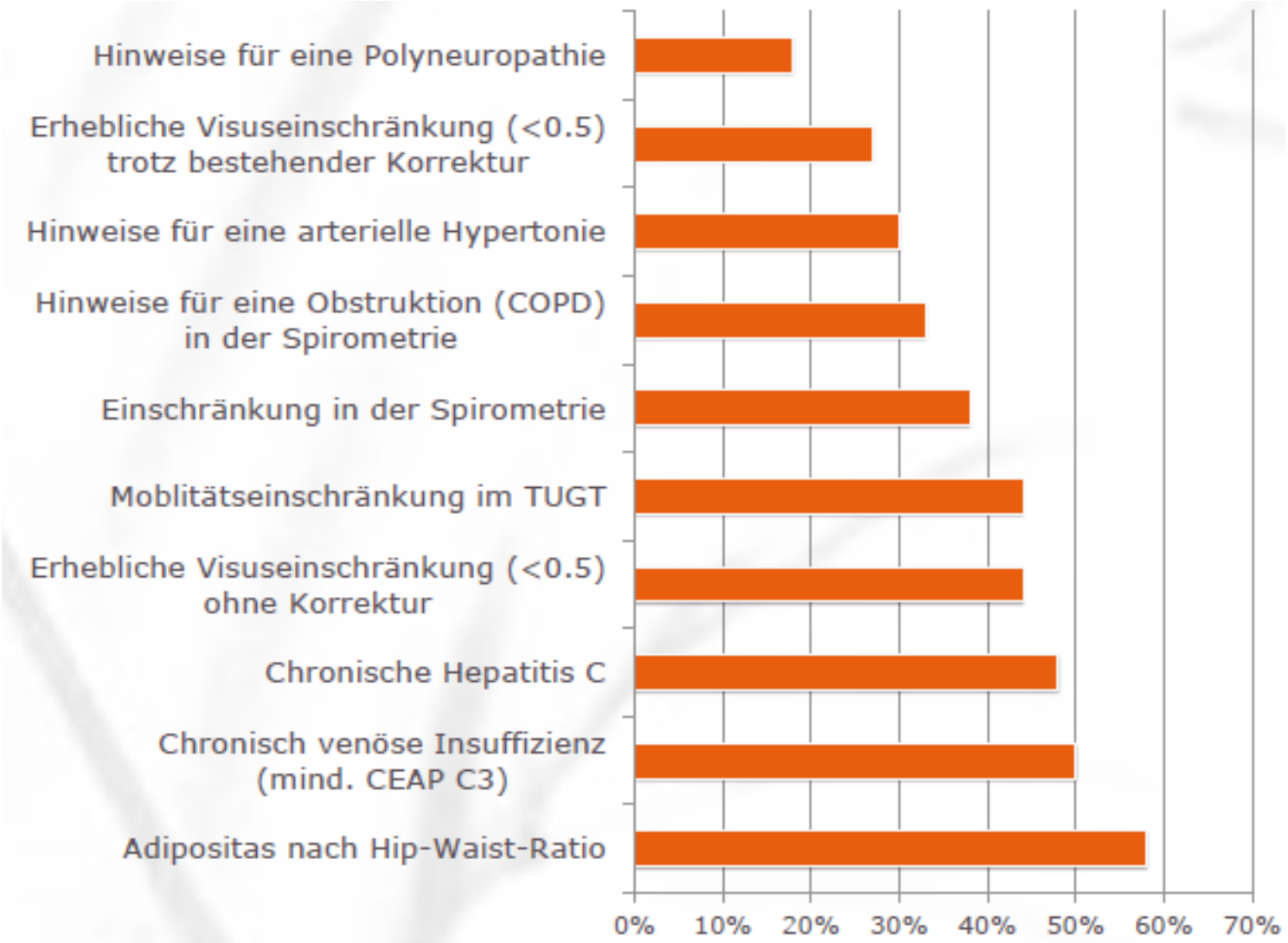
Querschnittstudie

- N=47, >49 Jahre, 25 orales Opioid, 22 HegeBe
- Fragebögen, Anamnese, Körperliche Untersuchung mit geriatrisch-suchtmedizinischem Schwerpunkt, Lungenfunktionsmessung, Laboranalysen (Blut, Urin), Akten
- Untergruppe mit kognitiver Testung
- 67% männlich
- Durchschnittsalter 54 Jahre (49-64)
- Im Mittel seit 21 Jahren opioidabhängig
- 74% mit weiteren Massnahmen aufgrund des Assessments
- 15% Vorgeschichte mit **Schädel-Hirn-Trauma**
- 37% mit mind. einer auf NFS behandelter Überdosis

Somatische Beschwerden



Untersuchungsbefunde



Selbstauskunft Gesundheitszustand

- Weniger gut/schlecht: 33%

- Schlechter als im vergangenen Jahr: 28%
- Besser als im vergangenen Jahr: 35%
- Gleich: 37%

Neurokognitive Störungen

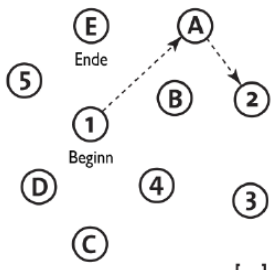
bei opioidabhängigen PatientInnen

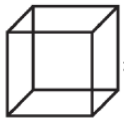
- Opioidabhängige PatientInnen offenbaren gehäuft neurokognitive Funktionseinbussen (Block, 2002; Darke, 2000; Dürsteler-MacFarland et al., 2005; Yücel et al., 2007)
- Je nach PatientInnengruppe, Setting und Erhebungsmethode finden sich bei 33-80% Defizite in mind. einem Teilbereich
- Gruppenmittelwerte liegen in den meisten Studien jedoch nicht im “defizitären” Bereich; keine publizierte Studien bei älteren PatientInnen

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

NAME :
Ausbildung : Geburtsdatum :
Geschlecht : DATUM :

VISUOSPATIAL / EXEKUTIV





Würfel nach-zeichnen

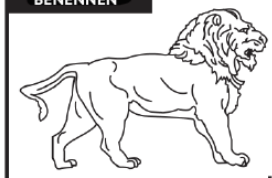
[ ] [ ]

Eine Uhr zeichnen (Zehn nach elf)
(3 Punkte)

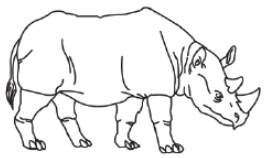
[ ] Kontur [ ] Zahlen [ ] Zeiger

PUNKTE __/5

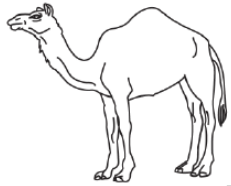
BENENNEN



[ ]



[ ]



[ ]

__/3

GEDÄCHTNIS

Wortliste vorlesen, wiederholen lassen.
2 Durchgänge. Nach 5 Minuten überprüfen (s.u.)

	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT
1.Versuch					
2.Versuch					

Keine Punkte

AUFMERKSAMKEIT Zahlenliste vorlesen (1 Zahl/ Sek.)

In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen [ ] 2 1 8 5 4
Rückwärts wiederholen [ ] 7 4 2

__/2

Buchstabenliste vorlesen (1 Buchst./Sek.). Patient soll bei jedem Buchstaben „A" mit der Hand klopfen. Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

__/1

Fortlaufendes Abziehen von 7 , mit 100 anfangen [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65

4 oder 5 korrekte Ergebnisse: **3 P.**, 2 oder 3 korrekt: **2 P.**, 1 korrekt: **1 P.**, 0 korrekt: **0 P.**

__/3

SPRACHE **Wiederholen:** „Ich weiß lediglich, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen." [ ]
„Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn die Hunde im Zimmer waren." [ ]

__/2

Möglichst viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen [ ] ____ (N ≥ 11 Wörter)

__/1

ABSTRAKTION Gemeinsamkeit von z.B. Banane und Apfelsine = Frucht [ ] Eisenbahn - Fahrrad [ ] Uhr - Lineal

__/2

ERINNERUNG

Worte erinnern OHNE HINWEIS	GESICHT [ ]	SAMT [ ]	KIRCHE [ ]	TULPE [ ]	ROT [ ]
Optional: Hinweis zu Kategorie					
Optional: Mehrfachauswahl					

Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis

__/5

ORIENTIERUNG [ ] Datum [ ] Monat [ ] Jahr [ ] Wochentag [ ] Ort [ ] Stadt

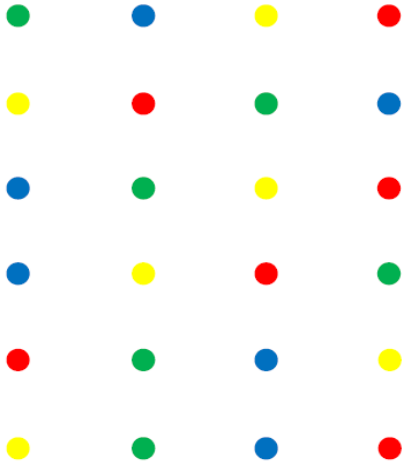
__/6

© Z Nasreddine MD Version 7. Nov. 2004 deutsche Übersetzung: SM Bartusch, SG Zipper

Normal ≥ 26 / 30

TOTAL __/30
+ 1 Punkt wenn ≤ 12 Jahre Ausbildung

www.mocatest.org Untersucher: _____



wenn kaum und oben
oben wenn kaum und
oben und wenn kaum
und oben kaum wenn
kaum und oben wenn
und wenn kaum oben

blau gelb rot grün
grün blau gelb rot
grün rot blau gelb
rot grün gelb blau
gelb rot grün blau
rot blau gelb grün

Mild Cognitive Impairment

Vergleich mit Normwerten MoCA

	NC		MCI		AD		ES	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Trails	.87	.34	.56	.50	.27	.45	.73	.45
Cube	.71	.46	.46	.50	.25	.43	.37	.49
Clock	2.65	.65	2.16	.82	1.56	.98	2.43	.68
Naming	2.88	.36	2.64	.58	2.19	.82	3.00	.00
Memory	3.73	1.27	1.17	1.47	.52	1.03	3.13	1.57
Digit span	1.82	.44	1.83	.43	1.49	.62	1.60	.56
Letter A	.97	.18	.93	.26	.67	.47	.90	.31
Serial 7	2.89	.41	2.65	.65	1.82	1.12	2.68	.55
Sentence rep	1.83	.37	1.49	.71	1.37	.80	1.33	.76
Fluency F	.87	.34	.71	.45	.32	.47	.33	.48
Abstraction	1.83	.43	1.43	.68	.99	.80	1.37	.72
Orientation	5.99	.11	5.52	.84	3.92	1.73	5.60	.77
Total*	27.37	2.20	22.12	3.11	16.16	4.81	23.93	3.76

Anmerkung. Die Vergleichswerte stammen von Nasreddine et al. (2005). NC = Normal Cognition, MCI = Mild Cognitive Impairment, AD = Alzheimer Dementia, ES = Ergebnisse der vorliegenden Stichprobe. *mit Ausbildungspunkt

63,3% einer Zufallsstichprobe (n=30, 53,6±3.2 J,) erreichte gegenüber der Norm auffällige MoCA-Summenwerte (17-25 Pkt.); bei 33,3% lagen die Werte im Bereich eines Mild Cognitive Impairment (Brogle, 2014).

Mögliche Ursachen und Risikofaktoren

- substanzbedingt (insb. bei multiplem Substanzgebrauch), nur teilweise reversibel (Anthony et al., 2010; Ersche & Sahakian, 2007; Gruber et al., 2007)
- Hinweise auf höhere Vulnerabilität des alternden Gehirns für substanzbedingte Einschränkungen (Dowling, 2008; Ersche et al., 2012; Chen et al., 2013)
- chronische Infektionskrankheiten (HIV, HCV; Dürsteler-MacFarland et al., 2005; Gonzalez & Cherner, 2008)
- Hypoxämiebedingte Schäden (Dürsteler-MacFarland et al., 2005; Yücel et al., 2007)
- ätiologische Unterscheidung oft schwierig, meist Folge mehrerer Faktoren

Polypharmazie Geriatrisches Assessment (n=47)

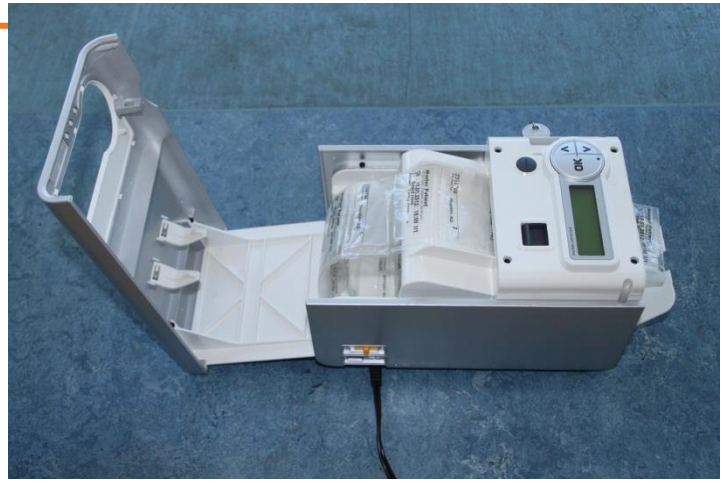
- Mit Substitut: 4.76 Medikamente
- Ohne Substitut: 3.67 Medikamente

Automatic Tablet Dispensing and Packaging System (ATDPS)

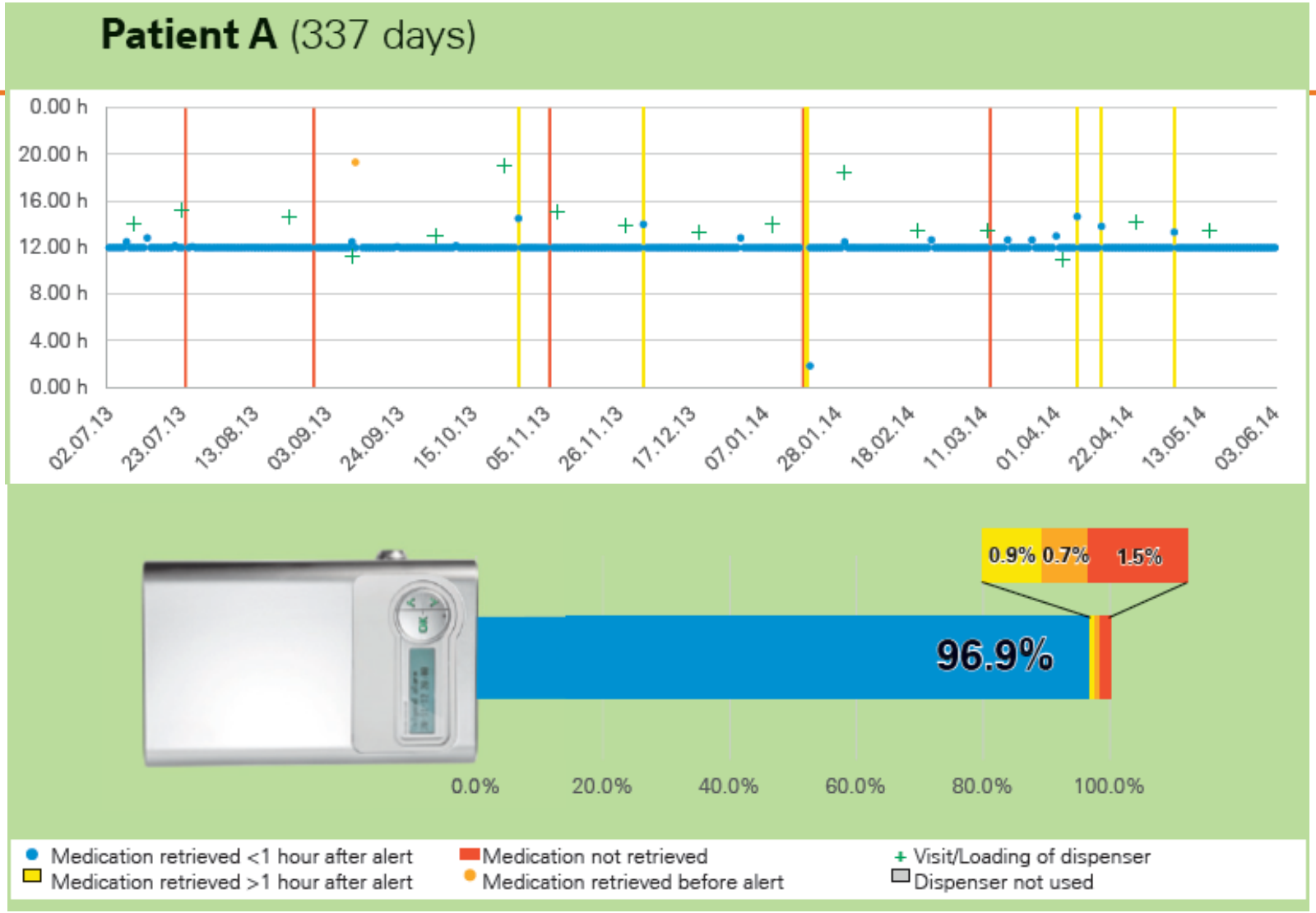
Mit einem ATDPS (Desk Type JV-30 DE, HD-Medi, D) werden vollautomatisch alle festen, oralen Arzneiformen eines Patienten für einen Einnahmezeitpunkt entsprechend dem Therapieplan in einem Schlauchbeutel verpackt.

Dispenser «Medido»

Dispenser Medido®
(Innospense SA, NL) für die
ferngesteuerte Abgabe von
Schlauchblistern



Männlich, 51a, HIV, Demenz, 6 Tbl./d



Allemann et al. (2014)

Die Versorgung aus Sicht der Behandelnden

Online-Umfrage 2015

- Institutionen mit Spezialisierung in der opioidgestützten Behandlung
- 35 Institutionsleitungen
- 111 Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen

Die Versorgung aus Sicht der Behandelnden

Institutionsleitungen (n=35)

- 22% Infrastruktur (eher) nicht ausreichend für ältere Patienten
- 40% nicht behindertengerecht ausgebaut
- gewünschte Verbesserungen zur Betreuung Älterer:
  - 75% Ausbau der Infrastruktur (z.B. Rollstuhlgängigkeit)
  - 76% intensivierte Kooperation mit anderen Institutionen
  - 50% Schaffung neuer spezialisierter Institutionen (z.B. Altersheime/Betreuungsinstitutionen)
- Somatische Versorgung:
  - 69% Psychiater oder unabhängig von der Institution
  - 6% Somatiker von ausserhalb kommt regelmässig
  - 25% Somatiker fest angestellt

Die Versorgung aus Sicht der Behandelnden

Stellenleitungen (n=35)

- 22% spezifisches Betreuungskonzept für Ältere
- 32% Konzept zur Erstellung von Patientenverfügungen
- Beurteilung der Betreuung Älterer insgesamt:
  - 19% (eher) unzureichend

Die Versorgung aus Sicht der BehandelInden

Basis (N=111)

- «Das Substitut ist auch für pflegebedürftige ältere PatientInnen ein wichtiges Medikament und sollte weiter gegeben werden»: 98% Zustimmung
- 62% (eher) unzureichende Infrastruktur
- gewünschte Verbesserungen zur Betreuung Älterer:
  - 83% Ausbau der Infrastruktur (z.B. Rollstuhlgängigkeit)
  - 93% intensivierte Kooperation mit anderen Institutionen
  - 77% Schaffung neuer spezialisierter Institutionen (z.B. Altersheime/Betreuungsinstitutionen)
- 11% spez. Betreuungskonzept
- Beurteilung der Betreuung Älterer insgesamt:
  - 41% (eher) unzureichend (Somatik 63%, Psychiatrisch 16%)

Die Versorgung aus Sicht der BehandelInden

Basis (N=111)

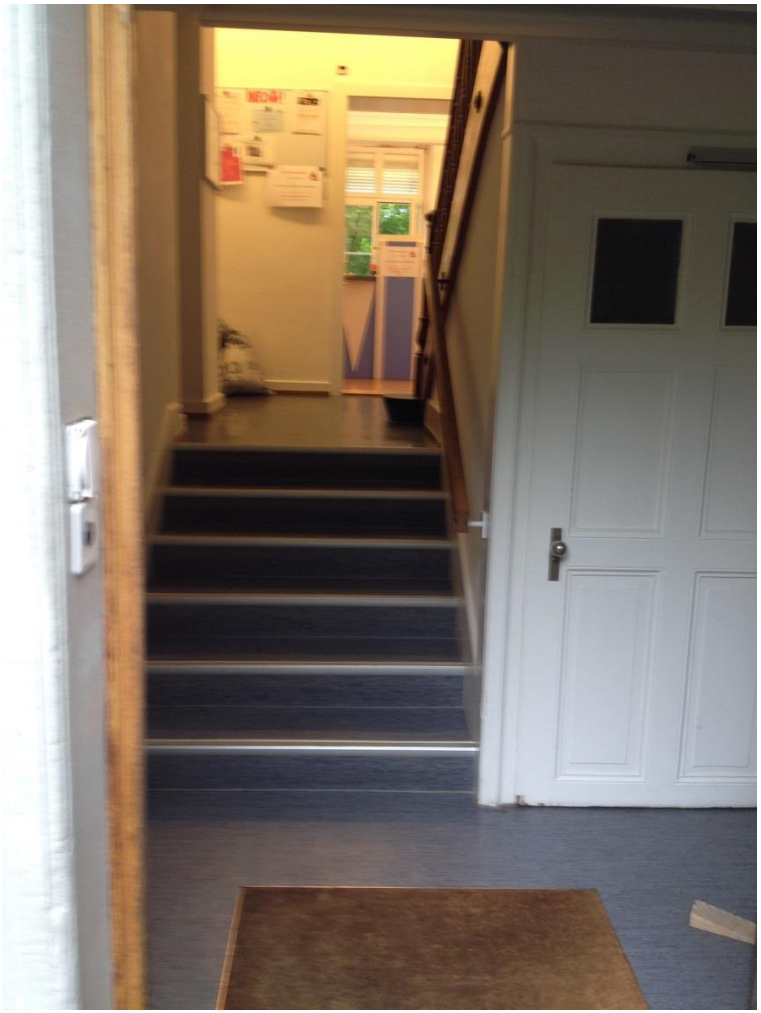
- Sozialarbeiter: Schwierigkeiten in der Behandlung
  - **Mangelnde Plätze in geeigneten Einrichtungen 81%**
  - Mangelnde Wohnungen 67%
  - Eingeschränkte Kooperation 43%
  - Finanzielle Situation 29%
- Pflege: **Medi-Abgabe** zeitintensiver 100%, komplizierter 95%
- Ärzte: Vermehrte **somatische Komorbiditäten**: 100%, psychische 58%
- 41% fühlen sich unzureichend ausgebildet für die Behandlung älterer PatientInnen, 88% wünschen entsprechende Weiterbildungen
- 74% fühlen sich im Bereich Palliativmedizin/Sterbebegleitung unzureichend ausgebildet, 18% haben entspr. Weiterbildungen besucht
- 35% haben schon einmal eine Patientenverfügung miterstellt

Sturzgefahr und Immobilität

- Erhöhtes Risiko bei alters- und substanzbedingter Gangunsicherheit, möglicherweise geringer unter Buprenorphin als Methadon oder Morphin (Vestergaard et al., 2006)
- Verminderte Knochendichte bei substituierten Patienten (Kim et al., 2006; Arnsten et al., 2007; Dürsteler-MacFarland et al., 2010)
- Erhöhtes Frakturrisiko
- Immobilität durch Gefässerkrankungen der Beine nach intravenösem Konsum (Pieper et al., 2010)

Somatische Komorbidität

Gangunsicherheit & Immobilität



Somatische Komorbidität

Gangunsicherheit & Sturzrisiko - Ätiologie

- Medikamente & Substanzen
  - **Opiate**; evtl. geringer unter Buprenorphin als Methadon oder Morphin (Vestergaard et al., 2006)
  - **Sedativa**; insbesondere Benzodiazepine (Woolcott et al., 2009)
  - **Alkohol**
  - **Antidepressiva;** eher SSRI (Vestergaard et al., 2006; Woolcott et al., 2009)
- Körperliche Einschränkungen
  - Visusstörung
  - Chronische Venöse Insuffizienz (Pieper et al., 2010)
  - Encephalophatien (HIV & HCV)
  - Osteoporose
  - etc.

Neue Angebote in der Behandlung Sucht und Alter

- Gemeinnützige Fahrdienste
- Richtlinien der Medikamentenab- und mitgabe
- Aufsuchende Pflege
- Ambulante häusliche Pflege
- Platzierung in Pflegeheimen
- Vernetzung
- Information und Entstigmatisierung
- Abstinenzorientierung überdenken
- Zugang zu Psychotherapie

Bestehendes Anpassen

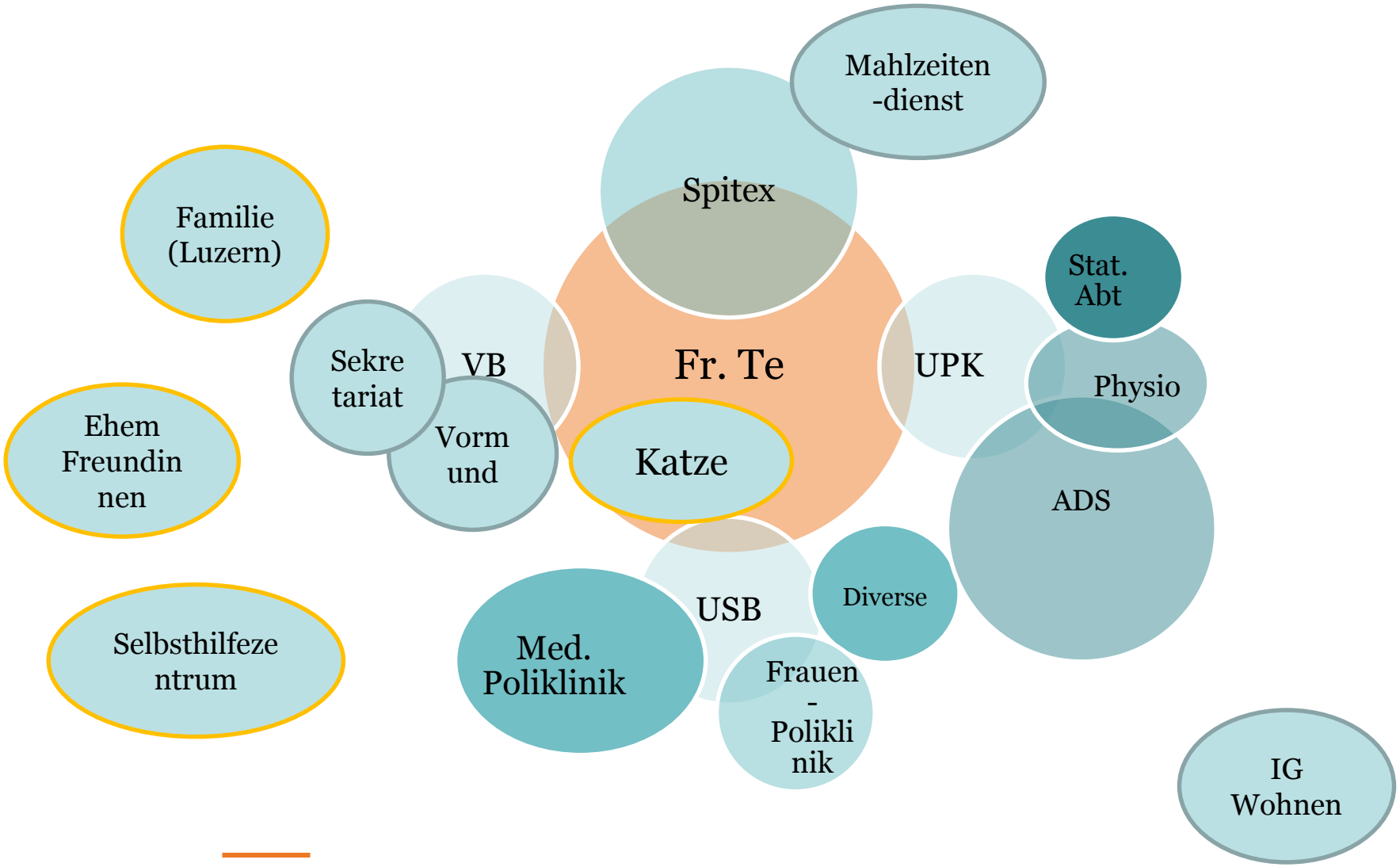
- Keine Defizitorientierung
- Explizite Berücksichtigung vorhandener Ressourcen
- Bewusstes Fokussieren aufs Thema
- Tempo anpassen
- Multimodale Instruktionen
- Einbau von Gedächtnishilfen
- Strategien des Aufmerksamkeitserhalts, Einholen geriatrischen Grundwissens

Fallbeispiel Frau TI
geb. 19.7.1970

- Diagnosen:
  - F11.22 Störungen durch Opioide
  - F13.22 Störungen durch Sedativa
  - F60.31 emotional instabile Persönlichkeit
  - F 33.2 rezidivierend depressive Störung
  - HIV pos. (ED 1987)
  - Enzephalopathie infolge HIV
  - Chronische Hepatitis C
  - Hyperthyreose
  - Pantozytopenie
  - Arterielle Hypertonie

Allgemeine Beinschwäche

Soziogramm


Mahlzeiten
-dienst
Spitex
Familie
(Luzern)
Stat.
Abt
Sekre
tariat
VB
Fr. Te
UPK
Physio
Ehem
Freundin
nen
Vorm
und
Katze
ADS
Diverse
USB
Selbsthilfeze
ntrum
Med.
Poliklinik
Frauen
-
Polikli
nik
IG
Wohnen

Fazit

Abhängigkeitserkrankungen älterer Patienten stellen häufig ein komplexes Geschehen dar, welches eine gut vernetzte, professionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert.

Webressourcen

- www.suchtimalter.ch
- www.unabhaengig-im-alter.de
- www.alter-sucht-pflege.de
- www.alterundsucht.ch
- www.praxis-suchtmedizin.ch

Zur Lektüre empfohlene Literatur / Infos

- Irmgard Vogt: Auch Süchtige altern, fh-Verlag 2011
- Dirk K. Wolter: Sucht im Alter – Altern und Sucht, Kohlhammerverlag 2011
- SuchtMagazin Nr. 3/2010
- SuchtMagazin Nr.2/2013
- SuchtMagazin Nr. 2/2016
- SuchtMagazin Nr. 5/2016
- Public Health Forum 18 Heft 67 (2010)
- www.suchtimalter.ch
- www.unabhaengig-im-alter.de
- www.alter-sucht-pflege.de
- www.alterundsucht.ch
- www.praxis-suchtmedizin.ch

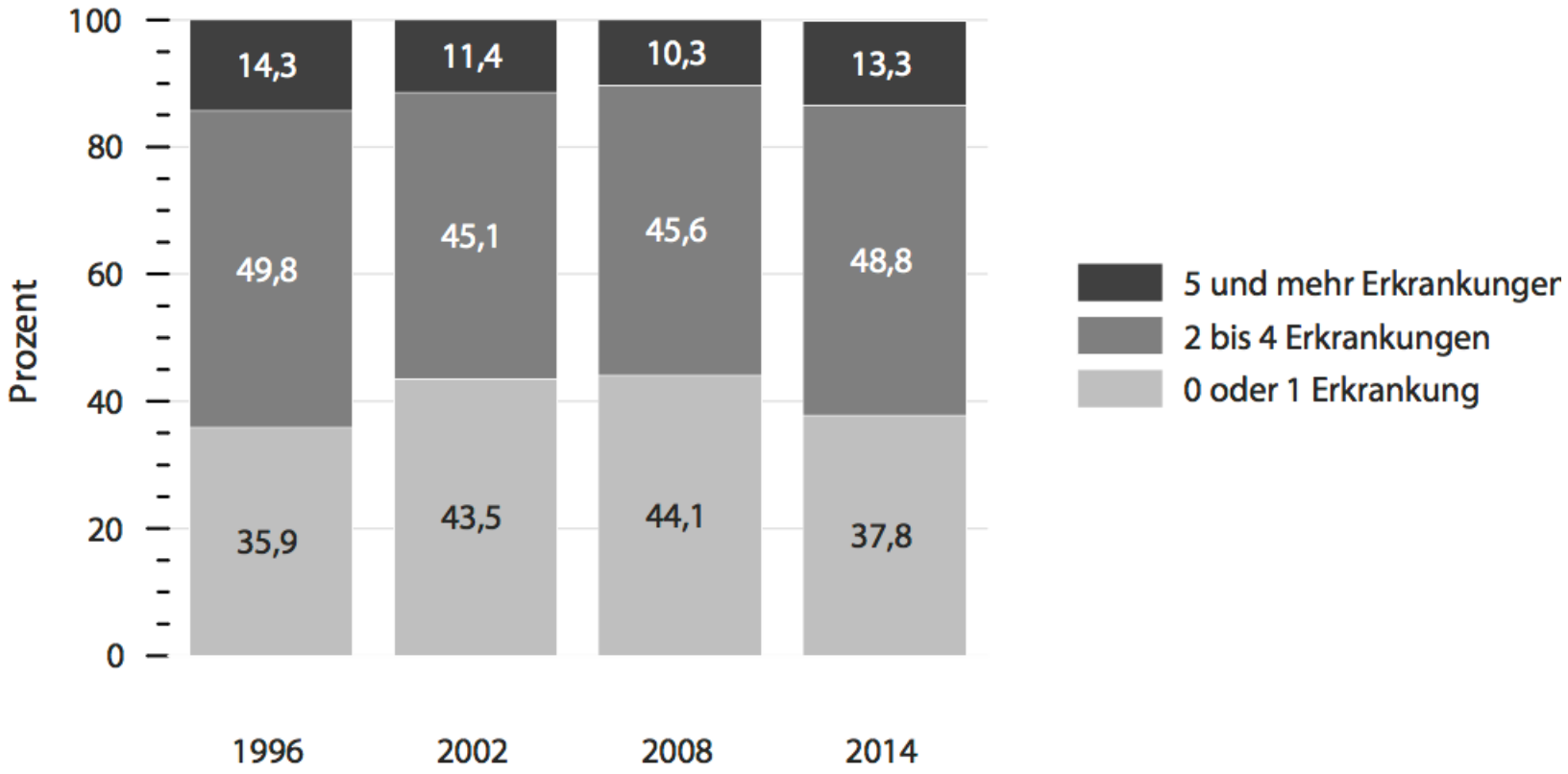
Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

*«Es kommt nicht darauf an, wie **ALT** man wird, sondern **WIE** man alt wird»*
Werner Mitsch, 1936 - 2009

kenneth.dürsteler@upkbs.ch
Regine.steinauer@upkbs.ch
marc.vogel@upkbs.ch

Herausforderungen des Alterns:

Körperliche Krankheiten der 40-85jaehrigen



Quelle: Deutscher Alterssurvey (DEAS), Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA).