

Fachtagung «Alternd, abhängig und trotzdem gut versorgt - Modelle für die Versorgung älterer Frauen und Männer mit einer Abhängigkeitserkrankung» - 30. August 2017

«Optimierung der Langzeitversorgung alternder alkohol- und drogenabhängiger Frauen und Männer in der Schweiz»

Eine Auslegeordnung zum Problemverständnis von zwei interdisziplinär zusammengesetzten Fokusgruppen

EBENE	PROBLEMVERSTÄNDNIS (QUALITATIV)
Strukturelle Ebene: z.B. Finanzierung der Versorgung, Durchlässigkeit des Versorgungssystems, (fehlende) Versorgungsangebote, fehlende Fortbildungsangebote	• Politik muss mitziehen und Auftrag formulieren →Lobby für das Thema fehlt vielerorts • Ausschlusskriterium Altersgrenzen (65+) →Andere Finanzierungsströme und -quellen bei Menschen unter und über 65 Jahren • Sucht wird in Politik nicht mehr als Thema wahrgenommen. • Alle Beteiligten müssen gemeinsam agieren (Diagnostik → Pflege → Tagesstruktur...) • Enges gesetzliches Korsett betr. Heroinabgabe; die Abgabe ist in nicht-bewilligten Zentren kaum möglich • Fehlende wissenschaftliche Daten betreffend Substitution bei bestimmten Krankheitsbildern (z.B. Korsakoff) • Fehlende Finanzierung für Arbeiten ausserhalb des engeren Auftrags (z.B. keine entsprechende Spitexleistung bei fehlender Diagnose) • Nicht genügend Angebote im stationären Bereich →Betroffene haben keine Wahl zwischen spezialisiert + nicht-spezialisierten Einrichtungen • Es ist schwierig, eine Finanzierung zu erhalten (z.B. IV-Finanzierungen für Suchtbetroffene) • Ungenügende Durchlässigkeit d. Systems; alle Beteiligten erledigen nur ihren Auftrag →Schnittstelle funktioniert nicht • Hoher personeller Aufwand für die Versorgung →knappe personelle Ressourcen

	• Fehlende Sensibilität der Hausärzte für das Thema • alle Überlegungen ungenügend reflektiert vor Genderhintergrund • Ungenügende Sensibilisierung der involvierten Akteure + Wahrnehmung der Probleme • Fehlende / Aus- / Fortbildungen zum Thema • Ungenügende Kooperation Suchtbereich – Pflegebereich (Spitex) • Nicht genügend Angebote für demente Betroffene (substituiert) • Fehlende Substitutionsangebote in bestimmten Kantonen • Fehlende Angebote für substituierte Ältere + fehlender Bekanntheitsgrad bestehender Angebote • Betreuung erfordert zwingend interdisziplinäre Zusammenarbeit • Überforderung der Hausärzte mit dem Thema • KES(B): PatientInnen mit FU werden von niemandem aufgenommen → Sie landen (nach der Psychiatrie) in Einrichtungen, die für die Komplexität des Falles nicht gerüstet sind → Aggression, Selbstgefährdung, Sucht → Amtsarzt hat zu wenig Ermessensspielraum (kantonal unterschiedlich) • Fehlende Anschlussmöglichkeiten nach Psychiatrie, die über die nötigen Kompetenzen verfügen • Ausbildung Psychiatriepflege wäre notwendig für die Langzeitpflege Betroffener, gibt es aber nicht mehr • Angebote für die «grosse Masse» der kommenden/künftigen pflegebedürftigen Konsumierenden fehlen weitgehend • Kooperation mit Beiständen schwierig • Wenig Angebote mit kontrolliertem Konsum • Netzwerk muss vorhanden sein, Klarheit in Bezug auf Zuständigkeit vor Ort muss gegeben sein • Aufsuchende Beratung: Nicht alle Beratungsstellen haben den Auftrag, aufsuchende Beratung zu leisten. Dieser Bedarf muss zuerst nachgewiesen werden, bevor er finanziert wird.
Institutionelle Ebene: z.B. Haltung der Führung zum Thema, Haltung der Mitarbeitenden zum Thema, (fehlende) Instrumente, (ungenügende) Ausbildung der	• Ausschlusskriterium Altersgrenzen (65+) • Haltung der Mitarbeitenden + der Führung → wenig Verständnis für die individuellen Bedürfnisse • Ungenügende Sensibilisierung + ungenügendes Wissen zum Thema • Hemmung, Problematik anzusprechen (bei fehlender ärztlicher Diagnose) • Vernetzung liegt brach (Spitex – Tagesstrukturen – Hausarzt/-ärztin...)

Fachpersonen im Umgang mit den Betroffenen, mangelnde interdisziplinäre und/oder inter-institutionelle Kooperation, Case Management	• Berührungängste mit Drogen und Substitution beim Personal • Bei nicht-spezialisierten stationären Einrichtungen fehlende Akzeptanz bei den BewohnerInnen + mangelndes Wissen bei den Mitarbeitenden • Fehlendes Wissen im Suchtbereich über Palliative Care, Begleitung alter Menschen / Altenpflege • Vernetzung / Kooperation: fordernde Haltung («die anderen sollten») statt helfende Haltung («wir bieten») • Aufwand für die Bearbeitung gewisser Themen (z.B. Gewalt) darf bei dieser Zielgruppe nicht reduziert werden • Frauen werden in Institutionen instrumentalisiert, z.B. um Atmosphäre friedvoller, angenehmer zu machen • Es braucht in den Institutionen / Angeboten spezielle Anstrengungen, damit auch die Frauen erreicht werden • Personalrekrutierung ist nicht einfach • Die Institutionen müssten Rahmenbedingungen ausarbeiten: Wie viele Personen mit einer Suchtproblematik verträgt eine Institution? • Wunsch der Institution an den/die KlientIn, dass er sich verändert • Herausforderung bei der Personalsuche • Wichtig, dass jedes Heim in sich d.h. alle Mitarbeitenden in einem Heim die gleiche Haltung haben. Aber nicht alle Heime müssen die gleiche Haltung haben • Berührungängste mit dem Thema (Leitungsebene) • Angst um Reputation der Institution • Fehlendes Wissen im Umgang mit dem Thema und den KlientInnen • Angst beim Personal aufgrund grosser Ungewissheiten (→ in welchem Zustand treffe ich jemanden an? Wie viele Flaschen werde ich entsorgen müssen?) • Hemmschwellen, das Thema anzusprechen • Schwierigkeit im Umgang mit Betroffenen • Haltungsfragen im Bezug auf Sterbebegleitung (Heroin am Sterbebett?) ungenügend geklärt • Haltung bezüglich Recht auf Konsum → selbstschädigendes Verhalten ungenügend geklärt. • Eintrittsschwellen; Konsum illegaler Substanzen = Tabu • Fehlendes institutionsübergreifendes Case Management
--	---

	• Überforderung mit schwierigen Patienten: Wie viel muss ein/e MitarbeiterIn ertragen, wo darf eine Grenze gesetzt werden? → fehlende Leitlinien • Methadonabgabe nicht zugänglich für Menschen mit eingeschränkter Mobilität (ambulante Angebote) • Informationsmaterial nicht lesbar für Patienten; Material zu wenig auf Zielgruppen ausgerichtet (optisch) • Diskrepanz bezüglich Konsumverböten für verschiedene Substanzen im selben Heim, im Strafvollzug, in Psychiatrie → Alkoholkonsumverbot aber Substitution möglich; Rauchverbot, aber Alkoholkonsum möglich... • Unterschiedliche Haltung / moralische Vorstellungen der Mitarbeitenden (im selben Heim) • Schutz der Mitarbeitenden als institutionelle Aufgabe (herumliegende Spritzen, Passivrauchen) • Umgang mit Anlässen (mit Alkohol) im Heim • Gegenseitiges Verständnis bezgl. Struktur und Aufträge sind nicht klar (Pflegefachleute, Suchtfachleute etc.) • Die Perspektive der Betroffenen muss dringend miteinbezogen werden
Individuelle Ebene: z.B. Interaktion mit den Betroffenen, Art der Abhängigkeit (Substanz) und Dauer der Abhängigkeit, Zusammenarbeit mit den Angehörigen	• Je nach Substitut (od. Heroin) ist die Problemlage + der Betreuungsaufwand anders • Fehlende PatientInnenverfügung / Verfügung bei Betroffenen, die nicht mehr urteilsfähig sind. • Für Suchtbetroffene ist es schwierig, Alltagsunterstützung zu bekommen (Tagesbegleitung) neben Spitex • PatientInnen gelangen oft nicht mehr zu Angeboten, die für sie bestimmt wären • Voralterung, erhebliche Gesundheitsprobleme → unzureichende somatische oder psychiatrische Versorgung infolge Schnittstellen • Ressourcen aus dem Umfeld der Betroffenen nutzen • Viele KlientInnen haben kein soziales Netzwerk / keine Familie → Frauen haben kleineres Kernnetzwerk als Männer (ältere Frauen in der Normalbevölkerung) → Wie sieht das aus im Suchtbereich? → Wenn so, andere Massnahmen erforderlich • Alkohol im Alter ist eine stille Sucht • Schwere gesundheitliche Beschwerden (somatisch) • Hohe Komplexität der Krankheitsbilder (somatisch, sozial, psychisch) • Fehlende Einsicht betreffend Krankheit

	• Heterogenität des Klientels z.B. in Bezug auf den Grad der Selbstständigkeit, der sozialen Einbettung, Grad der Selbst-/Fremdgefährdung, Dauer der Abhängigkeit... →brauchen unterschiedliche Versorgung • Recht auf Betreuung + Gesundheitsversorgung <> Recht auf Konsum + Krankheit • Demente PatientInnen • Starke Medikamentenabhängigkeit • Teure und daher tariflich unattraktive PatientInnen • Abstinenz ist nicht das Ziel • →für Betroffene mit dieser Haltung fehlen die Angebote
Gesellschaftliche Ebene: z.B. Stigmatisierung der Betroffenen, Tabuisierung des Themas	• Sucht wird nicht mehr als Problem wahrgenommen. • Individualisierung + Entsolidarisierung der Gesellschaft →Trend zur Eigenverantwortung • Akzeptanz der Gesellschaft der integrierten Einrichtungen • Haltung der Gesellschaft; gesellschaftlicher Anspruch, was richtig und was falsch ist. • Moralisierung und Stigmatisierung; und Frauen sind stärker davon betroffen • Sucht = Krankheit: Gesellschaftlich wenig akzeptiert • Stigmatisierung Betroffener + Angehöriger • Tabuisierung → Hemmschwellen • Wie viel Leid muss erfolgen, bis jemand reagiert? → Es besteht keinen Konsens darüber, wann wer wie reagieren muss • Enger gesetzlicher Spielraum für die kontrollierte Abgabe von Heroin resp. von Diaphon (je nach Kanton unterschiedliche Lösung) • Mangelnde Sensibilisierung