

VERSORGUNG ALTERNDER ABHÄNGIGER FRAUEN UND MÄNNER PROBLEMANALYSE AUS SICHT VON FACHPERSONEN DER SUCHTHILFE, DES ALTERSBEREICHS UND DER MEDIZINISCHEN GRUNDVERSORGUNG

Die Behandlung und die Versorgung alternder abhängigkeiterkrankter Frauen und Männer stellt für alle Beteiligten eine besondere Herausforderung dar und ist mit vielen ganz unterschiedlichen Problemen verbunden. 2016/17 hat der Fachverband Sucht diese Probleme erfasst und analysiert. Mit dem Ziel, zielführende Massnahmen zu ihrer Bewältigung zu entwickeln.

Zur Problemerkfassung und -analyse hatte er zwei Fokusgruppen gebildet. Beide Gruppen umfassten Fachpersonen der Suchthilfe, der medizinischen Grundversorgung und des Altersbereichs und trafen sich je einmal zu einer halbtägigen Fokusgruppen-Sitzung. Gemeinsam haben sie eine Übersicht über die Probleme erarbeitet, die mit denen die Versorgung alternder abhängiger Menschen in der Schweiz heute verbunden ist.

ZUSAMMENFASSUNG DER RESULTATE

Im Folgenden werden zuerst die von den Fokusgruppen meistgenannten Probleme, anschliessend weitere, aus Sicht des Fachverbands Sucht explizit erwähnenswerte Probleme wiedergegeben. Eine Übersicht über alle Probleme, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen genannt haben, findet sich in der Tabelle auf den Seiten 5 bis 10 des vorliegenden Dokuments. Die Tabelle wurde auf Basis der Protokolle der Fokusgruppen erstellt.

Meistgenannte Probleme

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen-Sitzungen haben eine Vielzahl von Problemen zusammengetragen, die bei der Versorgung alternder abhängiger Männer und Frauen bestehen. Die meistgenannten Probleme lassen sich in den folgenden fünf Aussagen zusammenfassen:

1. Das Angebot für Betroffene ist nicht divers genug.
2. Die interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit ist zu wenig weit fortgeschritten.
3. Die Institutionen sind nicht genügend auf die Gruppe der alternden abhängigen Menschen vorbereitet.
4. Die Fachpersonen der Suchthilfe sind – ebenso wie die Fachpersonen aus dem Alters- und Pflegebereich – ungenügend weitergebildet für die Versorgung der Betroffenen.
5. Die Finanzierung der Versorgung älterer abhängiger Menschen ist mit vielen Schwierigkeiten verbunden.

Im Folgenden werden diese fünf Aussagen näher ausgeführt und mit Beispielen untermauert.

1. Ungenügend diversifiziertes Angebot

Wie es nicht den älteren Menschen gibt, gibt es auch nicht den älteren abhängigen Menschen. Vielmehr bilden ältere abhängige Männer und Frauen eine sehr heterogene PatientInnen-Gruppe. Die Dauer ihrer Abhängigkeit, ihre Krankheitsbilder und der Grad ihrer Selbstständigkeit – um nur wenige Merkmale zu nennen – variieren stark. Ihre optimale Versorgung bedarf also diverser Modelle. Diese Diversität ist den Fokusgruppen gemäss heute nicht gegeben: Pflegebedürftige Abhängige hätten vielfach kaum eine Auswahl, wenn es um ihre Versorgung geht. Es gäbe z.B. nur sehr wenige statio-



näre Alterseinrichtungen, in denen der Konsum erlaubt sei oder die sogar Programme zum Kontrollierten Konsum anbieten würden. Auch an Angeboten für Abhängige mit Demenz sowie für pflegebedürftige substituierte Menschen, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind, bestehe ein grosser Mangel. Und nicht zuletzt gäbe es insbesondere für alternde abhängige Frauen kaum spezifische Angebote.

2. Mangelnde interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit

Ein diversifiziertes Angebot umfasst verschiedenartige Versorgungsmodelle. Neben den beiden bekanntesten Modellen, den spezialisierten stationären Einrichtungen und der Integration der Betroffenen in bestehende Strukturen der medizinischen Grundversorgung und des Alterswohnen, sind grundsätzlich viele weitere Möglichkeiten denkbar. Ein Beispiel dafür ist die Zusammenarbeit zwischen der Kontrollierten Drogenabgabe KODA in Bern und dem Wohn- und Pflegeheim Solina in Spiez, die am Schluss dieses Artikels kurz beschrieben wird. Die Umsetzung von Modellen dieser Art bedarf eines sehr guten Zusammenspiels der Suchthilfe, der medizinischen Grundversorgung und des Altersbereichs. Dieses Zusammenspiel funktioniert heute den Fokusgruppen gemäss viel zu wenig. Hier orten sie auch die grössten Hürden, wenn es um die optimale Versorgung der Betroffenen geht: Die AkteurInnen der verschiedenen Professionen, die in die Versorgung involviert sind, seien untereinander noch zu wenig vernetzt. Es fehle ihnen oft an gegenseitigem Verständnis für die unterschiedlichen Arbeitsweisen, und Wertvorstellungen sowie Haltungen würden teilweise weit auseinanderliegen. Zudem seien die Verantwortlichkeiten an den Schnittstellen selten geklärt und eine institutionsübergreifende Fallführung fehle meistens.

3. Ungenügend vorbereitete Institutionen

Die Fokusgruppengespräche haben ferner gezeigt: Die meisten Organisationen und Institutionen aus dem Alters- und Pflegebereich – z.B. Alterswohnheime oder Spitexdienste – haben sich erst ungenügend mit der Frage auseinandergesetzt, mit welcher Haltung sie alternden abhängigen Menschen begegnen wollen. Entsprechend würden sie nur sehr selten über Richtlinien verfügen, was bspw. den Umgang mit den Betroffenen und die dazugehörigen Anforderungen an die Mitarbeitenden oder deren Weiterbildung betrifft. Auch an klar definierten Abläufen und unterstützenden Instrumenten mangelt es gemäss den Fokusgruppen. Diese ungeklärte Situation stelle nicht nur die Mitarbeitenden vor grosse Herausforderungen, sondern auch die Betroffenen und – in stationären Einrichtungen – die anderen BewohnerInnen und deren Angehörige: Wie darf oder muss der Mitarbeiter z. B. damit umgehen, wenn eine Patientin / ein Patient nicht mehr mobil genug ist, um sich selber mit Alkohol zu versorgen? Welchen Grad an Toleranz und Verständnis will die Einrichtung von den anderen BewohnerInnen und deren Angehörigen verlangen? Welches Mass an Selbstbestimmung will die Organisation ihren PatientInnen zugestehen? Sollen diese selber entscheiden können, ob, wie oft und wann sie was konsumieren?

4. Nicht ausreichend weitergebildete Fachpersonen

Die Fokusgruppen haben ferner festgestellt, dass die Fachpersonen, die in die Versorgung alternder abhängiger Menschen involviert sind, in aller Regel viel zu wenig über diese PatientInnengruppe und über den Umgang mit ihr wissen: Suchtfachpersonen mangle es an Wissen zu altersbedingten somatischen und psychiatrischen Krankheiten, zur Altenpflege im Allgemeinen und zur Palliative Care im Besonderen. Ihnen gelinge es deshalb ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr im gewünschten Mass, ihre KlientInnen adäquat zu unterstützen. Fachpersonen aus dem Alters- und Pflegebereich wüssten umgekehrt viel zu wenig über die Krankheit «Sucht» und seien zu wenig sensibilisiert für suchtbedingte Verhaltensmuster der Betroffenen, welche zuweilen von gängigen sozialen Normen abweichen und den professionellen Umgang mit den KlientInnen erschweren. Das Personal stationärer Alterseinrichtungen und ambulanter Pflegedienste sei deshalb vielfach überfordert, wenn es



– ohne genügend darauf vorbereitet zu sein – plötzlich mit der Versorgung alternder abhängiger Menschen betraut wird. Und es hat aus diesem Grund nicht selten grosse Berührungsängste mit diesen. Bislang fehlen indessen spezifische Weiterbildungsangebote auf weiter Strecke. Einzig der Fachverband Sucht bietet periodisch einen Kurs zum Thema «Sucht im Alter» für Suchtfachpersonen an, für Pflegefachpersonen z. B. gibt es aber kein vergleichbares Angebot.

5. Hürden in der Finanzierung

Die Finanzierung der Versorgung alternder abhängiger Menschen ist – aufgrund ihres komplexen Hilfebedarfs – mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden. Da die Finanzierung der Suchthilfe, von ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie der Altersstrukturen sehr kompliziert ist, ist es nicht möglich, an dieser Stelle ausführlicher auf dieses Thema einzugehen. Weil es sich in den Fokusgruppen aber als ein Kernthema erwies, wird es der Vollständigkeit halber trotzdem genannt.

Weitere, explizit erwähnenswerte Probleme

Neben den meistgenannten Problemen bei der Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer, die sich unter die oben genannten fünf Punkte subsumieren lassen, haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen die folgenden explizit erwähnenswerten Probleme genannt:

1. Genderperspektive ungenügend berücksichtigt

Die bestehenden Überlegungen zur Versorgung alternder abhängiger Männer und Frauen sind noch nicht oder erst ungenügend reflektiert worden in Bezug auf den Genderaspekt. Dies schlägt sich im bestehenden Angebot ebenso wie in der Nachfrage nieder: Es gibt zwar vereinzelt genderspezifische Einrichtungen für konsumierende alternde Menschen – dies aber nur für Männer. Für Frauen sind keine analogen Angebote bekannt. In nicht-genderspezifischen Einrichtungen, die sich an konsumierende alternde Menschen richten, finden sich kaum Frauen. Daraus lässt sich schliessen, dass sich Frauen vom bestehenden Angebot nicht angesprochen fühlen.

2. Kantonale Rechtslage verhindert pragmatische Lösungen

Das Korsett des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG) betreffend der Heroinabgabe ist sehr eng: Sie ist ausserhalb der bewilligten Abgabezentren nicht möglich. Dadurch wird der Zugang zur Heroingestützten Behandlung für alternde Abhängige mit zunehmend eingeschränkter Mobilität erheblich erschwert bis verunmöglicht. Die Kantone gehen unterschiedlich mit diesem Problem um: Einzelne Kantone wie z.B. der Kanton Bern haben in Rücksprache mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) pragmatische Lösungen geschaffen und ermöglichen die Heroinabgabe auch ausserhalb der bewilligten Zentren. In den meisten Kantonen fehlt eine entsprechende Lösung indessen, was es den Suchthilfeeinrichtungen wiederum verunmöglicht, gemeinsam mit den medizinischen Grundversorgern und/oder Alterseinrichtungen pragmatische Lösungen zu schaffen.

3. Forschungsdefizite

In der Schweiz ist die Datenlage betreffend der Versorgung alternder abhängiger Menschen sehr dünn. Es gibt keine Informationen dazu,

- wie viele Betroffene heute oder in naher Zukunft auf eine Versorgung angewiesen sind und
 - wie viele davon Männer sind und wie viele Frauen,
 - was sie konsumieren,
 - welche Symptome sie haben und
 - welche Art der Versorgung (pflegerisch, somatisch, psychologisch, psychiatrisch, sozial (Tagesstrukturen), ambulant, stationär usw.) sie brauchen.

Das verunmöglicht den Kantonen die Versorgungsplanung für die Betroffenen.



- wie sich die betroffenen Männer und Frauen ihr Älterwerden vorstellen und
 - welche Versorgung sie aus ihrer Sicht brauchen und sich wünschen,
 - welche Wohnform sie sich vorstellen können (eigene Wohnung, betreutes Wohnen, spezifische stationäre Einrichtungen für abhängige Menschen, nicht-spezifische stationäre Alters-einrichtung usw.),
 - ob sie den Konsum reduzieren, ganz einstellen oder wie bis anhin weiterkonsumieren möchten.

Und nicht zuletzt fehlen wissenschaftliche Daten zu spezifischen medizinischen Fragestellungen wie zum Beispiel

- zur Substitution bei bestimmten Krankheitsbildern (z.B. Korsakoff)
- zur Langzeitwirkung resp. den Langzeit- / Spätfolgen der Substitution im Vergleich mit der Heroingestützten Behandlung oder anderen Therapieformen.

4. Wenig Angebote mit kontrolliertem Konsum

In der Vorstellung der Fachleute der medizinischen Grundversorgung sowie der Alterseinrichtungen besteht das Ziel einer Suchtbehandlung noch immer in der Abstinenz. Entsprechend gibt es ausser den spezifischen Einrichtungen, die für alternde abhängige Menschen geschaffen wurden, kaum Alterseinrichtungen oder Altersabteilungen, die den kontrollierten Konsum erlauben. Das heisst, es mangelt an Wohnformen für Klientinnen und Klienten, die ihren Konsum beibehalten wollen.

RESULTATE FOKUSGRUPPEN

EBENE	PROBLEMVERSTÄNDNIS (QUALITATIV)
Strukturelle Ebene	<ul style="list-style-type: none"> – 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)

EBENE	PROBLEMVERSTÄNDNIS (QUALITATIV)
	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht genügend Angebote für demente Betroffene (substituiert) - Fehlende Substitutionsangebote in bestimmten Kantonen - Fehlende Angebote für substituiertere 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 <ul style="list-style-type: none"> → 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	<ul style="list-style-type: none"> - Ausschlusskriterium Altersgrenzen (65+) - Haltung der Mitarbeitenden + der Führung <ul style="list-style-type: none"> → wenig Verständnis für die individuellen Bedürfnisse - Ungenügende Sensibilisierung + ungenügendes Wissen zum Thema

EBENE	PROBLEMVERSTÄNDNIS (QUALITATIV)
	<ul style="list-style-type: none"> – Hemmung, Problematik anzusprechen (bei fehlender ärztlicher Diagnose) – Vernetzung liegt brach (Spitex – Tagesstrukturen – Hausarzt/-ärztin...) – 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

EBENE	PROBLEMVERSTÄNDNIS (QUALITATIV)
	<ul style="list-style-type: none"> - 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 Konsumverboten 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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

EBENE	PROBLEMVERSTÄNDNIS (QUALITATIV)
	<ul style="list-style-type: none"> → unzureichende somatische oder psychiatrische Versorgung infolge Schnittstellen – Ressourcen aus dem Umfeld der Betroffenen nutzen – Viele KlientInnen haben kein soziales Netzwerk / keine Familie <ul style="list-style-type: none"> → 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 <ul style="list-style-type: none"> → für Betroffene mit dieser Haltung fehlen die Angebote
Gesellschaftliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> – Sucht wird nicht mehr als Problem wahrgenommen. – Individualisierung + Entsolidarisierung der Gesellschaft <ul style="list-style-type: none"> → Trend zur Eigenverantwortung – Akzeptanz der Gesellschaft der integrierten Einrichtungen

EBENE	PROBLEMVERSTÄNDNIS (QUALITATIV)
	<ul style="list-style-type: none"> – 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