



Sucht im Alter

-

Fakten, Herausforderungen, Perspektiven

Fachtagung

„Genuss und Lebensqualität im Alter –

Abhängigkeiten wahrnehmen und neue Wege aus der Sucht fördern“

Dortmund, 28.01.2015

Übersicht

- **Ausgangslage: Herausforderungen**
- Ausgangslage: Fakten
- Sucht im Alter in der allgemeinmedizinischen Versorgung
- Sucht im Alter: Sucht-/psychotherapeutische Ansätze
- Sucht im Alter im Pflegealltag

Sucht im Alter als Herausforderung

Ältere Menschen stehen bisher immer noch zu wenig im Fokus der Suchthilfe und der Altenhilfe → es liegen noch wenig Erfahrung bzgl. zielgruppenspezifischer Angebote, geeigneter Zugangswege und erfolgreicher Kooperationen vor.

Die breitere Erforschung gerontopsychotherapeutischer Besonderheiten hat gerade erst begonnen.

Es entwickeln sich größere Herausforderungen für die Hilfesysteme in Folge des demografischen Wandels und Gesamtkonsumanstiegs
→ immer mehr potenziell betroffene Klienten

Sucht im Alter als Forschungsgegenstand

- 2006: Schwerpunktthema der DHS „Unabhängig im Alter“
- 2008-10: EU-Projekt „Senior Drug Dependents and Care Structures“
- 2008: Repräsentativbefragung zum Umgang mit Sucht im Alter in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen (BMG)
- 2009: „Ältere Drogenabhängige in Deutschland“ (BMG)
- 2009-12: elf Modellprojekte zu „Sucht im Alter“ (Landesstiftung BaWü)
- 2009-12: INTERREG-Projekt Salzburg /Bayern
- seit 2009: drei BMBF-geförderte Projekte am DISuP www.disup.de
- 2010-12: acht Modellprojekte zu „Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in Sucht- und Altenhilfe“ (BMG)
- 2013: Experten-Fachtagung der DHS zu „Sucht im Alter“

Sucht im Alter als Forschungsdefizit

... zu epidemiologischen Erkenntnissen:

- allgemein großes Forschungsdefizit an repräsentativen epidemiologischen Studien bei hochaltrigen Menschen (z.B. Weyerer, 2009)
- Alkoholkonsum im Alter galt lange Zeit als vernachlässigbares Problem
→ wenige aussagekräftige Daten zum Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bei älteren Menschen (Weyerer & Schäufele, 2014; Rumpf & Weyerer, 2006)
- erschwerte Vergleichbarkeit der Studien aufgrund unterschiedlicher Definitionen des moderaten bzw. riskante Alkoholkonsum (z.B. in verschiedenen Studien von weniger als 10 bis mehr als 40g reiner Alkohol/Tag, zudem häufig keine Differenzierungen nach Alter und Geschlecht) (Weyerer & Schäufele, 2014)

Sucht im Alter als Forschungsdefizit

... zu Diagnostikverfahren:

● die eingesetzten Diagnoseverfahren sind oft nicht an Ältere angepasst

(z.B. Di Bari et al., 2002; Lieb et al., 2008; Philpot et al., 2003)

- kognitive Fähigkeiten älterer Menschen
- ausgeprägte Verleugnungstendenzen (Rumpf, 2006; Forstmeier & Maercker, 2008)
- Fremdanamnese oft weniger valide
- Erkennungsraten der Ärzte bei Älteren besonders niedrig (Berner et al., 2008)

→ Eingesetzte Diagnostikverfahren müssen altersspezifisch modifiziert werden (z.B. wurde der Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST) an Ältere angepasst: „SMAST-G“, aber keine deutschsprachige Evaluation)

Sucht im Alter als Forschungsdefizit

... zu Interventionen und Behandlungskonzepten:

- die Zahlen der Suchthilfestatistik weisen auf eine „eklatante Unterversorgung der älteren Menschen hin“ (Steppan et al., 2012):
 - von insg. 85.423 ambulant betreuten Alkoholkranken nur 7,2% 60 Jahre und älter
 - von insg. 25.102 Alkoholkranken in Fachkliniken nur 6,0% 60 Jahre und älter
- die meisten Suchteinrichtungen betrachten bereits ein Alter ab 60 Jahren als Kontraindikation
- es gibt bisher nur wenig spezifische Therapie- und Pflegekonzepte zur Behandlung älterer Suchtkranker, obwohl diese insg. als attraktiver und wirksam gelten (z.B. Lieb et al., 2008; Kraus et al., 2008; Vossman & Geyer, 2006)

Sucht im Alter als Forschungsdefizit

... zu Haltungen von Fachkräften gegenüber älteren Suchtkranken:

- von der Fachöffentlichkeit wird oder (wurde zumindest früher) die Problematik des Konsums im Alter und der altersspezifischen Behandlungsmotwendigkeiten häufig unterschätzt (Barrik & Connors, 2002; DHS, 2006)
 - möglicherweise Vorurteile bzgl. Motivation, Erfolgsaussichten und des Nutzens von Suchtbehandlung bei älteren Menschen (DHS, 2006)
- doppelte Stigmatisierung „alt“ und „süchtig“

Übersicht

- Ausgangslage: Herausforderungen
- **Ausgangslage: Fakten**
- Sucht im Alter in der allgemeinmedizinischen Versorgung
- Sucht im Alter: Sucht-/psychotherapeutische Ansätze
- Sucht im Alter im Pflegealltag

Alkoholkonsum im Alter

- Im Allgemeinen sinkt der Alkoholkonsum ab dem Alter von 50 Jahren bei Frauen bzw. ab 60 Jahren bei Männern, u.a. durch:
 - Veränderung der Trinkmuster im Lebensverlauf
 - selektive Mortalität und Morbidität der Risikogruppen: „Sick-Quitter-Effekt“ (Rehm et al., 2003; Seitz et al., 2000)
 - Abnahme von Alkoholtoleranz aufgrund altersbedingter Veränderungen des Stoffwechsels (Weyerer, 2009)
 - verminderte Zugangsmöglichkeiten zum Alkohol aufgrund eingeschränkter Mobilität (Wolter, 2011)

Alkoholkonsum im Alter

- insgesamt wird jedoch in der Forschung ein Anstieg der substanzbezogenen Problemlagen unter älteren Menschen prognostiziert (z.B. Lieb et al., 2008; Gupta & Warner, 2008)
- u.a. aufgrund:
 - steigende Alterung der Gesellschaft
 - Sozialisationsbedingungen der heutigen und zukünftigen Älteren im Umgang mit insb. Alkohol und Tabak, z.B. belegt durch Erkenntnisse aus Längsschnittstudien (z.B. ILSE- Studie von Martin et al., 2000 , einen tendenziellen Anstieg der Konsumraten jüngerer Kohorten (damals 56 bis 58 Jährige)
 - Kohortenunterschieden: „junge Alte“ (65 – 74 LJ.) weisen einen höheren Alkoholkonsum auf als „alte Alte“ (85+ LJ.) (John, Snow & Tyas, 2010)
 - aber auch Unterschätzung der Problematik durch eine unzureichende altersspezifische Diagnostik (Feidler et al., 2002)

Riskanter und abhängiger Alkoholkonsum im Alter

Riskanter Konsum:

am geringsten zwischen 65 bis 79 Jahren: Männer. 34,4%; Frauen: 18,0%

„Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) (Hapke et al., 2013; riskanter Konsum erfasst bei N= 7591 Personen zwischen 18 und 79 Jahren mit Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption AUDIT-C)

Hausarztstudie (Weyerer et al., 2009): Anteil der riskant Konsumierenden :

- 75-79-Jährige= 7,5% (Männer: 12,1%, Frauen: 3,6%)
- 80-84-Jährige= 5,5 %
- 85 Jahre und älter= 2,9 %

Alkoholabhängigkeit:

- Schätzungen zur Alkoholabhängigkeit bei über 65-Jährigen: 3% bei Männern und 0,5% bei Frauen (Weyerer, 2003)

Unterschätzung der Raten durch..:

- Unklare Grenzen des riskanten Konsums bei Älteren
- Angabe eines niedrigeren Konsums, u.a. durch Missverständnisse in der Diagnostik (Merrick et al., 2008)
- Scham im Aufsuchen von Hilfe (Holms & Currid, 2013, Wilson et al., 2013)
- geringere soziale Kontakte und dadurch geringere soziale Kontrolle des Konsums

Differenzierung der Alkoholismus-Muster bei Älteren

Early-Onset-Alkoholismus:

- Ca. 2/3 der älteren Alkoholabhängigen
- Beginn vor dem 60 LJ.
- Personen mit langjähriger Abhängigkeitserkrankung /-entwicklung
- Manifestation im frühen oder mittleren Erwachsenenalter (Grenzen?)
- Alkoholkonsum persistiert im Lebenslauf

Late-Onset-Alkoholismus:

- Ca. 1/3 der älteren Alkoholabhängigen
- Beginn nach dem 60 LJ. (Rentenalter)
- Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit manifestiert sich erst im höheren Alter
- Eher „moderate“ Konsummuster
- ggf. als Reaktion auf Belastungen und unzureichende Copingstrategien
- Höhere soziale Stabilität
- Geringere Kontakte zum Suchthilfesystem

Folgen des Alkoholkonsums im Alter

- Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen, die auch höhere Altersgruppen einschlossen (zusammenfassend Weyerer & Schäufele, 2014):
 - Mehrfache Replikation einer J- oder -U- förmige Beziehung zwischen der Alkoholkonsummenge und der Entstehung verschiedener Erkrankungen (z.B. kardio- u. zerebrovaskuläre KH) und Mortalität
- Alkoholkonsum ist hier in geringer bis moderater Dosis nicht schädlicher als völlige Abstinenz (J-Form) oder sogar günstiger, entfaltet also eine förderliche Wirkung (U-Form)

Folgen des Alkoholkonsums im Alter: Demenz

- ebenfalls J- bzw. U-förmige Beziehung zwischen Alkoholmenge und Risiko der dementiellen Erkrankung in mehreren Studien konsistent bestätigt (Neafsey & Collins, 2011)
- Studie in Deutschland bei 75-jährigen und älteren Menschen (Weyerer et al., 2011) in Einklang mit internationalen Ergebnissen: bei geringem bis mäßigem Alkoholkonsum signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken (alle Demenzarten: um 29% niedriger, Alzheimer Erkrankung um 42% niedriger)
- dauerhafter Alkoholmissbrauch erhöht das Risiko für das Auftreten kognitiver Beeinträchtigungen und demenzieller Erkrankungen erheblich (Gupta & Warner, 2008; Neafsey & Collins, 2011).

aber...:

- sehr geringer bis mäßiger Alkoholkonsum im jüngeren bis mittleren Lebensalter kann Entstehung u.a. von Krebserkrankungen begünstigen
(Rehm et al., 2003)
- bei älteren Menschen ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass selbst der Konsum von geringen Alkoholmengen die Wirkung von zusätzlich eingenommenen Medikamenten verstärken oder herabsetzen bzw. gefährliche Interaktionen hervorrufen

Gesundheitsfolgen eines übermäßigen Alkoholkonsums bei älteren Menschen

- Beeinträchtigung basaler Alltagsaktivitäten u. kognitiver Funktionen
- erhöhtes Risiko demenzieller Erkrankungen (Wetterling et al., 2002; Weyerer & Schäufele, 2006; vgl. ausführlich Wolter, 2006)
- Bluthochdruck, Diabetes mellitus, gastrointestinale Erkrankungen, Gicht, Mangelernährung, Inkontinenz (Moore et al., 2007)
- erhöhte Sturz- und Bruchgefahr (Mulinga, 1999; Hich et al., 2002; Moore et al., 2007)
- Komorbidität / erhöhtes Risiko anderer psychischer Erkrankungen (z.B. Schlaflosigkeit, Depression, erhöhte Suizidalität) (Moore et al., 2007)
- erhöhte Mortalität (Feuerlein, 1996; John & Hanke, 2002; John et al., 2003)

Medikamentenkonsument im Alter

- Anteil des problematischen Medikamentenkonsument (Beruhigungs- und Schlafmittel) bei über 60-Jährigen ca. 5-10% (DHS, 2006)
- ~ 2 Mill. über 60 Jahre (DGGPP, 2014)
- Mit zunehmendem Alter: exponentielle Prävalenzzunahme der Medikamentenabhängigkeiten (Rumpf & Weyerer, 2005)
- Ca. 500.000 Ältere sind benzodiazepin-abhängig, davon 64% Frauen
- 40-50% der Dauerkonsumenten sind abhängig, dabei häufig low-dose-Abhängigkeit
- Kohorteneffekt: jüngere Kohorten setzen bei chronischen Schmerzen eher Alkohol, ältere eher Schmerzmittel ein

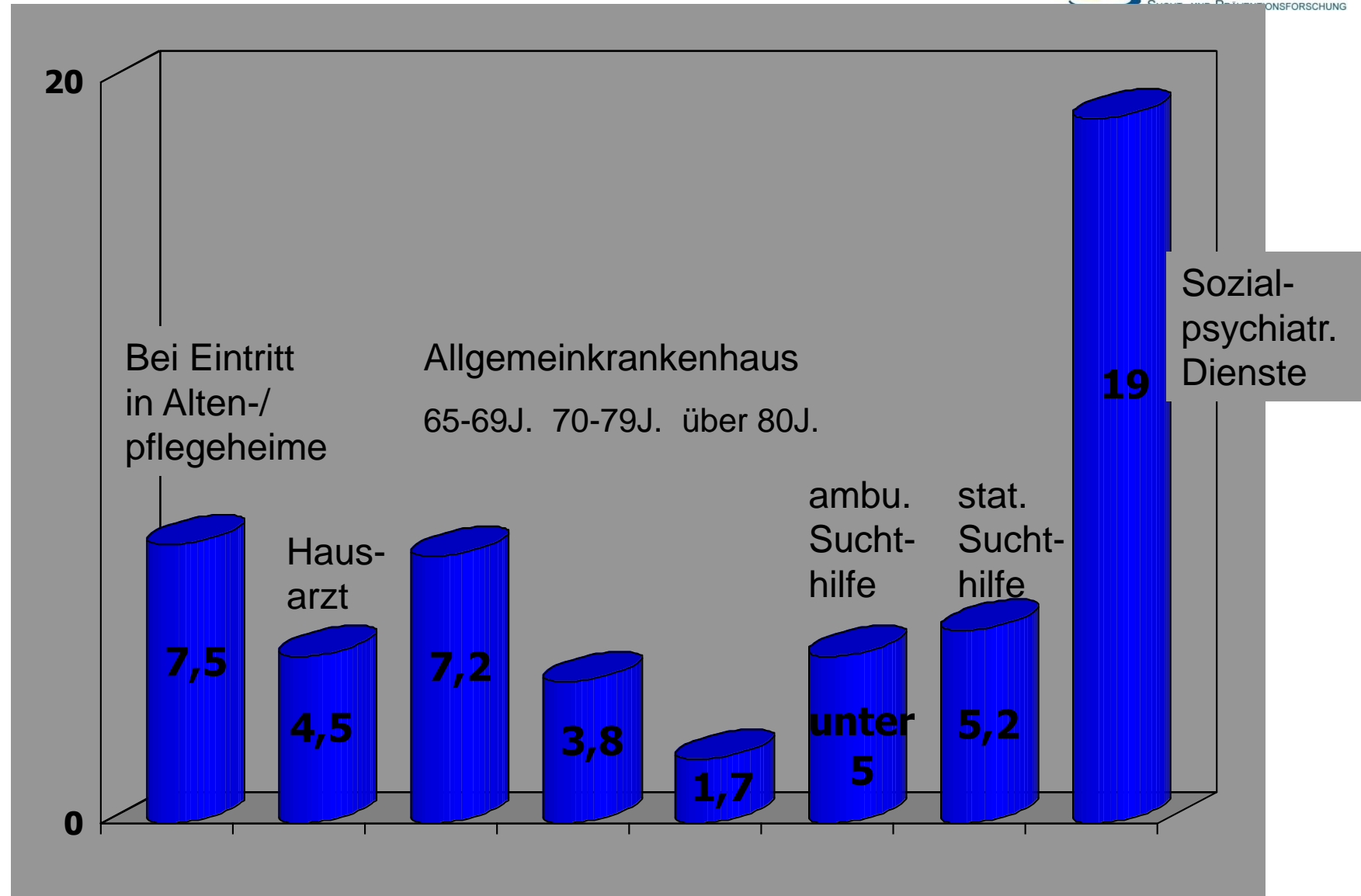
Folgen einer Medikamentenabhängigkeit im Alter

- Bisher scheint es keinen kausalen Zusammenhang zwischen der langjährigen Einnahme von Benzodiazepin-haltigen Arzneimitteln und Auftreten von Alzheimer-Demenz, aber Studienlage bleibt umstritten (z.B. Billioti de Gage et al., 2012, Weyerer & Schäufele, 2014)
- erhöhtes Risiko für Stürze und Hüftfrakturen (erstmalig Ray et al., 1989), insbesondere zu Beginn der Behandlungsphase als Folge von Gangunsicherheit und Einschränkung der Aufmerksamkeit (Hoffmann & Glaeske, 2006)
- Verstärkte Depression und Apathie

Übersicht

- Ausgangslage: Herausforderungen
- Ausgangslage: Fakten
- **Sucht im Alter in der allgemeinmedizinischen Versorgung**
- Sucht im Alter: Sucht-/psychotherapeutische Ansätze
- Sucht im Alter im Pflegealltag

Alkoholmissbrauch /-abhängigkeit bei Älteren: Verteilung in Institutionen des Gesundheitssystems



Sucht im Alter als Vernetzungsgegenstand

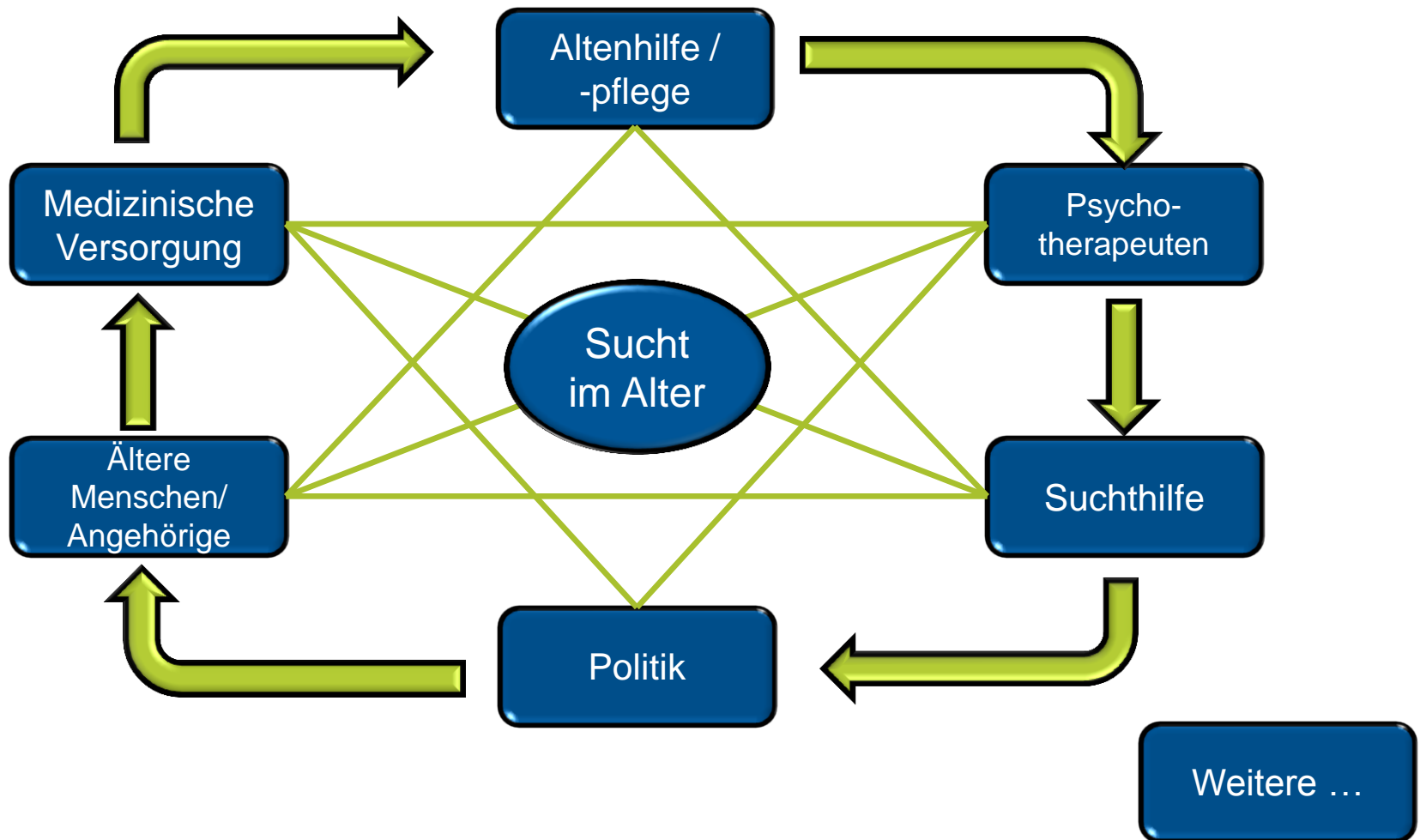
- Neben zielgruppenspezifischen Behandlungskonzepten ist besonders wichtig:

die Identifikation und Nutzung unterschiedlicher Settings und Zugangswege zur gezielten Ansprache älterer Klienten

- wichtige Rolle des primären Gesundheitsversorgungssystems bei der Behandlung älterer Suchtkranker (Schäufele, 2009)
- Betonung der Zusammenarbeit von Sozialarbeitern und Ärzten bei Behandlung älterer Suchtkranker (Rinfrette, 2009)
- Generelle Betonung der Rolle der Hausärzte sowie der Vernetzung zwischen ambulanter ärztlicher Versorgung und Suchthilfe bei der Behandlung Suchtkranker (BÄK, 2010)

Sucht im Alter als Vernetzungsgegenstand

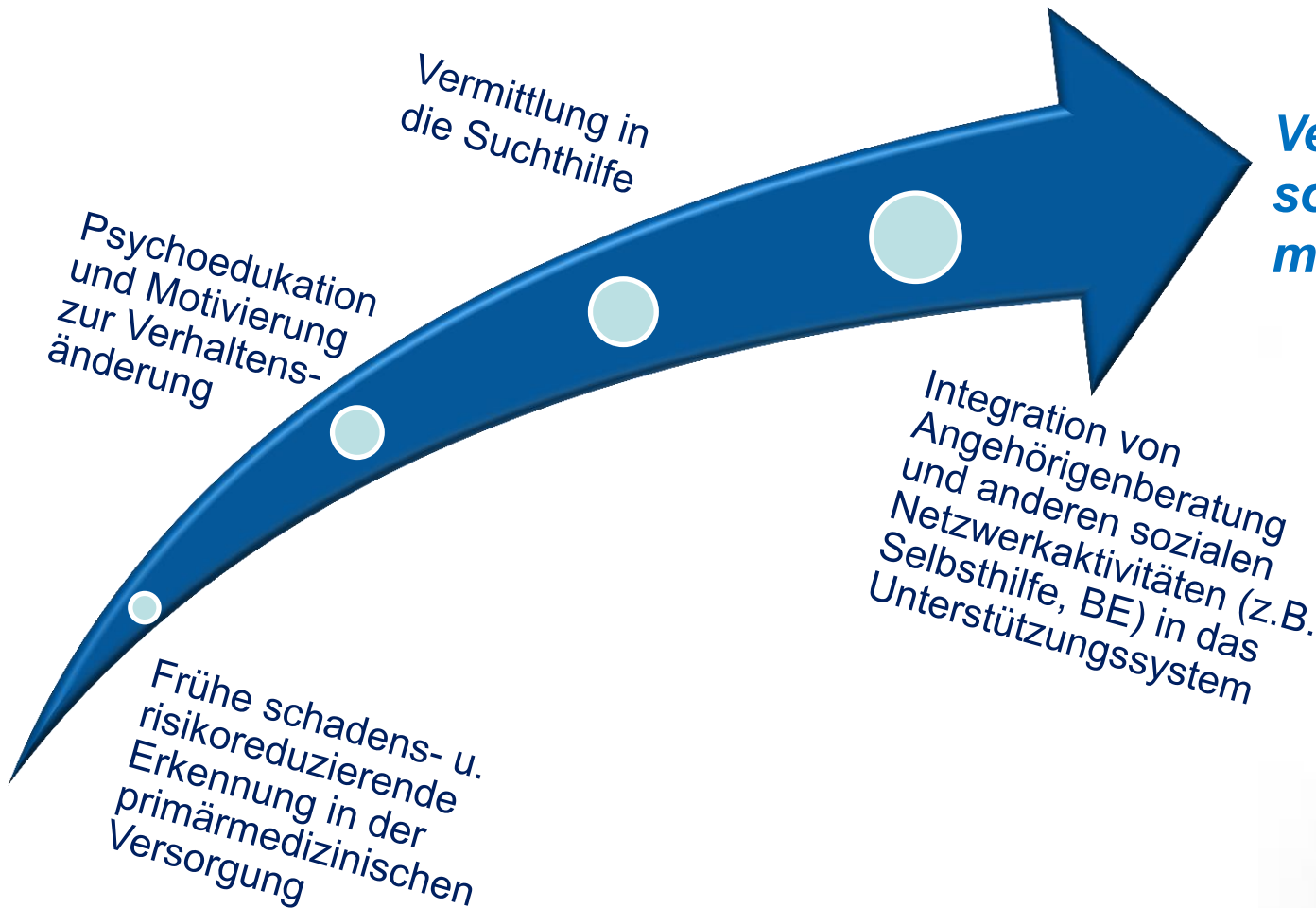
Mögliche Akteure ...:



Kurzinterventionen bei Älteren

- Hohe Bedeutung routinemäßiger Screenings und einfacher Kurzinterventionen zur Reduktion potenziell schädlichen Alkoholgebrauchs (Weyerer & Schäufele, 2014)
- Hinweise auf die Effektivität und Effizienz solcher Maßnahmen liegen v.a. aus Studien im angloamerikanischen Raum (Fleming et al., 1999)

Stepped-Care-Modell



Verbesserte Versorgung Älterer für mehr Lebensqualität



Quelle:
<http://us.cdn1.123rf.com/168nwm/amasterpics123/amasterpics1231206/amasterpics123120600004/14033159-3d-man-showing-thumbs-up-on-white-background.jpg>

Interventionen im ärztlichen Kontakt (Realisierungsbeispiel: Slaac-Modell der KatHO NRW)

(download über www.alter-sucht-pflege.de)

(1) Herstellen des Erstkontakts zu älteren PatientInnen (+ 55 Jahre) durch Ansprache bei Verdacht eines mind. riskanten Alkohol- und/oder Medikamentenkonzsums

(2) Durchführung eines modularen Screenings:

- (1) „One-Item-Frage“
- (2) SMAST-G
- (3) KFM

Haben Sie in der letzten Woche Bier getrunken? Wenn ja, wie viel?		
<input type="checkbox"/> Glas à 0,2 l z. B. Kölsch	<input type="checkbox"/> Glas-Flasche à 0,5 l z. B. kleines/normaltes Pils	<input type="checkbox"/> Glas-Flasche à 0,5 l z. B. großes Pils
Haben Sie in der letzten Woche Wein oder Sekt getrunken? Wenn ja, wie viel?		
<input type="checkbox"/> Glas à 0,2 l (volles Weinglas)	<input type="checkbox"/> Glas à 0,1 l (halbes Weinglas/ normales Sektglas)	<input type="checkbox"/> Glas à 0,25 l (Viertel)
Haben Sie in der letzten Woche Schnaps getrunken? Wenn ja, wie viel?		
<input type="checkbox"/> Glas à 0,02 l (einfacher Schnaps)	<input type="checkbox"/> Glas à 0,04 l (doppelter Schnaps)	

→ entspricht Empfehlungen der BÄK & des Fachverbandes Sucht e.V. (2010)

→ alle Interventionsschritte wurden unterstützt durch Weiterbildungen, Materialien und Handlungsanleitungen

(3) Austeilen psychoedukativer Materialien



(4) Einsatz motivierender Gesprächsführung

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium für Bildung und Forschung



SILQUA Fachhochschulen forschen
Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter

Slaac-Studie:

Ursachen einer geringen Anzahl angesprochener und vermittelter Patienten (qualitative Interviews, n=29 niedergelassene ÄrztInnen)

- keine geeigneten Patienten in der Praxis (?)
- mangelnde Ressourcen
- fehlende Rückmeldung der Patienten
- zudem geben 69% der Ärzte an, jüngere Patienten häufiger zu vermitteln aufgrund der
 - Zuschreibung eines niedrigeren Leidendruckes im Alter
 - Zuschreibung einer geringeren Motivation Betroffener im Alter
 - niedrigeren Motivation des Arztes
 - wahrgenommenen höheren Prävalenzraten jüngerer Betroffener

Slaac-Studie: Grundhaltungen unter Ärzten gegenüber Älteren mit Substanzproblemen (qualitative Interviews, n=29 niedergelassene ÄrztInnen)

- breites Spektrum im Antwortverhalten, aber überwiegend:
 - Wahrnehmung einer negativ geprägten Grundhaltung im kollegialen Umfeld
 - Zuschreibung einer geringen Behandlungsmotivation führt zu selteneren Motivationsversuchen und höherer Akzeptanz riskanter Konsummuster
 - Konsummuster seien im Alter bereits verfestigt und eine Veränderung nur schwer zu erzielen

„Äh die (...) meisten Kollegen vertreten nach so meinem Kenntnisstand die Auffassung, lassen das eher laufen, als dass wir da aktiv werden.“

„Dann kann ich mir vorstellen, dass ich dann schon eher (...) so ne Haltung entwickle: "Naja, dann soll er´s weitermachen. Da hat bisher keiner was ändern können. Warum glaub ich, dass ich da was ändern kann? Und der hat ja nie gewollt, sonst hätt er´s ja gemacht. Und warum soll ich das nun? Was soll die Mühe?“

„Die Kollegen sehen das noch lockerer als ich, glaub ich. Dass man da nichts mehr machen muss. Dass man da es so ein bisschen laissez faire macht. Mach ich ja auch mehr bei den Älteren als bei den Jüngeren.“

Projekt-Erfahrungen im Slaac-Modell

- Akquise zusätzlicher Zugangswege in Kontexten der Klinischen Sozialen Arbeit stößt auf reges Interesse in diesen Handlungsfeldern
- Institutionen z.B. in den Bereichen DIMA und gerontopsychiatrische Beratungsstellen melden sowohl Bedarf als auch Sinnhaftigkeit des methodischen Vorgehens zurück

Resümee:

- **deutliche Ausweitung der Netzwerksstrukturen notwendig, um Zielgruppe adäquate Hilfsangebote zu machen**
- **methodisches Vorgehen braucht zunächst gutes Coaching im Umgang mit den Methoden (Screening, MI), reiht sich dann aber gut in die sonst üblichen Arbeitsprozesse ein**

Übersicht

- Ausgangslage: Herausforderungen
- Ausgangslage: Fakten
- Sucht im Alter in der allgemeinmedizinischen Versorgung
- **Sucht im Alter: Sucht-/psychotherapeutische Ansätze**
- Sucht im Alter im Pflegealltag

Altersspezifische Behandlungsproblematik

nur ein kleiner Teil der Betroffenen findet offenbar den Weg in das deutsche Suchthilfe- und Behandlungssystem (Lieb et al., 2008)

auch international finden sich geringere Behandlungsquoten bei Älteren, insb. bei missbräuchlichem Konsum (Ghoi et al., 2014)

negative Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Behandlung:

- weibliches Geschlecht
- verheiratet
- höherer Bildungsgrad, höheres Einkommen, in Arbeit (Ghoi et al., 2014)

Motivation der Inanspruchnahme von Hilfe bei Älteren

- Häufig hohe Hemmnisse der Älteren wie auch deren Angehörigen, über Symptome der Erkrankung zu sprechen
- Ausgeprägte Scham- und Schuldgefühle → führen zur verzögerter Inanspruchnahme von Hilfen (die zudem von vielen BehandlerInnen eher resignativ bewertet werden)
- Anlass der Inanspruchnahme sind häufig soziale Reaktionen:
 - Fast die Hälfte Älterer in der stationären Suchttherapie kamen „auf Druck“ von Kindern und Enkelkindern („Opa, Du stinkst“, kein Kontakt zu Enkeln wegen eingeschätzter Unzuverlässigkeit seitens der Kinder)
 - Fast ein Drittel kam wegen gesundheitlicher Einschränkungen und auf massive Empfehlung des Hausarztes

(Voßmann & Geyer 2009)

Wirksamkeit suchtspezifischer Behandlungen im Alter

- Trotz erschwerter Erreichbarkeit und Diagnosestellung sowie gravierenden Folgen bei älteren Menschen mit Alkoholproblemen wird die Wirksamkeit suchtspezifischer und/oder psychotherapeutischer Behandlungen **positiv** bewertet

(Kashner et al., 1992; Kofoed et al., 1987; Lemnke & Moos, 2003; Mann & Mundle, 1997; Oslin, 2004)

- kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Psychotherapie und Kurzinterventionen gelten generell bei psychischen Erkrankungen im Alter als wirksame Behandlungsformen (Dykierek, 2008; Gühne et al., 2014)
– und dies auch bei älteren Suchtkranken (Lieb et al., 2008)

Altersspezifische Interventionen bei psychischen Störungen

neue / andere Interventionsformen für ältere PatientInnen bei störungsspezifischen Vorgehensweisen nicht zwangsläufig notwendig:

„Grundsätzlich ist ja jede Therapie – unabhängig von der Altersstufe des Patienten – etwas Individuelles, das darin begründet liegt, dass die Patienten jedes Alters mit verschiedenen Problembereichen, idiosynkratischen dysfunktionalen Gedanken und verschiedenen Graden von Veränderungsmotivation in die Therapie kommen. Obwohl der Inhalt der präsentierten Probleme aufgrund anderer Lebensumstände anders sein kann, sind die emotionalen und behavioralen Reaktionen nicht viel anders als bei Jüngeren. Dennoch vermögen die Alterspsychotherapie und die ihr zugrunde liegenden Konzepte etwas zu einer Erweiterung des Spektrums psychotherapeutischer Interventionen im Alter beizutragen“

(Forstmeier & Maerker 2008, S. 50)

aber: Modifikation des Interventionsvorgehens bei Älteren mit psychischen Erkrankungen

1. Fokussieren auf das Gesprächsthema
2. Langsames Vorgehen
3. Multimodale Instruktionen (z.B. verbal und visuell)
4. Gedächtnishilfen
5. Strategien des Aufmerksamkeitserhalts
6. Eigene Einstellung zur Beratung / Intervention überprüfen
7. Unkonventionelle Settings
8. Medizinisches Grundwissen und Kontakt zu Ärzten
9. Berücksichtigung der Ressourcen und Kompetenzen

(Maerker 2002)

Inhaltliche Schwerpunkte in der Behandlung Älterer mit Suchterkrankungen

neben einer störungsspezifischen Betrachtungsweise Bearbeitung folgender Themen:

- Einsamkeit und Trauer, z.B. durch schwere Erkrankung oder Tod von Angehörigen
- Besondere Belastungssituationen als pflegende Angehörige
- Angst vor eigenem Siechtum oder Tod
- Nachlassen körperlicher oder geistiger Fähigkeiten
- Verlust des beruflichen Status und des bisherigen Freizeitverhaltens → Verlust von Struktur und sozialer Kontrolle, aber auch Kontakt → „late-onset“
- Kriegs- und Nachkriegserlebnisse

Therapeutische Grundhaltung des Akzeptierens, des Respekts vor dem Alter und vor der Lebensleistung

→ **erleichtert Aufbau einer tragfähigen Beziehung** (Voßmann & Geyer 2006)

Generelle motivationale Schemata bei Älteren mit psychischen Erkrankungen

- Annäherungsziele im Alter:
 - Altruismus
 - Glauben / Sinnfindung
- Vermeidungsziele:
 - Körperlicher Verfall
 - Kontrollverlust
 - Abhängigkeit von anderen
- Weniger relevante Ziele:
 - Geselligkeit
 - Bestätigung
 - Bildung
 - Abwechslung
 - Selbstbelohnung

(Dykierrek, 2008)

Übersicht

- Ausgangslage: Herausforderungen
- Ausgangslage: Fakten
- Sucht im Alter in der allgemeinmedizinischen Versorgung
- Sucht im Alter: Sucht-/psychotherapeutische Ansätze
- **Sucht im Alter im Pflegealltag**

Alkoholkonsum Äterer in stationären Pflegeeinrichtungen

Tab. 2 Alkoholkonsum und Alkoholdiagnosen bei Bewohnern in 58 Altenpflegeheimen in Deutschland

Alkoholkonsum	Männer (n=988)	Frauen (n=3488)	Gesamt (n=4476)
Abstinent	72,0%	85,4%	82,5%
Leichtes bis moderates Trinken	27,1%	14,4%	17,2%
Riskantes Trinken (pro Tag >20 g bei Frauen und >30 g bei Männern)	0,8%	0,2%	0,3%
Alkoholdiagnosen in der Pflegedokumentation (Schwankungsbreite)	17,2% (0–50,0)	2,6 (0–11,1)	5,8% (0–30,6)

Alkoholdiagnosen nach ICD-10: F10; Nach: Schäufele et al. [30].

(aus: Mann, Laucht & Weyerer, 2009)

Problembeschreibungen aus der Pflegeliteratur

- **Unsicherheiten oder Unterschiede in der professionellen Pflegegestaltung bei Suchtproblemen im Alter:**
 - Umgang mit anhaltendem Konsum legaler oder (ins. in der ambulanten Pflege) auch illegaler Substanzen,
 - Schwierigkeiten in der Akzeptanz gegenüber den Lebensweisen und Gewohnheiten von Alkohol- und Drogenabhängigen,
 - Schwierigkeiten, suchtspezifisches Verhalten wie geringe Eigeninitiative, Rückfälle usw. nicht als Pflegeversagen zu sehen,
 - Fragen zur Verfügbarkeit oder Abstinenzgebot von Alkohol als Genussmittel in Einrichtungen,
 - uneinheitliche Vorgehensweise des Pflegeteams,
 - Unsicherheiten in der Unterscheidungen zwischen sucht- oder altersspezifischer Symptomatik sowie in der Beratung und Unterstützung bei entsprechenden Sekundärbelastungen

(z.B. Flick & Röhnsch, 2011; Werner, 2011; Vogt et al., 2010; Kämper, 2009; Baumgärtner, 2011)

Bedarf an konzeptioneller Unterstützung

Befragung Kuhn & Haasen (2009) zum Umgang mit Suchtproblemen in Alter:

- festgelegte Vorgehensweisen / standardisiertes Konzept vorhanden bei:
 - 38,4% der teil-/vollstationären Einrichtungen
 - 26,9% der ambulanten Pflegeeinrichtungen

- Unterstützungsbedarf bei einer Konzeptfindung:
 - 34,6% der ambulanten Pflegedienste
 - 28,9% der stationären Pflegedienste
 - weitere 34,8% ambulant / 32,0% stationär zumindest unentschieden

Dies ergibt einen Unterstützungsbedarf für ca. 4.150 ambulante Dienste und 3.350 teil-/vollstationäre Einrichtungen.

Handlungsempfehlungen aus dem BMG-Projekt

www.alter-sucht-pflege.de

18:27
alter-sucht-pflege.de

Startseite | Kontakt | Links | Sitemap | Impressum

Gefördert durch:
 Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Sucht im Alter

Handlungsempfehlungen

- » Einleitung
- » Alkohol
- » Psychopharmaka
- » Screening
- » Gesprächsführung
- » Beauftragte
- » Fallbeispiele
- » Download

Weiterbildung

Start » Handlungsempfehlungen » Einleitung

Wozu braucht die Altenhilfe Handlungsempfehlungen?

Nicht bei jedem auffälligen Alkohol- und Medikamentengebrauch müssen die Fachkräfte der Altenhilfe aktiv einschreiten. Erst wenn der Gebrauch ein Risiko für die Gesundheit der zu Pflegenden darstellt und es zu einer subjektiv erlebten oder objektiv beobachteten Einschränkung der Lebensqualität kommt, sollte gehandelt werden. Eine Handlungsempfehlung hilft:

1. einen Handlungsbedarf abzuklären
2. das weitere Vorgehen zu planen
3. die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen
4. Ihnen die Pflege zu erleichtern

Dokumente zum Download

Ablaufplan bei:

-  Alkoholmissbrauch
-  Verdacht auf Missbrauch von Psychopharmaka



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

SILQUA FH
Fachhochschulen forschen
Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter

Wissensmanagement und -netzwerk

Interne
Evidenz

Externe
Evidenz

www.sanopsa.de

Handlungs-
empfehlungen

SANOPSA-
Onlineplattform

SANOPSA- Module: Handlungs- empfehlungen für Konsumierende illegaler Drogen (Stationäre Altenpflege)



Take Home!

- (1) Kurzinterventionen und Therapie sind wirkungsvoll → einsetzen!
- (2) Die Vernetzung verschiedener Versorgungspartner (z.B. Pflege, Suchthilfe, Ärzte) ist notwendig und gewinnbringend, bleibt aber auch herausfordernd, u.a. wegen
 - zeitlichen und finanziellen Ressourcen
 - eher sporadischen Kontakten zwischen den Netzwerkpartnern, soweit nicht einzelne Kooperationen besonders gepflegt werden
 - divergenten Motivationen und Handlungskonzepten.
- (3) Implizite Persönlichkeitstheorien und Vorurteile unter Fachkräften sind stärker in den Blick zu nehmen.
- (4) Die Einbeziehung vielfältiger sozialer Dienste innerhalb der Zugangswege und Interventionsmaßnahmen erscheint am wirkungsvollsten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Tanja Hoff

Tel.: 0221-7757-137

Email: t.hoff@katho-nrw.de

Katholische Hochschule NRW, Abt. Köln
Wörthstrasse 10, 50668 Köln

www.disup.de