



Fachtagung Alkoholmissbrauch im Alter, Alkoholkonsum, Herausforderungen für Pflegekräfte Abstinenz oder kontrolliertes Trinken

Seesen am 28.11.2012

FACHTAGUNG ALKOHOLMISSBRAUCH IM ALTER, ALKOHOLKONSUM, HERAUSFORDERUNGEN FÜR PFLEGEKRÄFTE, ABSTINENZ ODER KONTROLLIERTES TRINKEN

Christian Meininghaus

Heimleiter Wohnheim Haus Hagenberg in Hornburg

Träger: Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische
Sozialarbeit Braunschweig mbH

GLIEDERUNG

1. Problembeschreibung
2. Zahlen
3. Der Alkoholabhängige
4. Modell zur Veränderung von Verhaltensweisen
5. Ziele der Intervention
6. Strukturelle Maßnahmen
7. Stufenmodell Krisengespräche
8. Struktur der Fallbesprechung
9. Das Pflegepersonal
10. Handlungsansätze

1. PROBLEMBESCHREIBUNG

- = Der demographische Wandel bedingt in der Zukunft einen höheren Anteil an älteren Menschen mit Suchterkrankungen
- = Symptome der Sucht (Zittern, Gangstörungen) werden fälschlicherweise als Alterssymptome diagnostiziert
- = Im höheren Lebensalter nimmt die Alkoholverträglichkeit des Körpers ab (geringerer Wasseranteil im Körper, die Leber benötigt längere Zeit für den Abbau des Alkohols, das Gehirn reagiert feinfühlicher)
- = Wechselwirkung zwischen Medikamenten und Alkohol werden nicht ausreichend berücksichtigt

1. PROBLEMBESCHREIBUNG

- = Es fehlen allgemein akzeptierte Behandlungskonzepte für ältere Alkoholabhängige im ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
- = 50% der Heimbewohner mit Alkoholmissbrauch zeigt ein aggressives und unkooperatives Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal (bei anderen Gruppen wie Demenz nur 25%) (Rumpf, Gleyerer 2006)

2. ZAHLEN ALKOHOLMISSBRAUCH IM ALTER

- = 400.000 Menschen über 60 Jahre mit einer Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch
- = 1-2 Millionen Menschen mit einem problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente (DHS, 2008)
- = Pflegestatistik 2007

2,25 Millionen Menschen pflegebedürftig (35% 85 Jahre und älter)

-> 504.000 im Privathaushalt und/oder ambulant

-> 709.000 in Pflegeheimen

(Zunahme seit 1991 um 11,4%, seit 2005 um 9,6%)

2. ZAHLEN ALKOHOLMISSBRAUCH IM ALTER

- = Mannheimer Altenpflegeheime (2002)
 - > 10% aller Bewohner ärztlicherseits als alkoholkrank eingeschätzt (25% der Männer, 5% der Frauen in der Einrichtung)
 - > Pflegepersonal Einschätzung 2,2%-4,2% (Untersuchung 2008 (715))
- 38% der stationären Einrichtungen verfügt über ein festgelegtes Konzept zum Umgang mit Personen mit einem Alkoholproblem (ZIS 2008)

2. ZAHLEN ALKOHOLMISSBRAUCH IM ALTER

- = 49% der Einrichtungen sehen die Notwendigkeit ihr Versorgungsangebot zu verbessern
- = In 50% der Einrichtungen sagen die Mitarbeiter, dass sie zu wenig Zeit haben

3. DER ALKOHOLABHÄNGIGE

- = Das Vorkommen von Alkoholkrankheit nimmt im höheren Alter ab
- > niedrige Lebenserwartung
- > aufgrund des Missbrauchs geringere Alkoholtoleranz
- > Verzicht auf Alkohol wegen Folgeschäden
- > soziale Trinksituationen fallen weg
- > finanzielle Gründe (Seitz, Oswald, Poschel 2000)
- Gleichzeitig sinkt die Alkoholtoleranz bei älteren Menschen
- > d.h. geringere Menge bewirkt bereits problematische Verhaltensweisen

3. DER ALKOHOLABHÄNGIGE

- = Es ist zu differenzieren zwischen denen die abhängig sind und die missbräuchlich trinken (eher schwerer zu erreichen)
- = und zwischen denjenigen die bereits früher abhängig waren (Behandlungserfahrungen) bzw. erst im höheren Alter eine Abhängigkeit entwickeln (z.B. Verlust Partner, Berentung mit Vereinsamung, reduzierte soziale Kontakte)

SYMPTOME FÜR SUCHTPROBLEME IM ALTER

- = Stürze
 - = Kognitive Defizite, Konzentration, geistige Leistungsfähigkeit, Aufmerksamkeit
 - = Interessenlosigkeit, Interessenverlust
 - = Durchfälle
 - = Schwindel
 - = Gesichtsröte, Tremor
 - = Appetitverlust, Fehlernährung
 - = Voralterung
 - = Stimmungsschwankungen
- (Nielsen, 2006)

4. MODELL ZUR VERÄNDERUNG VON VERHALTENSWEISEN

= „Stufen-der-Veränderung-Modell“ (Prochaska&DiClemente)

kein Nachdenken über eine Veränderung
(precontemplation)

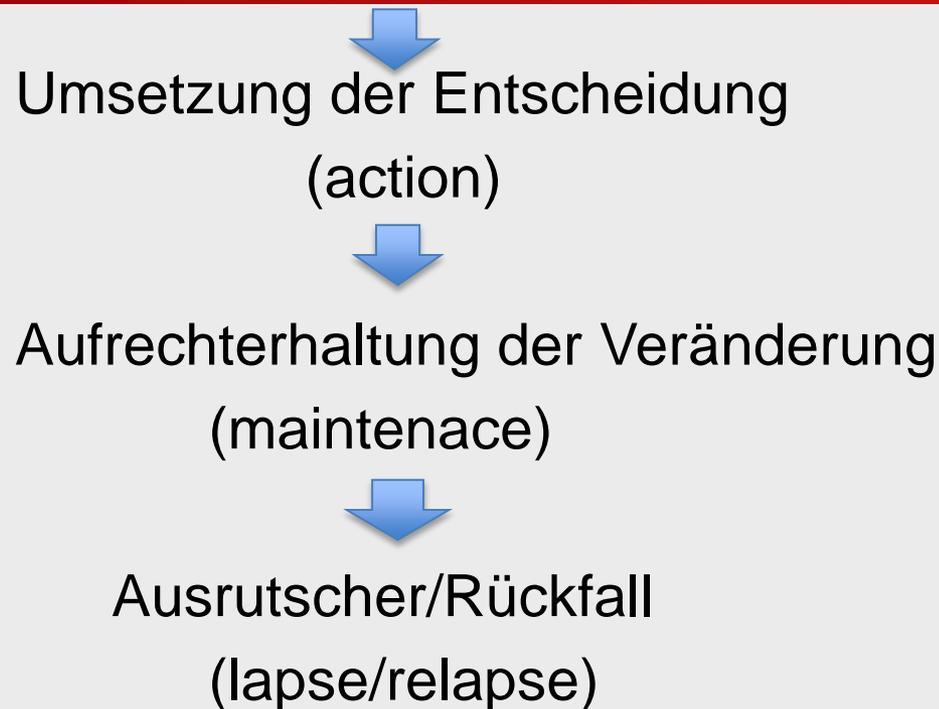


Nachdenken über eine Veränderung
(contemplation)



Entscheidung über Ziel und Weg
(decision)

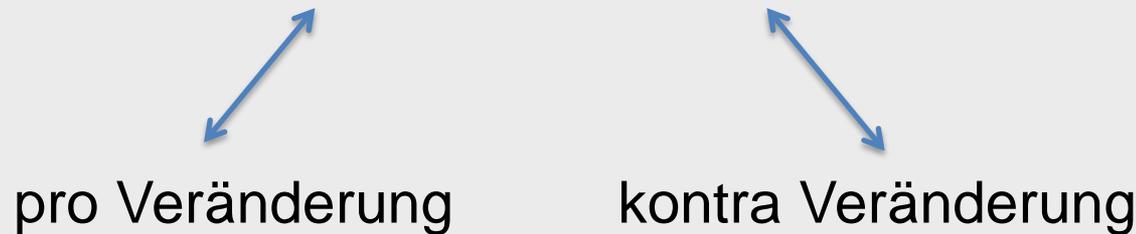
4. MODELL ZUR VERÄNDERUNG VON VERHALTENSWEISEN



gK Quest Akademie, 2009

4. MODELL ZUR VERÄNDERUNG VON VERHALTENSWEISEN

= Der Betroffene ist nicht unmotiviert, sondern ambivalent



Zielsetzung:

durch Herstellung eines konstruktiven Leidensdruck
Veränderungsbereitschaft bewirken

Im Einzelfall ist folgendes notwendig:

- klare, strukturierte Abläufe
- individuelle Interventionen
- kreative Ideen zur Umsetzung

5. ZIELE DER INTERVENTION UND MAßNAHMEN

- = Sicherung des Überlebens
- = Verhinderung von Verschlimmerung
- = Reduzierung des Konsums und der Exzesse
- = Suchtstofffreie Phasen
- = Verlängerung der suchtstofffreien Phasen
- = Lebensgestaltung und Lebensbewältigung
- = Dauerhafte Abstinenz

5. ZIELE DER INTERVENTION UND MAßNAHMEN

- = Abstinenz
- = Selbstkontrolliertes Trinken
- = Fremdkontrollierendes Trinken

6. STRUKTURELLE MAßNAHMEN (EINRICHTUNGSLEITUNG)

- = Rahmenbedingungen schaffen, damit die Pflegekräfte handlungsfähig sind
- > Wie wird mit Alkoholkonsum in der Einrichtung umgegangen?
- > Nach welchen Kriterien werden alkoholabhängige Bewerber aufgenommen? (Außenwirkung)
- > Klarer Regelkatalog mit klaren Vorgehensweisen und Konsequenzen (Innenwirkung)
- > Einen Behandlungsplan mit den Mitarbeitern erarbeiten mit klaren Zuständigkeiten (ab wann führt der Pflegedienstleiter oder Heimleiter das Krisengespräch?)
- > Fort-und Weiterbildungen für den Mitarbeiter bereitstellen

6. STRUKTURELLE MAßNAHMEN (EINRICHTUNGSLEITUNG)

- > Vernetzung mit anderen Hilfeanbietern (Selbsthilfegruppe, Suchtberatungsstelle, Gesundheitsversorgung)
- >konsiliarische Beratung der Mitarbeiter durch qualifizierte MA von Suchtberatungsstellen
- > Behandlungskonzept mit den beteiligten Ärzten absprechen (Schulungen für die Heimärzte)

7. STUFENMODELL KRISENGESPRÄCHE

- = 1. Stufe: Vertrauliches direktes Gespräch
- = 2. Stufe: Verbindliches Gespräch auf einer verbindlichen Ebene
- = 3. Stufe: Ernsthaftes Gespräch
- = 4. Stufe: Ernsthaftes Gespräch mit Androhung von Konsequenzen
- = 5. Stufe: Durchführung der Konsequenzen

INTERVENTIONSMODELL 1. STUFE

- Gespräch Pflegekraft
suchtauffälliger Patient:

Anteilnahme, Fakten, Hilfsangebote, Konsequenzen?

- Gespräch Pflegekraft-Angehörige
- Gespräch Pflegekraft- Arzt

2. STUFE

- Gespräch Teamleitung/Pflegekraft-
suchtauffälliger Patient

Anteilnahme, Fakten, Hilfsangebote, Konsequenzen

3. STUFE

- Gespräch:
Pflegedienstleitung/Teamleitung/Pflegekraft
-suchtauffälliger Patient

Anteilnahme, Fakten, Hilfsangebote, Konsequenzen

4. STUFE

- Gespräch: Pflegedienstleitung-
suchtauffälliger Patient, evt. Suchtberater

Anteilnahme, Fakten, Hilfsangebote, Androhung einer
Kündigung

5. STUFE

- Kündigung und Angebot der Wiederaufnahme nach Änderung des Verhaltens oder Durchführung von Hilfsmaßnahmen

8. STRUKTUR DER FALLBEARBEITUNG

- Darstellung
- Risikoanalyse
 - für den Patienten
 - für die Einrichtung
- Bisherige Interventionsversuche
- Lösungsvorschläge
- Vereinbarung konkreter Maßnahmen

9. DAS PFLEGEPERSONAL

- Obwohl in der Ausbildung Suchterkrankung kein Thema ist, können Pflegekräfte sehr gut eine Alkoholproblematik erkennen
- Fast alle Pflegekräfte reagieren auf eine Alkoholproblematik
-> Kontakt zu Ärzten und Angehörigen-der Kontakt zu Suchthilfeeinrichtungen erfolgt aber kaum

9. DAS PFLEGEPERSONAL

= Nur ca. 25% der Einrichtungen halten ihre Pflegekräfte für ausreichend ausgebildet

= Es gilt:

Sieht die Einrichtung eine Behandlungsnotwendigkeit von Alkoholmissbrauch und existiert ein Konzept, ist der Ausbildungsstand am höchsten

10. HANDLUNGSANSÄTZE

- = Entwicklung von Kriterien zur Diagnose von Alkoholabhängigkeit bezogen auf ältere Menschen
- = Alterserscheinung auch unter dem Blickwinkel einer möglichen Abhängigkeit betrachten
- = Nur 25% der Einrichtungen halten ihre Pflegekräfte für ausreichend ausgebildet -> Qualifizierungsmaßnahmen sind notwendig
- = Eine Konzeption und festgelegte Behandlungsabläufe stehen im engen Zusammenhang mit der fachlichen Qualifikation der Pflegekräfte

10. HANDLUNGSANSÄTZE

- = Die Leistungskräfte benötigen Unterstützung durch die Suchthilfe um Konzeptionen und Behandlungsablauf zu installieren

10. HANDLUNGSANSÄTZE

- = Die Kontaktaufnahme des Pflegepersonals mit der Suchthilfe als Behandlungsangebot fehlt weitgehend
- = Angebote der Suchthilfe (ambulant, stationär, Qualifikation) müssen auf die Bedarfe
- = des Pflegepersonals und
- = der Pflegebedürftigen ausgerichtet sein, wie aufsuchende Angebote (Interventionsstudien zeigen, dass Prognose für ältere Suchtkranke gut ist Wyerer, 2003)
- = Es ist sinnvoll, dass das Pflegepersonal „Späteinsteiger“, bei denen eine gute Prognose besteht, besser erkennt

10. HANDLUNGSANSÄTZE

- = Es gibt unterschiedliche Ansichten und Handlungsweisen der Pflegekräfte, das Pflegepersonal ist oft noch unsicher, wie es handeln soll. Hier ist die Suchthilfe gefordert, die Altenhilfe zu unterstützen
- = Vernetzung der Altenhilfe mit dem Gesundheitswesen (Hausärzte, Fachkrankenhäuser, für Entgiftungsbehandlungen)
- = Qualifikation des Pflegepersonals zur Erkennung einer Alkoholproblematik,
 - > Erkennen der Wechselwirkung von Alkohol und Medikamenten
 - > Techniken der Gesprächsführung und Motivationsarbeit

MATERIALIEN

- = 1. Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen www.nls-online.de
Startseite
Downloads anklicken
Informationen zu Sucht im Alter
- 2. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
www.dhs.de
Stichwort: Unabhängigkeit im Alter