

ARBEITERWOHLFAHRT

Praxisbericht Pflege & Sucht

von Hans Kopp, Referatsleiter Seniorenpflege

Praxisbeschreibung Stationäre Pflege

Alkoholentzug im Krankenhaus - Einzug in die Pflege.

Bewohner depressiv teilweise auch sehr reizbar, Schlafstörungen, immer in Versuchung

Alkohol haben zu müssen; äußert sich durch Betreten fremder Zimmer, um alkoholische Getränke zu finden; Bestellungen beim Pizzaboten, um sich Alkohol mitliefern zu lassen.

Bei Veranstaltungen schwierig weil immer die Gefahr besteht, dass sich die Bewohner, bei Unachtsamkeit, am Alkohol bedienen.

Suchtverhalten wird kompensiert durch Ersatzbefriedigung, evtl. Rauchen.

Freunde und Bekannte bringen Alkohol mit, aus Unwissenheit oder um demjenigen „etwas Gutes“ zu tun.

Die Verantwortung ist schwer zu übernehmen, da man das Suchtverhalten nicht immer kontrollieren kann.

Medikamentenabhängigkeit, eher selten, meistens schon in den Krankenhäusern eingestellt

Bewohner versuchen alle Tabletten, die zur Verfügung stehen, zu sich zu nehmen, sprich von anderen Bewohnern.

Problemstellungen der Praxis – Typisierung I

- Größter Alltags-Regelungsbedarf mit Nikotin und Brandgefahr
- Ambulante Pflege – Umgang mit Abhängigen, die sich bei der Selbstpflege vernachlässigen und sich und andere gefährden.
- Stationäre Aufnahme eines Alkoholikers, der Alkohol und Pflege braucht:
Entweder immobil mit Entzugssymptomen oder mobil mit Beschaffungsenergie
- Krankenhausentlassung und Aufnahme eines Alkoholikers, der während in der Klinik trocken war
– wie bleibt er trocken? – Problem: Kontaktpersonen, die Suchtmittel mitbringen
- Für Therapie (Entwöhnung oder Entzug) nicht ausgelegt. Wenn dann unfreiwillig.

Problemstellungen der Praxis – Typisierung II

- Medikamentenabhängigkeit (Beruhigungsmittel - Benzodiazepine) weniger virulent:
Teil des medizinisch-pflegerischen Settings
- Vorwurf hoher Psychopharmakaabgabe in der stationären Pflege als Betreuungersatz -
FQA München: > 51% aller Bewohner mit verordneten Psychopharmaka; Molter-Bock (2006) 55% -
It. FQA München erhalten 27% aller Bewohner sie tatsächlich;
Resümee: medikamentöse Therapie nicht letzter Schritt; Verordnung hochpotenter P. aber rückläufig.

Missbrauchsgefahr bei Bedarfsmedikation mit unspezifischer ärztlicher Indikation:

It. FQA München: „Unruhe“ mit über 40% häufigste Indikation

- In der stationären Altenpflege bisher kaum Erfahrung im Umgang mit harten Drogen

Spezialfall „Junge Pflege“

- 2 Versorgungsbereiche mit 45 Plätzen
- Schwerpflegebedürftige Bewohner unter 65 Jahre mit multimorbiden Krankheitsbildern oftmals mit Suchterkrankung oder Suchtbiografie – hoher Männeranteil
Alkohol mit Anteil von 30% - sonst Anteil in der Altenpflege der AWO München bei geschätzt 5%
- Ausschlusskriterium: Suchterkrankung als Primärdiagnose
- Eigener Sozialdienst (psychologische, sozialpädagogische und ergotherapeutische Kompetenz)
- Umgang mit Suchtverhalten hat wesentlichen Anteil an der psychosozialen Betreuung und pflegerischen Anleitung,

Belastungen für das Pflegepersonal

- Unangemessenes Verhalten, um an Alkohol zu kommen (Aggression, Bewegungsdrang, Fokussierung des Antriebs (Suchen in anderen Zimmern nach Alkohol, Tabletten), Abwehr von Pflegeverrichtungen, Vernachlässigung Selbstpflege und Ernährung u.a.
- Zusätzlicher Pflegeaufwand aus dem Alkoholkonsum :
Vernachlässigung Selbstpflege und Ernährung, Verweigerung und Passivität bei Pflegeverrichtungen, Enthemmung und Übergriffe, Erbrechen, Inkontinenz; zusätzliche Überwachung und Vorkehrungen bei **Sturzgefahr**
- Zusätzlicher Pflegeaufwand als Folge langjährigen Alkoholkonsums
- Aufwand des Verwaltens von Suchtmitteln (kontrollierte Ausgabe von Nikotin und Bier)
- Finanzielle Probleme zur Befriedigung der Sucht
- Medikamentensucht: Abhängigkeit von den Ärzten

Thesen / Prämissen für die therapeutische Haltung

- Die Sucht wird toleriert, so das Suchtverhalten nicht gefährdet
sog. harm reduction - (Selbstbestimmungsrecht).
- Dennoch belastet die Sucht die Pflege erheblich.
- Wo eine Gefährdung da ist, erfolgt eine Intervention

Was braucht die Pflege?

- Wissen über Sucht inkl. instrumentelles Wissen (Assessment, Screening)
- Handlungsstrategien zum kontrollierenden Umgang
- Mehr Personalressourcen durch mehr Aufwand:
eigener Versorgungsvertrag, wenn Spezialisierung auf Suchtkranke
Pflegereform 2017: Fokus auf Hilfebedarfsbereich „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ um
höheren Pflegebedarf zu erhalten
- Einbeziehung von Experten

Umgangs- und Vorgehensweisen

- Therapeutische Haltung für Einrichtung und Pflorgeteams festlegen
- Systematische Risikoeinschätzung bei Anamnese: Assessment / Screening – Abgrenzung Demenz und Delir (Medikamentensucht) v.a. in der ambulanten Pflege
- Für attraktive Alternativen bzw. Ersatzbefriedigung sorgen: Säfte, Obst, Beschäftigung
- Kommunikation mit Verhaltenszielen und Verhaltensvereinbarungen (Einbeziehung Betroffenen, Kontaktpersonen) – Dokumentation in Pflegeplanung
- Fallgespräche mit Einbeziehung Arzt, Suchtexperten
- Sanktionen: Vorschriften – Verbote; Eskalation beschützte Unterbringung.

„... und die Sucht wird menschlich sein“

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit