



FFF – Fit für Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum von älteren Menschen

Schlussbericht

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)
17.018457/ 204.0001-1682/1

Susanne Schaaf
Corina Salis Gross
Domenic Schnoz
Stephan Koller

Forschungsbericht aus dem Schweizer Institut für Sucht-
und Gesundheitsforschung Bericht Nr. 397

Zürich, im Juni 2019 (erg. Version)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Danksagung	4
Abstract	5
Executive Summary	6
1 Einleitung	19
1.1 Ausgangslage	19
1.2 Ziele	21
1.3 Themenfelder	21
2 Methodisches Vorgehen	23
2.1 Recherche.....	23
2.2 Fokus-Gruppen mit ExpertInnen	23
2.3 Telefonische Interviews mit Pflegedienstleitenden.....	23
2.4 Gespräche im Rahmen ärztlicher Qualitätszirkel	24
2.5 Telefonische Interviews mit HeimärztInnen	24
2.6 Gespräche mit Stakeholdern.....	24
2.7 Projektablauf	25
3 Ergebnisse	26
3.1 Recherche zu bestehenden Instrumenten und Leitfäden.....	26
3.2 Ergebnisse der Fokusgruppen	28
3.2.1 Fokusgruppe Suchtfachpersonen.....	28
3.2.2 Fokusgruppe Spitex-Fachpersonen	30
3.2.3 Fokusgruppe Alters- und Pflegeheime	31
3.3 Pflegedienstleitende von Alters- und Pflegeheimen und Spitex-Betrieben	33
3.3.1 Fallsituationen und Bedeutung von problematischem Alkoholkonsum im Praxisalltag	33
3.3.2 Aufnahmegespräche und Einsatz von Instrumenten und Assessmentsystemen	36
3.3.3 Die Bedeutung von Benzodiazepinen in Wechselwirkung mit Alkoholkonsum	38
3.3.4 Haltungsfindungsprozess im Rahmen einer Organisationsentwicklung.....	38

3.3.5	Unterstützung des Personals und Bildungsmaßnahmen	39
3.3.6	Spannungsfelder im Betreuungsalltag	41
3.3.7	Bewährte Strategien im Umgang mit problematischem Alkoholkonsum im Alter.....	43
3.3.8	Verbesserungswünsche und -vorschläge aus Sicht der Praxis.....	44
3.4	Gesprächsgruppe Heim- und HausärztInnenzirkel sowie Einzelinterviews HeimärztInnen	46
3.4.1	Heim- und HausärztInnenzirkel.....	46
3.4.2	Telefonische Interviews mit HeimärztInnen	49
3.5	Angehörige	51
4	Optimierungs- und Handlungsbedarf	53
4.1	Sensibilisierung und Schulung.....	53
4.1.1	Ergebnisse der Interviews mit Pflegedienstleitenden.....	53
4.1.2	Einschätzung der Stakeholder	55
4.2	Schnittstellenmanagement und Kooperation	59
4.2.1	Ergebnisse der Interviews Pflegedienstleitende	59
4.2.2	Einschätzung der Stakeholder	60
4.3	Assessmentsysteme und kassenpflichtige Leistungen.....	63
4.3.1	Ergebnisse der Interviews Pflegedienstleitende	63
4.3.2	Einschätzung Stakeholder	63
4.4	Drei geeignete Hauptmassnahmen zur breiteren Implementierung.....	64
4.4.1	Massgeschneiderte Schulungen in ärztlichen Qualitätszirkeln.....	64
4.4.2	Integriertes Konzept für Früherkennung/Frühintervention in Alters- und Pflegeheimen..	65
4.4.3	Spezialmodul Früherkennung und Frühintervention für Haushelferinnen und massgeschneiderte Schulungen für Pflegenden in Spitex-Betrieben	66
5	Anhang	68
5.1	ExpertInnen Fokus-Gruppen, QZ Haus- und HeimärztInnen und Stakeholder-Gespräche	68
5.2	Teilnehmende Institutionen.....	68
5.3	Medienberichterstattung.....	69
5.4	Bibliographie und Internetquellen	69
5.5	Leitfäden, Broschüren, Faltblätter	73
5.6	Recherche Instrumente und Konzepte	74

Danksagung

Die AutorInnen der vorliegenden Studie danken allen Personen, welche das Projekt mit ihrem Wissen und Erfahrungsschatz unterstützt haben und damit einen wertvollen Beitrag zur Einschätzung von Früherkennung und Frühintervention bei älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum sowie zur Identifikation pragmatischer Massnahmen und Empfehlungen zur Verbesserung der Früherkennung geleistet haben.

Ein besonderer Dank gilt den ExpertInnen der Fokus-Gruppe, der Qualitätszirkel und der Stakeholder-Gespräche sowie allen Fachpersonen Pflegedienstleitung, die sich mit ihrem Knowhow und Engagement für die Gespräche und Interviews zur Verfügung gestellt haben. Auch den weiteren Pflegenden der Spitex und aus Heimen sowie den Angehörigen und anderen am Thema Interessierten, die sich mit uns in ergänzenden Interviews oder auf einer informellen Ebene austauschten, sei gedankt. Ohne der wertvollen Mithilfe aller wäre die Projektdurchführung nicht möglich gewesen.

Ein Dank gebührt auch den Kantonen Aargau, Graubünden, Luzern, Solothurn, St. Gallen und Thurgau für die finanzielle und ideelle Unterstützung und ihr Interesse an der Sensibilisierung für Früherkennung und Frühintervention in ihren Regionen. Ferner gebührt dem Kanton Zürich ein besonderer Dank, da er es der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs ZFPS im Rahmen ihres Leistungsauftrages mitermöglicht hat, an der Studie mitzuarbeiten.

Dem Bundesamt für Gesundheit (Alkoholpräventionsfonds) danken wir für den interessanten Auftrag und die Unterstützung.

Und schliesslich danken wir auch den Medien für die konstruktive Zusammenarbeit und für das Interesse, das sie dem Thema schenken.

Abstract

Abstract deutsch

Die Studie «FFF» zeigt, dass Früherkennung und Frühintervention zu problematischem Alkohol- und Medikamentenkonsum älterer Menschen in den Bereichen Spitex, Alters- und Pflegeheime sowie in Qualitätszirkeln von Haus- und HeimärztInnen noch wenig bekannt und verankert sind. Die befragten ExpertInnen und Pflegedienstleitenden anerkennen Alkohol und Medikamente im Alter als zunehmende Problematik. Hauptsächliche Barrieren für die Umsetzung bestehender, bewährter Instrumente und Konzepte liegen in einer eher geringen Sensibilisierung für Früherkennung und Frühintervention, in ethischen Spannungsfeldern und in eingeschränkten Ressourcen. Drei Massnahmenpakete wurden zur Förderung von Früherkennung und Frühintervention definiert: niederschwellige Schulungsmodul in ärztlichen Qualitätszirkeln, für Spitex-Mitarbeitende und Haushelferinnen, ein integriertes Konzept für Früherkennung und Frühintervention in Alters- und Pflegeheimen sowie ein Fortbildungsmodul für Pflegende und Leitungen in bestehenden Ausbildungsgängen von Bildungsinstitutionen. Ein Implementierungsprozedere wurde etabliert.

Keywords: Alkohol und Medikamente, Alter, Früherkennung, Screening-Instrumente, Organisationsentwicklung, Frühintervention, Kurzintervention, Spitex, Alters- und Pflegeheime, Qualitätszirkel Ärzte

Abstract français

L'étude «FFF» montre que le dépistage et l'intervention précoces en cas de consommation problématique d'alcool et de médicaments chez les personnes âgées sont des mesures encore peu connues et peu pratiquées dans le domaine de l'aide et des soins à domicile (Spitex), des EMS et des cercles de qualité de médecins de famille et de médecins d'EMS. Les expert-e-s et les responsables des soins interrogé-e-s reconnaissent que la consommation d'alcool et de médicaments par les personnes âgées constitue un problème croissant. Les principaux obstacles à la mise en œuvre d'instruments et de concepts éprouvés, qui existent déjà, sont une sensibilisation insuffisante au dépistage et à l'intervention précoces, des divergences éthiques et des ressources limitées. Trois trains de mesures ont été définis pour promouvoir le dépistage et l'intervention précoces, à savoir des modules de formation à bas seuil dans le cadre de cercles de qualité de médecins à l'intention des collaborateurs/ collaboratrices du Spitex et des aides à domicile, un concept intégré de dépistage et d'intervention précoces pour les EMS ainsi qu'un module de formation continue intégré dans les programmes des institutions de formation pour les soignant-e-s et les directions d'établissements. Une procédure de mise en œuvre a été établie.

Mots clé: Alcool et médicaments, personnes âgées, dépistage précoce, instruments de dépistage, évolution de de l'organisation, intervention précoce, intervention brève, services d'aide et de soins à domicile (Spitex), EMS, cercles de qualité de médecins

Executive Summary

Deutsche Version

Ausgangslage

Problematischer Alkoholkonsum ist auch im Alter verbreitet. Dies gilt ebenso für den Mischkonsum von Alkohol und Medikamenten. Eine Akzentuierung der Problematik ist für die Schweiz in den nächsten Jahren zu erwarten. Bereits im Rahmen des «Nationalen Programms Alkohol 2008-2012» schenkte das BAG dieser Thematik Beachtung und formulierte damals als eines der Wirkungsziele die Verminderung des chronischen Alkoholkonsums im Alter. In der «Nationalen Strategie Sucht 2017-2024» wird das Thema Risikoverhalten im Alter nochmals explizit ins Zentrum gerückt, indem eine zielgruppengerechte Sensibilisierung von Risikogruppen (ältere Menschen mit problematischem Alkoholkonsum, verbunden mit der Thematik der Wechselwirkung von Alkohol und Medikamenten) zum Zweck der Prävention und Gesundheitsförderung postuliert wird.

Eine Reihe praxisnaher und bewährter Leitfäden zur Früherkennung und Frühintervention von problematischem Alkoholkonsum älterer Menschen wurden von spezifischen Fachstellen und einzelnen Anbietern entwickelt und liegen leicht zugänglich vor. Valide Screening-Instrumente, Checklisten und Beobachtungsbogen sowie Good-Practice-Beispiele, Hilfestellungen zu Handlungsfindungsprozessen und Schulungsmodule stehen ebenfalls zur Verfügung. Aktuell greifen verschiedene Fachtagungen die Thematik auf. Trotz der guten Vorlagen und eines wachsenden Bewusstseins für die Thematik sind Früherkennung und Frühintervention bei «Alkohol im Alter» immer noch nicht verbreitet und verankert.

Vor diesem Hintergrund wurde die vorliegende Studie in Auftrag gegeben, um in Gesprächen mit und durch Befragungen von ExpertInnen und Pflegedienstleitenden zu eruieren, inwiefern Spitex-Betriebe und Alters- und Pflegeheime – im Projektverlauf erweitert durch die Zielgruppe der Haus- und HeimärztInnen – mit der Thematik des problematischen Alkoholkonsums älterer Menschen in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert sind und welche Erfahrungen sie machen. Ferner sollte erfasst werden, inwiefern die Zielgruppen-Institutionen Instrumente zur Früherkennung und Verfahren der Frühintervention verwenden, welche Barrieren oder Spannungsfelder sich zeigen, welcher Schulungsbedarf besteht und wie die Sensibilisierung für Früherkennung und die Verbreitung bewährter Massnahmen konkret gefördert werden kann.

Methoden

Methodisch wurde ein mehrstufiges, prozessorientiertes und qualitatives Vorgehen gewählt:

- 1) Recherche zu bestehenden Screening-Instrumenten, Checklisten und Beobachtungsbogen, Konzepten zu Handlungsfindungsprozessen und Schulungselementen zur Thematik Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum im Alter zur Aufarbeitung des State of the Art in der Deutschschweiz.

- 2) Diskussion eines Vorschlages zur Priorisierung von zur Förderung geeigneten Instrumenten und Konzepten sowie von praktikablen Vorgehensweisen für die Verbreitung im Feld mit ExpertInnen in drei Fokusgruppen (Sucht, Spitex-Betrieben, Alters- und Pflegeheime). Die Ergebnisse sind in die Entwicklung der Gesprächsleitfäden für Phase 3 eingeflossen.
- 3) Interviews mit Pflegedienstleitenden der Spitex und Heime: Für die Telefonbefragungen wurden insgesamt 99 Einrichtungen (55 Spitex-Betrieben, 44 Alters- und Pflegeheime) in acht Kantonen der Deutschschweiz per Email über das Vorhaben informiert und für eine Teilnahme angefragt. Insgesamt wurden 31 halb- bis ganzstündige Telefoninterviews mit Pflegedienstleitenden (15 Spitex-Betrieben, 16 Alters- und Pflegeheime) geführt, in einem Raster dokumentiert und inhaltlich zusammengefasst.
- 4) In zwei Gesprächsrunden im Rahmen von Qualitätszirkeln eines HausärztInnen- (neun Personen) und eines HeimärztInnen-Zirkels (17 Personen) wurden die Erfahrungen und Herausforderungen in der Praxis, Fallvignetten, Grundlagen und Kenntnisse zu Alkoholkonsum, Mischkonsum (gleichzeitige Einnahme von Alkohol und Medikamenten) und Begleiterkrankungen sowie Informations- und Fortbildungsbedürfnisse erfragt, diskutiert und dokumentiert. Ergänzend dazu wurden halb- bis einstündige telefonische Leitfadeninterviews mit fünf HeimärztInnen geführt. Dabei konnte in Erfahrung gebracht werden, wie sich die Problematik im Heimaltag gestaltet und welche Erfahrungen mit Interventionen gemacht wurden. Ferner interessierte die Thematik der Polypharmazie bei älteren BewohnerInnen, unerwünschte Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit Alkohol. Es wurde nach der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren wie Angehörige, HausärztInnen, Spitex-Betrieben, Pflegedienstleitungen und Beistände gefragt sowie nach dem allfälligen Verbesserungsbedarf. Wichtig waren auch die Einschätzung der Vor- und Nachteile eines bestehenden Modells zur externen Überprüfung von Medikamentenverordnungen, um das Risiko von Über- oder Falschmedikation zu verringern, sowie die Klärung der Schulungsbedürfnisse.
- 5) Aufgrund der gesammelten Ergebnisse wurden ein Massnahmenkatalog und ein Implementierungsprozedere erstellt, die im Rahmen von sechs Stakeholdergesprächen (Bereiche «Sucht», *Spitex Schweiz*, *CURAVIVA Bern*, Haus- und HeimärztInnen) hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz, Umsetzbarkeit und Priorisierung diskutiert und dokumentiert sowie mit den interessierten ExpertInnen aus der ersten Phase besprochen wurden.

Ergebnisse

Die befragten Spitex-Betriebe, Alters- und Pflegeheime sowie Haus- und HeimärztInnen sind in unterschiedlichem Ausmass von der Alkoholthematik ihrer KlientInnen, BewohnerInnen bzw. PatientInnen betroffen: Einige Heime verzeichnen nur vereinzelte Fälle von auffälligem Alkoholkonsum (z.B. drei von 180 BewohnerInnen), andere sind häufiger tangiert (z.B. 50 von 180 BewohnerInnen), in einem weiteren Heim weist gar die Hälfte der BewohnerInnen grosse Suchtprobleme auf (Alkohol sowie Polytoxikomanie). Auch Spitex-Betriebe unterscheiden sich hinsichtlich des Anteils betreuter

Personen mit problematischem Alkoholkonsum. Entsprechend unterschiedlich fallen auch die Massnahmen aus. So wird bspw. die Möglichkeit der kontrollierten Alkoholabgabe verschiedentlich angewendet oder stellt keine Option dar.

Obwohl ursprünglich in der Befragung nicht vorgesehen, wurden Probleme mit Benzodiazepinen und Z-Medikamenten (Polymedikation) in den Interviews sehr oft genannt, wobei die Medikamente und der Mischkonsum teilweise das weit grössere Problem darstellen als der Alkoholkonsum selbst. «Alkohol im Alter» ist ein Thema in Institutionen der Alterspflege, allerdings ist es eines unter vielen anderen (Demenz, Palliative Care, Schmerzmanagement u.a.), sodass die Einrichtungen gemäss eigenen Ausführungen entsprechende Prioritäten im Umgang mit den knappen Ressourcen setzen und diesem Thema weniger Beachtung schenken können.

Das Spannungsfeld zwischen der Fürsorgepflicht (Problembewusstsein, Schadensminimierung, Lebensqualität durch bessere Gesundheit) einerseits und der Selbstbestimmung der BewohnerInnen (Akzeptanz von persönlicher Lebensgestaltung) andererseits ist ein permanentes Thema im Pflegealltag, das immer wieder zu Verunsicherung führt. Prozesse der Handlungsfindung, die zu einer Klärung auf Institutionsebene führen können, wurden eher selten durchlaufen. Mehrheitlich werden Lösungen im konkreten Einzelfall gesucht. Teilweise werden Interventionen auch als unzulässiger Eingriff in die Selbstbestimmung der älteren Menschen verstanden statt als Angebot, miteinander über Themen wie Gesundheit, Vermeidung von Begleiterkrankungen und Förderung von Lebensqualität ins Gespräch zu kommen.

Das Thema «Alkohol im Alter» scheint immer noch ein vernachlässigtes Gebiet zu sein, sodass sich in den Erhebungen ein breites Feld von anstehenden Massnahmen zur Förderung von Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkohol- und Medikamentenkonsum im Alter für die Bereiche Spitex, Alters- und Pflegeheime sowie für Qualitätszirkel von Haus- und HeimärztInnen ergeben hat. Die Massnahmen können folgenden drei Themenfeldern zugeordnet werden:

1) *Sensibilisierung und Schulung für verschiedene Zielgruppen*

- Die **Sensibilisierung des Pflegepersonals** hinsichtlich der Früherkennung von Alkoholkonsum (gemäss BAG-Empfehlung) im Sinne einer Schadensminimierung sowie hinsichtlich der Wechselwirkung zwischen Alkohol und Medikamenten (insbesondere Benzodiazepine, aber auch Z-Medikamente) wird von den Pflegedienstleitenden als sinnvolle Massnahme erachtet. Den Handlungsoptionen kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Massgeschneiderte Inhouse-Schulungen sollen gefördert werden. Zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit sollen diese Massnahmen idealerweise im Institutionskonzept integriert und verankert sein. Zur Verbreitung der Thematik trägt die Veröffentlichung von Artikeln in zielgruppenspezifischen Periodika bei. Good-Practice-Beispiele sollten ebenfalls breit bekannt gemacht werden, um Anreize zur Multiplikation zu schaffen.
- In Verbindung mit Sensibilisierung wird die **Kompetenzentwicklung der Pflegefachpersonen der psychosozialen und somatischen Spitex** als weitere gewünschte Massnahme genannt. Im Rahmen von massgeschneiderten Schulungen sollen insbesondere auch Gesprächstechniken (*Motivierende Gesprächsführung*, Kurzinterventionen) vermittelt und Handlungsfragen geklärt werden. Eine wichtige Massnahme ist auch die Integration der Thematik «Früherkennung und Frühintervention» in bestehende Ausbildungsgänge und Programme von Bildungsinstitutionen.

Für Spitex-Mitarbeitende kann die Thematik ferner über städtische oder kantonale Spitex-Verbände in die regulären Fachtagungen eingebracht werden. Die Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachstellen *Spitex Entwicklung* ist dabei zu empfehlen.

- Die **Sensibilisierung und Schulung von Haushelferinnen** wird als weitere zielführende Massnahme genannt, da diese Zielgruppe häufig über eine geringe Ausbildung verfügt, gleichzeitig aber oft eine vertrauensvolle, unverfängliche Beziehung zu den KlientInnen pflegt. Als Ergänzungsmodul zu akkreditierten Lehrgängen wie dem «Basiskurs für Haushelfer/-innen in der Spitex» sollen Haushelferinnen niederschwellig erreicht und geschult werden.
- **Sensibilisierung und Schulungsmodulare für Haus- und HeimärztInnen** hinsichtlich Früherkennung von problematischem Alkoholkonsum älterer Menschen, der Wechselwirkung mit Medikamenten und der Polymedikation haben sich als weiteres wichtiges Massnahmenfeld herauskristallisiert. Idealerweise sollen die Schulungen niederschwellig in bestehenden Gefässen wie Qualitätszirkeln und regionalen Netzwerkgruppen stattfinden, da dies für die ÄrztInnen keinen zusätzlichen Aufwand bedeutet. Es wird empfohlen, die Thematik «Sucht im Alter» zudem in verbandseigenen Kongressen und Fortbildungen regelmässig einzubringen.

2) Schnittstellenmanagement und Kooperation

Schnittstellenmanagement, Zusammenarbeit und gute Vernetzung der Akteure des Versorgungssystems wurden in den Befragungen als wichtiges Thema mit Verbesserungspotenzial genannt.

- **Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringenden** und eine bessere Vernetzung zwischen Alters- und Pflegeheimen bzw. Spitex-Betriebe einerseits und der vor- und nachbehandelnden Instanzen wie HausärztInnen, Spitäler und psychiatrische Kliniken andererseits werden als sinnvolle Massnahme identifiziert. Dabei geht es sowohl um die Sicherstellung und Verbesserung der Abläufe zwischen den verschiedenen Berufs- und Funktionsgruppen innerhalb der Einrichtung als auch innerhalb des Versorgungsnetzes (z.B. in Form eines Koordinationsmodells zwischen Spitex, HausärztInnen, Apotheken und Gemeinden). Die zentralen Elemente sind ein frühzeitiger und ausreichender Informationsaustausch, ein gutes Austrittsmanagement der vorbehandelnden Einrichtungen sowie der Einsatz von nützlichen Instrumenten wie bspw. OPAN®. Der Nutzen eines stärkeren Einbezuges regionaler Suchtfachstellen als Anlaufstellen für Spitex und Alters- und Pflegeheime wird unterstrichen. Sinnvoll ist auch ein niederschwelliger «Brückendienst» (Konsiliardienst).
- **Polymedikation im Alter** wurde als bedeutende Problematik identifiziert. Das Modell einer regelmässigen Überprüfung von Medikamentenverordnungen durch eine unabhängige Instanz oder Prüfperson oder durch eine andere Form der regelmässigen Überprüfung (institutionsinterner Prüfdienst, Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung, Einbezug von Apotheken, Verwendung von Listen und Online-Tools) wird im Sinne von *Smarter Medicine* und *Choosing Wisely* als wünschenswert beurteilt. Die Thematik «Wechselwirkung zwischen Alkohol und Medikamenten» kann unter den Bereich Polymedikation subsumiert werden, wodurch der stigmatisierende Charakter in Abklärungsgesprächen mit BewohnerInnen und PatientInnen zu deren Alkoholkonsum abgeschwächt wird. In den Befragungen wurde zudem auf erschwerende strukturelle Rahmenbedingungen hingewiesen, die die Umsetzung einer angemessenen Lösung ver-

hindern (z.B. Verringerung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ist bei reduziertem Personalbestand erschwert). Gemäss den Befragungen der Pflegedienstleitenden sollen ferner die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen Pflegenden und HausärztInnen verbessert werden.

- Die **konstruktive Zusammenarbeit mit Angehörigen** ist ein weiteres Massnahmenfeld. Angehörige spielen in der Betreuung von älteren Menschen mit problematischem Alkohol- und Medikamentenkonsum eine wesentliche Rolle, sei es als wertvolle Ressource zur Unterstützung der Pflegenden, sei es als Herausforderung im Fall von Konflikten, wenn z.B. Angehörige ihre alten Eltern mit Alkohol versorgen. Da sich Angehörige in der Begleitung von Betroffenen oft überfordert fühlen, soll die Unterstützung der Angehörigen gezielt gefördert werden. Dies kann die Klärung von Wissensfragen zu problematischem Alkoholkonsum, Grenzwerten und Begleitproblemen beinhalten sowie die Vermittlung von Adressen von Fachstellen und Hilfsangeboten im Internet. Wichtig ist auch die Klärung vonhaltungsfragen und der Rolle der betreuenden Institution, um ein gemeinsames Vorgehen in der Begleitung der Betroffenen zu fördern.

3) *Assessmentsysteme und kassenpflichtige Leistungen*

- Die **Integration der Alkohol- und Medikamententhematik in die Assessmentsysteme** für den Bereich der stationären Alterspflege, analog zu *RAI Home Care* für die Spitex-Betriebe, wird als sinnvolle Massnahme erachtet. Durch die Integration von wenigen Kernfragen zu Konsumverhalten und Auffälligkeiten würde die Thematik standardmässig im Rahmen des Aufnahme-prozederes erfasst und könnte in der Pflegeplanung und im Pflegeprozess frühzeitig berücksichtigt werden.
- Eine Reihe von Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Früherkennung und Frühintervention, aber auch generell in der Begleitung von älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum können nicht als kassenpflichtige Leistungen verrechnet werden, was dazu führen kann, dass fachlich sinnvolle Interventionen nicht oder nicht im benötigten Ausmass durchgeführt werden. Eine **Erweiterung des Bereichs Leistungen bzw. Leistungserfassung** wurde daher in den Befragungen als wichtige Ressource und Rahmenbedingung genannt, um Früherkennung, Frühintervention und Begleitung für betroffene ältere Menschen anzubieten und umzusetzen. Da zudem Spitäler und Kliniken gemäss Interviewaussagen ihre PatientInnen heute immer früher entlassen, erhöhen sich die Anforderungen für die Spitex-Betreuung und damit auch der Bedarf an benötigten Ressourcen. Die Thematik steht im Kontext der allgemeinen Diskussion bezüglich Pflegefinanzierung.

Empfehlung von drei Hauptmassnahmen

Folgende drei Massnahmenpakete für die drei Zielgruppen Haus- und HeimärztInnen, Spitex-Betriebe und Alters- und Pflegeheime wurden in diesem Projekt mit hoher Akzeptanz und Relevanz versehen und für die Implementierung priorisiert. Ein Vorschlag für ein entsprechendes Prozedere wurde im Projekt erarbeitet und liegt zur Umsetzung vor.

- **Massgeschneiderte Schulungen in ärztlichen Qualitätszirkeln:** In Qualitätszirkeln für Haus- und HeimärztInnen sollen partizipativ auf deren jeweilige Bedürfnisse ausgerichtete Bildungs- und Interventionselemente zusammengestellt und in mehrteiligen Schulungen über eine Laufzeit

von mehreren Monaten behandelt werden. Zentrale Themen sind Grundlagenwissen zu «Alkohol im Alter», Begleiterkrankungen, Mischkonsum und Polymedikation sowie Schulungseinheiten zu Kurzintervention mit praxisorientierten Übungen und Fallvignetten. ThementrägerInnen sichern die nachhaltige Verankerung in den Zirkeln.

- **Integriertes Konzept für Früherkennung und Frühinterventionen in Alters- und Pflegeheimen:** In Alters- und Pflegeheimen sollen bestehende Konzepte zur Früherkennung und Frühintervention auf die Bedürfnisse der Heime angepasst und in die bestehende Struktur integriert werden. Im Rahmen von Schulungsmodulen für die Pflegenden werden die Themenfelder Grundlagen der Früherkennung, Klärung von Handlungsfragen, situationsabhängige Interventionsansätze, Handlungsanleitungen u.a. behandelt. Durch heiminterne ThementrägerInnen und regelmäßige Standortbestimmungen werden Früherkennung und Frühintervention in den Heimen verankert. Zusätzlich soll ein **Bildungsmodul zur Früherkennung und Frühintervention** entwickelt und in bestehende Bildungsangebote für Heimleitende integriert werden.
- **Spezialmodul für Haushelferinnen zur Früherkennung und Frühintervention bei «Alkohol im Alter»:** Ein Schulungsmodul zu basaler Wissensvermittlung, Klärung der Rollen und Handlungsfragen und zu Hilfestellungen zur Gesprächsführung soll entwickelt und in bestehende Ausbildungsgänge für Haushelferinnen integriert werden. In Spitex-Betrieben soll eine massgeschneiderte halb- oder ganztägige Inhouse-Schulung (mit Folgeschulung) partizipativ und basierend auf bestehenden Materialien entwickelt und durchgeführt werden. Wesentliche Themen sind die Sensibilisierung für «Alkohol und Medikamente im Alter», die Klärung der Bedeutung von Früherkennung und Frühintervention, von Spannungsfeldern und Handlungsfragen sowie von Handlungsoptionen für den konkreten Umgang.

Bei der Implementierung der Massnahmen ist es zentral, dass sie sowohl **niederschwellig und praktikabel** sind als auch der Ressourcenlage der Einrichtung angemessen gestaltet werden. Mutmasslich waren es u.a. diese Aspekte, welche dazu führten, dass bisher bestehende gute und bewährte Massnahmen und Instrumente zum Thema «Alkohol im Alter» noch zu wenig angewendet werden. Eine proaktive Begleitung bei der Implementierung ist daher wichtig.

Version française

Contexte

La consommation problématique d'alcool est un phénomène répandu chez les personnes âgées également. Ce constat vaut aussi pour la consommation simultanée d'alcool et de médicaments. On peut s'attendre à ce que le problème s'aggrave dans les années à venir. L'OFSP s'était déjà penché sur cette question dans le cadre du «Programme national alcool 2008–2012» et avait alors énoncé que la réduction de la consommation chronique d'alcool chez les personnes âgées devait être l'un des objectifs à atteindre. La «stratégie nationale Addictions 2017-2024» met à nouveau l'accent sur les comportements à risque chez les personnes âgées lorsqu'elle fixe comme objectif de prévention et de promotion de la santé une sensibilisation ciblée des catégories à risque (personnes âgées présentant une consommation problématique d'alcool, en association avec l'interaction alcool et médicaments).

Des guides éprouvés, axés sur la pratique, faciles d'accès et consacrés au dépistage précoce d'une consommation problématique d'alcool et de médicaments chez les personnes âgées ainsi qu'à l'intervention correspondante ont été élaborés par des services spécialisés et d'autres prestataires. Des instruments de dépistage, des check-lists, des formulaires d'observation, des exemples de bonnes pratiques, des instructions sur la politique applicable en la matière (Haltungsfindung) et des modules de formation sont également disponibles. Des colloques sont aussi consacrés à cette problématique. En dépit de tous ces moyens et d'une prise de conscience croissante du problème, le dépistage et l'intervention précoces ne sont toujours pas devenus une pratique courante.

La présente étude a été réalisée pour déterminer, dans le cadre de discussions et d'entretiens avec des expert-e-s et des responsables de soins, dans quelle mesure les EMS et les organismes d'aide et de soins à domicile – le groupe des médecins de famille et des médecins d'EMS est venu s'ajouter par la suite – sont confrontés au quotidien à une consommation problématique d'alcool des personnes âgées et quelle est leur expérience en la matière. Il s'agissait également de cerner dans quelle mesure les institutions des groupes cible recourent à des instruments de dépistage précoce et à des interventions correspondantes, quels sont les obstacles rencontrés et les divergences relevées, quels sont les besoins en matière de formation et comment promouvoir spécifiquement la sensibilisation au dépistage précoce et la diffusion de mesures éprouvées.

Méthodologie

Une approche qualitative, à plusieurs niveaux et orientée processus a été choisie comme méthode de travail :

- 1) Recherche de documentation portant sur les instruments de dépistage existants, les check-lists, les formulaires d'observations, la politique applicable (Haltungsfindung) et les modules de formation consacrés au dépistage et à l'intervention précoces en vue d'établir un état des lieux pour la Suisse alémanique.

- 2) Discussion, avec des expert-e-s de trois groupes témoin (addiction, organismes d'aide et de soins à domicile, EMS) d'une proposition de priorisation d'instruments et de concepts pertinents ainsi que d'approches réalistes à promouvoir pour une diffusion sur le terrain. Les résultats de ces discussions ont été pris en considération dans l'élaboration des guides d'entretien pour la phase 3.
- 3) Entretiens avec des responsables des soins d'EMS et d'organismes d'aide et de soins à domicile: pour les enquêtes par téléphone, 99 établissements de huit cantons de Suisse alémanique (44 EMS et 55 organismes d'aide et de soins à domicile) ont été informés du projet par courriel et invités à y participer. Au total, 31 entretiens téléphoniques d'une demi-heure à une heure ont été conduits avec des responsables des soins (16 EMS et 55 organismes d'aide et de soins à domicile), documentés dans une grille et résumés.
- 4) Deux séries d'entretiens conduits dans le cadre de cercles de qualité de médecins de famille (9 personnes) et de médecins d'EMS (17 personnes) ont permis de discuter et de documenter les expériences et défis au quotidien, les vignettes cliniques, les bases et les connaissances en matière de consommation d'alcool, la consommation mixte (consommation simultanée d'alcool et de médicaments), les pathologies associées et les besoins dans le domaine de l'information et de la formation. Par ailleurs, des entretiens téléphoniques semi-directifs d'une demi-heure à une heure ont été réalisés avec cinq médecins rattachés à un EMS. Il a ainsi été possible de cerner la problématique dans le quotidien des EMS et les expériences faites dans le cadre d'interventions. Des aspects comme la polymédication des résident-e-s âgé-e-s, les effets secondaires indésirables de la consommation d'alcool et les interactions avec les médicaments, la collaboration avec les différents acteurs, à savoir les proches, les médecins de famille, les organismes d'aide et de soins à domicile, les responsables des soins et les tuteurs/ tutrices, ainsi que les améliorations éventuellement nécessaires ont également été abordés. Les entretiens ont aussi porté sur les besoins en matière de formation et l'évaluation des avantages et des inconvénients d'un modèle existant de vérification externe des prescriptions de médicaments pour limiter les risques de surmédication ou les erreurs de prescriptions.
- 5) Un catalogue de mesures et une procédure de mise en œuvre ont été élaborés sur la base des résultats obtenus. Leur pertinence, faisabilité et priorisation ont été débattues et documentées à l'occasion de six entretiens avec des parties prenantes (domaines «addiction», *Aide et de soins à domicile Suisse*, *CURAVIVA Berne*, médecins de famille et médecins d'EMS) et discutées avec les expert-e-s intéressé-e-s de la première phase du projet.

Résultats

Les organismes d'aide et de soins à domicile, les EMS ainsi que les médecins de famille et d'EMS interrogés sont concernés à des degrés divers par la problématique de la consommation d'alcool par leurs client-e-s, résident-e-s ou patient-e-s: certains EMS ne mentionnent que quelques cas de consommation évidente d'alcool (p. ex. trois cas sur 180 résident-e-s), d'autres en indiquent davan-

tage (p. ex. 50 cas sur 180 résident-e-s) alors que dans un autre établissement, la moitié des résident-e-s présente de graves problèmes d'addiction (alcool et polytoxicomanies). Au niveau des organismes d'aide et de soins à domicile, la proportion de personnes présentant une consommation problématique d'alcool varie également et les mesures diffèrent en conséquence. Par exemple, la possibilité d'une remise contrôlée d'alcool est diversement pratiquée ou n'est absolument pas envisagée.

Bien que cela n'ait pas été prévu au départ, des problèmes en lien avec des benzodiazépines ou des médicaments non-benzodiazépines (polymédication) ont très souvent été mentionnés dans les entretiens, la consommation de médicaments ou une consommation mixte constituant dans certains cas un problème bien plus important que la consommation d'alcool proprement dite. «L'alcool et les personnes âgées» est un sujet que les établissements pour personnes âgées abordent, mais c'en est un parmi tant d'autres (démence, soins palliatifs, gestion de la douleur, etc.). Ainsi, les EMS, selon leurs propres déclarations, affectent les ressources limitées dont ils disposent en fonction de priorités internes et ne sont pas en mesure d'accorder l'attention voulue à cette problématique.

Les exigences liées, d'une part, à l'obligation de soins (prise de conscience du problème, réduction des dommages, meilleure qualité de vie par le fait d'être en bonne santé) et, d'autre part, au droit à l'autodétermination des résident-e-s (accepter qu'ils/ elles organisent leur vie) constituent un sujet de tension permanent qui génère un climat d'incertitude. La politique en matière de consommation d'alcool (Haltungsfindung), une mesure susceptible de clarifier la situation au niveau institutionnel, a relativement peu souvent été spécifiée. Les solutions s'appliquent généralement au cas par cas. Il arrive que les interventions soient davantage perçues comme une atteinte inadmissible au droit à l'autodétermination des personnes âgées que comme une opportunité de dialoguer sur des sujets tels que la santé, les maladies associées et une meilleure qualité de vie.

Il apparaît que l'association consommation d'alcool et personnes âgées reste aujourd'hui encore un sujet négligé. Les enquêtes effectuées ont en effet mis en évidence toute une série de mesures à mettre en œuvre dans le domaine des EMS, des organismes d'aide et de soins à domicile et des cercles de qualité de médecins de famille et de médecins d'EMS pour promouvoir le dépistage d'une consommation problématique d'alcool et de médicaments chez les personnes âgées et l'intervention correspondante. Ces mesures peuvent être regroupées en trois champs thématiques qui sont :

1) *Sensibilisation et formation des groupes cible*

- Les responsables des soins considèrent que, dans l'optique d'une réduction des dommages, la **sensibilisation du personnel soignant** au dépistage précoce d'une consommation d'alcool (selon la recommandation de l'OFSP) ainsi qu'aux interactions entre la consommation d'alcool et la prise de médicaments (particulièrement les benzodiazépines, mais aussi les non-benzodiazépines) est une option pertinente. Des mesures dans ce sens ont une importance majeure. Des formations internes adaptées devraient être encouragées. Pour assurer leur pérennité, il est préférable de les intégrer dans le concept de l'institution. La publication d'articles dans des

périodiques destinés spécifiquement aux groupes cible contribue à faire connaître la thématique. Des exemples de bonnes pratiques doivent également être largement diffusés pour créer un effet multiplicateur.

- En lien avec le thème de la sensibilisation, les personnes interrogées souhaitent que les **compétences du personnel soignant du Spitex psychosocial et somatique** soient renforcées. Dans le cadre de formations adaptées, il y a lieu, plus particulièrement, de transmettre des techniques d'entretien (*Motivational Interviewing*, interventions brèves) et de clarifier la politique en matière de consommation d'alcool (Haltungsfindungsprozess). L'intégration de la thématique dépistage et intervention précoces dans les programmes d'établissements de formation constitue aussi une mesure importante. Pour les collaborateurs/ collaboratrices des services d'aide et de soins à domicile, le sujet peut être traité dans le cadre des réunions régulières des associations d'aide et de soins à domicile au niveau communal ou cantonal. Il est conseillé de collaborer avec des services spécialisés *Spitex Développement*.
- La **formation et la sensibilisation des aides à domicile** est également considérée comme une mesure efficace. Ce groupe cible a généralement un bas niveau de formation, en même temps, il entretient souvent une relation de confiance avec les client-e-s. Les aides à domicile devraient recevoir une formation en plus des connaissances acquises dans le cadre de cours accrédités, p. ex. cours de base Spitex pour aides à domicile («Basiskurs für Haushelfer/-innen in der Spitex»).
- La **sensibilisation des médecins de famille et d'EMS** au dépistage précoce d'une consommation problématique d'alcool chez les personnes âgées, à l'interaction avec des médicaments et à la polymédication ainsi que les **modules de formation correspondants** constituent un autre champ d'action important. Les formations doivent être facilement accessibles et se dérouler de préférence dans le cadre de structures existantes comme des cercles de qualité et des réseaux régionaux, ce qui n'implique pas de charges supplémentaires pour les médecins. Par ailleurs, il est recommandé d'aborder régulièrement la thématique des «addictions chez les personnes âgées» dans le cadre des formations continues et des colloques organisés par les associations professionnelles.

2) Gestion des interfaces et coopération

Les enquêtes ont montré que la gestion des interfaces, la collaboration et une bonne mise en réseau des acteurs du système de soins sont des aspects importants, qui peuvent être améliorés.

- Le **renforcement de la collaboration entre les différents fournisseurs de prestations** et une meilleure mise en réseau entre, d'une part, les EMS et les organismes d'aide et de soins à domicile et, d'autre part, les institutions intervenant en amont ou en aval, comme les médecins de famille, les hôpitaux et les cliniques psychiatriques, sont considérés comme des mesures pertinentes. Il s'agit d'assurer et d'améliorer le déroulement des procédures entre les groupes de professions et de fonctions aussi bien au sein de l'institution que du réseau de soins (p. ex. sous la forme d'un modèle de coordination entre les organismes d'aide et de soins à domicile, les médecins de famille, les pharmacies et les communes). Les principaux éléments de cette approche sont un échange d'informations précoce et suffisant, une bonne gestion de la sortie

du patient/ de la patiente de l'institution située en amont et le recours à des instruments offrant un bénéfice, tel OPAN®. Les personnes interrogées soulignent l'avantage que représente une plus grande implication d'organisations dédiées aux questions d'addiction en tant que point de contact pour les organismes d'aide et de soins à domicile et les EMS. Le recours à bas seuil à un service conciliaire serait également une mesure intéressante.

- **La polymédication des personnes âgées** apparaît comme un problème important. L'introduction d'un contrôle systématique des prescriptions de médicaments par un organisme ou un tiers indépendant ou par une autre forme de vérification (service de contrôle interne, deuxième avis médical, sollicitation de pharmacies, utilisation de listes ou d'outils en ligne) est jugée souhaitable pour garantir une médecine intelligente (*Smarter Medicine*) et des choix judicieux (*Choosing Wisely*). La question des interactions entre l'alcool et les médicaments peut être abordée sous l'angle de la polymédication, ce qui diminue le caractère stigmatisant de la consommation d'alcool lors d'entretiens avec les résident-e-s et les patient-e-s. Les personnes ayant participé aux enquêtes ont également pointé des conditions structurelles qui empêchent la mise en place d'une solution adaptée (p. ex. avec des effectifs réduits, il devient plus difficile de réduire la consommation de somnifères et de tranquillisants). Les responsables des soins estiment par ailleurs que la collaboration et les échanges entre les soignant-e-s et les médecins de famille devraient être renforcés.
- Une **collaboration constructive avec les proches** est proposée comme un autre champ d'action. Les proches occupent une place prépondérante dans la prise en charge des personnes âgées présentant une consommation problématique d'alcool et de médicaments. Ils représentent soit un soutien précieux quand ils viennent en aide aux soignant-e-s, soit un défi en cas de conflits, par exemple lorsqu'ils fournissent de l'alcool à leurs parents âgés. Les personnes qui accompagnent des proches âgés se sentent souvent dépassées par l'ampleur de la tâche. Il convient de promouvoir une aide ciblée pour les soutenir: p. ex. fournir des informations sur la consommation problématique d'alcool, les valeurs limites et les problèmes d'accompagnement; communiquer des adresses de centres spécialisés ou des offres d'aide disponibles sur Internet. Afin de promouvoir une approche commune de l'accompagnement des personnes concernées, il est également important de définir la politique applicable (Haltungsfindungsprozess) et le rôle de l'institution.

3) *Systèmes d'évaluation et prestations remboursées*

- **L'intégration de la thématique alcool et médicaments dans les systèmes d'évaluation** des soins stationnaires dispensés aux personnes âgées, à l'image du *RAI Home Care* pour les services d'aide et de soins à domicile, est considérée comme une mesure judicieuse. En intégrant juste quelques questions élémentaires sur les habitudes de consommation et les comportements considérés comme hors norme, le sujet s'inscrirait automatiquement dans la procédure de prise en charge et pourrait être pris en compte à un stade précoce de la planification des soins et du processus correspondant.
- Une série d'actes et de mesures en rapport avec le dépistage et l'intervention précoces, mais aussi en lien de manière générale avec l'accompagnement des personnes âgées présentant une consommation problématique d'alcool ne peuvent pas être indemnisés au titre de prestations à la charge des caisses-maladie. Il s'ensuit que certaines interventions techniquement justifiées

ne sont pas réalisées, ou alors pas dans la mesure requise. Les personnes interrogées considèrent dès lors qu'une **extension du domaine et de la prise en charge des prestations** constitue une option et une condition importante si l'on veut proposer et pratiquer un dépistage précoce, une intervention précoce et un accompagnement des personnes âgées concernées. En outre, comme les hôpitaux et les cliniques libèrent les patients toujours plus rapidement, la charge qui retombe sur les services d'aide et de soins à domicile et, partant, les ressources dont ils ont besoin augmentent. Le sujet s'inscrit dans le cadre du débat général sur le financement des soins.

Trois recommandations majeures

Les trois trains de mesures ici énoncés, destinés aux trois groupes cible suivants, à savoir les médecins de famille et les médecins d'EMS, les organismes d'aide et de soins à domicile (Spitex) et les EMS, ont été largement plébiscités dans le cadre du projet et considérés comme prioritaires. Une proposition de procédure correspondante a été élaborée dans le cadre du projet et est disponible.

- **Formations sur mesure dans le cadre de cercles de qualité de médecins:** des éléments de formation et d'intervention ciblés sur les besoins respectifs des médecins de famille et des médecins d'EMS doivent être élaborés dans une approche participative dans le cadre des cercles de qualité de médecins. Les thèmes centraux étant l'acquisition de connaissances fondamentales en matière de consommation d'alcool par les personnes âgées, les maladies associées, la consommation mixte et la polymédication ainsi que les unités de formation consacrées à l'intervention brève, accompagnées d'exercices pratiques et de vignettes cliniques. Des collaborateurs/collaboratrices spécifiquement en charge des thèmes à traiter assurent un ancrage durable de l'intervention précoce dans les cercles de qualité.
- **Concept intégré de dépistage et d'intervention précoces dans les EMS:** les concepts de dépistage et d'intervention précoces existants doivent être adaptés aux besoins des EMS et intégrés dans la structure en place. Les modules de formation destinés aux soignant-e-s traitent notamment les thèmes suivants: connaissances fondamentales en matière de dépistage précoce, de la politique en matière de consommation d'alcool (Haltungsfindung), approches d'intervention en fonction de situations précises, recommandations d'actions. Des collaborateurs/ collaboratrices spécifiquement en charge des thèmes à traiter et des bilans réguliers permettent d'ancrer durablement le dépistage et l'intervention précoces dans la culture de l'établissement. En outre, il y a lieu de développer un **module de formation consacré au dépistage et à l'intervention précoces** et de l'intégrer dans les formations existantes destinées aux responsables des soins.
- **Module spécial de dépistage précoce d'une consommation d'alcool des personnes âgées et intervention correspondante destiné aux aides à domicile:** un module de formation consacré à la transmission de connaissances fondamentales, aux rôles respectifs des intervenant-e-s, à la politique en matière de consommation d'alcool (Haltungsfindung) ainsi qu'aux instruments de conduite d'entretiens doit être élaboré et intégré dans les formations des aides à domicile.

Les organismes d'aide et de soins à domicile doivent développer en mode participatif et mettre en œuvre une formation interne (inhouse) spécifique d'une demi-journée ou d'une journée basée sur des ressources existantes et prévoir des formations continues. La formation traite principalement des thèmes suivants: la sensibilisation à la problématique de la consommation d'alcool et de médicaments chez les personnes âgées, l'importance du dépistage et de l'intervention précoces, les sujets de divergence, la politique en matière de consommation d'alcool (Haltungsfindung) et les options pratiques.

Pour pouvoir être mises en œuvre, les mesures doivent impérativement être **réalistes et peu exigeantes**, et aussi tenir compte des ressources disponibles. Des déficiences notamment au niveau de ces critères ont vraisemblablement conduit à ce que des mesures et des instruments pourtant éprouvés dans le domaine de la consommation d'alcool chez les personnes âgées ont encore trop rarement été mis en pratique jusqu'ici. Un accompagnement proactif est donc important lors de la mise en œuvre de mesures.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Problematischer Alkoholkonsum umfasst das Rauschtrinken (episodischer Risikokonsum), den chronischen Risikokonsum und das situationsunangepasste Trinken. Die Grenzwerte liegen gemäss *WHO* bei 20g reinen Alkohols pro Tag für Frauen bzw. 40g pro Tag für Männer (zwei bis vier Standardgläser à 12g; *WHO* 2000) bzw. für die Schweiz zwei bis drei Standardgläser, da diese à 10g geläufig sind. Gemäss der «Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum» des Bundesamtes für Gesundheit *BAG* vom Juli 2018 (EKAL 2018¹) wird für gesunde Erwachsene ein Grenzwert von zwei Standardgläsern für Männer bzw. einem Standardglas für Frauen pro Tag beschrieben. Bei zunehmendem Alter und veränderter Verstoffwechslung wird zu mehr Vorsicht aufgerufen. Ferner wird auf zusätzliche Vorsicht bezüglich der Wechselwirkung zwischen Alkohol und Medikamenten hingewiesen.

Problematischer Alkoholkonsum ist auch im Alter verbreitet (Gmehl et al. 2018). Individuell wie gesellschaftlich entstehen daraus gesundheitliche und ökonomische Schäden. Das *BAG* schenkte dem Thema bereits im Rahmen des «Nationalen Programms Alkohol 2008-2012» Beachtung und formulierte damals als eines der Wirkungsziele die Verminderung des chronischen Alkoholkonsums im Alter. Die Auswertung der epidemiologischen Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 zeigt auf, in welchen Subgruppen der älteren Bevölkerung der Schweiz welche Formen des problematischen Konsums erfasst wurden (BFS 2018).

Eine kürzlich publizierte, international ausgerichtete Übersichtsarbeit berichtet Analoges (Weyerer et al. 2017): Ein überproportionaler Anstieg von substanzbezogenen Störungen ist aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwarten (Babyboomer-Generation mit tendenziell erhöhtem Risiko) sowie eine längere Lebensdauer auch von bereits erkrankten Personen. Gleichzeitig besteht jedoch eine deutliche Unterversorgung, da die Problemlast (auch von Alterseinrichtungen) und das Therapiepotenzial bei älteren Menschen unterschätzt werden. Angepasste Therapien haben sich bis ins hohe Alter als wirksam erwiesen (v.a. bei Frauen).

Zu beachten ist ferner, dass Mischkonsum (Alkoholkonsum in Kombination mit der täglichen Einnahme von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln) vorkommt und aufgrund verschiedener Nebenwirkungen und Begleiteffekte (z.B. erhöhte Sturzgefahr) zu vermeiden ist, während der moderate Konsum bei gesunden älteren Menschen umstritten bleibt.

In einer Literaturrecherche und einer explorativ angelegten schweizweiten Befragung von ExpertInnen und Angehörigen sind parallel zur Auswertung epidemiologischer Daten erfolgversprechende Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in

¹ Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen EKAL (2018), Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum - 2018. Bern: EKAL. www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/alkohol/ekal/orientierungshilfe-alkoholkonsum.pdf.download.pdf/2-d-2015-orientierungshilfe-langversion.pdf

der Schweiz bereits einmal erhoben worden (Kessler et al. 2012). Zudem wurden Good-Practice-Beispiele aufgearbeitet und konkrete Empfehlungen für Massnahmen formuliert (ebd.).

Im Bereich der Früherkennung und Frühintervention setzte sich das Projekt «Sensor» von *Akzent Prävention und Suchttherapie* in Luzern zum Ziel, die Wahrnehmung des riskanten Substanzkonsums älterer Menschen durch Pflegefachpersonen zu fördern, durch den Einsatz von Screening-Instrumenten die Interventionen zu unterstützen und Fachpersonen in der Anwendung der Leitfäden und Instrumente zur Früherkennung und Frühintervention zu schulen. Die Evaluation des Projektes (Interface 2014²) ergab, dass zum damaligen Zeitpunkt wenig diesbezügliche Angebote und Aktivitäten in den Institutionen existierten, dass keine schriftlichen Handlungsleitfäden für den Umgang mit Betroffenen vorlagen und dass vonseiten der Institutionen ein Weiterbildungs- und Unterstützungsbedarf geäussert wurde.

Als bewährte (und z.T. evaluierte) Interventionen werden in der Übersichtsarbeit von Weyerer et al. (2017) die zielgruppenspezifische Aufklärung und Information in Einrichtungen der Primärversorgung oder die routinemässige Implementierung von Screenings und einfachen Kurzinterventionen (z.B. Beratungen) zur Reduktion potenziell schädlichen Alkoholgebrauchs aufgeführt. Hinweise auf Effektivität und Effizienz dieser Massnahmen liegen aus dem hausärztlichen Setting im anglo-amerikanischen Raum vor. Des Weiteren werden Schulungen des Pflegepersonals in Alterseinrichtungen empfohlen, damit sie den Umgang insbesondere mit bereits alkoholkranken BewohnerInnen adäquater bewältigen können.

Erfolgsversprechende Massnahmen zur Früherkennung und Frühintervention von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Menschen sind also grundsätzlich bekannt. Entsprechende für das Alter angepasste Instrumente, Verfahren (z.B. die wirksame Kurzintervention) und Prozessbeschreibungen wurden von spezifischen Fachstellen und einzelnen Anbietern entwickelt und sind seit geraumer Zeit im Internet leicht auffindbar zum Einsatz bereit (siehe www.alterundsucht.ch). Vernetzungsgremien wurden gebildet und sogar punktuell Angebote für die Weiterentwicklung von Organisation oder für die Schulung von Mitarbeitenden entwickelt. In Fachtagungen wurde die Thematik aufgegriffen, so z.B. kürzlich in der «5. Stakeholderkonferenz Nationale Strategie Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten» und der «3. Stakeholderkonferenz Nationale Strategie Sucht» zum Schwerpunkt «Gesund altern – ein Widerspruch?».

Das Thema findet also auf der Ebene *Public Health* und in gewissen Fachkreisen der Praxis zunehmende Beachtung. Nichtsdestotrotz fehlt bisher eine breitere Verankerung und Systematisierung: Fachstellen berichten, dass immer noch relativ grosse Widerstände bei der konkreten Einführung von Massnahmen bestehen. Es ist also nicht bekannt, inwiefern Tools eingesetzt werden, worin die Barrieren zur Nutzung liegen und welche allfällige Erfahrungen damit gemacht werden.

² Interface (Hg, 2014), Evaluation Sensor – erkennen und handeln, Frühintervention bei Suchtgefährdung im Alter. Schlussbericht zuhanden von Akzent Prävention und Suchttherapie. Luzern: Interface. www.interface-pol.ch/app/uploads/2018/09/Be_Sucht_im-Alter_Akzent_Lu.pdf

Im Rahmen der «Nationalen Strategie Sucht 2017-2024» rückt das BAG das Thema Risikoverhalten im Alter nochmals explizit ins Zentrum, indem eine zielgruppengerechte Sensibilisierung von Risikogruppen (ältere Menschen mit problematischem Alkoholkonsum, verbunden mit der Thematik der Wechselwirkung von Alkohol und Medikamenten) zum Zweck der Prävention und Gesundheitsförderung postuliert wird.

1.2 Ziele

Mit dem vorliegenden Projekt sollen Erfahrungen der Institutionen zum Thema «Alter und Alkohol» (problematischer Konsum), die Verwendung bestehender Instrumente zur Früherkennung sowie Herausforderungen, Spannungsfelder und Bedürfnisse bei Pflegedienstleitenden von Spitex und Alters- und Pflegeheimen (sowie ergänzend bei Haus- und HeimärztInnen) erhoben werden. Konkret wurden folgende Zielsetzungen formuliert:

- Zusammenstellung bestehender bewährter Instrumente und Massnahmen zur Implementierung in Spitex-Betrieben und Alters- und Pflegeheimen (mittels Recherche) (kommentierte Liste insbesondere zu Angeboten für Früherkennung, Frühintervention und Handlungsfindungsprozesse)
- Priorisierung der bewährten Massnahmen durch ExpertInnen der Bereiche «Sucht», Spitex und Alters- und Pflegeheime (partizipative Erarbeitung der Priorisierung)
- Klärung der Akzeptanz und Machbarkeit der Implementierung von priorisierten Instrumenten und Massnahmen (Beteiligung von Spitex-Betrieben, Alters- und Pflegeheimen, Haus- und HeimärztInnen an der telefonischen Befragung)
- Diskussion der Ergebnisse und Massnahmenvorschläge mit ExpertInnen und VertreterInnen von Verbänden (Stakeholder) und gemeinsame Festlegung von ausgewählten Massnahmen, welche einer breiten Implementierung zugeführt werden sollen (Vorliegen von mindestens drei pragmatischen Vorschlägen zur Implementierung von Früherkennung und Frühintervention)
- Erarbeitung eines Vorschlages zur Implementierung eines ausgewählten Prozederes

Die Projektergebnisse werden veröffentlicht und stehen als Grundlage und Impulse zur Umsetzung von Massnahmen zur Verfügung.

1.3 Themenfelder

In den verschiedenen Projektphasen (siehe Kap. 2) wird unterschiedlichen Fragen bzw. Themenfeldern nachgegangen.

Grundlagen Instrumente (Screener, Checklisten, Beobachtungsbogen) und Konzepte zu Handlungsfindungsprozessen

- Aktualisierende Recherche zu vorhandenen Instrumenten und Konzepten zu Handlungsfindungsprozessen (Deutschschweiz)

Fokusgruppen (ExpertInnenrunden)

- Priorisierung von bestehenden Instrumenten und Massnahmen, die für eine breitere Implementierung geeignet sind, im Rahmen von drei Fokusgruppen (Suchtfachpersonen, VertreterInnen von Spitex-Betrieben sowie von Alters- und Pflegeheimen)
- Identifizierung von allfälligen Barrieren und weiteren Spannungsfeldern im Bereich Früherkennung und Frühintervention in Spitex-Betrieben und Alters- und Pflegeheimen
- Identifizierung der Bedürfnisse von Spitex-Betrieben und Alters- und Pflegeheimen

Telefoninterviews mit Pflegedienstleitenden von Spitex-Betrieben und Alters- und Pflegeheimen sowie Gesprächsgruppen mit Heim- und HausärztInnen

Im Rahmen der Telefoninterviews bzw. Gesprächsgruppen werden folgende Themen besprochen:

- Fallbeispiele und die Bedeutung von riskantem oder missbräuchlichem Alkoholkonsum; Praxisalltag der Alters- und Pflegeheime und Spitex-Betriebe; Vorgehen/ Interventionen in konkreten Situationen
- Bewährte Strategien im Umgang mit problematischem Alkoholkonsum im Alter
- Bekanntheit und Bedeutung der «Orientierungshilfe zu Alkoholkonsum» des BAG (EKAL 2018)
- Einsatz von Instrumenten (Screener, Checklisten, Beobachtungsbogen) für die Thematik «Alkohol im Alter» sowie Assessment in Aufnahmegesprächen (Integration der Alkoholthematik in bestehenden Assessmentsystemen?)
- Die Bedeutung von Benzodiazepinen und anderen verbreiteten Medikamenten bei älteren Menschen in Wechselwirkung mit Alkoholkonsum
- Einschätzung des Modells einer regelmässigen, externen und unabhängigen Überprüfung von Medikamentenverordnungen
- Erfahrungen mit Handlungsfindungsprozessen im Rahmen einer Organisationsentwicklung
- Unterstützung des Personals und Fortbildungs- und Schulungsmassnahmen für Pflegende
- Zusammenarbeit mit vor- und nachbehandelnden Schnittstellenorganisationen (HausärztInnen, Spitäler, Psychiatrie)
- Spannungsfelder im Betreuungsalltag
- Verbesserungswünsche und -vorschläge aus Sicht der Praxis

Gespräche mit Stakeholdern

- Diskussion der Ergebnisse aus den Fokus-, Gesprächsgruppen und Telefoninterviews sowie Einschätzung der Massnahmen und Vorschläge, die sich im Rahmen der Studie herauskristallisiert haben.

2 Methodisches Vorgehen

Das Projekt beruht in seiner qualitativen Methodik auf insgesamt sechs Projektphasen, die in Abbildung 1 «Projekttablauf» dargestellt sind.

2.1 Recherche

Aufgrund einer Recherche zu bestehenden Instrumenten (Screenere, Checklisten, Beobachtungsbogen zu Früherkennung und Frühintervention und Leitfäden zu «Alkohol im Alter») sowie Modellen zu Handlungsfindungsprozessen in der Deutschschweiz sollten die wichtigsten Tools zusammengestellt und kommentiert werden.

2.2 Fokus-Gruppen mit ExpertInnen

Ausgewählte Suchtfachpersonen, VertreterInnen von Spitex-Betrieben sowie von Alters- und Pflegeheimen trafen sich im Rahmen von drei moderierten Fokus-Gruppen unter unterschiedlicher thematischer Perspektive. Die Auswahl erfolgte aufgrund der bisherigen Erfahrungen der ExpertInnen im Bereich «Alter und Alkohol». Die Teilnehmenden erhielten das Dokumentenpaket (Übersicht der bewährten und priorisierten Instrumente, Handlungsfindungsprozess, Schulung) im Voraus zugestellt. Aufgrund der Diskussion der Unterlagen sollten geeignete Instrumente und Konzepte zur Früherkennung priorisiert sowie Barrieren und Spannungsfelder in Spitex-Betrieben und Alters- und Pflegeheimen identifiziert werden.

2.3 Telefonische Interviews mit Pflegedienstleitenden

Basierend auf den Erkenntnissen sollten Telefonbefragungen mit 30-40 Institutionen aus den Bereichen Spitex und Alters- und Pflegeheime durchgeführt werden. Die telefonische Befragung wurde gegenüber einer Onlinebefragung bevorzugt, weil zum einen die Erfahrung aus vergangenen Projekten zeigte, dass Onlinebefragungen eher einen geringen Rücklauf haben, und zum anderen die Einschätzungen und Besonderheiten der Einrichtungen im Gespräch besser erfasst werden können. Einzelne KantonsvertreterInnen und lokale Suchtfachstellen nannten dem Projektteam erfahrene oder potenziell interessierte Einrichtungen, die angefragt werden konnten. Ein Kanton verfasste ein Empfehlungsschreiben. Ferner wurden weitere Einrichtungen kontaktiert, vornehmlich in Kantonen, die das Projekt finanziell unterstützten. Insgesamt wurden 99 Einrichtungen aus acht Deutschschweizer Kantonen per Email angeschrieben (55 Spitex-Betrieben, 44 Alters- und Pflegeheime), über das Projektvorhaben informiert und zu einer Teilnahme eingeladen. In einer ersten Etappe wurden 13 Leitfadeninterviews mit sechs Pflegedienst- bzw. Pflegeeinsatzleitungen von Spitex-Betrieben und sieben von Alters- und Pflegeheimen in der Dauer von 20 bis 60 Minuten geführt.

Die Gespräche wurden jeweils in einem Raster, das sich am Gesprächsleitfaden orientierte, dokumentiert.

Aufgrund der thematischen Sättigung nach diesen 13 Gesprächen wurden 18 weitere Interviews (neun Spitex, neun Alters- und Pflegeheime) mit anderen Schwerpunkten in der Befragung durchgeführt. Diese wurden wiederum ausführlich dokumentiert. Ferner wurde ein Gespräch mit einer Angehörigen eines trinkenden Elternteils und verschiedene informelle Gespräche mit Pflegenden geführt, die als Kontextinformation in das Projekt eingeflossen sind.

2.4 Gespräche im Rahmen ärztlicher Qualitätszirkel

Die regelmässig stattfindenden Qualitätszirkel eignen sich als Gefäss für Gruppendiskussionen, da sie keinen Zusatzaufwand für die ÄrztInnen bedeuten. Die Gesprächsrunden wurden je mit einem Hausarztzirkel (neun ÄrztInnen) und einem Heimarztzirkel (17 ÄrztInnen) durchgeführt. Die Auswahl erfolgte aufgrund der Erfahrungen einzelner teilnehmender ÄrztInnen mit der Thematik «Alkohol im Alter».

2.5 Telefonische Interviews mit HeimärztInnen

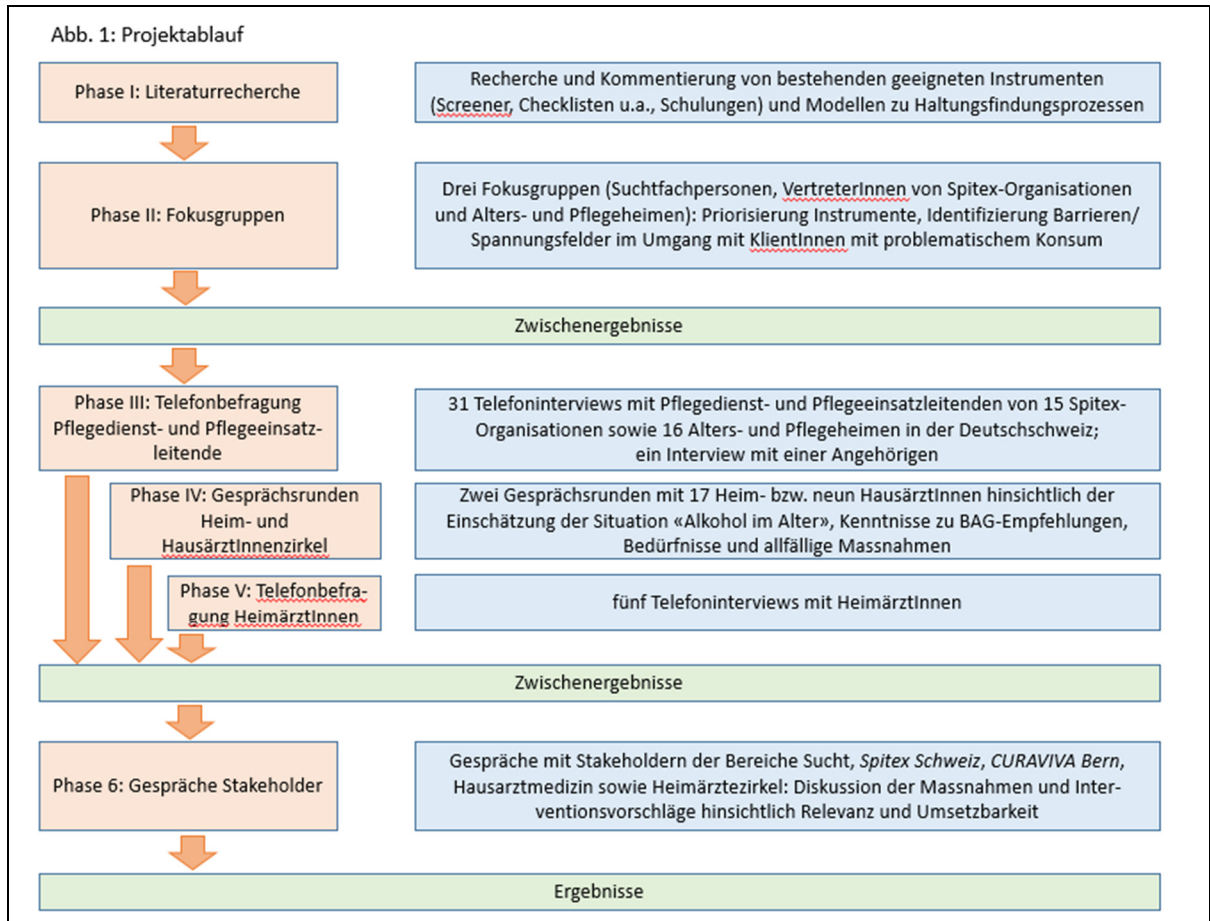
Ergänzend zu den beiden Gesprächsgruppen wurden vertiefende telefonische Interviews mit fünf HeimärztInnen geführt. Die Ergebnisse der Leitfadeninterviews wurden wiederum in einem Raster dokumentiert und inhaltlich zusammengefasst.

2.6 Gespräche mit Stakeholdern

Einzelgespräche wurden mit sechs Stakeholdern der Bereiche «Sucht», *Spitex Schweiz*, *CURAVIVA Bern* sowie Haus- und HeimärztInnen geführt. Die Auswahl der Stakeholder erfolgte aufgrund ihrer Funktion (Verbandsebene) und ihrer Erfahrung mit der Thematik «Alkohol im Alter». Die ExpertInnen erhielten eine Zusammenstellung von Massnahmen und konkreten Interventionsvorschlägen, welche sich in den vorgängigen Projektphasen herauskristallisiert hatten, im Voraus zugestellt. Die Vorschläge wurden hinsichtlich Praxisrelevanz und Umsetzbarkeit diskutiert.

2.7 Projekttablauf

In Abb. 1 ist der Ablauf der Projektphasen visualisiert.



3 Ergebnisse

3.1 Recherche zu bestehenden Instrumenten und Leitfäden

Die Recherche zu bestehenden Instrumenten zur (Früh-)Erkennung von Alkoholproblemen, insbesondere bei älteren Menschen (Screeners, Checklisten, Beobachtungsbogen), zu Konzepten für Handlungsfindungsprozesse und zu Schulungselementen ergab eine umfangreiche Zusammenstellung (siehe Kap. 5.6 Anhang 2). Für die Fokusgruppen wurde eine Vorauswahl an Instrumenten und Konzepten getroffen, die – zusätzlich zur ausführlichen Auflistung – mit den ExpertInnen hinsichtlich Praktikabilität besprochen wurden. Die Auswahl umfasst drei Kurzinstrumente, zwei längere Instrumente und einen Beobachtungsbogen. Bei den Kurzbogen handelt es sich um folgende Instrumente (siehe auch Ausführungen in Kap. 5.6 Anhang 1):

- **AUDIT-C** (*AUDIT-C* - Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption): eines der am besten untersuchten Verfahren mit nur drei Fragen (fünf Antwortkategorien) zur Identifikation eines höheren Risikos alkoholbedingter Störungen. Erfasst werden Trinkhäufigkeit, Anzahl Gläser an einem typischen Trinktag, Häufigkeit von sechs oder mehr Gläsern bei einer Gelegenheit. *AUDIT-C* weist eine bessere Validität als *LAST* auf. Der Bogen ist einfach anwendbar.
- **LAST** (Lübecker Alkoholismus Screening Test): ebenfalls ein validiertes Instrument mit sieben Fragen (Ja-nein-Antwortkategorien), basierend auf *CAGE* und *MAST*. *LAST* eignet sich eher zur Erfassung von Abhängigkeit, aber auch von Risikokonsum. Die Fragen beziehen sich auf den Wunsch des Betroffenen, seinen Konsum zu verringern, auf Schuldgefühle, Probleme am Arbeitsplatz wegen des Konsums, Leberstörung und Krankenhausaufenthalt aufgrund des Konsums.
- **FAST** (Fast Screening for Alcohol Misuse): vier Fragen (fünf Antwortkategorien), basierend auf *AUDIT*, nicht spezifisch auf ältere Menschen ausgerichtet, erfasst eher Anzeichen von Alkoholmissbrauch. Die Fragen beziehen sich auf Trinkhäufigkeit, Häufigkeit von Erinnerungslücken wegen des Konsums, Häufigkeit von Nichterfüllen von Erwartungen aufgrund des Konsums, besorgte Äusserungen vonseiten Verwandter oder des Arztes zum Konsumverhalten.

Von den längeren Instrumenten wurden folgende beiden ausgewählt:

- **SMAST-G** (Short Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric): zehn Fragen (Ja-nein-Antwortkategorien), basierend auf *MAST-G*, reduziertes Fragenset, auf ältere Menschen angepasst. Die Fragen beziehen sich auf die Verharmlosung des Konsums, fehlendes Hungergefühl, Linderung von Zittern durch Konsum, Erinnerungslücken, Trinkmotivation (Einsamkeit, Life Events, Problemlinderung), von besorgten Personen auf Konsum angesprochen.
- **MAST-G** (Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric): 24 Fragen (Ja-nein-Antwortkategorien), Fragebogen nicht spezifisch auf ältere Personen zugeschnitten. Erfasst werden Fragen zur gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigung durch den Konsum, Kontrollversuche und Selbststabilisierung, Konsumverhalten und diverse weitere Aspekte.

Weniger wissenschaftlich abgestützt, aber praxisorientiert sind Checklisten und Beobachtungsbogen:

- **Beobachtungsbogen** für möglichen Alkoholmissbrauch von der Suchtprävention der Stadt Zürich und *ZüFAM*, in Anlehnung an den Bogen der Suchtprävention Zürich Oberland und Suchtberatung Dietikon. Erfasst werden Fragen zu vier Themenbereichen: Beziehungsebene, emotionale Ebene (Unsicherheit, Rückzug, Reizbarkeit, Persönlichkeitsveränderung etc.), Körperebene (Unruhe, Stress, „Fahne“, Entzug) und Verhaltensebene (Stürze, Koordinationsstörungen, Flaschendepots etc.); fünf Antwortkategorien und Leertextfelder für Beobachtungen.

Haltungsfindungsprozess

Die Grundlage für den institutionsinternen Haltungsfindungsprozess bildet bspw. das Modell für die Umsetzung von Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholproblemen im Betrieb, welches im Rahmen eines Kooperationsprojektes von «Alter und Sucht», der *Forel-Klinik*, ehemals *ZüFAM* und *infodrog* entwickelt wurde³. Die Erarbeitung eines Frühinterventionskonzepts erfolgt in fünf Phasen: Projektplanung, Ist-Soll-Analyse, Planung der Handlungsfelder, Umsetzung der Handlungsfelder und Projektabschluss. Die einzelnen Phasen werden auf der Website www.alterund-sucht.ch ausgeführt und anhand eines Fallbeispiels beschrieben. Eine Zusammenfassung dieser Informationen wurden den ExpertInnen der Fokus-Gruppen in unserem Projekt im Voraus zugesandt.

Schulung für Mitarbeitende

Für den angemessenen und einfühlsamen Umgang mit KlientInnen mit Alkoholproblemen besteht eine Reihe von Checklisten, die auch Formulierungsbeispiele für Mitarbeitende enthalten.

Die Firma *rissip Online Courses* bietet ein E-Learning-Modul für «Zielorientierte Kommunikation in der Pflege - Zieko» an. Der Online-Kurs vermittelt Grundlagen zur *Motivierenden Gesprächsführung* und zum *Transtheoretischen Modell* zur Verhaltensänderung. Zwei Pflegefachfrauen erläutern das Konzept der «Zielorientierten Kommunikation – Zieko» und geben Tipps aus der Praxis. Die Dauer des Filmdokumentes beträgt 45 Minuten. Auf der Website findet sich ein kurzes Demo-Video⁴. In den Fokusgruppen wurde diskutiert, inwiefern dieses Angebot ein niederschwelliges, nützliches Schulungselement für Mitarbeitende der Pflege sein könnte.

Ferner soll in den Fokus-Gruppen geklärt werden, inwiefern die Methode der *Motivierenden Gesprächsführung* nach Millner & Rollnick (2015), die auf der Basis von Praxiserfahrungen mit suchtmittelkonsumierenden Menschen entwickelt und klinisch erprobt worden ist, ein sinnvolles Schulungsmodul für Pflegenden von älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum darstellt. Falls die Technik als praktikabel beurteilt werden würde, sollte in Erfahrung gebracht werden, welcher Rhythmus einer Schulung geeignet wäre: Idealerweise werden die Grundlagen der Technik

³ www.alterundsucht.ch/de/fachpersonen/alkohol/umsetzung-im-betrieb

⁴ www.rissip.com/shop/online_courses/spitex-zielorientierte-kommunikation-pflege.html

inklusive Übungssequenzen in einer halbtägigen Schulung vermittelt. Im Rahmen eines Nachbereitungstages nach zwei bis vier Wochen werden die Erfahrungen besprochen und Verbesserungsvorschläge diskutiert.

3.2 Ergebnisse der Fokusgruppen

Ziel der Fokusgruppen war es, die Erfahrungen der Best Practice zusammenzutragen und eine Priorisierung der ausgewählten Hilfsinstrumente (Screener, Checklisten, Beobachtungsbogen), die bereits im Einsatz sind, sowie der Konzepte zu Handlungsfindungsprozessen vorzunehmen. Ferner sollen die Bedürfnisse «an der Front» und geeignete Bildungsmassnahmen identifiziert werden. Die Liste der beteiligten ExpertInnen findet sich im Anhang (Kap. 5.1).

3.2.1 Fokusgruppe Suchtfachpersonen

In den Kantonen Luzern und Aargau bestehen langjährige Erfahrungen mit Früherkennung und Frühintervention von Alkoholproblemen im Alter (Schulungen, Projekte). Gute Instrumente liegen vor, das Wissen ist leicht auffindbar für Organisationen, die in dieser Thematik aktiv werden möchten. Die Einrichtungen sind in unterschiedlichem Ausmass von der Alkoholthematik betroffen. Alkohol und Sucht generell seien für Institutionen der Alterspflege allerdings ein Thema unter vielen (Demenz, Palliative Care, Schmerzmanagement u.a.), sodass entsprechende Prioritäten gesetzt würden.

Einsatz von Instrumenten (Screener, Checklisten, Beobachtungsbogen)

Aus der Liste bestehender Instrumente werden *CAGE* und *LAST* von den SuchtexpertInnen als hilfreich eingestuft. Das knappe Fragenset dient als standardisierter Einstieg in ein vertrauensvolles Gespräch vor dem Hintergrund einer Enttabuisierung und Entstigmatisierung (statt Zuschreibung). Die Vorteile der Instrumente müssen gegenüber den AnwenderInnen klar kommuniziert werden. Check- und Dokumentationslisten bergen möglicherweise das Risiko, dass die Pflegenden zu stark auf die Dokumentation von Beobachtungen fokussieren, statt in ein Gespräch mit den Betroffenen zu treten. Pflegende wünschen Informationen, die Klarheit schaffen: Was ist Sucht, wann ist der Konsum problematisch? Suchtfachleute hingegen wollen von Zuschreibungen („Trinker“, „Alkoholproblem“) wegkommen, da diese die Kooperationsbereitschaft der Betroffenen untergraben. Pflegende sollten in zweierlei Hinsicht sensibilisiert werden: Trinkprobleme erkennen, aber nicht vor schnell urteilen.

Voraussetzungen für die Implementierung von Handlungsfindungsprozessen

Eine Hürde bei der Implementierung ist, wie solche Prozesse in einer Organisation eingeführt und nachhaltig gelebt werden und was dies für die Organisation bedeutet. Hilfreich in der Umsetzung eines Leitfadens zu «Alkohol im Alter» ist die Ausarbeitung eines Aktionsplans, der die einzelnen Schritte zur Implementierung beinhaltet. Wesentlich ist auch, Anlaufstellen zu benennen, bei denen sich die Alterseinrichtungen bei Bedarf Informationen und Unterstützung holen können. Dadurch soll verhindert werden, dass Institutionen der Alterspflege aus Unsicherheit die Auseinandersetzung mit der Thematik meiden. Ein geschnürtes Paket mit anschaulichen Fallbeispielen kann

Institutionen in der Umsetzung unterstützen. Mitarbeitende brauchen klare Signale, dass sich die Situation durch die Neuerung und den temporären Aufwand mittelfristig positiv verändern wird. Die Verbindung der Prozesse mit Öffentlichkeitsarbeit (Medienpräsenz) kann den Einrichtungen Auftrieb geben. Der Einbezug der Verbände und Dachorganisationen (Heime und Spitex) verleiht der Thematik das entsprechende Gewicht und die Breitenwirkung.

Sensibilisierung und Schulungsbedarf

Bei den Spitex-Mitarbeitenden besteht ein klares Bedürfnis nach Schulung. Die Rahmenbedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten im ambulanten Spitex-Setting unterscheiden sich allerdings massgeblich von denjenigen im stationären Rahmen. Einzelne Schulungen reichen nicht aus, die Thematik «Alkohol im Alter» und den Umgang damit nachhaltig in die Organisationskultur zu integrieren. Die Sensibilisierung der Betriebsleitung sei zentral, damit die Kultur mitgetragen wird. Wenn Schulungen ausschliesslich durch externe Fachpersonen stattfinden, besteht die Gefahr, dass die Wissensvermittlung nicht nachhaltig verankert wird, so die Suchtfachpersonen. *Train-the-Trainer* hat sich als Schulungskonzept für Institutionen einer gewissen Grösse bewährt, ebenso die Technik der *Motivierenden Gesprächsführung*, die als Ansatz auch bei anderen Themen greift (Diabetes, Bewegungsmotivation, Gewalt im Alter u.a.). Schulungen mit Externen sind für Pflegende attraktiver und geniessen eine höhere Akzeptanz, wenn sie im *Co-Teaching* von einer Suchtfachperson und einer Pflegefachperson durchgeführt werden. Schulungen sind zudem ein Teil des Handlungsfindungsprozesses. Bewährt haben sich grundsätzlich Gefässe wie thematische Erfahrungsgruppen zur regelmässigen Fallbesprechung. Schulung dient den Mitarbeitenden auch zum eigenen Schutz, da oft eine grosse Identifikation mit den Betroffenen und ein Verantwortungsgefühl, helfen zu müssen, bestehen.

Gute Vernetzung

Informelle Befragungen von SuchtexpertInnen haben gezeigt, dass innerhalb der Spitex-Betriebe zu wenig Vernetzung besteht. Den Pflegenden sei teilweise nicht klar, wo sie weiterführende Hilfe erhalten (z.B. Unterstützungsangebote der Suchtpräventionsstellen), wie in der Fokus-Gruppe ausgeführt wird. Die Kooperationspartner müssen daher klar benannt sein.

Angehörige

Die Unterstützung von Angehörigen von älteren Menschen mit Problemkonsum ist ein wichtiges Thema. Angehörige wissen oft wenig darüber, was problematischer Alkoholkonsum ist, und fühlen sich mit der (Ausstiegs)Begleitung überfordert. Bei betroffenen Familien mit Migrationshintergrund ist die Alkoholproblematik oft noch stärker tabuisiert.

Aufsuchende Suchtberatung bzw. Home Treatment

«Home Treatment» bei den Betroffenen zuhause ist ein aktuelles Vorhaben, initiiert vom *Fachverband Sucht*, um den Bedarf zu ermitteln und ein entsprechendes Netzwerk aufzubauen, von dem verschiedene Einrichtungen profitieren können. Das Thema solle sinnvollerweise auch auf schweizerischer Verbandsebene aufgegriffen werden.

Die SuchtexpertInnen nennen zwei **zentrale Bereiche mit Verbesserungsbedarf**: Einerseits der grundsätzliche Zugang zum Thema «Sucht und Alkohol im Alter» und andererseits die nachhaltige Implementierung von Prozessen. Organisationen mit klar strukturierten Abläufen und Prozessen können neue Themen wie «Alkohol im Alter» ohne grosse Schwierigkeiten integrieren. Es gibt aber relativ viele Organisationen, die nicht wissen, wie sie das Thema angehen sollen, so die ExpertInnen. Die Auseinandersetzung mit der Alkoholthematik sei bei vielen Institutionen oft stark personenabhängig. Daher besteht die Gefahr eines Knowhow- oder Kulturverlustes bei Personalwechsel. Organisationen, die den Prozess erfolgreich umgesetzt haben, erfahren, dass die Sensibilisierung und Kompetenzerweiterung des Personals auch anderen Fachbereichen zugutekommen und dass schliesslich die ganze Organisation profitiert. Organisationsentwicklung ist somit eine Investition in die Zukunft.

3.2.2 Fokusgruppe Spitex-Fachpersonen

Die Teilnehmenden der Fokusgruppe «Spitex» arbeiten für Institutionen, die über ein Suchtkonzept verfügen, das u.a. auch Anleitungen zum konkreten Vorgehen bei Problemfällen enthält. Die Entwicklung von spezifischen Pflegekonzepten zu problematischem Alkoholkonsum sei in Planung. Der Informationstransfer zur Basis könne generell noch verstärkt werden.

Einsatz von Instrumenten (Screener, Checklisten, Beobachtungsbogen)

Im umfangreichen Assessmentsystem (*Resident Assessment Instrument RAI HC*), das von den Spitex-Betrieben eingesetzt wird, werden verschiedene Gesundheitsdimensionen erfasst. Darin enthalten sind auch zwei Fragen zum Alkoholkonsum. Trotzdem erachten die Spitex-VertreterInnen der Fokusgruppe den Einsatz von Screenern bzw. Checklisten je nach Funktion der Mitarbeitenden als sinnvoll: Für ungeschultes Betreuungspersonal sind einfache Checklisten hilfreich. Umfassendere Instrumente werden idealerweise von qualifiziertem Personal eingesetzt, das bei Bedarf auch die Gespräche mit den älteren Menschen führt. Gute Erfahrungen machen die ExpertInnen mit einem Paket von unterschiedlich ausführlichen Instrumenten, die je nach Bedarf und Berufsgruppe eingesetzt werden können. Die Pflegediagnostik wird als hilfreiches Instrument auch in Bezug auf eine Alkoholproblematik angesehen: Sie beinhaltet Diagnose, Ursachenbeschreibung, Interventionen und Outcome-Messpunkte.

Sensibilisierung und Schulungsbedarf

Ältere Menschen mit problematischem Alkohol- und Medikamentenkonsum fallen zuerst den Mitarbeitenden der **somatischen Spitex (FaGe) und der Haushelferinnen** auf. Daher sei die Sensibilisierung dieser beiden Gruppen wichtiger, der Schulungsbedarf sei höher als bei den Pflegenden der psychiatrischen Spitex, die bereits über den fachlichen Hintergrund verfügen und mit der Thematik vertraut seien, so die ExpertInnen. Ein regelmässiger Austausch entspricht einem grossen Bedürfnis, weil die Pflegenden immer wieder mit ohnmächtigen Situationen konfrontiert werden. Es zeigt sich aber auch, dass es trotz eines vorliegenden Konzeptes, des Einsatzes von Erfassungsinstrumenten und Schulungen oft sehr schwierig ist, mit den von Alkoholproblemen betroffenen KlientInnen in Kontakt zu treten und sie für Verhaltensänderungen zu motivieren. Der Einbezug der Angehörigen wird diesbezüglich als wichtig erachtet.

Teilweise bestehen Schulungsangebote wie bspw. die Ausbildung zum *Master of Nursing*, welche auch die Aufgabe der Auswertung der RAI-Daten nach bestimmten Problemprofilen (inkl. Alkohol) beinhaltet. *Train-the-Trainer* wird als einer der hilfreichsten Ansätze angesehen, um Wissen zu verankern (sog. ThementrägerInnen). Das *Rissip E-Learning-Programm*⁵ wird von den ExpertInnen ebenfalls als hilfreich eingestuft, allerdings bedinge die Anwendung eine gute Verankerung im Betrieb. Als kostenloses Angebot wäre es ein sinnvolles Instrument für Spitex-Betriebe, v.a. wenn es als App auf den Smartphones angewendet werden kann.

Organisationsentwicklung

Die Erfahrung zeigt gemäss ExpertInnen, dass viele Institutionen erst dann handeln, wenn sie mit einem konkreten Fall konfrontiert sind. Dieser könne aber auch ein geeigneter Anlass sein, grundsätzliche Überlegungen zum Umgang mit der Suchtproblematik im Gesundheitskonzept zu verankern. Eine gute und starke Nutzung von Synergien von internen und externen Kompetenzstellen habe sich auf jeden Fall bewährt und werde auch für Heimbetriebe empfohlen. Kleinheime könnten bspw. eine gemeinsame Pflegeexpertin anstellen, die Weiterbildungsaufgaben und Koordinationsarbeiten übernehme.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Eine bedeutsame Hürde stellen die finanziellen Rahmenbedingungen für Spitex-Betriebe dar: Organisationsentwicklung, der Einsatz von zusätzlichen Instrumenten, Team- und Fallbesprechungen, zusätzliche Gespräche mit den Betroffenen u.ä. generieren nicht-verrechenbare Stunden. Dies könne dazu führen, dass fachlich notwendige Interventionen aus Kostengründen nicht vorgenommen werden können.

3.2.3 Fokusgruppe Alters- und Pflegeheime

Die Alters- und Pflegeheime sind in unterschiedlichem Ausmass von der Alkoholthematik betroffen, oft stehen anderen Themen wie bspw. Demenzerkrankung im Vordergrund. Eine Spezialisierung der Heime auf Alkoholprobleme und die vorgängige Triage der Betroffenen werden als sinnvoll erachtet – nicht jedes Heim müsse über alle Kompetenzen verfügen. Es sei aber auch eine Realität, dass sich Heime bei Bettenleerbestand nicht ausschliesslich auf ihre unmittelbare Zielgruppe beschränken.

⁵ www.rissip.com/shop/online_courses/spitex-zielorientierte-kommunikation-pflege.html: Zielorientierte Kommunikation in der Pflege. Lernziele gemäss Selbstdarstellung: «Sie lernen die Zielorientierte Kommunikation kennen, welche im Wesentlichen auf zwei zentralen Grundlagen basiert und diese miteinander verbindet: Motivierende Gesprächsführung von William Miller und Stephan Rollnick sowie das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM) von James Prochaska.» Zum Inhalt: «Die beiden Spitex-Expertinnen Barbara Hedinger (Leiterin Prozess und Qualitätsmanagement) und Katja Thürig (Pflegefachfrau HöFa Palliative-Care) erläutern das Konzept der Zielorientierten Kommunikation und geben Tipps und Erläuterungen aus der Praxis für die Praxis.» Dauer: 45 Minuten. Kosten: Fr. 78.00 für ein Jahr

Einsatz von Instrumenten (Screener, Checklisten, Beobachtungsbogen)

Eine allfällige Alkoholproblematik wird vom Heimarzt oder der Gerontologin angesprochen, der/die nach Bedarf Instrumente einsetzt. Die HeimvertreterInnen der Fokusgruppe verwenden selbst keinen der Screener oder Beobachtungsbogen zur Früherkennung, sehen den Einsatz aber als nützliche Option, sofern die Ergebnisse auch tatsächlich Konsequenzen nach sich ziehen und zum besseren Verständnis und zur Versachlichung der Thematik beitragen. Für den Umgang mit Vorfällen und Konflikten sowie zur Einschätzung des Pflegebedarfs bestehen hingegen Instrumente.

Medikamentenkonsum und Überprüfung von Medikamentenverordnungen

Der Einsatz von Benzodiazepinen und der Medikamentenkonsum der BewohnerInnen generell sind gemäss den ExpertInnen ein brisanteres Thema als Alkohol, daher sind diesbezügliche Lösungsansätze für die Heime interessant. Ein Modell der externen Überprüfung von Medikamentenlisten für einen Zusammenschluss von Heimen wird als sinnvoll erachtet. Im Zusammenhang mit einer solchen Überprüfung könnte auch das Thema Wechselwirkung zwischen Medikamenten und Alkohol behandelt werden. Die Überprüfung, die heute auch von Apotheken durchgeführt wird, stosse bei den verschreibenden ÄrztInnen teilweise auf Widerstand. Eine Kontrolle sei in einer Stadt tendenziell besser möglich als in ländlichen Gegenden mit enger sozialer Vernetzung.

Spannungsfeld «Fürsorge versus Autonomie» und Handlungsfindung

Das Spannungsfeld zwischen der Fürsorgepflicht (Problembewusstsein, Schadensminimierung, Lebensqualität durch bessere Gesundheit) einerseits und der Selbstbestimmung der BewohnerInnen (Akzeptanz von persönlicher Lebensgestaltung) andererseits ist ein permanentes Thema im Pflegealltag. Jedoch wird kein Bezug zur Notwendigkeit eines Handlungsfindungsprozesses gemacht, im Rahmen dessen Fragen grundsätzlich geklärt und eine Policy festgelegt werden könnten. Die Alkoholthematik stehe im Schatten brisanterer Themen wie Demenz, Palliative Care, Benzodiazepine u.a. Der Aufwand eines Handlungsfindungsprozesses, wie er in den Unterlagen zur Vorbereitung der Fokusgruppentreffen beschrieben wurde⁶, sei für ein einzelnes Heim zu gross und nicht finanzierbar. Anders sähe es aus, wenn sich mehrere Heime zusammenschliessen würden oder die Thematik Alkohol mit anderen Themen kombiniert bzw. in einem erweiterten Kontext angegangen werden könnte. Grundsätzlich haben Alters- und Pflegeheime die Möglichkeit, durch Tagestruktur und Aktivierungsprogramme Alternativen zu schaffen, die den BewohnerInnen helfen, auf Alkohol als Selbststabilisierung, Ablenkung und tröstende Beschäftigung zu verzichten.

Sensibilisierung und Schulungsbedarf

Sensibilisierung und Schulung sind unbestritten wichtig. Eine zentrale Frage ist jene nach der Grenzziehung: Wo liegt die Grenze zwischen Konsum ohne Gesundheitsrisiko (gutes Leben im Alter) und gesundheitsschädigendem Konsum? Ferner muss den Besonderheiten der unterschiedlichen Settings (ambulant, stationär) bei der Gestaltung der Schulungen Rechnung getragen werden. *Motivational Interviewing* wird grundsätzlich als hilfreiche Methode angesehen, wobei in der Praxis eher

⁶ basierend auf den Ausführungen «Umsetzung im Betrieb» der Website «Alter und Sucht»: www.alterund-sucht.ch/fachpersonen/alkohol/umsetzung-im-betrieb.html

die auf Demenzerkrankung ausgerichtete *Validation*⁷ die bevorzugte Methode sei. Methodenschulung solle nicht nach dem Giesskannenprinzip, sondern gezielt und in Bezug auf das Einsatzgebiet der Mitarbeitenden angeboten werden. Auch vonseiten der BewohnerInnen bestehe ein Interesse an Inhouse-Informationsveranstaltungen zu ausgewählten Themen. Entsprechende Angebote von regionalen (Sucht)fachstellen sollen bekannt gemacht werden.

Zusammenarbeit mit HausärztInnen

Die zentrale Rolle der HausärztInnen und der Spitex für die Früherkennung wird unterstrichen. HausärztInnen pflegen oft eine langjährige Beziehung zu ihren PatientInnen und übernehmen als Vertrauensperson eine besondere Verantwortung. Diese werde teilweise nicht immer angemessen wahrgenommen, wenn HausärztInnen bspw. – fokussiert auf die Symptomlinderung – übermässig Medikamente verschreiben und Auffälligkeiten nicht ansprechen. Die verschiedenen Akteure (HausärztInnen, Spitäler, Spitex, Heime) sollten sich gemeinsam zu einer Charta «Wir schauen hin» (analog zur «Charta zur Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen»⁸ von *CURAVIVA Schweiz*) bekennen.

3.3 Pflegedienstleitende von Alters- und Pflegeheimen und Spitex-Betrieben

Die folgenden Kapitel fassen die Ergebnisse der 31 Telefoninterviews mit 16 Alters- und Pflegeheimen und 15 Spitex-Betrieben zusammen. Die Beschreibung der Ergebnisse folgt der Struktur des Gesprächsleitfadens, zuerst für die Alters- und Pflegeheimen (APH), dann für die Spitex-Betriebe.

3.3.1 Fallsituationen und Bedeutung von problematischem Alkoholkonsum im Praxisalltag

Alters- und Pflegeheimen

Die befragten APH sind in **sehr unterschiedlichem Ausmass** mit der Thematik konfrontiert. Einige verzeichnen nur vereinzelte Fälle von auffälligem Alkoholkonsum (z.B. drei Personen von 180 BewohnerInnen), andere sind häufiger tangiert (z.B. 50 von 180 BewohnerInnen), in einem weiteren APH weist gar die Hälfte der BewohnerInnen grosse Suchtprobleme auf (Alkohol sowie Polytoxikomanie). Die Alkohol- bzw. Suchthematik gehört hier quasi zum Alltag. Ein anderes APH berichtet von speziellen Gruppendynamiken: BewohnerInnen mit Alkoholproblemen finden und organisieren sich, um gemeinsam zu konsumieren. APH mit verhältnismässig tiefem Durchschnittsalter der BewohnerInnen (z.B. 75 Jahre) stellen fest, dass Personen mit einer Suchtgeschichte bereits im Alter von 50 oder 60 Jahren eine Verfassung einer 80jährigen Person aufweisen. Für alle befragten APH

⁷ www.curaviva.ch/Fachinformationen/Demenz/Kommunikation-und-Beziehungsgestaltung/PnNjn/ (Zugriff 25.6.2019)

⁸ Die Charta ist auf der Website von CURAVIVA Schweiz nicht mehr verfügbar. Alternativ dazu siehe: www.gef.be.ch/gef/de/index/soziales/soziales/formulare/suchthilfe.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Formulare%20Gesuche%20Bewilligungen/Charta_Praevent_sexuelle_Ausbeutung_Missbrauch_d.pdf

ist die Alkoholthematik eines von vielen anderen Themen, die in der Betreuung von alten Menschen relevant sind.

Die beschriebenen Fallbeispiele reichen von Auffälligkeiten bei gelegentlichem Trinken (z.B. übermässiger Konsum nur anlässlich hausinterner Feiern) über unangemessenes Verhalten (verbal und non-verbal) gegenüber Personal und MitbewohnerInnen bis hin zu Verwahrlosung oder Auffälligkeiten in den öffentlichen Bereichen des APH (z.B. schreien, sich übergeben in der Cafeteria oder im Eingangsbereich).

Einzelne APH verzeichnen eine **Zunahme von Fällen von Alkoholproblemen jeglicher Art**: schwere Abhängigkeit, ehemalige Abhängigkeit, aber auch versteckter Konsum, der nicht einmal von den Angehörigen wahrgenommen wird. Letzterer sei offenbar stärker verbreitet als angenommen. Vereinzelt stellen APH fest, dass Personen mit Alkoholproblemen mit zunehmender Demenz vergessen, dass sie trinken oder rauchen, und als Folge davon auch weniger bis nicht mehr konsumieren.

Die Alkoholproblematik ist teilweise aufgrund von Arztberichten (Diagnose) bereits beim Aufnahmegespräch bekannt, teilweise ist die Thematik nicht bekannt und wird erst nach Eintritt sichtbar (auffälliges Verhalten, Delirium).

Die befragten APH haben ein öffentlich zugängliches Restaurant, in dem auch Alkohol ausgeschenkt wird. Ein Alkoholverbot ist nicht erwünscht und wäre auch nicht durchsetzbar. Die BewohnerInnen können sich den Alkohol auch selbst beschaffen, ausserhalb oder in der hausinternen Cafeteria, oder die Angehörigen bringen Alkoholika mit. Ein APH führt ein alkoholfreies Haus, der Konsum im Haus und auf dem Gelände ist nicht gestattet.

Ein APH, welches verhältnismässig viele Personen mit Alkoholproblemen verzeichnet, führt eine **spezifische Wohngruppe** mit rund acht Plätzen für Personen mit psychischen und Suchtproblemen. In der Wohngruppe arbeiten SozialpädagogInnen und Psychiatriefachpersonen. Mit den BewohnerInnen der Wohngruppe werden Konsumvereinbarungen getroffen. Ein anderes APH führt ein **spezielles Haus**, in welchem mehrheitlich BewohnerInnen mit Alkoholproblemen untergebracht sind. Ein anderes APH mit einem hohen Anteil BewohnerInnen mit einer Alkoholproblematik führt hingegen bewusst ein durchmischtes Haus ohne spezialisierte Wohngruppe oder Abteilung.

Die Policy der meisten der befragten APH lautet: Angemessener Alkoholkonsum im Haus und auf dem Areal ist erlaubt, sofern die Betroffenen im Verhalten für den Betrieb «tragbar» sind, die sozialen Kontakte nicht gestört werden, keine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt und der Arzt/ die Ärztin keine Kontraindikation (wegen Medikamenten) festgelegt hat.

Während ein Teil der APH eine **kontrollierte Alkoholabgabe** anbietet, ist das in anderen APH nicht der Fall. Gelegenheitstrinkende seien im regulären Betrieb kein Problem. Die Situation dieser Personen könne gut gesteuert werden, indem eine Cafeteria bspw. keinen Alkohol am Vormittag anbietet. Bei APH mit kontrollierter Alkoholabgabe wird diese nur in bestimmten Zeitfenstern und ausschliesslich durch das Pflegepersonal durchgeführt, um Mehrfachbezüge zu vermeiden. Die APH führen Alkohollisten, in denen Zeit und abgegebene Alkoholmenge dokumentiert und visiert werden. Das Cafeteria- und Küchenpersonal ist entsprechend instruiert: So verzichtet die Küche bspw. bei den betroffenen Personen auf Alkohol in den Menus, und bei Festivitäten werden BewohnerInnen mit Alkoholproblemen nicht an Tische gesetzt, an denen andere BewohnerInnen Alkohol konsumieren. Ein weiteres APH bietet eine bestimmte Anzahl an vereinbarten und begleiteten Alkoholeinkäufen.

Da die **Autonomie der BewohnerInnen einen hohen Stellenwert** einnimmt und auch so lange wie möglich gewährleistet sein soll, wird der Alkoholkonsum in der Regel erst dann thematisiert oder angegangen, wenn konkrete Probleme sichtbar sind. Sobald der Alkoholkonsum das Leben des betroffenen Menschen, das Zusammenleben mit den MitbewohnerInnen oder das Personal beeinträchtigt, wird das Gespräch gesucht. Je nach Heim finden diese Gespräche mit der betroffenen Person und deren Angehörigen im Beisein des Arztes, der Ärztin statt. Das **klare und transparente Ansprechen** der stark tabuisierten Problematik wird von allen befragten APH als wichtiger Grundsatz bezeichnet. APH mit einem **Bezugspersonensystem** können aufgrund der speziellen Vertrauensbasis Probleme rasch erkennen und ansprechen. Interventionen benötigen jeweils die Zustimmung der betroffenen Person, daher sind Gespräche in einem wertschätzenden Rahmen wichtig.

In einzelnen APH wird für die Betroffenen eine **individuelle Vereinbarung** oder Vertragsergänzung verfasst, in welcher die Anforderungen festgehalten werden (Trinkmenge, angemessenes Verhalten gegenüber MitbewohnerInnen und Personal u.ä.). Bei Regelbruch wird eine neue Vereinbarung erstellt, verknüpft mit der Bedingung, dass die betroffene Person psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen muss. Eine Massnahme kann die Wegnahme des Alkohols sein. Im Extremfall kann es zur (Rück-)Überweisung in die Psychiatrie kommen. Eine solche schriftliche Vereinbarung ist sowohl für die Betroffenen als auch für das Personal wichtig, weil sich die Pflegenden bei Regelbruch darauf beziehen können. Zwei APH berichten im Zusammenhang mit den Vereinbarungen von täglichen Taggeldrationen, Taschengeldstreichungen und/oder regelmässigen **Atemlufttests, z.B. vor jeder Medikamentenabgabe**. Die BewohnerInnen sind über das Verfahren und die Regeln informiert. Fällt der Atemlufttestwert zu hoch aus, wird vom Arzt/ von der Ärztin eine individuelle Karenzzeit festgelegt, und die Medikamente werden zu einem späteren Zeitpunkt verabreicht.

Ein APH setzt *careCoach* ein, ein System zur mobilen Pflegedokumentation für Langzeitpflege und Spitex-Betriebe. Die Parameter können individuell auf den Betrieb angepasst werden. Das System ist gemäss Eigendarstellung vollumfänglich kompatibel mit *BESA* und *RAI*. Die Daten werden direkt via Smartphone oder Tablet erfasst. Im Fall dieses APHs werden auch die Vereinbarungen über *careCoach* verwaltet.

Spitex-Betriebe

Die befragten Spitex-Betriebe sind **unterschiedlich oft und stark mit der Alkoholproblematik konfrontiert**, einige nach eigenen Angaben extrem häufig, v.a. wenn sie viele psychiatrische KlientInnen betreuen. Die Psychiatrie-Spitex hat teilweise mit Personen zu tun, die ein langjähriges Alkoholproblem mit entsprechenden Langzeitschäden aufweisen.

Spitex-Mitarbeitende treffen unterschiedliche Situationen an: So stellt sich bei der Versorgung einer Platzwunde bspw. heraus, dass diese von einem Sturz unter Alkoholeinfluss herrührt. Teilweise werden KlientInnen alkoholisiert angetroffen, was die Ausführung des Pflegeauftrages erschwert. Auch in der ambulanten Altersbetreuung ist Alkohol eines von vielen Themen wie bspw. Sturzgefahr, Demenz oder transkulturelle Pflege. Die Auseinandersetzung mit der Alkoholproblematik drängt sich erst bei Vorliegen eines konkreten Falles auf.

In entsprechenden Fällen werden Tischgespräche mit den Betroffenen und deren Angehörigen geführt oder eine Fachstelle (Suchtberatung, Blaues Kreuz) beigezogen. In extremen Fällen kann es

auch zu einer Gefährdungsmeldung bei der *KESB* kommen, wobei die Unterstützung durch die *KESB* mit der Schwierigkeit verbunden ist, dass die Abläufe viel Zeit in Anspruch nehmen.

3.3.2 Aufnahmegespräche und Einsatz von Instrumenten und Assessmentssystemen

Alters- und Pflegeheime

Die befragten AHP setzen keine der vorgesehenen Instrumente (Screener, Checklisten, Beobachtungsbogen) ein, führen aber eigene Anamnesebogen (oder stellen zumindest Grundfragen) sowie ein Assessmentsystem. Verbreitet sind *RAI NC-System* (Pflegebedarfsinstrument für Heime/ Nursing Home, pflegerisches-geriatrisches Assessment) *MDS* (Minimal Data Set). Bei Heimeintritt wird das *MDS*-Formular «Erstbeurteilung» eingesetzt. Der Fokus liegt auf der Abklärung des Pflegebedarfs. Weitere Standortbestimmungen erfolgen im Rhythmus von je sechs Monaten. Das *MDS*-Formular «Gesamtbeurteilung» wird einmal pro Jahr ausgefüllt. **Alkoholkonsum bzw. die Suchthematik generell sind kein Bestandteil** der 20 erfragten Problembereiche. Jedoch können Auffälligkeiten in einzelnen Dimensionen (kognitive Beeinträchtigung, Stürze, Ernährungszustand u.a.) Hinweise auf einen problematischen Konsum geben. In den eingesetzten **eigenen Anamnesebogen**, von denen uns berichtet wurde, wird teilweise gezielt als Ergänzung zu *RAI* nach allfälligem Alkoholkonsum gefragt (Getränke, Trinkmenge).

Das in der Schweiz verbreitete System *BESA Care* (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem; ein modulares System für den Pflegeprozess: Bedarfsklärung, Pflegeplanung, Leistungserfassung, Evaluation der Pflegequalität) wurde nur von zwei der befragten APH als eingesetztes Assessmentsystem genannt. Die Ermittlung des Pflegebedarfs geschieht hinsichtlich 16 Themen- oder Ressourcenfeldern, die aus drei Perspektiven (BewohnerIn, Pflege, Angehörige) beurteilt werden. **Sucht ist keine explizite Dimension**, die erfassten Dimensionen können aber ebenfalls Hinweise auf das Vorliegen einer Sucht- oder Alkoholproblematik geben (Gesundheitsverhalten, Ernährung, Kognition, Körperpflege u.a.).

In den Anamnesegesprächen werden z.T. auch die **Angehörigen einbezogen**, die teilweise offener Auskunft über den Alkoholkonsum des Bewohners/ der Bewohnerin geben als die betroffene Person selbst. Diese spielt den Konsum – wie von den meisten befragten Institutionen berichtet – öfter herunter oder leugnet ihn. Dies hängt mit der generellen Tabuisierung der Problematik zusammen, aber auch mit der Befürchtung der älteren Menschen, vom APH nicht aufgenommen zu werden, falls die Alkoholthematik offenkundig würde. Eine bei Eintritt nicht erkannte Alkoholproblematik kann ferner dazu führen, dass die später auftretende Entzugssymptomatik nicht sofort als solche erkannt und daher nicht angemessen behandelt wird.

Es gibt APH, die von der vorbehandelnden Instanz (Spital, Psychiatrie, HausärztIn) via **Patientendossier** über eine allfällige Alkoholproblematik vorinformiert werden, während andere nicht informiert werden, weil das Dossier z.B. an den Hausarzt geht. Teilweise findet die Pflegeabklärung bereits in der vorbehandelnden Einrichtung statt (z.B. Psychiatrie). Wenn die Konsumproblematik bei Eintritt bekannt ist, werden Konsumverhalten und Pflegebedarf eruiert – Abstinenz ist nicht das Ziel.

Ein APH berichtet von einem **Alkoholkonsum-Reglement**, in dem der konkrete Umgang der Mitarbeitenden mit BewohnerInnen festgelegt ist.

Die bestehenden Instrumente (Screener, Checklisten, Beobachtungsbogen), die sich gemäss Literaturrecherche bzw. in den Fokusgruppen als nützliche Hilfsmittel herauskristallisiert hatten, werden von den befragten APH nicht eingesetzt. Ein Screening-Instrument zur Hand zu haben, um bei Bedarf darauf zurückgreifen zu können, wird allerdings von einzelnen APH als hilfreich bezeichnet. Ferner werden neben *RAI* auch Assessments zu anderen Themen wie Sturzprävention oder Schmerzmanagement eingesetzt. Ein APH möchte die Thematik **Gewalttätigkeit unter Alkoholeinfluss** und unter zunehmender Demenz im Voraus eruieren (Früherkennung).

Spitex-Betriebe

Die befragten Spitex-Betriebe verwenden *RAI-HC MDS CAPs (Home Care, Minimal Data Set, Client Assessment Protocols)*. *Spitex Schweiz* hat im Jahre 2003 beschlossen, dass die gemeinnützigen Spitex-Betriebe spätestens ab Herbst 2006 den Pflegebedarf der KlientInnen landesweit nach den gleichen Kriterien mittels *RAI HC Schweiz* beurteilen und festlegen. Dieses Assessment-System für den ambulanten Bereich enthält zwei Fragen zum Alkoholkonsum: Trinkverhalten am Morgen und Schwierigkeiten mit dem Konsum in den letzten 90 Tagen. Dabei handelt es sich um Selbstangaben der BewohnerInnen. Das *CAP* zu «Alkoholmissbrauch und exzessives Trinken» ermöglicht die Identifikation von Personen mit Alkoholproblemen und das Ergreifen von individuellen Massnahmen zur Verhinderung von Komplikationen im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch. Überprüft werden Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit (Trinkmenge und Trinkhäufigkeit), Anzeichen von Gesundheitsproblemen, die auf erhöhten Konsum zurückzuführen sind (Magen-Darm-Probleme, kognitive Einschränkungen) sowie Anzeichen von psychischen und sozialen Veränderungen (Rückzug, Aggressivität, unangemessenes Verhalten). Im Falle eines vorliegenden Alkoholmissbrauchs werden zusätzlich die verordneten Medikamente und deren Nebenwirkungen im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum überprüft.

Im Problemfall bzw. bei Vorliegen von Indizien für eine Alkoholproblematik wird Rücksprache mit dem Hausarzt/ der Hausärztin genommen. Die verschiedenen beteiligten Akteure werden zu einem Gespräch eingeladen, um eine gemeinsame Strategie zu entwickeln – diese Koordinations- und Motivationsarbeit ist mit einem gewissen Aufwand verbunden. Hier können auch sog. «informelle HelferInnen» in die Betreuung eingebunden werden.

Den befragten Spitex-Betrieben reicht das *RAI-Assessment* mit halbjährlicher Standortbestimmung aus – daher werden keine weiteren Instrumente wie Screener, Checklisten und Beobachtungsbogen eingesetzt. Im Falle umfassender Probleme wird der Hausarzt, die Hausärztin beigezogen, im Falle psychiatrischer Probleme die Psychiatrie und im Falle akuter Selbstgefährdung die *KESB*.

Ein Spitex-Betrieb baut derzeit ein Qualitätssicherungssystem auf, in dem die Suchthematik integraler Bestandteil sein wird. Dies aufgrund der Annahme, dass «Sucht im Alter» ein zunehmendes Problem werden wird.

3.3.3 Die Bedeutung von Benzodiazepinen in Wechselwirkung mit Alkoholkonsum

Alters- und Pflegeheime

Benzodiazepine sowie die Interaktion von Alkohol und Benzodiazepinen oder anderen Medikamenten sind in einigen der befragten APH ein wesentlicher Problembereich: Die BewohnerInnen konsumieren teilweise bereits seit Jahren und gewohnheitsmässig solche Medikamente. Die befragten APH versuchen in diesen Fällen, die Dosis sukzessive abzubauen. Dies gelingt nicht bei allen BewohnerInnen, viele lehnen ein Veränderungsangebot strikt ab. In einzelnen APH sind neben Benzodiazepinen auch z.B. Methadon und Diaphin® ein Thema im Zusammenhang mit Wechselwirkungen mit Alkohol.

Zur Sicherstellung der angemessenen Zusammensetzung der Medikamente und der Dosierung haben einzelne APH ein Modell des jährlichen oder **regelmässigen Checkings der individuellen Medikamentenlisten** durch den Hausarzt oder die Psychiaterin eingeführt. Der Hausarzt überprüft in regelmässigen Abständen die von den HausärztInnen verschriebenen Psychopharmaka und spricht die ÄrztInnen hinsichtlich Anpassung der Medikamentenliste an. Ein APH hat einen beratenden Psychiater im Haus, der den HausärztInnen bei Bedarf einen konsiliarischen Vorschlag unterbreitet.

Spitex-Betriebe

Probleme mit Benzodiazepinen werden von den befragten Spitex-Betrieben in unterschiedlichem Ausmass thematisiert. Ein Spitex-Betrieb berichtet, dass Probleme mit Benzodiazepinen weit stärker verbreitet seien als Alkoholprobleme. Die betroffenen KlientInnen seien eher abweisend, die Einsätze der Spitex kurz, daher liege der Fokus auf der Unterstützung der Angehörigen (z.B. Hinweise auf Fachstellen). Ein anderer Spitex-Betrieb hat eine spezifische Inhouse-Schulung zum Thema Benzodiazepine durch eine externe Fachperson für eine bestimmte MitarbeiterInnengruppe durchgeführt. Diese sind für die Thematik vorrangig zuständig, informieren ihre KollegInnen und sind interne Ansprechpersonen.

3.3.4 Haltungsfindungsprozess im Rahmen einer Organisationsentwicklung

Alters- und Pflegeheime

In den befragten APH bestehen Grundhaltungen zum Alkoholkonsum: Die grosse Mehrheit vertritt eine liberale Haltung, die die **Autonomie der BewohnerInnen sehr hoch gewichtet**. In einzelnen APH wird unterstrichen, dass «mit Sucht alt zu werden» akzeptiert werde: Die betroffenen Menschen stehen am Ende ihres Lebens und sollen keiner «Umerziehung» unterzogen werden. Intervenierte wird mehrheitlich erst, wenn übermässiger Konsum die Gesundheit der BewohnerInnen beeinträchtigt oder das Zusammenleben stört.

Einen klassischen Haltungsfindungsprozess haben die befragten APH (mit einer Ausnahme) nicht durchlaufen. Ein APH erwähnt ein Gefäss zum regelmässigen Austausch für Führungspersonal zu Haltungsfragen und angemessenem Verhalten gegenüber dem Personal. Zwei APH haben die Entwicklung eines umfassenden Konzeptes «Sucht im Alter» geplant, aber noch nicht in Angriff nehmen können. Ein APH, welches schon früh von der Thematik in ausgeprägtem Masse betroffen war, hat einen Haltungsfindungsprozess durchlaufen: Das Heim hat sich im Laufe der Zeit zunehmend

spezialisiert und die Kompetenzen in diesem Bereich ausgebaut. Der Umgang mit problematischen Situationen ist festgelegt, die Pflegenden werden entsprechend informiert und instruiert.

Spitex-Betriebe

Auch in den befragten Spitex-Betrieben ist die **Autonomie der KlientInnen** im Leitbild verankert, eine spezifische auf Alkohol bezogene Grundhaltung ist jedoch nicht schriftlich festgelegt. Spitex-Mitarbeitende sehen sich der Gesundheitsförderung der KlientInnen verpflichtet, dennoch zeigen sich unterschiedliche Haltungen z.B. bezüglich des Einkaufs von Alkohol durch die Haushelferinnen (Ablehnung versus Erledigung des Einkaufsauftrages mit oder ohne kontrollierte Abgabe).

Die befragten Spitex-Betriebe haben keinen regulären Handlungsfindungsprozess im Rahmen einer Organisationsentwicklung durchlaufen. Die gemeinsame Haltung wird individuell pro Fall festgelegt.

Ein Spitex-Betrieb setzt in schwierigen Fällen das Tool *METAP II* ein. *METAP II*⁹ ist ein ethisches Entscheidungsfindungsinstrument für Mitarbeitende der spitalexternen Versorgung.

Ein Spitex-Betrieb berichtet von einem Grossprojekt zum Thema «Sucht und Alter» (inkl. Konzepte, Hilfsmittel, Schulungen, Pflegeabklärungen zum Thema Alkoholkonsum, Handlungsfindungsprozess), das er derzeit in Zusammenarbeit mit der lokalen Suchtpräventionsstelle aufleise.

3.3.5 Unterstützung des Personals und Bildungsmassnahmen

Alters- und Pflegeheime

Alkoholspezifische Schulungen werden in einzelnen befragten APH punktuell durchgeführt (z.B. ein thematischer Kadertag, Personalschulungen zu Begrifflichkeit, Suchtformen, Suchtverhalten, Haltung und Umgang) oder die Thematik wird zumindest in den Teamsitzungen traktandiert. Im Sinne einer Früherkennung ist die **Sensibilisierung der Pflegenden** wichtig: Wenn eine Person bspw. öfter stürzt, sollten nicht nur das Schuhwerk und die Lichtverhältnisse geprüft, sondern auch konkrete Fragen zu Konsumverhalten gestellt werden. Vor allem **jüngeres Personal** (Fachangestellte Gesundheit, Pflegeassistentinnen) wird öfter mit schwierigen Situationen konfrontiert (Ausfälle, Handgreiflichkeiten) und hat teilweise Angst vor alkoholisierten Bewohnern.

Mehrheitlich bestehen Schulungen zu anderen relevanten Bereichen wie Demenz, Schmerzmanagement, Sturzprävention und Palliative Care. Einzelne APH geben an, dass die Alkoholthematik für eine spezifische Inhouse-Schulung dann doch zu selten vorkomme (einzelne Extremfälle). Bei APH, die ein umfassendes Konzept planen, werden die Schulungen erst nach Vorliegen des Konzeptes aufgelegt werden.

APH bieten **Fallbesprechungen nach Bedarf** und den Kontakt zu einer verantwortlichen vorgesetzten Person an, welche prüft, ob ein sofortiges Handeln angezeigt ist, ob der Hausarzt eingeschaltet werden soll u.ä. Gerade wenn Pflegenden Mühe bekunden, wenn sie BewohnerInnen in angetrun-

⁹ Mithilfe dieses Tools sollen ethische Fragen frühzeitig identifiziert und systematisch bearbeitet werden, bevor die Situation eskaliert. Das Instrument besteht aus verschiedenen Checklisten, Problematrixen, Vorlagen für die ethische Fallbesprechung und Gesprächsleitfäden.

kenem Zustand vorzufinden, werden teaminterne Fallbesprechungen durchgeführt (auch Supervisionen und Diplomiertensitzungen). Ferner finden regelmässige Rapport-Gespräche mit BewohnerInnen statt. Die Kombination der Gefässe reiche den befragten Einrichtungen aus, damit die Abläufe funktionieren. Ein APH berichtet von einem Intranet, das u.a. auch Dokumentationen zur Alkoholproblematik sowie ein Forum für Fragen der Mitarbeitenden anbietet.

Train-the-Trainer ist bei den befragten APH in Bezug auf Alkohol kein verbreiteter Ansatz, wird hingegen hinsichtlich anderer Themen durchaus praktiziert (z.B. Wundpflege, Inkontinenz, Demenz, Schmerzen). Ein APH führt eine *Caring Support Group*, die sich aus drei Mitarbeitenden zusammensetzt, die über Fachwissen zur Suchtthematik verfügen und bei Bedarf zu Fallbesprechungen beigezogen werden können. APH mit wenigen Problemfällen ziehen bei Bedarf externe Fachstellen bei oder stehen in Kontakt mit der Psychiatrie. APH mit einem verhältnismässig hohen Anteil an BewohnerInnen mit Alkoholproblemen haben für den Betrieb geeignete Lösungen gefunden (**spezialisierte Wohngruppen und -häuser**), in welchen entsprechende Fachpersonen tätig sind. Dadurch wird der Regelbetrieb entlastet.

Einzelne APH nutzen die **Weiterbildungsangebote** von CURAVIVA (z.B. Gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung, 10tägige Fachvertiefung¹⁰). Ein APH führte eine eintägige **Schulung** zum Thema Deeskalation für das ganze Personal mit einer externen Fachperson (Deeskalations-Trainer) durch. Sonstige suchtspezifische Schulungen für das ganze Personal werden von denjenigen APH als nicht sinnvoll erachtet, die nur wenige Fälle verzeichnen oder ein Spezialangebot für Menschen mit Alkoholproblemen führen. Einzelne APH planen per 2019 eine Weiterbildung zum Thema «Sucht und Alter». *Motivational Interviewing* im klassischen Sinne ist nicht sehr verbreitet, wird aber teilweise eingesetzt, weil Kommunikation und Motivation grundsätzlich alltagsrelevant sind (Mobilisation, Ansprechen von Patientenverfügung u.ä.).

Spitex-Betriebe

Die Rapporte zu den KlientInnen enthalten sämtliche relevanten Angaben, inkl. zum Thema Alkohol, falls dies von Bedeutung ist. Die befragten Spitex-Betriebe führen einen **regelmässigen (monatlichen) Teamaustausch** für nicht-akute Probleme durch. Bei akuten Problemen können sich – so das Modell eines Spitex-Betriebs – die Mitarbeitenden während der Arbeit an die Spitex-Zentrale wenden sowie am Wochenende an die Psychiatrie. Teilweise bestehen Standardordner zur Thematik, die Beratung der Pflegenden geschieht jedoch individuell und auf den konkreten Fall bezogen. Falls gehäufte Rückmeldungen zu einer Problematik auftauchen, wird eine entsprechende Schulung in Betracht gezogen.

Die meisten befragten Spitex-Betriebe haben keine spezifische Schulung der Mitarbeitenden zum Thema «Alkohol im Alter» durchgeführt. Da die Wahrnehmung der Problematik stark von der eigenen Haltung geprägt sei, finden die Spitex-Betriebe eine **spezifische Schulung zur Sensibilisierung und auch zum praktischen Umgang** aber grundsätzlich interessant. Einzelne Spitex-Betriebe haben eine halbtägige Schulung zum Thema «Alkohol im Alter» mit einer externen Fachperson durchgeführt. Ein Spitex-Betrieb hat den Schulungsbedarf der Mitarbeitenden abgeklärt und wird 2019/

¹⁰ www.bildungsangebote.curaviva.ch

2020 die Thematik Alkohol aufgreifen. Eine weitere Organisation plant per 2019 eine Schulung zum Thema «Umgang mit alkoholbetroffenen Personen» sowie die Entwicklung eines Handlungsleitfadens.

Ein Spitex-Betrieb berichtet von **Fachgruppen** zu unterschiedlichen Themen (Demenz, Wundversorgung, Palliative Care, Schmerzmanagement). Ziel dieser Fachgruppen, die von einem Mitglied der Pflegeentwicklung geleitet werden, ist die Wissensverarbeitung und -verbreitung. Eine «Fachgruppe Alkohol» bestehe zwar nicht, wäre aber denkbar. In psychiatrischen Spitex-Teams haben die Fachpersonen teilweise bestimmte Schwerpunkte übernommen. Dies wird bei Neuaufnahmen und Zuteilungen zu KlientInnen berücksichtigt. Die Technik des *Motivational Interviewing (MI)* wird von einzelnen Spitex-Betrieben als hilfreiches Verfahren erwähnt, das von der psychiatrischen Spitex eingesetzt werde. Andere Spitex-Betriebe verwenden nicht *MI*, sondern setzen andere Verfahren zur besseren Kommunikation ein.

3.3.6 Spannungsfelder im Betreuungsalltag

Alters- und Pflegeheime

Gerade weil der **Autonomie der BewohnerInnen eine sehr grosse Bedeutung** zugeschrieben wird – die AHP haben einen Schutzauftrag, aber keinen Erziehungsauftrag –, besteht ein Spannungsfeld darin, dass es für die Pflegenden schwierig zu beurteilen ist, ab wann welche Intervention angemessen ist: Wann und wie schaltet sich die Pflege ein? Wie geht man im Fall von Zwischenkonsum bei bestehenden Konsumvereinbarungen vor? Wie viele Chancen erhalten BewohnerInnen? Handlungsfragen tauchen v.a. auch bei neu eingetretenen BewohnerInnen mit Alkoholproblematik auf, bei denen sich der Alltag noch nicht eingespielt hat. Entsprechende Diskussionen finden auch dann statt, wenn eine Einrichtung eine gemeinsame Policy und entsprechende Vorgaben festgelegt hat.

In klaren Fällen der Selbst- und Fremdgefährdung ist die Thematik einfacher einzuschätzen als in den Vorstufen. Wenn sich Bewohner nach Alkoholkonsum den Pflegenden gegenüber unflätig verhalten (z.B. sexistische Bemerkungen), so grenzen sich v.a. junge Pflegerinnen teilweise erst sehr spät ab – dies auch dann, wenn sie über ihre Rechte informiert sind. Nicht in allen befragten APH sind die Abläufe standardisiert festgehalten. APH ohne solche Dokumente sind der Ansicht, dass diese hilfreich wären.

Gerade aufgrund dieses grossen Spannungsfeldes «Autonomie versus Fürsorgeauftrag» hat ein APH eine spezifische Wohngruppe ins Leben gerufen, um den Regelbetrieb zu entlasten.

Als schwierige Situationen werden Momente beschrieben, in denen der Vertrag mit den BewohnerInnen aufgelöst oder die Person hospitalisiert werden muss, teilweise auch gegen ihren Willen und trotz einer hausinternen Policy der grösstmöglichen Autonomie und Selbstbestimmung der BewohnerInnen. Diese Entscheidungen werden von der Abteilungs- und Pflegeleitung getroffen.

Ein APH berichtet, dass sich nur wenige Meter vom Heim entfernt ein Discounter befinde, in dem sich die BewohnerInnen Alkohol zu Billigstpreisen auf einfache Weise beschaffen können. Ferner entstehe im Quartier ein ungewohntes Bild, wenn die älteren Menschen mit ihren Rollatoren Alkoholika transportierten und bei der Bevölkerung die Vorstellung vorherrsche, dass die Menschen im APH «gesund» leben sollten.

Ein APH sieht in der **Ungleichbehandlung von illegalen Substanzen und Alkohol** ein zusätzliches Spannungsfeld: Während bei einer Person mit Opiatproblemen die Substitutionsmittel über die Krankenkasse bezahlt würden, müssen Menschen mit Alkoholproblemen den Konsum selbst begleichen und weichen dementsprechend auf «schädliche Billigware» aus.

Spitex-Betriebe

Besonders die problematischen Einzelfälle (Isolation, Verwahrlosungstendenzen) beschäftigen die Spitex-Mitarbeitenden sehr. Eine belastende Situation kann bspw. sein, dass eine Haushelferin einen Klienten antrifft, der betrunken am Tisch sitzt, und sie ihn nach verrichteter Arbeit in diesem Zustand zurücklassen muss. Die Belastung besteht in der Ohnmacht bei gleichzeitigem Verantwortungsgefühl: Ab wann sollen oder müssen die Mitarbeitenden eingreifen? Was sollen sie konkret tun oder auf keinen Fall tun? Wie lange können die Betroffenen noch zuhause betreut werden, und ab wann müssen andere Fachpersonen/ Institutionen beigezogen werden? Wo muss sich die Spitex abgrenzen? Auch wenn die Alkoholproblematik bekannt ist, sind Mitarbeitende unsicher, wie das heikle Gespräch gestaltet werden soll.

Die befragten Spitex-Betriebe verfolgen das Ziel, dass KlientInnen so lange wie möglich zuhause betreut werden können, die **Autonomie wird sehr hoch gewichtet**. Die betreuten Personen tragen eine **Eigenverantwortung**, sie erteilen der Spitex den **Pflegeauftrag**. Ein Spitex-Betrieb war der Ansicht, dass die Spitex ihre KlientInnen sogar tendenziell «überversorge», das heisst mehr als vereinbart leiste.

Als weitere Herausforderung wird genannt, dass in gewissen Konfliktsituationen teilweise **verschiedene ProtagonistInnen beteiligt** sind. Diese «informellen HelferInnen», wie sie genannt werden, versorgen den Betroffenen mit Alkohol, teilweise auch im Wissen und entgegen der Vereinbarung zwischen Spitex und KlientIn.

Unklarheiten bergen generell ein Konfliktpotenzial: Wenn bspw. der Spitex-Klient andere Aussagen macht als seine Angehörigen, und diese Aussagen wiederum von den Beobachtungen der Spitex abweichen. Die Koordination zwischen den beteiligten Akteuren erfordert Zeit und Geduld. In diesem Zusammenhang zeigt sich die Problematik des **verrechenbaren und nicht verrechenbaren Aufwandes**.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich, wenn Haushelferinnen Missstände beobachten, diese aber nicht oder erst spät der Pflege rückmelden. Dies ist offenbar vor allem dann der Fall, wenn betroffene KlientInnen ihren Problemkonsum vor dem Hausarzt verheimlichen, nicht verwahrlost und stets freundlich sind. Sympathischen KlientInnen, die **die Fassade gut aufrechterhalten** können, gelingt es offenbar, nachhakende Fragen oder Interventionsversuche elegant abzuwenden. Erst wenn diese KlientInnen nicht mehr mobil sind, das Haus nicht mehr verlassen können, wird die Alkoholproblematik in Form von Entzugserscheinungen sichtbar. Bei KlientInnen mit verwahrlostem Haushalt oder aggressivem Verhalten werde rascher reagiert.

Ebenfalls thematisiert werden **Unstimmigkeiten oder der ungenügende Austausch zwischen dem Somatik-/Haushelferinnen- und dem Psychiatrie-Team**. Das psychiatrische Spitex-Team werde manchmal erst dann beigezogen, wenn sich die Situation bereits zugespitzt habe. Dies hängt möglicherweise auch damit zusammen, dass viele KlientInnen keinen Kontakt zur Psychiatrie wollen, da

diese Dienstleistung immer noch tabu- und angstbehaftet ist. Ferner bestehen Befürchtungen vonseiten des Somatik-Teams, durch den Beizug der Psychiatrie-Spitex «einen Stein ins Rollen zu bringen», was die Kooperation erschwert (z.B. KlientInnen lassen die Spitex für die Wundpflege nicht mehr in die Wohnung). Aufgrund des unterschiedlichen fachlichen Hintergrundes der somatischen und der psychiatrischen Spitex kommt es fallweise zu unterschiedlichen Einschätzung der Situation und abweichenden Schlussfolgerungen bezüglich Interventionen. Grundsätzlich kann die psychiatrische Spitex ihren KollegInnen von der somatischen Spitex wertvolle Tipps und Anregungen zum Umgang mit schwierigen Situationen geben, wenn KlientInnen die Psychiatrie-Spitex ablehnen.

3.3.7 Bewährte Strategien im Umgang mit problematischem Alkoholkonsum im Alter

Alters- und Pflegeheime

APH, die eine **individuelle schriftliche Vereinbarung** hinsichtlich Alkoholkonsum und Anforderungen einsetzen, beurteilen diese als hilfreich. Die Vereinbarungen werden nur mit Personen mit Alkoholproblem erstellt, nicht als Frühintervention. Einerseits kann sich das Personal im Falle eines Regelbruchs im Gespräch mit dem Betroffenen zur eigenen Entlastung auf dieses Dokument beziehen, andererseits setzt das APH auf diese Weise ein Zeichen, dass es in der Einrichtung Grenzen gibt.

Ein APH berichtet von der Ausgliederung einer spezialisierten Wohngruppe für BewohnerInnen mit Alkoholproblemen aus dem Regelbetrieb – dies entlaste das Heim enorm. Ein anderes APH mit einem hohen Anteil BewohnerInnen mit Alkoholproblemen betont, dass bewusst keine Aufteilung in spezifische Wohngruppen gemacht werde.

Der **Einbezug von Angehörigen als wichtige Ressource** wird mehrheitlich unterstrichen, wobei Angehörige nicht immer dieselbe Haltung wie die Pflegenden vertreten: Viele Angehörige möchten den Betroffenen einen Gefallen erweisen und besorgen ihnen Alkoholika. Durch die Einbindung der Angehörigen kann eine gemeinsame Strategie erarbeitet und verfolgt werden.

Das ehrliche und transparente Ansprechen der Problematik und das Überwinden von Hemmungen vonseiten des Personals haben sich im Umgang mit der Problematik bewährt. Die Gespräche sollten allerdings von der Stationsleitung oder Bezugsperson geführt werden, nicht von einer Pflegehilfe.

Die (gut funktionierende) **Zusammenarbeit mit Fachstellen** wird als entlastend erlebt. Einige AHP berichten von einer guten Zusammenarbeit mit dem naheliegenden Spital.

Spitex-Betriebe

Das **offene Ansprechen** der Problematik gegenüber den Betroffenen und von allfälligen Schäden, die mit übermäßigem Konsum einhergehen, wird als wichtiges Vorgehen genannt. Auch wenn die Spitex dabei das Risiko eingeht, dass die betreuten Personen sie nicht mehr empfangen, wie eine Organisation berichtet. Denn auch wenn das Gespräch keine konkreten Massnahmen nach sich ziehe, könne alleine durch das Ansprechen ein wirksames Zeichen gesetzt werden, weil die Betroffenen merken, dass sie ernst genommen werden.

Ein Spitex-Betrieb berichtet, dass er in einem Fall zusammen mit der betreuten Person den Alkohol aus dem Haushalt entsorgt und gemeinsam Copingstrategien für den angemessenen Umgang in Craving-Situationen erarbeitet habe. Eine gute Kommunikation ist grundsätzlich eine wichtige Grundlage für die Lösung von Problemen. Alle betroffenen Akteure werden involviert, um über den gleichen Informationsstand zu verfügen (inkl. Medikamentenliste), das gleiche Ziel zu verfolgen und nicht gegeneinander ausgespielt zu werden.

In der Pflegeplanung werden die Ziele, Massnahmen und Strategien individuell festgelegt. Wenn die psychiatrische Spitex einen fixen Klientenstamm betreut, kennt sie ihre KlientInnen sehr gut und wird auch nicht von unvorhergesehenen Situationen überrascht – wie dies der Fall ist, wenn eine hohe Personalfluktuatation herrscht.

Mitarbeitende werden im Rahmen der Pflegeplanung unterstützt und erhalten idealerweise alle relevanten Informationen zur betreuten Person, wie sie sich ihr gegenüber verhalten sollen und wo sie als Pflegende bei Bedarf Hilfe anfordern können. Nicht-diplomierte Pflegende können während ihrer Einsätze bei Bedarf jederzeit eine Fachpflegerin kontaktieren, wie berichtet wird. Der Einsatz von ausgebildeten Psychiatriefachpersonen (wenn möglich mit Zusatzausbildung) hat sich ebenso wie ein gutes Zusammenspiel im Team bewährt.

Für die Spitex-Betriebe ist – neben der engen Kooperation zwischen Psychiatrie-Spitem und somatischer Spitex – auch die **Zusammenarbeit mit dem Hausarzt/der Hausärztin** wichtig: Wenn in einer ärztlichen Verordnung z.B. die Trinkmenge festgehalten ist, können Spitex-Mitarbeitende dem Arzt/ der Ärztin Abweichungen oder Auffälligkeiten rückmelden.

Auch von den befragten Spitex-Betrieben wird die (gut funktionierende) **Zusammenarbeit mit Suchtfachstellen** (z.B. Blaues Kreuz, Suchtprävention, andere Fachstellen) bzw. eine gute Vernetzung als hilfreich und entlastend erlebt. Fragen zum Umgang mit einem Klienten/ einer Klientin können im Voraus mit der Suchtpräventionsstelle abgesprochen werden. Diese Stellen bieten auch Beratungen für Angehörige von Alkoholkranken, die selbst keine Hilfe annehmen wollen. Durch den Verweis auf kompetente Fachstellen werden die Spitex-Mitarbeitenden entlastet.

3.3.8 Verbesserungswünsche und -vorschläge aus Sicht der Praxis

Alters- und Pflegeheime

Die Zusammenarbeit mit den Psychiatriekliniken scheint sich gemäss den befragten APH gegenüber früher verbessert zu haben, die Erfahrungen sind jedoch sehr unterschiedlich. Bestimmte Kantone haben die Langzeitpsychiatrie aufgelöst, die betroffenen PatientInnen seien auf die APH verteilt worden. Dadurch sei das Problem verschoben worden, ohne dass die nötigen Anpassungen in den APH vorgenommen worden seien.

Grundsätzlich wird eine **Enttabuisierung der Thematik «Alkohol im Alter»** und der Thematik «Selbstbestimmung versus Schutz» gewünscht. Ferner soll Alkohol keine Sonderstellung einnehmen, sondern die **Suchtthematik soll grundsätzlich betrachtet** werden: auch Nikotin, Medikamente, insbesondere Benzodiazepine und Z-Medikamente sowie Komorbidität.

Integrierte Behandlungsmöglichkeiten von BewohnerInnen mit Alkoholproblemen werden als sinnvoll erachtet. Heute werde im Problemfall oft rasch überlegt, die erst gerade ins Heim einge-

treten Person in eine Entzugsstation oder in die Psychiatrie zu überweisen. Dieser erneute Institutionswechsel kann für ältere Menschen ein Problem darstellen und ist unter Umständen keine gute Basis für eine wirksame Behandlung.

Ein befragtes APH führt einen palliativen **Brückendienst**: Die Fachpersonen kommen bei Bedarf ins Haus, verordnen Medikamente und behandeln die Betroffenen. Eine analoge Dienstleistung für die Sucht- und Alkoholproblematik (ambulante Suchttherapie durch Suchtfachleute, kein angelerntes Personal) könnte hilfreich sein.

Ein wiederkehrendes Thema ist die **Verrechnung des Betreuungsaufwandes**: Ein APH unterstreicht, dass die nicht-pflegerische Arbeit mit Menschen mit einem Alkoholproblem – Gespräche, begleitete Einkäufe, kontrollierte Alkoholabgabe – in der Bedarfsrechnung angemessen berücksichtigt werden sollte. Die BewohnerInnen mit Alkoholproblemen hätten oft eine tiefe Pflegestufe, gleichzeitig sei ihre Betreuung sehr intensiv und erfordere spezialisiertes Personal.

Vereinzelt wurde von APH ein Appell an die Heimlandschaft formuliert: Das APH solle ein Zuhause für Menschen am Lebensabend sein, die BewohnerInnen sollen sich umsorgt fühlen. Kritik richtet sich an gewisse APH, die wie ein sozialpädagogisches Sonderheim funktionieren würden (z.B. strenge Regeln, harte Konsequenzen bei Regelbruch, Ausschluss bei Wiederkonsum), wodurch dieses Sicht-zuhause-Fühlen nicht gewährleistet sei.

Spitex-Betriebe

Die Spitex-Betriebe beobachten eine **Zunahme von Personen mit psychischen Problemen**, daher bestünden teilweise lange Wartezeiten, was auch für die Mitarbeitenden unbefriedigend sei. Betroffene werden, so die Aussage, von den Spitälern oder der Psychiatrie zu früh entlassen, obwohl sie noch nicht stabil seien. Heute betreuen die Spitex-Betriebe KlientInnen, die früher nie aus der Psychiatrie entlassen worden wären und teilweise jeglichen ambulanten Rahmen sprengen. Gewisse Spitex-Betriebe müssen als Folge davon eine psychiatrische Spitex auf- oder die bestehende ausbauen. Diese unbefriedigende Situation müsse strukturell angegangen werden.

Spezifische Schulungen können den Mitarbeitenden mehr Sicherheit im Umgang mit Betroffenen vermitteln. Gewünscht werden mehr Inputs aus dem Bereich «Sucht». Das in Schulungen vermittelte Wissen solle regelmässig aufgefrischt werden.

Verschiedentlich haben Spitex-Betriebe den Eindruck geäußert, die ÄrztInnen nähmen die Situation alter Menschen nicht genügend ernst bzw. verharmlosten die Alkoholproblematik. Nach einer behandelten Alkoholproblematik bspw. würden keine Anschlussprogramme vorgesehen. Mehrmals wurde erwähnt, dass die **Zusammenarbeit mit den HausärztInnen** besser sein könnte. Die Spitex-Mitarbeitenden fühlen sich teilweise «im Stich gelassen». Auch gebe es viele PsychiatrieklientInnen, die keinen Psychiater/ keine Psychiaterin haben. Hier wird der Vorschlag formuliert, dass KlientInnen mit einer psychiatrischen Diagnose verpflichtet werden sollen, ein Psychiater/ eine Psychiaterin beizuziehen.

Die Zusammenarbeit mit den Kliniken wird unterschiedlich beurteilt: von sehr gut bis verbesserungswürdig. Schwierig seien Standardentlassungen oder Entlassungen, bei denen die **Spitex nicht rechtzeitig einbezogen** wird. Bei dieser Schnittstelle wird ein Verbesserungsbedarf gesehen.

3.4 Gesprächsgruppe Heim- und HausärztInnenzirkel sowie Einzelinterviews mit HeimärztInnen

Das FFF-Projektteam nahm an zwei regulären Treffen eines Qualitätszirkels Heim- bzw. eines Qualitätszirkels HausärztInnen teil (siehe Kap. 3.4.1). Im Anschluss an die Treffen wurden Telefoninterviews mit fünf HeimärztInnen (mehrheitlich in Doppelfunktion Haus- und Heimarzt/-ärztin) durchgeführt (siehe Kap. 3.4.2).

3.4.1 Heim- und HausärztInnenzirkel

In den Qualitätszirkeln wurden folgende Themen behandelt:

- Erfahrungen und Herausforderungen in der Praxis
- Grundlagen und Kenntnisse zu Alkoholkonsum und empfohlenen Grenzwerten, Mischkonsum (Alkohol und Medikamente) und Begleiterkrankungen
- Informations- und Fortbildungsbedarf, Unterstützung im Alltag

Die Herausforderungen und Spannungsfelder sowie die Informations- und Fortbildungsbedürfnisse können wie folgt dargestellt werden:

Trinkende BewohnerInnen

Als «klassisches» Beispiel einer Herausforderung wurde im HeimärztInnenzirkel die Situation eines trinkenden Bewohners geschildert, der bereits am Vormittag weit über die empfohlene risikoarme Trinkmenge hinaus konsumierte, seine MitbewohnerInnen zum Konsum animierte und sie mit Alkohol versorgte. Grundsätzlich stellt die fehlende Veränderungsbereitschaft der BewohnerInnen eine Herausforderung für gesundheitsfördernde Interventionen dar. Bei PatientInnen, welche unter einer Persönlichkeitsstörung leiden oder deren kognitive Fähigkeiten eingeschränkt sind (z.B. Demenz), akzentuiert sich die Problematik.

Im HausärztInnenzirkel wurden ebenfalls Fallbeispiele berichtet und diskutiert, wobei die FrauenärztInnen teilweise v.a. jüngere PatientInnen im Alter von 25 bis 55 Jahre betreuen. Die ÄrztInnen waren sich einig, dass ärztliche Interventionen wichtig und möglich seien, waren sich aber nicht einig, ob Kurzinterventionen auch im hohen Lebensalter sinnvoll seien (Haltungsfragen). Entsprechende Ausführungen des FFF-Projektteams zur Wirksamkeit ärztlicher Kurzinterventionen bei problematischem Alkoholkonsum konnten die Relevanz solcher Interventionen auch in hohem Alter untermauern.

Fürsorgeauftrag versus Selbstbestimmung

Fürsorgeauftrag und Förderung der Lebensqualität einerseits und das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen andererseits ist – wie bei den Pflegedienstleitenden – auch bei den HeimärztInnen ein zentrales Spannungsfeld und eine persönliche Herausforderung. Die Entwicklung in den letzten Jahren habe gesellschaftlich und innerhalb der Institutionen weg vom Fokus «Fürsorge» geführt, die in der Vergangenheit das oberste Ziel darstellte, hin zur weitreichenden Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen und deren Bezugssysteme. Die Heim- und HausärztInnen sehen es als schwieriges Unterfangen an, unter diesen Bedingungen auf eine angemessene Balance zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge hinzuarbeiten.

Wechselwirkung Medikamente und Alkohol

Die Kombination von Alkohol mit Antiepileptika (Benzodiazepine, Barbiturate u.a.) ist ein relevantes Thema. Bei Vorliegen von regelmässigem Alkoholkonsum wird versucht, darauf Einfluss zu nehmen (Beobachtung, Austausch, Konfrontation, Anordnung, Intervention). Grundsätzlich lasse sich die Interferenz von Alkohol und Benzodiazepinen nach Ansicht der befragten Heim- und HausärztInnen gut einstellen, sofern die aktuelle Konsummenge einberechnet werde, was in der Praxis so gehandhabt werden könne. Schwieriger sei der Umgang bei sporadischem und/oder erhöhtem Alkoholkonsum.

Kooperation mit den Angehörigen

Gewisse Schwierigkeiten ergeben sich teilweise in der Zusammenarbeit mit Angehörigen, wenn diese ebenfalls einen problematischen Konsum aufweisen, die Bewohnenden mit Alkohol versorgen, eine Kooperation ablehnen und in Gesprächen nicht erreichbar sind.

Verrechnung des Aufwandes

Während gewisse Tätigkeiten für Pflegefachpersonal als nicht-verrechenbarer Aufwand ein Problem darstellen (Abklärung, Koordination u.a.), scheint dies für die befragten Heim- und HausärztInnen kein Thema zu sein, da sie gewisse Beratungsleistungen verrechnen können.

Empfehlungen für einen risikoarmen Alkoholkonsum

Die vom BAG empfohlenen Grenzwerte für einen risikoarmen Alkoholkonsum von einem Standardglas für gesunde Frauen bzw. zwei Standardgläsern für gesunde Männer pro Tag (sowie zu für das Alter entsprechend angepasste geringere Trinkmengen) sind sowohl bei den Heim- als auch bei den HausärztInnen eher nicht bekannt. Die niedrigen Mengeneempfehlungen lösen Verwunderung aus, da eine Durchsetzung in verschiedenen subkulturellen Systemen kaum realisierbar sei.

Wissensgrundlagen

Die HeimärztInnen wünschen mehr Grundlagen zum Thema «Alkohol im Alter» sowie zu «Abhängigkeit und Sucht» generell und sehen einen grossen Bedarf an Sensibilisierung. Es besteht ein grundsätzliches Interesse am Einsatz von Screening-Tools zu Diagnosezwecken und als Grundlage

für eine Kurzintervention. Die Website www.alterundsucht.ch, die neben zahlreichen Informationen für verschiedene Zielgruppen (Betroffene, Angehörige, Fachpersonen, Ärzteschaft) auch entsprechende Tool enthält, war nicht bekannt.

Im HausärztInnenzirkel wurden die Interventionsinputs des FFF-Projektteams basierend auf einem konkreten Fallbeispiel sehr geschätzt, da sie die Vorgehensweise einer Kurzintervention anschaulich illustrierten. Bereichernd wurden auch die Fachinputs von KollegInnen mit konkreten Erfahrungen im Sinne eines *Peer Teachings* eingestuft. Es bestand ein Interesse an themenspezifischen Websites (welche teilweise einen praktischen Email-Auskunftsdienst für suchtmmedizinische Fragen anbieten)¹¹, die den HausärztInnen zur Verfügung gestellt wurden, sowie an Hintergrundwissen zu internetbasierten Informations- und Beratungsangeboten und Kontextinformationen zu «Sucht und Alter».

Motivierende Gesprächsführung

Die Methode des *Motivational Interviewing* ist den HeimärztInnen bekannt, findet jedoch in der Praxis tendenziell keine Anwendung. Es bestehen jedoch ein Bedürfnis und die Bereitschaft für entsprechende Schulungsangebote. Die HausärztInnen präferieren eher eine Fokussierung auf Schulungen zu Kurzintervention.

Unterstützung durch Suchtfachpersonen und Vernetzung

Die HeimärztInnen sehen ferner einen Bedarf an Unterstützung durch externe Suchtfachpersonen in akuten Situationen im Sinne einer Anlauf- und Auskunftsstelle. Wichtig ist dabei, dass sie diese Unterstützung umgehend und unkompliziert erhalten, um rasch reagieren zu können. Ausbaufähig ist die Vernetzung mit den regionalen Fachstellen. Als Heimarzt/-ärztin stehe man oft alleine da, und der Aufwand für die Einzelnen sei daher gross. Die HausärztInnen beschreiben die Vernetzung mit der lokalen Suchtfachstelle als sehr eng, niederschwellig, die Zusammenarbeit als positiv.

Aufsuchende Beratung und Begleitung

Dem Angebot der aufsuchenden Beratung und Begleitung («Brückendienst» vor Ort) wird ein sehr hoher Stellenwert beigemessen. Früher konnten die HeimärztInnen auf geschulte Laien (Freiwillige, ehemalige Betroffene) zurückgreifen, heute bestehe lediglich das professionelle Angebot der psychiatrischen Spitex.

Zusammenfassung der Interessen bzw. der Bedürfnisse der Heim- und HausärztInnen

- Grundlagenwissen zu Alkohol, «Alter und Sucht» sowie grundsätzliche Sensibilisierung für die Thematik «Alkohol im Alter»
- kurze Schulungseinheiten zu Kurzintervention und allenfalls *Motivational Interviewing*

¹¹ FOSUMOS, <https://praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/de/d>
FOSUMIS, www.fosumis.ch
Safer Zone, www.safezone.ch/beratung.html
Alter und Sucht, www.alterundsucht.ch
ZFPS, www.zfps.ch/home.html

- Kenntnis und einfacher Zugang zu bewährten Tools zu Früherkennung und Frühintervention
- bessere, angemessenere Balance zwischen Fürsorge/Förderung der Lebensqualität und dem Selbstbestimmungsrecht der BewohnerInnen (APH)
- Schadensminderung durch kontrollierte Alkoholabgabe an schwerabhängige Personen (APH)
- aufsuchende Beratung und Betreuung durch Suchtfachstellen («Brückendienst») als niederschwelliges Angebot und unterstützende Begleitung und Einbindung der Betroffenen sowie ggf. vermehrter Einsatz von geschulten Personen
- Suchtfachstelle als unkomplizierte Anlaufstelle für Heim- und HausärztInnen, um die Schnittstellen zu sichern und rasche Klärung zu Fragen zu erhalten

3.4.2 Telefonische Interviews mit HeimärztInnen

In vertieften Interviews mit fünf HeimärztInnen aus der Region Bern sollten die Erfahrungen in der Praxis, Sensibilisierung für die Problematik «Alkohol und Alter», Vernetzung und die Informations- und Fortbildungsbedürfnisse eruiert werden. Dabei wurden folgende Themen angesprochen:

- Problematik im Heimaltag, Vorgehen und Erfahrungen mit Interventionen (Machbarkeit)
- Polypharmazie bei älteren PatientInnen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen (insbesondere Benzodiazepine), Wechselwirkungen mit Alkohol
- Einschätzung der Sensibilisierung für die Thematik
- Einschätzung der Zusammenarbeit mit den HausärztInnen, allfälliger Verbesserungsbedarf
- Einschätzung der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren wie Angehörige, Spitex-Betriebe, Pflegedienstleitungen, Pflegepersonal, Suchtfachstellen, Beistände und Behörden
- Beurteilung des Modells einer externen Überprüfung der Medikamentenverordnung bzw. andere Optionen zur Prüfung und Anpassung von Medikamentenlisten
- Bedarf an Fortbildung zu Fachwissen zu «Alkohol/ Sucht im Alter» (bzw. Spezialthemen) und Methoden der Kurzintervention

Trinkende BewohnerInnen

Die befragten HeimärztInnen sind in **unterschiedlichem Ausmass von der Problematik betroffen**: Teilweise handelt es sich eher um Einzelfälle (tägliche Konsummenge von einer Flasche Wein und mehr, Spiegeltrinker), teilweise wird die Problematik öfter beobachtet. Die Pflege leitet Auffälligkeiten an die ÄrztInnen weiter, es folgt ein Gespräch mit den Betroffenen betreffend Alkoholkonsum, den Zusammenhängen zwischen Konsum und Begleiterkrankungen, Lebensqualität, Hausordnung u.a. Bei Bedarf wird eine Vereinbarung für eine kontrollierte Alkoholabgabe getroffen.

Benzodiazepine und Wechselwirkung Medikamente und Alkohol

Eine Sensibilität bezüglich der Problematik von regelmässigem oder übermässigem Konsum von Benzodiazepinen besteht. Die befragten HeimärztInnen versuchen, die **Abgabe von Benzodiazepinen zu vermeiden**, auch weil diese Medikamente die Sturzgefahr erheblich erhöhen, bzw. sie achten darauf, dass z.B. Temesta® nur dann verabreicht wird, wenn kein Suchtverhalten vorliegt.

Fürsorgeauftrag versus Selbstbestimmung

Die Selbstbestimmung der BewohnerInnen ist für die befragten HeimärztInnen zentral, allerdings müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein (Urteilsfähigkeit). Solange keine Mitbewohnenden durch das Verhalten beeinträchtigt werden, der Pflegeablauf nicht gestört und die Hausordnung eingehalten wird, wird der **Konsum akzeptiert**. Im Zentrum steht die Lebensqualität der BewohnerInnen.

Vernetzung und Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit und der Austausch mit anderen beteiligten Fachpersonen und Instanzen (Qualitätszirkel HeimärztInnen, HausärztInnen-Zirkel im Quartier, regionale ÄrztInnen-Netzwerke, Spitem, Sozialdienst, Suchtfachstellen, Beistände, KESB, aber auch der Einbezug von Angehörigen) wird grundsätzlich als gut beschrieben. Wenn HeimärztInnen gleichzeitig auch die HausärztInnen der BewohnerInnen sind, vereinfacht dies die Abläufe sehr. Vereinzelt wird eine Verbesserung der **Zusammenarbeit mit der Suchtfachstelle** als wünschenswert genannt. Die ambulante aufsuchende Arbeit (Beratung, Begleitung) nach Austritt wäre ein sinnvolles Angebot, das derzeit fehle. Hilfreich wären auch **Online-Informationen** wie z.B. Merkblätter zu Alkohol, Begleiterkrankungen und Medikation.

Modell zur externen Überprüfung von Medikamentenverordnungen

Teilweise findet die Überprüfung durch eine Apotheke statt, was mit einem gewissen administrativen Aufwand verbunden ist. Grundsätzlich wird das **Modell begrüsst**, um eine Reduktion der Medikamentenabgabe in Erwägung zu ziehen. Hilfreich wäre auch der bilaterale Austausch mit einem Kollegen, einer Kollegin bzw. eine **digitale Plattform für den Austausch**.

Bedürfnis nach Fortbildung

Ein Teil der befragten HeimärztInnen sehen den Fortbildungsbedarf eher für das Pflegepersonal und den Bereich Sozialtherapie. Einzelne Befragte begrüssen die Fortbildung für Heimleitungen zu «Alkohol im Alter» (inkl. Begleiterscheinungen, Suchtentstehung und Interventionsansätze). Inputs und Austausch für HeimärztInnen sollten idealerweise im Rahmen der Qualitätszirkel im Umfang von ein bis anderthalb Stunden stattfinden. Interesse besteht an einer **Online-Plattform zu Hintergrundwissen** bzw. einem **Online-Tool** zur zeitlich flexiblen Anwendung. Im Rahmen der Qualitätszirkel können auch Fortbildungen zu Kurzintervention oder *Motivierender Gesprächsführung* angeboten werden, die von den Befragten als hilfreich erachtet wurden. Auch hier stösst eine Online-Variante auf Interesse, beispielsweise analog zu *CliniSurf* der Universität Bern, die u.a. *Motivierende Gesprächsführung* auf sechs Seiten anbietet¹².

¹² <http://e-learning.studmed.unibe.ch/clinisurf/htmls/carpet.html?clinisurf|commtrain|year4|mg> (Zugriff 25.5.2019)

3.5 Angehörige

Der Einbezug der Angehörigen wird von den ExpertInnen und befragten Pflegedienstleitungen grundsätzlich als **wichtige Ressource** betrachtet. Angehörige sind oft dankbar, wenn Pflegende in schwierigen Situationen aktiv werden, weil sie das Thema selbst nicht ansprechen möchten, um keine Konflikte mit dem trinkenden Elternteil zu provozieren. Pflegende sind aber oft auch mit **hohen Erwartungen und Anforderungen vonseiten besorgter Angehöriger** konfrontiert, die sich z.B. ein stärkeres Eingreifen wünschen (was u.U. nicht dem Auftrag der Spitex entspricht). Die unterschiedlichen Haltungen zeigen sich aber auch darin, wenn Angehörige Vereinbarungen unterlaufen, indem sie den Betroffenen z.B. mit Alkohol versorgen, während sich Pflegende um eine Schadensminderung bemühen. Eine weitere Herausforderung stellen Angehörige dar, die selbst eine Suchtproblematik aufweisen und für eine gesundheitsorientierte Kooperation nicht motiviert werden können.

Vor diesem Hintergrund ist das Anliegen entstanden, auch die Perspektive der Angehörigen, ihre Erfahrungen und Bedürfnisse im vorliegenden Projekt zu berücksichtigen. Dies in Hinblick auf eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und den Angehörigen der Betroffenen.

Im Rahmen des Projektes von Kessler et al. (2012) zur Exploration von Massnahmen zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Menschen wurden u.a. auch Angehörige befragt (Einschätzung und Umgang mit der Alkoholproblematik eines nahestehenden Familienmitgliedes, Unterstützungsbedarf für die Angehörigen von Alkoholkranken u.a.). Massnahmen zur Vorbeugung von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Menschen wurden von den Angehörigen als sinnvoll und durchführbar erachtet. Die Angehörigen wünschten sich Unterstützung bei der Motivation der Person mit problematischem Alkoholkonsum, diesen zu reduzieren.

Für die vorliegende Studie sollten folgende Themenschwerpunkte in Interviews mit Angehörigen besprochen werden:

- Herausforderungen und Belastungen im Umgang mit Angehörigen mit problematischem Alkoholkonsum
- Beurteilung des Umgangs der Pflegenden mit dem/der Betroffenen und der Situation
- Beurteilung des Umgangs des Hausarztes mit dem/der Betroffenen und der Situation
- Kenntnisse zur Wechselwirkung zwischen Alkohol und Medikamenten, Berücksichtigung der Wechselwirkung bei der Medikamentenabgabe
- Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Pflegenden und der erhaltenen Unterstützung, Unterstützungswünsche

Für die Suche nach Angehörigen wurden fünf verschiedene Institutionen (Suchtfachstellen, Beratungsstellen wie das Blaue Kreuz, Selbsthilfegruppen und ein Spitex-Betrieb) kontaktiert sowie die HeimärztInnen der Regionalgruppe Biel/ Solothurn angefragt und um Vermittlung von geeigneten Kontakten zu Angehörigen gebeten. Das Finden von Betroffenen gestaltete sich relativ schwierig und zeitintensiv. Eine Schwierigkeit bestand in den Kriterien, die Angehörige erfüllen sollten, um in der Befragung berücksichtigt zu werden: Die Angehörigen stehen in Kontakt zu einer verwandten oder nahestehenden Person, welche a) eine ältere Person ist, b) ein Alkoholproblem aufweist und

c) sich in einem Pflegesetting (APH oder Spitex) befindet. Insbesondere das Kriterium c) ist bei Angehörigen in Selbsthilfegruppen eher nicht erfüllt, da diese z.B. mit den Betroffenen zusammenleben und einen Teil der Betreuung übernehmen. Erschwerend kommt hinzu, dass Angehörige von Betroffenen teilweise selbst ein Alkoholproblem aufweisen und die Thematik leugnen, wie die Kontaktstellen berichteten. Die kontaktierten Stellen haben in Aussicht gestellt, passende Angehörige anzufragen und sich beim FFF-Projektteam zu melden. Schlussendlich konnte allerdings nur ein Interview durchgeführt werden: Die betagte Mutter der Tochter Z. lebt in einem APH. Die Tochter bemüht sich stets, den Alkoholkonsum ihrer Mutter im Heim zu regulieren. Von der Heimleitung habe sie diesbezüglich keine Unterstützung erhalten, das Heim vertrat die Haltung, dass eine Regulierung im hausinternen Restaurant nicht möglich sei.

Auch in der Studie von Kessler et al. (2012) begrüßten die befragten Angehörigen Massnahmen zur Vorbeugung von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Menschen. U.a. wünschten sich die Angehörigen mehr Unterstützung – auch vonseiten der Pflegenden – bei der Motivation des betroffenen Familienmitgliedes, den Alkoholkonsum zu reduzieren, sowie mehr Unterstützung in der persönlichen Auseinandersetzung mit der eigenen Hilflosigkeit.

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen scheint also ein noch eher vernachlässigter Bereich zu sein und sollte in Zukunft mit spezifischen Massnahmen gefördert und unterstützt werden.

4 Optimierungs- und Handlungsbedarf

Aufgrund der Fokus- und Gesprächsgruppen sowie der telefonischen Befragungen hat sich eine Reihe von möglichen Massnahmen herauskristallisiert, um Früherkennung und Frühintervention bei älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum (in Verbindung mit Mischkonsum von Alkohol und Medikamenten) in der Praxis zu fördern und zu implementieren.

Die Massnahmen werden folgenden drei Themenfeldern¹³ zugeordnet:

- Sensibilisierung und Schulung für verschiedene Zielgruppen
- Schnittstellenmanagement und Kooperation
- Assessmentssysteme und kassenpflichtige Leistungen

Zuerst folgt die Zusammenfassung der Massnahmen aus den Interviews mit den Pflegedienstleitenden, danach folgen die Überlegungen zu diesen Massnahmen aus Sicht der Stakeholder (Kap. 4.1 bis 4.3). Zum Schluss werden **drei Hauptmassnahmen** aufgeführt, die geeignet sind, einer breiteten Implementierung zugeführt zu werden (Kap. 4.4).

4.1 Sensibilisierung und Schulung

4.1.1 Ergebnisse der Interviews mit Pflegedienstleitenden

Pflegende sehen sich ihm Rahmen ihrer Tätigkeit immer wieder und in zunehmendem Masse mit betreuten Personen mit Alkoholproblemen in unterschiedlicher Ausprägung konfrontiert. Ferner wird die Übermedikalisierung bei alten Menschen als grosses Problem mit Handlungsbedarf wahrgenommen. Eine Herausforderung bildet der angemessene intervenierende Umgang mit den Betroffenen unter grösstmöglicher Wahrung von deren Selbstbestimmung. In den befragten Institutionen werden konkrete Problemfälle teilweise konzeptuell, mehrheitlich aber situationsbezogen angegangen. Da kritische Lebensereignisse wie bspw. der Verlust des Partners/ der Partnerin, Pensionierung oder eine Übergangsphase mit zwischenzeitlichen Heimaufenthalten als mögliche Auslöser für Alkohol- und Medikamentenkonsum gelten, sind Spitex und HausärztInnen geeignete Akteure für eine Früherkennung.

Die **Sensibilisierung des Pflegepersonals** hinsichtlich der Früherkennung von Alkoholkonsum (gemäss BAG-Orientierungshilfe 2018) im Sinne einer Schadensminimierung sowie hinsichtlich der Wechselwirkung zwischen Alkohol und Medikamenten (insbesondere Benzodiazepine, aber auch Z-Medikamente) wird daher als sinnvolle Massnahme erachtet: Ziel ist eine Minimierung von Nebenwirkungen und/oder unerwünschten Interaktionen (z.B. medikamentenbegünstigte Delir- oder

¹³ Die 3. Stakeholderkonferenz Nationale Strategie Sucht und die 5. Stakeholderkonferenz Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) vom 6. Mai 2019 behandelte im Rahmen der Nachmittags-Workshops ähnliche Themen: www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht/stakeholderkonferenz.html

Sturzereignisse, Einschränkung der Lebensqualität). Zur Früherkennung und Einschätzung des Konsumverhaltens können bestehende, bewährte Instrumente wie Kurzbogen, Checklisten, Beobachtungsbogen bekannt gemacht und zielgruppenspezifisch zum Einsatz empfohlen werden.

Vorschlag: Förderung von massgeschneiderten, niederschweligen Inhouse-Schulungen durch externe SuchtexpertInnen (in Co-Teaching mit einer Pflegefachperson) in bestehenden Schulungsgefässen oder Fortbildung der Mitarbeitenden in externen Schulungsangeboten. Idealerweise beschränkt sich eine Inhouse-Schulung nicht auf einen einmaligen Input, sondern ist in konzeptuelle Überlegungen auf der Ebene Spitex- und Heimleitung eingebettet (Organisationsentwicklung). Auf diese Weise sind eine nachhaltige Verankerung des Themas und der adäquate Prozess auf institutioneller Ebene möglich.

Mit der Sensibilisierung in Verbindung steht die **Kompetenzweiterentwicklung der Pflegefachpersonen der psychosozialen und somatischen Spitex** durch eine Förderung von gezielten Schulungsangeboten (gezielte Sensibilisierung und Vermittlung von spezialisiertem Wissen, Klärung von Handlungsfragen und Hilfestellungen im Umgang mit schwierigen Situationen): Mitarbeitende der psychosozialen und somatischen Spitex bilden die geeignete Zielgruppe, da sie in der professionellen Betreuung von Betroffenen vor Ort nahe am Geschehen sind und aufgrund des Ansatzes und Selbstverständnisses sowie der Betreuungszeit einen guten Zugang zu den Betroffenen aufbauen können. Zu prüfen ist ferner die Möglichkeit des Potenzials zur Früherkennung durch die **Haushelferinnen**.

Vorschlag: Förderung von massgeschneiderten Inhouse-Schulungen durch externe SuchtexpertInnen (in Co-Teaching mit einer Pflegefachperson) in bestehenden Schulungsgefässen, insbesondere Förderung der personenzentrierten Technik der *Motivierenden Gesprächsführung*, die auch in anderen Arbeitsbereichen zur Veränderung von gesundheitsschädigendem Verhalten angewendet werden kann und auch in Gesprächen mit Angehörigen hilfreich ist; Förderung von Handlungsfindungsprozessen (mit Hilfe von bestehenden Instrumenten und Ablaufschemata) im Rahmen der Organisationsentwicklung in Spitex-Betrieben und Alters- und Pflegeheimen. Handlungsfindungsprozesse als Überlegungen zu «Ethik in der Pflege» können auch anderen Themenfeldern zugutekommen.

Die **Sensibilisierung der HausärztInnen** hinsichtlich Alkoholkonsum und Wechselwirkung mit Medikamenten sowie hinsichtlich der Beratung von PatientInnen mit Alkoholproblemen (Kurzintervention) hat sich als weiteres wichtiges Massnahmenfeld herauskristallisiert. HausärztInnen sollen die Hilfsangebote für Betroffene und Angehörige in der Region kennen und ihre PatientInnen bei Bedarf darauf aufmerksam machen (Flyer). HausärztInnen nehmen aufgrund der langjährigen Beziehung zu ihren PatientInnen eine Sonderstellung ein und sind oft weit mehr als Grundversorger. In diesem Zusammenhang sollen auch Überlegungen für eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Pflegenden berücksichtigt werden. Im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung von Kurzinterventionen für die Ärzteschaft¹⁴ hat sich gezeigt, dass der vielversprechendste und effizienteste Zugang über bestehende Gefässe wie z.B. Qualitätszirkel, Ärztenetzwerke (z.B. mediX, Gesundheitscoaching) und regionale Gesprächsgruppen gegeben ist oder im Rahmen von Kongressen. Die Zielgruppe wird am besten über den Kontakt zu Schlüsselpersonen erreicht (Leitende und

¹⁴ infodrog (Hrsg). 2018. Kurzintervention Ärzteschaft. Durchführung von Fortbildungen zu Kurzintervention und Motivierender Gesprächsführung für Ärztinnen und Ärzte. 1. Sept. 2015 - 31. Oktober 2017. Schlussbericht. Bern.

Moderierende von Q-Zirkeln oder Fortbildungsangeboten in Spitälern). Inhaltliche Aspekte umfassen eine Sensibilisierung, um PatientInnen auf gesundheitsrelevantes Verhalten (Alkohol-, Medikamentenkonsum) anzusprechen, Vermittlung von Grundlagen zu problematischem Konsum und Begleiterkrankungen, zu Früherkennung und Kurzintervention (Reflexion zum Rollenverständnis, Umgang mit Widerstand) sowie zur Bedeutung von Vernetzung und Kooperation (z.B. mit Suchtfachstellen). Das Angebot muss zwingend kurzgehalten und praxisnah gestaltet werden (Fallvignetten, Übungen mit Feedbacks).

Vorschlag: Förderung von niederschweligen, bedürfnisorientierten Informationsinputs und Schulungen zu Kurzintervention im Rahmen der bestehenden regionalen Netzwerke. Intensivere Formate sprechen nur speziell interessierte ÄrztInnen an.

Sensibilisierung und Fortbildung für HeimärztInnen: Die Gesprächsrunde mit 17 HeimärztInnen und die anschliessenden Telefoninterviews haben ergeben, dass «Alkohol im Alter» ein aktuelles Thema darstellt, zu welchem ein Informations-, Unterstützungs- und Schulungsbedürfnis besteht: Neben Grundlagenwissen zu «Alkohol im Alter» (und Begleiterkrankungen) besteht ein Interesse an bewährten einfachen Hilfsmitteln zur Früherkennung und geeigneten Ansätzen (v.a. Kurzintervention) im Umgang mit betroffenen PatientInnen, welche in Gesprächen schlecht erreicht werden können. In diesem Zusammenhang stösst die Möglichkeit von Online-Tools auf besonderes Interesse.

Vorschlag: In Anlehnung an die oben stehenden Ausführungen zu HausärztInnen – oft haben HausärztInnen zusätzlich die HeimärztInnenfunktion inne – ist die Förderung der Sensibilisierung, der Technik der Kurzintervention (und allenfalls *Motivational Interviewing*) und Online-Tools in niederschweligen Gefässen (Qualitätszirkel) eine geeignete Massnahme.

4.1.2 Einschätzung der Stakeholder

Sensibilisierung und Fortbildung für Heim- und HausärztInnen

Vonseiten der Stakeholder wird bestätigt, dass vielversprechende bestehende Ansätze in der Praxis noch zu wenig umgesetzt werden. Die Gründe liegen nicht in einem fehlenden Selbstverständnis der ÄrztInnen hinsichtlich der Aufgabe «Gesundheitsförderung», sondern in beschränkten zeitlichen und finanziellen Ressourcen: Die Versorgung multimorbider PatientInnen nehme generell zu. Ferner stehe bspw. bei LandärztInnen mit täglich 40-60 PatientInnen – bei vorwiegend internistisch tätigen ÄrztInnen in der Stadt rund 20-40 PatientInnen –, die Versorgung im Vordergrund, für Früherkennung bleibe daher keine Zeit. Der schwierige Transfer von sinnvollen Konzepten in die Praxis beschränkt sich allerdings nicht allein auf die Suchthematik, sondern ist generell bei Ansätzen zur Verhaltensänderung (ausser Tabak) zu beobachten.

Als geeignetes Vorgehen wird gemäss Stakeholder der Zugang zu Haus- und HeimärztInnen über die **lokalen Qualitätszirkel** und die städtischen und **regionalen Netzwerke** (welche die lokalen Qualitätszirkel umfassen) empfohlen. ÄrztInnen in diesen Netzwerken tauschen sich regelmässig über

relevante medizinische Themen zum Zweck der Qualitätssicherheit aus. Die regionalen Ärztenetzwerke sind auf entsprechenden Webseiten¹⁵ aufgeführt. Kantonale Ärztegesellschaften umfassen sämtliche Disziplinen, je nach Kanton bestehen auch spezifische Vereine (für den Kanton Bern z.B. Verein Berner Haus- und Kinderärzte *VBHK*).

Nationale Verbände wie bspw. die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine und Innere Medizin *SGAIM*, aber auch der Verband Haus- und Kinderärzte Schweiz (*MFE*, Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse) und das Kollegium für Hausarztmedizin *KHM* engagieren sich auf übergeordneter Ebene (Fortbildung, Stärkung des Berufsbildes, Lobbyarbeit, Strategieplattform). Die Stakeholder empfehlen, die Thematik «Sucht im Alter» im Rahmen von bestehenden verbands-eigenen **Kongressen und Fortbildungen** einzubringen. Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie *SFGG* sowie deren Schwesterorganisation Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie *SGG* bieten entsprechende Weiter- und Fortbildungen an, im Rahmen derer die Themen «Sucht im Alter» sowie «Früherkennung und Frühintervention» aufgegriffen werden könnten. Empfohlen wird auch die Kontaktaufnahme mit der Koordinationsstelle der *FMH*, welche die verschiedenen Programme mit ähnlichen Absichten koordiniert.

Schulungen in Qualitätszirkeln und Beiträge im Rahmen von Kongressen und Fortbildungen richten sich an betreuende ÄrztInnen, welche teilweise zusätzlich die Funktion eines Heimarztes bzw. einer Heimgärtin innehaben. Ein sinnvoller Zugang wäre gemäss Stakeholder auch die **Fortbildung auf Institutsebene** (Heime, Spitex). Neben Früherkennung gilt das Hauptinteresse gemäss Stakeholder den Handlungsoptionen: Welche Regulierungsmöglichkeiten stehen dem Heim basierend auf welchen Grundlagen zur Verfügung? Welche Interventionen sind bei welchen BewohnerInnen sinnvoll (z.B. Bezug einer Suchtfachperson)?

Ein Ansatz, den bspw. das *Gesundheitscoaching-KHM* vertritt, zielt auf die Entlastung der HausärztInnen durch Schulung der PraxisassistentInnen und -koordinatorInnen, welche die Zusatzaufgabe «Screening hinsichtlich Früherkennung» sowie die Motivationsgespräche übernehmen könnten. Die Abrechnung von psychologischer Beratung ist für ÄrztInnen zwar möglich, jedoch im *TARMED*-Regelwerk zeitlich limitiert. Das Angebot, dass regionale Suchtfachpersonen regelmässig zu bestimmten Zeitfenstern in der Praxis als AnsprechpartnerInnen zur Verfügung stehen (im Sinne einer Stördienstleistung), ist gemäss Stakeholder nur ab einem Mindestanteil PatientInnen mit Suchtproblemen sinnvoll.

Sensibilisierung des Pflegepersonals und Bildungsangebote

Neben Pflegefachpersonen und Fachpersonen Gesundheit arbeiten auch Pflegenden ohne weitergehende Ausbildung in der Betreuung älterer Menschen, weshalb gezielte Sensibilisierung und Fortbildung bei dieser Personengruppe von grosser Bedeutung ist.

¹⁵ www.ponte-net.ch (Bern, Luzern, Solothurn) beispielsweise verweist auf die ärztlichen Netzwerke: www.localmed.ch (Bern), www.aerztenetzluzernland.ch (Luzern Land), www.beodocs.ch (Berner Oberland), <https://aerztenetzwerk-emme.ch> (Solothurn), <https://hareso.ch> (Region Solothurn), <https://mednetbiel-bienne.ch> (Biel), www.noag.ch (Oberaargau), <http://aerztenetzwerk-oe.ch> (Oberes Emmental), www.swissdocs.net (überregionales Netzwerk) (Zugriffe 25.5.2019)

CURAVIVA Bern bspw. bietet eine Reihe von thematischen Kursen für Mitarbeitende in Alters- und Pflegeheimen an¹⁶ und plant derzeit ein Weiterbildungsangebot zur Sensibilisierung der Pflegenden im Bereich «Sucht» (Erkennung der Suchtproblematik, Umgang mit Betroffenen), da die Thematik in der Ausbildung zur Pflegefachperson kaum berücksichtigt sei. Daher wäre gemäss Stakeholder die **Integration der Thematik Früherkennung, Sucht und Umgang mit Betroffenen in bestehende Ausbildungsgänge von Bildungsinstitutionen**¹⁷ interessant. Der Kurs «Lehrgang Gerontologie» von CURAVIVA Schweiz bspw. behandelt auch die Thematik «Sucht im Alter»¹⁸.

Neben der Alkoholthematik sind auch alternde drogenabhängige BewohnerInnen und die damit verbundenen Anforderungen an APH ein Thema – diese Generation mit speziellem Pflegebedarf kommt zunehmend ins Pflegealter.

Für Spitex-Mitarbeitende kann die Thematik via kantonale oder Spitex-Städteverbände in die regulären **Fachtagungen** eingebracht werden. Ferner wird eine Zusammenarbeit mit den bestehenden spezialisierten Fachstellen *Spitex Entwicklung* der Kantone Aargau, Thurgau und St. Gallen als sinnvoll erachtet, welche Entwicklungs- und Umsetzungsaufgaben übernehmen.

Der Verbund der Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich bspw. bietet kostenlose zielgruppenspezifische Schulungen an, mehrheitlich im Rahmen von zwei bis drei Stunden. Dieses Angebot ist für Institutionen attraktiv und kann entsprechend beworben werden. Bei Bedarf werden auch weiterführende Unterstützungsdienstleistungen auf institutioneller Ebene angeboten.

Gemäss Einschätzung der Stakeholder sind Sensibilisierung und Schulung der Mitarbeitenden dann nachhaltig wirksam, wenn die **Erkenntnisse auch in der Organisation (Ebene Leitung) verankert** sind: Wie gestaltet eine Institution die Strukturen und Abläufe, sodass sie «fit für Früherkennung» ist? Wie ist die psychiatrische Spitex mit ihrem grossen Knowhow in die Organisation eingebettet? Wie arbeiten die Spitex-Bereiche zusammen? Die Früherkennung soll sich dabei nicht auf die Alkoholproblematik beschränken, sondern auch **andere heikle oder tabuisierte Themen wie häusliche Gewalt, psychische Erkrankungen u.a. sowie NCD-Themen** (Fehlernährung, fehlende Bewegung u.a.) umfassen. Die Vorteile und der Nutzen eines effizienten Ablaufes in schlanken Strukturen sollen hervorgehoben werden. Wenn «ambulant vor stationär» das angestrebte Ziel ist (auch für Personen mit Zusatzstörungen), sollen sich die Spitex-Betriebe auf den adäquaten Umgang vorbereiten können. Die Einrichtungen können hierbei auf bestehendes, gut aufbereitetes Material zurückgreifen, die entsprechenden Konzepte und Instrumente können entsprechend bekannt gemacht werden.

¹⁶ Mit dem Themendossier «Sucht im Alter» bietet CURAVIVA Schweiz unterstützende Informationen für das Personal in Altersinstitutionen (z.B. zu Charakteristika von Suchtverhalten im Alter, zu Früherkennung und Frühintervention, zu Motivation und Informationsvermittlung, zu Behandlungsaspekten): www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Sucht-im-Alter/PrMaw (Zugriff 15.6.2019)

¹⁷ Mögliche Ausbildungsinstitutionen z.B.: Careum Bildungszentrum CBZ, Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Kanton Zürich ZAG, Berner Bildungszentrum Pflege (HF), BZG Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt, Höhere Fachschule Schaffhausen HFS, BBZ Olten - Höhere Fachschule Pflege Olten, Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales Aarau, XUND Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz

¹⁸ Bildungsangebote CURAVIVA Schweiz: «Lehrgang Gerontologie» www.bildungsangebote.curaviva.ch/de/50_kurse/default.htm?periodeid=-1&datum_von=&datum_bis=&srctypeid=2%3a86&stichwort=&do_search=Suchen&igrpid=2&detailid=106777

Um die Zielgruppe besser zu erreichen, kann eine Ausgabe des **Spitex-Magazins**, die Fachzeitschrift von *Spitex Schweiz*, die Thematik «Sucht im Alter» sowie Früherkennung, Intervention und Handlungsfragen als Fokusthema aufgreifen¹⁹. Ferner kann analog zum Flyer «Die 10 Schritte zur psychischen Gesundheit»²⁰ ein spitex- bzw. APH-spezifischer **Flyer zum Thema «Früherkennung im Bereich Alkohol- und Medikamentenmissbrauch im Alter»** (unter Wahrung der Urheberrechte) erarbeitet und über offizielle Webseiten sowie andere Kanäle verbreitet werden.

Sensibilisierung von Spitex-Mitarbeitenden im Bereich hauswirtschaftliche Dienstleistungen

Gemäss Stakeholder ist die **Schulung von Haushelferinnen** wichtig, welche teilweise über keine Ausbildung verfügen, jedoch oft längere Zeit mit den betreuten Personen verbringen, und dadurch einen Einblick in deren Situation erhalten und ein Vertrauensverhältnis aufbauen können. Ferner gibt es viele ältere Menschen, die bewusst ausschliesslich den Dienst der Haushelferinnen in Anspruch nehmen und nur diese als Gast in ihrer Wohnung akzeptieren. *Spitex Schweiz* akkreditiert Lehrgänge für Haushelferinnen. Die Inhalte richten sich nach dem Konzept «Basiskurs für Haushelfer/-innen» (vom BSV finanziell unterstützt), umfassen aber auch spezifische Themenfelder des Arbeitsalltags. Idealerweise sollten alle Haushelferinnen diesen Kurs durchlaufen, was jedoch nicht der Fall ist – gemäss Stakeholder werden jährlich rund 100 Zertifikate ausgestellt. In der Schulung von HaushelferInnen müssen einerseits die Erwartungen klar formuliert sein (Sensibilisierung, Rückmeldung von auffälligen Beobachtungen, keine Polizistenrolle, kein Suchtstigma, keine Gefährdung der Klientenbeziehung) und entsprechende Gefässe für die Rückmeldungen von Beobachtungen (Veränderungen, Krisenmomente) bereitgestellt werden, was wegen des Kostendrucks nicht immer der Fall sei. Ein eigenes spezifisches Modul für eine niederschwellige Schulung zu «Alkohol im Alter», Sensibilisierung und Umgang wird als sinnvoll erachtet, ebenso Unterlagen mit konkreten Vorschlägen und Checklisten. Hauswirtschaftliche Dienstleistungen werden in gewissen Kantonen von den Spitex-Betrieben weg an private Anbieter ausgelagert, wodurch der wichtige Austausch im Team entfällt.

¹⁹ Im Spitex Magazin 6/2018 beschäftigt sich der Beitrag «Vom komplexen Weg zum ethischen Handeln in der Pflege» im Rahmen des Fokusthemas «Spitex und Ethik» mit der Gradwanderung und Klärung heikler Situationen: Ist es richtig oder falsch, zu handeln oder zu akzeptieren, zu reden oder zu schweigen, Nähe oder Distanz zu wählen, ist eine Situation für die Betreuten würdig oder unwürdig – diese ethischen Herausforderungen und die Klärung der Handlungsfragen sind auch für den Bereich «Alter und Sucht», Früherkennung und Intervention zentral.

²⁰ z.B. www.npg-rsp.ch/de/projekte/10-schritte-fuer-psychische-gesundheit.html: Das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz hat beim Urheber die Werknutzung der Piktogramme erworben. Die Abbilder (teilweise Druckvorlagen) der Piktogramme und darauf beruhender Produkte werden auf Anfrage allen interessierten Netzwerkmitgliedern kostenlos zur Verfügung gestellt (im Bereich Schweiz).

4.2 Schnittstellenmanagement und Kooperation

Schnittstellenmanagement und Zusammenarbeit sind ein zentrales Thema der Qualitätssicherung und werden auch in verschiedenen Strategiepapieren von Alterseinrichtungen aufgegriffen. Der *Fachverband Sucht* hat in seinem Papier «Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer in der Deutschschweiz»²¹ ebenfalls die Notwendigkeit einer besseren Vernetzung der Versorger ausgeführt (Förderung der Vernetzung durch die Kantone, Etablierung regelmässiger kantonaler Vernetzungstreffen). Die Sicherstellung und Verbesserung der Abläufe an Schnittstellen beziehen sich sowohl auf die verschiedenen Berufs- und Funktionsgruppen innerhalb einer Einrichtung (z.B. Zusammenarbeit somatische und Psychiatrie-Spitex, Betreuung und Pflege u.a.) als auch auf innerhalb des Behandlungsnetzes. Vor allem letzteres wurde in den Interviews und Gesprächen thematisiert.

4.2.1 Ergebnisse der Interviews Pflegedienstleitende

Die **Verbesserung der Zusammenarbeit** der verschiedenen Leistungserbringer und eine bessere Vernetzung der vor- bzw. nachbehandelnden Instanzen (insbesondere HausärztInnen, Spitäler, psychiatrische Kliniken) beinhaltet einen frühzeitigen und ausreichenden Informationsaustausch. Ein gutes Austrittsmanagement bei Spitälern hat sich hier als zielführend erwiesen. Als hilfreiches Instrument wurde ferner die *OPAN® Online-Patientenanmeldung* (eine Dienstleistung der Spitex) genannt: Der Pflegebedarf wird in den Kliniken frühzeitig vor Austritt mit allen notwendigen Informationen erfasst und vor Entlassung der einzelnen PatientInnen nochmals aktualisiert. Auf diese Weise können die Übergänge angemessen geplant und «Feuerwehörungen» vermieden werden. Der Einsatz dieser Plattform soll durch zusätzliche Abklärungen ergänzt werden, da offenbar heikle Angaben zu Alkoholkonsum oder zu einem Verdacht auf Konsumprobleme aus verschiedenen Gründen durch *OPAN®* nicht erfasst werden. Eine Abklärung der effektiven Nutzung des Instrumentes bzw. die Förderung einer verbreiteten Nutzung sei zu empfehlen. Auch die Vernetzung durch einen stärkeren Einbezug der regionalen Suchtfachstellen sowohl in Form von Anlaufstellen für Alters- und Pflegeheime und Spitex-Betriebe als auch in Form von niederschweligen **Brückendienst**en (aufsuchende Betreuung, Konsiliardienste) soll verbessert werden. Kantonale Behörden können diese Zusammenarbeit fördern.

Das **Modell der regelmässigen Überprüfung der Medikamentenverordnung** der HausärztInnen durch eine unabhängige, regionale Instanz oder Prüfperson wurde im Rahmen der Fokusgruppengespräche empfohlen: Das Modell wird von der grossen Mehrheit der befragten Alters- und Pflegeheime und Spitex-VertreterInnen als sinnvoll und hilfreich eingestuft, insbesondere bezüglich HausärztInnen mit Selbstdispensation und bezüglich der Medikamentenverordnung generell. Aus den Interviews geht hervor, dass Pflegedienstleitende oft der Ansicht sind, dass zu viele Medikamente

²¹ https://fachverbandsucht.ch/download/486/171107_Empfehlungen_Fachverband_Sucht_Versorgung_alternder_abhaenger_Frauen_und_Manner_def.pdf (undatiert, basierend auf «Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer. Problemanalyse aus Sicht von Fachpersonen der Suchthilfe, des Altersbereichs und der medizinischen Grundversorgung» 2016/2017, Zusammenfassung: https://fachverbandsucht.ch/download/547/Zusammenfassung_Problemlage_Versorgung_alternder_abhngiger_Menschen.pdf)

(z.T. pro Person bis zu 20 und mehr verschiedene Medikamente täglich), zu hoch dosiert und/oder nicht der Situation angemessen eingesetzt werden. Die Gespräche mit den HausärztInnen über eine allfällige Anpassung der Medikamentenverordnung verlaufen gemäss Interviews je nach Hausarzt/Hausärztin sehr kooperativ bis aussichtslos. Es besteht bei den interviewten Alters- und Pflegeheimen und Spitex-Betrieben die Erwartung, dass Fachpersonen mit pharmazeutischem Hintergrund in Gesprächen mit HausärztInnen mehr erreichen als die Pflegenden. In einem berichteten Projekt ist es in interdisziplinärer Zusammenarbeit offenbar gelungen, bei einem namhaften Anteil der BewohnerInnen die Verordnung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln unter Berücksichtigung der Gesamtsituation zu reduzieren. Denkbar ist auch die Einrichtung eines solchen Prüfdienstes innerhalb einer Modelleinrichtung Alters- und Pflegeheim oder Spitex-Betrieb bzw. ein stärkerer Einbezug der Apotheken. Verschiedene Projekte beschäftigen sich bereits mit der Reduktion von verschriebenen Medikamenten (*Smarter Medicine*²²). Aufgrund der Interviews sind eine **Sensibilisierung und Förderung von regelmässigen Medikamenten-Checks** (Überprüfung der Indikation, allfällige Wechselwirkungen bei Polypharmazie und Alkoholkonsum, Möglichkeit von Dosisreduktion oder Alternativen) in geeignetem Rahmen sowie die Förderung der Anwendung geeigneter Online-Tools wünschens- und empfehlenswert.

Zusammenarbeit mit Angehörigen: Angehörige spielen in der Betreuung von älteren Menschen mit problematischem Alkohol- und Medikamentenkonsum eine wesentliche Rolle und können die Arbeit der Pflegenden effektiv unterstützen. Aufgrund unterschiedlicher Haltungen und Vorstellungen von Verantwortung kommt es aber immer wieder auch zu Konflikten in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Angehörigen. Überlegungen zur Förderung einer konstruktiven Zusammenarbeit können zur Verbesserung der Lebensqualität der betreuten Personen beitragen.

Vorschlag: Da sich Angehörige, welche ältere Menschen mit Alkoholproblemen begleiten, von dieser Aufgabe oft überfordert fühlen – dies trifft noch akzentuierter auf Familien mit Migrationshintergrund zu, da Alkoholprobleme in der Familie stärker tabuisiert sind –, soll die Unterstützung der Angehörigen gezielt gefördert werden: Klärung von Wissensfragen zu problematischem Alkoholkonsum, Grenzwerten und Begleitproblemen, um mehr Sicherheit erhalten; stärkere Einbindung der Angehörigen in den Begleitprozess, verbunden mit einer Klärung von Haltungs- und Strategiefragen im Hinblick auf ein gemeinsam getragenes Vorgehen; Vermittlung von Adressen von Alkoholfachstellen für weiterführende Hilfe.

4.2.2 Einschätzung der Stakeholder

Schnittstellenmanagement, Verbesserung der Zusammenarbeit

Für Spitex-Betriebe ist gemäss Stakeholder eine gute Zusammenarbeit mit den HausärztInnen wichtig. Der Zugang ergibt sich zum Beispiel über die **Qualitätszirkel der HausärztInnen**. So war der Aargauische Ärzteverband an der Konzipierung eines entsprechenden kantonalen Modells beteiligt: Der kantonale *Spitex Verband Aargau* bspw. baut derzeit ein Kooperationsmodell auf, im Rahmen dessen die wesentlichen Themen und Anliegen gesammelt, gebündelt und mithilfe der Kanäle der NPO-Spitex regional vernetzt werden. Neben den HausärztInnen wird auch die Zusammenarbeit zu

²² bspw.: www.samw.ch/de/Projekte/Nachhaltiges-Gesundheitssystem/Choosing-wisely.html

anderen Partnern gesucht, so z.B. zu den Gemeinden und Apotheken, sodass eine einheitliche, qualitative und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung zu Hause entsteht, welche flächendeckend ein einheitliches Angebot, klare Strukturen sowie optimierte Prozesse in der Versorgungskette bieten soll.

Auch für die Alters- und Pflegeheime ist die gute Zusammenarbeit mit den HausärztInnen von grosser Bedeutung: Es gibt Heime, in denen die HeimärztInnen für alle Bewohnenden zuständig sind, wenn die Betagten auf die freie Arztwahl verzichtet haben. HausärztInnen mit eigener Praxis können nur zu bestimmten Zeiten ins Heim kommen, was den Austausch mit den Pflegenden erschwert.

Polypharmazie und Prüfmodelle – Smarter Medicine und Choosing Wisley

Polypharmazie – von der WHO (2017) definiert als Langzeiteinnahme von mehr als vier Medikamenten – ist gemäss den Stakeholdern ein relevantes Thema, das zu einer Vielzahl von sichtbaren, unerwünschten Folgen für die PatientInnen führen kann. In verschiedenen Studien wurden die Folgen von Polypharmazie in Pflegeheimen untersucht (erhöhtes Risiko für Medikamenteninteraktion, vermeidbare Nebenwirkungen, Sturzgefahr, Spitaleinweisungen). Aufgrund von systematischen Literaturreviews konnten verschiedene Interventionen zur Reduktion von Polypharmazie hinsichtlich Wirksamkeit identifiziert werden: Medikamentenanalysen, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Personalschulung und computergestützte Entscheidungshilfen werden als sinnvoll eingestuft. Mehrere (ältere) Beispiele aus der Schweiz illustrieren die unterschiedlichen Versuche in diesem Bereich (Pharmazeutische Betreuung und Medikationsanalyse in Pflegeheimen/ Kanton Jura, 2007-2009; Pharmazeutisches Betreuungsmodell und interprofessionelle Zusammenarbeit in Pflegeheimen/ Kanton Fribourg, 2002; Qualitätszirkel Ärzte-Apotheker/ Kanton Fribourg, 2010)²³.

CURAVIVA Schweiz hat ein Faktenblatt zu «Medikamentenversorgung in Pflegeheimen» (2017) veröffentlicht, welches neben Informationen zu Verordnung und Verschreibung, Umgang mit Medikamenten durch Pflegenden auch Angaben zu aktuellen Forschungs- und Umsetzungsprojekten zu potenziell inadäquater Medikation in der Schweiz umfasst²⁴. Eine laufende SNF-Studie in Genf und Lausanne zur «Optimierung der Medikation in Alters- und Pflegeheimen»²⁵ entwickelt und prüft berufsübergreifende Verfahren für die Optimierung der Medikation von BewohnerInnen in Alters- und Pflegeheimen. Die Verfahren sollen auch auf andere Bereiche wie Spitalaustritt oder Betreuung zu Hause übertragbar sein.

Die Idee einer externen Prüfperson im Sinne einer Zweitmeinung zur Medikamentenliste wird begrüsst. Da die Haus- und HeimärztInnenschaft je nach Region sehr heterogen ist, können die Mo-

²³ Niederhauser A & Bezzola P (2015), progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen. Übersicht zum Thema Polypharmazie und potenziell inadäquate Medikation. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz. www.patientsicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/progress_sichere_med._pflegeheime/progress_smp_d/8_Grundlagen_SM_in_Pflegeheimen_20151110.pdf

²⁴ CURAVIVA Schweiz (Hg, 2017), Faktenblatt «Medikamentenversorgung in Pflegeheimen». Bern: CURAVIVA Schweiz. www.curaviva.ch/files/KON3GUQ/2017_08_18_faktenblatt_medikamentenversorgung.pdf

²⁵ Optimierung der Medikation in Alters- und Pflegeheimen, Oliver Bugnon: www.nfp74.ch/de/projekte/stationaere-versorgung/projekt-bugnon (Zugriff: 25.5.2019)

delle angepasst werden: Vier-Augen-Prinzip durch KollegInnen, Prüfung durch eine Apotheke, Prüfung durch externe Fachpersonen, aber auch durch den Einsatz von Guidelines²⁶ zur Medikationssicherheit oder eines entsprechenden Prüftools²⁷. Die Überprüfung kann kontinuierlich periodisch erfolgen (z.B. alle drei Monate) oder als zeitlich beschränkte Sensibilisierungsphase für unsichere ÄrztInnen. Ferner verringern Systeme wie bspw. *Medifilm*[®] (patientenindividualisierte Medikamenten-Verblisterung) eine Fehlerquelle im Prozess. Als wichtig wird zudem erachtet, dass die Perspektive der Pflegenden im Klärungsprozess ebenfalls berücksichtigt wird: Pflegende wünschten sich teilweise Medikamente für BewohnerInnen, die sehr auffällig oder unruhig seien, dann werde jedoch u.U. vergessen, die Medikamente zu einem späteren Zeitpunkt wieder abzusetzen.

Die Thematik **Wechselwirkung zwischen Medikamenten und Alkohol** kann gemäss Stakeholder in den Bereich Polypharmazie integriert werden, wodurch der stigmatisierende Charakter von übermässigem Alkoholkonsum abgeschwächt wird, weil der Fokus auf den Nebenwirkungen liegt (z.B. verstärkter Schwindel durch kombinierten Konsum, Erhöhung der Sturzgefahr) und PatientInnen im Gespräch besser erreicht werden können. Früherkennung soll in diesem Zusammenhang gesichert werden. Richtlinien der *Smarter Medicine* im Bereich Geriatrie halten bereit fest, dass Benzodiazepine oder andere sedativ-hypnotische Medikamente nicht als Mittel erster Wahl gegen Schlaflosigkeit, Unruhezuständen oder Verwirrtheit eingesetzt werden sollen. Z-Medikamente sind unter «andere sedativ-hypnotische Arzneien» subsumiert²⁸: Das Abhängigkeitspotenzial von Z-Medikamenten entspricht weitgehend demjenigen von Benzodiazepinen.

Ein Hinweis vonseiten der Stakeholder bezieht sich auf schwierige **strukturelle Rahmenbedingungen**, die einen angemessenen Umgang mit Medikation erschweren: z.B. reduziertes Personal während der kritischen Nachtzeit, frühe Ruhezeiten unabhängig von persönlichen Rhythmen der BewohnerInnen u.a. Der *Fachverband Sucht* führt in seinen «Empfehlungen zur optimalen Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer in der Deutschschweiz»²⁹ ebenfalls (weitergefasst) aus, dass gewisse strukturelle Rahmenbedingungen Versorger oft darin behindern, Lösungen zur angemessenen Versorgung der Zielgruppe aufzubauen, und formuliert hierzu eine Reihe von Empfehlungen (z.B. Identifikation struktureller Hindernisse in Zusammenarbeit zwischen Versorgern, Gemeinden, Kantonen und Bund; gemeinsame Erarbeitung von Strategien und Leitlinien zum Thema «Sucht im Alter» u.a.).

²⁶ z.B. PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen, Beers-Kriterien, Medication Appropriateness Index MAI (Leitfragen zur Medikamentenbewertung), FORTA-Liste (fit fort the aged), GPGP – Good Palliative Geriatric Practice (Adaption durch das Institut für Hausarztmedizin in Zürich); STOPP/START-Toolkit (basierend auf häufigen Verordnungsszenarien bei älteren Menschen); STOPP Screening Tool of Older Person's Prescriptions, START Screening Tool to alert doctors to right treatment

²⁷ z.B. mediQ – Einschätzung des Interaktions-Risikos bei Polypharmazie (Online-Check von Kombinationen mit Substanzen, Medikamenten und Genetik)

²⁸ www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/stationaere-allgemeine-innere-medizin.html; Z-Medikamente bezeichnen eine Klasse von Schlafmitteln (Nicht-Benzodiazepin-Agonisten), welche die Wirkstoffe Zaleplon, Zolpidem und Zopiclon enthalten. (Zugriff: 25.5.2019)

²⁹ https://fachverbandsucht.ch/download/486/171107_Empfehlungen_Fachverband_Sucht_Versorgung_alternder_abhaenger_Frauen_und_Manner_def.pdf (undatiert, basierend auf «Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer. Problemanalyse aus Sicht von Fachpersonen der Suchthilfe, des Altersbereichs und der medizinischen Grundversorgung» 2016/2017 (Zugriff: 25.5.2019)

Zusammenarbeit mit Angehörigen

Den Angehörigen kommt sowohl in den Interviews mit den Pflegedienstleitenden als auch in den Stakeholder-Gesprächen eine wichtige Rolle zu. Die Selbstbestimmung der älteren Menschen werde teilweise sehr stark durch die Angehörigen und deren Haltung mitbestimmt. Angehörige können eine wertvolle Ressource sein, die Zusammenarbeit kann sich aber auch schwierig gestalten, wenn Angehörige bspw. Alkohol für die älteren Menschen besorgen oder vor den Pflegenden verstecken. Dies ist v.a. im ambulanten Betreuungssetting schwierig zu kontrollieren und begleiten. Die medizinischen Stakeholder stehen der Idee «Angehörige als Früherkennungs-Agenten» eher skeptisch gegenüber. Im HeimärztlInnenzirkel wurde aber der Wunsch nach vermehrten Freiwilligeneinsätzen (z.B. durch geschulte Laien) geäußert, die das Versorgungssystem entlasten können.

4.3 Assessmentsysteme und kassenpflichtige Leistungen

4.3.1 Ergebnisse der Interviews Pflegedienstleitende

Integration der Alkohol- und Medikamententhematik in die Assessmentsysteme für den Bereich der stationären Alterspflege, analog zu *RAI Home Care (HC)* für die Spitex-Betriebe: Im Gegensatz zu *RAI HC* enthalten die Assessmentsysteme für Heime (*RAI Nursing Home*) keine Fragen (mehr) zum Thema Alkoholkonsum. Durch die Integration von wenigen Kernfragen zu Konsumverhalten und Auffälligkeit würde die Thematik standardmässig mit den Betroffenen im Rahmen des Aufnahme-prozederes in stationären Betrieben aufgegriffen. Die Kenntnisse würden in der Pflegeplanung und im Pflegeprozess frühzeitig berücksichtigt und zu frühzeitigem Handeln führen können. Die Integration der Thematik Alkohol (und Sucht allgemein) in *RAI-NH* wurde von den befragten Pflegenden mehrheitlich befürwortet. Leistungen, die nicht den KVG-Pflegeleistungen entsprechen, können jedoch nicht ohne Zustimmung der Krankenkassen in die Assessmentsysteme aufgenommen werden. Ferner hat die zuständige Firma für *RAI Home Care* in der Schweiz auch auf mehrfache Email-Anfragen und Anrufe des FFF-Projektteams leider nicht reagiert. Daher scheint eine Diskussion und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen in diesem Bereich vorerst wenig erfolgversprechend.

Insbesondere die **Erweiterung des Bereiches Leistungen bzw. Leistungserfassung** (durchgeführte Pflegemassnahmen) durch Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Betreuung von alkoholbelasteten Personen mit entsprechender Verrechnung als krankenkassenpflichtige Leistung würden den pflegenden Einrichtungen eine zielführende Betreuung ermöglichen. Bisher gilt eine Reihe von unterstützenden Tätigkeiten für Personen mit Alkoholproblemen (insbesondere bei niedriger Pflegestufe, Abklärungen mit vorbehandelnden Institutionen u.a.) als nicht-verrechenbarer Aufwand, was zur Folge haben kann, dass fachlich sinnvolle Interventionen teilweise nicht durchgeführt werden.

4.3.2 Einschätzung Stakeholder

Ein wiederkehrendes Thema ist die begrenzte Finanzierung bzw. die **Pflegefinanzierung** generell, wenn insbesondere Spitex-Betriebe weiterführende Dienstleistungen anbieten und ausführen –

auch wenn dies immer noch die kostengünstigere Variante gegenüber einem stationären Aufenthalt ist –, welche aufgrund der Neuregelung der Pflegefinanzierung zu Restkosten für die öffentliche Hand (Gemeinden und Kanton) führen. Weil Spitäler heute ihre PatientInnen teilweise immer früher entlassen, steigen die Anforderungen an die Spitex-Betreuung, was zusätzliche Ressourcen bindet, wie auch in den Interviews mit Pflegedienstleitenden berichtet wurde. Im Zusammenhang mit problematischem Alkoholkonsum stellt sich rasch die Finanzierungsfrage, weil zusätzliche Tätigkeiten (Abklärungen, Gespräche, Austausch) als nicht-verrechenbarer Aufwand gelten.

4.4 Drei geeignete Hauptmassnahmen zur breiteren Implementierung

Folgende drei Hauptmassnahmen wurden in diesem Projekt mit hoher Akzeptanz und Relevanz versehen und eignen sich für die Umsetzung in den drei Zielgruppenbereichen (ärztliche Qualitätszirkel, Alters- und Pflegeheime, Spitex-Betriebe), als ein weiterer Schritt, Früherkennung und Frühintervention bei älteren Menschen mit problematischem Alkoholkonsum zu fördern. Ein detailliertes Implementierungsprozedere ist erstellt und liegt in Form eines Gesuches für ein Folgeprojekt vor. Hier werden die wichtigsten Elemente zusammengefasst.

4.4.1 Massgeschneiderte Schulungen in ärztlichen Qualitätszirkeln

HausärztInnen spielen in der Früherkennung eine zentrale Rolle: Sie pflegen oft eine langjährige Beziehung zu ihren PatientInnen, sind daher nicht selten mehr als nur Grundversorger und übernehmen als Vertrauensperson eine besondere Verantwortung. Die Qualitätszirkel haben sich als geeignetes Gefäss für Sensibilisierung und Schulung von Haus- und HeimärztInnen (oft zugleich auch HausärztInnen) erwiesen.

Mit ausgewählten Qualitätszirkeln für Haus- und HeimärztInnen sollen partizipativ auf deren Bedürfnisse ausgerichtete Bildungs- und Interventionselemente (insbesondere Kurzinterventionen) entwickelt werden. Die Schulung soll in zwei bis sechs Sitzungen à zwei Stunden über eine Laufzeit von ca. sechs Monaten durchgeführt werden. Durch die Bestimmung eines Thementrägers pro Qualitätszirkel kann die Thematik zusätzlich verankert werden. Folgende Themenfelder wurden in der vorliegenden Studie als für Haus- und HeimärztInnen relevant genannt:

- Grundlagenwissen zu Alkohol, «Alter und Sucht», Begleiterkrankungen sowie grundsätzliche Sensibilisierung für die Thematik «Alkohol im Alter»
- kurze Schulungseinheiten zu Kurzintervention (praxisorientierte Übungen mit Fallvignetten)
- Kenntnis und einfacher Zugang zu bewährten (Online-)Tools zu Früherkennung und Frühintervention
- bessere, angemessenere Balance zwischen Fürsorge/ Förderung der Lebensqualität und Selbstbestimmungsrecht der älteren Menschen bzw. BewohnerInnen im Altersheim
- Schadensminderung durch kontrollierte Alkoholabgabe an abhängige Personen (Altersheim)
- Thema «Polymedikation» (insbesondere Benzodiazepine und Z-Medikamente) sowie die Wechselwirkung von Alkohol und Medikamenten, Sensibilisierung für die Notwendigkeit einer regelmässigen Überprüfung der Medikamentenverordnungen (*Smarter Medicine*). Die tabuisierte Alkoholthematik kann bei den betroffenen älteren Menschen einfacher über die indirekte Argumentation «negative Nebenwirkungen von Mischkonsum» angesprochen werden (z.B. Sturzgefahr).

- aufsuchende Beratung und Betreuung durch Suchtfachstellen («Brückendienst») als niederschwelliges Angebot und unterstützende Begleitung und Einbindung der Betroffenen sowie ggf. mehr Einsatz von geschulten Freiwilligen (z.B. Blaues Kreuz, IOGT/Internationale Organisation der Guttempler)
- Suchtfachstellen oder bestehende Angebote wie z.B. FOSUMIS (Forum Suchtmedizin Innerschweiz³⁰) als unkomplizierte Anlaufstellen für Haus- und HeimärztInnen zu rascher Klärung von Fragen und als Empfehlung für Betroffene und deren Angehörige

Das Angebot soll mit Unterstützung der *FMH* und kantonalen Ärztesgesellschaften verankert werden.

4.4.2 Integriertes Konzept für Früherkennung und Frühintervention in Alters- und Pflegeheimen

Alters- und Pflegeheime bieten aufgrund des stationären Settings eine ganzheitliche Betreuung von älteren Menschen an und können die BewohnerInnen in der Aufrechterhaltung ihrer Selbstständigkeit begleiten und unterstützen. Vor diesem Hintergrund soll in Alters- und Pflegeheimen partizipativ ein auf die Bedürfnisse der Institution zugeschnittenes Konzept zur Früherkennung und Frühintervention erarbeitet und in die bestehende Struktur integriert werden³¹. Die Heime werden anschliessend im Sinne von Best Practice-Modellen beworben, was für diese wiederum einen interessanten Imagegewinn darstellen kann.

Das Vorgehen bei der Konzipierung und Implementierung orientiert sich dabei u.a. an der 5-Phasen-Planung der betrieblichen Umsetzung gemäss den Ausführungen auf alterundsucht.ch. Das Konzept fokussiert auf die Früherkennung als das frühzeitige Wahrnehmen von Anzeichen, die auf eine risikohafte Entwicklung des Trinkverhaltens oder Medikamentenkonsums hindeuten, verbunden mit dem Erkennen von Belastungsfaktoren wie Übergangsphasen, gesundheitliche und psychische Probleme, Angst vor Pflegebedürftigkeit, Verlust des sozialen Netzwerkes u.ä. Zwecks Verankerung wird das Konzept ins Heimkonzept integriert.

Die Pflegenden werden im Rahmen eines halbtägigen Schulungsmoduls sensibilisiert und fortgebildet (Grundlagen der Früherkennung, Klärung von Handlungsfragen, situationsabhängige Interventionsansätze und Handlungsanleitungen etc.), wodurch ihre Handlungssicherheit erhöht wird. Durch die Bestimmung von ThementrägerInnen und regelmässige Standortbestimmungen hinsichtlich der Umsetzung von Früherkennung und Frühintervention wird eine nachhaltige Nutzung angestrebt.

³⁰ Das übergeordnete Ziel von FOSUMIS (Forum Suchtmedizin Innerschweiz) ist eine Verbesserung der suchtmmedizinischen Versorgung in der Innerschweiz. U.a. bietet FOSUMIS suchtspezifische Fortbildungsangebote, führt ein internetbasiertes Nachschlagewerk und einen Email-Auskunftsdienst (Helpline): www.fosumis.ch. Das analoge Angebot für die Ostschweiz ist FOSUMOS, ebenfalls mit Email-Auskunftsdienst: www.fosumos.ch bzw. neu: <https://praxis-suchtmedizin.ch>

³¹ CURAVIVA Schweiz bietet u.a. Beratung für Institutionen, welche eine Inhouse-Weiterbildung planen, und die Durchführung von Inhouse-Weiterbildungen vor Ort an (z.B. zu Demenz, Palliative Care): www.weiterbildung.curaviva.ch/files/BNEHL6P/i_pflege_und_betreuung_.pdf

Möglichkeiten und Massnahmen für eine breitere Nutzung dieses Angebotes sollen mit den relevanten Stakeholdern (Heimverbände) diskutiert werden.

4.4.3 Spezialmodul zur Früherkennung und Frühintervention für Haushelferinnen und massgeschneiderte Schulungen für Pflegende in Spitex-Betrieben

Das Angebot der Spitex (Pflege, Hauswirtschaft) erreicht ältere Menschen in ihrem vertrauten Umfeld. Oft sind es Pflegende der somatischen Spitex (*FaGe*) oder die Haushelferinnen – viele ältere Menschen nehmen bewusst ausschliesslich nur hauswirtschaftliche Dienstleistungen in Anspruch – , die relativ früh mit der Situation der älteren Menschen in Kontakt kommen. Im Gegensatz zur Psychiatrie-Spitex, die zwar in psychiatrischen Belangen kompetent ist, aber teilweise bei der Klientele auf Ablehnung stösst oder erst spät zum Einsatz kommt, können somatisch Pflegende und Haushelferinnen (Schlüsselpersonen) eine unverfängliche Vertrauensbeziehung aufbauen. Wenn «ambulant vor stationär» das angestrebte Ziel ist (auch für betreute Personen mit Zusatzstörungen), ist es sinnvoll, dass Pflegende von Spitex-Betrieben bezüglich Früherkennung und Frühintervention entsprechend geschult und unterstützt werden.

Ein Zusatzmodul «Früherkennung und Frühintervention Alkohol im Alter» für die Zielgruppe der **Haushelferinnen** soll in Zusammenarbeit mit zwei Haushelferinnen entwickelt und in bestehende Programme von Bildungseinrichtungen integriert werden. Der Inhalt umfasst eine Sensibilisierung für den Umstand, dass «Alkohol im Alter» ein Problem darstellen kann. Weitere Themen können sein: basale Wissensvermittlung, Klärung von Rollen und Handlungsfragen (keine Stigmatisierung, keine Gefährdung der Klientenbeziehung durch unangemessene Äusserungen oder Interventionen, keine Gefahreinschätzung, sondern Rückmeldung von Auffälligkeiten an fallführende Pflegende u.a.) und Hilfestellungen zur einfachen Gesprächsführung. Die Schulung muss zwingend auf konkreten Beispielen basieren und am Praxisalltag der Haushelferinnen ausgerichtet sein. Die Spitex-Betriebe sollen proaktiv motiviert werden, ihre Haushelferinnen auf dieses Angebot hinzuweisen und den Besuch des Moduls zu fördern.

In **Spitex-Betrieben**, die bisher noch keine Schulung zum Thema «Früherkennung und Frühintervention» durchgeführt haben, soll ein Schulungsmodul partizipativ entwickelt werden. Das spezifische Anliegen der Spitex-Betriebe für das Schulungsmodul (Inhalt, Zielgruppe, Umgang) wird geklärt, die Grundlagen werden aufgrund bestehender, bewährter Materialien und Instrumente auf die Bedürfnisse der Organisationen zugeschnitten erstellt, ggf. in Zusammenarbeit mit der lokalen Suchtberatungsstelle. Mögliche Themen können sein: Sensibilisierung für «Alter und Alkohol/ Medikamente» sowie Auswirkungen von Mischkonsum, Klärung der Bedeutung von Früherkennung für die Lebensqualität im Alter, Spannungsfelder und Klärung von Handlungsfragen (Selbstbestimmung der älteren Menschen versus Fürsorgeauftrag), Umgang in Problemsituationen (Beobachtung, Rückmeldung, Einbindung in organisatorische Abläufe und Strukturen). Die Schulung umfasst je nach Bedürfnis der Einrichtung einen halben oder ganzen Tag sowie mehrere Folgesitzungen zur Reflexion der Erfahrungen.

Bei der Implementierung der Massnahmen ist es absolut zentral, dass sie **niederschwellig und praktikabel** (einfach und praxisnah) sind und der Ressourcenlage der Einrichtung entsprechen, da der

Initialaufwand, den die Auseinandersetzung mit Früherkennung und Frühintervention zu Beginn mit sich bringt, bei grosser Arbeitsbelastung der Fachpersonen und geringen Ressourcen der Institution eine der grössten **Barrieren für die Umsetzung** darstellt. Dies ist u.a. auch ein Grund dafür, dass die seit vielen Jahren guten, erprobten Leitfäden und Instrumente zum Thema «Alter und Alkohol» zwar vorliegen, aber bisher zu wenig angewendet werden. Eine proaktive Begleitung bei der Implementierung der Massnahmen ist nötig.

5 Anhang

5.1 ExpertInnen der Fokus-Gruppen, Qualitätszirkel Haus- und HeimärztInnen und Stakeholder-Gespräche

Folgende Fachpersonen haben sich an den Fokus-Gruppen beteiligt (in alphabetischer Reihenfolge der Kantone und ExpertInnen):

AG	Dubravac Branika (pfl egimuri)
AG	Ridinger Monika (psychiatrisch-psychotherap. Praxis; vormals Forel Klinik und PDAG)
AG	Steiger Barbara (Spitex-Verband AG; Stakeholder)
BE	Keller Peter (Curaviva Bern; Stakeholder)
BE	Kläui Heinrich (Haus- und Heimarzt Burgerspittel Bern; Stakeholder)
BE	Ledermann Bulti Ursula (Spitex Schweiz; Stakeholder)
BE	Steffen Barbara (Zentrum Schönberg in Bern)
LU	Hedinger Barbara (Spitex Stadt Luzern)
LU	Meyer Christina (Akzent Prävention und Suchttherapie; Stakeholder)
SO	Hufschmid Urs (Altersheim St. Martin in Olten)
SZ	Näf Heinz (Alters- und Pflegeheim Biberzelten in Lachen)
TG	Bachmann Maggie (Spitex Thurgau Nordwest)
TG	Zeller Franziska (Fachstelle Spitex-Entwicklung, Spitex-Verband Thurgau)
ZG	Halter Judith (Suchtberatung Zug)
ZH	Neuner-Jehle Stefan (Institut für Hausarztmedizin Universität Zürich; Stakeholder)
ZH	Rohrer Gina (Spitex rechtes Limmattal)

Drei ExpertInnen mussten ihre Teilnahme an den Fokus-Gruppen kurzfristig absagen und konnten nicht ersetzt werden.

Mit Heim- und HausärztInnen wurde im Rahmen der Qualitätszirkel-Sitzungen Gespräche geführt:

BE	ein Qualitätszirkel HeimärztInnen (17 Teilnehmende)
	ein Qualitätszirkel HausärztInnen (9 Teilnehmende)

5.2 Teilnehmende Institutionen

Kanton	Spitex-Betriebe	Alters- und Pflegeheime
AG	3	2
BE	-	6
GR	4	1
LU	2	1
SG	3	2
SO	1	2
TG	1	1
ZH	1	1
Total	15	16

5.3 Medienberichterstattung

Das Projekt «Fit für Früherkennung und Frühintervention» stiess bereits vor Abschluss der Studie auf Interesse von Medienschaffenden.

Tagesanzeiger, 22. Februar 2019: Trinkende Senioren bringen Altersheime an ihre Grenzen.

www.tagesanzeiger.ch/zuerich/stadt/Trinkende-Senioren-bringen-Altersheime-an-ihre-Grenzen/story/28315240 (Artikel kostenpflichtig)

SRF Puls, 15. April 2019: Benzodiazepine – Zu einfache Lösungen für komplexe Probleme.

www.srf.ch/news/schweiz/tueckische-beruhigungsmittel-die-haelfte-bleibt-am-benzo-haengen

RTS, La Matinale, 18. April 2019: La consommation problématique d'alcool dans les EMS préoccupe le monde de la santé. www.rts.ch/play/radio/la-matinale/audio/la-consommation-problematique-dalcool-dans-les-ems-preoccupe-le-monde-de-la-sante?id=10357304

5.4 Bibliographie und Internetquellen

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (Hg, 2010), Resident Assessment Instrument - Home Care (RAI HC 2.0). Arbeitshilfen zu den Abklärungshilfen – CAPs. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Sanitätsdirektion. 2. Auflage Oktober 2010. www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/12638757_142418678/2f83a3d7/Abkl%C3%A4rungshilfe_2010_WEB.pdf

Bugnon O (laufendes Projekt), Optimierung der Medikation in Alters- und Pflegeheimen. NFP 74, Projekt 6. www.nfp74.ch/de/projekte/stationaere-versorgung/projekt-bugnon (Zugriff 25.5.2019)

Bundesamt für Gesundheit (Hg, 2013), Nationales Programm Alkohol 2013 - 2016. Bern: BAG. www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-zur-alkoholpraevention/alkoholpolitik/nationales-programm-alkohol-2008-2016.html (Zugriff 14.3.2019)

Bundesamt für Statistik BFS (Hg, 2018), Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Übersicht. Korrigierte Version 10.12.2018. Bern: BFS. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.as-setdetail.6426300.html

CURAVIVA Schweiz (Hg, 2015), Alterspsychiatrie. Themendossier. Bern: Curaviva Schweiz. www.curaviva.ch/files/R2ZY1OW/td_med_u_therap_versorgung_alterspsychiatrie.pdf

CURAVIVA Schweiz (Hg, 2015), Medizinische und therapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeinstitutionen. Themendossier. Bern: CURAVIVA Schweiz. www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Medizinische-und-therapeutische-Versorgung/opLO3CWp/PQBbv

CURAVIVA Schweiz (Hg, 2017), Faktenblatt «Medikamentenversorgung in Pflegeheimen». Bern: CURAVIVA Schweiz. www.curaviva.ch/files/KON3GUQ/2017_08_18_faktenblatt_medikamentenversorgung.pdf

Deutsche Seniorenliga e.V. (undatiert), FORTA-Liste. Fit fort the Aged. Initiatoren der FORTA-Liste Wehling M & Burkhardt H. Bonn: Deutsche Seniorenliga e.V. www.medikamente-im-alter.de/medikamente-im-alter/forta-liste.html (Zugriff 25.5.2019)

Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen EKAL (2018), Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum – 2018. Bern: EKAL. www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/alkohol/ekal/orientierungshilfe-alkoholkonsum.pdf.download.pdf/2-d-2015-orientierungshilfe-langversion.pdf

Fachverband Sucht (Hg), undatiert, Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer in der Deutschschweiz. Zürich: Fachverband Sucht. https://fachverbandsucht.ch/download/486/171107_Empfehlungen_Fachverband_Sucht_Versorgung_alternder_abhangiger_Frauen_und_Manner_def.pdf (Zugriff 25.5.2019)

Fachverband Sucht (Hg, 2019), Konzept: Genuss, Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit in Alterszentren. Zürich: Fachverband Sucht. https://fachverbandsucht.ch/download/774/Konzept_Genuss_Suchtmittelkonsum_in_Alterszentren.pdf (Zugriff 25.5.2019)

Forel Klinik (Hg, undatiert), Ethische und Versorgungsaspekte bei Altersalkoholismus. Einstellungen zu Alkoholproblemen und zum Umgang mit ihnen in Altersheimen. Ellikon: Forel Klinik. www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/studien/alkohol_im_altersheim.pdf (Zugriff 25.5.2019)

Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J & O'Mahony D (2008), STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics. 2008, 46(2): 72-83. <https://doi.org/10.5414/cpp46072>

Gebhardt M (2013), Spitex-Versorgung der Stadt Zürich. Strategie 2022. Zürich: Städtische Gesundheitsdienste. www.spitex-zuerich.ch/fileadmin/customer/Download-Dokumente/Spitex_allgemein/Spitex-Strategie_2022.pdf

Gmel G, Marmet S, Maffli E & Notari L (2018), Soziodemografische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweise. Lausanne: Sucht Schweiz. www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_g.;_marmet_s.;_maffli_e.;_notari_l._3rheupfcp873.pdf

Gmel G, Notari L & Gmel C (2018), Suchtmonitoring Schweiz - Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz. www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_71v9o15upqx8.pdf

Holt S, Schmiedl S & Thürmann PA (2010), Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen. Die PRISCUS-Liste. Deutsches Ärzteblatt International, 2010, 107(31-32); 543-51. www.aerzteblatt.de/archiv/77776/Potenziell-inadaequate-Medikation-fuer-aeltere-Menschen

Hovat N & Hersberger K (2015), Explicit and implicit checklists and possible tools supporting the execution of a medication review. PCNE 9th Working Conference 5. Feb. 2015, Mechelen (BE). www.pcne.org/upload/files/100_2015_Workshop_1_Intro-2.pdf

infodrog (Hg, 2018), Kurzintervention Ärzteschaft. Durchführung von Fortbildungen zu Kurzintervention und Motivierender Gesprächsführung für Ärztinnen und Ärzte 1. September 2015 – 31. Oktober 2017, Schlussbericht, Bern: infodrog. www.infodrog.ch/files/content/kurzintervention/2018-03_schlussbericht-kurzintervention-aerzteschaft_def.pdf

infodrog (Hg, undatiert), alterundsucht.ch – Eine Wissensplattform für ältere Menschen, für Angehörige und für Fachleute, die ältere Menschen betreuen, begleiten oder beraten. Ein Projekt von Infodrog in Kooperation mit ZFPS und Sucht Schweiz. www.alterundsucht.ch (Zugriff: 25.5.2019)

interface (Hg, 2014), Evaluation Sensor – erkennen und handeln, Frühintervention bei Suchtgefährdung im Alter. Schlussbericht zuhanden von Akzent Prävention und Suchttherapie. Luzern: Interface. www.interface-pol.ch/app/uploads/2018/09/Be_Sucht_im-Alter_Akzent_Lu.pdf

Kessler D, Salis Gross C, Koller S & Haug S (2012), Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz. Zürich: ISGF. www.zora.uzh.ch/id/eprint/64924/1/Bericht_Alkohol_im_Alter_2012-1.pdf

mediQ – Einschätzung des Interaktions-Risikos bei Polypharmazie. https://mediq.ch/welcome_public (Zugriff: 25.5.2019)

medix (Hg, 2015), Guideline Medikamentensicherheit. Autoren Peter C, Senn O, Huber F & Beise U. www.medix.ch/media/guideline_medikationssicherheit_2015.pdf (Zugriff: 16.6.2019)

- Meyer-Nikolic VA, Hersperger M & Herren D (2012), Fehlerhafte Medikamentenverordnung. Schweizerische Ärztezeitung, 2012; 93:44. www.fmh.ch/files/pdf8/GLP_Fehlerquelle_Medikamentenverordnung_SAEZ_44.pdf
- Millner WR & Rollnick S (2015), Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing. 3. Auflage des Standardwerkes in Deutsch. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Niederhauser A, Brühwiler L, Fishman L & Schwappach D (2018), Nationales Programm progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen. Ergebnisse der Online-Befragung. Datenbericht. Zürich: Patientensicherheit Schweiz. www.patientsicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/progress_sichere_med_pflegeheime/progress_smp_d/7_Datenbericht_SMP_2018_01_11_Dt.pdf
- Neuner-Jehle S, Krones T & Senn C (2014), Systematisches Weglassen verschriebener Medikamente ist bei polymorbiden Hausarztpatienten akzeptiert und machbar. Praxis, 103(6):317-322. DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001591>
- Notari L & Delgrande Jordan M (2012), La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés. Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007. Lausanne: Addition Suisse (rapport de recherche No 59). www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/RR_59.pdf
- Oetterli M, Köchki H, Meyer Ch. & Rölli R (2014), Evaluation Sensor – erkennen und handeln, Frühintervention bei Suchtgefährdung im Alter. Schlussbericht zuhanden von Akzent Prävention und Suchttherapie. Luzern: Interface. www.interface-pol.ch/projekte/evaluation-des-projekts-sensor-erkennen-und-handeln
- Prax K, Zahra A, Friedland K & Smollich M (2016), Aktuelles Update der Beers-Kriterien: Deutsche Übersetzung und Adaption an den deutschen Arzneimittelmarkt. Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten 2016(10):406-420.
- PRISCUS & Universität Witten-Heidecke (Hg, 2011), PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. Autoren: Holt s, Schmiedl S & Thürmann PA. http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf
- Rissip GmbH. Zielorientierte Kommunikation in der Pflege. Onlinekurs. www.rissip.com/shop/online_courses/spitex-zielorientierte-kommunikation-pflege.html (Zugriff 25.5.2019)
- Salis Gross C & Haug S (2013), Alkohol im Alter: Erfahrungen und Good Practices. Suchtmagazin 2:22-24. www.zora.uzh.ch/id/eprint/85803/1/CS_SH_SuMa_2_13.pdf
- Schnoz D, Salis Gross C, Grubenmann D & Uchtenhagen A (2006), Alter und Sucht - Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Im Auftrag der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM), Zürich: ISGF (Bericht 221). www.zora.uzh.ch/id/eprint/151065/1/Schnoz_Salis_Gross_et_al_2006_-_Alter_und_Sucht.pdf
- Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Meylan L, Monod S, Junod A, Büla C & Santos-Eggimann B (2012), Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation des personnes âgées. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. www.iump.ch/Publications/pdf/rds191_fr.pdf
- Soom Ammann E & Salis Gross C (2011), Alt und schwer erreichbar: „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“ bei benachteiligten Gruppen. München: Akademische Verlagsgemeinschaft AVM. www.researchgate.net/publication/278748226_Alt_und_schwer_erreichbar_Best_Practice_Gesundheitsforderung_im_Alter_bei_benachteiligten_Groupen
- Spectra, Gesundheitsförderung und Prävention (Hg, 2015), «Wir dürfen nicht davon ausgehen, dass sich ältere Menschen nicht mehr verändern wollen.» Interview mit Barbara Hedinger und Christina Meyer. Ausgabe 12. Mai 2015. www.spectra-online.ch/spectra/themen/lwir-duerfen-nicht-davon-ausgehen-dass-sich-aeltere-menschen-nicht-mehr-veraendern-wollen-r-419-10.htm
- Universität Bern (2016), CliniSurf – Kommunikationstraining. Motivierende Gesprächsführung. <http://e-learning.studmed.unibe.ch/clinisurf/htmls/carpet.html?clinisurf|commtrain|year4|mg> (Zugriff: 25.5.2019)

Vettori A, von Stoklar T, Petry Ch, Britt D, Gattinger H & Saxer S (2017), Mindestanforderungen für Pflegebedarfserfassungssysteme. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, INFRAS Zürich & IPW-FHS St. Gallen. www.infras.ch/media/filer_public/32/8c/328cd5ec-af19-4b41-ab8c-31119b51a440/mindestanforderungen_fur_pflegebedarfserfassungssysteme-1.pdf

World Health Organization (WHO) 2000, International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster.

World Health Organization (WHO) 2017, Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/

Weyerer S & Schäufele M (2017), Epidemiologie des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Störungen im höheren Alter. Sucht, 63/2: 69-80. DOI: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000473>

5.5 Leitfäden, Broschüren, Falblätter

Akzent Prävention und Suchttherapie (Hg, 2014), Leitfaden für Mitarbeitende und Leitende aus Altersinstitutionen. Suchtgefährdung im Alter – erkennen und handeln. Luzern: Akzent Luzern. www.infodrog.ch/files/content/diversitaet_de/130909_leitfaden_suchtgefaehrung_im_alter_beirat.pdf

Akzent Prävention und Suchttherapie (Hg, undatiert), Leitfaden zum Umgang mit Gefährdeten. Frühintervention in Altersinstitutionen. Luzern: Akzent Luzern. www.akzent-luzern.ch/projekte-praevention/sensor/alter/a_s_alter_leitfaden_2014_e5.pdf (Zugriff: 25.5.2019)

Akzent Prävention und Suchttherapie (Hg, undatiert), Sicherer Umgang mit Medikamenten. Informationen für Seniorinnen, Senioren und Angehörige. Luzern: Akzent Luzern. www.akzent-luzern.ch/bestelltool/leporello/a_lp_medikamente_2018_e15_es.pdf (Zugriff 18.5.2019)

CURAVIVA Schweiz (Hg, 2017), Faktenblatt «Medikamentenversorgung in Pflegeheimen». AutorInnen: Ruggli M, Schmutz A, Geiser M, Jörger A. Bern: CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter. www.curaviva.ch/files/KON3GUQ/2017_08_18_faktenblatt_medikamentenversorgung.pdf

Gesundheitsdepartement Kanton BS (Hg, 2016), Sucht kennt kein Alter. Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit von älteren Menschen. Informationen für Fachpersonen aus dem Sozial-, Alters- und Gesundheitswesen sowie Interessierte. Magazin ausgesucht.bs. Basel: GD Kanton Basel-Stadt www.bs.ch/publikationen/sucht/ausgesucht-sucht-kennt-kein-alter.html

Gesundheitsdirektion Kanton Zug (Hg, 2015), Leitfaden zur Früherkennung von Alkohol- und Medikamentenproblemen in der ambulanten Altersarbeit. Zug: GD Zug. www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/suchtberatung/sucht-im-alter

Loeb P, Stoll B & Weil B (2014), Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum. Zweite erw. Auflage. Ein Leitfaden für Ärzte und Fachleute der Grundversorgung. Mitherausgeber-schaft: FMH, BAG, Praxis Suchtmedizin, Sucht Schweiz, infodrog, KHM, SAPP. www.fmh.ch/files/pdf20/Kurzintervention_risikoreiche_Alkoholkonsumenten_D.pdf

Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich (Hg, 2016), Schlaf- und Beruhigungsmittel. Abhängigkeit vermeiden. Informationen, Tipps und Unterstützung. Zürich. www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/broschueren/schlaf_und_beruhigung_2016.pdf

Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich (Hg, 2015), Suchtprobleme im Alter – Präventionsangebote für Gemeinden und Institutionen der Altersarbeit. www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/arbeitsinstrumente/angebotflyersuchtimalter_3-2015.pdf

Suchtprävention Aargau (Hg, 2014), Frühintervention in Altersinstitutionen. Leitfaden zum Umgang mit Suchtgefährdeten. Aarau: Suchtprävention Aargau. [suchtpraevention-aargau.ch/wp-content/uploads/2016/11/Broschuere_Fruehintervention_in_Altersinstitutionen_Suchtpraevention_Aargau.pdf](https://www.suchtpraevention-aargau.ch/wp-content/uploads/2016/11/Broschuere_Fruehintervention_in_Altersinstitutionen_Suchtpraevention_Aargau.pdf)

Sucht Schweiz und ZFPS (Hg, 2011), Alkohol und Medikamente beim Älterwerden. Informationen für Personen ab 60 Jahren und ihr Umfeld. Lausanne: Sucht Schweiz, Zürich: ZFPS. www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/broschueren/alkohol_medikamente_alter.pdf

ZFPS (Hg, 2017), Opiode als Schmerzmittel. Abhängigkeit und weitere Risiken meiden. Zürich: ZFPS Zürich. www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/broschueren/opioide_flyer_zfps_web.pdf

ZFPS und Sucht Schweiz (Hg, 2016), Wechselwirkungen von Alkohol und Medikamenten. Informationen für Fachpersonen aus dem Pflegebereich und der Altersarbeit. Zürich: ZFPS Zürich, Lausanne: Sucht Schweiz. www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/broschueren/mischkonsum_broschuere_a5_ds.pdf

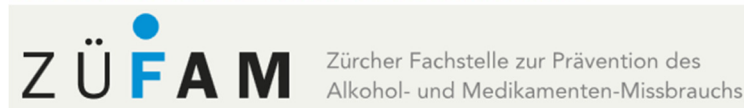
5.6 Recherche Instrumente und Konzepte

Anhang 1: Handout Priorisierte Instrumente

Anhang 2: Zusammenstellung: Aktuelle Instrumente und Checklisten, Anleitungen Handlungsfindungsprozess, Bildungsmassnahmen

Anhang 1: Handout Priorisierte Instrumente

Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung
 Swiss Research Institute for Public Health and Addiction
 Institut suisse de recherche sur la santé publique et les addictions



FFF – Fit für Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum von älteren Menschen

Priorisierung Instrumente

Es gibt eine Reihe von erprobten Instrumenten zu Früherkennung und Frühintervention von Alkoholkonsum. Für die Fokus-Gruppe haben wir eine **Auswahl** von geeigneten Instrumenten getroffen: Es gibt kurze Screening-Instrumente mit wenigen Fragen. Ihr Vorteil liegt in der einfachen Anwendbarkeit im Praxisalltag, der Nachteil liegt in der Knappheit. Die ausführlichen Instrumente hingegen erfassen mehr Kontextinformation, benötigen dafür auch mehr Zeit in der Anwendung.

Kurzinstrumente Screening

Instrument	Inhalt	Kommentar
AUDIT-C - <i>Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption</i>	<p>3 Fragen zum Alkoholkonsum mit 5 Antwortkategorien. Bei 4 und mehr Punktwerten (Männer) bzw. 3 und mehr (bei Frauen) besteht ein höheres Risiko für eine alkoholbedingte Störung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trinkhäufigkeit - Anzahl der Getränke an typischem Trinktag - Häufigkeit 6 oder mehr Getränke bei einer Gelegenheit 	<p>Neben AUDIT ist AUDIT-C eines das am besten untersuchten Verfahren. Signifikant bessere Validität als bei LAST zur Identifizierung von Risikokonsum und Alkoholmissbrauch. Für Alkoholabhängigkeit ähnlich valide wie LAST. (Dybeck, 2008, https://dnb.info/995572267/34)</p> <p>Betreffend Identifizierung von manifesten alkoholbezogenen Störungen ist AUDIT besser geeignet.</p> <p>Dawson et al (2005) finden keine psychometrischen Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Personen (pubmed/15897730), und auch Berner et al (2007) empfehlen den Gebrauch für die ältere Generation. (PMID:17446987)</p> <p>AWMF. 2016. S3-Leitlinien „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02</p>

LAST - Lübecker Alkoholismus Screening Test	<p>7 Fragen mit zwei Ausprägungen (ja/nein). Bei 2 oder mehr Ja-Antworten (ausser zu Frage 1) gilt der Test als positiv.</p> <p>Fragen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsum verringern, wenn selber gewünscht - Je Gefühl, eigenen Konsum zu verringern - Je schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle wegen Konsum - Je Probleme am Arbeitsplatz wegen Konsum - Je Leberstörung - Je Krankenhausaufenthalt wegen Alkoholkonsum 	<p>Durch die Kombination von CAGE und MAST und durch die Reduktion der Fragen mittels multivariater Itemanalyse wurde der LAST anhand von drei Stichproben aus insgesamt 2'377 stationären und ambulanten PatientInnen entwickelt und validiert. LAST weist eine höhere Sensitivität im Vergleich zu anderen Kurztests wie CAGE, SMAST oder MAST, aber eine schlechtere Validität als AUDIT auf.</p> <p>Validität von LAST (im Vgl. zu AUDIT und AUDIT-C) gut für</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Alkoholabhängigkeit</i> (Sensitivität 0.86, Spezifität 0.83) <p>aber vergleichsweise niedrig für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkoholmissbrauch (Sensitivität 0.49, Spezifität 0.83) • Risikokonsum (Sensitivität 0.42, Spezifität 0.83). <p>(bezieht sich nur auf eine Studie)</p> <p>LAST ist primär auf die Entdeckung einer Alkoholabhängigkeit oder eines Alkoholmissbrauchs ausgerichtet. (Dybek, 2008, https://d-nb.info/995572267/34)</p>
FAST – Fast Screening for Alcohol Misuse	<p>4 Fragen mit 5 Antwortkategorien. Bei 3 oder mehr Punktwerten Hinweis auf schädliches Trinkverhalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Häufigkeit 6 oder mehr Standarddrinks an einer Gelegenheit (z.T. präzisiert: Männer 8 SD, Frauen 6 SD) - Häufigkeit Erinnerungslücken im letzten Jahr wegen Konsum - Häufigkeit Erwartungen wegen Konsum nicht erfüllt - Ob jemand (Verwandte, Arzt, andere) besorgt wegen Konsum 	<p>basiert auf AUDIT:</p> <p>nicht spezifisch fürs Alter; aber eine Frage des Sets identifiziert über 50% der PatientInnen mit Alkoholmissbrauch bzw. ohne.</p> <p>Eher ein Instrument zur Erfassung von <i>Alkoholmissbrauch</i>.</p> <p>Knightly et al. (2016) stellen bei älteren Menschen ein Underreporting bei Alkoholmissbrauch für FAST gegenüber MAST-G fest. (doi: 10.1192/pb.bp.114.049734)</p>

Längere Instrumente

SMAST-G Short Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric Version	<p>10 Fragen mit zwei Ausprägungen (ja/nein). Bei zwei oder mehr Ja-Antworten liegt möglicherweise ein Alkoholproblem vor. Fragen zu folgenden Aspekten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsum herunterspielen - fehlendes Hungergefühl - Konsum lindert Zittern - Erinnerungslücken - Konsum zur Entspannung - Konsum, um Probleme zu vergessen - Konsum bei life events - auf Konsum angesprochen - Trinkregeln aufgestellt - Konsum gegen Einsamkeit 	<p>basiert auf MAST-G:</p> <p>Wird als „auf ältere Menschen angepasst“ angeboten bzw. reduziertes Fragenset. Die entfallenden Fragen können jedoch mehrheitlich auch auf die Situation älterer Personen zutreffen.</p> <p>Ryou et al (2012) stellen bei älteren Männern (>65) eine bessere Validität für AUDIT als für SMAST-G fest. (doi:10.4082/kjfm.2012.33.3.126)</p>
--	--	---

<p>MAST-G Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric Version</p>	<p>24 Fragen zum Konsumverhalten mit zwei Ausprägungen (ja/nein). 6 oder mehr Ja-Antworten weisen mit hoher Wahrsch. auf eine Alkoholabhängigkeit hin. Fragen zu den Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gesundheitlichen Beeinträchtigung nach Konsum (5 Fragen) - soziale Beeinträchtigung (5 Fragen) - Selbststabilisierung (8 Frage) - Kontrollversuche (3 Frage) - Konsumverhalten (1 Frage) - Diverses (2 Fragen) 	<p>deutsche Übersetzung durch ZÜFAM</p> <p>Bogen ist nicht spezifisch auf ältere Personen zugeschnitten, umfasst verschiedene Themenbereiche des Alkoholkonsums, setzt gewisse kognitive Fähigkeit voraus.</p> <p>Interessant: Einschätzung der eigenen Suchtprobleme, indirekte Erfragung von Häufigkeit, Risikoverhalten.</p> <p>MAST aufgrund der Länge (Aufwand) im ambulanten Setting eher weniger geeignet.</p> <p>Psychometrische Daten: Sensitivität 93.9%, Spezifität 78.1% (https://consult-geri.org/try-this/general-assessment/issue-17)</p> <p>Morton et al (1996) finden bei älteren US - Veteranen (>65) bessere psychometrische Werte für MAST-G, als für AUDIT zur Erkennung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. (PMID:8757354)</p>
--	--	--

Checklisten/ Beobachtungslisten

<p>Beobachtungsbogen für möglichen Alkoholmissbrauch</p>	<p>Erfassung von Merkmalen auf verschiedenen Ebenen, Skala von 1-5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperebene (Unruhe, Stress, „Fahne“, Entzug) - Emotionale und Beziehungsebene (Unsicherheit, Rückzug, Reizbarkeit, Persönlichkeitsveränderung etc.) - Verhaltensebene (Stürze, Koordinationsstörungen, Flaschendepots etc.) 	<p>Suchtprävention der Stadt Zürich und ZÜFAM:</p> <p>In Anlehnung an den Bogen der Suchtprävention Zürich Oberland und Suchtberatung Dietikon</p>
--	--	--

Für die Fokus-Gruppen-Teilnehmenden: je eine Version der oben erwähnten Instrumente

Anhang 2: Zusammenstellung Aktuelle Instrumente und Checklisten, Anleitungen Haltungsverfahren, Bildungsmaßnahmen

Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung
Swiss Research Institute for Public Health and Addiction
Institut suisse de recherche sur la santé publique et les addictions



Z Ü F A M Zürcher Fachstelle zur Prävention des
Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs

FFF – Fit für Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum von älteren Menschen

Zusammenstellung

1. Aktuelle Instrumente und Checklisten zur Früherkennung und Frühintervention von problematischem Alkoholkonsum bei älteren Menschen
2. Checklisten und Anleitungen zur Unterstützung des Handlungsfindungsprozesses/ Handlungsanleitungen
3. Bildungsmassnahmen für Pflegepersonal

Handout im Rahmen der Fokus-Gruppe SuchtexpertInnen, 22. Mai 2018

Zürich, den 22. Mai 2018/ Schaaf, Schnoz, Salis Gross

1.a Screening: Instrumente zur Früherkennung von Alkoholproblemen im Alter

Instrument	Quelle bzw. Autorenschaft	Inhalt	Kommentar
AUDIT-C - <i>Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption</i>	siehe auch ³²	<p>3 Fragen zum Alkoholkonsum mit 5 Antwortkategorien. Bei 4 und mehr Punktwerten (Männer) bzw. 3 und mehr (bei Frauen) höheres Risiko für alkoholbedingte Störung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trinkhäufigkeit - Anzahl der Getränke an typischem Trinktag - Häufigkeit 6 oder mehr Getränke bei einer Gelegenheit 	<p>Neben AUDIT ist AUDIT-C eines das am besten untersuchten Verfahren. Signifikant bessere Validität als bei LAST zur Identifizierung von Risikokonsum und Alkoholmissbrauch. Für Alkoholabhängigkeit ähnlich valide wie LAST. (Dybeck, 2008, https://d-nb.info/995572267/34)</p> <p>Betreffend Identifizierung von manifesten alkoholbezogenen Störungen ist AUDIT besser geeignet.</p> <p>Dawson et al (2005) finden keine psychometrischen Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Personen (pubmed/15897730), und auch Berner et al (2007) empfehlen den Gebrauch für die ältere Generation (PMID:17446987).</p> <p>AWMF. 2016. S3-Leitlinien „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02</p>
AUDIT - <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>	dito, Seite 9f	<p>Diagnose von Trinkgewohnheiten und Abhängigkeit, 10 Fragen mit 5 Ausprägungen zu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Häufigkeit Konsum - Anzahl Standardgetränke an einem typischem Trinktag - Häufigkeit 6 und mehr Standarddrinks - Häufigkeit nicht aufhören können - Häufigkeit wegen Alkohol Erwartungen des Umfeldes nicht erfüllt - Häufigkeit früh morgens konsumieren - Häufigkeit Schuldgefühle wg. Konsum 	<p>Hohe Validität</p> <p>Bei Frauen und bei über 65-jährigen Männern empfehlen Babor et al., den Cut-Off-Point bei 7 festzulegen. Um den geschlechtsspezifischen Unterschieden besser Rechnung zu tragen, wird in der Literatur bei Frauen oft sogar ein Grenzwert von 5 empfohlen.</p> <p>Häufigkeitsangaben bezogen auf den Zeitraum letzte <i>12 Monate</i>. > je nach gesundheitlichem Zustand kognitiv anspruchsvoll auszufüllen.</p> <p>Hinweis Bischof (2013)³³: Selbstaussfüller wie der AUDIT unterschätzen die tatsächliche Trinkmenge, wobei der Effekt massge-</p>

³² www.alter-sucht-pflege.de/Handlungsempfehlungen/Download/AUDIT-C.pdf

³³ Bischof G. 2013, Validität des AUDIT als Screening zur Trinkmengenerfassung in der medizinischen Basisversorgung. In: Suchttherapie 2013;14, S. 32ff. Link: DOI: 10.1055/s-0033-1351529

		<ul style="list-style-type: none"> - Häufigkeit Erinnerungslücken - Häufigkeit Verletzung nach Konsum - Häufigkeit Bedenken von anderen wegen Konsum 	<p>blich auf eine fehlerhafte Berechnung der Anzahl an Standardgetränken zurückgeführt werden kann. Für Interventionsstudien mit Risikokonsumenten erscheint eine Absenkung des cut-offs sowie eine vertiefende Erfassung des Trinkmusters notwendig.</p> <p>Erläuterungen zu den Fragen (für KlientInnen): https://praxis-suchtmedizin.ch/fosumos/index.php/de/alkohol/audit-alcohol-use-disorders-identification-test/audit-hintergruende</p> <p>Guideline zur Anwendung siehe: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf</p>
CAGE Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener	ZüFAM. Undatiert. Dito siehe oben stehende, Seite 6	<p>4 Fragen, zwei Ausprägungen. Bei einer Ja-Antwort besteht der Verdacht auf Alkoholprobleme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je das Gefühl, Alkoholkonsum verringern zu müssen (cut down) - Bemerkungen aus dem Umfeld zum Alkoholkonsum (annoyed) - je Eindruck, zu viel zu trinken (guild) - je am Morgen Alkohol gebraucht, um in Form zu sein (eye opener) 	<p>Deutsche Version nach Ulrich Schu, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die englische Version ist in der Formulierung akzentuierter (Umfeld hat sich geärgert statt „Bemerkungen gemacht“; „sich schuldig fühlen“ statt „den Eindruck haben“). Englische Version mit guter Validität in Allgemeinpraxen. Das Kurztestverfahren lässt sich leicht in die Alltagsroutine integrieren.</p> <p>Cut-off bei älteren Leuten bei 1 (bei jungen Personen bei 2).</p> <p>CAGE ist äusserst kurz und kann daher zwangsläufig keine assoziierten Aspekte wie aktuelle Lebenssituation, Gründe des Konsums oder den gesundheitlichen Zustand erfassen. Gemäss Kuntsche (SFA) muss bei der Interpretation beachtet werden, dass CAGE auch Selbstaufmerksamkeit bzgl. des eigenen Konsumverhaltens misst. CAGE wurde vor rund 10 Jahren durch AUDIT ersetzt. Fachkreise empfehlen, zur Erfassung des problematischen Alkoholkonsums besser AUDIT-C einzusetzen.</p>
CAGE erweitert	ZüFAM. Undatiert. Dito siehe oben stehende, Seite 7	<p>CAGE wurde nach DK Wolter um klinische und soziale Aspekte des Alkohol- und Medikamentenkonsums im höheren Alter erweitert (5 Fragen, zwei Ausprägungen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zunahme des Alkoholkonsums nach dem Tod einer nahestehenden Person - Starke Müdigkeit aufgrund des Konsums - Alkoholkonsum letzte 3 Mte 	<p>Die Konsumhäufigkeit wird komplex abgefragt (Rekonstruktion von Konsumhäufigkeit), was gewisse kognitive Fähigkeiten voraussetzt.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - An wie vielen Tagen in der Woche wie viele Gläser getrunken? - Konsum von 6 oder mehr Gläsern an einem Anlass in den letzten 3 Mte. 	
FAST – Fast Screening for Alcohol Misuse	Hodgson et al. ³⁴	<p>4 Fragen mit 5 Antwortkategorien. Bei 3 oder mehr Punktwerten Hinweis auf schädliches Trinkverhalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Häufigkeit 6 oder mehr Standarddrinks an einer Gelegenheit (z.T. präzisiert: Männer 8 SD, Frauen 6 SD) - Häufigkeit Erinnerungslücken im letzten Jahr wegen Konsum - Häufigkeit Erwartungen wegen Konsum nicht erfüllt - Ob jemand (Verwandte, Arzt, andere) besorgt wegen Konsum 	<p>basiert auf AUDIT: nicht spezifisch fürs Alter; aber eine Frage des Sets identifiziert über 50% der PatientInnen als Alkoholmissbrauchend bzw. nicht. Eher ein Instrument zur Erfassung von Alkoholmissbrauch. Knightly et al. (2016) stellen bei älteren Menschen ein Underreporting bei Alkoholmissbrauch für FAST gegenüber MAST-G fest. (doi: 10.1192/pb.bp.114.049734)</p>
LAST – Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauch-Screening-Text	Rumpf Hans-Jürgen; Hapke Ulfert; John Ulrich (2001). www.fachklinik-hoerstel.de ³⁵³⁶	<p>LAST ist ein kurzer, sensitiver Screening-Test zur Erfassung von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch mittels 7 Items, basierend auf CAGE und MAST.³⁷ Bei 2 oder mehr Ja-Antworten (ausser zu Frage 1) gilt der Test als positiv.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsum verringern, wenn selber gewünscht - Je Gefühl, eigenen Konsum zu verringern - Je schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle wegen Konsum 	<p>Durch die Kombination von CAGE und MAST sowie durch die Reduktion der Items mittels multivariater Itemanalyse wurde der LAST anhand von drei Stichproben aus insgesamt 2'377 stationären und ambulanten Patienten entwickelt und validiert. LAST weist eine höhere Sensitivität im Vergleich zu anderen Kurztests wie CAGE, SMAST oder MAST, aber eine schlechtere Validität als AUDIT.</p> <p>Validität von LAST – im Vgl. zu AUDIT und AUDIT-C – gut für</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Alkoholabhängigkeit</i> (Sensitivität 0.86, Spezifität 0.83) aber vergleichsweise niedrig

³⁴ www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460302002460

³⁵ www.medizin.uni-greifswald.de/prevention/publikationen/luebecker-alkoholabhaengigkeit-und-missbrauch-screening-test-last

³⁶ www.fachklinik-hoerstel.de/fileadmin/user_upload/fachklinik-hoerstel/Dokumente/Selbsteinschaetzung_Alkoholkonsum.pdf

³⁷ Die 9-Item-Version wurde validiert in einer zweiten Stichprobe von 463 Patienten, nutzend den Goldstandard der Alkoholabhängigkeits- oder -missbrauchsdiagnose hinsichtlich ICD-10 und DSM-VI und getestet in einer weiteren Stichprobe von 774 Patienten aus Allgemeinarztpraxen. Aufgrund der drei Studien wurde LAST mit 7 Items entwickelt.

		<ul style="list-style-type: none"> - besorgte Verwandte/ Je Probleme am Arbeitsplatz wegen Konsum - Probleme am Arbeitsplatz wg Trinken - Je Leberstörung - Je Krankenhausaufenthalt wegen Alkoholkonsum 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholmissbrauch (Sensitivität 0.49, Spezifität 0.83) • Risikokonsum (Sensitivität 0.42, Spezifität 0.83). <p>(bezieht sich nur auf eine Studie)</p> <p>LAST ist primär auf die Entdeckung einer Alkoholabhängigkeit oder eines Alkoholmissbrauchs ausgerichtet. (Dybek, 2008, https://d-nb.info/995572267/34)</p>
MAST-G Michigan Alcolism Screening Test Geriatric Version	ZüFAM. Undatiert. Die relevanten Abklärungsinstrumente für Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeit in Bezug auf das Thema „Sucht im Alter“. Seite 5	<p>24 Fragen zum Konsumverhalten, zwei Ausprägungen. 6 oder mehr Ja-Antworten weisen mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine Alkoholabhängigkeit hin. Fragen zu den Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gesundheitlichen Beeinträchtigung nach Konsum (5 Fragen) - soziale Beeinträchtigung (5 Fragen) - Selbststabilisierung (8 Frage) - Kontrollversuche (3 Frage) - Konsumverhalten (1 Frage) - Diverses (2 Fragen) 	<p>deutsche Übersetzung durch ZüFAM</p> <p>Bogen ist nicht spezifisch auf ältere Personen zugeschnitten, umfasst verschiedene Themenbereiche des Alkoholkonsums, setzt gewisse kognitive Fähigkeit voraus. Interessant: Einschätzung der eigenen Suchtprobleme, indirekte Erfragung von Häufigkeit, Risikoverhalten. MAST aufgrund der Länge (Aufwand) im ambulanten Setting eher weniger geeignet.</p> <p>Psychometrische Daten: Sensitivität 93.9%, Spezifität 78.1% (https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-17)</p> <p>Morton et al (1996) finden bei älteren US Veteranen (>65) bessere psychometrische Werte für MAST-G, als für AUDIT zur Erkennung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. (PMID:8757354)</p>
SMASST-G Short Michigan Alcolism Screening Test Geriatric Version	www.alterundsucht.ch > Screening	<p>Kurzversion mit 10 Fragen, zwei Ausprägungen. Bei zwei oder mehr Ja-Antworten liegt möglicherweise ein Alkoholproblem vor. Fragen zu folgenden Aspekten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsum herunterspielen - fehlendes Hungergefühl - Konsum lindert Zittern - Erinnerungslücken - Konsum zur Entspannung - Konsum, um Probleme zu vergessen - Konsum bei life events - auf Konsum angesprochen - Trinkregeln aufgestellt - Konsum gegen Einsamkeit 	<p>basiert auf MAST-G:</p> <p>Wird als „auf ältere Menschen angepasst“ angeboten bzw. reduziertes Fragenset. Die entfallenden Fragen können jedoch mehrheitlich auch auf die Situation älterer Personen zutreffen.</p> <p>Ryou et al (2012) stellen bei älteren Männern (>65) eine bessere Validität für AUDIT als für SMASST-G fest. (doi:10.4082/kjfm.2012.33.3.126)</p>

MALT – Münchner Alkoholismus-Test	z.B. alko- holhilfe.at/pdf/INFO- %20Test%20MALT.pdf	<p>24 Fragen, zwei Ausprägungen (auszufüllen durch den Betroffenen) und 7 Fragen (auszufüllen durch Fachperson)</p> <p>Teil Selbstbeurteilung MALT-S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Symptome (4 Fragen) - Selbststabilisierung (3 Fragen) - Persönliche Probleme (2 Fragen) - Konsumverhalten (4 Fragen) - Konsumkontrollversuche (3 Fragen) - Einsicht betreffend Schädlichkeit des Konsums (5 Fragen) - anderes (3 Fragen) <p>Teil Fremdbeurteilung MALT-F: 7 Fragen zu Lebererkrankung, Polyneuropathie, Delirium, Konsummenge, Foetor alcoholicus (Fahne); Ratsuche der Angehörigen</p> <p>Lebererkrankung, Polyneuropathie, Delirium, Verbitterung, Alkohol am Vormittag; Verlangen nach Weitertrinken, Vorwürfe am Arbeitsplatz, Alkohol wenn alleine; Schuldgefühle etc.</p>	Bedingt ein Vorwissen der Fachperson (Krankheitsgeschichte der befragenden Person) bzw. gemäss Anleitung: ist vom Arzt/ von der Ärztin anhand der Untersuchungsergebnisse auszufüllen.
-----------------------------------	---	---	--

1.b Beobachtungsbogen und Checklisten

Dokument	Quelle bzw. Autorenschaft	Inhalt	Kommentar
Beobachtungsbogen	ZÜFAM. Undatiert. Die relevanten Abklärungsinstrumente für Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeit in Bezug auf das Thema „Sucht im Alter“. Seite 18ff	<p>Genauer Name unklar. Erhebung verschiedener Bereiche, Skala von 1-5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biografische Hinweise - Beziehungsebene (Rückzug, Verslossenheit etc.) - Emotionale Ebene (Persönlichkeitsveränderung, Reizbarkeit etc.) - Verhaltensebene (Stress, Vergesslichkeit etc.) 	Gemäss ZÜFAM werde die momentane Situation ungenügend erfragt. Deckt verschiedene Bereiche ab; Beobachtung über längeren Zeitraum nötig.

	Erstellt von Flurina Morell (Suchtprävention Züri Oberland, und Regina Burri, Suchtberatung Bezirk Dietikon)	- Körperliche Ebene (Unruhe, Entzug, Rötung etc.)	
Beobachtungsbogen für möglichen Alkoholmissbrauch	Suchtprävention der Stadt Zürich und ZÜFAM Bogen siehe ³⁸	Erfassung von Merkmalen auf verschiedenen Ebenen, Skala von 1-5: - Körperebene (Unruhe, Stress, Fahne, Entzug) - Emotionale und Beziehungsebene (Unsicherheit, Rückzug, Reizbarkeit, Persönlichkeitsveränderung etc.) - Verhaltensebene (Stürze, Koordinationsstörungen, Flaschendepots etc.)	In Anlehnung an den Bogen der Suchtprävention Zürich Oberland und Suchtberatung Dietikon
Checkliste „Erkennen“ bzw. Checkliste Auffälligkeiten von Substanzproblemen	Akzent Luzern. 2014. Frühintervention in Altersinstitutionen. S. 7 und Akzent Luzern. 2014. Leitfaden für Mitarbeitende und Leitende aus Altersinstitutionen. Suchtgefährdung im Alter erkennen und handeln. Seite 17	Erfassung von Auffälligkeiten in verschiedenen Bereichen: - Erscheinungsbild/ Umgebung (Körperhygiene, Verwahrlosung, Entzugserscheinungen, Fahne, Flaschendepots etc.) - Bewegung (Stürze, Gleichgewichtsstörungen etc.) - Verhalten (Konsum, Rückzug, aggressiv, verwirrt etc.) - Stimmung (depressiv, ängstlich, unmotiviert etc.) - Sprache (lallend, zusammenhangslos) - Klagen (Schmerzen, Schlafstörungen, Ängste etc.) - Soziales Umfeld (keine Besuche, Schulden)	Ankreuzen, kein Rating, Möglichkeit eigener Notizen; Aspekte nicht ausschliesslich auf Alkohol bezogen > Interpretation notwendig
Fragen zur Reflexion	Dito, Seite 9	Checkliste mit Fragen zur Reflexion im Team z.B. Was ist in den unterschiedlichen Kontakten mit der Person aufgefallen?	

³⁸ www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/arbeitsinstrumente/beobachtungsbogen_fur_moglichen_alkoholmissbrauch.pdf

		Welche Sorgen/ Nöte beschäftigen die Person und welche Risikofaktoren begünstigen die Auffälligkeiten? Welche Ressourcen können genutzt werden? etc.	
Mögliche Symptome von riskantem Suchtmittelkonsum	Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich. 2016. Prävention von riskantem Alkohol- und Medikamentenkonsum beim Älterwerden. Leitfaden für Fachpersonen ³⁹ .Seite 8	Grobe Checkliste (nicht abschliessend) zu körperlichen, emotionalen und sozialen Symptomen	sehr allgemein (z.B. gestörtes Körpergefühl, Stimmungslabilität, sozialer Rückzug), allenfalls als Anhaltspunkt für ein Screening.
Pflegediagnose im Bereich Sucht der Spitex Zürich	ZüFAM. Undatiert. Die relevanten Abklärungsinstrumente für Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeit in Bezug auf das Thema „Sucht im Alter“. Seite 11ff Raster inkl. Einführung – Frühintervention in der Spitex siehe ⁴⁰ Raster inkl. Einführung – Interventionen in Altersheimen siehe ⁴¹	Tabelle zu Problemfeldern (Antriebslosigkeit; Suchtmittel; Unfälle, Enthemmung etc.), Symptomen, Zielsetzungen (durch Fachperson) und Massnahmen (der Fachpersonen).	Name des Rasters nicht genannt; Im Bericht: Tabelle auf Alkohol und Medikamente eingegrenzt. Kritik nach ZüFAM: Konsummengen, Lebenssituation und Wendepunkte werden nicht erfragt.
Stufenmodell im Umgang mit suchtgefährdeten SeniorInnen	Akzent Luzern. 2014. Leitfaden für Mitarbeitende und Leitende aus Altersinstitutionen. Suchtgefährdung im Alter erkennen und handeln. Seite 10ff	Handlungsanleitung in 7 Stufen: - Ausgangslage: Dokumentation der Auffälligkeiten - Früherkennung: Dokumentation und Besprechung im Team - Erstgespräch: mit SeniorInnen, Dokumentation	

³⁹ Hintergrundwissen zu Suchtentwicklung im Alter, Mischkonsum Alkohol und Medikamente; Integration von Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe. Die Vorversion: „Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich. 2004. Risiken früh erkennen und handeln!“ findet sich noch auf der ZüFAM-Seite, damit werde aber gemäss ZüFAM nicht mehr gearbeitet.

⁴⁰ www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/arbeitsinstrumente/spitex.pdf

⁴¹ www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/arbeitsinstrumente/altersheime.pdf

		<ul style="list-style-type: none"> - Methodenbasierte Gespräche: biografisches Gespräch (Situationsanalyse, Identifikation Schutzfaktoren; Motivationsgespräch, Entscheidungsfindung - Lösungsprozess: Begleitung 	
Wahrnehmen und Dokumentieren von Anzeichen	<p>Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. 2016. Ausgesucht. Sucht kennt kein Alter. Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit von älteren Menschen. Informationen für Fachpersonen aus dem Sozial-, Alters- und Gesundheitswesen sowie Interessierte⁴². Seite 11</p>	<p>Checkliste von Anzeichen in den Bereichen: körperliche Anzeichen, verhaltensbezogene Anzeichen, soziale Anzeichen, Sprache und Äusserung.</p>	<p>Basierend auf dem Leitfaden zum Umgang mit Gefährdeten - Früherkennung in Altersinstitutionen (akzent-luzern.ch) und Leitfaden ZG</p>

⁴² Hintergrundinformationen zu Zahlen von Alter und Sucht, Verbreitung, Art der Süchte, Definition Abhängigkeit und Sucht, altersbedingte psychosoziale Veränderungen als auslösende Faktoren, Folgend von Substanzmittelmissbrauch; **Hindernisse beim Erkennen einer Suchtproblematik**, Kapitel zu Medikamentenmissbrauch; Suchtprobleme und Angehörige; **Arbeit der Spitex mit älteren Menschen**; Beratung und Behandlung älterer Patienten

2. Instrumente, Checklisten und Anleitungen zur Unterstützung des Handlungsfindungsprozesses/ Handlungsanleitungen

Instrument/ Name	Quelle bzw. Autorenschaft	Inhalt	Kommentar
Einführung eines Leitfadens	Akzent Luzern. 2014. Leitfaden für Mitarbeitende und Leitende aus Altersinstitutionen. Suchtgefährdung im Alter erkennen und handeln. Seite 36f	Kleine Checkliste zu Voraussetzungen und Fragestellungen für die Einführung eines Leitfadens (inkl. Ablaufschema) sowie Checkliste zur Entwicklung einer Haltung und eines für die Institution allg. gültigen Verhaltenscodex.	eher grobe Kategorien
Empfehlungen zur Gesprächsführung	Akzent Luzern. 2014. Leitfaden für Mitarbeitende und Leitende aus Altersinstitutionen. Suchtgefährdung im Alter erkennen und handeln. Seite 22f	Checkliste zu Gesprächsthemen und Formulierungsbeispielen	Die Anleitung für die Gespräche und Einbindung der Angehörigen ist keine eigentliche Checkliste, kleine Aufführung von relevanten Punkten. Checkliste 4: Institutionen und Unterstützungsangebote mit Adressen, Kontaktpersonen und einer Beschreibung des Angebotes.
Empfehlungen zur Gesprächsführung	Akzent Luzern. 2014. Frühintervention in Altersinstitutionen. Seite 11	Checkliste: - Versuchen Sie... - Achten Sie auf... - Bieten Sie... - Vermeiden Sie... Auflistung von Bereichen und Formulierungsbeispiele	dieselbe Liste
Fragen zur Überprüfung: Wo steht Ihre Organisation in Sachen Suchtprävention?	Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich. 2016. Prävention von riskantem Alkohol- und Medikamentenkonsum beim Älterwerden. Leitfaden für Fachpersonen. Seite 7	Checkliste zu Führung, Personal, Klientel/ BewohnerInnen	

Handeln	Dito, Seite 10	Kurze Beschreibung der wichtigen Schritte wie Lebensqualität im Fokus, Gesprächsbereitschaft und Beziehungspflege, realistische Erwartung, Motivation unterstützen, Bezugspersonen einbeziehen sowie entsprechende Fragen	Charakter eines Inputs; für eine konkrete Anleitung zu allgemein oder zu kurz
Handlungsplan	Kanton Zug. Undatiert. Leitfaden zur Früherkennung von Alkohol- und Medikamentenproblemen in der ambulanten Altersarbeit. Seite 10	Checkliste für Bezugspersonen: <ul style="list-style-type: none"> - Wahrnehmen - Reflektieren - Ansprechen - Motivieren (mehrere Gespräche) - Begleiten - Einbeziehen 	Zusätzliche Tabelle zur Dokumentation von Symptomen, analog zu den anderen Schemata; Kurze Ausführungen zum Handlungsplan
Planung von Frühintervention	Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich. 2004. Risiken früh erkennen und handeln! Seite 11	Schema mit Arbeitsschritten und verantwortlichen Akteuren	Gemäss ZüFAM komme dieses Dokument nicht mehr zum Einsatz. Die Arbeitsblätter finden sich in der vorderen Umschlagseite – im pdf-Dokument nicht enthalten
Stufenmodell im Umgang mit Suchtgefährdeten	Akzent Luzern. 2014. Frühintervention in Altersinstitutionen. Seite 9	Ablaufschema mit den Stufen Erkennen (Ausgangslage), Reflektieren (Früherkennung), Handeln (Erstgespräch, methodenbasierte Gespräche, Lösungsprozess)	
Umsetzung von Früherkennung und Frühintervention im Betrieb	suchtundalter.ch ⁴³ : ein Kooperationsprojekt von Sucht Schweiz, Forel Klinik, ZüFAM und infodrog.	Erarbeitung eines Frühinterventionskonzeptes im Betrieb erfolgt in 5 Phasen: <ul style="list-style-type: none"> - Projektplanung - Ist-Soll-Analyse - Planung der Handlungsfelder - Umsetzung in den Handlungsfeldern - Projektabschluss 	Modell für die Umsetzung von Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholproblemen im Betrieb. Die fünf Phasen der Handreichung werden auf der Website ausführlich beschrieben und jeweils mit einem Fallbeispiel illustriert.

⁴³ www.alterundsucht.ch/de/fachpersonen/alkohol/umsetzung-im-betrieb

Zuständigkeit und Aufgaben	Akzent Luzern. 2014. Leitfaden für Mitarbeitende und Leitende aus Altersinstitutionen. Suchtgefährdung im Alter erkennen und handeln. Seite 18	Checkliste mit Aufgaben (Dokumentation Auffälligkeiten, Ansprechen, methodische Gespräche, Angehörigenkontakte, Massnahmen einleiten, Koordination von Hilfsangeboten) und zuständigen Personen/ Vorgehen.	
----------------------------	--	--	--

3. Bildungsmassnahmen für Pflegepersonal

Fortbildung: Weiterqualifizierung, gezielter Erwerb weiterführender Fähigkeiten und Fertigkeiten mit direktem Bezug zur Arbeit

Weiterbildung: zusätzliche Qualifikationen; Erwerb eines Abschlusses; Umschulung/ Einarbeitung in ein Berufsfeld

Instrument	Quelle bzw. Autorenschaft	Inhalt	Kommentar
Motivierende Gesprächsführung	motivationalinterviewing.ch/	Beschreibung der Methode MI (Motivational Interviewing), Kursangebot (2 Tage)	Angebot auf suchtimalter.ch empfohlen
Motivierende Gesprächsführung	Gk-quest.ch	Kurse zu MI, zum Zürcher Ressourcenmodell; Anbieter von FUSOMUS empfohlen	FOSUMIS bietet solche Schulungen auch selber an. www.fosumis.ch
Motivierende Gesprächsführung	Uni-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern ⁴⁴	Zertifikationslehrgang in Motivierender Gesprächsführung mit PD Dr. Ralf Demmel Verschiedene Workshops und Vertiefungstrainings, Gesprächstests.	Zielgruppe sind verschiedene Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen. Qualitativ hochstehend, aber zeitintensiv (Workshops über ein Jahr verteilt)
CRA Community Reinforcement Approach, verhaltenstherapeutisch orientierter Ansatz	Meyers Robert & Smith Jane E. 2011. CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung	Orientierung am sozialen Umfeld des Betroffenen in den Bereichen Partnerschaft, Familie, Arbeit und Freizeit. Individuelle Erarbeitung von attraktiven Zielen und	sehr umfangreich, aufwendig

⁴⁴ www.upd.ch/wAssets/docs/07_Karriere-und-Bildung/Broschuere_Weiterbildungsprogramm_2018_06.pdf

	im sozialen Bereich. Psychiatrieverlag: Bonn.	schrittweise Verknüpfung mit Veränderungen in der Lebensweise.	
Missbrauch von Alkohol und Medikamenten im Alter	Weiterbildungstag der Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme ZfA in Zürich	z.B. 14. Juni 2018. Schwerpunkte: - Problematischer Alkohol- und Medikamentenkonsum - Früherkennung von Symptomen - Interventionsmöglichkeiten + Übungen	Andere regionale Fachstellen bieten ähnliche Veranstaltungen an.
	Reformierte Kirche organisiert Fortbildungen (zhref.ch/intern/kurse/kurse-2018/basiskurs-fuer-freiwillige-2018)		
Zielorientierte Kommunikation in der Pflege	Rissip, E-Learning-Kurse ⁴⁵	E-Learning-Kurs zu Motivational Interviewing und zum Transtheoretischen Modell TTM	Die beiden Spitex-Fachfrauen Barbara Hedinger (Leiterin Prozess und Qualitätsmanagement) und Katja Thürig (Pflegefachfrau HöFa Palliative-Care) erläutern das Konzept der Zielorientierten Kommunikation (Zieko) und geben Tipps und Erläuterungen aus der Praxis für die Praxis. Dauer des Filmdokumentes: 45 Min. Kosten: Fr. 78.-; Nutzungsdauer: 1 Jahr
	ZÜFAM www.suchtimalter.ch/angebote/fuer-institutionen-und-organisationen/	ZÜFAM konzipiert Angebote für Institutionen und Organisationen sowie für Gemeinden	

Generelle Quelle: KESSLER et al. 2012, Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht. Seite 65: Ergebnisse der Anwendung von Screening-Instrumenten: 93,4% der Fachpersonen beurteilen den Einsatz von Screening-Instrumenten als eher bis sehr positiv. (Fragen 36 und 37 des Fragerasters; Welche Screening-Instrumente zur Abklärung problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen kennen Sie? Welche Screeninginstrumente ... haben Sie schon einmal eingesetzt?; Frage 40 des Fragerasters: Welche Instrumente wären für Ihre Berufsgruppe für den Umgang mit älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum sinnvoll?)

INTERFACE. 2014. Evaluation Sensor – erkennen und handeln, Frühintervention bei Suchtgefährdung im Alter Schlussbericht zuhanden von Akzept Prävention und Suchttherapie. Luzern: Interface. www.akzent-luzern.ch/projekte-praevention/sensor/alter/b_evaluation_sensor_sia_2014_03_27_interface.pdf Ziel: Wahrnehmung des riskanten Substanzkonsums älterer Menschen durch Fachpersonen zu fördern; stufenweise Intervention im jeweiligen Setting mit geeigneten Screening-Instrumenten zu unterstützen; Führungs- und Fachpersonen für die Anwendung von Leitfäden und Instrumenten zur Früherkennung und -intervention zu schulen u.a.

⁴⁵ www.rissip.com/shop/onlinekurse/catalog/product/view/id/658