

Donnerstag 27. März 2014

Beitrag von Michael Schlekking über das Wohnprojekt LÜSA, Unna

Lüsa ist ein stationäres Wohnprojekt, das darauf zielt, chronisch Drogenkranken eine Hilfe bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu bieten. Da die meisten der Bewohner (70%) älter als 40 Jahre sind, wurde die Notwendigkeit erkannt, auch ein spezifisches Altersheim für alternde, chronische Drogenkranke einzurichten. Für dieses Projekt sind sowohl die Gelder als auch das Gebäude bereits geregelt, so dass es in 2015 ermöglicht werden kann.

Zur Zeit umfasst Lüsa 3 Gebäude mit im Ganzen 40 stationäre Plätze, wovon auch 5 Plätze für schwerstbehinderte. Sowie einige Außenwohngruppen, die etwa 30 Plätze vorzuweisen haben. Ein Problem tut sich hervor, und zwar, dass die Einrichtung nicht genügend Plätze hat und daher sowohl immer voll ist, als auch, dass die Warteliste lang ist und es bis zur Aufnahme oft bis zu einem halben Jahr und länger dauern kann.

Der Konsum von Drogen, soweit es außerhalb der Einrichtung stattfindet, wird toleriert. Jeder Bewohner hat eine persönliche Box, welche vom Personal unter Verschluss gehalten, deren Inhalt jedoch nicht eingesehen wird. Bei Verlassen des Hauses ist es dem Bewohner gestattet, aus der Box was auch immer mitzunehmen.

Um juristische Probleme aus dem Weg zu gehen, wurden Vereinbarungen, den Drogenbesitz bis zu einem gewissen Grad (Eigenverbrauch) betreffend, mit der Staatsanwaltschaft getroffen.

Die angebotene Therapie ist lösungsorientiert, Gegewarts- statt Vergangenheitsbewältigung, sowie Hilfe zur Selbsthilfe und ein Ansatz von Selbstversorgung, wovon sowohl Reinigungsarbeiten im Haus und eigenem Zimmer verstanden werden, als auch die Mahlzeiten, die von den Bewohnern selbst gekocht werden.

Auch eine konstante Einzelbetreuung wird geboten, wobei jeweils auf die Schwächen, aber auch die Stärken, des Einzelnen eingegangen wird.

Des Weiteren gibt es noch Themenbezogene Gruppen, soziale, juristische und medizinische Beratung und im Einzelfall Sterbebegleitung.

Es wird großer Wert auf einen geregelten Tagesablauf gelegt, wovon auch diverse Beschäftigungsangebote in den eigenen Holz-, Druck-, Fahrrad- und Kreativwerkstätten, dem Garten, Secondhandläden sowie dem Antikmarkt, fallen.

Die anfängliche Ablehnung der Bevölkerung hat sich im Laufe der Zeit, vor allem durch informative Zusammenkünfte zwischen Bevölkerung, Therapeuten und Drogenkranken in Toleranz umgewandelt.

Die Bewohner sind auch politisch tätig, d.h. im Gemeinderat und dabei geht es vor allem darum, auf die Problematik von alternden Drogenabhängigen hinzuweisen. Was sehr wichtig ist, da auch in Deutschland, wie auch in anderen Ländern, diese Problematik am Wachsen ist.

Beitrag von Barbara Hattmannsdorfer über das Buddyproject von De Regenboog Groep

Buddyzorg wurde in Holland vor etwa 30 Jahren als Hilfestellung für an Aids erkrankte Homosexuelle ins Leben gerufen.

Das Buddyproject der Stiftung Regenboog ist vor 26 Jahren gestartet und richtet sich vor allem auf (ehemalige) Drogenabhängige, die in sozialer Isolation leben, wovon 50% selbstständig wohnen und 50% in Wohnprojekten, wovon auch seit kurzem etwa 5% die sich in Altersheimen aufhalten. Die meisten Teilnehmer sind 50+.

Das Projekt wird vor allem durch Ehrenamtliche Mitarbeiter (Freiwilligen aus allen Altersgruppen) getragen. Jährlich werden ca 170 Matches (Kontakten) realisiert. Personen die als Buddy's in Frage kommen müssen ein geregeltes Leben führen und über eigene Sozialkontakte verfügen. Die persönliche Arbeit mit einer Person ist begrenzt für ein Jahr, da das Ziel dieser Begleitung nicht der Aufbau einer Freundschaft, sondern eine Hilfestellung zur (soweit als möglich) Problemlösung ist. In Ausnahmesituation kann dieses Jahr verlängert werden, was jedoch nicht unbedingt wünschenswert ist, da oft eine neutrale Position vom Buddy nicht mehr eingenommen werden kann.

Diese Begleitung kann von Spaziergängen bis zu Arzt besuchen alles beinhalten, je nachdem was der Situation oder dem Wunsch des Klienten entgegenkommt.

Die Erfahrung zeigt das die Zusammenarbeit zwischen Buddy's und Betreuten für beide Parteien sehr bereichernd ist. Der Ehrenamtliche findet sich in einer Welt wieder die er, in den meisten Fällen, nicht persönlich kennt und der Betreute findet eine Person der er vertrauen kann, die ihm wöchentlich besucht und die Möglichkeit bietet etwas zu unternehmen.

Besuch beim Passantenhotel Boerhaave:

Das ist ein Hotel für sowohl männliche als auch weibliche Obdachlose welche Personen die aus verschiedensten Gründen (u.a. Scheidung, Drogenkonsum, Arbeitslosigkeit) wohnungslos geworden sind. Sowohl der Aufenthalt, der sich bis zu 6 Monaten hinziehen kann, als auch das Essen werden von den Klienten bezahlt, was dadurch das sie Sozialhilfe bekommen, kein grösseres Problem darstellt.

In Ausnahmefällen kann die Aufenthaltsbegrenzung von 6 Monaten verlängert worden, bei z.B. bei Voraussicht auf eine Sozialwohnung.

Auf die Hausregeln, wie z.B. der Aufenthalt außerhalb der persönlichen Räume ist nur bis 23 Uhr gestattet, wird sehr strikt geachtet.

Auch Besuche von außerhalb werden in den persönlichen Räumen nur im Falle von Familien Zugehörigkeit gestattet, Besuche von Freunden sind nur in der Halle zugestanden und selbstverständlich wird jede Form von Gewalt (was jedoch schwindend wenig vorkommt) geahndet und resultiert in einem Rauswurf.

Vortrag von Mitarbeitern bei DOMUS: Älter und abhängig, wer kümmert sich um uns??

Domus ist eine Institution welche sich aus der Heilsarmee entwickelt hat. Das Ziel ist die Hilfestellung zu einem menschenwürdigen Leben von lang zeitlich, chronisch Drogenabhängigen, worunter vor allem Gebraucher von Heroin und Kokain fallen.

Diese Institution, welche seit 2005 besteht, ist zwar nicht ausschließlich für Klienten älter als 50 vorgesehen, der größte Anteil liegt jedoch im Alter von 50 bis 60

Neben der jahrelangen Drogen Abhängigkeit gibt es oft auch psychische und juristische Probleme, sowie starker körperlicher Verfall, bei dem u.a. Lungen-, Nieren- und Viruserkrankungen auftreten können, wobei noch zu bemerken sei, das durch den langjährigen Drogenkonsum der Körper oft in einer schlechteren Konstitution ist, als bei Nicht abhängigen.

Was die medizinische Versorgung der Klienten betrifft stößt Domus oft an seine Grenzen Ein Problem ist, das die öffentliche Hand die immer größer werdende Problematik, Sucht im Alter, noch nicht erkannt hat und es keine Differenzierung der zur Verfügung stehenden Gelder, zwischen Drogenabhängigen und älter werdenden Drogenabhängigen gibt. Für letztere müssten mehr Geldmittel zur Verfügung stehen, da die Begleitung dieser Zielgruppe nicht nur eine psychologische, jedoch eine verstärkt medizinische Verpflegung braucht, was vor allen medisch

geschultes Personal beinhaltet.

Eine Frage stellt sich jedoch immer wieder: Was machen wir wenn der körperliche Verfall zunimmt?

In dieser Einrichtung wird sehr darauf geachtet das sowohl die Person als deren Entscheidung das Leben eines Drogenabhängigen zu führen, respektiert wird, des weiteren ist der Drogen- und Alkoholkonsum in den eigenen Räumen zugestanden, wobei beim Alkoholkonsum ein Kontrollmechanismus in Form von kontrolliertem (vom Klienten selbst gekauften, jedoch an die Mitarbeiter weitergereichten) Alkohol-konsum vorhanden ist.

Des weiteren wird auch darauf geachtet um, soweit es überhaupt realisierbar ist, einen „gesunden“ Drogenkonsum zu ermöglichen z.B. in der Form von Filtern für die Kokain pfeifen. Da in den Niederlanden die Gesetzgebung zwar den Konsum von Drogen nicht unter Strafe stellt, jedoch sehr wohl den Besitz, ist mit der Polizei eine angemessene Vereinbarung, den Besitz von Drogen zu tolerieren, getroffen worden.

Es wird darauf geachtet, das die persönlichen Räume durch die Klienten einmal pro Woche sauber gemacht werden, wobei sofern es nötig ist auch Hilfe zur Verfügung gestellt wird. Durch Erfahrung hat sicher herausgestellt, das diese Handlung eine positive Wirkung auf das Selbstwertgefühl der Leute hat

Erfolge sind zu verzeichnen:

In einem Rückgang von bis zu 70% von, bei vielen Bewohnern vorkommenden juristischen Problemen, d.h. das auch die Stadt durch diese Einrichtung profitiert, da ein Rückgang von Kleinkriminalität bemerkbar ist.

10 bis 15% der Bewohner können nach einiger Zeit Domus verlassen und mit ambulanter Hilfe weitgehend selbstständig leben.

Zum Schluss sei auch noch zu vermerken, das diese Einrichtung auch auf Sterbefälle vorbereitet ist. Eine Begleitung wird zur Verfügung gestellt und obwohl die Heilsarmee eine christliche Institution ist, kann auch eine Euthanasie in Erwägung gezogen werden. Sollte ein Mitarbeiter bei dem Gedanken an Euthanasie in Gewissenskonflikte kommen, ist er selbstverständlich von einer Begleitung freigestellt.

Freitag 28. März 2014

Vortrag von John Peter Kool:

30 Jahre Drogenszene in den Niederlanden sowie Ergebnisse der Schadensbegrenzung, Praktiken und Verfahrensweisen in der Drogen und HIV Situation in den Niederlanden.

Inhalt:

Die Situation in den Niederlanden Mitte der 80er

Realisierte Reaktionen

Die heutige Situation

Die gelernten Lektionen

Schlussfolgerungen

Der Niederländische Kontext:

In 1975 gab es in den Niederlanden, und da vor allem in Amsterdam eine sogenannte „Heroin Epidemie“ unter den Süchtigen waren unter anderem Hippies, Unkonventionelle, benachteiligte Gruppen, Arbeitslose, Immigranten aus Surinam und Drogen Gebraucher aus verschiedenen Europäischen Ländern.

1984 zählte man 25.000 Drogensüchtige wovon 9000 in Amsterdam wohnhaft. Der Prozentsatz der Frauen belief sich auf 35% und das Problem der Drogentoten nahm sprunghaft zu, in 1984 belief sich ihre Zahl auf 74.

1985 wurde festgestellt das 30 – 40% aller Drogen Gebraucher Injektionsnadel für den Konsum verwenden worunter:

40% Niederländer

5% waren unter ethnischen Minderheiten

70% Drogensüchtige aus verschiedenen Europäischen Ländern

In 1985 wurde auch die Problematik der HIV Erkrankten erkannt. In Amsterdam wurde, unter den Drogenabhängigen ein Prozentsatz von 30 % festgestellt, wobei auch noch zu bemerken sei, das sich die Zahl der Erkrankten von 1984 auf um 10% gesteigert hat.

Somit wurde auch die Notwendigkeit einer Schadensbegrenzung festgestellt, die sich aus verschiedenen Praktiken, Programmen und Verfahrensweisen zusammensetzt. Das Ziel dieser Schadensbegrenzung ist nicht die Einschränkung des Konsums sondern eine Reduktion von Gesundheitsschäden sowie sozialen und ökonomischen Konsequenzen die mit dem Konsum von psycho aktiven Drogen einhergeht.

Von dieser Schadensbegrenzung profitieren sowohl die Drogenkranken, ihre Familien als auch die Gesellschaft

Reaktionen:

1. Sofortige Maßnahmen
2. HIV Verfahrensweisen wurden entwickelt die auch die Hauptbevölkerung miteinbeziehen
3. Stigma und Diskriminierung werden angesprochen
4. Drogen Politik
 - katalysierter Ansatz auf die allgemeine Gesundheit
 - Schlüsselpositionen nehmen die Abdeckung (coverage) und die Dienstleistungen eingegangen
 - Kommunale Einführung von Dienstleistungen
 - Stiftungen haben dabei eine wichtige Rolle eingenommen
 - Die Niederlande hatten auf diesem Gebiet eine Pionierrolle

Umfassendes Paket von Interventionen von WHO, UNAIDS/UNODC in 2002

1. Spritzen und Nadeln werden zur Verfügung gestellt
2. Opiale Ersatzdrogen Substitution und andere Drogenabhängigkeits-Therapien
3. HIV Tests und Beratung
4. Antiretrovirale Therapie
5. Vorbeugung und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen
6. Ausgabe von Kondomen für Drogenabhängige die sich injizieren und deren Sex-Partner
7. Zielgerichtete Information, Aufklärung und Kommunikation für Drogenabhängige die sich injizieren und deren Sex-Partner
8. Impfungen, Diagnosen und Behandlungen von Virushepatitis
9. Vorbeugung, Diagnose und Behandlung für Tuberkulose

- + in den Niederlanden
- Heroin gestützte Behandlungen
- Drogenkonsumräume

Situation in 2013

Die Zahlen der Drogenkonsumenten ist signifikant zurück gegangen
14.000 in den gesamten Niederlanden, 3000 in Amsterdam

Der Prozentsatz der Abhängigen in den gesamten Niederlanden, die sich die Droge spritzen ist von 40 auf 9 % gesunken.

In Amsterdam von 20 auf 7-11 % gesunken

Der intravenöse Drogenkonsum hat sich von 66 auf 36% fast halbiert

Der Beginn von intravenösem Drogenkonsum ist minimal und liegt zwischen 4.1 und 0.7%

Die Beendigung von intravenösem Drogenkonsum hat sich von 10 auf 17% fast verdoppelt
und der Rückfall in den intravenösen Drogenkonsum hat sich von 21.3 auf 11.8 fast halbiert.

Die Infektionen mit HIV sind sehr drastisch zurück gegangen in 2012 gab es unter
Drogenkonsumenten 4 Fälle in den gesamten Niederlanden wobei keiner dieser Fälle in Amsterdam
registriert wurde.

Neue Probleme treten jedoch auf da sich der intravenöse Drogenkonsum unter jungen
Drogenabhängigen aus Ost Europa drastisch ausbreitet und der Gebrauch von neuen Drogen so wie
XTC, Kokain, GHB und Methamphetamine sich drastisch ausbreiten. Diese werden jedoch nicht
injiziert und sind daher keine Gefahr für die allgemeine Gesundheit.

Erfolge sind zu verbuchen:

auf dem Gebiet der Zusammenarbeit zwischen dem öffentlichen Gesundheitswesen, der
Strafverfolgung, der Regierung und den verschiedenen Institutionen die sich direkt um die
Drogenabhängigen kümmern.

Die Drogenkonsumenten erhalten guten und einfachen Zugang zu den Gesundheits- und
Sozialprogrammen und die Deckung dieser Programme ist exzellent.

Jedoch wird konstant weiter an Verbesserungen und Innovationen gearbeitet.

Unter die Programme betreffend das Gesundheitsprogramme fallen:

die Stabilisation des Methadon sowie Heroin Konsum, breites Angebot an Interventionen betreffend
Konsumräume, verfügbarer Information sowie breites Hilfsangebot.

In den Sozialprogrammen wird vor allem an dem Angebot von Wohnräumen gearbeitet.

Von diesen Programmen sind sowohl für das Individuum als auch die Allgemeinheit von großem
Nutzen.

Sehr große Erfolge wurden auf dem Gebiet der Vorbeugung von Infektionen sowohl von HIV als
von Hepatitis zu verbuchen, alles in allem haben diese Programme dafür gesorgt das die Gefahr der
Infektion mit diesen Krankheiten sowie eine Störung der öffentlichen Ordnung reduziert worden
sind.

Des Weiteren sind auf individueller Ebene Erfolge, wie die Stabilisation und allmähliche
Verbesserung der Lebensqualität sowie die Lösung von vielen sozialen, medizinischen und
psychologischen Probleme, zu verbuchen.

Diese Unterstützung, so wurde die letzten Jahre erkannt bezieht sich, vor-allem was den Heroin
Konsum betrifft, vorwiegend auf ältere (40+) Drogenabhängige, da der Gebrauch von Heroin unter
jüngeren Drogenkonsumenten minimal ist.

Alles in allem kann man sagen dass die Schadensbegrenzung zwar nicht alle Probleme gelöst hat, jedoch die Problematik betreffend die Gesundheitsthematik und die öffentliche Ordnung, sowie die individuelle Lebensqualität entscheidend verbessert worden ist.

Am Ende des Vortrages kam auch noch die Sprache auf die Coffeeshops. Obwohl die Niederlande schon immer sehr progressiv mit der Drogenproblematik umgegangen ist, flammt auch hier auf lokaler politischer Ebene immer wieder die Diskussion über diese auf und das, obwohl das überwiegend positive Beispiel der Niederlande dazu geführt hat, das auch andere Länder entweder Coffeeshops schon eingeführt haben oder die Einführung welcher auf politischer Ebene in Erwägung gezogen wird.

**Nachmittags: Arbeitsgruppe zur Definition von Sucht im Alter.
Diskussion: Zielgruppendefinition und die Bedürfnisse der Betroffenen**

Nach halbstündiger Sitzung in Arbeitsgruppen wird die folgende Definition plenär festgestellt:

Die Zielgruppe besteht aus Personen, bei denen ein Zusammenhang feststellbar ist, zwischen dem Alter von 40 Jahren und älter sowie folgenden, nicht notwendig zusammen auftretenden Merkmalen:

- langjährige Konsumgeschichte illegaler Substanzen
- Multimorbidität
- sozioökonomische Belastungen
- Ausgrenzung
- eingeschränkte soziale Kontakte.

Danach wird in Arbeitsgruppen und plenär gearbeitet zum Thema: Eigenschaften der Zielgruppe unter zu Hilfenahme der Ausstattungsdimensionen Systemische Denkfigur (K.Geysler, 3-2009) welches unsere Schweizer Kollegen vorbereitet haben. Hierin werden Eigenschaften unterschieden die auch die Definition angefüllt haben:

Körperliche Eigenschaften (Geschlecht, Alter)	Sozioökonomische, sozioökologische und soziokulturelle Eigenschaften (Herkunft, Bildung, Beruf, Finanzen, Wohnen)	Eigenschaften des Erkennens, Erklärens, Verstehens, des Denkens und Erlebens (u.a. Artikulation)	Eigenschaften des Wissens > individuelles Modell (umfassen und gemeint)	Eigenschaften des Handelns (des Könnens/Nicht Könnens bzw.: des Tuns/ Nicht Tuns)	Soziale Beziehungen
Konsum illegaler Substanzen (Heroin / Kokain) Konsumdauer Mischkonsum Zunehmende Gesundheitsrisiken und Erkrankungen: Chronische Lebererkrankungen, Nierenversagen,	Belastungen durch Armut, Schulden, Kontakte mit Strafvollzugsbehörden Eingeschränkte Mobilität Zunehmende	Neurokognitive Defizite / defizitäre Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktion wie: Verwirrung, Vergesslichkeit Agressivität	Gute Kenntnisse der sozialen Angebote innerhalb des Lebensbereichs (Stadt / Sozialraum)	Entwicklung individueller Überlebensstrategien (Beschaffungskriminalität, Anschaffen etc.) Mangelnde Körperpflege	Familiäres Umfeld Kollegenkreis Häufig gute Beziehungen zu formellen Instanzen (Arzt /

<p>Bronchitis (COPD), Lungenkrebs Osteoporose Herzklappenveränderung gefolgt von Herzpumpeneinschränkung (Herzinsuffizienz) Chronische Venenleiden / Hautgeschwüre an den Beinen (Ulcera) HIV Hep C Erkrankungen des Bewegungsapparates Erhöhtes Sturzrisiko</p>	<p>Vereinsamung Gettoisierung Eingeschränkte Lebensführung Mangelnde Tagesstruktur. Keine Arbeit / Beschäftigung</p>	<p>eingeschränkte Lern und Anpassungsfähigkeit und planerische Fähigkeiten Hohes Bedürfnis nach Autonomie</p>	<p>m)</p>	<p>Eingeschränkte Wohnfähigkeit</p>	<p>Sozialarbeiter) Weniger Interesse an Kontakten zu jüngeren Drogenabhängigen Isolierung</p>
--	--	--	-----------	-------------------------------------	---