

Protokolle der Workshops

Zusammengestellt am 12. Juni 2015 auf dem Europäischen Kongress 'Sucht im Alter' in Luxemburg

Workshop 1 : Integration vs. Spezialisierung

Drogenkranke altern schneller und intensiver als die Durchschnittsbevölkerung. Aus diesem Grund, stellt die Betreuung suchtkranker Menschen, mit teils großen psychiatrischen und sozialen Problemen, unsere Einrichtungen vor große Herausforderungen. Gibt es Möglichkeiten alternde Drogenkranke in die bestehenden Pflege- und Betreuungsstrukturen zu integrieren oder bedarf es der Schaffung neuer spezialisierte Einrichtungen?

Moderation :

Jean-Nico PIERRE (L)
Marianne SPIELER (CH)
Sabine LOREY (D)

Interventionen :

Dr Jean-Paul STEINMETZ (L)
Roger ZANTER (L)

Protokollant :

Peter SCHUMANN (L)

Protokoll :

Anwesend: Abrigado, BEWO-City, Bundesamt für Gesundheit (Schweiz), Caritas, Dachverband-Suchthilfe (Schweiz), Jugend- an Drogenhëllef, Liewen Dobaussen, Nachsorge-Therapiezentrum Manternach, Programm-Tox, Sozialamt Larochette, zithaSenior

Ausgangspunkt des Workshops:

Können alternde Drogenabhängige in die bereits bestehenden Betreuungs- und Pflegestrukturen integriert werden oder bedarf es der Schaffung neuer, spezialisierter Einrichtungen?

Praxisbeispiel: ZithaSenior in Consdorf

Dr. Steinmetz präsentiert der Arbeitsgruppe das Integrationskonzept

der „ZithaSenior“ Einrichtung in Consdorf (Luxemburg) und betont die prinzipielle Offenheit des Trägers im Hinblick auf alternde Drogenabhängige unter gewissen Voraussetzungen (primäre Alkoholabhängigkeit, Wille zur Abstinenz, gesundheitliche Stabilität sowie lebensbejahende Grundeinstellung). Die Integration von Korsakoff-Patienten in besagte Senioren-Residenz kann auf der Folie der leitenden Fragestellung als richtungsweisendes Projekt betrachtet werden. Herausgestellt werden von den anwesenden MitarbeiterInnen sowohl die positiven Synergieeffekte, die sich durch das Zusammenleben der beiden Populationen ergeben wie auch die punktuell auftauchenden schwierigen Situationen, die bspw. durch das für die Korsakoffpatienten geltende Abstinenzgebot ergeben.

Eine lebhafte Diskussion über die im Vergleich zu Korsakoff-Patienten unterschiedlichen Bedürfnisse von alternden Mehrfachabhängigen entsteht.

→ eine tatsächliche Unterbringung von alternden Mehrfachabhängigen in der genannten Einrichtung müsse von Fall zu Fall im Detail in Erwägung gezogen werden. Grundlage hierfür sei eine enge Vernetzung der potentiell aufnehmenden Einrichtung mit den jeweiligen Case-Managern.

Der Leitsatz des luxemburgischen Dachverbandes für Pflege- und Betreuungsstrukturen (COPA) zieht eine Institutionalisierung des Patienten/Klienten erst dann in Betracht, wenn die Therapie seines Leidens keine Erfolgsaussichten hat.

Praxisbeispiel: Liewen Dobaussen

Die Luxemburger Einrichtung betreut jeweils zwischen 5-9 Personen in ihren 6 Wohneinheiten sowie mehrere im Land verteilte Einzelappartements. Zu den Zulassungsvoraussetzungen zählen neben einer chronisch psychischen Erkrankung des Patienten außerdem eine gewisse Grundautonomie im Hinblick auf Körperhygiene und Medikationseinsicht. Drogenabhängige

Klienten sind unter gewissen Umständen zugelassen. Sie sollten ein in Bezug auf ihren Konsum stabiles Leben führen („clean sein“) und im besten Fall im Vorfeld eine Therapie abgeschlossen haben. Der Konsum in den Häusern ist untersagt, mit Rückfällen wird jedoch versucht konstruktiv umzugehen, d.h. Sie führen nicht automatisch und direkt zum Rausschmiss.

Praxisbeispiel: „Haus Woodstock“ in den Niederlanden

Das Konzept dieser Einrichtung sieht ein betreutes Wohnen für ältere Drogenabhängige vor und duldet dabei auch den Konsum von illegalen Drogen. Im Unterschied zu den eingangs zitierten Luxemburger Einrichtungen scheint sich die niederländische Einrichtung in ihrem akzeptanzorientierten Ansatz näher an der Lebensrealität der Zielpopulation zu orientieren. Eine vergleichbare Einrichtung existiert derzeit in Luxemburg nicht. Die Mehrzahl der älteren Drogenabhängigen kann sich gegen Ende ihres Lebens ein Leben ohne Drogen nicht vorstellen.

Fazit:

die Diskussion der Frage, ob die bestehenden Pflege- und Betreuungsstrukturen dem Kliententypus des alternden Drogenabhängigen gerecht wird, oder ob es der Schaffung neuer, spezialisierter Strukturen bedarf, kam zu keinem einstimmigen Ergebnis. Folgende Aspekte der Diskussion wurden jedoch als zentral erachtet:

- zur Nutzung der bestehenden Strukturen bedarf es einer verstärkten Vernetzung jener Einrichtung mit denen der Drogen- und Suchthilfe (Stichwort: Case-Management)
- zusätzliche Anforderungen an die Qualifizierung des Pflege- und Betreuungspersonals
- Haupttreibungspunkt im Hinblick auf die Integration: Abstinenzorientierung innerhalb von Gesellschaft, Politik und Gesundheitswesen

→ Das Vorhandensein einer hohen Zahl an Pflege- und Betreuungsstrukturen allein kann die Schwierigkeit bei der Suche nach einer geeigneten Unterbringung von alternden Suchtmittelabhängigen nicht lösen. In der Realität scheint die Abstinenzorientierung der vorhandenen Strukturen dieser Klientel den Zugang zu behindern oder gar zu versperren.

Workshop 2 : Lebensqualität und Sicht der Betroffenen

Das Älterwerden und die Veränderung der Lebensumstände von Abhängigkeitskranken, führen zu einem Adaptationsbedarf der Angebote und der Betreuung durch die jeweiligen Dienststellen. So soll auch weiterhin ein gewisser Lebensstandard und die damit verbundene Lebensqualität ermöglicht werden (Tagesstrukturierung, Beschäftigung, soziale Aktivierung gegen Isolation, ...). Ebenfalls diskutiert werden die Ergebnisse einer in vier Ländern (CH, D, N, L) durchgeführten Studie, welche die Erwartungen von Betroffenen hinsichtlich ihrer nahen und fernen Zukunft erfasst. Einige der Befragten werden auch am Workshop teilnehmen.

Moderation :

Giselle LAFONTAINE (L)
Barbara HATTMANNSDORFER (CH)
Christine MACKENZIE (NL)

Interventionen :

Christian FREITAG (L)
(LüSA) (D)
Natascha INAUEN (CH)

Protokollant :

Julia STEGMANN (L)

Protokoll :

1. Intervention: Christian Freitag und Sylvie Schmit vom Abrigado (L)

TABA bietet den Klienten Beschäftigungsmöglichkeiten: einerseits Spritzensets einpacken, dies ist ein eher routinierter Ablauf und andererseits Spielzeug sortieren und renovieren. Letztere Aktivität nutzt das kreative Potential der Klienten und ist eine sinnstiftende Beschäftigung. Es geht darum, die Langeweile zu unterbrechen. Wichtig für Klienten ist ebenfalls anderen Menschen helfen zu können. Es macht sie stolz, die glücklichen Kinder zu sehen. Als Entlohnung bekommen die Teilnehmer einen Bon über 20 Euro in einem Supermarkt, außerdem ein gemeinsames Frühstück. Es gibt seitens der Klienten eine starke Identifikation mit dem Projekt. Sichtbar wird

diese Zufriedenheit zum Beispiel an den geringen Ausfallzeiten. Im Schnitt sind acht Leute anwesend, insgesamt haben bislang zweiunddreißig Klienten das Projekt durchlaufen. Als Resultat lassen sich bisher stabilere finanzielle Situationen und ebenso stabilere Konsumgewohnheiten feststellen. Seit diesem Monat befindet sich das Projekt leider im Ruhemodus, da das Gebäude indem bisher gearbeitet wurde, abgerissen werden muss. Noch ist kein neues Gebäude gefunden, aber das Projekt steht im Drogenaktionsplan für das nächste Jahr. Trotzdem ist es schade, dass aktuell nichts vorliegt, da in der Zwischenzeit Klienten wieder „abstürzen“. Ausblick: Die Aktivitäten sollen auf Kinderkleidung ausgeweitet werden. Dies ist als Tauschbörse angedacht. Ebenfalls wird das Projekt nun auch in Unna beginnen, mit demselben Logo und Namen.

2. Intervention: Michael Schleking von Lusa (D)

Siebzig Menschen haben einen Platz im betreuten Wohnen für mehrfach chronisch Drogenabhängige in Unna gefunden. Das Angebot umfasst eine erweiterte Tagesstruktur, wobei einer der Schwerpunkte Beschäftigungsmöglichkeiten sind. Jeder der einer Aktivität nachgehen möchte, kommt morgens zum „Meeting“. Hier informiert der Hausmeister, was aktuell ansteht und die Klienten, die an einem der Angebote Interesse haben, melden sich. Diese umfassen die verschiedensten Beschäftigungsbereiche: Hauswirtschaft, Hausmeister, Kreativwerkstatt, Gehirnjogging (Ich packe in meinen Koffer...), Schreinerei, Druckerei, PC Werkstatt, Fahrradwerkstatt, Garten, usw.... Keines der Angebote ist gewinnorientiert, sondern das Ziel ist ganz klar die Beschäftigung der Klienten. Es soll keine Konkurrenz zu anderen Betrieben der Stadt entstehen. Als Motivationsgeld erhalten die Teilnehmer 1 Euro pro Stunde, aber maximal 10 Euro pro Woche. Wenn sie mehr arbeiten, kann das Geld auf einem internen Sparbuch angespart werden. Da die Bewohner zurzeit in etwa 100 Euro Taschengeld pro Woche erhalten, können 10 Euro durchaus einen Anreiz darstellen. Die Kernarbeitszeit ist von 10:00 Uhr – 13:00 Uhr und endet mit einem gemeinsamen Mittagessen. Wer jedoch nicht drei Stunden durchhält, kann auch nach einer Stunde gehen. Ferner besteht die Möglichkeit auch nachmittags weiter zu arbeiten, aber die meisten sind dann erschöpft und wollen sich zurückziehen. Die Arbeitszeiten werden individuell zugeschnitten. Klienten sollen gefordert, aber nicht überfordert werden.

3. Intervention: Natascha Inauen von der Kontakt- und Anlaufstelle Zürich (CH)

Die Kontakt- und Anlaufstelle bietet ihren Klienten Case Management an, dies aber auf einem niederschweligen Niveau. Es gibt Walk-In Öffnungszeiten, in denen die Klienten einfach zu den Case Managern kommen können. Weiterhin ist die Hemmschwelle dies auch wirklich zu tun geringer, da die Case Manager durch ihre Arbeit im Alltagsgeschäft der Kontakt- und Anlaufstelle

den Klienten schon bekannt sind. Wichtig ist, dass immer die Klienten die Auftraggeber sind. Oft haben die Klienten sehr hochgesteckte Ziele, da wird dann versucht, diese auf kleine Schritte runter zu brechen, ohne dabei die Prioritäten und Meinung der Klienten aus den Augen zu lassen. Die Klienten sind zu jedem Moment gleichberechtigte Partner. Im Alter ändert sich Zielsetzung der Klienten: Es gibt seltener „große“ Ziele, sondern eher der Wunsch stabil zu bleiben, sich nicht zu verschlechtern. Die Arbeit mit den Klienten orientiert sich am Prinzip der Lösungsorientierung. Allerdings ist für eine Gruppe das Case Management nicht freiwillig: Schwangere, welche die Kontakt- und Anlaufstelle nutzen möchten, müssen teilnehmen. Private Stiftungen haben ein ähnliches Angebot, so gibt es Wahlmöglichkeiten für Klienten, wenn auch nicht sehr viele.

4. Intervention: Joanne Schmit: Resumé der Klientenbefragung (L)

Reminder der gestrigen Präsentation

5. Diskussion: Lebensqualität bedarf nach Ansicht der Workshop-Teilnehmer: Teilhabe, Nutzen, Perspektive und Sinn.

Die Workshop-Teilnehmer gehen davon aus, dass die Klienten sich wünschen, einen Wohnsitz und die Wahl einer Tagesstruktur zu haben. Es ist wichtig, dass die Tagesstruktur selbstbestimmt ist, dass sie nicht vorgegeben ist, sondern wählbar und adaptiert an die eigenen Kompetenzen. Ältere Süchtige wollen ganz „normal“ behandelt werden, wollen nicht geschont werden, sie wollen Normalität. Dennoch sollten die Angebote respektieren, dass es den Klienten manchmal einige Tage hintereinander nicht gelingt zu erscheinen. Dies sollte im besten Fall nicht zu einem Ausschluss führen. Die Stundenform der Klienten hat einen sehr großen Einfluss, deshalb müssen wir da sehr flexibel sein, sonst funktioniert das Ganze nicht. Manche Klienten hätten auch gerne eine Wohnung OHNE Betreuung. Es ist leider nicht immer einfach diese und andere Wünsche zu realisieren. Aber: Jeder darf Wünsche haben! Es geht nicht um uns Sozialakteure, sondern um die Klienten. Die eigene Bewertungen und Lebensführungsvorstellungen der Klienten sollten akzeptiert werden. In Amsterdam beispielsweise wird der Teilhabe der Klienten unter anderem durch den Klientenrat Rechnung getragen. Man darf auch die Drogen beim Blick auf die Lebensqualität der Betroffenen nicht vergessen. Sie müssen die Möglichkeit haben konsumieren zu können. Gegebenenfalls natürlich auch die Wahl der Substitution.

Case Management: Vorteile des Case Management ist beispielsweise die Tatsache Zuständige für Klienten zu haben, aber ein Nachteil könnte sein, dass dem Klienten teilweise die Möglichkeit genommen wird, sich in verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich zu präsentieren. Ist Case

Management nicht vor allem gut für die Effektivität? Einig sind sich alle Workshop-Teilnehmer, dass die Klienten jemanden haben sollen, das muss auch nicht unbedingt ein Case Manager sein, aber jemand der sie begleitet, der mit ihnen den nächsten Schritt macht, jemand der konstant ist. Beziehungsaufbau ist sehr wichtig. Die Klienten kommen oft erst wenn „die Füße schon brennen“, dann reicht die Zeit nicht immer alles nach Lehrbuch zu machen, sondern dann muss gehandelt werden. Der Klient muss nichts tun, nur wenn der Wunsch besteht, ein Ziel zu erreichen, wird ein Case Manager eingesetzt. Wenn das Ziel ist unter der Brücke zu leben, dann ist das ok. Der Klient ist maßgebend für die Zielsetzung: Klient als „Sonne“.

Ideen zu Beschäftigungsmöglichkeiten und Tagesstrukturen: Gehirnjogging kann sehr sinnvoll sein, da Personen sich nicht gesundheitlich verschlechtern oder sogar verbessern wollen. Genusstraining aus der Adipositas-Arbeit könnte in veränderter Form hilfreich für die Klienten sein und auch Spaß machen. Im Abrigado in Luxemburg hat ein Akkupunkturprojekt begonnen, aber hier muss der Klient bereit sein, zur Ruhe kommen zu wollen. Für andere Klienten ist es also vielleicht sinnvoll, ein „Ablenkungsprojekt“ anzubieten. Die, die die Ruhe nicht aushalten, könnten vielleicht ein Computerspiel spielen. Insgesamt gilt, dass die Klienten alles, was sie selbst tun können auch selbst tun sollten. Die Tagesstruktur kann auch aus der Alltagsgestaltung bestehen. Es gibt viele, die können nicht putzen und andere die den Schmutz nicht sehen. Im Miteinander entdeckt man dann solche Dinge. Es macht ja auch Spaß herauszufinden, wie kriegt man es hin, zum Beispiel gemeinsam Spagetti mit Soße zu kochen. Es ist oft peinlich besetzt zu sagen, was man nicht kann. Im Miteinander geht das viel leichter.

Gibt es hinsichtlich der Bedürfnisse von älteren Drogenabhängigen geschlechtsspezifische Unterschiede? Im Alter haben die meisten Klienten dieselben Ansprüche, diese sind nicht vorrangig geschlechtsspezifisch, sondern menschlich.

Akzeptanz: Die Klienten möchten mehr Akzeptanz. Wir müssen der Allgemeinbevölkerung Informationen geben. Die Klienten schaffen das wahrscheinlich nicht alleine, auch wenn es vielversprechende Beispiele gibt, wie in Amsterdam, wo die Klienten Ambassadeure sind, die Informationen weitertragen. Auch das „Buddyprojekt“ trägt Informationen in die Gesellschaft. Dennoch gilt es Aufklärungsarbeit zu machen. Ebenfalls Fachkräfte aus anderen Bereichen müssen Zugang zu diesen Informationen haben.

Geschichte der Klienten: Die Vergangenheit kann ja auch Schönes beinhalten, so kann beispielsweise eine Freudenbiographie gemacht werden. Überhaupt ist die Biographie-Arbeit eine interessante Methode. Musik kann als Initiator für Gespräche über Vergangenheit und über

Sexualleben (Beispiel: bei dem Lied hatte ich meine erste Freundin) dienen. Auch durch die Tatsache mit Spielzeug konfrontiert zu sein, kommt die Vergangenheit hoch.

Fachkräfte: Die Klienten wünschen sich bessere Fachkräfte, das ist ein klarer Auftrag an uns! Es ist nicht immer leicht gutes Personal zu finden. Da spielen die Bedingungen der Arbeit eine wichtige Rolle, was ein politischer Punkt ist.

6. Empfehlungen:

- Es muss in den Ländern die verschiedenen Möglichkeiten (Spektrum vom auf der Straße Leben, Privatwohnung, dauerhaft betreuten Wohnen bis hin zum Altersheim) geben, damit die Klienten die Wahlmöglichkeit haben, wie sie wohnen wollen.
- Freie Wahl der Form vom Drogenkonsum (zum Beispiel im Rahmen der Wohnsituation). Nicht nur Wahl der Droge, sondern auch der Form.
- Die Politik soll die Möglichkeiten der Drogenhilfe (finanzielle Mittel, Problemoffenheit im Allgemeinen, ...) verbessern.
- Die Organisationen sollen aktiver die Bevölkerung aufklären mit Partizipation des Klienten durch Klientenräte, den Klienten Gewicht geben, Ambassadeure usw.
- Breite und flexible Tagedstrukturangebote auf freiwilliger Basis so, dass für jeden etwas dabei ist (verschiedene Bereiche).
- Der Wunsch nach kompetenten Fachkräften (Fort- und Weiterbildungen fördern)
- Orientierung am Bedarf und nicht an der Finanzierung. Finanzierung soll langfristig gewährleistet sein. Wir machen Angebote für Personen.
- Freiwilliges Coaching, im Sinne von Case Management.

Workshop 3 : Erarbeitung von Standards für niederschwellige Einrichtungen

Alternde Drogenabhängige stellen die MitarbeiterInnen von niederschwelligen Einrichtungen vor neue Herausforderungen. Anhand konkreter Fallbeispiele sollen Standards erarbeitet werden, um gebrechlichen KlientInnen den Konsum in Kontakt- und Anlaufstellen weiterhin zu ermöglichen und den Zugang zum bestehenden Angebot aufrecht zu erhalten. Wie können infrastrukturelle, pflegerische, sozialarbeiterische und ethischen Herausforderungen angemessen beantwortet werden? Welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden? Welche Unterstützung benötigen MitarbeiterInnen und KlientInnen? Ist das Angebot in den Einrichtungen altersgerecht?

Moderation :

Hervé HICK (L)
Regine HOFFMANN (CH)
Conrad KOEKERT (NL)

Interventionen :

Nicole SIMONS (L)
Martina KAP (L)
Patrick KLEIN (L)
Sebastian MAYER (CH)

Protokollant :

Günter BIWERSI (L)

Protokoll :

Teilnehmerzahl ungefähr 25.

Der Workshop gliedert sich in 2 Teile :

1. Teil : Impulsreferate aus der Schweiz, den Niederlanden und Luxemburg
2. Teil : Diskussion und Festhalten der « Standards » zur Präsentation im Plenum

Kategorisierung der Standards entlang von 4 Achsen : Infrastruktur, Sozialarbeit, Pflege, Ethik

1. Impulsreferate (Powerpoint-Präsentationen)

1.1. Sebastian Mayer, Kontaktstelle Zürich

Vorstellung des Versorgungssystems an « Kontaktläden » in der Stadt Zürich. Fallbeispiel einer Klientin, Infrastruktur ist nicht überall optimal, regelmässige Schulungen der Mitarbeiter der Einrichtungen

1.2 Aki Herliyn, Regenboog Amsterdam

Vorstellung des Versorgungssystems in Amsterdam ; insgesamt gibt es 6 Konsumräume in der Stadt ; einen in dem ausschliesslich intravenös konsumiert wird (EU-Bürger) Anzahl der Drogengebraucher in Amsterdam ist rückläufig ; Zielrichtung der Drogenpolitik : Garantie von Basisbedürfnissen : finanziell, medizinisch : »raus aus den Strassenecken «

1.3 Patrick Klein, Abrigado Luxemburg

Der Trägerverein betreibt den einzigen Konsumraum, der bisher im Lande existiert .Vorstellung der Standards, obwohl diese « den komplexen Problemen oft nicht gerecht werden ». Zielrichtung in der Alltagsarbeit soll sein Abläufe und Zugänge zu vereinfachen, jedoch nicht das Niveau der Arbeit (« Keep calm and share best practice », Stichworte : Kollaboration, Evaluation, Forschung und Finanzierung

1.4. Martina Kap, Nicole Simons, JDH Luxemburg

Die JDH hat aktuell im Süden, Zentrum und Norden 3 niedrigschwellige Einrichtungen und als Projekt für die nächsten 2 Jahre den Aufbau einer integrierten Einrichtung mit niedrigschwelligem Zugang im Kontaktcafé und Konsumraum vor sich. Das Konzept muss den räumlichen Gegebenheiten angepasst werden. Obwohl im Moment 5 Rollstuhlfahrer unter der Klientel sind gibt es keinen mobilitätsgerechten Zugang zu den Einrichtungen.

2. Zusammenfassung der « STANDARDS » für niedrigschwellige Einrichtungen

Infrastrukturell	Ethisch	Sozialarbeiterisch / Pflegerisch
Mobilitätsgerechtigkeit (Rollstuhlzugang)	Schweigepflicht bei Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen	Präventionsangebot Weiterbildung / Sensibilisierung der Pflegedienste (viel Beziehungsarbeit)
Integrierte Einrichtungen (mit Sozialamt, Wohnamt, Suchtarzt etc. für kürzere Wege)	Soziale Akzeptanz von Konsum v.s. Abstinenz	Kooperationen mit anderen Einrichtungen
Begleitung zu Ämtern, Arzt (Shuttlebus)	Andere Finanzierungsmodelle (für Unabhängigkeit / Spielraum)	Weiterbildung (Geriatrisch) / Supervision
Altersgerechte Einrichtung (Griffe in Dusche / Toilette / i.v. Konsum Hilfestellungen)	Öffentlichkeitsarbeit / Lobbyarbeit	Sinnegebende Beschäftigungen / Tagesstruktur
	Inklusion vs Spezialisierung	Aufsuchende Arbeit (ambulant)
	Keiner muss umsonst Arbeiten	Auseinandersetzung mit dem Tod (Gedenktag)
		KREATIV BLEIBEN – neue Wege gehen!!!
		Professioneller Austausch (national und international)

1. Infrastruktur

In der niedrigschwelligen Struktur muss ein mobilitätsgerechter Zugang vorhanden sein, ebenso muss die innere Infrastruktur dem Mobilitätsgedanken Rechnung tragen. Die Einrichtung soll gleichfalls auch « altersgerecht » sein. Gut scheint nach Möglichkeit eine integrierte Einrichtung zu sein, in der alle Behördengänge unproblematisch getätigt werden können (Arzt, Pflege, Sozialamt, Wohnamt). Im Bereich des Konsumraums wird die Frage aufgeworfen, ob seitens des Personals Hilfen beim intravenösen Gebrauch gegeben werden sollen. Es wird an Informationen und konkrete Schulungen zum Konsum gedacht.

2. Sozialarbeit

Zunächst wird von intensiven Begleitungen für einzelne Klienten gesprochen. Diese kann in einer erweiterten Form bis zu einer aufsuchenden Arbeit bei den Klienten zu Hause geschehen. Das Thema « Tod » darf nicht tabuisiert werden, soll vielmehr zum Thema werden. (Bsp : Gedenktag an die Verstorbenen). Weiterhin sollen sinngebende Beschäftigungen im Rahmen einer Tagesstruktur angeboten werden.

Für das Personal ist es wichtig in einem Netzwerk zusammenzuarbeiten, sowie regelmäßige an Weiterbildungen und Supervisionen teilzunehmen. Der professionelle Austausch soll regional und international auch über die Landesgrenzen hinweg erfolgen (« best practice »).

Letztendlich der Appell an die Mitarbeiter kreativ zu bleiben und immer wieder die Bereitschaft zu zeigen neue Wege zu gehen.

3. Pflege

Auch in der Pflege steht die Beziehungsarbeit an erster Stelle. Es sollten Schulungen für ambulante Pflegedienste angeboten werden, die den Umgang mit « unserer » Klientel oft nicht gewohnt sind. Präventionsangebote sollten gemacht werden. Schließlich wird auf die Ko-, resp. Multimorbidität bei vielen Klienten hingewiesen.

4. Ethik

Ethik muss ein integraler Bestandteil in jeder Einrichtung sein und die Prinzipien sollten von Zeit zu Zeit hinterfragt und auf den Prüfstand gestellt werden. Es sollte an der sozialen Akzeptanz von « Konsum » versus « Abstinenz » gearbeitet werden. Um ethisch vertretbar arbeiten zu können, muss das Prinzip der Schweigepflicht absolut eingehalten werden, im Bedarfsfall eine Entbindung beim Klienten angefragt werden.

Die Frage anderer Finanzierungsmodelle wie der staatlichen wird kontrovers diskutiert. Positiv werden jedoch manche selbstfinanzierten Modelle gewürdigt. (Villa Armand, Lux.) Eine gute Öffentlichkeitsarbeit stellt auch immer eine Lobbyarbeit für unsere Klienten dar.

Workshop 4 : Herausforderungen somatischer & psychiatrischer Begleiterkrankungen

Diese Arbeitsgruppe widmet sich den Bedürfnissen der Zielgruppe und den Schwierigkeiten bei deren Betreuung. Nach einer theoretischen Einführung, werden die psychopathologischen Aspekte und die Pflegemodalitäten dieser Klientengruppe von Ärzten erläutert. Gemeinsam suchen wir nach Wegen die Betreuung so weit wie möglich an die resultierenden Erkenntnisse anzupassen.

Moderation :

Dr Jean-Marc CLOOS (L)
Stéphanie LORK (CH)
Philippe PINÇON (L)

Interventionen :

Dr Vic ARENDT (L)
Dr Marc GRAASS (L)
Ken DÜRSTELER (CH)
Dr Rob KARIER

Protokollant :

Dietmar DENZEL (L)

Protokoll :

Anzahl der TeilnehmerInnen: 16

Zur Einführung ins Thema gab es Kurzvorträge von vier luxemburgischen Spezialisten. Sie sprachen von ihren professionellen Erfahrungen im Umgang mit der Population.

Dr. Graas: Sehen wir die Population als alternde Süchtige oder süchtige Alternde? Suchtmedizin und Geriatrie müssen sich austauschen. Spezifische Angebote sollten in Altersheimen existieren, mit fachlicher Unterstützung des Personals.

Romain Pauly: Es geht in der stationären Therapie nicht mehr vorrangig um Abstinenz, sondern um psychische und physische Stabilisierung (soziosomatische Behandlung). Viele ältere Drogenabhängige haben Kinder im Jugendalter, auch hier besteht Bedarf einer spezifischen (Familien)Therapie und/oder Eltern-Kind-Beratung.

Die Behandlungsstrategien von heute haben Auswirkungen auf die alten KonsumentInnen von morgen. Methadonsubstitution während der Therapie ist in Manternach möglich, in vielen deutschen Fachkliniken jedoch nicht. Die aktuelle Hepatitis-C-Behandlung ist sehr teuer, eine Behandlung während eines stationären Aufenthaltes verbessert die Erfolgschancen.

Dr. Vic Arendt: Den KonsumentInnen wird ein Lebensstil von der Gesellschaft aufgezwungen, der negative psychische und somatische Auswirkungen für sie hat. Der Drogenkonsum hat negative somatische Auswirkungen auf alle menschlichen Organe und beschleunigt den Alterungsprozess. Wichtig sind veränderte Konsumgewohnheiten: weg von der Spritze, nicht in die Leiste spritzen, Kokain vermeiden, Alkoholabstinenz bei Hepatitis C. Das Zirrhoserisiko von KonsumentInnen mit Hepatitis C sollte diagnostiziert und gegebenenfalls behandelt werden.

Dr. Karier: Rückfälle gehören zur Behandlung. Vernetzung Suchthilfe-Altenpflege-Krankenhäuser. Gleicher Zugang zu somatischen Behandlungen für konsumierende wie für nicht konsumierende Menschen. Bessere Planung von Gefängnisentlassungen.

Nach dem Plenum hat sich der Workshop in zwei Kleingruppen aufgeteilt:

- Medizinische Auswirkungen und Forderungen (Dr. Cloos)
- Psychosoziale Auswirkungen und Forderungen (Dietmar Denzel)

Ergebnisse der 1. Kleingruppe:

1. Altersheime sollten für Suchtkranke eine gewisse Anzahl an Plätzen anbieten.
2. Das Personal dieser Altersheime sollte fachlich unterstützt werden.
3. In den Altersheimen sollten spezialisierte Konsultationen angeboten werden.
4. Genaue Behandlungskriterien der Hepatitis C wären von Nöten: Identifizierung der Stadien F3 und F4, Überwachung der Stadien F2 durch einen regelmässigen Fibroscan.

5. Präventive Interventionen zur Reduzierung von Morbidität und Mortalität sollten ausgebaut werden (z.B. Osteoporoseprophylaxe, Thromboseprophylaxe, ...).
6. Die Vorteile einer kontinuierlichen Methadontherapie (auch während stationären Aufenthalten) wären zu diskutieren.
7. Eine Art „Wet-Clinic“, in der nicht abstinente KonsumentInnen stationär somatisch behandelt werden können, fehlt derzeit.
8. Die Gefängnisentlassungen sollten besser geplant werden.
9. Auch die Übergänge von ambulanter und stationären (& vice-versa) funktionieren nicht immer reibungslos.
10. Interventionen sollten auf die Stabilität des Patienten zielen.
11. Psychoedukation zur Reduzierung des Konsums wäre nützlich.
12. Spezifische psychiatrische Probleme (z.B. PTSD) müssen behandelt werden.

Ergebnisse der 2. Kleingruppe:

1. Forderung der Depenalisation = Entkriminalisierung von Besitz und Konsum.
2. Zitat eines Teilnehmers: « Die Kriminalisierung ist das Tor zum medizinischen Desaster ».
3. Bei allen Behandlungsangeboten im medizinischen Bereich darf die Sucht nicht als alleiniger oder Hauptfaktor gesehen werden.
4. Austausch und gegenseitige Fortbildungen von Suchtmedizin und Geriatrie.
5. Kampagnen der wechselseitigen Sensibilisierung des Personals.
6. Vernetzung der konkreten Angebote von Suchthilfe und Altenhilfe sowie Case-management bei der konkreten Behandlung einzelner.
7. Aufbrechen der Ghettoisierung der Behandlungen für alternde KonsumentInnen.
8. Unterscheidungskriterien treffen lernen:« Wo können KonsumentInnen in bestehende Strukturen der Altenhilfe und Pflege integriert werden, wann benötigen sie eigene spezifische Strukturen? »
9. Wo notwendig, schaffen neuer spezifischer Strukturen.