Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenabhängigkeit im Alter – Weiterentwicklungen von Handlungsempfehlungen für Pflegesituationen in ambulanten, teilstationären und stationären Settings

Tanja Hoff, Michael Isfort, Silke Kuhn, Karsten Keller

2.1 Einleitung – 17

2.2 Stand der Pflegewissenschaft und -praxis zu konzeptbegründeten Vorgehensweisen bei „Sucht im Alter" – 17

2.3 Entwicklung der „Kölner" und der „Hamburger" Handlungsempfehlungen für den Umgang mit missbräuchlichem oder abhängigem Konsum legaler Substanzen bei Bewohnern bzw. Kunden von Pflegediensten – 21

2.3.1 Vorgehensweise und Ergebnis im Projekt SANOPSA: Entwicklung der „Kölner" Pflegehandlungsempfehlungen – 21

2.3.2 Vorgehensweise und Ergebnis der BMG-Förderlinie „Sucht im Alter - Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe": Entwicklung der „Hamburger" Pflegehandlungsempfehlungen – 27

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017
T. Hoff, U. Kuhn, S. Kuhn, M. Isfort (Hrsg.), *Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege*,
DOI 10.1007/978-3-662-53214-0_2

2.4 Zukünftige Weiterentwicklungen der vorgestellten Handlungsempfehlungen: Lückenhaftes, Ergänzungswürdiges, Innovatives – 32

Literatur – 37

2.1 Einleitung

Im vorliegenden Beitrag wird auf die Notwendigkeit, Entwicklung und Modifikation von Handlungsempfehlungen im Umgang mit Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenabhängigkeit bei älteren Pflegebedürftigen eingegangen. Die Lebensqualität der in ► Kap. 1 beschriebenen Zielgruppen soll auch dadurch verbessert werden, dass pflegerische Konzepte bei Substanzkonsum älterer Pflegebedürftiger, dessen negative konsumbegleitende Symptomatiken sowie etwaige Folgeerkrankungen zukünftig optimiert werden –, und zwar aus unserer Sicht durch den verstärkten Einsatz expertengeleiteter Pflegehandlungsempfehlungen.

Aufgrund der bereits heutigen und prognostisch weiter steigenden Prävalenzzahlen von Alkohol-, Medikamenten- und Tabakmissbrauch/-abhängigkeit in älteren Generationen wurde die Thematik „Sucht im Alter" in den letzten Jahren zunehmend in Praxis und Forschung beachtet. Auch mit dem Themenschwerpunktjahr 2006 „Unabhängig im Alter – Suchtprobleme sind lösbar" der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) fand das Thema unmittelbare Aufmerksamkeit in der Bevölkerung und Fachwelt, insbesondere in der Suchthilfe.

Die derzeitige Versorgungspraxis von Menschen mit dieser Problematik ist 10 Jahre später in der ambulanten und teil-/vollstationären Altenpflege jedoch nur unzureichend von einem theoretisch und konzeptionell begründeten Vorgehen geprägt. Pflegekonzepte im Umgang mit Alkohol-, Medikamenten-, Tabak und illegalem Drogenmissbrauch/-abhängigkeit im Alter und den damit assoziierten körperlichen wie psychischen Auffälligkeiten stehen nicht konsequent im Fokus der Einrichtungen, sind nicht Gegenstand externer Qualitätsprüfungen und daher auch nicht in jedem Falle Bestandteil einer internen Ausrichtung auf Qualität. Gut etablierte Methoden in der Suchthilfe (z. B. Screenings, motivierende Kurzinterventionen, Selbstkontrollmethoden des Konsums) werden bislang eher wenig aufgegriffen und ins alltägliche pflegerische Handeln integriert.

Im Weiteren stellt sich die Frage des Wissensmanagements: Wie kommen Pflegende in einem aktuell und zukünftig durch knappe Zeitressourcen belasteten Berufsalltag schnell und effektiv zu Informationen über den konzeptionellen Umgang mit der Zielgruppe „ältere Pflegebedürftige mit einem Suchtproblem"?

2.2 Stand der Pflegewissenschaft und -praxis zu konzeptbegründeten Vorgehensweisen bei „Sucht im Alter"

Ältere Menschen finden oder gehen häufig nicht den Weg in die Suchtberatung, sei es aus eigenen Ängsten, Fremdheitsgefühlen oder Vorurteilen heraus, sei es, weil behandelnde Systeme (z. B. zuweisende Hausärzte) Vorurteile gegenüber einer „nicht lohnenden", „zu anstrengenden", „genussfeindlichen" Suchtbehandlung haben – was dem aktuellen Kenntnisstand zur Wirksamkeit der Suchtbehandlungen bei Älteren widerspricht (z. B. Geyer 2009). Aber auch betreuende Pflegeeinrichtungen zeigen sich offen oder verdeckt überfordert mit suchtkranken Älteren, unter anderem durch noch zu wenig Wissen über Ätiologie, Phänomenologie und Auswirkungen von Suchterkrankungen im Alter (z. B. Schmitz u. König 2007, Flick u. Röhnsch 2011).

In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden – allerdings bisher ohne tiefergehende bzw. adäquate empirische Basis – wiederholt folgende Unsicherheiten oder Unterschiede in der professionellen Pflegegestaltung benannt (z. B. Flick u. Röhnsch 2011, Werner 2011, Kämper 2009):

Unsicherheiten und Unterschiede in der professionellen Pflegegestaltung bei Suchtphänomenen im Alter

- Schwierigkeiten und Unsicherheiten im Umgang mit anhaltendem Konsum legaler oder (insbesondere in der ambulanten Pflege) auch illegaler Substanzen
- Schwierigkeiten in der Akzeptanz gegenüber den Lebensweisen und Gewohnheiten von Alkohol- und Drogenabhängigen
- Schwierigkeiten, suchtspezifisches Verhalten wie geringe Eigeninitiative, Rückfälle usw. nicht als Pflegeversagen zu sehen

- Fragen zur Verfügbarkeit oder Abstinenzgebot von Alkohol als Genussmittel in Einrichtungen
- Uneinheitliche Vorgehensweise des Pflegeteams

In einer Befragung von Fach- und Leitungskräften aus der Altenhilfe (n = 446) und der Suchthilfe (n = 151) in Hamburg gaben etwa die Hälfte der Fachkräfte aus der Altenhilfe Unsicherheiten in der Unterscheidung zwischen sucht- oder altersspezifischer Symptomatik sowie in der Beratung und Unterstützung bei entsprechenden Sekundärbelastungen an (Baumgärtner 2011). Der zudem ermittelte Fortbildungswunsch umfasste vor allem Stoffkunde, Umgangsweisen mit der Suchtproblematik und organisatorisch gesehen vor allem mehrmalige 2-stündige Veranstaltungen. Inwiefern solche Angebote der Fortbildung zu einer nachhaltigen Qualitätsoptimierung der Pflege – insbesondere bei hoher Personalfluktuation – im Handlungsfeld Sucht im Alter beitragen, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Im pflegerischen Alltag kommen subjektive oder organisationale ethische Grundkonflikte in der Abwägung individueller Selbstbestimmung (in diesem Falle des Konsums) und gesamtgesellschaftlicher Interessenslagen hinzu. Dabei stellt sich auch die praxisrelevante Frage nach dem Umgang mit der Autonomie und Eigenverantwortlichkeit der Pflegebedürftigen, obwohl sie sich durch einen riskanten oder abhängigen Substanzkonsum in einer Einrichtungsbetreuung selbst schädigen (Werner 2011, Jonas 1999).

Eine reduzierte Behandlungs- und Abstinenzmotivation eines Pflegebedürftigen, die sich ggf. auch biografisch durch unzureichende Inanspruchnahme von Hilfeangeboten zeigt, ändert sich nicht zwangsläufig bei Eintritt in ein Pflegeheim. Vielmehr wird das Pflegepersonal hier häufiger mit dem – erlaubten, tolerierten oder verbotenen – fortgesetzten Alkoholkonsum trotz bestehender gesundheitlicher Schäden und dem pflegerischen Konflikt zwischen Patientenautonomie und Schadensbegrenzung konfrontiert. Demgegenüber stehen Fälle, die zwar kurz- bzw. mittelfristig nach Eintritt ins Pflegeheim abstinent sind, bei denen aber dennoch weiterhin Rückfallgefahren bestehen und entsprechend eine sorgfältige pflegerische Beobachtung zu deren Anzeichen erfolgen muss.

Bezüglich der Zielgruppe Älterer mit einer Lifetime-Alkoholdiagnose resümieren Schäufele et al. (2009, S. 300) als besondere Herausforderung an die Pflegekräfte, aber auch Ärzte, dass „in den Heimen dabei weniger auf das aktuelle, relativ geringe Konsumverhalten zu fokussieren [sei], sondern vielmehr auf die erheblichen Folgen langjähriger alkoholbezogener Störungen: psychische und physische Komorbidität, verbreiteter Nikotinabusus sowie soziale Defizite und Verhaltensstörungen".

In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden als Aufgaben der Pflege bei der Zielgruppe Älterer mit riskantem oder abhängigem Substanzkonsum insbesondere genannt (Oer 2000, Schmitz u. König 2007, Werner 2011):

Aufgaben der Pflege bei Älteren mit riskantem oder abhängigem Substanzkonsum

- Diagnostik des Substanzproblems wie auch der Entzugserscheinungen
- Vertrauensvolle Pflegebeziehung
- Angemessene Gesprächsführung (z. B. motivierende Gesprächsführung)
- Unterstützung der Bewohner in (ggf. selbstbestimmten) Maßnahmen der Konsumreduktion und Rückfallprävention
- Umgangsweisen mit Verhaltensschwierigkeiten (z. B. Aggressivität, Reizbarkeit, Vernachlässigung des äußeren Erscheinungsbildes, Hygieneprobleme, Sturz- und Verletzungsgefahr, fehlende Eigeninitiative, Konflikte mit Personal und Mitbewohnern, Substanzkonsum außerhalb der Pflegeeinrichtung)

Tipp

„Pflegende sollten in der Lage sein, suchtkranke Bewohner auf ihre Problematik mit psychoaktiven Substanzen anzusprechen, Veränderungsmotivation zu fördern und (selbstbestimmte) Versuche zur Reduktion des Substanzgebrauchs bis hin zur Abstinenz zu unterstützen" (Flick u. Röhnsch 2011, S. 462).

Flick und Röhnsch (2011, S. 454) weisen darauf hin, dass auch in den Pflegewissenschaften die Versorgung suchterkrankter Älterer nach wie vor ein vernachlässigtes Thema darstellt: „Der geringen Bedeutung, die diesem Thema bislang zuerkannt wurde, steht entgegen, dass die Zahl suchtkranker alter Menschen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen wächst und mithin auch der Anteil von Menschen mit ‚schwierigen' Verhaltensweisen."

In Deutschland wurden in den letzten Jahren vor allem in 2 Praxisprojektlinien exemplarische Konzepte zur Thematik Sucht im Alter bei Pflegebedürftigen entwickelt und erprobt:

- die Förderlinie „Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe" des Bundesministeriums für Gesundheit sowie
- das Förderprogramm „Sucht im Alter" (2010–2014) der Landesstiftung Baden-Württemberg.

Bei beiden Programmen standen Qualifizierungs- und Kooperationsaspekte der beiden Hilfesysteme Sucht- und Altenhilfe für und mit dem jeweils anderen Handlungsfeld im Vordergrund des Förderinteresses. Bei beiden Förderlinien handelte es sich eher um lokal und regional begrenzte Modellprojekte, die auf die Suchtmittel Alkohol und Medikamente fokussierten.

Es bleibt dabei offen, wie die konkreten Tätigkeiten, Vorgehensweisen und Erfahrungen generell in der mehrheitlichen Praxis bis hin zu gegebenenfalls vorhandenen Best-Practice-Annäherungen in Institutionen der Altenpflege aussehen und vor allem auf andere Regionen übertragen werden können. Dabei stellt sich einerseits die Frage, welche konzeptionellen Handlungsvorgehensweisen z. B. zum pflegerischen Umgang mit Konsum, zum Umgang mit der Ambivalenz zwischen Autonomie und Schutz des zu Pflegenden bei bestehendem Konsum, zur Beziehungs- und Motivationsarbeit, zur Konsumverringerung oder -kontrolle, zum Umgang mit Begleiterscheinungen (z. B. erhöhte Aggressivität und Sturzgefahr), zu organisationspsychologischen Bedingungen etc. im „breiten Praxisfeld" vorliegen. Andererseits besteht die Frage, welche Erfahrungen an andere Pflegende als wirksam oder weniger wirksam weitergegeben werden können.

Eine in den benannten Projektlinien geforderte und geförderte Qualifizierung sowie Hilfesystemkooperation bedingt noch keine hinreichende systematisierte experten- oder evidenzgeleitete Vorgehensweise innerhalb der Altenpflege: Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive bedarf es hier einer Weiterentwicklung und Strukturierung der explizit pflegerischen Vorgehensweise mit der Zielgruppe der Älteren mit oder nach einem riskanten und/oder abhängigen Konsum legaler Substanzen.

Forderungen nach geregelten Vorgehensweisen oder Handlungsstrategien, unter anderem durch Pflegestandards oder einheitliche Regeln und Konzepte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die dadurch Sicherheit im Umgang mit substanzmissbrauchenden oder -abhängigen Bewohnern vermitteln, werden unter anderem von Werner (2011), Flick u. Röhnsch (2011), Kämper (2009) oder Schmitz u. König (2007) formuliert.

Auf Basis der im ▶ Vorwort der Herausgeber beschriebenen Untersuchung von Kuhn und Haasen (2009) lässt sich bereits aktuell ein Potenzial von ca. 8600 Pflegeeinrichtungen nennen, die von entwickelten Expertenhandlungsempfehlungen zum Thema Sucht im Alter profitieren könnten. Zukünftig könnte sich die Zahl weiter erhöhen, wenn prognostizierte Wachstumszahlen (Rothgang et al. 2012, Afentakis u. Maier 2010, Augurzky et al. 2010) eintreten und die Versorgungssektoren weiter ausgebaut werden.

Die **Entwicklung der professionellen Pflege** in den Sektoren der ambulanten und teil-/vollstationären Pflege kann in der Kürze wie folgt beschrieben werden:

- Mit 2,62 Mio. **pflegebedürftiger Personen** im Jahr 2013 stieg die Zahl gegenüber 1999 um insgesamt 30,3% (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2010a, 2010b, 2015). Dabei ist das stärkste Wachstum bezüglich der Anzahl zu versorgender Menschen mit Pflegebedarf im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung zu verzeichnen (48,3%); die teil-/vollstationäre Versorgung stieg um insgesamt 35,8% im Beobachtungszeitraum.
- Diese Entwicklung spiegelt sich auch in einem Anstieg der **strukturellen Ressourcen** wieder: Die Zahl der teil- und vollstationären Einrichtungen stieg zwischen 1999 und 2013 von 8859 auf insgesamt 13.030, die der ambulanten Dienste von 10.820 auf 12.745. Ebenso ist eine deutliche Zunahme bezüglich der **beschäftigten Personen** in diesen beiden Sektoren zu verzeichnen:
  - In der ambulanten Pflege stieg die Zahl der Beschäftigten im Tätigkeitsbereich der pflegerischen Versorgung (Grundpflege) zwischen 1999 und 2013 von 119.400 auf 219.400 an.
  - Auch in den teil- und vollstationären Einrichtungen lässt sich für den Tätigkeitsbereich der Pflege und Betreuung ein Anstieg von 287.300 im Jahr 1999 auf 450.000 im Jahr 2013 beobachten.

Damit steigt nicht nur die Anzahl älterer Menschen unter professioneller Betreuung, die potenziell eine Suchtproblematik aufweisen können. Zugleich steigt auch die Anzahl der mit pflegerischen Aufgaben betreuten Personen, die für die bestehende Problematik sensibilisiert werden müssen und die Handlungsempfehlungen in ihrer beruflichen Praxis einsetzen.

Vor dem Hintergrund eines wachsenden Potenzials bei der professionellen Beantwortung von Pflegebedürftigkeit ist entsprechend auch damit zu rechnen, dass sich zukünftig unter den betreuten Personen mehr ältere Menschen mit einer Suchtproblematik finden lassen.

Die meisten der ambulanten Dienste und teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen sind klein- und/oder mittelständische Unternehmen, die in hohem Maß von der Refinanzierung von Pflegeleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung abhängig sind und begrenzte wirtschaftliche Ressourcen aufbauen können. Hieraus resultiert die Problematik, eigene Entwicklungen nur unzureichend anstoßen und gestalten zu können. In vielen Einrichtungen sind hierfür keine refinanzierten Stellen vorhanden und Innovationen können so nur unter erheblichem Mehraufwand in die Einrichtungen eingebracht werden.

Aktuell bestehen darüber hinaus bereits erhebliche Probleme bei der Besetzung offener Stellen. Die Pflegeberufe gelten daher als vom Fachkräftemangel in hohem Maße betroffene Berufe (Bundesagentur für Arbeit 2014): Allein in der ambulanten Pflege sind derzeit je nach Modellrechnung zwischen 21.240 und 37.200 Stellen in der Pflege nicht zu besetzen (Isfort et al. 2016). Fachkräftebedarf und -lücken werden sich zukünftig noch weiter ausweiten (Ehrentraut et al. 2016, Ostwald et al. 2011).

Darüber hinaus stehen in der aktuellen Diskussion in der Pflege auch eine altersdemografische Problematik in der Berufsgruppe sowie fehlender Nachwuchs im Berufsfeld Pflege in den Einrichtungen im Vordergrund (Görres et al. 2010, MGEPA 2014).

Die mit den personellen Problemen einhergehenden Konsequenzen für die Mitarbeiter sind:

- Arbeitsverdichtung mit erhöhtem Krankheitsausfall,
- Zunahme an psychischen Belastungsstörungen (Badura et. al. 2015, Köller 2015, Wieland 2010),
- erhöhte Bereitschaft, an geplanten freien Tagen Dienste durchzuführen, sowie
- Zunahme der Arbeitsbelastung (Isfort et al. 2016).

Ferner ist im Handlungsfeld Pflege eine Zunahme des externen Prüfdrucks zu verzeichnen, der jedoch bislang Fragen der wirksamen konzeptionellen Beantwortung von Suchtproblematiken ausblendet (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2009).

All diese Faktoren stehen den notwendigen konzeptionellen Entwicklungen für eine strukturierte Versorgungsentwicklung suchterkrankter oder riskant konsumierender älterer Menschen entgegen.

Handlungsempfehlungen wie unten dargestellt dienen auch der Förderung einer **evidenzbasierten Pflege** der Zielgruppe Älterer mit riskantem oder abhängigem Substanzkonsum.

Unter evidenzbasierter Pflege wird „die Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Erkenntnis in die Pflege unter Einbeziehung des theoretischen Wissens und der praktischen Erfahrung der Pflegenden sowie die Wünsche und Vorstellungen des Patienten und der vorhandenen Ressourcen" (Schulz u. Reif 2002, S. 322) verstanden.

In der Pflege wurden bislang **Expertenstandards** durch das Deutsche Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2016) als Grundlage für ausgewählte strukturierte Handlungsempfehlungen entwickelt und erfolgreich etabliert (Schiemann u. Moers 2004). Themenfelder der Expertenstandards des DNQP sind bislang unter anderem Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz, Menschen mit chronischen Wunden sowie Ernährungsmanagement.

Diesbezügliche Entwicklungen für den pflegerischen Umgang mit älteren Menschen mit Suchtproblemen sind vom Netzwerk jedoch konzeptionell in absehbarer Zeit nicht vorgesehen. Hier besteht ein Handlungsbedarf, um relevante thematische Ergänzungen in die Diskussion einbringen zu können und den Pflegealltag weiter zu entwickeln.

Analog zum DNQP in der Pflege werden durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) **medizinische Leitlinien** entwickelt (Farin et al. 2011, Kopp 2010).

Medizinische Leitlinien stellen den systematisch bewerteten Forschungsstand zur Diagnostik und Therapie verschiedener somatischer und psychischer Erkrankungen dar und unterbreiten frei veröffentlichte Handlungskonzepte, auf die professionelle therapeutische Berufsgruppen zurückgreifen können. Sie stellen „systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen" (AWMF 2016) dar.

Die Entwicklung von Leitlinien folgt dabei einem strukturierten Prozess. Eine Bewertung der Güte der Leitlinienentwicklung wird anhand eines strukturierten Verfahrens, des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI), vorgenommen.

Gegenüber der Entwicklung von Leitlinien gemäß der DNQP oder AWMF sind im Folgenden „**Handlungsempfehlungen**" zu unterscheiden, da sie – projektspezifisch – anders methodisch hergeleitet wurden, wenn auch sich teilweise an Leitlinienprozessen orientiert wurde. Daher gilt es auch den Begriff der „Leitlinien" an dieser Stelle nicht zu verwenden.

2.3 Entwicklung der „Kölner" und der „Hamburger" Handlungsempfehlungen für den Umgang mit missbräuchlichem oder abhängigem Konsum legaler Substanzen bei Bewohnern bzw. Kunden von Pflegediensten

2.3.1 Vorgehensweise und Ergebnis im Projekt SANOPSA: Entwicklung der „Kölner" Pflegehandlungsempfehlungen

Die „Systematisierte Pflegehandlungsempfehlung für die Mitarbeitenden von Altenpflegeeinrichtungen (vorrangig teil-/vollstationär) zum Umgang mit und zur Reduzierung des Konsums von legalen Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente, Nikotin)" (Keller et al. 2015) ist ein Ergebnis des Drittmittelprojekts „Sucht im Alter – Netz- und netzwerkbasierte Optimierung der ambulanten und stationären Pflege" (Akronym: SANOPSA).

Förderhinweis
Das Projekt „SANOPSA: Sucht im Alter – Netz- und netzwerkbasierte Optimierung der ambulanten und stationären Pflege" wurde im Rahmen der Förderlinie SILQUA-FH „Soziale Innovation für Lebensqualität im Alter" im Zeitraum von Oktober 2012 bis August 2015 mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 03FH009SX2 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt der Veröffentlichung liegt beim Autor.

Insgesamt setzte sich das Projekt zum Ziel, eine Verbesserung der Versorgung älterer Menschen mit Substanzkonsumstörungen (riskantem und/oder abhängigem Konsum von Alkohol, Medikamenten, Tabak und/oder illegalen Drogen) innerhalb und durch die ambulante und teil-/vollstationäre Altenpflege voranzutreiben. Im Forschungs-Praxisprojekt SANOPSA wurde eine Weiterentwicklung des konzeptionellen Umgangs der ambulanten und teil-/vollstationären Pflege älterer Klienten mit Alkohol-, Tabak-, Medikamenten- und/oder illegalem Drogenabusus oder -abhängigkeit beforscht und vorgenommen und dies unter Einbeziehung einer sucht- *und* pflegewissenschaftlichen Expertise. Aufgrund des auch aktuell noch differierenden Kenntnis- und Konzeptstands zum Thema Sucht und Pflege im Alter bei legalem im Vergleich zu illegalem Substanzkonsum/-abusus ergaben sich dabei im Projekt 2 unterschiedliche, gleichzeitig miteinander verbundene **Projektziele**:

- Bezüglich der Pflege älterer Menschen mit riskantem oder abhängigem (aktuellem oder früherem) Konsum *legaler* Substanzen wurde auf Basis externer und interner Evidenzen eine expertengeleitete Handlungsempfehlung für die pflegerische Versorgung in der ambulanten sowie teil-/vollstationären Altenpflege entwickelt und die organisationalen Auswirkungen von deren Verbreitung über ein Wissensmanagementsystem überprüft. Das heißt, es wurden Pflegehandlungsempfehlungen auf der Basis bereits bestehender, aber noch zu wenig standardisierter und flächendeckend eingeführter Vorgehensweisen in der pflegerischen Versorgung der Zielgruppe sowie auf der Basis von Expertenwissen entwickelt. Diese Pflegehandlungsempfehlungen sollen zu einer breiteren wissensgestützten pflegerischen Vorgehensweise im Umgang mit Älteren der benannten Zielgruppe führen, die über die (ebenfalls nicht flächendeckend stattfindende) bloße Qualifizierung und Sensibilisierung des Pflegepersonals durch Fortbildungsbesuche hinausgehen.
- Bezüglich der Pflege älterer Menschen mit riskantem oder abhängigem (aktuellem oder früherem) Konsum *illegaler* Drogen wurde – ebenfalls auf Basis der externen und internen Evidenzen – ein manualisiertes Pflegekonzept entwickelt (► Kap. 8).

Dabei ging es auch um die Frage eines praktikablen **Wissensmanagements**: Wie kommen Pflegende an Wissensbestände, die sowohl Perspektiven und Informationen der Pflege- und Suchtwissenschaft als auch aktuelle Erfahrungen anderer Pflegender/Pflegeeinrichtungen enthalten? Wie können sie hier effizient Wissen erwerben und darauf bezogen evidenzbasiert handeln?

Ein hierzu eingesetztes „Open-Access"-Modell zum elektronischen, onlinegestützten Wissensmanagement diente zudem der Weiterentwicklung umsetzungsfähiger Konzepte und Handlungsempfehlungen der ambulanten und teil-/vollstationären Altenhilfe sowie der nachhaltigen Vernetzung und Weiterbildung beteiligter Pflegemitarbeiter in diesem spezifischen, bisher unzureichend berücksichtigten Versorgungsthema (www.sanopsa.de). Durch die Fokussierung auf die Ebene der Pflegefachkräfte wie auch der beteiligten Mitarbeiter in Suchthilfeinstitutionen (bei kooperativen Behandlungsansätzen zwischen Alten- und Suchthilfe) zielte das SANOPSA-Projekt auf eine langfristig verbesserte praxisorientierte Professionalisierung der beteiligten Berufsgruppen ab.

Durch Einbindung der vor allem teil- und stationären Altenpflege in das Forschungsprojekt SANOPSA konnten die derzeitige Methodik und Konzeption der Pflege im Umgang mit der Zielgruppe einer Expertendiskussion zugeführt und durch die zu entwickelnden Pflegehandlungsempfehlungen optimiert werden. Dabei wurden explizit Praxispartner einbezogen, die unter anderem aus oben genannten Projektförderlinien bereits längere Erfahrungen mit der Thematik aufwiesen bzw. solche, die sich seit Jahren auf die Betreuung und Pflege älterer Suchtkranker konzentriert haben. Es handelte sich demnach um themenspezifisch weitestgehend erfahrene Praxisinstitutionen. Deren Vorgehensweisen und Konzepte wurden unter anderem in Netzwerkkonferenzen systematisiert und anhand von Good-Practice-Kriterien miteinander weiterentwickelt. Durch die Beteiligung von Suchtforschung und Pflegewissenschaft wie auch bundesweiter Praxispartner sowohl aus dem Pflegebereich als auch aus der Suchthilfe wurde eine notwendige interdisziplinäre Erarbeitung gewährleistet.

Darauf aufbauend wurde resümierend eine systematisierte Pflegehandlungsempfehlung auf Basis

der externen und internen Evidenzen erstellt. Forschungsmethodisch wurde hierzu neben 23 qualitativen Klienten- und Experteninterviews und standardisierten Befragungen im Rahmen der Projektevaluation ein kontinuierliches internationales Literaturmonitoring durchgeführt, um über den Projektzeitraum aktuelle Entwicklungen systematisch zu beobachten und in die Entwicklung der Handlungsempfehlungen einzubringen.

Im Rahmen mehrerer interdisziplinärer Netzwerkkonferenzen und durch onlinegestützte Kommunikation wurde in iterativen Abstimmungsprozessen mit klinisch erfahrenen Praktikern der verschiedenen Berufsgruppen sodann eine abgestimmte Pflegehandlungsempfehlung entwickelt. Die „Kölner" Pflegehandlungsempfehlungen bei Älteren mit riskantem oder abhängigem Konsum legaler Suchtmittel wurden entsprechend auf der Basis einer externen Evidenzprüfung und deren Koppelung mit der Erfassung und Bewertung interner Evidenzen in den Einrichtungen (Behrens u. Langer 2010) entwickelt.

- **Interne Evidenz: Erfassung der internen Evidenzen erfahrener und im Feld bereits aktiver Organisationen im Projekt mittels Experten- und Klienteninterviews, mehrfacher moderierter Diskussion sowie kriteriengeleiteter Analyse und Bewertung vorhandener Vorgehensweisen und Konzepte.**

- **Externe Evidenz: Interne Evidenzen wurden durch die Sichtung und Einordnung vorhandener Studien in der Forschungsliteratur ergänzt und vertieft.**

Hinsichtlich der Konstruktionsleistungen wurden Gütekriterien aus der Fachliteratur und Expertenmeinungen sowie kriterial ausgeführte Handlungsschritte bei der Erstellung der Handlungsempfehlungen angewendet. Die im DELBI-Instrument beschriebenen 8 Domänen der Bewertung eines Leitlinienprozesses und die vom DNQP beschriebenen Entwicklungsschritte wurden im SANOPSA-Projekt für diesen Konstruktionsprozess mit einbezogen, um eine möglichst hohe Transparenz und Anschlussfähigkeit an den wissenschaftlichen Diskurs zu gewährleisten.

Acht Domänen des Deutschen Instruments zur methodischen Bewertung medizinischer Leitlinien (DELBI)

- Geltungsbereich und Zweck
- Beteiligung von Interessengruppen
- Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung
- Klarheit und Gestaltung
- Anwendbarkeit
- Redaktionelle Unabhängigkeit
- Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem
- Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung bei Verwendung existierender Leitlinien

Die letzte DELBI-Domäne „Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung bei Verwendung existierender Leitlinien" konnte insofern nicht berücksichtigt werden, da zum Zeitpunkt der Entstehung der SANOPSA-Handlungsempfehlungen zum Themenbereich keine Leitlinien, sondern lediglich praxisbasierende Handlungspfade vorlagen.

- **Das SANOPSA-Projekt zielte somit auf einen iterativen Prozess der Systematisierung, Entwicklung, Diskussion, Erprobung und Revision, um zu einer aus Sucht- und Pflegewissenschaft abgestimmten Pflegehandlungsempfehlung und konzeptionellen Vorgehensweise für die Pflegepraxis zu kommen.**

Die bereits 2015 erfolgte Veröffentlichung der expertengeleiteten Pflegehandlungsempfehlungen bei legalen Substanzen im Internet und somit die freie Zugänglichkeit des Wissens für pflegerisch oder therapeutisch arbeitende Personengruppen ist ein wesentliches Merkmal von Expertenstandards und Leitlinien. Hier konnte eine entsprechende wissenschaftliche und praxisorientierte Anschlussfähigkeit hergestellt werden.

Bei entsprechender Nutzung im Pflegealltag ist von einer Steigerung der Lebensqualität der betroffenen Pflegebedürftigen im Hinblick auf ihre aktuelle, aber auch mittelfristige psychische und physische

Konstitution (z. B. Vermeidung von Folgeerkrankungen des erhöhten Substanzkonsums, ggf. auch Vermeidung einer vorzeitigen stationären Pflegebedürftigkeit) auszugehen. Durch eine höhere Sensibilisierung für und gegebenenfalls veränderte institutionelle Vorgehensweisen bei Suchtproblemen unter Pflegebedürftigen kann zudem eine systemorientierte Gesundheitsförderung angestrebt werden, die zumindest in teil-/vollstationären Settings auch indirekt zu einer Verbesserung der Lebensqualität anderer Pflegebedürftiger im unmittelbarem Umfeld beitragen kann. Eine vertiefende Auseinandersetzung in Schulungen kann unseres Erachtens die Qualitätssicherung in der Umsetzung der Handlungsempfehlungen im Pflegealltag nachhaltig unterstützen, wie unter ► Abschn. 2.3.2 beschrieben, vor allem wenn Teams bzw. Pflegeeinheiten gemeinsam und nicht nur einzelne Vertreter aus ihnen darin fortgebildet werden.

Die folgenden Übersichten geben das Inhaltsverzeichnis, die Einleitung/Lesehilfe, den Handlungspfad (◘ Abb. 2.1) sowie beispielhaft die erste Handlungsempfehlung (◘ Abb. 2.2) aus der systematisierten Pflegehandlungsempfehlung (Keller et al. 2015) wieder, um die Prinzipien der Handlungsempfehlungen zu verdeutlichen.

Tipp

Die „Kölner" Pflegehandlungsempfehlungen für legale Substanzen bei älteren Pflegebedürftigen (Keller et al. 2015) sind vollständig mit allen Anhängen online verfügbar unter: http://www.sanopsa.de/internet/projektergebnisse/. Der nachfolgende QR-Code gewährt einen bequemen Zugriff per Tablet/Smartphone.

Inhaltsverzeichnis der „Kölner" systematisierten Handlungsempfehlungen für legale Substanzen (Keller et al. 2015)

Einleitung/Lesehilfe
Generelle Hinweise
Grafischer Handlungspfad
Schriftliche Erläuterungen zu den einzelnen Schritten des Handlungspfades sowie darüber hinausgehende Handlungsempfehlungen:

1. **Erhebung beim Aufnahme-/Erstgespräch:** Schon beim Aufnahme-/Erstgespräch mit dem (zukünftigen) Bewohner sollte neben den sonstigen Auskünften standardmäßig auch die Art und das Maß des Konsums legaler (und ggf. illegaler) Suchtmittel erhoben werden.
2. **Kontinuierliche Beobachtung im Wohnbereich:** Bei (scheinbar) nicht bestehendem Suchtmittelkonsum sowie bei einem von der Einrichtung akzeptierten Suchtmittelkonsum mit nur geringem Risiko einer Gefährdung (siehe Risikoeinschätzung) sollte im Wohnbereich routinemäßig weiter auf Hinweise bezüglich eines gesundheitsgefährdenden („riskanten") Konsums legaler Suchtmittel geachtet werden.
3. **Anlassbezogenes Screening und Risikoeinschätzung:** Ergibt sich aus der Beobachtung heraus oder durch Hinweise anderer Personen die Vermutung eines „riskanten" Konsums legaler Suchtmittel (also mit einem gewissen Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung), sollten Screeninginstrumente eingesetzt (und ggf. die Risikoeinschätzung durchgeführt) werden.
4. **Klärung, ggf. Erhöhung der Änderungsmotivation:** Besteht ein Konsum legaler Suchtmittel mit mittlerem Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung, sollte der Bewohner beraten und die Motivation zur Änderung dieses Konsums festgestellt und bei Bedarf erhöht werden.
5. **Klärung des Wunschs nach suchtspezifischer fachlicher Hilfe, ggf. Therapie:** Besteht bei dem Bewohner eine ausreichend hohe Änderungsmotivation, sollte er/sie

http://www.springer.com/978-3-662-53213-3

Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege

Hoff, T.; Kuhn, U.; Kuhn, S.; Isfort, M. (Hrsg.)

2017, XIII, 170 S. 30 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-662-53213-3