Den Menschen in den Mittelpunkt stellen

Autor(en): **Kopp, Markus**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **23 (1997)**

Heft 4

PDF erstellt am: **29.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-801097

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Den Menschen in den Mittelpunkt stellen

Die Arbeit mit abhängigen älteren Menschen erfordert neben dem Handlungswissen eine optimale Zusammenarbeit innerhalb des Hilfesystems

MARKUS KOPP *

Wenn man heute an SuchtpatientInnen denkt, kreisen die Gedanken kaum um BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen und um Menschen, die zu Hause von der Spitex und ihren Angehörigen betreut werden. Die Diskussion um Sucht und Alter in unserer Gesellschaft war in der Regel von anderen sozialen Gruppen geprägt. Erst in den letzten Jahren wurde das Thema in der Heimlandschaft, in der Spitex und in der Politik aktuell. Dies hat ganz klar soziale Ursachen. Die Altersentwicklung der letzten Jahre brachte diese Menschen wieder zurück ins politische Bewusstsein. Die wirtschaftlich interessante Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen ist vom Suchtthema ebenso betroffen, wie die Gruppe der Jüngeren, die heute in Beruf und Familie aktiv sind.

Zwei Schwerpunkte der Diskussion

Die Diskussion über das Thema Sucht im Alter wird zwischen zwei Polen geführt. Auf der einen Seite stehen Fragen, die sich mit der Akzeptanz gegenüber der Sucht beschäftigen:

- Wie kann mit einer manifesten Abhängigkeit/Suchterkrankung bis zum Lebensende umgegangen werden?
- Welche Rahmenbedingungen sind mit Blick auf die Lebensqualität notwendig
- Welche Philosophie legitimiert die Akzeptanz von Abhängigkeit und Sucht im Alter?

Auf der andern Seite umfasst die Auseinandersetzung mit der Behandlung von Abhängigkeiten. Hier ist unter anderem zu fragen:

- Wann ist eine Behandlung der Sucht mit dem Ziel der Abstinenz resp. der Befreiung von der Sucht sinnvoll?
- Welche Philosophie stützt diesen Weg?

Aus meiner Sicht sind beide Möglichkeiten gerechtfertigt. Über allgemeingültige Rezepte verfügt weder die eine noch die andere Seite. Von entscheidender Bedeutung ist vielmehr, dass wir den Mut aufbringen, die einzelnen Situationen zu beurteilen, den uns anvertrauten Menschen ernst zu nehmen und gezielt zu handeln. Um nicht in der Diskussion Abstinenz oder Akzeptanz der Sucht steckenzubleiben, benötigen wir Instrumente, die uns helfen, unsere Arbeit qualifiziert zu verrichten. Im zweiten Teil des Artikels werde ich darauf näher eingehen.

Unterschiedliche Ausgangssituationen

Im Heimalltag und der Spitexarbeit werden wir mit verschiedenen Situationen konfrontiert, in denen die Sucht eines älteren Menschen manifest wird. Die erste Situation: Ein Suchtpatient mit längerer Suchtgeschichte wird im Heim aufgenommen oder zu Hause von der Spitex betreut. Die Sucht wird als Krankheit akzeptiert, die Folgen werden in Kauf genommen, resp. müssen in Kauf genommen werden. Der Patient lebt sein Leben, die Sucht stört niemanden und man arrangiert sich, was das auch immer heissen mag. Diese Arrangements müssen nicht schlecht sein, viel entscheidender ist es, dass sie ehrlich, offen und abgesprochen sind.
Die zweite Situation: Die Sucht entsteht aktuell aufgrund der Lebenssituation, der veränderten Lebensumstände der uns anvertrauten Patientin. Die Abhängigkeit wird im Heim bzw. von der Spitex nur zufällig oder spät entdeckt. Meistens ist dies verbunden mit dem Auftauchen von gesundheitlichen oder sozialen Schwierigkeiten. Zu der bereits vorhandenen Abhängigkeit im sozialen Bereich – Heim und Spitex ersetzen ja gewisse persönliche Fähigkeiten – gesellt sich die Sucht. Eine doppelte Abhängigkeit entsteht.
Die dritte Situation: Eine Abhängigkeit ist durch die medizinischen Massnahmen bedingt. Immer wieder ist zu beobachten, dass medizinische Behandlungen von Erkrankungen zu Abhängigkeit führen. Den meisten ist bekannt, dass psychische Verstimmungen, Schlafstörungen und soziale Unverträglichkeit mit Psychopharmaka behandelt werden. Es ist auffallend, wie viele ältere Menschen in letzter Zeit z.B. von Rohypnol abhängig werden. Dies zeigt mit aller Deutlichkeit, dass nicht nur das Pflegepersonal, die Spitexschwester und die Angehörigen zum Betreuungskreis dieser Patienten gehören, sondern auch der Arzt oder die Ärztin. Auf die Bedeutung der Zusammenarbeit des Hilfsnetzes werde ich an einer späteren Stelle des Artikels noch eingehen.

Sucht als Realität im Alltag von Heimen und Spitex

Wird die Abhängigkeit als Realität anerkannt und die Herausforderung in der Betreuungsarbeit in den Betrieben ernst genommen, wird man zusammen mit den anvertrauten Menschen Lösungen finden. Institutionen, die sich dieser Realität verweigern, nehmen sich jedoch jede Grundlage und Chan-

* Der Autor ist Sozialpädagoge und leitet den Sozialdienst des Kantonsspitals Luzern. Der Artikel wurde durch Martin Hafen redaktionell bearbeitet.

ce zur Entwicklung solcher Perspektiven. Weder die Heime noch Spitex sind unabhängige Welten – im Gegenteil: Sie sind oft ein kleiner Spiegel ihrer Umgebung, ihrer Gesellschaft. Und die ist ja bekanntlich nicht frei von Sucht und Abhängigkeiten.

Arbeit mit SuchtpatientInnen

Eines der grössten Probleme der täglichen Suchtarbeit in Spitex, Heimen und Spitälern ist die gegenseitige Überforderung von Personal und PatientInnen. Abhängige Menschen kommen meistens nicht freiwillig zur Betreuung ins Heim, zu Spitex oder ins Spital. Wenn sie schon Hilfe annehmen müssen, so ist es doch meist ihr Ziel, möglichst bald in ihr altes Leben zurückzukehren. Sind die Knochen geflickt, die medizinischen Versorgungen verrichtet, fühlt sich der Patient allenfalls von der Folge seiner Sucht erst einmal befreit. Die Einsicht, dass grundsätzlich eine längere Behandlung notwendig wäre, wächst nur zum Teil und hängt mit vielen anderen Faktoren und der Lebensgeschichte der uns Anvertrauten zusammen.
Der abhängige Patient möchte seine Krisensituation beseitigen! Grundsätzlich tritt das Betreuungspersonal an den Suchtpatienten mit der Einstellung ihn gesund zu pflegen heran. Man will ja nicht nur medizinische Symptome bekämpfen oder chirurgische Probleme lösen, nein, man will das Übel an der Wurzel packen. Dies führt unweigerlich zu Konflikten und Spannungen und beinhaltet einen Widerspruch zur Haltung des Patienten resp. der Patientin, der nicht einfach auflösbar ist. Auf was ist also zu achten, wenn man mit süchtigen Menschen zusammen arbeiten muss? Es gibt verschiedene Überlegungen, die gemacht werden können, um die Arbeit mit diesen PatientInnen zu erleichtern.

Umgang mit Krisensituationen

In Krisensituation ist es unbedingt notwendig, dass sich das Team ausführlich bespricht, bevor festgelegt wird, was mit der Patientin oder dem Patienten weiter geschieht. Nur durch Gespräche und gegenseitige Information kann der Patient erst richtig kennengelernt werden, und nur so kann ein Bild des betroffenen Menschen entstehen. Unterschiedlichste Eindrücke sind dabei wichtig. Es ist entscheidend zu wissen, dass der Patient in seiner Krisensituation kaum einen Überblick seiner eigene Situation hat. Fehlt es an einer guten Zusammenarbeit, können die Süchtigen ihre Krise leicht auf die Helfenden übertragen. In solchen Situationen ist es sehr schwierig, den Patienten kennenzulernen, geschweige denn ihn erfolgreich zu behandeln. Hält der oder die Abhängige dann die Sucht aufrecht, bleiben am Ende ein enttäuschtes Team und ein unzufriedener Patient zurück. Viel guter Wille und Arbeitszeit gehen dabei verloren.

Teamarbeit ist notwendig

Ob im Heim, in der Spitex, im Spital, immer treten die verschiedensten Betreuer in den unterschiedlichsten Rollen an den Patienten heran. Das Arztpersonal begegnet den PatientInnen vor allem in der Rolle derjenigen, welche die Krankheit erkennen, eine Diagnose stellen und wesentlich die Behandlung und Aufenthaltsdauer im Spital bestimmen. In der Spitex entscheiden sie oft über einen allfälligen Eintritt in Heim und Spital.
Das Betreuungspersonal – Pflege, Haushaltshilfe usw. – bewältigt mit dem Betroffenen zusammen den Alltag durch praktische Hilfestellungen. Sie PflegerInnen nehmen Kontakt zum Körper auf; sie erleben also das ganze Spannungsfeld, das die PatientInnen zu ihrem Körper, zu ihrer Umgebung haben. Abhängige Menschen haben oft zu ihrer Umwelt und zum eigenen Körper eine gestörte Beziehung. Diese Spannung hat das Betreuungspersonal auszuhalten. Aus diesem Grund ist es wichtig, darauf zu achten, dass es damit nicht alleine bleibt.
Der Sozialarbeiter in Spital oder Heim, der Heimleiter, die Verantwortlichen der Spitex und die Angehörigen üben oft die Rolle der Planenden oder Beratenden aus. Sie haben einen beachtlichen Einfluss auf die Gestaltung der unmittelbaren Gegenwart, in der die aktuellen nicht-medizinischen Probleme bewältigt werden müssen.
Zu erreichen, dass alle diese Beteiligten in ihren Rollen zusammenarbeiten und sich über die verschiedenen, sich ihnen anbietenden Probleme austauschen können, ist ein hoher Anspruch. Gelingt eine solche Zusammenarbeit, können wertvolle Erfahrungen gemacht und kleine Schritte zur Bewältigung der anstehenden Situation geleistet werden. Entzug und Behandlung oder eine Stabilisierung der Situation können eingeleitet werden. Dabei können einmal der Arzt, das Pflegepersonal, Sozialarbeiterin oder Heimleitung mehr oder weniger zum Zuge kommen.

Verelendung stoppen

Grundsätzlich ist hier darauf hinzuweisen, dass zuerst einmal die Sicherung eines gesunden Überlebens gesichert werden muss. Erst dann kann die Reduzierung der Abhängigkeit und evtl. das Erreichen der Abstinenz angegangen werden. Dahinter steht die Überzeugung, dass zuerst die Verelendung der PatientInnen zu stoppen ist. Diese beginnt oft zusammen mit der Sucht; vielleicht wird sie aber auch durch andere soziale Ursachen bewirkt. Verelendete PatientInnen können keinen

gesunden Bezug zum eigenen Körper aufbauen. Ihre Kräfte lassen diesbezüglich nach und die Pflege wird schwierig bis unmöglich.
Es ist eine Herausforderung an das ganze Team, die Gegenwart mit dem süchtigen Menschen anzugehen und diese möglichst ehrlich zu beurteilen. Wir werden in Rollen gedrängt von gut und böse. So empfinden viele PatientInnen. Das Team ist dann gefordert, diese Spannungsfelder auszuhalten. Absprachen, Gedankenaustausch helfen dabei, negative Rollen auszuhalten. Nur so kann mit dem PatientInnen in eine konstruktive Zukunftsperspektive erarbeitet werden.

Die Realität des PatientInnen und der Weg aus der Krankheit

Menschen, die an einer Sucht erkrankt sind, brauchen oft längere Zeit, um ihre Krankheit zu bewältigen oder mit ihr leben zu lernen. In anderen Fällen ist dies für uns nicht neu. Neu für uns ist, dass wenn wir die Sucht als Krankheit akzeptieren, wir unsere Bemühungen auf die Realität des Patienten oder der Patientin einstellen müssen und nicht zu hohe Ziele anvisieren dürfen. Jüngere PatientInnen haben oft die Möglichkeit, ihre Suchtkrankheit zu durchleben und diese erfolgreich zu bewältigen. Ältere Menschen müssen sich oft damit abfinden, dass sie aufgrund von grösseren sozialen und gesundheitliche Defiziten mit der Krankheit leben müssen. Das Wissen um diese Perspektive kann uns helfen, von zu hohen Erwartungen Abstand zu nehmen und kleinere Teilziele anzuvisieren. Wie hat das nun zu geschehen? Mit welchen Denkschemen können wir in unserer täglichen Arbeit ein Stück weiterkommen?

Die Beurteilung der abhängigen Menschen und ihrer Situation

Um eine gute Beurteilung zu erreichen, ist es von entscheidender Bedeutung, dass uns nicht das Suchtmittel den Blick verstellt, dass wir uns auf den Menschen und sein Umfeld konzentrieren und dass in einem zweiten Schritt die Auswirkungen der Sucht in unsere Überlegungen einbezogen werden. Entscheidend ist, dass wir die PatientInnen und ihre Gesundheit in den Mittelpunkt stellen und uns überlegen, über welche Chancen und welche sozialen Defizite sie verfügen. Wir alle haben unsere Fähigkeiten erlernt, haben sie ausgebaut, vielleicht aber auch wegen Nichtgebrauchs wieder vergessen. Dies ist bei älteren, abhängigen Menschen nicht anders.
Wichtig sind die Fragen, die sich mit dem Lebensraum auseinandersetzen:

- Welche Möglichkeiten hat der abhängige Mensch heute und jetzt, um seinen Lebensraum zu gestalten?
- Mit welchen Menschen kommuniziert er; ist er in der Lage, Beziehungen zu pflegen, resp. Abmachungen einzuhalten, Gedanken und Gefühle zu äussern?

- Ist er in der Lage, einfache Arbeiten in Haushalt, Garten und kleinere Aufträge, wie Einkaufen, auf der Post Einzahlungen erledigen, auszuführen?
- Kann die Patientin dafür sorgen, dass sie ihr Dach über dem Kopf behalten kann?
- Kann sie ein Zimmer, eine Wohnung so führen, dass sie darin nicht erstickt, resp. verbrennt, auch wenn die hygienischen Bedingungen nicht den Normalvorstellungen entsprechen?
- Erkennt sie den Wert des Geldes? Ist sie in der Lage, mit kleinen Beträgen umzugehen oder fehlt ihr der Bezug zu Wert und Geld überhaupt?
- Und sehr wichtig: Welche persönliche Fähigkeit, welcher Anteil an gesunder Persönlichkeit ist noch vorhanden?

Die eigenen Werte nicht verallgemeinern

Ziehen wir diese Gesichtspunkte zur Beurteilung der Patientensituation heran und diskutieren wir sie im Team, so merken wir, dass wir schnell unsere eigenen Wertvorstellungen einbringen. Es ist darum von äusserster Wichtigkeit, dass wir uns über unsere eigenen Werte im klaren sind und diese nicht einfach zum Massstab für die uns anvertrauten PatientInnen nehmen. Entscheidend ist, dass wir den Mut haben, uns auf die positiven und erhaltenen Fähigkeiten zu konzentrieren. Von Berufs wegen sind wir ja trainiert, auf Mängel zu achten. Wir müssen daher darauf achten, dass beide Seiten bei der Beurteilung zum Tragen kommen. Steht einmal ein solches ganzheitliches Bild, kann der Einfluss der Suchterkrankung viel einfacher abgeklärt werden. Es zeigt sich dann oft schon in der Diskussion, wo der Einfluss resp. die Problematik liegt. Jemand mit guter Wohnfähigkeit muss nicht unbedingt ins Heim oder ins Spital eingewiesen werden; es können hier andere Lösungen gesucht werden. Wie ist nun vorzugehen und unter welchen Gesichtspunkten hat dies zu geschehen, wenn wir mit einer Suchterkrankung konfrontiert sind? Wir sollten uns bemühen, die folgenden Grundsätze zu beachten:

- Sucht ist eine Krankheit, keine Schande.
- Wir suchen Problemlösungen, nicht Schuldige.
- Sucht muss nicht unbedingt zu Tod führen; man kann sie heilen und auch mit ihr leben, wenn die notwendige Unterstützung vorhanden ist.
- Die Süchtigen brauchen unsere aktive Hilfe bei der Bewältigung ihrer schwierigen Situation, nicht Mitleid.

Sieben Interventionsschritte

Neben diesen Grundsätzen, gibt es verschiedene Interventionsschritte, die in der von entscheidender Bedeutung. Wir sind gewohnt, speziell im Gesundheitsbereich, nach einer kurzen Diagnosezeit zu handeln, zu agieren. Doch die Intervention ist erst der vierte Schritt, vorher kommen für unsere Arbeit noch drei bedeutende Schritte, die je nach Situation mehr oder weniger Zeit beanspruchen.

Schritt 1 – Information: Die Helfenden sollen sich ein umfangreiches Bild über die bestehende Situation verschaffen. Dabei ist ebenso auf die handfesten Informationen, wie auf die Gefühle zu achten. Wo Wissen über das Suchtmittel fehlt, kann dieses bei einer Beratungsstelle ohne weiteres bezogen werden.

Schritt 2 – Selbstbeobachtung: Vielleicht erstaunt es, dass dieser Punkt eine so grosse Bedeutung hat. Es gehört zur Suchterkrankung, dass PatientInnen ihr Umfeld sehr gut beeinflussen können. Die Selbstbeobachtung ist die einfache Frage: «Was geschieht mit mir als Betreuungsperson; welche Wut, welche Hoffnung, welche anderen Probleme habe ich in Bezug auf die Situation, die Person? Tausche ich diese Gedanken mit anderen aus?» Diese Selbstbeobachtung kann uns im Gesundheitsbereich Tätigen klare Hinweise auf Grenzen und Möglichkeiten geben, uns aber auch gleichzeitig Türen für neue Ideen öffnen.

Schritt 3 – Beratung: Hier ist nicht die Beratung des abhängigen Menschen gemeint, sondern die Beratung des Teams, das mit dem ihm zusammen arbeitet. Leisten Sie sich den Luxus – es ist eigentlich gar keiner -, sich mit einer Fach- oder Vertrauensperson über die von Ihnen geplante Intervention resp. über die Situation, in der Sie stecken, beraten zu lassen. Sie werden sehen, Ihre Arbeit wird dadurch wesentlich erfolgreicher werden.

Schritt 4 – Intervention: Intervenieren Sie, wenn Sie überzeugt sind, dass das was Sie tun, richtig ist. Lassen Sie sich aber nicht von irgendwelchen Aussenstehenden oder Vorgesetzten drängen. Wichtig ist hier auch anzumerken, dass wir in der Realität oft intervenieren, ohne die Schritte eins bis drei durchgeführt zu haben. Dies ist weiter nicht schlimm, wenn wir uns nachträglich wirklich Zeit nehmen für diese Punkte.

Schritt 5 – Vereinbarung: Interventionen sind nur sinnvoll, wenn sie zu Vereinbarungen führen, die für alle Beteiligten klar kontrollierbar sind. Kontrollierbare Vereinbarungen benötigen einen Zeitfaktor, klare Besprechungstermine und konkrete, zählbare Abmachungen gegenüber den PatientInnen;

sei das nun im Betrieb, in der Spitex oder wo auch immer.

Schritt 6 – Kontrolle von Vereinbarungen und Konsequenzen: Vereinbarungen sind nur dann sinnvoll, wenn eine effektive Kontrolle durchgeführt wird und auch Konsequenzen daraus gezogen werden. Dies ist gilt nicht nur gegenüber den Betroffenen, sondern auch innerhalb des Teams. Insbesondere SuchtpatientInnen erkennen unsere Schwächen und Stärken sehr schnell. Klare Abmachungen im Behandlungsteam mit klaren Kontrollaufgaben und unmissverständlichen Konsequenzen bei Nichteinhaltung helfen, eine Krisensituation zu bewältigen.

Schritt 7 – Auswertung: Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Arbeit laufend ausgewertet und die Situation unter Umständen nach drei, vier Wochen wieder angepasst wird. Leider gibt es heute viele Betriebe im Gesundheitsbereich, die diese Auswertung nur mangelhaft durchführen und sich damit eine Chance nehmen, sich innerbetrieblich gut mit dem Thema Sucht und Alter auseinanderzusetzen.

Schlussbemerkungen

Grundsätzlich soll die Suchtarbeit geprägt sein von der Achtung des Menschen. Aussprüche wie, «Lass ihn saufen, er ist ja alt, er hat schon immer gesoffen, er wird bald sterben.» oder «Wir stecken sie in die Psychiatrie, dann ärgert sie uns nicht mehr. Wir werden ihr jetzt alles wegnehmen, dann hat das Elend endlich ein Ende.» sind menschenverachtend. Wir sind als aufgeklärte Menschen dazu aufgefordert, unser Wissen und unser Können zielgerichtet zugunsten der uns anvertrauten Menschen einzusetzen und nach individuellen Lösungen zu suchen, unter Berücksichtigung aller massgebenden Faktoren. Auch wenn wir es uns wünschen: aus dem Spannungsfeld von individuellen Ansprüchen, Anforderungen der Gemeinschaft und Lösungswegen im Bereich Sucht werden wir nicht herauskommen. Es braucht Mut, heute auf einfache Rezepte zu verzichten, den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und mit ihm einen Weg zu suchen. Ich hoffe, dass allen, die eine so verantwortungsvolle Tätigkeit ausüben, dies täglich in kleinen Ansätzen immer wieder gelingt. ■