

Suchtprävention im Alterszentrum und in der Spitex

Es werden zwei Projektumsetzungen zum Thema Suchtprävention im Alter beschrieben, die von einer Suchtpräventionsstelle mit zwei sehr unterschiedlichen Institutionen durchgeführt werden. In dieser Kooperation werden Konzepte und Handlungsrichtlinien für die Früherkennung und Frühintervention sowie Begleitung von Menschen mit einer Suchtgefährdung entwickelt und erprobt. Der Schwerpunkt liegt im Bereich der Pflege und Betreuung.

Heidi Zimmermann Heinrich

MPH, RN, Dipl. Pflegeexpertin FH, Gestalt- Soziotherapeutin FPI, Ressortverantwortliche Suchtprävention im Alter, Suchtpräventionsstelle Zürcher Unterland, CH-8180 Bülach, Tel. +41 (0)44 872 77 33, zimmermann@praevention-zu.ch, www.suchtpraevention-zu.ch

Schlagwörter:

Alter | Suchtprävention | Gesundheitsförderung Altersheim | Spitex |

Einleitung

Im folgenden Artikel werden die Erfahrungen aus zwei Projekten zur Suchtprävention im Alter vorgestellt. Beide Projekte, das eine im Alterszentrum Gibeleich, Opfikon mit 55 Mitarbeitenden und 90 BewohnerInnen, das andere in der Spitex Region Bülach mit 60 Mitarbeitenden aus dem Zürcher Unterland, sind noch nicht abgeschlossen. In beiden Institutionen werden konkrete Arbeitsmaterialien und -instrumente erarbeitet, die durch geschulte Fachpersonen in ihrer Betreuungs- und Pflegepraxis erprobt, evaluiert, erneut angepasst und wieder eingesetzt werden. Die erprobten Arbeitsinstrumente sollen zukünftig auch anderen Institutionen zur Verfügung gestellt werden.

Als alternde Menschen gehören die BewohnerInnen in den Alterseinrichtungen und die in der Spitex betreuten Personen im Verständnis der Suchtprävention zu einer Risikogruppe. Im Alter steigt aufgrund der chronischen Beschwerden und der Multimorbidität die Mehrfachmedikation stark an,¹ was in Zusammenhang mit Alkoholkonsum sehr problematisch ist. Oft ergibt sich der Eintritt in eine Alterseinrichtung oder der Bedarf einer Unterstützung durch die Spitex nach einschneidenden Erlebnissen, wie z.B. einem Spitalaufenthalt, einem Sturz zuhause, dem Tod des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin und der infolgedessen fehlenden alltäglichen Stütze, dem Wegzug oder Rückzug von Angehörigen oder den wegbrechenden sozialen Kontakten.

Vorgespräche und Einstieg in die gemeinsame Zusammenarbeit

In beiden Projekten zeigte sich sehr schnell, dass für die Betreuungspersonen nicht nur die Prävention im engeren Sinne das wesentliche Thema ist, sondern auch die Belastung und

die Unsicherheit in Bezug auf den Umgang mit älteren Menschen, bei denen eine verdeckte oder bekannte Abhängigkeit von Alkohol und/oder Medikamenten vorliegt, die sich aggressiv verhalten oder grössere Auffälligkeiten im sozialen Umgang mit dem Personal oder den MitbewohnerInnen zeigen. Das erstaunt kaum, da fundierte und erprobte Konzepte und Handlungsanweisungen zur Umsetzung von Suchtprävention im Alter fehlen.

Bestandesaufnahme

Gemeinsam mit den Führungsverantwortlichen wurde untersucht, ob und wie die Alltagspraxis durch ein Pflegemodell und dessen Umsetzung im Pflegeprozess organisiert und gesteuert werden kann. Ein Pflegemodell stellt einen Bezugsrahmen für die Pflegepraxis bereit, der u.a. die professionelle Haltung, die Aufgaben und Tätigkeiten definiert sowie die Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Fachdisziplinen klärt und unterstützt. Ebenfalls erhoben wurde, ob spezifische Assessments zur Früherkennung (sogenannte Fokus-Assessments), wie z.B. zur Erhebung von Mangelernährung, des Sturzrisikos usw. eingesetzt werden und ob Standards und Handlungsanweisungen zur Medikamentenabgabe vorhanden sind und wie diese umgesetzt werden.

Verknüpfung des Projektes mit internen Prozessen der Organisation

Im Alterszentrum konnte das Projekt der Suchtprävention in einen grösseren innerbetrieblichen Prozess zur Stärkung der Autonomie und Selbstständigkeit der BewohnerInnen eingebettet werden. In der Spitex-Organisation konnte das Projekt eine fachliche und organisatorische Weiterentwicklung, speziell auch im Qualitätsmanagement, unterstützen.

Akzeptanz und Nachhaltigkeit innerhalb der Organisation

Damit eine nachhaltige Einbettung von suchtpräventiven Ansätzen in den Pflegealltag erreicht wird, ist ein partizipativer Entwicklungsprozess mit allen involvierten Fachpersonen mit ihren jeweiligen berufsspezifischen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten nötig.

Pflegeprozess: Theoretischer Hintergrund der Arbeitspraxis Pflege

Um Projekte im Bereich der Betreuung und Pflege alter Menschen initiieren und umsetzen zu können, ist ein aktuelles, zeitgemässes Verständnis der Vorgehens- und Arbeitsweise von Pflege auch für die Verantwortlichen der Suchtpräventionsstellen unabdingbar.

Der Pflegeprozess ist ein wissenschaftliches und standardisiertes Modell für die Arbeit von Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Interaktion mit KlientInnen und/oder Familien, respektive Gruppen. Die Dokumentation des Pflegeprozesses ist eine rechtliche Verpflichtung.² Sie dient der Nachvollziehbarkeit der geleisteten Arbeit und ist damit Grundlage für die Abrechnung von Pflegeleistungen. Der Pflegeprozess dient darüber hinaus der Qualitätssicherung und der Pflegeforschung.

Im Arbeitsalltag ist der Pflegeprozess ein systematisches Problemlösungsverfahren, mit dem der Gesundheitszustand erhoben wird und das darauf abzielt, das Wohlbefinden der PflegeempfängerInnen zu verbessern, zu erhalten oder wiederzuerlangen. Das Vorgehen wird mit der betroffenen Person und eventuell deren Angehörigen besprochen.

Die allgemein akzeptierten Schritte des Pflegeprozesses sind:³

- 1) Assessment: Informationssammlung, Einschätzung
- 2) Pflegediagnose: Benennen von Problemen, Risiken und Ressourcen
- 3) Zielsetzung: Festlegen angestrebter Ergebnisse, Auswahl der Interventionen
- 4) Planung der Interventionen
- 5) Durchführung der Interventionen
- 6) Evaluation: Überprüfung der Zielerreichung, der Wirksamkeit der Interventionen, der Outcomes

Früherkennung und Frühintervention

Der Prozess der Früherkennung setzt im ersten Schritt des Pflegeprozesses ein. Im zweiten Schritt werden die Merkmale und Symptome wie unsicherer Gang, Zittern, Vernachlässigung des Äusseren, sozialer Rückzug gebündelt und sollen in

eine Pflegediagnose gefasst werden. Gemeinsam mit dem/der PflegeempfängerIn werden Ziele festgelegt und passende Interventionen vereinbart und geplant. Diese werden regelmässig in Bezug auf die Zielsetzungen reflektiert und eventuell neu angepasst.⁴

Entwicklung von passenden Arbeitsinstrumenten

Für den Erwachsenen- und Altersbereich werden einerseits Arbeitsinstrumente benötigt, welche es ermöglichen, präventive Aspekte, wie Ressourcen, Wohlbefinden, aber auch Risiken, im Gespräch mit den Betroffenen zu erfassen. Es werden andererseits aber auch Arbeitsinstrumente benötigt zur Früherkennung, zur Erhebung von Veränderungen des körperlichen Befindens, des sozialen und geistigen Verhaltens. Die Instrumente zur Früherkennung und Intervention sollten von Fachpersonen in Alterszentren und Spitex in eigener Kompetenz eingesetzt und in ihre bestehenden Arbeitsprozesse eingebunden werden können.

Vorliegende standardisierte Assessments wie der Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric Version (Mast-G) oder der AUDIT (Diagnose von Trinkgewohnheiten und Abhängigkeit) werden vorwiegend in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Tätigkeit oder in Kliniken bei bereits stark gefährdeten Personen mit Suchtmittelmissbrauch eingesetzt.⁵ Diese Erhebungsinstrumente fokussieren stark auf die Defizite und beziehen kaum oder nur am Rande die Lebenssituation oder das Wohlbefinden der Betroffenen mit ein und sind für pflegerisch-betreuende Berufe nur bedingt geeignet. Obschon in diesen Berufen die Prävention und die Gesundheitsförderung zum professionellen Auftrag gehören, werden in der Praxis suchtpreventive und gesundheitsunterstützende Massnahmen nur relativ unsystematisch eingesetzt.

Vermeiden von Stigmatisierung

Ältere Menschen könnten irritiert reagieren, wenn sie gefragt werden, ob sie ein Gespräch mit einer Fachperson der Arbeitsgruppe «Suchtprävention im Alter» möchten. Um ei-

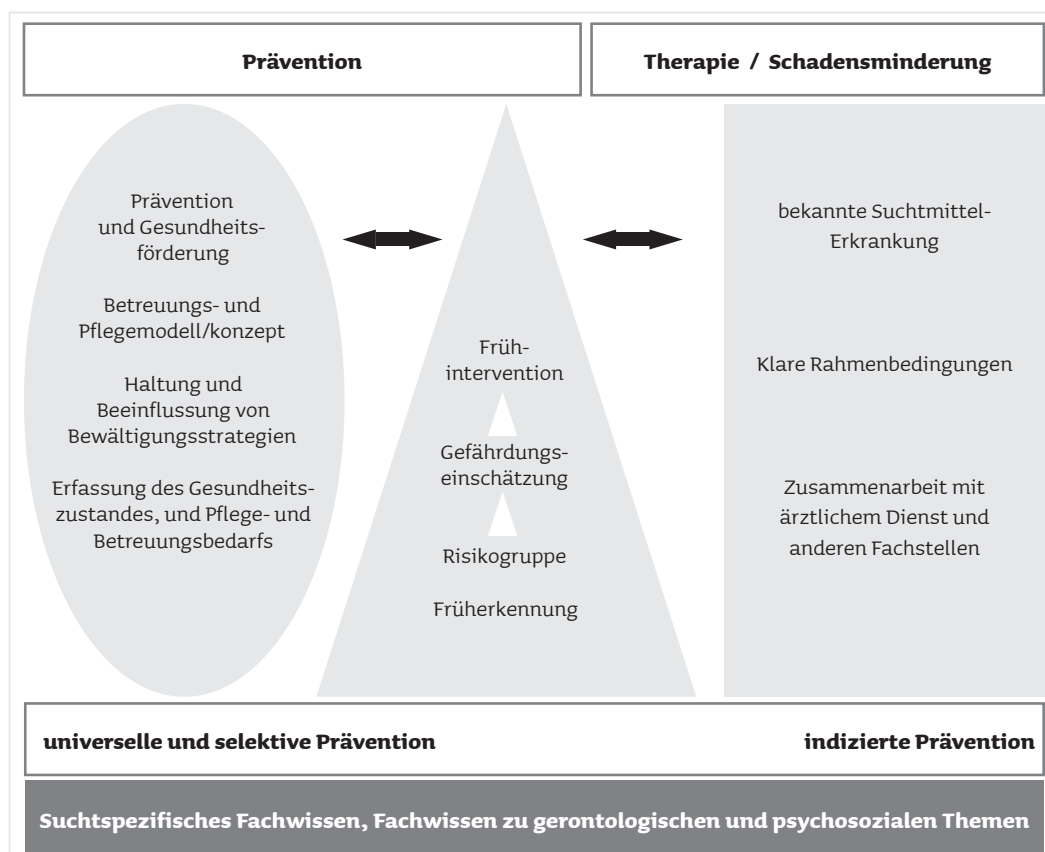


Abb. 1: **Grobkonzept der Suchtprävention im Alter. Die verschiedenen Figuren der Graphik zeigen sowohl fachliche Inhalte, wie auch notwendige Arbeitsschritte auf. In den folgenden Ausführungen werden die Projektumsetzungen anhand dieser Graphik erläutert.**

ner Stigmatisierung durch eine solche Bezeichnung entgegenzuwirken, wurden bei beiden Projektumsetzungen die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund gestellt. Bei der Benennung der Fachgruppen wurde dies berücksichtigt. Der Fokus dieser Begriffe liegt in der Erschließung von Ressourcen (Empowerment), der Förderung der Handlungs- und Lebenskompetenz, welche die Selbstwirksamkeit und die Selbstbestimmung von Menschen stärken.

Das Projekt im Alterszentrum

Bildungsveranstaltungen

Als erster Umsetzungsschritt fanden im Alterszentrum interdisziplinäre Veranstaltungen für alle Mitarbeitenden des Pflegedienstes, der Betreuung und der Restauration zu den Themen Suchtentwicklung, Erkennen von Ressourcen und Risiken bei älteren Menschen, Früherkennungsmerkmale bei problematischem Suchtmittelkonsum und Abgrenzung von Symptomen anderer medizinischer Diagnosen sowie Begleitung von älteren Menschen mit einem Suchtmittelmissbrauch statt. In diesen Bildungsveranstaltungen konnten auch die Fragen und Bedürfnisse der Mitarbeitenden für die weitere Projektumsetzung gezielt erhoben werden.

Bedarfserhebung für die Umsetzung des Projektes

Der Bedarf an Handlungsrichtlinien, z.B. für den Ausschank von Alkoholika für BewohnerInnen mit riskantem Alkoholkonsum, und nach Klärung von Verantwortlichkeiten für Gespräche mit Betroffenen, deren Angehörigen und dem ärztlichen Dienst, wurde geäußert. Die Problematiken der Mehrfachmedikation und der kombinierten Einnahme von Medikamenten und Alkohol lösten weitere Fragen zu ethischen und moralischen Themen aus, wie der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von BewohnerInnen aber auch der Fürsorgepflicht ihnen gegenüber. In einem Workshop im Führungsgremium wurde ein Handlungsbedarf in Bezug auf strukturelle Anpassungen innerhalb der Organisation akzeptiert. Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Fachpersonen des Pflegedienstes und unter dem Vorsitz des Pflegedienstleiters wurde zusammengestellt.

Grobkonzept der Suchtprävention

Darstellung Suchtprävention im Alter: Oval

Zur Entwicklung einer gemeinsamen Haltung im Pflegedienst wurde das Pflegemodell nach Krohwinkel⁶ als Grundlage genommen. Dieses bildet unter anderem wesentliche suchtpreventive Aspekte ab und gibt auch psychosozialen Themen in der Betreuung und Pflege grosses Gewicht. Existenzfördernde (Ressourcen) und existenzgefährdende Erfahrungen (Risiken), welche sich im Lebenslauf einstellen können, werden beschrieben. In gerontologischen Institutionen wird dieses Modell sehr oft ins Leitbild integriert.

Zur Erfassung des Betreuungs- und Pflegebedarfes wird national in jeder stationären Einrichtung bei Eintritt und periodisch wiederholt ein standardisiertes Assessment, das Bewohner-Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA), durchgeführt.⁷ Dieses Basis-Assessment wird von speziell geschultem Pflegepersonal erhoben. Fragen zum Alkohol- und Tabakkonsum sind darin formuliert (Fragen nach Medikamenteneinnahme, bzw. -abhängigkeiten allerdings nicht). Aus suchtpreventiver Sicht werden in diesem Gespräch bereits auch Früherkennungsmerkmale von riskantem Suchtmittelgebrauch, wie z.B. Gewichtsveränderungen, Interesselosigkeit, zitternde Hände u.a. erhoben.

Biographische Erfassung von Informationen

Im BESA-Assessment nur ansatzweise erfasst werden die Ressourcen und Gewohnheiten der Befragten, ihr subjektives Befinden und ihr Lebenskontext.

In der Arbeitsgruppe wurden deshalb zusätzlich zu dieser Gesamterhebung Fragen zur Erfassung des Gesundheitszustandes, des subjektiven Befindens, der persönlichen Gewohnheiten, Wünsche und Bedürfnisse formuliert. In einem weiteren Schritt wurden ein Leitfaden zur Erhebung von biographischen Informationen der BewohnerInnen und die notwendige Dokumentation erstellt. Dadurch können Ressourcen und Risikofaktoren, sowie Bewältigungsstrategien für Belastungen im Gespräch besser erfasst und in die Betreuung im Alterszentrum einbezogen werden. Damit ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann und die älteren Personen sich langsam an die neue Umgebung gewöhnen können, wurde in der Umsetzung darauf geachtet, dass diese Fragen auf mehrere Gesprächssequenzen aufgeteilt wurden. Mit den BewohnerInnen konnten die durchgeführten Gespräche reflektiert und danach in der Arbeitsgruppe ausgewertet werden.

Darstellung Suchtprävention im Alter: Dreieck

Die Gruppenmitglieder erarbeiteten und reflektierten die Früherkennungsmerkmale eines riskanten Suchtmittelkonsums, welche sie in ihrer Alltagspraxis beobachtet hatten: Zittern, Interesselosigkeit, Ängstlichkeit, Gewichtsveränderungen, Gehunsicherheit, Schläfrigkeit, Schwindel, Schmerzen, Vernachlässigung des Äusseren.⁸ In diesem induktiven Vorgehen konnte ein Beobachtungsbogen erstellt werden. Neben gerontologischem Fachwissen ist aber auch medizinisches Wissen erforderlich, um die beobachteten Merkmale einordnen zu können und die Symptome eines Suchtmittelmissbrauch von einer Depression,⁹ einer Entgleisung von Diabetes, einer dementiellen Entwicklung oder anderen psycho-geriatrischen Krankheitsbildern abzugrenzen.

Eine andere interne Arbeitsgruppe erstellte ein spezielles Fokus-Assessment zur Früherkennung von Sturzgefahr, das auch suchtpreventive Aspekte berücksichtigt. Parallel zum Projekt wurden in der Institution von einem Apotheker Fortbildungen zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten durchgeführt.

Darstellung Suchtprävention im Alter – Rechteck

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe setzten sich mit Beratungs- und Begleitungskonzepten für BewohnerInnen mit einem riskanten Konsum oder bekanntem Suchtmittelmissbrauch auseinander.¹⁰ Interne Verantwortlichkeiten für Gespräche und Informationsaustausch sowie die Zusammenarbeit mit anderen AkteurInnen wie Angehörige, Suchtberatung, HausärztInnen, Psychiatrische Konsilien wurden festgelegt und Handlungsabläufe erarbeitet.

Geplante Projektschritte im Jahr 2013

- Einbindung ins Qualitätsmanagement in Form zweier Standards: «Begleitung in der Früherkennung und Frühintervention bei riskantem Suchtmittelkonsum» und «Umgang mit Menschen mit einer Suchterkrankung»
- Bildungsveranstaltungen zur motivierenden Gesprächsführung
- Fallbesprechungen und Reflexion
- Evaluation des Projektes
- Publikation und Bekanntmachung des Projektes

Projekt in der Spitex

Tätigkeiten in der Spitex

Im Unterschied zum Alterszentrum suchen die Spitex-Mitarbeitenden die KlientInnen in deren privater Lebenswelt auf und erbringen haushaltsorientierte sowie pflegerisch-therapeutische Dienstleistungen. Die Spitex-Mitarbeitenden sind wichtige AkteurInnen in der Regelversorgung und stehen in Kooperation mit unterschiedlichen Institutionen, wie Spitälern, Hausarztpraxen, Alters- und Pflegeheimen. Die aufsuchende Tätigkeit, mit Einblick in die häusliche, familiäre Privatsphäre der KlientInnen ermöglicht es den Spitex-Fachpersonen, Hinweise auf eine sich entwickelnde oder schon bestehende Suchtproblematik wahrzunehmen und anzusprechen. Das Ansprechen eines Suchtmittelkonsums kann sich aber als heikel erweisen und die KlientInnen können u.a. mit einer abwehrenden Haltung reagieren. Dies erfordert von den Fachpersonen neben aktuellem, suchtspezifischem Fachwissen auch eine Vertiefung in der Gesprächsführung.

Aufgrund der Tatsache, dass die Spitex-Fachpersonen eine heterogene, altersdurchmischte pflegebedürftige Bevölkerungsschicht betreuen, können sie bereits bei jüngeren KlientInnen suchtpreventiv intervenieren und deren Selbstkompetenz in der Gesundheitsförderung¹¹ unterstützen.

Projektumsetzung

Das Projekt in der Spitex orientiert sich ebenfalls an der Abbildung 1: Suchtprävention im Alter. In der Projektumsetzung gab es ähnliche Arbeitsschritte wie im Projekt im Alterszentrum. Im Folgenden werden nur noch die spezifischen Aspekte, welche für Spitex-Organisationen passend sind, vorgestellt.

Eine Umfrage bei den Mitarbeitenden der Spitex zeigte, dass für die Früherkennung und Frühintervention von Suchtmittelmissbrauch neben spezifischem Fachwissen Handlungsrichtlinien notwendig sind. Daraufhin wurde eine Fachgruppe mit vier Personen mit unterschiedlichen Kompetenzen gebildet und ein Projektvorschlag entwickelt, der allen Spitexmitarbeitenden (60 Personen) vorgestellt wurde.

Darstellung Suchtprävention im Alter – Oval

In der Fachgruppe setzten sich die Mitglieder mit allgemeinen psychosozialen Fragestellungen wie Krise, Verlust, Abhängigkeit, Selbstpfledefizit, Hoffnungslosigkeit, mit spezifischem Wissen zur Selbstkompetenz der Gesundheit und mit gerontologischen Themen auseinander. Diese Konzepte wurden jeweils von den einzelnen Fachgruppenmitgliedern zusammengefasst und in der Gruppe vorgestellt. Der Bezug zur Alltagspraxis wurde gemeinsam hergestellt. In einem nächsten Schritt wurden die Gruppenmitglieder zu spezifischen Themen, wie Suchtentwicklung, Suchtverhalten, Prävention, Wirkung und Risiken von Suchtmitteln u. a. m. weitergebildet.

Weitere Entwicklungen parallel zum Projekt

Angeregt durch das Projekt nahmen die Mitglieder der Fachgruppe an externen Fachtagungen teil zu den Themen «Depressionen» und «Aromatherapie in der Pflege». Die diplomierten Pflegefachpersonen besuchten Weiterbildungsmodul zur Vertiefung der «Pflegediagnostik». Parallel dazu führte die Spitex ein Projekt zu den Themen Medikamentenmanagement und -sicherheit durch. In Abstimmung mit diesem Projekt wurde von der Autorin vor allem der Umgang mit und der riskante Gebrauch von Medikamenten thematisiert.¹² Durch diese inhaltliche Fokussierung konnte sowohl personelles als auch fachliches Wissen innerhalb der Spitex ausgetauscht werden.

Darstellung Suchtprävention im Alter – Dreieck

Damit es nicht nur bei der Erfassung von Merkmalen der Früherkennung blieb, erarbeiteten Mitglieder der Fachgruppe auch gezielt pflegerische Interventionen für den Alltag. So entwickelte eine Mitarbeitende eine Broschüre mit Tipps zum Umgang mit Schlafstörungen für die KlientInnen, eine zweite Mitarbeitende bildete sich in Phytotherapie (Aromapflege) weiter und erstellte eine Liste mit verschiedenen Tees. Eine dritte Fachperson organisierte für die KlientInnen mit Migrationshintergrund unterschiedliche Broschüren zu Suchtprävention und mit Gesundheitsinformationen, welche nun gezielt durch alle Mitarbeitenden in die Spitex-Einsätze einbezogen werden.

Beratende Früherkennung zur Unterstützung der Gesundheitskompetenz

In der Fachgruppe wurden die diplomierten Pflegepersonen geschult, anhand eines bewährten Fragebogens¹³ mit den KlientInnen ein präventives Beratungsgespräch zur Unterstützung der Selbstkompetenz in Gesundheitsfragen zu führen. Dabei werden u.a. suchtpreventive Aspekte aufgegriffen und gezielt Broschüren zum Umgang mit Risiken des Suchtmittelkonsums in die Beratungssequenzen einbezogen. Die Nebenwirkungen der kombinierten Einnahme von Medikamenten und Alkohol werden von den Betroffenen oft unterschätzt und führen u.a. zu Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit und einer deutlich erhöhten Sturzgefahr. Im Gespräch werden die Klienten einerseits aufgeklärt und sie können sich andererseits mit dem eigenen Gesundheitsbefinden auseinandersetzen. Ferner dient das Gespräch dazu, sich anhand des Fragebogens auf den anstehenden Hausarztbesuch vorzu-

Auswirkungen der Projekte		
Institution	Fachpersonen	BewohnerInnen und KlientInnen
Aktuelles Fachwissen im Betrieb	Vertiefung des aktuellen Fachwissens	Stärkung der Selbstbestimmung
Steigerung von Kompetenzen der Mitarbeitenden	Erweiterung von psychosozialem Fachwissen und Beratungskompetenz	Erhöhung der Selbstkompetenz in Gesundheitsfragen
Richtlinien und Handlungsanweisungen, welche zur Qualitätssicherung beitragen	Erweiterung der Handlungskompetenz	Gemäss aktuellem Fachwissen Betreuung, Pflege und Behandlung erhalten
Unterstützung von Organisationsentwicklungsprozessen	Entwicklung und Übernahme neuer Verantwortung und Rolle innerhalb des Betriebes	Informationszuwachs durch Aufklärung und Beratung über Gesundheitsverhalten
Beteiligung an der Umsetzung von nationalen Präventionsprojekten	Sicherheit und Klarheit in der Begleitung erhalten	Frühzeitig auf verändertes Verhalten angesprochen werden
Attraktiver Arbeitgeber sein können	Gezielte Tätigkeiten in der Prävention und Gesundheitsförderung übernehmen	Angebote für aktuelle Behandlung erhalten
Vernetzung mit anderen Fachstellen		

Abb. 2: **Auswirkung der Projekte – Suchtprävention im Alter.**



bereiten. In der Region wurden über 70 Hausarztpraxen über das Projekt informiert (die Reaktion darauf war minimal). Der Einsatz dieses Arbeitsinstrumentes ist noch in der Pilotphase. Alle Gespräche werden schriftlich erfasst, im Juli 2013 soll eine Zwischenevaluation stattfinden.

Darstellung Suchtprävention im Alter – Rechteck

Anhand von Fallbeispielen aus der Spitex-Praxis konnten passende Interventionen für die Betreuung besprochen und Kontakte mit weiteren AkteurInnen in der Regelversorgung (wie z.B. Suchtberatung) vermittelt werden.

Entwicklung einer gemeinsamen Haltung

Darstellung Suchtprävention im Alter – Oval, Dreieck, Rechteck

Als Schritt zur Entwicklung einer gemeinsamen Haltung setzten sich die Mitglieder der Fachgruppe und die Spitex-Leitung mit den Themen Prävention, Gesundheitsförderung, Suchtentwicklung und Begleitung von KlientInnen mit einem riskanten Suchtmittelkonsum oder bestehender Suchterkrankung auseinander. Die Begriffsklärungen wurden schriftlich formuliert und sollen im Jahr 2013 dem gesamten Spitex-Team vorgestellt und weiter diskutiert werden. Das Ergebnis soll letzten Endes in Form von schriftlichen Richtlinien und Handlungsanweisungen ins Qualitätsmanagement überführt werden, damit es nachhaltig umgesetzt werden kann. Zusätzlich werden die Fachpersonen in motivierender Gesprächsführung geschult. ●

Literatur

BAG – Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2013): Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern. www.tinyurl.com/amra2kw, Zugriff 01.03.2013.

Crotti, C. (2012): Grundlagen zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs im Kanton Zürich. ZüFAM, Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs. DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2011): Substanzbezogene Störungen im Alter. Information und Praxishilfen. Hamm.

Doenges, M.E./Moorhouse, M.F./Geissler-Murr, A.C. (2002): Pflegediagnosen und Massnahmen. 3. Auflage. Bern: Hans Huber.

BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2012): Medikamente im Alter: Welche Wirkstoffe sind ungeeignet? Berlin: BMBF. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4664.php, Zugriff 21.03.2013. Kantonales Gesundheitsgesetz des Kanton Zürich (GesG)(2007): Patientinnen und Patientenrecht. www.tinyurl.com/c4oerrr, Zugriff 10.2.2013.

Kutschke, A. (2012): Sucht – Alter – Pflege. Bern: Hans Huber.

Löser, A. P. (2003): Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen. Hannover: Schlütersche.

Müller Staub, M./Alfaro-LeFevre, R. (2012): Pflegeprozess und kritisches Denken: Praxishandbuch zum kritischen Denken. Bern: Hans Huber.

SSR - Schweizerischer Seniorenrat (2010): Arzt und Patient – ein Team für alle Fälle. Bern. www.tinyurl.com/d7r3tox, Zugriff 10.02.2013.

Townsend, M. C. (2008): Pflegediagnosen und Massnahmen für die psychiatrische Pflege: Handbuch zur Pflegeplanerstellung. Bern: Hans Huber.

Endnoten

- 1 Vgl. Crotti 2012.
- 2 Vgl. Kantonales Gesundheitsgesetz des Kanton Zürich 2007.
- 3 Vgl. Müller Staub et al. 2012.
- 4 Vgl. Doenges et al. 2002.
- 5 Vgl. Kutschke 2012.
- 6 Vgl. Löser 2003.
- 7 www.besacare.ch/
- 8 Vgl. Townsend 2008.
- 9 Vgl. Doenges et al. 2002.
- 10 Vgl. DHS 2012.
- 11 Vgl. BAG 2013.
- 12 Vgl. BMBF 2012.
- 13 Vgl. SSR 2010.