



KOSTE

Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre
Therapieangebote im Drogenbereich

COSTE

Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies
résidentielles pour les problèmes de drogues

COSTE

Centrale di coordinamento nazionale delle offerte di
trattamento residenziale inerenti ai problemi di droga

GEGENWART UND ZUKUNFT DER STATIONÄREN SUCHTTHERAPIE

Bericht zur Nationalen Fachtagung vom 8. November 2002

ACTUALITES ET FUTUR DES THERAPIES RESIDENTIELLES

Rapport de la journée nationale du 8 novembre 2002

**Gegenwart und Zukunft
der stationären Suchttherapie**
- Tagungsbericht -

***Actualités et futur
des thérapies résidentielles***
- Rapport de la journée -

Nationale Fachtagung, Bern, 8. November 2002
Journée nationale, Berne, 8 novembre 2002

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE
Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue COSTE

Redaktion / Rédaction

Nicolas Dietrich
Franziska Eckmann
Ueli Simmel
Marianne König

Übersetzung / Traduction

Dominique H. Jenni

Layout

Roberto da Pozzo

Version Internet

www.koste.ch / www.coste.ch

© KOSTE / COSTE 2003

Bestelladresse / Adresse de commande

KOSTE/COSTE, Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Bern 14, office@koste-coste.ch

Inhaltsverzeichnis – *Table des matières*

1. Organisation, Programmierung, Interesse und Echo - <i>Organisation, Programmation, Intérêts et Echos</i>	4
1.1. Vorgängige Überlegungen / Motivation - <i>Réflexions préliminaires / Motivation</i> ..	4
1.2. Organisatorisches – <i>Organisation</i>	6
1.3. Zielsetzungen - <i>Objectifs</i>	7
1.4. Einbezug der TagungsteilnehmerInnen - <i>Implication des participants</i>	8
1.5. Diskussionsrunde - <i>Table ronde</i>	8
1.6. Was wir vermeiden wollten - <i>Ce que nous voulions éviter</i>	9
1.7. Interesse - <i>Intérêt</i>	9
1.8. Programm	10
1.9. Programme	11
2. Referate - <i>Conférences</i>	12
2.1. Die stationäre Therapie kann sich in Bezug auf ihre Erfolge sehen lassen. Oder: Was kann die Forschung über den Erfolg stationärer Therapieangebote in der Schweiz sagen? - <i>La thérapie résidentielle se présente au regard de ses succès - Résultats de recherche</i>	12
2.2. 50 Prozent der Institutionen sind auditiert – eine Zwischenbilanz - <i>Certification qualité des institutions – Premiers constats</i>	17
2.3. <i>Les attentes d'un service placeur spécialisé</i> - Die Erwartungen einer spezialisierten Platzierungsstelle.....	23
2.4. Zertifizierung und Leistungsbeschreibung: Nutzen oder neue Last für die Kantone? - <i>Certification et descriptions des prestations: bénéfice ou nouvelle charge pour les cantons ?</i>	27
2.5. Der Stellenwert der stationären Therapie ... in der Säule Therapie ... in der aktuellen und zukünftigen Drogenpolitik des Bundes - <i>Valeur des prises en charges résidentielles dans la politique des 4 piliers et dans la politique actuelle et future de la Confédération</i>	31
3. <i>Table ronde : Thérapies résidentielles de demain : exigences – visions – fantasmes - Podiumsdiskussion: Stationäre Therapie von morgen: Ansprüche – Visionen - Phantasien</i>	34
4. Zusammenfassung und Ausblick - <i>Synthèse et perspectives</i>	38
5. Anhang - <i>Annexe</i>	43
5.1. Themenparcours - <i>Parcours thématique</i>	43
5.2. <i>Programme cadre: Présentation de posters</i> - Rahmenprogramm: Posterpräsentationen.....	78

1. Organisation, Programmierung, Interesse und Echo - *Organisation, Programmation, Intérêts et Echos*

1.1. Vorgängige Überlegungen / Motivation - *Réflexions préliminaires / Motivation*

1.1.1. Gegenwart und Zukunft des stationären Rehabilitationsbereichs - *Actualité et avenir de la prise en charge résidentielle*

Vor knapp 10 Jahren erschien die im Auftrag des BAG durchgeführte Studie „Reha 2000“ (Mühle 1994). Darin wurden drei Szenarien in Bezug auf die Entwicklung der stationären Therapien durchgespielt, die insbesondere auch auf die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen eingingen: um es gleich vorweg zu nehmen: für die stationären Einrichtungen gilt heute das „schlechteste“ der drei.

Dabei ist die Situation im Grunde paradox: die stationären Einrichtungen haben in den letzten Jahren fachlich wie organisatorisch eine enorme Entwicklung gemacht: sie bieten heute in aller Regel zeitgemäße, professionelle Therapieformen, während parallel auch auf der Ebene der Organisationsentwicklung durch die Anforderung zertifizierter Qualitätsmanagementsysteme ein ebensolcher Professionalisierungsschub ausgelöst wurde. Die stationären Einrichtungen sind damit im Begriff, die an sie von VersorgerInnen, Verwaltung und Politik gerichteten Forderungen einzulösen.

Eine zeitgemäße Finanzierung der erbrachten Leistungen ist dennoch keineswegs gesichert. Im Gegenteil. Und gleichzeitig erheben sich fachlich durchaus ernstzunehmende Stimmen, die im Extremfall soweit gehen, dieser Form der Sucht-Rehabilitation generell jegliche Legitimität abzuspochen.

Dazu kommen weitere in unserer täglichen Arbeit beobachtbare Faktoren: Veränderung beim Entzug (Teilentzüge, eindeutig ohne Ausstiegsorientierung), eine immer besser ausgebaute, „bequemere“ Infrastruktur auf der Gasse, ambulante Behandlungsangebote (häufig mit Substitution als Konkurrenz zur ausstiegs-

Il y a tout juste 10 ans, l'étude „Reha 2000“ (Mühle, 1994) réalisée sur mandat de l'OFSP, présentait trois scénarios sur le développement de la prise en charge résidentielle, et en particulier sur ses conditions structurelles et financières cadre. Pour le dire d'emblée: c'est le plus mauvais de ces scénarios qui prévaut aujourd'hui pour les institutions résidentielles

A cet égard, la situation est au fond paradoxale. En effet, les institutions résidentielles ont connu, ces dernières années, une évolution fantastique tant du point de vue professionnel qu'organisationnel. Elles offrent aujourd'hui des prestations thérapeutiques modernes et professionnelles tout en ayant engagé, parallèlement, une professionnalisation de leur organisation avec l'exigence de systèmes certifiés de management de la qualité. Ce faisant, elles sont donc sur le point de satisfaire aux exigences que leur ont posées les responsables de l'action sociale, administration et politique.

Pourtant, un financement adapté des prestations fournies ne leur est absolument pas garanti. Bien au contraire. Et, dans le même temps, des voix à prendre au sérieux s'élèvent, parmi les professionnels, qui vont jusqu'à récuser, à l'extrême, toute légitimité à cette forme de réhabilitation pour les dépendances.

S'y ajoutent d'autres facteurs observables dans notre travail quotidien: changements dans le sevrage (sevrages partiels, clairement non orientés vers l'abstinence); infrastructure toujours plus développée et confortable dans la rue; prise en charge ambulatoire souvent associée à l'offre de produits de substitution (et faisant donc concurrence au travail résidentiel axée sur

oder abstinenzorientierten stationären Arbeit), „billiges“ Methadon gegen „teure“ Therapie, wobei allerdings vernünftige Kostenvergleiche noch weitgehend ausstehen, im Trend (weil Kassenfinanziert?) stehende Tageskliniken, immer mehr Kurzzeittherapien (aus welchen Gründen?), um nur einige wenige plakativ herauszuheben.

Und mit dem Auftauchen neuer Konsummuster und -formen braucht es natürlich die stetige Suche nach neuen Behandlungsansätzen, geleitet von Fragen wie „Brauchen neue Drogen neue Therapien?“ oder „Wie sieht die Bedarfsentwicklung für Zielgruppenspezifische Angebote aus, welche Lücken bestehen (noch)?“

Während ein Teil der stationären Angebote mit Belegungsproblemen zu kämpfen hat, gibt es andererseits Modelle, die in dieser Hinsicht „funktionieren“: Nachfrage und Auslastung stimmen. Was sind die Merkmale dieser Modelle, was kann man von Ihnen lernen?

Aus diesem Spannungsfeld entsteht natürlich eine ganze Reihe von Fragen fachlicher, aber durchaus auch (sucht-)politischer Natur.

Wir hielten den Zeitpunkt für günstig, das in den letzten Jahren Erreichte einem breiteren Publikum vorzustellen, in einer Phase der Neustrukturierung des Angebots aber auch mit den KritikerInnen über den Stellenwert der Ausstiegsorientierung in einem stationären Umfeld in Diskussion zu kommen.

Aus diesem Grund haben wir die Ausschreibung breit ausgerichtet, an:

- alle in den verschiedenen Segmenten der Suchtarbeit Tätigen: in ambulanten Angeboten, Substitutionsprogrammen, Entzugseinrichtungen, Familienplatzierungen, stationärer oder ambulanter Nachsorge - und selbstverständlich die in der stationären Rehabilitation Tätigen sowie deren Trägerschafts-Verantwortliche
- die politischen Verantwortungs-trägerInnen, insbesondere auf Ebene der Kantone sowie
- die für den Suchtbereich in der Verwal-

l'abstinence), une méthadone bon marché par rapport à une prise en charge chère (mais sans qu'une vraie comparaison des coûts ait été effectuée), une tendance aux hôpitaux de jours (parce que financés par les caisses maladie?), enfin toujours plus de thérapies brèves (pour quelles raisons?), pour ne citer que quelques uns des exemples les plus frappants.

Et l'émergence de nouvelles formes de consommation conduit naturellement à la recherche de nouvelles propositions thérapeutiques, assortie de questions comme «De nouvelles drogues nécessitent-elles de nouvelles thérapies?», ou «Comment le besoin en offres pour des groupes cibles spécifiques évolue-t-il; quelles lacunes subsiste-t-il (encore) ?»

Alors qu'une partie des structures résidentielles doit affronter des problèmes d'occupation, d'autres modèles fonctionnent de ce point de vue là, où demande et capacité d'accueil concordent; Quelles en sont donc les caractéristiques, que peut-on en apprendre?

Cette tension engendre naturellement toute une série de questions de nature professionnelle, mais essentiellement aussi de politique des dépendances.

C'est pourquoi le moment nous a paru opportun pour présenter à un large public ce qui - dans une phase de restructuration de l'offre - a été réalisé ces dernières années, mais aussi de discuter l'importance accordée à l'orientation vers l'abstinence dans le contexte résidentiel avec celles et ceux qui la critiquent.

Pour cette raison, nous avons largement ouvert cette journée, qui s'adressait:

- à tous les professionnels des différents secteurs du champ des dépendances: services ambulatoires, unités offrant des programmes de substitution, structures de sevrage, appartements protégés, postcure résidentielle ou ambulatoire et, naturellement, les personnes actives dans la réhabilitation résidentielle ainsi que leurs comités;
- aux responsables politiques, en particulier cantonaux, et

tung (Bund und Kantone) zuständigen Verantwortlichen.

Mitentscheidend für diese breit gestreute Ausschreibung war der in zahlreichen Kontakten festgestellte Umstand, dass trotz der Entwicklungen, die die stationären Therapie- und Rehabilitationsangebote in der Schweiz in den letzten Jahren gemacht haben, ein mehr oder weniger grosses Informationsmanko bis hin zu nachgerade mythenhaft überdauerem Unwissen besteht.

- *aux responsables des dépendances au sein des administrations (fédérale et cantonales).*

Notre décision d'ouvrir très largement cette manifestation vient aussi du constat fait au cours de nos nombreux contacts que perdure, malgré les développements introduits ces dernières années par les institutions résidentielles de traitement et de réinsertion en Suisse, un déficit plus ou moins grand d'information allant jusqu'à une ignorance porteuse de mythes.

1.2. Organisatorisches - Organisation

1.2.1. Tagungsort, Übersetzung - Lieu, Traduction

Die Tagung fand inkl. Mittagsstehbuffet in den Räumlichkeiten des SMUV Konferenzentrums Egghölzli in Bern statt. Als kompetenten Dolmetscher konnten wir Herrn Sulpice Piller gewinnen, der sämtliche Voten simultan übersetzte (deutsch↔französisch). Ihm wie auch dem Personal des Konferenzentrums danken wir bestens für die grosse Arbeit. Die Übersetzung dieses Berichts leistete Herr Dominique H. Jenni; auch ihm herzlichen Dank für die kompetente Arbeit.

La journée (y incl. le buffet de midi) a eu lieu dans les locaux du centre de conférence Egghölzli de la FTMH à Berne. La traduction simultanée de toutes les contributions (allemand↔français) a été effectuée avec grande compétence par M. Sulpice Piller. Nous le remercions vivement, ainsi que le personnel du centre de conférence pour leur précieux travail. La traduction de ce rapport fut assurée par M. Dominique H. Jenni ; à lui aussi nous présentons nos remerciements pour son travail de grande qualité.

1.2.2. Kinderbetreuung - Garderie d'enfants

Im Zuge der Vorbereitungen konnten wir dank einer Zusage des KiTa-Teams der Stiftung Hilfe zum Leben, Bern – wofür wir uns an dieser Stelle noch einmal herzlich bedanken - das Angebot einer qualifizierten Kinderbetreuung machen: Bedingt durch den Umstand, dass dies erst einige Zeit nach der Erst-Ausschreibung erfolgte, bestand unserer eigens durchgeführten Umfrage zufolge allerdings kein Bedarf (mehr) – wo nötig, war die Kinderbetreuung offensichtlich bereits organisiert.

Au cours des travaux préparatoires, nous avons pu – avec le soutien du Team KiTa de la Fondation Aide à la vie (Berne) que nous remercions encore chaleureusement ici – offrir une garderie d'enfants aux participants. Cet accord n'étant intervenu que tardivement, un sondage montrait que cela n'était toutefois pas (plus) nécessaire. En effet, là où il le fallait, la prise en charge des enfants était apparemment déjà organisée.

1.2.3. Rahmenprogramm: Posterpräsentationen - *Programme cadre: présentation de posters*

Wir haben im Vorfeld der Tagung stationäre Einrichtungen eingeladen, in Form einer Posterpräsentation ihre in letzter Zeit erbrachten Leistungen und insbesondere Neuerungen (wie z.B. Änderungen oder Neuausrichtung ihrer Konzepte, Arbeitsweisen und Strukturen) vorzustellen, wobei diese Poster von einem/einer MitarbeiterIn der Institution betreut werden sollten, der/die darlegen konnte, welcher Art diese Neuerungen sind und aus welchen Gründen sie eingeführt wurden.

Dans le cadre de cette journée, nous avons aussi invité des institutions résidentielles à présenter, sous forme de posters, leurs plus récentes prestations et notamment leurs innovations (modifications ou nouvelle orientation de leurs concepts, de leurs méthodes de travail et structures), posters que devait superviser un(e) collaborateur /trice de l'institution à même d'expliquer la nature de ces innovations et les raisons de leur introduction.

1.3. Zielsetzungen - *Objectifs*

Wir setzten uns für die Tagung bei der Vorbereitung folgende Ziele:

Lors de la préparation de cette journée, nous nous sommes fixé les objectifs suivants:

Angeichts der in gewissen Regionen anhaltend schwachen Nachfrage nach stationärer Therapie, aber auch einer offensichtlich schwindenden Bereitschaft der PlatziererInnen, die Kosten für stationäre Aufenthalte zu übernehmen, wollten wir möglichst vielen EntscheidungsträgerInnen Informationen zum „state of the art“ im schweizerischen stationären Therapieangebot vermitteln.

Compte tenu de la faible demande de prise en charge résidentielle dans certaines régions, mais aussi de la disposition manifestement variable des services placeurs à assumer le coût de tels séjours, nous voulions informer autant de décideurs que possible sur l'état actuel de l'offre résidentielle en Suisse.

Die Tagung sollte Anstösse geben, Wege in die Zukunft der stationären Behandlungssettings anzudenken.

Cette Journée nationale devait promouvoir une réflexion sur l'orientation future des structures de prise en charge résidentielles.

Sie sollte Impulse für anstehende drogenpolitische Entscheidungen liefern: die grossen Reformprojekte sind „aufgegleist“, Meilensteine wurden erreicht und es wird in nächster Zukunft darum gehen, neue Orientierungspunkte zu setzen und Zielsetzungen in der Sucht- bzw. weitergefasst in der Gesundheitspolitik zu definieren. Ergebnisse der Tagung sollen für diese Arbeit zur Verfügung gestellt werden können.

Elle devait promouvoir aussi des décisions en matière de politique des dépendances: les grands projets de réformes étant sur les rails et des pas importants déjà accomplis, il va s'agir dans un proche avenir de choisir de nouvelles orientations et de définir des objectifs à la politique des dépendances, et plus largement de santé publique. Les résultats de cette journée devraient contribuer à ce travail.

Last but not least: es sollte viel Raum für persönliche Kontakte und Kommunikation zur Verfügung gestellt werden.

Last but not least, il s'agissait de donner l'occasion aux participants d'établir des contacts personnels et de communiquer.

1.4. Einbezug der TagungsteilnehmerInnen - *Implication des participants*

Die versammelte Fachkompetenz der TagungsteilnehmerInnen wollten wir insbesondere bei den Fragen nach der potenziellen zukünftigen Entwicklung mit einbeziehen.

Nicht nur aus Platzgründen planten wir dies für einmal nicht in Form von Arbeitsgruppen, sondern wollten an Themen- und Bereichsspezifischen Wandzeitungen den aktuellen Bedarf an Entwicklungen, Spezialangeboten und Ähnliches erfragen; ausserdem sollte hier Platz gegeben werden für Bemerkungen, Wünsche und Anregungen.

An den verschiedenen Wandzeitungen sollten als AnsprechpartnerInnen die Mitglieder des Strategiegremiums der KOSTE zur Verfügung stehen – alle mit je spezifischem Bezug zu ihrer beruflichen Rolle; implizit wurde auch hier die Intention verfolgt, Raum für persönliche Kontakte zu öffnen.

Die Ergebnisse dieses Teils finden Sie im Anhang (Themenparcours).

Nous voulions en particulier mettre à profit les compétences professionnelles conjuguées des participant(e)s pour aborder les questions du développement futur du traitement résidentiel.

Notamment pour des raisons de place, nous n'avons, pour une fois, pas organisé cela sous forme d'ateliers, mais décidé d'examiner - via des journaux muraux consacrés à certains thèmes et domaines spécifiques – le besoin actuel en développements, offres thérapeutiques spéciales et autres. Ce faisant, nous voulions aussi offrir un espace pour des remarques, souhaits et suggestions.

Les membres de la commission de stratégie de COSTE s'y tiendraient à disposition, en tant qu'interlocuteurs privilégiés – chacun en fonction de son rôle professionnel particulier. Implicitement, on cherchait aussi à offrir par là un espace pour des contacts personnels.

Vous trouvez les résultats de cette partie dans l'annexe (Parcours thématique).

1.5. Diskussionsrunde - *Table ronde*

Um mit den benachbarten Fachbereichen der Suchthilfe in Diskussion zu kommen haben wir KollegInnen aus eben diesen Bereichen zu einer Podiumsdiskussion eingeladen. Bei der Vorbereitung erschien es uns beim Anspruch, eine nationale Fachtagung auszurichten wichtig, auch die verschiedenen Regionen zu berücksichtigen.

Alle DiskussionsteilnehmerInnen wurden vorgängig informiert, welche Themenbereiche angesprochen werden sollten. Für den letzten Teil der Diskussion wurden die Teilnehmenden ausdrücklich eingeladen, Visionen, Wünsche, gerne auch Phantastereien zu äussern.

Pour ouvrir la discussion aux domaines voisins de la prise en charge des toxicomanes, nous avons invités à une table ronde des collègues provenant précisément de ces divers champs. Dans la mesure où nous prétendions organiser une journée d'envergure nationale, nous veillâmes à ce qu'ils proviennent des diverses régions de Suisse.

L'ensemble des participant(e)s à cette table ronde fut informé à l'avance des thèmes abordés; ils furent aussi expressément invités à exprimer, en fin de table ronde, leurs visions et souhaits, voire leurs fantasmes en la matière.

1.6. Was wir vermeiden wollten - *Ce que nous voulions éviter*

In einem Satz und durchaus gewollt plakativ formuliert:

für einmal nicht in erster, zweiter und dritter Priorität über die finanzielle Situation diskutieren.

En une phrase et formulé volontairement de manière incisive:

pour une fois, ne pas discuter d'abord, ensuite et seulement de la situation financière.

1.7. Interesse - *Intérêt*

Vom Interesse an der Veranstaltung wurden wir – positiv - überrascht. Erfreulicherweise meldeten sich über 200 Personen aus allen Sparten der Suchthilfe für die Tagung an.

Aus den geschilderten Vorüberlegungen und Vorarbeiten heraus resultierte das nachstehende Tagungsprogramm.

Nous avons été agréablement surpris par l'intérêt rencontré par cette manifestation, à laquelle participèrent en effet plus de 200 personnes, issues de tous les secteurs.

C'est sur la base de ces réflexions et travaux préparatoires que fut établi le programme ci-dessous.



1.8. Programm

- 09:00 Café – Empfang
- 09:30 Begrüssung, Tagesstruktur, Zielsetzung (KOSTE)
- 09:45 Susanne Schaaf, ISF, FOS
“Die stationäre Therapie kann sich in Bezug auf ihre Erfolge sehen lassen”
- 10:00 Adrian Burkhardt, SQS, Lead Auditor
“80% der Institutionen sind jetzt zertifiziert: erste Erkenntnisse”
- 10:15 Dr. med. Claude Uehlinger, UST FR
“Die Erwartungen einer spezialisierten Platzierungsstelle”
- 10:30 Dr. Ruth Lüthi, Staatsrätin FR, Präsidentin SODK
“Zertifizierung und Leistungsbeschreibung: Nutzen oder neue Last für die Kantone?”
- 10:45 Dr. med. Chung Yol Lee, Vizedirektor BAG
“Der Stellenwert der stationären Therapie ... in der Säule Therapie ... in der aktuellen und zukünftigen Drogenpolitik des Bundes”
- 11:00 P A U S E
- 11:30 Podiumsdiskussion Animation: Jean-Daniel Barman
“Stationäre Therapie von morgen: Ansprüche – Visionen - Phantasien”
- Ambulante:
Toni Berthel, Dr. med., Winterthur, ZH
Christian Moeckli, Drop-in Biel, Contact Netz BE
Cristina Monterrubio, Bewährungshilfe, VD
 - Entzug:
Michael Sprunger, PUK Basel, Entzugsstation U2, BS
 - Stationäre:
Mirko Steiner, Villa Argentina TI
Hervé Durnat, Argos, GE
Peter Gut, Lutzenberg, AR
Othmar Rist, Ulmenhof, ZH
Markus Troxler, Terra Vecchia, BE

13:00 - 14:00 Mittagspause / Buffet

- 14:00 Themen-Parcours
- Einführung
 - Rolle und Aufgabe eines Kantons nach 2003 Attilio Stoppa und
Jean-Daniel Barman
 - Substitutionsangebote in der stationären Therapie: was wird gebraucht Christian Sacher
 - Was die VersorgerInnen und ambulanten Dienste wünschen Judith Herzog
 - Die Rolle des BAG in der Suchtpolitik der kommenden Jahre Markus Jann
 - Stationäre Therapie im Jahr 2010 Thomas Egli

Inkl. Pause (Café ab 15.00 zur Verfügung)

- 15:30 Tagesrückblick und Ausblick KOSTE
- 16:00 Schluss der Tagung

1.9. Programme

- 09:00** **Café – Accueil**
- 09:30** **Salutations, plan de la journée (COSTE)**
- 09:45** **Susanne Schaaf, ISF, FOS**
« La thérapie stationnaire se présente au regard de ses succès »
- 10:00** **Adrian Burkhardt, SQS, Lead Auditor**
« 80% des institutions sont actuellement certifiées: premiers constats »
- 10:15** **Dr. Claude Uehlinger, UST FR**
« Les attentes d'un service placeur spécialisé »
- 10:30** **Dr. Ruth Lüthi, Conseillère d'état FR, Présidente de la CDAS**
« Certification et descriptions des prestations: bénéfique ou nouvelle charge pour les cantons »
- 10:45** **Chung-Yol Lee, Vice directeur OFSP**
« La valeur des thérapies résidentielles... dans le pilier « Thérapies »... et dans la politique actuelle et future de la Confédération »
- 11:00** **P A U S E**
- 11:30** **Table ronde Animation: Jean-Daniel Barman**
« Thérapies résidentielles de demain: exigences – visions - fantasmes »
- Ambulatoire:
Dr. med. Tony Berthel, Winterthur, ZH
Christian Moeckli, Drop-in de Bienne, Réseau Contact, BE
Cristina Monterrubio, Fondation vaudoise de probation, VD
 - Sevrage:
Michael Sprunger, PUK Basel, Entzugsstation, BS
 - Résidentiel:
Mirko Steiner, Villa Argentina, TI
Hervé Durgnat, Argos, GE
Peter Gut, Lutzenberg AR
Othmar Rist, Ulmenhof ZH
Markus Troxler, Terra Vecchia BE

13:00 - 14:00 Pause de midi / buffet

- 14:00** **Parcours thématique**
- Introduction
 - Rôle et tâche d'un canton après 2003
Attilio Stoppa et
Jean-Daniel Barman
 - Offres de produits de substitution dans les thérapies résidentielles : les besoins futurs
Christian Sacher
 - Ce que souhaitent l'action sociale et les services ambulatoires
Judith Herzog
 - Le rôle de l'OFSP dans la politique des dépendances des prochaines années
Markus Jann
 - Thérapies résidentielles en l'an 2010
Thomas Egli

y c. pause (café à disposition dès 15.00)

- 15:30** **Synthèse et regard vers l'avenir** **COSTE**
- 16:00** **Clôture de la journée**

2. Referate - Conférences

2.1. Die stationäre Therapie kann sich in Bezug auf ihre Erfolge sehen lassen. Oder: Was kann die Forschung über den Erfolg stationärer Therapieangebote in der Schweiz sagen? - *La thérapie stationnaire se présente au regard de ses succès - Résultats de recherche*

Susanne Schaaf

* * * * *

Résumé

Le succès thérapeutique est un sujet d'actualité, mais aussi un concept complexe. Dans l'évaluation d'études y relatives, un certain nombre de facteurs méthodologiques doivent être pris en considération, qui en influencent les résultats. Tout d'abord, il n'est guère tenu compte des différents motifs pour lesquels des clients sont orientés vers telle ou telle méthode de prise en charge. Malgré l'utilisation de variables identiques (telles que consommation de drogues, intégration sociale, santé) les définitions du succès peuvent différer, en particulier en ce qui concerne la rechute (épisode ou durable), à l'égard de laquelle les attitudes varient. Par ailleurs, la manière de quantifier le succès (p.ex. quota d'abstinence) peut varier. La période catamnétique est ainsi susceptible d'aller de 3 mois à 18 ans et le pourcentage de clients réinterrogés varier de 30 à 70%, sans compter que ces études touchent avant tout ceux qui ont terminé dans les règles leur traitement, ce qui peut biaiser positivement le sondage. Enfin, compte tenu de multiples épisodes de traitement, classer une thérapie particulière en fonction de son succès est difficile.

On peut néanmoins résumer comme suit les résultats de l'ensemble des études de l'Institut de recherche sur les dépendances FOS (incluant 79 institutions de Suisse):

- *Le taux de réussite du séjour dans la prise en charge résidentielle est moyen à bon, 48% des clients FOS allant jusqu'au terme normal de leur traitement. La durée de séjour et une fin normale sont des indices prédictifs de succès.*
- *Un groupe particulier de consommateurs d'opiacés y présente des résultats aussi bons qu'avec les programmes à la méthadone, la prise en charge résidentielle conduisant à l'abstinence, resp. à la réduction de leur consommation.*
- *La prise en charge résidentielle mène plutôt à une faible intégration professionnelle, faible qui dépend toutefois aussi de la définition que l'on donne de l'intégration, ainsi que du marché du travail.*
- *La prise en charge résidentielle orientée vers l'abstinence, est, pour certains clients, la thérapie de premier choix.*
- *Enfin, le taux de mortalité n'est pas plus élevé chez les clients d'une prise en charge résidentielle que chez ceux des programmes à la méthadone.*

* * * * *

Therapieerfolg ist ein aktuelles Thema, aber auch ein vielschichtiges Konstrukt. In der öffentlichen Diskussion um die „erfolgreichste“ Therapiemethode zur Behandlung von Drogensucht wird oft voreilig mit Vergleichszahlen argumentiert. Bevor ich fünf ausgewählte Aussagen zum Therapieerfolg in der stationären Therapie in der Schweiz vorstelle, möchte ich Ihnen einen kurzen Überblick über mögliche methodische Probleme der Vergleichbarkeit geben, die es bei der Beurteilung von Therapieerfolgsresultaten zu berücksichtigen gilt.

Methodische Stolpersteine¹

1. Unklare Selektionsprozesse: es gibt kaum randomisierte Studien (d.h. Studien über eine zufällige Zuteilung von Klienten zu unterschiedlichen Behandlungssettings) oder saubere Analysen über die Zuweisungsverfahren. Die Zuweisung geschieht aus fachlichen (sinnvoll), finanziellen (teilweise sinnvoll), klientenbezogenen (sinnvoll), behandlungspolitischen oder anderen Motiven. Die Studien mit unterschiedlicher Klientenselektion sind deshalb nur bedingt vergleichbar.
2. Unterschiedliche Erfolgsdefinitionen: die verschiedenen Behandlungstypen verfolgen zwar unterschiedliche Therapieziele, aber vier gemeinsame wichtige Outcome-Bereiche können festgehalten werden: a) Konsum illegaler Drogen, b) Soziale Integration (Arbeit, Kriminalität, soziales Netz, Szenennähe), c) somatische und d) psychische Gesundheit. Aber: dieselben Ergebnisvariablen beinhalten unter Umständen unterschiedliche Aspekte: je enger und exakter die Erfolgsdefinition umrissen ist, desto geringer fällt der Anteil der erfolgreich behandelten Klienten aus. Zudem gibt es wenig Forschung, welche unterscheidet zwischen dem Verlauf von a) „Konsumausrutschern“ bzw. episodischer Rückfall (lapse) und b) schweren Rückfällen bzw. Rückkehr zum früheren Konsumniveau (full blown relapse).²
3. Unterschiedliche Erfolgsberechnungen: Beispielsweise werden Abstinenzquoten sehr unterschiedlich berechnet: reguläre Abschlüsse werden mit oder ohne Abbrechern, mit oder ohne Todesfälle, mit oder ohne Erreichbarkeit des Klienten zum Katamnesezeitpunkt u.ä. erfasst.³
4. Unterschiedliche Katamnesedauer: Die Katamnesezeiträume liegen zwischen 3 Monaten und 18 Jahren, wobei Langzeitkatamnesen eher selten sind.
5. Problematische Erreichbarkeit in den Katamnesestudien: Die Erreichbarkeit der Klienten in Nachbefragungsstudien liegt bei 30-70%. Erreicht werden hauptsächlich diejenigen Personen mit regulärem Abschluss, was wiederum mit einer gelungenen Integration zusammenhängt. Dies führt zu einer positiven Verzerrung der erhobenen Lebenssituation.⁴
6. Multiple Behandlungsepisoden: Therapieerfolg und -erfahrung sind durch multiple Behandlungsepisoden gekennzeichnet. Dies erschwert die Zuordnung der Therapiewirksamkeit.⁵

¹ Künzel Jutta, Sonntag Dilek & Bühringer Gerhard. 2001. Über den Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten. In: Sucht aktuell. Nr. 2, 8. Jg. 15-17.

² Körkel Joachim. 1999. Rückfälle Drogenabhängiger: eine Übersicht. In: Abhängigkeiten. 5. Jg, 1. 24-45.

³ Sonntag Dilek & Künzel Jutta. 2000. Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? In: Sucht. Sonderheft 2, 46. Jg. > Meta-Analyse mit Übersichtstabellen zu 50 ausgewählten Studie zu Therapiedauer und Therapieerfolg.

⁴ Hansten Michelle L, Downey L, Rosengren David B & Donovan Dennis M. 2000. Relationship between follow-up rates and treatment outcomes in substance abuse research: more is better but when is „enough“ enough? In: Addiction. 95 (9). 1403-1416.

⁵ KOFOS. 2002. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2001. Vergleich von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung. Zürich: Institut für Suchtforschung.

Neben der unterschiedlichen Operationalisierung von „Rückfall“ oder Wiederkonsum existieren auch unterschiedliche Haltungen gegenüber diesem Phänomen.

- Rückfall wird landläufig als Indikator für therapeutischen Misserfolg aufgefasst. Ein solches Entweder-oder-Denken, reduziert auf die Frage Drogenkonsum ja oder nein, steht im Gegensatz zum prozessorientierten stage-of-change-Modell von Prochaska et al 1992⁶
- Rückfälle sind eher die Regel als die Ausnahme – dies gilt nach Kurz- und Langzeittherapien, sowohl in amerikanischen als auch in europäischen Katamnese-Studien⁷
- Hohe Rückfälligkeit ist zudem kein auf illegale Drogen beschränktes Phänomen. Auch bei anderen Suchtverhalten wie Alkoholabhängigkeit, Bulimie, Anorexie oder Rauchen ist der Rückfall wahrscheinlich.⁸

In den 5 folgenden Statements zum Therapieerfolg beziehe ich mich hauptsächlich auf Daten aus dem Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS - einerseits, weil die Tagung explizit auf den „state of the art“ im schweizerischen stationären Therapieangebot fokussiert, andererseits, weil mit den 79 FOS-Einrichtungen ein Grossteil der stationären Therapielandschaft in der Schweiz erfasst ist. Teilweise ergänze ich die Ausführungen mit internationalen Daten zur stationären Therapieforschung und Ergebnissen aus Kohortenstudien.

1. Die stationäre Therapie weist eine durchschnittliche bis gute Haltequote auf

62% der FOS-Klientele bleiben zwischen 6 bis über 24 Monate in der Therapie (N=767)⁹ Dies kann als durchschnittliche bis gute Haltequote angesehen werden, zumal die Therapiedauer als Erfolgsprädiktor gilt.

48% der FOS-Klientele schliessen die Therapie regulär ab, d.h. regulär gemäss Therapiekonzept oder Therapievertrag. Ein regulärer Abschluss gilt ebenfalls als Erfolgsprädiktor, während die Subgruppe der Abbrecher eine höhere Rückfallquote aufweist. Für die verschiedenen Substanzabhängigkeiten gilt: das grösste Risiko für Erstrückfälle besteht in den ersten 3-4 Katamneseomonaten.¹⁰

Unter Einbezug internationaler Studien weisen stationäre Behandlungsprogramme für Drogensüchtige Haltequoten zwischen 24-57% aus, die Abstinenzquoten bewegen sich zwischen 14 und 37%.¹¹

⁶ Körkel Joachim 1999. a.a.O.

⁷ Roch I, Kufner H, Arzt J, Böhmer M & Denis A. 1992. Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: eine Literaturübersicht. In: Sucht. 38. 304-322.

⁸ Z.B. American Psychiatric Association. 1993. Practice guidelines for eating disorders. In: American Journal of Psychiatry. 150. 207-228.

⁹ KOFOS. 2002. a.a.O.

¹⁰ Körkel Joachim. 2002. a.a.O.

¹¹ Künzel Jutta; Sonntag Dilek & Bühringer Gerhard. 2001. a.a.O.

2. Stationäre Therapie führt bei einer bestimmten Klientengruppe zur Opiatabstinenz bzw. zur Konsumreduktion

In der FOS-Nachbefragungsstudie zeigte sich, dass 38% der ehemaligen FOS-Klienten 18 Monate nach Austritt keine harten Drogen konsumierten, 22% der Personen konsumierten harte Drogen nur während 6 Monaten (N=189). Opiatabstinenz war offenbar nach einer Rückfallepisode möglich.¹² Eine deutsche Studie zeigt, dass vier Jahre nach stationärer Behandlung 33% der regulären Beender abstinent sind.¹³

Nach 2 Jahren Follow-up wiesen 49% der Klienten aus stationärer Therapie einen Rückfall auf, 64% der Klienten aus Methadonprogrammen und 77% der Klientele aus Gefängnissen (Schweizer Kohortenstudie)¹⁴. Die stationäre Klientele erwies sich – zumindest zum damaligen Zeitpunkt - als stabilste Gruppe.¹⁵

Grundsätzlich lässt sich aus der Literatur schliessen, dass bisherige Resultate der stationären Therapie zum Therapieeffekt nicht schlechter ausfallen als bei den Methadonprogrammen.¹⁶

3. Stationäre Therapie führt zu einer eher geringen Arbeitsintegration

Eher schwieriger gestaltet sich der Therapieerfolg im Bereich der Arbeitsintegration bei ehemaligen FOS-Klienten. In der FOS-Nachbefragungsstudie sind 37% der FOS-Klienten gut, 50% schlecht in den Arbeitsmarkt integriert (N=189)¹⁷. Dies hängt zum einen mit der engen Definition von „guter Integration in den Arbeitsmarkt“ und zum andern sicherlich auch mit der aktuellen Arbeitsmarktsituation zusammen. Für die stationäre Therapie ergeben sich daraus dennoch mögliche Konsequenzen für den Therapiebereich Arbeit.

4. Stationäre Therapie ist für bestimmte Klienten immer noch Therapie erster Wahl

Früher begannen Drogensüchtige mit einer stationären Therapie und wechselten bei „Misserfolg“ ins Methadonprogramm. Heute ist tendenziell eine andere Reihenfolge zu beobachten. Interessant ist, dass 40% der FOS-Klienten ohne Substitutions- oder stationärer Behandlungserfahrung in eine stationäre Therapie eintreten. 26% der Personen kennen bereits beide Behandlungssettings – es sind häufig Personen mit einer Mehrfachproblematik (N=811).¹⁸ Für ein bestimmtes Klientel ist stationäre, opiatabstinenzorientierte Suchttherapie immer noch Therapie erster Wahl.

¹² Dobler-Mikola A, Grichting E & Hampson D. 2000. Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie. Eine empirische Analyse zu „Therapieerfolg“, Ressourcen, Barrieren und Attributionen. Zürich: Institut für Suchtforschung.

¹³ Herbst K. 1992. Verlaufsanalyse bei Drogenabhängigen nach stationärer Behandlung. In: Sucht. 38. 147-154.

¹⁴ Uchtenhagen A & Zimmer-Höfler D. 1986. Heroinabhängige und ihre „normalen“ Altersgenossen. Bern und Stuttgart: Verlag Paul Haupt.

¹⁵ Hier gilt zu berücksichtigen, dass sich die Methadonprogramme in der Zwischenzeit stark entwickelt haben, z.B. hinsichtlich Dosierungen. Interessant wäre daher eine Kohortenstudie bezogen auf die aktuellen Verhältnisse.

¹⁶ z.B. das NTORS-Projekt in England: in der 1 Jahres-Katamnese zeigten sich ähnliche Ergebnisse: MMT mit 22% Opiatabstinenzanteil; Therapiegemeinschaft mit 50% > Gossop M., Marsden J., & Stewart D. 1998. NTORS at one year. The National Treatment Outcome Research Study: Changes in substance use, health and criminal behaviors at one year after intake. Department of Health: London. Und: Gossop M., Marsden J & Stewart D. 2001. NTORS at five years. The National Treatment Outcome Research Study. Department of Health: London.

¹⁷ Dobler-Mikola A, Grichting E & Hampson D. 2000. a.a.O.

¹⁸ KOFOS. 2002. a.a.O.

5. Mortalitätsrate fällt bei den Klient/innen stationärer Therapie nicht höher aus

Vor allem im Raum Zürich ist die Debatte über die Wirksamkeit stationärer Therapie versus Methadonprogramme wieder neu entfacht. Dabei ist ein Themenaspekt die Mortalitätsrate nach stationärem Aufenthalt mit anschliessendem Rückfall und den damit verbundenen Risiko einer Überdosierung. Eine Übersicht über entsprechende Vergleichsstudien fehlt und müsste als Diskussionsgrundlage erstellt werden. Jedoch: die jährliche Mortalitätsrate in der stationären, abstinenzorientierten Therapie beträgt - wie das Beispiel der schweizerischen Kohortenstudie zeigt - 0.7 – 1.1%, bei den Methadonprogrammen 2.6%.¹⁹

(Susanne Schaaf, Projektleitung FOS Basisstatistik, Institut für Suchtforschung Zürich)

¹⁹ Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Steffen Th, Gutzwiller F, Blättler R & Pfeifer S. 1999. Prescription of Narcotics for Heroin Addicts. Main Results of the Swiss National Cohort Study. Basel u.a.: Karger.

2.2. 50 Prozent der Institutionen sind auditiert – eine Zwischenbilanz - Certification qualité des institutions – Premiers constats

Adrian Burkhardt

* * * * *

Résumé

A fin 2002, quelque 40 institutions étaient certifiées QuaTheDA, quelques unes même ISO 9001-2000. Les audits ont fourni des expériences positives et négatives.

Ce qui est problématique, c'est le degré de maturité des systèmes, qui n'existent souvent qu'à l'état de plans, ne sont pas encore vérifiés pratiquement et sommeillent. A bien des égards, ces systèmes sont de plus repris de la théorie et encore trop peu axés sur la pratique propre aux institutions. Souvent surchargés de longues explications et concepts, ils deviennent peu maniables pour le personnel. Est aussi problématique un management de la qualité considéré uniquement comme un ensemble de règles supplémentaire et lourd, imposé de l'extérieur, qui n'est pas ancré et intégré au niveau de la direction, mais délégué à quelque collaborateur.

Parmi les aspects positifs, il faut citer le management amélioré des connaissances, grâce auquel la transparence et la compréhension réciproque se sont accrues dans les institutions et les fluctuations de personnel n'ont pas entraîné de grandes pertes de savoir. Grâce à QuaTheDA, le travail est aussi devenu plus professionnel et axé sur des objectifs: les programmes thérapeutiques existants ont gagné en substance, sont appliqués de manière conséquente et se révèlent réalisables; il se fait aussi une intense réflexion interne. De nettes améliorations sont également intervenues dans l'observation des exigences légales en matière de protection des données, de sécurité et de l'ordonnance sur les denrées alimentaires. Nombre d'institutions ont un benchmarking systématique: le fait de disposer d'un système de données et d'indicateurs précoces permet une supervision et une conduite stratégique adéquates des institutions, avec des objectifs de succès. La systématique des interviews de management est une autre réussite du système QuaTheDA.

En résumé, on peut dire que les structures de prise en charge des toxicomanes ont beaucoup plus accompli en matière de management de la qualité que toutes les autres institutions sociales et sanitaires. La qualité du résultat et des améliorations durables ne seront cependant visibles que dans un an, et leur influence sur l'avenir des institutions et de la politique peut être attendue avec intérêt.

* * * * *

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie sehen, dass der Titel meines Referats von mir ein wenig modifiziert wurde. Es ist nicht so, dass bisher 80 % der stationären Einrichtungen auditiert und zertifiziert worden sind, es sind rund deren vierzig an der Zahl.

In der Regel bin ich sonst in der Rolle des Zuhörers, als Auditor vor Ort in den Institutionen, einige von Ihnen haben dies zweifelhaftes Vergnügen bereits gehabt. Ich habe also heute die undankbare Aufgabe, mich den allfälligen Rachegelesten der bereits auditierten und dem Misstrauen der noch in Erwartung stehenden Institutionen zu stellen.

Das Jahresende und somit die ursprüngliche Deadline des Bundesamtes für Sozialversicherung für eine Zertifizierung nähert sich. Sie sehen, 40 sind zertifiziert und einige werden noch kommen. Ich möchte ihnen kurz sagen, wo die Institutionen etwa stehen.

Der Stand ist der 1. November 2002. Bisher hat die SQS 33 Institutionen nach QuaTheDA auditiert, ich glaube mit dieser Woche sind es 37 geworden. 29 sind bereits im Besitz des Zertifikates, 4 sind noch am Korrigieren von einigen Schwachstellen. Zu erwähnen ist vor allem auch, dass zwei Institutionen, die auch am Projekt – also an der Schulung – teilgenommen haben, auch zertifiziert worden sind, aber gemäss ISO 9001:2000. Dies unterstreicht u. a. die Nähe der beiden Labels und damit auch die Güte von QuaTheDA. Immerhin ist ISO 9001:2000 die international bekannteste und renommierteste Zertifizierung. Weitere zwei Institutionen wollten auf Nummer sicher gehen und machten eine Doppelzertifizierung, haben also ISO und QuaTheDA. Rund zwanzig Institutionen werden bei der SQS noch folgen, wir gehen davon aus, dass unsere Mitbewerber unter den Zertifizierern rund sechs Audits durchgeführt haben. Das ist eine Schätzung. Die QS Schaffhausen und die APEQ aus Prilly sind ebenfalls akkreditiert: es ist also für Sie doch so etwas wie ein Markt entstanden, Sie haben die Wahl.

Eine Zwischenbilanz:

Wir haben auf der aktiven Seite in unseren Erfahrungen in den Audits gemerkt, dass sich einiges geändert hat. Primär haben wir festgestellt, dass Wissensmanagement, die strategische Führung in den Institutionen, die Zielorientierung und die Professionalisierung, sowie die Erfüllung der gesetzlichen Forderungen sich stark zum Positiven verändert haben.

Auf der eher negativen Seite steht bei uns der jetzige Reifegrad dieser Systeme, die mangelnde Praxisorientierung und das allgemeine Verständnis von Qualitätsmanagement. Ich möchte diese Dinge näher erläutern und beginne bei den eher problematischeren Punkten.

Der Reifegrad der Systeme:

Wir sind im Moment in der undankbaren Lage, dass wir teilweise fast nur Pläne auditieren können. Unseres Erachtens ist das etwa so, wie wenn wir versuchen würden, ein Frischbackgipfeli direkt aus dem Kühlschrank, ohne Passage im Ofen zu versuchen und zu sagen, das ist gut. Die Zeitspanne ist also einfach noch zu kurz.

Wenn Ihnen dieser Vergleich nicht zusagt, vielleicht ein anderes Bild: Sie wollen Weltmeister über 1500m werden. Sie haben einen Trainingsplan erstellt, sie haben mit leichtem Jogging begonnen. Ob Sie das Ziel erreichen, hängt im Wesentlichen nicht nur vom Trainingsplan, sondern von Ihrem Durchhaltewillen, von der Disziplin, von den medizinischen Messungen und Informationen und nicht zuletzt auch vom Sponsor ab. Davon werden wir später noch etwas hören, nehme ich an. Vielleicht habe ich aufgrund der politischen Situation die Mittelstrecke als Beispiel genommen.

Vielerorts wurde z. B. die Klientenzufriedenheit aus organisatorischen Gründen noch nicht erfasst. Grund dafür ist, dass der QuaTheSi44 erst jetzt herausgekommen ist. Die Institutio-

nen haben also eine ganz wesentliche Bedingung des Bundesamtes für Sozialversicherung noch nicht erfüllen können, ausser wenn sie ein eigenes System gewählt haben.

Hier eine kleine Klammer: wenn Sie die Zufriedenheit der Klienten erheben, und diese sich die Mühe geben, den Bogen auszufüllen, dann ist es ein wenig schade, wenn sie die Resultate und somit Eure Reaktion erst nach fünf Monaten haben. Ich glaube, die Klienten haben auch so schon genug frustrierende Situationen erlebt, dass sie nicht auch noch so wenig ernst genommen werden wollen und eine Reaktion erst nach fünf Monaten erhalten. In unseren Augen ist das bedenklich.

Viele Prozesse sind eben erst fertig gestellt worden und somit noch nicht erprobt. Das System ist auch noch nicht eingeschliffen, wir können also noch wenig dazu sagen, wie gut das wirklich läuft.

Zur Praxisorientierung:

Uns interessiert: wie macht Ihr das? Die Orientierung an der Praxis wurde laut den Aussagen in den meisten Institutionen gemacht. Es ist allerdings verwunderlich, dass die nunmehr 30 bis 40 zertifizierten oder auditierten Institutionen eine derart ähnliche Prozessstruktur haben. Das kann nicht sein! Ihr seid verschieden! Es ist auch gefährlich. Es ist wesentlich einfacher, ein Birchermüsli zusammen zu schütten, als dann die Zutaten wieder zu trennen. Es könnte also Schaden damit angerichtet worden sein, dass zuviel einfach nur von GCN übernommen wurde.

Weiter sind die Systeme vielfach mit langatmigen Erklärungen und Konzepten zu jedem Thema versehen. Oft sind die mitgeltenden Dokumente im System drin, das System wird damit schwerfällig, unhandlich, schwer lesbar. Und somit ist es kein praktisches Werkzeug für die Leute, die es brauchen. Es sind ja Ihre Mitarbeiter, die damit arbeiten müssen. Und wenn Sie die Klage hören: „Dieses viele Papier!“ hat das sicher mit dem, was ich gerade gesagt habe, zu tun. Wer tut sich denn schon gern vier Bundesordner als Arbeitswerkzeug an? Ich nicht. Wollt Ihr am Schluss Eure Bewohner verwalten oder wollt Ihr sie betreuen? Der Entscheid liegt bei Ihnen, Sie machen diese Systeme, nicht wir. Jene, die durch mich auditiert wurden, die kennen meine berühmt-berühmten Hinweise auf Betty Bossi ja schon zur Genüge. Es muss so einfach sein, wie Kochen mit Betty Bossi (das ist mein Sponsor...). Bei den Systemen gilt also die Regel: „Keep it simple and stupid“, also wirklich einfach und anwendbar. Wirkungsorientierung ist hier das Zauberwort; das System muss wirken, es muss brauchbar sein.

Das Verständnis für Qualitätsmanagement:

ist ein weiterer Punkt, der uns manchmal Kopfzerbrechen bereitet. QuaTheDA: das ist nicht einfach ein weiteres Gesetz unter den etwa 70 für Sie relevanten Gesetze. Es ist nicht einfach ein Regelwerk, sondern eigentlich etwas ganz anderes. Diejenigen, die es nur als zusätzliches Regelwerk zu Ihrer eigentlichen Führung und Organisation anschauen, die machen etwas für uns Schlimmes. Sie leben zwei Systeme: eines, das sie tatsächlich leben, mit dem sie führen und arbeiten, und ein zweites, das sie teuer bezahlen und für uns, die SQS, unterhalten (an dieser Stelle vielen Dank...). Finanzielle und personelle Ressourcen – und das ist ja der Schlüsselpunkt – werden in diesem Falle zu Ungunsten der Klienten gebunden.

Manche Leitungen delegieren das Qualitätsmanagement an einen armen Betreuer, der das ganze dann aufbauen muss, und die Leitungen halten sich fein raus. In diesen Betrieben wird QuaTheDA mittelfristig nur Ressourcen binden und wenig Nutzen bringen. Man wird dann einen Monat pro Jahr für QuaTheDA arbeiten und die Klienten haben nichts davon. Wenn ich das Bild des Mittelstreckenläufers wieder aufnehme: wie motiviert wird ein Athlet wohl sein, wenn er merkt, dass sein Coach nicht an ihn glaubt und ihn nicht unterstützt? Nun, eine Leitung, die sich so verhält, die agiert in unseren Augen verantwortungslos, fahr-

lässig und ist schlicht und ergreifend dumm. Ich brauche diese Wort ganz bewusst, es geht mir heute nicht um den eidgenössischen Beliebtheitspreis.

Zu den erfreulicheren Sachen:

Sie wissen, wie lange ein Mitarbeiter durchschnittlich in Ihrer Institution etwa arbeitet. Ich glaube in vielen Institutionen ist die Zeitdauer nicht sehr gross, drei Jahre, vielleicht fünf Jahre, in Ausnahmefällen ist es ein längerer Durchschnitt. Sie sehen dabei, wie wichtig die Rolle des **Wissensmanagements** ist. Dank QuaTheDA wird nun das Wissen laufend erfasst, auch das personengebundene Wissen; es ist verfügbar geworden, wird an die richtigen Stellen gelenkt, und es erhöht die Transparenz. Das gegenseitige Verständnis im Betrieb wird höher, wenn man genau weiss, was die anderen machen – so die Aussagen mehrerer Institutionen. Wichtige Dinge wie die Notfallorganisation oder Änderungen sind klarer. Und – was wichtig ist – auch eine Sicherung von Macht oder Einfluss durch Zurückhalten von Wissen wird durch QuaTheDA eigentlich verunmöglicht. Das kommt Euch zugute; ich kann mir vorstellen, dass einerseits eine Mitarbeiterneueinführung oder eine Stellvertretung viel einfacher wird, andererseits ist klar, dass auch das erworbene Wissen von Weiterbildungen viel besser genutzt wird.

Ein weiterer Punkt:

Die Arbeit ist **zielorientierter und professioneller** geworden, es ist ganz klar, dass die Therapiepläne nun schriftlich vorliegen. Eine intensive Selbstreflexion hat stattgefunden und fragwürdige Praktiken wurden ganz klar geändert. Sie alle kennen noch diese berühmten alten Zöpfe: da mussten Klienten auf geradezu masochistische Weise vor der ganzen Gruppe Selbstkritik üben, Neueintretende filzen, unregelmässige Time-outs nehmen usw. QuaTheDA hat geholfen, die letzten alten Zöpfe wegzuräumen und dadurch ist die Therapie professioneller geworden.

Wir treffen heute Therapieplanungen an, die einiges an Substanz haben, konsequent umgesetzt und verfolgt werden und erst noch nachvollziehbar sind. Ich glaube, damit ist ein grosses Klischee im Sozialbereich Geschichte geworden. Und hier, muss ich sagen, sind wir sehr positiv überrascht.

Ein weiterer Punkt sind die **gesetzlichen Forderungen**. Die wesentlichen Gesetze (ich habe vorhin gesagt, es sind siebzig und es sind tatsächlich etwa so viele) sind bekannt; die Institutionen kennen sie und arbeiten dadurch sorgfältiger. Vor allem in den Bereichen Datenschutz, Arbeitssicherheit aber auch Lebensmittelverordnungen wurden klare Verbesserungen gemacht. Das Tiramisu aus Bauer Meiers Brucheiern ist nun wohl endgültig Geschichte geworden, desgleichen der Versand von Klientendaten per E-mail (das ist ein grosses Problem, wenn solche Daten mal herausgehen).

Das Verständnis für **strategische Führung**: Viele Institutionen haben nun ein systematisches Benchmarking: Erfolgspositionen werden verfolgt, sie sind den Institutionen bewusst geworden. Es gibt Indikatoren, die ihnen anzeigen, wo sie stehen. Wichtige Kennzahlen wie Anmeldestatistiken, Absagegründe bei Anmeldungen und andere Dinge werden systematisch überwacht und Konsequenzen werden gezogen. Die reiferen Institutionen verfügen nun über ein System von Frühkennzahlen, von Frühindikatoren, die ihnen bei der strategischen Führung entscheidend helfen. Die Systematik des Managementreviews ist eine weitere Errungenschaft des Systems QuaTheDA.

Zu einem Gesamtfazit:

Es ist schwierig für mich zu sagen, ob stichhaltige Verbesserungen, nachhaltige Verbesserungen gemacht worden sind, da die Systeme noch wenig eingelebt sind. Ich glaube, die Ernte wird in einem Jahr sein. Wir werden dann sehen, was sich verändert hat. Ich bin in einigen Fällen Fan von Institutionen geworden, da sie in der Organisation einen enormen Sprung vorwärts gemacht haben. Die Ergebnisqualität kommt danach, sie ist nicht jetzt sichtbar.

Die Suchthilfeorganisationen haben in Sachen Qualitätsmanagement jedenfalls viel mehr leisten müssen als alle anderen Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen. Sie sind weiter als die Spitäler, sie sind weiter als die Alters- und Pflegeheime und sie sind weiter als die ambulanten Institutionen. Ich bin gespannt, was diese Qualität und diese Leistung für einen Einfluss auf die Zukunft und auch auf die Politik hat.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Adrian Burkhardt, Lead-Auditor Schweiz. Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme SQS)



2.3 Les attentes d'un service placeur spécialisé - Die Erwartungen einer spezialisierten Platzierungsstelle

Claude Uehlinger

* * * * *

Zusammenfassung

Der Suchtbereich sieht sich mit neuen Realitäten konfrontiert. Wissenschaftliche Fortschritte, neue Probleme und neue therapeutischen Ansätze verändern den Bereich und führen zu einer neuen Diversität, die eine Chance ist. Zwischen medizinischem und sozialem Fachbereich findet eine Öffnung und Annäherung statt, die Öffentlichkeitsarbeit bringt Akzeptanz für neue Ansätze. Probleme liegen in der Finanzierung, sowie im geringen Interesse der Mediziner an einer Fachausbildung in Sucht. Für die Behandlung Heroinabhängiger haben sich in den letzten Jahren komplexe individuelle Ansätze je Klient entwickelt, wobei es lange unklar war, welche Behandlungselemente in welcher Dosis und zu welcher Zeit eingesetzt werden sollten. Es ist eine Blackbox, bei der sich vor allem die Frage stellt, wie ein Klient für eine Therapie motiviert und dann darin bis zum Abschluss gehalten werden kann.

Die UST in Fribourg behandelt 250 Patienten, wobei es sich um Personen mit den grössten Problemen im Kanton handelt. Pro Jahr werden rund 5 in stationären Einrichtungen platziert, 30 werden in psychiatrischen Abteilungen hospitalisiert. Einer von drei rückfälligen Patienten kommt wieder in die UST zurück.

Was die Erwartungen einer Stelle wie der UST an den stationären Bereich betrifft: gewünscht wird eine intensivere interinstitutionelle Zusammenarbeit zur Abstimmung von psychiatrischen, sozialen, schulischen und medizinischen Massnahmen. Wichtig ist auch ein pluridisziplinärer Gedankenaustausch, insbes. zum Problem der Therapiemotivation. Voraussetzung dafür ist eine gemeinsame Sprache, die mit vermehrten gemeinsamen Aus- und Weiterbildungsangeboten entstehen kann. Auf institutioneller Ebene sind im Kanton FR niederschwellige stationäre Angebote für Personen mit psychischen Problemen nötig, die heute mangels Alternativen in Strafanstalten platziert werden. Nötig sind auch zusätzliche Angebote für Mütter mit Kindern. Im weitern sollten die Einrichtungen flexibler bezüglich Therapiedauer sein, d.h. Kurzaufenthalte für Klienten anbieten, die sonst in psychiatrischen Abteilungen hospitalisiert würden.

Der Heterogenität und den Entwicklungen von Suchtformen und -verhaltensweisen sollten ebenso heterogene und flexible Hilfsstrukturen gegenüberstehen.

* * * * *

COSTE m'avait dit : il faut que vous veniez faire une présentation critique. Or, il m'a semblé que les institutions résidentielles traversent plutôt une phase dépressive. Dans les formations les plus récentes on apprend que quand quelqu'un, une institution ou une personne, se trouve dans une phase dépressive, la critique n'est pas toujours la bienvenue. Il faut plutôt donner des options, des pistes, et c'est cet objectif là que je me suis donné aujourd'hui. Ça va quand-même ? Je peux continuer.

Je remercie donc les organisateurs de m'avoir invité. Ma présentation va se faire de la manière suivante : on va partir des généralités pour arriver à l'exemple d'un service placeur. Je prendrai donc l'Unité spécialisée en toxicomanie comme modèle pour finir sur quelques pistes sous la forme d'attentes de la part d'un service comme le nôtre.

Pour placer le cadre de la discussion quelques rappels, surtout sous l'angle de la dépendance des drogues dures, un peu moins sous la perspective des problèmes d'alcool. Vous savez qu'il y a 30'000 personnes qui sont dépendantes d'opiacés en Suisse, et, parmi ces personnes, 19'000 sont en traitement, ce qui est assez intéressant et nous met dans une situation assez favorable si l'on compare avec d'autres pays européens. Il faut savoir et rappeler également que la moitié des patients souffrant d'une dépendance à l'héroïne souffrent

également de troubles psychiques, ce qui pose pas mal de problèmes aux prises en charge ; on va en discuter plus en détail par après.

A Fribourg, on estime à 700 personnes le nombre de patients potentiels souffrant d'une dépendance aux opiacés. 250 sont en traitement à l'UST, et la plupart sous traitement de méthadone et de buprénorphine. Il existe deux institutions résidentielles offrant une trentaine de places dans le canton de Fribourg pour les personnes souffrant d'une dépendance aux opiacés.

Le monde de la toxicodépendance est confronté à des réalités que j'ai voulu passer en revue avec vous. Vous savez que les neurosciences ont fait des progrès extraordinaires ces dernières années, notamment sur le plan de la compréhension des phénomènes indicatifs. Les diagnostics ont également évolué, les données scientifiques sont de plus en plus nombreuses et orientent nos pratiques. Les approches thérapeutiques sont de plus en plus variées, et il s'installe une culture de recherche également dans pas mal de domaines du champ des dépendances. Le sida et les hépatites ont contribué à faire bouger le domaine de la dépendance, et ont fait prendre conscience de nombreux agents et acteurs du champ de la dépendance de problèmes qui n'existaient pas auparavant, et qui ont également mobilisé les autorités politiques à développer plus de stratégies, plus de diversité. C'est à mon avis une chance pour tous les acteurs travaillant dans la dépendance.

Nous avons également dû nous adapter par rapport aux processus thérapeutiques. Il y avait selon les institutions et les personnes énormément de différences entre les pratiques. Les cloisonnements qui existaient auparavant ont tendance à s'effriter pour le bien de la communauté des professionnels. En tout cas c'est mon avis. Le conflit très marqué entre le monde médical et le monde social a également tendance à s'estomper, pour le bien encore une fois des professionnels.

Il reste un problème majeur qui est celui du financement. Les différentes formes de financement mettent les professionnels sous tension. Le monde social, et le résidentiel en particulier, est actuellement sous forte tension. Les médecins également, d'une autre manière. Ça va nous rapprocher dans la recherche de solutions.

Le regard du public sur les toxicodépendances a également évolué grâce à vous, par l'information, par les découvertes récentes sur le plan scientifique. Le public est à mon avis plus prompt à recevoir des messages préventifs, mais également à recevoir des propositions thérapeutiques en les acceptant d'une façon plus positive.

Une réalité dans le monde médical est la difficulté du recrutement du personnel. Il est par exemple de plus en plus difficile de trouver des médecins qui s'intéressent au domaine de la toxicodépendance et qui souhaitent se former exclusivement dans la dépendance.

Pour continuer dans la généralité je voulais vous confirmer que pour une prise en charge d'un patient, d'un usager souffrant d'une dépendance à l'héroïne, il y a plusieurs ingrédients pour proposer une approche cohérente. Si le cœur du traitement est constitué d'une évaluation lors de l'admission, d'un sevrage, d'un plan de traitement, d'une aide pharmaco-thérapeutique et d'un suivi de longue durée, d'autres éléments avaient un rôle très important. Ces dernières années la thérapie comportementale est venue s'imposer comme une approche majeure dans les toxicodépendances. Les autres ingrédients, qui à la fois facilitent le travail mais complexifient énormément les prises en charge, qui deviennent de plus en plus individuelles, sont des éléments peu spécifiques comme les approches familiales, les aides financières et les aides juridiques, les conseils professionnels et surtout les suivis psychiatriques pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Il y a d'autres éléments qui pourraient compléter cet ensemble mais pour ne pas alourdir le diaporama je me suis tenu à cela.

Si on sait que ces éléments jouent un rôle majeur dans les prises en charge, jusqu'à il y a peu de temps personne ne savait à quel dosage, à quel moment il fallait intervenir, avec quel

outil, et je pense que cela reste le défi majeur des prochaines années : de quoi est constituée la boîte noire qui va permettre à chaque personne de progresser dans son traitement. Il a quelques ébauches et je vous propose de me suivre dans cette réflexion.

Le monde médical est très intéressé de savoir qu'est-ce qui va déterminer l'engagement des individus dans un traitement, et quels sont les éléments qui vont également conditionner la rétention dans le traitement. Si l'objectif d'un traitement est de diminuer la consommation de drogues, les problèmes légaux, d'améliorer la qualité de vie, on sait encore peu de choses sur ce qui va être déterminant dans cette boîte noire du traitement. On peut dire en tout cas qu'au début, ce qui est déterminant, ce sont les attributions, ce que le patient pense du traitement qu'il va avoir. Les compétences du thérapeute jouent un rôle fondamental également. Et c'est lors de cette phase d'induction que va se déterminer la motivation de l'individu à entrer en traitement. Une fois qu'il est entré dans une phase thérapeutique, on parle alors d'engagement précoce, la relation thérapeutique va être cruciale. Elle va être influencée par les thérapies comportementales entre autres, et l'éventuelle médication qui sera prescrite pour l'individu. Pour parler de guérison précoce, on attendra des modifications au niveau du comportement et également des changements au niveau du statut psychosocial. A ce moment-là, la famille, l'entourage significatif d'un individu sont cruciaux, également les entraînements aux habilités sociales. Enfin, dans un troisième temps les différents soutiens sociaux ou sanitaires vont jouer un rôle majeur pour évoquer la notion de guérison et favoriser la rétention dans le traitement, pour enfin aller vers les objectifs de la diminution de la consommation, de la réduction des problèmes légaux et l'amélioration de la qualité de vie.

Pour en arriver au cas particulier de l'Unité Spécialisée en Toxicomanie (UST), où je rappelle que nous avons 250 patients en file active, et ce sont les personnes les plus en difficulté dans le canton de Fribourg. Environ cinq personnes sont placées par an dans des institutions résidentielles, et pour ces personnes il y a des contacts inter-institutionnels dans tous les cas. Il faut noter que dans notre collectif il y a environ 30 personnes par année qui sont hospitalisées en milieu psychiatrique, ce qui n'est pas sans poser certains problèmes.

Il est intéressant de savoir que parmi nos patients ayant rechuté, un sur trois revient pour un traitement à nouveau à l'UST.

Maintenant, sur les plans des attentes : après une réflexion avec mes collègues on a pu mettre en évidence des attentes au niveau inter-institutionnel. Nous aimerions qu'il y ait plus de collaboration et qu'elle soit plus intense. Cela, parce qu'il y a une intrication entre les troubles psychiques, les problèmes sociaux, l'approche éducative et très souvent la médication. Donc une collaboration plus intense.

Nous souhaiterions également des réflexions et des partages pluridisciplinaires sur l'engagement des individus en traitement et le maintien en traitement. Quels sont les éléments déterminants qui vont amener les individus à accepter un traitement résidentiel. Ça nous paraît être une discussion cruciale en tout cas dans notre centre.

Sur le plan du langage et de la culture institutionnelle nous souhaiterions que nos collègues du résidentiel puissent parler avec nous un langage commun, donc nous aimerions plus de formation pour plus de cohérence, de façon à faciliter les ponts entre institutions. Il existe actuellement des formations de plus en plus sophistiquées, et je m'en réjouis, en tout cas en Suisse romande. Ces formations ont un grand succès, et nous encourageons vivement les infirmiers, le monde médical, à se former et également rencontrer des personnes issues du monde social.

Les approches cognitives et comportementales devraient être plus standardisées et évaluables dans les institutions. Donc plus de formations dans ce domaine là et également plus d'approches systématisées sur le plan cognitif et comportemental. Nous avons également des attentes par rapport aux autres professionnels du monde médical, avec également les mêmes requêtes sur le plan de la formation.

Sur le plan institutionnel nous aimerions des structures à bas seuil et nous aimerions pouvoir proposer des prises en charge à des personnes qui sont en grande difficulté. Il existe actuellement un collectif de patients qui sont extrêmement pénalisés d'un point de vue psychique, une toxicomanie souvent de longue durée et qui n'ont pour alternative que l'hôpital psychiatrique ou alors – c'est une spécialité à Fribourg – une institution du monde carcéral qui est La Sapinière. Donc il nous arrive de demander un accueil en institution carcérale pour un individu qui n'a pas commis de crime ou de délit. Et c'est un non-sens à notre avis.

Nous souhaiterions également des structures pour des mères dépendantes et leurs enfants. A ce titre là il existe des institutions en Suisse qui offrent déjà ce type d'accueil, mais ne sont pas assez répandues à notre avis.

Nous aimerions aussi des structures qui puissent être plus souples sur les durées de séjour. Beaucoup d'institutions offrent des programmes de plusieurs mois, alors que des interventions parfois de plus courte durée seraient appropriées, ce qui éviterait passablement des hospitalisations en milieu psychiatrique avec la stigmatisation que cela peut comporter dans pas mal de situations.

Il y a des limites à nos attentes. Je pense que le poids optimal est un équilibre entre la culture des différences et l'évitement de la pensée unique; des institutions qui se ressemblent trop, qui font trop la même chose, ce n'est pas suffisant et l'hétérogénéité du monde des dépendances a besoin également d'une hétérogénéité au niveau des institutions.

Les limites se trouvent aussi dans les rythmes institutionnels. L'institution qui accueille avec un programme résidentiel des patients toxicomanes vit naturellement un autre rythme que les institutions qui offrent des prestations ambulatoires.

Les financements sont également des limites des attentes trop idéales. Il va falloir trouver des solutions pour équilibrer à la fois les programmes et les ressources à disposition, ce qui est en train de se faire.

Les évolutions du monde de la dépendance : nous devons avoir des structures qui sont réceptives à l'évolution du monde des dépendances, à l'évolution des modes des toxicomanes et des toxicomanies, et donc assurer une certaine flexibilité à cette évolution.

Cette réflexion aujourd'hui n'aurait pas pu être faite sans l'équipe de l'UST. Je vous remercie pour votre attention.

(Claude Uehlinger, Dr. méd., Unité spécialisée en Toxicomanie UST, Fribourg)

2.4 Zertifizierung und Leistungsbeschreibung: Nutzen oder neue Last für die Kantone? - Certification et descriptions des prestations: bénéfique ou nouvelle charge pour les cantons ?

Ruth Lüthi

* * * * *

Résumé

Les questions de coûts, de comparabilité et de qualité des institutions pour toxicomanes ont tout particulièrement occupé les cantons ces dernières années, cantons qui souhaitent du reste attendre les résultats des projets pilotes avant que ne soient introduits de nouveaux modèles de financement tels que Fidé.

La certification des institutions en tant que label de qualité est très importante dans l'optique d'une participation accrue des cantons aux coûts. En effet, les cantons n'ont pas les ressources nécessaires pour effectuer eux-mêmes un contrôle systématique de la qualité et peuvent désormais s'appuyer, avec des instituts de certifications dûment accrédités, sur un know-how reconnu; la condition en étant une solide base de confiance avec ceux-ci. Tout aussi important est un développement constant de la qualité, le but étant de faire de la certification QuaTheDA un label fiable pour toutes les parties concernées (payeurs, institutions, demandeurs d'aide, proches etc.).

Une description uniforme des prestations, impliquant beaucoup de travail, constitue un élément essentiel de la prise en charge future et est importante pour la transparence et la comparabilité. Les accords entre institutions et cantons sur les prestations offertes auront à l'avenir un caractère contraignant accru et la fiabilité de la planification se fera plus exigeante. Aussi un langage commun facilite-t-il la communication, les cantons ayant ainsi une meilleure vue d'ensemble sur les prestations offertes et la transparence sur la qualité s'améliorant dès lors qu'elle fait l'objet d'une évaluation externe. La comparabilité des institutions aussi est importante pour une planification supracantonale et en vue de compléter l'offre.

Des offices d'admission, d'indication et de tri permettent une orientation adéquate des personnes en difficulté vers la bonne institution, ce qui constitue un avantage pour tous, y compris, d'un point de vue qualitatif et financier, pour les cantons.

A cet aspect positif des nouvelles procédures s'oppose l'ampleur de l'investissement administratif nécessaire. Aussi incombe-t-il à toutes les parties de faire en sorte que la balance penche du non côté. But qui ne pourra être atteint qu'au prix d'une bonne collaboration entre professionnels du terrain et autorités politiques et administratives.

* * * * *

Verehrte Damen und Herren, ich möchte mich zuerst ganz herzlich für die Einladung bedanken, an Ihrer Tagung teilnehmen zu können und auch aus der Sicht der Kantone oder eben, spezieller noch, im Namen der SODK einige Überlegungen einzubringen, Überlegungen zu den neuen Führungs- und Finanzierungselementen im Bereich der Suchtinstitutionen.

Die Fragen rund um die Suchtinstitutionen haben uns Kantone in den letzten Monaten und Jahren ganz besonders beschäftigt. Wer bezahlt, was darf es kosten, welche Leistungen brauchen wir, wie können wir mehr Transparenz und Vergleichbarkeit schaffen, wie können wir die Qualität der angebotenen Leistungen messen, sichern und damit auch die Institutionen zertifizieren: mit solchen Fragen hat sich vor allem auch die Projektgruppe FiSu-FiDé beschäftigt. Pilotprojekte sind im Gang, um ein neues Evaluations- und Finanzierungskonzept zu überprüfen. Die Kantone sind der Meinung, dass wir zuerst die Resultate dieser

Pilotprojekte abwarten müssen, um das Modell auch noch zu perfektionieren oder anzupassen, bevor es endgültig eingeführt werden kann. In diesem Punkt, und vor allem auch noch in Bezug auf die Kostenträger (also: wer finanziert eigentlich die Suchtinstitutionen) gibt es noch einige Meinungsverschiedenheiten mit dem Bund. Kürzlich hat zwischen der SODK und dem eidgenössischen Departement des Innern wieder ein Treffen stattgefunden und wir haben noch einmal Gelegenheit gehabt, Frau Bundesrätin Dreifuss auch unsere Bedenken und Sorgen darzulegen. Es hat sich gezeigt, dass ein weiterer Zusatzkredit des Bundes wohl nicht mehr zu erwarten ist, dass hingegen doch eine gewisse Offenheit in Bezug auf den Zeitpunkt der Einführung des neuen Modells da ist. Wir erwarten nun eine definitive Antwort des EDI und hoffen, dass im Interesse der Institutionen und auch der Kantone, die ja die hauptsächlichen Finanzierer sind, doch noch eine Einigung gefunden werden kann.

Nun aber zum eigentlichen Thema, das mir gestellt worden ist: Zertifizierung und Leistungsbeschreibung: Nutzen oder Last für die Kantone? Die gestellte Frage ist insofern sehr verkürzt, als die beiden Begriffe ja nur ein Titel sind für sehr viele Arbeiten, für eine immense Arbeit, die auch im Namen neuer Führungs- und vor allem auch Finanzierungsmodelle geleistet worden ist.

Sie haben vorhin im Referat von Herrn Burkhardt schon einiges und auch viele Details zu den Zertifizierungen gehört. Ich möchte hier nur einige Bemerkungen zu dem machen, was das für uns, d.h. für die Kantone, bedeutet.

Verschiedentlich wurden angesichts der jüngsten Anerkennungsquoten, d.h. der befürchteten Senkung der von der IV übernommen Anzahl Patienten dieser Institutionen, grosse Bedenken laut: wer bezahlt, wenn die IV nicht mehr bezahlt? Haben wir, die Kantone, die Möglichkeit, das zu übernehmen, und ist der Wille der Kantone dafür überhaupt da. Ich glaube, wenn zusätzliche Kosten auch auf die Kantone verlegt werden, ist es umso wichtiger, dass wir wissen, wofür wir das Geld geben. Wir müssten sicher sein, dass hinter dem Geld, das wir geben, auch qualitativ gute Leistungen sind. Leistungen, die den Suchtabhängigen, die aus der Sucht raus wollen, auch wirklich angepasst sind.

Die Zertifizierung ist in diesem Sinn für uns ein ganz wichtiges Instrument, als Qualitätssiegel, damit wir wissen und auch belegen können, dass es sich lohnt, mehr auszugeben, da wir dafür auch einen Nutzen haben. Das heisst also, dass die Zertifizierung nicht nur für die Institutionen einen Nutzen bringt, sondern auch für uns, die Kantone. Eigentliche systematische Qualitätsüberprüfungen standen ja in aller Regel bisher nicht im Pflichtprogramm der kantonalen Aufsichtsführung. Wir haben Budgets und auch Konzepte erhalten, die wir geprüft und in unsere Budgets aufgenommen haben, ohne dass da bisher eine systematische Überprüfung der Qualität der angebotenen Leistung gemacht wurde. In den meisten Fällen dürften weder die nötigen Fachkompetenzen – auch bei uns in den Kantonen –, noch die finanziellen Ressourcen vorhanden sein, um diese Arbeit zu übernehmen. Mit den akkreditierten Zertifizierungsstellen können die Kantone hier auf vorhandenes und spezifisches Know-how zurückgreifen, das in Sachen Qualitätsentwicklung aufgebaut worden ist. Voraussetzung ist natürlich, dass eine tragfähige Vertrauensbasis zwischen den Kantonen und den zertifizierenden Stellen entsteht. So gesehen, tragen die Zertifizierer eine grosse Verantwortung für die Glaubwürdigkeit des Qualitätslabels.

Als weiteren Nutzen sehe ich die mit der Regelmässigkeit der Anhörungen – auch gegen aussen verankerte – Konstanz der Qualitätsentwicklung. Denn es ist klar, dass eine Erstzertifizierung nicht eine „Eintagsfliege“ bleiben darf; es ist eine Momentaufnahme, die aber regelmässig wieder aufgenommen und durchgeführt werden muss. Unser gemeinsames Ziel ist es also, die QuaTheDA-Zertifizierung zu einem für die Zahler ebenso wie für die Hilfe Suchenden und deren Angehörige verlässlichen Label zu entwickeln. Man weiss, dass man für das eingesetzte Geld gute und ihren Preis wertende Leistungen bekommt, und man hat die Gewähr, dass die Institution, die es trägt, sich um eine bestmögliche Therapie bemüht

Zu den Leistungsbeschreibungen:

Ich erinnere an das eingangs Gesagte: hinter den Leistungsbeschreibungen steckt viel Arbeit, aber nicht nur das: es belegt auch die Bereitschaft der Institutionen, Begriffe zur Beschreibung der von ihnen erbrachten Leistungen einheitlich zu verwenden, was für Transparenz und Vergleichbarkeit sehr wichtig ist. Dabei sind die Leistungsbeschreibungen nur ein Zwischenschritt, auf dem in Zukunft wesentliche Elemente der zukünftigen Versorgung aufbauen: Stellen Sie sich einmal vor, wie die Erarbeitung von Leistungsvereinbarungen zwischen Anbietern – also Ihnen – und Ihren Kantonen ohne die jetzt erstellten Leistungsbeschreibungen über die Bühne ginge. In Zukunft werden die Leistungsvereinbarungen ohne Zweifel grössere Verbindlichkeit schaffen, für die Institutionen ebenso wie für Kantone. Die Institutionen deklarieren die von ihnen erbrachten Leistungen und verpflichten sich zur Einhaltung von vereinbarten Rahmenbedingungen. Im Gegenzug steigt die Planungssicherheit, kurzfristige Überraschungen sollten vermieden werden können.

Ein weiterer Punkt ist die bessere Übersicht, die uns diese Leistungsbeschreibungen dann auch geben. Wir haben schon von Dr. Uehlinger von der Blackbox gehört, ich komme auch dazu. Im Moment ist es für die Kantone sehr schwierig, eine Übersicht darüber zu haben, was eigentlich in den verschiedenen Institutionen angeboten wird. Natürlich haben wir die Kataloge, die Inventare der Institutionen, ohne aber genau zu wissen, welches eigentlich die konkreten Leistungen sind, die dort angeboten werden, und damit auch, welches die Lücken sind, die bestehen, wie wir es jetzt ja auch gehört haben. Mit diesen neuen Leistungsbeschreibungen wissen wir also genau, nicht nur welche Institutionen es gibt, sondern auch in welchen Arbeitsfeldern sie etwas anbieten, welches die Zielgruppen sind und in welchem Ausmass sie Leistungen erbringen. Wir kennen die Leistungsprofile der Institutionen viel besser. Ein Nebenprodukt ist sicher auch, dass wir eine gemeinsame Sprache aufbauen, gemeinsame Begriffe brauchen, was natürlich auch die Kommunikation erleichtert.

Bessere Transparenz ist ein weiteres Stichwort, ein weiterer Nutzen. Es ist klar, dass die Transparenz für uns wichtig ist und mit diesem Transparenzgewinn können wir unter anderem auch viel besser planen. Wir können nur planen, wenn wir wirklich wissen, wer was anbietet. Ich glaube aber, dass es auch noch in einem anderen Sinne Transparenz gibt, und zwar in punkto Qualität. Bis jetzt war es ja eigentlich so, dass die meisten Institutionen sich selber evaluiert haben. Jede Institution hat natürlich den Ehrgeiz und das Ziel, gute Leistungen anzubieten, sie hat ihre Ziele und überprüft diese sicher auch. Eine solche Selbstevaluation ist absolut notwendig und sehr wichtig, aber es ist auch klar: mit den neuen Instrumenten wird diese Selbstevaluation ergänzt durch eine konstruktivkritische Fremdwahrnehmung. Ich glaube, das ist ein wichtiges Element.

Ein weiterer Punkt sind die vereinfachten Vergleichsmöglichkeiten, was natürlich auch wieder für uns Kantone wichtig ist. Wir wollen ja nicht nur die Institutionen in unserem Kanton berücksichtigen. Die Idee ist, dass wir eine Übersicht über die Institutionen in allen Kantonen haben, damit wir uns ergänzen und je nach Nachfrage auch auf Institutionen in anderen Kantonen zurückgreifen können. Aber noch einmal: dazu brauchen wir die nötigen Informationen. Damit können wir auch eine bedarfsabhängige Planung machen. Für uns sind also alle diese Instrumente, wie vor allem auch die Leistungsbeschreibung, absolut notwendig, um eine Planung zu machen. Eine Planung zwar im Kanton, aber auch eine Planung, die auf das Rücksicht nimmt, was in anderen Kantonen vorhanden ist.

Ein weiteres Element ist die Intake-, Indikations- und Triagestelle. Dies ist eine echte Herausforderung, um die Patienten oder Hilfe Suchenden möglichst an die richtige Stelle bringen zu können. Ich glaube, ich brauche nicht weiter darauf einzugehen: es ist klar, dass da ein Nutzen für alle Beteiligten ist. Zuerst einmal natürlich für die Hilfe Suchenden, wenn diese möglichst schnell schon das erste Mal an die richtige Institution eingewiesen werden können; es ist aber natürlich auch für die Institutionen angenehmer, wenn sie Leute haben, die ihrem Angebot entsprechen.

Für uns Kantone ist es aus qualitativen, aber auch aus finanziellen Gesichtspunkten von Interesse, denn wir möchten ja vermeiden, dass die Leute in mehreren Institutionen vorbeigehen müssen. Es sollte wenn möglich bereits die erste die ihnen angepasste Institution sein, was nicht heisst, dass es nicht auch mit der neuen Verteilungs- und Zuweisungsmöglichkeit dazu kommt, dass jemand auch noch in einer zweiten Institution einen Versuch machen muss; das wird es immer wieder geben.

Nun komme ich aber auch noch zu einigen etwas negativeren Punkten. Vor allem bei uns in den Kantonen, aber ich glaube auch in den Institutionen, hört man ja sehr häufig: ja gut, das ist alles recht und schön, aber alle diese neuen Führungselemente, die eigentlich aus dem New Public Management herkommen, die bringen doch einfach einen neuen Schub administrativer Arbeit. Sie alle haben erfahren, was es heisst, Leistungsbeschreibungen im Detail zu machen. Und mit der Zertifizierung ist ganz klar eine enorme Arbeit verbunden. Ich glaube, diese Befürchtungen hören wir hüben und drüben bei den Institutionen wie bei unseren Diensten.

Nun, was bringt denn dieser administrative Aufwand? Ich glaube, wir können nicht sagen, es gebe diesen zusätzlichen Aufwand nicht. Die Frage ist: bringt der zusätzliche Aufwand auch einen Nutzen, der ihn rechtfertigt. Aus den Argumenten oder Gründen, die ich ihnen vorher aufgezählt habe, ist es für uns von der Kantonsseite her gerechtfertigt, wenn mindestens ein Gleichgewicht da ist, oder der Nutzen grösser ist als die zusätzliche Last. Aber wir dürfen nicht einfach eine neue Bürokratie aufbauen. Das ist eine Befürchtung, die wir immer wieder hören und auch von den Kantonsregierungen her spüren. Wir haben heute Verwaltungsdienste, die bei den plafonierten Personalbeständen sowieso kaum mehr wissen, wie sie mit den Routinearbeiten fertig werden, geschweige denn in der Lage sind, sich auf etwas Neues einzustellen. Die Hoffnung ist, dass sich der zusätzliche Aufwand vor allem in dem Moment ergibt, wo das Verhalten geändert werden muss, die Evaluationen geändert werden müssen, bis dann wieder eine neue Routine in einer anderen Sichtweise gefunden worden ist. Mit der Zeit sollte sich das ja auch etwas ausgleichen. Und noch einmal: wenn wir dafür eine bessere Transparenz, eine bessere Planungsmöglichkeit haben, dann sollte diese zusätzliche Arbeit gerechtfertigt sein. Aber es liegt an uns, glaube ich, an uns allen, also Institutionen, Verwaltungsdienste und politische Behörden, zu schauen, dass dieses Gleichgewicht vorhanden ist. Oder ich würde sogar sagen, dass sich die Waage zu Gunsten des Nutzens neigt, d.h. dass die administrative Arbeit möglichst gering gehalten aber der Nutzen verbessert wird.

In dieser Hoffnung, auch in einer optimistischen Grundhaltung zu all diesen neuen Verfahren, möchte ich Ihnen herzlich für die Mitarbeit danken. Denn wir können dieses Ziel nur erreichen wenn die Zusammenarbeit zwischen den aktiv Tätigen und den politischen, administrativen Behörden funktioniert. Wir brauchen auch Ihre Feedbacks und können dieses Gleichgewicht dann sicher auf günstige Weise herbeiführen.

Besten Dank.

(Ruth Lüthi, Staatsrätin Kt. FR, Präsidentin SODK)

2.5 Der Stellenwert der stationären Therapie ... in der Säule Therapie ... in der aktuellen und zukünftigen Drogenpolitik des Bundes - *Valeur des prises en charges résidentielles dans la politique des 4 piliers et dans la politique actuelle et future de la Confédération*

Chung-Yol Lee

* * * * *

Résumé

Le débat sur les problèmes de drogues a, ces dernières années, remis de manière accrue l'homme, plutôt que les drogues, au centre du débat. Une bonne application des quatre piliers de la politique des dépendances de la Confédération, axée sur les besoins, a permis une offre équilibrée. La prise en charge en est un élément essentiel, avec la création d'un réseau où les client(e)s sont pris en charge en fonction de leurs besoins individuels. En soient remerciées les institutions pour leur inlassable engagement et COSTE pour son travail d'incitation à la coopération et de coordination.

La prise en charge résidentielle orientée vers l'abstinence est un élément indispensable du pilier Thérapie. Le travail de pionnier que constituent la description des prestations, l'assurance qualité et la recherche d'accords concrets sur les prestations est très avancé. Ces mesures rendent possible un langage commun et l'élaboration d'un tarif national pour des prestations précises. Il s'agit maintenant d'élargir la description des prestations aux structures semirésidentielles et ambulatoires ainsi que d'affiner, dans le domaine résidentiel, la validité quotidienne des instruments élaborés. L'adaptation de l'offre aux besoins des client(e)s implique une planification qualitativement et quantitativement flexible, ce qui constitue pour tous un grand défi. L'OFSP fera en sorte, à l'avenir, de mettre à disposition des données fiables permettant de pronostiquer la demande. Il continuera aussi de soutenir des projets novateurs, de renforcer la coopération et la coordination ainsi que de promouvoir la transparence de l'offre. La nouvelle Loi fédérale sur les stupéfiants devrait aider à atteindre ces objectifs.

En guise de commentaire sur les exposés précédents, on peut dire que les chiffres de Madame Schaaf sont fiables, qu'en matière de qualité on aboutira à quelque chose, que le travail interdisciplinaire souhaité par le Dr Uehlinger aura le soutien de l'OFSP et enfin que, comme le relevait Madame Lüthi, les cantons s'engagent positivement en faveur de Fidé/Fisu.

* * * * *

Sehr verehrte Damen und Herren, guten Tag.

Es geht Richtung Mittag, und ich habe die schwere Aufgabe, Ihnen als letzter Referent heute Vormittag etwas Gescheites zu sagen. Ich bedanke mich für die Einladung, die mir übrigens die Gelegenheit gegeben hat, etwas länger zu schlafen. Ich werde Ihnen keine Bilder zeigen, Sie müssen mit meiner blauen Krawatte Vorlieb nehmen.

Ich habe heute etwas über Visionen gehört; dies ist ein sehr grosses Wort, und ich werde mich in Anbetracht der Tatsache, dass ich erst seit vier Monaten im Amt bin, damit begnügen, mit meinen Aussagen etwas bescheidener zu sein. Ich hoffe, Sie haben Verständnis dafür.

Von meinen Vorrednerinnen und Vorrednern haben Sie etwas über die Errungenschaften der letzten Jahre gehört. Ich selber werde etwas über den Stellenwert der stationären Therapie in der Säule Therapie und auch in der aktuellen und künftigen Drogenpolitik des Bundes

sagen. Die Auseinandersetzung mit den Drogenproblemen in den letzten Jahren hat vermehrt den Menschen anstelle der Drogen in den Mittelpunkt gerückt.

Dies hat zu einer umfassenderen und gleichzeitig auch zu einer differenzierteren Drogenpolitik geführt. Ausdruck davon ist die Viersäulentherapie des Bundes, die Sie alle wahrscheinlich besser kennen als ich. Die Prävention soll den Einstieg verhindern, die Therapie soll den Ausstieg erleichtern, als drittes soll die Schadensverminderung die sozialen und medizinischen oder gesundheitlichen Folgen auf ein Minimum reduzieren, und schlussendlich soll die Repression die sozialen/gesellschaftlichen Folgen des Drogenproblems und die Drogenproblematik, d.h. vor allem die Kriminalität, wirklich bekämpfen. Es ist unschwer zu erkennen, dass ein bedarfsorientiertes Zusammenspiel aller vier Säulen ein starkes und ausgewogenes Angebot ergibt. Die Therapie stellt somit ein unerlässliches Standbein der Drogenpolitik des Bundes dar.

Die eingangs schon erwähnten Errungenschaften sind das Resultat eben dieses differenzierten und umfassenden bedarfsorientierten Angebots. Diese Errungenschaft wurde nur möglich durch die unermüdlichen Einsätze und die gute Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen; der Dank geht an all diese Leute, die da mitgemacht haben. Die Klientinnen und Klienten werden heute nicht nach einem vorgegebenen Muster, sondern nach ihren individuellen Bedürfnissen behandelt. Das Angebot wurde diversifiziert, die Therapiekette wurde zu einem Therapienetz. Auch dies ist die Folge einer differenzierten Betrachtungsweise des Drogenproblems, welche den abhängigen Menschen in den Vordergrund stellt. Diese Zunahme der Komplexität bedingt eine gute Kooperation und Koordination auf allen Ebenen - das wurde von anderen Referentinnen und Referenten auch schon erwähnt. Diese wichtige Aufgabe der Kooperationsförderung und Koordination wird wesentlich von der KOSTE geleistet und ich möchte mich an dieser Stelle bei Ihnen für die gute Arbeit bedanken, auch wenn Sie sich vorhin aus politischen Gründen etwas von uns distanziert haben.

Wie es in der differenzierten Drogenpolitik die Therapiesäule braucht, so ist die ausstiegsorientierte stationäre Therapie - als Ergänzung zur ambulanten Therapie - unerlässlich. Die Pionierarbeit in der Beschreibung der Leistungen, die Qualitätssicherung und die Arbeit an den konkreten Leistungsvereinbarungen ist im stationären Bereich sehr weit fortgeschritten, wie Sie das von Frau Lüthi gehört haben. Trotz des schwierigen Umfelds und der hohen Anforderungen haben die Institutionen mit viel Motivation und Engagement das Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA umgesetzt und die Leistungsbeschreibungen durchgeführt. Diese Massnahmen ermöglichen es ihnen, eine gemeinsame Sprache zu sprechen. Sie machten auch die Ausarbeitung eines landesweiten Tarifs in Bezug zu definierten Leistungen möglich. Und schliesslich werden die Institutionen durch anerkannte Zertifizierungsstellen zertifiziert. Diese Prozesse waren nicht immer einfach, habe ich gehört. Umso mehr kann man von einer grossen Leistung sprechen, sowohl von Seiten der Institutionen als auch der KOSTE.

Die Leistungsbeschreibungen müssen nun auch noch auf die halbstationären und die ambulanten Angebote ausgeweitet werden. Im stationären Bereich gilt es, die Alltagstauglichkeit der erarbeiteten Instrumente zu verfeinern. Diese Instrumente dienen dem Vergleich der Angebote, der Positionierung der Institutionen, der Steuerung durch die Kantone und der gezielten Anpassung an die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten. Die Steuerung und die gezielte Anpassung der Angebote an die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten zieht eine sowohl qualitativ als auch quantitativ flexible Angebotsplanung nach sich. Diese Flexibilität stellt eine grosse Herausforderung dar, der sich aber wohl oder übel alle stellen müssen. Neben den Planungs- und Steuerungsinstrumenten sind dazu zuverlässige Daten auf der Nachfrageseite notwendig, welche gewisse prognostische Aussagen erlauben. Hier wird sich das BAG in Zukunft noch vermehrt engagieren.

Wie gesagt, das BAG will auf diesem Gebiet weiterhin aktiv bleiben, das kann ich Ihnen versichern. Es unterstützt innovative Projekte, verstärkt Kooperation und Koordination, fördert die Transparenz des Angebots. Das neue Betäubungsmittelgesetz, das früher oder eher später kommen wird, hilft in der Umsetzung dieser Zielsetzungen, und das ist sehr

wichtig. Die Säulen der Drogenpolitik werden nicht als Einzelteile sondern als tragende Elemente des ganzen Systems verstanden und in diesem Sinne auch in dem Gesetz verankert werden.

Eigentlich wollte ich meine Ansprache sehr kurz halten. Ich möchte aber trotzdem noch spontan gewisse Anmerkungen zu den vorherigen Referaten machen. Ich habe das Wort „gewisse depressive Verstimmungen“ gehört: ich kann nicht beurteilen, ob das stimmt oder nicht. Ich hoffe aber, dass sich – falls es zutreffen sollte – spätestens, wenn sich der Winternebel wieder lichtet, auch die Stimmung wieder bessern wird und die Zuversicht wieder zurückkehrt. Ich meinerseits muss sagen, dass ich, nachdem ich die Zahlen von Frau Schaaf gehört habe, eigentlich sehr zuversichtlich gestimmt bin, ganz einfach deshalb: wenn man bedenkt, dass es beim Suchtproblem eigentlich um eine chronische Krankheit geht – oder es zumindest vergleichbar damit ist –, wage ich zu sagen, dass die Erfolge eigentlich beachtlich sind. Ich denke, dass wir das nicht vergessen dürfen. Das andere ist natürlich: Herr Burkhardt, denke ich, wird mit seiner sehr direkten, gewinnenden Art, gesponsort durch Betty Bossi und Hartnäckigkeit, bei denjenigen, bei denen er noch nicht war, doch auch noch einiges erreichen können. Und ich möchte Sie bitten, ihn sehr warmherzig zu empfangen. Ich denke auch, dass Herr Dr. Uehlinger bei uns offene Türen einrennt, wenn er sagt, dass eine gute interdisziplinäre Arbeit notwendig ist. Und schlussendlich möchte ich noch Frau Lüthi danken, dass sie das heikle Thema FiSu von sich aus und aus der Sicht der Kantone gebracht hat, auf eine Art und Weise, dass wir doch recht komfortabel dasitzen dürfen und dass ich nicht noch allzu viel dazu bemerken musste. Ich kann Ihnen einfach noch hinzufügen, dass der Brief von Frau Bundesrätin Dreifuss noch in der nächsten Zeit an Sie herausgehen wird.

Vielen Dank.

(Chung-Yol Lee, Dr. med., Vizedirektor BAG)

3. Table ronde : Thérapies résidentielles de demain : exigences – visions – fantasmes - Podiumsdiskussion: Stationäre Therapie von morgen: Ansprüche – Visionen - Phantasien

Nous devons tout d'abord vous faire part d'un problème technique survenu durant cette table ronde : si toutes les conférences ont été enregistrées, sur les bandes ne figurait aucune trace de la table ronde. Par conséquent, nous n'avons pas pu retranscrire les différentes interventions dans le présent document et ne pouvons vous fournir que cette courte évaluation.

Comme le titre l'indique, cette table ronde tenait à permettre aux différents professionnels de se projeter dans le futur et de faire ressortir les pistes relatives aux nouvelles exigences, aux nouvelles offres en fonction des besoins, aux modifications significatives de pratiques et à l'apparition de nouvelles clientèles, en particulier au sein des thérapies résidentielles pour les personnes toxico-dépendantes.

Cette table ronde donnait l'occasion d'échanger, de se transmettre mutuellement des avis critiques et constructifs sur les pratiques actuelles et à venir, chose difficile à réaliser dans le rythme du travail de tous les jours, où autant le temps que les conditions pour le faire ne sont pas toujours réunis.

Place au dialogue direct donc, mais aussi place privilégiée au résidentiel pour faire le point, autant sur les succès, que sur les obstacles rencontrés. Comme nous savions que les finances étaient un problème généralement ressenti et pouvant rapidement déteindre sur l'ensemble de la discussion, nous souhaitons, non pas éviter le sujet, mais éviter qu'il devienne le thème unique et principal de la table ronde. C'est aussi pour cela que nous avons pris l'option de laisser de l'espace pour le rêve, les fantasmes et l'anticipation

Il ne s'agissait donc pas d'un débat à proprement parlé, mais d'une discussion entre professionnels, autour de faisceaux d'opinions, supposée déboucher sur des pistes utiles et des impulsions nouvelles.

Aus technischen Gründen konnte die Podiumsdiskussion nicht mitgeschnitten werden, so dass hier an Stelle einer Transkription des Gesprächs die Darstellung der Ziele der Diskussion und eine kurze Evaluation folgt.

Wie es der Titel sagt, wollte die Podiumsdiskussion den verschiedenen VertreterInnen aus dem Fachbereich die Gelegenheit geben, sich für einmal in die Zukunft zu versetzen. Die stationäre Suchttherapie sollte im Hinblick auf neue Ansprüche von aussen, auf veränderte Therapiepraktiken und auf erweiterte Angebote aufgrund neuer Bedürfnisse und neuer Kategorien von KlientInnen ausgeleuchtet werden. Dabei sollten (wie es ja auch ein generelles Ziel der Tagung war) VertreterInnen des stationären und des ambulanten Bereichs ins Gespräch miteinander kommen, um Erfahrungen austauschen und kritische wie konstruktive Ansichten zur gegenwärtigen und zukünftigen Praxis und Entwicklung der Suchthilfe vorbringen zu können. Für einen solchen Austausch ist im heutigen Arbeitsalltag sonst kaum Raum und Zeit vorhanden.

Raum für den Dialog also, dann aber vor allem auch Raum für den stationären Bereich und dessen Zukunftsperspektiven, aufgrund einer Bilanz der Entwicklungen der letzten Jahre (erreichte Erfolge und aktuelle Schwierigkeiten). Wir wussten natürlich, dass die Finanzierungsproblematik allgemein im Vordergrund stand und steht, wollten aber vermeiden, dass dieses Thema zum dominierenden Gegenstand der Diskussion würde. Nicht zuletzt deshalb schlugen wir einen Blick in die Zukunft vor, fragten nach Träumen, nach Visionen. Das Gespräch zwischen Fachleuten zu ihrer aktuellen und zukünftigen Praxis sollte Wege zum Weitergehen aufzeigen und neue Impulse setzen.

Choix des intervenants

Dans le choix des intervenants, nous avons tenu compte de plusieurs éléments. D'une part, de la représentativité des régions nationales et des secteurs d'activité, et d'autre part, de l'intérêt des positions formulées au sujet de l'évolution des thérapies résidentielles. Pour remplir tous ces critères, nous avons choisi 3 intervenants de l'ambulatoire (2 alémaniques et 1 romande), 1 personne d'un lieu de sevrage (alémanique) et 5 personnes du résidentiel (1 tessinois, 1 romand, 3 alémaniques). Les animateurs mis à part, il y avait donc 9 personnes sur le podium.

Modération

L'animation de la discussion était confiée à Nicolas Dietrich ; en invitant Jean-Daniel Barman (directeur de la Ligue valaisanne contre les toxicomanies, Président de la KKBS, membre du Comité stratégique de COSTE). en tant que spécialiste des dépendances, nous souhaitons favoriser un débat en lien direct avec les réalités du terrain. J.-D. Barman avait pour mandat d'intervenir quand bon lui semblait pour amener un éclairage « pointu », en lien avec l'actualité du secteur résidentiel, de poser une question provocatrice, bref d' « empêcher le débat de tourner rond ».

Déroulement et consignes données aux intervenants

Le déroulement a été prévu en quatre temps et des consignes un peu différentes ont été fournies aux intervenants, selon qu'ils représentaient une institution résidentielle ou un service ambulatoire.

1) Dans un premier temps, la parole a été donnée aux services ambulatoires et de sevrage pour faire ressortir leurs exigences face au résidentiel de demain.

Très concrètement, nous avons demandé à ces intervenants de préparer une réponse courte (environ 2 minutes) à cette question : « A quelle(s) exigence(s) les centres de thérapies résidentielles devraient pouvoir répondre dès demain et pourquoi ? »

2) Dans un deuxième temps, la parole a été donnée aux représentants des centres rési-

TeilnehmerInnen des Podiums

Bei der Auswahl der TeilnehmerInnen beachteten wir verschiedene Kriterien: eine repräsentative regionale und fachliche Vertretung, interessante Positionen zur Entwicklung des stationären Bereichs oder Kenntnisse in einem spezifischen Aspekt.

So ergab sich eine Gesprächsgruppe mit 3 VertreterInnen aus dem ambulanten Bereich (2 aus der Deutschschweiz, 1 aus der Romandie), 1 Vertreter des Entzugs (Deutschschweiz) und 5 Vertretern des stationären Bereichs (1 aus dem Tessin, 1 aus der Romandie, 3 aus der Deutschschweiz). Neben den Animatoren waren so 9 Personen auf dem Podium.

Moderation

Mit der Moderation der Runde war Nicolas Dietrich betraut, mit Jean-Daniel Barman (Leiter der Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies LVT, Präsident der KKBS, Mitglied des Strategiegremiums KOSTE) als ausgewiesenem Fachmann im Suchtbereich sollte auch ein direkt auf die Realitäten des Feldes bezogene Auseinandersetzung ermöglicht werden; er sollte in der Rolle des Querdenkers wann immer es ihm abgemessen schien in das Gespräch eingreifen, provokative Fragen stellen und Positionen hinterfragen, kurz: verhindern, dass die Diskussion allzu rund lief.

Geplanter Ablauf des Gesprächs

Das Gespräch sollte in vier Teilen ablaufen, wobei den TeilnehmerInnen bereits zum voraus schriftliche Leitlinien dazu und zu den Zielen der Diskussion gegeben worden waren.

1) In einer ersten Runde wurde den ambulanten Diensten und dem Entzug das Wort gegeben, die ihre zukünftigen Erwartungen an den stationären Bereich formulieren sollten. Wir hatten die GesprächspartnerInnen gebeten, ganz kurz auf die Frage zu antworten: „Auf welche Anforderungen müssten die stationären Einrichtungen ab morgen reagieren, ein fachliches Angebot bereitstellen können?“

2) In einer zweiten Runde äusserten sich die Vertreter der stationären Therapie, um die

dentiels pour dégager la position actuelle dans laquelle se trouve leurs thérapies. Plus précisément, nous leur avons demandé de présenter quelques points fort de la thérapie résidentielle, mais aussi quelles sont les éléments qui modifient leur pratique d'aujourd'hui : quels sont les nouveaux besoins et les nouvelles clientèles identifiables, quelle sera votre clientèle dans cinq ans ?

3) La troisième partie a été consacrée autant aux réactions des intervenants qu'à celles provenant de la salle sur l'adéquation entre les offres et les besoins. Comment obtenir une meilleure gestion des thérapies en fonction de l'évolution décrite dans les deux premiers volets ?

4) Pour conclure, nous tenions à ne pas fermer le débat, mais au contraire à élargir le panorama par des vœux et des fantasmes quant à l'avenir du résidentiel. A tous les intervenants étaient donc également demandé de réfléchir et de pouvoir s'exprimer sur la question : « En imaginant ne plus avoir de contrainte d'aucune sorte, quel serait votre vœux ou fantasme pour le résidentiel » ?

Evaluation

Fondamentalement, on peut dire que, malgré des consignes précises, la discussion n'a pas été assez intensément préparée et que les difficultés d'un tel échange ont été sous-estimées par les organisateurs. Par conséquent, la discussion n'a pas pu être dirigée dans la bonne direction.

On peut aussi constater un déséquilibre entre les représentants du résidentiel et ceux de l'ambulatoire. D'un côté des personnes peu familiarisées avec les présentations publiques et d'un autre côté des «habitues». En effet, les prestations des uns et des autres étaient de qualité très inégale et certaines personnes sont parfois complètement sortis du sujet ou n'ont pas respecté le temps qui leur était imparti.

Si plusieurs présentations avançaient des opinions intéressantes, des questions méritant qu'on s'y arrête et mettaient en exergue de nouvelles pistes, la plupart d'entre elles étaient plutôt empreintes d'un climat déprimé, sans rêve ni fantasme et envahies par

aktuelle Situation in diesem Bereich darzustellen. Die Redner hatten die Gelegenheit, kurz auf die Stärken des stationären Ansatzes einzugehen, besonders aber auf die Elemente zu sprechen zu kommen, die den Therapiealltag heute prägen: sie sollten über die aus ihrer Sicht vorrangigsten Probleme, über die sich aktuell bereits abzeichnenden neuen Anforderungen sowie über Beobachtungen betr. einer sich ändernden Klientel berichten.

3) Der dritte Teil gehörte den Reaktionen der PodiumsteilnehmerInnen wie auch des Publikums auf die vorausgegangenen Aussagen, mit besonderer Berücksichtigung der nötigen Anpassungsleistungen zwischen Bedarf und Angebot. Wie können wir in dieser Situation zu einer verbesserten Leistungserbringung kommen?

4) Im letzten Teil ging es um eine weitere Öffnung der Diskussion - um Visionen, Wünsche und – ausdrücklich – um Phantastereien. Ausgangspunkt war die Vorstellung, keinerlei Einschränkungen berücksichtigen zu müssen: wie würden wir uns die stationäre Therapie wünschen, bzw. wie würden wir die stationäre Therapie ausgestalten, wenn wir solcherart freie Hand hätten?

Evaluation

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Diskussion wohl trotz der vorgängigen schriftlichen Hinweise an alle TeilnehmerInnen zu wenig intensiv vorbereitet war und es den Diskussionsleitern (welche die Schwierigkeiten eines solchen Podiums unterschätzt hatten) nicht gelang, das Gespräch in die gewünschte Richtung zu lenken.

Das Ungleichgewicht zwischen den Vertretern des stationären und des ambulanten Bereichs war offensichtlich: während es sich bei den letzteren mehrheitlich um „Habitues“ in öffentlichen Auftritten handelte, waren erstere solche meist nicht gewohnt. Die Präsentationen waren denn auch sehr ungleich, einige der Teilnehmer hielten sich nicht an die thematischen Vorgaben oder überschritten die ihnen zugeteilte Zeit.

Es gab interessante Meinungen und Fragestellungen zu hören, die eine weitere Auseinandersetzung gelohnt hätten, die meisten Beiträge vermittelten aber eine eher deprimierte Stimmung, ohne Visionen oder

les problèmes financiers. Les critiques et les idées émises sont tombées à plat et n'ont, la plupart du temps, pas trouvé de réponse.

Lors de l'évaluation que nous avons faite avec les membres du groupe de pilotage de COSTE, certains disaient que les institutions ont donné l'impression d'être « une espèce menacée et recluse dans la peur ». Evidemment, on peut se dire que cette description correspond à ce que vivent et ressentent les institutions et que, dans ce sens, elle reflète bien la situation et le climat du moment. Mais elle est aussi source d'interrogations quant aux capacités des institutions à envisager l'avenir, si aucune vision ne peut être formulée !

Phantasien. Die Vertreter des stationären Bereichs schienen ganz von den finanziellen Problemen überwältigt zu sein. Kritiken und Anregungen wurden kaum kreativ aufgenommen und weiter verarbeitet.

Bezeichnend ist der Eindruck, der in der Evaluation der Podiumsdiskussion durch das Strategiegremium der KOSTE formuliert wurde, wonach die VertreterInnen der stationären Einrichtungen den Eindruck einer „bedrohten, vor Angst starren Spezies“ abgegeben hätten. Diese Beschreibung mag mit der von den Institutionen gelebten und erfahrenen Situation übereinstimmen, und so die aktuelle Stimmung im stationären Bereich wahrheitsgetreu widerspiegeln. Aber sie gibt auch Anlass zur Frage, wie die Institutionen in die Zukunft gehen wollen, wenn sie nicht mehr in der Lage sind, Visionen zu entwickeln!

4. Zusammenfassung und Ausblick - Synthèse et perspectives

Seit den Bundesratsbeschlüssen zum ersten Massnahmenpaket Drogen im Jahre 1991 hat sich in der schweizerischen Drogenpolitik einiges getan.

Die Vier-Säulen-Politik hat sich als eigentliches Label etabliert, die Schadensminderung – am Anfang mit vielen Hilfsangeboten zwangsweise oft noch am Rande der Legalität operierend – ist als gleichwertige Säule anerkannt, das Ausland hat mittlerweile aufgehört, sich ob der mutigen Schritte mit der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln in der eher als konservativ und vorsichtig im Umgang mit Neuerungen bekannten Schweiz die Augen zu reiben; mittlerweile zeigt man durchaus offen Interesse an den schweizerischen Erfahrungen.

Und jetzt dies: vor wenigen Jahren noch als Königsweg aus der Abhängigkeit heraus bezeichnet, steckt ausgerechnet der Bereich der stationären Einrichtungen mit hohen (selbst- und fremdgesteckten) Erwartungen an eine umfassende Resozialisierung ihrer Klientinnen und Klienten in arger Bedrängnis. Schwankende Nachfrage mit entsprechenden Problemen bei der Auslastung ist – zumindest in einigen Regionen – heute eher die Regel denn die Ausnahme. Verstärkt werden derlei Effekte dazu noch durch ungleiche Rahmenbedingungen bei der Finanzierung. Die Gründe dafür sind vielfältig, einige wurden weiter oben bereits erwähnt.

Nachdenklich stimmt dabei allerdings die Tatsache, dass ausgerechnet die stationären Einrichtungen gerade in den letzten zwei bis drei Jahren wesentliche Zielvorgaben in fachlicher und organisatorischer Hinsicht erreicht haben, wo die meisten anderen Segmente der Suchthilfe gerade mal in den Startlöchern stehen; Stichworte sind hier die Einführung zertifizierter Qualitätsmanagement-Systeme oder auch einheitliche Leistungserfassungen und Angebotsbeschreibungen.

Depuis les décisions du Conseil fédéral sur le premier paquet de mesures drogues en 1991, un certain nombre de choses ont été réalisées dans la politique suisse en matière de dépendances.

La politique des 4 piliers s'est affirmée comme un véritable label; la réduction des risques – initialement avec de nombreuses structures opérant encore souvent par nécessité à la limite de la légalité – a prouvé des qualités équivalentes. A l'étranger, on a entre-temps cessé de s'étonner du courage manifesté, avec la prescription médicale de stupéfiants, par une Suisse plutôt réputée conservatrice et prudente en matière d'innovations, mais dont on en vient même à suivre avec un réel intérêt les expériences.

Et voilà que les structures résidentielles, considérées il y a encore peu comme la voie royale pour sortir de la dépendance, se trouvent subitement désagréablement harcelées par d'importantes attentes (internes et externes) de resocialisation globale de leurs client(e)s.

Une demande vacillante, avec les problèmes qui en découlent pour l'exploitation, est aujourd'hui plutôt la règle que l'exception – tout au moins dans quelques régions. Demande vacillante dont les effets sont encore accentués par des conditions cadre de financement inégales. Les raisons en sont multiples, certaines ayant déjà été évoquées plus haut.

A cet égard, laisse songeur le fait que – au moment où la plupart des autres secteurs de l'aide aux toxicomanes se trouvent encore dans les starting-blocks - les institutions résidentielles aient atteint, ces deux ou trois dernières années, des objectifs essentiels tant d'un point de vue professionnel qu'organisationnel, avec pour mots-clés l'introduction de système de management de la qualité certifiés ou encore le recensement des performances et une description de l'offre uniformes.

Das BAG als die die nationale Suchtpolitik führende Instanz wird nicht umhin kommen, die bundesrätliche Vier-Säulen-Politik nicht nur als verbales Gesamtkonstrukt, sondern auch hinsichtlich Kohärenz innerhalb seiner Säulen zu pflegen respektive umzusetzen oder wenigstens bei der Umsetzung zu unterstützen; dies im Wissen darum, dass sich politische Ausrichtung und fachliche Positionierung stets wechselseitig beeinflussen. Die verschiedenen Hilfsangebote versuchen – oft bei ein und demselben Geldgeber und mit abenteuerlichen Argumenten – sich beim Kampf um die finanziellen Mittel gegenseitig den Rang abzulaufen.

Hier braucht es die inhaltliche Führung des BAG in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen; definitorische Klärungen müssen in verschiedenen Bereichen vorangetrieben und verankert werden: was heisst Therapie, was ist Rehabilitation, was ist eigentlich „niederschwellig“, in welchen Kriterien unterscheidet sich Laien- von professioneller Hilfe, schliesslich: wer ist für welche Art professioneller Intervention kompetent und zuständig, wer entscheidet über die Zuweisungsmechanismen im Suchthilfesystem u.v.a.m.

Eine Option zeichnet sich deutlich ab: anzustreben ist ein Gesamtsystem, in dem die von der Suchthilfe erbrachten Leistungen in einer einheitlichen, mindestens jedoch vergleichbaren Systematik beschrieben werden, in dem Preise oder Tarife für diese Leistungen wiederum nach vergleichbaren Methoden festgelegt werden, in dem die Dichte der Leistungen die Gesamtkosten einer professionellen Intervention bestimmt und – last but not least – in dem nach fachlichen und für alle Beteiligten transparenten Kriterien über die Zuführung einer suchtmittelabhängigen und hilfeschuchenden Person zu der am besten geeigneten Intervention entschieden wird.

Es kann in Zukunft nicht so weitergehen, dass

- die verschiedenen Angebotssegmente der Suchthilfe mit völlig unterschiedlichen Ellen gemessen werden,
- vergleichende Aussagen allein auf der Basis absolut nichtssagender Tageskosten (unter faktischer Ausblendung weiterer Kosten, die von der öffentlichen

L'OFSP, en tant qu'instance responsable de la politique nationale des dépendances, se devra de cultiver, respectivement de réaliser ou du moins de soutenir la mise en œuvre de la politique des 4 piliers du Conseil fédéral, non seulement au plan d'un discours global, mais aussi par rapport à la cohérence interne de chacun de ses piliers. Et ce en sachant qu'orientation politique et choix professionnel ne cessent de s'influencer réciproquement. Les diverses offres d'aide tentent – souvent auprès d'un seul et même bailleur de fonds et avec des arguments invraisemblables – de l'emporter les uns sur les autres dans la lutte pour les ressources financières.

Pour cela, il faut qu'OFSP et cantons veillent au contenu de cette démarche; dans divers domaines, les définitions doivent être clarifiées et ancrées. Que signifie prise en charge, réhabilitation, à bas seuil? En quoi la prise en charge professionnelle se distingue-t-elle de l'aide bénévole? Enfin, qui est compétent et qualifié pour quel type d'intervention professionnelle? Qui décide des mécanismes d'orientation dans le système de prise en charge des toxicomanes, etc.

L'option qui se dessine clairement est celle d'un système global dans lequel les prestations fournies sont décrites dans une systématique uniforme ou tout au moins comparable, dans lequel prix et tarifs de ces prestations sont à leur tour fixés selon des méthodes comparables, dans lequel la densité des prestations détermine les coûts globaux d'une intervention professionnelle et – last but not least – dans lequel des critères professionnels et connus de toutes les parties concernées décident de l'orientation d'une personne toxicodépendante et demandeuse d'aide vers l'intervention la plus appropriée.

A l'avenir, on ne pourra pas continuer à :

- *mesurer à des aunes totalement différentes les divers secteurs de la prise en charge des toxicomanes,*
- *établir des comparaisons sur la seule base de coûts journaliers absolument non significatifs (en occultant artificiellement d'autres coûts supplémentaires que*

Hand zusätzlich übernommen werden müssen) gemacht werden (dürfen),

- bestimmte Bereiche ihre Beurteilungskriterien selbst definieren, während in einem anderen Bereich diese zum grossen Teil extern vorgegeben werden.

Es ist von allen Berufsgruppen, die den Anspruch erheben professionell zu arbeiten, einzuverlangen, dass beispielsweise der je konzipierte Interventionszeitrahmen, die Wirkungsziele in Abhängigkeit von der betreuten Klientel, verbindliche Kriterien für die output- und outcome-Beurteilung usw. klar und verbindlich ausgewiesen werden.

In diesen, wohl wissentlich heiklen Fragestellungen kann und sollte das BAG für und zusammen mit den Kantonen und deren Gemeinden in den kommenden Jahren die inhaltliche Leadership übernehmen und einheitliche resp. wenigstens vergleichbare Kriterien durchsetzen.

Mit den Kantonen deshalb, weil auf diese absehbar vermehrt Planungs- und Führungsaufgaben zukommen werden, einhergehend mit (noch) grösserer Verantwortung auch den Strukturen der Suchthilfe gegenüber.

Dass nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen eine interkantonal zugängliche Angebotsstruktur die einzig sinnvolle Lösung ist, liegt auf der Hand. Die gesetzlichen Zuständigkeiten in Bezug auf die Finanzierungsverantwortung stehen allerdings aus kantonaler Optik einer durchlässigen Angebotsnutzung über Kantonsgrenzen hinweg zunächst einmal diametral entgegen.

Modelle und Vorschläge für eine interkantonale Zusammenarbeit mit verbindlichen und auch finanziell fairen Spielregeln bestehen zwar – exemplarisch für die stationären Einrichtungen sei hier auf die Revisionsvorlage der IVSE (Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen) verwiesen, die neu die Suchtinstitutionen in der sog. Liste C integriert.

Wie harmonisiert und in welchem Zeitraum Einführung und Umsetzung aber erfolgen können und werden, ist derzeit noch ebenso

les pouvoirs publics devront aussi assumer),

- *admettre que certains secteurs définissent eux-mêmes leurs critères d'évaluation, alors que, dans d'autres domaines, ils sont largement déterminés de l'extérieur.*

Il faut exiger de tous les intervenants qui prétendent travailler de manière professionnelle qu'ils justifient par exemple clairement et de manière contraignante leurs objectifs d'efficacité en fonction de la clientèle prise en charge, du délai d'intervention prévu, et de critères sévères d'évaluation de l'output et de l'outcome, etc.

Dans ces questions évidemment épineuses, l'OFSP peut et devrait à l'avenir reprendre - pour et avec les cantons et leurs communes - le leadership et imposer des critères uniformes ou du moins comparables.

Avec les cantons, parce que leur reviendront probablement de plus en plus de tâches de planification et de direction, avec une responsabilité (encore) plus grande envers les structures d'aide aux toxicomanes. Il tombe sous le sens qu'une structure d'offre accessible au-delà des frontières cantonales constitue l'unique solution sensée du point de vue économique. Dans une optique cantonale cependant, les compétences légales en matière de responsabilité financière s'opposent a priori diamétralement à une perméabilité des frontières cantonales pour l'utilisation de l'offre.

Des modèles et propositions en faveur d'une collaboration intercantonale avec des règles du jeu contraignantes et financièrement correctes existent bien. On peut renvoyer ici, au projet de révision de la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS) - exemplaire pour les institutions résidentielles - qui place désormais les institutions de dépendance dans la liste C.

Comment et dans quel délai l'introduction et la mise en œuvre de ces mesures pourront être harmonisées et intervenir est actuelle-

wenig absehbar wie die Auswirkungen, die ein nicht gut aufeinander abgestimmtes Vorgehen der Kantone untereinander oder zwischen beteiligten Bundesinstanzen und den Kantonen haben wird.

Information, Kommunikation und Koordination sind wohl die Schlüsselbegriffe, um die beteiligten Fachrichtungen nicht zuletzt im Interesse einer auch für die Klientel kohärenten Suchtpolitik zusammenzubringen. Durch Investitionen in moderne Technologien wurden gute Voraussetzungen geschaffen; in einem nächsten Schritt muss jetzt die vernünftige Anwendung dieser Mittel, ihre Integration als Werkzeug im Berufsalltag angegangen werden.

Eigentlich wären Anlass und Zeitpunkt gut: ziemlich genau 10 Jahre nach der ersten Nationalen Drogenkonferenz, aus der die Vier-Säulen-Politik hervorgegangen ist, könnte mit einer Neuauflage dem beobachtbaren Auseinander-Driften der verschiedenen Säulen entgegengewirkt und gleichzeitig der Weiterentwicklung einer fachlich hochstehenden, auch in Tat und Wahrheit und nicht nur auf dem Papier existierenden, diversifizierten Suchthilfe Vorschub geleistet werden.

Dort würde sich ein gutes Forum erschliessen, in dem unter Beizug aller Beteiligten die gemeinsam einzuschlagende Richtung der Suchthilfe in den nächsten Jahren festgelegt werden kann; dort kann auch die Grundlage dafür geschaffen werden, dass zu übergeordneten Themenbereichen (wie z.B. Qualitätskriterien, Leistungsbeschreibungen, output- und outcome-Beurteilungen oder auch Zuweisungsverfahren zu bestimmten Behandlungsformen) ein inhaltlicher Konsens geschaffen wird.

Die Herausforderung an die Suchtfachleute wird auch nach Einschätzung der TagungsteilnehmerInnen in den kommenden Jahren einerseits in der Anpassung der mit ihren Interventionen anvisierten Wirkungsziele liegen, die den Anforderungen der bis anhin stetig älter werdenden Klientel (mit entsprechend längerer Konsum- und Behandlungskarriere) sowie neuen Konsummustern (vor allem hinsichtlich Mischkonsum verschiedenster psychoaktiver Substanzen) in sich verändernden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen Rechnung tragen.

ment aussi peu prévisible que les effets qu'auront un processus sur lequel les cantons ne se sont pas bien mis d'accord entre eux ou avec les instances fédérales concernées.

Information, communication et coordination sont sans doute les concepts clés pour rassembler les diverses tendances professionnelles concernées dans une politique des dépendances cohérente, et cela aussi dans l'intérêt de la clientèle.

De bonnes conditions ont été créées par les investissements faits dans les technologies modernes; l'étape suivante doit maintenant consister en une application raisonnable de ces moyens et leur intégration comme instrument de travail quotidien.

Autrement dit, l'occasion et le moment présent seraient favorables pour le faire:

Assez précisément 10 ans après la première conférence nationale sur les drogues - d'où est issue la politique des 4 piliers - une nouvelle édition pourrait contrecarrer la dérive observable des divers piliers et, simultanément, favoriser le développement - d'une aide diversifiée de haut niveau aux toxicomanes, qui existe bien dans les faits et pas seulement sur le papier.

Ce serait là un forum favorable pour décider - avec le concours de toutes les parties concernées - la direction commune à donner à l'aide aux toxicomanes ces prochaines années. On pourrait aussi y poser le fondement d'un consensus sur le contenu de certains sujets (critères de qualité, descriptions des prestations, évaluation de l'output et de l'outcome ou encore processus d'orientation vers les diverses formes de traitement).

D'après les participant(e)s à cette Journée nationale, le défi lancé aux professionnels des dépendances sera aussi - dans les années à venir - d'adapter l'efficacité visée par leurs interventions, en tenant compte d'une part des exigences d'une clientèle de plus en plus âgée (avec des carrières plus longues de consommation et de traitement) ainsi de nouveaux modes de consommation (surtout en ce qui concerne la consommation conjuguée de diverses substances psychoactives) à l'intérieur de conditions cadre économiques en pleine mutation.

Andererseits werden die Betriebsleitungen zukünftig noch stärker die zunehmend von ökonomischen Überlegungen mitgeprägten Aspekte der Versorgungsplanung und –ausgestaltung berücksichtigen müssen, was zwingend steigende Anforderungen an eine zeitgemäße, moderne Führungsinstrumente einsetzende Betriebsführung mit sich bringt.

D'autre part, les directions d'institutions devront à l'avenir prendre encore plus en considération une planification et une mise en oeuvre de la prise en charge marquée par des réflexions économiques. Ce qui implique nécessairement des exigences croissantes envers des directions adaptée aux exigences du temps et utilisant des instruments modernes de management.

5. Anhang - Annexe

5.1. Themenparcours - *Parcours thématique*

Die TeilnehmerInnen waren hier nach der Mittagspause aufgefordert, zu fünf Themengebieten mit je zwei bis fünf Unterfragen Stellung zu nehmen, indem sie ihre Antworten auf Zettel schrieben und diese auf grosse Plakatwände in Form einer Wandzeitung aufklebten. Dabei bestand die Möglichkeit, mit anderen TeilnehmerInnen und mit den StandbetreuerInnen in ein Gespräch zu treten, was zu angeregten Diskussionen führte. Die eingegangenen Antworten sind in den folgenden Tabellen jeweils in der linken Spalte zusammengefasst und in der rechten Spalte im Wortlaut wiedergegeben.

Les participant(e)s étaient ici incité(e)s, après la pause de midi, à prendre position sur cinq thèmes comportant chacun deux à cinq questions, en inscrivant leurs réponses sur de petits bouts de papier à coller sur de grands panneaux, constituant par là des journaux muraux. Ainsi la possibilité était-elle donnée de discuter avec d'autres participant(e)s et avec les responsables des stands, ce qui mena à des discussions animées. Les réponses récoltées sont réunies dans la colonne de gauche des tableaux ci-dessous, et résumés dans celle de droite.

(1) **Rolle und Aufgabe eines Kantons nach 2003** - *Rôle et tâche d'un canton dès 2003 (Attilio Stoppa / Jean-Daniel Barmann)*

1 a) **Welche Prinzipien ermöglichen den Kantonen eine adäquate KlientInnen-Platzierung?** - *Quels sont les principes qui permettent ou devraient permettre aux cantons un placement adéquat du client?*

1a) 1. **Angebotsbeschreibung und –dokumentation** - *Description de l'offre et documentation*

Grundsätzlich ist es in allen Belangen von Wichtigkeit, dass die Beteiligten die Angebote gut kennen. Einheitliche Beschreibungsgrundlagen werden als vorteilhaft gewertet, auffällig ist aber auch der Ruf nach mehr Nähe der Verantwortlichen zu den Institutionen: Interesse am Angebot zeigen, vor Ort gehen und sich informieren. Profilierung der Institutionen nach einheitlichen Massgaben, Beschreibung der Zielgruppen,	1a)	- Profilierung der Behandlungsangebote auf den verschiedenen Behandlungslevels (ambulant – teilstationär – stationär) - Evaluation von Behandlungsangeboten der verschiedenen Behandlungslevels im Vergleich zu einander (bezüglich Effektivität und Effizienz)
	1a)	Zentrale Erfassungsstelle für alle Therapieangebote, fallen lassen des „Kantönligestes“ in Bezug auf Finanzierung.

<p>Leistungsbeschreibungen nicht nur für den stationären Bereich, sondern in allen Bereichen der Suchthilfe.</p> <p><i>Fondamentalement, il est à tous égards important que les personnes concernées connaissent bien les prestations. Des descriptions de base uniformes sont tenues pour avantageuses, quand bien même frappe aussi la demande d'une plus grande proximité des responsables envers les institutions: manifester de l'intérêt pour l'offre, aller sur place et s'informer. S'y ajoute l'exigence d'un profilage des institutions sur des critères uniformes, la description des groupes cibles, et des descriptions de prestations non seulement pour les institutions résidentielles, mais dans tous les domaines de l'aide aux toxicomanes.</i></p>	<p>1a) Auflage, dass sich die Einrichtungen inhaltlich klarer positionieren, abgrenzen und unterscheiden. Zuviel Gleiches führt zur Willkür.</p>
--	--

1a) 2. Planung und Koordination - *Planification et coordination*

<p>Um das Angebot überkantonale nutzen zu können, braucht es auch eine überkantonale Planung. Voraussetzungen dafür sind vereinbarte Formen der Angebotsbeschreibung (inkl. Beschreibung der Leistungen und angesprochenen Zielgruppen) und – dokumentation.</p> <p>(Vergleichs-)Evaluationen zwischen den diversen Feldern der Suchtarbeit sind zu fördern.</p> <p>Bedarf und Bedarfsplanung offen legen, flexibel ausgestalten und betreffend Umsetzungen mit Anbietern zusammenarbeiten.</p> <p>Initiierung und Finanzierung von Projekten.</p> <p><i>Une planification supra cantonale est nécessaire si l'on veut pouvoir tirer profit de l'offre par delà des frontières cantonales. La condition en est une description commune de l'offre (yc des prestations et des groupes cibles visés) et une documentation ad hoc.</i></p> <p><i>Il faut promouvoir des évaluations (comparatives) des divers secteurs du travail dans le domaine des dépendances.</i></p> <p><i>Il faut aussi examiner sans préjugé le besoin et la planification de la réponse à y apporter, les concevoir de manière flexible et, pour leur réalisation, collaborer avec les prestataires d'offres.</i></p> <p><i>Enfin, sont nécessaires l'initiation et le financement de projets.</i></p>	<p>1a) Die Kriterien der Bedarfsliste veröffentlichen, die Bedarfsliste offen behalten, die Bedarfsliste an die Bedürfnisse der Klientel konstant anpassen.</p>
	<p>1a) Frage der passenden Institution muss zentral sein, nicht ob Institutionen im eigenen Kanton Kapazität hat.</p>
	<p>1a) Ist eine Kantonsübergreifende Platzierungspolitik überhaupt erwünscht?</p>
	<p>1a) Der Kanton hat festgestellt, wie viele Plätze er bewirtschaftet und Aufträge erteilt bezgl. Zielgruppen</p> <p>Kriterien {</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indikation - Betreuungsintensität - Dauer
	<p>1a) Umfassende Kenntnis der Institutionen sowie möglichst rasche Abklärung der Ressourcen + Defizite des Klienten.</p>
	<p>1a) Differenziertes Angebot, auch teilstationär. Kontakte pflegen. Transparenz und Übersichtlichkeit der Therapielandschaft.</p>
	<p>1a) Differenziertes Angebot, auch teilstationär. Kontakte pflegen. Transparenz und Übersichtlichkeit der Therapielandschaft.</p>
	<p>1a) Vernetzung und grösstmögliche Transparenz der Institutionen (QMS).</p>
	<p>1a) Evaluation des besoins après une évaluation du résidentiel. COURT TERME!</p>

1a) 3. Finanzierung - *Financement*

<p>Moniert wird, dass immer höhere Ansprüche für immer weniger Geld gestellt werden. Die Transparenz der Subventionspolitik sei noch nicht erreicht. In Zukunft sollten Kosten-deckende Ansätze bezahlt werden. Einheitliche, national ausgerichtete Grundlagen schaffen die Voraussetzungen dafür.</p>	<p>1a) Viel Leistung für wenig Geld.</p>
	<p>1a) Zentrale Erfassungsstelle für alle Therapieangebote, fallen lassen des „Kantönligeistes“ in Bezug auf Finanzierung.</p>
	<p>1a) Klare Finanzierung</p>
	<p>1a) Die Kantone sollten bei der Platzierung eines Klienten die ausserkantonalen Plätze (Institutionen) berücksichtigen können => Finanzierung sprechen.</p>

<p><i>Est critiqué le fait qu'on formule des exigences toujours plus élevés tout en mettant toujours moins d'argent à disposition.</i></p> <p><i>La transparence de la politique de subventionnement serait loin d'être atteinte. A l'avenir, des subsides couvrant les coûts devraient être versés et des bases uniformes, valables au plan national, en sont la condition,</i></p>	1a)	Ist eine Kantonsübergreifende Platzierungspolitik überhaupt erwünscht? Von seiten unserer Institution zu fördern und Instrumente einzurichten die Platzierung und Finanzierung erleichtern.
	1a)	EINDEUTIGES FINANZIERUNGSMODELL FÜR ALLE INST. + KLIENTINNEN
	1a)	Ist eine Kantonsübergreifende Platzierungspolitik überhaupt erwünscht? Von seiten unserer Institution zu fördern und Instrumente einzurichten die Platzierung und Finanzierung erleichtern.
	1a)	Die Kantone sollten bei der Platzierung eines Klienten die ausserkantonalen Plätze (Institutionen) berücksichtigen können => Finanzierung sprechen.
	1a)	. Wahren der Klientenrechte auf Therapie. . Transparente Subventionspolitik.

1a) 4. Indikation und Triage - *Indication et tri*

<p>Am häufigsten wird die Zuweisung von KlientInnen in ein passendes Therapiesetting thematisiert. Rahmenbedingungen für eine seriöse Abklärung der KlientInnen möglichst vor Zuweisung zu einer Therapie müssen geschaffen werden. Ressourcenabklärungen ob dies bei spezialisierten Stellen beim Kanton oder bei mandatierten Fachstellen geschehen soll. Vorangetrieben werden muss auch die Entwicklung von PatientIn-Therapie-Matching Instrumenten und des Case-managements.</p> <p><i>Le plus souvent, l'orientation de client(e)s vers une structure thérapeutique adéquate est discutée. Des conditions cadre doivent être créées qui permettent une évaluation sérieuse des client(e)s, si possible avant leur orientation vers telle ou telle structure.</i></p> <p><i>La question des ressources doit être clarifiée afin de savoir si cela doit être fait par des services spécialisés, par le canton ou par des instituts mandatés à cet effet.</i></p> <p><i>Il faut aussi promouvoir le développement d'instruments d'évaluation de l'adéquation traitements/patients (matching) ainsi que du case-management.</i></p>	1a)	<ul style="list-style-type: none"> - Pluridisciplinarité des responsables de placement - Meilleures prises en compte des données cliniques (terrain, particularité des clients) - Considérer que la marginalisation fait partie de la société et qu'elle n'est pas une tare ou un poids obligatoire.
	1a)	<ul style="list-style-type: none"> - Bundeseinheitliche Regelungen - Saubere Indikation.
	1a)	Individuen-, Fall-bezogene Prinzipien.
	1a)	Der Kanton hat festgestellt, wie viele Plätze er bewirtschaftet und Aufträge erteilt bezgl. Zielgruppen <ul style="list-style-type: none"> - Indikation - Betreuungsintensität - Dauer
	1a)	→ Diagnose → bisherige Therapiebemühungen → Klientenwunsch → Platzierung ganze CH muss möglich sein!
	1a)	Gefahr des Filzes bei Triage bzw. Bevorzugung von Institutionen aus nichtfachlichen Gründen.
	1a)	Der Kanton überlässt die Zuweisung der regionalen Sozialdienste.
	1a)	Evaluation du client avant le placement.
	1a)	Triagestellen überregional bzw. regionale Triagestellen m. nationaler (einer) Platzierungsliste.
	1a)	Die Aufhebung des Föderalismus. Die Schaffung unabhängiger Indikationsstellen.
	1a)	Die Orientierung der Therapie an einer klaren Diagnosestellung.
	1a)	PRINZIPIEN DIE HELFEN WÜRDEN <ul style="list-style-type: none"> - Keine Institutionen bevorzugen, keine Institutionen benachteiligen. - Auf Bedürfnisse und Wünsche von KlientInnen eingehen und dabei in der 1. Linie die Angebote der Institutionen berücksichtigen.
	1a)	Qualitative Angebote Netzwerke Indikationsstellen?
	1a)	Fachliche Triagestelle welche die Institutionen und deren spezifischen Angebote bestens kennt.
	1a)	Ein Case-Management als Grundlage der KlientInnen Betreuung.

	1a)	Evaluation de la part des professionnels qui permette de mieux orienter les „clients“.
	1a)	<u>Volonté</u> de considérer les placements → <u>régional</u> .

1a) 5. Interkantonale Zusammenarbeit - *Collaboration intercantonale*

<p>Kritisiert wird insbesondere der „Kantönigeist“, insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung: nicht die fachlich am besten geeignete Indikation, sondern die finanzielle Zuständigkeit scheint – leider immer häufiger - erstes Kriterium zu sein.</p> <p>Favorisiert werden für jeden Aspekt der kantonalen Zuständigkeiten eindeutig Modelle, die über Kantonsgrenzen hinweg, mindestens auf regionaler Ebene greifen.</p> <p>Aufgefallen sind uns auch die kritischen Fragen, ob eine interkantonale Mobilität seitens der Kantone auch wirklich erwünscht sei.</p> <p><i>Particulièrement critiqué est l'esprit de clocher cantonal, notamment par rapport au financement: ce n'est pas l'indication la plus adéquate du point de vue professionnel, mais bien la compétence financière qui semble malheureusement être de plus en plus souvent le principal critère.</i></p> <p><i>Sont clairement favorisés, dans tout ce qui relève des compétences cantonales, des modèles qui dépassent les frontières cantonales, et s'étendent au moins à la région.</i></p> <p><i>Nous ont également frappés les questions critiques sur le fait de savoir si une mobilité intercantonale est réellement souhaitée par les cantons.</i></p>	1a)	- Erleichterung bei ausserkantonalen Platzierungen - Schaffung einer unabhängigen Stelle, die die Einweisungen koordiniert. - Ausarbeitung von „Therapy-matching“ Kriterien.
	1a)	Création d'une cellule supra-cantonale (3 cantons p. exemple), chargée de mettre en relation: o profils institutionnels o profils clients o trajectoires de vie / projets = placement dans institution la + adaptée
	1a)	Die Kantonsgrenzen öffnen bzw offen lassen !
	1a)	Die Aufhebung des Föderalismus. Die Schaffung unabhängiger Indikationsstellen.
	1a)	Die Kantone sollten bei der Platzierung eines Klienten die ausserkantonalen Plätze (Institutionen) berücksichtigen können ⇒ Finanzierung sprechen.
	1a)	Auswahl der Institutionen über die Kantonsgrenzen.
	1a)	Zusammenarbeit mit dem Ziel der virtuellen Aufhebung der Kantonsgrenzen.
	1a)	Kantonsvertreter sollten mehr Präsenz markieren. Zudem wäre <u>Vertrauen</u> gegenüber der Entzugs-/Übergangsstation in Sachen LZ-Therapieplatzierung eines Klienten wichtig → Fachlichkeit.
	1a)	Où sont les cantons?
	1a)	Wann der Kanton!?! Bei welchen anderen chronischen Krankheit platziert der Kanton!??
	1a)	Der Kanton BE hat ein ausreichendes Beratungsnetz – was eine adäquate Zuweisung der KlientInnen betrifft.
	1a)	Klare Rechtsgrundlage
	1a)	NEIN SAGEN

1 b) Wo sehen Sie Möglichkeiten für ein stärkeres Engagement seitens des Kantons? – Où ressentez-vous le besoin d'un engagement plus important de la part du/des canton(s)?

1b) 1. Finanzierung - Financement

<p>Im Bereich der Finanzierung wird ein verstärktes Engagement der Kantone erwartet, einerseits in der Übernahme der finanziellen Verantwortung, andererseits in der Federführung und Koordination der Finanzierung.</p> <p><i>Dans le domaine du financement, on attend un engagement accru des cantons, d'une part pour assumer la responsabilité financière, d'autre part dans le leadership et la coordination du financement.</i></p>	1b)	Kanton überwacht, evaluiert, finanziert.
	1b)	gleiche Handhabung der Platzierung + Finanzierung
	1b)	Übernahme der finanziellen Verantwortung für stationäre Therapien,
	1b)	Sicherung von Vollkostenfinanzierung... Bereits 2003
	1b)	Transparente und sozialverträgliche Finanzpolitik.
	1b)	Financement inter-cantonales
	1b)	Flexibilität und Klarheit der Finanzierung.
	1b)	Kanton + Bund sollten endlich eine « eidgenössische Suchthilfeversicherung » schaffen ⇒ Finanzierung
	1b)	Koordination oder Vermittlerrolle bei der Finanzierung der Angebote – insbesondere Kriseninterventionen und Time-Out. Überbrückungshilfe bei „schnellen“ Interventionen oder Verlegungen in andere Institutionen.
	1b)	Finanzierung klären überkantonale Platzierungen klären
	1b)	Zentrale Finanzierung
	1b)	Interesse zeigen, Gelder sprechen.
	1b)	Finanzierungs- und Leistungsverträge
	1b)	Konsequente Arbeitsteilung d.h. der Kanton delegiert Aufgaben die durch ein anerkanntes QS begleitet sind an nicht-staatliche Organisationen und entlasten diese durch entsprechende Zahlung.

1b) 2. Planung und Koordination - Planification et coordination

<p>In der Förderung von diversifizierten Angeboten, Kenntnissen der Einrichtungen, der Erarbeitung von Leistungsverträgen mit den Institutionen, Vernetzung auch über die Kantonsgrenzen hinweg, werden Elemente gesehen, wo ein stärkeres Engagement der Kantone gefordert wird.</p> <p><i>Un engagement accru des cantons est demandé dans plusieurs domaines: promotion d'offres diversifiées, connaissances des institutions, élaboration de contrats de prestations avec les institutions, mise en réseau intercantonal.</i></p>	1b)	Interesse zeigen, Gelder sprechen.
	1b)	Politische Seite stellt die Mittel mit Leistungsvertrag zur Verfügung.
	1b)	Connaissance plus approfondie des institutions Financement inter-cantonal
	1b)	Periodisch wiederkehrende Tagungen mit den ambulanten u. stationären Vertretern mit dem Ziel: <u>Was braucht es und wer macht was.</u> Umsetzung des Zieles durch Fachleute. Politische Seite stellt die Mittel mit Leistungsvertrag zur Verfügung.
	1b)	Förderung der Angebotsvielfalt im Kanton.
	1b)	In einer Vernetzung über alle Gartenzäune hinweg. In einer solidarischen Haltung zu einem Problem.
	1b)	Développer une meilleure coordination entre les différents intervenants
	1b)	Kanton soll eine Bedarfsschätzung durchführen : welcher Bedarf ist nicht abgedeckt ? Entsprechende Ausschreibung bei den Fachinstitutionen durchführen.
	1b)	Erarbeiten von Leistungsvereinbarungen mit den stat. Therapien.
	1b)	Der Kanton schafft eine Suchthilfe-Strategie mit den betroffenen Institutionen.

	1b)	Dass sie die Spezialität und Autonomie ihrer Einrichtungen erhalten und fördern
	1b)	Kanton überwacht, evaluiert, finanziert.
	1b)	Dass sie den Mut haben, Einrichtungen auch zu schliessen, die nur Mühe haben sich zu behaupten...und davon grosse Defizite zu Lasten der anderen Einrichtungen entfalten.
	1b)	Planungsausschuss mit Einbezug der Praktiker. .Plattformen zur Denkwerkstatt, Bedarfsanalyse + Planung / Evaluation .Vernetzungsstrukturen „verordnen“
	1b)	Der Kanton sagt endlich was er will, entweder Markt- oder Planwirtschaft.
	1b)	Zuständigkeiten / Kompetenzen genau regeln. Controlling in Intervallen.

1b) 3. Interkantonale Zusammenarbeit - *Collaboration intercantonale*

<p>Inbesondere in der interkantonalen Zusammenarbeit werden Lücken gesehen und ein Handlungsbedarf gefordert.</p> <p><i>Sont en particulier citées des lacunes dans la collaboration intercantonale ainsi que la nécessité d'agir.</i></p>	1b)	Einigung aller Kantone = gleiche Handhabung der Platzierung + Finanzierung.
	1b)	Connaissance plus approfondie des institutions Financement inter-cantonaux
	1b)	Collaboration intercantonale effective (et non thérapeutique)
	1b)	Einigung aller Kantone = gleiche Handhabung der Platzierung + Finanzierung.
	1b)	Où en est la collaboration intercantonale
	1b)	Dass sie die den Regionalisierungs- und Kantonalisierungsbestrebungen ein gesamtschweizerisches Modell gegenüberstellen und befürworten. Dass sie die IV-Revision mittragen und alle anerkannten Einrichtungen materiell + rechtlich gleichstellen. Dass sie nach Möglichkeit die Einrichtungen im administrativen Bereich entlasten und Ressourcen zur Verfügung stellen.
	1b)	Les cantons ne savent pas se faire entendre !
	1b)	Déplacement de l'engagement vers les régions

1b) 4. Qualität / Fachliches Engagement - *Qualité et engagement professionnel*

<p>In der Unterstützung, dem Engagement für neue Projekte und der qualitätsbezogenen Arbeit werden weitere Möglichkeiten gesehen, wo sich der Kanton noch verstärkt einbringen sollte.</p> <p><i>Le soutien et l'engagement en faveur de nouveaux projets et le travail relatif à la qualité sont d'autres occasions où les cantons devraient encore plus s'engager.</i></p>	1b)	Qualität honorieren Kostendeckende Ansätze / Tarife bezahlen. Auf FiSu einsteigen
	1b)	- Plus de présence de représentants de canton pour le terrain. - Prise en compte des aspects cliniques de la thérapie.
	1b)	Le canton devrait renforcer ses contacts avec les thérapies stationnaires, montrer plus d'intérêt et prendre la peine de connaître et de visiter les institutions.
	1b)	Que les responsables politiques viennent sur le terrain (visites) pour cerner les besoins.
	1b)	Investition in Prävention. Kinder/Eltern/Jugendlichen-Arbeit.
	1b)	Gremium aus Forschung und Praxis zusammenstellen, dass inhaltliche Kriterien und Strategien für Suchthilfe entwickelt.
	1b)	Der Kanton engagiert sich bei innovativen Projekte „Suchthilfe“.
	1b)	Der Kanton schafft eine starke Suchtfachkommission
	1b)	Unterstützung von neuen Projekten, ev. Zur Verfügung stellen von Wohn- und Arbeitsraum.

1b) 5. Indikation und Triage - *Indication et tri*

<p>Die Zuweisung der KlientInnen zu Behandlungsangeboten muss mit der Formulierung von konkreten, fachlich abgestützten Kriterien verbessert werden.</p> <p><i>L'orientation des client(e)s vers les offres de traitement doit être améliorée par la formulation de critères concrets, professionnellement fondés.</i></p>	1b)	Forcierung effektiver und effizienter Behandlungsangebote durch die Implementierung einer sinnvollen Zuordnung von KlientInnen zu Behandlungsangeboten.
	1b)	- Transparente Information aller Institutionen - eine korrekte, unparteiische Triage veranlassen
	1b)	Zwingendes Engagement im Rahmen interkantonalen Platzierungen
	1b)	Entwicklung von Zuweisungskriterien durch Förderung entsprechender Forschung. Triage Modi Stationär Teilstationär Ambulant

1b) 6. Ausbildung - *Formation*

<p>Der Kanton soll sich im Bereich der Information und Ausbildung von Fachpersonen engagieren.</p> <p><i>Le canton doit s'engager dans le domaine de l'information et de la formation de personnel spécialisé.</i></p>	1b)	Permettre, favoriser le dépistage de facteurs favorisant la survenue de troubles psychiques. Ex : dans la formation des parents, enseignants Développer des postes (de dépistage) dans les écoles etc...
--	-----	---

1b) 7. Diverse - *Divers*

	1b)	Motivation der Patienten Hierarchisierung der Hilfeangebote : soviel wie möglich – so wenig wie möglich
	1b)	IMPLICATION ⇒ Dans la reconnaissance du moyen résidentiel complémentaire à celui du l'ambulatoire! Et vice et verso.

(2) **Substitutionsangebote in der stationären Therapie: was wird gebraucht - L'offre de substitution dans les thérapies stationnaires: quels besoins? (Christian Sacher)**

2 a) **In den letzten Jahren wurden zunehmend Substitutionsangebote im stationären Rahmen geschaffen. In welche Richtung wird diese Entwicklung weitergehen? Warum? - Dans les dernières années, plusieurs offres de substitution ont été créées dans les centres de thérapies résidentielles. D'après vous, comment cela va-t-il se développer et pourquoi ?**

2a) 1. Fachliche Konzeption - Approche professionnelle

<p>Es sollte keine Angebotserweiterung ins Auge gefasst werden, ohne dass vorher das nötige Fachwissen (pharmakologisch, psychiatrisch) angeeignet resp. ausgebildetes Personal angestellt wurde.</p> <p>Für eher spezialisierte als „gemischte“ Angebote plädieren die meisten Antwortenden.</p> <p><i>Aucun élargissement de l'offre ne devrait être envisagé sans que, préalablement, les connaissances nécessaires (pharmacologiques, psychiatriques) aient été acquises ou du personnel formé fourni.</i></p> <p><i>La plupart des réponses plaident en faveur d'offres spécialisées plutôt que mixtes.</i></p>	2a)	Accueillir des clients sous TTT de méthadone parmi les autres en visant l'abstinence. Faire le cache avec un temps donné pour y arriver. Si le client n'y répond pas, le réorienter vers les services spécialisés dans TTT méthadone.
	2a)	Eine Durchmischung der Klienten mit Substitutionsmitteln und solche, die abstinenter sind, in der gleichen Institution ist doch eher problematisch. Geht das überhaupt? Wie sind die Erfahrungen? Braucht es nicht eine Trennung?
	2a)	Rückkehr dazu, Klientengruppen wieder zu trennen. → Überforderung der Klienten in gemischten stationären Gruppen
	2a)	- Spezialisierung der Institutionen - Keine Vermischung zwischen Abstinenten und substituierten Klienten. - Ausstiegsorientiertes arbeiten. - Lockerung der Angebote aus abstinenter Institutionen . . . QUEREINSTIEG
	2a)	„Suchttherapeutische“ Angebote werden vermehrt psychiatrisches und pharmakologisches „Know-how“ aneignen müssen. Spezialisiertes Pflegefachpersonal muss in der Struktur angestellt integriert und konsolidiert werden.
	2a)	Eher im teilstationären Bereich sinnvoll.
	2a)	Individuelles Angebot mit Substitutionsabgabe Einzel möglich
	2a)	→ begleitetes Wohnen → halbstationäre Angebote
	2a)	Wahrscheinlich werden die Einrichtungen einen pragmatischen Weg auswählen. Eher medizinische Betreuung.
	2a)	Fehlendes Wissen, im Bezug auf die neue Situation vorher Klientel ohne Substanz jetzt substituiert. Neuer Markt, Angebotserweiterung: wo bleibt Fachwissen
	2a)	Es müssen spezialisierte, fachlich auf diese KlientInnengruppe ausgerichtete Institutionen entstehen.
	2a)	Substitution als „Teilschritt“ zur abstinenzorientierten, stationären Therapie.

2a) 2. Bedarf - Besoins

<p>Anhand der bisherigen Entwicklung wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an derartigen Angeboten zunehmen wird.</p> <p><i>Vu du développement accompli jusqu'ici, on part de l'idée que le besoin en offres de ce genre va aller croissant</i></p>	2a)	Bedarf wird zunehmen, analog zur Zunahme der Methadon- und Heroinprogrammplätze
	2a)	Développement → Besoin / nécessité ↑
	2a)	Développement des prestations en fonction des habitudes de consommation,
	2a)	Es wird eine Gegenrichtung geben, die totale Abstinenz sucht und sie findet.
	2a)	Immer mehr Leute mit psych. und phys. Gebrechen wo total Entzug verunmöglicht. → Mehr Institutionen mit Substitution notwendig.
	2a)	Diese Entwicklung muss weitergehen aber parallel dazu muss dieses Angebot klarer definiert werden und es braucht entspr. Standards, (Modelle mit mehreren Schritten die eventuell aber nicht zwingend zur Abstinenz führen.)
	2a)	Neues Angebot : Entzug von Methadon/Subutex bei gut integrierten KlientInnen: ambulante bis stationäre Begleitung.
	2a)	J'espère que la demande va se développer, car la régression de la méthadone est facilitée en milieu protégé.
2a)	Es werden vermehrt Teilentzüge gemacht.	

2a) 3. Substitution versus Abstinenz - Substitution ou abstinence

<p>Offene Fragen oder Statements zur Substitution werden u.a. in Konkurrenz und Abgrenzung zur stationären, abstinenzorientierten Therapie gesetzt.</p> <p><i>Les participants font part de leurs questionnements et positions (statements) sur la substitution, entre autres par rapport à la concurrence et à la limitation de la prise en charge résidentielle orientée vers l'abstinence qu'elle représente.</i></p>	2a)	Eigentlich muss ja überhaupt Substitution endlich klarer definiert werden (Begleitprogramme, Unterstützung...)
	2a)	Le produit n'est pas l'unique réponse. Elles répondront en partie aux problèmes de sevrage (cf durée augmentée) Mais les problèmes de cocaïne seront toujours là... Même pour TTT héroïne... et ainsi de suite...
	2a)	Freie Drogenmarkterschliessung für die (z. Bsp Basler-) Chemie.
	2a)	- Methadonabbau im Anfangsstadium der st. Therapie - Nachsorgevernetzung - Externe Arbeitsstelle prozentual belegt während der Therapie
	2a)	Pour la thérapie (le changement de comportement) la substitution est un plâtre sur une jambe de bois. Les institutions résidentielles doivent essayer de tendre à l'abstinence.
	2a)	Menschen sind verschieden, auch in Bezug zu ihrem körpereigenen Opiatsystem. Substitutionsbehandlungen sollten dieser Gegebenheit Rechnung tragen. --- DIFFERENTIELLE Anwendung der Substitutionsbehandlung.
	2a)	<u>Grundsatz</u> Substitution und Abstinenz darf nicht verwässert werden.
	2a)	Verwässerung der Abstinenz.
2a)	Es wird eine Gegenrichtung geben, die totale Abstinenz sucht und sie findet.	

	2a)	Methadon und andere Medikamente werden vermehrt akzeptiert in TG's ohne Zielsetzung des zwingenden Abbaus.
--	-----	--

2 b) Gibt es Gründe, die für stationäre Angebote für Heroin-Substituierte sprechen?
 - *Y a-t-il des raisons qui parlent en faveur d'une offre de substitution à l'héroïne dans les thérapies résidentielles ?*

2b) 1. Gründe für stationäre Substitutionsangebote - Raisons plaidant pour une offre substitutive résidentielle

<p>BefürworterInnen eines stationären settings für Heroin-Substituierte sehen das Ziel eines solchen in der Erlangung sozialer Kompetenzen, der Behandlung von komorbiden Störungen, als Schritt zum Ausstieg aus der Sucht oder zur Stabilisierung der persönlichen Situation.</p> <p><i>Les participants favorables à une structure résidentielle pour des personnes bénéficiant d'un programme de substitution à l'héroïne voient sa finalité dans l'acquisition de compétences sociales, le traitement de troubles comorbides, et comme un premier pas vers la sortie de la dépendance ou la stabilisation de la situation personnelle.</i></p>	2b)	Ja. - Time out zur Reflektion, Aufarbeitung, Planung - Entzug anderer Substanzen
	2b)	- Komorbide Störungen könnten besser behandelt werden - Mehrfachabhängigkeiten könnten besser behandelt werden - Verbesserung der psychosozialen u. med. Behandlung - Sozialarbeiterische Massnahmen ind. durchführbar.
	2b)	Es gibt keine hoffnungslosen Fälle. Niemand will in der Sucht verbleiben. Motivation, Sinnfrage.
	2b)	Die gleichen Gründe, wie bei MethadonbezügerInnen -Tagesstruktur -Freizeitbeschäftigung -Reflexive Suchtmuster -etc...
	2b)	Ja, Förderung von Soz. Kompetenzen, Zusammenleben, Milieu-Therapie etc...
	2b)	Heroinverschreibung = Pharmakotherapie. Stationäres Setting ist sinnvolle und notwendige Ergänzung (zur Abgabe)
	2b)	Günstigere betreute Wohnformen mit Ausstiegsorientierten Angeboten
	2b)	Ja, die Realität! Es gibt schliesslich immer mehr H-Substituierte
	2b)	- gute Ergebnisse aus der HegeBe (Legalverhalten, soz. Integration etc.) - Vergleichbarkeit amb. und stationär. Was wirkt eigentlich. - ausschöpfen der therapeutischen Ressourcen.
	2b)	Wenn es Substitutionsangebote im stationären Rahmen gibt kann es nicht sein, dass z.B. Heroinsubstitution ausgeschlossen ist.
	2b)	Abstand, die Horizont ermöglichen, ev. langsamer Ausstieg.
	2b)	Pourquoi pas ! Le sevrage en serait facilité. Décision et administration strictement médicale.
	2b)	Sicher, Arbeitsintegration, Hilfe zum Suchtausstieg.
2b)	OUI Cf. Substitution méthadone Augmentation de l'efficacité des thérapies résidentielles Toutes les raisons qui parlent de manière générale en faveur des th. résid.	

	2b)	1. Umdenken in den Hegebe's. Haltequote ist kein Erfolgsfaktor! 2. Vermehrte Motivationsarbeit in den Hegebe's Richtung Entzug. Somit steht der stationären Arbeit mit H-substituierten nichts mehr im Weg. (Zur Zeit ist die Nachfrage klein)!
	2b)	Stationäre Angebote für machen Sinn. Wichtig dabei: Zieldefinition A) ausstiegsorientiert B) niederschwelliges Langzeitangebot
	2b)	Um alle Beteiligten einzubinden ist es unumgänglich, Substitutions-gestützte Therapien auszubauen. Begründung: Der Altersdurchschnitt und die Zahl der Mehrfachdiagnosen ist stetig steigend.
	2b)	Gegenfrage: Was spricht, bitte sehr, dagegen? Bleibt wo Ihr seid? Auf der Gasse!
	2b)	Substituierte Menschen sind ohne Substitution nicht fähig, von ihrer Sucht wegzukommen. Aber eine Chance erhalten sollten sie schon. Und wer weiss – vielleicht geht es zu einem späteren Zeitpunkt auch ohne.
	2b)	- Aufarbeitung mit Ziel der Beendigung der Subst. - Soziale Kontaktfähigkeit und Lebenssinn-/aufgabe entwickeln.
	2b)	Le produit n'est pas l'unique réponse. Elles répondront en partie aux problèmes de sevrage (cf durée augmentée) Mais les problèmes de cocaïne seront toujours là... Même pour TTT héroïne... et ainsi de suite...
	2b)	Langsamere Entzüge → Teilentzug → Total Entzug. Grosse Ängste des Klientels vor Totalentzug. Körperliche Krankheiten, Doppeldiagnosenpatienten, welche mit Heroin o. Methadon sowie Psychopharmaka kompensiert sind.
	2b)	Ja, da substituierte unbedingt Struktur ????, die Sie sich selbst ??????
	2b)	Mehrfachproblematik z.B / Aids / soz. Defizite / Dualdiagnosen.

2b) 2. Ablehnende Haltung - Attitude de rejet

<p>Einige KollegInnen legen eine kategorische Haltung an Tag und sehen keine Gründe, die für stationäre Angebote für H-Substituierte sprechen würden; thematisiert werden der Beikonsum und die Zuordnung der Heroinverschreibung zur „Säule Therapie“ im 4-Säulen-Modell.</p> <p><i>Quelques collègues ont une position catégorique et ne voient aucun motif susceptible de plaider en faveur d'offres résidentielles pour de telles personnes. Sont mises en cause la consommation annexe et l'attribution de la prescription d'héroïne au pilier thérapie du modèle des 4 piliers.</i></p>	2b)	Eigentlich paradox.
	2b)	Eigentlich nicht.
	2b)	Nein.
	2b)	Nein.
	2b)	Non... Non
	2b)	Nein, da keine Therapiemotivation
	2b)	- Schweiz – wo stehen wir? - Nein, gibt es nicht. Es ist bereits genug irreführend, die Heroin-gestützte Behandlung „Therapie“ (!) zu benennen. Das ist total paradox gesellschaftlich, politisch...
	2b)	Sucht ernährt sich aus jeder Substanz. Wäre es nicht ehrlicher dieses Angebot in der Schadenminderung anzusiedeln?

	2b)	Jeder Substituierte hat ein massives Beikonsumproblem. Unter diesem Gesichtspunkt hat die Substitution versagt. Dieser Aspekt ist tabuisiert, die Substitution mystifiziert .
	2b)	Pas vraiment. Les héroïnomanes sont un grande partie des patients psychiques. S'ils ont un traitement psych. adapté et assez tôt. La question ne se posera peut-être plus. On se demande ce que l'avenir nous réserve...

(3) Bedarf aus Sicht der VersorgerInnen und ambulanten Dienste - Ce que souhaitent les services ambulatoires et d'aide sociale (Judith Herzog)

3 a) Die Phase nach Austritt aus der stationären Therapie ist oft sehr heikel. Welche Ansätze zur Verbesserung sind denkbar? - La sortie du centre de thérapie est souvent vécue comme un „choc“ par le client. Quelles approches permettraient une amélioration ?

3a) 1. Planung des Austritts /Vernetzung fördern - Préparation des sorties / Promotion de la mise en réseau

<p>Der Planung des Austritts muss genügend Zeit eingeräumt werden. Wichtig ist auch dass bereits in der sorgfältigen Planung des Austritts die Vernetzung gefördert wird.</p> <p><i>Suffisamment de temps doit être accordé à la préparation minutieuse de la sortie, lors de laquelle il est important aussi de solliciter assez tôt le réseau.</i></p>	3a)	Mehr Schwergewicht auf Austrittsphase (länger), mit guter Vernetzung regionale Stellen, mit Nachsorge vernetzt.
	3a)	Vielen KlientInnen gelingt ein Fortschritt, wenn nur 1 Änderung auf's Mal stattfindet. Überlegen, was es dazu von beiden Seiten braucht.
	3a)	Flexibilität! Mit den aktuellen Ressourcen der KlientInnen schaffen. Situationsbezogen vs. strukturell/konzeptionell.
	3a)	Meilleure préparation de la sortie (déjà à l'entrée) → <u>réelle « Realitätsnähe »</u> → travail de réseau « avec substance ».
	3a)	Il est nécessaire d'avoir les moyens pour financer cette « période » critique. Malheureusement rarement le cas! Un encadrement de min. 3 mois après la reprise d'emploi me semble nécessaire.
	3a)	Frühzeitig organisierte Vernetzung zwischen Klienten stationär , ambulant
	3a)	Nachsorge frühzeitig planen: Standortgespräche in der letzten Therapiephase mit Bezugspersonen aus dem privaten und professionellen Umfeld als Standart. So gelingt eine Abnabelung aus der stationären Institution.
	3a)	Die Möglichkeit die angelaufene Behandlungslogik in der Nachsorgephase weiter führen zu können (fließender Austritt).
	3a)	Etablierte Verfahren in der Austrittsphase betreffend Vernetzung mit der ambulanten Nachsorge/-begleitung.
	3a)	Nachsorge, Begleitung nach der Therapie: individuelle Lösung: A) durch die Therapieeinrichtung B) durch ein ambulantes Angebot.
3a)	Noch andere Vernetzungen „pflegen“. Während gesamtem Therapieverlauf (stationär und Nachsorge) (systemischer Ansatz).	

	3a)	La sortie n'est pas la fin du programme mais le passage à sa dernière phase : l'insertion. Les objectifs de la réinsertion doivent être travaillés avec le patient trois mois auparavant. Le patient pourra se préparer à réaliser ses objectifs, prendre déjà les contacts nécessaires depuis la communauté (assistant social, logement, entourage, famille, ...)
	3a)	Une meilleure communication de réseau. L'intégration des collaborateurs de l'aide sociale & de l'ambulatoire pendant le séjour.

3a) 2. Finanzierung / Ausbau von Nachsorgeprojekten - Financement / Elaboration / Mise sur pied de projets de postcure

<p>Stationäre und halbstationäre Nachsorgeprojekte sollen mit einer gesicherten Finanzierung dazu beitragen, dass der Austritt aus der stationären Therapie stufenweise begleitet erfolgen kann.</p> <p><i>Des projets de post-cure résidentiels et semi-résidentiels, au financement garanti, doivent contribuer à ce que la sortie du traitement résidentiel puisse se faire progressivement, avec un accompagnement adéquat.</i></p>	3a)	Mehr Geld für Nachsorge-Projekte: - Bildung - Berufsausbildung - Wohnen
	3a)	Im Rahmen des stationären Angebotes, rechtzeitig, phasenweise teilstationäre Betreuung ermöglichen! (Keine Trennung der Kostenträger von: Stationär + Ambulant)
	3a)	Halbstationäre Angebote sind verbindlich in die Therapieplanung mit einzubeziehen.
	3a)	Suivi en appartement résidentiel (post-cure).
	3a)	Nachsorge aus dem erworbenen Vertrauen heraus spricht für ein Angebot der Therapieeinrichtung! Das finanziert werden müsste.

3a) 3. Konkrete Nachsorgeangebote - Offres concrètes de postcure

<p>Ein Ausbau von Nachsorgeangeboten im Bezug auf Wohnen, Arbeit und Beziehungsnetz werden genannt, um Integration nach einer stationären Therapie zu verbessern.</p> <p><i>Le développement d'offres de post-cure en matière de logement, de travail et de réseau relationnel est considéré comme devant améliorer la réinsertion sociale après une prise en charge résidentielle.</i></p>	3a)	Aussenwohngruppen mit geschützten Arbeitsplätzen.												
	3a)	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture du centre vers l'extérieur : permettant de faire des expériences et la thématisation de celles-ci dans un lieu de protection qu'est le centre (lien avec famille/avec la ville/ etc.) expériences de travail etc. • Pratique de réseau : le réseau d'avant la thérapie et préparer le réseau et les conditions après (dans le détail). 												
	3a)	Kürzere stationäre Aufenthalte und frühzeitiges Expositionstraining. Flexibilisierung der Übergänge stationär – teilstationär – ambulant.												
	3a)	Bezugspersonenbegleitung während stationärem Aufenthalt und der gesamten Nachsorge.												
	3a)	„Hilfe zur Selbsthilfe“. „Koordination zur Eigenorganisation“												
	3a)	Fliessender Übergang von												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Stationär –</th> <th>Halbstationär –</th> <th>Nachsorge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td>individuellere Förderung (Schule – Lehre – Arbeit)</td> <td>Betreutes Wohnen ↓</td> <td>Beratungsstelle (Contact, Drop in)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Verstärkung des Beziehungsnetzes</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Stationär –	Halbstationär –	Nachsorge	↓	↓	↓	individuellere Förderung (Schule – Lehre – Arbeit)	Betreutes Wohnen ↓	Beratungsstelle (Contact, Drop in)		Verstärkung des Beziehungsnetzes	
	Stationär –	Halbstationär –	Nachsorge											
↓	↓	↓												
individuellere Förderung (Schule – Lehre – Arbeit)	Betreutes Wohnen ↓	Beratungsstelle (Contact, Drop in)												
	Verstärkung des Beziehungsnetzes													
3a)	Betreute Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten.													

	3a)	Weitere AWG's erstellen Arbeit u. Wohnung gut vorbereiten. Weitere Ambulante Gesprächsmöglichkeiten anbieten.
	3a)	Arbeits- und Wohnexternate schon während der Therapie.
	3a)	Sozialarbeiterische Unterstützung und Vernetzung mit A.-vermittlung, A.-projekten etc..
	3a)	Strukturierte Begleitung (graduell ..?????) (Professionelle od. zuvor eigens geschulte Freiwillige „Helfer“) - Schaffung von Selbsthilfeprojekte ... lokal / regional - „Nottelefon“ (rund um die Uhr) Austritt <u>muss</u> mit der Nachsorge einhergehen.
	3a)	Nachsorge und stabile Wohngemeinschaft die mit nicht Suchtgefährdeten Personen mehrheitlich besetzt ist.
	3a)	Stufengerechte Klient - Bezogene Angebote.
	3a)	Die Institution arbeitet in einem Gebiet mit einem breiten Arbeitsplatzangebot.
	3a)	Kein Austritt ohne Tagesstruktur.
	3a)	Mehr Integration in den Arbeitsmarkt
	3a)	Leur permettre de garder un travail (év. occupation) au travers d'ateliers protégés. Offrir un service de placement et de suivre par des stages en entreprise.
	3a)	Mehr Toleranz in der Gesellschaft, den „Ehemaligen“ eine Chance in der Arbeitswelt zu geben. Zusammenschluss (Selbsthilfegruppen) von Ehemaligen.
	3a)	→ statt AWD:: → Klienten in <u>nicht</u> suchtspezifischen WG's betreuen Grund: Endlich aus dem Suchtmilieu

3a) 4. Ambulante Angebote - Offres ambulatoires

<p>Die Nachbetreuung nach dem stationären Rahmen soll in einem ambulanten Rahmen erfolgen. Auch hier es unabdingbar, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen dem stationären und ambulanten setting gewährleistet ist.</p> <p><i>Après le cadre résidentiel, la post-cure doit s'effectuer dans un cadre ambulatoire. Là aussi, il est indispensable de garantir une étroite collaboration entre structures résidentielles et ambulatoires.</i></p>	3a)	Nach stationärer Therapie - sollten die Stationären die „Beziehungsarbeit“ weiterführen (Brückenkopf) - sollten die Ambulanten jegliche weiteren Aufgaben den Stationären abnehmen.
		Spannungsfeld: Stütze und Eigenständigkeit.
	3a)	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäres Angebot bietet ambulante Nachsorge an. • Bereits während stationärer Phase bauen sich Klienten eub Beziehungsnetz (extern) auf. • Selbsthilfe-Gruppen.
	3a)	Travailler de façon plus proche avec les services sociaux qui offrent des prestations sociales, avant la sortie du client pour assurer le relais, faire office de soutien pour ceux qui ont besoin ou le demandent.
	3a)	Individuelle Nachbetreuung im ambulanten oder tagesklinischen Setting bis die « neue » Situation klar und stabil ist.
	3a)	Verbindliche ambulante Nachsorge für mehrere Monate als Bestandteil des stationären Therapievertrages.
	3a)	Klarer Auftrag seitens der VersorgerInnen mit minimaler finanziellen Unterstützung.

	3a)	Collaboration inter-services (avant et après le résidentiel). Préparation à la sortie au niveau administratif (mise à jour) et professionnel.
	3a)	Bessere Vernetzung mit ambulanten Stellen mittels routinierten, geregelten Abläufen.
	3a)	Ambulante Beratungsstellen erarbeiten differenzierte Indikation für stat. Einrichtung + fördern Psychotherapie beim eingewiesenen Klient durch. In der Nachsorge läuft die Psychotherapie weiter ⇒ Binnen-Orientierung entfällt (vgl. 3c).
	3a)	Konsequente Nachsorgearbeit der Ambulanten bedeutet, dass sie die Arbeitsweisen der stat. kennen.
	3a)	Gute ambulante Vernetzung intensive Begleitung, Nachbetreuung in den ersten 4 Monaten. Enge Vernetzung mit Bezugspersonen.
	3a)	Vom Kostenträger geforderte ambulante Nachbetreuung bis zu 1/2 Jahr!
	3a)	Vernetzung mit ambulanter Stelle vor Austritt; nicht nur Terminvereinbarung, sondern gemeinsames Gespräch im Sinne von Standortbestimmung und Formulierung von weiteren Zielen.
	3a)	Spezialisierte Institutionen Zusammenarbeit mit Firmen auf dem freien Markt Intensive Nachsorge

3a) 5. Vision - Vision

	3a)	A: nie mehr austreten! B: gar nicht erst eintreten
--	-----	---

3 b) Ambulante Angebote fördern den ausstiegs-orientierten, stationären Weg zu wenig. Mit welchen Massnahmen könnte dies verbessert werden? - Les services ambulatoires encouragent pas assez les thérapies orientées vers l'abstinence. Avec quelles mesures pourrait-on améliorer cette situation ?

3b) 1. Information / Koordination / Kommunikation - Information / Coordination / Communication

<p>Information, Koordination und Kommunikation zwischen den stationären und ambulanten Angeboten und Fachpersonen sind die weit häufigsten genannten Massnahmen, um auf der Ebene der Ausstiegsorientierung mehr zusammen zu arbeiten.</p> <p><i>L'information, la coordination et la communication entre structures résidentielles et ambulatoires - de même qu'entre professionnels - sont les mesures de loin le plus souvent citées pour favoriser la collaboration en matière d'orientation vers la sortie de la dépendance.</i></p>	3b)	Bewusster Einsatz seitens der BetreuerInnen im ambulanten Bereich.
	3b)	Besucht stationäre Einrichtungen Ladet ambulante Einrichtungen ein.
	3b)	Bessere Zusammenarbeit mit Institutionen u. Ambulanten d.h. Ambulante nehmen Kontakt mit Institutionen auf und umgekehrt, z.B. für Ratschläge, gemeinsame Planungen etc...
	3b)	Gegenseitige Kontakte und gemeinsame Projekte.
	3b)	Echanges longue durée (au moins 6 mois) entre collaborateurs résidentiel et collaborateurs ambulatoires. → ←
	3b)	Verbesserung der Information, Kommunikation und Zusammenarbeit.
	3b)	Kontakt pflegen mit Vorstellungsbesuchen. Ergänzende Dienstleistungen suchen, ??? und Anbieten + Nutzen.

	3b)	Information régulière de l'offre résidentielle auprès de clients de l'ambulatoire.
	3b)	Angestellte KollegInnen von Ambulanten Angeboten sollen uns als stationäre Einrichtungen besuchen und den Dialog suchen.
	3b)	Kurz.Angebot von Praktika für Mitarbeitende in den anderen Bereichen der Suchthilfe.
	3b)	S'inspirer du marketing social Faire connaître s'il y a quelque chose d'attractif dans ce domaine Les serv. amb. ne sont pas le fournisseurs principaux, s'adresser mieux aux concernés.
	3b)	Schnittstellen schaffen, zwischen Ambulanten + Stationären z.B. gemeinsames Sparangebot Tag der offenen Tür etc...
	3b)	Plus d'information Plus de rencontres et d'échanges Faire plus participer le service amb. lorsqu'il place un résident dans l'évolution de sa thérapie
	3b)	Vorgängig bessere prof. Vernetzung. Weiter sollten Arbeit, Whg., Freizeit besser vorbereitet werden
	3b)	Bessere Kommunikation + Hochachtung des gemeinsamen Interessens.
	3b)	Travail en réseau, échanges d'information entre l'ambulatoire et le résidentiel.
	3b)	Ja, ein Case Management dass das Klientel die « ganze Zeit » begleitet.
	3b)	Former les intervenants ambulatoires pour qu'ils considèrent l'abstinence comme un réel moyen thérapeutique.
	3b)	Ehemalige Klienten sind in der Regel gut vermerkt (NA) und haben eine starke Vorbildfunktion (lebendige Beispiele). Mit ihnen ein Angebot entwickeln (wichtigste Prinzipien könnten vermittelt werden, wie Sponsorenprinzip, kleine Schritte etc...) ...zeigen wie es funktioniert.
	3b)	Gute Vernetzung zw. beiden Angeboten sichern. Beziehungspflege zw. den verantwort. Personen der untersch. Angeboten (stat. + ambulante).

3b) 2. Qualitätssicherung - Assurance qualité

Qualitätssicherung wird als Mittel zur Lösung der Probleme genannt. <i>L'assurance qualité est citée comme moyen de résoudre des problèmes.</i>	3b)	Qualitätssicherungsmassnahmen.
--	-----	--------------------------------

3b) 3. These stimmt nicht, im Gegenteil - Thèse erronée

Mit der formulierten These sind einige nicht einverstanden. <i>Quelques uns ne sont pas d'accord avec la thèse formulée.</i>	3b)	Überholte Vorurteile.
	3b)	MitarbeiterInnen ambulanter Angebote kennen ...stationären Angebote persönlich Rückmeldungen Therapieverlauf stationäre an ambulante ????
	3b)	Stimmt das ?

3b 4. Stationär ist nur ein Teil des ganzen Behandlungsnetzes / Diversifizierung - Le résidentiel ne constitue qu'une partie de tout le réseau thérapeutique / Diversification

<p>Das die stationäre Therapie nur ein Teil eines ganzen Behandlungsnetzes ist, geht aus den folgenden Voten hervor. Zudem fehlt es an teilstationären Angeboten. Über den Sinn der Abstinenz wird im weiteren reflektiert.</p> <p><i>Il ressort des avis ci-dessous que la thérapie résidentielle ne constitue qu'une partie d'un réseau global de prise charge. Manquent en plus des structures semi résidentielles. Quant au sens de l'abstinence, il en sera fait état plus loin.</i></p>	3b)	Substitution=Ausstiegsprogramm Ambulante müssen Ressourcen frei machen zur Motivationsarbeit.
	3b)	Entmystifizierung der Substitution. Offener Diskurs über das Tabu Beikonsum.
	3b)	Reflexion des Sucht- bzw. Abstinenz – Verständnis (Sinn von Abstinenz) Strukturen der Zusammenarbeit aufbauen,
	3b)	Angebote im teilstationärem Bereich fördern im Sinne von mehr Graustufen. D.h. Einbindung in eine Institution ist vorhanden und kann individuell angepasst werden.
	3b)	Die angesprochene Zielgruppe taucht auf ambulanten Beratungsstellen wenig auf.
	3b)	L'encadrement est souvent insuffisant. Rares sont les institutions qui offrent la possibilité de réfléchir sur une rechute avec intensité. Ce travail pourrait avoir lieu dans une institution résidentielle, pendant un « time out » de 1 ou 2 semaines.
	3b)	Aufbau von Tageskliniken, intensivieren teilstationärer Angebote mit angemessenen Forderungen und von ??????
	3b)	Wie wichtig ist die Abstinenz <u>wirklich</u> ? → Suchtfreie Gesellschaft als Illusion → Klienten dort abholen wo sie sind
	3b)	Ambulante, gut strukturierte, hoch – frequentierte Entzugs- und Therapieprogramme einrichten. Welche für ein gewisses Klientensegment hilfreich sein könnte.
	3b)	Abstinenzorientierter Weg könnte besser gefördert werden, wenn es eine grössere ?? von stationären Angebote gäbe, z.B. hinsichtlich Therapiedauer, stationäre Orientierungsphase.

3b) 5. Berufliche Integration - Intégration professionnelle

	3b)	Berufliche Integration !? Beruf + Sinnggebung bzw. Sinnfindung
--	-----	--

3b) 6. Auftrag / Motivation der Ambulanten - Mandat / Motivation des services ambulatoires

<p>Eine Klärung des Auftrags der ambulanten Fachstellen würde helfen.</p> <p><i>Une clarification du mandat des services ambulatoires serait d'une aide appréciable.</i></p>	3b)	Der Auftrag der amb. Stellen müsste geklärt sein. Sind sie nur Zubringer oder Begleiter.
	3b)	Motivationsarbeit (Ambivalenz)
	3b)	Leistungsauftrag ändern
	3b)	Motivationsarbeit Nicht den Weg des geringsten Widerstandes gehen. Besichtigungen / Schnuppertage in stationären Institutionen.
	3b)	Z.B. mit Fachleuten in den gestützten Substitutionsprogrammen am Ausstieg arbeiten.
	3b)	Ausstieg als « sportliche » Herausforderung vermitteln.

	3b)	Ambulante stehen, wie die stationäre Einrichtungen unter Auslastungs- resp. Legitimationsdruck. Daher kein „echtes“ Interesse an eine stationäre Förderung. Lösung: engere Zusammenarbeit.
	3b)	Job-Sharing

3b) 7. Einschränkung des Substitutionsangebotes - *Limitation des offres de substitution*

Skepsis wird in Bezug auf die Substitutionsangebote und deren Durchführung geäußert. <i>Un certain scepticisme se manifeste quant aux offres de substitution et à leur mise en œuvre.</i>	3b)	Abgabeprogramme C / Heroin / Methadon verkürzen auf ein Minimum
	3b)	Begründung zhd Arzt, warum nach einer best. Periode weitere Substitution indiziert ist.
	3b)	Substitutionsprogrammen fehlt oft eine klare Zielsetzung, welche mit dem Klienten immer wieder überprüft wird, Substitution ohne professionelle Begleitung mit multiperspektivischem Blick verhindert eine Entwicklung (siehe Hausärzte welche ohne Vernetzung die Methadonprogramme führen).

3b) 8. « Unfriendly Takeover » - *Prise de pouvoir (Unfriendly Takeover)*

Eine „unfreundliche Übernahme der ambulanten durch die stationären wird als Lösung der Probleme gesehen. <i>Une reprise inamicale du secteur ambulatoire par le résidentiel est considérée comme la solution aux problèmes.</i>	3b)	Infiltrer le réseau ambulatoire avec des „intervenants spéciaux“ et à la solde du résidentiel.
--	-----	--

3 c) Die stationären Therapien arbeiten zu (b)innen-orientiert, Gruppeninteressen werden vor Interessen der Individuen gestellt. Welche Veränderungen sind einzuleiten? - *Les centres de thérapie résidentielle travaillent trop sur la dynamique interne et les intérêts de groupe priment parfois sur les intérêts individuels. Quels changements pourraient être introduits à ce sujet ?*

3c) 1. Stimmt so nicht - *Pas vrai !*

Die These wird von einigen KollegInnen so wie sie formuliert ist zurückgewiesen. <i>Cette thèse, telle qu'exprimée, est rejetée par certains collègues.</i>	3c)	Überholte Vorurteile
	3c)	Stimmt nicht generell! Wir betreiben heute schon Therapie in der Stadt mit Einbezug der öffentlichen Strukturen.
	3c)	Travaillent – ils vraiment trop ?
	3c)	Diese Behauptung entspricht nicht der Tatsache. Stationäre Therapien sind immer mehr individuell gestaltete Einzeltherapien im Rahmen einer Gruppe! Vernetzung ist eine zentrale Aufgaben der stationären Therapien und diese wird in der Regel auch geleistet.

3c) 2. Vorschläge für Therapiekonzepte - Propositions de concepts thérapeutiques

<p>Zahlreiche Vorschläge werden auf der Ebene der Therapiekonzepte geäußert.</p> <p><i>De nombreuses propositions sont faites se rapportant aux concepts thérapeutiques.</i></p>	3c)	Vergleichbare Profile der TG's , Konkrete inhaltliche Angabe, Förderung von Verhaltens- und Psychotherapien.
	3c)	Die b-Innenorientierung ist als eine Einheit (unter anderen) im Prinzip sehr wichtig. Die <u>Wechsel</u> zwischen verschiedenen Einheiten (Intensivphase, Freizeit, Arbeit) sind dagegen zu wenig konzeptionell und methodisch entwickelt. <u>Wechsel</u> von Einheiten / Modulen als <u>methodisches Prinzip</u> .
	3c)	- Ausbau der Psychotherapeutischen Angebote → individuell, ev. Extern - Teilstationäre Angebote ausbauen
	3c)	Realistisch alltagstaugliche Therapiekonzepte
	3c)	Individualisierte Angebote fehlen. Einzelpsychotherapien zu rar.
	3c)	Ouverture progressive à la réinsertion professionnelle. Spécification de la prise en charge par rapport à la problématique.
	3c)	Individueller Arbeitsweise, mehr Spielraum im Therapien, Austausch möglich zw verschiedener Therapien.
	3c)	(3a) Ambulante Beratungsstellen erarbeiten differenzierte Indikation für stat. Einrichtung + fördern Psychotherapie beim eingewiesenen Klient durch. In der Nachsorge läuft die Psychotherapie weiter ⇒ Binnen-Orientierung entfällt (vgl. 3c).
	3c)	Klientenbedürfnisse konsequent aufnehmen und im Konzept umsetzen.
	3c)	Veränderungen Richtung Individualisierung sind im Gange → individuelle Therapieplanung → individuelle Therapiedauer
	3c)	Forderung der Klientel zu individueller Freizeitgestaltung mit neuem sozialem Netz (z.B. Verein, Kurs, Kirche) innerhalb der Therapiezeit.
	3c)	Trifft nicht auf alle stationären zu! Individuell gestaltete Therapiepläne sind heute unabdingbar. Die Gesellschaft lebt heute von Individualisten.
	3c)	Angebote und Aufenthaltsdauer am Bedürfnis des Einzelnen ausrichten, im Vertretbaren Mass der Gruppe gegenüber.
	3c)	Maintenir les contacts avec l'extérieur: Loisirs par exemple
	3c)	Inhaltliche Konzepte – die angewandt und überprüft werden!
	3c)	Question 3a) et 3c) sont liées. Le « choc » de la sortie pourrait-il être « traité » dans la thérapie sortir = quitter Sens de quitter et de que cela réveille.
3c)	Pour la sortie d'une thérapie, l'accent devrait être accentué sur la systémique familiale, professionnelle ou sportive.	
3c)	Wir brauchen Projekte und Aktivitäten die auch die « normale » Gesellschaft zur (Re)integration verpflichten.	

3c) 3. Stärkung der Verbände - Renforcement des associations

<p>Der Weg muss über die Verbände gehen, als Ansprechspartner für alle Einrichtungen und als Forum für die Entwicklung neuer Strategien.</p> <p><i>La solution doit passer par les associations, en tant qu'interlocuteurs représentant toutes les institutions et de lieu de discussion pour le développement de nouvelles stratégies.</i></p>	3c)	Die „binnen“ Orientierung liegt in der Sache selbst (Aufbau eines Individuums → der Fötus ist auch gut geschützt). Wäre diese Tendenz nicht zu durchbrechen wenn die Behörden den Dachverbänden mehr Kompetenzen zusprächen und Schluss machen würden mit der „Einzelinstitutionsverhandlung“!
	3c)	Gemeinsame Austauschrunden innerhalb Verbände VSD, A+S etc... → gemeinsame Strategien entwickeln, neue Angebote ja nach Nachfrage kreieren.

3c) 4. Zusammenarbeit stärken / Case Management - Renforcement de la collaboration / Case Management

<p>Nur durch verbesserte Zusammenarbeit intern wie auch extern, eine Verbesserung der Vernetzung extern gelingt es diese Situation zu verbessern.</p> <p><i>Ce n'est que par une meilleure collaboration, à l'interne comme à l'externe, et une amélioration du travail en réseau que l'on parviendra à améliorer cette situation.</i></p>	3c)	Verbesserungen der Zusammenarbeit intern → extern Paradigmenwechsel → systemische Denkweise.
	3c)	Verbessert die Öffentlichkeitsarbeit
	3c)	Vernetzung verdichten Marketing verstärken
	3c)	La dynamique interne est nécessaire au début du TTT résid. Le processus thérapeutique entend l'orientation sur des ressources externes en collaboration étroite avec le secteurs ambulants. afin de soutenir l'extérieur de sa démarche (phase d'intégration sociale).
	3c)	Aussenorientierung / Aussenvernetzung in allen Bereichen.
	3c)	Externes Case Management
	3c)	Vernetzung, gute Zusammenarbeit mit ambulanten Stellen Information / Austausch Case Management.
	3c)	(3a) Ambulante Beratungsstellen erarbeiten differenzierte Indikation für stat. Einrichtung + fördern Psychotherapie beim eingewiesenen Klient durch. In der Nachsorge läuft die Psychotherapie weiter ⇒ Binnen-Orientierung entfällt (vgl. 3c).

3c) 5. Frage – Question

	3c)	Vielleicht sollte man umgekehrt fragen: Wieso hat in unserer Gesellschaft die Interessen der Individuen einen so hohen Stellenwert dass ein grosser Prozentsatz von Ehen und Familien zerbricht?
--	-----	---

(4) Die Rolle des Bundes (insb. BAG und BSV) in der Suchtpolitik der kommenden Jahre - Le rôle de l'OFSP dans la politique des dépendances des prochaines années (Markus Jann)

4 a) Fehlt Ihnen ein Engagement des Bundes (BAG, BSV...)? Wo? - Constatez-vous un manque d'engagement de la part de la Confédération (OFSP, OFAS...) Où?

4a) 1. Finanzierung - Financement

<p>Die meisten Rückmeldungen zur Rolle des Bundes betreffen die Finanzierung. Einerseits wird bemängelt, dass sich das BSV von der Finanzierung zurückzieht, andererseits wird befürchtet, dass eine Finanzierungslücke den stationären Therapiebereich empfindlich treffen könnte. Wenn von 4 - Säulen der Drogenpolitik die Rede ist, sollte der Bund auch deren Finanzierung sichern.</p> <p><i>La plupart des retours sur le rôle de la Confédération concernent le financement. D'une part, le retrait de l'OFAS du financement est critiqué, d'autre part on craint un manque de financement susceptible d'affecter gravement le secteur résidentiel.</i></p> <p><i>Dès lors qu'il est question d'une politique des dépendances à 4 piliers, encore faut-il que la Confédération en assure le financement.</i></p>	4a)	Eine zentrale Regelung, der Finanzierung für alle stat. Angebote wäre sehr Hilfreich (auch unter finanz. Beteiligung der Kantone).
	4a)	Ja → Führungsverantwortung im Finanzierungsbereich → z.B. Konkrete Lösungen ab 01.01.03 für ausserkantonale Klienten.
	4a)	In der zukünftigen Finanzierung der Angebote im Suchtbereich. Qualität kann nicht nur gefordert werden, sie muss auch unterstützt und gefördert werden und bezahlt!
	4a)	Es bedarf einer grundsätzlichen Unkrepelung: Finanzierung aus einer Hand (statt Heim, Klinik, TWG; Krankenkasse, Gemeinde...).
	4a)	In der Finanzierung!
	4a)	Wer zahlt befiehlt! Aufrechterhaltung der finanziellen Unterstützung der Institutionen der Therapie, damit die 4-Säulen – Politik nicht zusammenbricht.
	4a)	Bund sollte die Finanzierung endlich regeln.
	4a)	Actuellement la confédération est très engagée... à faire des ECONOMIES!
	4a)	En rêvant on peut imaginer que les politiques décident que la Confédération ait une vraie politique alcool – drogues et qu'elle finance ses décisions.
	4a)	OFAS : désengagement financier OFSP : beaucoup d'ambition mais pas de ressources financières (sauf projets) = gestion de la pénurie....
	4a)	Der Bund kann nicht einfach aus der Finanzierung der stat. Abstinenzorientierten Therapien aussteigen
	4a)	Financement!
	4a)	Bund + Kanton schaffen eine Suchtmittelversicherung, die Therapiekosten regelt!

4a) 2. Steuerung des Angebotes / Koordination unter den Bundesämtern - *Pilotage de l'offre / Coordination des offices fédéraux*

<p>In Bezug auf die Steuerung des Angebotes aber auch die Koordination unter den Bundesstellen (konkret zwischen den verschiedenen Projekten) werden Lücken genannt.</p> <p><i>Des lacunes sont constatées concernant le pilotage de l'offre mais aussi la coordination des différents office fédéraux (concrètement: des différents projets).</i></p>	4a)	Koordination und Steuerung der stationären Angebote.
	4a)	Koordination unter den Bundesstellen FuSu / ActInfo / Sambad ...
	4a)	Koordinieren statt Engagieren

4a) 3. Rolle der IV / Sozialversicherung - *Rôle de AI / Assurances sociales*

<p>Einige Äusserungen betreffen die Rolle der IV in bezug auf die bisherige unbefriedigende Praxis der Arzteugnisse, aber auch in bezug auf die Wiedereingliederungsmassnahmen. Klärung wird auch auf der Definitionsebene Invalidität – Sucht gewünscht.</p> <p><i>Quelques propos concernent le rôle de l'AI par rapport à la pratique passée insatisfaisante des certificats médicaux, mais aussi quant aux mesures de réintégration. Une clarification des définitions de l'invalidité et de la dépendance est également souhaitée.</i></p>	4a)	Die Rolle der IV ist alles andere als geklärt! Eingliederung im Sinne des IVG.
	4a)	Anerkennung von Sucht als Krankheit auch in der Sozialversicherung, nicht nur in der Krankenversicherung.
	4a)	Nationale Anerkennung des BSV bzw. – wie sind Bundesnationale Institutionen ! -
	4a)	IV sollte mehr Wiedereingliederungsmassnahmen sprechen.
	4a)	Suchtgesetz Klärung Invalidität / Sucht
	4a)	BSV verhält sich unfair bis lügenhaft! Hält bezüglich IV-Anerkennung die gemachten Aussagen nicht ein!
	4a)	Suppression de l'OFAS (... de son rôle par rapport aux dépendances) Dépendance ≠ handicap ≠ invalidité

4a) 4. Sucht als Krankheit - *La dépendance en tant que maladie*

<p>Gewünscht wird ebenfalls eine Klärung der Definitionsebene Sucht als Krankheit. Wobei diese Aussage sowohl befürwortet, wie auch abgelehnt wird.</p> <p><i>Est également souhaitée une clarification de la définition de la dépendance en tant que maladie, sachant que cette affirmation est aussi souvent approuvée que rejetée.</i></p>	4a)	Sucht = Krankheit = Stigmatisierung und samt Wegnahme der Eigenverantwortung.
	4a)	„Sucht“ müsste als <u>Krankheit</u> anerkannt werden.
	4a)	Suchtgesetz Klärung Invalidität / Sucht

4a) 5. Prävention (primär, tertiär) - *Prévention (primaire, tertiaire)*

<p>Vermehrtes Engagement des Bundes wird im Bereich der primären und tertiären Prävention gefordert. Konkrete Vorschläge werden im Bereich des Jugendschutzes und des Ausbaus bestimmter Bereiche (z.B. Gassenarbeit) gesehen.</p> <p><i>Un engagement accru de la Confédération dans le domaine de la prévention primaire et tertiaire est demandé.</i></p> <p><i>Des propositions concrètes sont faites en matière de protection de la jeunesse et de développement de certains secteurs (p.ex. travail de rue).</i></p>	4a)	Der Bund sollte den Wert der Abstinenz vermehrt in seiner Prävention. Kampagnen in den Mittelpunkt stellen.
	4a)	Zu einseitig orientiert an „safer sex“, safer drug use“ etc. statt dem Engagement zugunsten der Wurzeln der Probleme, nämlich im verlassen eines Menschenbilds das sich an einer ganzheitlichen <u>Heilung</u> orientiert!
	4a)	Prise en compte sérieuse des consommations des mineurs avec projets de protection, soutien et TTT. (consommations dures de cannabis, sevrages de cocaïne, héroïne, ...)
	4a)	Mittel für die Motivation zu Ausstieg bereitstellen. Gassenarbeiter finanzieren.

4a) 6. Entpolitisierung der Suchtarbeit - *Dépolitisation du travail de drogues*

Der Bund sollte die Politisierung der Suchtarbeit beenden. <i>La Confédération devrait mettre fin à la politisation du travail des dépendances.</i>	4a)	Ganz eindeutig in der echten Fähigkeit, Aufträge zu delegieren, damit die Politisierung der Suchtarbeit beendet werden kann.
--	-----	--

4a) 7. Forschung - *Recherche*

Ein vermehrtes Engagement in der Forschung wird gefordert. <i>Un engagement accru en faveur de la recherche est exigé.</i>	4a)	Zusätzliches Engagement für Forschung, um „Therapy-matching“ zu ermöglichen.
---	-----	--

4a) 8. Inhaltliche Schwerpunktsetzung - *Définition des axes centraux au plan du contenu*

Weiter werden inhaltliche Anregungen gestellt, insbesondere in Bezug auf einen Ausgleich zwischen den verschiedenen Suchtmitteln. Ebenfalls wird eine Fachtagung über verschiedene Therapiemethoden gewünscht. <i>Par ailleurs, des propositions sur le fond sont faites, en particulier concernant une égalité de traitement des divers stupéfiants. De même, le souhait est exprimé que soit organisée une Journée nationale sur diverses méthodes thérapeutiques.</i>	4a)	Weiterhin die Relation bezl. verschiedener Suchtmittel aufzeigen und dafür sorgen, dass ein Ausgleich passiert. Alk, Medi, Zigi, und, und.....
	4a)	Fachtagung über Therapie – Methoden, mit Referaten / Poster von allen Interessenten (offene Teilnahme).

4a) 9. Nein - *Non*

Eine Person ist mit dem Engagement des Bundes völlig zufrieden. <i>Une personne est parfaitement satisfaite de l'engagement de la Confédération.</i>	4a)	Non
---	-----	-----

4 b) Die 4-Säulen-Politik hat sich etabliert: welche Konsequenzen sehen Sie in der aktuellen Revision des BetMG für die stationären Therapien? - *La politique des quatre piliers est établie : quelles seraient les conséquences de la révision actuelle de la Loi sur les Stupéfiants pour les thérapies résidentielles?*

4b) 1. Keine Konsequenzen - *Sans conséquence*

Keine bis keine wesentlichen Konsequenzen für die stationäre Therapie werden sehen einige Personen. <i>Quelques participant(e)s ne voient aucune ou aucune conséquence grave pour la prise en charge résidentielle.</i>	4b)	Keine Konsequenzen (Revision geht zu wenig weit).
	4b)	Keine grossen: stat. Therapien werden wie herer für eine best. Gruppe KlientInnen sinnvoll und nötig sein.
	4b)	Es wird keine wesentlichen Konsequenzen geben
	4b)	Keine Klärung der Zusammenarbeit Substitution und ausstiegsorientierte Suchthilfe.
	4b)	Pas grand chose ; exemple: nous fonctionnons déjà avec des produits légaux que nous n'autorisons pas.

4b) 2. Probleme für stationäre Therapie / Stationäre Therapie - Problèmes pour la prise en charge résidentielle / Prise en charge résidentielle

<p>Grosse Konsequenzen werden von anderer Seite genannt, nämlich, dass die stationären Therapie an Bedeutung verlieren wird.</p> <p><i>D'autres font état de graves conséquences, en ce sens que la prise en charge résidentielle perdra en importance.</i></p>	4b)	„Abstinenz verliert Marktwert“ (Zitat Christian Moeckli 08.11.02)
	4b)	Sie wird noch mehr auf die Seite gedrängt.

4b) 3. Fachliche Auswirkungen (Angst vor Verlust der Abstinenzorientierung, Umgang mit Rückfällen, Produkteorientierung) - Effets professionnels (crainte de la perte de l'orientation vers l'abstinence, acceptation des rechutes, orientation des produits)

<p>Befürchtet wird ebenfalls ein Verlust der Abstinenzorientierung, andere Stimmen befürworten diese Tendenz und nennen konkret Cannabis als neue tolerierte Substanz. Es überwiegen jedoch die Bedenken, auch was in fachlicher Hinsicht ändern wird, im Fall vom Umgang mit Rückfällen.</p> <p><i>Est également crainte une perte de l'orientation vers l'abstinence, alors que d'autres soutiennent cette tendance et citent concrètement le cannabis comme une nouvelle substance tolérée. Les doutes prédominent néanmoins – également sur ce qui changerait du point de vue professionnel, en cas d'acceptation des rechutes.</i></p>	4b)	Les Lois ne doivent pas avoir de conséquences sur la décision d'abstinence d'une personne. (Alcool libre) ?
	4b)	Die verfassungsmässige Verankerung de 4 Säulenpolitik. Also auch der Säule Therapie – vorausgesetzt sie wird von der abstinenten nicht zur substituierten (Therapie...).
	4b)	Es muss die Abstinenz festgeschrieben werden.
	4b)	Quelle place pour l'abstinence?
	4b)	1 chance supplémentaire de faire avec le cannabis en tant que produit psychotrope licite. Remise en cause des valeurs liées à l'abstinence
	4b)	Réévaluation et re-considération de la rechute (quels produits « acceptables »)
	4b)	Es muss die Abstinenz festgeschrieben werden.
	4b)	Moderater Cannabiskonsum in TWG's erlaubt
	4b)	Die Bereitschaft und deren Umsetzung in die Praxis, abhängigen Menschen mittels Therapie zur Lebensverbesserung zu verhelfen hat zu wenig Grundlage.
	4b)	Ja, die direkte Zusammenarbeit mit der prof. Basis und die damit verbundenen aktuelle Evaluation.

4b) 4. Drogenpolitik - Politique des dépendances

<p>Erhofft wird, dass sich mit der gesetzlichen Verankerung der 4.Säule ein verbindlicheres finanzielles Engagement einhergehen müsste. Gefordert wird ein verstärktes Engagement für das BetMG.</p> <p><i>Est exprimé l'espoir qu'avec l'ancrage légal des 4 piliers intervienne un engagement financier plus sûr. Un engagement accru en faveur de la LStup est en outre demandé.</i></p>	4b)	4.Säule nicht nur politisch, auch finanziell ernst nehmen in der Bundespolitik
	4b)	Dass die 4 Säulenpolitik endlich auch gesetzlich verankert wird und entsprechende Leistungsaufträge dann auch für die Kantone gelten!
	4b)	Wo bleibt da die „Liberale“ Revision ?? (im Bundesgesetz gibt's kein „Sucht“ – Gesetz).
	4a)	Wenn dann bei der aktuellen Debatte zur Revision BetMG überhaupt noch ein Rest an Veränderungen übrig bleibt, könnte dies sehr wohl positive Auswirkungen auf die stat. Therapie haben. Das Engagement für das BetMG sollte grösser + deutlicher sein.

4b 5. Informationsverbesserung - Amélioration de l'information

Die Verbesserung des Informationsflusses per Mail wird einmal genannt. <i>L'amélioration des flux informatifs par e-mail est citée une fois.</i>	4b)	Periodische Information aller Institutionen, die auf der Mailingliste sein sollten.
---	-----	---

(5) Stationäre Therapie im Jahre 2010 - Les thérapies résidentielles en l'an 2010 (Thomas Egli)

5 a) Wie ist die geriatrische Abteilung einer stationären Behandlungseinrichtung im Jahr 2010 ausgestattet? - Comment le secteur gériatrique d'une institution résidentielle en l'an 2010 est-il équipé et doté?

5a) 1. Behandlungssetting - Structures de prise en charge

<p>Bezüglich der Rahmenbedingungen für eine Behandlung sind verschiedene Ideen generiert worden. Angefangen vom Personal (wenig Personal, junges Personal) bis zum Behandlungsangebot im Rahmen der bisherigen geriatrischen Pflege mit Medikamenten, einer spezifischen Suchtabteilung im Altersheim, bis zu Zielgruppen-unspezifischen Heimen, d.h. auch der Möglichkeit, dass Kinder und Jugendliche dort wohnen. Dabei wird einerseits davon ausgegangen, dass die Abstinenzorientiertheit obsolet geworden ist, dass aber psychiatrische Störungen vorhanden sind, die behandelt werden müssen. Gerade deswegen wird jedoch auch eine Abstinenzorientierung favorisiert.</p> <p><i>Diverses idées ont été émises concernant les conditions cadre d'une prise en charge, allant du personnel (peu de personnel, personnel jeune) jusqu'à une offre de prise en charge dans le cadre de soins gériatriques assortis de médicaments, d'une division spécifique pour toxicomanes dans des EMS jusqu'à des foyers spécifiques pour différents groupes cibles, y compris avec la possibilité pour des enfants et adolescents d'y habiter. Ces propositions partent de l'idée que l'orientation vers l'abstinence est obsolète d'une part, mais que, d'autre part, des troubles psychiatriques existent, qui doivent être traités.</i></p> <p><i>Mais précisément pour ce même motif, d'autres sont en faveur d'une orientation vers l'abstinence.</i></p>	5a)	Sie integriert Kinder + Jugendliche.
	5a)	Wie alle geriatrischen Stationen, viel Medis, wenig Personal.
	5a)	Behandlungsmöglichkeit Bzgl. Hepatitis, AIDS Möglichkeit zu Behandlung von Depressionen Persönlichkeitsstörungen
	5a)	Mit Rollstühle, junge Schwestern Und viel Toleranz
	5a)	Es wird eine „Suchtabteilung“ in der Geriatrie geben Menschen dieses Alters machen keine Therapie mehr, sie wollen sich nicht mehr ändern. Aber sie wollen adäquat versorgt werden.
	5a)	Das Geld für die verschiedensten medizinischen Experimente ist ausgegangen (Substitutionsangebote), stattdessen müssen HIV-Betroffene hospitalisiert und gepflegt werden. Die Rechnung mit nicht mehr resozialisierbaren Süchtigen, d.h. lebenslangen IV-Bezögern zugunsten der abstinenzorientierten Therapie ist nicht aufgegangen, Szenario – Es gibt viele schwerkranke Süchtige und aus Einsicht wieder bedeutender Ausstieg / Bedarf von Abstinenzorientierten Therapie.

5a) 2. Behandlungssetting: Substitution / Nicht abstinenzorientiert - Structures de prise en charge: Substitution / Pas d'orientation vers l'abstinence

<p>Die kontrollierte Abgabe von Methadon, Heroin sowie erlaubter Cannabiskonsum werden häufig als Bestandteil der Behandlung genannt.</p> <p><i>La remise contrôlée de méthadone, d'héroïne et la consommation autorisée de cannabis sont souvent citées comme faisant partie intégrante de la prise en charge.</i></p>	5a)	Mit Fixerraum, wird vom ambulanten Bereich abgedeckt.
	5a)	Automate à substances Possibilité de commander ce qu'il faut à domicile. Mise à disposition de tous les ustensiles. Protection architecturales
	5a)	Mit Rollstühlen und Hanfgärten.
	5a)	Altersheim mit Coffeeshop
	5a)	Wie andere Altersheime auch + kontrollierter Substanzabgabe
	5a)	In Einzelfällen wird MST o. Methadon im Medikasten sein, Benzodiazepine sind schon heute viel vorhanden (Langzeit überlebende).
	5a)	Mit Methadon und THC
	5a)	Méthadone, héroïne et autres produits de substitution. Formes galéniques variées (injection, fumer, inhalation, patch...) Machine à café
	5a)	Educateurs-trices spécialisés en macramé, en peinture sur porcelaine, etc.. Distributeurs automatiques de méthadone.

5a) 3. Infrastruktur - Infrastructures

<p>Konkrete Vorstellungen werden bezüglich der Infrastruktur und deren BenutzerInnen genannt.</p> <p><i>Des propositions concrètes sont faites quant aux infrastructures et à leurs usagers.</i></p>	5a)	Mit einem Begegnungsraum für die Politiker die Heute am Schaffen von Süchtigen beteiligt sind.
	5a)	Mikrowelle + Betreuungsautomaten Oder Zeltplätze die neu besiedelt werden
	5a)	Vollautomatische Küche Liegerraum mit Wohnlandschaft Bewegungslandschaft mit leichter Trainingsmöglichkeit Regelmässig Meditation gemäss genetischem Fingerprint
	5a)	Mit Rollstühlen
	5a)	Mit Rollstühlen

5a) 4. Freizeit / Aktivitäten - Activités de loisirs

<p>Ebenfalls konkrete Vorstellungen gibt es im Bereich der Freizeitaktivitäten...</p> <p><i>Des propositions concrètes sont également faites à propos des activités de loisirs...</i></p>	5a)	Es gibt ausser Kaffee z.B. Musikgruppen,, Go-Kart's und PingPong Tische
	5a)	Educateurs-trices spécialisés en macramé, en peinture sur porcelaine, etc.. Distributeurs automatiques de méthadone.

5a) 5. Personal - Personnel

<p>...und bezüglich Personal. <i>... et concernant le personnel.</i></p>	5a)	Mit Rollstühlen, junge Schwestern Und viel Toleranz
--	-----	--

5a) 6. Keine Vision - Sans vision

<p>Aufgrund der momentan angespannten Situation in der stationären Landschaft, sahen sich einige TeilnehmerInnen ausser Stande, Visionen fürs Jahr 2010 zu formulieren.</p> <p><i>Compte tenu de la situation momentanément tendue du paysage résidentiel, quelques participant(e)s ne se voyaient pas en état de formuler des visions pour 2010.</i></p>	5a)	Wie soll ich über 2010 was denken, vorstellen können, wenn es unsere Institution ab 1.1.2003 vielleicht nicht mehr gibt, weil weder Bund, Kanton noch Bank uns über die finanzielle Enge helfen will!?
	5a)	On ferait mieux de se poser la question sur ce qui se passera en juillet 2003 plutôt qu'en 2010 !
	5a)	Séjours visionnaires

5 b) Welche Substanzen darf ich im Jahr 2010 während einer stationären Therapie konsumieren? - Quelles sont les produits que je peux consommer pendant une thérapie résidentielle en l'an 2010 ?

5b) 1. Keine - Aucune

<p>Die Heterogenität der Antworten umfasst das gesamte Spektrum der Möglichkeiten. Einige sprechen sich klar gegen jeglichen Konsum von Substanzen aus.</p> <p><i>L'hétérogénéité des réponses englobe tout le spectre des possibilités. Quelques uns se déclarent fermement opposés à toute consommation de substances.</i></p>	5b)	Die Substanzen benötigen keinen stationären Rahmen
	5b)	Keine!!!
	5b)	Keine
	5b)	Neuroleptika A + Antidepressiva bis dahin wird man in Einzelfällen immer noch mit Methadon arbeiten. Hoffnung besteht, dass die Therapien weiterhin vor allem Abstinenzorientiert arbeiten können.
	5b)	<p>Sont bannis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Café • Méthadone • Cigarette • Miel américain

5b) 2. Alle /Kontrollierter Umgang erlernbar - Tous / Usage contrôlé possible

<p>Andere sind für eine völlige Liberalisierung und gehen davon aus, dass ein kontrollierter Umgang lernbar ist.</p> <p><i>D'autres sont favorables à une totale libéralisation et partent du principe qu'un usage contrôlé peut être appris.</i></p>	5b)	Die Frage lautet dann welche nicht.
	5b)	Eigentlich muss doch der kontrollierte Umgang mit allen legalen Substanzen möglich sein und allenfalls erlernt werden.
	5b)	Alle Substanzen, deren Konsum gemäss ärztlicher Indikation Sinn macht und die mir gut tun.

5b) 3. Konzeptabhängig / Institutionsvielfalt - En fonction du concept / Diversité des institutions

<p>Wieder andere betonen, dass es eine Institutionsvielfalt geben muss und diese Frage daher konzeptabhängig ist.</p> <p><i>D'autres encore soulignent qu'il doit y avoir une diversité d'institutions et que cette question dépend conséquemment du concept.</i></p>	5b)	Je nach Konzept der einzelnen Institution von keinen bis zu allen legalen Mitteln. Vielfalt muss und soll weiterhin Platz nebeneinander haben.
	5b)	Je nach vorhandenen Angebot und angewandtem Opportunitätsprinzip ist hier alles vorstellbar: von totalem Substanzverbot während der Therapie bis zur <u>totalen Freigabe</u> sämtlicher zu diesem Zeitpunkt gesellschaftlich akzeptierter Drogen... ► ist ansatzweise schon heute der Fall in einigen Institutionen.

**5b) 4. Medikamente /medizinisch indizierte Substanzen / Kontrollierte Abgabe -
Médicaments / Substances médicalement induites / Distribution contrôlée**

<p>Am häufigsten wird die medizinische Verschreibung von Substanzen toleriert.</p> <p><i>C'est le plus souvent la prescription médicale des substances qui est tolérée.</i></p>	5b)	Medikamente zur Behandlung Comorbides Störungen, u.a. Psychopharmaka.
	5b)	So wie heute? Die, die noch nicht nachgewiesen werden können, nicht auf Index-Liste
	5b)	Abgabe für jeden Bedarf (substanzmässig)
	5b)	Psychopharmaka, THC, Nikotin.
	5b)	Neuroleptika A + Antidepressiva bis dahin wird man in Einzelfällen immer noch mit Methadon arbeiten. Hoffnung besteht, dass die Therapien weiterhin vor allem Abstinenzorientiert arbeiten können.
	5b)	Alle Substanzen, deren Konsum gemäss ärztlicher Indikation Sinn macht
	5b)	Praktisch alle, sofern medizinisch indiziert (z.B. H als Psychoprophylaxe)
	5b)	Médicaments psychotropes Tous toxiques qui n'incluent pas de la dépendance
	5b)	Aller als Medikamente zugelassenen und anerkannten Substitutionspräparate.

5b) 5. Diverse Substanzen - Substances diverses

Folgende Substanzen, die während einer stationären Therapie konsumiert werden dürften, werden konkret genannt: Alkohol, Cannabis, Methadon, Heroin, Kokain und Nikotin.

Sont nommément citées les substances suivantes, qui devraient pouvoir être consommées durant une prise en charge résidentielle: alcool, cannabis, méthadone, héroïne, cocaïne et nicotine.

5b) 5.1 Alkohol - Alcool	5b)	THC, Alkohol und eine letzte Substanz nach freier Wahl.
	5b)	Minimal Alkohol
5b) 5.2 THC / Hanf - Cannabis	5b)	THC, Alkohol und eine letzte Substanz nach freier Wahl.
	5b)	Psychopharmaka, THC, Nikotin.
	5b)	Hanf!!!
	5b)	THC
5b) 5.3 Methadon - Méthadone	5b)	Es gibt Methadon-, Heroin-, Kokain-, Pflz-, und Mischkonsumaltersheime.
	5b)	Methadon oder wieder mehr zu Abstinenz →
	5b)	Méthadone
5b) 5.4 Heroin - Héroïne	5b)	Es gibt Methadon-, Heroin-, Kokain-, Pflz-, und Mischkonsumaltersheime.
	5b)	Anxiolitiques Héroïne (?)
5b) 5.5 Kokain - Cocaine	5b)	Es gibt Methadon-, Heroin-, Kokain-, Pflz-, und Mischkonsumaltersheime.
5b) 5.6 Nikotin - Nicotine	5b)	Nikotin.
	5b)	Wenn es eine Abstinenzorientierte Stat. Therapie ist. Nikotin und Koffein.
	5b)	Alle, ausser Nikotin

5b) 6. Vision neuer Substanzen - Vision de nouvelles substances

<p>Die Vorstellung, dass neue Substanzen oder auch Substanz-unabhängige Mittel erlaubt sind, wird ebenfalls in Betracht gezogen.</p>	5b)	Drogues virtuelles (électrodes qui reliait à une machine à plaisir, faisant croire à une prise de produit psychotrope).
	5b)	Substitutionsdrogen der vierte Generation und Vitamincocktails

<i>La conception selon laquelle des substances nouvelles et des stupéfiants n'engendrant pas la dépendance sont autorisés est également prise en considération.</i>	5b)	Internet + Ritalin
---	-----	--------------------

5b) 7. Nahrungsmittel - Denrées alimentaires

In den Bereich Nahrungsmittel, gehören die unten genannten erlaubten Substanzen. <i>Les substances licites ci-dessous relèvent du domaine des denrées alimentaires.</i>	5b)	Jus de pomme Eau Carotte Bio Lait Blé transgénique
--	-----	--

5b) 8. Keine Vision - Aucune vision

Aufgrund der angespannten Situation im stationären Bereich wird davon ausgegangen, dass es im 2010 keine Institutionen mehr geben wird. <i>Vu la situation tendue dans le secteur résidentiel, certains partent de l'idée qu'il n'y aura plus d'institution de ce type en 2010.</i>	5b)	Pas de soucis! Il n'y aura plus d'institution, donc plus de problème.
--	-----	--

5 c) Welche stationären Angebote stehen mir als KlientIn im Jahr 2010 zur Verfügung? - En tant que client, quelles sont les offres de thérapie résidentielle à disposition en l'an 2010 ?

5c) 1. Diversifizierte, individualisierte Angebote - Offres diversifiées et individualisées

<p>Weitaus am häufigsten wird ein breites diversifiziertes, individualisiertes stationäres Angebot genannt, durchaus identisch mit der heutigen Situation, wie die inhaltlichen Präzisierungen zeigen. Es werden aber auch nach Substanzen getrennte Einrichtungen verlangt.</p> <p><i>C'est une offre résidentielle largement diversifiée et individualisée - parfaitement identique à la situation actuelle – qui est de loin le plus fréquemment citée, comme le montrent les précisions ci-contre. Mais sont aussi réclamées des institutions distinctes en fonction des substances.</i></p>	5c)	<ul style="list-style-type: none"> • Entzugsstationen • Stationäre Einrichtungen • Teilstationäre Einrichtungen • Arbeits-/ Beschäftigungsintegration • Gefängnisse
	5c)	<p>Hoffentlich eine grosse Auswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapeut. Hoch- und Niederschwellige • Dauer flexibel • Möglichkeit für Orientierung oder „Time-Out“ • Überall in de Schweiz • Frauenspezifische • Mit / ohne Kind, Familie, Paare • Religiös / nicht –religiöse • Haarspezialisierte, z.B. für Doppeldiagnose • Teilstationär
	5c)	<ul style="list-style-type: none"> • ENTZUG ▶ Langzeit <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitation ▶ Langzeit <ul style="list-style-type: none"> • Integration ▶ Nischenplätze ▶ Gesellschaft
	5c)	<p>Abstinenzorientierte LZ-TH Substitutionierte LZ-TH Betreutes Wohnen 24h Betreuung für Menschen mit Folgeerkrankungen, Demens etc..</p>
	5c)	<p>Diversifiziertes Angebot von frauenspezifischen Angeboten bi zu Angeboten mit Substitution.</p>

5c)	Nur noch einige wenige Befürchtungen: <ul style="list-style-type: none"> • Amtlich beglaubigte, zertifizierte • Mittel- und grossinstitutionelle • Fachlich verqualifizierte • Mit auswechselbaren 08/15 – MitarbeiterInnen bestückte • Allen individuellen Ansprüchen entsprechenden wollenden – deshalb überforderte • Nicht direktive, Suchtverhalten beibehaltende (Co-abhängige), antiwert proklamierende • Kurzzeittherapie anbietenden • Substitutionsbehandlung als Therapie und Heilung deklarierende
5c)	Hauptsächlich Individualisierte (ohne Finanzierung keine).
5c)	Vielzahl von Schwerpunkt-Institutionen <ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung • Psychotherapie • Wohnen • ... mit outgesourcten Zusatz-Leistungen im Netzwerk Schweiz und angrenzende Gebiete.
5c)	Individualisées...
5c)	Meinen Bedürfnissen entsprechende Einrichtungen, unabhängig von Kanton, Finanzierung und Herkunftsort.
5c)	„Heroinhaus“ „Methadonhaus“ etc..
5c)	<ul style="list-style-type: none"> • Un Internat pour enfants de 12 à 15 ans, pour enfants qui consomment des drogues fortes. • Des pouponnières pour les bébés des toxicomanes. • Des places d'apprentissages réservées aux toxicomanes (jeunes). Leur temps libre serait encadré par une institution stationnaire. • Des restaurants, des homes etc. où le personnel serait toxicomane ; ceux-ci habiteraient dans l'institution.
5c)	Methadon (ev. Heroin) Benzodiazepine Neuroleptika THC
5c)	A en juger par le peu de fantaisies et de fantasmes exprimés lors de la table ronde, il n'y aura très probablement rien de plus qu'aujourd'hui ... et pourtant, ils aurait tant à faire !
5c)	Suivre les usages... ????
5c)	Psychotherapie Arbeitsintegrationsvermittlung Kreativ + Freizeitangebot Arbeitsbereich mit versch. Angeboten (Schnuppern + Ausbildung) Sozialdienst Medizinische Versorgung
5c)	Hoffentlich noch diverse Angebote, welche Leistungen anbieten, welche ich brauche.

5c) 2. Altersheim - Homes pour personnes âgées

<p>Bezüglich der Struktur sind Angebote für die Zielgruppe der pensionierten Suchtmittelabhängigen besonders hervorgehoben worden...</p> <p><i>Concernant ces structures, ce sont des offres en faveur du groupe cible des retraité(e)s toxicodépendant(e)s qui sont plus particulièrement relevées...</i></p>	5c)	„Pflege- und Altersheime für Suchtmittelgebrauchende“
	5c)	Plätze vom Altersheim
	5c)	Altersbetreuer im Substitutionsprogramm

5c) 3. Spezifische therapeutische Ausrichtung - Orientation thérapeutique spécifique

<p>und Angebote mit einer spezifischen therapeutischen Ausrichtung (z.B. im psychotherapeutisch, lebensgemeinschaftlich).</p> <p><i>... et des offres proposant une orientation thérapeutique spécifique (p.ex. psychothérapeutique, communauté de vie).</i></p>	5c)	Die Therapie Plätze haben eine deutlichere psychotherapeutische Ausrichtung (Doppel-Diagnosen)
	5c)	Time – Out
	5c)	Wunsch und Notwendigkeit Institutionen, die mehr <u>lebensgemeinschaftlich</u> als fachlich/institutionell arbeiten und deshalb Platz und Kompetenz haben, Menschen <u>langfristig zu begleiten</u> , da für die dann aktuellen Mehrfachproblematik der KlientInnen keine kurz- und „mittelzeit“- Therapie mehr greifen wird.
	5c)	<ul style="list-style-type: none"> • BETREUTE WOHNGRUPPEN • Soziale Verantwortlichkeit des eigenen Netzes / FAMILIENINTEGRATION
	5c)	Schwergewichtig teilstationär
	5c)	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Grossinstitutionen mehr • Trend Richtung 100%ige Abstinenz nimmt zu • Keine Stoffspezifische Einrichtungen mehr
	5c)	Elles n'existeront plus dans cette forme. Evtl. des lieux de vie (cadre) où on fait ce qui est nécessaire sur le plan thérap. Se fera à l'extérieur.
	5c)	Alles irdentliche fast keine abstinenzorientierte Angebote mehr.
	5c)	Max. 3-monatige Intensivkurse mit Erprobungsphasen in realer Umwelt und integrierter teilstationären und ambulanten Phase.
5c)	Abklärungsstelle	

5c) 4. Visionen - Visions

<p>Ganz neue Visionen von Therapie sind bezüglich des Ortes (Bahamas, Mond), der Methode (interaktiv, mit modernen Kommunikationsmitteln) oder der Finanzierung (Sponsoring TV, Live-Übertragungen) genannt worden.</p> <p><i>Furent aussi citées des visions tout à fait nouvelles de traitement, que ce soit quant au lieu (les Bahamas, la lune), à la méthode (interactive, usant de moyens modernes de communication) ou à leur financement (sponsoring TV, transmissions live).</i></p>	5c)	Therapie auf Bahamas oder besser auf dem Mond „Take the shuttle and goes clean!“
	5c)	<u>Spez. Institutionen</u> Vom TV gesponserte Therapiegruppen mit wöchentlichen Live – Übertragungen Interaktive Therapieprogramme mit modernen Kommunikationsmittel

5c) 5. Pessimistische Haltung - Pessimisme

Befürchtet wird auch, dass es im Jahr 2010 keine oder nur noch ganz wenig stationäre Einrichtungen geben wird. <i>Il est aussi craint qu'en 2010 il n'y ait plus ou plus que très peu d'institutions résidentielles.</i>	5c)	Keine
	5c)	Wenn sich die heutige Tendenz zur Problematisierung weiter fortsetzen sollte (analog zur schon lange bestehenden Situation im Alkoholbereich), dann gibt es im Jahre 2010 noch ca. 10% des heutigen Angebotes. Langandauernde Wirtschaftskrisen dürften diese Tendenz sehr verstärken.

5 d) Wer verhilft mir als KlientIn im Jahr 2010 zu einem Therapieplatz? - En tant que client, qui va m'aider à obtenir une thérapie résidentielle en l'an 2010 ?

5d) 1. Ambulante Fachberatung (wie bisher) - Consultation ambulatoire spécialisée (comme avant)

Sucht – Beratungsstelle / Sozialdienst: Am häufigsten werden ambulante Fachstellen (Suchtberatungsstellen, Sozialdienste) genannt, wie es sie bisher bereits existieren. <i>Consultation / Service social pour les dépendances: Sont le plus souvent nommés des services ambulatoires (consultations spécialisées, services sociaux), tels qu'ils existent jusqu'ici.</i>	5d)	Suchthilfe
	5d)	Eine Anlaufstelle Sucht/Drogen wie bisher
	5d)	Gassenarbeiter Indikations (Anlauf) stelle
	5d)	Ambulante Dienste, Gemeinde (Fürsorge)
	5d)	Ass. social
	5d)	Verhelfen oder finanzieren Falls genügend Geld vorhanden ist, wird alles se weiter gehen wie bis an hin, im steter Veränderung natürlich.

5d) 2. Medizinische Struktur - Structures médicales

Medizinisch ausgerichtete Strukturen und Personen als zukünftige Therapieplatzierer werden an zweiter Stelle genannt. <i>Les structures médicalisées et leur personnel sont cités en seconde place comme susceptibles de faire des placements thérapeutiques.</i>	5d)	Krankenkasse
	5d)	Mon médecin
	5d)	Hausarzt
	5d)	Médecin de famille
	5d)	Computeranalyse anhand genetisches Suchtprofil
	5d)	DNA – Analyse gestützt. Der Computer macht 3 Vorschläge aus denen ich noch Wählen kann.

5d) 3. Indikationsstelle - Centre d'indication

Als Zuweiser wird eine Triage- oder Indikationsstelle gesehen, welche nach professionellen Kriterien die Suche koordiniert. <i>Serait chargé de placer les clients un office de tri ou d'orientation, qui coordonnerait la recherche d'un lieu adéquat en fonction de critères professionnels.</i>	5d)	Indikationsstelle
	5d)	Hoffentlich immer noch professionelle, Ressourcenorientierte BeraterInnen, die mit KlientIn zusammen das passende Angebot, egal wo, suchen können.
	5d)	Ganzheitlich
	5d)	Eine Unabhängige Triagestelle, die das Klientenbedürfnis optimal einem oder mehrern Leistungsanbieter zuführt.

5d) 4. Computer - Ordinateur

<p>Futuristische Szenarien stellen den Computer in den Mittelpunkt und verbinden computergestützte Suche mit dem medizinischen Ansatz (DNA-Profil) oder den Vorgaben der Sozialversicherung.</p> <p><i>Des scénarios futuristes font de l'ordinateur l'élément central et lient la recherche assistée par ordinateur à l'approche médicale (profil ADN) ou aux bases de données des assurances sociales.</i></p>	5d)	PC
	5d)	Computerzuweisung gemäss Standardisierte Auswertung der Eckdaten meiner Person (Strichcode am Handgelenk) (-:}
	5d)	Das Web
	5d)	Computeranalyse anhand genetisches Suchtprofil
	5d)	DNA – Analyse gestützt. Der Computer macht 3 Vorschläge aus denen ich noch Wählen kann.
	5d)	Ich suche per E-mail die mir passende Einrichtung, welche von der Sozialversicherung wird.

5d) 5. KlientInnen selbst, ohne professionelle Hilfe - *Clientèle elle-même, sans aide professionnelle*

<p>Dass die KlientInnen ohne professionelle Hilfe einen Therapieplatz organisieren und allenfalls private Ressourcen in Anspruch nehmen, ist ein weiteres Szenario.</p> <p><i>Un autre scénario imagine que le ou la client(e) organise soi-même son séjour, sans l'aide de professionnels, tout en recourant, le cas échéant, à des ressources privées.</i></p>	5d)	Le marketing sera alors tellement développé que les futurs toxicomanes prendront directement contact avec les institutions pour des séjours de prévention ... on peut rêver !
	5d)	Privat
	5d)	Freunde
	5d)	Mon voisin

5d) 6. Neue Struktur - *Nouvelles structures*

<p>Visionen neuer Strukturen zielen u.a. in Richtung Finanzierung der Therapie.</p> <p><i>Des visions de nouvelles structures ont en autres pour but le financement de la prise en charge.</i></p>	5d)	Die Bank – oder ein/e pensionierte/r Kantonsrat/in
	5d)	Wenn es so weiter geht eine Ethikkommission!
	5d)	Das Web Das Glücksrad Das Los

5 e) Im Jahr 2010 besteht ein integrales Behandlungskonzept für abhängige Menschen, bei dem sich über längere Zeit stationäre, ambulante, abstinente und nicht-abstinente Phasen abwechseln. Wann wird eine solche Behandlung abgeschlossen? - En l'an 2010, il existe un concept de traitement global destiné aux personnes dépendantes, et dans lequel on traverse des phases de résidentiel long terme, d'ambulatoire, d'abstinence et de dépendance. Quand un tel traitement sera-t-il terminé?

5e) 1. Nie - Jamais

<p>Von einer lebenslänglichen Behandlung geht ein grosser Teil der Antwortenden aus.</p> <p><i>Une grande part des participants part de l'idée d'une prise en charge la vie durant.</i></p>	5e)	Nie
	5e)	Nie
	5e)	Langjährige eventl. Lebenslängliche Betreuung
	5e)	Umlaufprinzip ► nie
	5e)	Im Jahr 2010 wird 1/3 der Bevölkerung psychosozial betreut. Gesund und krank sind nur noch ????? . Beides ist normal. Es gibt keinen Behandlungsabschluss mehr.
	5e)	Ce n'est plus un traitement mais une démarche de promotion de la santé donc... pas de fin !
	5e)	Weshalb sollte man einen Abschluss anstreben.
	5e)	Entwicklung verläuft selten linear. Die Intervalle draussen werden länger, die drinnen kürzer und extensiver (und Kostengünstiger)
	5e)	(Zeichnung!) Wo ist der Anfang wo das Ende ?

5e) 2. Mit dem Tod - Au moment du décès

<p>In dieselbe Richtung zielen die Aussagen, welche den Abschluss der Behandlung mit dem Lebensende gleichsetzen.</p> <p><i>Vont dans le même sens les déclarations situant la fin de la prise en charge au moment du décès.</i></p>	5e)	Mit dem Tod des Klienten
	5e)	Beim Todesfall Ausreise ins Ausland
	5e)	... mit dem Tod
	5e)	Wenn jemand so stabil ist, dass er sie beendet Mit dem Lebensende
	5e)	Après env. 10 ans ou au décès
	5e)	Erst beim Lebensende!!!
	5e)	Wenn von aussen her ein Punkt gemacht wird!

5e) 3. Regulärer Abschluss - Sortie en règle

<p>Die Therapie wird regulär abgeschlossen und damit beendet. Umschrieben wird der reguläre Abschluss mit: Stabilisierung, Bewältigung des Alltags mit den eigenen Ressourcen, Erreichen der persönlichen Therapieziele, Ablösung des Klienten, Beginn der Selbstbehandlung, Verhaltensänderung.</p> <p><i>La prise en charge se termine normalement et s'achève de ce fait. La fin normale de séjour est décrite en termes de stabilisation, maîtrise du quotidien par ses propres moyens, atteinte des buts personnels du traitement, exclusion du/de la client(e), début d'une prise en charge par soi-même ou changement de comportement.</i></p>	5e)	Unterhalt und Alltag werden mit eigenen Ressourcen hermittelt
	5e)	Wenn jemand so stabil ist, dass er sie beendet
	5e)	Dies wird nach wie vor ein individueller – Biographie-abhängiger Prozess sein.
	5e)	Wenn KlientIn Gelegenheit und Motivation zur Verhaltensänderung erhält/hat. ► eigenes Tempo wichtig Ressourcenorientiert
	5e)	Im Moment wo die Selbstbehandlung beginnt.
	5e)	D'un commun accord avec le client, le bailleur du TTT, et le coordinateur de celui-ci. L'objectif étant préalablement défini ou reconnu comme réalité et atteinte.
	5e)	Bei Erreichen der pers. Therapieziele Übergabe des Mandates an zuständige Stelle
	5e)	Es existiert ein differenziertes Verfahren der Erfolgsmessung. Die Ergebnisse werden öffentlich zugänglich gemacht.
5e)	Wenn der Klient sich abgelöst hat.	

5e) 4. Klientenwunsch - Vœux du client

Der Klientenwunsch soll für das Behandlungsende ausschlaggebend sein. La volonté du/de la client(e) doit être déterminante pour la fin de la prise en charge.	5e)	Ausreise ins Ausland
	5e)	Quand l'utilisateur lui-même le choisi

5e) 5. Finanzierungsabhängig - En fonction du financement

Das Ende der Behandlung wird in direkten Zusammenhang mit dem Finanzfluss gestellt. <i>La fin du traitement est directement fixée en fonction des flux financiers.</i>	5e)	Mit FiSu vielleicht sehr schnell
	5e)	...wenn kein Geld mehr beansprucht werden kann!
	5e)	Wenn von aussen her ein Punkt gemacht wird!

5e) 6. Zukunft ohne Drogenprobleme - Avenir sans problème de drogue

Es braucht keine Behandlung mehr, weil es keine Drogenprobleme mehr gibt ist eine Vision der Situation im Jahr 2010. <i>Il n'y a plus besoin de traitement, puisqu'il n'y a plus de problèmes de drogue: voilà une vision de la situation en 2010.</i>	5e)	Je rêve qu' en l'an 2010 la population de cette terre aura réfléchi à tous ces problèmes de santé et qu'elle aura compris que l'on peut vivre sans produits psychotropes. Le dialogue, la communication, l'acceptation et la reconnaissance à la différence.
---	-----	---

5.2 Programme cadre: Présentation de posters - Rahmenprogramm: Posterpräsentationen

Les 14 institutions qui ont confectionné un poster se disent satisfaites des consignes reçues et des conditions fournies par les organisateurs (support technique, accrochage, matériel, emplacement,...). Un bilan largement positif est donc fait par ces institutions.

Une seule réserve a été toutefois émise et peut être résumé par ce commentaire: « Malgré beaucoup de « spectateurs », les interactions et les échanges au sujet des posters ont été plutôt rares avec les autres professionnels participants à cette journée ». Si cette réserve est bien réelle, des répercussions positives ont néanmoins été relevées. En effet, depuis cette journée, ces posters ont déjà été utilisés à plusieurs reprises par les institutions à des fins de communication. A l'intérieur des institutions, ces posters ont servi à transmettre à une partie ou à l'ensemble du personnel, de manière visuelle et synthétique, les dernières innovations effectuées. Parfois, ces informations ont été aussi livrées aux Conseils ou Comités de Direction. D'autre part, une ou deux institutions ont utilisé ce support à l'occasion de communications publiques (portes ouvertes ou publications) et se disent satisfaites d'avoir réalisé un tel outil.

En vue d'une prochaine Journée Nationale, certaines institutions ont émis l'idée de mieux utiliser ces posters: par exemple en les utilisant comme support de discussion (au sein d'un atelier qui leur serait consacré par exemple). Ceci pourrait favoriser un échange entre les professionnels et sous-entendrait bien évidemment une participation plus active des institutions concernées dans la préparation de la journée, ce à quoi ces institutions se disent prêtes.

Die 14 Einrichtungen, welche an der Präsentation teilnahmen, waren mit den Vorgaben und der zur Verfügung gestellten Infrastruktur zufrieden und zogen eine allgemein positive Bilanz dieses Rahmenprogramms.

Allerdings zeigten sich einige auch enttäuscht darüber, dass trotz vieler „BesucherInnen“ der Austausch und die Diskussion mit anderen Fachleuten rund um die Inhalte der Poster eher schwach waren.

In einem weiteren Zusammenhang waren die Auswirkungen der Posterherstellung und –präsentation aber positiv: die Poster konnten von den Einrichtungen verschiedentlich für weitere Anlässe verwendet werden. Im Innern dienten die Plakate dazu, den eigenen Mitarbeitern mit visuellen Mitteln eine Synthese der letzten Innovationen in der Institution zu geben. Sie wurden im gleichen Sinn auch gegenüber den Vorständen und Trägerschaften, sowie für die Öffentlichkeitsarbeit (Tage der offenen Tür, Publikationen) genutzt. Die Mühe der Herstellung der Poster hatte sich also gelohnt.

Einige Institutionen machten auch Anregungen für die Verwendung solcher Poster in einer nächsten Fachtagung: sie könnten als Diskussionsgrundlage in Workshops eingesetzt werden. Die Poster würden so einen Austausch fördern, wobei die Herstellung der Plakate gleichzeitig eine aktivere Teilnahme der Institutionen an der Vorbereitung und Ausrichtung einer solchen Tagung bedeutete. Mehrere Einrichtungen wären zu einer solchen Mitarbeit bereit.