

Bachelorarbeit

Umgang mit älteren alkoholabhängigen, pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeinstitutionen

Anna Kristina Konrad-Steiner

Matrikelnummer: S13527486
Departement: Gesundheit
Institut: Institut für Pflege
Modul: BA.PF.D92
Studienjahr: Dipl.PF13
Eingereicht am: 10. April 2015
Modulverantwortliche : Sacha Hess
Betreuende Lehrperson: Franz Neff

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1. Einleitung	4
1.1. Relevanz des Themas	4
1.2. Problemstellung.....	5
1.3. Fragestellung.....	6
1.4. Zielsetzung	6
1.5. Eingrenzung des Themas.....	7
1.6. Begriffserklärungen.....	7
2. Methode	11
2.1. Keywords.....	11
2.2. Relevante Datenbanken und Begründung.....	12
2.3. Evaluationsinstrumente zur Beurteilung der Güte der Studien	12
2.4. Resultat der Studiensuche.....	13
3. Alkoholabhängigkeit älterer Menschen in Pflegeinstitutionen	15
3.1. Ursachen der Alkoholabhängigkeit im Alter	15
3.2. Konsumbeginn.....	16
3.3. Konsumverhalten.....	16
3.4. Angehörige	17
3.5. Pflegetätigkeit im Wandel	17
3.6. Ethische Aspekte in der Geriatrie in Bezug auf Alkoholabhängigkeit.....	19
4. Ergebnisse	20
4.1. Erfassen von und Umgang mit Alkoholproblemen in Pflegeinstitutionen .	20
4.2. Charakteristisches Profil eines Alkoholabhängigen	21
4.3. Hilfsmittel und Interventionen zur Behandlung von Abhängigkeiten	22

4.4. Interdisziplinäres Behandlungsprogramm für ältere alkoholabhängige Menschen in einer Pflegeinstitution	23
4.5. Ergebnisse aus dem „Wicking Project“	25
4.6. Häufigkeit und Folgen des Alkoholmissbrauchs bei älteren Menschen ...	26
5. Würdigung der Literatur	28
6. Diskussion	29
6.1. Ältere alkoholabhängige, pflegebedürftige Bewohner.....	29
6.2. Pflegefachpersonen.....	30
6.3. Pflegeinstitution	31
7. Theorie-Praxis-Transfer.....	33
8. Zukunftsvisionen	36
9. Offene Fragen.....	37
10. Konklusion.....	38
11. Literaturverzeichnis	39
12. Eigenständigkeitserklärung und Wortzahl.....	43
13. Danksagung.....	44
Anhang A: Datenbank-Recherche.....	45
Anhang B: SMAST-G	46
Anhang C: Übersicht der Studien	48
Anhang D: Studie von Klein & Waldo (2002).....	49
Anhang E: Studie von Mjelde-Mossey (2007).....	51
Anhang F: Studie von Lemke & Schaefer (2010).....	52
Anhang G: Studie von Rota-Bartelink (2011)	54
Anhang H: Studie von Lemke & Schaefer (2012).....	56
Anhang I: Studie von Phillips (2014)	59

Abstract

Die Zahl älterer alkoholabhängiger Menschen wird künftig ansteigen und sich zu einem zunehmenden Gesundheitsproblem entwickeln. Das Verhalten älterer alkoholabhängiger Bewohner* im Pflegeinstitutionen fordert das Pflegepersonal heraus, weil es ihnen an effektiven Interventionen fehlt, die diese vulnerablen Menschen zu einer besseren Lebensqualität am Ende ihres Lebens verhelfen. Durch eine Literaturrecherche in elektronischen medizinischen Datenbanken wird nach Interventionen gesucht, die den Umgang mit alkoholabhängigen Bewohnern fördert. Diese Studien kommen zum Schluss, dass bei allen in eine Pflegeinstitution eintretenden Bewohner ein Screening bezüglich Vorliegen einer möglichen Alkoholabhängigkeit durchgeführt wird, auf welches bei Bedarf ein Assessment (Beurteilung der Alkoholabhängigkeit) folgen sollte. Die Erstellung eines individuellen Interventionsprogramms, das im Dialog mit dem alkoholabhängigen Bewohner auf einer dazu spezialisierten Abteilung erstellt wird, hat sich als effektiv gezeigt. Dies erfordert eine gute Schulung des Personals und der Patienten, den Einsatz von qualifiziertem Personal und eine interprofessionelle Zusammenarbeit. Das heisst, es ist notwendig Strukturen zu erarbeiten und zu schaffen, in denen die alkoholabhängigen Menschen würdig leben können.

Keywords: alcoholism, elderly people, nursing home, support, interventions

* Bewohner: Im Rahmen dieser Arbeit ist in der männlichen Form auch die weibliche Form mit eingeschlossen.

1. Einleitung

Zuerst wird auf die Relevanz des Themas eingegangen und anschliessend werden die Problem- und Fragestellung, die Zielsetzung sowie die Abgrenzung des Themas dargelegt.

1.1. Relevanz des Themas

Eine besondere Gesellschaftsgruppe in der Gesundheitsversorgung stellen ältere alkoholabhängige Menschen dar, die in einer Pflegeinstitution leben. Laut dem Bundesamt für Statistik [BfS] (Bundesamt für Statistik, 2012) weisen 6% der Bevölkerung im Alter zwischen 65 und 74 Jahren einen chronisch-problematischen Alkoholkonsum auf. Das ist keine grosse Zahl, aber es gibt Prognosen, die eine Zunahme dieser Zahl proklamieren. Die Weltgesundheitsorganisation [WHO] (World Health Organisation, 2014) berichtet, dass die Alkoholabhängigkeit unter den älteren Menschen steigen und sich zu einem grossen Gesundheitsproblem entwickeln wird. So schätzten Gfroerer, Penne, Pemberton und Folsom(2003), dass sich die Zahl der alkoholabhängigen Menschen mit einem Alter über 50 Jahre in Amerika zwischen 2000 und 2020 um 300% erhöhen wird. Babatunde, Outlaw und Forbes (2014) erwähnen, dass die Kohorte der "Baby Boomer", die geburtenstarke Nachkriegsgeneration, die es gewohnt ist nachsichtiger mit dem Alkohol umzugehen als ihre Vorfahren, jetzt pensioniert wird. Gemäss Babatunde (2014) hatte die Generation der Baby Boomers in ihrer Jugend andere Konsumgewohnheiten als die Generation zuvor und daraus werden sich laut Uchtenhagen (2013) Konsequenzen für das Konsumverhalten und die Konsumfolgen im Alter ergeben. Laut Babatunde (2014) sind die meisten älteren Menschen abstinent, das heisst sie nehmen keinen Alkohol zu sich, oder sie reduzieren die Alkoholmenge aufgrund der Gesundheitsprobleme, sinkendem Einkommen und/oder verminderter sozialer Kontakte. Trotz dieser Tatsache gibt es nach Babatunde (2014) eine Gruppe von älteren Menschen, die Probleme mit dem Alkoholkonsum vorweisen. Die Alkoholabhängigkeit führt schliesslich oft zu einer Einweisung in eine Pflegeinstitution. Nach Höpflinger, Bayer-Oglesby und Zumbrunn (2011) führen nicht nur die Pflegebedürftigkeit zum Eintritt in eine Pflegeinstitution, sondern auch soziale,

psychische und wirtschaftliche Probleme, altersbedingte Fragilität und das Suchtverhalten. Weyerer, Schäufele und Hendlmeier (2006) kommen zum Schluss, dass der Anteil älterer alkoholabhängiger Bewohner und Bewohnerinnen in Pflegeinstitutionen im Durchschnitt höher ist, als bei älteren Menschen in Privathaushalten. Der Schlussbericht des schweizerischen Instituts für Gesundheitsforschung [ISGF] (Kessler, Salis Gross, Koller, & Haug, 2012) weist darauf hin, dass das Bewusstsein zum Thema Sucht im Alter in der Öffentlichkeit, beim Gesundheitspersonal und in der Altenhilfe gestärkt werden muss und dass eine Anpassung von Massnahmen erfolgen sollte.

1.2. Problemstellung

Im Zusammenhang mit alkoholabhängigen Bewohnern ergeben sich Probleme für die Pflegenden in den Pflegeinstitutionen. So führt die Alkoholabhängigkeit der Bewohner zu einer reduzierten Kooperationsbereitschaft mit den Pflegenden, zu einer zunehmenden Isolation, zu einer körperlichen Verwahrlosung und zu diversen Verhaltensproblemen, die sich nicht selten in einer erhöhten Aggressivität, Reizbarkeit und Suizidalität äussern. Die Einschränkung der Wahrnehmung durch den Alkoholmissbrauch führen zudem zu einer Häufung von Unfällen, insbesondere Stürzen, welche die Lebensqualität dieser Bewohner massiv beeinträchtigt und schlussendlich eine Einschränkung der Autonomie und der Handlungsfähigkeit zur Folge hat. Bei der persönlichen Haltung der Pflegenden in Bezug auf den Alkoholmissbrauch zeigt sich eine grosse Spannweite. Diese geht von einer restriktiven Haltung, das heisst diese befürworten ein Alkoholverbot in Pflegeinstitutionen, bis zu einer liberalen Haltung, das heisst diese stehen für einen selbstbestimmten Alkoholkonsum ein. Trotz der diversen Haltungen besteht in der Regel eine grosse Toleranz gegenüber dem Alkoholkonsum, aber nur so lange sich die Folgen des Alkoholkonsums nicht störend auf den Alltag in der Pflegeinstitution auswirken. Ein weiteres Problem ergibt sich in Bezug auf das Aufnahmealter in die Pflegeinstitutionen. Laut Kutschke (2012) müssen alkoholabhängige Hilfesuchende oft jung, ab Mitte 50, aufgenommen werden und diese Entwicklung läuft konträr zu der sonstigen Entwicklung in den Pflegeinstitutionen, bei der die einziehenden

Bewohner immer älter werden. Der grosse Altersunterschied bei der Bewohnerschaft führt oft zu Konflikten.

Die Pflege alkoholabhängiger Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegeinstitution ist für Pflegende eine grosse Herausforderung und kann zur Überforderung führen oder gar zu einer ablehnenden Haltung gegenüber diesen vulnerablen Menschen. Ein Grund für die Überforderung ist damit zu erklären, dass die allgemeine Ausbildung der Pflegefachpersonen das Thema Abhängigkeit nur ansatzweise behandelt. Die Herausforderung zeigt sich bei den Pflegenden insofern, dass sie den alkoholabhängigen Bewohnerinnen und Bewohnern nicht gerecht werden, was für beide Seiten eine grosse Frustration mit sich bringt. Die Pflegenden bewegen sich in einem ethischen Konflikt. Nach Schaffert, Bongard-Felix, Diacon et al. (2013) möchten die Pflegenden die Autonomie der alkoholabhängigen Bewohner aufrechterhalten und ihnen den Alkoholkonsum gewähren. Auf der anderen Seite möchten sie ihnen Gutes tun, was eine Einschränkung oder ein Verbot des Alkoholkonsums zur Folge hätte.

1.3. Fragestellung

Aus dieser Problemstellung heraus lässt sich folgende Frage ableiten:

Welche Interventionen der Pflegefachpersonen unterstützen einen konstruktiven Umgang mit älteren alkoholabhängigen, pflegebedürftigen Bewohner in Pflegeinstitutionen?

1.4. Zielsetzung

Das Ziel ist es, mit Hilfe einer Literaturrecherche Interventionen zu finden, die den Umgang mit älteren, alkoholabhängigen Bewohnern in Pflegeinstitutionen unterstützen, so dass das Wohlbefinden aller Bewohner sowie der Pflegenden in den Pflegeinstitutionen gesteigert wird. Das heisst, dass Pflegenden nicht nur reaktiv auf Probleme in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit reagieren, sondern dass sie aktiv, voraussehend und bewusst intervenieren können und dadurch präventiv aktiv sein können. Diese Interventionen sollen den älteren alkoholabhängigen, pflegebedürftigen Bewohnern und Bewohnerinnen in Pflegeinstitutionen dazu dienen,

dass sie ihren Lebensabend in Würde geniessen und möglichst gesund altern können. Ein Fernziel wäre eine Implementierung der Erkenntnisse aus der Bachelorarbeit am Arbeitsort. Dabei wird an eine Veröffentlichung der Resultate in der hausinternen Zeitung gedacht oder an eine Präsentation der Bachelorarbeit für die Mitarbeitenden in Erwägung gezogen. Das Erarbeiten von ersten Ansätzen eines Konzeptes für alkoholabhängige Bewohner und Bewohnerinnen könnte ein Fernziel der Autorin sein.

1.5. Eingrenzung des Themas

Diese Arbeit wird sich mit dem Umgang einer Alkoholabhängigkeit bei pflegebedürftigen Bewohner in Pflegeinstitutionen auseinandersetzen. Auf die Ursachen der Alkoholabhängigkeit wird nur summarisch eingegangen und es findet eine Abgrenzung von anderen Substanzmittelabhängigkeiten wie Drogen, Tabak und Medikamenten statt, weil dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Auf medikamentöse Entzugstherapien und Verhaltenstherapien wird nicht näher eingegangen, da sie nicht direkt in den pflegerischen Handlungsbereich gehören. Da Uneinigkeit herrscht, welche Richtlinien bezüglich schädlicher Alkoholmenge bei älteren Menschen angewendet werden soll, wird sich die Autorin nicht mit diesem Thema auseinandersetzen. Gilson, Bryant und Judd (2014) stellen fest, dass es viele verschiedene Richtlinien in Bezug auf riskante Alkoholmengen gibt, welche jedoch für ältere Menschen nicht angemessen sind.

Die Wahl des Settings Pflegeinstitution hat eine Auseinandersetzung mit älteren, alkoholabhängigen Menschen zur Folge. Deswegen findet eine Abgrenzung gegenüber jungen alkoholabhängigen Menschen statt.

1.6. Begriffserklärungen

Zum besseren Verständnis dieser Arbeit werden in diesem Kapitel relevante Begriffe definiert.

Abhängigkeitssyndrom

Damit beim Thema Sucht und Abhängigkeit von einem gemeinsamen Verständnis gesprochen werden kann, erklärt Kutschke (2012), dass Abhängigkeit umgangssprachlich Sucht genannt wird. Da es sich hier aber um eine wissenschaftliche Auseinandersetzung handelt, wird im Rahmen dieser Arbeit der Begriff Abhängigkeit verwendet.

Das weltweit anerkannte Diagnose-Klassifikationssystem der Medizin, die "International Statistical Classification of Diseases and Related Problems" [ICD] ("ICD-10-Version 2014," n.d.) der WHO definiert das Abhängigkeitssyndrom wie folgt:

„Es ist eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol, Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. Opiat-ähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.“

Alternder Mensch

Es gibt keine einheitliche Definition, ab welchem Alter man als alt gilt. Da bei alkoholabhängigen Menschen oft eine frühzeitige Alterung eintritt, wurde die Definition der WHO (World Health Organisation: Definition of an older or elderly person), welche Menschen ab 50 bis 60 Jahren als alt definiert, als passend für diese Arbeit deklariert. Da bei alkoholabhängigen Menschen oft eine frühzeitige Alterung eintritt, hat die Autorin sich für diese Definition entschieden. Sie wird auch in den meisten Studien verwendet.

Pflegebedürftigkeit

Nach Höpflinger (2011) führt nicht nur eine Pflegebedürftigkeit zum Eintritt in eine Pflegeinstitution, sondern auch soziale und wirtschaftliche Probleme, altersbedingte Fragilität, psychische Probleme und Suchtverhalten im Alter.

Zur Erhebung des Gesundheitszustandes betagter Personen in Institutionen [EGBI] hat das Bundesamt für Statistik (Kaeser, 2012) Selbständigkeit bzw.

Unselbständigkeit bei fünf Aktivitäten des täglichen Lebens [ATL] zur Kategorisierung der Pflegestufe ausgewertet. Die fünf ATLs lauten wie folgt:

- selbständig essen,
- selbständig ins/aus dem Bett steigen,
- von einem Sessel aufstehen,
- selbständig zur Toilette gehen
- selbständig baden oder duschen.

Mithilfe dieser ATLs unterteilt Höpflinger (2011) die Pflegebedürftigkeit in die vier folgenden Kategorien:

- *Keine Pflegebedürftigkeit* zeigt sich, wenn alle 5 ATLs ohne jegliche Einschränkung ausgeführt werden können.
- *Leichte Pflegebedürftigkeit* zeigt sich, wenn bei mindestens einer ATL eine leichte Einschränkung besteht.
- *Mittelmässige Pflegebedürftigkeit* zeigt sich, wenn bei mindestens einer ATL eine starke Einschränkung besteht.
- *Starke Pflegebedürftigkeit* zeigt sich, wenn eine oder mehrere ATLs nicht mehr ausgeführt werden können.

Screening und Assessment

Das grösste Problem in der Begleitung Alkoholabhängiger ist laut Kutschke (2012), dass viele Betroffene gar nicht oder erst spät identifiziert werden.

Zur Erfassung von einem Alkoholrisikokonsum oder von alkoholbezogenen Störungen gibt es verschiedene Screening-Instrumente. Nach Naegle und York (2012) ist der „Short Michigan Alcohol Screening Test - Geriatric“ [SMAST-G] die

erste Kurzform eines Alkoholscreening-Instrumentes das für ältere Menschen entwickelt wurde. Laut Naegele et al. (2012) weist der SMAST-G eine Sensitivität von 93.9% (das heisst, die Fähigkeit, einen tatsächlich alkoholabhängigen Bewohner als solchen zu erkennen, liegt bei 93.9%), eine Spezifität von 78.1% (das heisst, die Fähigkeit, eine nicht erkrankte Person zu erkennen, liegt bei 78.1%), einen positiven Voraussagewert von 87.2% und einen negativen Voraussagewert von 88.9% auf. Eine deutsche Version des SMAST-G Test ist im Anhang B abgebildet.

Naegele et al.(2012) weist darauf hin, dass wenn durch das Screening eine Alkoholabhängigkeit erfasst wurde muss danach eine umfassende Beurteilung der Alkoholabhängigkeit ein Assessment durchgeführt werden in Bezug auf die Alkoholmenge, auf die Häufigkeit der Alkoholeinnahme, auf die sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen des Alkoholmissbrauchs.

2. Methode

Um einen ersten Einblick ins Thema dieser Arbeit zu erhalten, erfolgte eine Literatursuche in der Bibliothek der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW] und eine Handsuche im Internet in den öffentlichen Suchmaschinen „Google“ und „Google Scholar“

Danach wurde eine differenzierte Literaturrecherche durchgeführt, mit dem Ziel, Antworten auf die Frage nach Interventionen für Pflegefachpersonen, die den konstruktiven Umgang mit älteren alkoholabhängigen, pflegebedürftigen Bewohner im Pflegeheim unterstützen, zu finden. Dazu wurde in den elektronischen Datenbanken Medline, CINAHL und PsycInfo nach wissenschaftlicher Literatur gesucht.

2.1. Keywords

Bei der Suche wurden relevante Keywords (Deutsch: Schlüsselwort) aus der Forschungsfrage und aus der Zielsetzung aus dem Deutschen ins Englische übersetzt. Die Keywords wurden in drei Gruppen zu Phänomen, Population und Setting aufgeteilt, damit die Fragestellung möglichst weit abgedeckt wurde. Mit Hilfe der Booleschen Operatoren „AND“, „OR“ und „NOT“ wurden die Keywords in verschiedenen Formationen kombiniert. Der genaue Suchvorgang ist im Anhang A am Schluss dargestellt. Die genaue Herleitung der Keywords aus dem Deutschen mit den MeSH (Medical Subjects Headings) Terms und den CINAHL Headings sowie weitere relevante Keywords sind in der folgenden Tabelle1 aufgelistet.

Tabelle 1 Keywords

Deutsch	Übersetzung	Datenbank
Abhängigkeit ^o	abuse	*Substance-Related Disorders **Substance Abuse
	addiction	*Substance-Related Disorders, */**Alcoholism, **Substance Dependence
	dependence	*/**Alcoholism
	alcoholism	*/**Alcoholism
Alkohol ^o	alcohol	*alcohols,**Alcohol Drinking
Pflegeinstitution ^{oo}	Nursing Home	*/**Nursing Homes
	Long Term Care	*Long-Term Care
Ältere Menschen ^{ooo}	elderly people	**Frail Elderly,
	elderly	**Aged
	senior	
Massnahmen ^{oooo}	interventions	*Intervention Studies, **Nursing Interventions
Unterstützung ^{oooo}	support	Support
Behandlung	treatment	*Treatment

*MeSH term, **CINAHL Heading / ^oPhenomen, ^{oo}Setting, ^{ooo} Population, ^{oooo}weitere Suchbegriffe

2.2. Relevante Datenbanken und Begründung

In *Medline* und *PubMed* wurden Artikel gesucht, die auf die medizinischen und pflegerischen Aspekte der oben beschriebenen Fragestellung Bezug nehmen. In *CINAHL* wurde nach Literatur recherchiert, die auf die Pflege und anverwandte Berufe spezialisiert ist. Da das Thema auch in das Fachgebiet Psychologie und Geriatrie/Gerontologie gehört, wurde auch in *PsycINFO* gesucht.

2.3. Evaluationsinstrumente zur Beurteilung der Güte der Studien

Die in den Datenbanken gefundenen quantitativen und qualitativen Studien werden zusammengefasst und mit Hilfe des EMED (Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion) Rasters gewürdigt. Die Leitfragen zu diesem Raster basieren auf Lobiondo-Wood und Haber (2014) sowie Burns und Grove (2006).

Die qualitativen Studien werden nach den mit den Gütekriterien der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit von Flick, von Kardoff und Steinke (2000) eingeschätzt und begründet. Die Gütekriterien der Vertrauenswürdigkeit wird nach Lincoln und Guba

(1985) eingeschätzt und begründet. Die Qualität der quantitativen Studien wird nach den Gütekriterien der Objektivität, der Reliabilität und der Validität nach Bartholomeyczik, Linhart und Mayer (2008) beurteilt. Zum Schluss werden den Studien ein Evidenzlevel nach der S5 Pyramide von DiCenzo (2009) zugeteilt.

2.4. Resultat der Studiensuche

Insgesamt konnten mit der oben erwähnten Literatursuche und oben erwähnten Keywords 426 Artikel in den Datenbanken identifiziert werden. Die Titel und Abstracts dieser Artikel wurden durchgelesen und nach Ein- und Ausschlusskriterien beurteilt, welche in der folgenden Tabelle 2 dargestellt sind.

Tabelle 2 Ein und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Pflegeinstitution	Krankheiten
Population mit Alkoholproblemen	Publiziert vor 2000
Sprache: Deutsch oder Englisch	
Ältere Menschen	

Weitere Kriterien wurden wegen der spärlichen Literatur nicht angewendet. Die detaillierte Recherche in den Datenbanken ist im Anhang A aufgelistet. Insgesamt wurden sechs relevante Studien gefunden, aus denen direkt oder indirekt Interventionen für Pflegefachpersonen zum konstruktiven Umgang mit älteren, alkoholabhängigen Bewohnern in Pflegeinstitutionen abgeleitet werden können. Eine Übersicht der Studien befindet sich im Anhang C. Die Studien wurden zwischen 2002 bis 2014 veröffentlicht, wobei vier Studien aus den USA (Klein & Jess, 2002), (Mjelde-Mossey, 2007), (Lemke & Schaefer, 2010), (Lemke & Schaefer, 2012), eine Studie aus Australien (Rota-Bartelink, 2011) stammen und eine Studie aus England (Phillips, 2014) stammt. Zwei Studien stammen von denselben Autoren, Lemke et al. (2010, 2012). Sie führten ihre Studien in Pflegeinstitutionen für Veteranen durch. Bei der Verallgemeinerung auf die Gesamtbevölkerung muss bei diesen Studien Vorsicht geboten werden, denn Kriegsveteranen haben eine andere Lebensgeschichte mit

zurückliegenden traumatischen Kriegserfahrungen als beispielsweise Bewohner in Schweizer Pflegeinstitutionen. Zudem sind Pflegeinstitutionen für Kriegsveteranen in den USA Teil eines integrierten Gesundheitssystems, dem gute finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Dadurch stehen ihnen Spezialisten für Behandlungsprogramme zur Verfügung und sie können auf spezialisiertes Pflegefachpersonal zurückgreifen (Lemke & Schaefer, 2012). Die Studien wurden eingeschlossen, weil das Pflegefachpersonal in diesen Institutionen viel Erfahrung im Umgang mit alkoholabhängigen Menschen hat.

Fünf Studien beruhen auf einem quantitativen Forschungsdesign mit drei Querschnittsstudien (Lemke & Schaefer, 2010), (Lemke & Schaefer, 2012), (Mjelde-Mossey, 2007) und einer Interventionsstudie (Rota-Bartelink, 2011). Die Studie von Klein et al. (2002) hat ein gemischtes Design. Die Mischung der quantitativen und qualitativen Anteile in der Studie beruht auf der Datensammlung. Mit den Informationen aus den Telefoninterviews, die offene und geschlossene Fragen beinhalteten, wurden quantitative Einheiten gemessen. So wurde die Inhaltsanalyse, die normalerweise zur Auswertung von qualitativen Studien dient, einheitliche Kategorien gebildet, die zu einer quantitativen Auswertung führten.

Der Clinical Review (klinische Übersichtsarbeit) von Phillips (2014) wurde eingeschlossen, da nach Rycroft-Malone, Seers, Titchen et al. (2004) die praktische Erfahrung neben der Forschung, der Patientenerfahrungen und den Informationen aus dem Kontext, eine Quelle der evidenzbasierten Pflege ist. Ein Clinical Review berichtet nach Vetter (2003) über ein breit gefasstes Thema, das relevant für die medizinische Schulung ist und von einer erfahrenen Person aus der Praxis geschrieben wurde. Die Würdigung der Studie erfolgt gemäss den Anforderungen an einen Clinical Review (Vetter, 2003).

3. Alkoholabhängigkeit älterer Menschen in Pflegeinstitutionen

In diesem Kapitel wird auf die Ursachen der Alkoholabhängigkeit bei älteren Menschen in Pflegeinstitutionen eingegangen, auf den Beginn der Alkoholabhängigkeit hingedeutet, auf den Wandel des Konsumverhaltens in der Gesellschaft Bezug genommen, auf den Wandel der Pfl egetätigkeit in Pflegeinstitutionen aufmerksam gemacht, auf die Komplexität der Pflege von Alkoholabhängigen hingewiesen und auf ethische Aspekte der Alkoholabhängigkeit im Alter Bezug genommen.

3.1. Ursachen der Alkoholabhängigkeit im Alter

Die Ursachen des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit sind vielfältig. Im Forschungsbericht von Schnoz, Salis Gross, Uchtenhagen et al. (2006) wird erwähnt, dass die Alkoholabhängigkeit nicht nur mit einer typischen Persönlichkeitsstruktur zu erklären ist, sondern dass auch physiologische und psychische Faktoren sowie gesellschaftliche Umstände zu einer Alkoholabhängigkeit führen können. Schnoz et al. (2006) umschreibt die Ursachen wie folgt:

Physiologische Faktoren: Im Alter sind der verlangsamte Stoffwechsel, der erhöhte Fettanteil und der geringe Gehalt an Wasser im alternden Organismus wichtige Faktoren, dass im Alter der Alkohol langsamer abgebaut wird. Geringe Alkoholmengen haben dadurch eine erhöhte Wirkung. Die in jungen Jahren gewohnten moderaten Alkoholmengen können im Alter, bedingt durch die körperlichen Veränderungen, zu schleichenden Abhängigkeitsprozessen führen. Die Alkoholtoleranz sinkt im Alter kontinuierlich, was zu einer Reduktion des Alkoholkonsums oder zu einer grösseren Schädigung des Körpers führen kann.

Psychische Faktoren: Im Alter ist die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod und dem Tod von nahestehenden Menschen ein zentraler Faktor. Auch ist das Leben im Alter oftmals geprägt von Ängsten, Einsamkeit, Gefühlen der Wertlosigkeit, Resignation, narzisstischen Krisen, was gleichzusetzen ist mit einer Selbstwertkrise, und somatischen Störungen.

Gesellschaftliche Umstände: Der Jugendlichkeit wird ein grosser Wert zugemessen. Sie wird in der westlichen Welt mit Leistungsfähigkeit, Attraktivität und Gesundheit verbunden. Dies sind Werte, die im Alter eine Nutz- und Wertlosigkeit verstärken.

3.2. Konsumbeginn

In der Literatur wird oft ein früher von einem späten Beginn der Alkoholabhängigkeit unterschieden. Im folgenden Kapitel wird auf die beiden Anfangstypen näher eingegangen.

Der „*Early Onset Drinker*“ ist ein alt gewordener, chronisch alkoholabhängiger Mensch, der auf keine herkömmlichen Therapien mehr anspricht. Nach Babatunde (2014) haben bei ihm die Trinkprobleme vor dem vierzigsten Altersjahr begonnen und er hat dieses Problem ins Alter mitgetragen. Dadurch hat er viele Erfahrungen mit psychologischen und medizinischen Problemen gemacht. Sein soziales Netzwerk ist aufgrund der Alkoholabhängigkeit oftmals zerbrochen.

Der „*Late Onset Drinker*“ entwickelt erst im höheren Alter eine Alkoholabhängigkeit. Auslösende Faktoren sind laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen [DHS] kritische Lebensereignisse, wie der Verlust einer nahestehenden Person, die Pensionierung und die damit verbundene Vereinsamung und/oder finanzielle Einbussen („DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen/Informationen zum Thema: Alkohol im Alter,“ 2008). Nach Babatunde (2014) erfolgen die Alkoholprobleme der „*Late Onset Drinkers*“ nach dem vierzigsten Lebensjahr aufgrund von stressvollen Situationen im Leben.

„*Early Onset Drinkers*“ und „*Late Onset Drinkers*“ haben laut einer Studie von Kist, Sandjojo, Berg et al. (2014) dieselben kognitiven Beeinträchtigungen, woraus sich der Schluss ziehen lässt, dass das alternde Hirn in Bezug auf die toxischen Auswirkungen von Alkohol sehr vulnerabel ist.

3.3. Konsumverhalten

Es gibt verschiedene Aspekte, die einen Einfluss auf das Konsumverhalten haben.

Der Konsum alkoholischer Getränke gehört heutzutage für viele Menschen zu einem guten Leben, auch im Alter. So lässt sich die Grenze zwischen dem Umtrunk in geselliger Runde und der Alkoholabhängigkeit nicht leicht bestimmen.

Über den riskanten Alkoholkonsum im höheren Alter schreibt Schäufele et al. (2009), dass sich neben der zunehmenden Lebenserwartung in der Bevölkerung auch das Konsumverhalten verändert habe und dass von diesem Gewinn der Lebensjahre auch die Menschen mit alkoholbedingten Erkrankungen profitieren. Ein Faktor, der zur Veränderung des Konsumverhaltens führte, ist laut Schäufele et al. (2009) die Liberalisierung der sozialen Werte nach dem zweiten Weltkrieg, was unter anderem auch fallende Alkoholpreise und die erhöhte Verfügbarkeit von Alkohol zur Folge hatte.

3.4. Angehörige

Kutschke (2012) schreibt, dass die Familie der Betroffenen eine wichtige Rolle bei der Entstehung, der Behandlung und der Abhängigkeit spielt. Weiter erwähnt er, dass die Angehörigen mit dem Verhalten der Abhängigen konfrontiert werden und dass sie versuchen, sich richtig zu verhalten und ihre Rolle zu finden. Sie leiden mit dem Betroffenen mit. Deswegen werden sie laut Kutschke (2012) oft als co-abhängig beschrieben.

3.5. Pflegetätigkeit im Wandel

Die Aufgabenstruktur in den Pflegeinstitutionen hat sich verändert, was auch neue pflegerische Anforderungen an die Pflege stellt. Im folgenden Abschnitt werden einige Aspekte dazu erläutert.

Bartholomeyczik, Birkenstock, Brünnett et al. (2014) schreiben, dass früher vor allem alte und gebrechliche Menschen sicher und „ausreichend“ in den Pflegeinstitutionen verwahrt wurden. Heute werden multimorbide, stark beeinträchtigte, hoch betagte Menschen in Pflegeinstitutionen betreut. Sie erwähnt weiter, dass früher die sozialpflegerische Fürsorglichkeit mit einem Beschäftigungsangebot im Vordergrund stand, welche heute von einer stark mit der Akutpflege vergleichbaren Unterstützung abgelöst wird, die zum Ziel hat, die Lebensqualität und das Wohlbefinden trotz der

starken Beeinträchtigungen zu fördern. Laut Meyer (2007) leben heute auch Personen in Pflegeinstitutionen, die alkoholabhängig sind und die aus dem gesellschaftlichen Bewusstsein oftmals verdrängt werden. So sind laut Höpflinger et al. (2011) die Pflegeinstitutionen nicht nur mit hochbetagten polymorbiden Menschen beschäftigt, die eine qualitativ hochstehende Pflege erfordern, sondern auch mit Menschen, die psychische Probleme oder ein Suchtverhalten vorweisen, die nicht oder noch nicht pflegebedürftig sind. Höpflinger et al. (2011) erwähnt, dass sich die Pflegeinstitutionen zu Einrichtungen für Menschen im hohen Alter, beziehungsweise für Menschen am Lebensende, entwickeln, was auch eine ethisch-verantwortliche Sterbekultur erfordert.

Um die Komplexität des pflegerischen Umgangs mit alkoholabhängigen älteren Menschen darzustellen, werden mögliche Pflegediagnosen nach der North American Nursing Diagnosis Association [NANDA] ("Plegediagnosen, Definitionen und Klassifikationen 2012-2014," 2013) erwähnt und mit der Hilfe von Kutschke (Kutschke, 2012, S.57) erläutert.

Die Alkoholabhängigen Menschen sind oft unsicher und haben ein geringes Mass an Selbstvertrauen um Situationen bewältigen zu können (Unwirksames Coping S.363). Durch den Alkoholmissbrauch verändern sich der Körper (Körperbildstörung S.308) und die Wahrnehmung (Wahrnehmungsstörung S.483). Sie haben ein geringes Selbstwertgefühl (chronisch geringes Selbstwertgefühl S.302). Wiederholte Misserfolge und das Gefühl, dem Suchtmittel ausgeliefert zu sein, können Frustration und Depressionen auslösen (Machtlosigkeit S.371). Beim Konsum von Alkohol fehlen nicht nur die Kalorien sondern auch Vitamine, Flüssigkeit, Ballaststoffe (Mangelernährung S.196, Obstipation S.230). Bei alkoholabhängigen Menschen besteht ein Risiko, Verhaltensweisen zu zeigen, die anderen Menschen einen emotionalen, körperlichen oder sexuellen Schaden zufügen könnten (Gefahr einer fremdgefährdeten Gewalttätigkeit S.446).

3.6. Ethische Aspekte in der Geriatrie in Bezug auf Alkoholabhängigkeit

Meyer (2007) erwähnt in seinem Bericht, dass die Ansichten bezüglich der Behandlungswürdigkeit einer Abhängigkeit im Alter stark auseinander gehen. Dass der Wille anderer respektiert wird und nicht einer Fremdbestimmung unterworfen wird, ist laut Meyer (2007) eine Bedingung dafür, dass alle Herr ihres eigenen Lebens bleiben. Gemäss Bartholomeyczik et al. (2014) müssen sich aber Gedanken über die Kontroverse von Autonomie gegen Fürsorge oder Unabhängigkeit gegen Abhängigkeit gemacht werden. In ihren Überlegungen (Bartholomeyczik et al., 2014) ist die Autonomie gleichgestellt mit der Sensibilität für Bedürfnisse nach Fürsorge. Des Weiteren erläutern sie (Bartholomeyczik et al., 2014), dass das Ziel der Autonomie nicht in erster Linie auf die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung ausgerichtet ist. Die Autonomie lässt sich nach ihnen (Bartholomeyczik et al., 2014) im Falle der Abhängigkeit nicht einfach abrufen, sondern es ist vielmehr ein dialogisches Verantwortungskonzept, welches die Fürsorge und die Selbstbestimmung mit einbezieht, und in letzter Konsequenz den Akt des Helfens und Pflegens überhaupt erst begründet.

4. Ergebnisse

Da die Studien verschieden aufgebaut sind werden sie in diesem Kapitel die Resultate aus den Studien herausgefiltert, die direkt oder indirekt für einen förderlichen Umgang mit älteren alkoholabhängigen, pflegebedürftigen Bewohnern in Pflegeinstitutionen relevant sind. Jeder Studie wurde ein Titel, welcher ihre zentrale Aussage zusammenfasst, zugeteilt. Eine detailliertere Zusammenfassung ist in der jeweiligen Tabelle in den Anhängen C-I ersichtlich.

4.1. Erfassen von und Umgang mit Alkoholproblemen in Pflegeinstitutionen

In der Studie von Klein et al (Klein & Jess, 2002) wurde mit einem halbstrukturierten Interview mit geschlossenen und offenen Fragen in 111 Pflegeinstitutionen Umgang, Verhalten und Fachkenntnisse des Personals in Bezug auf Alkoholprobleme erfasst. Die offenen Antworten wurden mit Hilfe einer Inhaltsanalyse codiert, um eindeutige Kategorien zu bilden, die danach quantitativ ausgewertet wurden. Dabei stellte sich heraus, dass die Erfassung von alkoholbezogenen Informationen variierte. So erhoben mehr als die Hälfte der Pflegeinstitutionen (n=64; 57.7%) die Alkoholvorgeschichte in ihrem Eintritts-Assessment, wobei zum Teil mehrere Quellen befragt wurden. Die dabei erfragten Informationen variierten aber zwischen den einzelnen Institutionen. So wurde zum Beispiel nach dem Trinkmuster oder nach der Häufigkeit der Alkoholeinnahme gefragt. Nur wenige fragten aber direkt nach dem Vorliegen von aktuellen oder früheren Alkoholproblemen (n=18 von 64; 28.1%).

Zusätzlich wurde in dieser Studie analysiert, ob und wie Alkohol an die Bewohner abgegeben wurde. Rund die Hälfte (55.8%) aller Pflegeinstitutionen erlaubte seinen Bewohnern den Konsum von Alkohol, wobei dieser je nach Institution mehr oder weniger stark eingeschränkt wurde. Auch wurden die Institutionen angehalten, die Häufigkeit der Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum bei ihren Bewohner abzuschätzen. 97.1% schätzten, dass weniger als die Hälfte ihrer Bewohner ein Gesundheitsproblem aufwiesen (Range: 0-42%), 72.4% gar weniger als 10% der Bewohner. Diese Zahlen standen im Kontrast zu Erhebungen, die bei hospitalisierten älteren Menschen durchgeführt wurden und eine deutlich höhere Zahl zeigten. Rund drei Viertel aller Pflegeinstitutionen (74.8%) bildeten ihr Personal

nicht im Umgang mit alkoholkranken Menschen aus. Auch führten fast gleichviele Pflegeinstitutionen (72.1%) keine alkoholbezogenen Interventionen durch. Entsprechend ist das Pflegepersonal im Umgang mit alkoholkranken Menschen schlecht ausgebildet. Folgende Interventionen wurden durchgeführt: Überweisung zu den Anonymen Alkoholikern (9,9%), zu einem Arzt oder Psychologen (9%), zu einem Sozialarbeiter (4,5%) oder zu Pflegefachpersonen (1.8%).

Die Ergebnisse dieser Studie geben keine Antwort auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Sie zeigt aber klar auf, dass das Alkoholproblem bei älteren pflegebedürftigen Menschen unterschätzt wird und das Pflegepersonal im Umgang mit solchen Bewohnern ungenügend geschult und überfordert ist.

4.2. Charakteristisches Profil eines Alkoholabhängigen

Die Studie von Lemke et al. (Lemke & Schaefer, 2010) ging der Frage nach, ob Bewohner mit Substanzmissbrauch („substance use disorders“ [SUD]) ein charakteristisches Profil aufweisen. Dabei wurden Daten von insgesamt 27'002 Veteranen in Pflegeinstitutionen, welche aus der „Veteran National Patient Care Database“ [NPCD] erhoben wurden, analysiert. Diese wurden in 2 Gruppen eingeteilt und zwar in Bewohner mit SUD [BmSUD] und Bewohner ohne SUD [BoSUD]. Anschliessend wurden die beiden Gruppen miteinander verglichen. Bei allen Bewohnern wurden neben demographischen Daten auch das Vorhandensein von Komorbiditäten, die Funktionalität im Alltag und allfällige auffällige Verhaltensweisen erfasst, letztere beiden mit Hilfe des „Patient Assessment Instrument“ [PAI]. Die Daten wurden mit dem T-Test und dem Chi-Quadrat Test miteinander verglichen und es wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt die wo die Daten der Diagnosen, funktionalen Abhängigkeiten und der Problematischen Verhaltensweisen mit den Demographischen Daten in Verbindung gesetzt wurden. Es zeigte sich, dass die BmSUD (18% aller Bewohner) im Durchschnitt 5 Jahre jünger, männlich und unverheiratet waren und ein niedriges Einkommen hatten. Von diesen missbrauchten rund 84% (15.1% aller Bewohner) Alkohol alleine oder zusammen mit anderen Substanzen. BmSUD litten bei einem p Wert < 0.001 signifikant häufiger an schweren psychischen Störungen, Depressionen und dem posttraumatischen Stresssyndrom.

Eine Demenz kam in beiden Gruppen gleich häufig vor, trat aber bei BmSUD früher auf.

Zudem litten BmSUD bei einem p Wert <0.001 signifikant häufiger unter Komorbiditäten wie AIDS, Hepatitis, Magendarmkrankungen, COPD und Bronchialkarzinom. Letztere beide Diagnosen sind aber auf einen gehäuften Tabakkonsum bei BmSUD zurückzuführen (40.4% versus 12.8% in BoSUD). Andererseits wiesen BmSUD bei einem p Wert <0.001 signifikant seltener Diagnosen wie Diabetes, Herz- und Niereninsuffizienz sowie neurologische Erkrankungen auf. Interessanterweise waren BmSUD mit bei einem p Wert $<0,001$ signifikant selbständiger in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens (beim selbständig Essen wiesen sie eine Signifikanz auf bei einem p Wert <0.005). Sie wurden zwar häufiger verbal ausfällig, zeigten aber ansonsten nicht gehäuft Verhaltensauffälligkeiten wie beispielsweise körperliche Aggressionen.

Aus der vorliegenden Arbeit lässt sich ableiten, dass das Pflegepersonal bei alkoholabhängigen Menschen mit anderen Krankheitsbildern konfrontiert ist als bei nicht-alkoholabhängigen Bewohnern. Aufgrund der guten Alltagsfunktionalität alkoholabhängiger Bewohner ist das Pflegepersonal zwar weniger körperlich belastet, dafür stellen psychische Erkrankungen und die nicht angemessenen Verhaltensweisen eine grosse Herausforderung dar. Lemke et al. (2010) empfehlen deshalb, dass das Pflegepersonal speziell geschult wird, um den Bedürfnissen der BmSUD besser gerecht zu werden.

4.3. Hilfsmittel und Interventionen zur Behandlung von Abhängigkeiten

Diese Studie von Lemke et al. (Lemke & Schaefer, 2012) untersuchte Ressourcen und Ansätze zur Behandlung von Veteranen mit Substanzmissbrauch („substance use disorder“ [SUD]) in 48 Pflegeinstitutionen in den USA. Zur Datenerhebung wurden die Leiter dieser Institutionen mittels Videokonferenz befragt. Die Grundlage der Umfrage lieferten die Behandlungsdaten von 46'827 Kriegsveteranen. Dabei zeigte sich, dass die einzelnen Pflegeinstitutionen auf unterschiedliche Ressourcen zurückgriffen. Rund 21% aller Institutionen beschäftigten mindestens eine Fachperson, die im Umgang mit SUD geschult ist. Andere führten interne

Schulungen des Personals (56%). Wieder andere zogen externe Experten bei, welche das Personal in der Erarbeitung von Behandlungsplänen unterstützten (67%). Verhaltensregeln den Umgang mit Alkohol betreffend wurden dem Pflegepersonal und den Bewohnern auf unterschiedliche Arten übermittelt: So erfolgte dies in gewissen Institutionen mündlich, in den anderen wurde schriftliche Informationen abgegeben, wieder andere schlossen schriftliche Verträge mit den Bewohnern ab.

Auch konnte diese Studie aufzeigen, dass ein Behandlungszugang insbesondere für Menschen mit SUD und einer psychischen Krankheit sowie für Frauen mit SUD schwierig war. Für diese vulnerablen Menschengruppen war eine solche Behandlung nur in rund 20% (psychisch Kranke) respektive 59% (Frauen) aller Institutionen einfach zugänglich. Die Studie fragte nach den Barrieren, die sich für das Pflegepersonal im Umgang mit SUD ergaben. Das grösste Problem für das Personal war es ein Assessment und eine Behandlung bei älteren Menschen durchzuführen, die eine kognitive Einschränkung haben, sowie der Mangel an Zeitressourcen. Zudem setzte das Personal oftmals Prioritäten im Lösen von medizinischen Problemen und weniger im Umgang mit SUD. Was sich ebenfalls als Schwierigkeit erwies, war die Tatsache, dass Menschen mit SUD durch ihre Abhängigkeit all ihre Beziehungen zu den Angehörigen abgebrochen hatten („burned bridges“).

Diese Studie von Lemke et al. zeigt unter anderem auf, dass qualifizierte Sozialarbeiter wichtige Beiträge in der Behandlung von Bewohnern mit SUD in Pflegeinstitutionen leisten können. Diese beinhalten eine Verbesserung der Kommunikation, eine verbesserte Koordination der medizinischen Behandlungsprogramme, die Schulung des Personals bezüglich Substanzmissbrauch im Alter und eine Hilfestellung in der Austrittsplanung.

4.4. Interdisziplinäres Behandlungsprogramm für ältere alkoholabhängige Menschen in einer Pflegeinstitution

Im Rahmen eines interdisziplinären Programmes von Alkoholikern mit schweren gesundheitlichen Problemen verglich Lee Ann Mjelde-Mossey (Mjelde-Mossey, 2007) die Eintrittsdaten eintretender Bewohner in Pflegeinstitutionen, In Pflegeinstitutionen ist zwar das Interesse bezüglich alkoholbezogener Probleme bei

älteren Menschen gross. Trotzdem wird diesem Problem immer noch zu wenig Beachtung geschenkt. Zudem gibt es zu wenige von Pflegefachkräften begleitete Behandlungsprogramme für ältere Menschen mit Alkoholproblemen.

In ihrem Artikel stellt Lee An ein neues interdisziplinäres Programm zur Behandlung von Alkoholikern mit schweren gesundheitlichen Problemen vor. In Pflegeinstitutionen ist zwar das Interesse bezüglich alkoholbezogener Probleme bei älteren Menschen gross. Trotzdem wird diesem Problem immer noch zu wenig Beachtung geschenkt. Zudem gibt es zu wenige von Pflegefachkräften begleitete Behandlungsprogramme für ältere Menschen mit Alkoholproblemen. Im vorliegenden Artikel wurde in einem Pflenheim eine 10-Bettenstation beschrieben, auf welcher alkoholabhängige Menschen (44 Männer und 11 Frauen; Durchschnittsalter 67 Jahren) nach einem Alkoholentzug behandelt wurden. Das Behandlungsprogramm dauerte mindestens 30 Tage und wurde von speziell geschulten Pflegefachpersonen geführt. In die Behandlung wurden auch Alkoholberater und Sozialarbeiter involviert. Bei Eintritt wurde unter anderem das Ausmass der alltäglichen Aktivitäten, welche ein unabhängiges Leben ermöglichen, mittels des „Aktivist oft Daily Living [ADL]“ erfasst. Dabei werden Körperpflege, An- und Ausziehen, Nahrungsaufnahme, Mobilisierung und Toilettengang beurteilt. Die so erhobenen Eintrittsdaten wurden mit denjenigen der 1'638'300 Bewohnern aus der National Nursing Home Survey [NNHS] (Jones, 2002) verglichen. Der Männeranteil im vorliegenden Behandlungsprogramm [BP] war viel höher als in der NHHS (80.0% *versus* 28.1%) und das Durchschnittsalter lag tiefer (41.8% war jünger als 65 Jahre; in der NNHS 9.8%). Bei Eintritt benötigen praktisch alle Alkoholiker Unterstützung in der Verrichtung ihrer täglichen Aktivitäten. Hier zeigt sich eindrücklich die Pflegebedürftigkeit älterer Menschen nach Alkoholentzug. Dabei stellt die Inkontinenz der Hauptgrund für eine Einweisung ins Pflenheim dar.

Folgende Faktoren führten zu einer Besserung des Gesundheitszustandes der Bewohner: Alkoholabstinenz, gute Ernährung, Vorhandensein medizinischer Betreuung, Angebot von Aktivitäten und Einhalten von Tagesstrukturen. Viele Bewohner konnten nach der Behandlung in eine niedrigere Pflegestufe oder gar nach Hause entlassen werden. Die Studie zeigt auch dass die Alkoholabhängigen männlich und jünger sind, als die allgemeine Population in den Pfleginstitutionen und

dass sie angewiesen sind auf ein spezifisches Angebot. Sie passen nicht zur übrigen Population in den Pflegeinstitutionen. Die Inkontinenz ist die einzige Gemeinsamkeit die sie haben.

Somit zeigt die vorliegende Studie mögliche Interventionen für den Umgang mit alkoholkranken älteren Menschen auf. Dabei werden speziell geschulte Pflegefachkräfte benötigt, die interprofessionell mit anderen Fachbereichen zusammenarbeiten. Die Studie zeigt auch, dass alkoholabhängige ältere Menschen einen spezifischen Ort zum Wohnen brauchen, denn sie passen nicht in die übliche Population der Pflegeinstitutionen. Zudem lässt die Studie den Schluss zu, dass eine Behandlung von schweren Alkoholikern sinnvoll ist, da diese anschliessend häufig weniger pflegebedürftig sind.

4.5. Ergebnisse aus dem „Wicking Project“

Im „Wicking Project“ wurde die Auswirkung einer institutionalisierten Pflege auf ältere obdachlose alkoholabhängige Menschen mit Alkohol-bedingter Hirnschädigung (Alcohol-Related Brain Injury [ARBI]) untersucht (Rota-Bartelink, 2011). Diese Menschen zeigen ein auffälliges Verhaltensmuster (sog. „challenging behaviour“), welches im Extremfall zur Selbstgefährdung der betroffene Person führen kann, in weniger ausgeprägter Form zu Distress beim Patienten oder der Umgebung führt. Insgesamt wurden 14 alkoholabhängige Menschen mit einem Alter über 50 Jahre in die Studie eingeschlossen, wovon 7 in die Pflegeinstitution aufgenommen wurde (Interventionsgruppe), während die Kontrollgruppe (n=7) in ihrer bisherigen Wohnsituation belassen wurde. Sie erhielten keine Intervention und wurden lediglich alle drei Monate zu einem einstündigen Interview eingeladen. Im Gegensatz zur vorangehenden Studie durften die Teilnehmer der aktuellen Studie Alkohol zu sich nehmen. Zur Datenerhebung wurden drei Tests angewendet: Die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ [HADS]), der „Alcohol Use Disorders Identification Test“ [AUDIT], der „Communication Integration questionnaire“ [CIQ] und ein neuropsychologisches Assessment. Diese wurden zu Beginn, nach 9 Monaten und nach 18 Monaten durchgeführt. Die Teilnehmer im „Wicking Project“ zeigten eine signifikante Reduktion des Angstniveaus (HADS, $F=9.083$, $p=0.013$), wiesen weniger

häufig eine Depression auf (HADS, $F=7.875$, $p=0.019$), konsumierten signifikant weniger Alkohol (AUDIT, $F=6.114$, $p=0.013$) und zeigten eine signifikant bessere Integration in die Gemeinschaft. (CIQ, $F=8.030$, $p=0.016$). Initial nahm das auffällige Verhaltensmuster bei der Interventionsgruppe zu und erreichte nach drei Monaten einen Höhepunkt. Anschliessend zeigte sich eine deutliche Verbesserung.

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten eine individualisierte und intensive Betreuung und Verhaltenstherapie, welche ihnen unter anderem helfen sollte, besser mit dem problematischen Alkoholkonsum umgehen zu können. Zudem wurden die Teilnehmer motiviert und unterstützt, neue Fähigkeiten zu erlernen, auch mit dem Ziel ihr Selbstvertrauen zu stärken. Das Pflegepersonal wurde speziell geschult, damit sie den Bedürfnissen der Teilnehmer gerecht werden konnten. Alle Interventionen und Pflegeschulungen wurden von qualifizierten Neuropsychologen begleitet und überwacht.

Diese Studie legt den Schluss nahe, dass durch gezielte Interventionen und eine wertschätzende Haltung vonseiten des Pflegepersonals eine Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens alkoholabhängiger älterer Menschen erzielt werden kann. Voraussetzungen hierzu sind eine geschützte und gut strukturierte Umgebung, hochqualifizierte Pflegefachpersonen und ein interprofessionelles Team bestehend aus Medizinerinnen, Sozialarbeiterinnen und Psychologinnen. Zudem braucht es Zeit bis sich die Bewohner an die neuen Massnahmen gewöhnen und bis sie sich in der neuen Umgebung geborgen fühlen. Wie die getätigten Interventionen im Einzelnen aussehen bleibt mehr oder weniger unklar.

4.6. Häufigkeit und Folgen des Alkoholmissbrauchs bei älteren Menschen

Der Review von Adele Phillips (Phillips, 2014) beleuchtet die Häufigkeit, die Ursachen und die gesundheitlichen Folgen des Alkoholmissbrauchs bei älteren Menschen. Zudem versucht er Wege aufzuzeigen, wie das Personal in Pflegeinstitutionen Bewohnern mit Alkoholmissbrauch begegnen und helfen kann, um daraus resultierende gesundheitliche Folgen zu verringern.

Alkoholmissbrauch ist ein häufiges Problem bei älteren Menschen über 65 Jahre. Laut Schätzungen weisen bis zu 25% aller älteren Bewohner in Pflegeinstitutionen

einen Alkoholmissbrauch auf. Dieser bleibt aber häufig unentdeckt. Laut Philipps beruht diese Tatsache auf zwei Gründen. Einerseits fällt die soziale Kontrolle durch die Pensionierung und die oftmals damit verbundene zunehmende Isolation weg. Andererseits führt ein Alkoholmissbrauch zu ähnlichen Symptomen, wie sie im Rahmen des normalen Alterungsprozesses auftreten können: Zunehmende Gangunsicherheit, Inkontinenz, Gedächtnisverlust, depressive Verstimmungen, Ängste und Schlafprobleme. Deshalb ist ein Screening der Bewohner bezüglich Vorliegen eines Alkoholmissbrauchs beim Eintritt in eine Pflegeinstitution wichtig. Laut Phillips ist es wichtig, dass das Pflegepersonal die alkoholabhängigen Bewohner mündlich und schriftlich über die Folgen des Alkoholmissbrauchs in einer für sie verständlichen Sprache informiert. Auch sind ältere Menschen oftmals aufgrund ihrer kognitiven Einschränkung nicht mehr in der Lage Richtlinien und Strategien einzuhalten. Neuere Studien belegen, dass ältere Leute mit vorliegendem Alkoholmissbrauch gut auf eine Therapie ansprechen. Diese sollte aber von Spezialisten durchgeführt werden. Phillips empfiehlt Angehörige in Therapieentscheidungen miteinzubeziehen. Dies kann jedoch problematisch sein, da Angehörige ein vorliegendes Alkoholproblem zum Teil verneinen, um den Ruf der Familie zu schützen.

Der vorliegende Artikel weist auf die Wichtigkeit eines routinemässigen Assessment bei älteren Bewohnern einer Pflegeinstitution bezüglich dem Vorliegen eines Alkoholmissbrauches hin. Hierzu muss das Pflegepersonal spezifisch geschult werden. Der Artikel geht aber nicht auf pflegerische Interventionen ein, die einen konstruktiveren Umgang mit älteren alkoholabhängigen Bewohnern ermöglichen würden.

5. Würdigung der Literatur

Die Evidenz der sechs Studien befindet sich bei allen auf der untersten Stufe der 6S Pyramide (DiCenzo, 2009), da alles Einzelstudien sind.

Nur in der Studie von Lemke et al (2010) wurde eine Ethikkommission einbezogen.

Die fünf quantitativen Studien von Klein et al (2002), Mjelde-Mossey (2007), Rota-Bartelink (2011) und Lemke et al (2010 & 2012) entsprechen den Qualitätskriterien bezüglich der Reliabilität, Validität und Objektivität. Trotzdem gibt es einige Punkte zu bemängeln. Der Forschungsprozess ist in allen Studien nachvollziehbar. In der Studie von Mjelde-Mossey (2007) ist die Objektivität teilweise nachvollziehbar, da unklar ist wie und durch wen die ADLs und die Inkontinenz erfasst wurde.

Die Interventionsstudie von Rota-Bartelink (2011) weist etliche Schwächen auf. Es ist dabei jedoch zu bedenken, dass sie die einzige Interventionsstudie in dieser Arbeit ist. Die Teilnehmerzahl von 14 Personen ist für eine quantitative Untersuchung gering. Die Objektivität ist nicht gewährleistet, da nicht beschrieben ist, wie die Resultate erfasst wurden. Der ganze Methodenteil fehlt und es ist unklar wie die statistischen Analysen durchgeführt wurden. Die verwendeten Assessmentinstrumente sind nicht eingeführt worden. Es fand keine Randomisierung der Teilnehmer statt und die Kriterien der Gruppeneinteilung sind nicht bekannt. Die Datenerhebung in der Kontrollgruppe bleibt unklar.

Der Clinical Review ist aktuell und gibt relevante Antworten auf die Fragestellung dieser Arbeit. Alle Empfehlungen im Review sind mit relevanter Literatur im Text unterlegt. Wie und wo die Literatur gesucht wurde, ist nicht erwähnt, was zu bemängeln ist.

6. Diskussion

Die Ergebnisse werden aus der Sicht der älteren alkoholabhängigen, pflegebedürftigen Bewohnern, der Pflegefachpersonen und der Pflegeinstitution diskutiert und mit Gedanken aus Theorie und Erfahrungen aus dem Pflegealltag ergänzt.

6.1. Ältere alkoholabhängige, pflegebedürftige Bewohner

Die Studie von Lemke et al. (2012) zeigt, dass nicht alle Frauen und nur wenige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen einen einfachen Zugang zu Behandlungsangeboten haben. Da stellt sich die Frage, ob das Thema der Alkoholabhängigkeit auch in Bezug auf Gender, auf die Ethnie und auf die verschiedenen Komorbiditäten diskutiert werden sollte.

Ein interessanter Aspekt ergibt sich auch aus der früheren Studie von Lemke et al. (2010). Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit einer Abhängigkeit nicht häufiger an einer Demenz leiden als die übrigen Bewohner. Eigentlich hätte man erwartet, dass alkoholabhängige Bewohner aufgrund der toxischen Wirkung des Alkohols häufiger an einer Demenz leiden. Erwähnenswert ist, dass in dieser Studie die alkoholabhängigen Bewohner im Schnitt 5 Jahre jünger waren. Entsprechend ist die Beobachtung mit Vorsicht zu geniessen, da die Prävalenz einer Demenz mit zunehmendem Alter steigt.

Die gleiche Studie zeigt dass Bewohner mit Alkoholabhängigkeit nicht häufiger ein auffälliges Verhalten vorwiesen. Diese Tatsache deckt sich jedoch nicht mit der persönlichen Erfahrungen, die zur Fragestellung dieser Arbeit führten. Eine mögliche Erklärung hierzu könnte sein, dass die zitierte Studie in einer Institution für Veteranen durchgeführt wurde. Entsprechend haben alle Bewohner traumatische Kriegserlebnisse erlebt und weisen durch diese Erfahrungen eine Verhaltensstörung auf.

Die Studie von Lemke et al. (2010) kommt zum Schluss, dass alkoholabhängige ältere Menschen funktional unabhängiger sind als andere Bewohner. Diese Tatsache widerspricht der Studie von Mjelde-Mossey (2007), welche eine vermehrte Abhängigkeit gemäss den ADL-Kriterien bei alkoholabhängigen Bewohnern zeigt.

Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz wäre die Tatsache, dass Alkoholabhängige in unterschiedlichen Phasen ihrer Sucht untersucht wurden. In einem akuten Alkoholexzess sind die Bewohner wahrscheinlich stark von Pflegefachpersonen abhängig und sind wegen ihres problematischen und auffälligen Verhaltens oft kaum tragbar in einer Pflegeinstitution. Wenn die Bewohner in diesen akuten Phasen behandelt werden, tritt rasch eine Besserung der Situation ein. Andererseits gibt es ruhigere Phasen, in denen die alkoholabhängigen Bewohner mehrheitlich unabhängig und kaum auf die Hilfe vom Pflegepersonal angewiesen sind. Wahrscheinlich wäre es sinnvoll, Interventionen in diesen ruhigen Phasen einzuleiten. Dadurch könnten akuten Phasen verhindert werden, in denen die Bewohner extrem vulnerabel sind. Aktuell sind aber Pflegefachpersonen zu wenig geschult, um solche Interventionen durchzuführen oder zu unterstützen. Zudem fehlt es an der nötigen Zeit.

6.2. Pflegefachpersonen

Aus sämtliche Studien geht klar hervor, dass der Umgang mit alkoholabhängigen Bewohnern hohe Anforderungen an das Pflegepersonal stellt und eine entsprechende Schulung voraussetzt, welche aber heutzutage meistens fehlt. Bereits beim Eintritt in eine Pflegeinstitution sollte eine mögliche Alkoholabhängigkeit erfasst werden, die gemäss Lemke et al. (2012) aber häufig verpasst wird, da das Pflegepersonal nicht entsprechend sensibilisiert ist. Ein angemessenes Screening nach Alkoholproblemen wäre nach Phillips (2014) eine erste mögliche Annäherung an das Problem. Laut Philipps (2014) würde durch ein Screening den betroffenen Bewohnern auch signalisiert werden, dass sie ihre Alkoholabhängigkeit nicht länger verbergen müssen und dass ihrem Problem Beachtung geschenkt wird. Aufgrund der prognostizierten Zunahme der Alkoholabhängigkeit im Alter (siehe Einleitung) wäre ein solches Screenings wichtig.

Des Weiteren kommt Phillips (2014) zum Schluss, dass angemessene Assessmentinstrumente die Gesundheit älterer, alkoholabhängiger Menschen fördern kann. Dabei ist wichtig, dass Pflegefachpersonen neben der Dokumentation des Alkoholkonsums auch die Lebensgewohnheiten des Eintretenden erfassen und

das Assessment bewohnerzentriert mit Einbezug der nächsten Angehörigen durchführen, da gemäss Klein et al. (2002) die soziale Umgebung, in der der Alkohol konsumiert wird, eine Rolle spielt. Diese Aussage deckt sich mit der von Kutschke (2012), der von einer sogenannten Co-Abhängigkeit der Angehörigen spricht, da das Alkoholproblem eines Einzelnen dessen soziales Umfeld/System miteinschliesst. Entsprechend muss das Familiensystem in die Behandlung einbezogen werden. Die Auseinandersetzung des Pflegepersonals mit dem Familiensystem erleichtert zudem den Umgang mit den betroffenen Bewohnern, da sich diese oftmals von ihren Angehörigen in die Pflegeinstitution abgeschoben fühlen. Ein solcher Einbezug ist auch für die Angehörigen wichtig, da diese oft Schuldgefühle aufweisen, weil sie die Situation zu Hause nicht mehr tragen konnten.

Es muss aber auch erwähnt werden, dass die Erhebung eines Screenings oder eines Assessments bei alkoholabhängigen Bewohnern äusserst schwierig sein kann, weil einerseits deren kognitive Einschränkung weit fortgeschritten sein kann (Lemke et al., 2012), oder andererseits die alkoholabhängigen Bewohner und/oder ihre Angehörigen nicht wahrhaben wollen oder nicht wissen, wie gesundheitsgefährdend der übermässige Alkoholkonsums ist (Phillips, 2014).

6.3. Pflegeinstitution

In den Studien von Klein et al. (2002), Lemke et al. (2012) und Phillips (2014) zeigte sich, dass Leit- und Richtlinien sowie Strategien eine wichtige Hilfestellung im Umgang mit alkoholabhängigen Menschen bieten. Diese Hilfestellungen werden aber oft umgangen oder sie werden nicht korrekt angewendet (Lemke et al., 2012) (Phillips, 2014). Auch stellt sich die Frage, ob für alle Bewohner in Pflegeinstitutionen restriktive Leit- und Richtlinien gleichermassen gelten sollen. Bei nicht abhängigen Bewohnern ist ein mässiger Alkoholkonsum nicht immer gesundheitsgefährdend, sondern kann gemäss dem Cochrane Review von Muckle, Oyewumi, Robinson, Tugwell, & Ter Kuile et al. (2007) sogar gesundheitsfördernd sein. Auch gilt zu beachten, dass unterschiedliche Richtlinien den Alkoholkonsum betreffend zu ähnlichen Ergebnissen führen können. So führten sowohl eine strikte Abstinenz (Mjelde-Mossey, 2007) wie auch ein freier Alkoholkonsum, so lange dadurch die

Mitbewohner nicht belästigt wurden (Rota-Bartelink, 2011), bei alkoholabhängigen Bewohnern zu einer Besserung des Gesundheitszustandes sofern sie adäquat betreut waren. Somit ist es durchaus vorstellbar, dass alkoholabhängige Bewohner weiterhin Alkohol in Pflegeinstitutionen trinken können. In diesem Fall müssen sie aber in einer ihnen verständlichen Sprache über die mögliche Folgen und Risiken ihres Alkoholkonsums und mögliche Therapieformen informiert werden. Gemäss Kutschke (2012) dient der Beziehungsaufbau der Pflegefachperson zum betroffenen Bewohner und seinen Angehörigen als Basis, um zu einem Konsens im Sinne des Betroffenen zu gelangen. Dieses Vorgehen wäre die Grundlage eines ethisch korrekten Vorgehens (Schaffert et al., 2013), das zu den in der Einleitung beschriebenen Ziele führen würde.

In zwei Studien wurde die Betreuung alkoholabhängiger Bewohner auf speziell eingerichtete Abteilungen durchgeführt (Mjelde-Mossey, 2007; Rota-Bartelink, 2011). Dabei stellt sich die Frage, ob die Isolation eines Menschen auf einer Spezialabteilung an seinem Lebensende nicht einem Abschieben und/oder einer Stigmatisierung gleich kommt. Wird damit dem Wunsch des Bewohners entsprochen? Ist ein solches Vorgehen ethisch vertretbar? Hier sind Pflegeinstitutionen extrem gefordert (Schaffert et al., 2013).

Obwohl die Fragestellung dieser Arbeit aktuell und brisant ist, gibt es nur wenige Studien zu diesem Thema. Entsprechend bleibt offen, wie man alkoholabhängigen Bewohnern in Pflegeinstitution am besten gerecht werden kann. Diesen Fragen müssen künftige Studien beantworten. Unabdingbar scheinen aber eine gute Schulung des Pflegepersonals und eine interprofessionelle Zusammenarbeit zu sein.

7. Theorie-Praxis-Transfer

Die Resultate aus den 6 Studien werden in der nachfolgenden Tabelle 3 noch einmal stichwortartig aufgelistet. Daraus werden mögliche Interventionen für den Pflegealltag abgeleitet und mit Hilfe der Fachliteratur (vor allem Kutschke (2012)) ergänzt.

Tabelle 3 Interventionen die den konstruktiven Umgang mit älteren alkoholabhängigen Bewohnern in Pflegeinstitutionen fördert

Schlüssel-punkte	Interventionen aus den Studien	Vorschläge für Praxisinterventionen
Screening/ Assess- ment	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erfassen des Gesundheitszustandes beim Eintritt (Mjelde-Mossey, 2007) ➤ Anwendung von Assessmentinstrumenten, um den Verlauf beurteilen zu können (Rota-Bartelink, 2011) ➤ Erfassen der Alkoholabhängigen (Klein & Jess, 2002) ➤ Assessment zur Gesundheits-förderung (Phillips, 2014) ➤ Dokumentation von Alkohol -einnahme und -menge (Phillips, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beim Eintritt in eine Pflegeinstitution muss bei allen Bewohnern ein Screening nach einer Alkoholabhängigkeit durchgeführt werden ➤ Ausführen eines Assessments zur Beurteilung und Gewichtung des Alkoholproblems <p><i>Begründung:</i> Das Ausmass der Alkoholabhängigkeit wird beurteilt und daraus können die ersten Bewohnerbezogenen Interventionen abgeleitet werden, was der erste Schritt zur Gesundheitsförderung ist.</p>
Schulung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anwendung von Assessmentinstrumenten, um den Verlauf beurteilen zu können (Rota-Bartelink, 2011) ➤ Einzel-, Gruppen-, oder Familiengespräche (Mjelde-Mossey, 2007) ➤ Individueller Therapieplan (Rota-Bartelink, 2011) ➤ Persönliches Gefahr-Reduktionsmodell (Rota-Bartelink, 2011) ➤ Verhaltenstherapie (Rota-Bartelink, 2011) ➤ Schulung in Handhabung und Interpretation von Regelungen und Leitlinien (Klein & Jess, 2002) ➤ Erarbeitung von Massnahmeplänen zur Regelung von schwierigen Situationen und Dokumentation (Klein & Jess,2002) ➤ Schulung in Bezug auf psychische Krankheiten und nicht-angemessenen Verhaltensweisen (Lemke & Schaefer, 2010) 	<p>Es ist notwendig, dass sich das Pflegepersonal bildet,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ in der Handhabung, Interpretation und Dokumentation von Screening- und Assessmentinstrumenten, von Richt- und Leitlinien, von Behandlungsmassnahmen ➤ in motivierender und deeskalierender Gesprächsführungen ➤ in Bezug auf die Krankheit selbst, auf die Rolle von Alter, und Geschlecht, auf psychischen Krankheiten und Komorbiditäten ➤ im Erstellen von bewohnerbezogenen Massnahmeplänen, die auch Antworten geben, wie in

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Keine Ausbildung – Keine Intervention (Klein & Jess, 2002) ➤ Erarbeitung von Verhaltensverträgen (Lemke & Schaefer, 2012) 	<p>schwierigen Situationen zu reagieren ist.</p> <p><i>Begründung:</i> Die Pflegefachpersonen erhalten Sicherheit im Umgang mit alkoholabhängigen Bewohnern. Durch das Anwenden von Interventionen wird ihre Entscheidungskompetenz gefördert. Sie sind nicht mehr machtlos und überfordert.</p>
Strukturen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10-Bettenstation (Mjelde-Mossey, 2007) ➤ Gute Ernährung (Mjelde-Mossey, 2007) ➤ Zeit und qualifiziertes Pflegepersonal (Mjelde-Mossey, 2007)(Rota-Bartelink, 2011) ➤ Qualifiziertes Team ➤ Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Psychologen, Sozialarbeiter und spezialisierte Pflegefachpersonen (Klein & Jess, 2002) ➤ Einbezug von Experten (Lemke & Schaefer, 2012) ➤ Spezialisiertes Personal, welches in schwierigen Situationen kontaktiert werden kann (Lemke & Schaefer, 2012) ➤ Einschluss von Alkoholberatern und Sozialarbeitern (Mjelde-Mossey, 2007) 	<p>Schaffung von Strukturen, die den Umgang mit den alkoholabhängigen Bewohnern fördert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Schwerpunktstation mit qualifiziertem Personal (Pflegeexperten) ➤ Supervisionen und Fallbesprechungen ➤ zeitliche und finanzielle Unterstützung ➤ Weiter-/Fortbildungen ➤ Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen und Berufen ➤ Hosting in einer psychiatrischen Klinik oder einer Entzugsklinik <p><i>Begründung:</i> Die Pflegefachpersonen setzen sich bewusst mit der Alkoholproblematik auseinander. Sie nehmen sich dafür Zeit, sammeln Erfahrungen und tauschen sich untereinander aus. Sie arbeiten mit andern Diensten zusammen, die ihnen Hilfestellungen geben oder Behandlungen ausführen können.</p>
Pflege-Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Motivation der Bewohner zur Behandlung (Lemke & Schaefer, 2012) (Phillips, 2014) ➤ Training im Sozialumgang (Lemke & Schaefer, 2012) ➤ Training in der Alltagsgestaltung (Lemke & Schaefer, 2012) ➤ Mündliche und schriftliche Information des Bewohners über Folgen des Alkoholmissbrauchs (Phillips, 2014) ➤ Annäherung in einer empathischen, nicht verurteilenden Haltung (Phillips, 2014) ➤ Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung (Phillips, 2014) ➤ Stärkung des Selbstvertrauens (Rota-Bartelink, 2011) ➤ Motivation zur Lebensführung nach eigenen Wünschen (Rota-Bartelink, 2011) 	<p>Es gibt eine Vielfalt von Therapien und Betreuungsformen. Dabei ist es wichtig, dass alkoholabhängige Bewohner</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ zu einer Behandlung oder zu einem Massnahmeplan motiviert werden ➤ im sozialen Umgang gefördert werden ➤ zur Gestaltung eines abwechslungsreichen und attraktiven Alltags motiviert werden (Kutscke, 2012) ➤ den Umgang mit belastenden Situationen wie Angst, Trauer, Einsamkeit und Langweile lernen (Kutscke 2012) ➤ in alternativen Genuss- und Entspannungsfähigkeiten

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Motivation in der Entwicklung neuer Fähigkeiten (Rota-Bartelink, 2011) ➤ Angebot von Aktivitäten (Mjelde-Mossey, 2007) 	<p>gefördert werden (Kutschke2012)</p> <p><i>Begründung:</i> Durch diese Interventionen wird das Selbstwertgefühl, die Entscheidungsfähigkeit und die Lebensqualität der Betroffenen Bewohner gestärkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eine empathische, nicht verurteilende Haltung der Pflegefachpersonen ist grundlegend. <p>Die betroffenen Bewohner fühlen sich ernst genommen und sind dadurch in der Lage, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.</p>
---	---

Alle Studienergebnisse und die Fachliteratur weisen darauf hin, dass Pflegende gut ausgebildet sein müssen, wenn sie mit alkoholabhängigen Bewohnern zusammenarbeiten. Wenn die Fachkompetenz und das Wissen der Pflegenden im Bereich des Alkoholismus gefördert werden, können negative Haltungen, Einstellungen und Überzeugungen gegenüber Alkoholabhängigen abgebaut werden. Durch das erweiterte Wissen der Pflegefachpersonen können Bewohner-zentrierte Interventionen eingeleitet werden. Zudem wissen die Pflegefachpersonen, bei wem sie in problematischen Situationen Hilfe und Beratung holen können. Das heisst, dass das neu erlangte Wissen die Entscheidungskompetenz und die Sicherheit der Pflegenden in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit ihrer Bewohner fördert.

8. Zukunftsvisionen

Die Studien, die in dieser Arbeit eingeschlossen wurden, haben alle einen deduktiven Ansatz. Aus gross angelegten Interviews (Klein & Jess, 2002) (Lemke & Schaefer, 2012), aus Datenbankrecherchen (Mjelde-Mossey, 2007) (Lemke & Schaefer, 2010), aus Literaturrecherchen (Phillips, 2014) und aus einem Behandlungsprojekt (Rota-Bartelink, 2011) wurden Rückschlüsse gezogen, wie der Umgang mit alkoholabhängigen Bewohnern in Pflegeinstitutionen fördert werden. Es wäre interessant zu wissen, wie sich die Betroffenen selbst zur Fragestellung der vorliegenden Arbeit äussern würden. Das wäre ein induktiver Ansatz einer möglichen qualitativen Studie.

Als Grundlage und Wegleitung könnte das „Calgary Family Assessment Model“ [CFAM] und das „Calgary Family Intervention Model“ [CFIM] von L. Wright und M. Leahey (Wright & Leahey, 2014) dienen. Die Umsetzung dieser Modelle erfolgt mit einem narrativen Interview, das mit den Betroffenen und dessen Bezugsperson geführt wird. Die Pflegefachpersonen erfassen im Interview die Geschichte, die Bedürfnisse und die Wünsche der Betroffenen und gleichzeitig werden die Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit auf die Familie erfasst. Ein Ziel des Interviews ist es, dass die Pflegefachperson in den ersten 10 Minuten den Beteiligten eine Anerkennung ausspricht. So werden durch das Interview einerseits Probleme und Anliegen wahrgenommen, andererseits kann durch das Zuhören und das Aussprechen von Anerkennungen den Betroffenen eine Wertschätzung entgegengebracht werden. Schlussendlich ist das Interview auch der Beginn eines Beziehungsaufbaus mit den Betroffenen und dient als Grundlage für spätere Interventionen und/oder einer möglichen Studie. Dieser Patienten-zentrierte Zugang kann einen Beitrag zur Evidenz-basierten Pflege ermöglichen, denn nach Rycroft-Malone et al. (2004) sind Erfahrungen und Vorlieben der Patienten eine der vier Quellen hierzu.

9. Offene Fragen

Aus den beiden Studien von Lemke et al (2010, 2012), die in Pflegeinstitutionen für Veteranen stattfanden, geht hervor, dass es zur Behandlung und Betreuung von alkoholabhängigen Bewohnern speziell eingerichtete Abteilungen und gut qualifiziertes Personal braucht. Dazu sind auch finanzielle Mittel nötig, die diese privaten Pflegeinstitutionen zur Verfügung hatten. Es ist fraglich, ob unter dem enormen Kostendruck und den fehlenden finanziellen Mitteln solche aufwendigen Projekte in einer öffentlichen Pflegeinstitution in der Schweiz durchgeführt werden können. Auch bleibt unklar, wann, wie und durch wen die Schulungen des Personals stattfinden sollen. Sollte bereits in der Grundausbildung auf den Umgang mit abhängigen Menschen eingegangen werden oder sollten erst in der Weiter- und Fortbildung dieses Thema beleuchtet werden?

Diese Arbeit diene zur persönlichen Wissenserweiterung. Die Kenntnisse aus den spärlich vorhandenen Studien decken sich mehrheitlich mit der Fachliteratur. Unklar bleibt, warum es bei einem solch brisanten Thema so wenige Studien gibt. Möglicherweise hängt dies mit der Vulnerabilität älterer alkoholabhängiger Menschen zusammen. Vor allem durch eine kognitive Beeinträchtigung sind ältere alkoholabhängige Menschen oftmals nicht mehr in der Lage, angemessene Entscheidungen zu treffen. Dies erschwert ihre Teilnahme an Studien, da dies ihrer Zustimmung („informed consent“) bedarf.

10. Konklusion

Die Schulung des Pflegepersonals ist eine unabdingbare Voraussetzung um den Umgang mit älteren alkoholabhängigen, pflegebedürftigen Bewohnern zu verbessern. Dadurch kann das Problem in ihrer ganzen Komplexität angemessener erfasst und besser beurteilt werden. Daraus lassen sich anschliessend in Zusammenarbeit mit den betroffenen Bewohnern individuelle Interventionen ableiten. Das Wissen über Hintergründe, Ursachen und Folgen der Alkoholabhängigkeit führen zudem zu einem würdevolleren, empathischeren und nicht-verurteilenden Umgang mit dieser vulnerablen Menschengruppe. Dabei ist die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit grundlegend. Die Pflegeinstitutionen sind im Erstellen von neuen Konzepte, die auf ältere alkoholabhängige, pflegebedürftige Bewohner und ihre Individualität zugeschnitten sind, gefordert.

11. Literaturverzeichnis

- Babatunde, O. T., Outlaw, K. R., & Forbes, B. (2014). Journal of Human Behavior in the Social Environment Revisiting Baby Boomers and Alcohol Use : Emerging Treatment Trends. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, (24), 597–611. doi:10.1080/10911359.2014.914830
- Bartholomeyczik, S., Birkenstock, E., Brünnett, M., Fibich, T., Güther, H., Hahn, S., ... Stemmer, R. (2014). *Lehrbuch Gerontologie, gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe*. (S. Becker & H. Brandenburg, Eds.) (1. Auflage.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung*. München: Elsevier.
- Budesamt für Statistik. (2012). Gesundheitsstatistik 2012. Neuchatel: Budesamt für Statistik BFS.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2006). Pflegeforschung verstehen und anwenden. *Pflege*. doi:10.1024/1012-5302.19.2.133a
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen/Informationen zum Thema: Alkohol im Alter. (2008). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Retrieved from www.dhs.de 14.10.2014 at 22.00
- DiCenzo. (2009). *Accessing preappraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model* (Vol. 151).
- Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (2000). Qualitative Forschung (pp. 319–331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Gfroerer, J., Penne, M., Pemberton, M., & Folsom, R. (2003). Substance abuse treatment need among older adults in 2020: The impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 127–135. doi:10.1016/S0376-8716(02)00307-1
- Gilson, K.-M., Bryant, C., & Judd, F. (2014). Exploring risky drinking and knowledge of safe drinking guidelines in older adults. *Substance Use & Misuse*, 49(11), 1473–9. doi:10.3109/10826084.2014.912233
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter Aktualisierte Szenarien für die Schweiz* (1. Auflage.). Bern: Verlag Hans Huber.
- ICD-10-Version 2014. (n.d.). Retrieved from <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f10-f19.htm> am 29.09.2014 at 20.00 Uhr

- Jones, A. (2002). *The national nursing home survey_ 1999* (Vol. 13). Washington DC.
- Kaesler, M. (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen*. Neuchatel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Kessler, D., Salis Gross, C., Koller, S., & Haug, S. (2012). *Exploration erfolversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz Schlussbericht*. Zürich.
- Kist, N., Sandjojo, J., Kok, R. M., & Berg, J. F. Van Den. (2014). Cognitive functioning in older adults with early, late, and very late onset alcohol dependence. *International Psychogeriatrics*, 26(11), 1863–1869. doi:10.1017/S1041610214000878
- Klein, W. C., & Jess, C. (2002). One last pleasure. *Health and Social Work*, 27(3), 193–203.
- Kutschke, A. (2012). *Sucht-Alter-Pflege, Praxishandbuch für Pflege suchtkranker alter Menschen* (1. Auflage.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lemke, S., & Schaefer, J. a. (2010). VA nursing home residents with substance use disorders: Mental health comorbidities, functioning, and problem behaviors. *Aging & Mental Health*, 14(5), 593–602. doi:10.1080/13607860903586169
- Lemke, S., & Schaefer, J. a. (2012). Addressing Substance Use Disorders in VA Nursing Homes. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 12(January), 89–106. doi:10.1080/1533256X.2012.646630
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London / New Dehli: Sage.
- Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2014). *Pflegforschung* (2. Auflage.). München: Elsevier.
- Meyer, T. (2007). *Expertenforum Altersalkoholismus des Kanton Zürich*.
- Mjelde-Mossey, L. A. (2007). Alcoholism Treatment in a Nursing Home: Meeting teh needs of a special Population. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25(3). doi:10.1300/J020v25n03
- Muckle, W., Oyewumi, L., Robinson, V., Tugwell, P., & Ter Kuile, a. (2007). Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). doi:10.1002/14651858.CD006747
- Naegle, B. M. a, & York, N. (2012). Alcohol Use Screening and Assessment for Older Adults, (17).

- Phillips, A. (2014). One too many : Alcohol consumption and the Health risks. *NRC*, 16, 206–209.
- Plegediagnosen, Definitionen und Klassifikationen 2012-2014. (2013). In *Nanda International*. Kassel: RECOM oder Wiley-Blackwell.
- Rota-Bartelink, A. (2011). Supporting Older People Livien With Alcohol-Related Brain Injury: The Wicking Project Outcomes. *Care Management Journals*, 12(4), 186–194. doi:10.1891/1521-0987.12.4.186
- Rota-Bartelink, A., & Lipmann, B. (2007). Care Needs of Older Homeless People With. *Care Management Journals*, 8(3), 141–149.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x
- Schaffert, B., Bongard-Felix, C., Diacon, P., Hager, U., Klein Remane, U., Tomasoni-Ortelli, M., & Wälti-Bolliger, M. (2013). Ethik in der Pflegepraxis. *Pflege*. Bern: Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. Retrieved from www.sbk-asi.ch
- Schäufele, M., Weyerer, S., Hendlmeier, I., & Köhler, L. (2009). Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe : eine bundes- weite repräsentative Studie. *Sucht*, 55(5), 292–302. doi:10.1463/2009.05.04
- Schnoz, D., Salis Gross, C., Uchtenhagen, A., & Grubenmann, D. (2006). *Alter und Sucht*. Zürich.
- Uchtenhagen, A. (2013). Sucht im Alter: Erreichtes und offene Fragen. *SuchtMagazin*, 2, 46.
- Vetter, N. (2003). What is a clinical review? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(June 2004), 103–105. doi:10.1017/S0959259803013212
- Weyerer, S., Schäufele, M., & Hendlmeier, I. (2006). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenpflegeheimen. *Zeitschrift Für Gerontopsychologie & -Psychiatrie*, 19(4), 229–235. doi:10.1024/1011-6877.19.4.229
- World Health Organisation: Definition of an older or elderly person. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/27.01.2015>
- World Health Organisation. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. doi:/entity/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html

Wright, L. M., & Leahey, M. (2014). *Familienzentrierte Pflege, Lehrbuch für Familienassessment und Interventionen* (2. Auflage.). Bern: Hans Huber.

12. Eigenständigkeitserklärung und Wortzahl

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig ohne Mithilfe von Drittpersonen und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Illnau, 3. April 2015

Wortzahl:

Arbeit: 7742

Abstract: 159

13. Danksagung

Bei meinem Ehemann und meinen drei Söhnen bedanke ich mich für die Geduld, das Verständnis und die Ermutigungen, die sie mir beim Schreiben dieser Arbeit entgegengebracht haben.

Einen Besonderen Dank gilt folgenden Personen:

Daniel Konrad für das Korrekturlesen der Arbeit.

Franziska Zuniga für das Entgegenlesen der Arbeit und die fachlichen und persönlichen Diskussionen, die ich mit ihr führen durfte.

Franz Neff für die angenehme und kompetente Betreuung während des Schreibens dieser Arbeit.

Anhang A: Datenbank-Recherche

Datum	Datenbank	Keywords	Hits	Abstracts
11.01.2015	Medline	1. (Alcoholism[map term]) OR (Alcohol-related disorders[map term] OR Alcohol OR (Alcohol Drinking)	288615	
		2. (Nursing Homes [map term]) OR (Long-Term Care [map term])	49744	
		3. Aged OR (Elderly People[map term]) OR Elderly OR (Older Adults)	4307420	
		4. 1 AND 2 AND 3	131	
		5. Limit 2010 to current	47	1
		6. (Guidelines [map term])OR (Conceptual Framework)	268000	
		7. 1 AND 2 AND 6	262	0
11.01.2015	PsycINFO	1. (Alcoholism[map term]) OR (Alcohol-related disorders[map term] OR Alcohol OR (Alcohol Drinking)	226133	
		2. (Nursing Homes [map term]) OR (Long-Term Care [map term])	27179	
		3. Aged OR (Elderly People[map term]) OR Elderly OR (Older Adults)	439007	
		4. 1 AND 2 AND 3	1055	
		5. Limit 2010 to current	425	1
11.01.2015	CINAHL	1. (Alcohol-related Disorders [Heading]) OR Alcoholism	13134	
		2. Aged [Heading] OR (elderly people) OR (Older Adults) OR Elderly	556627	
		3. (Nursing Homes [Heading]) OR (Long Term Care[Heading])	40357	
		4. 1 And 2 AND 3	28	4

Anhang B: SMAST-G

Datum:

Name:

SMAST-G (Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric)

Testanweisung: Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Verhaltensweisen und Problemen, die auftreten können, wenn Sie regelmäßig Alkohol trinken. Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht und kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

1. Haben Sie anderen gegenüber schon einmal untertrieben, wie viel Alkohol Sie trinken?

Ja Nein

2. Haben Sie nach ein paar Gläsern Alkohol manchmal nichts gegessen oder eine Mahlzeit ausgelassen, da Sie sich nicht hungrig fühlten?

Ja Nein

3. Helfen ein paar Gläser Alkohol, Ihre Zitterigkeit oder Ihr Zittern zu verhindern?

Ja Nein

4. Haben Sie, nachdem Sie Alkohol getrunken haben, manchmal Schwierigkeiten, sich an Teile des Tages oder der Nacht zu erinnern?

Ja Nein

5. Trinken Sie gewöhnlich Alkohol, um zu entspannen oder Ihre Nerven zu beruhigen?

Ja Nein

6. Trinken Sie, um Ihre Probleme für einige Zeit vergessen zu können?

Ja Nein

7. Haben Sie schon einmal mehr Alkohol getrunken, nachdem Sie einen Verlust in Ihrem Leben erlitten haben?

Ja Nein

8. Hat Ihnen schon einmal ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine andere Person gesagt, sie mache sich Sorgen bezüglich Ihres Alkoholkonsums?

Ja Nein

9. Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klar zu kommen?

Ja Nein

10. Verschafft Ihnen ein alkoholisches Getränk Erleichterung, wenn Sie sich einsam fühlen?

Ja Nein

Total Punkte:

Quelle: Blow FC, Gillespie BW, Barry KL, Mudd SA, Hill EM (1998): Brief screening for alcohol problems in the elderly populations using the Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G). Alcohol Clin Exp Res 22(Suppl):131.

Anhang C: Übersicht der Studien

Autoren Titel	Jahr/Land Journal	Design/ Methode	Stichprobe/ Population	Evidenz- level
W.C.Klein & C. Jess	2002 Connecticut, USA	Quantitative/ Qualitative Studie	111 Pflegeheim- verwalter	1
One Last Pleasure? Alcohol Use among elderly People in Nursing Homes	Health & Social Work	Halb-strukturiertes Telefoninterview mit offenen und geschlossenen Fragen. Auswertung quantitativ, die Inhaltsanalyse diente zum Zählen von einheitlichen Kategorien.		
L.A. Mjelde-Mossey	2008 Columbus, OH, USA	Querschnittsstudie	55 Alkoholiker (44Männer/ 11 Frauen), Alter 49-83 Jahre & 1'628'300 Bewohner aus Nationalen Nursing Home Studie (NNHS)	1
Alcoholism Treatment in a Nursing Home	Alcoholism Treatment Quarterly	Erhebung von Demographischen Daten und ADLs beim Eintritt		
S. Lemke & J.A. Schaefer	2010 Menlo Park, CA, USA	Querschnittsstudie	2700 Veteranen 55Jahre und älter beim Eintritt in ein VA Pflegeheim	1
VA nursing home residents with substance disorders (SUD): Mental Health comorbidities, functioning, and problem behaviors	Aging & Mental Health	Daten aus dem PAI (Patient Assessment Instrument) werden mit dem T-Test, Chi-Quadrat Test und einer Regressionsanalyse verglichen.		
A.Rota-Bartelink	2011 Australia	Interventionsstudie	14 freiwillige, obdachlose alkoholabhängig e Teilnehmer, 50 Jahre und älter (7 Interventions- gruppe IG & 7 Kontrollgruppe KG)	1
Supporting older People Living with Alcohol-Related Brain Injury: The Wicking Project	Care Mangement Journals			
S. Lemke & J.Schaefer	2012 Menlo Park, CA, USA	Quantitative	48 Verwalter von Pflegeinstitution en für Veteranen.	1
Addressing Substance Use Disorders (SUD) in VA Nursing Homes	Journal of Social Work Practice in the Addictions	Umfrage mit einer Videokonferenz		
A.Phillips	2014 United Kingdom	Clinical Review	Keine Stichprobe	1
One too many: alcohol consumption and teh health risk	NRC (Research Press Journal)			

Anhang D: Studie von Klein & Waldo (2002)

One Last Pleasure? Alcohol Use among Elderly People in Nursing Homes	
Einleitung	Das Ziel der Studie ist es eine erste Beschreibung von Praktiken und Strategien bereitzustellen, die aus den Erfahrungen mit dem Alkoholkonsum der Bewohner gebildet wurden. Die Studie beinhaltet eine deskriptive Beurteilung der Grundsätze, Anwendungen und Probleme der Pflegeheimbewohner. Alkohol bezogene Informationen wurden erfragt, wie das Assessment, die Verfügbarkeit von Alkohol, Regelungen, die Betreuung in Bezug auf Alkohol, alkoholbezogene Probleme, die Haltung des Personals und das Wissen über den Alkohol.
Methode	<p>Design: Quantitative/ Qualitative Studie</p> <p>Sample : 111 Pflegeheimverwalter</p> <p>Messverfahren: Halbstrukturiertes Telefoninterview mit offenen und geschlossenen Fragen. Die Autoren stützten sich auf staatlich erhobene Daten der Pflegeheimbewohner (48% der Bewohner sind 85 Jahre und älter, 74% der Bewohner sind weiblich, 95% sind weiss).</p> <p>Datenanalyse: Die Autoren führten unabhängig voneinander bei den ersten Interviews bei den Antworten auf die offenen Fragen eine Inhaltsanalyse durch. Alle Differenzen, die sich aus diesen Analysen ergaben wurden identifiziert, diskutiert und man einigte sich für die Analyse der restlichen Interviews auf gemeinsame Codes Das heisst man bildete eindeutige Kategorien, die dann quantitativ ausgewertet wurden. Die Daten wurden in SPSS 8.0 eingegeben</p>
Ergebnisse	<p>Es wurden 4 Kategorien abgeleitet</p> <p>Assessment: 57,7% (n=64) der Pflegeheime erfassten eine Alkoholgeschichte beim Eintritts-Assessment der Bewohner. Was aber erhoben wurde unterschied sich. So fragten 79% (n=51) der Pflegeheime beim Eintritt nach dem Trinkmuster, nach der Häufigkeit der Alkoholeinnahme oder nach der Zeitdauer. 28% (n=18) fragten spezifisch nach Alkoholproblemen und nach Behandlungen. 20.3% (n=13) fragten die Bewohner direkt nach einer Alkoholabhängigkeit. 14.1% (n=9) erfragten eine Alkoholgeschichte.</p> <p>Haltungen und Strategien: Um die Umgebung zu verstehen wo der Alkoholkonsum stattfand, wurde nach den Strategien und Haltungen gefragt. 55.8% der Pflegeinstitutionen hatten Zugang zum Alkohol, mit der Begründung, dass es angemessen sei in einem normalen sozialen Umfeld. 20.7% der Pflegeinstitutionen fanden den Alkoholkonsum nicht angemessen. Bei 13.5% (n=15) der Pflegeinstitutionen durften die Bewohner den Alkohol nur auswärts trinken, bei 13.5% (n=15) der Pflegeinstitutionen waren die Bewohner eigenverantwortlich, (n=12) hatten die Bewohner einen limitierten Zugang zum Alkohol, (n=16) hatten bei speziellen Anlässen Zugang zum Alkohol. 26.4% (n=28) hatten Cocktail-Hours. Die Häufigkeit variierte von täglich (n=2) bis wöchentlich/ monatlich (n=20).</p> <p>Die Institutionen hatten unterschiedliche Regeln und Strategien gegenüber des Alkoholkonsums. 58.6% (n=65) machte der Arzt eine Verordnung. Bei 23.4% gab es ein Reglement der Institution, welche vom Bewohner akzeptiert werden musste beim Eintritt. 36.9% (n=41) erlaubten keinen Alkoholkonsum. (n=19) hatten verschiedene Regelungen. (n=10) verboten den übermässigen Alkoholkonsum. (n=27) hatten keine Regelungen. (n=3) verweigerte den Eintritt von Menschen ins Pflegeinstitution wenn sie Alkoholprobleme hatten</p> <p>Erkennung der Alkoholprobleme: Die Antwortenden wurden gebeten, die Häufigkeit ihrer Bewohner mit Alkoholproblemen einzuschätzen. 97,1 % schätzten, das weniger als die Hälfte ihrer Bewohner Gesundheitsprobleme wegen des Alkohols haben. 20,7% (n=23) hatte kein Bewohner ein Alkoholproblem. 72.4% glaubten, dass 10% oder weniger der Bewohner eine alkoholabhängig sind.</p> <p>Die Antwortenden wurden nach den Folgen der Alkoholabhängigkeit ihrer Bewohner gefragt: (n=60) meldeten Wechselwirkungen mit Medikamenten, physische Gesundheitsprobleme, (n=20) hatten Stürze, (n=10) äusserten andere Gesundheitsprobleme als Folge des Alkoholismus, (n=25) äusserten, dass die Alkoholabhängigen soziale und Verhaltensprobleme mit dem Personal und den anderen Bewohnern hatten, (n=5) meldeten das Alkoholabhängige verwirrt oder vergesslich waren.</p> <p>86.9% glaubten, dass der Alkoholismus eine Krankheit ist.</p> <p>Personal und Dienstleistung: Es wurde nach der <i>Ausbildung</i> gefragt, die das Personal hat in Bezug auf den problematischen Alkoholkonsum und die <i>Dienstleistungen</i> die zur Verfügung standen für Bewohner mit Alkoholproblemen. 74% hatten kein Personal mit spezieller Ausbildung in Bezug auf Alkohol oder Alkoholabhängigkeit. 72% hatten kein Angebot an Dienstleistungen für Alkoholprobleme.</p>
Diskussion	Wissenschaftliche Ergebnisse sind nicht einheitlich bezüglich der abstinenten und alkoholabhängigen älteren Menschen.

	<p>Konsumation von Alkohol gehört zu unserem gesellschaftlichen Leben als eine Möglichkeit der sozialen Interaktion. Alkohol als Hilfe zur Geselligkeit (Cocktail Hours)</p> <p>Die Art wie sich Pflegeinstitutionen mit der Alkoholabhängigkeit auseinandersetzen ist wichtig, die Pflegeheime beginnen sich zu entwickeln.</p> <p>Die Identifikation der Alten Alkoholiker ist schwierig in der Gesellschaft (Fehlen einer soziale Kontrolle (Arbeit), vermehrte Isolation, Maskierung üblichen Symptome des Alterns, wie Vergesslichkeit, Depression, unsicherer Gang</p> <p>Das Alkoholeinnahmemuster sagt keine Alkoholabhängigkeit voraus.</p> <p>Alkohol war schon immer ein gesellschaftliches Getränk, das wird sich nicht ändern, aber die Zahl der älteren Menschen die ihr lebenslanges Trinkmuster ins alter bringen wird sich verändern.</p>
<p>Kritische Würdigung/ Praxistransfer</p>	<p>Die Gütekriterien der Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit nach Flick/ Steincke (Flick et al., 2000) ist teilweise gewährleistet. Der Forschungsprozess ist beschrieben. Die zwei Autoren führten unabhängig voneinander mit den Ergebnissen aus den Interviews eine Inhaltsanalyse, bildeten Kategorien. Differenzen wurden diskutiert und man einigte sich auf Codes. Die Daten wurden in die Statistiksoftware [SPSS 8.0] eingegeben. Die Indikation der Studie ist eine Beschreibung der Erfahrungen mit Praktiken und Regelungen in Zusammenhang mit der Alkoholproblematik in Pflegeinstitutionen. Limitierend ist, dass nichts gesagt wurde über die Auswahlkriterien der verschiedenen Pflegeinstitutionen. Die Studie ist kohärent, da sie keine Widersprüche in den Daten vorweist. Die Studie ist relevant weil sie Erfahrungen über Praktiken sammelt im Umgang mit alkoholabhängigen Bewohnern in Pflegeinstitutionen. Die reflektierte Subjektivität ist nicht gewährleistet, da es keine Angaben über die Autoren und deren Anstellung gibt. Es gibt auch keine persönliche Reflexion der Autoren in Bezug auf ihre Arbeit. Durch das Internet wurde herausgefunden, dass Waldo C. Klein Professor für Sozialarbeit an der University of Connecticut ist. Der Artikel wurde im Journal Health & Social Work publiziert welche. Das Journal gehört der Oxford University Press Gruppe an, welche bekannt ist für Journals von hoher Qualität.</p> <p>Den Gütekriterien der Vertrauenswürdigkeit nach Lincoln und Guba (Lincoln & Guba, 1985) entspricht die Studie teilweise.</p> <p>Mit relevanter Literatur wurden die Interviewfragen begründet, die eine Antwort geben sollen, auf die Erfahrungen, die Pflegeheime mit alkoholabhängigen älteren Menschen. Die Ergebnisse werden diskutiert und es werden Empfehlungen für die Praxis abgegeben. Dadurch ist die Übertragbarkeit in die Praxis gewährleistet. Der Einbezug einer Ethikkommission wird nicht erwähnt. Die Methoden- und Analyseverfahren werden dokumentiert, deswegen ist die Zuverlässigkeit in der Studie gewährleistet. Die Interviewfragen wurden von Experten geprüft um die Reliabilität und Validität der Studie zu verbessern. Daraus wird die Bestätigbarkeit der Studie abgeleitet. Insgesamt kann gesagt werden, dass es eine zuverlässige, gut durchgeführte Studie ist.</p> <p>Die Relevanz der Studie wird auf die erste Stufe der 5S Pyramide eingeteilt, da er sich um eine Single Study handelt.</p>

Anhang E: Studie von Mjelde-Mossey (2007)

Alcoholism Treatment in a Nursing Home: Meeting the Needs of a Special Population	
Einleitung	Der Artikel beschreibt ein interprofessionelles-Behandlungsprogramm um Alkoholabhängigen mit schweren gesundheitlichen Problemen eine Behandlung zu ermöglichen. Wegen des Mangels an Behandlungsplätzen für Alkoholabhängige, die zu krank waren für eine Therapie, wurde eine 10 Bettenstation in einer Pflegeinstitution eröffnet. Die Alkoholabhängigen wurden nach einem körperlichen Alkoholentzug in diese Pflegeinstitution überwiesen. Das Behandlungsprogramm dauerte mindestens 30Tage und wurde von eine speziell geschulten Pflegefachpersonen geführt. Das Ziel ist es ein fachübergreifendes Behandlungsprogramm bekannt zu machen, so dass der relativ unerforschten Angelegenheit des Alkoholismus in Pflegeheimen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird.
Methode	Design: Quantitative Querschnittsstudie Sample: 55 Alkoholiker (44 Männer /11 Frauen) 49-83 Jahren (Mittelwert 67) und 1'628'300 Bewohner aus National Nursing Homes Study (NNHS) Messverfahren/-Instrumente: Die zu erhebenden demographische Daten von den Alkoholabhängigen wurden beim Eintritt ins Pflegeheim definiert und erhoben. Die Ausprägung des Gesundheitszustandes wurde anhand der ADL (sich pflegen, an-und ausziehen, essen, Transfer und Toilettengang) gemessen. Dieselben Daten aus der NNHS entnommen. Datenanalyse: Die Eintrittsdaten Alkoholabhängigen wurden mit denselben Eintrittsdaten aus der (NNHS) verglichen Ethik: Der Einbezug einer ethischen Kommission wird in der Studie nicht erwähnt.
Ergebnisse	Es erfolgte Besserung des Gesundheitszustandes, wenn kein Alkohol verfügbar war, wenn gute Ernährung, medizinische Betreuung, Aktivitäten und Struktur gewährleistet wurden. Viele Alkoholabhängige machten so gute Fortschritte, dass sie weniger Betreuung brauchten und gar entlassen werden konnten. Die Sozialarbeiter wissen aus Erfahrung, wenn das primäre Problem des Alkoholmissbrauchs nicht behandelt wird, werden die Bewohner nie abstinent bleiben nach der Entlassung. Die Alkoholiker sind jünger und hauptsächlich männlich (80%) als die übrige Population in Pflegeinstitutionen. Mehr als ein Viertel der Alkoholiker brauchte Unterstützung bei allen fünf ADLs, aus der NNHS waren es nur 11%.Der Hauptgrund für eine Einweisung ins Pflegeheim war die Blasen- und/oder Stuhlinkontinenz. Bei den Alkoholikern betrug sie 50.9% und beider NNHS war sie 48.7%.
Diskussion	Die Statistik besagt dass der Alkoholkonsum im Alter sinkt, aber das garantiert nicht das Sinken der Alkoholprobleme. Dasselbe gilt auch für die Frauen! Es ist erwiesen, dass ältere Frauen mehr Gesundheitsprobleme vorweisen mit geringen Alkoholmengen. Obwohl die Jahre des gesunden Lebens steigen und es Alternativen zum Pflegeheim geben wird, wird die Baby Boom Generation eine grosse Nachfrage nach Plätzen in Pflegeinstitutionen generieren. Es gibt Studien, die bewiesen dass ältere Alkoholiker genau wie jüngere von der Krankheit genesen. Der Vergleich der ADL Defizite, des Alters und des Geschlechts vermittelt eine limitierte Sicht zu den Alkoholabhängigen. Die Urin- und /oder Stuhlinkontinenz war bei beiden Gruppen fast gleich vertreten, aber die Alkoholabhängigen sind jünger. Die Inkontinenz ist die Ursache für einen Übertritt ins Pflegeheim.
Kritische Würdigung/ Praxistransfer	Die Studie ist nicht nach dem EMED Raster strukturiert. Die Schritte des Forschungsprozesses werden jedoch in der Studie gefunden. Der Argumentationsaufbau zum Ziel der Studie ist logisch und wird mit Studien belegt. Es wird keine Forschungsfrage geäussert, aber ein Ziel festgelegt. Es wird explizit kein Design erwähnt. Die Objektivität der Studie ist nicht gewährleistet, wenn der Datenerhebungsprozess betrachtet wird. Es ist unklar wie und durch wen die ADLs und die Inkontinenz erhoben und gemessen wurden. Es wurde keine Instrument angegeben. Die Ergebnisse werden übersichtlich in zwei Tabellen dargestellt und diskutiert. Eine Pretest/Posttest Studie wäre interessant gewesen. Dann hätte man die ADLs nach 30 Tagen noch einmal erhoben und die Resultate miteinander verglichen. Der Praxistransfer ist gewährleistet indem die Studie aufzeigt, dass eine Behandlung von schweren Alkoholikern sinnvoll ist. Dazu braucht es speziell geschulte Pflegefachkräfte, die interprofessionell mit anderen Diensten zusammenarbeiten.

Anhang F: Studie von Lemke & Schaefer (2010)

VA Nursing Home Residents with Substance Use Disorders: Mental Health Comorbidities, Functioning and Problem Behaviors

Einleitung	Die Studie will ermitteln, ob BmSUD ein charakteristisches Profil an Bedürfnissen vorweisen im Gegensatz zu den BoSUD bezüglich der psychischen Begleiterkrankungen, der körperlichen Einschränkungen und des problematischen Verhaltens. Sie möchten auch ermitteln ob die Abhängigkeit verbunden ist mit gewissen Begleiterkrankungen, körperlichen Einschränkungen und dem problematischen Verhalten. Dazu verglichen sie die BmSUD mit den BoSUD beim Eintritt in eine Pflegeinstitution für Veteranen. Hypothese: Die Resultate aus der Studie können Verhältnisse voraussagen, die in Zukunft in den Pflegeheimen anzutreffen sind.
Methode	<p>Design: Querschnittsstudie Studie</p> <p>Sample: 27000 Veteranen 55 Jahre und älter</p> <p>Datenerhebung: Oktober 1999 bis September 2000</p> <p>Messverfahren: Demografische Daten aus der „VA National Patient Care Database“ [NPCD] über Alter, Geschlecht, Zivilstand Einkommen, Diagnosen (gruppiert in 4 Kategorien für Psychische Krankheiten und 13 Kategorien für physische Krankheiten) (nominal skaliert) wurden erhoben. Die Informationen der Funktionalität und die Problematischen Verhaltensweisen wurden mit dem „Patient Assessment Instrument“ [PAI] erfasst.</p> <p>Datenanalyse: Um die BmSUD und die BoSUD zu vergleichen wurden der Chi-Square Test und der T-Test angewendet. Eine Regressionsanalyse wurde durchgeführt um die vorhersehbaren Begleiterkrankungen mit den demographischen Daten zu vergleichen.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde genehmigt vom Institutional Review Board</p>
Ergebnisse	BmSUD sind durchschnittlich 5 Jahre jünger und männlich, unverheiratet und haben ein niedriges Einkommen. 15% der Bewohner wiesen eine Alkoholabhängigkeit vor, 2.1% hatten eine andere Abhängigkeit. Demenz trifft bei beiden Gruppen gleich häufig auf. BmSUD haben gehäuft psychische Störungen, Depressionen oder das Posttraumatisches Stresssyndrom. Sie rauchen drei Mal häufiger. Die <i>Krankheitsmuster</i> sind verschieden. Bei einem pWert< 0.001 weisen BmSUD eine Signifikanz bezüglich der Diagnosen AIDS, Hepatitis, Bronchialkarzinom, COPD, Magendarmbeschwerden und Verletzungen vor. (BoSUD haben signifikant mehr chronische Krankheiten wie Diabetes, neurologische Erkrankungen, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Infektionen) In Bezug auf die ADL sind Bewohner mit SUD bei einem pWert< 0.001 signifikant unabhängiger in der Mobilität, bei der Unabhängigkeit beim Essen weisen sie bei einem p<0.05 eine Signifikanz vor. In Bezug auf das problematische Verhalten weisen sie nur im Bereich des verbal störenden Verhaltens eine gering erhöhte Häufigkeit vor. <i>Demenz</i> ist in beiden Gruppen gleich häufig vertreten
Diskussion	<p>Durch die Differenzen bezüglich des tiefen Einkommens und der Familienverhältnisse haben die Veteranen weniger unterstützende Mittel ausserhalb des Pflegeheims.</p> <p>Die Abhängigkeit könnte ein Risikofaktor für Demenz sein. Dass die Häufigkeit der Demenz in beiden Gruppen gleich vertreten ist, ist interessant wenn man in Betracht zieht dass die Veteranen fünf Jahre jünger sind. Könnte vielleicht daraus abgeleitet werden, dass ein Betreuungskonzept für Demenz auch auf die Betreuung Abhängigkeit zutreffen könnte? Es gibt Studien die besagen dass Alkoholmissbrauch ein Risikofaktor für Diabetes und Herzinfarkt ist. Die höheren Mortalitätsraten unter Menschen mit einer Abhängigkeit spielen in diesem Punkt dem Pflegeheim eintritt entgegen.</p> <p>Obwohl das Pflegepersonal weniger physisch belastet ist in der Pflege mit den BmSUD sind sie gefordert mit den psychischen Erkrankungen dieser Bewohner.</p> <p>Faktoren wie die vermehrte körperliche Unabhängigkeit der BmSUD, das jüngere Alter BmSUD, weisen darauf hin dass BmSUD selbständiger sind. Der Eintritt ins Pflegeheim bei Bewohnern mit SUD ist mehr getrieben von sozialen Faktoren als von körperlichen Einschränkungen. Im VANH sind die meisten Bewohner männlich. In der normalen Pflegeheimpopulation sind mehr Frauen vertrete.</p> <p>Die Datenerhebung aus den VA Pflegeinstitution kann nicht ohne Vorbehalt auf die Gesamtbevölkerung der Pflegeinstitution übertragen werden. Die Bewohner sind hauptsächlich männlich und haben alle eine Kriegsvorgangeneit. Deshalb lässt sich auch erklären, warum es bezüglich dem auffälligen Verhalten der beiden Gruppen nur geringfügige Unterschiede gab. Die Autorin bringt in diesem Punkt andere Erfahrungen mit.</p>
Kritische Würdigung/ Praxistransfer	<p><i>Einleitung:</i> Der Argumentationsaufbau in der Studie ist logisch aufgebaut und mit relevanter Literatur gefestigt. Es wird keine Frage explizit formuliert. Die Unterschiede der BmSUD und BoA sind das zentrale Thema der Studie <i>Methode:</i> Es ist eine Querschnittsstudie. Sie eignet sich gut um eine repräsentative Stichprobe der zu untersuchenden Population zu erhalten. Die Population in der Studie ist sehr gross und deshalb lassen sich die Daten auf die Kriegsveteranen in Pflegeheimen verallgemeinern. Bei</p>

Verallgemeinerung auf die Gesamtbevölkerung ist jedoch Vorsicht geboten, denn Kriegsveteranen haben eine andere Lebensgeschichte als die Gesamtbevölkerung. So haben sie traumatische Kriegserfahrungen gemacht, die ein Risikofaktor für eine Abhängigkeit sind. Die Messvariablen sind definiert. Die Kriterien der Diagnosen und deren Einteilung in Kategorien werden genau beschrieben. Die Punkte zu den Diagnosen wurden mit einem dichotomen Schlüssel (Ja=1/Nein=0) erfasst. Das Assessmentinstrument PAI wird beschrieben. Auf die gute Reliabilität und die Validität wird mit einer Studie belegt. Der T-Test, der Chi-Quadrat-Test und die Regressionsanalyse konnten durchgeführt werden, da die Variablen mit einem dichotomen Schlüssel operationalisiert wurden. Dadurch weist die Studie eine gute Objektivität auf. Die Ergebnisse sind übersichtlich in Tabellen dargestellt und im Fliesstext verarbeitet.

Der Praxistransfer ist nur indirekt gewährleistet. Die Studie könnte eine Vorschau sein für die Zustände, die später einmal in den öffentlichen Pflegeinstitutionen anzutreffen sind. Sie können dazu dienen, dass Massnahmen im Umgang mit der Substanzmittelabhängigkeit vorbereitet werden, so dass aktiv und damit auch präventiv und nicht nur reaktiv auf die Probleme mit der Abhängigkeit eingegangen werden kann.

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der S5 Pyramide, da es sich um eine (Single Studie) handelt.

Anhang G: Studie von Rota-Bartelink (2011)

Supporting Older People Living With Alcohol-Related Brain Injury: The Wicking Project Outcomes

Einleitung	<p>Bei der Arbeit mit Obdachlosen zeigen sich folgende Probleme: sie altern früher, sie haben eine auffälliges Verhalten und sie zeigen einen Widerwillen, wenn es darum geht Hilfe zu suchen oder anzunehmen. Ausser dem kann das herausfordernde Verhalten eine Gefahr sein für sie selber und die Mitmenschen. Weil es keine Langzeitpflegeplätze für ältere alkoholabhängige Menschen gab, wurde das Wicking Modell entwickelt. Die Grundlage dieses Modells ist aus dem Verständnis entstanden, dass auffallendes Verhalten eine Selbstschutz-Verteidigung ist, das aufkommt, wenn Bedürfnisse nicht erfüllt werden. Das „Alcohol Related Brain Injury“ [ARBI], (die alkoholbedingte Hirnschädigung) stimuliert das auffallende Verhalten. Ein <i>höchst persönliches Therapie-Programm</i> soll die Teilnehmer motivieren ihr Leben zu führen, so wie sie es wünschten mit der Bedingung, dass es das Leben der anderen Bewohner nicht beeinträchtigt wird. Motivation und Unterstützung der Bewohner damit sie Fähigkeiten und Selbstvertrauen entwickeln dass sie an Aktivitäten teilnehmen können. Ein Gefahr-Reduktion Modell wurde für jeden Bewohner entwickelt, damit sie mit dem problematischen Alkoholkonsum umgehen können. Das Personal war geschult, damit sie mit den komplexen Bedürfnissen der Bewohner umgehen konnten. Alle Aspekte der Personalschulung, Unterstützung der Bewohner und die Beratung im Umgang mit problematischen Verhalten wurden von einem Neuropsychologen überwacht.</p> <p>Das Ziel des Artikels ist es die Erfahrungen die gemacht wurden mit dem Wicking Projekt zu publizieren, so dass anderer Einrichtungen dieses Modell übernehmen können, so dass die Lebensumstände dieser oft vergessenen Menschen verbessert werden kann.</p>
Methode	<p>Design: Interventionsstudie</p> <p>Sample: 14 freiwillige Teilnehmer, 50 Jahre und älter, die obdachlos waren. Wegen ihrer Alkoholabhängigkeit und ihrem auffälligen Verhalten konnten sie kein Mietverhältnis eingehen. Sie wurden aufgeteilt in eine Intervention und eine Kontrollgruppe. Alle Teilnehmer waren single(21%) Geschieden (43%) oder verwitwet (21%), das Durchschnittsalter war 56. Alle hatten Episoden mit verbalen Aggressionen (100%) und ein sozial auffälliges Verhalten 100%). 93 % hatten Schwierigkeiten die ADLs auszuführen, 93 % wiesen körperliche Aggressionen gegen Objekte vor und 57% körperliche Aggressionen gegen Menschen. 7 Teilnehmer der Interventionsgruppe nahmen an dem 18 Monate langen Wicking Modell Programm teil. Sie wohnten im Durchschnitt 7.1 Monate im Wicking Haushalt. Die 7 Teilnehmer der Kontrollgruppe wohnten weiterhin in der Gemeinde. Mit ihnen wurde alle drei Monate ein einstündiges Interview geführt. Sie lebten in ihrer gewohnten Umgebung und waren auf der Warteliste für das „Wicking Projekt“.</p> <p>Datenerhebung: Es wurden klinisch validierte Messungen, Häufigkeiten und demographische Daten gesammelt.</p> <p>Messverfahren/-Instrumente: Aus verschiedenen Tests und einem Assessment wurden Daten erhoben. „Hospital Anxiety and Depression Scale“ [HADS], Alcohol Use Disorders Identification Test“ [AUDIT], der „Communication Integration Questionnaire“ [CIQ] und einem Neuropsychologisches Assessment zu Beginn und am Ende des Versuchs. Die Tests wurden während der gesamten Studienphase ausgeführt.</p> <p>Datenanalyse: Daten aus verschiedenen Tests wurden gesammelt und aus den gesammelten Daten wurden Häufigkeiten ausgerechnet.</p>
Ergebnisse	<p>Die Teilnehmer im Wicking Programm hatten ein signifikante Reduktion in der Angst ($F=9.083$, $p=0,013$), Depression ($F=7.875$, $p=0.019$) und im Alkoholkonsum 62%. Bei der Integration die Gemeinschaft zeigten sie eine signifikante Besserung ($F=6.114$, $p=0.013$)</p> <p>Bei den Messungen über Häufigkeiten des problematischen Verhaltens nach 3 und 5 Monaten nach Beginn zeigte sich, dass das problematische Verhalten nach 3 Monaten den Höhepunkt erreicht hat. Danach erfolgte eine Besserung. Es Wird angenommen, dass diese Besserung erfolgte, weil die Bewohner an sich an das Programm gewöhnten und weil die Sicherheit und das Vertrauen in Kraft treten.</p>
Diskussion	<p>Aus den Resultaten des „Wicking Projekt“ wurden drei Punkte herausgearbeitet welche ältere Menschen mit ARBI unterstützt und ihren komplexen Bedürfnissen gerecht wird.</p> <p><i>Sozialer Ausschluss:</i> Die verschiedenen Formen von Diskriminierung, die ältere Menschen erleben, limitiert ihre Möglichkeit für eine sichere Unterkunft. Ein Umdenken bei den Pflegenden wird erfordert, so dass Werte, Haltungen und Verhalten gefördert werden, die eine verantwortungsbewusste und individuelle Pflege gewährleisten.</p>

	<p>Damit Pflegende eine angemessene und effektive Pflege ausführen können, müssen sie Kenntnisse besitzen über die grundlegenden und diversen Ursachen des auffälligen Verhaltens. Sie müssen geübt sein im Ausführen von effektiven Interventionen, indem sie die begrenzte kognitive Fähigkeit dieser Bewohner miteinbeziehen.</p> <p><i>Soziale Ausgrenzung:</i> Gesundheitspolitisch sollten stigmatisierende Hindernisse sollten eliminiert werden. Das Wissen über ARBI und ihre komplexen Bedürfnisse sollten publik gemacht werden.</p> <p><i>Einbezug ins Gesundheitssystem:</i> Es müsste die Möglichkeit geben, wenn eine Person das Trinkverhalten nicht ändert, dass man den Zugang zum Alkohol stoppt und ihn in eine geschlossenen Abteilung einweisen kann.</p> <p><i>Strukturelle Faktoren:</i> Die Gefahr von Gewalt am Arbeitsplatz der Pflegenden ist steigend. Die Ausübung von qualitativer Pflege verlangt ein gut geschultes Personal mit verschiedenen Fähigkeiten und eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit.</p>
<p>Kritische Würdigung/ Praxistransfer</p>	<p>Die Studie weist etliche Schwächen auf, die die Nachvollziehbarkeit erschweren und die Objektivität nicht gewährleisten. Sehr kleine Teilnehmerzahl. Fragliche Randomisierung. Die Interventions- und Kontrollgruppe wurden nicht gleichwertig behandelt. Mit 14 Teilnehmern ist die Stichprobengröße klein für eine quantitative Studie. Es wird nicht genau gesagt nach welchen Kriterien die Teilnehmer in die zwei Gruppen eingeteilt wurden, somit weiss man nichts über die Randomisierung. Die Resultate sind übersichtlich in Tabellen dargestellt. Es ist jedoch nicht klar, wann und durch wen die Messungen erfolgten. Es gibt kein prospektives Outcome, denn es gibt keine Daten über das Befinden der Teilnehmer nach der Entlassung. Es gibt keine Informationen über die Interviews, die mit der Kontrollgruppe geführt wurden. Keine Ethikkommission wurde beigezogen. Es ist ein sehr aufwendiges Projekt, das von einer Non-Profitorganisation unterstützt wurde. In Bezug auf die Methode gab es wenige Informationen. Sie erhoben Daten mit dem AUDIT, HADS, CIQ. Die Instrumente wurden nicht erklärt. Es ist auch nicht klar wie die Daten erhoben wurden, deshalb Nachvollziehbarkeit in dieser Studie nicht gewährleistet.</p> <p>Obwohl die Studie viele Mängel aufweist ist, gibt sie wichtige Antworten auf die Fragestellung in dieser Arbeit.</p> <p>Für den Praxistransfer lässt sich ableiten, dass ältere Menschen mit ARBI die verschiedene Formen von Diskriminierung erleben und die müssen reduziert werden, denn diese limitieren ihre Möglichkeit nach einer sicheren Unterkunft. Ein Umdenken bei den Pflegenden wird erfordert, so dass Werte, Haltungen und Verhalten gefördert werden, die eine verantwortungsbewusste und individuelle Pflege gewährleisten.</p> <p>Damit Pflegende eine angemessene und effektive Pflege ausführen können, müssen sie Kenntnisse besitzen über die grundlegenden und diversen Ursachen des auffälligen Verhaltens. Sie müssen geübt sein im Ausführen von effektiven Interventionen, indem sie die begrenzte kognitive Fähigkeit dieser Bewohner miteinbeziehen. Gesundheitspolitisch sollten stigmatisierende Hindernisse eliminiert werden. Das Wissen über ARBI und ihre komplexen Bedürfnisse sollten publik gemacht werden.</p> <p>Es müsste die Möglichkeit geben, wenn eine Person das Trinkverhalten nicht ändert, dass man den Zugang zum Alkohol stoppt und ihn in eine geschlossene Abteilung einweisen kann.</p> <p>Damit die Gefahr von Gewalt am Arbeitsplatz der Pflegenden nicht steigt muss die Ausübung von qualitativer Pflege gewährleistet sein, denn gut geschultes Personal mit verschiedenen Fähigkeiten und eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit verhindert das Aufkommen von Gewalt am Arbeitsplatz.</p> <p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 5S Pyramide, da es sich um eine Single Study handelt.</p>

Anhang H: Studie von Lemke & Schaefer (2012)

Adressing Substance Use Disorders in VA Nursing Homes

Einleitung	<p>Es gibt eine Häufigkeit von Substanzmittelabhängigkeit (Substance Use Disorders SUD) in Heimen von Veteranen. Um die relevanten Behandlungsmittel und die Praxiserfahrungen aus ihren Pflegeheimen die speziell für Veteranen sind, zu beurteilen befragten die Autoren 48 Pflegeheime die Veteranen behandeln die an SUD erkrankt sind. Historisch gesehen war das SUD Problem nicht so häufig zu sehen in den öffentlichen Pflegeheimen. In den VA Pflegeheimen haben 20% der Bewohner SUD. Pflegeheime könnten eine gute Möglichkeit bieten für Interventionen um Abhängigkeitsproblem zu reduzieren. Gesundheitsprobleme sind eine Möglichkeit um Interventionen einzuleiten. Sie sind auch eine Motivation um die Substanzmittelabhängigkeit zu reduzieren. Diese Studie beurteilt ein Behandlungsprogramm und die klinische Tätigkeit in Pflegeheimen für Veteranen, die gehäuft Bewohner mit SUD haben.</p> <p>Ziel der Studie</p> <ol style="list-style-type: none">1. Beschreibung der typischen Behandlungen der typischen SUD Behandlungsressourcen.2. Untersuchung der Beziehung zwischen den Ressourcen der Abteilung und der klinischen Ausübung der Behandlungsressourcen <p>Festlegen von erfolgsversprechenden Eigenschaften einer Abteilung in Bezug der Behandlung und klinischen Tätigkeit.</p>
Methode	<p>Design: Quantitative Studie, Videokonferenz mit strukturierten und offenen Fragen</p> <p>Sample: Die Behandlungsdaten von 46827 Veteranen lieferten die Grundlage der Umfrage. 48 Stationsleiter, die Abteilungen führten mit einer hohen SUD Rate wurden ausgefragt über die SUD Behandlung.</p> <p>Messverfahren</p> <ol style="list-style-type: none">1. Demographische Daten und Diagnosen der Bewohner wurden aus der VA Datenbank erhoben 2004 -20062. Fragebogen der nach den Schlüsselementen der SUD Behandlung und der klinischen Tätigkeit fragte. Es wurden 8 Gruppen gebildet mit einer gewissen Anzahl an Items 1. Personalschulung [5 Items], 2. Offenheit für eine Änderung in der Klinik [17], 3. Kommunikation und Umgang mit SUD (Strategie) [5], 4. Beurteilung der SUD Service [7], 5. SUD Assessment Prozedur [5], 6. Psychiatrische Begleitung [14], (7. Rauchstopp Behandlung [8]), 8. Entlassungsvorbereitungen [7].3. Fragen zu der Mitarbeiterkapazität4. Fragen zu der Häufigkeit von problematischen Verhalten5. Strukturierte offene Fragen zu der Dringlichkeit zur Verbesserung des Programms und die wahrgenommenen Schranken in der Betreuung von SUD Bewohner6. Um die Resultate besser zu veranschaulichen werden die Profile von zwei Abteilungen vorgestellt mit einer ähnlichen Bewohnerzusammensetzung und Personalbestand. Eine Abteilung hatte zusätzlich einen Sozialarbeiter im Einsatz. <p>Datenanalyse</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aus der totalen Punktzahl aller Fragen und den der möglichen Punktzahl wurden die Häufigkeiten, der Mittelwert und der Median berechnet. Cronbach's Alpha wurde als Mass der internen Konsistenz angewendet.2. Es wurde auch nach der Häufigkeit von auffälligem Verhalten in den Heimen gefragt (0=never to 3= daily)3. Regressionsanalysen zwischen den Hilfsmitteln der Abteilung und der Behandlungen wurden durchgeführt.
Ergebnisse	<p>Im Allgemeinen war die interne Konsistenz mittelmässig bis hoch. <i>Demographische Daten:</i> 97% der Bw waren männlich, 68 % weiss, SUD 22 % / Bewohnerzahl 33 / Mitarbeiterkapazität 0,99, Sozialarbeiter per Unit 1/ Depression 39%/ psychiatrische Erkrankungen 17%, Verhaltensprobleme 33%</p> <p><i>Schulung und Offenheit.</i> 67% der Abteilungen konnten Experten von aussen mit einbeziehen die Pläne erarbeiteten für Bewohner mit problematischem Verhalten. 56% hatten Personen im Betrieb, die eine Schulung erhalten bezüglich dem Umgang mit SUD bei älteren Personen. 88% des Personals ist bereit ältere Menschen mit SUD zu pflegen. 69% scheuen die Interaktionen mit diesen Bewohnern nicht. 46% sind bereit neue Annäherungen an das Problem auszuprobieren. 46% sind überzeugt dass sich die Lebensqualität dieser Bw verbessert, wenn Massnahmen ergriffen werden. 27 % des Personals fühlt sich sicher im Umgang mit Bw mit SUD.</p> <p><i>Strategien im Umgang mit SUD:</i> 37% erarbeiten Verhaltensverträge mit den Bw mit SUD. 42% der Pflegenden konnten diesen Verträgen und Strategien folgen. 62% des Personals wurde über die</p>

	<p>Strategien informiert und sie wurden in einem Handbuch festgehalten. 65 % übermittelten die SUD Strategien dem Bewohner auf verschiedenen Wegen, mit Informationen, schriftlichen Verträgen.</p> <p><i>Zugang zu SUD Strategien:</i> 59 % der Heime sagten, dass vor allem die Frauen bereit sind für eine Behandlung (Bw mit kognitiver Einschränkung 20%, Bw mit Sensibilitätsstörungen 33%, Bw mit funktionaler Einschränkung 33%)</p> <p><i>Beurteilung des SUD:</i> 92 % der Pflegenden erhielten die Informationen bezüglich des SUD vom Bewohner und sie wurden bei 83% beim Eintritt erhoben. 55% lasen die Berichte durch.</p> <p><i>Klinische Behandlung:</i> 56% der Pflegenden motivierten die Bewohner zu einer Behandlung von SUD. 50% der Bewohner erhielten ein Training im sozialen Umgang und in der Alltagsgestaltung. 44% erhielten eine persönliche Beratung und 34 % waren in einer Selbsthilfegruppe und 23% erhielten eine Schulung bezüglich der Abhängigkeit.</p> <p><i>Barrieren der effektiven SUD Behandlung:</i> Das grösste Problem für das Personal ist es ein Assessment und eine Behandlung bei älteren Menschen durchzuführen die eine kognitive Einschränkung haben. Der Mangel an Zeitressourcen. Das Personal ist auf setzt Prioritäten im Lösen von medizinische Problemen und weniger auf den Umgang mit SUD. Wartelisten für Menschen mit SUD, Menschen die eine Behandlung ablehnen, Menschen mit SUD haben durch ihre Abhängigkeit sind Beziehungen Abgebrochen(burned bridges)</p>
Diskussion	<p>VA Pflegeheime sind ein Teil eines integrierten Gesundheitssystems und sind nicht zu vergleichen mit den öffentlichen Pflegeheimen. Ihnen stehen Spezialisten zur Verfügung für spezielle Behandlungsprogramme und sie haben viel speziell ausgebildetes Personal. Veteranen haben einen anderen Hintergrund bezüglich ihrer Alkoholabhängigkeit.</p> <p>Beim Eintritt sollte ein Assessment bezüglich des SUD durchgeführt werden. Abteilungen die Menschen mit SUD haben profitiert das Personal, wenn es bezüglich der Kommunikation im Umgang mit Menschen mit SUD geschult wird. Es müssen auch Massnahmepläne erarbeitet werden die Antworten haben, wie auf schwierige Situationen reagiert werden muss. Das Personal braucht eine Führung wie sie auf schwierige Situationen reagieren sollen. Alles muss genau dokumentiert werden.</p>
Kritische Würdigung / Praxistransfer	<p>Einleitung: Der Argumentationsaufbau in der Studie ist nachvollziehbar und mit relevanten Studien unterlegt.</p> <p>Methode: Die Stichprobe lässt sich nicht auf die Gesamtbevölkerung verallgemeinern, da Kriegsveteranen im Gegensatz zu der Gesamtbevölkerung eine andere Lebensgeschichte mit traumatischen Kriegserfahrungen haben, die ein Risikofaktor für eine Abhängigkeit sind.</p> <p>Die Fragen der Videokonferenz wurden aus einer Literaturoseinandersetzung entwickelt, indem vorhandene Behandlungsmassnahmen überprüft wurden. Der Aufbau des Fragebogens ist in Tabellenform dargestellt und die Anzahl der Items zu den Fragen wird im Text erwähnt. Die Fragen der Videokonferenz wurden von einem Expertengremium überprüft und die Befragung wurde in fünf Pflegeheimen geprüft (piloting)</p> <p>Zu den Auswahlkriterien warum eine Abteilung in die Studie eingeschlossen war, wird nichts gesagt, was zu bemängeln ist. Eine Stärke der Studie ist, dass der Median angewendet wurde, da die Variablen der Bewohner auf den verschiedenen Abteilungen variierte. Der Median ist robust gegenüber Ausreissern.</p> <p>Ergebnisse: Die Ergebnisse sind übersichtlich in Tabellenform dargestellt und zum Teil im Text erläutert. Die Ergebnisse sind nachvollziehbar. Da kein EMED Raster Angewendet wurde ist der Aufbau des Artikels verwirrend, was zu bemängeln ist. So wird im Ergebnisteil eine neue Methode, eine Regressionsanalyse eingeführt und ein Vergleich zwischen zwei Abteilungen mit verschiedenen Behandlungsressourcen wird durchgeführt. Eine Stärke der Studie ist, dass der Median angewendet wurde, da die Variablen der Bewohner auf den verschiedenen Abteilungen variierte. Der Median ist robust gegenüber Ausreissern.</p> <p>Da kein EMED Raster in der Studie angewendet wurde ist der Aufbau des Artikels verwirrend. So wird im Ergebnisteil überraschend eine neue Methode, eine Regressionsanalyse eingeführt und ein Vergleich zwischen zwei Abteilungen mit verschiedenen Behandlungsressourcen durchgeführt.</p> <p>Der Hauptteil der Diskussion besteht aus Empfehlungen für die Praxis.</p> <p>Beim Eintritt in ein Pflegeheim sollte ein Assessment bezüglich SUD durchgeführt werden. Abteilungen die gehäuft Bewohner mit SUD haben, profitiert das Personal, wenn es bezüglich der Kommunikation im Umgang mit Menschen mit SUD geschult wird. Es müssen Massnahmenpläne erarbeitet werden, die Antworten haben, wie auf schwierige Situationen reagiert werden muss. Alles muss genau dokumentiert werden. Es muss spezialisiertes Personal im Betrieb oder ausserhalb des Betriebes zur Verfügung stehen, das kontaktiert werden kann bei Problemen und das als Stütze zur Verfügung steht für weniger qualifiziertes Personal. Das qualifizierte Personal kann eine wichtige Rolle spielen beim Erstellen von Richtlinien und Strategien in Bezug auf SUD. Sie können Verhaltensverträge generieren und dem Personal helfen mit diese einzuführen und mit ihnen zu arbeiten. Interprofessionelle</p>

Zusammenarbeit ist grundlegend in der Behandlung von SUD. Die Ergebnisse können in die Praxis übertragen werden, wenn die finanziellen Mittel vorhanden sind!

Es muss spezialisiertes Personal im Betrieb oder ausserhalb des Betriebes zur Verfügung gestellt werden, das kontaktiert werden kann bei Problemen oder das als Stütze dienen kann bei weniger qualifiziertem Personal. Wegen ihrer Erfahrung können sie eine wichtige Rolle spielen beim Erstellen von Richtlinien in Bezug auf SUD, sie können Verhaltensverträge generieren und sie können dem Personal helfen mit diesen zu arbeiten und diese einzuführen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit (Psychiatrie, Medizin, Soziale Arbeit)

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 5 S Pyramide, da es sich um eine single Study handelt.

Anhang I: Studie von Phillips (2014)

One too many: alcohol and the health risks

Einleitung	<p>Die Studie unterstreicht die Häufigkeit des Alkoholmissbrauchs bei älteren Menschen.</p> <p>Die Studie diskutiert die möglichen Ursachen des übermässigen Alkoholkonsums und die Gesundheitsrisiken.</p> <p>Die Studie erklärt wie Pflegefachfrauen in Pflegeinstitutionen mit altern Menschen die an einem Alkoholmissbrauch leiden umgehen können.</p>
Methode	<p>Zu einem gewissen Thema werden möglichst vollständig Studien analysiert.</p> <p>Clinical Review ist ein Artikel mit 1800-2000 Worten das zu einem Thema den nicht Medizinern den heutigen Stand vermittelt.</p>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none">- Geeignete Assessments spielen eine wichtige Rolle um die Gesundheit der Bewohner im Pflegeheim zu fördern.- Die Alkoholeinnahme der Bewohner muss dokumentiert werden.- Pflegepersonal muss die Bewohner mit Alkoholabhängigkeit mündlich und schriftlich über die Folgen des Alkoholmissbrauchs in einer für sie verständlichen Sprache informieren.- Pflegepersonal sollte ältere alkoholabhängige Personen und ihre Angehörigen zu einer Therapie beim Spezialisten ermutigen.- Pflegefachpersonen sollten Familien darauf hinweisen, dass sie eine wichtige Rolle in der Entscheidung zu einer Behandlung spielen und sie ihre Angehörigen unterstützen im positiven Wandel zu einer besseren Gesundheit.- Ältere Menschen sprechen gut auf Therapien an, deshalb wird empfohlen, dass ältere alkoholabhängige Menschen einem Spezialisten überwiesen werden.- Das Pflegepersonal sollte eine vertrauliche Beziehung aufbauen mit den gefährdeten älteren abhängigen Menschen und ihren Angehörigen.- Das Pflegepersonal sollte sich dem Alkoholproblem älterer Menschen mit einer empathischen nicht verurteilender Haltung annähern.
Diskussion	<p>Es fehlt jedoch an geeigneten Assessments um die Alkoholabhängigkeitsgeschichte der älteren Menschen zu erfassen. Alkoholabhängigkeit bleibt unentdeckt, weil die Symptome vergleichbar sind mit dem normalen Alterungsprozess. Wegen der hohen Vulnerabilität der älteren Menschen müssen die Alkoholrichtlinien angepasst werden. Auch die Wechselwirkung mit Medikamenten muss dabei in Betracht gezogen werden. Das Monitoring kann problematisch sein, da die Bewohner nicht einsehen, dass sie ihre Alkoholmenge gesundheitsgefährdend ist. Der Einbezug der Familie kann problematisch sein, weil sie die Alkoholabhängigkeit ihres Verwandten ablehnen. Alkoholabhängige Personen, die ihren Alkohol nicht mehr selber besorgen können, sind gefährdet, dass sie ihre Angehörigen und Pflegefachpersonen ausnutzen, die versuchen das Gleichgewicht zu erhalten zwischen der Autonomie der älteren Person und dem Gesundheitsrisiko, das sich ergibt beim Alkoholmissbrauch.</p>
Kritische Würdigung / Praxistransfer	<p>NRC Research Press Journals. Der Artikel behandelt ein relevantes gerontologisches, geriatrisches Thema. Das zeigt sich auch darin, dass der Artikel Antworten geben kann auf die Frage in dieser Arbeit. Der Artikel ist relevant für die medizinische Schulung der Leser. Die Empfehlungen im Text werden unterlegt mit relevanter Literatur. Wie die Literatur gesucht wurde ist nicht erwähnt, was zu bemängeln ist.</p> <p>Der vorliegende Artikel weist auf die Wichtigkeit eines routinemässigen Assessment bei älteren Bewohner einer Pflegeinstitution bezüglich dem Vorliegen eines Alkoholmissbrauches hin. Hierzu muss das Pflegepersonal spezifisch geschult werden. Der Artikel geht aber nicht auf pflegerische Interventionen ein, die einen konstruktiveren Umgang mit älteren alkoholabhängigen, Bewohner ermöglichen würden.</p>
