

Pflege alkoholkranker Patienten auf der Notfallstation

**Schriftliche Abschlussarbeit
Ausbildung Notfallpflege**

**Bürgerspital Solothurn
BOS, Kurs 4
November 2003**

Therese Blättler-Remund

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
1.1. Motivation.....	3
1.2. Zielsetzung.....	3
1.3. Fragestellung	3
1.4. Abgrenzung.....	4
2. Theorieteil.....	4
2.1. Definition der Alkoholkrankheit.....	4
2.2. gestörte Trinkkultur	5
2.3. Einstellung der Gesellschaft zum Alkoholkonsum.....	5
2.4. Prädisponierende Faktoren.....	6
2.4.1. Persönlichkeit.....	6
2.4.2. Vererbung.....	7
2.4.3. Soziales Umfeld.....	7
2.4.4. Schwere Kindheit, Schicksalsschläge	7
2.5. Entwicklung einer Abhängigkeit	7
2.6. Wirkungsweise des Alkohols im Körper	9
2.6.1. Aufnahme.....	9
2.6.2. Abbau.....	9
2.6.3. Wirkung	9
2.7. Körperliche Schäden und Folgen.....	11
2.8. Verschiedene Formen des Missbrauchs.....	12
2.8.1. Spiegeltrinker.....	12
2.8.2. Rauschtrinker	12
2.8.3. Konflikttrinker.....	12
2.8.4. Periodische Trinker.....	12
2.9. Rückfälle	12
3. Umsetzung in die Praxis.....	13
3.1. Umfrage Mitarbeiterinnen.....	13
3.1.1. Fragen	13
3.1.2. Auswertung	13
3.1.3. Antworten	15
3.2. Therapiemöglichkeiten und Beratungsstellen	15
3.2.1. Bürgerspital Solothurn.....	16
3.2.2. Psychiatrische Klinik des Kantons Solothurn, Langendorf.....	18
3.2.3. Klinik Wysshölzli, Herzogenbuchsee.....	18
3.2.4. Suchtberatungsstelle Perspektive	19
3.2.5. Weitere Beratungsstellen	19
4. Reflektion.....	19
4.1. Evaluation	20
4.2. Erkenntnisse für die praktische Arbeit.....	20
4.3. Zukunft.....	20
5. Literaturverzeichnis	20
6. Anhang, Leitfaden	22

1. Einleitung

1.1. Motivation

Ich habe dieses Thema gewählt, weil wir täglich oft mehrere alkoholranke Menschen auf der Notfallstation behandeln. Ich spüre bei mir und bei meinen Mitarbeiterinnen oft Unmut, wenn Patienten in aethylisiertem Zustand angemeldet werden. Es braucht sehr viel persönliches Engagement, Geduld und Akzeptanz, diese Patienten professionell zu behandeln. Zuerst wollte ich eine Arbeit über Kindernotfälle schreiben, aber ich kam zum Schluss, dass wir im Umgang mit Kindern kaum Probleme haben, im Gegensatz zu den Alkoholkranken. Ich möchte mit der vorliegenden Arbeit das Verständnis für diese Patientengruppe fördern. Besonders wichtig scheint mir der Theorieteil, worin ich zahlreiche Elemente, die die Entstehung einer Alkoholkrankheit beeinflussen können, beschreibe. Weiter verweise ich auf den Leitfaden, der uns als Instrument zur Behandlung Alkoholkranker dienen soll.

Persönliche Erlebnisse haben mich ebenfalls dazu bewogen, dieses Thema genauer zu bearbeiten. Eines nachts wurde eine ca. 50 jährige Frau von Nachbarn auf die Notfallstation gebracht. Sie war in somnolentem Zustand und konnte sich nicht mehr auf den Beinen halten. Sie war kaum ansprechbar. Laut Aussagen der Nachbarn ist sie in aethylisiertem Zustand eine Treppe hinuntergestürzt. Eine neurologische Beurteilung der Patienten war sehr schwierig, wegen ihrem aethylisierten Zustand. Ich habe für mich gedacht, die ist einfach betrunken, sonst fehlt ihr sicher nichts. Der Patientin wurde aber doch eine Schädelcomputertomographie gemacht, weil sie ein Schädelhirntrauma erlitten hatte. Die Computertomographie zeigte eine intracerebrale Blutung und die Patientin wurde nach Bern verlegt. Mir wurde klar, dass man diese Patientengruppe oft viel zu wenig ernst nimmt und alle Symptome auf die Alkoholkrankheit oder dem Rauschzustand zuschiebt.

Ein weiterer Patient wurde im Wald auf dem Boden aufgefunden, ebenfalls in aethylisiertem Zustand. Er wurde von der Ambulanz gebracht. Der Patient war gar nicht kooperativ und voller Stuhlgang. Auch in diesem Fall war mein erster Gedanke, der ist eben betrunken. Wenn dieser Patient ausgeschlafen hat, ist er wieder gesund. Auch in diesem Fall wurde in der Computertomographie eine Hirnblutung diagnostiziert. Der Patient wurde intubiert und nach Bern verlegt. Leider kam für ihn jede Hilfe zu spät.

1.2. Zielsetzung

Ich habe mir zwei Ziele gesteckt:

- Aufzeigen der Entstehungsmechanismen und den Auswirkungen des Aethylabusus.
- Erstellen eines Leitfadens, um den Pflegenden den Umgang mit dieser Patientengruppe zu erleichtern.

1.3. Fragestellung

Wie können wir Alkoholkranken auf der Notfallstation begegnen und sie angepasst betreuen? Welche Instrumente stehen uns zur Verfügung?

1.4. Abgrenzung

- Ich erarbeite die Probleme der Alkoholkranken. Andere Suchtkrankheiten werde ich nicht behandeln.
- Auf die Probleme der Angehörigen mit Alkoholkranken werde ich nicht speziell eingehen.
- Die körperlichen Folgeschäden werde ich nur auflisten und nicht im Detail bearbeiten. Sämtliche Folgeschäden können in Medizinbüchern nachgeschlagen werden.

2. Theorieteil

2.1. Definition der Alkoholkrankheit

Begriffe wie Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit, Alkoholismus, Alkoholiker, Alkoholkrankheit und alkoholranke Menschen werden in der Literatur nicht allgemeingültig definiert. Es existieren über 50 verschiedene, teilweise kontrovers diskutierte Theorien und Perspektiven, die diese Begriffe erklären und beschreiben (Gerace, Hughes & Spunt, 1995)

Definition nach Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998

„Alkoholismus ist eine primär chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umweltbedingte Faktoren beeinflusst wird. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädliche Folgen getrunken wird und dessen Konsum häufig verleugnet wird.“

Der Begriff alkoholkranker Mensch soll im Gegensatz zum Begriff des Alkoholikers der Krankheitsaspekt herausstreichen (Sondheimer & Eichenberger, 1989). Heute ist die Alkoholabhängigkeit weitgehend als Krankheit anerkannt (SFA, 1999a). Trotzdem sind immer noch viele Menschen skeptisch, ob es sich dabei um eine Krankheit handelt oder nicht (Backmund, 1999b, 1994). Die Anonymen Alkoholiker (AA) sprechen von *Alkoholkrankheit* und verwenden den Begriff *AlkoholikerIn*, den sie folgendermassen umschreiben:

„Wenn sie immer wieder mehr trinken, als Sie eigentlich beabsichtigen oder wollen, wenn Sie dadurch in Schwierigkeiten geraten oder wenn sie wegen des Trinkens an Gedächtnislücken leiden, sind Sie möglicherweise AlkoholikerIn. Diese Frage können letztlich nur Sie Selbst beantworten. Niemand bei den Anonymen Alkoholikern wird Ihnen die Entscheidung abnehmen. (AA, 2001a)“

Die Anonymen Alkoholiker sind der Ansicht, „dass es so etwas wie eine Heilung nicht gibt. Wir können nie wieder normal trinken und unsere Fähigkeit, den Alkohol stehen

zu lassen, hängt davon ab, ob wir uns körperlich, seelisch und geistig gesund erhalten“ (AA, 2001a). Wenn es ein alkoholkranker Mensch schafft, keinen Alkohol mehr zu trinken, kommt die Alkoholkrankheit zum Stillstand; dieser Zustand wird *Genesung* genannt (AA, 2001b). Deshalb ist das oberste Ziel der Anonymen Alkoholiker die Abstinenz. Es wird angenommen, dass ein alkoholkranker Mensch niemals kontrolliert trinken kann (AA1998). Die Frage, ob alkoholranke Menschen jemals fähig sein können, kontrolliert, das heisst nicht gesundheitsgefährdend Alkohol zu konsumieren, wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit leichten oder mittleren Alkoholproblemen zu einem harmlosen Trinkverhalten finden können (Brochu, 1990; Peele, 2000; Riley, 1996; Steffen, Steffen & Nathan, 1982).

Allgemeine Gedanken

Alkoholismus ist eine Krankheit, die heutzutage von allen Krankenkassen als Krankheit anerkannt wird. Alle Betroffenen beginnen in ähnlicher Weise mit Alkoholkonsum. Warum die einen damit gut umgehen können und andere alkoholkrank werden, weiss man nicht. Alkoholismus ist ein gesellschaftlich, politisches Problem. Fast 90 % aller SchweizerInnen trinken Alkohol. Die meisten bekommen damit keine Probleme. Aber es gibt in der Schweiz ca. 300'000 alkoholranke Menschen. In unserer Umgebung leiden 450'000 bis 600'000 Personen unter den Auswirkungen des Alkoholismus. Ungefähr jede 10. Person ist direkt oder indirekt vom Alkoholmissbrauch betroffen.

2.2. gestörte Trinkkultur

In unseren Breitengraden herrscht eine gestörte Trinkkultur. Es gibt keine klaren Grenzen zwischen normalem und unnormalem Alkoholkonsum. In der Schweiz, Deutschland, Frankreich, Russland usw. ist das der Fall. Es gibt keine Richtschnur für einen sinnvollen Umgang mit Alkohol. Wer sich über Jahre ein gesundheitsschädliches Trinkverhalten angewöhnt, wird kaum von seiner Umwelt korrigiert. Erst wenn sich eine dauerhafte Abhängigkeit entwickelt, wird der Betroffene von seiner Umwelt als Alkoholiker betitelt und als Säufer abgetan.

2.3. Einstellung der Gesellschaft zum Alkoholkonsum

Bei uns herrscht die Meinung vor, dass regelmässiger Alkoholkonsum normal ist. Die Mehrheit der SchweizerInnen trinkt einmal pro Woche Alkohol, fast $\frac{1}{4}$ trinkt täglich Alkohol. Nur ca. 10 – 15 % leben vollkommen alkoholabstinent. Alkohol kann man bei uns in fast jedem Lebensmittelgeschäft kaufen und in fast jeder Gaststätte bestellen. Man ist der Auffassung, dass Alkohol dazu gehört. Ebenfalls gilt, dass Alkoholtrinken Privatsache ist und dass Alkohol gut tut

Die Meinung unsere Gesellschaft zum Alkoholkonsum lautet folgendermassen:

- Bei geselligen Anlässen, Familienfesten, Partys u.ä. gehört das Trinken von Alkohol heutzutage dazu. Es ist üblich, dass man den Gästen alkoholische Getränke anbietet.
- Die verbreitetsten Tätigkeiten beim Fernsehen sind Alkohol trinken und rauchen.
- Häufig wird zu den Mahlzeiten Alkohol getrunken.

- Zum Teil wird auch am Arbeitsplatz Alkohol getrunken.
- Man fühlt sich wohler in Gesellschaft, wenn man Alkohol getrunken hat.
- Erleichtert den Kontakt zu Menschen, die man noch nicht kennt.
- Eine angenehme Möglichkeit, sich zu entspannen.
- Stärkt das Selbstvertrauen.
- Man wird humorvoller und einfallsreicher.
- Hilft über Niedergeschlagenheit und Depressionen hinweg.
- Grosse Belastungen sind erträglicher.
- Alkohol erleichtert die sexuelle Annäherung.
- Man kann besser abschalten.
- Allgemein herrscht die Auffassung, dass man sich nicht in den Alkoholkonsum anderer einmischen soll. Jeder muss selber wissen, wie viel er trinken will.
- In Firmen werden oft stark auffällige und nicht mehr leistungsfähige Alkoholiker von ihren Kollegen gedeckt.
- Sogar in Suchtkliniken herrscht häufig unter Patienten die Auffassung, dass man Rückfälle von Mitpatienten besser für sich behält.
- Solange Alkoholeskapaden im geselligen Rahmen stattfinden wird das niemandem gross auffallen, erst wenn jemand regelmässig bereits morgens oder wenn er alleine ist Alkohol trinkt, wird das vom Umfeld als nicht mehr normal eingeschätzt.
- Frauen versuchen oft durch heimliches Trinken ihren Alkoholkonsum vor ihrer Umwelt zu verbergen.

„Richtlinien“

Es ist nicht einfach Richtlinien aufzustellen, die für alle gelten. Manche Menschen haben schneller Alkoholprobleme als andere. Ebenso reagieren Menschen in verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich auf Alkohol. Wenn man mässig trinkt und der Alkoholkonsum für sich selbst und für andere keine negativen Folgen hat, ist das in Ordnung. Gefahrloses Trinken schliesst aber tägliches Trinken aus.

Als Mass für die Trinkmenge wird das „Standardglas“ angegeben. Unter Standardglas wird jene Alkoholmenge verstanden, die normalerweise in einem Restaurant ausgedient wird. (Broschüre A+S, Alkohol- und Suchtfachleute)

Der viel zitierte positive Effekt des Alkoholkonsums auf die Gesundheit besteht nur bezüglich des Herzinfarkttrisikos. Ein mässiger Alkoholkonsum bis höchstens zwei Standarddrinks pro Tag senkt dieses Risiko leicht. Bei höherem Konsum steigt das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen und viele andere Gesundheitsrisiken an. Frauen reagieren aus biologischen Gründen empfindlicher als Männer. (Broschüre A+S, Alkohol- und Suchtfachleute)

2.4. Prädisponierende Faktoren

Alle unten aufgeführten Faktoren können eine Alkoholabhängigkeit beeinflussen.

2.4.1. Persönlichkeit

Es trifft nicht zu, dass Abhängige, wie häufig behauptet wird, besonders labile, willensschwache oder unbeherrschte Personen sind. Abhängigkeit ist keine Charakterfrage. Eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen hat immer wieder ergeben, dass es keine typische Persönlichkeit bei Alkoholikern gibt, sondern dass

es unter Abhängigen genauso viele unterschiedliche Menschen und Typen gibt wie unter Nichtabhängigen auch. Alkoholismus ist bei uns in jeder sozialen Schicht verbreitet.

2.4.2. Vererbung

Die Alkoholabbaukapazität der Leber scheint tatsächlich vererblich zu sein. Ebenfalls soll es Unterschiede geben bezüglich des Verhältnisses angenehme Hauptwirkung und unangenehme Nebenwirkung. Aber Alkoholismus als Krankheit ist nicht vererbbar. Ein gewisser Erbfaktor bei männlichen Kindern von alkoholabhängigen Vätern ist ebenfalls möglich.

2.4.3. Soziales Umfeld

Es ist statistisch erwiesen, dass Kinder von alkoholkranken Eltern selber häufiger abhängig werden als andere Kinder. Der Grund dafür wird die grosse Belastung der Familienmitglieder sein, die das tägliche Zusammenleben mit einem Suchtkranken bringt. Zum Teil wird auch das Trinkmuster der Eltern von den Kindern kopiert. Die Kinder haben wenig Selbstwertgefühl. Ein bestimmtes soziales Umfeld kann die Abhängigkeitsentwicklung beschleunigen, z. B. das schlechte Vorbild von Eltern, die selbst Probleme im Umgang mit Alkohol haben. In Bekanntenkreisen mit hohen Trinknormen wird man in besonderer Weise im riskanten Umgang mit Alkohol bestärkt. Das gutgemeinte Decken und Verharmlosen oder Nichtwahrhabenwollen einer Alkoholabhängigkeit durch Familienmitglieder kann beim Betroffenen den Blick für die eigene Situation trüben und zusätzlich eine Abhängigkeit beschleunigen.

2.4.4. Schwere Kindheit, Schicksalsschläge

Es stimmt nicht, dass das Leben von Alkoholabhängigen vor Beginn ihrer Abhängigkeit schwieriger oder unglücklicher verlaufen sein muss, als bei anderen Menschen. Die Probleme und Schicksalsschläge, die von Betroffenen und Angehörigen zur Erklärung der Abhängigkeit angeführt werden, sind oft schon Folgen der Abhängigkeitsentwicklung. Menschen die Enttäuschungen, Ängste und Kränkungen erleben, können eher dazu neigen in eine Abhängigkeit zu geraten und automatisch in schwierigen Situationen zur Flasche zu greifen. Alkohol kann innere Spannungen dämpfen und beruhigen, kann vorübergehend bewirken, dass schlechte Stimmungen, Ängste und Sorgen in den Hintergrund treten. Wenn sich der verständliche Wunsch nach Entlastung und Erleichterung nach diesem Muster einzuspielen beginnt und der Griff zum Alkohol automatisch wird, kann dieses Verhalten leicht von einer Gewohnheit in eine Abhängigkeit führen.

2.5. Entwicklung einer Abhängigkeit

Eine Abhängigkeitsentwicklung verläuft sehr schleichend und individuell ganz verschieden. Es gibt nicht eine Ursache X und jemand wird alkoholkrank. Jugendliche trinken meist in Gesellschaft anderer Jugendlicher zum ersten Mal Alkohol. Oft sind die ersten Erfahrungen mit Alkohol mit angenehmen Erinnerungen verbunden, z. B. das erste Mal im Ausgang, Disco, Konzert, usw. Die Wahrscheinlichkeit das nächste Mal in ähnlicher Situation wieder Alkohol zu trinken, ist ein kleines bisschen grösser geworden. Sehr beliebt bei jungen Frauen sind die sogenannten Alcopops. Bei Genuss dieser Getränke spürt man kaum, dass sie Alkohol enthalten. Sie schmecken nach Limonade.

Es kann zur Gewohnheit werden immer in bestimmten Situationen Alkohol zu trinken. Die Bildung jeder Gewohnheit führt automatisch dazu, dass alternative Verhaltensweisen seltener, ungewohnter und unangenehmer werden. (z. B. Apfelsaft trinken anstelle von Bier). Diese Gewohnheit wird zum Automatismus. Auch wenn der Betroffene sich vornimmt, künftig keinen Alkohol mehr zu trinken, gibt es für ihn keine andere Möglichkeit, als der Griff zur Flasche. Es kommen Schuldgefühle dazu wegen den Folgen des Trinkens. So ist der Griff zur Flasche die einzige Möglichkeit, sich wenigstens kurzfristig Erleichterung zu schaffen. Es ist für den Betroffenen ab einem bestimmten Stadium kaum möglich, kontrolliert Alkohol zu trinken. Es braucht keine speziellen Gründe zur Entstehung einer Alkoholabhängigkeit. Jeder Mensch kann durch häufiges Konsumieren von Alkohol abhängig werden. Menschen die wenig Selbstkontrolle oder eine tiefe Frustrationstoleranz haben, sind eher gefährdet, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Menschen die über wenig ausreichende Bewältigungs- oder Konfliktlösestrategien verfügen, können schneller in eine Abhängigkeit geraten. Jugendliche mit wenig abwechslungsreicher Freizeitgestaltung neigen eher dazu, dass Alkoholtrinken bald zur Hauptbeschäftigung wird.

Eine Abhängigkeit erkennt man an ihren Folgen.

Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit verläuft sozusagen unter der Oberfläche langsam und unauffällig. Die Umwelt des Betroffenen bemerkt oft lange Zeit nichts davon, obwohl in dieser Zeit bereits häufig die entscheidenden Weichen in Richtung Abhängigkeit gestellt werden. Oft werden Betroffene in ihrem Trinkverhalten durch die Umwelt bestätigt mit Aussagen wie „ein richtiger Mann“, „Das gehört eben dazu“, „der verträgt aber etwas“. Lange Zeit überwiegen die positiven Erfahrungen mit Alkohol. Erst wenn sich drastisch negative Folgen einstellen wie Leberzirrhose, Oesophagusvarizen, Verlust des Arbeitsplatzes, Scheidung, wird der Betroffene als Alkoholiker oder sogar Säufer bezeichnet und verachtet. In diesem Stadium ist es meist nicht mehr möglich, sich aus eigener Kraft aus der Abhängigkeit zu befreien.

Psychische Abhängigkeit

Es gibt die tatsächliche Wirkung von Alkohol und die zu erwartende Wirkung von Alkohol. Durch den Kreislauf von Erwartungen und erlebter Wirkung können sich im Rahmen einer Abhängigkeitsentwicklung ganz unterschiedliche persönliche Trinkmotive entwickeln. Der Betroffene rechnet mit der Zeit in bestimmten Situationen immer mehr mit der Alkoholwirkung. Die angenehme Wirkung von Alkohol nimmt im Leben eines Betroffenen eine immer wichtigere Rolle ein. Weiter erkläre ich den Begriff **Suchtgedächtnis**. Ähnlich wie uns bereits der Anblick oder Duft eines guten Essens das Wasser im Munde zusammenlaufen lässt, kann der Gedanke an frühere Trinksituationen körperliche Reaktionen wie veränderte Hauttemperatur, veränderter Herzschlag, vermehrte Speichelproduktion und veränderte Aktivität der Nervenzellen im Gehirn auslösen. Wissenschaftler haben diesen automatischen Prozess, der etwa bei der Hälfte aller Alkoholabhängigen auch nach langer Abstinenzzeit unverändert festzustellen ist, als Suchtgedächtnis bezeichnet. (Lindenmeyer 1996, S. 84). In solchen Momenten ist das Risiko für einen Rückfall stark erhöht. Das Verlangen nach Alkohol ist eine im Suchtgedächtnis gespeicherte, automatische Reaktion des Körpers auf bestimmte Situationen, die früher mit dem Trinken von Alkohol verbunden waren. Der Betroffene kann nichts dafür. Dieses Verlangen nach Alkohol ist nicht Ausdruck von fehlender

Abstinenzmotivation oder mangelndem Therapieerfolg. Entscheidend ist, wie der Betroffene damit umgeht.

2.6. Wirkungsweise des Alkohols im Körper

2.6.1. Aufnahme

20 % des getrunkenen Alkohols wird bereits von der Magenschleimhaut aufgenommen. Die restlichen 80 % gelangen via Dünndarm in den Blutkreislauf und werden innert Sekunden im ganzen Körper verteilt. Wegen der Fettlöslichkeit überwindet der Alkohol mühelos die Blut-Hirnschranke. Schon nach 5 Minuten beginnt der Blutalkohol zu steigen und erreicht seinen Höhepunkt nach 30 Minuten. Die Aufnahmegeschwindigkeit von Alkohol im Körper ist dagegen bei vollem Magen insbesondere durch fettreiche Speisen deutlich verlangsamt.

Die Alkoholmenge im Blut wird immer in Promille gemessen. Ein Promille bedeutet einen Milliliter reinen Alkohols pro Liter Blut. Bei Männern und dickeren Menschen ist der Promillewert nach Alkoholkonsum etwas geringer.

2.6.2. Abbau

- Der Abbau erfolgt im Vergleich zur Aufnahme sehr langsam. 0,1 -0,2 Promille werden pro Stunde abgebaut. Der Abbau von Alkohol geschieht über 3 Wege.
- 0,5 – 2 % werden direkt über die Nieren ausgeschieden.
- Ca. 5 % werden über die Lunge und über die Haut ausgeschieden, deswegen kann man die Alkoholmenge einigermassen exakt durch den Atemtest nachweisen (Alkoholfahne).
- 95 % werden über die Leber chemisch abgebaut. Acetaldehyd ist ein Zwischenprodukt des Alkoholabbaus und das aufgrund seiner Giftigkeit die körperlichen Schäden bewirkt.
- Wer auf die Dauer mehr Alkohol zu sich nimmt, als die Leber verarbeiten kann, entwickelt eine Fettleber. In den Leberzellen wird Fett eingelagert. Das Volumen der Leber kann sich bis auf das Zweifache vergrössern. Weiter kann es zu einer alkoholbedingten Leberentzündung kommen. Wenn der betroffenen weiter Alkohol trinkt, kann es zur irreversiblen Leberzirrhose kommen.
- Entzug von Wasserstoff durch das **Enzym ADH** (Alkoholdehydrogenase). Diese Abbaumöglichkeit von Alkohol ist angeboren, wobei es vererbte Unterschiede bezüglich der Abbaukapazität gibt.
- Zufuhr von Sauerstoff durch das **Enzym MEOS** ((Mikrosomales Ethanol Oxydations System). Diese Abbaumöglichkeit ist nicht angeboren, sondern wird erst entwickelt, wenn der Alkoholspiegel eines Menschen längere Zeit über 0,5 Promille liegt. Nur dann wird in der Leber das Enzym MEOS gebildet. Dieser Abbauweg von Alkohol ist somit eine Art Reservekapazität der Leber für grosse Alkoholmengen.

2.6.3. Wirkung

Alkohol entfaltet seine komplexe Wirkung in verschiedenen Teilen des Gehirns.

Grosshirn

Sitz des logischen Denkens, der Wahrnehmung, des Gedächtnisses und des Willens. Die Informationen werden sortiert, verknüpft und gespeichert. Diese

Funktionen sind als allererstes bei Alkoholkonsum betroffen. Ab 0,8 Promille hat der Betroffene sein Denken und Handeln nicht mehr ausreichend unter Kontrolle.

Zwischenhirn

Als nächstes erreicht die Wirkung des Alkohols das Zwischenhirn (Limbisches System, Hypophyse). Dort ist der Sitz der Gefühle, Lust, Unlust, Freude, Schmerz, Angst und Trauer. Bis zu einer bestimmten Alkoholmenge wird das Zwischenhirn mit angenehmen Gefühlen wie Enthemmung und Lustgefühlen stimuliert. Ab 1,4 Promille kommt es zu einer immer stärkeren Betäubung, bis der Betroffene sich weitgehend apathisch verhält.

Kleinhirn

Nun wird das Kleinhirn beeinträchtigt. Das Kleinhirn dient der Steuerung der Bewegungskoordination und des Gleichgewichtes. Der Betroffene hat einen schwankenden Gang, verschüttet beim Einschenken usw. Übelkeit und Erbrechen kommen auch durch die Beeinträchtigung des Kleinhirns zustande.

Hirnstamm

Ab ca. 3 Promille beeinträchtigt der Alkohol den Hirnstamm. Die lebenswichtigen Funktionen wie Steuerung Herz-Kreislauf und Atmung werden ausgeschaltet. Es kommt zu Bewusstlosigkeit wegen Alkoholintoxikation. Tödlicher Ausgang möglich.

Die Wissenschaft ist heutzutage der Meinung, dass Alkohol in das komplizierte Gleichgewicht von hemmenden und aktivierenden Neurotransmittern eingreift. Das Belohnungszentrum des Gehirns ist gewissermassen der Sitz aller Lust- bzw. Unlustgefühlen. Der Mensch verfügt über körpereigene Opiate (Endorphine), deren Ausschüttung angenehme Gefühlszustände bewirkt.

- **Die angenehme Wirkung** besteht nur solange, wie der Blutalkoholspiegel im Körper ansteigt. Es kommt zu einer vermehrten Ausschüttung von Endorphinen im Belohnungszentrum des Gehirns. Dies wird vom Betroffenen als Beruhigung, Entspannung, Schmerzlinderung, Enthemmung oder Stimmungshoch erlebt. Diese angenehme Wirkung stellt das wichtigste Trinkmotiv dar.
- **Die unangenehme Wirkung** setzt langsam ein und ist lange anhaltend. Sie setzt ein, wenn der Blutalkoholspiegel sinkt und das äusserst giftige Acetaldehyd entsteht und zusammen mit Adrenalin bestimmte Stoffe bildet, die wiederum zu einer mangelnden Endorphinaktivität führen. Der Betroffene empfindet Unlustgefühle, Unruhe, Verstimmung oder Kater.
Alkohol hat somit immer eine angenehme Hauptwirkung und eine unerwünschte Nebenwirkung.

Beim Genuss von drei Flaschen Bier kommt es zunächst zu einer ca. zweistündigen angenehmen Hauptwirkung und einer anschliessenden bis 12 Stunden dauernden unangenehmen Nebenwirkung. Der Betroffene gerät hiermit in einen Teufelkreis. Es kommt zu einer Auftümmung der unangenehmen Nebenwirkungen (Entzugserscheinungen). Die Versuchung erneut zur Flasche zu greifen, wird immer grösser.

Ein Stoff ist dann ein Suchtmittel, wenn er nach einer angenehmen Hauptwirkung eine unangenehme Nebenwirkung erzeugt, die durch erneute Einnahme der Substanz gestoppt werden kann. (Lindenmeyer 1996, S. 32)

2.7. Körperliche Schäden und Folgen

In letzter Zeit wurden die Angaben über einen gesundheitlich unbedenklichen Alkoholkonsum deutlich nach unten korrigiert. Die WHO bezeichnet einen täglichen Alkoholkonsum von weniger als 7 g reinen Alkohol pro Tag für gesunde Erwachsene als unbedenklich. Das entspricht einem kleinen Bier (3 dl) oder 1 dl Wein.

Folgeschäden

- Gehirn (Hirnatrophie)
- Epileptische Anfälle (bei 20 – 30% treten epileptische Anfälle auf, nicht nur in Form von Entzugsepilepsie)
- Korsakow-Syndrom (schwerste Form der Hirnschädigung)
- Mundschleimhaut, Kehlkopf (erhöhtes Risiko für die Entstehung eines Kehlkopfes- oder Oesophaguskarzinoms, zusätzliche Gefährdung durch das Rauchen, 80 % der Alkoholkranken sind Raucher)
- Haut (Weitstellung der Kapillaren im Gesichtsbereich, wenn sie platzen entstehen Spider „Hautsternchen“, knollige Verdickung der Nase möglich, („Säufernase“)
- Lunge (erhöhte Infektanfälligkeit wegen Leukopenie, Vitaminmangel wegen einseitiger Ernährung)
- Herz-Kreislauf (Hypertonie, wenn täglich mehr als 3 dl Wein konsumiert wird) Alkohol ist ein Risikofaktor für alle bekannten Herzkreislauferkrankungen)
- Gastritis (Ursache unbekannt, heilt bei Abstinenz in der Regel aus)
- Magenulcus (Entartung möglich) Pankreas (erhöhte Fermentbildung, Verengung des Ausführungsganges, Krampf oder Verschluss des Ausführungsganges, bei ca. 50 % der Alkoholkranken entwickelt sich eine chronische Pankreatitis, Therapie: Abstinenz, meiden von fetthaltigen Nahrungsmitteln)
- Leber (Leberzirrhose mit Ascites, Gerinnungsstörungen)
- Darm (erhöhtes Risiko für Colonkarzinom)
- Geschlechtsorgane (bei Frauen Zyklusunregelmässigkeiten, Schädigung des Embryos bei einer Schwangerschaft, bei Männern Schädigung des Hodens mit Mangel an Testosteron, zusätzlich Anhäufung von Oosterogen aufgrund einer Leberzirrhose. Es kommt zu einer Verweiblichung mit Gynäkomasie)
- Knochen-Gelenke (Entzündliche Prozesse in Gelenken und Knochen, vorzeitige Alterung des Bewegungsapparates)
- Nerven (Polyneuropathie, Heilungschancen gut bei Abstinenz)
- Delirium tremens (schwerste Form der Entzugerscheinungen mit Sinnestäuschungen und sehr starker Unruhe, kann tödlich verlaufen). Die Sterblichkeitsrate des Deliriums tremens liegt 20 %. Die Patienten sterben an den Folgen von Verletzungen, die sie sich im Delirium selber zufügen
 - Ziehen sich den DK, Blutung, Blasenampoune
 - Aspiration
 - Stürze, cerebrale Blutungen
 - Rippenfrakturen
 - erschwerend kommt der tiefe Quick dazu, den die meisten haben

2.8. Verschiedene Formen des Missbrauchs

2.8.1. Spiegeltrinker

Sie trinken über den Tag verteilt grössere Mengen Alkohol, um die Alkoholkonzentration im Blut nie unter einen bestimmten Spiegel sinken zu lassen. Meist sind diese Menschen sozial gut integriert. Sie können die Konsummenge kontrollieren. Meist bleibt die Alkoholkrankheit lange unentdeckt. Erst bei einem alkoholbedingten Autounfall oder bei einem Spitaleintritt, wenn der Abhängige plötzlich ohne Alkohol auskommen muss, kommt die Alkoholabhängigkeit zu Tage. Spiegeltrinker sind stark körperlich abhängig und entwickeln starke Entzugssymptome, die sich vor allem am Morgen, wenn der Alkoholspiegel stark gesunken ist, bemerkbar machen. Rausche sind bei ihnen eher selten. (Lindenmeyer, 1996, S. 48)

2.8.2. Rauschtrinker

Die Betroffenen können trotz bester Vorsätze nicht kleine Mengen Alkohol konsumieren. Meist endet ihr Trinken in einem starken Rausch. Oft verlieren sie auch die Kontrolle über sich und sind anderntags stark geschwächt. Das gängige Bild des Alkoholikers trifft bei den Rauschtrinkern am ehesten zu. (Lindenmeyer, 1996, S. 49)

2.8.3. Konfliktrinker

Wenn die Betroffenen keine anderen Bewältigungsstrategien haben, betrinken sie sich. Es können Probleme sein, die die Betroffenen mit sich selbst oder mit ihrer Umwelt haben. Ohne die Wirkung von Alkohol fühlen sie sich hilflos und ohnmächtig. Diese Form von Abhängigkeit ist vor allem bei Frauen verbreitet. (Lindenmeyer, 1996, S. 49)

2.8.4. Periodische Trinker

Sie sind meist während Wochen trocken, haben dann heftige Abstürze und betrinken sich masslos während einigen Tagen. Sie müssen oft grosse Anstrengungen aufbringen, um die Trinkphasen wieder zu beenden. Es ist ihnen besonders unverständlich, warum sie dann nach einer gewissen Zeit einfach wieder mit Trinken anfangen. (Lindenmeyer, 1996, S. 50)

2.9. Rückfälle

- Bei Abhängigen sind die unangenehmen Nebenwirkungen viel stärker und länger (Grund ist das Enzym MEOS). Dies könnte einer der Gründe sein, warum Alkoholiker fast immer wieder scheitern, wenn sie versuchen kontrolliert zu trinken.
- Der jahrelange Endorphinmangel im Gehirn der sich nur langsam wieder normalisiert bei Abstinenz, könnte mit ein Grund sein für das hohe Rückfallrisiko.
- Suchtgedächtnis, ist weiter vorne beschrieben

3. Umsetzung in die Praxis

3.1. Umfrage Mitarbeiterinnen

3.1.1. Fragen

1. Was ist deine erster Gedanke, wenn die Alarmzentrale nachts um 1 Uhr einen Fax schickt mit der Mitteilung: Sturz, Patient aethylisiert?
2. Ist es für dich ein Unterschied ob du Alkoholranke oder Patienten mit anderen Krankheitsbildern betreust
3. Was weißt du über das Suchtverhalten?
4. Ist Alkoholismus für dich eine Krankheit wie eine andere? Wenn nein warum nicht?
5. Hattest du schon einmal eine Weiterbildung zum Thema: Umgang mit Alkoholkranken? Was müsste diese Weiterbildung beinhalten?

3.1.2. Auswertung

Insgesamt habe ich 20 Fragebögen abgegeben. 13 habe ich ausgefüllt zurückerhalten. Ich habe die erhaltenen Antworten zusammengestellt.

Frage 1

- Schon wieder, oje
- Nicht sehr erfreut
- Immer in der Nacht!
- Warum müssen diese Leute so viel trinken?
- Super, das hätte ich jetzt nicht gebraucht!
- Das bedeutet für uns Mehraufwand, da diese Patienten oft schwierig sind
- Mal sehen
- Typischer Patient um diese Zeit. Wenn die Leute doch vernünftiger mit Alkohol umgehen würden.
- Muss das sein?
- Pflege- und überwachungsintensiver Patient

Frage 2

- Nein
- Ja
- Ich versuche keinen Unterschied zu machen, aber bei unkooperativen Patienten ist das oft schwierig. Sie brauchen viel Zeit.
- Es kommt auf die persönliche Tagesverfassung an. Ich kann Alkoholranke nicht immer gleich gut ertragen.
- Alkoholranke brauchen unter Umständen eine etwas andere Betreuung.
- Der Umgang mit Alkoholkranken ist sehr schwierig. Die Kranken können sehr aggressiv werden. Sie sind nicht immer einfach zu betreuen.
- Es kommt auf das Verhalten des Patienten an.
- Wenn viel Arbeit auf der Schicht ist, kann es eine grosse Belastung sein.
- Alkoholranke sind Suchtkranke, denen ich oft eine gewisse Eigenschuld an ihrem Zustand zuschiebe.

- Wenn der Patient nicht gerade betrunken ist, nein

Frage 3

- Der Betroffene verspürt einen Drang, Alkohol zu konsumieren, immer wiederkehrend und regelmässig.
- Tragödien verursachen
- Erst wenn der Suchtkranke seine Abhängigkeit erkennt, kann eine Heilung durch eine geeignete Therapie erfolgen.
- Eigentlich ist es eine schwere Krankheit, wird aber in der Gesellschaft zu wenig ernst genommen.
- Ich weiss viel über die Alkoholkrankheit, habe mich oft damit beschäftigt.
- Habe Erfahrungen aus dem Praktikum in der Psychiatrie, habe Projektarbeit gemacht über Alkoholismus, allgemeines Suchtinteresse.
- Weiss genug darüber.
- Durch Kontakte in meiner Umgebung weiss ich recht viel über das Verhalten und Befinden eines Suchtkranken.
- Wenig
- Was genau im Körper abläuft, weiss ich nicht.

Frage 4

- Personen welche an einer Suchtkrankheit leiden, sind oftmals psychisch krank. Psychische Krankheiten sind anderen Krankheiten gleich zu setzen.
- Kann meines Erachtens als Krankheit bezeichnet werden.
- Ich habe immer irgendwo das Gefühl, dass der Betroffene selber schuld ist.
- Es ist eine Krankheit. Wichtig ist, wie man diesen Patienten begegnet. Man muss ihnen Respekt entgegen bringen, Gespräche anbieten.
- Alkohol kann man an jeder Ecke kaufen. Viele werden davon abhängig und stürzen ab wie bei anderen Drogen.
- Für mich ist Suchtverhalten etwas anderes als eine Krankheit.
- Beim Alkoholkranken kann man nicht einfach eine Tablette geben und das Problem ist gelöst.
- Dieses Problem sollte viel ernster genommen werden.
- Ja, es ist eine Krankheit wie eine andere.
- Es ist eine Sucht, die durch eigenes Dazutun entstanden ist.
- Ich habe Vorurteile.
- Ich habe Alkoholiker erlebt, die auf der IDIS intubiert waren. Man hat alles gemacht, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern und sie wurden bei Genesung entlassen. Leider wurden sie oft schon nach zwei Monaten wieder hospitalisiert in schlechtem Allgemeinzustand und mit denselben Problemen.

Frage 5

- Aufzeigen von professioneller Pflege dieser Patientengruppe.
- Mehr Einfühlungsvermögen und pflegerische Möglichkeiten
- Wie gehe ich mit meiner Aggressivität um?
- Wie führe ich ein Gespräch mit einem Alkoholkranken, wenn er sehr unkooperativ ist?
- Geeignete Therapieplätze
- Wo können sich Angehörige hinwenden?

- Therapieplätze für Patienten, die einen Entzug machen wollen, aber immer wieder im Spital landen, weil sie zu viel getrunken haben.
- Wann soll ein Alkoholkranker hospitalisiert werden?
- Andere geeignete Plätze, um einen Entzug zu machen?
- Aufklärung der Rolle des Spitals bei einem Entzug.
- Den Unterschied kennen zwischen aethylisiert, Gewohnheitstrinken, Alkoholkrankheit, Spätfolgen.
- Kenntnisse der Pathologie, Leberzirrhose, Coma hepaticum, Oesophagusvarizen, Aszites, Korsakov Syndrom.
- Verschiedene Stadien der Sucht.
- Wann ist jemand alkoholkrank?
- An welche Institution können wir uns wenden, wenn Patienten unerwartet einen Entzug machen wollen?
- Gibt es Kliniken, die Patienten auch nachts aufnehmen?
- Wie entsteht eine Sucht? Wer ist gefährdet? Wie verhalte ich mich?
- Was ist bei Alkohol speziell? Auswirkung, Folgen, Heilung, Dauer der Krankheit?

•

3.1.3. Antworten

Niemand der Befragten hatte je eine Weiterbildung zum Thema Alkoholkranker. Ich werde nun die verschiedenen Wünsche und Vorstellungen die eine Weiterbildung beinhalten sollte zusammenfassen und beantworten. Die anderen Antworten eurer Fragen und Anregungen werden in der Arbeit integriert behandelt.

- Das Spital oder die psychiatrische Klinik führen den körperlichen Entzug durch.
- Ob jemand alkoholkrank ist oder nicht, muss jeder für sich selber entscheiden (Aussage der Anonyme Alkoholiker)
- Genauere Kenntnisse über die Entstehung einer Alkoholkrankheit fördern das Verständnis für diese Patientengruppe und helfen Aggressionen abbauen.
- Ein Alkoholkranker wird per fürsorglichem Freiheitsentzug hospitalisiert, wenn er fremd- oder eigengefährdet ist. Er kann von Angehörigen eingewiesen werden, wenn er in einem sehr schlechten Allgemeinzustand ist oder wenn er sehr aethylisiert ist. Der Betroffenen kann sich auch selber einweisen.
- Der Rettungsdienst muss Aethylisierte immer zuerst zu uns auf die Notfallstation bringen. Der zuständige Arzt der medizinischen Klinik kann den Patienten in die psychiatrische Klinik einweisen, wenn der Patient keine medizinischen Probleme hat. Eine direkte Einweisung in die psychiatrische Klinik ist nur durch einen Hausarzt möglich. Leicht Aethylisierte, die sich nicht in Spitalpflege begeben wollen, können nach Rücksprache mit dem zuständigen Tagesarzt der medizinischen Klinik, einen Verzichtsschein unterschreiben und müssen nicht in Spitalpflege.

3.2. Therapiemöglichkeiten und Beratungsstellen

3.2.1. Bürgerspital Solothurn

- Die Patienten treten notfallmässig über die INOS ein. Praktisch nie wegen dem Alkoholproblem, sondern wegen einem orthopädischen oder chirurgischen Leiden. Zuerst werden die Frakturen und Wunden versorgt. Wenn die Patienten wollen, können sie direkt auf eine Abteilung verlegt werden für einen körperlichen Entzug. Laut Aussagen des Oberarztes werden kooperative Patienten auf diese Möglichkeit angesprochen.
- Die andere Möglichkeit ist, geplant für einen Entzug einzutreten.
- Die Aufenthaltsdauer ist zwischen 5 und 10 Tage bis der körperliche Entzug überstanden ist. Wünschenswert ist, wenn die Patienten nach dem Spitalaufenthalt in ein Anschlussprogramm gehen, stationär oder ambulant möglich (z. B. Klinik Wysshölzli, Beratungsstelle Perspektive, weitere Beratungsstellen siehe im Leitfaden). Viele werden nach dem Spitalaufenthalt vom Hausarzt weiter betreut, z. B. in Form von Antabusabgabe 3 Mal pro Woche. Es besteht auch die Möglichkeit, dass der Arbeitgeber dem Patienten Antabus verabreicht.
- Suchtspezifische Therapien sind im Spital nicht möglich. Die Aufenthaltsdauer ist zu kurz. Es ist kein Therapeut dafür angestellt.
- Mit den Patienten wird ein Vertrag ausgearbeitet, worin Besucher, Rauchen, Aufenthaltsräume usw. geregelt sind. Wenn die Patienten sich nicht an die Richtlinien halten, müssen sie das Spital verlassen.

Medikamente

In diesem Kapitel behandle ich nur die wichtigsten Medikamente mit Wirkung und Nebenwirkungen. Temesta und Distraneurin sind Medikamente, die eingesetzt werden, um die Entzugssymptome zu mildern. Antabus und Campral werden eingesetzt, um Patienten möglichst vor Rückfällen zu schützen.

➤ **Temesta:**

Anxiolytikum, Tranquillantikum, gehört in die Gruppe der Benzodiazepinen
Temesta exidet 2,5 mg ist das im Bürgerspital am meisten gebrauchte Medikament gegen Entzugssymptome.

Vorteile

- Fixe Dosierung, z. B. alle 6 Stunden
- Weitere Dosierung nach Symptomen
- Patient soll zusätzlich Tabletten verlangen, 10 – 20 Tabletten pro Tag möglich
- Unbedingt früh genug mit der Therapie beginnen
- Kann sublingual verabreicht werden
- Gut verträglich
- Kurze Halbwertszeit
- Keine Gefahr der Atemdepression wegen Überdosierung, Patient schläft vorher ein

Unerwünschte Wirkung

- Sehr wenig Nebenwirkungen
- Temesta ist ein Medikament mit grossem Suchtpotential.

➤ **Distraneurin**

Sedativum, Hypnotikum, Antikonvulsivum

Bei Distranerin besteht die Gefahr der Überdosierung mit Bewusstlosigkeit, tiefem Coma, respiratorische und kardiovaskuläre Depression, ambulante Therapie nicht empfehlenswert. Früher das Mittel der Wahl bei Entzugssymptomen.

Die nachfolgend aufgelisteten Medikamente haben keine eigentliche heilende Wirkung, sondern unterstützen lediglich die Therapie. Sie sollten daher nicht isoliert, sondern nach Möglichkeit in Verbindung mit einer psychosozialen oder psychotherapeutischen Therapie eingesetzt werden.

➤ **Antabus**

Alkoholaversivum

Antabus unterbricht den Alkoholabbau im Körper, sodass bei gleichzeitiger Einnahme von Alkohol äussert unangenehme Körperreaktionen auftreten
Vor Beginn der Therapie soll eine Alkoholkarenz von 3 Tagen eingehalten werden.
Indikation: unterstützende Behandlung bei chronischem Alkoholismus.

Antabus-Alkohol-Interaktion

- Flush (Hitze, Rötung)
- Störungen der Kreislaufregulation, Palpitationen, Dyspnoe, Hyperventilation, Tachykardie
- Kopfweh
- Kreislaufkollaps wegen ausgeprägter Vasodilatation, Blässe, Schwäche, Schwindel, Desorientiertheit, Übelkeit, Erbrechen
- Reaktion setzt 5 – 10 Minuten nach Alkoholeinnahme ein und kann bis mehrere Stunden dauern
- Die Aussicht auf einen solchen Zustand hält den Patienten davon ab, wieder Alkohol zu konsumieren (aversive Wirkung)

Nebenwirkungen

- Schlaflosigkeit
- Kopfschmerzen, Müdigkeit
- Mundgeruch
- Metallischer Geschmack im Mund
- Epigastrische Beschwerden, Diarrhoe

Der Trinkversuch nach Antabusgabe wird nicht mehr gemacht, weil über einen Zwischenfall berichtet wird. Die Patienten werden schriftlich und mündlich über Antabus-Alkohol-Interaktionen informiert.

Der Patient muss vollumfänglich über die Antabus-Alkohol-Reaktion informiert sein, besonders über die Folgen heimlichen Konsums. Er soll auch vor Alkohol in versteckter Form gewarnt werden z. B. in Saucen, Essig, Hustensirup.

Früher wurden die Patienten jahrelang mit Antabus behandelt. Heutzutage versucht man das Medikament nach einiger Zeit wieder abzusetzen.

Für uns ist es wichtig, die Wirkung der Antabus-Alkohol-Interaktion zu kennen. Es kann vorkommen, dass Patienten nach Antabuseinnahme Alkohol konsumieren.

➤ **Campral**

AddiktoLytikum, vermindert den „Gluscht“ nach Alkohol, das sogenannte „Reissen“ entfällt

Indikation

- Alkoholabhängigkeit. Zur Aufrechterhaltung der Abstinenz nach erfolgter Entzugsbehandlung
- in Kombination mit anderen therapeutischen Massnahmen

Anwendung

- Beginn nach etwa 5 Tagen Abstinenz
- Behandlung sollte über einen Zeitraum von 6 – 12 Monaten fortgeführt werden.

➤ **Nemexin**

Ist wie Campral ebenfalls ein neueres Medikament, das die euphorisierende Wirkung des Alkohols ausschaltet.

3.2.2. Psychiatrische Klinik des Kantons Solothurn, Langendorf

- Die Einweisung kann auf eigene Initiative oder per FFE (fürsorglicher Freiheitsentzug) geschehen. Patienten werden bei Selbst- oder Fremdgefährdung per FFE eingewiesen. Ärzte und Behörden können einen FFE veranlassen
- Der Aufenthalt dauert ca. 2 – 3 Wochen. Um die Entzugssymptome zu mildern wird Distraneurin eingesetzt.
- Es gibt verschiedene Entzugsformen bei Suchtkrankheiten. Aber bei Alkoholkranken kommt nur die totale Abstinenz in Frage. Ein Teilentzug ist nicht möglich.

3.2.3. Klinik Wysshölzli, Herzogenbuchsee

Die Klinik Wysshölzli ist eine Fachklinik für Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen und Essstörungen. Es wird nur das Therapiekonzept für alkoholabhängige Frauen vorgestellt.

- Patientinnen werden von Hausärzten, Psychiatern, Spitälern oder Beratungsstellen zugewiesen. Betroffene können sich auch selber melden, wenn sie einen Therapieplatz möchten.
- Damit die Patientinnen aufgenommen werden können, muss der körperliche Entzug bereits erfolgt sein. Die Patientinnen müssen Motivation zeigen, auch wenn sie per FFE oder Massnahme eingewiesen werden. Sie müssen Bereitschaft zeigen, am Therapieprogramm teilzunehmen und sich damit auseinanderzusetzen.
- Das Aufnahmeverfahren gestaltet sich folgendermassen: Es ist nicht möglich notfallmässig in die Klinik einzutreten. Alle 2 Wochen findet eine Informationsveranstaltung statt für Betroffene, Angehörige oder Interessierte. Wenn jemand einen Therapieplatz möchte, muss er sich schriftlich anmelden oder es braucht einen ärztlichen Einweisungsbericht. Es findet ein Abklärungsgespräch statt. Mit der Patientin wird ein Rahmenvertrag erarbeitet, worin die Ausgangs- Besuchs- und Urlaubsregelung sowie die Hausordnung festgehalten werden. Es muss eine Kostengutsprache des Kantonsarztes vorliegen bei ausserkantonalen Patientinnen.

- Zur Zielgruppe gehören Frauen ab 18 Jahren. Es stehen 20 Therapieplätze zur Verfügung

Das Therapieprogramm umfasst folgendes Angebot

- Einzelpsychotherapie
 - Gesprächspsychotherapie
 - Sozialberatung
 - Ergotherapie
 - Entspannungs- und Bewegungstherapie
 - Musik- und Maltherapie, Wahlmöglichkeiten
 - Psychoedukative Gruppe
 - Sport, Gymnastik
 - Plenum, Hausversammlung
 - Angehörigengespräche, Paar- und Familiengespräche
 - Arbeit, je nach Verfassung bis 6 Stunden pro Tag
 - Vernetzungsgespräche mit nachbehandelnden Stellen
- Der Konsum von Alkohol und nicht verordneten Medikamenten innerhalb des Klinikareals führen zum Ausschluss. Der Konsum von illegalen Drogen, auch ausserhalb des Klinikareals, führt ebenfalls zum Ausschluss. Die Patientin muss die Klinik innerhalb 48 Stunden verlassen. Sie kann sich jedoch wieder um einen Therapieplatz bewerben.

3.2.4. Suchtberatungsstelle Perspektive

- Eine Zuweisung durch Sozialdienste, Hausärzte, Arbeitgeber, Angehörige ist möglich. Wenn immer möglich, soll sich der Betroffene selber melden. Die Angehörigen sollen lernen, die Verantwortung abzulegen.
- Die Therapien sind ambulant. Oft zuerst Einzeltherapie. Es ist möglich, später die Patienten in eine Gruppentherapie einzuteilen. Familientherapien sind ebenfalls möglich.
- Die Beratungsstelle Perspektive arbeitet auch in der Prävention. In Schulen und Firmen werden Veranstaltungen zum Thema Suchtprävention abgehalten. Für Patienten aus der Region ist die Behandlung gratis. Ausserregionale bezahlen Fr. 120.- pro Sitzung. Patienten, die wegen Fahrausweisentzug (zum zweiten Mal) zur Behandlung kommen, bezahlen Fr. 20.- pro Sitzung.

3.2.5. Weitere Beratungsstellen

Genaue Adressen siehe Anhang, Leitfaden

- Alkohol und Suchtfachleute
- SFA/ISPA, schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
- AA Anonyme Alkoholiker und Angehörige Al-Anon Selbsthilfegruppe

4. Reflektion

4.1. Evaluation

Es war für mich sehr interessant, diese Arbeit zu schreiben. Ich habe mich mit Elan in das Thema vertieft. Zuerst habe ich mir eine Menge Informationen und Literatur beschafft. Das Erarbeiten der Disposition war ein wichtiger Schritt. So kam Ordnung und ein gewisser Ablauf in die geplante Arbeit. Es gibt eine riesige Menge an Literatur und Informationsbroschüren zum Thema Alkoholismus. Ich habe die für mich wichtigsten Erkenntnisse zusammengetragen und niedergeschrieben. Ich hätte ohne weiteres eine Arbeit von 40 Seiten schreiben können. Ich habe immer wieder versucht, mich auf das Wesentliche zu beschränken. Ich musste mich während dem Schreiben der Arbeit neu abgrenzen und gewisse Themen ausklammern, die ich auch gerne noch erarbeitet hätte.

4.2. Erkenntnisse für die praktische Arbeit

Wenn heute Patienten in aethyliertem Zustand bei uns eintreten, kann ich mich ihnen gegenüber gelassener verhalten, weil ich viele mögliche Hintergründe und Ursachen der Alkoholkrankheit kenne. Ich spreche die Betroffenen direkt auf ihr Suchtproblem an und biete ihnen Hilfe an, das Problem anzugehen. Ich stelle fest, dass wir täglich Patienten mit Alkoholproblemen auf der Notfallstation pflegen. Leider sehen wir immer nur die Patienten, die Probleme haben mit der Alkoholkrankheit. Die anderen, die ihr Suchtproblem im Griff haben, kommen nicht oder höchst selten auf die Notfallstation. Es gibt zahlreiche Menschen, deren Alkoholkrankheit zum Stillstand gekommen ist. Ich finde das wichtig zu wissen.

4.3. Zukunft

- Ich werde die Arbeit mit der Ausbildungsverantwortlichen besprechen. Mein Ziel ist, den Leitfaden im Ordner, wo alle anderen Leitfäden zu finden sind, abzulegen.
- Gerne möchte ich meine Arbeit an einer Teamsitzung vorstellen und erläutern.
- Weiter wäre es sehr von Nutzen, eine Weiterbildung zu diesem Thema für unsere und andere beteiligte Stationen zu organisieren.
- Ich könnte mir vorstellen, dass die Interessengruppe IG Notfall einen Seminartag zu diesem Thema anbieten könnte. Ich werde mich erkundigen, wie ich vorgehen muss, um das zu verwirklichen. Alkoholismus betrifft sämtliche schweizerischen Notfallstationen.

5. Literaturverzeichnis

- Felix Tretter, Ökologie der Sucht, Hogrefe Verlag 1998
- Johannes Lindenmeyer, Lieber schlau als blau, 4., überarbeitete Auflage, Beltz Psychologie Verlags Union
- Andreas Bolliger, Pflege im Akutspital aus der Sicht Alkoholkranker Menschen, Diplomarbeit, Juni 2002
- Ian Needham, Dann saufe ich lieber heimlich, Diplomarbeit, Höfa II, 1992 – 1994
- Verschiedene Broschüren der Alkoholberatungsstelle Perspektive Solothurn

- Sämtliche Bilder sind aus dem Buch, Lieber schlau als blau, von Johannes Lindenmeyer kopiert

Beratungsperson

- Kathrin Schori, Ausbilderin im Pflegedienst, 12 jährige Erfahrung in Notfallpflege
- Sabine Anderegg – Kühni, seit Jahren auf Notfallstationen tätig, abgeschlossene Zusatzausbildung in Notfallpflege, Mai 2003

6. Anhang, Leitfaden

Pflege von alkoholkranken Patienten:

Ziele:

Erleichterung im Umgang und Verständnis für diese Patientengruppe

Definitionen:

Definition nach Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998

„Alkoholismus ist eine primär chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umweltbedingte Faktoren beeinflusst wird. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens, um seine schädliche Folgen, getrunken wird und dessen Konsum häufig verleugnet wird.“

Aussage einer anonymen Alkoholikerin: „Alkoholismus ist eine unheilbare Krankheit, die zum Stillstand kommen kann. In gewissen Fällen ist für die Betroffenen keine Hilfe möglich. Niemand trägt die Schuld. Wir akzeptieren das, so wie es ist.“

Vorgehen wenn Patient/Patientin da ist:

- Überwachung Vitalzeichen, Bewusstsein
- GCS Überwachung
- Pupillenkontrolle Sämtliche nassen Kleider ausziehen
- Sämtliche nassen Kleider entfernen
- Unterkühlte Patienten mit grossem Heizkissen aufwärmen
- Kerntemperatur messen mit speziellem Thermometer
- Bettgitter hochklappen, wenn Patient somnolent ist, Selbstgefährdung
- Ev. Sauerstoff verabreichen
- Ethanolspiegel im Blut bestimmen, ev. noch andere Laborparameter bestimmen (ärztliche Verordnung)
- Glucoseinfusion verabreichen, vorerst Vitamin B, Benerva Ampulle verabreichen, (auf ärztliche Verordnung)

Notfallpflege:

- Daran denken, dass Patienten in aethyisiertem Zustand keine oder weniger Schmerzen verspüren.
- Verletzungen können überdeckt werden (z. B. Hirnblutung bei Schädelhirntrauma)
- Immer versuchen eine genaue Anamnese zu erheben, Gespräch mit Angehörigen, anderen Begleitpersonen, wenn möglich.

- Epileptische Anfälle sind häufige Komplikationen des Aethylabusus. Man muss mit Krampfanfällen rechnen.
- Daran denken, ev. Angehörige zu informieren, vor allem bei jungen Patienten
Zuerst Rücksprache mit Patient nehmen, wenn möglich

Mögliche Verhaltensweisen

- Wir versuchen, die Patienten in ihrem Zustand und mit ihrer Krankheit zu akzeptieren
- Wir signalisieren gegenüber Patienten, die hemmungslos, aggressiv und unkooperativ sind, dass wir dieses Verhalten nicht tolerieren. Wir klären sie über Therapie und Behandlung auf und erwarten von ihnen, dass sie mitmachen. **Wichtig ist zu wissen, dass alle Patienten anderntags, wenn der Rausch vorbei ist, Schuld- Scham- und Reuegefühle haben.**
- Wir sollen und dürfen die Patienten auf ihr Suchtproblem ansprechen, aber nicht mit dem Drohfinger. Wir können sie motivieren, etwas dagegen zu unternehmen. Wir erklären Ihnen, dass es Hilfe gibt, und dass sie nicht die einzigen sind, die solche Probleme haben.
- Jederzeit können wir die Kranken aufmuntern, sich zu einer psychiatrischen Behandlung oder bei einer Beratungsstelle anzumelden. Wir können Telefonnummern und Adressen von Suchtfachkliniken und ambulanten Behandlungszentren abgeben.

Spezielles, Wissenswertes zur Alkoholkrankheit:

- Folgende Aussage einer Therapeutin einer Suchtberatungsstelle hat für mich sehr grosse Tragweite: **Es ist niemand selber schuld, wenn er alkoholabhängig wird, aber er ist selber Schuld, wenn er sich nicht helfen lässt**
- Wir dürfen nicht denken, das nützt bei dem ja sowieso nichts. Je mehr Personen den Kranken auf sein Problem ansprechen, je grösser ist die Chance, dass sich der Betroffene bemüht, etwas dagegen zu unternehmen.
- Patienten haben oft grosse Mühe zu sagen: „Ich habe ein Suchtproblem“. Sie probieren ihre Krankheit zu verbergen oder aus Schamgefühl zu bagatellisieren. Wir müssen dafür Verständnis zeigen.
- Aus einer Umfrage von Andreas Bolliger in einem Schweizerspital zum Thema: Pflege aus der Sicht alkoholkranker Menschen habe ich entnommen, dass sie Mehrheit der Kranken unsere professionelle Pflege sehr schätzen. Folgende Aussagen wurden gemacht: „Ich habe mich nicht anders behandelt gefühlt als andere. Niemand hat mir zu spüren gegeben: Das ist ein „Alki“, mit dem kann man umgehen wie man will. Ich fühlte mich gut aufgehoben und erhielt viel Zuwendung.“ (Andreas Bolliger, Diplomarbeit, S 50/51)
- Daraus dürfen wir entnehmen, dass unsere Arbeit geschätzt wird, auch wenn die Kranken uns das nicht persönlich sagen. Ich habe selber schon erlebt, dass sich Alkoholranke anderntags bei uns entschuldigt haben für ihr ausfälliges Benehmen.

Spitäler, Suchtfachkliniken und Beratungsstellen

Bürgerspital Solothurn

Medizinische Klinik
Schöngrünstrasse
4500 Solothurn
032 627 31 21

Psychiatrische Klinik

Weissensteinstrasse 102
Postfach
4503 Solothurn
Telefon 032 627 11 11

Wysshölzli

Fachklinik für Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen und Essstörungen
Waldrandweg 19
3360 Herzogenbuchsee
Telefon 062 956 23 56
Fax 062 956 23 59
E-Mail info@wysshoelzli.ch

Alkoholprobleme Perspektive

Beratungsstelle für Alkoholprobleme
Weissensteinstrasse 33
4500 Solothurn
Telefon 032 626 56 40
Fax 032 626 56 19

Alkohol und Suchtfachleute

Schweizerischer Fachverband
Luzernstrasse 37
Postfach
6208 Oberkirch
Telefon 041 921 98 44
Email asucht@bluewin.ch

SFA/ISPA

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme

Av. Ruchonnet 14
Postfach 870
1001 Lausanne
Telefon 021 321 29 11
www.sfa-isp.ch

AA Anonyme Alkoholiker und Angehörige Al-Anon Selbsthilfegruppe

Kontaktstelle Netz Aarau
Postfach 102
4502 Solothurn 2
Telefon 0848 848 846