

Berner Fachhochschule

Gesundheit

**Motivierende Gesprächsführung
bei HIV-Patienten
zur Veränderung des Alkoholkonsums**

Thomas.Schwarze@bfh.ch

Zahlen und Fakten I

Alkohol-pro-Kopf-Konsum im internationalen Vergleich (2003)

	Total Liter in reinem Alkohol (100 Vol-%)
Ungarn	11.4
Deutschland	10.2
Österreich	9.3
Frankreich	9.3
Schweiz	9.0
Italien	6.8
Norwegen	4.4
	Sucht Infor Schweiz 2004

Zahlen und Fakten II

Rund 80% der in der Schweiz lebenden Bevölkerung im Alter von 15 bis 74 Jahren trinken risikoarm. In Zahlen:

- 1 103 000 Männer und Frauen trinken keinen oder praktisch keinen Alkohol
- 3 398 000 Männer und Frauen trinken risikoarm
- 105 000 Männer und Frauen trinken chronisch zu viel alkoholische Getränke
- 782 000 Männer und Frauen trinken episodisch zu viel Alkoholisches
- 155 000 Männer und Frauen trinken sowohl chronisch als auch episodisch zu viel Alkohol (Risikokumulierer)

Quelle: Wicki & Gmel (2005). Rauschtrinken und chronisch risikoreicher Konsum: Konsistente Schätzung der Risikoverteilung in der Schweiz aufgrund verschiedener Umfragen seit 1997.

Zahlen und Fakten III

Diagnose "Alkoholabhängigkeit " (Code F10.2) in Schweizer Spitälern (2008)

Alter	Männer (bis 74 Jahre)	Frauen (bis 74 Jahre)
25-39	3.1%	0.6%
40-54	4.9%	2.1%
55-74	3.4%	1.5%
Total	3.8%	1.3%

stationäre und teilstationäre Fälle

Bundesamt für Statistik (BFS) (2010). Auskunft des statistischen Dienstes über die medizinische Statistik der Krankenhäuser 2008.



Zahlen und Fakten IV

→ **3,9% aller Patiententage im Spital haben ihre Ursache im Alkohol.** (Gutjahr & Gmel, 2001)

Gesellschaftliche Kosten:

- **direkte Kosten** (0.7 Milliarden)
- **indirekte Kosten** (1.5 Milliarden)
- **immaterielle Kosten** (4,3 Milliarden)
(Jeanrenaud et al. 2003)

Pflegefachpersonen

→ Rolle und Funktion ermöglichen:

- alkoholabhängige und -missbrauchende Patienten zu entdecken,
- Angehörigen von Abhängigen zu versorgen und zu beraten.

(Schofield & Tolson 2001; Watson 1999; Sullivan, Handley & Connors, 1994;).

Pflegefachpersonen

→ Wissen zu:

- Wirkungsweise des Alkohols
- Folgeschäden
- Begriffe und Definitionen
- „Trinkrichtlinien“, ab wann wird es gefährlich?
- Volumenprozent versus Gramm reinen Alkohol
- Begriff Standardgetränk
- Screeninginstrumente
- Veränderungsmodelle
- Motivation
- Adressen und Webseiten von Beratungsinstitutionen
- und

Begriffe und Definitionen

- **Riskanter Alkoholkonsum (hazardous or heavy drinking)**
 - erhöht die Wahrscheinlichkeit aufgrund eines fortgesetzten exzessiven Konsums **künftig** Schaden zu nehmen ↓ operationable Definition riskanter Alkoholkonsum
- **Schädlicher Alkoholkonsum (harmful alcohol use)**
 - ICD-10: geht mit nachweisbaren Schädigungen der körperlichen oder psychischen Gesundheit einher

Begriffe und Definitionen

→ Alkoholmissbrauch (alcohol abuse)

- DSM-IV: geht mit einer Vernachlässigung bedeutender Verpflichtungen, rechtlichen und sozialen Problemen sowie einer Gefährdung der psychischen Gesundheit einher.

→ Abhängigkeit (alcohol addiction)

- ICD-10: ein hinsichtlich der Ausprägung des klinischen Bildes variierendes Syndrom, das durch den Vorrang des Konsums gegenüber anderen Verhaltensweisen sowie der Fortsetzung des Konsums trotz schädlicher Folgen gekennzeichnet ist.

„Trinkrichtlinien“

→ Risikoarmer Konsum

- Frau: nicht mehr als 2 Standarddrinks/Tag = 20g/d
- Mann: nicht mehr als 3 Standarddrinks/Tag = 30g/d
- Kein täglicher Konsum empfohlen
- Kein „Aufsparen“ fürs Wochenende
(British Medical Association, 2008;
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2003)

Sucht Info Schweiz (2004):

- Mann: nicht mehr als 2 Standarddrinks/Tag = 20 g/d
- Frau: nicht mehr als 1 Standarddrink/Tag = 10g/d

Standardgetränk



Volumenprozent vs Gramm Alkohol

→ Ein Volumenprozent entspricht ca. 0,8 Gramm Alkohol.

0,7 Liter Wein, 12 Volumenprozent Alkohol
= $700 \text{ ml} \times 0.12 \times 0,8 = 67,2 \text{ Gramm Alkohol}$

Screeninginstrumente

- **Auf Selbstaussagen beruhende Fragebogenverfahren haben sich trotz der Möglichkeit zur Verfälschung als verlässlich erwiesen.**
- **Empfohlen werden momentan drei Fragebögen.**
 - CAGE
 - AUDIT
 - LAST

Screening mit CAGE

- 4 Fragen mit den Antwortalternativen Ja/Nein
- Jede Ja-Antwort wird mit einem Punkt bewertet.
- Bei einem Summenscore von 2 oder mehr Punkten, weist der Test auf ein alkoholbezogenes Problem hin.

(Ewing, 1984)

Screening mit LAST

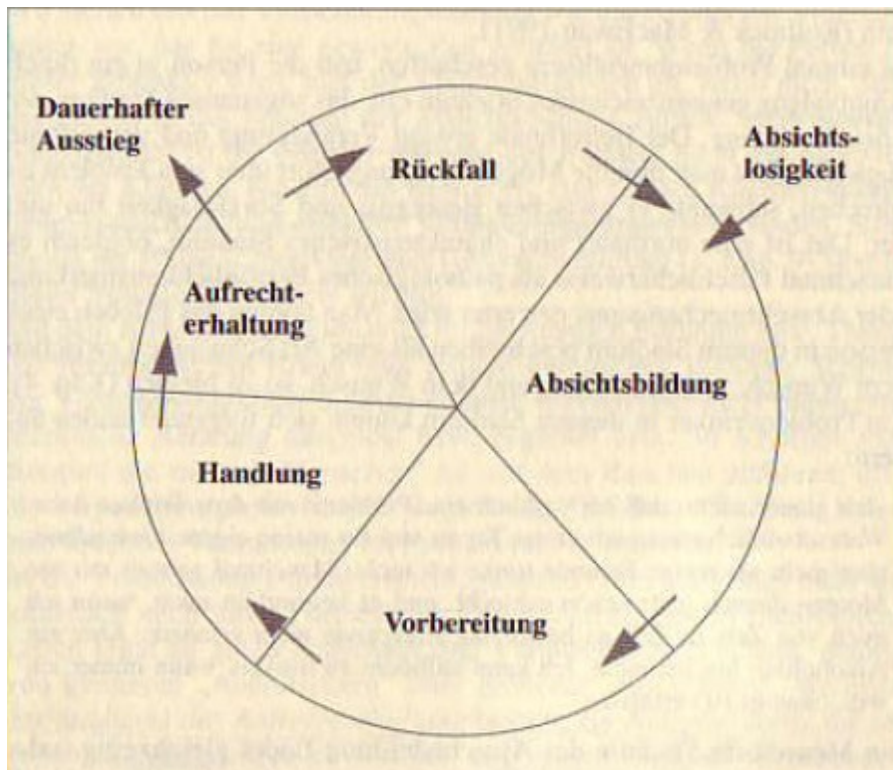
- 7 Fragen mit den Antwortalternativen Ja/Nein
- Jede Ja-Antwort der Fragen 2-7 wird mit einem Punkt bewertet, bei Frage 1 wird die Nein-Antwort mit einem Punkt bewertet.
- Bei einem Summenscore von 2 oder mehr Punkten weist der Test auf das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit oder eines Alkoholmissbrauchs hin.

(Rumpf, Hapke & John 2001)

Screening **AUDIT**

- 10 Fragen mit verschiedenen Antwortmöglichkeiten (bis zu 5)
- 3 Fragen zum riskanten Alkoholkonsum
- 3 Fragen zu Abhängigkeitssymptomen
- 4 Fragen zu schädlichem Alkoholkonsum
- Bei einem Summenscore von 8 oder mehr Punkten weist der Test auf alkoholassoziierte Probleme hin.
- Geeignet zur Entdeckung von Risikokonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit (Babor et al. 1989; WHO 1992)

Veränderungsmodell: Transtheoretisches Modell



→ Beschreibung von sechs Stadien, die Menschen durchlaufen, wenn sie ein Problem bearbeiten.

→ Normal, dass Menschen diese Stadien mehrmalig durchlaufen, bis sie eine stabile Veränderung erreicht haben.

(Prochaska & DiClemente, 1982)

Stadien des transtheoretischen Modells I

- 1. Stadium der Absichtslosigkeit, gekennzeichnet durch ein fehlendes Problembewusstsein.**
- 2. Stadium der Absichtsbildung, gekennzeichnet durch eine grosse Ambivalenz.**
- 3. Stadium der Vorbereitung, gekennzeichnet durch eine ernsthafte Beschäftigung mit einer möglichen Verhaltensänderung.**

Stadien des transtheoretischen Modells II

- 4. Stadium der Handlung, gekennzeichnet durch konkrete Schritte.**
- 5. Stadium der Aufrechterhaltung, gekennzeichnet durch Bemühungen erzielte Veränderungen zu festigen und Rückfällen vorzubeugen.**
- 6. Stadium des Rückfalls, gekennzeichnet durch Rückfall und die Bemühungen nicht in diesem Stadium zu verharren.**

Hilfreiche Unterstützung I

Stadium	Motivierende Aufgaben
Absichtslosigkeit	Lassen sie Zweifel aufkommen, Erhöhung der Wahrnehmung von Problem oder Risiko
Absichtsbildung	Stärkung des Selbstvertrauens, Irritierung des Gleichgewichts (Beibehaltung/ Änderung des Verhaltens)
Vorbereitung	Hilfe bei der Suche sich für den besten Weg zu entscheiden

Hilfreiche Unterstützung II

Stadium	Motivierende Aufgaben
Handlung	Unterstützung bei geeigneten Schritten in Richtung Veränderung
Aufrechterhaltung	Hilfe bei der Entwicklung und Einsetzung von geeigneten Strategien zur Rückfallvorbeugung
Rückfall	Ermutigung den Prozess wieder aufzunehmen, ohne sich entmutigen oder blockieren zu lassen (Miller & Rollnick, 1999)

Motivation

Motivierende Gesprächsführung I

- **Definition: direktives, klientenzentriertes Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen.**
- **Entwicklung: speziell für die Arbeit mit Menschen mit Suchtmittelproblemen. Wird heute in vielen Beratungsbereichen verwendet.**

(Miller, WR. & Rollnick, S. 1999)



Motivierende Gesprächsführung II

→ Fünf Basisprinzipien:

1. Empathie
2. Diskrepanz entwickeln
3. Beweisführungen vermeiden
4. Umgang mit dem Widerstand
5. Glauben an eigene Fähigkeiten stärken



Inhalte der Basisprinzipien I

1. Empathie ausdrücken

- Durch aktives Zuhören wird versucht die Gefühle, Gedanken, etc. ernst zu nehmen, sie zu verstehen, sie als nachvollziehbar und als berechtigt zu betrachten, ohne sie zu werten.
- Diese Akzeptanz erleichtert die Veränderung.

2. Diskrepanzen entwickeln

- Bewusstsein über Konsequenzen ist wichtig
- Die Argumente zur Veränderung sollten vom Klienten kommen.



Inhalte der Basisprinzipien II

3. Beweisführungen vermeiden

- Beweisführungen sind kontraproduktiv und erzeugen
- genauso wie Vorwürfe nur Abwehr.
- Etikettierungen sind nicht nötig.
- Widerstand ist ein Signal die Strategie zu ändern.

4. Widerstand aufnehmen

- Impulse des Klienten können positiv genutzt werden
- Neue Sichtweisen werden vorgestellt, nicht verordnet.

Inhalte der Basisprinzipien III

5. Selbstwirksamkeit fördern

- Der Klient ist für die Entscheidung zur Veränderung und ihre Durchführung verantwortlich.
- Der Glaube an die Veränderungsmöglichkeit ist eine wichtige Motivationsquelle.

Motivation

→ Transtheoretisches Modell:

- Unter Motivation wird das derzeitige Stadium der Veränderungsbereitschaft verstanden.

→ Motivierende Gesprächsführung:

- Motivation wird als Wahrscheinlichkeit definiert, mit der eine Person eine Veränderungsstrategie aufgreift und daran festhält. Motivation kann nicht einfach vorausgesetzt werden und ist eine zentrale Aufgabe von professionellen Helfern.

Effektive motivierende Strategien

- Empathie zeigen
- Hindernisse entfernen
- Alternativen anbieten
- Anreize verringern
- Rückmeldung geben
- Ziele klären
- Ratschläge geben
- Aktiv helfen

(Miller & Rollnick, 1999)



Haltung der Pflegefachpersonen

- Grundhaltung ist die Empathie
- Klienten- und lösungsorientierte Haltung
- Veränderungen sind grundsätzlich immer möglich
- Akzeptanz des Menschen

Kurzinterventionen

→ Dauer:

- Von fünf Minuten bis zu mehreren Sitzungen à 60 Minuten ist alles möglich.

→ Definition

- Der Begriff ist schwer zu definieren, da die Abgrenzung zu Früherkennung, Sekundärprävention, Motivationsbehandlung, Patientenedukation etc. unscharf ist.

→ Elemente erfolgreicher Kurzinterventionen

- FRAMES (AWMF, 2004; Demmel, 2001)



FRAMES

- **Feedback (Rückmeldung)**
- **Responsibility (Eigenverantwortung)**
- **Advice (Ratschlag)**
- **Menu (Angebot von Alternativen)**
- **Empathy (Empathie)**
- **Self-Efficacy (Zuversicht)**



Pflegende - Kurzintervention???

→ Von Pflegefachpersonen durchgeführte Kurzinterventionen sind erfolgreich, was die Reduktion der konsumierten Alkoholmenge und den Motivationsgrad bez. einer Verhaltensänderung betrifft.

**(McManus et al. 2003;
Forsberg et al. 2000;
Watson 1999)**



Übung

Key Messages

- ➔ **Holen Sie den Patienten dort ab, wo er ist!**
 - Problembeschreibung, Trinkmenge und -muster, Motivationslage
- ➔ **Intervenieren Sie immer motivierend!**
 - Einbezug des Patienten; lösungsorientiert; etc
- ➔ **Sie sind nicht für das Resultat, aber für den Prozess verantwortlich!**
 - Es ist an Ihnen den Prozess zu beginnen und zu steuern.



Interessante Webseiten

→ Sucht Info Schweiz

- www.sucht-info.ch/
(Informationen in Deutsch und Französisch)

→ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

- www.dhs.de/start/html

→ Berner Gesundheit

- www.bernergesundheit.ch/de/home.html
(Informationen in Deutsch und Französisch)

Alkoholsekstests

→ www.suchtpraevention-zh.ch/selbsttest/alkohol

→ www.bg-alkoholsekstest.ch/selbsttest/de/audit.aspx

→ www.kenn-dein-limit.de/selbsttests/

Referenzen I

- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2004). Leitlinie Sucht: Riskanter, schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. www.uni-duesseldorf.de/AMWF/II/076-003.htm.
- Babor TF, De La Fuente JR, Saunders JB, Grant M. (1989). *Audit- The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organisation (WHO), Division of Mental Health.
- British Medical Association (2008). *Alcohol misuse: tackling the UK epidemic*. Retrieved January 14, 2011 from www.bma.org.uk/images/Alcoholmisuse_tcm41-147192.pdf.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (2003). *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 1*. Retrieved February 15, 2005 from www.dhs.de.
- DSM-IV (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR)*. Textrevision von Sass, H., Wittchen, H. U., Zandig, M. & Honden, I. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Referenzen II

- DSM-IV (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR)*. Textrevision von Sass, H., Wittchen, H. U., Zandig, M. & Horden, I. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Forsberg, L.; Ekman, S.; Halldin, J. & Rönnerberg, S. (2000). Brief Interventions For Risk Consumption Of Alcohol At An Emergency Surgical Ward. *Addictive Behaviors*, 25, 471-75.
- ICD-10 (*Internationale Klassifikation psychischer Störungen.*) Bern: Hans Huber Verlag.
- Jeanrenaud. C. et al (2003). *Die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz*. Institut für Wirtschafts- und Regionalforschung (IRER). Universität Neuenburg im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Referenzen III

- McManus, S.; Hipkins, J.; Haddad, P.; Guthrie, E. & Creed, F. (2003). Implementing an effective intervention for problems on medical wards. *General Hospital Psychiatry*, 25, 332-37.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Rumpf, H.J.; Hapke, U. & John, U. (2001) *Lübecker Alkoholabhängigkeits- und missbrauchs-Screening-Test. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Schofield I. & Tolson D. (2001). The nurse`s role in assessing alcohol uses by older people. *British Journal of Nursing*, 10, 1260-1268.

Referenzen IV

- Sucht Info Schweiz. *Fokus Alkohol*. Heruntergeladen 01 14, 2011, von www.sucht-info.ch/de/infos-und-fakten/alkohol/konsum/.
- Sucht Info Schweiz. *Alkoholkonsum Schweiz*. Heruntergeladen 01 14, 2011, von www.sucht-info.ch/de/infos-und-fakten/alkohol/konsum/.
- Sullivan, E. J., Handley, S. M., & Connors, H. (1994). The Role of Nurses in Primary Care: Managing Alcohol-Abusing Patients. *Alcohol Health & Research World*, 18, 158-161.
- Voggensperger, J.; Fierz, K. & Spirig, R. (2006). Beratungsempfehlung für HIV/AIDS-infizierte Menschen, deren Alkoholkonsum ein gesundheitliches Problem darstellt. *Pflege*, 19; 223-233.
- World Health Organisation (WHO) (1992). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care* (second ed.). Geneva: World Health Organisation.

Referenzen V

- World Health Organisation (WHO) (1992). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care* (second ed.). Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation. *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organisation; 2002.
- Watson, H.E. (1999). A study of minimal interventions for problem drinkers in acute care settings. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 425-34.