

Das Niederländische Ampelmodell „Traffic light“ zur Beurteilung des Schweregrades eines Suchtproblems in der Praxis

Marika van Dijk

Das Ampelmodell „Traffic Light“ ist eine umfassende Strategie zur Risikoermittlung, Prävention und Frühintervention von Substanzmissbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung (IQ 50-85). Allgemeine Zielsetzung ist, die Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung mit Suchtproblemen durch eine umfassende Strategie von Risikoermittlung, Prävention und Behandlung für diese Personengruppe zu senken.

Wir wollen auf europäischer Ebene ein Projekt umsetzen, welches auf dem Ampelmodell basiert. Wieso gibt es hierfür Bedarf?

Erstens ist das Risiko, mit Substanzgebrauch zu beginnen, für Menschen mit geistiger Behinderung höher und wir wissen sicher, dass Substanzgebrauch ein reales Problem darstellt. Die Auswirkungen von Substanzgebrauch sind für Menschen mit geistigen Behinderungen oft schwerwiegender als für Menschen mit durchschnittlichen oder höheren geistigen Fähigkeiten. Die Auswirkungen zeigen sich auf psychologischer, sozialer und/oder physischer Ebene.

Auf dieser Grundlage ist jede Klient/in mit geistiger Behinderung Teil der Risikogruppe. Zur Messung, in welchem Maße eine Anfälligkeit besteht, haben wir den SumID-Q verwendet. Leider gibt es bislang keine validierten Instrumente zum Screening und zur Risikoermittlung von Substanzgebrauch unter jungen Menschen mit geistiger Behinderung.

Zweitens arbeiten bislang die Organisationen für Menschen mit geistiger Behinderung und die Suchthilfeeinrichtungen nicht effizient zusammen. Eine bessere Kooperation zwischen beiden Bereichen wird zur besseren gegenseitigen Nutzung der jeweiligen Expertise führen.

Drittens haben Mitarbeiter und/oder Leiter bisweilen ein unvollständiges oder einseitiges Bild von dem Problem. Wir wissen, dass es nicht ausreicht, einfach nur ein paar Regeln und Grenzen bezüglich des Substanzgebrauchs aufzustellen. Den Gebrauch von Alkohol und Drogen komplett zu unterbinden ist illusorisch. Fehlende einheitliche Richtlinien führen zu unterschiedlichen Einstellungen gegenüber dem Substanzgebrauch, was für die Betroffenen sehr schädlich sein kann.

Wenn ein/e Klient/in spürt, dass er/sie wegen möglicher negativer Folgen nicht über den Substanzgebrauch sprechen soll, bekommt er/sie auch keinerlei Hilfe. Mitarbeiter müssen in der Lage sein, mit derartigen Problemen umzugehen. Das bedeutet, dass es aktive Kommunikation über Substanzgebrauch und seine Folgen geben muss. Verbesserte Selbstwirksamkeit im Umgang mit Versuchungen und gesteigerte Widerstandsfähigkeit helfen auch im Umgang mit Risikosituationen außerhalb der Einrichtungen.

Und **viertens** muss der grundlegende Ansatz Prävention, statt altmodischer Behandlung sein. Wir verstehen Behandlung als eine Form der Prävention, denn es wird dem vorgebeugt, dass die Dinge sich verschlimmern. Bislang gibt es keine Methoden, die Menschen mit geistiger Behinderung nachweislich wirksam erreichen, um sie vor Substanzmissbrauch und Abhängigkeit zu schützen. Die Methodologie zur Prävention und Behandlung von Substanzmissbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung ist in den meisten europäischen Ländern unzureichend und manchmal gar nicht vorhanden

Daher sind die Hauptzielsetzungen des Projektes:

- Entwicklung von validierten Instrumenten zum Screening und zur Risikoeermittlung,
- Entwicklung von wirksamen europäischen Präventionsmethoden,
- Entwicklung von effizienten Kooperationsmethoden zwischen Organisationen,
- Veröffentlichung und Verbreitung einer eindeutigen Methodik.



Auf Grundlage der Risikoermittlung, z.B. auf Basis des SumID-Q, kann der Klient „gefärbt“ werden.

Auf Grundlage der jeweiligen Farbe können dann die passenden Interventionen umgesetzt werden.

- Hell: Kein aktueller Substanzgebrauch, aber ein Risiko
- Grau: Substanzgebrauch mit wenigen bis einigen Problemen im Lebensalltag
- Schwarz: Substanzmissbrauch und Abhängigkeit

Kein Gebrauch	Experimenteller Gebrauch – riskanter Gebrauch	Missbrauch – Sucht
Selektive Prävention Zum Beispiel: Schulung für die Wohngruppe oder Schulung der Mitarbeiter	Indizierte Prävention Zum Beispiel: Gespräch mit der Suchthilfe über die Beweggründe für den Konsum und Motivation zur Verhaltensänderung	Motivation des Klienten zu einer Suchtbehandlung Zum Beispiel: Kognitive Verhaltenstherapie bzw. angemessene Verfahren

Die Interventionen richten sich (a) an Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung (IQ 50-85, Probleme bei der sozialen Anpassung), (b) an Menschen in der Familie oder dem sozialen Netzwerk von jungen Leuten mit geistiger Behinderung und (c) politische Entscheidungsträger und Mitarbeiter in Organisationen der Suchthilfe und Hilfe für Jugendliche mit geistiger Behinderung.

Für jede dieser Zielgruppen werden Interventionen entwickelt. Ausgehend vom Bedarf und den Möglichkeiten sowohl der Suchthilfe als auch der Sozialdienste für Menschen mit geistiger Behinderung können Vereinbarungen zur Durchführung von Interventionen abgeschlossen werden. Zum Beispiel sollten Sozialdienste Eltern und Partner auf struktureller Ebene ansprechen. Beide, Sozialdienste und Suchthilfe, bilden Mitarbeiter aus. Die Suchthilfe sollte Präventionsprogramme anbieten für diejenigen, denen in Sozialdiensten nicht geholfen werden kann. Die Interventionen basieren auf Bildung und Stärkung, strukturellem und impliziten Training, Unterstützung und Supervision für Mitarbeiter, Beratung, Peerunterstützung, medizinische und psychologische Behandlung, insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung, und selbstverständlich Forschung. Wir haben immer noch einen großen Bedarf an ID-validierten Instrumenten und evidenzbasierter Prävention.

