

Tabakinterventionen in Suchtfachstellen: Bestandesaufnahme und Empfehlungen

*Prise en compte du tabagisme dans les
lieux spécialisés en addiction: état des
lieux et recommandations*

Bericht zur Bestandesaufnahme – (2. Meilenstein)

Etat des lieux (Etape 2/4)

Herausgegeben von: Fachverband Sucht und GREA - *Groupement Romand d'Etudes des Addictions*

Projektteam: Richard Blättler, Raphaela Dux & Frédéric Richter

Juli 2011

Das Projekt wird durch den Tabakpräventionsfonds (TPF) finanziell unterstützt.

1. Zusammenfassung – Résumé	3
2. Einleitung – Introduction	4
3. Methodik – Méthodologie	6
3.1. Qualitative Leitfaden-Interviews – Interviews qualitatives	6
3.2. Standardisierte quantitative Befragung per Internet – Enquête quantitative standardisée par internet	8
3.3. Projektorganisation – Organisation du projet	9
3.4. Datenanalyse — Analyse	10
4. Ergebnisse – Résultats	12
4.1. Prävention – Prévention	15
4.1.1. Prävention und Haltung: Abgrenzung vom «Abstinenzdogma» – Prévention: délimitation du „dogme“ de l’abstinence	17
4.1.2. Information – Information	17
4.1.3. Spezielle Settings – Settings spécifiques	18
4.1.4. Verhältnisprävention – Prévention structurelle	20
4.1.5. Vernetzung und Zusammenarbeit – Travail de réseau	20
4.1.6. Fazit zu Prävention	21
4.2. Beratung, Therapie und Behandlung – Thérapie et traitements.....	22
4.2.1. Wahrnehmung der Tabakabhängigkeit – Reconnaissance de l’addiction au tabac	23
4.2.2. Sensibilisieren – Sensibiliser	25
4.2.3. Wege und Mittel zur Behandlung der Tabakabhängigkeit – Traitement du tabagisme ...	26
4.2.4. Vernetzung – Travail de réseau	31
4.2.5. Fazit zu den Angeboten	32
4.2.6. Gestaltung der Rauchmöglichkeiten – Espaces pour fumeur	34
4.3. Schadensminderung - harm reduction – Réduction des risques.....	34
4.3.1. Ausgangslage in der Überlebenshilfe – Les origines de la réduction des risques.....	35
4.3.2. Wahrnehmung der Tabakabhängigkeit – Reconnaissance de l’addiction au tabac	35
4.3.3. Schutz vor Passivrauchen auch in der Überlebenshilfe – Protection de la fumée passive dans les lieux d’aide à la survie	37
4.3.4. Angebote – Prestations.....	38
4.3.5. Fazit zur Überlebenshilfe	39
4.4. Anregung und Ausblick – Perspectives	40
5. Diskussion und Schlussfolgerungen – Conclusion	42
6. Anhang	45
6.1. Literaturverzeichnis	45
6.2. Webverzeichnis	45
6.3. Abbildungsverzeichnis – Table d’illustrations.....	47
6.4. Instrumente der Befragung – Instruments de l’enquête	47

1. Zusammenfassung – Résumé

In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse der nationalen Bestandesaufnahme von Tabakinterventionen in Suchtfachstellen aus den drei Säulen, Prävention, Therapie und Schadensminderung präsentiert.

Es wurden 50 Personen in einem persönlichen Interview sowie eine Stichprobe von 301 Suchtfachstellen anhand eines Online-Fragebogens befragt. Der Gesamt-Rücklauf der befragten Suchtfachstellen beträgt 64%. Von den 301 schriftlich befragten Suchtfachstellen erheben 31% nichts zu Tabakabhängigkeit. Ebenfalls 31% der Befragten legen auch keine Informationen zu Tabak auf.

Bei den Suchtpräventionsstellen lassen sich punktuell gute Ansätze auch zu Tabak finden, aber generell dominiert eine Aufteilung von Suchtprävention und Tabakprävention mit wenig Zusammenarbeit und wenig Vernetzung. In den Suchtfachstellen der Säule Behandlung lässt sich eine differenzierte Palette von Angeboten finden, welche aber noch zu wenig oft und nicht flächendeckend angewendet wird. Die Ergebnisse werden mit den Befragten, mit diversen Fachgruppen und Plattformen sowie in den AT-Foren diskutiert mit dem Ziel gemeinsame Empfehlungen zu Tabakinterventionen in Suchtfachstellen zu erarbeiten.

Ce rapport présente les résultats d'un état des lieux sur la prise en compte du tabac dans les lieux spécialisés en addiction en Suisse.

301 structures des trois piliers de la politique drogues (Prévention - Thérapie – Réduction des risques) ont répondu à un questionnaire standardisé en ligne et 50 personnes ont été interviewées sur la base d'un questionnaire qualitatif. Il est apparu que 31% des institutions interrogées n'évaluent pas le tabagisme auprès de leurs clients/patients. Les lieux spécialisés en addiction ne mettent pas de priorité sur le tabagisme, ce sont plutôt d'autres produits qui sont problématisés (drogue et alcool). La proportion de fumeurs au sein de la clientèle/patientèle qui fréquente les lieux spécialisés est très importante. Trois quarts des institutions interrogées (76%) évaluent que plus de 60% de leur clientèle/patientèle fument; 148 institutions (49%) ont plus de 80% de fumeurs parmi leur clientèle/patientèle.

La prévention du tabac est surtout faite par le biais de matériel d'information. Cependant, 31% des lieux spécialisés ne mettent aucune information sur le tabagisme à disposition. Les messages de prévention du tabagisme, portés par les organismes spécialisés dans le tabac, mettent l'accent sur l'abstinence. Ces messages ne correspondent pas toujours à ceux utilisés dans le domaine des addictions. Certains messages sont dès lors perçus comme contradictoires, voire contreproductifs, notamment dans le domaine de la réduction des risques.

Globalement, les résultats montrent qu'il existe des pratiques intéressantes de prise en compte du tabac, notamment dans les domaines de la prévention et du traitement. Un potentiel d'amélioration existe pour tous les secteurs. Les résultats de cet état des lieux apportent donc des éléments utiles pour la formulation de recommandations.

Le champ de la réduction des risques est un peu différent, le tabac n'y est pas ou peu abordé de manière à en modifier la consommation. Cependant, la question de la protection contre la fumée passive a animé ce secteur durant ces dernières années et de nouvelles réflexions apparaissent.

La prochaine étape de ce projet consistera en une consultation auprès des spécialistes de l'addiction et des spécialistes du tabac: les résultats de l'état des lieux seront discutés et des recommandations concrètes formulées.

2. Einleitung – *Introduction*

Klienten und Klientinnen in Suchtfachstellen¹ tragen ein überdurchschnittliches Risiko einer (zusätzlichen) Tabakabhängigkeit. Die Suchtfachstellen in Prävention, Beratung und Behandlung und Überlebenshilfe tragen diesem Umstand in sehr unterschiedlicher Weise Rechnung und leisten heterogene Beiträge zur Vermeidung und Behandlung von Tabakabhängigkeiten. Es fehlt ein Überblick über bestehende Angebote und eine Orientierungshilfe, welche Angebote die Suchtfachstellen als Schnittstellenpartner im Verbund mit Tabakpräventionsfachstellen, HausärztInnen etc. wahrnehmen können und sollen. Wie die vom Tabakpräventionsfonds (TPF) unterstützte Vertiefungsstudie «Weiterbildung im Tabakentwöhnungsbereich» (Auftraggeber Expertengruppe Weiterbildung Sucht (EWS)) zeigt, sind die in den Suchtfachstellen stark vertretenen Fachleute mit sozialarbeiterischem und psychologischem Hintergrund auch deutlich unterdurchschnittlich mit adäquaten Weiterbildungsangeboten versorgt. Damit wird ein wichtiges Optimierungspotenzial bei der Prävention und Behandlung von Tabakabhängigkeit nicht ausgeschöpft. Das vorliegende Projekt will helfen, diese Lücke zu schliessen.

Das Projekt gliedert sich in drei Teile:

1. Bestandesaufnahme: bestehende Angebote der Suchtfachstellen im Bereich Tabakprävention und –behandlung (systematische Befragung, Resultate in diesem Bericht vorliegend);
2. Strukturierte und vertiefte Diskussion der Ergebnisse der Bestandesaufnahme mit Suchtfachstellen einerseits und den Vertretern und Vertreterinnen des Tabakpräventionsbereichs und der Schnittstellenpartner der Suchtfachstellen andererseits;
3. Erarbeitung und Verabschiedung von breit abgestützten Empfehlungen zur Rolle der Suchtfachstellen bei der Vermeidung und Behandlung von Tabak-Abhängigkeitsproblemen sowie eines Massnahmenplans zu deren Umsetzung.

Der Fachverband Sucht (FS) und der Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREA) sind die beiden sprachregionalen Vereinigungen der Suchtfachleute und –institutionen.

Mit dem vorliegenden Bericht verfolgen wir drei Zielsetzungen:

- Die Bestandesaufnahme will einen Überblick über die aktuelle Nutzung der Möglichkeiten zur Bekämpfung von Tabak-Problemen in den Suchtfachstellen der Schweiz verschaffen.
- Mit dem Projekt soll zu einer erhöhten Sensibilität und einer verbesserten Vernetzung angeregt werden.
- Die Analyse soll Wege für die Zukunft aufzeigen.

Die grundlegende Arbeitshypothese lautet, dass es bei den Suchtfachstellen Verbesserungsmöglichkeiten gibt, um gesundheitliche Probleme durch Tabakabhängigkeit zu vermeiden oder zu reduzieren.

¹ Der Begriff «Suchtfachstellen» wird im Folgenden als Sammelbegriff für alle Angebote im Bereich der Prävention, Therapie / Beratung und Schadensminderung von Drogen-, Alkohol- und / oder nicht substanzgebundenen Abhängigkeiten verwendet. Nicht dem Begriff «Suchtfachstelle» zugeordnet werden die Organisationen und Institutionen, die sich allein auf die Tabakprävention und –entwöhnung konzentrieren.

Le risque de dépendance à la nicotine est accru chez les clients des lieux spécialisés² en addiction. Par ailleurs, la question du tabagisme est prise en compte de manière très différenciée dans les différents milieux spécialisés de la prévention, du traitement ou de la réduction des risques. Comme l'a démontré une récente étude financée par le fonds de prévention du Tabagisme³, il existe un potentiel d'amélioration sur cette question, notamment au niveau de l'offre de formation continue sur le tabagisme qui est inexistante pour les psychologues et très peu nombreuse dans le secteur social. Ce projet doit participer à combler ces lacunes.

Ce projet est réalisé en trois parties:

- 1. Etat des lieux concernant l'offre des lieux spécialisés concernant la prévention et le traitement du tabagisme.*
- 2. Discussion des résultats de l'état des lieux avec les lieux spécialisés d'une part, avec les partenaires du domaine de la prévention du tabagisme d'autre part.*
- 3. Développement et validation des recommandations sur le rôle des lieux spécialisés dans la prise en compte du tabagisme et proposition d'un plan de mesures pour leur mise en œuvre.*

Le Fachverband Sucht (FS) et le Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREA) sont les deux associations des professionnels et institutions de Suisse alémanique et francophone. En collaboration avec Ticino Addiction, elles ont réalisé ce projet sur l'ensemble du territoire suisse.

Ce rapport suit les trois objectifs suivants:

- *Réaliser un état des lieux qui propose un aperçu sur la prise en charge du tabagisme dans les lieux spécialisés en Suisse.*
- *Favoriser le travail de réseau et une meilleure perception de la prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés.*
- *Proposer des perspectives concrètes (recommandations).*

L'hypothèse centrale de ce travail est la suivante: une amélioration de la prise en charge et une réduction des problèmes de santé causés par le tabac sont possibles dans les lieux spécialisés en addiction.

² Le terme „lieux spécialisés“ est utilisé dans ce rapport comme un terme générique qui réunit toutes les offres concernant les drogues, l'alcool et les addictions sans substance (prévention, traitement, réduction des risques). Dans ce rapport, le terme „lieux spécialisés“ ne comprend pas les offres qui proposent une intervention de prévention ou de traitement du tabagisme.

³ Ernst und Ryter 2009: «Weiterbildung im Tabakentwöhnungsbereich» Auftraggeber: Expertengruppe Weiterbildung Sucht (EWS) Bern.

3. Methodik – Méthodologie

Das methodische Vorgehen basiert auf einer Kombination von qualitativen Leitfaden-Interviews mit Fachleuten aus unterschiedlichen Suchtfachstellen und einer breiten quantitativen und standardisierten Befragung per Internet.

La méthode utilisée pour ce travail est basée sur la combinaison d'un questionnaire quantitatif en ligne largement diffusé auprès des lieux spécialisés et d'une série d'interviews qualitatives réalisées auprès de spécialistes de différents domaines d'intervention.

3.1. Qualitative Leitfaden-Interviews – Interviews qualitatives

Die qualitativen Leitfaden-Interviews sind mehrheitlich vor Ort oder telefonisch durchgeführt worden und wurden in der Regel aufgenommen und transkribiert.

Die qualitativen Interviews wurden anhand eines Leitfadens geführt. Der Leitfaden holte die Interviewten zuerst bei ihrer Kernaufgabe ab. Das heisst, der erste Frageblock drehte sich darum, welche Ziele die Suchtfachstelle mit den Betroffenen primär verfolgt und was sie dafür tut. Danach kamen Fragen zur Diagnose respektive zur Wahrnehmung von Tabakabhängigkeit als Suchtproblem, was zur Thematisierung vonhaltungsfragen führte. Ein weiterer Block fragte nach Behandlungsangeboten. Und schliesslich waren der Schutz vor Passiv-Rauchen, Rauchverbote und andere strukturelle Fragen wie die Vernetzung im Fokus.

Die nachfolgende Auflistung gibt einen Überblick über die Zusammensetzung der 50 qualitativ durchgeführten Interviews.

- Prävention: 11 qualitative Interviews
- Beratung (Alkohol / Drogen): 7 qualitative Interviews
- Stationäre Therapien (Alkohol): 2 qualitative Interviews
- Stationäre Therapien (Drogen): 4 qualitative Interviews
- Stationäre Therapien (Alkohol / Drogen): 6 qualitative Interviews
- Substitutionsbehandlungen (Methadon und Heroin): 3 qualitative Interviews
- Entzugsstationen: 1 qualitatives Interview
- Kontakt- und Anlaufstellen (K&A): 8 qualitative Interviews
- Sprizentausch: 3 qualitative Interviews
- Notwohnen: 2 qualitative Interviews
- Begleitetes Wohnen: 1 qualitatives Interview
- Gassenküchen: 2 qualitative Interviews

Die Auswahl der Suchtfachstellen hatte zum Ziel, die Vielfalt der Suchtfachstellen und die geografischen Unterschiede der Schweiz mit abzubilden. Ausgewählt wurden deshalb Suchtfachstellen aus den ersten drei Säulen der Suchtpolitik, welche über die ganze Schweiz verteilt sind. Die vierte Säule, – die Repression – ist mit dem Begriff Suchtfachstellen nicht mitgemeint, obwohl mancher Polizist täglich mit Abhängigen arbeitet und eine grosse Anzahl von Süchtigen lange Aufenthalte in Gefängnissen aufweisen. Dieses Feld würde genauso Möglichkeiten für die Bekämpfung von Tabakproblemen bieten. Der Zugang ist jedoch für die Fachverbände nicht privilegiert.

Die nachfolgende Auflistung zeigt die kantonale Berücksichtigung der qualitativ befragten Suchtfachstellen.

- Kanton Aargau (AG): 2 qualitative Interviews
- Kanton Appenzell Innerrhoden (AI): 1 qualitatives Interview
- Kanton Appenzell Ausserrhoden (AR): 1 qualitatives Interview
- Kanton Bern (BE): 6 qualitative Interviews
- Kanton Basel-Stadt (BS): 2 qualitative Interviews
- Kanton Glarus (GL): 1 qualitatives Interview
- *Canton de Fribourg (FR): 1 interview qualitative*
- *Canton de Genève (GE): 2 interviews qualitatives*
- Kanton Graubünden (GR): 1 qualitatives Interview
- *Canton du Jura (JU): 1 interview qualitative*
- Kanton Luzern (LU): 2 qualitative Interviews
- *Canton de Neuchâtel (NE): 1 interview qualitative*
- Kanton St. Gallen (SG): 1 qualitatives Interview
- Kanton Schaffhausen (SH): 2 qualitative Interviews
- Kanton Solothurn (SO): 2 qualitative Interviews
- *Kanton Tessin (TI): 1 qualitatives Interview*
- Kanton Thurgau (TG): 2 qualitative Interviews
- Kanton Uri (UR): 1 qualitatives Interview
- *Canton du Valais (VS): 2 interviews qualitatives*
- *Canton de Vaud (VD): 7 interviews qualitatives*
- Kanton Zug (ZG): 2 qualitative Interviews
- Kanton Zürich (ZH): 8 qualitative Interviews
- *National: 1 interview qualitative*

Von den 43 telefonisch oder per E-Mail angefragten Suchtfachstellen in der Deutschschweiz stellten sich 33 Suchtfachstellen für eine qualitative Befragung zur Verfügung. Dies entspricht einem Rücklauf von 77%.

Pour la Suisse romande, sur 18 demandes directes de participation (par téléphone), 17 ont abouti.

Total haben also aus 61 Anfragen 50 Interviews resultiert, was einer Quote von 82% für die qualitativen Interviews entspricht.

Die qualitativen Interviews wurden ab Band transkribiert, so wie sie gesprochen wurden. Für die Zitate wurden die Aussagen sprachlich geglättet und von der gesprochenen Sprache in eine schriftliche, besser lesbare Sprache übertragen. Dabei wurde darauf geachtet, dass der Sinn der Aussagen in ihrem Kontext nicht verändert wurde.

Ein Teil der qualitativen Interviews wurde nur noch in Stichworten notiert. Die Aussagen daraus sind nicht als Zitate wiedergegeben sondern zusammenfassend formuliert.

3.2. Standardisierte quantitative Befragung per Internet – *Enquête quantitative standardisée par internet*

Die quantitative Befragung erfolgte mit einem Tool von Google-docs. Der Fragebogen in drei Sprachen ist eine Eigenentwicklung des Projektteams. Der Fachbeirat hat dafür wesentliche Tipps zum Inhalt gegeben. Die Fragen wurden in einem Pretest verfeinert aber nicht validiert.

Die Einladungen den Fragebogen auszufüllen, wurden per E-Mail versandt. Ein Begleitschreiben der Fachverbände motivierte die Befragten, die notwendige, kurze Zeit für das Beantworten der Fragen aufzuwenden. Die Reaktion auf die Einladungen und auf die Reminder-Mails erfolgte jeweils innert weniger Tage.

Für die quantitative Befragung wurden Mitglieder-Adressen der beiden Verbände und Adressen aus infodrog.ch gesammelt.

Pour la Suisse romande, une liste de 143 adresses e-mail constitue le fichier de départ. Ces adresses correspondent à des structures actives dans le domaine des dépendances et recouvrent 3 des 4 piliers du modèle de la politique drogue suisse (prévention, réduction des risques, thérapie).

Cinq institutions regroupent à elles seules 32 adresses différentes, ces dernières correspondant aux différents services de ces grandes structures (hôpitaux, fondations etc). Certaines de ces structures ont proposé de répondre d'une seule voix; bien que nous n'ayons pas obtenu de confirmation directe de chaque service, nous pouvons, connaissant leurs prestations, considérer que 22 adresses comme des doublons.

Nous considérons donc que 121 questionnaires ont été envoyés pour la Suisse romande; 72 questionnaires valables sont venus en retour, ce qui correspond à un taux de 59 %.

Concernant les 49 structures qui n'ont pas répondu aux questionnaires, 6 structures ont précisé ne pas se considérer comme des „lieux spécialisés en addiction“, 2 autres ne pas proposer de prestations en lien direct avec les usagers. En consultant la liste des non-répondants, il est probable qu'une majorité de ces institutions aient fait le même raisonnement.

Pour le Tessin, le questionnaire a été envoyé à 9 structures spécialisées, 7 ont répondu (78 %).

Der quantitative Fragebogen wurde an 311 E-Mail Adressen von Suchtfachstellen in der Deutschschweiz aus der zweiten Säule Beratung und Therapie und der dritten Säule Schadensminderung geschickt. 13 E-Mail Adressen waren nicht gültig (Mail delivery failed).

Dies ergibt ein Total von 298 angefragten Suchtfachstellen aus der zweiten Säule Beratung und Therapie und der dritten Säule Schadensminderung. Eine Suchtfachstelle, die sich der vierten Säule Repression zuordnet, füllte den Fragebogen ebenfalls aus. Von diesen 298 angefragten Suchtfachstellen füllten total 191 den quantitativen Fragebogen aus. Das Ziel, dass mindestens 50% der angefragten Institutionen im Beratungs-, Therapie- und Schadensminderungsbereich an der quantitativen Befragung teilnehmen, wurde mit einem Rücklauf von 64% erreicht.

6 Suchtfachstellen der zweiten und dritten Säule antworteten, dass sie den Fragebogen aus folgenden Gründen nicht ausfüllen:

- Keine personalen Ressourcen / Abwesenheit (3)
- Keine Suchtfachstelle (1)
- Institution ist nicht in Tabakprävention tätig (1)
- Institution ist eine Aussenstelle: Anfragen, Fragebogen etc. werden zentral beantwortet (1)

Zudem wurde der quantitative Fragebogen an 71 Suchtfachstellen aus der ersten Säule Prävention geschickt. 12 E-Mail Adressen waren nicht gültig (Mail delivery failed).

Somit ergibt sich ein Total von 59 angefragten Suchtfachstellen aus der ersten Säule Prävention. Von diesen 59 angefragten Suchtfachstellen füllten total 30 Suchtfachstellen den quantitativen Fragebogen aus. Das Ziel, dass mindestens 50% der angefragten Institutionen im Präventionsbereich an der Befragung teilnehmen, wurde knapp erreicht.

3 Suchtpräventionsstellen wollten den Fragebogen aus den unten aufgeführten Gründen nicht ausfüllen:

- Keine Suchtfachstelle (1)
- Interne Bestimmung, dass nur 1 Fragebogen ausgefüllt wird / doppelt angeschrieben (1)
- Keine personalen Ressourcen (1)

Nimmt man die qualitativen und die quantitativen Interviews zusammen, wurde die angestrebte Quote von 50% Antwortenden im Bereich Prävention und im Bereich Behandlung bestens erreicht.

Taux de réponse pour l'ensemble de la Suisse, selon les fichiers d'adresses par régions linguistiques:

- *Suisse alémanique: 62%*
- *Suisse romande: 59%*
- *Suisse italienne: 78%*
- *Total: 62%*
- *(487 envois, 301 réponses)*

Der Rücklauf von den qualitativen und quantitativen Interviews zusammen beträgt 64% (351 von 548 Anfragen).

3.3. Projektorganisation – *Organisation du projet*

Das Projekt wird von einem Fachbeirat begleitet, der Fachleute aus dem Sucht- und dem Tabak-Bereich vereint. Das methodische Vorgehen wurde intensiv diskutiert und vom Fachbeirat verabschiedet. Mitglieder des Fachbeirats sind:

- Irene Abderhalden (Sucht Info Schweiz)
- Barbara Broers (médecin responsable Unité dépendances, Service de Médecine de Premier Recours, Hôpitaux Universitaires de Genève)
- Alexander Bücheli (Stadt Zürich, Jugendberatung Streetwork, Fachgruppe Nightlife, FS)
- Léonie Chinet (Canton de Vaud, Kantonale Beauftragte für Suchtfragen und Mitglied Eidg. Kommission für Tabakprävention)
- Pr. Jacques Cornuz (médecin-chef Policlinique Médicale Universitaire, CHUV – Lausanne und Mitglied Eidg. Kommission für Tabakprävention)
- Verena El Fehri (Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz und Mitglied Eidg. Kommission für Tabakprävention)
- Dr. Ute Herrmann (Züri Rauchfrei)
- Tanya Mezzera (ags, Suchtberatung Bezirk Zofingen, Fachgruppe Ambulante Beratung, FS)
- Susanna Piccarreta (Gesundheitsförderung Baselland, Fachgruppe Stellenleitende Prävention, FS)

Das Projektteam (FS und GREA) entspricht den AutorInnen dieses Berichts.

3.4. Datenanalyse — Analyse

Die Analyse folgt im Wesentlichen der Ordnung wie sie von der Eidg. Kommission für Drogenfragen im sogenannten Würfelmodell vorgeschlagen wurde («Suchtwürfel»).

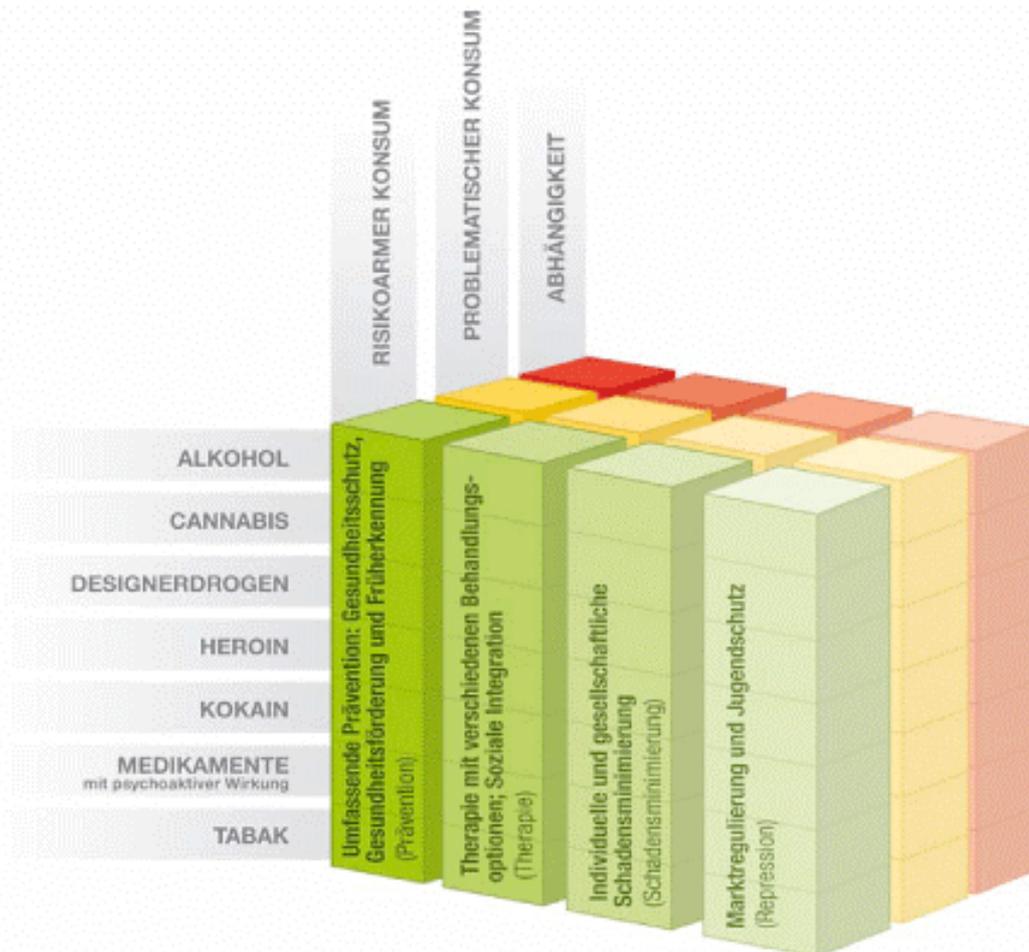


Abbildung 1: Suchtwürfel der Schweizer Suchtpolitik www.psychoaktiv.ch

Figure 1: Le modèle du cube de la politique suisse des dépendances

Als erste strukturierende Dimension dienen die Säulen der Suchtpolitik. Auch wenn die Vier-Säulen-Politik primär politische Ziele verfolgt, nämlich die Zusammenarbeit von Prävention, Beratung, Schadensminderung und Repression, so sind die Säulen im Modell des Würfels doch geeignet die Vielfalt von Institutionen zu ordnen.

Die zweite Dimension des Würfels führt uns bereits ins Kernthema, indem hier die verschiedenen Substanzen mit psychoaktiver Wirkung und Suchtpotenzial eingeführt werden. Der Tabak hat eine Sonderstellung in der Analyse, da die meisten Suchtfachstellen sich prioritär mit anderen Substanzproblemen befassen.

Die dritte Dimension reicht von der Abstinenz über den risikoarmen Konsum bis zum problematischen Konsum und zur Abhängigkeit. Im Tabakbereich wird abgestritten, dass es den risikoarmen Konsum von Tabak gibt. Im Alkoholbereich dagegen sind Prävention und Behandlung nur wirksam möglich wenn der risikoarme Konsum als eine gesellschaftliche Realität anerkannt wird.

Der Suchtwürfel dient uns hier als ordnendes Gedankenmodell welches erlaubt, die Vielfalt der verschiedenartigen Institutionen im Suchtbereich und ihre Zielsetzungen zu verstehen. Der Suchtwürfel

als primär politisches Denkmodell hat sich bewährt, um schwierige und komplexe Diskussionen in pragmatische Schritte münden zu lassen.

Die Auswertung der quantitativen Befragung erfolgte mit Excel. Da die Methodik keine quantitative Prüfung von Hypothesen vorsieht, kann die Statistik auf deskriptive Auswertungen beschränkt bleiben.

L'analyse des données et la présentation des résultats suivent le modèle du cube.

La première dimension concerne les 4 piliers de la politique drogue. Cette catégorisation permet de classer, souvent de manière pertinente, la diversité des institutions qui œuvrent dans le domaine des addictions.

La deuxième dimension du cube liste les différentes substances psychoactives qui présentent un potentiel de dépendance, ce qui nous amène vers le thème central du projet: le tabac. Le tabac a une position particulière, car la grande majorité des lieux spécialisés répondent à des besoins concernant les autres substances.

La troisième dimension présente les types de consommation: la consommation peu problématique, la consommation problématique, et la dépendance. Dans le domaine du tabac, la question de la consommation peu problématique fait débat.

Le modèle du cube sert ici de support pour comprendre et organiser les informations recueillies en fonction de leurs diversités (domaines d'intervention, prestations spécifiques, etc.) et de nos objectifs. Le modèle du cube permet une réflexion politique nuancée, il a déjà fait ses preuves pour faire avancer des sujets complexes vers des propositions pragmatiques.

4. Ergebnisse – Résultats

Die qualitativen und quantitativen Befragungen erbrachten eine reiche Fülle von Aussagen und Daten aus dem Suchtbereich zu den Möglichkeiten, Schwierigkeiten und Potenzialen für Tabakinterventionen.

Die Vielfalt der 50 Institutionen, die mittels dem qualitativen Leitfaden befragt wurden, ist im Methodikteil aufgelistet. Die quantitativen Fragen wurden in der Deutschschweiz 222 Mal, in der Westschweiz 72 Mal und im Tessin 7 Mal beantwortet.

Les enquêtes quantitatives et qualitatives réalisées auprès des lieux spécialisés en addiction ont fourni beaucoup de données et de commentaires sur les possibilités, difficultés et potentialités d'amélioration concernant la prise en compte du tabac dans ces structures.

L'enquête quantitative a permis de collecter les réponses de 222 acteurs en Suisse alémanique, 72 en Suisse romande et 7 dans le canton du Tessin. Cinquante institutions ont été interviewées pour l'enquête qualitative.

Die Darstellung der Ergebnisse folgt der Ordnung des Suchtwürfels und behält stets das Erkenntnisinteresse der Arbeitshypothese im Fokus: das Identifizieren von Verbesserungsmöglichkeiten für Tabakinterventionen im Suchtbereich.

Die Frage, ob die Teilnahmebereitschaft das Kriterium von mindestens 50% Rücklauf erfüllt, ist bereits beantwortet worden. Sowohl in den einzelnen Bereichen als auch im Total ist der Rücklauf zufriedenstellend bis sehr gut.

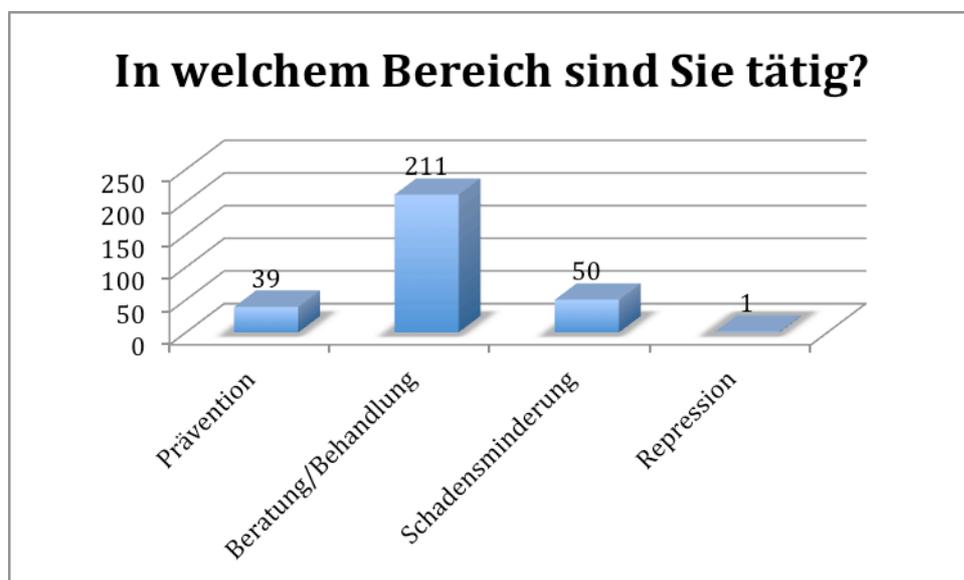


Abbildung 2: Anzahl der quantitativ Befragten in der Schweiz pro Säule (N=301).

Figure 2: Répartition des réponses au questionnaire quantitatif par piliers pour toute la Suisse (N=301).

Die Mehrheit der Befragten ist in der Säule der Beratung und Behandlung tätig. Schadensminderung und Prävention sind mit 50 und 39 Befragten ähnlich gut vertreten. Die einzige Stimme, die sich als der Repression zugehörig bezeichnet, stammt aus einer betreuten Wohngemeinschaft für süchtige Männer.

Figure 2bis: Répartition en % des réponses au questionnaire quantitatif par piliers pour toute la Suisse (N=301).

Prévention:	13%
Traitement:	70%
Réduction des risques:	17%
Répression:	0,3%

La majorité des réponses à l'enquête quantitative est issue du pilier de la Thérapie (211).

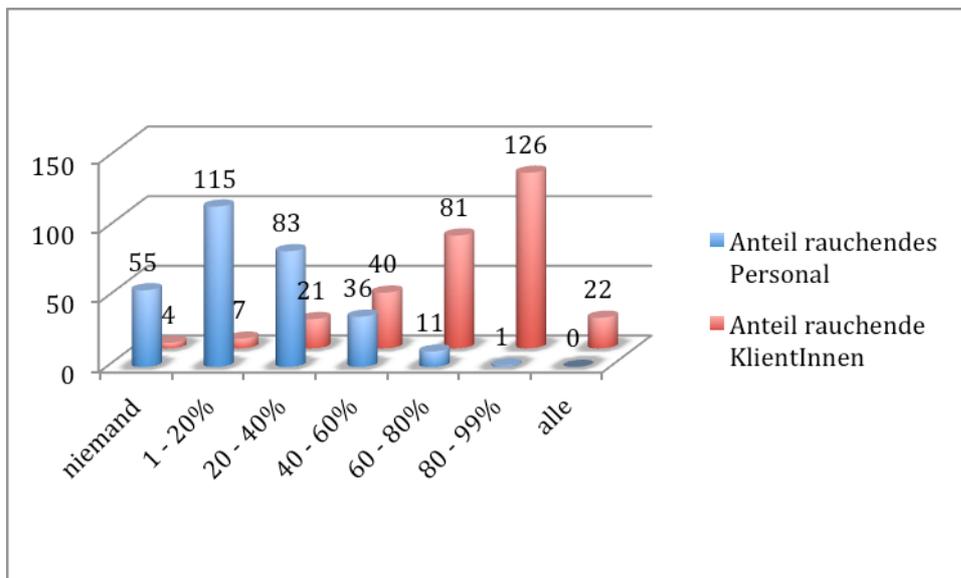


Abbildung 3: Geschätzte Anteile der Rauchenden unter dem Personal und den KlientInnen der Suchtfachstellen der gesamten Schweiz (N=301).

Figure 3: Estimation de la Proportion de fumeurs dans les lieux spécialisés en Suisse (N=301) (Proportion des professionnels représentés en bleu, proportion des clients en rouge).

Die 301 Antworten der Suchtfachstellen der Schweiz zeigen, dass der Anteil der Rauchenden beim Personal deutlich tiefer geschätzt oder wahrgenommen wird als bei den Klientinnen und Klienten.

En comparaison avec la population Suisse (27% de fumeurs)⁴, la proportion de fumeurs dans la population toxicodépendante est nettement plus élevée.

Bei den Klientinnen und Klienten zeigt sich, dass sich die Grundannahme des Projektes bestätigt. Der Suchtbereich ist konfrontiert mit einem sehr hohen – und verglichen mit der Gesamtbevölkerung – deutlich überproportionalen Anteil von Tabakabhängigen.

⁴ «La consommation de tabac dans la population suisse de 2001 à 2010» (OFSP, 2011).

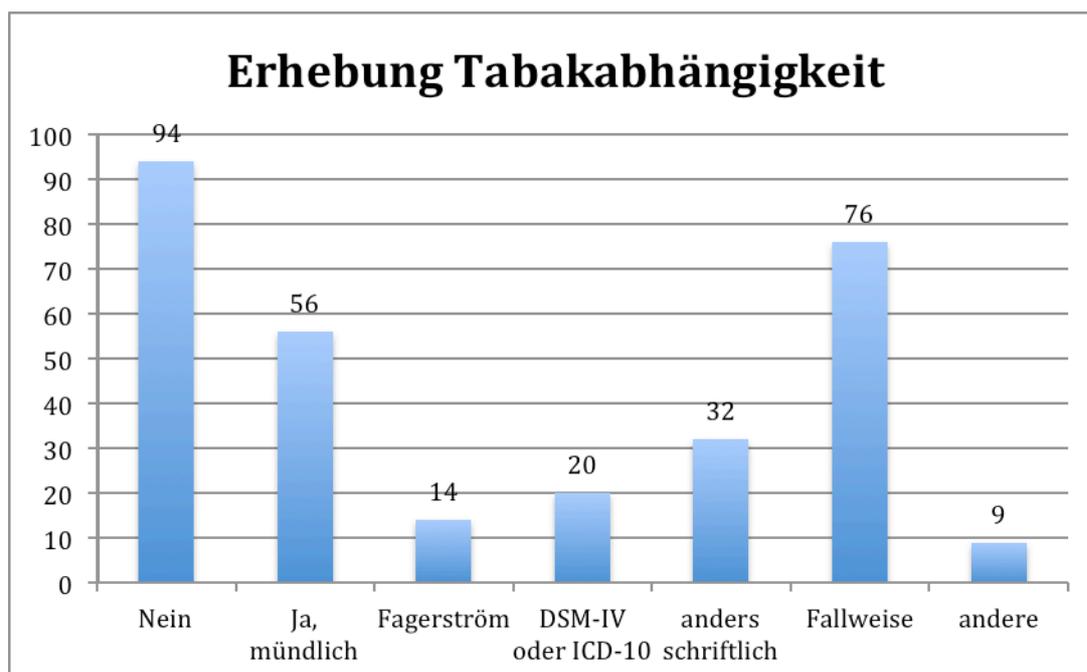


Abbildung 4: Systematische Erhebung von Tabakabhängigkeit in den Institutionen (N=301)

Figure 4: Evaluation du tabagisme dans les lieux spécialisés (N=301)

Von den 301 schriftlichen Antworten lautet fast ein Drittel 31% (94), dass Tabakabhängigkeit in der Institution nicht erhoben wird. Weitere 25% oder 76 Antworten sagen, dass nicht systematisch aber fallweise erhoben wird, abhängig von der Themensetzung durch die Betroffenen. Standardisierte Diagnoseinstrumente oder z.B. eine schriftliche Aktenführung sind bei einem Viertel oder 22% eingeführt.

Das niederschwelligste und einfachste Angebot zur Bekämpfung der Tabakabhängigkeit besteht wohl darin, Informationsmaterial zum Thema aufzulegen oder abzugeben. 209 oder gut zwei Drittel (69%) der Befragten antworten, dass sie Informationsmaterial zu Tabakabhängigkeit auflegen.

Gemessen an den hohen Anteilen der Rauchenden ist der Anteil der Suchtfachstellen, die kein Informationsmaterial zu Tabakabhängigkeit auflegen, mit fast einem Drittel (31%) als hoch zu bezeichnen.

Figure 4bis: Evaluation en % du tabagisme dans les lieux spécialisés (N=301)

<i>Non, la dépendance au tabac n'est pas prise en compte (Nein)</i>	31% (n=94)
<i>Oui, lors d'un entretien oral (Ja, mündlich)</i>	19% (n=56)
<i>Oui, lors d'une évaluation écrite (test) (Fagerström)</i>	5% (n=14)
<i>Oui, par diagnostic DSM-IV ou ICD-10</i>	7% (n=20)
<i>Autre évaluation écrite (anders schriftlich)</i>	11% (n=32)
<i>Oui, mais de manière non systématique (cas par cas) (Fallweise)</i>	25% (n=76)
<i>Autre (andere)</i>	3% (n=9)

31% des institutions interrogées n'évaluent pas le tabagisme auprès de leur client/patient.

25% le font de manière non systématique, au cas par cas.

22% des institutions interrogées évaluent le tabagisme auprès de leur client/patient à l'aide d'une évaluation écrite (instrument diagnostique ou suivi de dossier).

L'offre minimale, la plus simple, pour lutter contre le tabagisme dans les lieux spécialisés consiste à mettre à disposition ou distribuer à la clientèle/patientèle de l'information et de la documentation spécifique. 69% des institutions interrogées mettent à disposition du matériel d'information sur le tabagisme. Cela signifie que 31% des lieux spécialisés ne mettent à disposition aucune information sur le tabagisme.

- *13% des institutions interrogées (39) proposent une médication pour accompagner l'arrêt de la consommation de tabac (Champix, Zyban).*
- *22,3% des institutions interrogées (67) proposent des substituts de nicotine (patch, gomme, spray, etc.).*

Einige Fachstellen gehen allerdings auch wesentlich weiter als «nur» Informationsmaterialien aufzulegen: So haben beispielsweise 39 der 301 antwortenden Institutionen Medikamente (Champix oder Zyban) im Angebot, um den Ausstieg zu fördern. Und 67 Institutionen – immerhin mehr als ein Fünftel – können Nikotin-Substitution (Pflaster, Kaugummi oder Spray) anbieten.

Im Folgenden sollen die diversen Formen der Angebote differenzierter auf gute Ansätze und bewährte Angebote bezüglich Interventionen gegen die Tabakabhängigkeit untersucht werden.

4.1. Prävention – Prévention

Die Suchtprävention steht einer schwierigen Aufgabe gegenüber. Das Ziel der Suchtprävention besteht im Verhindern eines komplexen Sucht-Prozesses, der vielfältige Ursachen und Rahmenbedingungen aufweist. Das Phänomen Sucht ist nicht einfach fassbar. Umso wichtiger sind klar definierte Ziele. Ein wichtiges Mittel zur Analyse der Präventionsziele stellt der Suchtwürfel dar.

Der Suchtwürfel enthält eine Dimension des Konsumverhaltens: Von der Abstinenz über den risikoarmen Konsum und den problematischen Konsum bis zur Abhängigkeit. Die anderen zwei Dimensionen des Würfels werden von den verschiedenen Substanzen (Alkohol, Cannabis, Designerdrogen, Heroin, Kokain, Medikamente und Tabak) sowie von den vier Säulen der Suchtpolitik (Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression) gebildet. Für die Ausrichtung der Suchtprävention ist es entscheidend, ob substanzspezifische Ziele gesetzt oder substanzunspezifische Suchtpräventionsansätze verfolgt werden. Beide Zugänge haben ihre Berechtigung und ergeben unterschiedliche Möglichkeiten. z.B. Jugendschutzmassnahmen sollten substanzspezifisch sein, Alterslimiten für den Tabak- oder Alkoholverkauf können nicht unspezifisch erlassen werden. Hingegen sind einige der wirksamsten Ansätze der Suchtprävention, etwa die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung, unspezifisch. Weiter sind praktisch alle suchtpreventiven Schutzfaktoren wie beispielsweise soziale Unterstützung, Coping-Strategien und Optimismus unspezifisch. Sie zielen im Suchtwürfel auf den Übergang vom risikoarmen zum problematischen oder abhängigen Konsum. Das bedeutet für die unspezifische Suchtprävention, dass anerkannt werden muss, dass es den Genuss beim Konsum psychoaktiver Substanzen gibt, dass es aber die Grenzen zum problematischen und abhängigen Konsum zu kennen gilt.

Die qualitativen Interviews haben gezeigt, dass die Suchtpräventionsstellen davon ausgehen, dass der Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen vor allem im Jugendalter von gemeinsamen Faktoren abhängt. Somit sind die präventiven Massnahmen oft substanzunspezifisch ausgerichtet.

«Wir arbeiten generell so, dass wir die Substanz nicht im Vordergrund haben. In der Prävention ist das ja eigentlich das Wenigste – es geht ja um den Umgang und um die Selbstkompetenz» (prev5, Z.72 bis Z.74, S.2). Oder eine weitere Aussage im qualitativen Interview dazu: « ... das spielt dann wie keine Rolle, ob das Alkohol oder Tabak ist» (prev3, Z.269 bis Z.270, S.6). Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass die verschiedenen Substanzen in der Präventionsarbeit mehrheitlich nicht individuell betrachtet werden. Vielmehr stehen die Risikofaktoren wie beispielsweise der Einfluss der

Peergruppe, Erziehungsstile und frühe psychische Störungen und die Schutzfaktoren wie beispielsweise Stressbewältigung, Selbstwirksamkeitserwartung und soziale Unterstützung im Zentrum.

Die quantitative Befragung der Suchtpräventionsstellen ergab 39 Antworten aus der West- und der Deutschschweiz. Die meisten Fragen beispielsweise zur Erhebung von Tabakabhängigkeit oder zu bestehenden Tabakinterventionen und –angeboten waren für die Präventionsstellen schwierig zu beantworten und haben wenig Aussagekraft für die Prävention. So lautet ein Kommentar zur quantitativen Befragung: «Ich konnte die Fragen nur schlecht beantworten. Wir sind eine Suchtpräventionsstelle ohne Auftrag im Tabakbereich. Wir haben auch keine KlientInnen» (quan112).

Von den 39 schriftlich befragten Suchtpräventionsstellen legen 36 Informationsmaterial auf. Von den drei Stellen die dies nicht tun, begründen dies zwei damit, dass sie in anderen Settings respektive koordinierend und ohne direkten Kontakt zu allenfalls Betroffenen arbeiten. Bei der letzten Institution handelt es sich aber um eine Institution, die eine Tagesstruktur für stark gefährdete Jugendliche bietet.

Trente-neuf lieux spécialisés en prévention des addictions ont répondu à l'enquête pour toute la Suisse. Pour la plupart de ces services, il a été difficile de répondre directement aux questions qui concernaient les prestations auprès des clients/patients.

Trente-six services sur 39 mettent à disposition du matériel d'information sur le tabagisme.

Les interviews qualitatives ont aussi démontré que les lieux spécialisés dans la prévention des addictions ciblent le plus souvent des mesures de prévention non spécifiques à un produit en particulier.

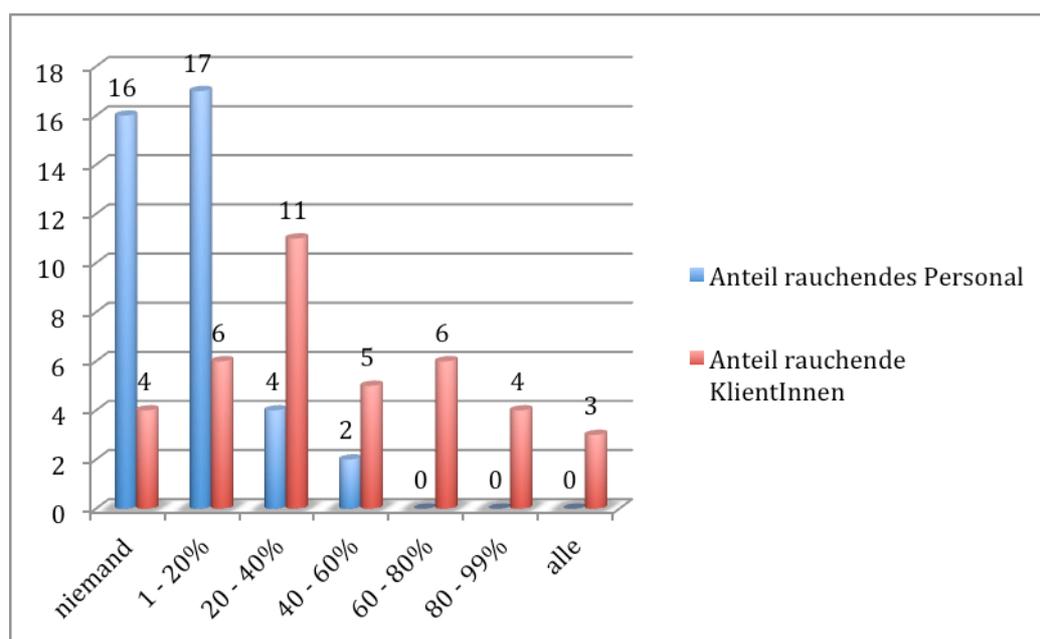


Abbildung 5: Geschätzte Anteile der Rauchenden unter dem Personal und den KlientInnen der Suchtpräventionsstellen (N=39).

Figure 5: Estimation de la Proportion de fumeurs parmi le personnel et la clientèle dans le pilier de la prévention (n=39).

Die Anteile der Rauchenden sind bei den Suchtpräventionsstellen unterschiedlich verteilt. Das Personal raucht weniger als der Durchschnitt der Bevölkerung. Die KlientInnen werden grösstenteils als zwischen 20 und 40% rauchend eingeschätzt. Einzelne Präventionsstellen geben auch höhere Anteile an. Dabei ist aber zu beachten, dass sich drei Antworten auf die Teilnehmenden eines Rauchstopp-Programmes beziehen, die logischerweise alle rauchen. Die Fachstellen mit hohen Anteilen an rauchenden KlientInnen sind diejenigen mit Nähe zur Beratung oder Gassenarbeit oder zur Arbeit mit speziellen Risiko-Gruppen.

4.1.1. Prävention und Haltung: Abgrenzung vom «Abstinenzdogma» – *Prévention: délimitation du „dogme“ de l’abstinence*

Wenn nach der Haltung zu Abstinenz gefragt wird, tauchen teilweise religiöse und martialisch anmutende Begriffe in den Antworten der Befragten auf.

«Bei den normalen Konsumenten – also Jugendliche, die normal rauchen - dort haben wir schon das Ziel – also in Anführungszeichen – ohne, dass wir militant sind – der Abstinenz. Also wenn es um Tabak geht – und natürlich wenn es um Hochrisiko oder so geht – ist der kontrollierte Konsum – bei uns auch ein absolutes Thema – wir sind nicht das Blaue Kreuz – sondern wir sehen je nach Zielgruppe. Und wir hier – da kann ich ruhig von mir sprechen, aber auch in der Haltung als Fachperson – wir treten nirgends militant auf – auch beispielsweise smartconnection – dort geht es ja auch um einen massvollen oder keinen Konsum – dann wird man belohnt – massvoll oder kein Konsum und nicht nur kein Konsum. Und dann gibt es natürlich Bereiche, wenn ich zum Beispiel Frühberatung und Schwangerschaft anschau, wenn da mich jetzt eine junge Frau fragt, die schwanger ist – dann sage ich ganz offen, Ihnen empfehle ich aufzuhören – auch für das Kind ja» (prev2, Z.175 - Z.185, S.4).

«Und es wurde entschieden, dass auch ein moderater Konsum ein Ziel sei. Mehr aber um das Angebot niederschwellig zu halten. Für Jugendliche ist es dann motivierender als wenn es heisst, es geht um volle Abstinenz. Vom Gesundheitsaspekt ist die Abstinenz das Ziel. Der Weg dorthin kann aber über den moderaten Konsum führen.» (prev6, S.2).

«Bis jetzt hat das Thema Tabak immer noch einen moralischen Touch und das erschwert die Arbeit.» (prev6, S.3).

Die obigen drei Zitate zeigen deutlich das Bedürfnis der Suchtpräventionsstellen, sich von einer als moralisch empfundenen dogmatischen Haltung für Abstinenz abzugrenzen. Dass auch das Blaue Kreuz sich nicht mehr für diese Abgrenzung eignet, sei hier nur am Rande erwähnt. Es zeigt sich, dass solche Bilder sehr langlebig sind.

Eine Stellenleiterin denkt weiter:

«Also ich habe Mühe mit diesen Massnahmen, welche darauf abzielen, dass man sich vernünftig vornimmt, dass man aufhört zu rauchen und dann macht man das und dann geht das eine Zeit lang und dann kann man es nicht aufrechterhalten. Mich interessiert – jetzt aber nicht nur in Bezug auf das Rauchen ... das Zürcher Ressourcenmodell, welches wirklich versucht – vertieft – zum einen zu installieren, dass man nicht mehr raucht – vertiefterer Zugang – und dass man wirklich auch versucht das im Unterbewusstsein zu verankern. Weil das ist eine wahnsinnige Anstrengung, wenn man sich immer mit dem Kopf kontrollieren muss – dort habe ich schon von guten Erfahrungen gehört, dass man auf eine andere Art aufhören kann zu rauchen.» (prev5, Z.53 - Z.62, S2).

«Les informations transmises par les spécialistes de la prévention du tabac étaient peu pertinentes et trop moralisatrices. Il y a eu un peu un choc culturel. L’approche de notre institution est plutôt basée sur la réduction des risques alors que les tabacologues prônent l’abstinence.» (NC-VD3).

Les résultats de l’enquête ont montré que les lieux spécialisés en prévention se soucient d’adopter une vision élargie du traitement, au-delà de la seule abstinence. Il y a dans ce sens une posture différente entre les spécialistes de la prévention du tabac et les professionnels «généralistes» ou spécialisés sur d’autres substances.

4.1.2. Information – *Information*

Eine notwendige Grundlage für die Prävention ist Information. Information ist das Grundangebot der Präventionsstellen (vergleiche dazu den Beginn von Kapitel 4.1, zum Auflegen von Informationsmaterial zu Tabak, was die Präventionsstellen quasi flächendeckend tun).

L'information est une des bases de la prévention. Les lieux spécialisés en addiction utilisent en particulier le matériel mis à disposition par Addiction Info Suisse («FocusTabac») et les autres centres de prévention du tabac (CIPRET, AT, ligue pulmonaire, etc.).

Nebst Informationsmaterial, Broschüren von Sucht Info Schweiz, der Lungen- sowie der Krebsliga sind auch Angebote wie die Mediothek genannt worden, wo Fachliteratur und Unterrichtsmaterial wie Filme etc. auch zu Tabak zur Verfügung gestellt werden.

Ein grosses Projekt und Angebot der Suchtprävention ist feel ok (www.feelok.ch), welches seit 2004 existiert. Bei feel ok ist Tabak prominent neben Alkohol und Drogen aufgeführt. Feel ok spricht einerseits Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren an und andererseits Erwachsene darunter vor allem Lehrpersonen.

In Bern hat die Prävention zusammen mit der Lungenliga ein Angebot namens EMOX für 16- bis 30-Jährige übers Internet (www.emox.ch) speziell zum Thema Tabak lanciert. Rauchende können herausfinden, wie abhängig sie bereits vom Nikotin sind. Ex-RaucherInnen erhalten Tipps, wie sie abstinent bleiben können. Personen, welche einen Rückfall erlitten haben, erfahren wie sie die Chancen für ihren nächsten Rauchstopp erhöhen können. RaucherInnen, welche mit dem Rauchen aufhören möchten, erhalten zudem eine Übersicht über die verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten. Die Website enthält als Auflockerung das EMOX-Game (www.emox.ch/emox/EMOXgame/index.html), bei dem es darum geht, andere vom Rauchen fernzuhalten. Zudem wird auch auf das Programm der Lungenliga hingewiesen, welches mit Hilfe eines Fotos den Alterungsprozess mit und ohne Tabakkonsum simuliert. Eine Darstellung, die besonders junge Frauen anspricht.

Wie feel ok ist auch FREELANCE (www.be-freelance.ch) ein Webangebot welches speziell für den Einsatz in Schulen (Oberstufen und Gymnasien) konzipiert wurde und ein tabak-spezifisches Modul aufweist. Einerseits wird dabei der Konsum von Tabak anhand von download-baren Unterrichtseinheiten thematisiert, wobei das Präventionsspiel mit Unterrichtshäppchen à 10 bis 20 Minuten zur Vertiefung des Themas beiträgt. Andererseits sollen die Zusammenhänge zwischen Sucht und Werbung beleuchtet werden.

Auch eine Hotline für Eltern oder andere Interessierte, welche auch zu Tabak Auskunft gibt, gehört in dieses Kapitel der Informations-Grundangebote.

4.1.3. Spezielle Settings – *Settings spécifiques*

Das erste Setting für die Prävention ist die Schule.

«Das sind Referate. Das sind Gruppengespräche mit den Schülern. Das sind zum Teil Workshops – ja es kommt halt sehr auf das Setting an. Es gibt manchmal eine Klasse, wo wir nur referieren gehen – dann gibt es auch die Möglichkeit, dass wir im Rahmen des Religionsunterrichts auch drei bis viermal mit einer Klasse arbeiten mit unterschiedlichem Zugang – Diskussionen – dass sie selber arbeiten.» (prev3, Z.68 - Z.72, S.3).

«Und was wir selber direkt anbieten, das sind vor allem – egal ob es jetzt Tabak, Cannabis ist oder Alkohol – dass wir Elternabende gestalten, Informationsanlässe, oder dass wir in Schulklassen eine Schulstunde zu den verschiedenen Substanzen abhalten.» (prev2, Z.6 - Z.9, S.1).

In der Regel versuchen die Präventionsstellen einen Multiplikatoren-Ansatz in den Schulen zu installieren. Dies gilt auch für den Tabak.

«Es geht um Beziehungsarbeit über eine Bezugsperson, welche immer an der Thematik dranbleibt und dass die Jugendlichen Vertrauen in diese Bezugsperson haben.» (prev6, S.2).

Neben den bereits erwähnten Web-Angeboten (www.be-freelance.ch; www.feelok.ch; www.emox.ch) werden auch Koffer mit Materialien für den Unterricht eingesetzt (No smoke more power; 2000 von Züri Rauchfrei). Der Unterrichtskoffer «No Smoke – More Power» (kostenpflichtig) für SchülerInnen

des 6. bis 9. Schuljahres enthält beispielsweise die Materialien und Unterlagen für folgende sechs Themenbereiche für den Werkstattunterricht: «Rauchen in der Schule», «Einstieg ins Rauchen», «Wirkungen und Schädlichkeit», «Passivrauchen», «Werbung in der Tabakindustrie» und das Thema «Mir reicht's – Aufhören».

Hierzu gehören auch Projekte wie Gesunde Schulen, die Regeln zum Nicht-Rauchen in den Schulen aushandeln und installieren. Oder das Experiment Nicht-Rauchen (seit 2000/01) für SchülerInnen des 6. bis 9. Schuljahres, das Klassen belohnt, wenn sie sich verpflichten, sechs Monate lang Tabak weder zu rauchen noch zu schnupfen oder zu kauen.

Theoretisch wäre es sinnvoll, schon vor dem Schulalter anzusetzen, bereits während der Schwangerschaft und bei jungen Familien mit Kleinkindern. Die Unterstützung der Erziehungskompetenzen ist ein wirksamer Schutzfaktor gegen Suchtentwicklung. Hier ist im Suchtbereich jedoch nur sehr punktuell ein präventives Angebot zu finden. Eine positive Ausnahme findet sich in der Tabakpräventionsstrategie des Kantons Zug. Die Gesundheitsdirektion will im Rahmen der Tabakpräventionsstrategie die Zuger Bevölkerung weiterhin über die Schädlichkeit und die Probleme des Tabakkonsums informieren. Insbesondere sollen die Jugendlichen unterstützt werden, nicht mit dem Rauchen anzufangen (Projekte und Dienstleistungen in Schulen, Lehrbetrieben und Sportvereinen). Rauchenden sollen spezifische Rauchstoppmöglichkeiten angeboten werden. Ungeborene und Kinder sollen vor Passivrauch im privaten Bereich geschützt werden.

Das Angebot von FemmesTISCHE erreicht vor allem Familien mit Migrationshintergrund. Das niederschwellige Elternbildungs- und Gesundheitsförderungsprojekt für Mütter (und Väter) aus allen Kulturen und Sprachen wird in der Schweiz in den meisten Kantonen seit 2000 angeboten. Bei FemmesTISCHE tauscht sich die Zielgruppe in Diskussionsrunden à sechs bis acht Frauen in einem lockeren und unkomplizierten Rahmen zu verschiedenen Erziehungs- und Gesundheitsthemen aus und versucht neue Perspektiven zu gewinnen.

«Und dort geht es wieder darum, den Müttern und – ganz selten – den Vätern die ganzen Schutzfaktoren aufzuzeigen, wie ein gesundheitsförderlicher und präventiver Erziehungsalltag aussieht und dort wird darauf hingewiesen, dass passiv Rauchen für Kinder gefährlich ist. Das wissen viele Leute nicht – vor allem Familien und Mütter mit Migrationshintergrund.» (prev2, Z.101 - Z.103, S.3).

Verschiedene Suchtpräventionsstellen arbeiten auch mit Firmen und Betrieben zusammen, in den letzten Jahren oft im Zusammenhang mit der Gestaltung und Umsetzung des Passivrauchschutzes.

Ein weiteres Setting sind die Gemeinden. Radix hat im Rahmen des Programms «Gesunde Gemeinden» bis 2010 ein Angebot für Tabakprävention in Gemeinden durchgeführt und die Erfahrungen damit veröffentlicht.

Der Kanton Zug hat im April 2011 eine Tabakpräventionsstrategie 2011 bis 2017 verabschiedet. Neben Massnahmen in verschiedenen Settings sind dort auch verhältnispräventive Massnahmen zu finden.

Plusieurs settings spécifiques ont été mentionnés lors de l'enquête.

L'école est un lieu important de prévention. Avec la contribution des enseignants, il est possible d'animer un dialogue constructif avec les élèves. Des interventions théâtrales, réalisées par des troupes professionnelles, sont parfois utilisées pour aborder la question du tabac.

Le projet FemmesTische (www.femmestische.ch/qu-est.html) permet d'aborder des questions sensibles au sein de la famille dans les communautés migrantes. Par exemple, la question de la fumée passive et les risques encourus par les enfants dans la famille.

*Des lieux de prévention ont travaillé, ces dernières années, avec des **entreprises**, notamment lors de la mise en place de la loi sur la fumée passive.*

«**Communes en santé**» est un programme de Radix qui accompagne les communes dans la promotion de la prévention du tabagisme en collaboration avec les centres de prévention du tabac. Un projet pilote a réuni 15 communes des cantons de Berne, Fribourg, Vaud et Zurich.

Le programme du Râteau à Neuchâtel (**espace de prévention pour les jeunes**, un programme de la Fondation Neuchâtel Addiction) aborde la question du tabac de trois manières complémentaires: sur la base d'un règlement (pas de fumée dedans et devant l'espace) et par une séance thématique occasionnelle, par exemple en collaboration avec "Vivre sans fumée" (centre d'information pour la prévention du tabagisme). Du matériel d'information est mis à disposition.

L'approche thématique permet de sensibiliser plus en détail sur les risques liés à la consommation de tabac, le règlement est une occasion de rappeler que l'espace est sans fumée dedans et dehors, le rappel des règles est, au Râteau, considéré comme une occasion de discuter régulièrement de la consommation (quantité, coûts, relation aux parents, etc.).

«Le Râteau est un lieu cogéré entre les éducateurs et les jeunes, une grande place est donc laissée au dialogue, le tabac est un sujet de discussion presque quotidien» (CJ-NE1).

4.1.4. Verhältnisprävention – *Prévention structurelle*

Als sehr wirksam und kostengünstig gilt jedoch auch die Verhältnisprävention. Wenn der Preis gut reguliert wird oder die Erhältlichkeit eingeschränkt, dann sinken mit der Zeit auch die Zahlen der Abhängigen. Wie in der Tabakpräventionsstrategie des Kantons Zug gilt es als «state of the art» Konzepte mit einer guten Mischung der beiden Ansätze umzusetzen.

«Bei Erwachsenen wirkt dies und eine gut angelegte Kampagne könnte auch irgendwann Mal die Jugendlichen streifen. Bei Erwachsenen – die haben in der Regel Geld und Zugriff – da kann man es nicht so gut steuern über Verhältnisprävention.» (prev2, Z.64 – Z.66, S.2).

Ein weiteres Element der Verhältnisprävention sind Testkäufe (quan30 (9)). Anhand von Testkäufen wird der Vollzug des Gesetzes kontrolliert. 17 von 26 Kantonen der Schweiz haben ein Abgabeverbot von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16- beziehungsweise unter 18 Jahre.⁵ Dank Testkäufen soll eine Reduktion der Verfügbarkeit von Tabakwaren für Jugendliche unter 16 beziehungsweise 18 Jahren stattfinden. Testkäufe sensibilisieren Jugendliche, Eltern und Öffentlichkeit zum Thema «Tabakwaren und Jugendschutz».

Verhältnispräventive Massnahmen bedingen legislative Grundlagen und sind Teil der politischen Rahmenbedingungen. Es liegt in der Natur der Aufträge der Suchtfachstellen, dass sie höchstens indirekt auf die Implementierung verhältnispräventiver Massnahmen hinwirken, diese aber nicht selber ergreifen können.

La prévention qui vise à réduire la consommation en agissant directement sur les comportements, est celle utilisée généralement par les milieux de la prévention dans le domaine des addictions. La prévention structurelle visant à réduire la consommation de tabac est également bien présente en Suisse: augmentation du prix des paquets de cigarettes, achats test, etc., est importante, mais n'est pas du ressort des lieux spécialisés en addiction.

4.1.5. Vernetzung und Zusammenarbeit – *Travail de réseau*

Obwohl in der Präventionsarbeit vorwiegend substanzunspezifisch gearbeitet wird, ist es in vielen Kantonen so geregelt, dass die Lungenliga oder allenfalls das Kantonsspital einen Leistungsvertrag mit dem Kanton hat und für den Bereich Tabak verantwortlich ist.

⁵ Zu finden auf www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/03814/03817/index.html?lang=de, August 2011.

«Eine Hauptstrategie, die wir haben, ist – sobald es um Tabakabhängigkeit geht – mit der Lungenliga zusammenarbeiten. Das heisst zum Beispiel, wir bieten keine Rauchstoppkurse an Schulen an. Das macht bei uns – wenn überhaupt die Lungenliga» (prev2, Z.3 - Z.5, S.1).

«Wenn dort eine gezielte Frage kommt, dann verweisen wir eben auf die Lungenliga. Die haben einen Präventionsauftrag – im Bereich der Tabakprävention und bei uns ist es nur Thema wenn es mit anderen Substanzen zu tun hat» (prev3, Z.14 - Z.16, S.2).

Wie die aufgeführten Zitate zeigen, ist die Zusammenarbeit eher eine Aufgabenteilung:

«Ja die Lungenliga ... Also viel zu tun haben wir nicht mit ihnen – wenn nichts speziell läuft – man sieht sich mal – aber die sind eigentlich im Tabak – ist das unsere Kooperation.» (prev2, Z.227, S.5).

«Die wissen glaube ich auch, dass es uns gibt und wer wir sind. Bei der Lungenliga – vor allem im Präventionsbereich – kennt man sicher die Leute, und ja, man hat sich sicher schon in Arbeitsgruppen getroffen. Aber wir haben jetzt keinen gezielten Austausch mit der Lungenliga, was die Präventionsarbeit anbelangt.» (prev2, Z.303 - Z.306, S.7).

«Tabak ist für mich klar die Lungenliga. Das ist logisch.» (prev3, Z.328, S.7).

«Das machen wir nicht – in keinem Fall. Wir haben ganz klar keinen Auftrag im Bereich sondern eine Triagefunktion. Also wenn jetzt eine Schule sagt, ja wir haben viele die rauchen, was sollen wir machen? Dann verweisen wir sie an die Lungenliga, weil die dort Projekte hat. ... und wir weisen in keinem Setting aktiv darauf hin oder sprechen das an. Weil wir da in das Gärtchen der Lungenliga trampeln ...» (prev5, Z.4 - Z.12, S.1).

Die Aufteilung muss nicht im «Gärtchendenken» enden; das Berner Angebot EMOX (www.emox.ch) oder die weiter unten geschilderte Glarner Zusammenarbeit zeigen, dass vernetztes Zusammenarbeiten von Suchtprävention und Lungenliga nicht nur möglich ist sondern erfolgreich stattfindet.

Généralement les lieux de prévention spécialisés en addiction laissent le thème du tabac aux ligues pulmonaires ou aux centres de prévention du tabac. Dans beaucoup de cantons, les ligues pulmonaires ou les hôpitaux sont mandatés pour prévenir ou traiter le tabagisme.

Néanmoins des collaborations existent et fonctionnent. (www.emox.ch).

La Ligue valaisanne contre les toxicomanies (LVT), le CIPRET Valais et Promotion santé Valais collaborent pour mener des actions préventives au niveau scolaire. Des intervenants de la LVT sont formés par le CIPRET pour aborder la question du tabac dans les cycles d'orientation.

En Valais encore, l'émission «L'Antidote» de la télévision locale Canal9, traite hebdomadairement des thèmes de prévention et de promotion de la santé. Ce projet réalisé en collaboration avec le Service Cantonal de la Santé Publique, la Ligue valaisanne contre les toxicomanies et la Ligue valaisanne contre les Maladies Pulmonaires et pour la Prévention.

Des améliorations sont donc possibles et même souhaitées:

«Il faut avoir du temps pour développer des activités différentes. Il serait pertinent de développer un projet autour du tabac en collaboration avec des spécialistes de cette question (CIPRET, etc...): organiser une conférence, une exposition, etc...» (RS, VD-6).

4.1.6. Fazit zu Prävention

Die im Projekt angezielte Anzahl von 12 guten Ansätzen in der Prävention wird knapp erreicht. Zwischen dem Tabakbereich und den Suchtfachstellen ist wenig Zusammenarbeit und Vernetzung zu finden.

Liste in Stichworten der oben aufgeführten, in der Säule Prävention angebotenen Tabakinterventionen:

- Informationsmaterial, Broschüren von Sucht Info Schweiz, der Lungen- sowie der Krebsliga
- Mediothek
- Feel ok
- EMOX
- FREELANCE
- Telefon-Hotline
- Referate und Workshops in Schulen
- Multiplikatoren-Ansatz
- Koffer mit Materialien für Unterricht «No smoke more power»
- Experiment Nichtrauchen
- Tabakpräventionsstrategie des Kanton Zug
- L'Antidote
- FemmesTISCHE
- Testkäufe

4.2. Beratung, Therapie und Behandlung – *Thérapie et traitements*

Die Dimension Konsumverhalten des Würfels ist im Feld der Beratung und Behandlung weniger im Fokus, da risikoarmer Konsum wie auch problematischer Konsum weniger Bedarf für Behandlung auslösen. Primär sind Abhängigkeit und Sucht zu behandeln.

Eine Ausnahme gibt es beim Alkohol. Wer angetrunken fährt, hat einen problematischen Alkoholkonsum und wer erwischt wird, muss oft entsprechende Beratungsleistungen bei den Alkoholberatungsstellen in Anspruch nehmen. Dennoch konzentrieren wir uns im Folgenden auf den abhängigen Konsum, da die FiaZ-Kurse (Fahren in angetrunkenem Zustand) nur bedingt eine Gelegenheit für eine Tabakintervention darstellen (Motivationslage schwierig) und die Angebote der Beratungsstellen hier nicht von denjenigen für abhängige AlkoholikerInnen abweichen dürften.

Eine weitere grosse Ausnahme findet sich bei der Behandlung von Tabakabhängigkeit. Das Konsumverhalten wird hier weniger stark gewichtet, da davon ausgegangen wird, dass relativ schnell eine Abhängigkeit entwickelt wird und die gesundheitlichen Schäden schon bei geringen Mengen verursacht werden. Die Auseinandersetzung um das Rauchen von «light-»-Produkten hat die Idee von weniger schädlichen Produkten zu einem Feind der Prävention gemacht. Besonders bei jungen Menschen ist die Idee von reduzierter Schädlichkeit nicht nützlich, weder für die Prävention noch für die Behandlung.

In der Säule der Behandlung unterscheiden wir für die Bestandaufnahme Suchtfachstellen im Bereich ambulante Beratung und Behandlung (Alkohol und Drogen), Suchtfachstellen im Bereich stationäre Alkohol-Therapien sowie Suchtfachstellen im Bereich stationäre Drogen-Therapien inklusive Entzugsstationen.

Pour cet état des lieux, nous avons interrogé des lieux de traitement ambulatoire (alcool et drogue), de traitement résidentiel (alcool et drogue), ainsi que des lieux de sevrage (de drogue uniquement).

Les éléments du modèle du cube qui nous semblent pertinents concernent les substances: «Tabac», «Alcool», autres produits et la colonne «Dépendance».

La case «traitement du tabagisme» est à prendre en considération spécifiquement avec ses trois niveaux de consommations, les dommages causés par une faible consommation de tabac peuvent en effet déjà se révéler dommageables.

4.2.1. Wahrnehmung der Tabakabhängigkeit – *Reconnaissance de l'addiction au tabac*

Die Resultate der qualitativen Interviews haben gezeigt, dass die verschiedenen Behandlungskonzepte immer die primäre Abhängigkeits-Substanz im Fokus der Behandlung haben. Bei den befragten Suchtfachstellen der Säule Therapie steht jeweils das Alkohol- oder Drogenproblem des Klienten oder der Klientin im Zentrum des Beratungsgespräches.

«Bei uns steht die Behandlung der schweren Drogenabhängigkeit im Vordergrund. Die in aller Regel damit einhergehende Nikotinabhängigkeit wird nur beim individuellen Wunsch eines Klienten / einer Klientin angegangen. Dies kommt jedoch nur ganz selten vor. Im Rahmen der allgemeinen Information zum Thema Sucht wird natürlich auch die Nikotinabhängigkeit thematisiert.» (quan42).

Nachfolgendes Zitat zeigt, dass es durchaus Suchtfachstellen gibt, welche eine detaillierte Konsumaufnahme machen.

«Vor Eintritt gibt es ein Abklärungsgespräch. Im Eintritts- und oder Abklärungsgespräch wird immer gefragt, ob jemand raucht – nach Anzahl Zigaretten und der Dauer. Im somatischen Gespräch wird es vom Somatiker erhoben». (tres3, S.1).

Eine Tabakabhängigkeit kann beispielsweise mit dem Fagerström-Test (www.stop-simply.de/fagerstrom-test.htm / K.O. Fagerström) erhoben werden. Der Fagerström-Test enthält folgende sechs Fragen:

- 1) Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
- 2) Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen sein zu lassen?
- 3) Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?
- 4) Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?
- 5) Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Aufwachen mehr als am Rest des Tages?
- 6) Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

Abhängig von der Wahl der Antwort erhält man eine Summe, welche zwischen einer geringen, mittelstarken (< 20 Zigaretten / Tag), starken oder einer sehr starken Abhängigkeit (> 30 Zigaretten / Tag) des Klienten oder der Klientin unterscheiden kann (Möller, Laux & Deister, 2009).

Der Fagerström-Test wird nur in 14 der 301 (5%) quantitativ befragten Institutionen eingesetzt. Davon sind 12 aus der Säule Therapie (sowohl ambulante als auch stationäre Angebote).

Etwas gebräuchlicher (mit 20 Nennungen oder 7%) für die Erhebung der Tabakabhängigkeit sind die Diagnosemanuale ICD-10 und DSM-IV. Die International Classification of Diseases (ICD-10) beinhaltet die Kriterien für eine Tabakabhängigkeit in der diagnostischen Hauptgruppe F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F17 Tabak. Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders erhebt eine vorhandene Tabakabhängigkeit anhand einer multiaxialen Klassifikation (Möller, Laux & Deister, 2009).

Ergänzend zu diesen Diagnosemöglichkeiten wurden von Institutionen der Behandlung die Suchthilfe-statistiken act-info (the information network on addiction care and therapy in Switzerland), welche seit

2002 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) koordiniert werden, genannt. Act-info fasst die fünf im Bereich der Suchtberatung und –therapie geführten Statistiken in der Schweiz zusammen. Ziel von act-info ist die Realisierung und Betreuung eines einheitlichen Statistik- und Dokumentationssystems in der ambulanten und stationären Suchthilfe.

In den Fragebogen von act-info wird Tabak sowohl als mögliche Hauptproblemsubstanz wie auch unter den möglichen weiteren Suchtproblemen erfragt. Allerdings findet sich im Jahresbericht von act-info 2009 der Tabak mit weniger als 2% als Hauptsubstanz bei Eintritt und nur für 41% der Männer und 43% der Frauen als weiteres Suchtproblem (Jahresbericht 2009). Das lässt vermuten, dass die Tabakabhängigkeit oft nicht diagnostiziert wird, auch wenn an der Statistik von act-info teilgenommen wird.

Les institutions spécialisées interviewées placent généralement au centre du traitement les problèmes liés à la consommation excessive d'alcool ou de drogue. Le tabac est souvent perçu comme un problème secondaire.

L'évaluation du tabac, selon un instrument diagnostique (DSM-IV ou ICD-10) dans les lieux spécialisés, est réalisée dans 20 lieux sur 301 (7%).

Le test de Fagerström, qui permet d'évaluer la dépendance au tabac en 6 questions, n'est presque pas connu des lieux spécialisés, seulement 14 sur 301 l'utilisent (5%).

"Le tabac n'est pas prioritaire, cette addiction semble moins urgente à «traiter» que les autres." (PD-FR1).

«Cela fait partie de l'anamnèse médicale, mais il est rare que le patient demande un suivi spécifique tabac. Des recommandations médicales relatives à la consommation de tabac sont données de cas en cas. Des questions dans les questionnaires statistiques Act-info se réfèrent à la consommation de tabac. ».(PM-JU1).

Le questionnaire Act-info (the information network on addiction care and therapy in Switzerland) est plusieurs fois mentionné par les lieux questionnés. En 2009, seuls 2% des institutions de traitement qui ont répondu aux questionnaires Act-info, placent le tabac comme première substance problématique à l'entrée en traitement; pour seulement 41% des hommes et 43% des femmes, le tabac est comme un «autre problème de dépendance». La figure 6, présentée ci-après, montre pourtant que la majorité de clients/patients des lieux de traitement fument.

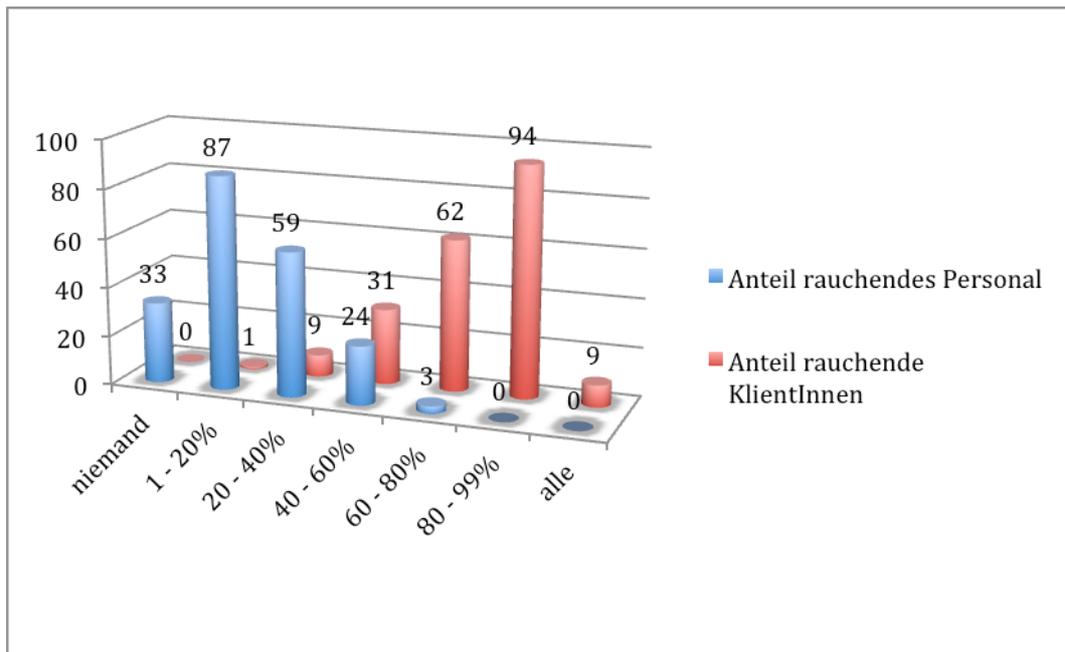


Abbildung 6: Schätzungen der Anteile der Rauchenden beim Personal und bei KlientInnen der Säule Therapie (N=206).

Figure 6: Estimation de la proportion de fumeurs parmi le personnel et les clients dans le pilier de la Thérapie (N=206).

Wie bei der Gesamtheit aller quantitativ Befragten werden die KlientInnen in Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen als überproportional häufig tabakabhängig eingeschätzt, während das Personal eher unterdurchschnittlich oft raucht. Der Unterschied zur Prävention (Abbildung 5) ist deutlich, besonders deren KlientInnen rauchen weniger.

4.2.2. Sensibilisieren – *Sensibiliser*

Zum Thema Sensibilisieren findet sich wenig Konkretes in den Interviews. Viel öfters wird genannt, dass Klientinnen, beispielsweise wenn sie schwanger sind, mit Fragen kommen und so das Thema der Tabakabhängigkeit selber einbringen.

Eine Suchtfachstelle im Bereich stationäre Drogen-Therapie zahlt eine Prämie von 200 Franken, wenn eine Klientin während dem stationären Aufenthalt zu rauchen aufhört. Die Bedingung ist, dass die Klientin drei Monate lang rauchfrei bleiben muss (tresd3, S.2).

Sensibilisierung und allenfalls eine Belohnung können dazu beitragen, dass ein Klient oder eine Klientin versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Dass in diesem Prozess aber auch die Einsicht eine zentrale Rolle spielt, zeigt das unten aufgeführte Zitat einer Suchtfachstelle aus dem Bereich ambulante Beratung (Alkohol / Drogen):

«Einsicht ist ein wichtiger Faktor, dass man versteht, was geschieht.» (ttt4, S.2).

Einen wesentlichen Beitrag zu einer breit wirkenden Sensibilisierung können auch die Hausärzte und Hausärztinnen in der Zusammenarbeit leisten. Stellvertretend für mehrmalige Nennung steht unten aufgeführtes Zitat von einer Suchtfachstelle aus dem Bereich ambulante Beratung (Alkohol / Drogen):

«Sensibilisierung ist genau das, was die Hausärzte machen können und machen sollten.» (ttt1, Z.27 - Z.28, S.3).

Eine Suchtfachstelle aus dem Bereich Heroingestützte Behandlungen arbeitet mit einem Cravingprotokoll. «Personen werden mit Cravingprotokoll auf ihren Konsum aufmerksam gemacht.» (ttt7, S.2 - S.3).

Eine Suchtfachstelle aus der Säule Therapie sensibilisiert ihre KlientInnen anhand eines Lungenfunktionstests (quan16 (9)). Anhand des Lungenfunktionstests wird erhoben, wie stark die Lungenfunktion durch das Rauchen eingeschränkt ist. Dabei wird gemessen, wie viel Luft wie schnell ein- und ausgeatmet werden kann.

Andere Suchtfachstellen sensibilisieren ihre KlientInnen mit dem Abgeben von Informationsmaterial (u.a. von Lungenliga Schweiz, Krebsliga Schweiz und Sucht Info Schweiz). Neben dem Auflegen von Broschüren und Flyer zum Bereich Tabak gab eine ambulante Suchtberatungsstelle an, dass sie Kärtchen in der Grösse einer Zigarettenschachtel den KlientInnen abgeben, um den eigenen Konsum zu analysieren. Das kleine Format des Kärtchens soll dazu führen, dass die KlientInnen ihre Kärtchen immer bei sich haben und nicht die Gefahr besteht, dass das Material aufgrund seiner nicht handlichen Grösse weggeworfen wird. Die KlientInnen sollen jede gerauchte Zigarette sowie die Situation in welcher sie geraucht haben auf dem Kärtchen festhalten. Dieses Vorgehen lässt sich in einer etwas anderen Form auch im KISS in Form des Tagebuchführens wiederfinden (ttt2, S.2).

In manchen Stellen wird die Befragung (Tabakinterventionen in Suchtfachstellen) als ein Anlass zur eigenen Sensibilisierung gesehen und verstanden.

Les données récoltées lors des interviews apportent peu d'éléments concrets à la question de la sensibilisation. Le plus souvent, le thème du tabac est amené par le client/patient. Certains intervenants considèrent que c'est le rôle du médecin de sensibiliser le patient au problème du tabac.

Quelques actions isolées existent cependant:

- *Prime de CHF 200.- en cas d'arrêt de la consommation de tabac (min. 3 mois) durant un séjour résidentiel.*
- *Dans un centre résidentiel, la consommation de tabac est limitée à un paquet par jour pour tous les résident/es. C'est l'équipe éducative qui distribue quotidiennement les paquets de cigarettes. Lorsqu'un/e résident/e rencontre des difficultés à gérer sa consommation, un suivi individualisé s'installe. Dans le cas de transgressions répétées, une privation de sortie est possible.*

4.2.3. Wege und Mittel zur Behandlung der Tabakabhängigkeit – *Traitement du tabagisme*

In den ambulanten und stationären Behandlungsstellen sowohl aus dem Alkohol wie auch aus dem Drogenbereich ist eine Vielfalt von Angeboten zu finden. Betont wird zunächst, dass Haltung und Motivation eine entscheidende Rolle spielen:

«Warum sie ausgerechnet zu uns gegangen sind und nicht eben zum Hausarzt? Die Rückmeldung war häufig, dass sie uns kannten oder gehört hatten, dass ja wenig Druck gemacht wird, oder? Weil das ist vielleicht eine Grundhaltung, dass man möglichst wenig mit dem Absoluten oder mit Druck probiert zu arbeiten, sondern auch mit Zwischenschritten und auch durchaus mit einer Reduktion und einer sinnvollen eigenverantwortlichen Informationspolitik – die sind grad in einer Situation – bei einer Erst-Schwangerschaft zum Beispiel – konfrontiert damit: Was ist gesund? Und was darf ich überhaupt noch machen? Darf ich jetzt gar keinen Alkohol und Nikotin und überhaupt nichts mehr machen und darf überhaupt keine Kopfweh-tablette mehr nehmen? - Also so die Sachen auch ein bisschen in Relation zu sehen.» (ttt1, Z.13 - Z.21, S.1, sprachlich leicht geglättet).

«Es gibt Leute, die funktionieren wunderbar mit Druck, können sich selber Ziele setzen und das durchhalten und bei denen funktionieren auch die Rauchstoppprogramme sehr gut und die geben einem dann auch die Rückmeldung: Ich weiss gar nicht, was sie haben, ich habe einfach aufgehört

und bis jetzt habe ich keine einzige Zigarette mehr geraucht. Und man bekommt dann mehr Rückmeldungen, dass man das gar nicht so genau besprechen soll, wie man das, in welchen Situationen, wie macht. Und andere haben massive Mühen – da gibt es einfach unterschiedliche Menschen.» (ttt1, Z.55 - Z.61, S.1, sprachlich leicht geglättet).

Neben der Haltung und der Motivation nimmt auch der Faktor der Zielsetzung eine relevante Stellung ein: «Es ist wichtig, dass mit den Klienten eine Zieldefinition erarbeitet wird. Was ist sein primäres, sein sekundäres und sein tertiäres Ziel? Die Ziele werden dann im Verlauf der Zeit stetig überprüft.» (ttt5, S.1).

Ein Hilfsmittel kann die Unterstützung mit Medikamenten sein:

«Mit gewissen medikamentösen Unterstützungen - haben wir eigentlich auch gute Erfahrungen gemacht, sogar sehr gute.» (ttt1, Z.39 - Z.40, S.1).

Ein beliebtes Angebot ist die Behandlung mit einem Nikotinersatzpräparat. Nikotinersatzpräparate wie beispielsweise Nikotinkaugummis und Nikotintabs sind Aufhörhilfen, welche mit der Nikotinzufuhr verhindern, dass Entzugsserscheinungen auftreten. Ebenso helfen die Nikotinersatzpräparate, Rückfälle zu reduzieren. Ziel der Nikotinersatzpräparate ist es, den dauerhaften Verzicht auf das Rauchen zu erleichtern oder zu ermöglichen. Ein möglicher Nachteil und möglicherweise eine Hürde für die KlientInnen der Suchtfachstellen ist, dass die Krankenkassen in der Grundversicherung keine Kosten für Nikotinersatzpräparate übernehmen.

In einer stationären Alkoholtherapiestation werden Nikotinersatzpräparate (wie Pflaster und Kaugummis) und Medikamente (Zyban und Champix) bei Bedarf verschrieben und aus einem Fonds bezahlt. Bei Austritt wird dann aufgezeigt, dass die Kosten für Medikamente gleich hoch sind wie die für die Zigaretten. (tres3, S.2).

Champix® und Zyban® sind in der Schweiz offiziell zugelassene Medikamente zur Raucherentwöhnung resp. zur Unterstützung während der Raucherentwöhnung bei Erwachsenen. Gemäss Arzneimittelkompendium wird empfohlen, die Medikamente nicht alleine, sondern zusätzlich zu Programmen zur Raucherentwöhnung resp. Beratung einzusetzen. Bislang wurden die Kosten für diese Medikamente nicht von der Grundversicherung übernommen. Ein aktuell gefälltes Urteil des schweizerischen Bundesgerichts vom Juli 2011 führt jedoch zu einer Neuurteilung von Champix®, was wohl zur Aufnahme in die Spezialitätenliste und somit zur Kassenpflicht führt. In der quantitativen Befragung haben 67 von 301 Institutionen geantwortet, dass sie Nikotinersatzpräparate anbieten. 39 Institutionen können auch die Verschreibung von Champix oder Zyban anbieten. Das sind fast ausschliesslich Institutionen aus der Säule der Behandlung.

Eine Suchtfachstelle gab an, dass sie auch Sublingualtabletten im Angebot haben (quan4 (12)).

Ein weiteres Behandlungsangebot ist das verhaltenstherapeutische Selbstmanagementprogramm KISS («Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum») von Prof. Dr. Joachim Körkel und dem Team der GK Quest Akademie, welches wir ausführlicher vorstellen möchten. KISS ist ein substanzunabhängiges Angebot, welches sich zur Reduktion von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen eignet. Es zeigte sich jedoch, dass das KISS bis jetzt hauptsächlich zur Reduktion des illegalen Drogenkonsums eingesetzt wird. So antwortete eine ambulante Suchtberatungsstelle: «Also eine Rauchergruppe haben wir nicht. Wir haben eine KISS-Gruppe, wo wir bis jetzt keinen Raucher gehabt haben, wo bis jetzt wirklich nur Leute gekommen sind mit illegalen Substanzen.» (ttt1, Z.1 - Z.2, S. 4).

Das KISS kann in der Gruppe oder als Einzelperson durchgeführt werden. Die KlientInnen durchlaufen 12 Sitzungen, in denen unter anderem das Führen eines Konsumtagebuches, das Bestimmen von wöchentlichen Konsumzielen und der Umgang mit Rückfällen vermittelt werden. Ausgangslage ist häufig der Wahrnehmungsprozess der Abhängigkeit beziehungsweise der Sucht. «Häufig arbeiten wir mit dem Bewusstwerdungsprozess, bis die Leute wirklich sagen, ich möchte bewusst etwas unternehmen.» (ttt1, Z.41 - Z.42, S.3).

Mit dem Konsumtagebuch kann man sich den eigenen Substanzkonsum bewusst machen. Das Tagebuchführen ermöglicht eine Analyse über das eigene Suchtverhalten unter anderem bezüglich der maximalen Konsummenge pro Tag, des Gesamtkonsums in der Woche, den Konsumzeiten, der Zahl der konsumfreien Tage pro Woche sowie einer subjektiven Einschätzung über die Zufriedenheit des Konsumverhaltens für eine Woche. Zusätzlich wird aufgezeigt, ob das selbst gewählte Tages- beziehungsweise Wochenziel erreicht ist. So wird seitens Fachperson gesagt: «Das heisst, die betroffene Person bestimmt selber, was sie verändern möchte, wie viel sie rauchen – konsumieren möchte. Das ist so die maximale Ebene, dass man nicht für jemanden entscheidet, sondern dass man selber entscheiden muss.» (ttt1, Z.6 - Z.8, S. 4).

Obwohl das KISS bis jetzt mehrheitlich für Klienten und Klientinnen mit einer Alkohol- oder Drogen-sucht eingesetzt wurde, ist es für Suchtfachleute auch vorstellbar, dass das KISS zur Reduktion des Tabakkonsums eingesetzt werden kann. Dies zeigte sich auch in den qualitativen Interviews: «Aber es spricht überhaupt nichts dagegen das KISS auch auf Tabak anzuwenden. Die Leute, die kommen, kommen ja, um etwas zu verändern.» (ttt1, Z.31 - Z.33, S.4).

Die Praxis zeigt, dass das KISS für viele Klienten und Klientinnen ein gutes Angebot darstellt, da die KlientInnen über einen kontrollierten Konsum beziehungsweise eine Reduktion versuchen, ihre Abhängigkeit in den Griff zu bekommen. Wichtig dabei ist gemäss einer ambulanten Suchtfachstelle, «dass sich die Klienten dort auch Zeit lassen und den Erwartungsdruck abbauen, das heisst, wenn nicht alles gleich klappt, dass das nicht schlimm ist.» (ttt1, Z.13 - Z.14, S.4). Diese Aussage zeigt, dass ein Rückfall auch als Lernprozess angesehen werden muss.

«Häufig gibt es auch Leute – gerade beim Tabak – die ich behandelt habe, die nach einer Woche 3 bis 4 Zigaretten pro Tag geraucht haben und dann auch aufhören zu rauchen.» (ttt1, Z.15 - Z.16, S.4).

Das KISS wurde bis jetzt vor allem im Setting der ambulanten Suchtberatungsstellen eingesetzt.

Ein Angebot, welches bei den Jugendlichen (Lehrlinge des 1. bis 4. Lehrjahres) ansetzt, ist das Projekt «Rauchfreie Lehre». Dieses nationale Projekt wird seit 2009 in den Kantonen von der jeweiligen Suchtberatungsstelle in Zusammenarbeit mit der kantonal tätigen Lungenliga durchgeführt. Das Projekt unterstützt eine klare Haltung gegenüber dem Tabakkonsum und motiviert die Lehrlinge, ein rauchfreies und gesundes Leben zu führen. Der Einstieg soll im Sinne von Primärprävention bei den Lehrlingen verhindert werden, wobei bestimmte Teilnahmeregelungen eingehalten werden müssen. Somit bleiben nichtrauchende Lehrlinge während der Vereinbarungsperiode rauchfrei. Lehrlinge, welche rauchen, hören während der Vereinbarungsperiode auf und bleiben ebenfalls während der abgemachten Zeit rauchfrei. Um den Rauchstopp zu erreichen, erhalten rauchende Lehrlinge eine Gratis-Raucherberatung. Das Projekt setzt sich unter anderem aus einer Informationsveranstaltung für Ausbildungsverantwortliche sowie aus einer betriebsinternen Veranstaltung für Lernende zusammen. Zum Projektende Ende Lehrjahr erhalten die Lehrlinge einen Kinogutschein und nehmen an der Verlosung teil. Die Lernenden, welche ihr Ziel erreicht haben und ihre Belohnung erhalten, müssen zwecks Überprüfung der Tabakabstinenz einen Kohlenmonoxyd-Blas-Test machen (ttt2, S.2 - S.3).⁶

Für das stationäre Setting wurde ein 3-wöchiges Rauchstopp-Programm genannt, welches von einem Team durchgeführt wird, das sich aus einem Psychotherapeuten, einem Arzt und einer Gestaltungstherapeutin sowie einem Sporttherapeuten zusammensetzt. Folgendes Zitat gibt einen Einblick über das Vorgehen:

«Das ist aufgeteilt eine Woche lang in Vorbereitung – dann findet in der zweiten Woche am Anfang ein Rauchstopp statt – und dann ist nachher die NACHBEGLEITUNG, dass das Ganze stabilisiert und dass es gefestigt wird. Das ist eine Kombination von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Sachen, Gestaltungstherapie und Sport- und Bewegungstherapie. Beim Rauchstopp an dem Tag, an dem das

⁶ Das Angebot «Rauchfreie Lehre» ist eher ein präventives als eines der Behandlung. Da es aber von einer behandelnden Institution genannt wurde, ist es hier und nicht in der Säule der Prävention aufgeführt.

stattfindet – findet das im Rahmen eines sogenannten RITUAL statt – ich als Mediziner bin am Anfang – ich habe das Programm mitentwickelt – war da federführend gewesen und – bin da etwas skeptisch gewesen aber für die Patienten ist es so wie zur Verankerung – und vielleicht kann man das heutzutage sogar auch hirnbilologisch sagen – wenn dann das Ganze mit einem Ritual – da gehen die dann extra in den Wald raus und dann werden solche Rauchmonster, die vorher in der Gestaltungstherapie gemacht wurden – so quasi im offenen Feuer verbrannt und dem Feuer so quasi übergeben, das ist ein Ereignis, was in Erinnerung bleibt und hat eine gewisse Gewichtung – das ist was mit Feuer – mit reinigender Wirkung.» (ttt3, Z.38 - Z.50, S.2, sprachlich leicht gekürzt).

Das Zitat zeigt auf, dass der Faktor der emotionalen Koppelung eine wichtige Stellung im oben beschriebenen stationären Rauchstopp-Programm einnimmt.

Einige weitere Suchtfachstellen im stationären Setting bieten Tabakgruppen an (tres3, S.2).

In der quantitativen Befragung wies eine Therapiestation auf ihr Angebot eines Rauchstoppprogramms hin, welches von der Lungenliga gestaltet sei (quan6).

Eigens für die Zielgruppe schwule Männer wurde ein spezielles Rauchentwöhnungsprogramm namens Queer Quit (www.queer-quit.ch) geschaffen, welches aus sieben Sitzungen besteht. Wichtig sei dabei, dass das Programm schwulenfreundlich gestaltet sei: «GAY friendly. Das ist der gay friendly Aspekt und ist beim Rauchprogramm zum Tragen gekommen» (ttt1, Z.14 - Z.16, S.5).

Smokeless das Kursangebot für Tabak konsumierende Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren ist ein weiteres Gruppenangebot (quan104 (11)), welches aus drei Kurssequenzen besteht. Die Jugendlichen lernen im Kurs ihr Konsumprofil zu erstellen. Sie verstehen die Rolle, welche Tabakkonsum in ihrem Leben spielt und erhalten Fakten zu Wirkung und Risiken von Tabak.

Im Austausch mit den anderen Teilnehmenden und mit Unterstützung der Leitung erarbeiten sie eigene Ziele und lernen Rauchstopphilfen kennen.

Bei Finito der Rauchstopp-Gruppe für Frauen und Männer (6-Schritte-Programm) hat die Klientin oder der Klient die Wahl zwischen Einzelgesprächen oder Gruppenberatung (quan126 (9)). In der Rauchstopp-Gruppe werden Informationen zu Tabak und Rauchen vermittelt. Das eigene Verhalten soll beobachtet und verstanden werden. Vorteile des Rauchstopps sollen entdeckt und der Rauchstopp nach den eigenen Bedürfnissen geplant werden. Zudem werden sinnvolle Alternativen zum Rauchen aufgezeigt und Anregungen für die Gestaltung des rauchfreien Lebens gegeben.

Der Kurs «Nicht mehr rauchen» als verhaltenstherapeutisches Programm, welches von der Krebsliga seit 1984 in acht Kursabenden durchgeführt wird, wurde als weiteres Angebot genannt (quan16 (11)). Der Kurs basiere auf modernen Erkenntnissen der Verhaltenstherapie und hat zum Ziel, dass Angelerntes wieder umgelernt wird. Verankerte Gewohnheiten sollen abgelegt werden können und Alternativen gelernt werden.

Ein weiteres Angebot «Aufhören nach Mass» ein Rauchstopp-Programm für Jugendliche fokussiert den Rauchstopp als Ziel. Gemeinsam wird den Rauchgewohnheiten auf die Spur gekommen, Verhaltensmuster werden begriffen und verändert und der Rauchstopp wird vorbereitet. Anschliessend wird versucht, das Nichtrauchen aufrechtzuerhalten. Um dieses Ziel langfristig zu halten, wird der Umgang mit schwierigen Situationen nach dem Rauchstopp gelernt (quan22 (9)).

Nachfolgendes Zitat unterstützt den Gruppengedanken in den vorgestellten Gruppen-Angeboten: «Ich glaube auch, die Gruppensituationen machen es sicher einfacher als eine Einzelsituation.» (ttt3, Z.60 - Z.61, S.3).

Neben Gruppenprogrammen wurde als ein weiteres Angebot das Buch von Allen Carr «Für immer Nichtraucher» genannt, welches jederzeit und alleine gelesen werden kann. Im Buch «Für immer Nichtraucher (erschienen 2000) wird das Thema Rauchen thematisiert und schwierige Situationen aufgezeigt, welche die Rauchentwöhnung beeinflussen. Allen Carr's Tipps und Ratschläge sollen

andere RaucherInnen motivieren mit dem Rauchen aufzuhören.

Als weitere Interventionsform für Tabakabhängigkeit wurde Sucht-Akupunktur genannt (quan15, quan47, quan153 sowie quan213).

Eine Entzugsstation bietet ein Akupunktur-Programm an. «Zum Beispiel NADA, das ist Akupunktur am Ohr – solche Dinge können wir zum Beispiel anbieten. Also das wird meistens am Ohr gemacht. Da gibt es fünf Punkte, die man sticht. Das hat eine beruhigende Wirkung, dann kann es den Suchtdruck unterdrücken. Also wir nehmen dann den Patienten in einen speziellen Raum, wo er ein bisschen zur Ruhe kommen kann. Maximal eine halbe Stunde – das ist aber wirklich das Maximale, wo man die Nadeln drin lässt und ein bisschen zur Ruhe kommen und dann entfernt man die Nadeln wieder. Manche machen es auch nur zehn Minuten und sagen, dass reicht ihnen. Genau und es gibt dann auch den Schlafkranz, den man auf dem Kopf stechen kann, den macht man dann auch.» (sev1, Z.43 - Z.44, Z.68 - Z.75, S.2).

Hypnose, beispielsweise Hypnotherapie «Das Tübinger Programm» wurde als ein Beispiel genannt, welches in der Zeit der Rauchtätigkeit angewendet werden kann (quan72 (11)).

Ein Beratungsprogramm, speziell für junge Erwachsene, die ihren Cannabiskonsum reduzieren oder einstellen möchten, ist Realize it, welches aus fünf Einzelberatungen und einer Gruppenberatung besteht. Eine Abwandlung von Realize it ist auf Wunsch der KlientInnen, welche ihre Tabakabhängigkeit damit behandeln möchten möglich.

Eine Suchtberatungsstelle bietet ein Rauchstoppprogramm nach Batra und Bruckheimer an (quan113).

Il existe une grande diversité d'offres de traitements de l'addiction à l'alcool ou aux drogues. Le degré de motivation et la façon de s'appropriier un traitement sont des facteurs souvent déterminants; ils sont cependant très personnels. L'élaboration d'objectifs personnalisés est souvent nécessaire, chaque situation requiert une approche différenciée.

"Le tabac peut être intégré (ou non) dans le bilan de santé de l'individu" (HD-GE2)

L'arrêt de la consommation de tabac est rarement un objectif retenu.

Des offres spécifiques de traitement du tabagisme sont pourtant effectives.

67 institutions sur 301 (22%) proposent des substituts nicotiques. Les enquêtes qualitatives démontrent que ces substituts sont administrés le plus souvent sur demande du client/patient. 39 institutions (12%) prescrivent des médicaments de soutien à l'arrêt du tabac (Champix, Zyban). Quasi toutes ces institutions font partie du domaine du traitement.

Le programme KISS («Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum») est un programme de consommation contrôlée de substance. La réduction du tabagisme n'enlève pas les risques de méfaits pour la santé, il peut parfois les diminuer. C'est un chemin possible vers l'abstinence. Ce programme est surtout utilisé dans les services de traitement ambulatoire.

Le programme de prévention „Apprentissage sans tabac“ est une initiative de la Ligue pulmonaire, il propose aux jeunes qui commencent un apprentissage de ne pas fumer pendant une année complète. Des récompenses sont prévues. Ainsi qu'une aide spécifique pour les jeunes qui souhaitent essayer d'arrêter de fumer

Dans les centres résidentiels, il existe des groupes thérapeutiques spécifiques pour accompagner l'arrêt de la consommation de tabac. Comme le Groupe „Cig'arrête“ en Valais. Le Groupe Cig'arrête est un projet de l'institution résidentielle La Villa Flora. La Villa Flora fait partie de la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies, elle accueille des personnes souffrant d'addiction, avec ou sans produit. « Cig'arrête » s'adresse aux résidents de l'institution comme aux personnes extérieures qui souhaitent arrêter de fumer. Chaque session est composée d'une première semaine d'information avec la

présence d'un médecin tabacologue. Ensuite les soirées ont lieu tous les lundis: échange entre les membres du groupe et travail avec les outils cognitivo-comportementaux. Chaque séance coûte CHF. 22,50.-

Il existe aussi le programme «Arrêt de la fumée» en 3 semaines. Ce programme est très exigeant au niveau émotionnel, sa réalisation dans un espace résidentiel est souhaitable.

Le site www.stop-tabac.ch est un projet de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive (Faculté de Médecine, Université de Genève, Suisse). Ce site propose de l'aide à ceux qui veulent en finir avec le tabac. Stop tabac délivre une information détaillée et de qualité pour les médicaments et substituts de nicotine destinés à faciliter l'arrêt. Autre point fort du site: l'exposé des risques et maladies engendrées par les méfaits du tabagisme. Blog, coaching et forum sont des outils mis à disposition des internautes pour aider à arrêter de fumer, renforcer la motivation à arrêter de fumer, prévenir la rechute, faciliter l'échange entre les fumeurs et les ex-fumeurs.

Une liste de tous les termes évoqués, relatifs à un projet d'aide à l'arrêt de la consommation de tabac, se trouve ci-après (p.33). Il existe donc un important potentiel d'intervention et de développement d'un travail de réseau entre les spécialistes du tabagisme et les centres de traitement des addictions.

4.2.4. Vernetzung – Travail de réseau

Ein ähnliches Bild wie bei den Suchtpräventionsstellen bezüglich Vernetzung und Zusammenarbeit zeigt sich auch bei den ambulanten und stationären Suchtbehandlungsstellen. Sie verweisen KlientInnen, bei welchen sich der Fokus primär auf die Tabakabhängigkeit legt, an die kantonale Lungenliga.

Betrachtet man die Vernetzung der stationären Suchtfachstellen mit der Lungenliga so sagte eine Suchtfachstelle im Bereich stationäre Alkohol-Therapie: «Schon auch – Krebsliga – Lungenliga ähm Weiterbildungen, wo wir die Leute auch anregen hinzugehen, wenn Angebote hier sind und auch eigene Weiterbildungen (tres2, Z.198 - Z.199, S.5).

Die Interviews zeigen, dass die Vernetzung mit Hausärztinnen und Hausärzten nicht oder sporadisch stattfindet. Stellvertretend für mehrmalige Nennung steht folgendes Zitat: «Nein also da findet im Moment keine statt» (ttt3, Z.57, S.4).

Hervorgehoben wurden FOSUMIS (Forum Suchtmedizin Innerschweiz) und FOSUMOS (Forum Suchtmedizin Ostschweiz), welche die Vernetzung der Suchtfachleute fördern (ttt5, S.3).

Kleinen Kantonen ist die Vernetzung mit Präventionsstellen wichtig. Ein besonderes Gewicht wird auf die Früherkennung und -intervention gelegt. So wurde in Glarus von der Beratungsstelle die gute Zusammenarbeit mit dem Verein wuweg «Wüssä um was es gaht» genannt. Wuweg ist eine Institution, welche Suchtprävention in der Oberstufe anbietet und auf der Primärprävention und auf der Basis der Gesundheitsförderung ansetzt. Die Ziele von wuweg für den Bereich Tabak sind die Vermittlung von Wissen über Entstehung und Mechanismen von Sucht sowie kennen der Wirkung und der Gefahren von Tabak. Ebenso werden die eigenen personalen Ressourcen und Schutzfaktoren gestärkt und der Umgang mit Stress gelernt. Oberstufenschüler haben zudem die Möglichkeit, Handlungsalternativen zu entwickeln. Der Verein wuweg ist ein gutes Beispiel wo verschiedene Institutionen wie die Lungenliga, Pro Infirmis, Beratungs- und Therapiestelle, Jugendhaus und das Netzwerk Verein der offenen Jugendarbeit zusammenarbeiten und von der guten Vernetzung untereinander profitieren (ttt4, S.3).

Die Befragung hat gezeigt, dass Angebote für rauchendes Personal noch wenig verbreitet sind. Eine gewisse Offenheit dafür wäre vorhanden, falls vom Personal gewünscht, jedoch aktive Angebote ans Personal werden nicht gemacht.

Comme pour la prévention, le traitement du tabagisme est rarement réalisé au sein même de l'institution. Les ligues pulmonaires et les ligues contre le cancer sont actives dans les cantons. Il arrive que les clients/patients y soient orientés. Les enquêtes ont montré que la collaboration avec les offres médicales existantes pour le traitement spécifique du tabac sont sporadiques.

L'accompagnement du personnel vers une diminution de la consommation de tabac est une prestation rarement proposée.

4.2.5. Fazit zu den Angeboten

Die Bestandesaufnahme kann zeigen, dass es vielfältige Angebote für den Bereich der Säule Therapie gibt, welche jedoch längst nicht flächendeckend angeboten werden.

Liste in Stichworten der oben aufgeführten, in der Säule Behandlung angebotenen Tabakinterventionen (Doppelnennungen sind nicht ganz ausgeschlossen):

- (Somatische) Eintrittserhebung
- Fagerström
- ICD-10 und DSM-IV
- act-info
- *Cig'arrête*
- Prämie
- Cravingprotokoll
- Lungenfunktionstest
- Informationsmaterial, Broschüren, Kärtchen
- Konsumtagebuch
- Motivation, Ziele vereinbaren, ohne Druck
- Medikamente (Champix und Zyban)
- Nikotin-Substitution (Pflaster, Kaugummi, Tabs, Inhalator-Spray)
- KISS Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum
- Rauchfreie Lehre⁷
- Rauchstoppprogramm (3-wöchig mit Gestalttherapie, Sport und Ritual)
- Rauchstoppprogramm in Zusammenarbeit mit Lungenliga
- Queer Quit – ein Gay-friendly Rauchstoppangebot
- Smokeless (Gruppenangebot für Jugendliche)
- Finito Rauchstopp
- www.stop-tabac.ch
- Nicht mehr rauchen; Kurs der Krebsliga, verhaltenstherapeutisch
- Für immer Nichtraucher; Buch von Allen Carr
- Akupunktur
- Hypnotherapie (z.B. Tübinger Programm)
- Realize it abgewandelt für Tabak
- Rauchstopp nach Batra und Bruckheimer

Die quantitative Erhebung zeigt, dass diese Vielfalt nicht flächendeckend angeboten wird. Diese Liste stellt eine gute Grundlage dar, um in der nächsten Projektphase zu diskutieren, welche Interventionen im Sinne einer «good practice» empfohlen werden können.

Durch die Bestandesaufnahme wird ersichtlich, dass die Vernetzung in der Säule Therapie noch ausbaufähig ist.

L'état des lieux a démontré qu'il existe, dans le domaine du traitement, des offres diverses et fonctionnelles. Cependant, ces pratiques sont intégrées localement et restent peu connues. Cette liste de pratiques présente une bonne base de discussion pour analyser les prestations qui peuvent servir de référence et devenir de „bonnes pratiques“.

7 Das Angebot Rauchfreie Lehre wird hier in der Liste «Angebote Behandlung» aufgeführt, da es von einer Suchfachstelle aus dem Bereich Behandlung genannt wurde, und es im Projekt darum geht zu schauen, was für Angebote die verschiedenen Suchfachstellen nennen. Das Angebot Rauchfreie Lehre hat vor allem präventiven Charakter.

4.2.6. Gestaltung der Rauchmöglichkeiten – *Espaces pour fumeur*

Regelungen wurden in den Suchtfachstellen der Säule Therapie häufig bereits lange vor dem Gesetz eingeführt. Meistens weisen die Regelungen zeitliche Einschränkungen auf und teilweise gibt es eine bewusste Trennung zwischen Personal und KlientInnen. Von einer befragten stationären Suchttherapiestelle wurde gesagt, dass sie ein Rauchkonzept haben, welches bestimmte Regeln bezüglich dem Tabakkonsum enthält. Das Konzept schreibt den Klienten und Klientinnen vor, zu welchen Zeiten sie rauchen dürfen und wann rauchfreie Zeiten sind. So darf während den Essenszeiten beispielsweise nicht geraucht werden, weder draussen noch im ungeheizten Rauchraum (tres3, S.2).

Stationäre Suchttherapiestellen sind rauchfrei. Die KlientInnen und das rauchende Personal haben die Möglichkeit draussen zum Teil in definierten Raucherzonen zu rauchen. Eine stationäre Suchttherapiestelle verfügte über einen Rauchraum, welcher aber abgeschafft wurde. Auf die Frage, ob das Abschaffen des Rauchraums Widerstand auslöste, wurde geantwortet: «... als wir dann das geändert haben, ist es voll akzeptiert worden» (tres2, Z.120 - Z.121, S.3). Diese Antwort zeigt stellvertretend für mehrere Suchtfachstellen, dass das Gesetz, welches am 1. Mai 2010 in Kraft trat, um die Gesundheit der Bevölkerung vor den schädlichen Auswirkungen des Passivrauchens zu schützen, von der Mehrheit der KlientInnen gut aufgenommen wird. In allen befragten stationären Suchtfachstellen ist das Rauchen im Haus verboten. Zum Teil gibt es abgetrennte und ausreichend belüftete Rauchräume oder es besteht nur noch draussen die Möglichkeit zu rauchen.

Depuis l'entrée en application de la loi sur la fumée passive, les centres de traitements ambulatoires et résidentiels sont non fumeurs. Dans les lieux résidentiels, il existe parfois des fumeurs, mais le plus souvent les espaces de fumée sont à l'extérieur (terrasse, balcon, jardin). Cette transition de «lieu fumeur» à «non fumeur» s'est bien déroulée.

4.3. Schadensminderung - harm reduction – *Réduction des risques*

Im Würfelmodell stellt das kleine Würfelchen der Schadensminderung bei abhängigem Tabakkonsum ein besonders umstrittenes Feld dar. Im Bereich der Drogenpolitik ist die Schadensminderung absolut unumstritten seit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes. Was Schadensminderung im Bereich der legalen Substanzen bedeutet, ist aber noch nicht vollständig definiert. Für langjährige Drogenabhängige kann mit der Verschreibung von Opiaten der Gesundheitszustand zumindest stabilisiert werden. Doch die damit einhergehende langjährige Tabakabhängigkeit zeigt bei vielen Drogenabhängigen langfristige gesundheitliche Folgen, die nicht unbehandelt bleiben können. Hier sind auch Ansätze und Ziele der Schadensminderung sinnvoll.

Wenn wir von Schadensminderung im Bereich Tabak sprechen, so muss zuerst der Bereich der Jugendlichen ausgeschlossen werden. Da die Schäden langfristig entstehen und das Abhängigkeitspotential gross ist, wird von den Fachleuten des Tabakbereichs betont, dass Botschaften der Schadensminderung für Jugendliche mit hoher Wahrscheinlichkeit kontraproduktiv sind. Bei langjährigen Tabakabhängigen sind aber Ziele der Schadensminderung dennoch nicht auszuschliessen. Unsere Bestandserhebung hat allerdings hier keine neuen Erkenntnisse zutage gefördert. Die Fragen rund um die Motivation und die individuelle Zielsetzung sind im Kapitel 4.2. der Behandlungen aufgeführt.

Le thème de la réduction des risques de la consommation de tabac est un champ complexe. La réduction des risques est un pilier incontesté de notre modèle de la politique drogue, mais son application s'inscrit plutôt dans des contextes de consommation de substances illégales. Cependant, les consommateurs adultes de substances illégales, qui bénéficient de prestation de réduction des risques depuis parfois plusieurs années, sont pour la plupart des consommateurs de tabac. Améliorer

l'état de santé de ces personnes en réduisant les risques liés à la consommation de drogue ne paraît pas incompatible avec une action de réduction des risques de la consommation d'alcool et de tabac.

4.3.1. Ausgangslage in der Überlebenshilfe – *Les origines de la réduction des risques*

Die Säule der Schadensminderung und Überlebenshilfe ist erst aufgrund der Verhältnisse in den offenen Drogenszenen entstanden. Der Platzspitz und andere Drogenszenen haben eine Not aufgezeigt, die zu einer veränderten Drogen- und Suchtpolitik führte. Das Umtauschen von gebrauchten, infektiösen Spritzen zugunsten von hygienisch einwandfreien, sauberen Spritzen war hart umkämpft. Heute stehen Spritzentauschautomaten auch in Gefängnissen.

Auch die Verschreibung von Methadon und später Heroin hat eine wichtige Funktion für die Schadensminderung. Die Medizin hat hier eine wichtige Rolle eingenommen, welche die beiden Säulen der Therapie und der Schadensminderung verbindet.

«Traditionell ist diese Institution gewachsen als Angebot für Menschen mit illegalem Drogenkonsum. Das war die Antwort auf den Umbruch in der Drogenpolitik und Drogenmedizin anfangs 90-er Jahre Ende 80-er Jahre mit der Gründung der ARUD 1991, wo dann Platzspitz und Letten aufgelöst wurden und diese Menschen in einer grossen Zahl den Behandlungen zugeführt worden sind.» (ttt8, S.1).

Auch die niederschweligen Kontakt- und Anlaufstellen für Drogenabhängige (K&A) stehen in diesem historischen Kontext.

Die Ausgangslage einer Notsituation ist für den Rauchstopp nicht förderlich. So sagt der Leiter einer Notschlafstelle etwa: «In die Notschlafstelle zu kommen, ist der letzte Schritt. Es fehlen das soziale Umfeld und die finanziellen Ressourcen. Deshalb sind andere Probleme drängender. Kurzfristig hat da das Rauchen eine beruhigende Wirkung und die rauchenden KlientInnen möchten in dieser Situation nicht auch noch mit dem Rauchen aufhören.» (notwo2, S.2).

La réduction des risques est apparue dans un contexte de scènes ouvertes de la drogue. Historiquement, les offres de réduction des risques se sont développées sans intégrer de prestation ciblée sur la consommation de tabac. Cette dernière n'est pas perçue comme un problème prioritaire pour la population concernée, ni pour les professionnels.

« La consommation du tabac est banalisée au sein de notre population. D'autres produits posent plus de problème que le tabac » (MB – GE2).

4.3.2. Wahrnehmung der Tabakabhängigkeit – *Reconnaissance de l'addiction au tabac*

Die Wahrnehmung der Tabakabhängigkeit als ein behandlungsbedürftiges Suchtproblem ändert sich langsam.

«Ja man schaut das Rauchen eben nicht an, aber von der gesundheitlichen Schädigung her wäre es viel schlauer, wenn man das Rauchen anschauen würde und das Heroin sein lassen. ... Seit das Mail von Ihnen gekommen ist, wird das jetzt wirklich erfasst – in der Anamnese – ist eine Tabakabhängigkeit vorhanden? » (prev3, Z. 219 – Z.226, S.5).

Auf die Frage, ob Tabakabhängigkeit bei den KlientInnen einer K&A erhoben wird, antwortet die Leiterin: «Nein, wir gehen davon aus, dass 99 Prozent der Leute rauchen – unterschiedlich stark. Tabakkonsum wird nicht thematisiert, ausser wenn ein Patient gesundheitliche Probleme hat, dann ist es ein Thema.» (rdr3, S.2).

La plupart des clients des lieux spécialisés dans la réduction des risques sont de gros fumeurs. Mais ce produit est très peu problématisé, sauf lorsque le client/patient rencontre un problème de santé potentiellement lié au tabac.

La proportion de fumeurs au sein du personnel est légèrement supérieure à celle rencontrée dans le domaine de la prévention et du traitement. Les enquêtes ont montré que la proportion de fumeurs au sein du personnel a cependant beaucoup diminué ces dernières années.

Le tabagisme est moins souvent évalué dans les lieux de réduction des risques que dans les autres lieux spécialisés. En Suisse alémanique, 70% des lieux de réduction des risques n'évaluent pas le tabagisme (n=40), contre 27% dans les autres centres spécialisés (n=182).

Auch in der quantitativen Erhebung wird der Anteil der Raucherinnen und Raucher sehr hoch eingeschätzt.

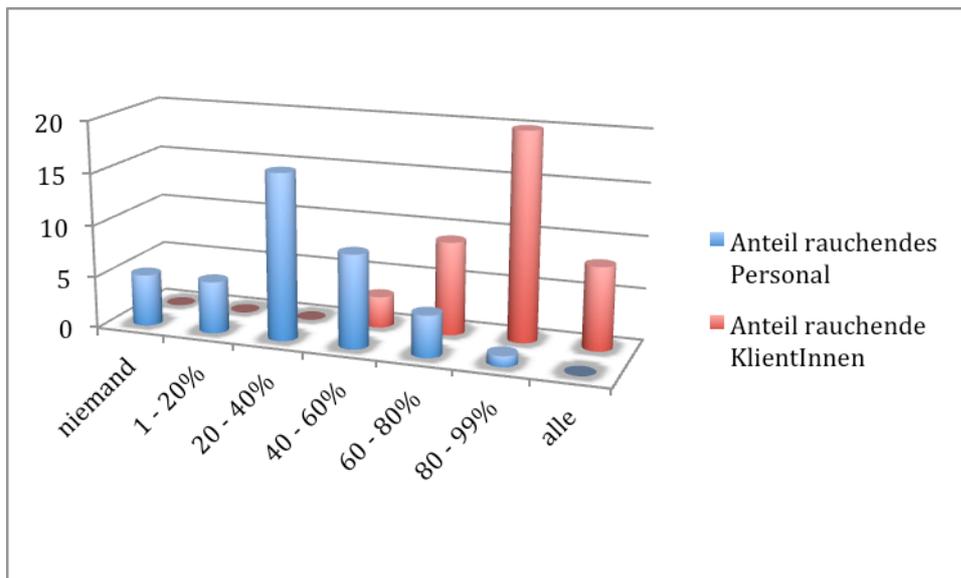


Abbildung 7: Geschätzte Anteile der Rauchenden unter dem Personal und den KlientInnen der Fachstellen der Überlebenshilfe und Schadensminderung (N=50).

Figure 7: Estimation de la Proportion de fumeurs parmi le personnel et la clientèle des lieux spécialisés dans le pilier de la Réduction des risques (N=50).

Die absolute Mehrheit der Klientinnen und Klienten der Schadensminderung raucht. Beim Personal sind die Anteile zwar geringer, scheinen aber eher über dem Durchschnitt der Bevölkerung zu liegen. Dieser Anteil hat sich in den letzten Jahren vermutlich deutlich reduziert. In der Pionier-Phase der Überlebenshilfe haben etwa in den Gassenzimmern der K&A fast ausschliesslich Rauchende gearbeitet, weil das Nicht-Rauchenden nicht zuzumuten gewesen wäre.

Die Substitutionsbehandlungen mit Methadon, Buprenorphin und Heroin sind ein Grenzfall der Schadensminderung. Sie werden heute oft auch der Säule der Therapie zugeordnet. Bezüglich der Wahrnehmung der Tabakabhängigkeit sind sie auch die einzigen, die Ansätze einer sensibilisierten Wahrnehmung zeigen. Von einer standardisierten Diagnosestellung auch beim Tabak kann aber noch nicht gesprochen werden. So antworteten in der Deutschschweiz 28 von 40 Stellen der Schadensminderung, dass sie Tabakabhängigkeit nicht erheben. Das sind 70% ohne Erhebung im Vergleich zu 27% wenn alle anderen 182 Deutschschweizer Suchtfachstellen herangezogen werden.

Was die Schadensminderung aber sehr beschäftigt, ist die Veränderung durch den Schutz vor Passivrauchen.

4.3.3. Schutz vor Passivrauchen auch in der Überlebenshilfe – *Protection de la fumée passive dans les lieux d'aide à la survie*

Auf die Frage, ob Tabakkonsum in irgendeiner Form erhoben werde, antwortet eine Mitarbeiterin einer K&A: «Ähm - wir sind auch seit dem 1. Mai letzten Jahres rauchfrei. Wir schauen statistisch wie viel konsumiert wird, wie viele Leute kommen, woher sie kommen, wie alt sie sind – aber nicht, wer was konsumiert hat und wer wie viel raucht. Das ist bei uns kein Thema.» (rdr4, Z1 - Z5, S.1). Das Thema des Rauchverbotes in den Aufenthaltsräumen scheint hier zuvorderst zu stehen. In den K&A der Stadt Zürich wurde stufenweise vorgegangen. Widerstand der Klienten und Klientinnen gab es nicht. Aber die Fachgruppe K&A stellt fest, dass die Gemütlichkeit in den Aufenthaltsräumen abnimmt. Es entsteht mehr Hektik. (rdr1 S.2).

Auch andere K&A's hatten das Rauchverbot schon bevor es vom Gesetz gefordert wurde. Das Team stand hinter dieser Umstellung und die KlientInnen nahmen es gut auf und gehen nach draussen um zu rauchen. (rdr3, S.3; Diese K&A verfügt über einen abgeschirmten Hof). Es wird jedoch festgestellt, dass es seitdem schwieriger geworden ist, mit den Klientinnen und Klienten in Kontakt zu kommen, da sie nicht in der Cafeteria verweilen.

Je nach räumlichen Gegebenheiten kann es zu Schwierigkeiten kommen: «... und das ist der wichtigere Grund: Dass die Kontaktaufnahme sehr viel einfacher geht, wenn die Leute drinnen sind. Dass, wenn sie alle draussen sind und am Rauchen sind und sie so im Pulk sind – sie trinken sehr viel wenn es keine anderen Drogen hat und wir erreichen die Leute fast nicht mehr. Also wir kommen fast nicht mehr an die Leute heran, weil sie so im Gespräch sind und zum Teil – es muss nur jemand haben, der destruktiv «zwäg» ist, dann kannst du fast keine Gespräche mehr haben mit den einzelnen» (rdr4, Z.60 - Z.66, S.2).

In Basel wird die Einführung der Rauchverbote in den K&A evaluiert. Voraussichtlich werden andere Standorte gesucht, damit eine Möglichkeit geschaffen werden kann, dass die KlientInnen rauchen, ohne die Öffentlichkeit zu stören und ohne dass der Kontakt zu ihnen verloren geht.

In Notschlafstellen ist die Ausgangslage grundsätzlich anders. In einer Stelle sind die öffentlichen Räume alle rauchfrei und 80% der Zimmer sind für Rauchende, dort darf man rauchen. (notwo2, S.2).

Einen andern Umgang mit dem Rauchen hat eine weitere Notschlafstelle gefunden. Dort wird Tabakrauchen wie eine Suchtform unter anderen behandelt: « ... weil eigentlich geht es ja pragmatisch darum, den Leuten zu ermöglichen, trotz ihrer Sucht in der Notschlafstelle zu übernachten – und nicht ihnen einen Konsumraum einen Abend lang zur Verfügung zu stellen, um es gemütlich zu haben – deshalb haben wir gesagt, dann machen wir den Hygieneraum zusätzlich zum Rauchraum und haben dort halbstündlich, dreiviertelstündlich mit 5 Minuten Pausen, wechselt das am Abend von Drogenkonsum zu Rauchraum – das heisst, wir gehen schnell nach oben, räumen alle Konsumutensilien für den Drogenkonsum weg, den Spritzeneimer wegräumen, und die Aschenbecher nach draussen stellen – dann kann man rauchen – danach gehen wir wieder nach oben, machen den Hygieneraum – dann können die Konsumenten wieder ihre Drogen konsumieren.» (notwo1, Z.78 - Z.87, S.3).

«... und das funktioniert erstaunlich gut – wir haben eine Kultur geschaffen, wo Zigaretten rauchen einfach nicht mehr selbstverständlich ist – insgesamt wird weniger Zigaretten geraucht. ... – Ja ich habe selber ein bisschen gestaunt, wie glimpflich das über die Bühne gegangen ist. Ich hätte mir da mehr Widerstand ähm nicht erhofft – wie sagt man? – vermutet, erwartet.» (notwo1, Z.92 - Z.98, S.3).

«... der Hygieneraum ist auch ganz bewusst sehr steril gehalten. Also es ist so eine abwaschbare Wandfarbe – ich möchte ihn auch noch umbauen. Er soll noch mehr ein Spital-Flair hineinkommen. Weil ich meine: Drogenkonsum in einem hygienischen Konzept, das ist ja im Prinzip eine medizinische Indikation und deshalb soll das ruhig ein bisschen nach Spital aussehen – von mir aus auch

riechen – und eigentlich das gleiche gilt hier auch beim Rauchen – es ist ein Suchtmittel – ja wieso nicht?» (notwo1, Z.169 - Z.177, S.4).

Auch das Begleitete Wohnen (BeWo) stellt oft eine Notlösung dar. Dennoch sind längerfristige Unterbringungen im Angebot der BeWo vorgesehen.

«... Alle Wohnungen sind Raucher-Wohnungen, ausser die Bewohner vereinbaren, dass die Wohnung eine Nicht-Raucher-Wohnung wird. Es gibt keine Vorschriften von aussen. Ausnahme - in den Betten darf nicht geraucht werden - präventive Vorsorge. Therapieräume sind rauchfrei. Zum Teil haben Klienten Kinder und haben ein Besuchsrecht und wollen deshalb eine Nicht-Raucher-Wohnung haben oder wegen der Hygiene. Sie verknüpfen ihre Wohnung mit einem nicht mehr gassigen-Wohnen.» (bewo1, S.2).

Beim Spritzentausch findet der Kontakt entweder in einer K&A statt oder bei einem Bus. Der Kontakt ist jeweils so kurz, dass kein Gestaltungsraum für Rauchverbote oder Interventionen besteht. Eine befragte Fachperson kann sich vorstellen, dass KlientInnen, welche nur den Spritzentausch in Anspruch nehmen eventuell empfänglicher sind für Rauch-Entwöhnungsprogramme (spr1_rdr3, S.2).

Ein Pionierkanton, der schon früh im Gesundheitsgesetz den Schutz vor Passivrauchen erlassen hat, hat im gleichen Gesetz die Gassenküche als Ausnahme festgehalten.

«Weil man gemerkt hat, dass das bei einem Betrieb wie unserem architektonisch nicht möglich ist, einen Rauchraum zu machen. Wir haben keine Aussenraummöglichkeiten – wir sind mitten in der Stadt. Das heisst, dass man wegen der Wegweisung der Leute, – weg von der Öffentlichkeit –, dass es nicht Immissionen gibt, welche den Betrieb gefährden. Also muss man im Haus drinnen rauchen können. Und im Gesundheitsgesetz steht jetzt drin, dass in solchen Betrieben wie der Gassenküche, dass dort dieses Gesetz nicht gilt. Klar ist es ein eingeschränkter Zugang.» (prev3, Z.101 - Z.107, S.3).

Les centres de réduction des risques sont devenus pour la plupart des lieux non fumeurs, les clients se sont adaptés. «On a échelonné la mise en place de l'interdiction de fumer sur sept semaines pour «amadouer» les usagers dont on craignait des réactions violentes ou qu'ils ne viennent plus. On a créé un calendrier dégressif. Les usagers ont trouvé ça ridicule et ont proposé que l'interdiction entre en vigueur directement. Il était donc possible pour l'utilisateur de différer la consommation de clope. Nous avons fait un grand travail de communication autour de ce processus de créer un local sans fumée, c'est là que nous avons introduit un discours sur la santé: le personnel reste dans ce lieu toute la journée, il faut le protéger. Effet positif sur le personnel: majorité de non-fumeurs aujourd'hui.» (MB-GE2).

Les centres de réduction des risques qui sont souvent devenus non fumeurs ont vu apparaître deux conséquences majeures: le contact entre l'équipe et les clients est devenu plus difficile (moins fréquent); de nouveaux problèmes avec le voisinage sont apparus, avec les utilisateurs qui restent plus longtemps devant le centre pour fumer.

Insgesamt betonen praktisch alle Suchtfachstellen der Überlebenshilfe, dass die Mitarbeitenden den Schutz vor Passivrauchen begrüssen und die KlientInnen verstehen es.

4.3.4. Angebote – Prestations

Die Schadensminderung oder auch Überlebenshilfe bietet im Kern des Auftrages keine Sucht-Behandlungen an, sondern betreibt harm reduction, insbesondere Prävention von HIV- oder Hepatitis-Infektionen und Überdosierungen. Dazu werden hygienische und sichere Orte für Hoch-Risiko-Gruppen geboten. Oftmals können die Angebote anonym genutzt werden, beispielsweise beim Spritzentausch. Die Rolle der Überlebenshilfe besteht primär darin, die Drogenabhängigen am Leben zu erhalten und sie soweit gesund zu erhalten, dass ihre Ressourcen für eine spätere Behandlung

bestehen bleiben. Im Namen der Kontakt- und Anlaufstellen ist die Idee ausgedrückt, dass es niederschwellige Anlaufstellen sind, um mit dem Hilfesystem in Kontakt zu kommen und wenn die Motivation vorhanden ist, in eine Behandlung einzutreten. Allerdings ist dabei nicht zuerst an eine Behandlung der Tabakabhängigkeit gedacht worden.

In erster Linie wurde in den Kontakt- und Anlaufstellen betont, dass Gespräche mit den KlientInnen sehr wichtig seien. « GESPRÄCHE – also bei unseren Klienten, die so viel alleine sind – die so isoliert leben und einsam – da ist Gesprächsbegleitung sicher nicht das Dummste.» (rdr4, Z.47 - Z.48, S.2).

In den Interviews mit den Vertretungen der Schadensminderung sind keine spezifischen Angebote für eine Behandlung der Tabakabhängigkeit genannt worden. Wichtig seien Faktoren wie die Vertrauensbasis: «Wir bauen auf diese Vertrauensbasis auf, die langsam entsteht, haben aber dafür auch ein viel tieferes Wissen.» (gass2, Z.13 - Z.14, S.2) sowie das Spiegeln der Realität: «Also die Konfrontation mit der Wahrheit – das merke ich gerade bei unsern Klienten – ist das ganz etwas Wichtiges.» (gass2, Z.90 - Z.91, S.3).

In einer K&A existiert eine ärztliche Sprechstunde. Der Arzt hat kurz vor dem Interview selber mit Rauchen aufgehört mithilfe des Medikaments Champix. Daraufhin wollte er auch Klientinnen und Klienten sowie Mitarbeitende motivieren ebenso aufzuhören. Er schilderte, dass er beim Personal weitere acht Rauchende gefunden habe, die nun ebenfalls aufhören. Doch für die KlientInnen seien die Kosten zu hoch. Der Versuch des Projektteams dafür eine Finanzierung zu organisieren, ist bisher nicht gelungen. Ein Pilotversuch mit 50 Teilnehmenden wäre nach Meinung des Arztes möglich (rdr2, S.1).

Angebote für rauchendes Personal sind selten. Ein positives Beispiel einer Kontakt- und Anlaufstelle für Drogenabhängige: «Da würden sie Unterstützung bekommen. Das haben wir sogar auch schon gemacht. Jemandem auch schon eine Behandlung bezahlt. Das unterstützen wir, wenn jemand wirklich aktiv kommt und sagt, ich brauche das oder selber tut, unterstützen wir es.» ...«Das war, wenn es mir Recht ist, eine Akupunkturbehandlung. Die ganze Suchtfachstelle als Träger unterstützt das.» (rdr5, S.3).

Für die Überlebenshilfe ist Vernetzung im Bereich Tabak keine Notwendigkeit und eigentlich auch kein Thema. Stellvertretend steht folgendes Zitat: «Wir sind gut vernetzt und irgendwie doch nicht.» (rdr3, S.4).

Il n'existe en général pas d'offre de traitement de la consommation de tabac dans les structures de réduction des risques.

Les objectifs de la réduction des risques sont différents: maintien en vie, création d'un lien durable, accompagnement psycho-social, aide à l'insertion sociale (logement, activités valorisantes, etc.), éventuellement accompagnement vers un traitement.

Les médecins qui travaillent dans les centres de réduction des risques, donnent parfois des conseils et font des recommandations au sujet de la consommation de tabac.

Il y a très peu de collaboration avec les centres spécialisés dans le tabagisme.

4.3.5. Fazit zur Überlebenshilfe

Nur relativ wenige konstruktive Ansätze liessen sich in diesem Setting finden. Die bestehenden Angebote zeigen punktuell eine gewisse Sensibilisierung. Die Bemühungen zum Schutz vor Passivrauchen bewirken eine erhöhte Sensibilisierung. Das Thematisieren von gesundheitlichen Problemen oder der Hinweis auf die hohen Kosten des Rauchens bieten bisher wenig genutzte Einstiegspunkte, um die Motivation für eine Behandlung der Tabakabhängigkeit anzugehen.

Auffällig ist der noch immer sehr hohe Anteil der Rauchenden auch beim Personal.

Peu d'approches concrètes sur la prise en compte du tabac apparaissent dans la réduction des risques. Les efforts réalisés autour du thème de «protection contre la fumée passive» ont sensibilisé les professionnels au thème spécifique du tabac dans leur domaine d'activité. Les risques accrus pour la santé et les coûts élevés liés à la consommation de tabac sont des portes d'entrée pour traiter cette problématique.

4.4. Anregung und Ausblick – Perspectives

In allen drei Säulen wurde die Befragung, insbesondere die qualitativen Leitfadenterviews als ein Anstoss verstanden, die eigene Haltung zur Tabakabhängigkeit zu überdenken.

Unser Projekt hat bereits jetzt, – vor der Phase der Diskussion der Resultate – zur Folge, dass die Sensibilisierung spürbar erhöht wurde. Dies veranschaulicht auch folgendes Zitat: «Ich fand das Interview sehr gut und man muss wirklich vermehrt dem Tabak Aufmerksamkeit schenken - Droge Nr. 1» (ttt7, S.4).

Dasselbe wird belegt durch Zitate aus allen Säulen und Arten von Institutionen, hier stellvertretend nochmals von einem Pflegefachmann einer Entzugsstation: «Also ich denke, es würde einmal Sinn machen, wenn wir uns auch ein bisschen sensibilisieren bezüglich Infomaterial oder so dass wir da auch einmal ein Auge darauf haben – da haben Sie mich jetzt im Gespräch darauf gebracht – wir haben nämlich tatsächlich nichts. Und dass wir versuchen, auch ein bisschen mehr ein Augenmerk darauf zu legen, das wäre noch eine gute Sache – wie gesagt – es geht ein bisschen unter bei der Geschichte – wie gesagt, die Patienten haben halt schon recht Mühe beim anderen Entzug.» (sev1, Z.153 - Z.158, S.4).

Mit Bezug auf die Behandlungsmöglichkeiten wurde zwar punktuell auch an Neuerungen gedacht, beispielsweise das KISS für die Behandlung von Tabakabhängigkeit angepasst einzusetzen. Aber der Schwerpunkt der Wünsche oder Aussichten für die Zukunft geht in eine andere Richtung. Mit Blick in die Zukunft wird seitens Behandlung gewünscht, dass sich die Wahrnehmung bezüglich Rauchen in folgende Richtung verändert: «Im Verhältnis zum Rauchen ist es nochmals extremer. Ganz viele nehmen es nicht einmal als Krankheit als Sucht als Abhängigkeit wahr. » (ttt3, Z.23 - Z.24, S.4).

«Noch ein Wunsch an die Behandlung. Vielleicht müsste man vermehrt an die Fachleute aufzeigen, dass es ein Problem ist. Ich glaube halt, dass Nikotin einem häufig selber nahe ist – man ist selber betroffen und dann ist es noch weniger ein Thema, das in der Behandlung anzusprechen. Wenn man selber stark raucht. Und was ich gemerkt habe, als ich mit meinen Leuten gesprochen habe, dass es alle eigentlich nicht ok finden, dass sie das nicht zum Thema machen. Aber es ist wie zu wenig Thema gewesen eben. Ein Berater, der starker Raucher ist, hat ein Stückweit auch Hemmungen – ich weiss ja selber, dass ich aufhören müsste.» (prev3, S.7).

Folgende Wünsche zeigen, dass es auch in der Prävention, trotz guten Angeboten noch Potenzial gibt:

«In der Prävention würde ich mir mehr gezielte Präventionsprogramme wünschen. Eben speziell auf die Zielgruppen zum Beispiel auf den Bereich Migration wo wirklich ein Problem auf uns zukommt. Also wenn für Kinder Nikotin oder Tabak einfach normal ist, dann ist die Chance gross, dass sie auch rauchen. Und trotzdem wünsche ich mir, dass es in der Prävention vermehrt Abstimmungen gibt, von allen diesen Präventionsprogrammen. Sei das im Alkohol, im Tabakbereich oder wo auch immer.» (prev3, Z.261 - Z.266, S.6).

« ... ich würde mir wirklich wünschen, wir könnten das Verhältnis noch besser anpassen – dass der Jugendschutz besser eingehalten würde.» (prev2, Z.203 - Z.204, S.4).

Ein politisch schwieriger Wunsch nach mehr Glaubwürdigkeit: «Ja und eine Sache, die als Wunsch wäre – wo ich merke, dass das bei Vorträgen – auch für Patienten wichtig gewesen... Finde ich, die Verknüpfung vom Staat, dass er einerseits Tabaksteuern bezieht und dann Tabaksteuern zum Teil wieder für Prävention ausgibt, das ist eine Verknüpfung, die ich nicht sinnvoll finde. Also ich finde, der Staat soll sich aus der Tabaksteuer verabschieden und anderweitig mehr dagegen arbeiten. Jemand der selber so viel davon profitiert – ich denke, das kommt nicht gut raus.» (ttt3, Z.25 - Z.30, S.4).

Cette enquête a créé une stimulation importante pour repenser la place du tabac dans les lieux spécialisés. Lors de cette première étape (état des lieux), la sensibilisation a déjà augmenté. Les citations ci-dessous démontrent que pour certains, la prise en compte du tabac est nécessaire et peut être améliorée. Cependant, des questions restent ouvertes quant à la manière de réaliser cette mission, qui se décline différemment dans les trois piliers.

"Il y a une volonté de ne pas mettre le focus sur le tabac, car on n'a pas l'approche par produit. Par contre, on pourrait s'améliorer sur la prise en compte de la consommation de tabac dans un «espace santé», entendu que le tabac, dans certains cas, est un méfait. Mais le tabac est aussi considéré par la personne comme une récompense. Quel est le risque de l'en priver (moyen d'intégration). Comment intégrer ce paradoxe?" (HD-GE1).

«Cette interview me donne des idées de collaboration avec les spécialistes du tabac pour mieux informer nos résidents. Si nous ne problématisons pas la question du tabagisme, il y a cependant un sens à la thématiser en termes de prévention.» (MRG – T11)

"Il tabagismo pur essendo molto diffuso tra i nostri utenti non viene da noi trattato specificatamente. Una grave mancanza su cui dovremmo intervenire. Vi ringraziamo intanto dell'opportunità di averci fatto riflettere in merito."(TI-40639.62127).

5. Diskussion und Schlussfolgerungen – *Conclusion*

Die Suchtfachstellen der drei Säulen Prävention, Therapie und Schadensminderung sind sehr unterschiedlich mit Suchtproblemen im Allgemeinen konfrontiert und gehen auch sehr unterschiedlich mit den spezifischen Anforderungen um, die sich aus der Tabakabhängigkeit ergeben.

Die vorliegende Bestandesaufnahme beruht auf der Schweiz-weiten qualitativen Befragung von 50 Suchtfachstellen und auf der Internet-basierten Befragung von 301 Suchtfachstellen. Der Gesamtrücklauf der befragten Suchtfachstellen betrug 64%.

Der Rücklauf war bei den qualitativen Leitfaden-Interviews sehr gut und in der standardisierten Befragung via Internet auch überdurchschnittlich hoch.

Die Bestandesaufnahme kann nicht als repräsentativ und trotz der guten Streuung über alle Kantone der Schweiz auch nicht als Vollerhebung angesehen werden. Die Analyse der qualitativ erhobenen Daten wurde nur relativ oberflächlich vorgenommen, da wir die Absicht verfolgten, die positiven Ansätze zu finden, ohne eine tiefer gehende Analyse der Ursachen bestimmter Muster. Die quantitative Befragung erfolgte mit einem standardisierten Fragebogen, der die Vielfalt der befragten Institutionen zu berücksichtigen versuchte. Die Fragen wurden in einem Pretest verfeinert aber nicht validiert.

Gleichwohl kann die Abdeckung der Bestandesaufnahme als sehr gut angesehen werden. Die Kombination von Leitfaden-Interviews mit standardisierter Befragung ermöglicht es, ein relativ deutliches Bild zu gewinnen.

In der Prävention dominiert die Trennung der Aufträge an die Lungenligen und die Suchtfachstellen. Auch wenn einzelne Beispiele besonders in kleineren Kantonen aufzeigen, dass diese Aufteilung überwunden werden kann, so ist doch vielerorts Tabak kein Thema in den Suchtpräventionsstellen. Dies ist suboptimal, da Tabakrauchen als Risikofaktor für diverse Suchtentwicklungen angesehen werden kann.

Die angezielte Zahl von 12 guten Ansätzen der Prävention kann nur knapp zusammen getragen werden, ohne dass auf die spezialisierten Angebote der Lungenligen zurückgegriffen wird. Generell ist der Eindruck, dass die Präventionsstellen gute Angebote und Projekte zu substanzspezifischer Prävention aufweisen und punktuell auch gute Ansätze im Tabakbereich bestehen. Die vielerorts angetroffene Trennung vom Tabakbereich scheint aber doch auch eine gewisse Ratlosigkeit und ein ungenügendes Verständnis für die Zielsetzungen der Tabakprävention zu fördern. Als erster Schritt wäre eine bessere Vernetzung über eine gegenseitige Klärung der Zielsetzungen in der Prävention vermutlich angezeigt.

In der Säule der Behandlung zeigt sich eine grosse Vielfalt von Angeboten, die speziell für Tabakabhängige gemacht sind. Diese werden aber nicht flächendeckend angeboten. Die angezielte Anzahl der Beispiele ist bestens übertroffen worden. Die Verbreitung der guten Ansätze und Behandlungsoptionen ist zu fördern. Die notwendige Sensibilität und Wahrnehmung der Problematik kann mit der Diskussion darüber gefördert werden, dass Tabakabhängigkeit grundlegend an fast jeder Suchtgeschichte beteiligt ist oder zumindest genauso eine Sucht darstellt wie die klassische Heroin- oder Alkoholabhängigkeit. Es wäre eine Verschwendung von Kompetenzen der Suchthilfe, wenn das differenzierte und fachlich bestens gestützte know-how der Säule Therapie nicht auch gegen die Tabakabhängigkeit eingesetzt würde, zumal die KlientInnen bereits in den Institutionen behandelt werden.

In der Überlebenshilfe und Schadensminderung sind Diagnosen oder Behandlungen grundsätzlich selten. In der Regel wird für eine Behandlung an die zweite Säule überwiesen. Die Wahrnehmung der

Tabakproblematik ist allerdings stark von der Furcht geprägt, dass Ausgrenzung und Stigmatisierung der KlientInnen nun auch via Tabakprävention stattfinden könnten. Das Verständnis für den Suchtaspekt des Rauchens ist gering oder möglicherweise verdrängt von der eigenen Identität und Affinität zum Rauchen. Der hohe Anteil der Rauchenden beim Personal ist aber mit hoher Wahrscheinlichkeit im Rückgang begriffen. Parallel zum gesamtgesellschaftlichen Trend nimmt auch der Anteil der Rauchenden beim Personal der Schadensminderung ab. Dieser Trend wird von den Institutionen aber nur selten aktiv unterstützt.

Der Schutz vor dem Passivrauchen ist ein klares Anliegen des Personals und findet auch weitgehend Verständnis bei den Klientinnen und Klienten. Dennoch entstehen Nachteile wie vermehrte Immissionen, die von der Nachbarschaft reklamiert werden, zunehmende Hektik und erschwerte Kontakt- und Beziehungspflege. Um diese Nachteile wieder aufzufangen oder abzumildern sind teilweise bauliche Massnahmen oder gar ein Umzug an einen neuen Standort nötig.

Das methodische Vorgehen mit der Kombination von Leitfadeninterviews und einer breiten quantitativen Befragung via Internet hat sich für diese Bestandesaufnahme sehr bewährt. Viele Rückmeldungen weisen darauf hin, dass die Befragung als Anstoss verstanden wird und bewirkt, dass vermehrt und vertieft über den Suchtaspekt der Tabakabhängigkeit nachgedacht wird.

Die nächste Projektphase besteht aus Diskussionen in den AT-Foren, in den Fachgruppen des Fachverbandes Sucht und den Plattformen von GREA, sowie einer für alle Befragten und Interessierten offenen Veranstaltung zu den Resultaten und Empfehlungen dieser Bestandesaufnahme. Damit wird das Wissen über die bestehenden good practice Ansätzen verbreitet und die Sensibilisierung gefördert. Gleichzeitig besteht nochmals die Möglichkeit einer Validierung der Resultate und es können weitergehende Vorschläge eingebracht werden.

Wir danken an dieser Stelle recht herzlich allen Befragten für Ihr Engagement und die Zeit, die sie sich genommen haben! Ebenfalls danken wir dem Fachbeirat für seine kritischen Inputs und sein Engagement!

Le présent état des lieux s'appuie sur une enquête réalisée dans toute la Suisse. Une démarche qualitative, qui a réuni 50 interviews de divers professionnels issus de lieux spécialisés en addictions différents, et un questionnaire quantitatif standardisé, diffusé par internet, qui a permis de récolter 301 réponses. La combinaison des approches qualitatives et quantitatives apporte une photographie relativement distincte de la situation.

Le retour sur les interviews qualitatives était de très bonne qualité. Le taux de participation à l'enquête par internet est au dessus de la moyenne. L'impact de ce projet est donc très intéressant. Une majorité d'institutions ont rapporté qu'elles allaient utiliser l'opportunité de cette enquête pour rediscuter la question du tabac en leur sein.

Malgré un excellent taux de participation, une bonne représentation pas secteurs (piliers) et au niveau géographique (cantons), l'analyse des questionnaires qualitatifs est perfectible. Nous nous sommes principalement centrés sur les éléments précis concernant les activités réalisées, sans s'attarder plus profondément sur les raisons pour lesquelles les centres ne proposaient parfois aucune prestation. Quant à l'enquête quantitative par internet, elle se présentait sous la forme d'un questionnaire standardisé pour interroger un ensemble de structures très diverses; les questions ont été développées avec un pré-test, mais pas validées.

Cet état des lieux doit donc être considéré avec intérêt, mais ces résultats ne peuvent cependant pas prétendre à une parfaite représentativité.

Les lieux spécialisés dans les trois piliers de la Prévention, Thérapie et Réduction des risques sont confrontés de manières très différentes aux problèmes d'addiction. C'est aussi le cas en ce qui concerne la prise en compte du tabagisme.

Au niveau de la prévention, le tabac n'est pas obligatoirement un sujet thématique en tant que tel dans les lieux de prévention des addictions, la prévention étant souvent orientée vers des messages plus généraux concernant les facteurs de risques et les facteurs de protection. Lorsqu'une approche relative au tabac est réalisée, c'est très souvent en partenariat avec les spécialistes de la prévention du tabac. L'objectif est clairement l'arrêt de la consommation.

Dans le domaine de la thérapie, il existe une grande diversité de prestations sur le tabagisme. Si ces prestations restent ponctuelles et globalement peu connues, elles représentent tout de même une liste de pratiques, qu'il sera intéressant de commenter lors de la phase de consultation.

Dans le domaine de la réduction des risques, l'évaluation et le traitement du tabagisme sont rares. En cas de besoin de traitement, la situation est transférée à une structure spécialisée. Le maintien du lien avec l'utilisateur est un objectif central dans le domaine de la réduction des risques, le risque de perte de ce lien est très problématique pour les professionnels. C'est pourquoi, la problématique «tabac» est perçue avec crainte, notamment le risque de stigmatisation du client avec un message de prévention qui ne corresponde pas aux besoins du moment. La proportion de fumeurs au sein du personnel est plus importante dans ce domaine, mais cette proportion est en diminution. Par ailleurs, la protection contre la fumée passive est un thème amené par le personnel et est comprise sans difficulté par les clients/patients. En devant fumer à l'extérieur, des problèmes avec le voisinage des lieux de réduction de risques se sont accentués. L'intégration de ces services dans les dynamiques communautaires locales est une préoccupation quotidienne. Des projets peuvent être mis en danger si les rapports avec le voisinage se détériorent.

Pour la prochaine étape de ce projet, les résultats de cet état de lieux vont être présentés et mis en discussion auprès des professionnels du domaine des addictions, par le biais des Plateformes professionnelles du GREA et du Fachverband Sucht, ainsi qu'auprès des lieux spécialisés dans la prévention et le traitement du tabagisme. L'objectif est de commenter les bonnes pratiques répertoriées et, sur la base des commentaires recensés, d'émettre des recommandations concrètes.

Nous remercions ici vivement tous les partenaires qui ont pris le temps de répondre à nos questions et nous formulons le souhait que ce document puisse les aider à poursuivre leur réflexion sur l'amélioration constante de leur travail.

6. Anhang

6.1. Literaturverzeichnis

Ernst M.-L. und Ryter E. (2009): Weiterbildung im Tabakentwöhnungsbereich. Auftraggeber: Expertengruppe Weiterbildung Sucht (EWS) Bern.

Maffli E., Delgrande Jordan M., Schaaf S., Schaub M., Kunzi U. & Eastus C. Act-info Jahresbericht 2009. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. Bundesamt für Gesundheit (BAG), Dezember 2010.

Meyer M., Egger Tresch I. & Lang M. Tabakpräventionsstrategie Kanton Zug 2011 bis 2017. www.zug.ch/gesundheitsamt.

Möller, H., Laux, G. & Deister A. (2009). Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme-Verlag.

«La consommation de tabac dans la population suisse de 2001 à 2010.» (OFSP, 2011).

«Les aspects économiques et politiques de la consommation de tabac. » (EWS/GFD, 2011).

6.2. Webverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit (Heroingestützte Behandlung HeGeBe):

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01191/index.html?lang=de>

Abfragedatum: 9. Mai 2011

Bundesamt für Gesundheit (Abgabeverbot Tabakwaren):

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/03814/03817/index.html?lang=de>

Abfragedatum: 15. August 2011

EMOX: <http://www.emox.ch>

Abfragedatum: 9. Mai 2011

Fagerström Test:

<http://www.stop-simply.de/fagerstrom-test.html>

Abfragedatum: 15. August 2011

feel ok:

<http://www.feelok.ch>

Abfragedatum: 9. Mai 2011

Finito:

<http://www.bernergesundheits.ch/de/themen/tabak.37/beratung-und-therapie.72/finito-zug-um-zug-zur-rauchfreiheit-gruppe.1009.html>

Abfragedatum: 15. August 2011

FOSUMIS:

<http://www.fosumis.ch/>

Abfragedatum: 15. August 2011

FOSUMOS:

<http://www.fosumos.ch/>

Abfragedatum: 15. August 2011

FREELANCE: <http://www.be-freelance.ch/>

Abfragedatum: 9. Mai 2011

Kurs «Nicht mehr rauchen»:

<http://www.nichtmehrtrauchen.ch/cmspage.asp?sid=6&sub=6&mainid=6>

Abfragedatum: 15. August 2011

Psychoaktiv.ch <http://www.psychoaktiv.ch>

Abfragedatum: 9. Mai 2011

Queer quit <http://www.queer-quit.ch/>

Abfragedatum: 9. Mai 2011

Rauchfreie Lehre:

<http://www.rauchfreielehre.ch/>

Abfragedatum: 15. August 2011

Realize it:

<http://www.realize-it.org/>

Abfragedatum: 15. August 2011

Smokeless:

<http://www.smokeless-kurs.ch/>

Abfragedatum: 15. August 2011

Wuweg http://www.gl.ch/xml_1/internet/de/application/d1256/d31/d379/d536/f1109.cfm

Abfragedatum: 20. Juni 2011

6.3. Abbildungsverzeichnis – Table d’illustrations

<i>Abbildung 1: Suchtwürfel der Schweizer Suchtpolitik www.psychoaktiv.ch</i>	10
<i>Figure 1: Le modèle du cube de la politique suisse des dépendances</i>	10
<i>Abbildung 2: Anzahl der quantitativ Befragten in der Schweiz pro Säule (N=301).</i>	12
<i>Figure 2: Répartition des réponses au questionnaire quantitatif par piliers pour toute la Suisse (N=301).</i>	12
<i>Abbildung 3: Geschätzte Anteile der Rauchenden unter dem Personal und den KlientInnen der Suchtfachstellen der gesamten Schweiz (N=301).</i>	13
<i>Figure 3: Estimation de la Proportion de fumeurs dans les lieux spécialisés en Suisse (N=301)</i>	13
<i>Abbildung 4: Systematische Erhebung von Tabakabhängigkeit in den Institutionen (N=301)</i>	14
<i>Figure 4: Evaluation du tabagisme dans les lieux spécialisés (N=301)</i>	14
<i>Abbildung 5: Geschätzte Anteile der Rauchenden unter dem Personal und den KlientInnen der Suchtpräventionsstellen (N=39).</i>	16
<i>Figure 5: Estimation de la Proportion de fumeurs parmi le personnel et la clientèle dans le pilier de la prévention (n=39).</i>	16
<i>Abbildung 6: Schätzungen der Anteile der Rauchenden beim Personal und bei KlientInnen der Säule Therapie (N=206).</i>	25
<i>Figure 6: Estimation de la proportion de fumeurs parmi le personnel et les clients dans le pilier de la Thérapie (N=206).</i>	25
<i>Abbildung 7: Geschätzte Anteile der Rauchenden unter dem Personal und den KlientInnen der Fachstellen der Überlebenshilfe und Schadensminderung (N=50).</i>	36
<i>Figure 7: Estimation de la Proportion de fumeurs parmi le personnel et la clientèle des lieux spécialisés dans le pilier de la Réduction des risques (N=50).</i>	36

6.4. Instrumente der Befragung – Instruments de l’enquête

- Leitfaden (dt., fr. und it.) – *Guide d’entretien*
- Quantitativer Fragebogen (dt., fr. und it.) – *Questionnaire quantitatif*
- Zusammenfassung quantitativer Fragebogen (dt.,fr. und it.) – *Résumé du questionnaire quantitatif*
- Dokumentation der Einladungen für die Diskussion der Empfehlungen – *Invitation pour la consultation (discussion des recommandations)*