

Zeitschrift für

Gerontologie + Geriatric

Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatric und
des Bundesverbandes Geriatric e.V.



Elektronischer Sonderdruck für U. Dapp et al.

Ein Service von Springer Medizin

Z Gerontol Geriat 2011 · 44:55–72 · DOI 10.1007/s00391-011-0244-8

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

U. Dapp · R. Fertmann · J. Anders · S. Schmidt · F. Pröfener · C. Deneke · C. Minder · J. Hasford · W. von Renteln-Kruse

Die Longitudinal-Urban-Cohort-Ageing-Studie (LUCAS)

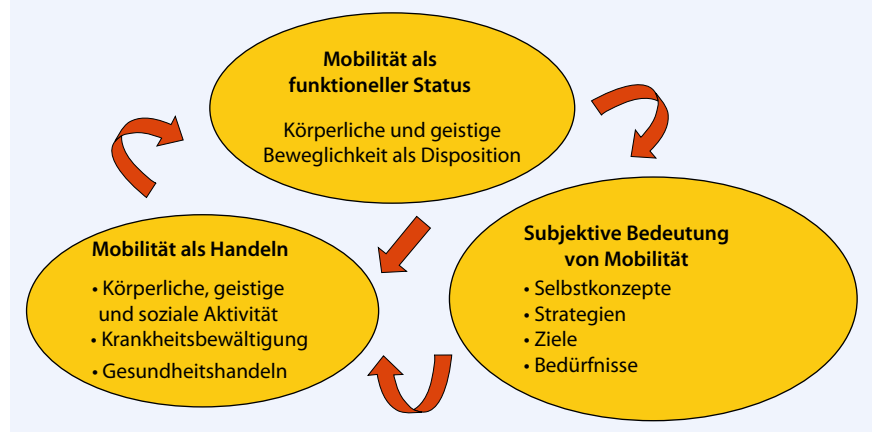


Abb. 4 ▲ Multidimensionales Konzept von Mobilität. (Adaptiert nach [2])

LUCAS-Teilprojekt 7: Pflegerberatung zur Förderung von Mobilität und Lebensqualität⁸

S. Strupeit, C. Deneke

Hintergrund und Fragestellung

Mobilität zu erhalten, ist ein zentrales Bedürfnis des Menschen und eine relevante Ressource für den Erhalt von Selbstständigkeit, Autonomie und Lebensqualität im Alter [8]. Ihr Verlust ist ein hoher Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit und damit auch für die Einweisung in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege [2]. Die Förderung steht aufgrund des demografischen und gesundheitspolitischen Wandels im Fokus pflegerischen Handelns. Pflegerische Interventionen zur Patientenedukation mit dem Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung älterer Menschen gelten dabei als Herausforderung und zählen maßgeblich zum Aufgabenbereich von Pflegefachkräften.

In den letzten Jahren haben im wohnortnahen Bereich präventive Hausbesuche bei älteren, mobilen Patienten Verbreitung gefunden [7, 10]. Bereits in ihrer Mobilität eingeschränkte alte Menschen mit einem hohen Bedarf an Unterstützung haben jedoch gegenwärtig geringere Chancen, Maßnahmen zur Förderung von Mobilität in Kliniken oder in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege zu erhalten. Zudem liegt der Fokus überwiegend auf der Sturzprophylaxe. Akute Erkrankungen im Alter lösen

häufig einen Prozess aus, in dem Mobilität und Selbstständigkeit sukzessive abnehmen und Pflegebedürftigkeit entsteht [1]. Die Forschungslage bezüglich der Effektivität von Sturzprophylaxe ist nicht eindeutig [3, 6]. Zudem können weder die wirksamen Anteile in multidimensionalen Ansätzen isoliert werden [9], noch sind langfristige Effekte nachgewiesen. Es fehlt zurzeit an kompetenz- und ressourcenorientierten Konzepten der Gesundheitsförderung, die auf die Bedürfnisse älterer vulnerabler Zielgruppen zugeschnitten sind. Diese Lücken sollen durch dieses Teilprojekt geschlossen werden. Ebenfalls soll der Fragestellung nachgegangen werden, ob und wie sich Mobilitätsparameter und die Lebensqualität während des Klinikaufenthalts sowie nach der Entlassung aus dem klinischen Setting entwickeln und welche Herausforderungen dadurch für pflegerische Beratungskonzepte erwachsen.

Studiendesign und Methoden

Die Effekte der Intervention „Pflegergesprächsstunde“ zur Mobilitätsförderung und Verbesserung der Lebensqualität wurden mittels einer prospektiven Längsschnittstudie in einem nichtäquivalenten Kontrollgruppendesign untersucht. Der Mobilitätsbegriff wurde mittels qualitativer Interviews untersucht [2].

Ergebnisse

Als zentrales Ergebnis kann berichtet werden, dass es an Kompetenz und ressourcenorientierten Konzepten fehlt, um Mo-

⁸ BMBF-Förderkennzeichen: 01ET0712

bilität bei älteren Menschen zu erhalten und zu fördern. In gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Studien steht gemeinhin die Bedeutung von Mobilität als funktioneller Status im Mittelpunkt [2].

In einem multidimensionalen Konstrukt können 3 Dimensionen von Mobilität fokussiert werden:

1. Mobilität als Handeln, d. h. die körperliche, geistige und psychische Aktivität,
2. die funktionelle Mobilität als Option und
3. die subjektive Dimension von Mobilität, d. h. Selbstkonzepte, Strategien, Ziele, Bedürfnisse und Motive.

Diese 3 Dimensionen von Mobilität stehen in einem interdependenten Verhältnis zueinander. Innerhalb der Forschergruppe des Teilprojekts 7 wurde der Mobilitätsbegriff erweitert und ein multidimensionales Verständnis skizziert (■ **Abb. 4**, [2]). Daraus folgend muss eine multidimensionale Definition von Mobilität aus pflegewissenschaftlicher Sicht formuliert werden, die über die bekannten Definitionen, z. B. NANDA-Pflegediagnosen, hinausgeht.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Das erweiterte Verständnis von Mobilität wurde in die Intervention „Pflegesprechstunde“ integriert. Zudem war es zentraler Bestandteil eines modularisierten Schulungsprogramms für Pflegefachkräfte, welche die Intervention durchführten. Die beteiligten Akteure in der Gesundheitsversorgung sollten anhand der bereits vorliegenden Ergebnisse ihre Auffassungen von Mobilität überdenken und ggf. um die neu aufgeführten Bestandteile erweitern. Die Ergebnisse sollten ebenfalls innerhalb pflegerischer Beratungskonzepte sowie Pflegemodellen Einfluss finden. Denn Emmrich et al. [4] kommen auf der Grundlage eines Praxisprojekts zu dem Schluss, dass Beratende im pflegerischen Alltag in der Regel direktiv beraten und Ratschläge geben, besonders in Bezug auf Situationen, in denen sie selbst Pflegefachprobleme identifizieren [5, 6]. Damit einhergehend adaptieren sie eine klare Rollentrennung und das Machtgefälle zwischen Patient und Arzt oder Pfl-

gekräft („care giver“). Sie gehen das Risiko ein, dass die Inhalte der Fachberatung nicht an alltagsrelevante Wissensbestände anschließen und deshalb von Klienten nicht aufgegriffen werden. Eine wesentliche Kompetenz für die Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung besteht daher darin, dass Pflegefachkräfte die Methoden und Konzepte der Pflegeberatung, Anleitung und Schulung bewusst, methodisch geleitet und flexibel einsetzen können [2]. Innerhalb der Forschergruppe des Teilprojekts 7 wurde eine ressourcenorientierte Pflegeberatung entwickelt, deren Effekte es zu überprüfen gilt.

Korrespondenzadresse

Vertretungsprof. C. Deneke
Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW)
Fakultät Life Sciences
Department Gesundheitswissenschaften
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg
christiane.deneke@haw-hamburg.de
http://www.haw-hamburg.de

Literatur

1. Zegelin A (2005) „Tied down“ – the process of becoming bedridden through gradual local confinement. *Pflege* 18:281–288
2. Brunnett R, Hasseler M, Strupeit S, Deneke C (2009) Zwischen Fallarbeit und Evidenzbasierung. Ein interdisziplinäres Qualifizierungskonzept für eine ressourcenorientierte Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung. In: Behrens J (Hrsg) *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 8, S 83–102
3. Coussement J, De Paepe L, Schwendimann R et al (2008) Interventions for preventing falls in acute- and chronic-care hospitals: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 56:29–36
4. Emmrich D, Hotze E, Moers M (2006) Beratung in der ambulanten Pflege: Problemfelder und Lösungsansätze mit Fortbildungskonzept. Kallmeyer bei Friedrich, Velber, Seelze
5. Sickendiek U, Nestmann F, Engel F, Bamler V (Hrsg) (2006) *Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung*. dgvt-Verlag, Tübingen
6. Gillespie L, Handoll H (2008) Prevention of falls and fall-related injuries in older people. *Inj Prev* 15:354–355
7. Renteln-Kruse W von, Anders J, Dapp U, Meier-Baumgartner HP (2003) Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. *Z Gerontol Geriatr* 36:378–391
8. Mollenkopf H, Flaschenträger P (2002) *Erhaltung von Mobilität im Alter*, Bd. 197. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kohlhammer, Stuttgart
9. Oliver D, Masud T (2004) Preventing falls and injuries in care homes. *Age Ageing* 33:532–535
10. Schulz-Montag B, Müller-Stoffels M (2006) Szenarien – Instrumente für Innovations- und Strategieprozesse. In: Wilms F (Hrsg) *Szenariotechnik. Vom Umgang mit der Zukunft*. Haupt, Bern

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. U. Dapp
Forschungsabteilung, Albertinen-Haus,
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie,
Wissenschaftliche Einrichtung an der
Universität Hamburg
Sellhopsweg 18–22, 22459 Hamburg
ulrike.dapp@albertinen.de

Danksagung. Der LUCAS-Verbund dankt neben dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Projektträger DLR für die bisherige Förderung und Begleitung ausdrücklich allen, jahrelang mit dem Verbund zusammenarbeitenden Hausärztinnen und Hausärzten, dem Datenschutzbeauftragten der Freien und Hansestadt Hamburg, der Ethik-Kommission der Hamburger Ärztekammer, dem Fachamt Einwohnerwesen der Freien und Hansestadt Hamburg, dem MDK Nord sowie den Verantwortlichen der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg. Allen gilt der verbindliche Dank, ohne deren Unterstützung, Anregungen und kritische Fragen das komplexe Unterfangen nicht möglich gewesen wäre. Eingeschlossen in diesen Dank sind die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats für ihre Unterstützung aufgrund spezifischer Fachkenntnis als auch übergreifender bzw. einordnender Sicht aus unterschiedlicher Perspektive: C. Hendriksen, Kopenhagen; A. Kempfert, Hamburg; R.W. Kressig, Basel; K. Püschel, Hamburg; D. Schaeffer, Bielefeld; T.J.M. van der Cammen, Rotterdam; P. Weritz-Hanf, Berlin; I. Wolff, Hamburg

Interessenkonflikt. Die korrespondierenden Autoren aller LUCAS-Teilprojekte geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.