

Abschlussstagung - Präventive Hausbesuche bei Senioren am 13.03.08 in Stuttgart

Das Projekt *mobil* -
Hintergründe, Instrumente, Ergebnisse

Univ.-Prof. Dr. phil. Frank Weidner,
Cordula Schmidt, Anne Gebert

Einführung

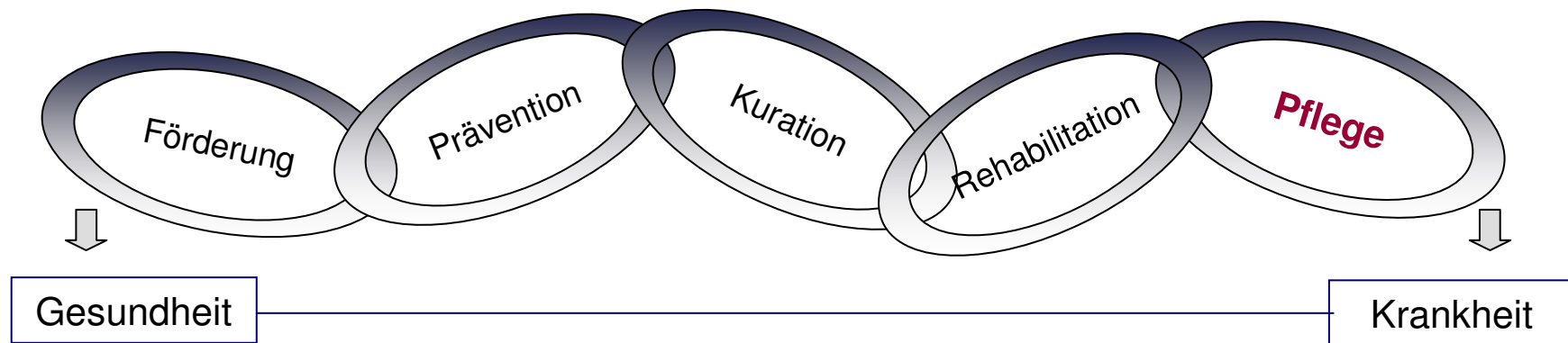
- Kooperative Praxisforschung als wichtiger Beitrag zur Entwicklung und Innovation
 - Das Projekt „mobil“ als Beitrag zur Entwicklung eines pflegepräventiven Denkansatzes
 - Systematisierung und wissenschaftliche Fundierung des professionellen pflegerischen Behandlungsprozesses und seiner Rahmenbedingungen (Anamnese, Diagnostik, Intervention, Evaluation)
-

Gliederung

1. Hintergründe und Grundlagen von „mobil“
(Weidner)
 2. Assessmentinstrument und Auswertung
(Schmidt)
 3. Beratungsergebnisse (Gebert)
-

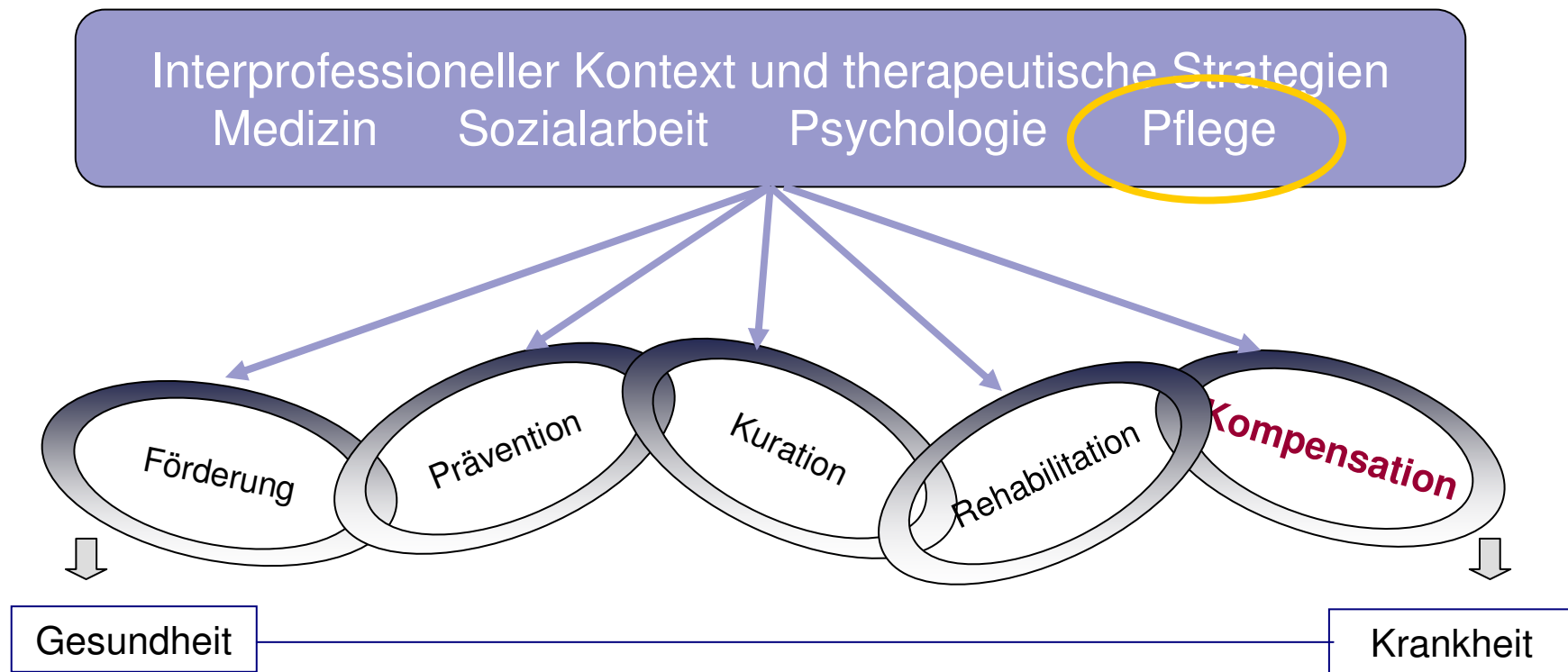
Hintergründe

Pflegeprävention als interdisziplinäre Aufgabe

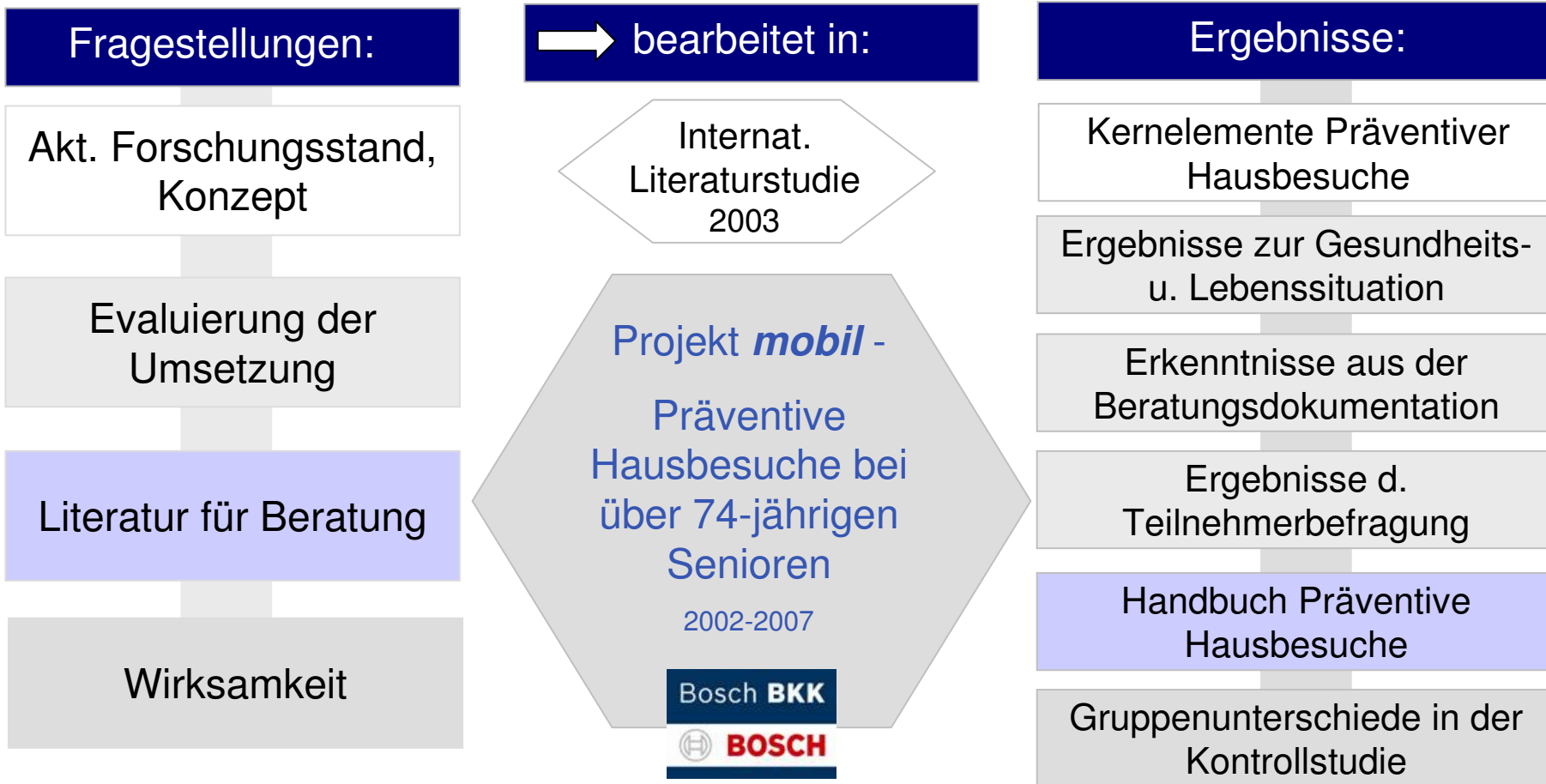


Hintergründe

Pflegeprävention als interdisziplinäre Aufgabe

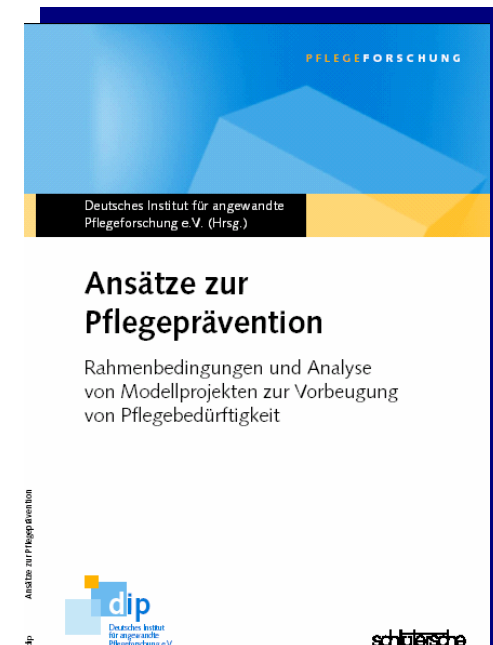


mobil - Entwicklungslinien



Kernelemente Präventiver Hausbesuche

- **Systemischer Ansatz (multidimensional und multidisziplinär)**
- **Beziehungsarbeit und fachliche Beratung**
- **Speziell weitergebildetes Personal**
- **Zielgruppenspezifität**
- **Eingangs- und Folge-Assessments**
- **Kontinuität (Dauer mind. zwei Jahre)**



mobil - Umsetzungsrahmen

Projektlaufzeit:

01.07.2002 – 30.09.2007

Interventionslaufzeit:

01.04.2004 – 30.03.2007

Zielgruppe:

- Bosch BKK Versicherte
- 75 Jahre und älter
- ohne Einstufung in die PV
- ohne kognitive Beeinträchtigung

Projektregion:

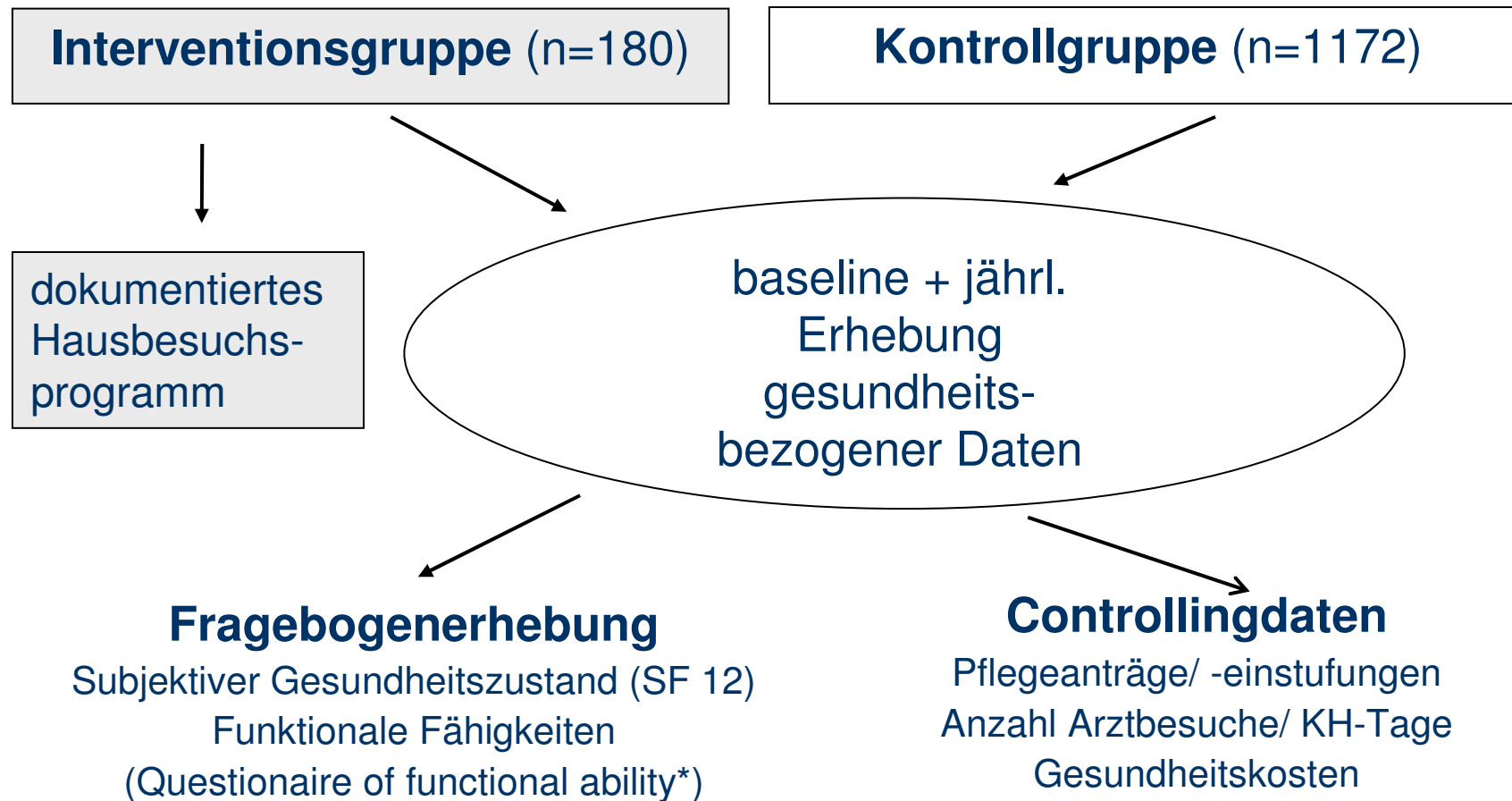
Großraum Stuttgart

- **Schwieberdingen**
- **Leonberg**
- **Ludwigsburg**

Mitarbeiter:

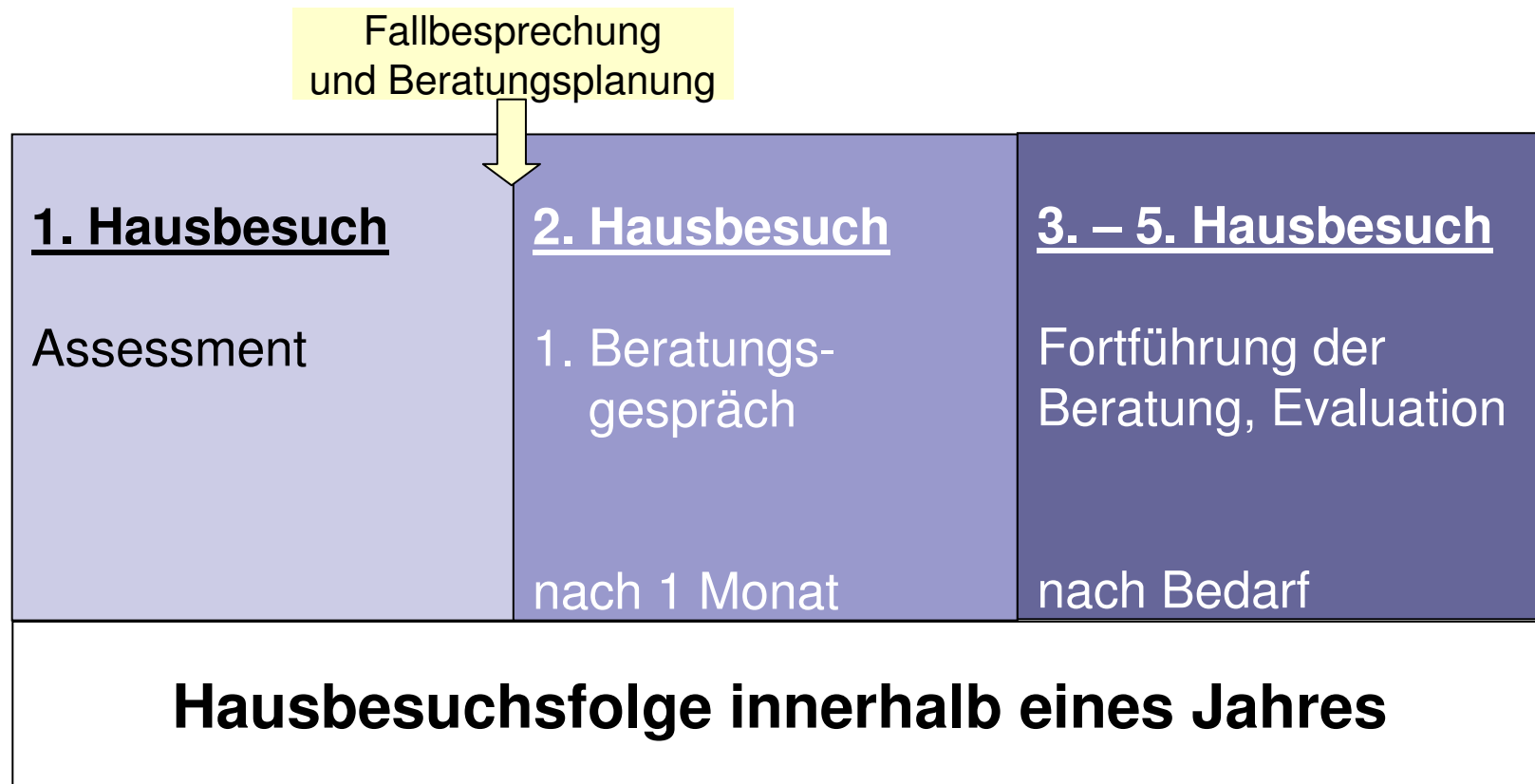
- 2 Gesundheitsberaterinnen/ 70 %
- wiss. Begleitung/ 100%
- Geriater (freier Mitarbeiter)

Forschungsdesign



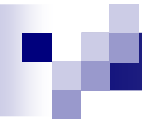
*(K. Avlund et al. 1995, deutsche Übersetzung)

Hausbesuchsfolge



Teilnehmer- und Hausbesuchsentwicklung

Jährlicher Beratungszyklus	Anzahl der Hausbesuche/ Zyklus	Stichtag der Messung	Aktuelle Teilnehmerzahl	Ø Anzahl der Hausbesuche/ Teilnehmer/ Jahr
		1. April 2004	178	
April 04-März 05	546	31. März 2005	162	3,4
April 05-März 06	487	31. März 2006	157	3,1
April 06-März 07	384	31. März 2007	143	2,7



Publikationen



Abschlussbericht liegt vor!
Bestellen über
www.pflegen-online.de



Beraterhandbuch erscheint voraussichtlich
Im Juli 2008

Assessment STEP-M

Hauptinstrument:

- **STEP** (**s**tandardised assessment for **e**lderly people in **p**rimary care)

vgl. Williams, E. Fischer, G., Junius, U. et al (2002): An evidence based approach to assessing older people. Occasional Papers 82, Royal College of General Practice, London.
Junius, U., Schultz, C. Fischer, A., Breull, A., Langer, D. (2003): Evidenz-basiertes präventives Assessment für betagte Menschen. In: Z Allg Med 79: 143



Assessment STEP-M

Hauptinstrument:

- **STEP** (*standardised assessment for elderly people in primary care*)

Modifikationen:

- betr. **Setting:**

z.B.
Verzicht
Blutentnahme

- betr. **Vertiefung:**

z.B. Instrumentelle
Aktivitäten des tgl.
Lebens, optional:
Depressionsskala

- betr. **Ergänzung:**

z.B.
Ressourcen-
orientierung

- betr. **Dokumentation:**

Datenbankgestützt,
eingängige
Benutzerführung

Assessment STEP-M

Weitere Instrumente:

- **STEP** (*standardised* assessment for *elderly* people in *primary* care)
 - **Ergänzung durch:** IADL-Skala (Lawton/ Brody), Erhebungsskala Soziale Situation (SoS) (Nikolaus/ Pientka), Geriatric Depression Scale (GDS) (Nikolaus/ Pientka), Anamnese bei chronischen Schmerzzuständen (Nikolaus/ Pientka), Assessments zu Sturzrisikofaktoren (Runge/ Rehfeld), Mini Nutritional Assessment (MNA) (Nikolaus/ Pientka), Uhrzeichentest (vgl. Nikolaus/ Pientka) **u.a.**
 - plus einzelne eigene, v.a. stärker ressourcenorientierte Fragen
-

Assessment STEP-M

Erfassungsbereich

■ Funktionelle Gesundheit:	körperliche Leistungsfähigkeit, Mobilität, persönliche Pflege, alltägliche Arbeiten, Wohnraum/ Hilfsmittel/ Hilfsdienste, Schlaf, Kontinenz, Schmerzen
■ Psycho-Soziales:	persönliches Netzwerk, finanzielle Situation, Aktivitäten, Angehörigenpflege, subjektive Gesundheit, Stimmung
■ Medizinischer Status:	Erkrankungen, Kreislaufparameter, Atembeschwerden, Medikamente/ -einnahme, Impfschutz
■ Kognitiver Status, Sinne:	Hör- und Sehfähigkeit, Kognition
■ Bewegung:	Stand- und Gehsicherheit, Sturzanamnese, körperliche Betätigung
■ Ernährung:	Ernährungsgewohnheiten, Gewicht, Body Mass Index

Step - M

Mobilität

Haben Sie Schwierigkeiten mit einer der folgenden Verrichtungen, wenn Sie ohne Hilfe einer Person (evtl. mit Hilfsmittel)

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> aus dem Bett / vom Sessel aufstehen wollen | <input type="checkbox"/> die Straße überqueren |
| <input checked="" type="checkbox"/> zu Fuss gehen | <input checked="" type="checkbox"/> sich hinknien oder bücken |
| <input checked="" type="checkbox"/> das Haus verlassen | <input type="checkbox"/> nein, keine Schwierigkeiten |

Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem?

Benutzen Sie zur Fortbewegung ein Hilfsmittel?

Kommentarfeld :

Aufstehen: Schwierig wegen LWS Syndrom

Hinknien schwierig

Hilfsmittel: Stock für draußen, wg. Bruch im linken Arm, Ängste nach Sturz erneut zu stürzen. Es werde immer schlechter mit Laufen.

Vorname

Familienname

Zum Stammblatt

Maßnahmenplanung

Zur Anfangsseite

Diagnosen

<- Vorherige Seite

Nächste Seite ->

Assessment STEP-m

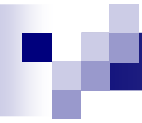
Anforderungen vorher



... im Blick nachher

- Multidimensional
- proaktiv: Risiken plus Beeinträchtigungen & Ressourcen
- Interventionsrelevant
- Selbsteinschätzung der älteren Menschen im Vordergrund
- Im Hausbesuch einsetzbar
- ohne Verletzung der Intimsphäre und Kompetenzüberschreitung der BeraterInnen möglich
- benutzerfreundlich handhabbar

- Aufmerksamkeitsgrenze, „Neben“-wirkungen?
- Ressourcenorientierung durch Beratungsansatz unabdingbar
- z.T. fehlende Angebote
- DER Anknüpfungspunkt für Beratung
- kleine Modifikationen
- betr. Intimität haben Beraterinnen bei Bedarf modifiziert
- kleine Modifikationen



Beratungsdokumentation

Step - M

1. Ernährung | **Priorität 2** | Priorität 3 | Priorität 4 | Priorität 5 | Priorität 6 | Priorität 7 | Priorität 8 | Basisdaten

Maßnahmenplanung für den 1. Beratungsbesuch

Beratungskategorie 1. Priorität neues Problem?

Individuelles Beratungsthema

Ressourcen

Vorschläge der Beraterin

Ergebnis der Fallbesprechung

Beratungsinhalte

Beratungsmethoden
 Information Anleitung Beratung
 Kontaktadresse Arztbesuch empfohlen Sonstiges

Auswertung des Gespräches

Evaluation der Umsetzung

Vorname

Fachname

Kategorien der Beratungsthemen und -inhalte:

mittels Qualitativer Inhaltsanalyse
(vgl. Mayring)

mit zurzeit

17 Kategorien

- 74 Themen/ Anlässen

- 99 Beratungsinhalte

z. B. Ernährung:

Steigerung der
Trinkmenge

Übergewicht

Altersangepasste
Ernährung

- Information zum Durstgefühl/ Trinkplan
- Sensibilisierung für die Problematik

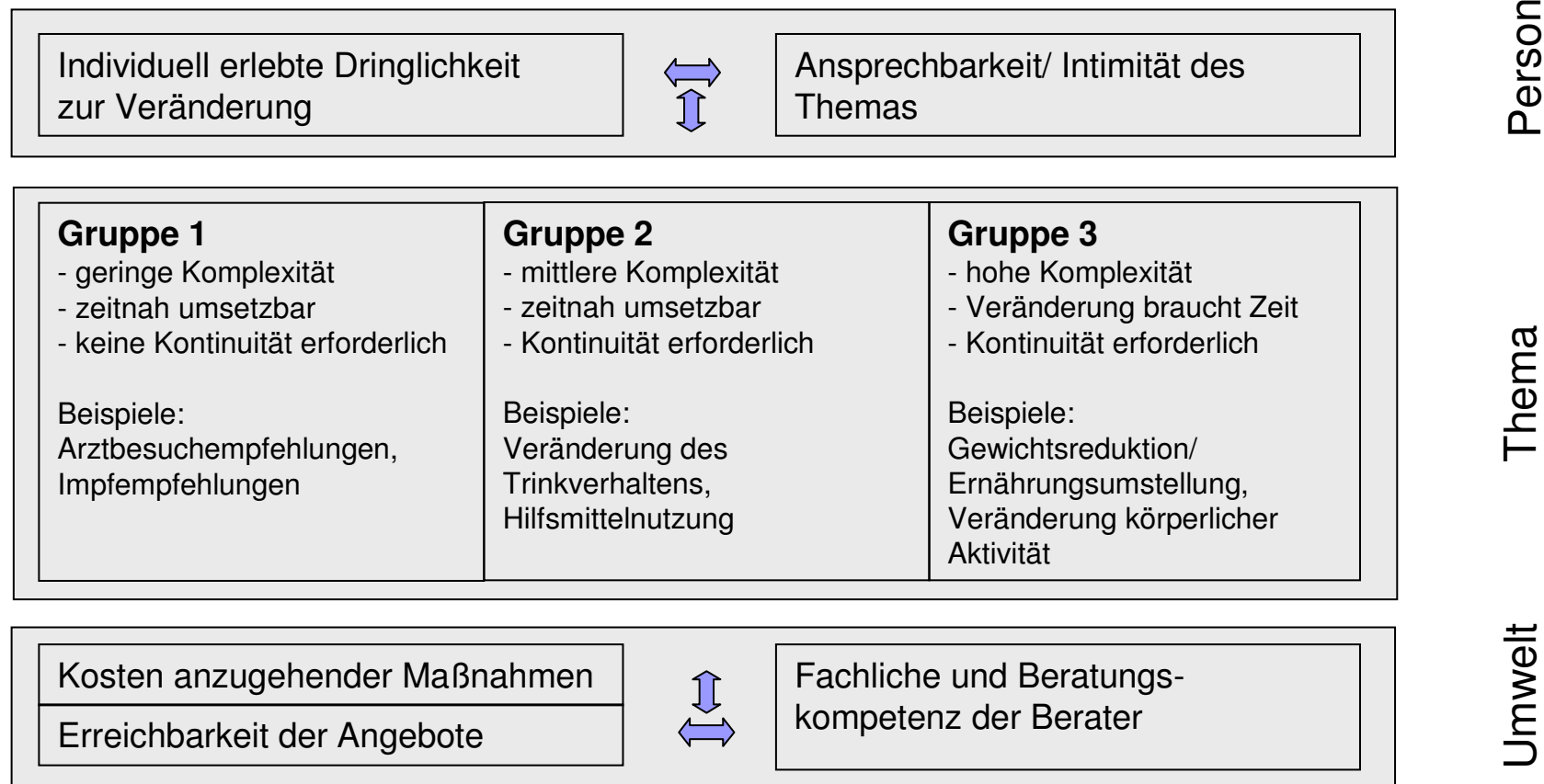
- Sensibilisierung für die Problematik
- Möglichkeiten der Gewichtsabnahme
- Gewichtskontrolle

- Information zur Ernährung
- Sensibilisierung für die Problematik

Zzgl. Evaluierung der Umsetzung durch die Beraterinnen

- Welche Themen gut/ weniger gut bearbeitbar? Im Vergleich zu anderen Studien/ Projekten? Konsequenzen und Empfehlungen.
- Erfolgsfaktoren und Barrieren.

Einflussfaktoren für den Beratungserfolg von Maßnahmen



Beispiel zu Gruppe 1: Impfbesuchsempfehlung

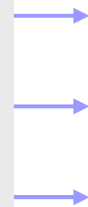


Individuell erlebte Dringlichkeit
zur Veränderung: **erfahrungsabhängig**



Ansprechbarkeit/ Intimität des Themas:
gute Ansprechbarkeit/ geringe Intimität

- geringe Komplexität
- zeitnah umsetzbar
- keine Kontinuität nötig



1 definierte Maßnahme

beim nächsten Hausarztbesuch integrierbar

1 Hausarztbesuch notwendig

Kosten anzugehender Maßnahmen:
gering/ keine

Erreichbarkeit der Angebote: **gut**



Fachliche und Beratungskompetenz
der Berater: **standardisierte Empfehlung
der STIKO**

Beispiel zu Gruppe 2:

Hilfsmittelanschaffung z.B. Rollator



Individuell erlebte Dringlichkeit
zur Veränderung: **erfahrungsabhängig**



Ansprechbarkeit/ Intimität des Themas:
gute Ansprechbarkeit/ geringe Intimität

- mittlere Komplexität



3 Anlaufstationen (Hausarzt, Krankenkasse, Sanitätshaus)

Wahl aus mehreren Modellen

- zeitnah umsetzbar



beim nächsten Hausarztbesuch integrierbar

- Kontinuität gefragt



Hilfsmittelnutzung

Kosten anziehender Maßnahmen:
Hängt vom Modell ab



Fachliche und Beratungskompetenz
der Berater: **standardisiertes Vorgehen**

Erreichbarkeit der Angebote: **eher gut**

Beispiel zu Gruppe 3: Gewichtsabnahme



Individuell erlebte Dringlichkeit
zur Veränderung: **häufig nicht vorhanden**



Ansprechbarkeit/ Intimität des Themas:
mittlere Ansprechbarkeit/ geringe Intimität

- hohe Komplexität



**multidimensionales Geschehen z.B. Ernährung/
Bewegung**

- Veränderung braucht Zeit



**Veränderung der Gewohnheiten muss eingeübt
werden**

- Kontinuität erforderlich



**Erfolg nur über langfristige Beibehaltung der
Veränderung**

Kosten anziehender Maßnahmen:
gering



Fachliche und Beratungskompetenz
der Berater: **Spezialwissen notwendig,
keine standardisierten Empfehlungen
möglich**

Erreichbarkeit der Angebote: **teils/ teils**

Beratungskategorien im Überblick

Beratungskategorie	Häufigkeit in % (n=1864)	voll umgesetzt	zum Teil umgesetzt	Nicht Umgesetzt
Kassenleistung	13,7 %	51 %	6 %	10 %
Impfschutz	11,4 %	52,9%	8,%	30,7 %
Sturz	9,8 %	33,9 %	17,3 %	24,3%
Ernährung	9,0 %	19,9 %	20 %	21 %
Herz-Kreislauf	7,3 %	55,7 %	11,3 %	13 %
Ärztliche Leistungen	7,1 %	53,4 %	6 %	11,9 %
Sonstiges	6,8 %	34 %	7,4 %	20,4 %
Einschränkungen im Alltag	6,6 %	43,3 %	11,3 %	22,7 %
Schmerz	5,3 %	47 %	13 %	16 %
Sicherheit	5,2 %	32,6 %	14,5 %	37,7
Urininkontinenz	4,4 %	43,9 %	19,7 %	20 %
Körperliche Betätigung	3,9 %	36,2 %	19 %	25 %
Kognition	3,1 %	11,36 %	11,36	43,2
Soziale Aktivitäten	2,3 %	31,0 %	3,4 %	20,7 %
Sehen - Hören	2,9 %	42,9 %	8,9 %	25 %
Magen/ Darm	1,1 %	53,3%	6,7 %	26,7 %
Angehörigenpflege	1,1 %	12,5 %	18,8 %	25%

Gestaltungsbereiche der beeinflussenden Faktoren

Personenbezogene Faktoren

Schulung der Beratungskompetenz – systemisch-lösungsorientierter Ansatz



Themenbezogenen Faktoren

Gruppe 1

Gruppe 2

Gruppe 3

Assessment

Auswahl der Fragen, Identifikation der Themen

Beratungsform

Persönliches Beratungsgespräch im Folgehausbesuch

ggf. Telefonische Folgeberatungen

ggf. Informations-schreiben



Material

ggf. standardisiertes Informationsmaterial

Hausbesuch
als Türöffner



Umweltbezogene Faktoren

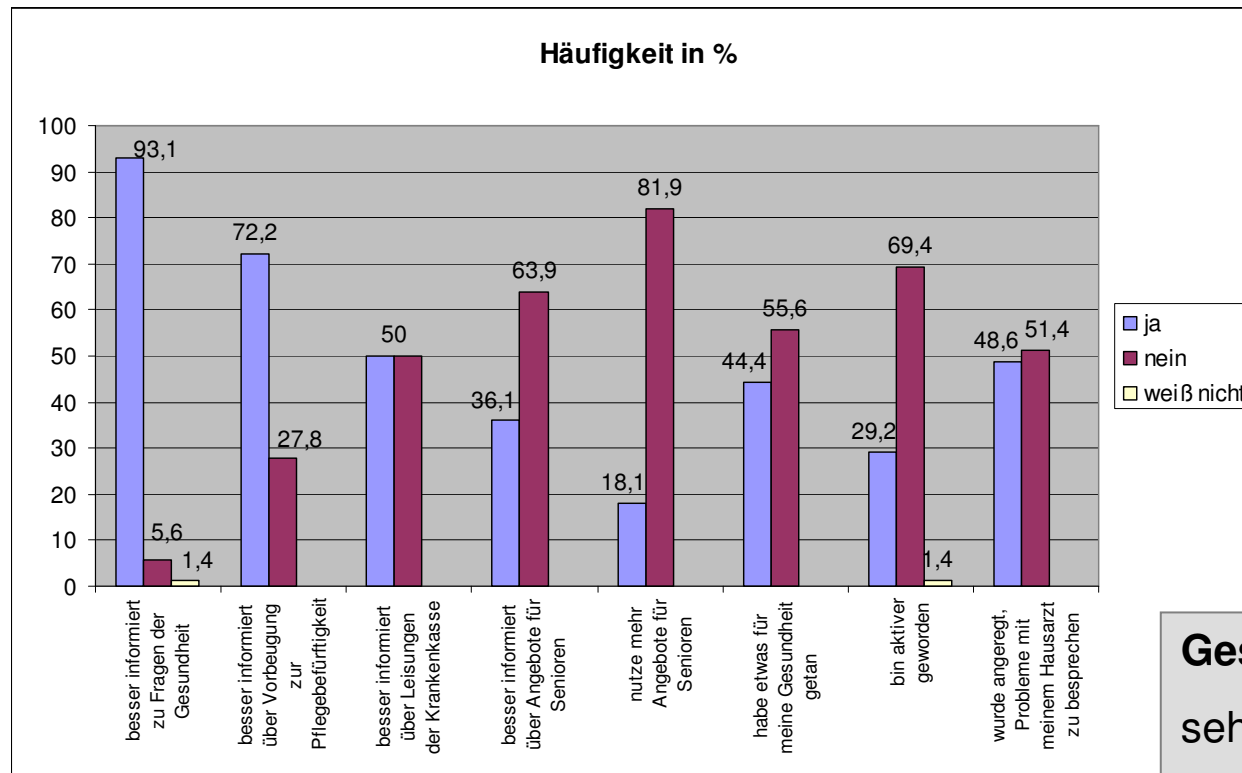
Schulung der fachlichen und der Beratungskompetenz

Vernetzung mit regionalen Anbietern und Entscheidungsträgern

Ergebnisse der Teilnehmerbefragung

- Telefonische Interviews mit standardisiertem Leitfaden
- bei 72 Personen der Grundgesamtheit der „IG Projektbeginn“ mittels Quotenverfahren

Aussagen zu den Veränderungen durch die Beratungen, n=72



Gesamtbewertung

sehr gut: 52,8 %

gut: 44,4 %

weniger gut: 2,8 %

Fazit

1. Die Hausbesuche wurden von der Interventionsgruppe gut angenommen, die Beratungskompetenz der Beraterinnen als sehr gut beurteilt
 2. Die Dauer und Häufigkeit der Hausbesuche wurden von den Beratenen als angemessen, das eigene Heim als bevorzugter Beratungsort (89% der Teilnehmer) benannt
 3. Die Hausbesuchsfolge hat sich für das erste Jahr bewährt, eine Flexibilisierung dieser in den Folgejahren kann empfohlen werden
 4. Eine vorbereitende Schulung der Berater sowie eine Prozessbegleitung in der Anfangsphase sind notwendig
 5. Es erfolgt eine systematische Analyse von Lebens- und Bedarfssituationen durch die assessmentgestützte Einschätzung
 6. Eine bessere Nutzung bestehender und gezieltere Neuentwicklungen von Angeboten sind möglich
 7. Die Einbindung in regionale Strukturen und eine Vernetzung mit den regionalen Akteuren ist anzustreben
-