



Bewegungsförderung (und Mobilitätsförderung)
in Pflegeeinrichtungen – was wirkt?

Setting Pflegeeinrichtungen:

= (stationäre) Langzeitversorgung

Definition long-term care

„a wide range of health and health-related support services provided on an informal or formal basis to people who have functional disabilities over an extended period of time with the goal of maximizing their independence.”
(Evashwick 2005, S. 4).

Ziel von long-term care: Abhängigkeit minimieren

Ausgangslage Pflegeeinrichtungen:

Heimeintrittsalter der Bewohner gestiegen

- schon heute im Durchschnitt >82 Jahre bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit

Verkürzte Verweildauern

- zwischen 6 Monaten und 2-3 Jahren

Entwicklung zu Einrichtungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und dauerhaften Funktionseinbußen

Ausgangslage Pflegeeinrichtungen:

Funktionseinbußen

- 57 % können sich nicht allein duschen oder waschen
- 43 % nicht allein die Toilette benutzen und 21 % nur mit Schwierigkeiten,
- 40 % nicht allein im Zimmer umhergehen, 16 % mit Schwierigkeiten und
- 17 % nicht allein essen und trinken, weitere 22 % haben dabei Schwierigkeiten (Schneekloth 2006)

=> Beeinträchtigungen in der Mobilität

Ausgangslage Pflegeeinrichtungen:

Psychische Erkrankungen / kognitive Beeinträchtigungen

- 70% leiden unter depressiven Erkrankungen
- Einschränkungen bei der Orientierung
- Demenzerkrankungen nehmen zu
- Spät- und Endstadium von Demenzerkrankungen

=> eigenständige/ gezielte Bewegung nimmt ab

Ausgangslage Pflegeeinrichtungen:

Versorgungskonzepte und

zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungskonzepte und -strategien notwendig

- Gesundheitsförderung und Prävention in allen Altersphasen sinnvoll
- Gesundheitsressourcen der Zielgruppe fördern und unterstützen
- Ausweitung bereits bestehender Beeinträchtigungen verhindern
- größtmögliche Autonomie erhalten

Ausgangslage Pflegeeinrichtungen Ausgangsanalyse/ Expertenbefragung:

14 professionelle Akteure der stationären Altenhilfe

Bedarf an Gesundheitsförderung

- noch vorhandene Fähigkeiten der „*Kränkesten der Kränkesten*“ zu stärken

Umsetzungsbedingungen beeinflusst durch:

- „*zunehmenden Hilfebedarf der Menschen*“ (II: 13),
- „*Personalmangel*“ (III:7) bzw. „*Fachkräftemangel*“ (VI:17)
- „*Anforderungen an die Mitarbeiter in der Langzeitversorgung*“ (V:14-15)

Umsetzung von Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen:

Existierende Maßnahmen:

- beeinflusst vom Verständnis von Gesundheitsförderung
- „eine gute Pflege und eine gute Versorgung“
- Gleichsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention

Ziele gesundheitsförderlicher Maßnahmen:

- Nutzer: *„möglichst lange auch alltagspraktische Fähigkeiten zu erhalten“*

Nutzerorientierte Gesundheitsförderung:

- Bewegung zur Überwindung von Immobilität

Fazit

Begriffliche Unklarheiten

- Körperliche Aktivität
- Bewegungsförderung/ Gesundheitsförderung
- Mobilitätsförderung
- Sport und Muskeltraining
- Sturzprävention
- Prävention, Prophylaxe, Rehabilitation, Gesundheitsförderung ...

Programme

- SIMA-P, „fit für 100“, „Nadia“, „Bewegungsförderung in der Altenpflege“







Fazit

Begriffliche Unklarheiten

- Körperliche Aktivität
- Bewegungsförderung/ Gesundheitsförderung
- Mobilitätsförderung
- Sport und Muskeltraining
- Sturzprävention
- Prävention, Prophylaxe, Rehabilitation, Gesundheitsförderung ...

Programme

- SIMA-P, „fit für 100“, „Nadia“, „Bewegungsförderung in der Altenpflege“, Wii ®-Konsole, Mucki-Buden, Sitztanzgruppen

Stand der Literatur:

Teilnehmer

- Bewohner von Pflegeeinrichtungen
- Alter: zwischen 65 und 99
- im Durchschnitt >80
- Fähigkeiten/Beeinträchtigungen abgebildet anhand AEDLs und durch verschiedene Testverfahren

Stand der Literatur:

Interventionen

- **Ziele:** Verbesserung des Gesundheitsstatus, der Mobilität und Beweglichkeit, Zunahme an Autonomie
- **Gruppeninterventionen** (klar definierte Programme, z.B.: Tanztraining oder verschiedene Trainingsprogramme/ Gymnastikübungen)
- **Einzelinterventionen/individuelle Interventionen** (auf der Grundlage des individuellen Bedarfs der Bewohner/ ihrer gesundheitlichen Situation)
- **Unterschiede** in Dauer (von 1 Monat bis 1 Jahr), Wiederholungen (1x oder mehrmals wöchtl.) und Länge (60-75 Min.)
- **Effekte:** Verbesserung der Beweglichkeit von Armen und Beinen und der Mobilität, bei den Testverfahren und in der Teilnahmebereitschaft an Interventionen, Leistungsfähigkeit der unteren Extremitäten, Zugewinn an Muskelkraft und Gleichgewicht

Diskussion:

- 1) Muskel- und Krafttraining vs. Zielgruppe**
- 2) Studienteilnehmer vs. Zielgruppe**
- 3) Dauer der Interventionen vs. Langzeiteffekte**
- 4) Gruppeninterventionen vs. Einzelinterventionen/individuelle Interventionen**

Fazit – was wirkt?

- 1) Auch Menschen in hohem Alter mit gesundheitlichen Einbußen haben **förderwürdige Potenziale**.
- 2) Auch hochaltrige Menschen können an **Trainings teilnehmen** und **komplexe Übungen erlernen**.
- 3) Viele Übungen haben **positive Effekte** auf Beweglichkeit und Fähigkeiten im Bereich Mobilität.
- 4) Der **Allgemeinzustand** der Teilnehmer hat sich zwar nicht verbessert, aber im Vergleich zur Kontrollgruppe langsamer verschlechtert.

Schlussfolgerungen/ Forschungsaufgaben:

systematische Ausgangsanalyse (Gesundheitsstatus der Nutzer und der Mitarbeiter der Altenhilfe)

- laufendes Projekt in Kooperation mit dem ZQP (2011/2012)

Konzipierung von Gesundheitsförderungsstrategien

- geplantes Projekt

Erprobung und Evaluation in ausgewählten Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung

- zukünftiges Projekt

Dr. Annett Horn
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften AG6
Postfach 100 131
33501 Bielefeld
Tel: 0521-106-3361
Fax: 0521-106-6437
Email: annett.horn@uni-bielefeld.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!