

Bachelorarbeit

Bewegt alt werden

Wie kann die Spitexpflege die körperliche Mobilität ihrer Klienten fördern?

Claudia Martina Luongo, Matrikelnummer 12-197-745

Departement: Gesundheit
Institut: Institut für Pflege
Studienjahr: PF12Dipl. Pflege
Eingereicht am: 2. Mai 2014
Betreuende Lehrperson: Jutta Dreizler, MScN, RN

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|------|
| Abstract | 1-5 |
| 1 Einleitung | 1-6 |
| 1.1 Darstellung des Themas..... | 1-6 |
| 1.2 Relevanz und Problemdarstellung für die Profession Pflege..... | 1-6 |
| 1.3 Fragestellung..... | 1-8 |
| 1.4 Zielsetzung | 1-8 |
| 1.5 Abgrenzung | 1-8 |
| 2 Methode | 2-8 |
| 2.1 Vorgehen..... | 2-8 |
| 2.2 Literaturrecherche | 2-9 |
| 2.3 Ein- und Ausschlusskriterien | 2-9 |
| 2.4 Verwendete Evaluationsinstrumente | 2-10 |
| 3 Theoretischer Hintergrund | 3-11 |
| 3.1 Pflege-theoretischer Hintergrund: Der Prozess des Bettlägerigwerdens ... | 3-11 |
| 3.1.1 Phasenmodell im zeitlichen Verlauf | 3-12 |
| 3.1.2 Begriffsdefinition | 3-12 |
| 3.1.3 Praxisrelevanz | 3-14 |
| 3.2 Bedeutung der Mobilität im Alter | 3-14 |
| 3.3 Ursachen fehlender körperlicher Mobilität | 3-15 |
| 3.4 Bewegungsempfehlungen im Alter | 3-15 |
| 3.5 Erfassung der körperlichen Mobilität im ambulanten Setting..... | 3-16 |
| 4 Ergebnisse | 4-17 |
| 5 Diskussion..... | 5-25 |
| 5.1 Kritische Auseinandersetzung mit der Literatur | 5-25 |
| 5.2 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Theorie | 5-26 |
| 6 Schlussfolgerungen..... | 6-31 |

| | | |
|-----|--|------|
| 6.1 | Theorie-Praxis- Transfer..... | 6-31 |
| 6.2 | Weitere Fragen an die Forschung | 6-34 |
| 6.3 | Zusammenfassung..... | 6-35 |
| | Literaturverzeichnis | 6-36 |
| | Danksagung | 6-38 |
| | Eigenständigkeitserklärung..... | 6-39 |
| | Wortzahl | 6-39 |
| | Anhang A: Flowchart Literaturrecherche | 6-40 |
| | Anhang B: Studienbeurteilungen | 6-41 |
| | Anhang C: MDS RAI-HC | 6-64 |
| | Anhang D : Evidenzlevel nach Madjar & Walton | 6-70 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|----------------|---|----|
| Tab. 1: | Übersicht der eingeschlossenen Studien (eigene Darstellung) | 17 |
|----------------|---|----|

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|----------------|--|----|
| Abb. 1: | Phasenmodell im zeitlichen Verlauf (nach Zegelin, 2013)..... | 12 |
|----------------|--|----|

Abstract

Darstellung des Themas: Bewegung im Alter hilft chronischen Krankheiten vorzubeugen, beeinflusst die kognitiven Fähigkeiten positiv und führt zu einer verbesserten Lebensqualität. Körperliche Mobilität ist unabdingbar für das gewünschte Verbleiben in der vertrauten Umgebung.

Ein schlechter Gesundheitszustand, mangelndes Interesse und Angst vor Stürzen können Auslöser für fehlende Bewegung sein und im Verlauf bis zur völligen Immobilität führen.

Ziel: Die vorliegende Arbeit soll evidenzbasierte Interventionen aufzeigen, wie die Pflege die körperliche Mobilität von älteren Spitexklienten verbessern kann.

Methode: Mittels systematischer Literaturrecherche in relevanten Datenbanken wurden Studien zur Fragestellung gesucht und danach kritisch beurteilt. In einem zweiten Schritt wurden die Ergebnisse auf die Übertragbarkeit in die professionelle Spitexpflege überprüft.

Ergebnisse: Die Schulung der Health Care Professionals, die Beratung der Klienten, interdisziplinäres Fallmanagement, multidisziplinäres Assessment und Intervention, Prävention und Case Management sind Ansätze, die Mobilität von Klienten im Rahmen der häuslichen Versorgung zu verbessern.

Schlussfolgerungen: Die Mobilitätsförderung hat eine hohe Relevanz für die Spitexpflege und die weitere Forschung. Ansätze für Interventionen sind aus der Arbeit hervorgegangen und sie bedürfen zwingend vertieften Fachwissens und einer Beratungskompetenz der Pflegenden. Eine zentrale Rolle spielen die Vernetzung und der Informationsaustausch zwischen den einzelnen Akteuren.

Keywords: community nursing, home care nursing, elderly, physical activity, motor activity

1 Einleitung

1.1 Darstellung des Themas

Das Sprichwort "Wer rastet, der rostet" macht deutlich, was mit dem Körper ohne ausreichende Bewegung passiert.

Klientinnen und Klienten¹ der ambulanten Pflege sind oft in der körperlichen Mobilität eingeschränkt. Durch die vorhandenen Mobilitätsschwierigkeiten neigen sie dazu, sich noch weniger zu bewegen und begeben sich somit in einen Teufelskreis. Denn fehlende Bewegung führt zu Unsicherheit und Einschränkungen, was im Prozess zunehmend zu Immobilität führt.

Die Förderung und Erhaltung der Mobilität ist eine Kernaufgabe von Pflegenden in der ambulanten Pflege und unabdingbar für das Verbleiben im Alter im gewohnten Umfeld. Wie die Pflege die Mobilität ihrer älteren Klientel wirksam unterstützen kann, ist Inhalt dieser Arbeit.

1.2 Relevanz und Problemdarstellung für die Profession Pflege

Kessler, Bonsack, Seematter und Biedermann (2009) sehen die Gesundheitsförderung im Alter als ein komplexes Zusammenspiel der Akteure. Das Fachwissen aller gerontologischen Disziplinen ist gefordert und eine koordinierte Zusammenarbeit ist nötig, um Behinderungen im Alter zu verhindern oder verzögern. Auch Neubart (2009) beschreibt die Mobilitätsförderung in der geriatrischen Rehabilitation als Aufgabe vom ganzen geriatrischen Team, wobei der Pflege eine besonders hohe Bedeutung zukommt. Die Pflege übernimmt grösstenteils die Führung und therapeutische Anleitung der Klienten und die Integration der wiedererlangten Fähigkeiten in das tägliche Leben. Dies setzt hohe Qualifikationsanforderungen und Selbständigkeit voraus. Aufgaben wie Mobilisierung oder Patientenedukation bedürfen Techniken und Training sowie besondere Kompetenzen der Kommunikation (Neubart, 2009).

¹ Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wird im weiteren Verlauf für Klientinnen und Klienten der Begriff Klient bzw. Klienten verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

Gemäss der Definition des International Council of Nursing (ICN) beinhaltet die professionelle Pflege die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter oder sterbender Menschen. Schlüsselaufgaben sind die Erfassung von Bedürfnissen und Interessen sowie die Förderung einer sicheren Umgebung (SBK, n.d.).

Die Aufgabe der Pflege lässt sich auch in gesetzlichen Grundlagen (KLV 7, Abs. 2, EDI, 1995) und in Pflegetheorien begründen, welche die Förderung der Selbstpflegekompetenz als Aufgabe der Pflege beschreiben. Zegelin (2013) sieht Einstellungen, Wissen und Möglichkeiten der Pflege als beeinflussenden Faktor im Phasenmodell des Bettlägerigwerdens.

Gemäss Höpflinger, Bayer-Oglesby und Zumbrunn (2011) hat sich in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahr 2007 gezeigt, dass der Anteil der sich im Alltag eingeschränkt fühlenden Personen mit steigendem Alter erhöht. Gründe für die Einschränkung sind verminderte sensorische Fähigkeiten, vermindertes Gehvermögen und Einschränkungen in den basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. Mobilitätseinschränkungen sind gemäss Höpflinger et al. (2011) oft ein Grund in eine institutionelle Wohnform zu wechseln, obwohl die meisten älteren Menschen in ihrer vertrauten Umgebung bleiben möchten (Bennett & Riedel, 2013).

In der Schweiz leben laut Bundesamt für Statistik (BFS, 2014) Ende 2012 knapp 1.4 Millionen Menschen über 65 Jahre. 2010 nahmen in der Schweiz 245 636 Menschen ambulante Pflegedienste in Anspruch. Der Anteil der über 65-jährigen Personen, welche 2010 von der ambulanten Pflege betreut wurden, beträgt knapp 75% aller betreuten Spitex-Klienten schweizweit.

Seit den 1960er Jahren ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei Männern von 69 gegen 80 Jahre und das von Frauen von 74 auf über 84 Jahre gestiegen. Die Menschen leben nicht nur länger, sondern wollen auch möglichst lange selbständig in ihrem gewohnten Umfeld bleiben (Spitex Verband Schweiz, 2010). Gemäss der Gesundheitsbefragung des BFS (2014) in den Jahren 2007 und 2008/09 können zehn Prozent der über 65-jährigen zuhause lebenden Menschen weniger als 200m gehen.

1.3 Fragestellung

Welche pflegerischen Interventionen fördern und erhalten die körperliche Mobilität bei über 65-jährigen Spitex-Klienten?

1.4 Zielsetzung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist, mit Hilfe der Literatur Ansätze aufzuzeigen, wie in der ambulanten Pflege die Mobilität von älteren Menschen gefördert oder erhalten werden kann.

In einem weiteren Schritt überprüft die Autorin die Umsetzbarkeit der Interventionen in ihrem persönlichen Arbeitsfeld.

1.5 Abgrenzung

Die Autorin grenzt sich von Massnahmen zur Sturzprävention ab, obwohl die Thematik eng verbunden ist. Interventionen aus anderen Fachbereichen wie der Physiotherapie werden eingeschlossen, sofern diese aufgrund der Kompetenzen durch eine diplomierte Pflegefachperson durchgeführt werden können.

2 Methode

2.1 Vorgehen

Durch eine systematische Literaturrecherche in pflegerelevanten Datenbanken werden Studien gesucht, welche die Fragestellung dieser Arbeit beantworten. Die ausgewählten Studien werden kritisch beurteilt, um eine Gültigkeit und Übertragbarkeit der Resultate zu überprüfen. Die Resultate werden übersichtlich zusammengefasst. Ein Theorieteil gibt Hintergrundinformationen, welche dem besseren Verständnis der Problematik und Studieninhalte dienen. In der anschliessenden Diskussion werden Theorie und Resultate verbunden. Zum Schluss wird ein Transfer der Resultate in die Praxis überprüft.

2.2 Literaturrecherche

Eine systematische Literaturrecherche in pflegerelevanten Datenbanken Medline, Cinahl, Cochrane Library und PEDro wurde zur Beantwortung der Fragestellung durchgeführt.

Das Setting wurde mit den Suchbegriffen Home Care Services, community nursing, Home Care, home care nursing, home nursing und community health eingegrenzt. Das Phänomen wurde mit mobility, motor activity, physical activity, physical mobility, functional ability, physical functioning und Mobility limitation beschrieben. Zur Eingrenzung der Intervention wurden die Schlagworte promote, improve, counselling, advance, Intervention Studies, nursing intervention, nurs*, nursing und Health Promotion verwendet. Die Suchbegriffe wurden mit den Boole'schen Operatoren AND oder OR in die Datenbanken eingegeben.

In PEDro wurden die Suchbegriffe frailty und practice guideline eingegeben.

Im Verlauf wurde eine Handrecherche durchgeführt, wo aufgrund von Literaturangaben aus anderen Studien relevante Literatur eingeschlossen werden konnte.

Die Literaturrecherche wurde anfangs September 2013 begonnen und endete im Januar 2014. Ein Flowchart zum detaillierten Suchprozess ist im Anhang A einzusehen.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Studien, welche eine Intervention beschreiben, die von diplomiertem Pflegepersonal durchgeführt werden kann. Die Ergebnisse müssen bezüglich des Settings und des kulturellen Hintergrunds auf den Arbeitsbereich ambulante Pflege in der Schweiz übertragbar sein.

Die Population der eingeschlossenen Studien muss über 65 Jahre alt und zuhause lebend sein. Studien, welche in einem stationären Bereich durchgeführt wurden, sind somit ausgeschlossen worden. Reviews wurden ausgeschlossen, da sie zu alte Studien enthielten oder keinen genauen Rückschluss auf die ursprünglichen Studien

zuliessen. Studien, welche sich auf ein spezifisches Krankheitsbild bezogen, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Aufgrund der Sprachkenntnisse der Autorin wurden nur Studien eingeschlossen, welche in deutscher oder englischer Sprache verfasst worden sind. Damit die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit auf den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, wurden nur Studien eingeschlossen, welche in den letzten 10 Jahren publiziert wurden.

2.4 Verwendete Evaluationsinstrumente

Die kritische Beurteilung der ausgewählten Studien erfolgte nach LoBiondo-Wood und Haber (2005). Die Einschätzung der Evidenz für die quantitativen Studien basiert auf der Einteilung der fünf Evidenz-Level nach Madjar und Walton (2001), welche im Anhang D einzusehen sind. Im Anhang B sind die Tabellen mit der detaillierten kritischen Auseinandersetzung der Studien aufgeführt.

3 Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel zeigt auf, warum körperliche Mobilität im Alter wichtig und unabdingbar für ein Verbleiben im eigenen Zuhause ist und deshalb einen hohen Stellenwert in der ambulanten Pflege hat. Zudem wird beschrieben, wie die körperliche Mobilität in der spitalexternen Pflege erfasst wird und welche aktuelle Bewegungsempfehlungen im Alter sind. Der pflegetheoretische Hintergrund wird anhand des Prozesses des Bettlägerigwerdens aufgezeigt.

3.1 Pfllegetheoretischer Hintergrund: Der Prozess des Bettlägerigwerdens

Angelika Zegelin (2013) behandelt in ihrer Forschungsarbeit das Thema Bettlägerigkeit. Mittels Grounded Theory entwickelt sie ein Phasenmodell zum Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. Es zeigen sich verschiedene Einflussfaktoren, welche Abwärtsentwicklung fördern oder aufhalten können.

3.1.1 Phasenmodell im zeitlichen Verlauf

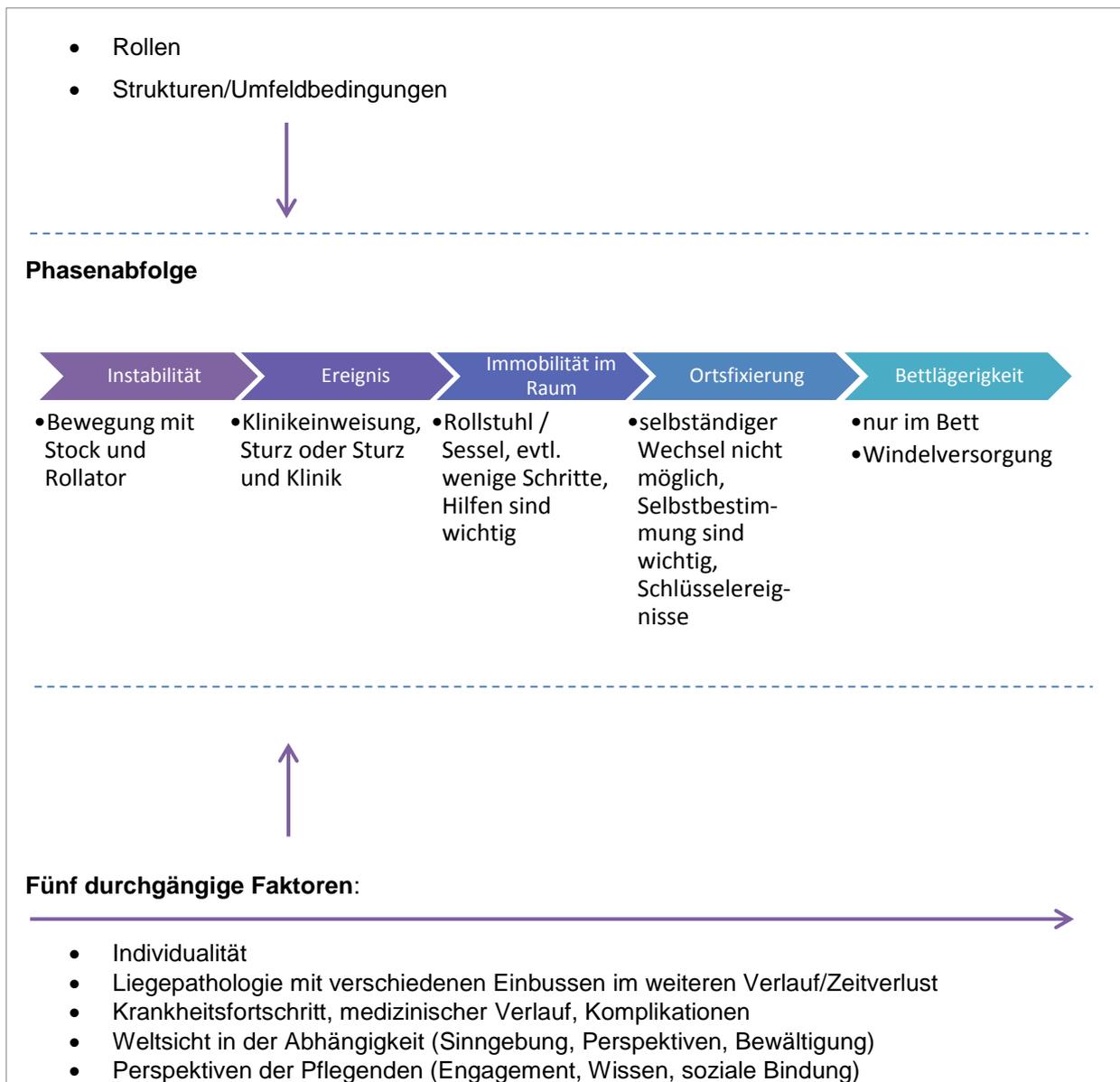


Abbildung 1: Phasenmodell im zeitlichen Verlauf nach Zegelin (2013, p. 107)

3.1.2 Begriffsdefinition

Das Phasenmodell beginnt mit der *Instabilität* in Form von Gangunsicherheit oder Befindlichkeitsstörungen, wo sich der Mensch in seiner Bewegung zunehmend auf die Wohnung beschränkt oder nur in Begleitung ausser Haus geht. Angst vor Stürzen und Schmerzen sind vorherrschend. Gehhilfen werden eingesetzt. Die Instabilität kann über Jahre langsam fortschreiten.

Durch ein *Ereignis* wie Sturz oder Spitaleintritt, wird die Sturzangst verstärkt und die Vorsichtsmassnahmen nehmen zu. Der Betroffene verbringt im Spital viel Zeit im Bett. Bei Transfers besteht eine Unsicherheit, da die Unterstützung verschieden ausgeführt wird. Die Bewegung rückt zunehmend in den Hintergrund.

Die Vorsichtsmassnahmen und Vermeidungsstrategien führen zur *Immobilität im Raum*. Der Wechsel zwischen Stuhl und Rollstuhl oder Bett passieren selbständig aber mühsam.

Ist kein selbständiger Wechsel von Orten mehr möglich und geschieht das Verlassen des Bettes nur noch beispielsweise für den Toilettengang, beginnt die Phase der *Ortsfixierung*.

In der letzten Phase, der *Bettlägerigkeit*, wird das Bett zentral und wird nicht mehr verlassen. Persönliche Gegenstände werden in Griffnähe rund ums Bett platziert.

Durchgängige Faktoren wirken bei jedem Betroffenen und in jeder Phase.

Die *Individualität* beschreibt die Charaktereigenschaften eines Menschen, welche eine Auseinandersetzung mit der Situation ermöglichen. Je länger eine Person liegt, desto schwerer wird die Mobilisation. Zudem mindert die liegende Position die intellektuelle Leistung. Mit Krankheitsausprägungen und *Komplikationen* sind Stürze, das *Fortschreiten* der Erkrankung, was zu vermehrtem Liegen führen kann. Die Auseinandersetzung mit der eingeschränkten Beweglichkeit und damit umgehen zu lernen, sind Teil des Faktors *Weltsicht* und Bewältigung. Er ist eng mit der Individualität verbunden.

Das Wissen, das Geschick und das Engagement der Pflegenden beeinflussen die Bewegungserhaltung und –förderung. Zu den *Perspektiven der Pflegenden* zählen auch die pflegenden Angehörigen.

Das Modell erlaubt Pflegenden, die Bettlägerigkeit zu differenzieren, zusammenhängende Einflüsse zu erkennen und hilfreiche Interventionen anzubieten. Die Pflege soll sich an den Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten orientieren und so eine aktivierende Pflege anbieten.

3.1.3 Praxisrelevanz

Zegelin (2013) zeigt, dass das Schliessen von Versorgungslücken wichtig ist. Ein Case Management oder Fallbesprechungen würden voraussichtlich die drohende Bettlägerigkeit verhindern. Wichtig sind gemäss Zegelin (2013) auch die Umgebungsanpassung und der Einsatz von entsprechenden Hilfsmitteln, bevor eine instabile Phase eintritt.

Weiter nennt Zegelin (2013), dass die aktivierende Pflege hin zu einer fördernden Pflege verändert werden soll, welche sich an den Ressourcen orientiert. Diese braucht mehr Zeit als eine rasche Ausführung durch die Pflegenden selbst, was in der ambulanten Versorgung aufgrund der Zeitvorgaben oft nicht möglich ist. Es soll auf eine regelmässige Mobilisierung des Menschen, mit professionellen Vorgehensweisen wie zum Beispiel der Kinästhetik, geachtet werden. Eine qualifizierte Schulung in Bewegungskonzepten ist daher notwendig. Bei einer Aktivierung sollte eine schrittweise Planung mit dem Betroffenen und den Angehörigen gemacht werden, sowie das Aufstehen differenzierter kommuniziert und dokumentiert werden.

Eine bedarfsgerechte Ausstattung der Räume mit Hilfsmitteln und Pflegemöbeln, sowie eine qualifizierte Beratung und Anleitung können negative Folgen reduzieren und Kosten sparen (Zegelin, 2013).

In einem Artikel beschreibt Zegelin (2013), dass auf kreative Art und Weise Beweggründe im Alltag geschaffen werden sollen, um die Mobilität zu verbessern oder erhalten, statt Mobilisationsübungen zur Kontrakturenprophylaxe durchzuführen.

3.2 Bedeutung der Mobilität im Alter

Das Bundesamt für Sport (BASPO, 2013) beschreibt regelmässige Bewegung für ältere Erwachsene als besonders wichtig, weil sie der Steigerung der Lebensqualität dient und den Verlust der Unabhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit verhindern oder zumindest verzögern kann.

Körperliche Aktivität ist ein wichtiger Bestandteil der Gesund- und Kompetenzerhaltung im Alter (Voelcker-Rehage, Godde & Staudinger, 2006). Psychologische und physiologische Altersveränderungen sind nur zum Teil auf genetische Ursachen und degenerative Prozesse zurückzuführen. Sie können durch einen entsprechenden Lebensstil und Interventionen positiv beeinflusst werden. Körperlich aktive Personen zeigen eine bessere Funktionsfähigkeit, einen grösseren Schutz vor chronischen Krankheiten, sind geistig mobiler und äussern ein subjektiv besseres Wohlbefinden (Voelcker-Rehage et al., 2006).

Bewegung spielt bei der Erhaltung einer guten Lebensqualität und für die selbständige und unabhängige Lebensführung eine zentrale Rolle (Seematter-Bagnoud, Bize & Mettler, 2011). Regelmässige Bewegung hilft laut Seematter-Bagnoud et al. (2011) chronische Krankheiten vorzubeugen, verbessert die kognitiven Leistungen, Psyche und den Schlaf und wirkt sich positiv auf die Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und das Gleichgewicht aus. Dadurch hilft regelmässige Bewegung Stürze zu vermeiden und einem altersbedingten Verlust an Muskelmasse vorzubeugen.

3.3 Ursachen fehlender körperlicher Mobilität

Eine deskriptive Studie aus Deutschland von Moschny, Platen, Klaassen-Mielke, Trampisch und Hinrichs (2011) zeigt Hinderungsgründe für eine ausreichende Bewegung von Rentnerinnen und Rentnern. Aus der Studie ging hervor, dass über 50% der Teilnehmenden schlechte Gesundheit als Grund angaben. Fehlende Begleitung war bei 43% der Studienteilnehmer ein Hindernis. Fehlendes Interesse (30%), fehlende Möglichkeiten und Angst vor Stürzen oder Verletzungen nannten etwa ein Viertel der Befragten als Barriere. Eine durchgeführte Studie mit einer Stichprobe von 2304 Teilnehmern von Fletcher und Hirdes (2004) ergab, dass die Sturzangst bei Klienten von spitalexterner Pflege bei über 40% vorhanden war.

3.4 Bewegungsempfehlungen im Alter

Empfehlungen des Bundesamts für Sport (BASPO), des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und des Netzwerks Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch) für ältere

Erwachsene (2013) sind mindestens 2½ Stunden Bewegung pro Woche in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens mittlerer Intensität bzw. 1¼ Stunden Sport oder Bewegung mit hoher Intensität. Mittlere Intensität beinhaltet Aktivitäten, welche die Atmung leicht beschleunigen.

Eine hohe Intensität weisen Aktivitäten auf, die zumindest leichtes Schwitzen und beschleunigtes Atmen verursachen. Aktivitäten, die mehr als 10 Minuten dauern, können im Laufe eines Tages zusammengezählt werden.

Ältere Menschen sollen sich so viel wie möglich bewegen, auch wenn sie aufgrund von Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, die Basisempfehlungen zu erreichen.

3.5 Erfassung der körperlichen Mobilität im ambulanten Setting

In der ambulanten Pflege wird seit 2006 das RAI-HC zur Abklärung von Pflegesituationen vorausgesetzt. Mithilfe des Minimal Data Set (MDS, vgl. Anhang C) werden die basalen Tätigkeiten des täglichen Lebens (BADL's) sowie die instrumentellen Tätigkeiten des täglichen Lebens (IADL's) erhoben. Weiter wird der Bereich Sturzgefahr, Sturzangst sowie das Vorhandensein von Schmerzen mittels Fragekatalog erhoben. Die Gangsicherheit wird beurteilt. Durch die Verwendung des MDS sind eine umfassende Beobachtung der Klientensituation und eine standardisierte Dokumentation der Informationen möglich.

Aus dem MDS kristallisieren sich Probleme und Ressourcen des Klienten heraus, welche für die Planung der pflegerischen Interventionen verwendet werden (Müller, John & Staudenmaier, n.d).

4 Ergebnisse

Mittels systematisierter Literaturrecherche wurden sechs quantitative Studien zur Fragestellung gefunden. Alle entsprechen den definierten Ein- beziehungsweise Ausschlusskriterien und beschreiben Interventionen, welche durch professionelle Pflegende oder im interdisziplinären Team, welches Pflegefachpersonen beinhaltet, durchführbar sind und die körperliche Mobilität von älteren Spitex-Klienten verbessern.

Tabelle 1: Übersicht der eingeschlossenen Studien

| Referenz | Titel | Intervention | Design | Evidenz |
|---------------------------------|--|--|--------|------------------|
| Vass et al. (2005) | Feasible Model for Prevention of Functional Decline in Older | Edukation der Health Professionals | RCT | 2 ¹ |
| Fairhall et al. (2012) | Effect of a multifactorial interdisciplinary intervention on mobility-related disability in frail older people | Interdisziplinäres Fallmanagement | RCT | 2-3 ¹ |
| Lihavainen et al. (2011) | Effects of comprehensive geriatric assessment and targeted intervention | Multidisziplinäres Assessment und Intervention | RCT | 2-3 ¹ |
| Rasinaho et al. (2011) | Effect of physical activity counselling on physical activity of older people in Finland | Stärkung der Selbstkompetenz durch Beratung | RCT | 2 ¹ |
| Luukinen et al. (2006) | Prevention of disability by exercise among the elderly: A population-based, randomized, controlled trial | Prävention durch Übungen | RCT | 2 ¹ |
| Schein et al. (2005) | Association between specific Nurse Case Management Interventions and Elder Health | Case Management durch Pflegende | RCT | 2-3 ¹ |

¹ Evidenzlevel nach Madjar & Walton (2001)

Edukation der Health Care Professionals

Vass, Avlund, Lauridsen & Hendriksen (2005) untersuchten, ob eine Schulung für präventive Hausbesuche durchführende Fachpersonen einen Effekt auf die körperliche Mobilität, Pflegeheimenritte und Mortalität von 75-80-jährigen, zuhause lebenden Menschen hat. Zusätzliche Untersuchungsziele waren, ob der Effekt durch

das Alter oder die ursprüngliche Mobilität variiert und ob Regelmässigkeit oder Anzahl der präventiven Hausbesuche wichtig für mögliche positive Effekte sind.

Bei der Studie handelt es sich um ein RCT mit dreijährigem Follow-up. Die Intervention wurde in drei Kategorien gestuft. In der Kategorie „hoch“ wurden der Arzt und die Hausbesuch ausführende Person geschult. In der Kategorie „mittel“ wurde nur die Hausbesuch durchführende Fachperson geschult. Die dritte Kategorie bildete die Kontrollgruppe, wo keine Schulung durchgeführt wurde. Inhalt der Schulungen war die Einführung der Ärzte in ein geriatrisches Assessment sowie wurde zweimal jährlich je zwei beauftragte Personen in der Anwendung und Auswertung eines Standardassessments geschult. Die Zusammenhänge zwischen Intervention und Outcome wurden mittels Regressionsanalyse bestimmt.

Die Resultate von Vass et al. (2005) zeigten, dass eine Schulung ein Effekt auf die körperliche Mobilität von älteren, zuhause lebenden Menschen hat ($p = 0.04$). Die altersabhängige Analyse zeigte, dass der Effekt in der Altersgruppe 80+ mit der Intervention Kategorie „hoch“ am grössten war ($p = 0.03$). Die Intervention zeigte keinen Effekt innerhalb der gesamten Studienpopulation auf die Mortalität oder den Eintritt in ein Pflegeheim. Bei der Population 80+ wurde eine statistische Signifikanz im kumulierten Risiko bezüglich Pflegeheimeintritt erreicht. Auch spielt hier die Häufigkeit und Regelmässigkeit der Hausbesuche eine Rolle. Nur bei mehr als fünf Hausbesuchen ($p = 0.02$) und regelmässigen Kontakten ($p = 0.02$) wurden signifikante Resultate erreicht.

Die Analyse aufgrund der Mobilität zu Beginn der Studie zeigte, dass die Intervention nur einen Effekt in der Gruppe 80+ ohne Mobilitätseinschränkungen hatte, wenn die Hausbesuche regelmässig waren ($p = 0.004$) und Arzt und Hausbesuch ausführende Fachperson geschult wurden ($p = 0.02$).

Die Studienresultate zeigen, dass eine frühere Wahrnehmung durch die fachgerechte Schulung von Assessmentinstrumente sensibilisiert wird und die Durchführung von präventiven Hausbesuchen spezielle Kompetenzen benötigt.

Interdisziplinäres Fallmanagement

In der Studie von Fairhall, Sherrington, Kurrle, Lord, Lockwood und Cameron (2012) wurde der Einfluss einer multifaktoriellen interdisziplinären Intervention auf die Mobilität untersucht. Die Intervention beinhaltet unter anderem ein Fallmanagement mit Fallbesprechungen, was die Zusammenarbeit mit den Betroffenen, der Familie, anderen Disziplinen, Dienstleistungen und deren Koordination einschliesst. Assessments, Reassessments und die Empfehlung von Gehhilfen sind weitere Aspekte. Die Kontrollgruppe erhielt die herkömmliche Unterstützung.

Des Weiteren wurden die persönlichen Ziele bezüglich Mobilität mit dem Betroffenen besprochen, mögliche Hindernisse wurden mittels Assessment erfasst und Interventionen entwickelt. Danach wurden evidenzbasierte Heimübungen zur Verbesserung der Mobilität und Sturzprävention gelehrt.

Ihre Resultate zeigen, dass sich durch die Intervention die Lebensräume der Studienteilnehmer signifikant vergrössern ($p > 0.001$ nach 3 Mt., $p = 0.005$ nach 12 Mt.). Einen schlechteren Trend in der Interventionsgruppe ergab sich bei der Frage nach der Zufriedenheit des ausser Haus Gehens, aber ohne statistische Signifikanz ($p = 0.17$). Keine Differenz besteht in dem „Reintegration to Normal Living Index“, was die Teilnahme in verschiedenen Lebensbereichen bedeutet ($p = 0.17$ nach 3 Mt., $p = 0.40$ nach 12 Mt.).

Nach 12 Mt. ging die Interventionsgruppe die 4m - Strecke 0.05 Sekunden schneller ($p < 0.048$). Die selbst-eingeschätzte Aktivität, durch die Activity Measure for Post Acute Care (AMPAC) gemessen, war ebenfalls signifikant besser in der Interventionsgruppe nach 12 Monaten ($p < 0.001$). Eine Interaktion zwischen der Kognition und der Gruppenzugehörigkeit konnte nicht festgestellt werden. Ein signifikant unterschiedlicher Effekt der Intervention basierte auf dem Schweregrad der Gebrechlichkeit. Nach 3 Monaten war der Effekt auf die Lebensräume grösser in der Gruppe „weniger gebrechlich“. Nach 12 Monaten konnte kein Effekt nachgewiesen werden. In der Gruppe „mehr gebrechlich“ war der Effekt auf die Ganggeschwindigkeit grösser nach 12 Monaten, nicht nach 3 Monaten. Weiter zeigt sich, dass eine höhere Adhärenz mit besseren Ergebnissen der meisten Outcomemessungen assoziiert werden kann. Keine Verbindung besteht gemäss der

Studie zwischen der Adhärenz und der Zielerreichung, AMPAC und der Zufriedenheit des ausser Haus Gehens.

Multidisziplinäres Assessment und Intervention

Lihavainen, Sipilä, Rantanen, Kauppinen, Sulkava und Hartikainen untersuchten 2011 in einem RCT den Effekt eines umfassenden geriatrischen Assessments mit einer zweijährigen, individuell zugeschnittenen Intervention auf die selbst eingeschätzte Mobilität in einer generell alten Population und einer Population mit muskuloskeletalen Schmerzen.

Die Intervention beinhaltet ein multidisziplinäres Assessment von Arzt, Physiotherapeut und Pflegeperson. Des Weiteren beinhaltet sie Interventionen bestehend aus einem medizinischen Teil und einer körperlichen Aktivitätskomponente.

Der medizinische Fokus war auf der Verbesserung der aktuellen Gesundheitsprobleme und der Optimierung der Pflege.

Häufigste Interventionen waren Medikationsanpassungen, neue Diagnosestellungen und deren Versorgung, Gesundheitsberatung, Kontrolle der chronischen Krankheiten und Vermittlung von Unterstützungsangeboten.

Weniger häufig waren die assistierte Hilfe bei der Mobilität und den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's), Umgebungsanpassungen, Verbesserung bei Seh- oder Hörproblemen und der Inkontinenzversorgung.

Die körperliche Aktivitätskomponente besteht aus Beratung durch Physiotherapeuten und Möglichkeit der Teilnahme an Trainingsprogrammen zur Kräftigung und Gleichgewichtsverbesserung.

Die Kontrollgruppe erhielt eine herkömmliche Versorgung.

Bei Interventionsende war der Effekt der Behandlung signifikant; d.h. die Proportion der geäußerten Mobilitätseinschränkungen sank in der Interventionsgruppe (IG), während sie in der Kontrollgruppe (KG) zunahm.

77 % der Teilnehmenden (TN) ohne Mobilitätseinschränkungen blieben während der Studiendauer ohne Einschränkungen. In der Interventionsgruppe waren dies 69% ($p < 0.001$).

Eine Verbesserung berichteten 17% in der Interventionsgruppe und 14% in der Kontrollgruppe ($p = 0.887 \rightarrow$ nicht signifikant). Die Proportion von TN mit Mobilitätseinschränkungen und solchen, die es während der Studie entwickelten, waren in der IG 13% und in der KG 25% ($p < 0.001$).

Ein Jahr nach der Intervention war der positive Effekt der Intervention noch signifikant grösser in der Gruppe mit muskuloskeletalen Schmerzen. während er in der Studiengruppe ohne Schmerzen kein statistisch signifikanter Effekt erreichte.

Die Schmerzen persistierten in der Kontrollgruppe signifikant häufiger als in der Interventionsgruppe ($p = 0.001$).

Stärkung der Selbstkompetenz durch Beratung

Die Intervention „Beratung zur körperlichen Mobilität“ wurde in der Studie von Rasinaho, Hirvensalo, Törmäkangas, Leinonen, Lintunen und Rantanen (2011) bezüglich ihres Effektes auf die körperliche Mobilität und die Teilnahme an spezifischer körperlicher Aktivität von inaktiven Menschen untersucht.

Die Intervention war auf dem Transtheoretical Modell Model of Behavior Change nach Prochaska und DiClemente (1982, in Rasinaho et al. 2011) und Banduras Social Cognitive Theory (1968, 1997 in Rasinaho et al., 2011) aufgebaut und beinhaltete Techniken des Motivational interviewing (Miller und Rollnick, 1991, in Rasinhao et al., 2011). Ziel der Intervention war die Erreichung eines aktiveren Lebensstils. Die Verhaltensänderung beinhaltet das Motivieren und die Unterstützung des Selbstmanagements. Dazu wurden dem Teilnehmer der Nutzen von Aktivität und Möglichkeiten aufgezeigt. Die sozialen und Umgebungsfaktoren wurden angeschaut, wie auch die Hindernisse und Möglichkeiten zu deren Überwindung und Optimierung gesucht.

Rasinaho et al. (2011) zeigen eine Erhöhung der Teilnahmeportionen nach 2 Jahren im Bereich Krafttraining ($p = 0.043$), Wasseraerobic ($p < 0.001$), gewohnheitsmäßige Aktivität ($p = 0.020$) und begleitetes Fitnesstraining. Eine Zunahme der Tätigkeit „Walking“ konnte durch die Beratung nicht erreicht werden. Nach 3.5 Jahren erhöhte sich nur die Teilnahme im Krafttraining minimal. Die Teilnahmeportionen in den anderen Aktivitäten sanken in der Interventionsgruppe.

Die Teilnahme in der Wassergymnastik war in der Interventionsgruppe nach 2 Jahren doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe ($OR = 2.49$). Die Walking-Teilnahme nahm in der Interventionsgruppe weniger rasch ab ($OR = 1.58$). Teilnehmer ohne Mobilitätseinschränkungen führen nach 24 wie auch nach 42 Monaten Krafttrainings signifikant häufiger aus.

In der Gruppe mit manifestierten Mobilitätseinschränkungen konnten keine signifikanten Effekte erreicht werden.

Prävention durch Heimübungen

Luukinen, Lehtola, Jokelainen, Väänänen-Sainio, Lotvonen und Koistinen (2006) untersuchten den Effekt einer Intervention, durchgeführt und geplant durch regionale geriatrische Teams, um die Abhängigkeit einer älteren Population zu verhindern.

Die Intervention bestand aus Heimübungen, welche dem Zustand der Person angepasst war, Gehtraining, Gruppentraining und Selbstpflege-Übungen.

Die Heimübungen beinhalteten Übungen in stehender Position: Gehen an Ort, Zehenstand, Knöchelextension und -flexion, Hüftabduktion, Hüftextension und Gewichtsverlagerung von einem Fuss zum anderen. Übungen in sitzender Position waren: Gehen in sitzender Position, Knieextension, Hüftabduktion, Knöchelextension und -flexion sowie Rotation mit gestrecktem Knie. Im Liegen wurden Übungen wie, Becken heben, das gestreckte Bein heben, Flexion und Extension des Fusses ohne ihn von der Unterlage zu heben, Abduktion und Flexion der Hüfte sowie Knöchelextension und -flexion. Diese Übungen wurden dreimal täglich zu 5-15 Wiederholungen empfohlen. Die Kontrollgruppe wurde zum Hausarzt geschickt und erhielt keinen Übungsplan.

Kein Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe bezüglich des Eintritts in eine Langzeitinstitution oder Mortalität konnte aufgezeigt werden.

Der Mobilitätsscore hat sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe positiv verändert ($p = 0.013$). Die stärkste Veränderung wurde bei den TN gefunden, welche Heimübungen ohne weitere Intervention erhalten haben ($p = 0.001$). Der ADL-Score (Activities of Daily Living), welcher die Alltagskompetenz beschreibt, hat sich nicht signifikant verändert ($p = 0.462$). Häufigkeit und Dauer der körperlichen Aktivität veränderte sich vorerst in keiner Gruppe. Während der Interventionsperiode reduzierte sich aber die Heimübungsaktivität bezüglich Häufigkeit und Dauer bei der Kontrollgruppe signifikant ($p < 0.001$) und blieb in der Interventionsgruppe konstant.

Am Ende der Intervention existierten Menschen mit schweren Mobilitätseinschränkungen in der Kontroll- (31%) wie Interventionsgruppe (34%) gleich häufig ($p = 0.650$).

Case Management durch Pflegende

Die Studie von Schein, Gagnon, Chan, Morin und Grondines (2005) untersuchte den Zusammenhang zwischen spezifischen Interventionskategorien im Rahmen eines Case Managements (CM) und der Lebensqualität, der Activities of Daily Living (ADL's) und der Instrumental Activities of Daily living (IADL's) in einer Population von älteren, gebrechlichen, zuhause lebenden Menschen.

Die Interventionen wurden aufgrund der Nursing Intervention Classification (NIC) standardisiert dokumentiert und anschliessend in 19 Kategorien gemäss der NIC-Taxonomie gruppiert. Für die anschliessende Analyse wurde der Fokus auf die 4 Interventionsgruppen „coping assistance“ (Problemlösung, Bewältigungsstrategien), „lifespan care“ (Support der pflegenden Angehörigen), „risk management“ (Sturzprävention und Mobilitätsprobleme lösen) und „physical comfort promotion“ (Schmerzkontrolle) gelegt.

Die Daten stammen aus einem RCT, in welchem das CM und herkömmliche Pflege verglichen wurde. Nun wurde eine Sekundäranalyse gemacht. Das Case Management wurde durch Pflegende während 10 Monaten durchgeführt.

Die Resultate von Schein et al. (2005) zeigen einen Anstieg in den IADL's durch Interventionen aus der Kategorie „Coping Assisstance“ (0.85 Punkte Differenz), während kein Zusammenhang bezüglich ADL's oder der Lebensqualität besteht. Kein Zusammenhang konnte zwischen den Kategorien „lifespan care“, „risk management“ und „physical comfort promotion“ und den IADL's, ADL's oder der Lebensqualität gefunden werden.

Zur Kategorie „coping assisstance“ gehören unter anderem Interventionen wie, Bewältigungsstrategien erarbeiten, Adhärenz fördern, emotionale Unterstützung, Selbstbewusstseinsstärkung, Beratung, Verbesserung des Unterstützungsnetzes sowie Entscheidungsprozesse unterstützen.

5 Diskussion

5.1 Kritische Auseinandersetzung mit der Literatur

Die Literaturrecherche hat sich für die Autorin als grosse Herausforderung herausgestellt, da die Mobilitätsförderung in der ambulanten Pflege ein kaum beforschtes Gebiet darstellt. Hinderungsgründe für eine ausreichende körperliche Aktivität und Folgen des Bewegungsmangels, sowie die Wichtigkeit ausreichender Bewegung zur Prävention von chronischen Erkrankungen werden umfänglich beschrieben und untersucht.

Die kritische Beurteilung der Studien hat ergeben, dass einige Schwachstellen vorhanden sind, welche bei der Verwendung der Resultate zu bedenken sind. Die wichtigsten werden hier aufgeführt.

Es handelt sich bei allen sechs eingeschlossenen Studien um RCT's. Die Stichproben sind bei Fairhall et al. (2012) und Schien et al. (2005) eher klein gewählt. Schein et al. (2005) geben als Schwäche zudem an, dass es sich um eine Sekundäranalyse von Daten handelt. Auch konnten die Studienresultate nicht durch bisherige Forschungsergebnissen oder Literatur identifiziert werden.

Fairhall et al. (2012) geben als weitere Schwäche an, dass die Studienteilnehmer nicht bezüglich der Gruppenzugehörigkeit verblindet werden konnten.

In der Studie von Rasinaho et al. (2011) wurden die Teilnehmer bezüglich der Häufigkeit und Ausführung der Aktivität befragt. Da es sich um eine Befragung und nicht um eine Messung oder objektive Einschätzung handelt, entsprechen die Daten nicht sicher der Realität. Auch kann die Kontrollgruppe durch die aktivitätsbezogene Befragung beeinflusst worden sein.

Auch in den Studie von Vass et al. (2005) und Lihavainen et al. (2011) handelt es sich bei der Outcomemessung zur Mobilität um eine self-rating Methode, welche zwar als reliabel und valide beschrieben wurde. Dennoch ist sie nicht so zuverlässig wie eine Messung.

Lihavainen et al. (2011) kritisieren zudem die Verblindung vor der Erhebung der Ausgangsvariablen.

In allen Studien werden kaum Angaben zur Reliabilität und Validität der Messinstrumente gemacht. Oft werden sie als reliabel oder valide beschrieben, jedoch werden keine genauen Angaben gemacht. Grösstenteils handelt es sich aber um bekannte und oft verwendete Assessmentinstrumente und es wird auf Quellen verwiesen.

Bei allen eingeschlossenen Studien wurden Einverständniserklärungen der Studienteilnehmer eingeholt und der Durchführungen wurde von ethischen Komitees stattgegeben.

Ein Vergleich der Kontroll- und Interventionsgruppe bezüglich der gleichen Ausgangsparameter hat in allen Studien stattgefunden oder die Ausgangsvariablen wurden miteinbezogen. Ausser bei Schein et al. (2005), wo keine Kontrollgruppe vorhanden war, da es sich um eine Sekundäranalyse handelt.

5.2 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Theorie

Die Fragestellung für die vorliegende Arbeit lautete: Welche pflegerischen Interventionen fördern und erhalten die körperliche Mobilität von Spitem-Klienten?

Die Autorin ist sich bewusst, dass anschliessend präsentierte Interventionen die Fragestellung nicht abschliessend beantworten, denn dafür ist die Arbeit zu klein.

Dennoch zeigen die Edukation von Health Care Professionals, die Beratung von Klienten, Prävention, Case Management durch die Pflege oder im interdisziplinären Team sowie multidisziplinäres Assessment und Interventionen Ansätze, die klar Antwort auf die Fragestellung geben.

Schwierig erachtet die Autorin, den richtigen Zeitpunkt für Interventionen festzustellen. Denn einerseits soll gemäss Vass (2005) nicht zu früh mit der Prävention begonnen werden, andererseits noch bevor schwere Mobilitätseinschränkungen vorhanden sind.

Auch Rasinaho et al. (2011) bestätigt, dass der Effekt von motivierenden Beratungsgesprächen bei Menschen ohne oder nur geringen Mobilitätseinschränkungen grösser ist. Auch bei Luukinen et al. (2006) zeigen

Heimübungen bei Menschen mit sehr schweren Einschränkungen keine Verbesserung.

Edukation der Health Care Professionals

Vass et al. (2005) zeigt, dass die Schulung der Fachpersonen mit einer besseren körperlichen Mobilität von älteren Menschen assoziiert werden kann. Die Durchführung von präventiven Hausbesuchen benötigt spezielle Kompetenzen.

Durch die Schulung der Assessmentanwendung, wie auch deren Interpretation wurden die Fachpersonen sensibilisiert in der Wahrnehmung von frühen Anzeichen, welche auf eine Verschlechterung der körperlichen Aktivität hindeuten. Somit können Anzeichen rechtzeitig wahrgenommen und Interventionen eingeleitet werden, bevor schwerere Einschränkungen entstehen.

Auch für die Beratung von Klienten sind Kenntnisse über die körperliche Aktivität, Übungen, Funktion des Bewegungsapparates und die Angebote zwingend (Rasinaho, 2011). Im Case Management in der Studie von Schein et al. (2005) sind Schulungen der Intervention vorausgegangen.

Das Wissen und Engagement von Pflegefachpersonen ist auch laut Zegelin (2013) von grosser Bedeutung für die Bewegungsförderung von Klienten und beeinflusst die Entwicklung des Betroffenen konstant.

Auch Neubart (2009) betont, dass die Mobilitätsförderung in der geriatrischen Rehabilitation neue Kompetenzen in der Kommunikation für die Patientenedukation und in Mobilisationstechniken benötigt.

Interdisziplinäres Fallmanagement

Kessler et al. (2009) sehen die Gesundheitsförderung im Alter als ein komplexes Zusammenspiel der Akteure, wo das Fachwissen aller gerontologischen Disziplinen gefordert und eine koordinierte Zusammenarbeit nötig ist. Auch Neubart (2009) unterstützt die Wichtigkeit der professionellen Teamarbeit, wobei der professionellen

Pflege oft die Führung zugesprochen wird. Ihre Aufgabe ist die Integration der Fertigkeiten in das Alltagsleben.

Dies bestätigen die Studienresultate von Fairhall (2012), wo durch eine multifaktorielle, interdisziplinäre Intervention die Mobilitätseinschränkungen reduziert werden. Im Zentrum stehen hier das Fallmanagement und die Fallbesprechungen, was gut durch eine Pflegefachperson mit der nötigen Erfahrung durchgeführt werden kann. Auch das Assessment und die Erfassung der Bedürfnisse ist Teil der täglichen pflegerischen Arbeit. Das Lehren und Zusammenstellen der Heimübungen zur Funktionsverbesserung sind sicher Aufgabe der Physiotherapie. Durch die vielen Schnittstellen sind regelmässige Austauschmöglichkeiten für eine gut funktionierende Zusammenarbeit nötig. Möglichkeiten dafür sind Fallbesprechungen oder Roundtable.

Zegelin (2013) beschreibt, dass bei vielen bettlägerigen Menschen ein Eingreifen in den Prozess möglich gewesen wäre, doch immer wieder Versorgungslücken stattgefunden haben in Form von Aussetzen der Physiotherapie oder durch fehlendes Wissen über Massnahmen von professionellen Akteuren. Ein Case Management oder Fallbesprechungen würden gemäss Zegelin (2013) drohende Bettlägerigkeit wahrscheinlich verhindern. Es soll bereits vor der instabilen Phase die Umgebung angepasst werden und die richtigen Hilfsmittel zum Einsatz kommen.

Multidisziplinäres Assessment und Intervention

Durch ein umfassendes Assessment durch ein Team mit medizinischer, pflegerischer und physiotherapeutischer Fachperson und eine vielschichtige Intervention konnte die Mobilitätseinschränkungen von über 75-jährigen Personen vermindert werden (Lihavainen et al., 2011). Dies bestätigt die Aussage von Kessler et al. (2009), dass es sich um eine Angelegenheit aller gerontologischen Disziplinen handelt und eine professionelle Teamarbeit nötig ist (Neubart, 2009). Somit können Versorgungslücken, welche gemäss Zegelin (2013) oft Ursache einer Reduktion der körperlichen Mobilität sind, geschlossen werden.

Stärkung der Selbstkompetenz durch Beratung

Gemäss Rasinaho et al. (2011) kann durch ein Beratungsgespräch mit der Methode „motivational interviewing“ die Teilnahme an körperlichen Aktivitäten gesteigert werden. Spannend ist, dass das Spazieren gehen nicht durch Motivationsgespräche beeinflussbar ist, denn in der Praxis wird dies den Klienten oft empfohlen. Gemäss den Resultaten hat dies aber keinen Effekt.

Des Weiteren ist das Beratungsgespräch effektiver bei Menschen ohne oder nur geringfügigen Mobilitätseinschränkungen. Daher sind frühe Assessments nötig, um die Mobilität frühzeitig einschätzen zu können und mögliche Probleme zu erkennen.

Gesundheitsberatung ist auch Teil der multidisziplinären Intervention (Lihavainen et al., 2011). Hier kann aber keine Aussage gemacht werden darüber, welche Teilinterventionen auch isoliert einen positiven Effekt auf die Mobilität haben.

Auch im Case Management ist die Beratung ein Teil der wirksamen Interventionskategorie „Coping Assistance“ (Schein et al. 2005).

Für die Durchführung von motivierenden Gesprächen ist Fachwissen im Bereich Kommunikation unabdingbar.

Durch die motivierende Gesprächsführung kann die Teilnahme an Bewegung gesteigert werden und so positiv zur bestmöglichen Erfüllung der Bewegungsempfehlungen (BASPO et al.) von 2.5h pro Woche beitragen.

Prävention durch Übungen

Luukinen et al. (2006) zeigt, dass die regelmässige Durchführung von Heimübungen die Mobilitätsreduktion verlangsamen kann.

Gemäss der Autorin könnten die Übungen durch die Physiotherapie zusammengestellt und im Verlauf evaluiert werden. Die tägliche Ausführung und motivierende Begleitung kann die Pflegefachperson übernehmen. Die Heimübungen können beispielsweise in den Alltag oder Pflegehandlungen integriert werden, so

dass Klienten die persönlichen Fortschritte wahrnehmen können. Neubart (2009) spricht hier der Pflege eine tragende Rolle zu.

Ein gut funktionierender Austausch ist auch hier wieder unabdingbar um Versorgungslücken zu schliessen.

Zegelin (2013) empfiehlt Bewegungsgründe zu schaffen, statt blosser Übungen wie Kontrakturenprophylaxe durchzuführen. Daher ist eine Integration der Heimübungen in den Alltag des Klienten sinnvoll.

Case Management

Hier zeigt vor allem die emotionale Unterstützung, wie Bewältigungsstrategien, Adhärenz fördern und das Selbstbewusstsein zu stärken einen Effekt auf die Instrumentellen Tätigkeiten des täglichen Lebens (Schein et al., 2005). Die Autorin stellt kritisch in Frage, warum das Risikomanagement und die Unterstützung der Angehörigen, wie auch das Schmerzmanagement keinen Einfluss zu haben scheinen. Denn in der Studie von Moschny (2011) sind Schmerzen bei über 50% der Teilnehmer vorhanden und ein schlechter Gesundheitszustand gilt bei 57.7% der inaktiven Teilnehmer als Hinderungsgrund für körperliche Aktivität.

Schein et al. (2005) empfehlen, sich an den Ressourcen der Klienten zu orientieren, anstatt an deren Schwächen und die Ressourcen zu fördern. Es soll sich dabei immer um ein gemeinsames Ziel von Klient und Pflege handeln. Auch Zegelin (2013) wünscht sich eine aktivierende Pflege, welche sich an den Fähigkeiten und Ressourcen orientiert.

6 Schlussfolgerungen

Hier wird die Umsetzbarkeit in den Berufsalltag der Autorin überprüft, sowie Grenzen und Möglichkeiten aufgezeigt. Weiterführende Forschungsthemen werden aufgeführt.

6.1 Theorie-Praxis-Transfer

Zuhause lebende Menschen sind sich eine hohe Autonomie gewohnt. Deshalb ist der Einbezug der Klientel und deren Angehörigen und Umfeld sehr wichtig. Nur mit deren Zustimmung können evidenz-basierte Interventionen erfolgreich umgesetzt werden. Fairhall (2012) zeigt, dass eine bessere Adhärenz die körperliche Mobilität positiv beeinflusst.

Edukation der Health Care Professionals

Den Mitarbeitern des Arbeitsortes der Autorin stehen Möglichkeiten zur externen Weiterbildung offen. Intern könnten zum Beispiel Fachpersonen aus dem Bereich Physio- oder Ergotherapie eingeladen werden, um generell Wissen zu vermitteln oder gezielt auf eine Klientensituation einzugehen. Konkrete Fallbeispiele und praxisnahe Schulung sensibilisiert in der Thematik und helfen in anderen ähnlichen Situationen.

Eine interdisziplinäre Weiterbildung im Bereich Mobilitätsförderung wäre wünschenswert, da es sich um gemeinsame Ziele aller gerontologischen Fachbereiche handelt.

Die Fortbildung im Bereich Bewegungskompetenz, wie zum Beispiel der Kinästhetik, würde den Pflegefachpersonen, aber auch den Klienten Sicherheit vermitteln und die Kompetenzen weiterentwickeln.

Ein weiterer Punkt ist die fachgerechte Anwendung von Assessments, welches in die Kompetenzen der diplomierten Pflegefachperson gehört. Assessments helfen Anzeichen von Mobilitätseinschränkungen bereits bei den ersten Besuchen zu erfassen und die nötigen Interventionen einzuleiten, bevor die Entwicklung der

Negativspirale beginnt. Das MDS des RAI-HC bildet dafür eine geeignete Basis, setzt aber eine Bereitschaft für das Arbeiten mit Computer und geeigneten Softwares voraus, was zudem ein erhöhter Arbeitsaufwand und auch Kosten bedeutet.

Interdisziplinäres Fallmanagement

Die Vernetzung aller Akteure im ambulanten Bereich stellt sich oft als Herausforderung dar. Fallbesprechungen oder Roundtable können hier helfen, die Ziele und Massnahmen gemeinsam zu besprechen. Optimaler Weise geschieht dies gemeinsam mit dem Klienten.

Als hilfreich hat sich im ambulanten Bereich auch der Informationsaustausch via E-Mail herausgestellt. Dafür sind aber Massnahmen nötig, wie beispielsweise HIN gesicherte Mailaccounts, um den Datenschutz zu gewährleisten.

Weiter können gemeinsame Hausbesuche mit Arzt und Pflege oder Therapeut und Pflege sinnvoll für den Informationsaustausch sein, sowie das gegenseitige Weiterleiten von Informationen und Beobachtungen.

Als Schwierigkeit stellt sich oft die gemeinsame Terminfindung heraus. Am Arbeitsort der Autorin läuft aktuell ein Projekt zum interdisziplinären Austausch. Dabei treffen sich der Hausarzt und eine Pflegefachperson monatlich, um Informationen zu Klientensituationen auszutauschen. Denkbar ist den Austausch mit anderen Disziplinen zu erweitern.

Multidisziplinäres Assessment und Intervention

Hier muss vor allem die Zusammenarbeit zwischen Physiotherapie und Pflege verbessert werden. Durch den regelmässigen Kontakt zwischen Pflegeperson und Klient entwickelt sich eine vertrauensvolle Beziehung, was von Vorteil für die Erfassung von Ängsten und Bedürfnissen bezüglich körperlicher Mobilität ist. Die Pflegefachperson erlebt die betroffene Person in ihrem Alltag und kann so Problembereiche und Ressourcen erkennen. Sicher bleibt es Aufgabe der Physiotherapie, die Übungen für eine Funktionsverbesserung zusammenzustellen

und den Klienten zu instruieren. Die Ausführung im Alltag oder Implementierung in die Alltagsaktivitäten ist Aufgabe der Pflege.

Eine Plattform für den interdisziplinären Austausch muss geschaffen werden. Ein Beispiel dafür wären Roundtable oder Fallbesprechungen.

Am Arbeitsort der Autorin sind die Therapie- bzw. Pflegeziele der anderen Disziplin nur selten bekannt. Eine gemeinsame Zielerarbeitung und Besprechung der Massnahmenplanung gemeinsam mit dem Klienten könnte die Situation enorm verbessern und die Zufriedenheit aller Beteiligten steigern.

Stärkung der Selbstkompetenz durch Beratung

Für die Ausübung von Motivationsgesprächen ist Kenntnis über die Methode des „Motivational interviewing“ nötig. Eine Pflegeperson mit dem nötigen Knowhow über die lokalen Angebote zur körperlichen Aktivität kann die Beratung übernehmen. Die vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegefachperson und Klienten kann eine gute Ausgangsbasis bilden. Das Motivationsgespräch ist auch für andere Themen der Gesundheitsförderung geeignet.

Ein Hindernis ist hier leider oft der Zeitfaktor. Die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und den dazugehörigen Kommunikationskompetenzen hat sich noch nicht klar etabliert.

Prävention durch Heimübungen

Um den richtigen Zeitpunkt für Interventionen zu wählen, müssen geeignete Assessmentinstrumente vorhanden sein. Denn die Mobilitätsförderung soll ansetzen, bevor schwerwiegende Beeinträchtigungen vorhanden sind.

Das MDS erhebt einen grossen Teil der wichtigen Faktoren zur Mobilität. Ein korrektes und regelmässiges Reassessment kann helfen, den Zeitpunkt nicht zu verpassen. Auch präventive Hausbesuche können hier von Bedeutung sein. In den Einzugsgebieten des Arbeitsgebietes der Autorin werden regelmässig Fragebogen

an die über 70-jährigen verschickt, wo Seniorinnen und Senioren kostenlos eine Beratung in Anspruch nehmen können. In diesem Bereich kann noch sensibler auf das Thema Mobilität eingegangen werden.

Durch die Vernetzung zwischen Pflege und Physiotherapie kann die ambulante Versorgung von mobilitätseingeschränkten Menschen noch verbessert werden.

Case Management durch Pflegende

Auch wenn hier nur Interventionen aus dem Bereich „Coping Assistance“ eine Auswirkung auf die Instrumentellen Tätigkeiten des täglichen Lebens hatten, zeigt sich das Fallmanagement in der Praxis als effektive Methode. Es sind verschiedene Akteure am Behandlungsprozess beteiligt und ein Case Management hilft hier alle Informationen zu vernetzen und einen bestmöglichen Erfolg für die Klienten zu generieren. In der ambulanten Versorgung spielt immer auch das Umfeld und die Angehörigen eine wichtige Rolle. In der Praxis zeigt sich der Support der pflegenden Angehörigen als ein wichtiger Teil, auch wenn in der Studie von Schein et al. (2005) kein Effekt des Angehörigensupports nachgewiesen werden konnte.

6.2 Weitere Fragen an die Forschung

Da oft mehrschichtige Interventionen zur Mobilitätsförderung beschrieben werden, bleibt offen, welche Teilaspekte einen Einfluss haben oder ob sie nur in Kombination wirksam sind.

Weiter sollen gezielt pflegerische Interventionen untersucht werden, da noch wenig Forschung zum Gebiet besteht.

Interessant ist auch die Entwicklung und Überprüfung von ressourcenorientierten Pflegemodellen zur Verbesserung der körperlichen Mobilität während der täglichen Aktivitäten.

Wie die einzelnen Disziplinen des Behandlungsprozesses im häuslichen Setting noch besser und effektiver vernetzt werden können, stellt eine weitere Frage dar.

6.3 Zusammenfassung

Zum Thema Mobilitätsförderung in der Pflege ist wenig wissenschaftliche Literatur vorhanden. Da es sich oft um interdisziplinäre, vielschichtige Interventionen handelt, kann keine Aussage darüber gemacht werden, welche pflegerische Intervention genau zum Erfolg verhilft. Viel wichtiger scheint auch in Zukunft eine Vernetzung der professionellen Akteure im ambulanten Setting. Gemeinsam sind allen Interventionen ein vertieftes Wissen und eine Sensibilisierung des Themas.

Es sind nicht einzelne Interventionen, welche die Mobilität verbessern, sondern eine ganzheitliche Wahrnehmung aller Disziplinen und individuelle, mehrschichtige Ansätze zur Verbesserung der Gesamtsituation.

Hintergrundinformationen zur Mobilität und Bewegung, zu Assessmentinstrumenten sowie zur Gesundheitsförderung befähigen Pflegende, die Probleme und Ressourcen frühzeitig wahrzunehmen, gezielte Interventionen einzuleiten und somit Leid zu verhindern.

Des Weiteren soll auf eine ressourcenorientierte Pflege hingearbeitet werden, trotz Personalmangel und zeitlich knappen Ressourcen. Nur so kann eine hohe Lebensqualität der Klienten auch in Zukunft erreicht werden.

Gut ausgebildetes Pflegepersonal ist in der ambulanten Pflege von enormer Wichtigkeit, da komplexe Klientensituationen vertieftes Verständnis und eine hohe Fachkompetenz verlangen.

Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, A. (2013). Beweggründe statt Mobilisationsübungen. *Pro Alter*, Heft 1-2, 29-31.
- Bennett, J., & Riedel, M. (2013). Was beeinflusst die Lebenszufriedenheit im hohen Alter? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(1), 21-26.
doi:10.1007/s00391-012-0457-5
- Bundesamt für Sport (BASPO), Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch). (2013). *Bewegungsempfehlungen für ältere Erwachsene*. Heruntergeladen von <http://www.hepa.ch/internet/hepa/de/home/dokumentation/grundlagendokumente.parsys.91739.downloadList.96781.DownloadFile.tmp/merkblattaltererwachsened.pdf> am 06.03.2014
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2014). *Schweizerische Gesundheitsbefragung. Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen*. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/05.html> am 06.03.2014
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2014). *Bevölkerungsstand und –struktur-Indikatoren. Bevölkerung nach Alter*. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html> am 06.03.2014
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2010). *Hilfe und Pflege zu Hause. Spitex: Klient/innen nach Altersklassen: Fälle und Personen*. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/05/data/02/04.html> am 13.3.2014
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI). (1995). *Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. Heruntergeladen von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html> am 5.3.2014
- Fairhall, N., Sherrington, C., Kurrle, S. E., Lord, S. R., Lockwood, K., & Cameron, I. D. (2012). Effect of a multifactorial interdisciplinary Intervention on mobility-related disability in frail older people: randomised controlled trial. *BMC Medicine*, 10:120. doi:10.1186/1741-7015-10-120
- Fletcher, P. C., & Hirdes, J. P. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age & Ageing*, 33(3), 273-279.

- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Huber.
- Kessler, D., Bonsack, S., Seematter, L., & Biedermann, A. (2009). *Gesundheitsförderung im Alter. Synthese von Interviews mit ExpertInnen in der Schweiz und einer auf diesen Interviews basierenden Literaturanalyse*. Heruntergeladen von http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praevention/allgemeines/bpgfa/d/Synthesebericht-BPGFA-def.pdf am 05.03.2014
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Aufl.). München: Elsevier.
- Madjar, I., & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J. M. Morse, J. M. Swanson & A. J. E. Kuzel (Eds.), *The nature of qualitative evidence?* (pp. 28-45). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Moschny, A., Platen, P., KlauSzen-Mielke, R., Trampisch, U., & Hinrichs, T. (2011). Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. doi:10.1186/1479-5868-8-121
- Müller, M. (2011). *Statistik für die Pflege Handbuch für Pflegeforschung und -wissenschaft*. Bern: Huber.
- Müller, P., John, R. & Staudenmaier, B. (n.d.). RAI-HC Schweiz. Bedarfsabklärungs-Instrumentarium für die Spitex. Fachinformation. Q Sys AG, St.Gallen. Heruntergeladen von <http://www.qsys.ch/dwl/spitex/Fachinformation-RAI-HC-CH-11-2009-rj.pdf> am 10.03.2014
- Rasinaho, M., Hirvensalo, M., Törmäkangas, T., Leinonen, R., Lintunen, T., & Rantanen, T. (2012). Effect of physical activity counseling on physical activity of older people in Finland (ISRCTN 07330512). *Health Promotion International*, 27(4), 463-474. doi:10.1093/heapro/dar057
- Schein, C., Gagnon, A. J., Chan, L., Morin, I., & Grondines, J. (2005). The association between specific nurse case management interventions and elder health. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 597-602. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53206.x
- Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). (n.d.) *Definition der Pflege*. Heruntergeladen von <http://www.sbk.ch/de/pflegethemen.html> am 07.02.2014

- Seematter-Bagnoud, L., Bize, R. & Mettler, D. (2011) *Bewegungsförderung: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. Zusammenfassung und Empfehlungen. Heruntergeladen von http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praevention/programme_projekte/BPGFA/ZF-Empfehlungen_Bewegungsfoerderung.pdf am 05.03.2014
- Spitex Verband Schweiz. (2010). *SwissAgeCare2010. Wer pflegt und betreut ältere Menschen daheim? Die Situation der Angehörigen und ihre Ansprüche an die Spitex*. (2. Aufl.). Bern.
- Vass, M., Avlund, K., Lauridsen, J., & Hendriksen, C. (2005). Feasible model for prevention of functional decline in older people: municipality-randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 563-568. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53201.x
- Voelcker-Rehage, C., Godde, B., & Staudinger, U. M. (2006). Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(6), 558-566. doi:10.1007/s00103-006-1269-9
- Zegelin, A. (2013). *"Festgenagelt sein" der Prozess des Bettlägerigwerdens* (2. Aufl.). Bern: Huber.

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei meiner Familie und meinen Freunden für die motivierende Unterstützung, welche ich während des Verfassens meiner Arbeit erfahren habe, bedanken.

Einen speziellen Dank gehört:

Jutta Dreizler für ihre kompetente und angenehme Betreuung während des Schreibens dieser Arbeit.

Judith Peter und Sandro Luongo für das kritische Korrekturlesen der Arbeit, sowie Esther Dübendorfer für die Unterstützung in den grammatikalischen Herausforderungen.

Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe von Drittpersonen und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Wetzikon, 02.05.2014

Claudia Luongo

Wortzahl

Abstract: 198 Wörter

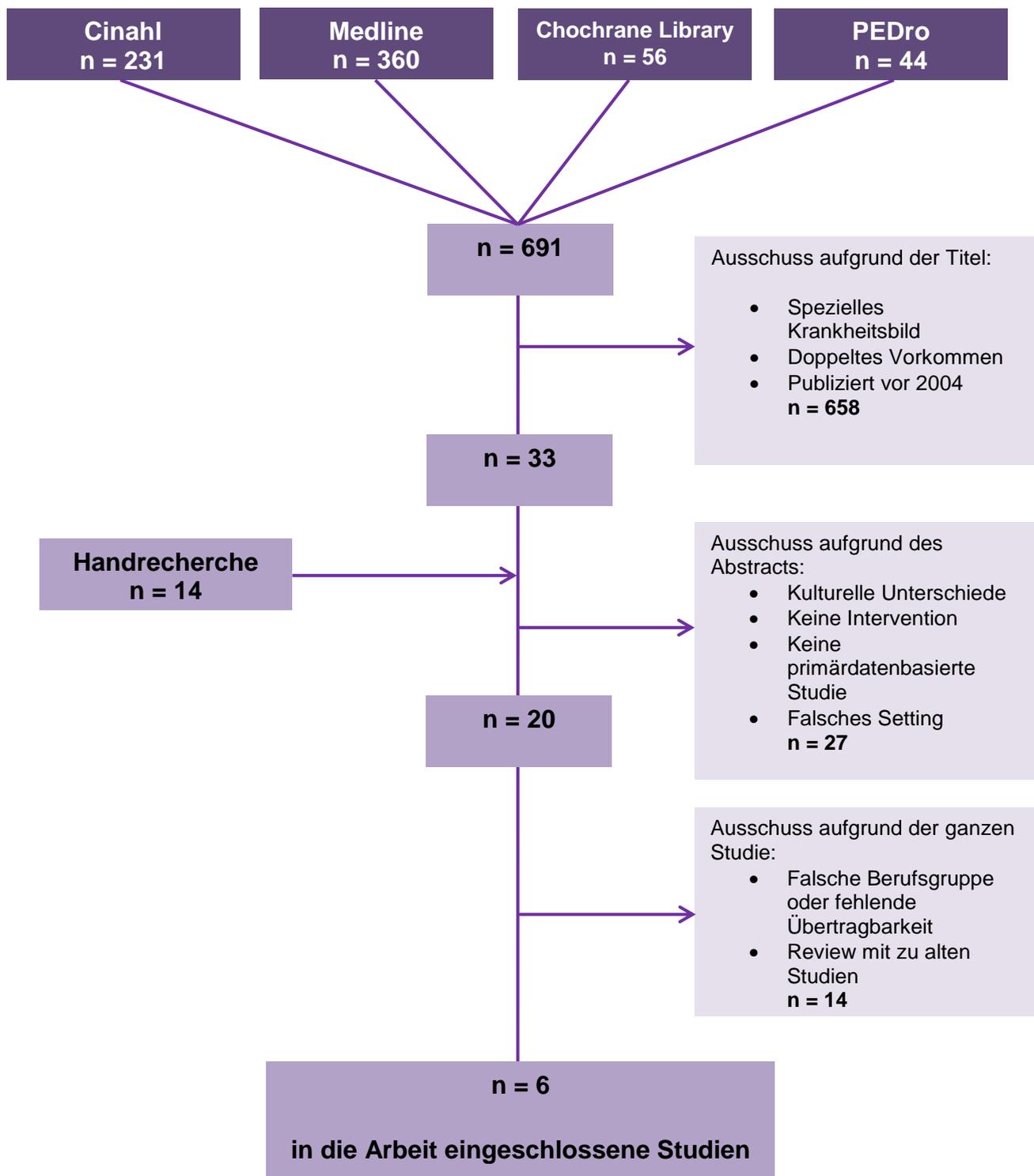
Arbeit: 6302 Wörter

(exklusive Inhaltsverzeichnis, Abstract, Tabellen, Abbildungen sowie deren Beschriftungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung, Wortzahl und Anhänge)

Anhang A

Flowchart Literaturrecherche

Cinahl, Medline Chochrane Library → alle Keywords verknüpft, Limits: English, Abstract, 65+
PEDro → frailty + practice guideline



Anhang B

Referenz: Vass et al.
Titel: Feasible model for Prevention of Functional Decline in Older

Land: Dänemark
Jahr: 2005

| 1. Sample | 2. Design / Methode | 3. Datenerhebung | 4. Analyse | 5. Resultate | 6. Bedeutung für die Pflegepraxis |
|---|--|--|--|---|---|
| <p>Population Die Studienpopulation umfasst 5'788 zuhause lebende Menschen zwischen 75 und 80 Jahren. Von diesen stimmten 4060 Personen der Teilnahme zu. Die TN stammen aus 34 Gemeinden aus 4 Bezirken, welche alle präventive Hausbesuche anbieten und dies im Gesetz verankert haben. Die Studienpopulation ist schematisch in der Abbildung 1 dargestellt.</p> | <p>Studienziel Die Studie untersucht den Effekt eines Schulungsprogramms für präventiv tätige Health Care Professionals auf die körperliche Mobilität, Pflegeheimenitritte und Mortalität älterer Menschen. Zusätzliche Untersuchungsziele sind, ob der Effekt durch das Alter oder die ursprüngliche körperliche Mobilität variiert und ob Regelmässigkeit oder Anzahl der präventiven Hausbesuche wichtig für mögliche positive Effekte sind.</p> <p>Studiendesign Es handelt sich um ein prospektives, 3-jähriges RCT.</p> <p>Forschungsfrage Abgeleitete</p> | <p>Instrumente und Erhebungszeitpunkte Die körperliche Mobilität wurde zu Studienbeginn und nach 3 Jahren per Fragebogen mit einer validen Mobilitätsskala(alle Aktivitäten ohne Hilfe vs. Eine oder mehrere Aktivitäten mit Hilfe) erfasst. Die Mortalität und die Pflegeheimenitritte wurden nach 3 und 5 Jahren bei der zivilen Registration eingesehen. Die Intervention wurde in 3 Kategorien erfasst: hoch (Eduktion Arzt und Person, welche Hausbesuch durchführt), mittel (nur Eduktion der Hausbesuch ausführenden</p> | <p>Datenniveau Mortalität, Pflegeheimenitritt → nominal Aktivität, Intervention → ordinal</p> <p>Statistische Methoden Mortalität und Pflegeheimenitritte wurden mit Cox-Regression und die körperliche Mobilität mit logistischer Regression mit und ohne Tod analysiert. Alle Analysen waren intention-to-treat. Mit der Cox - Regressionsanalyse kann die Überlebenszeit modelliert werden. Die logistische Regression dient der Modellierung der Verteilung von diskret abhängigen Variablen. (beliebiges</p> | <p>Präsentation der Resultate Die Resultate des 3-Jahres Follow-up zeigte, dass die Schulung verbunden ist mit einer verbesserten körperlichen Mobilität. (OR =1.20, p = 0.04).</p> <p>In der Tabelle 1 sind die Odd Ratios (Wahrscheinlichkeiten) für die bessere körperliche Mobilität aufgeführt. Der grösste Effekt konnte in der Interventionsgruppe der 80+ Population mit der Intervention Kategorie hoch beobachtet werden (p = 0.03), dh. Eduktion Arzt und Hausbesuch machende Person. Abbildung 2 zeigt, dies ebenfalls. In der Abbildung 3 wird dargestellt, dass die Intervention keinen Effekt auf die Mortalität</p> | <p>Praxisempfehlungen Ein Schulungsprogramm für Health Care Professionals kann die körperliche Mobilität von älteren Menschen erhalten, so lautet die Behauptung der Forscher. Regelmässige präventive Hausbesuche werden mit einer besseren körperlichen Mobilität assoziiert. Die Studie zeigt, dass Edukation in der Primärversorgung grosses Potential hat und die Durchführung von präventiven Hausbesuchen spezielle Kompetenzen benötigt. So ist es naheliegend, alle an der Intervention beteiligten Professionen zu schulen. Die Studie zeigte, dass die Edukation der</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|----------------------|---|---|
| | <p>Forschungsfrage: Hat die Schulung von präventiv tätigen Health Care Professionals einen Einfluss auf die körperliche Mobilität, die Mortalität sowie Pflegeheimeintritte von älteren zuhause lebenden Menschen? Haben Alter, Geschlecht, ursprüngliche Mobilität, sowie Regelmässigkeit oder Häufigkeit der Hausbesuche einen Einfluss?</p> | <p>Person) und Kontrollgruppe (keine Intervention)</p> <p>Intervention Im Rahmen der Umsetzung von präventiven Hausbesuchen wurden alle Ärzte der Interventionsgruppe in ein kurzes Geriatrisches Assessment eingeführt. 2 mal jährlich wurden 2 beauftragte Personen in der Anwendung und Auswertung eines Standardassessment geschult. Bei jedem Hausbesuch wurde ein Assessment empfohlen und bei ersten Anzeichen auf Abnahme der körperlichen Aktivität wurden weitere Interventionen besprochen. Alle Ärzte erhielten eine 2h Gruppenschulung.</p> | <p>Skalenniveau)</p> | <p>oder Eintritt in ein Pflegeheim hat. Bei der Population 80+ wurde eine statistische Signifikanz im kumulierten Risiko bezüglich PH-Eintritt erreicht. In der Population 80+ spielt die Häufigkeit und Regelmässigkeit der Hausbesuche eine Rolle. Nur bei >5 Hausbesuchen (p=0.02) und regelmässige jährliche Kontakte (p=0.02) wurden signifikante Resultate erreicht.</p> | <p>Hausärzte die Wahrnehmung von ersten Anzeichen von körperlicher Schwäche geschärft hat. Da der Effekt bei der Population der 80+ grösser war, soll mit der Prävention nicht zu früh gestartet werden, aber solange die Selbständigkeit noch vorhanden ist.</p> |
|--|--|---|----------------------|---|---|

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| <p><u>Beurteilung</u> Die Studienpopulation ist ausreichend für ein RCT. Es wurde breit für die Teilnahme aufgerufen und keine gezielte Erhebung getätigt. Die Grösse wurde statistisch analysiert (intention to treat). Eine Verblindung hat stattgefunden und die Kontroll- und Interventionsgruppe waren gemäss Angaben in der Studie vergleichbar. Die Ergebnisse können auf Populationen mit ähnlicher Gesundheitsversorgung und Kultur wie in Dänemark übertragen werden. Eine Übertragung in die Schweiz ist demnach möglich. Die Forscher geben an, das die Generealisierbarkeit der Resultate hoch ist, da es sich um eine verbreitete Intervention handelt, die nach Guidelines strukturiert ist.</p> | <p><u>Beurteilung</u> Der aktuelle Forschungsstand und GAP wird in der Einführung aufgezeigt. Eine konkrete Forschungsfrage oder Hypothese ist in der Studie nicht aufgeführt, kann aber abgeleitet werden. Die Durchführung der Studie wurde vom Ethikkomitee bewilligt. Die Verblindung war eingeschränkt durch Austausch der Health Professionals aus Kontroll- und Interventionsgruppe.</p> | <p><u>Beurteilung</u> Die Mobilität wurde als self-rating erhoben. Was in der Studie als validierte Methode angegeben wird und auf eine Quelle verwiesen ist. Im Text sind keine genauen Angaben in Form von Zahlen zur Reliabilität/Validität gemacht. Die Autorin findet Befragung und Selbsteinschätzung weniger sicher, als bspw. Messungen. Ob die Einschätzung der Studienteilnehmer wahrheitsgetreu erfolgt bleibt offen.</p> | <p><u>Beurteilung</u> Für eine logistische Regression muss das Datenmaterial nominalskaliert sein d. h. Kategorien. Dies ist bei der Mobilität gegeben. Bei einer Cox-Regression ist die Zielvariable eine Zeitdauer. Die erklärenden Variablen können kategoriell sein. Auch dies stimmt in der Studie überein. Mithilfe der Regressionsanalyse kein ein Zusammenhang aufgezeigt werden, keine kausale Interpretation.</p> | <p><u>Beurteilung</u> Die Resultate sind in kurzer Textform zusammengefasst. Abbildungen und Tabellen ergänzen die Darstellung. Im Text wird auf die jeweiligen Tabellen verwiesen. Die Abbildung und Tabellen sind korrekt und verständlich beschriftet. Die Resultate beantworten die Forschungsfrage. Das Signifikanzlevel ist nirgends konkret angegeben, die Autorin nimmt aber ein $\alpha = 0.05$ an, aufgrund der Angaben in den Tabellen. Limitationen sind in der Studie angegeben. Die Resultate werden nur sehr knapp mit Resultaten von anderen Studien verglichen</p> | <p><u>Beurteilung</u> Für die Autorin ist absolut nachvollziehbar, dass die Schulung sensibilisiert und einen positiven Effekt hat. Die frühe Wahrnehmung von Symptomen und eine konkrete Intervention kann die Lebensqualität von älteren Menschen verbessern. Die Anwendung und Schulung von geeigneten Assessments kann die Anamnese und Wahrnehmung erleichtern. Die Schwierigkeit besteht darin, gerade im häuslichen Bereich genügend Fachpersonal zu haben, welche Veränderungen wahrnehmen und adäquat reagieren. Der grosse Mangel an Pflegefachkräften trägt dazu bei. Eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Disziplinen ist nötig.</p> |
|---|---|--|---|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | Evidenzlevel 2 (Madjar & Walton, 2001) |
|--|--|--|--|--|---|

Referenz: Fairhall et al.

Land: Sydney

Titel: Effect of a multifactorial interdisciplinary intervention on mobility-related disability in frail older people

Jahr: 2012

| 1. Sample | 2. Design / Methode | 3. Datenerhebung | 4. Analyse | 5. Resultate | 6. Bedeutung für die Pflegepraxis |
|--|---|--|---|---|---|
| <p>Population Umfasst über 70-jährige Menschen, welche aus dem Spital oder Reha (vergleichbar Akut- und Übergangspflege) entlassen wurden.</p> <p>Stichprobe 241 Personen wurden in die Studie eingeschlossen 120 in Interventions- und 121 in Kontrollgruppe Flowchart ist aufgeführt (Abb 2).</p> <p>Stichprobenziehung Alle potentiellen Teilnehmer wurden angefragt.</p> <p>Ein- und Ausschlusskriterien Zulässig: Alter 70+, normalerweise nicht Bewohner einer</p> | <p>Studienziel Das Ziel ist zu untersuchen, ob die interdisziplinäre, speziell auf „Gebrechlichkeit“ ausgerichtete Intervention Einschränkungen in der Mobilität bezüglich eingeschränkte Lebensfunktion und Aktivitätsbegrenzung bei zuhause lebenden, älteren, gebrechlichen Menschen reduzieren kann.</p> <p>Forschungsfrage Nicht genannt, kann aber aus dem Studienziel abgeleitet werden: Hat die Intervention einen positiven Einfluss auf die Einschränkung in der Mobilität im Vergleich zur</p> | <p>Intervention Multifaktorielle, interdisziplinäre Intervention bestehend aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assessment, Reassessment • Fallbesprechungen • Fallmanagement • Physiotherapie-sitzungen (Zielvereinbarung, Barrieren erfassen und Interventionen dazu entwickeln, lehren des evidenzbasierten Übungsprogramms) • Empfehlung von Gehhilfen <p>Kontrollgruppe übliche Versorgung</p> <p>Datenerhebung Vor der Intervention, nach 3 Mt. und nach 12</p> | <p>Deskriptive Statistik Die Studienpopulation wird in Tabellenform beschreiben (Tab 1). Es sind Mittelwerte, Standardabweichung und Range angegeben. Ebenfalls werden die Häufigkeiten der TN bezüglich Erreichung der Ziele (Tab.2) angegeben.</p> <p>Interferenzstatistik Alle Analysen waren intention-to-treat. Der Effekt der Gruppenzugehörigkeit wurde mittels linearer Regressionsmodellen bei kontinuierlichen Variablen und mittels logistischen Regressionsmodellen für dichotome Variablen untersucht. Ausgangsvariablen</p> | <p>Präsentation der Ergebnisse</p> <p>Charakteristik der TN ist in Tab. 1 angegeben. Das Durchschnittsalter liegt bei 83.3 Jahren. Die häufigsten Drop-outs waren aufgrund von Todesfall. Die Häufigkeit der GAS scores zeigt, dass die Zielerreichung in der Interventionsgruppe höher ist (Tab 2) → OR 4.2, $p < 0.001$ nach 3 Monaten nach 12 Monaten → OR 2.1, $p = 0.004$.</p> <p>Die Interventionsgruppe hat signifikant grössere Lebensräume denn die Kontrollgruppe → $p > 0.001$ nach 3Mt, $p = 0.005$ nach 12 Monaten. (Tab.3)</p> | <p>Diskussionsteil Es ist nicht möglich eine Aussage über die Auswirkung der einzelnen Aspekte der Intervention zu machen.</p> <p>Stärken Validierte Definition von „frailty“, weite Generalisierbarkeit, eingehaltene Methodik entsprechend Design.</p> <p>Schwächen TN konnten nicht bezüglich Gruppenzugehörigkeit verblindet werden, daher können Fehler aufgrund der selbst-eingeschätzten Outcomes entstanden sein. Die Adhärenz bezüglich des Programms war</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| <p>Pflegeeinrichtung, eingestuft als „betagt“ (frail) → definiert per CHS (Cardiovascular Health Study) Ausgeschlossen: schwere kognitive Einschränkungen (MMSE 18 oder weniger), Lebenserwartung unter 12 Monaten (angepasste Illness Severity Scale)</p> <p>Einverständniserklärung Schriftlich eingeholt</p> <p>Genehmigung Northern Sydney Central Coast Health Human Research Ethics Committee</p> | <p>Kontrollgruppe?</p> <p>Design RCT, Teilanalyse</p> <p>Konzept Ein Teil der Intervention besteht aus einem bereits erarbeiteten und getesteten evidenzbasierten Programm (WEEB)</p> <p>Literatur In der Einleitung werden mit Literatur Begriffe definiert, der Forschungsstand wird aufgezeigt und die Intervention begründet.</p> | <p>Mt.</p> <p>Instrumente Mobilitätseinschränkung wurde mit der "International Classification of Functioning, Disability and Health framework" zu Beginn, nach 3 und nach 5 Mt gemessen. Die Teilnahme wurde erfasst mit dem "Life Space Assessment" und "Goal Attainment Scale" (ordinal). Die Aktivität wurde mittels Geschwindigkeit im Gehen von 4m (numerisch) und aufgrund von Aussagen der TN gemessen.</p> <p>Mobilitätseinschränkungen wurden aufgrund der Einschränkungen in der Teilnahme und der Aktivität erhoben. Die Teilnahme wurde mit der Frage: Gehen sie so oft, wie sie wollen ausser Haus? → ja oder nein (nominal, reliabel). Die Mobilität des letzten Monats wurde aufgrund der Häufigkeit und Distanz (numerisch) und der Abhängigkeitsgrad mittels „University of</p> | <p>wurden als Einflussgrößen in die Regressionsmodelle eingeschlossen.</p> <p>Berechnet wurde die Zielerreichung: ja oder nein, Unterschied auf die Auswirkung der Intervention aufgrund des kognitiven Zustands (MMSE-score über oder unter 24), die Interaktion bezüglich „frailty“-Schweregrad (3 oder mehr als 3 Kriterien) und die Beziehung zwischen den einzelnen Adhärenzlevels (4 Kategorien: - 25%, 25-49%, 50-74%, ab 75%)</p> <p>Datenniveau Adhärenzlevel → ordinal Schweregrad Gebrechlichkeit → nominal Kognitiver Zustand → nominal Zielerreichung → nominal</p> <p>Signifikanzlevel $\alpha = 0.05$</p> | <p>Eine schlechteren Trend in der Interventionsgruppe ergab sich bei der Frage nach der Zufriedenheit des ausser Haus Gehens, aber ohne statistische Signifikanz ($p = 0.17$) → Tab.4 Keine Differenz besteht in dem „Reintegration to Normal Living Index“, d.h. Teilnahme in versch. Lebensbereichen → $p = 0.17$ nach 3 Mt, $p = 0.40$ nach 12 Mt.</p> <p>Nach 12 Mt. ging die Interventionsgruppe die 4m 0.05 Sekunden schneller ($p < 0.048$). Die selbst-ingeschätzte Aktivität (AMPAC) war ebenfalls signifikant besser in der Interventionsgruppe nach 12 Monaten ($p < 0.001$). Eine Interaktion zwischen der Kognition und der Gruppenzugehörigkeit konnte nicht festgestellt werden. Ein signifikant unterschiedlicher Effekt der Intervention basierte auf dem Schweregrad der Gebrechlichkeit.</p> | <p>unterschiedlich. Die Auswirkung der sozialen Aspekte können nicht ausgeschlossen werden.</p> <p>Praxisempfehlungen Die Studie zeigt, dass zu Hause lebende, gebrechliche, ältere Menschen ein Potential zur Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit einerseits im Bereich Teilnahme und andererseits in der Aktivität. Die Intervention verbessert die Gehgeschwindigkeit, den Bewegungsradius im Haus und der Umgebung und die Wahrscheinlichkeit Ziele zu erreichen.</p> <p>Forschung Die Effekte der einzelnen Teile der Intervention sollen weiter untersucht werden.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| | | Alabama at Birmingham Life Space Assessment“ (Intervall). Die Zielerreichung wurde mit der GAS(Goal Attainment Scale, reliabel und valide, ordinal) evaluiert. Die Identifikation der Probleme wurde mit dem „Reintegration to Normal Living Index“(Intervall) durchgeführt, wie auch die Teilnahme in verschiedenen Lebensbereichen gemessen. Für die Teilnahme wurden die 9 Themen modifiziert und die Antworten in einer 5-stufige Rangfolge gemessen.(ordinal, valide und reliabel) | | Nach 3 Monaten war der Effekt auf die Lebensräume grösser in der Gruppe weniger gebrechlich. Nach 12 Monaten konnte kein Effekt nachgewiesen werden. In der Gruppe „mehr gebrechlich“ war der Effekt auf die Ganggeschwindigkeit grösser nach 12 Monaten, nicht nach 3 Monaten. Tabelle 5 zeigt eine höhere Adhärenz kann mit besseren Ergebnissen der meisten Outcomemessungen assoziiert werden. Keine Verbindung besteht zwischen der Adhärenz und der Zielerreichung, AMPAC und der Zufriedenheit des ausser Haus Gehens. | |
| <u>Beurteilung Stichprobengrösse</u> Ist für ein RCT eher klein. <u>Stichprobe</u> Repräsentiert einen grossen Teil der Population „Spitexklienten“ | <u>Beurteilung Praxisrelevanz</u> Die Studie untersucht ein relevantes Thema im Bereich Home Care. <u>Forschungsfrage</u> Ist nicht genannt, kann aber abgeleitet werden. Die Frage zeigt sich als | <u>Beurteilung Nachvollziehbarkeit</u> Die Outcomemessungen sind komplex und genau beschreiben. Es handelt sich um verschieden Daten welche erhoben wurden. Die Instrumente sind aber genau beschreiben oder es | <u>Beurteilung Signifikanzlevel</u> Ja <u>Statistische Verfahren</u> Mit Regressionsanalysen können Zusammenhänge | <u>Beurteilung Darstellung</u> Die Resultate sind in Tabellen, Abbildungen und Textform dargestellt. Die einzelnen Teile sind mit Übertiteln versehen, was eine übersichtliche Struktur liefert. | <u>Beurteilung</u> Die Studie zeigt, dass eine interdisziplinäre zielgerichtete Intervention die Mobilität von älteren Menschen verbessert. Obwohl in dieser Studie die Interventionen zu einem Grossteil durch |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| <p>Stichprobenziehung Alle potentiellen Teilnehmer (TN) wurden zu Beginn eingeschlossen.</p> | <p>sehr komplex mit mehreren Variablen.</p> <p>Design Für die Forschungsfrage geeignet.</p> <p>Literatur Thema wird nachvollziehbar eingeführt.</p> | <p>wird auf eine Quelle verwiesen.</p> <p>Die Intervention ist für das Verständnis ausreichend beschreiben und eine Quelle ist angegeben.</p> <p>Vollständigkeit Es ist beschrieben, wie viele TN aus der Studie austraten und weshalb. Zur Vollständigkeit der Daten wird keine Aussage gemacht.</p> <p>Validität/ Reliabilität Zur Reliabilität und Validität werden im Text keine Wertangaben gemacht. Es wird teilweise geschrieben, dass sie reliabel und valide sind und auf Quellen verwiesen.</p> | <p>überprüft werden.</p> <p>Methoden/Datenniveau</p> <p>Präsentation</p> | <p>Es sind sehr viele Resultate präsentiert, da viele Untersuchungen durchgeführt wurden. Der Text, wie auch die Tabellen und Abbildungen ergänzen sich gegenseitig und führen zu einem besseren Verständnis.</p> <p>Beschriftung Tabellen Die Tabellen und Abbildungen sind übersichtlich, korrekt und klar beschreiben. Im Text wird jeweils auf die Tabellen verwiesen.</p> | <p>Physiotherapeuten durchgeführt wurden, ist dies auch für Pflegefachleute mit dem nötigen Fachwissen möglich. Gerade im Bereich Assessments, wo Bedürfnisse und Ängste erfragt werden ist die vertrauensvolle Beziehung zwischen Klient und Pflegefachperson hilfreich. Auch die Erhebung der Umgebungsfaktoren, die Leitung von Fallbesprechungen oder das Case Management kann durch Pflegende übernommen werden. Auch die gemeinsame Zielvereinbarung kann durch die Pflegeperson übernommen werden. Das Zusammenstellen und lehren der Übungen zur Funktionsverbesserung ist sicher Aufgabe der Physiotherapie. Eine gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein regelmässiger Austausch sind nötig.</p> <p>Evidenzlevel 2-3 (Madjar & Walton,</p> |
|---|---|---|---|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------|
| | | | | | 2001) |
|--|--|--|--|--|-------|

Referenz: Lihavainen et al.
Titel: Effects of comprehensive geriatric assessment and targeted intervention

Land: Finnland
Jahr: 2011

| 1. Sample | 2. Design / Methode | 3. Datenerhebung | 4. Analyse | 5. Resultate | 6. Bedeutung für die Pflegepraxis |
|---|--|--|--|---|---|
| <p>Population ältere Menschen ab 75 Jahre alt, zu Hause oder im Pflegeheim lebend.</p> <p>Stichprobe 781 Personen im Alter von 75-98 Jahren Intervention → n= 404, Kontrollgruppe → n= 377 Ist in einem Flowchart im Studienverlauf dargestellt. (Abb 1)</p> <p>Stichprobenziehung Es wurden alle über 75-jährigen Personen, welche im Nov. 2003 in Kuopio wohnhaft waren eingeschlossen.</p> <p>Ein- und Ausschlusskriterien Keine</p> | <p>Studienziel Den Effekt eines umfassenden geriatrischen Assessments mit einer 2jährigen individuell zugeschnittenen Intervention auf die selbsteingeschätzte Mobilität in einer generellen alten Population, sowie einer Population mit muskuloskeletalen Schmerzen.</p> <p>Forschungsfrage Hat die Intervention einen Effekt auf die selbstgeäußerte Mobilität von generell älteren Menschen und bei von muskuloskeletalen Schmerzen Betroffenen?</p> | <p>Intervention Multidisziplinäres Assessment (Physio, Pflege, Arzt) und Intervention bestehend aus einem medizinischen Teil und einer körperlichen Aktivitätskomponente. Der medizinische Fokus war auf der Verbesserung der aktuellen Gesundheitsprobleme und der Optimierung der Pflege. Häufigste Interventionen: Medikationsanpassungen, neue Diagnosenstellung und deren Versorgung, Gesundheitsberatung, Kontrolle der chronischen Krankheiten und Vermittlung von Unterstützungs-</p> | <p>Statistische Methoden Alle Analysen sind intention-to-treat. Mit Chiquadratstest und t-test wurden die Ausgangsvariablen verglichen. Mit einem GEE- Modell wurde der Effekt der Intervention auf das Outcome bestimmt. Das GEE- Modell macht Aussage darüber, ob Häufigkeit des Vorkommens von Mobilitätseinschränkungen in der Interventionsgruppe kleiner ist im Vergleich zur Kontrollgruppe. Ein weiteres GEE-Modell wurde angewendet, um das Vorkommen von Mobilitätseinschränkungen zwischen Schmerz betroffenen und</p> | <p>Präsentation der Ergebnisse Die Ausgangsvariablen der Intervention und Kontrollgruppe zeigt keine signifikanten Unterschiede. (Tab. 2 und 3) Die Schmerzen persistierten in der Kontrollgruppe signifikant häufiger als in der Interventionsgruppe (p = 0.001). Bei Interventionsende war der Effekt der Behandlung signifikant; d.h. die Proportion der geäußerten Mobilitätseinschränkungen sank in der Interventionsgruppe, während sie der Kontrollgruppe zunahm. (Abb 3) 77 % der TN ohne</p> | <p>Stärken Die Interventionen sind in einem realen Kontext im Rahmen der alltäglichen Pflege durchgeführt worden.</p> <p>Schwächen Verblindung hat stattgefunden vor der Erfassung der Ausgangsvariablen (Basis-Charakteristika der TN).</p> <p>Praxisempfehlungen Die Resultate zeigen, dass der Fokus auf ein umfassendes Assessment gelegt werden soll, weg von spezifischen Krankheiten oder Problemen hin zu einer umfassenden Evaluation der Gesundheit einer Person und deren</p> |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| <p>Einverständnis- erklärung Schriftlich von allen Studienteilnehmern vorhanden</p> <p>Genehmigung Vom Forschungsethikkomitee des Savo Hospital Districts und des Kuopio Universitätsspitals.</p> | <p>Design Experimentelle Studie RCT</p> <p>Literatur Der Forschungsstand und die Relevanz des Forschungsthemas ist mit Literatur untermauert aufgebaut.</p> | <p>angeboten</p> <p>Weniger häufig: assistierte Hilfe bei der Mobilität und ATL's, Umgebungsanpassung, Verbesserung bei Seh- oder Hörproblemen, Inkontinenzversorgung. Die körperliche Aktivitätskomponente besteht aus Beratung durch Physio und Möglichkeit der Teilnahme an Trainingsprogrammen zur Kräftigung und Gleichgewichtsverbesserung. (detailliert beschreiben) Die Tabelle 1 zeigt die Inhalte und die Häufigkeit der Aspekte der angewendeten Interventionen.</p> <p>Kontrollgruppe Gewöhnliche Unterstützung</p> <p>Datenerhebung <u>Mobilitätseinschränkung:</u> Erhebung der Einschränkung beim Gehen von 400 m während der Studiendauer und 1 Jahr nach der Intervention durch strukturierte</p> | <p>schmerzfreien TN zu untersuchen.</p> <p>Datenniveau Outcomemessung zur körperlichen Mobilität in 4 Kategorien mit Rangfolge ist ordinal.</p> <p>Signifikanzlevel $p < 0.05$ / $p < 0.01$</p> | <p>Mobilitätseinschränkungen blieben während der Studiendauer ohne Einschränkungen. In der Interventionsgruppe waren dies 69% ($p < 0.001$). Eine Verbesserung berichteten 17% in der Interventionsgruppe und 14% in der Kontrollgruppe ($p = 0.887$ → nicht signifikant). Die Proportion von TN mit Mobilitätseinschränkungen und solchen die es während der Studie entwickelten waren in der IG 13% und in der KG 25% ($p < 0.001$).</p> <p>Beim Follow-up 1 Jahr nach der Intervention war der positive Effekt der Intervention noch signifikant grösser in der Gruppe mit muskuloskeletalen Schmerzen. während er in der Studiengruppe ohne Schmerzen kein statistisch signifikanter Effekt erreichte.(Abb 3)</p> <p>Literatur Im Diskussionsteil wird nochmals Literatur</p> | <p>Fähigkeiten das Leben zu managen. Ein differenziertes Assessment kann potentielle Risikofaktoren für Mobilitätseinschränkungen erfassen und gezielte individuelle Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit und Mobilität aufzeigen.</p> <p>Forschung Weiterer Forschungsbedarf steht in der Untersuchung von Interventionen für spezielle Patientengruppen, wie solche mit Schmerzen.</p> |
|---|---|--|---|---|---|

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | <p>Befragung.</p> <p>Bei Spitalaustritt wurden die TN von einer geschulten Pflegeperson gefragt, ob sie fähig seien 400m zu gehen. Es standen 4 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Nicht möglich/ nur mit Unterstützung einer Zweitperson/ selbständig möglich, aber mit Schwierigkeiten/ problemlos möglich. Personen in Pflegeheimen wurden dort gefragt.</p> <p><u>Ausgangsvariablen:</u> Schmerzen Erfragung durch Pflege bezüglich Lokalisation, Dauer und aktuellem Vorhandensein. Grösse, Gewicht und Body Mass Index. Selbsteingeschätzer Gesundheitszustand, Geriatric depression Scale, MMSE, Level der körperlichen Mobilität → Grimby-Skala</p> <p>Die TN wurden in 2 Kategorien (sitzende Lebensweise/ körperlich</p> | | <p>aufgegriffen, um die Resultate zu untermauern und die Relevanz aufzuzeigen.</p> | |
|--|--|---|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | aktiv) eingeteilt. Die maximale isometrische Knieextensionskraft wurde mit einem speziellen Stuhl gemessen. Die Personen hatten 3 Versuche und das beste Resultat wurde weiterverwendet. Chronische Krankheitszustände wurden aus der Krankengeschichte dem Versicherungsregister oder Untersuchungen entnommen. | | | |
| <p><u>Beurteilung Stichprobengrösse</u> Ausreichend für das Design.</p> <p>Stichprobe Stimmt mit dem Setting der Forschungsfrage der Autorin überein.</p> <p>Stichprobenziehung Keine gezielte, d.h. sehr repräsentative Population.</p> | <p><u>Beurteilung Praxisrelevanz</u> Wird deutlich.</p> <p>Forschungsfrage Nicht genannt, kann aber abgeleitet werden.</p> <p>Design Für die Forschungsfrage geeignet und stimmt mit dem Forschungsprozess überein.</p> <p>Konzepte/Literatur Problematik wird mit Literatur eingeführt. Es ist kein Konzept, auf welchem die Studie aufbaut genannt.</p> | <p><u>Beurteilung Nachvollziehbarkeit</u> Die Datenerhebung ist grösstenteils nachvollziehbar und die Instrumente sind relativ klar benannt oder beschreiben.</p> <p>Vollständigkeit Es schieden ein Teil der TN aufgrund von Tod oder schlechtem Gesundheitszustand aus, es wird genannt, dass deren Daten fehlen.</p> <p>Validität/ Reliabilität Es wird angegeben,</p> | <p><u>Beurteilung Signifikanzlevel</u> Ist jeweils angegeben $p < 0.05$ oder < 0.01.</p> <p>Geeignete Statistische Methoden/Datenniveau Chiquadrattest kann mit ordinalen oder nominalen Daten durchgeführt werden. Ein T-test nur mit intervallskallierten Daten. Sie bestimmen beide einen Unterschied bezüglich ihrer zentralen Tendenz. → in dieser Studie Vergleich der Kontroll- und Interventionsgruppe.</p> | <p><u>Beurteilung Darstellung</u> Die Tabellen und Abbildungen unterstützen den Text. Die Hauptresultate sind zusammengefasst in Textform und verweisen auf die Tabellen oder Abbildungen.</p> <p>Beschriftung Tabellen Die Tabellen und Abbildungen sind alle korrekt und nachvollziehbar beschriftet.</p> | <p><u>Beurteilung</u> Die Resultate der Studie zeigen, wie wichtig ein umfassendes Assessment ist und bleibt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist hier wichtig für den Austausch und gegenseitigen Einbezug. Gerade Menschen mit Schmerzen profitieren von der gezielten Intervention. Es gilt die einzelnen Disziplinen noch besser zu vernetzen und einen Austausch zu gewährleisten, damit die</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | <p>dass die Befragung der Mobilität auf diese Weise reliabel und valide sei. Eine Quelle wird angegeben. Messungen wären aber sicherlich reliabler und valider, denn das self-rating. Für die anderen Instrumente werden keine Angaben über die Güte gemacht. Es handelt sich aber teilweise um verbreitete Instrumente.</p> | <p>Das Datenniveau ist gegeben, da der Chi-Quadrat für alle kategorialen Daten verwendet wurde.</p> <p>Die GEE wird zur Schätzung der Parameter für ein logistisches Regressionsmodell für abhängige Daten, speziell für Längsschnittdaten, verwendet.</p> <p>Präsentation Resultate sind in Tabellen und Texten dargestellt.</p> | | <p>betroffenen alten Menschen von den Interventionen profitieren.</p> <p>Evidenzlevel 2-3 (Madjar & Walton, 2001), da Randomisierung kritisiert wird.</p> |
|--|--|--|--|--|--|

Referenz: Rasinaho et al.

Titel: Effects of physical activity counselling on physical activity of older in Finland

Land: Finnland

Jahr: 2011

| 1. Sample | 2. Design / Methode | 3. Datenerhebung | 4. Analyse | 5. Resultate | 6. Bedeutung für die Pflegepraxis |
|--|--|--|---|--|--|
| <p>Population Das Sample umfasst 632 Personen, welche zwischen 75 und 81 Jahre alt sind und einen bewegungsarmen Lebensstil führen.</p> <p>Stichprobenziehung 1310 Personen wurden per Mail angeschrieben,</p> | <p>Studienziel Ziel der Studie ist die Beschreibung der Intervention und die Untersuchung des Effekts der Intervention auf die körperliche Mobilität und die Teilnahme an spezifischen körperlichen Aktivitäten</p> | <p>Instrumente Es wurden chronische Krankheiten mittels Befragung, die Depressionsskala (CES-D), der MMSE bezüglich kognitiven Einschränkungen als Hintergrundinformationen erhoben. Die körperlichen Aktivitäten</p> | <p>Datenniveau Das Datenniveau aller Outcomemessungen ist ordinal.</p> <p>Statistische Methoden Der Vergleich der Ausgangsparameter der TN wurde mit einem χ^2-Test oder einem T-test für 2 unabhängige</p> | <p>Die deskriptive Statistik zeigte, dass das Durchschnittsalter der TN bei 77.6 Jahren liegt und im Schnitt haben sie 3 chronische Krankheiten. Die Interventions- und Kontrollgruppe sind vergleichbar. Nebenwirkungen</p> | <p>Praxisempfehlungen Die Autoren betonen, dass die Intervention auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche zugeschnitten sein soll und das Angebot für körperliche Aktivität breit sein soll. Die</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <p>davon nahmen schliesslich nach dem ersten Assessment 632 teil.</p> <p>Einschlusskriterien:, Fähigkeit 0,5km ohne Begleitung zu gehen, körperliche Aktivität mässig oder sitzend (max. 3h pro Woche), keine kognitiven Einschränkungen, keine medizinischen Kontraindikationen, Einverständniserklärung .</p> <p>Grund des Screenings war, die Personen zu rekrutieren, welche am meisten von der Intervention profitieren. Es wird nicht genannt, ob alle 75-81 jährigen des Stadtzentrums zur Teilnahme eingeladen wurden oder ob es sich um eine gezielte Auswahl handelt.</p> <p>Weiteres Alle TN haben eine Einverständniserklärung unterzeichnet.</p> <p>Mit einer Fallzahlkalkulation wurde die Studienpopulation</p> | <p>von inaktiven Menschen.</p> <p>Forschungsfrage Sie wird nicht konkret erwähnt, kann aber wie folgt abgeleitet werden: Hat die vorliegende Intervention(SCAR-MOB) einen Effekt auf die persönliche körperliche Aktivität und auf die Teilnahme an spezifischen körperlichen Aktivitäten von Menschen mit einem bewegungsarmen Lebensstil? Die Hypothese: Beratung zur körperlichen Aktivität erhöht die körperliche Mobilität und die persönliche körperliche Aktivität, vermindert Mobilitätsschwierigkeiten und verhindert Pflegebedürftigkeit.</p> <p>Studiendesign Dazu wurde ein 2-jähriges einfach verblindetes RCT durchgeführt, mit einer Intervention und einer Kontrollgruppe. Es handelt sich somit um einen quantitativen Forschungsansatz,</p> | <p>wurden erfragt. Die Häufigkeit der Ausführung wurde kategorisch (6 Kategorien von täglich bis nie) festgehalten. Für die weiteren statistischen Verfahren wurden nur noch die Kategorien aktiv(> 2x/Woche) oder inaktiv verwendet. Mit einer 7 Punkte Skala wurde der körperliche Aktivitätslevel (Intensität und Häufigkeit) erhoben. Die Skala reichte von mehrheitlich ruhen bis Leistungssport mehrmals wöchentlich. (TN mit regelmässiger tüchtiger sportlicher Aktivität wurden aus der Studie ausgeschlossen.) Auch das körperliche Aktivitätslevel wurde in 2 Kategorien eingeteilt, aktiv (mässig, mind. 4h Haushalt pro Woche) und inaktiv. Die 7-Punkte-Skala wird als valide und reliabel beschreiben (Kendall's tau-b = 0.874). Die Einschränkung der Mobilität wurde mit der Frage, ob sie Schwierigkeiten 0.5 km zu gehen haben,</p> | <p>Stichproben gemacht. Alle Tests hatten ein Signifikanzlevel von $\alpha = 0.05$. Die Analyse wurde mit dem Programm SPSS durchgeführt.</p> <p>Mit einem logistischen Regressionsmodell für abhängige Daten (GEE-Methode) wurde der Zusammenhang zwischen Beratung und Teilnahme zur körperlichen Aktivität aufgezeigt. Das verwendete Programm ist das SAS. Getestet wurde die Hypothese: Die Intervention Beratung zur körperlichen Aktivität beeinflusst die Ausführung körperlicher Aktivität.</p> | <p>aufgrund der Intervention konnte im Vergleich ausgeschlossen werden. Zu Beginn der Studie war die Teilnahme in Fitness/Gymnastiktrainings in beiden Gruppen ausgeglichen. Nach 2 Jahren erhöhte sich die Teilnahme in der Interventionsgruppe. Zusätzliche Analysen zeigten, dass der Effekt der Intervention bei TN ohne Mobilitätseinschränkungen und solchen mit präklinischen Einschränkungen grösser ist. (Tab.2) Signifikante Effekte wurden aufgrund der Intervention nach 24 Monaten beim „Walking“, Wassergymnastik und im Krafttraining bei Menschen ohne Mobilitätseinschränkungen und beim „Walking“ bei präklinisch eingeschränkten Menschen erreicht. Signifikant blieb der Effekt in der Kategorie Krafttraining nach 42 Monaten. Nach 42</p> | <p>beratende Person soll Kenntnisse über die körperliche Aktivität, Übungen, Funktion des Bewegungsapparates und die lokalen Angebote haben. Auch soll die Erreichbarkeit von Angeboten geprüft und besprochen werden. Da die Menschen mit Mobilitätseinschränkungen nicht von der telefonischen Beratung profitieren, könnten hier persönliche Beratungen die Mobilität verbessern. Spazieren/Gehen kann nicht durch Beratung erhöht werden. Die Organisation von „Walking-Gruppen“ beispielsweise kann hier Abhilfe schaffen.</p> |
|--|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| ermittelt. | <p>konkreter um eine experimentelle Interventionsstudie.</p> <p>Intervention Die Intervention und deren theoretischen Grundlagen werden genau beschrieben. Die Intervention wird von Physiotherapeuten durchgeführt.</p> | <p>erhoben. Welche mit 5 Kategorien, von ohne Probleme bis unfähig auch mit Hilfe, beantwortet werden konnte.</p> <p>Nach 2 und nach 3.5 Jahren wurden die TN gefragt, ob sie grosse Schwierigkeiten haben, Hilfe einer Person benötigen oder immobil sind. Die Antworten wurden in 3 Kategorien eingeteilt: manifestierte Mobilitätseinschränkungen, vorhersehbare Einschränkungen, keine Einschränkungen. Diese Erhebung wird als reliabel und valide beschrieben.</p> <p>Die Datenerhebung wurde von Interviewern und Pflegefachpersonen durchgeführt, welche bezüglich der Gruppenzugehörigkeit verblindet waren.</p> | | <p>Monaten wurden im Krafttraining generell und im Bereich gewohnheitsbedingte körperliche Mobilität signifikante Effekte erreicht, sowie blieb der Effekt signifikant beim Krafttraining in der Gruppe ohne Mobilitätseinschränkungen.</p> <p>Die Interventionsstudie zeigt, dass Beratung bei 75-81 jährigen Menschen effektiv ist, um die Teilnahme an körperlicher Aktivität zu erhöhen. Die Beratung beruht auf der Technik des „motivational interviewing“.</p> <p>Eine Zunahme der Tätigkeit „Walking“ konnte durch counseling nicht erreicht werden.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse 3 Tabellen, 2 Abbildungen und Text</p> | |
| <p><u>Beurteilung</u> Die Autorin findet die Grösse der Studienpopulation für die Forschungsfrage ausreichend, da es sich</p> | <p><u>Beurteilung</u> Die Studie wird mit Literatur eingeführt und zeigt, welches der aktuelle Forschungsstand ist. Die</p> | <p><u>Beurteilung</u> Die Messinstrumente MMSE und CES-D sind in der Studie nicht näher erklärt, sondern es wird auf eine Quelle</p> | <p><u>Beurteilung</u> Die durchgeführten Analysen sind aufgezeigt und die verwendeten Programme angegeben.</p> | <p><u>Beurteilung</u> Die Resultate sind in Text und Tabellenform aufgeführt. Die Studie enthält 2 Abbildungen und 3 Tabellen. Im</p> | <p><u>Beurteilung</u> Die Forscher geben an, dass es noch weiteren Forschungsbedarf gibt, v.a. im Bereich</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| <p>um die Bevölkerung eines Landesteils handelt. Die Eingrenzung der Population wird begründet und ist nachvollziehbar. Die Ergebnisse können aufgrund der Studienpopulation auf zuhause lebende Menschen aus ähnlichen kulturellen Hintergründen und mit vergleichbarem Gesundheitswesen übertragen werden.</p> | <p>theoretischen Konzepte welche der Methode zu Grunde liegen werden genannt; social cognitive theory (→Selbstwirksamkeit, -vertrauen) nach Bandura, trans-theoretical model(→ Stadien der Verhaltensänderung) nach Prochaska und Di Clemente. Das Design ist in der Einleitung logisch aufgebaut. Problem→ Bezugsrahmen→ Literatur und Hypothese. Das genaue Design und die Methode wird in einer anderen Studie detailliert beschreiben und ist hier nur zusammengefasst.</p> | <p>verwiesen. Die Angaben zur Validität und Reliabilität fehlen in der Studie somit. Da es sich bei beiden Assessments um bekannte und getestete Instrumente handelt, erachtet die Autorin das Fehlen der Informationen nicht als tragisch. Diese Daten dienen auch nur zur Hintergrund-information. Bei den Outcomemessungsinstrumenten ist die Validität und Reliabilität teilweise angegeben oder wird beschrieben. Die Autorin steht der Befragung zur Häufigkeit und Ausführung der Aktivität aber skeptisch gegenüber. Da es sich um eine Befragung und nicht um eine Messung handelt, sind die Angaben nicht unbedingt kongruent und wahrheitsgetreu. Auch kann die Befragung, welche Aktivitätsbezogen war, die TN der Kontrollgruppe beeinflusst haben. Die Forscher nennen diese zwei Punkte auch im</p> | <p>Das Signifikanzlevel ist bestimmt. Poweranalysen zur Populationsgröße wurden durchgeführt.</p> <p>Die Kontroll- und Interventionsgruppe wurden mit T-test für unabhängige Stichproben verglichen, sofern das Datenmaterial numerisch war. Die weiteren Variablen wurden in einem Chi-square-Test verlichen und erfüllten die Bedingungen nach Müller (2011).</p> <p>Die Regressionsmethode (GEE) wird speziell für Längsschnittdaten verwendet und ist hier begründet.</p> | <p>Anhang sind noch Komponenten und Methoden der Beratung in Tabellenform aufgelistet. Der Text im Kapitel Resultate ist kurz und erklärt oder fasst die Tabellen zusammen. Die Verweise sind im Text korrekt und nachvollziehbar. Die Tabellen und Abbildungen sind übersichtlich beschriftet. Im Diskussionsteil werden die Resultate mit der Literatur und anderen Studienresultaten verglichen.</p> | <p>der mobilitätseingeschränkten Menschen und ob sie von Hausbesuchen profitieren. Die Studie zeigt in den Augen der Autorin einen wichtigen Aspekt der Praxis auf. Obwohl in der Studie die Beratung durch einen Physiotherapeuten durchgeführt wurde, kann es auch durch eine Pflegende mit dem nötigen Know-how übernommen werden. Gerade in der heutigen Zeit, wo die interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr wichtig ist. Individuelle Übungen sollen sicher durch einen Physiotherapeuten zusammengestellt und erklärt werden. Der Teil der Motivation und Verhaltensänderung, sowie die Begleitung kann eine Pflegefachperson übernehmen.</p> <p>Evidenzlevel 2 (Madjar & Walton, 2001)</p> |
|--|---|--|---|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | Diskussionsteil. Die Datenerhebung ist in einem Flow-Chart übersichtlich dargestellt. | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Referenz: Luukinen et al.

Land: Finnland

Titel: Prevention of disability by exercise among the elderly: A population-based randomised, controlled trial

Jahr: 2006

| 1. Sample | 2. Design / Methode | 3. Datenerhebung | 4. Analyse | 5. Resultate | 6. Bedeutung für die Pflegepraxis |
|--|--|--|--|---|--|
| <p>Population Zuhause lebende Menschen über 85 Jahre</p> <p>Stichprobe N = 486 (243 Intervention, 243 Kontrollgruppe)</p> <p>Stichprobenziehung Alle Menschen über 85j.aus Oulu (offizielles geriatrisches Register) wurden erst eingeschlossen und dann bezüglich der Einschlusskriterien überprüft.</p> <p>Ein- und Ausschlusskriterien Risikofaktoren für die Gefahr der Abhängigkeit im Bereich Mobilität:</p> | <p>Studienziel Die Effektivität einer Intervention zur erfassen, welche die Abhängigkeit von älteren Menschen verhindern soll.</p> <p>Forschungsfrage Welchen Effekt haben die Interventionen auf die Mobilität und Aktivitäten des täglichen Lebens?</p> <p>Design RCT</p> | <p>Intervention Programm bestehend aus Heimübungen, Gehtraining, Gruppentraining, Selbstpflegetraining.</p> <p>Heimübungen: Übungen welche die TN in stehender, sitzender oder liegender Position, je nach Möglichkeit des Individuums durchführen konnten. Die Übungen wurden 3mal täglich à 5-15 Wiederholungen empfohlen. Gruppentraining fand in kleinen Gruppen statt, wo Körperübungen gemacht wurden. Das Selbstpflegetraining wurde von der Ergotherapie geplant.</p> <p>Kontrollgruppe Wurden zum Hausarzt</p> | <p>Statistische Methoden t-test, Wilcoxon test → Vergleich der kontinuierlichen Daten Chi-Square → Verbindung der Intervention und der Veränderung im Mobiliäts- oder ADL score (kategorische Daten) Cox regression → Mortalität zu berechnen</p> <p>Statistikprogramm BMDP</p> <p>Datenniveau ADL und Mobilitätsscore sind numerische Daten.</p> <p>Die Interventionen sind Kategorien, also ordinal-skalierte Daten.</p> <p>Signifikanzlevel p= 0.05</p> | <p>Präsentation der Ergebnisse Kein Unterschied zw. Kontroll- und Interventionsgruppe bezüglich Eintritt in Langzeitinstitution oder Mortalität. Der Mobilitätsscore hat sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe positiv verändert. Die stärkste Veränderung wurde bei den TN gefunden, welche Heimübungen ohne weiter Intervention erhalten haben. Der ADL-Score hat sich in keiner Gruppe verändert. Häufigkeit und Dauer und Häufigkeit der körperlichen Aktivität veränderte sich in vorerst in keiner Gruppe.</p> | <p>Praxisempfehlungen Praktische, sinnvolle Interventionen geplant und durchgeführt im geriatrischen Pflege-Team kann die Reduktion der Mobilität bei sehr alten, zuhause lebenden Menschen verlangsamen. Bei Menschen mit sehr schweren Mobilitätseinschränkungen konnte keinen Effekt erzielt werden. Ein grosser Teil der untersuchten Population ist bereit und zeigt eine grosse Compliance gegenüber Interventionen zur Mobilitätsverbesserung. Übungen der unteren Extremitäten, um</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Wiederholte Stürze während des letzten Jahres • Häufige Einsamkeit • Selbstgeäußerte schlechte Gesundheit • Depression • Kognitive Einschränkungen • Eingeschr. Sehfähigkeit • Eingeschr. Hörfähigkeit • Langsamer Gang • Schwierigkeiten beim Aufstehen aus Stuhl • Gleichgewichtsschwierigkeiten <p>Mindestens ein obengenannter Risikofaktor musste vorhanden sein, um bei der Studie teilnehmen zu können.</p> <p>Einverständniserklärung: Wurde schriftlich von allen Teilnehmern oder dessen Vormund eingeholt.</p> <p>Genehmigung: Ethik Komitee vom Universitätsspital Oulu</p> | | <p>geschickt, ohne Intervention.</p> <p>Es ist aufgelistet, wie viele TN welche Interventionskombination erhalten haben.</p> <p>Datenerhebung Veränderung ADL Veränderung der Bewegungsleistung gemessen zu Beginn und 2 Jahre nach der Intervention.</p> <p>Instrumente Befragung: Angewiesen auf Hilfe bspw. beim Aufstehen/Hinlegen, Körperpflege → Punkte zw. 6-30; Treppen steigen, nach draussen Gehen → Punkte zw. 2-10.</p> <p>Einsamkeit, selbsteingeschätzte Gesundheit, Sehfähigkeit und Hörleistung → 2 Kategorien (ja/nein, gut/schlecht, oft/selten)</p> <p>Depression → Geriatric Depression Scale</p> <p>Kognitive Fähigkeit →</p> | | <p>Während der Interventionsperiode reduzierte sich aber die Heimübungsaktivität bei der Kontrollgruppe und blieb in der Interventionsgruppe gleich.</p> | <p>einen Abfall des körperlichen Gleichgewichts und der Mobilität zu verringern.</p> <p>Forschung Bleibt weiterhin eine Herausforderung</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | <p>MMSE</p> <p>Aufstehen aus Stuhl → Möglich ohne Arme (5 Wiederholungen) ja/nein</p> <p>Gehgeschwindigkeit → m/s</p> <p>Häufigkeit und Dauer der körperlichen Aktivität wurde von einer Studynurse über Telefon nachgefragt. (zweimonatlich). Sie war verblindet gegenüber der Gruppenzugehörigkeit)</p> | | | |
| <p><u>Beurteilung</u> Stichprobengrösse Die Stichprobe ist gross und wurde mittels Poweranalyse ermittelt.</p> <p>Stichprobe Repräsentiert das Setting der Arbeit der Autorin. Verblindungsprocedere ist beschreiben.</p> <p>Stichprobenziehung War breit → die Einschlusskriterien sind klar definiert, nach welchen eingeschlossen wurde.</p> | <p><u>Beurteilung</u> Praxisrelevanz Ist durch die Einführung mit Literatur gegeben.</p> <p>Forschungsfrage Nicht angegeben, kann nur abgeleitet werden.</p> <p>Design Ist angegeben und passt für die Forschungsfrage.</p> <p>Literatur Mit Literatur wird die Problematik und Relevanz eingeführt.</p> | <p><u>Beurteilung</u> Nachvollziehbarkeit Nicht nachvollziehbar bleibt, wie lange die Interventionsperiode wirklich gedauert hat. Ein genauer Beginn und Ende der Intervention ist nicht angegeben.</p> <p>Vollständigkeit Die Vollständigkeit der Daten ist ersichtlich. Fehlende Daten werden begründet und einberechnet.</p> <p>Validität/Reliabilität GDS und MMSE gelten als bekannte Messinstrumente. Die</p> | <p><u>Beurteilung</u> Signifikanzlevel Ja</p> <p>Statistische Methoden/ Datenniveau</p> <p>Chiquadrat-Test → ok, erfüllt die Regeln nach Müller (2011), Datenniveau ausreichend.</p> <p>T-Test → Nicht klar ob Variablen berechnet wurden. Keine Resultate aus T- Test Ergebnissen sind genannt.</p> <p>Wilcoxonstest → ok</p> | <p><u>Beurteilung</u> Darstellung Die Resultate sind übersichtlich dargestellt. 5 Tabellen sind dazu vorhanden und die Hauptresultate sind kurz in Textform aufgeführt. Die Tabellen und Textangaben stimmen überein und sind korrekt beschriftet.</p> | <p><u>Beurteilung</u> Die Praxisempfehlungen sind in das Arbeitssetting der Autorin übertragbar. Die Zusammenarbeit mit Physio- und Ergotherapie soll gefördert werden. Erfasst die Pflegende einen Risikofaktor wie bspw. rezidivierende Stürze, Gleichgewichtsschwierig keiten, verminderte Mobilität soll interdisziplinäre Unterstützung beigezogen werden und Interventionen gemeinsam aufgegleist</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| | | weiteren Befragungen sind klar. Die Outcomemessungen zur Mobilität und ADL's sind in Scores gemessen. Angaben zu Reliabilität und Validität fehlen. | Unterschied zwischen zwei abhängigen Stichproben ermitteln (Populationsmedian) In der Studie wird Unterschied zwischen Anfangsmessungen und Outcomemessung ermittelt → besteht signifikanter Unterschied. Datenniveau stimmt. | | werden. Übungen können von der Physio zusammengestellt und von der Pflege in der Ausführung kontrolliert und begleitet werden. Evidenzlevel 2 (Madjar & Walton, 2001) |
|--|--|---|---|--|--|

Referenz: Schein et al.

Titel: Effects of physical activity counselling on physical activity of older in Finland

Land: Kanada

Jahr: 2005

| 1. Sample | 2. Design / Methode | 3. Datenerhebung | 4. Analyse | 5. Resultate | 6. Bedeutung für die Pflegepraxis |
|--|--|---|--|---|--|
| <p>Stichprobe Das Sample umfasst 175 zuhause lebende betagte Menschen über 70 Jahre alt, welche ein Case Management (CM) durch eine Pflegende erhielten.</p> <p>Einschlusskriterien Sie wurden alle aus dem Spital entlassen, sprechen Englisch oder Französisch, hatten gemäss MMS¹ die nötige kognitive Voraussetzung, erhielten in mindestens einem ADL² oder IADL³ Unterstützung, haben ein mindestens 40</p> | <p>Studienziel Den Zusammenhang zwischen den 4 spezifischen Interventionsgruppen (Coping Assistance, Lifespan care, Risk management und Physical comfort promotion) und der Lebensqualität, der ADL's und IADL's im Rahmen eines Case Managements.</p> <p>Forschungsfrage kann wie folgt abgeleitet werden: Besteht ein Zusammenhang zwischen den Interventionsgruppen</p> | <p>Datensammlung Die Erhebung erfolgte per persönlicher oder telefonischer Befragung und mittels medizinischer Akte.</p> <p>Die Intervention wurde von den Pflegenden mit Hilfe von NIC⁴ standardisiert dokumentiert. Die Interventionen wurden in 19 Kategorien gruppiert gemäss der NIC-Taxonomie → nominale Daten. In der Patientenakte und der dokumentierten Anamnese wurden Spitaleintritt,</p> | <p>Interferenzstatistik Es wurde eine Regressionsanalyse zwischen den 4 Hauptinterventionen und den Outcomes durchgeführt. Multiple lineare und logistische Regression wurde angewendet um den Zusammenhang zwischen den interessierenden Interventionen und dem Outcome aufzuzeigen.</p> <p>Signifikanzlevel Das Alpha wurde bei $p < 0.05$ festgelegt.</p> <p>Deskriptive Statistik</p> | <p>Präsentation In Form einer Tabelle wird angegeben, wie viele Teilnehmer mind. eine Intervention der Kategorie erhalten haben. Die zweite Tabelle zeigt welchen Zusammenhang zwischen ausgewählten Interventionen und Outcomes besteht. Die dritte Tabelle führt auf, welche Ausgangscharakteristika die TN haben.</p> <p>Resultate Eine Intervention aus der Kategorie „Coping Assistance“ zeigt einen</p> | <p>Praxisempfehlungen Coping Assistance zeigt eine kleine Verbesserung der Instrumentellen Tätigkeiten. Dies kann zeigen, dass die Förderung der Ressourcen wirksamer ist, denn die Orientierung an den Problemen und Schwächen. So sollten Patienten für das CM möglicherweise aufgrund ihrer Ressourcen und nicht aufgrund der Probleme eingeschlossen werden. Ressourcen und Stärken mit</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| <p>prozentiges Risiko einer Rehospitalisation und wurden gemäss eines Assessments als gebrechlich eingestuft.</p> <p>Ausschlusskriterien waren Eintritt in eine Langzeitinstitution, Teilnahme in einer anderen Studie, gleichzeitige Teilnahme der Partnerin oder des Partners, fehlende Zeitressourcen für die Teilnahme oder Weiterbetreuung durch das Geriatrieteam des Spitals.</p> <p>Stichprobenziehung Wird nicht genannt, da es sich um eine Sekundäranalyse handelt.</p> <p>Einverständiserklärung wurde eingeholt</p> <p>Genehmigung Bei der Ethikkommission eingeholt</p> <p>¹Mini Mental Status ²Activities of Dailiy Living ³Instrumental Activities of Daily living</p> | <p>und der Lebensqualität, den ADL's und den IADL's?</p> <p>Intervention Die vier Hauptinterventionsgruppen waren: coping assistance → Probleme lösen und beherrschen, lifespan care → Betreuung der pflegenden Angehörigen, risk management → Sturzprävention und Mobilitätsprobleme wie auch Allgemeinzustand überachen (Infektionen, Demenz etc. , physical comfort promotion → Schmerzmanagement Die Interventionen wurden im Rahmen eines 10monatigen Case Managements durchgeführt.</p> <p>Durchgeführt wurden die Interventionen von 4 Pflegenden mit mind. 2-jähriger Geriatrieerfahrung, welche 24h Training über das „MCGill Model of Nursing“ (ressourcenorientierter Ansatz), häusliche</p> | <p>Spitalliegedauer → Ordinal – Skala, Mortalität → nominal entnommen.</p> <p>Messinstrumente Weiter wurde die Lebensqualität erhoben mit dem Medical Study Short Form SF 36 → numerische Daten. Die ADL's und IADL's wurden mit Hilfe des „Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OMFAQ)“ erhoben. → numerische Daten</p> <p>⁴ Nursing Intervention Classification</p> | <p>Es wurde die Häufigkeit der Einzelnen Interventionsgruppen angezeigt und auch die Beschreibung der Studienpopulation in Form von Ausgangsparametern aufgeführt.</p> <p>Störgrösse Die TN haben unterschiedliche Ausgangslagen, was die Resultate beeinflussen könnte. Um dies zu verhindern, wurden die Ausgangsvariablen, welche mehr als 10% variieren, in ein multivariantes Modell eingeschlossen.</p> | <p>Zusammenhang mit einem Anstieg in den IADL's (Mean = 0.85). Zwischen „Coping Assistance“ und den ADL's oder körperlichen Fähigkeit konnte kein Zusammenhang aufgezeigt werden. Die anderen Kategorien zeigten keinen Anstieg in den ADL's oder IADL's. Kein Zusammenhang konnte zwischen der Kategorie „lifespan care“, „risk management“ und „physical comfort promotion“ gefunden werden.</p> <p>Zur Kategorie Coping Assistance gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewältigungsstrategien erarbeiten • Adhärenz fördern • Emotionale Unterstützung • Selbstbewusstseinsstärkung • Trauerarbeit begleiten • Beratung • Verbesserung des Unterstützungsnetzes • Entscheidungsprozesse unterstützen | <p>Interventionen aus der Kategorie „Coping Assistance“ zu fördern, kann einen grösseren Effekt haben. Die IADL-Verbesserung ist unabdingbar für das Wohnen im eigenen Zuhause auch im hohen Alter. Die Förderung der Ressourcen durch pflegerische Interventionen soll immer ein gemeinsames Ziel von Patient und Pflege sein. Es muss überprüfbar und somit auch evaluierbar sein.</p> <p>Forschung Weiter soll untersucht werden, welcher Zusammenhang zwischen spezifischen pflegerischen Interventionen und der Auswirkung auf die Gesundheit besteht. Speziell wenn auf die Ressourcen fokussiert wird. Auch soll untersucht werden, wie die Dosierung der einzelnen Interventionen sein soll.</p> |
|---|--|---|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | <p>Pflege, Ablauf der Studie und über die lokale Gesundheitsversorgung erhielten. Jeder Case Manger hatte 40-55 gebrechliche Menschen währen 10 Monaten zu betreuen. Die Teilnehmer erhielten mindestens jeden Monat einen Telefonanruf und alle 6 Wochen einen Hausbesuch.</p> <p>Die Kontrollgruppe erhielt herkömmliche Pflege.</p> <p>Studiendesign Die Daten stammen aus einem RCT, in welchen das CM und herkömmliche Pflege verglichen wurde. Nun wurde eine Sekundäranalyse gemacht.</p> <p>Theorie/Literatur Die Studie basiert auf der standardisierten Pflegesprach nach NIC. Was aber nicht genauer erklärt wird. Der aktuelle Forschungsstand ist aufgezeigt. Auch der Gap zwischen Praxis und den bisherigen Forschungsergebnissen ist aufgeführt.</p> | | | <p>(Aufgeführt sind alle Interventionen, welche bei mehr als 10 TN angewendet wurden).</p> <p>Die Beziehung zwischen „Coping Assistance“ und den 8 Konzepten des SF-36 wurden zusätzlich untersucht, was keinen Zusammenhang zwischen Coping Assistance und körperlicher oder sozialer Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen oder Vitalität ergab. TN, welche die Intervention erhielten, hatten einen tieferen Score beim allgemeinen Gesundheitszustand, psychischen Wohlbefinden und in der emotionalen Rollenfunktion.</p> <p>Diskussion Folgende Erklärungen für den nur schwachen Zusammenhang werden durch die Forscher gegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Studiendauer • Lückenhafte Pflegedokumentation | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Basis-Interventionen beeinflussen das Outcome zwischen Intervention und Outcomemessung • Andere Interventionen beeinflussen Wirkung der Hauptinterventionen • CM- Pflegende fokussieren auf die Ressourcen | |
| <p>Beurteilung Stichprobe Ist umfassend beschrieben. Nach Meinung der Autorin ist das Sample für ein RCT eher klein</p> <p>Stichprobenauswahl Wie die Auswahl und die Verblindung stattgefunden hat, wird nicht in dieser Studie angegeben.</p> <p>Ein-/bzw. Ausschlusskriterien Sind klar definiert. Die Forscher geben unter den Stärken der Studie auch an, dass die Auswahl des Samples sehr exakt erfolgte.</p> <p>Übertragbarkeit</p> | <p>Beurteilung Literatur Die Studie zeigt in der Einleitung den aktuellen Forschungsstand und Problematik auf und wird mit Literatur eingeführt.</p> <p>Praxisrelevanz Ja</p> <p>Design Die Studie untersucht, ob spezifische Interventionen aus dem CM einen Effekt auf das Outcome haben. Die Verwendung von Daten aus einem RCT sind nachvollziehbar.</p> <p>Forschungsfrage Die Forschungsfrage ist nicht formuliert, kann</p> | <p>Beurteilung Die Erhebungsmethoden sind klar aufgeführt.</p> <p>Reliabilität/Validität Es wird in der Studie nicht angegeben, wie deren Reliabilität, bzw. Validität ist. Beschäftigt man sich weiter mit den Assessments, handelt es sich um bewährte Instrumente.</p> <p>Datensammlung Die 4 Studynurses waren Fachpersonen mit mindestens 2-jähriger Geriatrieerfahrung und auch in einem Pflegemodell geschult. Bezüglich der Datensammlung ist nicht</p> | <p>Beurteilung Datenniveau Die angewendeten Tests stimmen mit dem Datenniveau überein. Für einfache lineare oder multiple Regressionsanalysen muss die abhängige Variable mind. Intervallskaliert sein. Wir haben beim OMFAQ, sowie beim SF-36 numerisches Datenniveau und somit sind die Anforderungen gegeben.</p> <p>Signifikanzlevel angegeben</p> | <p>Beurteilung Präsentation Die aufgeführten Tabellen sind übersichtlich und verständlich. In Textform werden die Inhalte der Tabellen kurz zusammengefasst. Es wird im Text auf die jeweiligen Tabellen verwiesen.</p> <p>Literaturbezug Die Forscher geben an, dass das vorliegende Resultat bisher nicht durch andere Studien oder Literatur identifiziert werden konnte.</p> <p>Schwäche Die Forscher geben als Schwäche an, dass es</p> | <p>Beurteilung Die Patienten für ein CM aufgrund ihrer Ressourcen auszuwählen dünkt die Autorin schwierig. Denn es sind die Probleme und Schwächen der Menschen, welche sie abhängig und bedürftig machen. Möglich wäre aber, einen grösseren Fokus auf die Prävention und Gesundheitsförderung der gebrechlichen Menschen zu haben. So können die Ressourcen gestärkt werden und einen Teil der Probleme würde nicht entstehen.</p> <p>Evidenzlevel 2-3 (Madjar & Walton, 2001). Da es sich um</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <p>Die Ergebnisse können auf Menschen, welche zuhause leben und Unterstützung in Form eines CM's erhalten oder davon profitieren können, übertragen werden. Es macht keinen Sinn sie in eine Institution zu übertragen.</p> | <p>aber abgeleitet werden und es wird klar, dass nach einem Zusammenhang gesucht wird.</p> | <p>angegeben, ob sie speziell geschult wurden. Die Studienteilnehmer erhielten unterschiedlich viele Kontakte.</p> | | <p>sich um eine Sekundäranalyse handelt und dass keine Rückschlüsse auf die Interventions-„Dosis“ gegeben werden kann.</p> | <p>eine sekundäre Analyse handelt ist die Veblindung nicht nachvollziehbar, weshalb die Autorin das Evidenzlevel eher bei 3 statt 2 einstuft. Die Primärstudie müsste kontaktiert werden, um dies zu beurteilen.</p> |
|---|--|--|--|--|--|

Anhang C

RAI-HC Schweiz

Anhang C: Formular MDS-HC

Version November 2009

RAI-HC SCHWEIZ – MDS-HC VERSION NOVEMBER 2009

Wenn nicht anders vermerkt: **Beobachtungsperiode 3 Tage**

Name Vorname Fallnummer / Versichertennummer

| | |
|---|--|
| <p>BEREICH A: DATUM UND BEURTEILUNGSGRUND</p> <p>1. Beginn der Dokumentation</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr </p> <p>2. Beurteilungsgrund</p> <p> 1 = Erste Beurteilung 2 = Periodische Beurteilung 3 = Signifikante Statusveränderung 4 = Korrektur 5 = Andere </p> <p>3. Situation der Klientin</p> <p>a. Mit wem lebt die Klientin zusammen zum Zeitpunkt des Spitex-Einsatzes?</p> <p> 1 = Allein 2 = Mit Partner 3 = Mit Partner und anderen (Kinder, Eltern, Freunde) 4 = Mit Kindern, ohne Partner 5 = Mit anderen Verwandten 6 = In Gruppe mit Nicht-Verwandten </p> <p>b. Wo lebt die Klientin zum Zeitpunkt des Spitex-Einsatzes?</p> <p> 1 = Privathaus/Wohnung/Alters-Wohnung (ohne vorhergehenden Spitex-Einsatz) 2 = Privathaus/Wohnung/Alters-Wohnung (mit vorhergehendem Spitex-Einsatz) 3 = Betreutes Wohnen mit Dienstleistungen 4 = Alters-/Pfleger-/Krankenheim 5 = Anderer Ort </p> <p>c. Spitalaufenthalt – War die Klientin in den letzten 90 Tagen im Spital oder in einer Klinik?</p> <p> 0 = Nein, kein Spitalaufenthalt in den letzten 90 Tagen 1 = Ja; Entlassung innerhalb der letzten 31 – 90 Tage 2 = Ja; Entlassung innerhalb der letzten 8 – 30 Tage 3 = Ja; Entlassung in den letzten 7 Tagen </p> <p>BEREICH A: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>3. Hinweise auf akute Verwirrtheit (Delir)</p> <p> 0 = Nicht vorhanden 1 = Vorhanden, aber nicht neu (übliches Verhalten) 2 = Vorhanden, weicht vom üblichen Verhalten ab (neu aufgetreten oder verschlechtert) </p> <p>a. Leicht ablenkbar – z.B. kann Aufmerksamkeit nicht halten; lässt sich ablenken; verwirrt</p> <p>b. Episoden unzusammenhängenden Sprechens – z.B. unsinnig; sprunghaft; verliert den Faden</p> <p>c. Tagesschwankungen kognitiver Fähigkeiten – mal besser, mal schlechter; mal vorhanden, mal nicht</p> <p>4. Akute Änderung der kognitiven Fähigkeiten gegenüber Normalzustand der Klientin – z.B. Unruhe, Lethargie, schwer aufzuwecken, veränderte Umgebungswahrnehmung</p> <p> 0 = Nein 1 = Ja </p> <p>5. Änderung in der Fähigkeit für alltägliche Entscheidungen in den letzten 90 Tagen (oder seit letzter Beurteilung falls weniger lange zurück)</p> <p> 0 = Verbessert 2 = Verschlechtert 1 = Keine Änderung 8 = Unklar </p> <p>BEREICH B: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>BEREICH C: KOMMUNIKATIVE FÄHIGKEITEN / HÖREN</p> <p>1. Sich verständlich machen (Inhaltliche Ausdrucksfähigkeit, gleich welcher Art)</p> <p> 0 = Ist verständlich 1 = Ist normalerweise verständlich – hat Schwierigkeiten, Worte zu finden oder Gedanken zu beenden; mit genügend Zeit aber keine Rückfragen notwendig 2 = Ist meistens verständlich – hat Schwierigkeiten, Worte zu finden und Gedanken zu beenden; Unterstützung üblicherweise notwendig 3 = Manchmal verständlich – beschränkte Fähigkeit, konkrete Wünsche zu äussern 4 = Selten/nie verständlich </p> <p>2. Fähigkeit, andere zu verstehen</p> <p> 0 = Versteht 1 = Versteht meistens - nicht immer die ganze Bedeutung der Nachricht 2 = Versteht manchmal – nur einfache Anweisungen und Fragen 3 = Versteht selten/nie </p> <p>3. Hören (mit Hörhilfe, falls benutzt)</p> <p> 0 = Hört gut – normale Gespräche, Fernseher, Telefon 1 = Leichte Schwierigkeiten in unruhiger Umgebung 2 = Hört nur in besonderen Situationen – wenn sich die Partner in der Tonlage darauf einstellen und deutlicher sprechen 3 = Stark beeinträchtigt – hört praktisch nichts </p> <p>BEREICH C: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---|--|

| BEREICH D: SEHEN | |
|--|--|
| <p>1. Sehen – bei angemessener Beleuchtung, falls nötig mit Sehhilfen <i>0 = Gut – sieht kleine Details, einschliesslich gewöhnlicher Druckbuchstaben in Zeitungen/Büchern</i> <i>1 = Teilweise beeinträchtigt – Sieht grosse Druckbuchstaben, aber keine gewöhnlichen</i> <i>2 = Beeinträchtigt – unfähig, Zeitungsüberschriften zu lesen; kann Gegenstände in Umgebung identifizieren</i> <i>3 = Stark beeinträchtigt – erkennt Gegenständen in Umgebung kaum; scheint mit den Augen zu folgen</i> <i>4 = Schwerwiegend beeinträchtigt – blind; sieht nur Farben oder Umrisse; folgt mit den Augen nicht</i></p> | |
| BEREICH D: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | |
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | |

| BEREICH E: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | |
|--|--|
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | |

| BEREICH E: STIMMUNGSLAGE UND VERHALTEN | |
|--|--|
| <p>1. Indikatoren für Depression, traurige oder ängstliche Stimmungslage <i>0 = Zeigte sich nicht in den letzten 3 Tagen</i> <i>1 = Zeigte sich, aber nicht in den letzten 3 Tagen</i> <i>2 = Zeigte sich in den letzten 3 Tagen</i> <i>9 = Klientin gibt keine Antwort</i></p> | |
| a. Macht negative Äusserungen | |
| b. Anhaltender Ärger über sich oder andere | |
| c. Unrealistische Ängste | |
| d. Sorgt sich wiederholt um eigene Gesundheit | |
| e. Traurige, gequälte, besorgte Mimik | |
| <p>2. Verhaltensauffälligkeiten <i>0 = Zeigten sich in den letzten 3 Tagen nicht</i> <i>1 = Zeigten sich; waren leicht beeinflussbar</i> <i>2 = Zeigten sich; waren nicht beeinflussbar</i> <i>9 = Klientin gibt keine Antwort</i></p> | |
| a. Umherirren | |
| b. Verbale Aggressivität | |
| c. Körperliche Aggressivität | |
| d. Sozial unangemessenes Verhalten | |
| e. Widersetzt sich Hilfe- und Pflegehandlungen | |

| BEREICH F: PSYCHOSOZIALES WOHLBEFINDEN | |
|---|--|
| <p>1. Soziale Beziehungen <i>0 = In der letzten Woche vorgekommen</i> <i>1 = Im letzten Monat vorgekommen</i> <i>2 = Früher oder nicht vorgekommen</i> <i>9 = Klientin gibt keine Antwort</i></p> | |
| a. Aktivitäten im Zusammenhang mit langjährigen Interessen und Hobbys | |
| b. Besuche durch langjährige Bekannte oder Familienangehörige | |
| c. Telefon-/E-Mail-Kontakt mit langjährigen Bekannten oder Familienmitgliedern | |
| <p>2. Veränderung der sozialen Aktivitäten – Im Vergleich zur Zeit vor 90 Tagen (oder seit letzter Beurteilung falls weniger lange zurück); Reduktion der Anteilnahme an sozialen, religiösen oder anderen geschätzten Aktivitäten <i>0 = Keine Reduktion der sozialen Aktivitäten</i> <i>1 = Reduktion, aber kein Bedauern der Klientin</i> <i>2 = Reduktion mit Bedauern</i> <i>9 = Klientin gibt keine Antwort</i></p> | |
| <p>3. Konfliktsituationen – Klientin bringt Konflikt, Ärger mit Angehörigen oder Freunden offen zum Ausdruck <i>0 = Nein</i> <i>1 = Ja</i> <i>9 = Klientin gibt keine Antwort</i></p> | |
| <p>4. Einsamkeit – Klientin sagt oder signalisiert, dass sie sich einsam fühlt <i>0 = Nein</i> <i>1 = Ja</i> <i>9 = Klientin gibt keine Antwort</i></p> | |

| BEREICH F: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | |
|--|--|
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | |

| BEREICH G: INFORMELLE UNTERSTÜTZUNG | | | |
|---|---------------|--|---------------------------|
| <p>1. Gibt es informelle Helfer zur Unterstützung bei der Alltagsbewältigung (BADL od. IADL)? <i>0 = Keine informellen Helfer vorhanden</i> <i>1 = Informelle Helfer vorhanden</i></p> | | | |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> Wenn G1=0 Weiter mit Bereich H</p> | | | |
| <p>2. Situation der Hilfspersonen <i>0 = Trifft nicht zu</i> <i>1 = Trifft zu</i></p> | | | |
| <p>a. Informelle Helfer sind nicht mehr in der Lage, ihre Unterstützung fortzusetzen</p> | | | |
| <p>b. Informelle Helfer äussern sich belastet, wütend oder deprimiert</p> | | | |
| <p>3. Geleistete Hilfe NUR im Bereich BADL, Medikamenten-Versorgung (MV) und Behandlungspflege (BP) ohne übrige IADL; in den letzten 7 Tagen</p> | | | |
| Name, Vorname | Beziehungsart | Angaben zur Art der aktuellen informellen Unterstützung (alles dokumentieren was relevant) | Anzahl Std. Unterstützung |
| a. | b. | c. | d. |
| e. | f. | g. | h. |
| i. | j. | k. | l. |

| BEREICH G: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---|---|---|--------------------------|--|--|--|--|----------------------------|--|------------------|--|-----------------------|---|---|--|---|--|----------------------------|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|
| <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEREICH H: KÖRPERLICHE FUNKTIONSFÄHIGKEIT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. IADL-Leistung Kodieren Sie die Leistung der Person während der letzten 3 Tage unter ,beobachtete, effektive Leistungsfähigkeit (A). Kodieren Sie ebenfalls die vermutete Leistungsfähigkeit unter (B); diese Einschätzung bedingt einen gewissen Teil an Vermutungen.</p> <p>0 = <i>Unabhängig – Klientin machte es selbst</i> 1 = <i>Aufsicht-Überwachung, Anleitung, Ermunterung</i> 2 = <i>Begrenzte Hilfe – Klientin erhielt manchmal Hilfe</i> 3 = <i>Verstärkte Hilfe – Klientin erhielt durchgehend Hilfe</i> 4 = <i>Vollständige Hilfe durch andere ausgeführt (bei Leistungsfähigkeit = vollständige Abhängigkeit)</i> 8 = <i>Nicht vorgekommen</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>vermutete Leistungsfähigkeit (B)</th> <th>beobachtete effektive Leistung (A)</th> <th>↓</th> <th>↓</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Mahlzeitenzubereitung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Allgemeine Hausarbeiten</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Geld verwalten (in den letzten 30 Tagen)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Umgang mit Medikamenten</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Telefonieren</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Einkaufen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Verkehrsmittelbenutzung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | vermutete Leistungsfähigkeit (B) | beobachtete effektive Leistung (A) | ↓ | ↓ | a. Mahlzeitenzubereitung | | | | | b. Allgemeine Hausarbeiten | | | | | c. Geld verwalten (in den letzten 30 Tagen) | | | | | d. Umgang mit Medikamenten | | | | | e. Telefonieren | | | | | f. Einkaufen | | | | | g. Verkehrsmittelbenutzung | | | | |
| | vermutete Leistungsfähigkeit (B) | beobachtete effektive Leistung (A) | ↓ | ↓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a. Mahlzeitenzubereitung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b. Allgemeine Hausarbeiten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c. Geld verwalten (in den letzten 30 Tagen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d. Umgang mit Medikamenten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e. Telefonieren | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f. Einkaufen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g. Verkehrsmittelbenutzung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEREICH H1: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. BADL-Leistung</p> <p>0 = <i>Unabhängig – keine Hilfe oder nur Vorbereitung</i> 1 = <i>Aufsicht / Überwachung, Anleitung, Ermunterung</i> 2 = <i>Begrenzte Abhängigkeit – Klientin beteiligte sich viel, bekam leichte Hilfe (ohne Übernahme von Gewicht)</i> 3 = <i>Verstärkte Abhängigkeit – Klientin beteiligte sich wenig, bekam Hilfe (mit Übernahme von Gewicht)</i> 4 = <i>Vollständige Abhängigkeit – Klientin bekam vollständige Hilfe, Übernahme der Aktivität durch Helfer an allen 3 Tagen</i> 8 = <i>Nicht vorgekommen (in den letzten 3 bzw. 7 Tagen)</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tbody> <tr> <td>a. Bewegung im Bett</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Transfer Bett/Stuhl oder in aufrechte Position</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Gehen im Haus auf gleichem Stockwerk</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Bewegen im Rollstuhl auf gleichem Stockwerk</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Fortbewegung ausserhalb Haus/Wohnung (mit / ohne Rollstuhl)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Ankleiden</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Essen/Trinken</td> <td></td> </tr> <tr> <td>h. Toilettenbenutzung</td> <td></td> </tr> <tr> <td>i. Persönliche Hygiene (ohne Baden/Duschen)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>j. Baden (inkl. Duschen/Ganzkörperwäsche) – höchste Abhängigkeit in den letzten 7 Tagen</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | a. Bewegung im Bett | | b. Transfer Bett/Stuhl oder in aufrechte Position | | c. Gehen im Haus auf gleichem Stockwerk | | d. Bewegen im Rollstuhl auf gleichem Stockwerk | | e. Fortbewegung ausserhalb Haus/Wohnung (mit / ohne Rollstuhl) | | f. Ankleiden | | g. Essen/Trinken | | h. Toilettenbenutzung | | i. Persönliche Hygiene (ohne Baden/Duschen) | | j. Baden (inkl. Duschen/Ganzkörperwäsche) – höchste Abhängigkeit in den letzten 7 Tagen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a. Bewegung im Bett | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b. Transfer Bett/Stuhl oder in aufrechte Position | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c. Gehen im Haus auf gleichem Stockwerk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d. Bewegen im Rollstuhl auf gleichem Stockwerk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e. Fortbewegung ausserhalb Haus/Wohnung (mit / ohne Rollstuhl) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f. Ankleiden | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g. Essen/Trinken | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h. Toilettenbenutzung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i. Persönliche Hygiene (ohne Baden/Duschen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| j. Baden (inkl. Duschen/Ganzkörperwäsche) – höchste Abhängigkeit in den letzten 7 Tagen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3. Änderung der BADL-Fähigkeit – BADL-Leistungsfähigkeit hat sich verändert innerhalb der letzten 90 Tage (oder seit letzter Beurteilung, falls weniger lange zurück)</p> <p>0 = <i>Verbessert</i> 1 = <i>Keine Änderung</i> 2 = <i>Verschlechtert</i> 8 = <i>Unklar</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEREICH H2, H3: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4. Treppensteigen – Wie ging die Klientin treppauf und treppab (ein Tritt oder mehrere Tritte; Verwendung von Handgriffen nach Bedarf)</p> <p>0 = <i>Ohne Hilfe</i> 1 = <i>Mit Hilfe</i> 2 = <i>Keine Treppenbenützung</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>5. Aktivitäts-Umfang</p> <p>a. Ausdauer – Stunden körperlicher Aktivität in den letzten 3 Tagen (z.B. spazieren, putzen, turnen)</p> <p>0 = <i>2 oder mehr Std. insgesamt</i> 1 = <i>Weniger als 2 Std.</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>b. Aufenthalt ausserhalb des Hauses – Häufigkeit, mit der die Klientin in den letzten 3 Tagen das Haus verlassen hat (unabhängig von der Zeitdauer)</p> <p>0 = <i>An allen drei Tagen</i> 1 = <i>An 1 oder 2 Tagen</i> 2 = <i>Haus in den letzten 3 Tagen nicht verlassen; doch Klientin verlässt das Haus sonst regelmässig</i> 3 = <i>Klientin verlässt das Haus nie</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>6. Rehabilitationspotenzial</p> <p>0 = <i>Nein</i> 1 = <i>Ja</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>a. Klientin glaubt, dass sie in der Lage ist, ihre funktionelle Unabhängigkeit zu erhöhen (IADLs, BADLs)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>b. Professionelle Helfer glauben, dass Klientin in der Lage ist, ihre funktionelle Unabhängigkeit zu erhöhen</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEREICH H4-6: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEREICH I: KONTINENZ IN DEN LETZTEN 3 TAGEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. Blasenkontinenz – Fähigkeit in den letzten 3 Tagen, Blase zu kontrollieren</p> <p>0 = <i>Kontinent – vollständige Kontrolle. Benutzt keinen Katheter oder Hilfsmittel</i> 1 = <i>Kontinent mit Katheter oder Stoma</i> 2 = <i>Meist kontinent – nicht jeden Tag inkontinent</i> 3 = <i>Inkontinent mit Restkontrolle – täglich inkontinent; Restkontrolle möglich</i> 4 = <i>Inkontinent – kaum noch Kontrolle der Blase; mehrmals nass pro Tag</i> 8 = <i>Nicht aufgetreten – keine Urinentleerungen</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| <p>2. Darmkontinenz – Fähigkeit in den letzten 3 Tagen, den Darm zu kontrollieren 0 = Kontinent – vollständige Kontrolle ohne Stoma 1 = Kontinent mit Stoma 2 = Meist kontinent – nicht jeden Tag inkontinent 3 = Inkontinent mit Restkontrolle – täglich inkontinent; Restkontrolle möglich 4 = Inkontinent – Darminkontinenz täglich - kaum noch Kontrolle 8 = Nicht aufgetreten – keine Darmentleerungen in der 3-tägigen Beobachtungsperiode</p> | |
| <p>3. Hilfsmittel 0 = Nein 1 = Ja</p> | |
| a. Blasendauerkatheter (suprapub./transurethral) mit Sack | |
| b. Blasendauerkatheter mit Ventil | |
| c. Kondomkatheter | |
| d. Cystostoma, Nephrostoma, Ureterostoma | |
| e. Intestinalstoma | |
| f. Einlagen | |
| BEREICH I: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | |
| | |
| | |
| | |
| BEREICH J: DIAGNOSEN | |
| <p>1. Sind gegenwärtig pflege- und betreuungsrelevante Diagnosen bekannt? 0 = Nein 1 = Ja</p> | |
| ☒ Wenn J1 = 0: Weiter mit K | |
| 1a. Gegenwärtige pflege- und betreuungsrelevante Diagnosen | |
| (1) | |
| (2) | |
| (3) | |
| BEREICH K: GESUNDHEITZUSTAND | |
| <p>1. Problemzustände 0 = Nicht vorhanden 1 = Vorhanden, aber nicht in den letzten 3 Tagen 2 = Vorhanden in den letzten drei Tagen</p> | |
| a. Durchfall | |
| b. Verstopfung | |
| c. Schwierigkeiten beim Wasserlösen oder 3x und mehr pro Nacht | |
| d. Fehlender Appetit | |
| e. Erbrechen | |
| f. Schwindel | |
| g. Periphere Ödeme | |
| h. Einschlaf-, Durchschlafschwierigkeiten - zu frühes Erwachen, Ruhelosigkeit, nicht erholsamer Schlaf | |
| i. Zu viel Schlaf – Übermässiger Schlaf, der das normale Funktionieren der Person beeinträchtigt | |
| j. Alltagsrelevante Wahnvorstellungen | |
| k. Alltagsrelevante Halluzinationen | |
| <p>2. Atemnot 0 = Nicht vorhanden 1 = Nur bei mittlerer Anstrengung vorhanden 2 = Bei alltäglicher, leichter Anstrengung vorhanden 3 = In Ruhe vorhanden</p> | |
| <p>3. Müdigkeit 0 = Keine 1 = Leichte - verminderte Energie, führt jedoch normale Alltagsaktivitäten aus 2 = Mittlere – wegen verminderter Energie nicht fähig, normale Alltagsaktivitäten zu Ende zu führen 3 = Starke – wegen verminderter Energie unfähig, einige normale Alltagsaktivitäten zu beginnen 4 = Unfähigkeit, jegliche normale Alltagsaktivität zu beginnen - wegen verminderter Energie</p> | |
| 4. Schmerzen | |
| a. Häufigkeit , mit der Klientin über Schmerzen klagt oder Hinweise darauf zeigt in den letzten 3 Tagen 0 = Keine Schmerzen 1 = Vorhanden, aber nicht in den letzten 3 Tagen 2 = Vorhanden an 1 oder 2 Tagen 3 = Täglich | |
| b. Intensität des Schmerzes 0 = Keine Schmerzen 1 = Leichte Schmerzen 2 = Mittlere Schmerzen 3 = Starke Schmerzen 4 = Perioden mit unerträglichem Schmerz | |
| c. Schmerzkontrolle – Aus Sicht der Klientin: Sind die Schmerzen mit der medikamentösen Behandlung unter Kontrolle? 0 = entfällt, da kein Schmerz 1 = Schmerzen genügend kontrolliert, keine Anpassung der Therapie erforderlich 2 = Schmerzen sind vorhanden, aber Medikamente wurden nicht genommen 3 = Schmerzen ungenügend kontrolliert, Anpassung der Therapie erforderlich | |
| <p>5. Stürze – Ist die Klientin in den letzten 90 Tagen (oder seit letzter Beurteilung falls weniger lange zurück) gestürzt? 0 = Nein 1 = Ja</p> | |
| <p>6. Sturzgefahr 0 = Nein 1 = Ja</p> | |
| a. Unsicherer Gang | |
| b. Einschränkung der Aktivität der Klientin, ausser Haus zu gehen wegen Angst zu fallen. | |
| <p>7. Genussmittel 0 = Nein 1 = Ja 9 = Klientin gibt keine Antwort</p> | |
| a. Konsumierte die Klientin schon am Morgen Alkohol oder hatte sie in den letzten 90 Tagen Schwierigkeiten wegen des Alkoholkonsums? | |
| b. Klientin raucht täglich | |
| <p>8. Andere Zustandsindikatoren 0 = Nein 1 = Ja</p> | |
| a. Unüblich schlechte Hygiene | |
| b. Nicht geklärte Verletzungen , Frakturen, Hämatome | |
| c. Freiheitsbeschränkende Massnahmen (fixierte Gliedmassen; Bettgitter an allen offenen Seiten des Bettes; Zewi-Decke; Stuhl, der kein Aufstehen erlaubt) | |
| BEREICH K: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | |
| | |
| | |
| | |
| BEREICH L: ERNÄHRUNG / FLÜSSIGKEITSSTATUS | |
| 1. Grösse und Gewicht | |
| a. Grösse in cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | b. Gewicht in kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| 2. Flüssigkeitsaufnahme / Essen 0 = Nein 1 = Ja | | BEREICH N: WOHNUMGEBUNGSABKLÄRUNG | |
| a. Klientin hat in den letzten 3 Tagen keine oder zu wenig Flüssigkeit zu sich genommen (weniger als 1000 ml/Tag) | | 1. Wohnumgebung – Gibt es Probleme in der Wohnumgebung (z.B. Bodenbeschaffenheit und Teppiche, Badezimmer und Toilette, Heizung, Hauszugang, usw.)? 0 = Nein 1 = Ja | |
| b. Klientin hat an mind. 2 der 3 letzten Tage nur eine oder keine Mahlzeit gegessen | | BEREICH N: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | |
| 3. Schlucken 0 = Normal – schluckt alle Arten von Nahrungsmitteln 1 = Benötigt Anpassung, um feste Nahrung schlucken zu können, z.B. gehackt, püriert 2 = Benötigt Anpassung, um feste Nahrung und Flüssigkeiten zu schlucken, z.B. püriert, eingedickt 3 = Kombination von oraler Kost und Sonde 4 = Keine Nahrungsaufnahme per os | | | |
| 4. Diät 0 = Nein 1 = Ja | | BEREICH O: DIENSTLEISTUNGEN / VERORDNUNGEN | |
| 5. Mund-/Zahnstatus - Irgendwelche Probleme im Mundbereich vorhanden (Kauprobleme, Schmerzen, trockener Mund, Zahnpflege etc.) 0 = Nein 1 = Ja | | 1. Professionelle Pflege/Betreuung – in den letzten 7 Tagen zu Hause 0 = Nein 1 = Ja, abgeschlossen 2 = Ja, läuft weiter | |
| 6. Gewichtsverlust – von 5% und mehr im letzten Monat oder 10% und mehr in den letzten 6 Monaten. 0 = Nein 1 = Ja | | a. Hauspflege | |
| BEREICH L: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | | b. Krankenpflege | |
| | | c. Haushilfe | |
| | | d. Mahlzeitendienst | |
| | | e. Freiwillige Helfer von einer Organisation | |
| | | f. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie | |
| | | g. Tagesheim | |
| | | h. Sozialarbeiterin | |
| | | i. Andere, nämlich | |
| BEREICH M: ZUSTAND DER HAUT | | 2. Verordnungen – Ärztliche Verordnungen liegen vor 0 = Nein 1 = Ja, von einem niedergelassenen Arzt 2 = Ja, von einem Spitalarzt | |
| 1. Hautprobleme – Irgendwelche störenden Hautzustände oder Veränderungen der Haut (Ulzera, Hämatome, Verbrennungen, Ausschläge, Juckreiz, Parasiten usw.) 0 = Nein 1 = Ja | | BEREICH O: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wenn M1 = 0: Weiter mit M4 | | | |
| 2. Druckulzera – irgendwo am Körper höchstes Stadium 0 = Kein Ulkus 1 = Stadium 1: ständige Rötung (kein Hautdefekt); verschwindet nicht bei Druckentlastung 2 = Stadium 2: Abschürfung der Haut, Blasenbildung oder flache Krater 3 = Stadium 3: Verlust der Oberhaut, subkutanes Gewebe sichtbar; tiefer Krater mit/ohne Schädigung des angrenzenden Gewebes 4 = Stadium 4: vollständiger Verlust aller Hautschichten; Muskel / Knochen sichtbar | | | |
| 3. Andere Ulzera, Hautprobleme 0 = Nein 1 = Ja | | BEREICH P: MEDIKAMENTE | |
| a. Venöses Ulkus – verursacht durch reduzierte venöse Zirkulation | | 1. Anzahl Medikamente – Anzahl Medikamente (verschiedene Substanzgruppen) (verordnete und Selbstmedikation), die in den letzten 7 Tagen verabreicht wurden 0 = Keine, sonst Anzahl | |
| b. Arteriell Ulkus – verursacht durch reduzierte arterielle Zirkulation | | <input checked="" type="checkbox"/> Wenn P1 = 0: Weiter mit Q | |
| c. Andere Hautläsionen wie chirurgische Wunden, Verbrennungen (2. oder 3. Grades), offene Läsionen anderen Ursprungs als Ulzera, Schnitte | | 2. Richten der Medikamente | |
| d. Andere Hautprobleme wie Ekzeme, Ausschläge, Intertrigo, Hämatome, Juckreiz, Parasiten | | a. Wer richtet Medikamente? 0 = Klientin 1 = Spitex 2 = Andere | |
| 4. Fussprobleme – z.B. Druckstellen, Hammerzehen, Schmerzen, Infektionen 0 = Nein 1 = Ja | | b. Wenn P2a = 1: Wie oft richtet Spitex Medikamente? 1 = Täglich 2 = Wöchentlich 3 = Anderes | |
| BEREICH M: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN | | 3. Medikamentenliste 1 = Aktuelle Medikamentenliste mit Dosierung vorhanden 2 = Medikamentenliste mit Dosierung muss erstellt werden (siehe Beilage Medikamentenblatt) 3 = Keine Medikamentenliste erforderlich | |
| | | 4. Medikamenten-Unverträglichkeiten 0 = Keine bekannt 1 = Bekannt (siehe Beilage) | |
| | | | |

| | |
|--|--|
| <p>5. Psychopharmaka und Analgetika - in den letzten 7 Tagen eingenommen 0 = Nein 1 = Ja</p> <p>a. Antipsychotika (Neuroleptika)</p> <p>b. Anxiolytika (Angsthemmer)</p> <p>c. Antidepressiva</p> <p>d. Hypnotika</p> <p>e. Analgetika</p> <p>6. Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme – in den letzten 7 Tagen (auch an Tagen ohne Spitex-Kontakt) 0 = Immer gewährleistet 1 = Zu 80% oder mehr gewährleistet 2 = Zu weniger als 80% gewährleistet, inkl. Beschaffungslücken</p> <p>7. Medikamenten-Übersicht – Arzt oder Apotheker hat in den letzten 180 Tagen die Medikamentenverordnungen als Ganzes überprüft 0 = Alle Medikamente als Ganzes mit mindestens einem Arzt / Apotheker besprochen 1 = Medikamente als Ganzes nicht von Arzt / Apotheker kontrolliert</p> <p>BEREICH P: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>2. Änderung der Selbständigkeit (nur bei Reassessment) Über alles gesehen: Hat sich die Selbständigkeit der Klientin in den letzten 90 Tagen (oder seit letzter Beurteilung falls weniger lange zurück) verändert? 0 = Verbessert 1 = Keine Änderung 2 = Verschlechtert</p> <p>3. Zielerreichung (nur bei Reassessment) Wurden in den letzten 90 Tagen (oder seit dem letzten Assessment) eines oder mehrere Pflegeziele erreicht? 0 = Nein 1 = Ja</p> <p>BEREICH Q: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>BEREICH R: VERANTWORTUNGEN, VERFÜGUNGEN</p> <p>1. Rechtsvertreter – Klientin hat einen Rechtsvertreter 0 = Nein 1 = Ja 9 = Klientin gibt keine Antwort</p> <p>2. Verfügungen – z.B. keine Hospitalisation, (nur abklären in spezifischen palliativen Situationen oder wenn Klientin Thematik anspricht) 0 = Nein 1 = Ja 8 = Nicht situationsrelevant, 9 = Klientin gibt keine Antwort</p> <p>BEREICH R: INDIVIDUELLE PRÄZISIERUNGEN</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>BEREICH Q: GESAMTEINSCHÄTZUNG</p> <p>1. Gesundheitszustand – Klientin sagt, dass ihre Gesundheit angeschlagen ist (wenn sie gefragt wird) 0 = Nein 1 = Ja</p> | |

| BEREICH S: ASSESSMENT-INFORMATION | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Abschluss der Dokumentation | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Unterschrift der abschliessenden Person: |
| Tag | Monat | Jahr |
| Datum | Unterschrift MDS-HC-Verantwortliche | Funktion |
| | | |
| Datum | Unterschrift | Funktion |
| | | |

Anhang D

Evidenzlevel Madjar & Walton

| | |
|--------------------------|---|
| Level / Typ 1 | Evidenz basierend auf einer systematischen Review von mehreren randomisierten klinischen Experimenten (Metaanalysis). |
| Level / Typ 2 | Evidenz basierend auf einer oder mehren klinischen Experimenten. |
| Level / Typ 3 | Evidenz basierend auf nicht randomisierten klinischen Experimenten, Case-Control-Studien oder Cohort-Studien, vorzugsweise durchgeführt an verschiedenen Orten und mit Mehrfachmessungen über einen Zeitraum. |
| Level / Typ 4 | Evidenz basierend auf nicht experimentellen Studien, vorzugsweise in verschiedenen Zentren. |
| Level / Typ 5 | Evidenz basierend auf der Meinung von Autoritäten, basierend auf klinischer Expertise, deskriptive Studien oder den Reporten von Expertengruppen. |

Madjar, I., & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J. M. Morse, J. M. Swanson & A. J. Kuzel (Eds.), *The nature of qualitative evidence* (pp. 28-45). Thousand Oaks, CA: Sage.