

„Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte“

(Bewilligungs-Nr.: 11.5.1342.0001.0)

Zusammenfassung des Forschungsprojektes

Das Projekt „Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte“, dessen Ziel die Fortbildung einer Pflegekraft für Gesundheitsförderung bei älteren Menschen war, ist eine Reaktion auf aktuelle Herausforderungen an die Pflegeberufe¹. Der Wandel der Bevölkerungsstruktur mit einem stetig wachsenden Anteil alter und hochaltriger, teilweise pflegebedürftiger Menschen muss dazu führen, voraussehbare negative Entwicklungen möglichst zu vermeiden oder zu begrenzen. Große Erwartungen verbinden sich mit dem Gedanken einer zielgerichteten Prävention von beispielsweise Pflegebedürftigkeit oder Multimorbidität im Alter (Fries, 1996).

Die Idealvorstellung betrifft nicht allein die Verhütung von Krankheit und Behinderung, sondern auch die Förderung von Gesundheit und damit der Lebensqualität selbst als großer, körpereigenen Kraft unabhängig von Vorliegen etwaiger Einschränkungen oder Erkrankungen (Antonowsky, 1987). Dass die Nutzung und Förderung körpereigener Ressourcen auch und gerade im Alter möglich und sinnvoll ist, haben langjährige Erfahrungen mit der geriatrischen Rehabilitation (= Tertiärprävention), eindrucksvoll belegt (Meier-Baumgartner et al., 2002). Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Primär- und der Sekundärprävention im Alter sind bisher jedoch noch wesentlich schlechter erforscht. Erste Ergebnisse z.B. zur Therapie des Bluthochdrucks weisen aber darauf hin, dass gerade ältere Menschen von präventiven Maßnahmen profitieren (Ramsay et al., 1999).

Grundlage adäquater altersmedizinischer Therapie ist zumeist ein multidimensionaler Ansatz. Modelle zu gesundem und erfolgreichem Alter und die Erkenntnisse der klinischen Geriatrie zeigen eine enge Wechselwirkung körperlicher, geistiger, seelischer und sozialer Faktoren zum Erhalt von Unabhängigkeit und Lebensqualität im Alter. Somit sollte sich auch die Prävention multidimensionaler Konzepte bedienen (Kruse, 2002). Die Pflegeberufe wie auch die Ärzte sind vertraut mit multidimensionalen Arbeitsweisen und vertreten eine ganzheitliche Auffassung des Menschen. Andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen wie z.B. Diätassistenten oder Logopäden haben eine weitaus spezialisiertere Sichtweise. Auch stellt die Pflege den zahlenmäßig größten Anteil in den Gesundheitsberufen. Es liegt also nahe, multidimensionale Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter zu entwickeln und professionell Pflegenden damit zu betrauen.

¹ Der Abschlussbericht „Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte“ sowie das dazugehörige „Curriculum für Pflegekräfte der Altern- und Krankenpflege auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen“ wurden im November 2002 für die Robert Bosch Stiftung GmbH erstellt von Meier-Baumgartner HP, Dapp U, Anders J, Albertinen-Haus Hamburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg. Zeitschriftenpublikation siehe Renteln-Kruse W v, Anders J, Dapp U, Meier-Baumgartner HP (2003)

Wie in dem abschließenden Projektbericht für die Robert Bosch Stiftung GmbH Stuttgart (Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – Ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte; Bewilligungs-Nr.: 11.5.1342.0001.0, Albertinen-Haus, 2002) ausführlich dargelegt, haben uns diese Überlegungen sowie Erfahrungen unserer aktuellen Forschungsarbeit dazu bewogen, gesundheitsfördernde Konzepte speziell für ältere Menschen zu entwickeln und zu erproben. Sowohl in der Konzeption als auch in der praktischen Ausgestaltung spielte der Pflegeberuf eine tragende Rolle. Voraussetzung war die Motivation einer Pflegekraft, sich für neue Tätigkeitsfelder in der Prävention fortzubilden.

Diese Fortbildung einer Pflegekraft (in diesem Falle einer Fachpflegekraft für Klinische Geriatrie und Rehabilitation) brauchte mehrere Monate intensiver Vorbereitungszeit am Albertinen-Haus. Kenntnisse und Kompetenzen zur Gesundheitsförderung in mehreren Bereichen (Ernährung, Bewegung, Psychosoziales, Präventivmedizin) wurden vermittelt. Zur Instruktion und Supervision stand ein interdisziplinär arbeitendes Gesundheitsberater-Team für Senioren (Physiotherapeut, Ökotrophologin und Sozialpädagogin sowie Geriater) zur Verfügung, das am Albertinen-Haus etabliert ist. Dieses Gesundheitsberater-Teams wurde im Jahr 2001 für die Durchführungs des Präventionsprojektes „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ zusammengestellt und finanziell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend². Jeder Experte dieses Teams vermittelte der Pflegekraft während der Fortbildung Teile seines Fachwissens in Theorie und Praxis.

Nach dieser Vorbereitung führte die Pflegekraft eigenständig Hausbesuche bei älteren Menschen durch und untersuchte diese mit Hilfe des geriatrischen Screenings nach AGAST und eines speziell adaptierten geriatrischen Assessments (Albertinen-HausBesuch-Assessment[®]).

Die erhobenen Befunde wurden schriftlich dokumentiert und unter Supervision des interdisziplinären Gesundheitsberater-Teams und der Teamärztin am Albertinen-Haus ausgewertet. Nur Personen, deren Hausärzte mit dem geriatrischen Zentrum kooperierten, konnten an dem Projekt teilnehmen. Gemeinsam mit dem Hausarzt wurden erst- und nachrangige Probleme sowie gezielte Lösungsstrategien festgelegt. Der enge Austausch wurde erfolgreich intensiviert durch einen regelmäßig stattfindenden geriatrischen Qualitätszirkel für die Hausärzte.

Von insgesamt 804 im Jahr 2001 angefragten Personen über 60 Jahren entschieden sich 77 für eine Gesundheitsberatung durch eine Pflegekraft im Rahmen eines Hausbesuches; weitere 503 Personen bevorzugten interventionelle Gruppenveranstaltungen am geriatrischen Zentrum und 224 Personen lehnten Vorsorgeangebote über die hausärztliche Versorgung hinaus ab.

² Der Abschlussbericht des Projektes „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ durch Beratungsveranstaltungen in Kleingruppen durch ein interdisziplinär arbeitendes Gesundheitsberater-Team am geriatrischen Zentrum Albertinen-Haus wurde im August 2002 des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgelegt.
Buchpublikation: Meier-Baumgartner HP, Dapp U, Anders J (2004): Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. Kohlhammer, Stuttgart, 2004.

Die 77 in ihrer eigenen Häuslichkeit besuchten Personen zeichneten sich durch bereits manifeste Problemlagen in mehreren Lebensbereichen aus. Führend waren psychosoziale Notlagen, häufig verbunden mit körperlicher Behinderung und/oder kognitiven Leistungsminderungen. Die Personen waren überwiegend in ihrer Mobilität eingeschränkt und boten eine erhöhte Sturzneigung. Mangelernährung war ein weiterer häufiger Befund.

Im Vergleich zu den 503 im geriatrischen Zentrum beratenen Personen zeigten die 77 von der Pflegekraft aufgesuchten Personen deutliche Kennzeichen geriatrischer Patienten mit den Charakteristika eingeschränkter Fähigkeiten in den instrumentellen und basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (i-ADL und b-ADL), psychosoziale Notlagen, körperliche Behinderung, kognitivem Abbau und Multimorbidität. Ihr Durchschnittsalter war mit 78 versus 70 Jahren deutlich höher. Ihre Fähigkeit und Motivation, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, war deutlich reduziert im Vergleich zu den im geriatrischen Zentrum beratenen Personen.

Die Pflegekraft leitete im Hausbesuch nach einem kurzen vorläufigen Beratungsgespräch mit den Betroffenen entsprechende erste Maßnahmen ein. Dabei handelte es sich zumeist um die Einbeziehung der Sozialpädagogin des Albertinen-Hauses, um die soziale Versorgung sicherzustellen. Ergänzend wurden ambulante Pflegedienste, die behördliche Altenhilfe oder Behinderten-Organisationen hinzugezogen. In einem Folgebesuch war Gelegenheit zu ausführlicher Beratung der älteren Menschen hinsichtlich ihrer Lebensführung und eventuell möglicher Vorsorgemaßnahmen, z.B. Kontrolluntersuchungen, ausreichende Bewegung und vielseitige Ernährung. Diese Hausbesuche dauerten etwa zwei Stunden pro Termin, hinzu kamen Fahrtzeiten zu den Teilnehmern von bis zu zwei Stunden innerhalb des Großraumes Hamburg.

Es profitierten von den Hausbesuchen der Pflegekraft auch pflegende Angehörige (n = 12) als eine besondere Untergruppe innerhalb der beschriebenen Stichprobe. Sowohl Beratung als auch psychosoziale Begleitung und praktische Anleitung in pflegerischen Fertigkeiten wurden hier nachgefragt.

Aufgrund der vielen vorgefundenen gesundheitlichen Risiken und Probleme in unterschiedlicher Konstellation kooperierte die Pflegekraft mit verschiedenen Professionen aus dem medizinischen und sozialen Versorgungsbereich. Durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit insbesondere mit der Sozialpädagogin und die Einbeziehung des zuständigen Hausarztes gelang es, drohende Versorgungsnotlagen zu vermeiden und/oder gesundheitsfördernde Maßnahmen bis hin zu rehabilitativen Therapien einzuleiten. Eine Gesundheitsförderung mit vorwiegend primär- oder sekundärpräventiven Interventionen wie dies möglich war im Rahmen der Gruppenveranstaltungen am geriatrischen Zentrum (Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“) waren allerdings selten möglich oder sinnvoll. Auch waren die besuchten Personen in einem hohen Maß auf eine kontinuierliche Unterstützung zur Umsetzung empfohlener Maßnahmen angewiesen, z.B. in Form von Telefonaten und einem Folgebesuch.

Gegenüber den noch vollkommen selbständigen Teilnehmern an den Gruppenveranstaltungen boten die Hausbesuchs-Teilnehmer ein hohes Risiko, in kurzer Zeit eine Pflegebedürftigkeit zu entwickeln. Erfasst wurde durch die Hausbesuche gewissermaßen die Grauzone der Personen, die durch offizielle Gutachten bestimmte Pflegestufen des MDK noch nicht erreichen, andererseits jedoch die Selbständigkeit für die sinnvoll Teilnahme an Gesundheitsvorsorgeprojekten auch nicht mehr aufwiesen. Weitere drohende funktionelle Verluste („functional decline“) konnten im Hausbesuch durch den Einsatz multidimensionaler, interdisziplinärer Interventionen abgewandt werden. Wo die für eine Rehabilitation nötigen Potentiale fehlten, hatten die Sicherung der Versorgung (i-ADL und b-ADL) und der Lebensqualität Vorrang. Anhand der im Screening und Assessment gesammelten Befunde und der Erfahrungen der Pflegekraft in den Beratungsgesprächen mit den älteren Menschen zeigte sich eine weitgehend homogene, schwer betroffene Zielgruppe mit besonderen Bedürfnissen. Dieser Umstand rechtfertigt nach unserer Einschätzung den hohen personellen, finanziellen und zeitlichen Aufwand des Projektes für diesen speziellen Personenkreis, der letztendlich weniger als 10% aller rekrutierten Personen darstellte.

Der ganzheitliche Ansatz des Pflegeberufes und die besonderen kommunikativen Strategien der Pflegekraft bewährten sich besonders gut - nach entsprechender Schulung in den Bereichen Gesundheitsvorsorge, Ernährung, Bewegung und Psychosoziales - die vielfältigen notwendigen Informationen und Befunde im Hausbesuch zu erheben, diese mit Hilfe adaptierter, strukturierter Screening- und Assessment-Instrumente zu gewichten und die Ergebnisse sowohl dem älteren Teilnehmer selbst als auch anderen an der Versorgung beteiligten Dienstleistern im Gespräch zu vermitteln. Die Pflegekraft brachte in das Projekt nicht nur die Kenntnisse aus der aktuellen Fortbildung für die Gesundheitsberatung bei älteren Menschen ein, sondern vor allem ihre speziellen Kompetenzen aus ihrer zweijährigen Fachweiterbildung zur Fachpflegekraft für Klinische Geriatrie und Rehabilitation.

Um auch zukünftig Pflegekräften dieses neue Aufgabenfeld zu eröffnen, haben wir der Robert Bosch Stiftung zusammen mit dem inhaltlichen Abschlussbericht des Projektes „Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern“ ein Curriculum für „Kräfte der Alten- und Krankenpflege auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen“ beigefügt.

Weitere Informationen:

Ulrike Dapp, Projektkoordination
Dr. Jennifer Anders, Projektärztin
Forschungsabteilung
Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg
Sellhopsweg 18 – 22, 22459 Hamburg
Tel: 040 / 5581-1871, Fax: 040 / 5581 – 1000

Literatur

Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST) (Hrsg) (1997): Geriatrisches Basisassessment - Handlungsanleitungen für die Praxis, 2. Auflage, Schriftenreihe Geriatrie Praxis, MMV Medizin Verlag, München 1997.

Antonowsky A (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass San Francisco 1987

Fries JF (1996): Physical activity, the compression of morbidity and the health of the elderly. J R Soc Med 89: 64-68.

Kruse A (2002): Gesund altern. Band 146, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 2002.

Meier-Baumgartner HP, Dapp U, Anders J (2004): Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. Kohlhammer, Stuttgart, 2004.

Meier-Baumgartner HP, Pientka L, Anders J (2002): Die Effektivität der postakuten Behandlung älterer Menschen nach einem Schlaganfall oder einer hüftgelenksnahen Fraktur: eine evidenz-basierte Literaturübersicht des Zeitraumes 1992-1998, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 215. Kohlhammer, Stuttgart 2002.

Ramsay LE, Williams B, Johnston GD, MacGregor GA, Poston L, Potter JF, Poulter NR, Russell G (1999): Guidelines for management of hypertension: report of the third working party of the British Hypertension Society, Journal of Human Hypertension, 1999, 13, 569-592.

Renteln-Kruse W v, Anders J, Dapp U, Meier-Baumgartner HP (2003): Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegekraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. Z Gerontol Geriat 36:378-391.