

> Ein Projekt der Bremer Heimstiftung fördert die Mobilität im Alter

Falsch verstandene Sturzprophylaxe

ELKE SCHLESSELMANN

Gesundheit und Mobilität sind wichtig – ein Leben lang. In der zweiten Lebenshälfte nehmen diese Themen für viele Menschen an Bedeutung zu, weil Krankheiten und körperliche Einschränkungen in dieser Lebensphase vermehrt auftreten. Das kann verschiedene Aktivitäten, die Beteiligung am gesellschaftlichen Leben und schließlich auch die selbstständige Lebensführung behindern. Gerade weil Menschen immer länger leben, ist es notwendig, sie darin zu unterstützen, ihre Mobilität so lange wie möglich aufrechtzuerhalten – auch um mögliche schwerwiegende Folgen von Immobilität zu verhindern. Das Projekt „Mobilität im Alter“ – kurz MiA –, welches die Bremer Heimstiftung zurzeit in mehreren Einrichtungen durchführt, will genau dies erreichen.

Ein Faktor, der die Mobilität im Alter sicher negativ beeinflusst, ist das Altersbild in Gesellschaft und Medizin. Altern wird mit physischer und psychischer Gebrechlichkeit assoziiert (Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) 2010; Kalinowski et al. 2010).

Im Hinblick auf den demografischen Wandel bedarf es neuer Pflege- und Betreuungskonzepte, die die gesundheitliche Förderung im Alter stärker fokussieren. Erste Schritte in diese Richtung wurden bereits im Jahre 2001 eingeleitet. Eine gesetzliche Regelung erfolgte im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen). An die Stelle der Fürsorge trat – unabhängig vom Lebensalter – das Leitbild der Selbstbestimmung und Teilhabe. Damit verbunden ist die Abkehr von einem defizitorientierten Modell hin zu einem Verständnis, das sich stärker an Ressourcen und an Partizipation orientiert (DZA 2010).

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wurde respektive „Rehabilitation vor Rente“ schon früh sowohl im SGB XI als auch im SGB V verankert, allerdings nur zögerlich umgesetzt (DZA 2010). Die mangelnde Umsetzung dieses Grundsatzes wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 aufgegriffen, bei der die geriatrische Rehabilitation von einer Ermessens- zu einer Pflicht-

leistung umdefiniert wurde. Im Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde ein altersunspezifischer Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitationsansprüche eingeräumt: „Die Rehabilitation hat zum Ziel, die Autonomie und die Selbstversorgungsfähigkeit Älterer und Hochbetagter zu stärken. Damit kommt ihr eine wichtige und zukünftig steigende Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung zu. (...) Einem differenzierten Verständnis vom Alter(n) wird das derzeitige Versorgungsgeschehen nicht gerecht. Rehabilitation als ein Konzept, welches die Teilhabe älterer Menschen an der Gesellschaft fördert, ist versorgungsstrukturell noch nicht verwirklicht.“ (DZA 2010).

Festgenagelt und fixiert

Die Bremer Heimstiftung, ein großer Altenhilfeträger in Bremen, hat diesen Rehabilitationsgedanken aufgegriffen und versucht sich dem Ziel der gesundheitlichen Förderung alter Menschen mit unterschiedlichen Konzepten und Maßnahmen zu nähern. Das im Folgenden beschriebene Projekt „MiA“ (Mobilität im Alter) bezieht sich auf den Langzeitpflegebereich. Hier sind die Folgen ausbleibender Gesundheitsförderung besonders drastisch;

außerdem sind die Bewohner in einem erheblichen Maße auf das gesundheitsfördernde Angebot ihrer Helfer und Betreuer angewiesen.

Das Problem der hohen Immobilität in der Langzeitpflege ist in der Fachöffentlichkeit bekannt (Zegelin 2006). Dr. Angelika Zegelin – Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Privatuniversität Witten Herdecke – hat in ihrem Buch „Festgenagelt sein“ sehr realistisch und praxisnah dargestellt, wie der Prozess der Immobilisierung und „Ortsfixierung“ mit dem Einzug ins Heim verläuft. Die Immobilisierung geschieht in einem schleichenden Prozess: Zunächst bezieht sie sich auf die Wohnung, dann auf ein Sitzmöbel, einen Rollstuhl und schließlich nur noch auf das Bett. Dieser Prozess hängt einerseits mit der betroffenen Person zusammen, andererseits fördern die Rahmenbedingungen die Mobilität häufig nicht ausreichend (Zegelin 2006). Hier scheint es jedoch durchaus Einfluss nehmende Faktoren zu geben, die, wenn sie rechtzeitig erkannt werden, einem unfreiwilligen Schicksal langer Bettlägerigkeit für viele Betroffene vorbeugen können.

Verringert, vermindert, nachlassend

Ein weiterer Aspekt, der sich nicht förderlich auf die Mobilität der alten Menschen in Pflegeheimen auswirkt, ist das organisationspezifische Merkmal der Institutionalisierung. Darunter leiden in Pflegeheimen die „Lebendigkeit“ und die Mobilität (Koppitz 2010). Goffmann (1973) beschreibt ein Pflegeheim als totale Institution, in der ein Mangel an Beeinflussbarkeit, Wahlmöglichkeit, Vorhersehbarkeit und Handlungsspielräumen den Alltag determiniert. Effekte der Institutionalisierung sind verringerte Sozialkontakte, ein abnehmendes Ausmaß an Aktivität, ein nachlassendes Inte-

ressenspektrum und Antriebsniveau, verringerte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit, ein veränderter Zeitbezug mit fehlender Zukunftsorientierung zugunsten eines verstärkten Hangs zur Vergangenheit, schwindende Anpassungsfähigkeit, Einsamkeitsgefühle, verminderte Lebenszufriedenheit, erhöhte Mortalität und ein herabgesetztes Selbstwertgefühl (Koppitz 2010).

Unter den Bedingungen eines Lebens im Heim fühlen sich die alten Menschen häufig nicht mehr wertgeschätzt: „Du bist hier eine unter Vielen ...“ (Zegelin 2010). Das Empfinden einer geringen Wertschätzung führt nicht zu einem Lebensgefühl, das die Motivation zur Beweglichkeit fördert.

MiA in der Langzeitpflege

Ziel des Projektes „MiA“ ist es, mehr Mobilität in die Langzeitpflege zu integrieren. Wichtige Fragen für dieses Projekt sind:

- Wie lässt sich ein höheres Maß an Mobilität in der Langzeitpflege erreichen?
- An welchen Bewegungen haben hochaltrige Menschen Freude?
- Welche Umgebungsfaktoren hemmen die Mobilität in einem besonderen Maße?
- Wie kann eine mobilitätsfördernde Kultur im Unternehmen verankert werden?

- Welche Aufgaben fallen den einzelnen Berufsgruppen bei der Bewegungsförderung zu?



Foto: THesIMPLIFY/Fotolia

Häufig setzen Pflegende Heimbewohner in Rollstühle, auf die diese eigentlich nicht angewiesen sind. Dem zugrunde liegt manchmal eine falsch verstandene Sturzprophylaxe. Eine vernachlässigte Mobilisierung findet sich aber auch bei bettlägerigen Bewohnern, deren Transfer mit erheblichen Schwierigkeiten und Zeitaufwand verbunden ist.

Das Projekt wird in 15 Häusern der Bremer Heimstiftung durchgeführt, die alle über einen Langzeitpflegebereich verfügen. Die Bremer Heimstiftung umfasst 26 Einrichtungen, in denen derzeit annähernd 3000 alte Menschen leben. Dazu zählen die Mieter der circa 850

Wohnungen mit Service oder der 700 Wohnheimappartements. Die zunehmende Angewiesenheit auf Hilfe und Unterstützung führt die alten Menschen in die teilstationären Einrichtungen der Tages- oder Kurzzeitpflege, etwa 900 Bewohner leben in den 15 Langzeitpflegeeinrichtungen der Heimstiftung (Stand 2011). Das durchschnittliche Einzugsalter in der Langzeitpflege liegt bei 87 Jahren. Fast alle Bewohner leiden an mehreren, meist degenerativen Erkrankungen, circa 60 bis 80 Prozent weisen Symptome demenzieller Erkrankungen wie Desorientiertheit oder Verhaltensauffälligkeiten auf. Jährlich versterben 300 bis 400 der alten Menschen in der Langzeitpflege, das ist ein Drittel der Bewohnerschaft.

In der Bremer Heimstiftung arbeiten circa 1700 Menschen unterschiedlicher Berufsgruppen in multiprofessionellen Teams. Sie organisieren die hauswirtschaftliche Versorgung, kümmern sich um die Tagesgestaltung der Bewohner und sind dafür verantwortlich, die Pflege qualifiziert durchzuführen.

Rehabilitation vor Pflege

Das Jahr 2010 steht seitens des Vorstandes der Bremer Heimstiftung unter dem Motto „Rehabilitation vor Pflege“: „Im Jahr 2010 soll der Grundstein für einen tiefer gehenden Paradigmenwechsel gelegt werden“ (Ralle-Sander 2010). Zu diesem Zweck wurde eine Gesundheitsberatung gegründet mit

dem Ziel, den Rehabilitationsgedanken fest im Unternehmen zu verankern. Deren Aufgabe besteht darin, mithilfe eines geriatrischen Assessments Rehabilitationspotenzial zu ermitteln. Diese Erkenntnisse werden dann in die Pflegeprozessplanung eingearbeitet. Zusätzlich sollen die Heil- und Hilfsmittel gezielter zum Einsatz kommen (Mehring 2010).

Mobilität individuell planen

Das Projekt „MiA“ ist ein Teil dieses Innovationsprozesses. Hier wird mithilfe einer Mobilitätserhebung (geriatrisches Assessment) ein individueller Mobilitätsplan im interdisziplinären Team (leitende Mitarbeiter aller Professionen eines jeden Hauses, Bezugspflegekraft, Bezugsperson und die betreffende Person selbst) entwickelt.

In jedem Haus werden drei Bewohner befundet, deren Probleme auch bei weiteren Bewohnern zum Tragen kommen, sodass sie als „typisch“ gelten dürfen. So können während der Prozessbegleitung Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden, die auf mehrere Bewohner zutreffen. Als „Typische Faktoren“ für die Immobilität wurden die Sturzgefahr, Rückzugstendenzen und Transfer-schwierigkeiten identifiziert:

- Der überwiegende Anteil, der in der Bremer Heimstiftung lebenden Menschen ist sturzgefährdet, bzw. ist schon gestürzt (circa 90 Prozent). Dieser Wert ist vergleichbar mit denen anderer Pflegeheime Deutschlands (Zegelin 2006).
- Rückzugstendenzen sind besonders in der Einzugsphase in ein Heim zu erkennen und abzuwenden. Den Rückzug kritisch zu reflektieren, bedeutet, das Bewegungsinteresse eines Menschen herauszuarbeiten (Kolanowski 2006, Koppitz 2010, Zegelin 2010). Eine fehlende Biographieorientierung und damit verbundene unpassende Beschäftigungsangebote fördern den Rückzug.
- Ist der Transfer eines Menschen mit erheblichen Schwierigkeiten und Zeitaufwand verbunden, besteht die Gefahr, dass dieser zunehmend weniger mobilisiert wird (Zegelin 2006).

Die Auswahl der Bewohner findet in Absprache mit der Pflegedienstleitung des jeweiligen Hauses statt. Die Bewoh-

Zusammenfassung

Die Folgen der „Nicht-Mobilisierung“ im Langzeitpflege-Bereich sind katastrophal: Es können Gelenk- und Muskelkontrakturen, Dekubitusulcera und im weiteren Verlauf Apathie, Isolation und Depressionen entstehen. Sind solche Sekundärerkrankungen eingetreten, führen diese wiederum zu einem Fortbestehen der Immobilität. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass es nicht so schnell so weit kommen muss; vielmehr werden Rollstühle beispielweise auch dann angewandt, wenn es schnell gehen soll, und das, obwohl der Heimbewohner kurze Strecken durchaus noch laufen kann. Um dem schleichenden Prozess der Immobilität entgegenzutreten, führt die Bremer Heimstiftung derzeit ein Projekt durch, bei dem Pflegegen gleich zu Beginn der Langzeitpflege das Bewegungsinteresse und die Ressourcen der neuen Bewohner ermitteln. Um die Ressourcen zu erhalten, erstellen interdisziplinäre Teams mithilfe einer Mobilitätserhebung einen individuellen Mobilitätsplan.

Schlüsselwörter: *Mobilisierung, individuelle Mobilitätspläne, Langzeitpflege*

ner sollten nach Möglichkeit innerhalb des letzten Jahres eingezogen sein, sodass sich die Problematik noch nicht verfestigt hat. Besonders in der ersten Phase des Einzugs ist es wichtig, das Interesse an und den Willen nach Mobilität zu erhalten (Zegelin 2006, Koppitz 2010). Zu diesem Zweck kommt der Public Health Action Cycle zum Einsatz (eine Abbildung dazu finden Interessierte auf unserer Homepage www.pflegezeitschrift.de).

Im Kern handelt es sich dabei um einen einfachen Regelkreis. Er bietet einen handlungsleitenden Rahmen sowohl auf der Mikroebene (einzelne Maßnahmen oder Projekte der Bewegungsförderung), der Mesoebene (Orientierung und Steuerung von Institutionen und Verbänden), als auch auf der Makroebene (gesamtgesellschaftliche Regulierung von Gesundheitschancen) (Rosenbrock 1997).

Vertraute Mittel

Diese Methode ist vergleichbar mit dem Problemlösungsprozess, der in der Pflegeplanung zum Einsatz kommt und somit den Mitarbeitern vertraut ist. Hier wird im Sinne des Problemlösungsprozesses ein mobilitätsfördernder Wochenstundenplan festgelegt, das heißt, ein interdisziplinärer Plan, mit dem Ziel, Bewegung zu fördern und zu unterstützen (ein Beispiel eines Wochenstundenplans finden Interessierte auf unserer Homepage www.pflegezeitschrift.de).

Dieser Plan wird nun in Absprache mit dem Bewohner und den Angehörigen

umgesetzt. Nach circa drei bis vier Monaten überprüfen die Pflegenden den Status erneut. Die Fragestellung lautet: Hat sich der gesundheitliche Zustand und das Wohlbefinden durch ein erhöhtes Angebot von Bewegung verändert? Anschließend findet eine Sitzung statt, in der die Teilnehmer über den „Fall“ hinaus reflektieren, welche Umgebungsfaktoren zu verändern sind, wenn eine mobilitätsfördernde Kultur Einzug in eine Einrichtung halten soll. Der Prozess der Mobilitätsförderung wird zusätzlich telefonisch begleitet, um eine kontinuierliche Feedback-Schleife aufrechtzuerhalten: Gibt es Schwierigkeiten in der Umsetzung? Gibt es Schulungsbedarf? Wie geht es den Bewohnern? Wie kommt das Angebot bei den Angehörigen an?

Projektstand und Ausblick

Bis heute wurde das MiA-Projekt bereits in vier Häusern durchgeführt. Resultierend aus der MiA-Prozessbegleitung (aufgrund der Bedürfnislage der Bewohner, der Mitarbeiter und dem erheblichen Wissenszuwachs hinsichtlich der Mobilisierung alter Menschen) haben sich folgende Projekte ergeben:

1. Etablierung von interdisziplinären Fallbesprechungen

Die Mitarbeiter in der Langzeitpflege haben die Durchführung einer interdisziplinären Fallbesprechung sehr positiv bewertet und wünschen sich diese grundsätzlich für die Zukunft. Das Besondere ist hierbei, dass eine Physiotherapeutin (Monika Mehring) diese Sitzung begleitet, die entsprechende



Foto: frenta/Fotolia

Ein wichtiger Bestandteil des MiA-Projekts ist der interdisziplinäre Ansatz: Nur wenn die verschiedenen Berufsgruppen – Pflege, Ärzte, Physiotherapeuten, aber auch die Angehörigen – zusammenarbeiten, kann es gelingen, die Mobilität so lange wie möglich aufrechtzuerhalten.

Kenntnisse zu Transfer, Muskelaufbau und Hilfsmittelversorgung beiträgt.

2. Problematisches Servicedenken

Die Mitarbeiter der bereits begleiteten Langzeitpflegebereiche haben festgestellt, dass bei Ihnen ein großes Servicedenken vorherrscht, das den Bewohner in seiner Immobilität stärkt. Frau Zegelin hat dieses Phänomen ebenfalls in ihrem Projekt zur Mobilitätsförderung entdeckt und schreibt: „Alltagstätigkeiten werden nicht mehr selbst erledigt, durch den Service verkümmern die Restfähigkeiten, die Menschen passen sich an die ritualisierten Abläufe an. (Ich verlerne alles, wird ja alles gemacht.)“ (Reuther et al. 2010, S. 324; Wiek et al. 2009).

Schürenberg bestätigt Zegelin: „Das Fatale an dem von den Pflegenden gut gemeinten ‚Aus-der-Hand-nehmen‘ ist, dass den Pflegebedürftigen nicht nur die Anstrengung und die Steuerung ‚abgenommen‘ wird. Sie verlieren damit auch die alltägliche Bestätigung ihrer noch vorhandenen Bewegungskompetenz. Darüber hinaus verlieren sie zunehmend die natürliche Fähigkeit und das Interesse, sich auf veränderte (Bewegungs-)Situati-

onen einzustellen, indem sie ihre Bewegungsabläufe anpassen. Die Botschaft, die ankommt, ist: ‚Sie können das nicht‘, ‚Es lohnt sich nicht‘ und vielleicht sogar ‚Sie sind eine Belastung‘.“ (Schürenberg 2011, S. 328).

Zum Thema der „Bedeutung der Mobilität – Reflexion der Haltung“ wurden von Frau Mehring in diesen Bereichen der Langzeitpflege Schulungen mit den pflegerischen- und hauswirtschaftlichen Mitarbeitern durchgeführt. Da es hier einen offensichtlichen Bedarf gibt, sollte ein Schulungskonzept für die weiteren Häuser entwickelt werden.

3. Einsatz von Rollstühlen

Die Notwendigkeit, den Einsatz von Rollstühlen kritisch zu reflektieren, ist besonders in einem Haus deutlich geworden. Rollstühle in der Langzeitpflege sind als kritisch anzusehen: „Seit 2007 werden vom Department Pflegewissenschaften (UWH) zum Thema ‚Mobilität‘ Projekte in Pflegeheimen durchgeführt. Ergebnisse zeigen, dass etwa 30 bis 50 Prozent der Bewohner ortsfixiert sind – dieser Prozess manifestiert sich in der Regel innerhalb der ersten 18 Monate

nach Einzug. Eine Erklärung, warum diese Menschen dann im Rollstuhl sitzen, gibt es nicht: ‚Die Wahrscheinlichkeit der Rollstuhlnutzung ist höher bei Menschen, die besonders viel Hilfe brauchen oder sehr langsam sind. Eine (falsch verstandene) Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe scheint die Immobilität zu verfestigen. Manche Beteiligte sind froh, wenn sich die Bewohner nicht zu sehr bewegen – ein Sturz wird als Katastrophe empfunden.“ (Schürenberg 2011, S. 330).

Ziel ist es, dass nur die Bewohner im Rollstuhl sitzen, die sich damit auch selbstständig bewegen können. Ansonsten soll der Rollstuhl ausschließlich als Transportmittel dienen.

Zudem haben wir vielfach falsch eingestellte Rollstühle entdeckt, bzw. Rollstühle, die nur schwer selbstständig zu bewegen sind. Das Projekt „Rollstuhl“ geht nun folgenden Fragen nach:

- Wer sitzt im Rollstuhl und wie lange?
- Ist der Zeitraum vertretbar?
- Sind die Rollstühle technisch in Ordnung?
- Gibt es eine Indikation für den Rollstuhl?

- Ist der Rollstuhl angepasst?
- Wird im Rollstuhl die LIN-Lagerung (Lagerung in Neutral-Null-Stellung) angewendet?
- Bei wem geht es nicht ohne Rollstuhl?
- Bei wem geht es ohne?

Das Ergebnis soll in einer Mitarbeiterbesprechung vorgestellt und gemeinsam reflektiert werden. An dieser Stelle könnte auch das „Drei-Schritte-Programm“ von Frau Zegelin vorgestellt werden, mit der Fragestellung dieses flächendeckend zu implementieren. Das Drei-Schritte-Programm beinhaltet, dass im Rollstuhl sitzende Menschen bei allen notwendigen Transfers drei Schritte gehen. Es wird überlegt, welche Bewohner in das „Drei-Schritte-Programm“ aufgenommen werden und alle Pflegenden (und andere Personen) halten sich daran – die Erfahrung zeigt, dass aus drei Schritten oft mehr werden (Zegelin 2011).

4. Vom Lagerungsplan zum Mobilitätsplan

Die Mobilitätspläne sollen jede Form der Mobilisierung durch die unterschiedlichen Disziplinen darstellen und dokumentieren. Das Abweichen von diesen Plänen kann dann im Pflegebericht notiert werden. Hier stellt sich die Frage, ob die individuellen Mobilitätspläne nicht die „Lagerungspläne“ – die zwar Bewegungsprotokoll heißen, jedoch nur passive Lagerungsformen beinhalten – ersetzen können.

In der aktualisierten Fassung des „Expertenstandards – Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ heißt es: „Eine wirkungsvolle Dekubitusprophylaxe kann nur gemeinsam mit den Patienten/Bewohnern und allen an ihrer Versorgung beteiligten Akteuren durchgeführt werden.“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2010, S. 34). Nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit ist ein Dekubitus wirksam zu verhindern, deshalb muss dafür Sorge getragen werden, dass alle an der Versorgung Beteiligten den Zusammenhang von Kontinuität der Intervention und Erfolg der Dekubitusprophylaxe kennen (ebenda). Dies spricht zusätzlich für den interdisziplinären Ansatz, der Bestandteil dieses Projekts ist.

Im aktuellen Expertenstandard wird explizit darauf abgehoben, dass das zentrale Ziel der Dekubitusprophylaxe

die Bewegungsförderung ist: „(...) dementsprechend wurde weitestgehend auf den eher passiv und mechanisch klingenden Begriff der ‚Lagerung‘ verzichtet“ (DQNP 2010, S. 12).

Das Bewegungsinteresse ist zukünftig in der pflegerischen Anamnese und der Biografie zu dokumentieren: „Bewegungsförderung ist ein Konzept, das an den biographisch verankerten Ressourcen des Patienten/Bewohners ansetzt und nach Gestaltungsmöglichkeiten sucht, um Makro- und Mikrobewegungen zu fördern. Das Konzept der Bewegungsförderung geht davon aus, dass Bewegung für Menschen einen hohen Stellenwert hat. Der Mensch bewegt sich, wenn er ein Motiv zur Bewegung hat. Die Motivation zur Bewegung kann innerlich und äußerlich sein und kann durch bestimmte stimulierende Anreize (Mobilitätsanreize) gefördert werden. So ist aus klinischer Beobachtung bekannt, dass beispielsweise Musik die Eigenbewegung fördert und auch die direkte Umgebung im Rahmen der Förderung der Beweglichkeit eine Rolle spielt: Bei Patienten/Bewohnern, die noch eine Eigenmobilität im Bett haben, sollte diese gefördert werden, indem zum Beispiel Getränke selbstständig gegriffen werden können. Aber auch die direkte Aufforderung des Patienten/Bewohners zu Eigenbewegungen, zum Beispiel durch Anheben der Arme und Beine, ist hierbei unterstützend. Und schließlich ist die aktivierende Pflege im Sinne von ‚den Patienten/Bewohner selber machen lassen‘ ein zentrales Element der Bewegungsförderung. Bei der Planung von bewegungsförderlichen Maßnahmen müssen grundsätzlich die Bedürfnisse des Patienten/Bewohners berücksichtigt werden, damit diese auch entsprechend ihrer Möglichkeiten an der Umsetzung mitwirken.“ (ebenda, S. 28).

5. Aktivierende Pflege

Während der MiA-Prozessbegleitung werden die Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) „Bewegung“, „Pflegen und Kleiden“, „Essen und Trinken“ und „Ausscheidung“ kritisch reflektiert. Dies sind die Aktivitäten, die ein hohes Maß an Mobilität erfordern.

Im Praxisprojekt „Bewegung statt Ortsfixierung“ von Sven Reuther (Universität Witten Herdecke), wurde fest-

gestellt, „(...) dass sich die Pflege bei immobilen Bewohnern zum Teil auf tradierte körperorientierte Pflegehandlungen beschränkt und in einer funktionellen Weise abgearbeitet wurde, während der Bewegungsförderung der Bewohner zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde“ (Reuther 2010, S. 33).

Dass Pflegenden theoretisch in der Lage seien, diese Situation zum Besseren zu verändern, hebt Reuther ebenfalls hervor: „Den Pflegenden kommt bei der Versorgung ortsfixierter Menschen eine Schlüsselrolle zu. Sie haben den engsten Kontakt zu den Bewohnern, verbringen die meiste Zeit des Tages mit ihnen und könnten daher viel zur Verbesserung der Mobilität dieser Menschen beitragen. Es zeigt sich jedoch, dass Pflegenden die geeigneten Mittel und Instrumente fehlen, der Immobilität zu begegnen und den Bewegungsstatus richtig einzuschätzen.“ (Reuther 2010, S. 32).

Zu diesem Zweck müssen aktuelle Konzepte entwickelt und geschult werden, die die „aktivierende Pflege“ fördern, also der schleichenden Immobilisierung in der Langzeitpflege von vornherein entgegenzutreten. Diese Erkenntnis ist nicht neu, aber aktueller denn je! <<

Zusatzinformationen

Den Public Health Action Cycle, einen Wochenstundenplan sowie ein Flussdiagramm zum Ablauf der Prozessbegleitung finden Interessierte auf unserer Homepage www.pflegezeitschrift.de unter der Rubrik „Aktuelles Heft“.



Literatur

Die Literatur zu diesem Artikel finden Interessierte auf unserer Homepage www.pflegezeitschrift.de unter der Rubrik „Aktuelles Heft“.

Autorenkontakt:

Elke Schlesselmann arbeitet bei der Bremer Heimstiftung, Stabstelle Qualität, und leitet dort das MiA-Projekt.
Kontakt: Marcusallee 39, 28359 Bremen.
 E-Mail: elke.schlesselmann@bremerheimstiftung.de