Mobile Rehabilitation verbessert die Teilhabe im Pflegeheim – Ergebnisse einer multizentrischen Verlaufsstudie –

Aus:

Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege

Dr. Rudolf Siegert

Mobile Reha Bremen GmbH

Klinik für Geriatrie, Physikalische Medizin und Rehabilitation

Klinikum Bremen-Ost

Projektleitung

IGP Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie

Hochschule Bremen

Wissenschaftliche Begleitung

ISIS

ISIS Institut Frankfurt

Projektverbund – Steuerkreis

Mobile Reha Bremen

Mobile Reha Bremen

Evangelisches Johannesstift

Wichernkrankenhaus Berlin

kreuznacher diakonie

Mobiler Rehabilitationsdienst
Kreuznacher Diakonie

REGIOMED KLINIKEN Klinikum Coburg

Klinikum Coburg

MobilerRehabilitationsDienst WOLTERSDORF

Krankenhaus Woltersdorf

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Projektstruktur mit Teilprojekten

I. Rehabilitationsbedarf *Kurz- und Langzeitpflege*
Inanspruchnahme Rehabilitation **TP A**

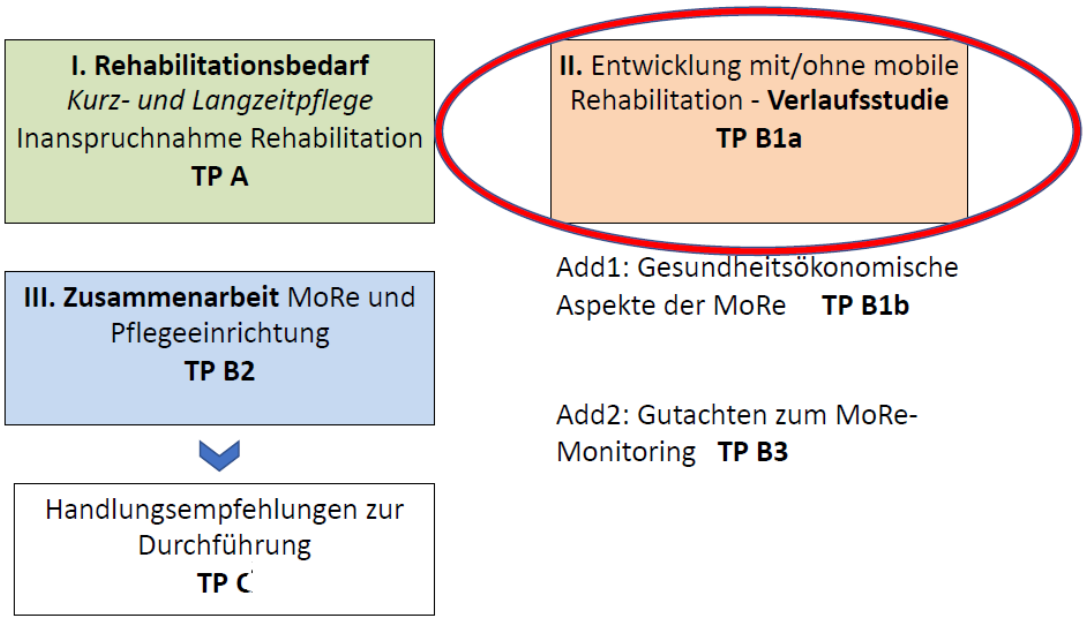
II. Entwicklung mit/ohne mobile Rehabilitation – **Verlaufsstudie TP B1a**

Add1: Gesundheitsökonomische Aspekte der MoRe **TP B1b**

Add2: Gutachten zum MoRe-Monitoring **TP B3**

III. Zusammenarbeit MoRe und Pflegeeinrichtung **TP B2**

Handlungsempfehlungen zur Durchführung **TP C**



Halbjährliche Verlaufsstudie (Dez. 2015 – Juni 2017)

- Rekrutierung Verumgruppe aus dem Alltagsgeschäft der MoGeRe (evtl. Heilmittelversorgung wurde unterbrochen)
- Rekrutierung Vergleichsgruppe ausder„Bedarfsanalyse“, Fälle mit Indikation für MoGeRe, in denen kein Reha-Antrag gestellt wurde (evtl. Heilmittelversorgung lief weiter)
- T 0 = Beginn MoGeRe bzw.Einschluss in Vergleichsgruppe (VG)
- T 1 = Ende MoGeRe
- T 2 = Follow up 3 Monate nach Beginn MoGeRe bzw. Einschluss VG
- T 3 = Follow up 6 Monate nach Beginn MoGeRe bzw. Einschluss VG

Zielparameter/Ergebnisgrößen

- Symptome/medizinischeZiele
- Aktivitäten
  - Esslinger Transferskala (H0–H4)
  - Mobilitätsradius (0 -5)
  - Selbstversorgung (Barthel-Index 0 – 100)
- Teilhabe
  - Persönliche Teilhabeziele
  - Teilhabesicherungskonzepte
  - Aktivierung teilhabeorientierter Kontextfaktoren
- GlobaleLebenszufriedenheit

Symptombezogene/medizinischeZiele

7 Symptombezogene Ziele

☐ **Schmerzlinderung/-beseitigung**
Stärke und Lokalisierung
Bestehen aktuell Schmerzen (sehr stark/stark/etwas/kaum/gar nicht)? Wo?

☐ **Vigilanz**
Wachheit, Aufmerksamkeit, Ansprechbarkeit

☐ **Unternehmungslust**
Eigeninitiative, Energie, Tatendrang

☐ **Medikamentenverbrauch**
Sedierung, Polypharmazie

Transferleistung und Bewegungsradius

8 Transferleistung

In Anlehnung an Esslinger Transferskala (Runge M, Rehfeld G 1997)

	Hilfestufe	Graduierung: **Umsetzen vom Bett in den (Roll-)Stuhl …** - laut Fremdanamnese -	Erläuterungen
☐	**H0**	ohne personelle Hilfe	Bei selbstständigem Umsetzen mit unmittelbarer Sturzgefahr = H1. Wenn Anweisung/Überwachung erforderlich = H1
☐	**H1**	mit spontaner Laienhilfe	Bezugspunkt ist ein durchschnittlicher Erwachsener ohne besondere Schulung. Wenn offenkundige Probleme sichtbar werden (Gefahr, Schmerz), ist höher einzustufen.
☐	**H2**	mit geschulter Laienhilfe	Durchschnittlich geschickter Erwachsener nach ca. zweimal je ½ Stunde Schulungszeit
☐	**H3**	mit einem Helfer professionellen Standards	Ausgebildete Kranken- oder Altenpflegekraft oder Therapeut/in. Bei Apoplex-Patienten werden die Grundregeln des Umsetzens nach Bobath vorausgesetzt, allerdings wird Kompensation zugelassen, wenn der Patient von sich aus so vorgeht. Auch ein geschickter Nicht-Profi kann in diesem Bereich professionellen Standard erreichen.
☐	**H4**	mit mehr als einem Helfer professionellen Standards	Ein Helfer, der üblichen professionellen Standard erreicht, ist nicht ausreichend, um den Patienten schmerzlos oder gefahrlos (auch für den Helfer gefahrlos!) umzusetzen. Ein zweiter Helfer oder ein technisches Gerät (Lifter, Rutschbrett, Drehbrett) sind nötig.

Bei starken Tagesschwankungen wird dies vermerkt (z.B. „fluktuierend"), üblicherweise wird die jeweils schlechtere Einstufung gewählt, wenn diese nicht die klare Ausnahme ist.

3 Bewegungsradius

Wo befindet sich der am weitesten entfernte Ort, den der Bewohner/ die Bewohnerin zurzeit regelmäßig (d.h. mindesten einmal in der Woche) selbständig oder mit Hilfe aufsucht?

0 Bewohner/in ist ortsfixiert
1 Bewohnerzimmer
2 Wohnbereich
3 Orte innerhalb der Einrichtung
4 Außenbereich der Einrichtung
5 Orte außerhalb des Einrichtungsbezirkes

Becker et al. 2011 (H.I.L.DE)

Teilhabesicherungskonzepte

- **Teilhabesicherungskonzepte (TSK)** gehen von Wünschen und selbstgesetzten und mit Experten gemeinsam festgelegten Zielen aus.
- TSK integrieren Maßnahmen der Gesundheitssorge, der Behandlung, der Rehabilitation und der Förderung der Teilhabe problembezogen im je konkreten Lebenskontext.
- Dazu wurde ein Katalog von 27 Teilhabesicherungskonzepten für Menschen mit schweren, in der Regel mehrfachen Behinderungen entwickelt
- **Teilhabesicherungskonzepte (TSK), erfordern ein interdisziplinäres Herangehen!**

Kreuznacher Liste der Teilhabesicherungskonzepte, DVfR 2016

TSK im Projekt

6 Ziele in Hinsicht auf Aktivitäten und Teilhabe

Bitte für jedes Teilhabeziel eine Konkretisierung mit Endpunkt in Freitext formulieren!

☐	**1**	Ziel ca. 4-stündigen Sitzen (im Stuhl, Sessel, Rollstuhl) zum Zweck der Teilhabe z. B. 1 Tageszeit (Vormittag, Nachmittag, Abend) z. B. Zimmer wird verlassen, Besuch wird außerhalb des Bettes empfangen Freitext:_____ _____
☐	2	Ziel: zuverlässiger und regelmäßiger (mind. 1x täglich) Transfer durch 1 Hilfsperson z. B. Bett-Rollstuhl. z. B. mit Lifter, Umsetzhilfe, Rutschbrett, Kinästhetik oder über den Stand Freitext:_____ _____
☐	3	Optimierte Lokomotion, d.h. a. eigenständige Beweglichkeit zur selbstständigen Positionsänderung im Bett *oder* b. Bewegung im Raum: Stehen, Gehen Freitext:_____ _____
☐	4	Mobilität von A nach B z. B. B = Zimmer, Station, Haus, Nachbarschaft, naher Stadt, Stadt, Fernbereich. Tatsächliche Mobilität, gleichgültig mit welchem Hilfsmittel z. B. mit oder ohne Begleitung Freitext:_____ _____

Aktivierung von Kontextfaktoren

5 Ziele in Hinsicht auf Kontextfaktoren der Teilhabe

Aktivierung von möglichen Ressourcen …

☐ Einbezug der Familie in die Versorgung im Heim: Essen, Leckereien	☐ Einbezug in ADL Transfers usw.	☐ Gemeindemitglieder/ Besuchsdienste
☐ Bezugspflege ausbauen	☐ zusätzlicher Unterstützungs-personen (Ehrenamt)	☐ PKW-Transfer ermöglichen, ggf. Taxifahrten
☐ Einbezug von Freunden		
☐ Rollstuhlmobilität	☐ Umgebungserkundung	☐ Zimmergestaltung
☐ Lesehilfen	☐ Anschluss an die Kommune	☐ Anschluss Kirchengemeinde

TSK 10 Lebensqualität

H.I.L.D.E (E. Selbst eingeschätzte Zufriedenheit)

Becker, S., Kaspar, R., Kruse A. (2011). ***H.I.L.D.E. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Verlag Hans Huber, Bern.***

Herr /Frau ..., sind Sie zurzeit zufrieden mit Ihrem Leben im Allgemeinen? *oder*

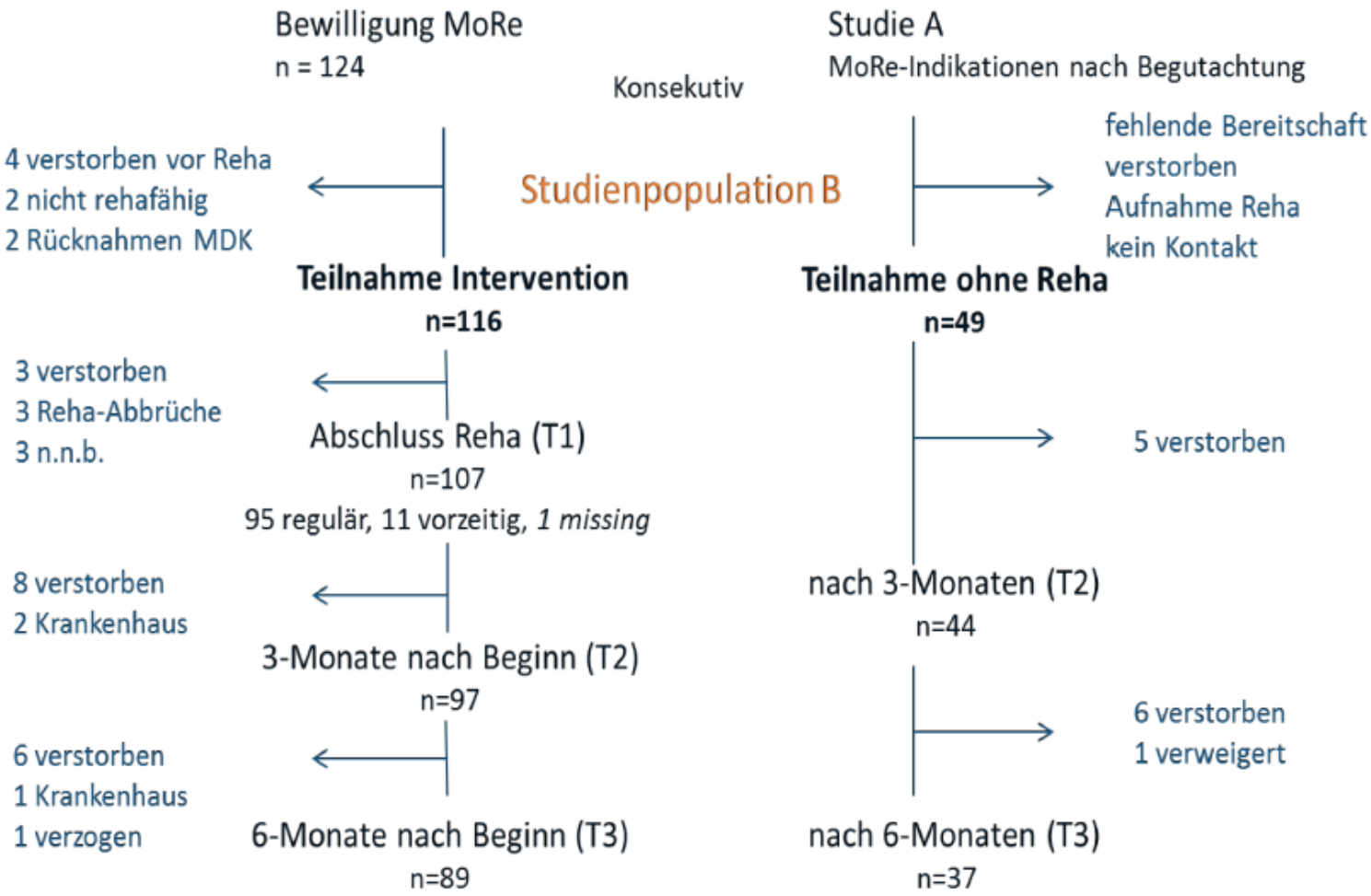
Herr /Frau ..., würden Sie sagen, Sie haben Alles in Allem zurzeit ein gutes Leben?

Versuchen Sie das Ausmaß der Zufriedenheit einschätzen zu lassen, indem Sie nachfragen:

Sind Sie Alles in Allem ... sehr zufrieden/eher zufrieden/ eher unzufrieden/sehr unzufrieden?

Der Bewohner versteht die Frage nicht und/oder gibt keine passende Antwort		0
Der Bewohner reagiert erkennbar angemessen auf die Frage (z.B. mit „ja, gut“ oder „nein“, kann aber auf nähere Nachfrage keine Angabe zum Ausmaß machen. Seine Antwort war...	..tendenziell negativ	(1)
	..tendenziell positiv	(2)
Der Bewohner versteht die Frage und schätzt sich deutlich erkennbar ein als...	..sehr unzufrieden	1
	..eher unzufrieden	2
	..eher zufrieden	3
	..sehr zufrieden	4

Studieneinschluss und Verbleib

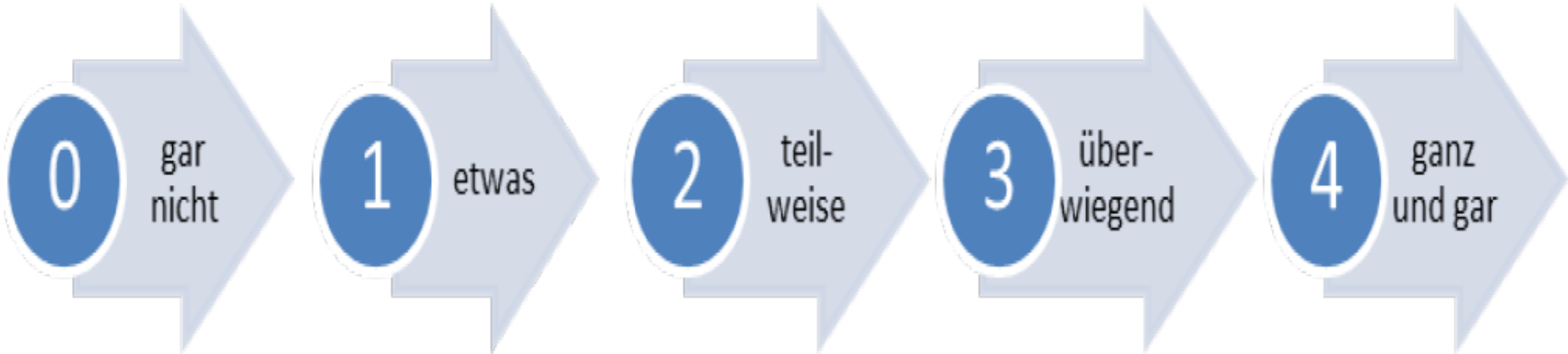


Studienpopulation

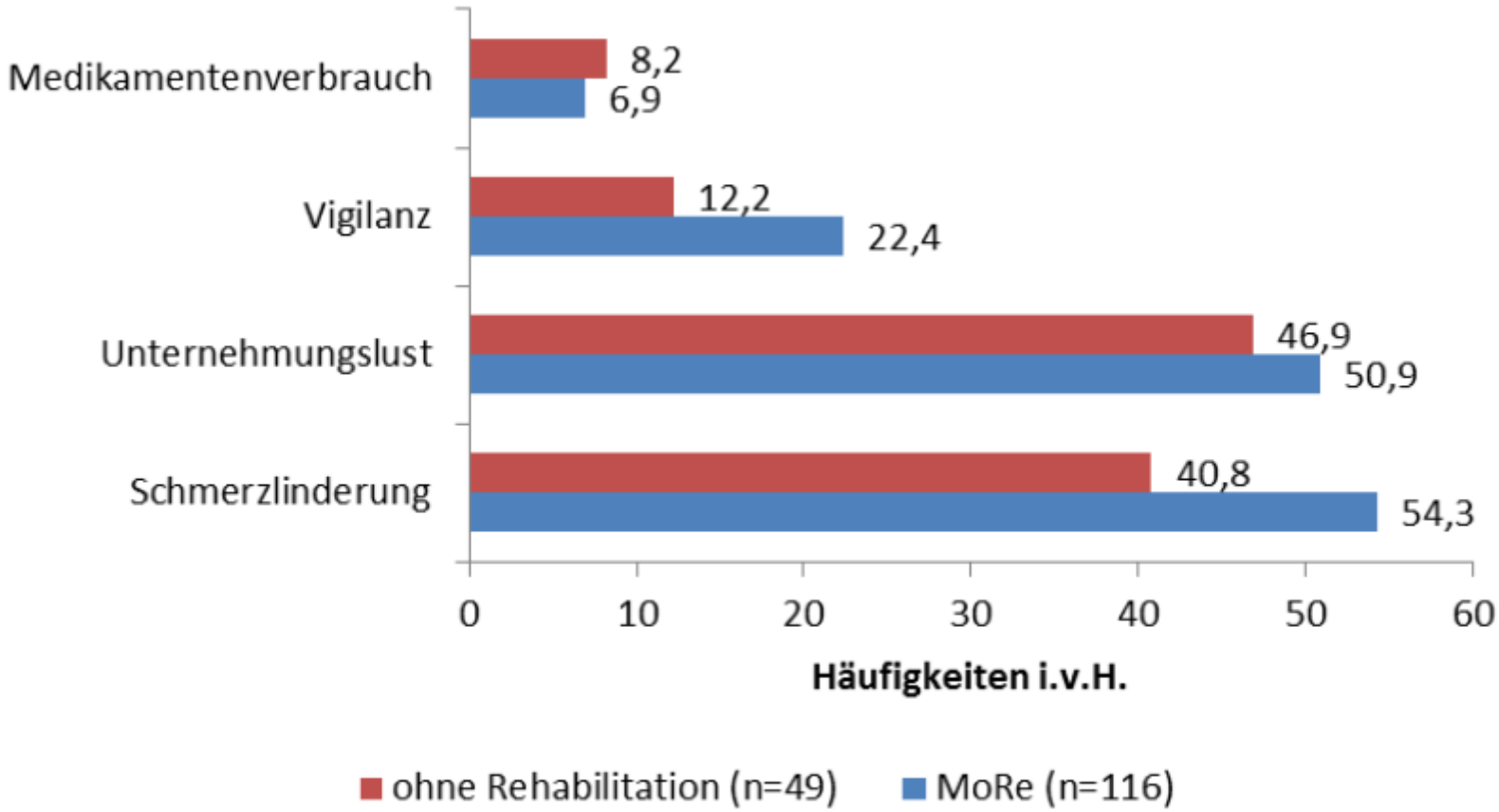
Merkmal	MoRe n=116	Ohne Rehabilitation n=49
Geschlecht, männlich i.v.H.	36,2	22,4
Alter, Mittelwert+-SD (min;max)	83,2+-8,9(55;102)	83,4+-7,0(65;94)
Pflegebedarf, i.v.H. Pflegestufe 1	48,2	40,8
Pflegestufe 2	35,7	45,9
Pflegestufe 3	8,9	14,3
nicht eingestuft/ Pflegestufe 0	7,2	0
Barthel, Mittelwert+-SD (min;max)	36,5+-19,5(0;75)	39,4+-20,1 (0;75)
weitgehend pflegeabh. BI <=30Pkte, i.v.H.	42,2	34,7
Demenzdiagnose, i.v.H.	55,7	59,2
schwere Kognitive Beeinträchtigung (MMST<11), i.v.H.	21,3	16,7
Spezifische Kriterien MoRe, i.v.H. (Mehrfachnennung):		
Kognition u. Aufmerksamkeit	59,8	69,4
Verhalten	39,3	38,8
Stimme, Sprache,Sprechen	23,4	18,4
Hören,Sehen	29,9	4,1

Skalieren der Zielerreichung

Die Zielerreichung wird mit 5 stufiger Likert-Skala beurteilt

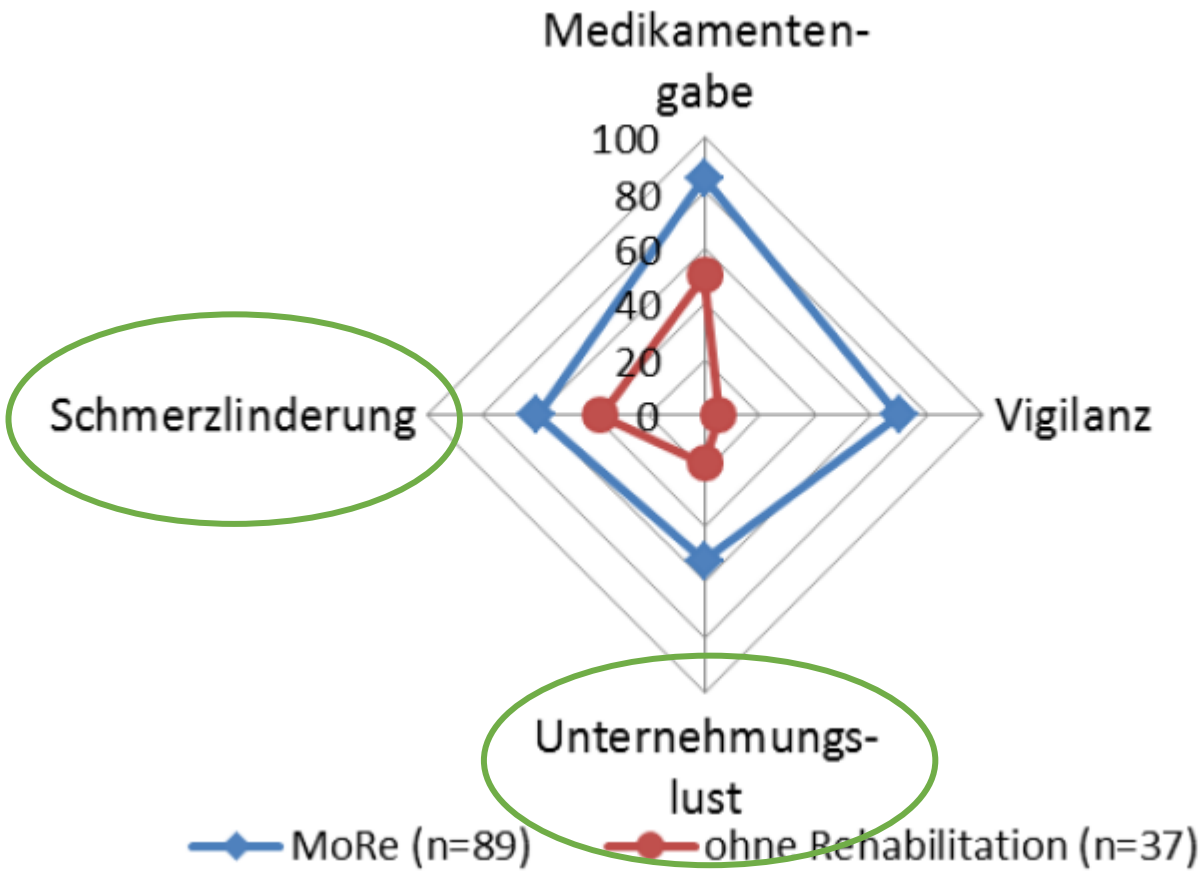


Symptombezogene Ziele – Wahlhäufigkeit



Symptombezogene Ziele – Zielerreichung

Zielerreichungsgrad zu T3 in Prozentwerten



Teilhabeziele – Häufigste Nennungen

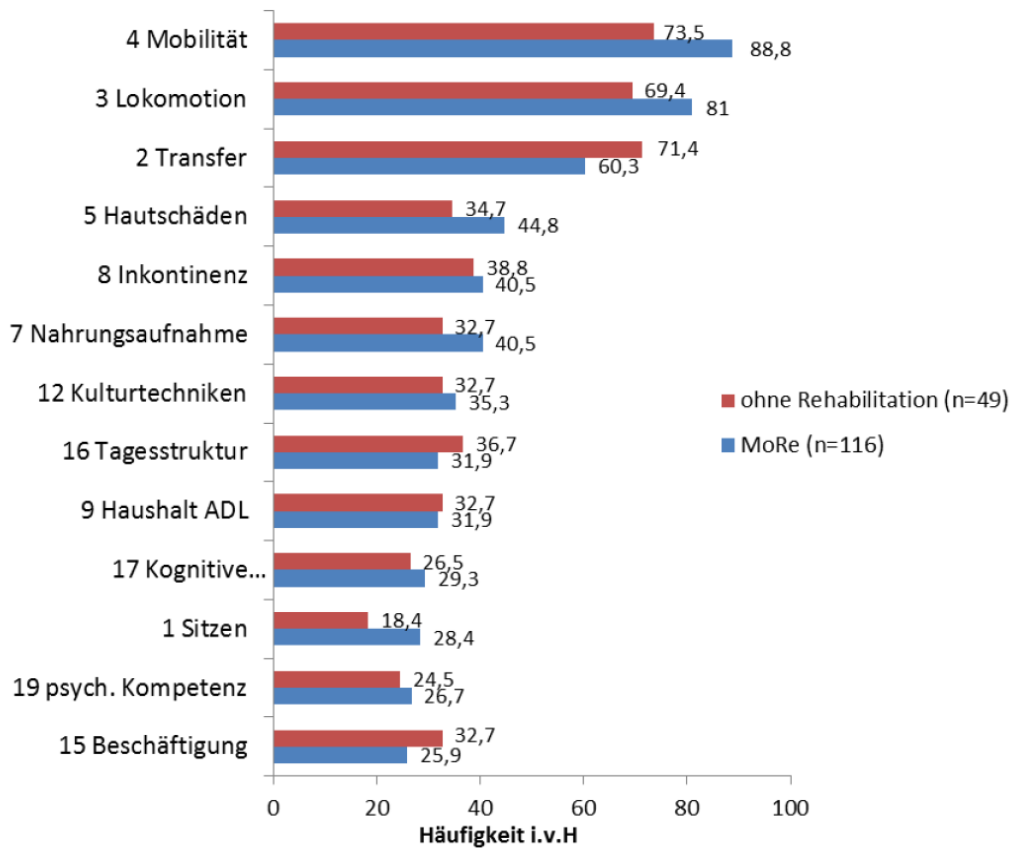
PersönlicheTeilhabeziele:

- 25 % sichere Fortbewegung & Erweitern des Aktionsradius
- 13 % mehr Selbstständigkeit in alltägl. Verrichtungen
- 11% Teilnahme an Aktivitäten und Ausflügen
- 6 % Transfers incl. PKW-Transfer
- 5 % Umgang mit Schmerzen

*2 von 3 Teilnehmer*innen konnten solche zum Ausdruck bringen*

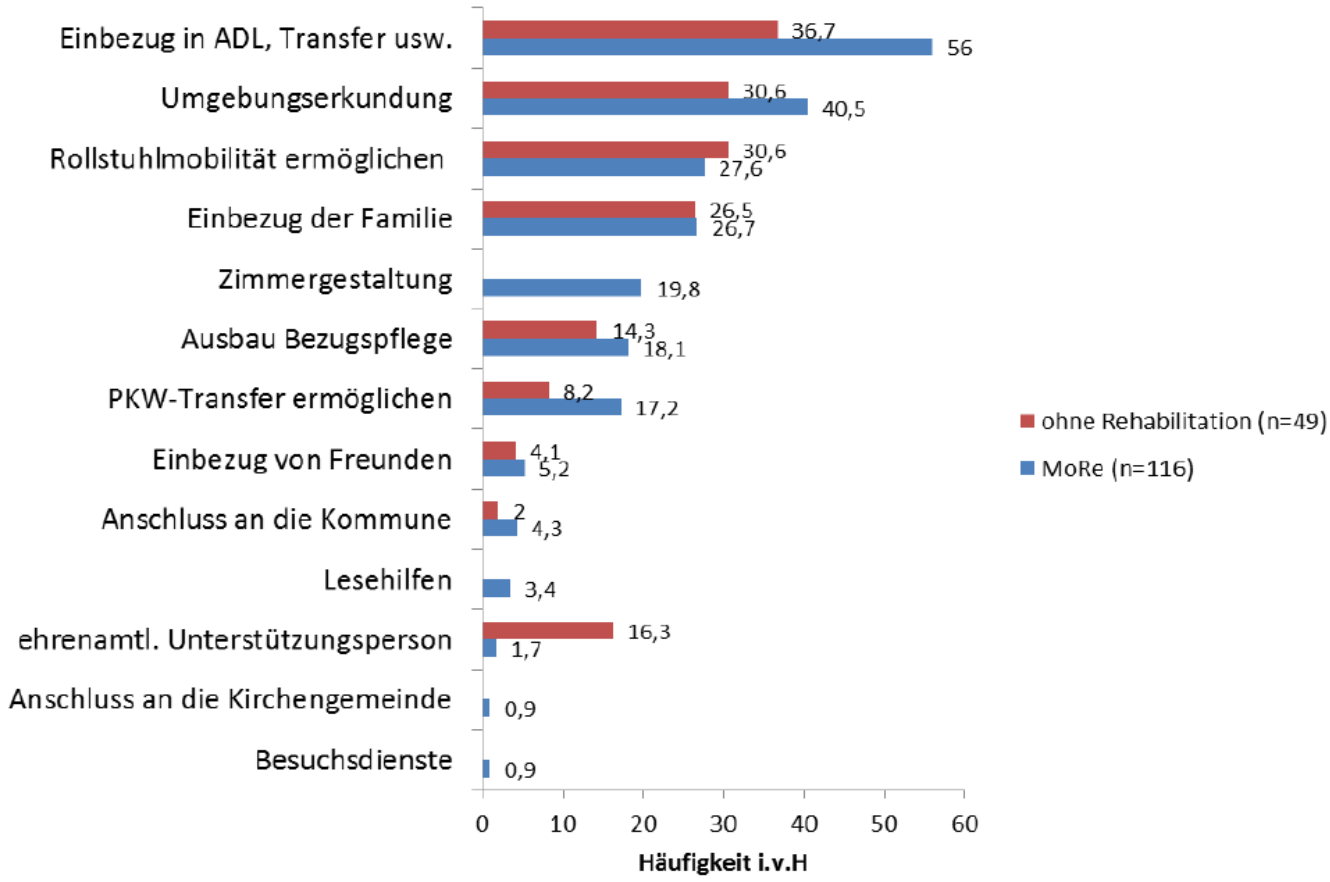
Teilhabesicherungskonzepte i.v.H.:

*2 bis 21 Konzepte wurden pro Teilnehmer*in angesprochen*



Kontextfaktoren, Auswahlhäufigkeiten

Für drei Viertel der Teilnehmenden wurden Kontextfaktoren zur Aktivierung benannt



Fallbeispiel: identifizierte Ziele

Patient 85–89 Jahre, Pflegestufe 1, stationäre Langzeitpflege

Rehadiagnose: Hirninfarkt mit Hemiparese, Dysphagie, Sprach-Sprech-Stimm-Störung, Gangstörung, Z. n. TEP, Herzrhythmusstörung, Demenzdiagnose

Persönliche Ziele:

- *„Verbesserung der Sprache“*
- *„Sitzen im Rollstuhl auch mal auf der Terrasse“*

Teilhabesicherungskonzepte:

- Umfeldkontrolle *„Betätigen der Notrufglocke“*
- Nahrungsaufnahme *„Ab und zu ein Bier trinken können“*
- Kommunikation *„Ja-Nein-Fragen beantworten“*
- Hautschäden *„regelm. Umlagern und Drehen“*
- Transfertechniken *„Transfer mit Lifter und Umsetzhilfe“*
- Sitzen *„Sitzen im Rollstuhl zu Mahlzeiten“*

Kontextfaktoren aktivieren:

- Zimmergestaltung
- Rollstuhlmobilität ermöglichen
- Bezugspflege einbeziehen
- Einbezogen in ADL, Transfer etc.
- Familie einbeziehen

Zielerreichung im Verlauf

Parameter persönliche Teilhabeziele

Ziele wie bspw. „Beteiligen an Küchenarbeiten“, „Teilnahme an Gesangs-und Gymnastikgruppe“

	Ziele genannt T0		Grad der Zielerreichung			
	N (%)	MW (SD)	T1 Rehaende	T3 Katamnese	Keine Änderung (%)	Alle erreicht (%)
MoRe n=89	62 (69,6)	1,8 (0,9)	2,3 (1,1)	2,3 (1,4)	14,5 %	19,4 %
ohne Rehabilitation n=37	22 (59,4)	2,4 (1,0)		0,7 (0,8)	40,9 %	0 %

Parameter Teilhabesicherungskonzepte

	Ziele genannt T0	Grad der Zielerreichung			
	MW (SD)	T1 Rehaende	T3 Katamnese	Keine Änderung (%)	Alle erreicht (%)
MoRe n=89	6,8 (2,9)	2,5 (0,8)	2,5 (1,0)	0 %	3,4 %
ohne Rehabilitation n=37	7,0 (4,4)		1,3 (1,1)	16,2 %	2,7 %

Aktivierung teilhabeorientierter Kontextfaktoren

	Ziele genannt T 0: N (%)	MW(SD)	Grad der Zielerreichung: T1 Rehaende	T3 Katamnese	Keine Änderung (%)	Alle erreicht (%)
MoRe n=89	66 (74,2)	2,1 (1,7)	2,1 (1,0)	2,4 (1,2)	9,1 %	10,6 %
ohne Rehabilitation n=37	23(62,2)	1,6 (1,7)		1,3 (1,4)	34,8 %	13 %

Zielerreichung in der Zusammenschau

MoRe N=89, ohne Rehabilitation N=37

	Skalierung worst– best	MoRe T0	MoRe T1 Rehaende	MoRe T3 Katamnese	Ohne Reha T0	Ohne Reha T3
Formulierte Teilhabeziele	0-4		2,3 (1,1)	2,3 (1,4)		0,7 (0,8)
Teilhabesicherungskonzepte	0-4		2,5 (0,8)	2,5 (1,0)		1,3 (1,1)
Kontextziele Ressourcen	0-4		2,1 (1,0)	2,4 (1,2)		1,3 (1,4)
Barthel-Index	0-100	36 (19,7)	49 (23,9)	49 (25,5)	41 (20,4)	32 (20,3)
Esslinger Transferskala	4-0	2,1 (1,3)	1,1 (1,3)	1,2 (1,3)	1,6 (1,4)	2,1 (1,3)
Bewegungsradius	0-5	2,2 (1,1)	3,2 (1,1)	3,4 (1,2)	2,9 (1,3)	2,8 (1,4)
Lebenszufriedenheit, dichotom	positiv	60,7 %	73,6 %	68,5 %	78,4 %	59,5 %

MoRe
Bundesarbeitsgemeinschaft
Mobile Rehabilitation e.V.

Zusammenfassung

- Deutliche Verbesserungen in der Verum-Gruppe in allen Zielkategorien, die aufgrund der Limitationen aber nicht sicher spezifisch und ausschließlich der MoGeRe zuzuschreiben sind
- Nachhaltigkeit der Verbesserungen auch nach 6 Monaten
- Rekrutierung Verum-Gruppe aus dem„Alltagsgeschäft“, Vergleichsgruppe aus der „Bedarfsanalyse“
- Keine Randomisierung, geringe Fallzahl (bes. Vergleichsgruppe)
- Soziodemografische Daten der Vergleichsgruppe teils abweichend
- Dies war bei gegebenen Rahmenbedingungen der gangbare Weg
- Juristische, ethische und praktische/wirtschaftliche Gründe für fehlende RCT wurden mit Ethikkommission und Projektbeirat erörtert
- Gründe für nichtgestellte Reha-Anträge bei gegebener Indikation (Bedarfsanalyse/Vergleichsgruppe) bleiben offen / Forschungsbedarf!!
- Abschlussbericht siehe www.bag-more.de bzw. Homepage Bundesministerium für Gesundheit

Fazit: MoRe verbessert Teilhabe im Pflegeheim