

Bachelorarbeit

Effekte der Function Focused Care - Ein Literaturreview

eingereicht von
Victoria Wanke

Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Frau Schoberer, Daniela, Sen.Lecturer Dr.rer.cur. BSc MSc

Graz, 20.03.2020

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

20.03.2020

Victoria Wanke, eh“

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	1
ABSTRACT	2
1. EINLEITUNG	3
1.1 KÖRPERLICHE AKTIVITÄT IM HÖHEREN LEBENSALTER	4
1.2 FUNKTIONSVERLUST IM KRANKENHAUS UND PFLEGEHEIM	5
1.3 FUNCTION-FOCUSED CARE	6
1.4 RELEVANZ FÜR DIE PFLEGE	9
1.5 FORSCHUNGSLÜCKE, FORSCHUNGSFRAGE UND ZIELSETZUNG	10
2. METHODE	11
2.1 LITERATURSUCHE	11
2.2 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN	12
2.3 AUSWAHL DER STUDIEN	13
2.4 KRITISCHE BEWERTUNG DER STUDIEN	13
2.5. ANALYSE DER ERGEBNISSE	15
3. ERGEBNISSE	16
3.1 ERGEBNISSE DER LITERATURSUCHE	16
3.2 CHARAKTERISTIKA DER INKLUDIERTEN STUDIEN	18
3.3 QUALITÄT DER INKLUDIERTEN STUDIEN	26
3.4 VERWENDETE MESSINSTRUMENTE	29
3.5 HAUPTERGEBNISSE DER INKLUDIERTEN STUDIEN	32
3.5.1 AUSWIRKUNGEN VON FFC IM SETTING PFLEGEHEIM	34
3.5.2 AUSWIRKUNGEN VON FFC IM SETTING KRANKENHAUS	38
4. DISKUSSION UND AUSBLICK	42
4.1.FÖRDERLICHE FAKTOREN ZUR UMSETZUNG VON FFC	44
4.2. STÄRKEN UND SCHWÄCHEN	46
4.3. EMPFEHLUNGEN FÜR FORSCHUNG UND PRAXIS	46
5. SCHLUSSFOLGERUNG	48
LITERATURVERZEICHNIS	49
TABELLENVERZEICHNIS	52

Zusammenfassung

Hintergrund: In Pflegeheimen und Krankenhäusern erleiden immer mehr Menschen aufgrund ihrer Erkrankungen und ihres fortgeschrittenen Alters Funktionseinschränkungen, welche sich häufig durch längere Aufenthalte verschlechtern. Function-Focused Care (FFC) ist ein Pflegesystem, welches sich darauf konzentriert, die grundlegenden Fähigkeiten der älteren Erwachsenen in Bezug auf Funktion und körperliche Aktivität zu erfassen und ihnen zu helfen, funktionelle Fähigkeiten zu optimieren und zu erhalten.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welchen Effekt *Function-Focused Care* im institutionellen Setting für Pflegekräfte und Patientinnen und Patienten hat und wie diese in internationalen Studien in die Praxis implementiert wurde.

Methode: Im Zeitraum von Oktober 2019 bis Dezember 2019 wurde eine Literatursuche in den wissenschaftlichen Datenbanken *Public Medicine (PubMed)*, *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL)*, sowie *Institute for Scientific Information (ISI)* und *Web of Knowledge* durchgeführt. Die Handsuche erfolgte sowohl mit den Suchmaschinen Google und Google Scholar, als auch über die Referenzlisten der bereits identifizierten Studien.

Ergebnisse: Von den insgesamt 107 identifizierten Studien erfüllten sieben Artikel die Ein- und Ausschlusskriterien. Die Ergebnisse der meisten Studien wiesen eine signifikante Verbesserung der körperlichen Aktivitäten, sowie Funktionen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf. In zwei Studien konnte ein signifikanter Rückgang der Stürze festgestellt werden, sowie ein Anstieg der Gesamtzeit die mit körperlicher Aktivität verbracht wurde. Die Pflegebereitschaft stieg in vier der sieben Studien signifikant an.

Schlussfolgerung: Aufgrund der positiven Effekte von FFC und der signifikanten Verbesserung der körperlichen Aktivitäten, sowie Funktionen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sollten für die Pflegepraxis sowohl im Pflegeheim, als auch im Krankenhaus Aus-, Weiter- und Fortbildungen angeboten werden. Die Betreuung durch bereits vorhandene Fachleute stellt hiermit einen ersten Schritt in diese Richtung dar.

Abstract

Background: In nursing homes and hospitals, more and more people suffer functional limitations due to their illnesses and advanced age, which often get worse through longer stays. Function-Focused Care (FFC) is a care system that focuses on capturing the basic functional and physical activities of older adults and help them to optimize and maintain functional abilities.

Aim: The aim of this work is to find out what effect *Function-Focused Care* has in institutional settings for nurses and patients and how it has been implemented in international studies.

Methods: From October 2019 to December 2019 a literature search was conducted in the scientific databases Public Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL) and Institute for Scientific Information (ISI) and Web of Knowledge. The manual search was carried out with the search engines Google and Google Scholar, as well as via the reference lists of the studies which are already identified.

Results: Of the 107 identified studies, seven articles met the inclusion and exclusion criteria. The results of most of the studies showed a significant improvement in the physical activities and functions of the participants. In two studies, a significant decrease in falls was found, as well as an increase in the total time spent on physical activity. The willingness to provide care increased significantly in four of the seven studies.

Conclusion: Due to the positive effects of FFC, as well as the significant improvement of physical activities and functions of the participants, educational, further and advanced training should be offered for nursing practice both in the nursing home and in the hospital. The support of already existing experts would be a first step in this direction.

1. Einleitung

Ab 2040 wird in unserer immer älter werdenden Gesellschaft jede dritte Österreicherin und jeder dritte Österreicher über 60 Jahre alt sein (Antony et al., 2016). Jedoch betrifft dieser Zuwachs der immer älter werdenden Menschen nicht nur Österreich, sondern die gesamte Welt. Laut dem *World report on Ageing and Health 2015* von der *World Health Organization* (WHO) entwickelt sich die Alterung zu einem zentralen politischen Thema. Sowohl der Anteil, als auch die absolute Zahl der älteren Menschen in der Bevölkerung auf der ganzen Welt steigt dramatisch an (WHO 2015, a).

Während dem jedoch nur schwer entgegenzuwirken ist, muss die Gesellschaft nun daran arbeiten, die immer älter werdende Gesellschaft so gesund und das Leben so lebenswert wie nur möglich zu erhalten.

Im Rahmen dieser Arbeit werden unter „älteren Menschen“, Menschen ab 65 Jahren verstanden.

Der Großteil der älteren Erwachsenen kann nicht unbeschwerlich und vor allem nicht zuhause altern. Sie kommen früher oder später an den Punkt seines/ihrer Lebens, an dem es nicht mehr ohne fremde Hilfe funktioniert. Die Langzeitpflege ist hier zukunftsweisend um sicherzustellen, dass ältere Menschen, mit einem deutlichen Kapazitätsverlust, noch ein qualitativ hochwertiges Altern erleben können. Darüber hinaus wird die Pflegebedürftigkeit nicht als ein „alles oder nichts“ Kontinuum betrachtet. Rehabilitation, gute Ernährung und körperliche Aktivität können die Leistungsfähigkeit eines älteren Menschen so weit verbessern, dass der Pflegebedarf sinkt oder gar verschwindet (WHO 2015, b).

Schließlich erfordert der Bereich der Langzeitpflege, dass sich die Pflegekräfte, Betreuungspersonen und Angehörigen nicht nur auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse älterer Menschen konzentrieren, sondern auch auf andere Bereiche wie beispielsweise die Steigerung des Bewegungsvermögens (WHO 2015, b).

1.1 Körperliche Aktivität im höheren Lebensalter

Die Ausübung körperlicher Aktivität während des gesamten Lebenszyklus hat viele positive Auswirkungen, darunter die Erhöhung der Lebenserwartung. So ergab beispielsweise eine durchgeführte Analyse großer Längsschnittstudien, dass Menschen, deren mäßige körperliche Aktivität bei 150 Minuten pro Woche liegt, im Gegensatz zu denen die weniger aktiv waren, eine Verringerung der Sterblichkeit um 31 % hatten. Der Vorteil dieser körperlichen Aktivität zeigte die größte Wirkung bei denen die älter als 60 Jahre alt waren (WHO 2015, a).

Neben der Verbesserung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, beispielsweise durch den Erhalt von Muskelkraft und der Gehirnfunktion, kommt es auch zu einem Abbau von Angst und Depressionen und zu einer Verbesserung des Selbstwertgefühls. Die Vorbeugung von Krankheiten und die Verringerung des Risikos von beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sind weitere Vorteile, die aus vermehrter körperlicher Aktivität gezogen werden können (WHO 2015, a).

Ebenso haben sowohl Querschnitts- als auch Längsschnittstudien bewiesen, dass zumindest mäßig intensive körperliche Aktivität das Risiko, eine funktionelle Einschränkung zu entwickeln, um 50 % reduziert (Paterson and Warburton, 2010, zit. n. WHO, 2015). Körperliche Inaktivität kann bis zu 20 % des von der Bevölkerung zurechenbaren Demenzrisikos ausmachen. Es wurde geschätzt, dass weltweit jährlich 10 Millionen neue Fälle vermieden werden könnten, wenn ältere Erwachsene Empfehlungen für körperliche Aktivität befolgen würden. So könnte auch das Schlaganfall-Risiko schon bei moderater körperlicher Aktivität um 11-15 % reduziert werden (Diep et al., 2010, zit. n. WHO, 2015).

Trotz dieser klaren Vorteile von körperlicher Aktivität deuten Analysen und Daten der *Study on global AGEing and adult health* (SAGE = Datenerfassungsplattform, um umfassende Informationen über die Gesundheit und das Wohlbefinden der erwachsenen Bevölkerung zu sammeln) und der WHO darauf hin, dass mit dem Alter etwa ein Drittel der 70 bis 79-Jährigen und die Hälfte der Menschen im Alter von 80 Jahren und älter nicht die grundlegenden WHO-Richtlinien für körperliche Aktivität im höheren Alter erfüllen. Da vor allem die Anzahl der Menschen mit geringer körperlicher Aktivität von Land zu Land unterschiedlich ist, deutet dies darauf hin, dass kulturelle

(soziale Schichten, Kulturkreis, Religion) und ökologische (Umwelteinflüsse, Sportangebote, Wohnumfeld) Faktoren wahrscheinlich zu den zugrundeliegenden Faktoren der Ursache für zu geringe körperliche Aktivität im Alter gehören (Saelens und Papadopoulos, 2008, zit. n. WHO, 2015).

Im Wesentlichen sind alle Bereiche der körperlichen Aktivität für ältere Menschen wichtig. Expertinnen und Experten empfehlen jedoch zu Beginn ein Kraft- und Gleichgewichtstraining anzustreben, da sich dieses Training nicht nur positiv auf die Muskelkraft, die körperliche Leistungsfähigkeit und das Sturzrisiko, sondern auch positiv auf die Herz-Kreislauf-Funktion und den Stoffwechsel auswirken (Pollock et al., 2000, zit. n. WHO, 2015).

Wichtig ist, dass neben dem Gehen (wichtigster Bewegungsablauf bei älteren Erwachsenen) auch andere Komponenten, wie das Balance- und Krafttraining gefördert werden (Sherrington et al., 2008, zit. n. WHO, 2015). Das Gehtraining alleine bietet nämlich oft nicht den gewünschten Effekt in Bezug auf Stürze und die Verbesserung der körperlichen Funktion (Voukelatos et al., 2015, zit. n. WHO, 2015). Daher ist es am sichersten, dass ältere Erwachsene, deren Mobilität beeinträchtigt ist, damit beginnen, ihre Kraft zu erhöhen und ihr Gleichgewicht zu verbessern, bevor sie mit einem anderen Training beginnen (WHO 2015, a).

1.2 Funktionsverlust im Krankenhaus und Pflegeheim

Bis zu 46 % der in ein Krankenhaus aufgenommenen älteren Menschen erleben einen funktionellen Rückgang oder Verlust der Fähigkeit, selbstständig Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen. Dieser funktionelle Rückgang ist einer der größten Risikofaktoren, die mit dem Krankenhausaufenthalt einer älteren Person verbunden sind. Es gibt nur ein kleines Zeitfenster, zum Beispiel nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, in dem ältere Menschen verloren gegangene Funktionen wiederherstellen und ihr früheres Leben wiederaufnehmen können. Die Verhinderung des Funktionsverlustes stellt also eine sehr große Priorität dar (Fox and Butler, 2016). Eine Möglichkeit diesem Funktionsverlust entgegenzuwirken wäre eine restaurative beziehungsweise funktionsfördernde Pflege.

1.3 Function-Focused Care

Die Function-Focused Care (FFC) setzt genau an diesem wichtigen Bereich der Pflege, der körperlichen Funktionserhaltung im Alter, an. FFC wird folgendermaßen definiert:

“Restorative Care, which more recently has been referred to as Function Focused Care, is a philosophy of care that focuses on evaluating the older adult’s underlying capability with regard to function and physical activity and helping him or her optimize and maintain functional abilities and increase time spent in physical activity.“ (Resnick et al., 2013, p.314)

In diesem Zusammenhang bezieht sich die FFC darauf, die grundlegenden Fähigkeiten des älteren Erwachsenen in Bezug auf Funktion und körperliche Aktivität zu erfassen und ihm oder ihr zu helfen, funktionelle Fähigkeiten zu optimieren und zu erhalten, sowie die Zeit, die er oder sie für körperliche Aktivität aufbringt, zu erhöhen. FFC Interaktionen beinhalten unter anderem die Verwendung von verbalen Hinweisen während der Körperpflege, so dass die ältere Person selbstständig agieren kann und nicht die Pflegekraft die gesamte Pflege übernimmt. Außerdem gehört das Begleiten einer älteren Person auf die Toilette, anstatt der Verwendung eines Urinals, obwohl die Person imstande ist sich zu bewegen oder das Begleiten einer älteren Person zu einer Bewegungseinheit, zu Beispielen für FFC. Die Begriffe FFC und restaurative Pflege können wechselseitig verwendet werden, es gibt jedoch Unterschiede (Resnick et al., 2013).

Die restaurative Pflege, als innovative Pflegephilosophie angesehen, stellt die Bewertung der den Bewohnerinnen und Bewohnern zugrundeliegenden funktionellen Fähigkeiten in den Vordergrund. Sie hilft ihnen, eine Vielzahl von funktionellen Fähigkeiten zu optimieren und die körperliche Aktivität zu steigern.

Im Gegensatz dazu konzentrieren sich die FFC Interventionen auf verschiedene Funktionsbereiche (zum Beispiel Selbstversorgung, Mobilität, Inkontinenz) und umfassen mehrere Elemente (individuelle Einschätzungen, Personalausbildung, Teamarbeit, Zielsetzung und Dokumentation der Ergebnisse). Damit so die Abhängigkeitsspirale der älteren Bewohnerinnen und Bewohner durchbrochen und ihre individuellen körperlichen Funktionen optimiert werden können (Lee et al., 2019).

Vier Schritte zur FFC

Es erfordert einen organisierten Ansatz und die Bereitschaft und Fähigkeit eines ausgewählten „Champions“ innerhalb der jeweiligen Einrichtung, den Prozess der Umsetzung von FFC zu unterstützen. Dieser „Champion“ kann eine Führungsperson, eine Diplomkrankenschwester oder ein Diplomkrankenschwester, eine Pflegeassistentin oder ein Familienmitglied sein. Unabhängig von der Umgebung bedarf es eines durchdachten Prozesses und dies geschieht, wie Resnick, Galik & Boltz (2013) erwähnen, am besten mit Hilfe folgender vier Schritte. Sie sind laut den Autorinnen und Autoren am effektivsten, wenn sie nacheinander initiiert und kontinuierlich angewendet werden, bis eine FFC in die Routineversorgung integriert wurde (Resnick et al., 2013).

1. Die Bewertung der Umgebung und der Organisationsrichtlinien / Vorgehensweisen der jeweiligen Einrichtung können mit Hilfe einer 19-Punkte-Checkliste und unter Berücksichtigung von umgebungsbedingter Herausforderungen für körperliche Aktivität wie ungeeignete Bett- und Stuhlhöhen durchgeführt werden. Im Anschluss an die Bewertung können Empfehlungen ausgesprochen werden, die folgende evidenzbasierte Interventionen umfassen sollten: Sichtbarkeit von trainingsbezogenen Bereichen, barrierefrei zugängliche Räume, sichere Gehbereiche, angemessene Beschilderungen und Beleuchtung, sowie Hinweise zur Teilnahme an körperlichen Aktivitäten (z.B. Poster) und die Verfügbarkeit von altersgerechten Trainingsgeräten. Bei der Beurteilung der Vorgehensweisen bzw. der Organisationsrichtlinien geht es um Dinge wie individuelle Pflegepläne, die Vorgehensweisen nach einem Sturz und Richtlinien zur Sturzprävention. Körperliche Aktivität soll in diesem Rahmen in den einzelnen Richtlinien dargestellt und als Maßnahmen gefördert werden (Resnick et al., 2013).

2. Die Ausbildung von Pflegepersonal, Familien und älteren Menschen sollte im Anschluss an die Beurteilung der Umgebung und Organisationsrichtlinien erfolgen. Es sollten mehrere Ansätze in Betracht gezogen werden wie interaktive Vorträge von Angesicht zu Angesicht. Schriftliche Informationen beispielsweise über Emails oder Handouts sollten je nach Umfeld und Lernenden ebenso umgesetzt werden. Als Teil der Ausbildung ist es hilfreich, den Familien und Pflegekräften spezifische Tipps zu geben, wie sie den älteren Menschen bei der Ausübung funktioneller und körperlicher

Aktivitäten helfen können. Beispiele für Tipps wären die Bekräftigung der Teilnahme an sportlichen Aktivitäten, das Verschenken von funktionellen Geschenken wie bequeme Sporthosen, das Anrufen und Erinnern der Angehörigen an den Sportunterricht und die Nutzung der Besuchszeiten für gemeinsame Spaziergänge oder körperliche Aktivitäten (Resnick et al., 2013).

3. Die Festlegung von FFC Zielen kommt nachdem die Pflegekräfte und älteren Erwachsenen etwas Erfahrung mit und Informationen über FFC erhalten haben. Die Bewertung der körperlichen Fähigkeiten gibt Hinweise darauf, was von den Personen in Bezug auf die Teilnahme an den Routineaktivitäten des täglichen Lebens (z.B.: Baden, Anziehen) sowie an anderen Arten von körperlichen Aktivitäten (z.B.: Gehen, Tanzen) erwartet werden kann. Zur Vervollständigung der Fähigkeitsbeurteilung werden die älteren Erwachsenen gebeten einige einfache funktionelle Aufgaben auszuführen wie Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten auszuführen oder ein normales Stehvermögen zu demonstrieren. Je nachdem über welchen Bewegungsumfang sie verfügen werden individuelle Ziele geplant (Resnick et al., 2013).

4. Die Motivation und Betreuung von Pflegepersonal, Familien und älteren Menschen zur Ausübung funktioneller und körperlicher Aktivitäten wird am Ende der ersten drei Schritte vom Champion angeboten. Zu den Interventionen, welche die Selbstwirksamkeit und Ergebniserwartungen älterer Erwachsener stärken sollen, gehören die erfolgreiche Durchführung einer körperlichen Aktivität (z.B. der Gang zur Toilette), sowie verbale Ermutigungen zu funktionellen und körperlichen Aktivitäten. Darüber hinaus zählen eine positive Verstärkung aller Bemühungen, sowie die Vermeidung von Schmerzen oder Angst während einer Aktivität ebenso dazu. Die Maßnahmen welche zu einer Erhöhung der Ergebniserwartung und Selbstwirksamkeit bei Pflegepersonen führen, beinhalten an erster Stelle die interdisziplinäre Zusammenarbeit, um einen älteren Menschen erfolgreich zum Baden, Anziehen oder Gehen zu bewegen. Eine positive Verstärkung und verbale Ermutigungen sowie die Verringerung von negativen Vorurteilen, die mit FFC verbunden sind, wie beispielsweise, dass mehr auf die Sicherheit der älteren Erwachsenen gelegt werden müsste als auf die Funktion an sich, stellen ebenso wichtige Punkte dar (Resnick et al., 2013).

1.4 Relevanz für die Pflege

Ältere Menschen befinden sich oft aufgrund von Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim. Pflegeabhängigkeit entsteht, wenn die Funktionsfähigkeit eines Individuums so weit gesunken ist, dass es nicht mehr in der Lage ist, die für das tägliche Leben notwendigen Grundaufgaben ohne die Hilfe anderer zu erfüllen (WHO 2015, a).

Nach Resnick et al. (2013) haben Pflegefachkräfte, sowie Patientinnen und Patienten und Bewohnerinnen und Bewohner oft große Angst davor, dass körperliche Aktivität „Schaden“ anrichten könnte (zum Beispiel durch einen Sturz). Pflegekräfte wollen Stürze vermeiden und motivieren demnach ihre Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner nicht körperlich aktiv zu sein. Sie neigen eher dazu Pflegetätigkeiten zu übernehmen, welche die Personen selbst machen könnten. Also statt einer aktivierenden Pflege, wird Pflege häufig übernommen. Risikofreie Aktivitäten, wie das Verweilen im Bett, werden dann, aufgrund von mehreren Erfahrungen, bevorzugt. Diese schützende Pflege begünstigt nicht nur den Funktionsverlust und verringert die körperliche Aktivität, sondern sie trägt auch zum Verlernen von Verhaltensweisen und zur Funktionseinschränkung bei (Resnick et al., 2013).

Untersuchungen dazu zeigen, dass sich die negativen Auswirkungen (zum Beispiel Stürze) bei älteren Erwachsenen in Pflegeheimen, betreuten Wohneinrichtungen oder Akutstationen nicht erhöhen, wenn sie ihre Zeit vermehrt mit körperlicher Aktivität (Kraft- und Balancetraining) verbringen. Pflegekräfte benötigen mehr Informationen, wie sie funktionserhaltende beziehungsweise funktionssteigernde Pflege durchführen und dennoch die Sicherheit für Betroffene gewährleisten können (Resnick et al., 2013).

1.5 Forschungslücke, Forschungsfrage und Zielsetzung

Im Zuge einer Vorab Recherche konnte kein Literaturreview gefunden werden, welches sich auf die Effekte der FFC im institutionellen Setting für Pflegekräfte und Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner fokussiert. Das Wissen über die Effekte der FFC ist jedoch, um diesen Ansatz so gut wie möglich in die Praxis implementieren zu können, von großer Bedeutung.

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es herauszufinden, welchen Effekt die Function-Focused Care im institutionellen Setting für Pflegekräfte und Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner hat und wie diese in internationalen Studien in die Praxis implementiert wurde.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welchen Effekt hat Function-Focused Care im institutionellen Setting für Pflegekräfte und Patientinnen und Patienten sowie für Bewohnerinnen und Bewohner?

Das PICO-Schema (Jensen, 2018) wurde zur Erarbeitung der Forschungsfrage und als Hilfestellung verwendet. Dieses Schema gliedert sich in vier Teile: Population (, Intervention, Comparison und Outcome (Tabelle. 1).

Tabelle 1: PICO-Schema

Population	Patientinnen und Patienten, sowie Pflegeheimbewohner und Pflegeheimbewohnerinnen mit einem Durchschnittsalter von 60 Jahren; Pflegekräfte
Intervention	Function-Focused Care
Comparison	keine spezielle Pflegemethode / Intervention
Outcome	jeglicher Effekt für die Pflege / Pflegekräfte
Setting	jegliche institutionellen Einrichtungen

2. Methode

Für diese Arbeit wurde ein Literaturreview durchgeführt. Der Hauptzweck eines Literaturreviews ist eine kritische schriftliche Zusammenfassung von bereits vorhandenen wissenschaftlichen Arbeiten zu einem spezifischen Forschungsproblem. Literaturreviews sind eigenständige Berichte, die den Stand der Evidenz an andere weitergeben sollen, aber sie dienen auch dazu, den Grundstein für neue Studien zu legen und den Forscherinnen und Forschern bei der Interpretation ihrer Ergebnisse zu helfen. Das Literaturreview fasst die aktuellen Erkenntnisse zu einem Thema zusammen und gibt sie in einer Übersicht wider (Polit & Beck 2017).

2.1 Literatursuche

Im Zeitraum von Oktober 2019 bis Dezember 2019 wurde eine Literatursuche in den wissenschaftlichen Datenbanken *Public Medicine (PubMed)*, *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL)*, sowie *Institute for Scientific Information (ISI) Web of Knowledge* durchgeführt. Es wurde eine Handsuche sowohl mit den Suchmaschinen Google und Google Scholar durchgeführt, wobei die Ergebnisse der ersten zehn Seiten durchgesehen und selektiert wurden, als auch die Referenzlisten der bereits identifizierten Studien.

Da die Literatursuche in englischsprachigen Datenbanken durchgeführt wurde, wurden folgende Schlüsselbegriffe herangezogen: „Function Focused Care“ und „Function-Focused Care“. Diese wurden mit dem bool'schen Operator „OR“ verknüpft (dargestellt in Tabelle 2). Nach mehrmaliger Anpassung der Suchstrategie wurde in allen drei Datenbanken mit folgender Kombination gesucht: „Function Focused Care“ OR „Function-Focused Care“. Es gibt derzeit noch keine *Medical Subject Headings (MeSH-Terms)* zu dem Thema *Function-Focused Care*, daher konnten diese in der Literatursuche nicht genutzt werden. Da es zu diesem Thema noch nicht viel Literatur gibt, wurden keine weiteren Suchbegriffe zur Eingrenzung verwendet. Der einzige Filter der festgelegt wurde, war die Suche nach Interventionsstudien (clinical trials) in den Sprachen Deutsch und Englisch.

Tabelle 2: Suchstrategie in den Datenbanken

PubMed	“Function-Focused Care“ OR “Function Focused Care“
CINAHL	“Function-Focused Care“ OR “Function Focused Care“
ISI Web of Knowledge	“Function-Focused Care“ OR “Function Focused Care“

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden nur jene Studien, welche folgende Aspekte erfüllten:

1. Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise Patientinnen und Patienten einer institutionellen Einrichtung mit einem Durchschnittsalter von 60 Jahren, sowie Pflegekräfte die in institutionellen Einrichtungen tätig waren.
2. Studien, bei denen es sich um Interventionsstudien handelte.

Die Ausschlusskriterien ergaben sich aus den oben genannten Einschlusskriterien.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien nach dem PICO-Schema

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	Patientinnen und Patienten, sowie Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner mit einem Durchschnittsalter von 60 Jahren; Pflegekräfte	
Intervention	Function-Focused Care	Restorative Care, andere Motivationsstrategien
Comparison	herkömmliche Versorgung	spezielle Versorgung
Outcome	Steigerung bzw. Erhalt der körperlichen Aktivität; Implementationen für die Praxis	
Design	Interventionsstudien	Beobachtungsstudien, Reviews
Setting	institutionelle Einrichtungen wie Krankenhäuser und Langzeitpflegeeinrichtungen	häusliche Versorgung

2.3 Auswahl der Studien

Nach der Literatursuche in den verschiedenen Datenbanken, wurden die gefundenen Studien in das Literaturverwaltungsprogramm (Endnote X9) importiert. Duplikate wurden ausgeschlossen und es folgte ein Titel- und Abstractscreening hinsichtlich Relevanz und Ein- und Ausschlusskriterien. Anschließend wurden die ausgewählten Volltexte gelesen und bewertet.

2.4 Kritische Bewertung der Studien

Um die Qualität der gefundenen Studien zu bestimmen, wurde der Bewertungsbogen *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)* Version 2018 verwendet (Quan Nha HONG et al., 2018).

Dieses kritische Beurteilungsinstrument erlaubt die Beurteilung der methodischen Qualität von fünf Studiendesigns: qualitative Forschung, randomisierte kontrollierte Studien, nicht-randomisierte Studien, quantitative deskriptive Studien und Studien mit gemischten Methoden (das heißt, es werden quantitative sowie qualitative Designs angewendet). Zuerst wurden Screening-Fragen mit *Yes*, *No* oder *Can't tell* beantwortet. Ebenso konnten in der rechten Spalte Notizen festgehalten werden. Für jede Studie wurde die geeignete Kategorie ausgewählt und diese nach den Items bewertet. Es wurden immer nur jene Items bewertet, welche sich in der jeweiligen Kategorie der Studie befanden. Von Interesse für die Bewertung der in diesem Literaturreview verwendeten Studien waren die Studiendesigns *Quantitative randomized controlled trials* sowie *Quantitative non-randomized studies*.

Die *Quantitative randomized controlled trials* sind klinische Studien, in denen einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch Randomisierung (Zufallszuteilung) zu einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt werden. Sie umfassen die folgenden Items: Angemessene Durchführung der Randomisierung, Vergleichbarkeit der Gruppen zu Studienbeginn, vollständige Ergebnisdaten, Objektivität der Testleiterinnen und Testleiter und Einhaltung der Interventionen durch alle Beteiligten. *Quantitative non-randomized studies* sind definiert als jede quantitative Studie, welche die Wirksamkeit einer Intervention bewertet oder andere Faktoren untersucht, die

keine Randomisierung verwendet, um Einheiten zu Vergleichsgruppen zuzuordnen. Zu den gängigen Designs gehören: Nicht randomisierte kontrollierte Studie (die Intervention wird von Forscherinnen und Forschern zugewiesen, es gibt aber keine Randomisierung), prospektive Kohortenstudie (zwei oder mehrere Gruppen werden verschiedenen Einflüssen ausgesetzt und über eine gewisse Zeit beobachtet, um festzustellen, ob ein Ergebnis eintritt), retrospektive Fall-Kontroll-Studie (funktionseingeschränkte Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die zum Beispiel der FFC bereits eine Zeit lang ausgesetzt sind, werden mit anderen funktionseingeschränkten Personen verglichen, die nicht der FFC ausgesetzt waren und dann werden Daten erhoben, um herauszufinden, welche Einflüsse zu einer Funktionsverbesserung oder -verschlechterung beigetragen haben) und Querschnittsanalyse-Studie (zu einem bestimmten Zeitpunkt wird der Zusammenhang zwischen einem Ergebnis und einem potenziellen Risikofaktor untersucht). Sie gliedern sich in folgende Items: Repräsentativität der Zielgruppe, angemessene Messungen hinsichtlich Ergebnisse und Interventionen, vollständige Ergebnisdaten, Berücksichtigung von Störfaktoren in Design und Analyse und vorgesehene Durchführung der Intervention während des Studienzeitraums. (Quan Nha HONG et al., 2018)

Quan Nha Hong et al. (2018) raten davon ab, eine Gesamtpunktzahl aus den einzelnen Items zu berechnen. Die Empfehlung geht hin zu einer detaillierten Darstellung der Bewertungen der einzelnen Kriterien, um die Qualität der enthaltenen Studien besser zu verstehen.

2.5. Analyse der Ergebnisse

Die Ergebnisse des Literaturreviews werden mit einem Flow-Chart dargestellt. Ein Flow-Chart ist ein Flussdiagramm welches zeigt, wie viele Studien einbezogen und wie viele ausgeschlossen wurden. Nach diesem wurden aus den inkludierten Studien folgende Charakteristika extrahiert und tabellarisch dargestellt:

- Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr
- Titel der Studie
- Forschungsziel
- Design und Erhebungsmethode
- Setting und Population
- Interventionsdauer
- Intervention
- Kontrollgruppe

Darüber hinaus wurden die Ergebnisse auf folgende Art dargestellt:

- Unterschiede in den verschiedenen Settings
- Auswirkungen auf Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise Patientinnen und Patienten
- Auswirkungen auf Pflegekräfte

3. Ergebnisse

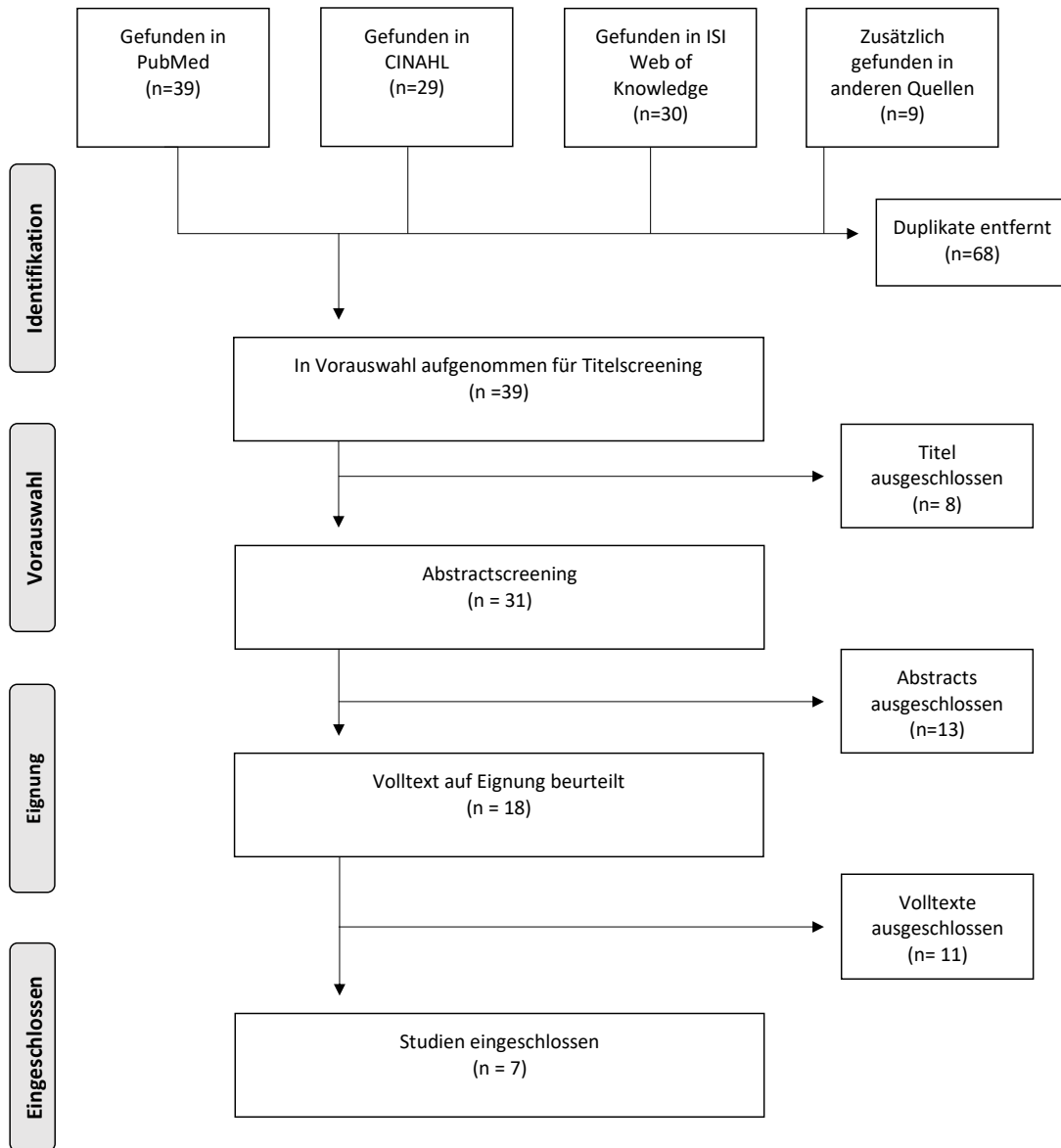
In den darauffolgenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse der Literatursuche erläutert und mittels Flow-Chart dargestellt. Anschließend werden die Charakteristika der Studien, welche sich in Ziel, Design, Setting und Population, Interventionsdauer, Interventionen und Kontrollgruppe gliedern, erklärt und tabellarisch dargestellt. Mit Hilfe des MMAT Bewertungsbogen wird die Qualität der inkludierten Studien präsentiert und daraufhin wird noch einmal genau auf die Ergebnisse der Studien eingegangen.

3.1 Ergebnisse der Literatursuche

Mit der Suchstrategie, die bereits in Kapitel 2.1 erklärt wurde, wurden insgesamt 107 Treffer erzielt. Danach wurden 68 Duplikate entfernt. Anschließend folgte ein Titelscreening, bei dem acht Titel ausgeschlossen wurden. Beim Abstractscreening wurden weitere 13 Studien ausgeschlossen, die nicht für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet waren. Während des Volltextscreenings der über gebliebenen 18 Studien wurden auch die Einschlusskriterien in die Entscheidung der Eignung miteinbezogen. Daraufhin konnten sieben relevante Studien eingeschlossen werden, welche anschließend der kritischen Bewertung des MMAT unterzogen wurden.

Der Auswahlprozess wird in Tabelle 4 als Flow-Chart dargestellt.

Tabelle 4: Flow-Chart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler, 2011)



3.2 Charakteristika der inkludierten Studien

Alle gefundenen Studien stammen aus dem amerikanischen Raum. Bei diesen handelt es sich um fünf quantitative randomisierte kontrollierte, sowie zwei quantitative nicht randomisierte Studien. Die Interventionen wurden in vier Studien im Setting Pflegeheim durchgeführt und drei im Setting Krankenhaus. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner lag zwischen 65 und 88 Jahren. Die Pflegekräfte waren durchschnittlich 42 Jahre alt. Eine Studie gab keine Angaben bezüglich des Alters an und bei einer weiteren Studie wurden ebenso Familienmitglieder ab 21 Jahren miteinbezogen. Die Interventionsdauer variierte zwischen sechs und 18 Monaten. Umgesetzt wurden die Interventionen bei fünf Studien nach vier Schritten, sowie bei zwei Studien nach drei Schritten (beide davon im Setting Krankenhaus). Die Schritte gliedern sich in

1. Bewertung und Evaluierung von Umgebung- und Organisationsrichtlinien der Einrichtungen,
2. Bildung und Schulung des Personals, sowie der Bewohnerinnen und Bewohner,
3. Entwicklung und Festlegung von FFC-Zielen für die Bewohnerinnen und Bewohner und
4. Betreuung, Motivation und Wirksamkeit der Interventionen.

Eine Übersicht der Charakteristika der Studien ist in Tabelle 5 zu finden.

Tabelle 5: Charakteristika der Studien

Autor, Publikationsjahr, Titel der Studie	Forschungsziel	Design	Setting und Population (n)	Interventions- dauer	Intervention/Kontrollintervention	Messzeitpunkte
Resnick et al., 2011 Testing the Effect of Function-Focused Care in Assisted Living	Das Ziel dieser Studie war es, die Entwicklung und Erprobung der FFC ¹ im betreuten Wohnen zu untersuchen, um den Rückgang der körperlichen Aktivität von älteren Erwachsenen im betreuten Wohnen zu verändern.	Quantitative Cluster-randomisiert kontrollierte Studie	4 Pflegeheime mit mind. 100 Betten n= 171 BW ² hauptsächlich Frauen Durchschnittsalter: 88 Jahre n= 96 DCW ³ hauptsächlich Frauen Durchschnittsalter: 42 Jahre USA	12 Monate	<ul style="list-style-type: none"> ○ Eine FFCN⁴ koordinierte und implementierte 4 Schritte der FFC-AL⁵ mit Unterstützung eines interdisziplinären Forschungsteams. ○ Jedes Setting wählte einen FFCC⁶ aus, der mit der FFCN zusammenarbeitete. ○ Die Kontrollgruppe erhielt nur den 2. Schritt. <p>1. Bewertung von Umgebung, Organisationsrichtlinien bzw. Vorgehensweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Angenehme Gehwege und angemessene Bett- und Stuhlhöhen <p>2. Bildung/Schulung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 30-minütigen Sitzung über FFC (z.B. Vorteile von FFC, Möglichkeiten der Einbeziehung von FFC in die alltägliche Pflege sowie Motivationsstrategien) <p>3. Entwicklung von FFC-Zielen:</p>	Messungen zu Beginn, nach 4 und 12 Monaten

1 FFC = Function Focused Care

2BW = Bewohnerinnen und Bewohner

3DCW = Direct Care Worker

4FFCN = Function Focused Care Nurse

5FFC-AL = Function Focused Care for Assisted Living

6FFCC = Function Focused Care Champion

					<ul style="list-style-type: none"> ○ Beispiele für Ziele: Selbstständiges Gehen zum Speisesaal, Besuch von Fitness-Kursen, Selbstständige Durchführung der Körperpflege <p>4. Betreuung und Motivation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ FFCN und FFCC betreuten die DCWs und halfen ihnen die Bewohner zu motivieren auf ihre Zielerreichung hinzuwirken. 	
Galik et al., 2013 Optimizing Function and Physical Activity Among Nursing Home Residents With Dementia: Testing the Impact of Function-Focused Care	Das Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen einer FFC mit Interventionen für kognitiv Beeinträchtigte auf Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner mit Demenz, und die sie betreuende Pflegeassistenz zu testen.	Quantitative Cluster-randomisiert kontrollierte Studie mit wiederholten Messungen	4 Pflegeheime n= 103 BW mit Demenz Durchschnittsalter: 84 Jahre n= 77 DCW Durchschnittsalter: 42 Jahre USA	6 Monate	<ul style="list-style-type: none"> ○ Interventionen der FFC-CI⁷ wurden von einer FFCN koordiniert und umgesetzt. ○ Jedes Setting wählte einen FFCC aus, der eng mit der FFCN zusammenarbeitete. ○ Die Kontrollgruppe erhielt nur den 2. Schritt. ○ 4 Schritte wurden in Zusammenarbeit umgesetzt: <p>1. Umgebung und Organisationsrichtlinienevaluierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hindernissen für die Umsetzung eines FFC-Ansatzes evaluieren (z.B. Behandlung/Einschätzung nach einem Sturz) <p>2. Schulung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der DCWs sowie von Familienangehörigen über FFC. <p>3. Entwicklung der FFC-Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Für BW gemeinsam mit FFCN, BW, Angehörigen, Mitarbeitern und dem FFCC erarbeiten (z.B. das Gehen in den Essensraum) 	Messungen zu Beginn, nach 3 und 6 Monaten

⁷FFC-CI = Function Focused Care for the Cognitively Impaired

					<p>4. Betreuung und Motivation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fortlaufend für die Mitarbeiter durch die FFCN und den FFCC. 	
<p>Galik et al., 2015</p> <p>Function Focused Care for Assisted Living Residents With Dementia</p>	<p>Das Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen von FFC Interventionen für kognitiv eingeschränkte Personen auf Funktion, körperliche Aktivität, Verhalten und Stürze zu testen.</p>	<p>Quantitative Cluster-randomisierte Studie</p>	<p>4 Pflegeheime</p> <p>n= 96 BW mit Demenz Durchschnittsalter: 83 Jahre</p> <p>n= 77 DCW Durchschnittsalter: 37 Jahre</p> <p>USA</p>	<p>6 Monate</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Behandlungsgruppe wurde auf alle 4 Schritte eingeschult. ○ Die Kontrollgruppe erhielt nur den 2. Schritt. ○ Die 4 Schritte wurden durch eine FFCN umgesetzt: <p>1. Umgebung-, Vorgehensweise- und Organisationsrichtlinienevaluierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Veränderungen der Umgebung um die Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten zu erhöhen <p>2. Bildung/Schulung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DCW, Angehörige und BW über FFC und über die Möglichkeiten der Zeiterhöhung für körperliche Aktivität schulen. <p>3. Festlegung von FFC-Zielen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Für BW in Zusammenarbeit mit der FFCN und dem FFCC. <p>4. Betreuung, Motivation und Wirksamkeit der Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Motivierung der DCWs, um die BW in geeignete FFC-Aktivitäten zu integriere. 	<p>Messungen zu Beginn, nach 3 und 6 Monaten</p>
<p>Resnick et al., 2015a</p> <p>Optimizing physical activity among older</p>	<p>Das Ziel dieser Studie war es, den anfänglichen Einführungsprozess der</p>	<p>Quantitative randomisierte Studie</p>	<p>Zwei Krankenhäuser mit Traumastationen</p> <p>n= 25 TN</p>	<p>min. 2 Monate</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Eingeführt wurden die Interventionen der FFC-AC von einer FFCN die mit einem FFCC zusammenarbeitete. 	<p>Nicht angegeben</p>

adults post trauma: Overcoming system and patient challenges	FFC-AC ⁸ Interventionen und den Zustand der ersten 25 rekrutierten TN ⁹ zu beschreiben, sowie die Herausforderungen und Erfolge zur Optimierung der körperlichen Aktivität dieser Personen zu untersuchen.		Durchschnittsalter: 79 Jahre USA		<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Behandlungsgruppe wurde auf 3 Schritte eingeschult, die Kontrollgruppe nur auf den ersten Schritt. ○ Am Ende des ersten Schrittes wurde in beiden Gruppen ein Test absolviert. <p>1. Bildung und Ausbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kurse über FFC und wie FFC-Ziele für Patienten festgelegt und evaluiert werden können und Informationen über Motivationstechniken um die TN zu vermehrter körperlicher Aktivität zu bringen. <p>2. Umgebung- und Organisationsrichtlinienevaluierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Durchführung der Optimierung des Umfeldes und Maßnahmen zur Erleichterung der körperlichen Aktivitäten für ältere Personen. <p>3. Laufende Schulung und Motivation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ FFC in die routinemäßige Patientenversorgung integrieren und positive Unterstützung des Pflegepersonals. 	
Resnick et al., 2015b Dissemination and Implementation of Function Focused Care for Assisted Living	Das Ziel dieser Studie war es, die Verbreitung und Umsetzung des evidenzbasierten Ansatzes der FFC für betreute Wohneinrichtungen zu untersuchen.	Quantitative nicht - randomisierte Studie Single-group pre-posttest design	99 Pflegeheime mit durchschnittlich 49 BW Interventionen umgesetzt in 78 Gesamt: n= 3676 BW	12 Monate	<ul style="list-style-type: none"> ○ In jeder Einrichtung wurde ein FFCC ausgewählt, der durch eine FFCCN auf die Interventionen eingeschult wurde und sich aktiv am Umsetzungsprozess der folgenden 4 Schritte beteiligte. 	Vorher-Nachher Vergleich 2 Monate vor Beginn der Interventionen und am Ende der 12 Monate der Studie

⁸FFC-AC = Function Focused Care for Acute Care

⁹TN = Teilnehmerinnen und Teilnehmer

		Speziell quasi-experimentelles Design	(keine Angaben bezüglich des Durchschnittsalters) USA		<ul style="list-style-type: none"> ○ + wöchentliche Emails mit Tipps für Aktivitäten und Motivationstechniken. <p>1.Umgebung- und Organisationsrichtlinienuvaluierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bewertung der Einrichtung durch FFCC: ausreichend Gehwege, genügend Sitzmöglichkeiten etc. <p>2.Schulung/Ausbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Persönliche Schulung der FFCC: Ressourcen für die Aufklärung des Personals, der BW und Angehörigen erklärt sowie Ideen für die Umsetzung der FFC besprochen. <p>3.Erstellung von FFC-Zielen für BW:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontinuierliche Förderung von Aktivitätszielen wie z.B. zu Sportstunden gehen. <p>4.Betreuung und Motivation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dem FFCC wurden Techniken und wöchentliche Angebote zur Motivation von BW und Mitarbeitern übermittelt. ○ Jede Einrichtung erhielt am Beginn der Studie einen Geschenkgutschein für den Kauf von Ressourcen zur Förderung der körperlichen Aktivität (NASCO). 	wurden die Ergebnisse durch die FFCC ausgewertet.
Boltz et al., 2015 Testing family-centered, function-focused care in	Das Ziel dieser Studie war es, die Durchführbarkeit von FFC für Familien, sowie die Auswirkungen dieses Ansatzes auf	Quantitative nicht-randomisierte Studie	2 Krankenhäuser mit 5 medizinischen Stationen im Nordosten der USA	18 Monate	<ul style="list-style-type: none"> ○ Eine FCRN widmete sich der Umsetzung der FFC Interventionen für Familien mit der Unterstützung ihres Forschungsteams. 	Messungen zu Beginn, nach 2 Wochen und 2 Monaten.

hospitalized persons with dementia	hospitalisierte Personen mit Demenz und ihren pflegenden Familienangehörigen zu testen.	Vergleichendes Design mit wiederholten Messungen	<p>Pat.¹⁰ mit Durchschnittsalter 65 Jahre und älter mit Demenz, FCG¹¹ die älter als 21 Jahre alt waren</p> <p>Gesamt 86 Paare: (1Paar = 1 Pat. und 1 FCG) n= 172 TN</p> <p>Interventionsgruppe: 44 Paare</p> <p>Kontrollgruppe: 42 Paare</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Kontrollgruppe erhielt nur den 2.Schritt. ○ Jede Station ernannte einen Teamvertreter der mit der FCRN¹² zusammenarbeitete und die folgenden Schritte umsetzte: <p>1.Umgebung- und Organisationsrichtlinienevaluierung: Änderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Whiteboards am Krankenbett zur Förderung der Kommunikation zwischen FCG/Patient und dem interdisziplinären Team. <p>2.Personalschulung und Training:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verhinderung von Delirium und funktionellen Rückgang; FFC einbeziehen in die alltägliche Pflege; <p>3.Laufendes Training und Motivation des Pflegepersonals:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Um Faktoren welche FFC behindern vermeiden zu können, in Zusammenarbeit mit den FCG und den Pat. <p>4.Familien/Patienten Schulung: in Laiensprache:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Motivationstechniken, Unterstützung bei körperlichen Aktivitäten und Coaching der Pflegedienstleitung zur Bereitstellung von Informationen an die FCG zur kontinuierlichen 	
------------------------------------	---	--	--	--	--	--

10 Pat. = Patientinnen und Patienten

11 FCG = Family Care Giver

12 FCRN = Family Centered Resource Nurse

					Weiterbildung und Modifikation des FFC-Plans.	
Resnick et al., 2016 Feasibility and Efficacy of Function Focused Care of Orthopedic Trauma Patients	Das Ziel war es, die Durchführbarkeit und vorläufige Wirksamkeit der FFC für Orthopädische Traumapatientinnen und Traumapatienten zu untersuchen.	Quantitative randomisierte Studie	2 Krankenhäuser mit Traumastationen n= 89 TN, 63 konnten in der Follow-up kontaktiert werden Durchschnittsalter >65 USA	12 (16) Monate	<ul style="list-style-type: none"> ○ Eine FFCN wurde für die Forschung implementiert und koordinierte die FFC-AC. ○ Implementierungsphase: Schulung des Pflegepersonals auf die ersten 2 Schritte → Verhaltensänderung angestrebt ○ Auf jeder Station wurden 2 FFCCs identifiziert die mit der FFCN zusammenarbeiteten. ○ Die Kontrollgruppe erhielt während der Studie nur Schritt 1, die Behandlungsgruppe alle 3 Schritte. <p>1. Bildung und Ausbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 4 Abschnitte: Überblick über FFC; Patientenziele; Optimierung der körperlichen Aktivität; Motivation der Pat.; Test am Ende. <p>2. Umgebung- und Organisationsrichtlinienevaluierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Änderungen durch die FFCN mit den FFCCs wurden mit der Verwaltung diskutiert. <p>3. Laufende Schulung und Motivation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einführung der FFC in die routinemäßige Patientenversorgung 	4 Monate Einführung danach Messungen am Beginn nach 2, 8 und 12 Monaten

3.3 Qualität der inkludierten Studien

Die inkludierten Studien wiesen, gemessen mit dem MMAT-Bewertungsbogen, eine gute Qualität auf. Es gab zwar in keiner Studie eine klar formulierte Forschungsfrage, jedoch konnte diese aus dem angegebenen Ziel abgeleitet werden. Negativ war, dass bei keiner Studie die Verblindung der Interventionsleiterin und des Interventionsleiters angegeben wurde, sowie, dass die Randomisierung nicht nachvollziehbar erklärt wurde. Positiv war, dass in jeder Studie die Forschungsfrage beantwortet werden konnte, die Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben war, sowie dass die angegebenen Ergebnisdaten vollständig waren. In nur einer Studie (Resnick et al., 2011) konnte die Compliance der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht gegeben werden, da die Bewohnerinnen und Bewohner es ablehnten, den Aktigraphen für einen Zeitraum von 24 Stunden am Handgelenk zu tragen. Die folgenden Tabellen sechs und sieben liefern eine Übersicht über die Qualität der Studien.

Tabelle 6: Qualität der quantitativ randomisiert kontrollierten Studien

Studie	Klar definierte Forschungsfrage	Beantwortung der Forschungsfrage	Randomisierung	Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben	Vollständige Ergebnisse	Verblindung der Interventionsleiterin oder des Interventionsleiters	Compliance der gegeben
Resnick et al. 2011	Ja. Es gibt zwar keine direkte Forschungsfrage, jedoch kann diese aus dem Ziel abgeleitet werden.	Ja	Kann man nicht sagen. Es wird nur beschrieben, dass dem Forschungsteam Listen der Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner und der DCWs zur Verfügung gestellt wurden.	Ja	Ja	Kann man nicht sagen.	Kann man nicht sagen. Es konnten keine Aktigraphie-Daten gewonnen werden, da sich die BewohnerInnen und Bewohner weigerten, das Gerät für den Zeitraum von 24 Stunden zu tragen.
Galik et al. 2013	Ja. Es gibt zwar keine direkte Forschungsfrage, jedoch kann diese aus dem Ziel abgeleitet werden.	Ja	Kann man nicht sagen. Es wird nur beschrieben, dass das Forschungsteam Listen der Bewohnerinnen und Bewohner jeder Einrichtung erhalten hat.	Ja	Ja	Kann man nicht sagen.	Ja
Galik et al. 2015	Ja. Es gibt zwar keine direkte Forschungsfrage, jedoch kann diese aus dem Ziel abgeleitet werden.	Ja	Kann man nicht sagen. Es wird beschrieben, dass sie eine Liste mit Namen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekommen haben, aber nicht wie sie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu den Gruppen zugeteilt haben.	Ja	Ja	Kann man nicht sagen.	Ja
Resnick et al. 2015a	Ja. Es gibt zwar keine direkte Forschungsfrage, jedoch kann diese aus dem Ziel abgeleitet werden.	Ja	Kann man nicht sagen. Es steht nur beschrieben, dass zwei Traumastationen zu Behandlungs- oder Kontrollgruppe randomisiert wurden	Ja	Ja	Kann man nicht sagen.	Ja

Resnick et al. 2016	Ja. Es gibt zwar keine direkte Forschungsfrage, jedoch kann diese aus dem Ziel abgeleitet werden.	Ja	Kann man nicht sagen. Es wird nur darauf hingewiesen, dass beide Krankenhäuser nach dem Zufallsprinzip einer Behandlungs- und Kontrollgruppe zugeteilt wurden.	Ja	Ja	Kann man nicht sagen.	Ja
---------------------	---	----	--	----	----	-----------------------	----

Tabelle 7: Qualität der quantitativ nicht-randomisiert kontrollierten Studien

Studie	Klar definierte Forschungsfrage	Beantwortung der Forschungsfrage	Representivität der Gruppen	Messungen angemessen für beide Gruppen	Vollständige Ergebnisse	Berücksichtigung von Störfaktoren welche die Analyse beeinflussen könnten	Umsetzung der geplanten Interventionen gegeben
Resnick et al. 2015b	Ja. Es gibt zwar keine direkte Forschungsfrage, jedoch kann diese aus dem Ziel abgeleitet werden.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Boltz et al. 2015	Ja. Es gibt zwar keine direkte Forschungsfrage, jedoch kann diese aus dem Ziel abgeleitet werden.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

3.4 Verwendete Messinstrumente

In sechs der sieben inkludierten Studien wurde die körperliche Leistungsfähigkeit und Funktion mit dem Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965), einem 10-14 Punkte Bewertungsbogen, gemessen. In zwei Studien wurde zusätzlich die Physical Performance Mobility Examination (PPME; Winograd et al., 1994) angewendet und in einer Studie wurde eine 15-Punkte Bewertung der Richtlinien herangezogen. Die körperliche Aktivität wurde in fünf Studien mit dem 24-Stunden Aktigraphen (ActiGraph 2004) gemessen, in drei Studien zusätzlich mit dem Physical Activity Survey for Long Term Care (PAS-LTC, Resnick & Galik, 2007) und in weiteren zwei Studien wurde ergänzend die Tinetti-Skala (Tinetti 1986) herangezogen. Zudem wurde sie in einer Studie zur Bewertung für den Gang und das Gleichgewicht herangezogen. Das Sturzgeschehen wurde in einer Studie mit einer 18-Punkte Umgebungsbewertung erhoben. In allen Studien wurde die Depression der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewertet. Dabei wurde diese in sechs der sieben Studien mit einer fünf-Punkte Skala der Geriatrischen Depression (GDS-5, Rinaldi et al., 2003) bewertet und in einer Studie wurde zusätzlich zur Depression auch die Angst, durch eine eigene 14-Punkt Skala für Krankenhausängste und Depressionen, gemessen. Das theoretische Wissen wurde in drei Studien mit einem 15-Punkte Multiple-Choice Test abgefragt und in weiteren drei Studien gab es einen ähnlich umfassenden 11-Punkte Papier- und Bleistifttest. Zu guter Letzt wurde in zwei Studien auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, durch eine 17-Punkte Umfrage zur Arbeitseinstellung, gemessen. Die soeben aufgezählten Messinstrumente werden in Tabelle acht und neun genauer erklärt.

Tabelle 8 Verwendete Messinstrumente Setting Krankenhaus

Messwerte	Verwendete Messinstrumente Setting Krankenhaus	Erklärung der Maßnahmen
Körperliche Leistungsfähigkeit und Funktion	Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965)	Ein 10 - 14-Punkte Bewertungsbogen für die körperliche Funktion, um die Fähigkeit eines Individuums zur Selbstversorgung zu bewerten. (100 Punkte bedeuten eine vollständige Unabhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und 0 Punkte bedeuten eine vollständige Abhängigkeit)
	Physical Performance Mobility Exam (PPME; Winograd et al., 1994)	Dieser Test wurde zur Bewertung der Leistung verwendet, da es speziell für KrankenhauspatientInnen entwickelt wurde. Es umfasst sechs Aufgaben die Gleichgewicht und Stärke testen. Beispiele: fünfmal von einem Stuhl auf- und abzustiegen, sowie herauszufinden wieviel Zeit und Schritte nötig sind, um eine Strecke von sechs Metern zu gehen.
Körperliche Aktivität	Physical Activity Survey in Long Term Care (PAS-LTC, Resnick & Galik, 2007)	Dieser Test basiert auf der Zeit die der/die PatientIn in Bewegung (Gehen), in der persönlichen Pflege (Baden, Anziehen), in strukturierten Bewegungen (Physio- oder Ergotherapie), in Pfl egetätigkeiten (jemand anderen im Rollstuhl schieben) und in wiederholenden Aktivitäten (sich selbst an- und ausziehen) verbracht hat.
	24-Stunden Actigraphy (ActiGraph 2004)	Beschleunigungsmessgerät der über einen Zeitraum von 24-Stunden, unter Verwendung von Aktivitätsmessungen, minütliche und stündliche Berichte über die Zeit, in welcher die Person mit niedriger und mittlerer Intensität körperlicher Aktivität beschäftigt ist, misst. Der ActiGraph ist in der Lage Bewegungen über die bloße Fortbewegung hinaus zu erfassen wie beispielsweise die Mobilität im Bett oder der Transfer vom Bett zu einem Stuhl.
Gang und Gleichgewicht	Tinetti-Skala (Tinetti 1986)	Ein Messinstrument, um die Fähigkeit des Stehens, Sitzens und Balancieren zu bewerten. Davon 12-Punkte für die Bewertung des Ganges und 16 Punkte für das Gleichgewicht.
Depression	fünf Punkte-Skala der Geriatrischen Depression (GDS-5) (Rinaldi et al., 2003)	Eine fünf-Punkte Skala, welche kurz und wenig belastend für Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist und anhand von fünf Symptomen eine Bewertung zulässt. Eine Bewertung von zwei oder mehr ist ein Hinweis auf ein positives Screening für eine Depression.
Wissen über Function Focused Care	Knowledge of Function Focused Care (Burkett et al., 2013)	Ein 15-item Papier- und Bleistift Test.
Angst und Depressionen der FCG	Krankenhaus-Angst und Depression Skala (HADS)	Eine 14-Punkt Skala auf der es 7-Punkte für Angst und 7-Punkte für Depression zu bewerten gab. Diese wurde von den FCG mit normal (0-7), leicht (8-10), mittel (11-14) oder schwer (15-21) bewertet.

Tabelle 9 Verwendete Messinstrumente Setting Pflegeheim

Messwerte	Verwendete Messinstrumente Setting Pflegeheim	Erklärung der Maßnahmen
Körperliche Funktion	Richtlinien und Vorgehensweisen-Assessment	Eine 15-Punkte Bewertung welche alle unterschiedlichen Richtlinien und Maßnahmen und ihre potenziellen Auswirkungen auf Körperliche Funktion und Aktivität widerspiegeln.
	Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965)	Ein 14-Punkte Bewertungsbogen für die körperliche Funktion, um die Fähigkeit eines Individuums zur Selbstversorgung zu bewerten. (100 Punkte bedeuten eine vollständige Unabhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und 0 Punkte bedeuten eine vollständige Abhängigkeit)
Körperliche Aktivität	24-Stunden ActiGraph	Ein Beschleunigungsmessgerät der über einen Zeitraum von 24-Stunden, unter Verwendung von Aktivitätsmessungen, minütliche und stündliche Berichte über die Zeit, in welcher die Person mit niedriger und mittlerer Intensität körperlicher Aktivität beschäftigt ist, misst. Der ActiGraph ist in der Lage Bewegungen über die bloße Fortbewegung hinaus zu erfassen wie beispielsweise die Mobilität im Bett oder der Transfer vom Bett zu einem Stuhl. Ebenso kann er über einen Zeitraum von 24-Stunden die Anzahl der verbrauchten Kilokalorien messen.
	Tinetti Skala (chair rise subscale; Tinetti, 1986)	Ein Messinstrument, um die Fähigkeit des Stehens, Sitzens und Balancieren zu bewerten.
Sturzgeschehen	Umgebungs-Assessment	Eine 18-Punkte Bewertung, davon 14-Punkte welche sich positiv auf Körperliche Funktion und Aktivität auswirken und 4 welche negativ sind.
Depression	fünf Punkte-Skala der Geriatrischen Depression (GDS-5) (Rinaldi et al., 2003)	Eine fünf-Punkte Skala, welche kurz und wenig belastend für Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist und anhand von fünf Symptomen eine Bewertung zulässt. Eine Bewertung von zwei oder mehr ist ein Hinweis auf ein positives Screening für eine Depression.
Wissen über Function Focused Care	Theoretischer Wissenstest über FFC	Ein 11-Punkte umfassender Papier- und Bleistifttest, der die Kenntnisse der Pflegekräfte über FFC misst.
Arbeitszufriedenheit	Skala der Arbeitseinstellung	Eine 17-Punkte Umfrage, welche alle Bereiche der Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen misst: Gehaltsfaktor, organisatorische Faktoren, Aufgabenanforderungen, Arbeitsstatus- und Autonomie.

3.5 Hauptergebnisse der inkludierten Studien

Nachfolgend wird eine Übersicht der Hauptergebnisse der inkludierten Studien gegeben. Diese wurden nach Setting gegliedert und zusammengefasst in den Tabellen 10 und 11 aufgezeigt. Daran anschließend sind die signifikanten Ergebnisse nach Auswirkungen von FFC im Setting Pflegeheim, sowie die Auswirkungen im Setting Krankenhaus, unterteilt.

Tabelle 10: Signifikante Veränderungen durch FFC in Pflegeheimen

Studie	Signifikante Veränderungen Setting Pflegeheim	p-Wert (signifikant bei p < 0,05)
Resnick et al., 2011	1) Abnahme der körperlichen Funktion bei BW ¹ nach 12 Monaten in KOG ² > BHG ³ 2) Durchführung von Pflegeinteraktionen der DCW ⁴ : BHG > KOG BHG: zu Beginn 76 %, nach 12 Monaten 90 % KOG: zu Beginn 75 %, nach 12 Monaten 69 % 3) Wiederaufnahme der körperlichen Aktivität bei BW (selbstständiges gehen von 50 Yard) nach 12 Monaten: BHG > KOG (17 % vs 4 %)	1) p = 0,01 2) p = 0,001 3) p = 0,03
Galik et al., 2013	1) Bereitstellung von FFC durch DCW: BHG > KOG BHG: Zu Beginn 63 %, nach 6 Monaten 66 % KOG: Zu Beginn 55 % nach 6 Monaten 40 % 2) Gesamtzeit, die mit körperlicher Aktivität nach 6 Monaten verbracht wurde: BHG > KOG BHG: stieg von 115min auf 126min KOG: ging von 130min auf 74min zurück 3) Anzahl an Aktivitäten anhand des Aktigraphen im 24h-Zeitraum nach 6 Monaten: BHG > KOG BHG: Vervierfachte sich von 20,3 auf 86,2 min KOG: Verdoppelte sich von 18,8 auf 32,8 min 4) Zunahme der Aktivitätsintensität nach 6 Monaten = verbrannte kcal BHG > KOG BHG: stieg von 28,32 auf 46,17 kcal KOG: stieg von 20,09 auf 21,26 kcal 5) Rückgang der Stürze nach 6 Monaten: BHG > KOG BHG: 72 % hatten keinen Sturz KOG: 50% hatten keinen Sturz	1) p = 0,001 2) p = 0,01 3) p = 0,05 4) p = 0,04 5) p = 0,02
Galik et al., 2015	1) Abnahme der Arbeitszufriedenheit nach 6 Monaten: KOG > BHG	1) p = 0,002

1 Bewohnerinnen und Bewohner

2 Kontrollgruppe

3 Behandlungsgruppe

4 Direct Care Worker

	<p>2) Bereitstellung von FFC durch DCW zu Beginn: BHG > KOG BHG: zu Beginn 80 %, nach 6 Monaten 74 % KOG: zu Beginn 69 % nach 6 Monaten 75 %</p> <p>3) Gesamtzeit die über 6 Monate mit körperlicher Aktivität verbracht wurde: KOG > BHG BHG: Abnahme von 225,58min auf 124,55min KOG: Zunahme von 186,46min auf 225,33min</p> <p>4) Wiederholende Aktivitäten nach 6 Monaten: KOG > BHG BHG: Abnahme von 66,63min auf 25,8min KOG: Zunahme von 50,04min auf 63,36min</p> <p>5) Abnahme der Aktivitätsintensität nach 6 Monaten = Verbrannte kcal BHG > KOG BHG: sank von 43,85kcal auf 11,42kcal KOG: sank von 50,72kcal auf 30,12kcal</p>	<p>2) p = 0,03</p> <p>3) p = 0,01</p> <p>4) p = 0,05</p> <p>5) p = 0,01</p>
Resnick et al., 2015b	<p>1) Rückgang der Stürze In den ersten 2 Monaten der Studie: 12 Stürze In den letzten 2 Monaten der Studie: 9 Stürze</p> <p>2) Verbesserung der positiven Bewertung des Umfeldes.</p> <p>3) Verbesserung der Maßnahmen zur Optimierung von Funktion und körperlicher Aktivität.</p>	<p>1) p = 0,05</p> <p>2) p = 0,001</p> <p>3) p = 0,001</p>

Tabelle 11: Signifikante Veränderungen durch FFC im Setting Krankenhaus

Studie	Signifikante Veränderungen Setting Krankenhaus	p-Wert (signifikant bei p < 0,05)
Resnick et al., 2015a	<p>1) Die TN die älter waren hatten eine geringere körperliche Leistungsfähigkeit. (PPME)</p> <p>2) Die TN die sich weniger körperlichen Aktivitäten widmeten hatten mehr Depressionen. (PAS-LTC)</p> <p>3) Die TN bei denen, aufgrund von Frakturen, weniger körperliche Aktivitäten möglich waren, beanspruchten mehr Bewegung. (PAS-LTC)</p>	<p>1) p = 0,04</p> <p>2) p = 0,03</p> <p>3) p = 0,03</p>
Boltz et al., 2015	<p>1) Verbesserung der ADL-Leistungen nach 2 Monaten BHG > KOG</p> <p>2) Geringere Abnahme der Gehleistung nach 2 Monaten BHG > KOG</p> <p>3) Abnahme des allgemeinen Deliriumschweregrades nach 2 Monaten.</p> <p>4) Geringere Krankenhauswiedereinweisungen BHG > KOG</p> <p>5) Zurückerlangung der ursprünglichen ADL-Funktionen BHG > KOG</p> <p>6) Anstieg der Pflegebereitschaft und Umsetzung der Interventionen nach 2 Monaten BHG > KOG</p> <p>7) Weniger Angst der FCG von der Aufnahme bis zu 2 Monaten nach der Entlassung BHG > KOG</p>	<p>1) p = 0,02</p> <p>2) p = 0,001</p> <p>3) p = 0,03</p> <p>4) p = 0,02</p> <p>5) p = 0,003</p> <p>6) p = 0,04</p> <p>7) p = 0,008</p>
Resnick et al., 2016	<p>1) Verbesserung der Funktion BHG > KOG</p> <p>2) Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit BHG > KOG</p> <p>3) Abnahme der ans Bett gebundenen Pat. BHG > KOG</p> <p>4) Abnahme der Angst vor einem Sturz BHG > KOG</p>	<p>1) p = 0,04</p> <p>2) p = 0,04</p> <p>3) p = 0,01</p> <p>4) p = 0,03</p>

3.5.1 Auswirkungen von FFC im Setting Pflegeheim

Resnick et al. (2011) untersuchten die Entwicklung und Erprobung von FFC im Pflegeheim, um den Rückgang der körperlichen Aktivität dieser älteren Erwachsenen zu verändern. In dieser 12-monatigen cluster-randomisiert kontrollierten Studie wurden vier Pflegeheime mit mindestens 100 Betten rekrutiert. Inkludiert wurden 171 Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Durchschnittsalter von 88 Jahren und 96 Pflegekräfte mit einem Durchschnittsalter von 42 Jahren. Die Zuteilung zu einer Kontroll- oder Behandlungsgruppe erfolgte nach dem Zufallsprinzip und die Kontrollen wurden zu Beginn, nach vier und nach 12 Monaten durchgeführt.

Eine Function-Focused Care Krankenpflegerin (FFCN) koordinierte und implementierte vier Schritte der Function-Focused Care für Pflegeheime (FFC-AL) mithilfe eines interdisziplinären Forschungsteams. Darüber hinaus wählte jedes der vier Settings einen „Champion“ aus, der mit der verantwortlichen FFCN zusammenarbeitete, um zu lernen wie FFC-AL umzusetzen ist und über die Zeit aufrechterhalten werden kann. Die vier Schritte von FFC wurden umgesetzt, wobei die Kontrollgruppe nur den zweiten Schritt erhielt, nämlich die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu FFC.

Durch Schulungen über FFC, konnten 100 % der DCW der Behandlungsgruppe erreicht werden. In der Kontrollgruppe handelte es sich hierbei um nur 12-30%. Ebenso wurden die beobachteten Pflegeinteraktionen (körperliche Aktivität in alltägliche Pflegehandlungen zu integrieren wie bei der Körperpflege den BW selbstständig agieren lassen) der eingeführten FFC-Interventionen von den Pflegekräften der Behandlungsgruppe zu Beginn zu 76 %, nach vier Monaten zu 82 % und nach 12 Monaten zu 90 % umgesetzt. In der Kontrollgruppe konnten die beobachteten Pflegeinteraktionen zu Beginn und nach vier Monaten zu 75 % beobachtet werden, jedoch verringerten sich diese nach 12 Monaten auf 69%. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch am Ende der Studie in der Gesamtabnahme der körperlichen Funktion in der Kontrollgruppe wider. Es war zwar auch bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Behandlungsgruppe eine Abnahme der körperlichen Funktionen nach 12 Monaten zu sehen, jedoch konnten diese 17 % der Bewohnerinnen und Bewohner nach 12 Monaten wieder ihre 50 Yards selbstständig gehen. In der Kontrollgruppe schafften dies nur 4 %. Dazu kommt noch der Aspekt der Sicherheit, denn trotz des eben genannten Ergebnisses, gab es im Verlauf dieser 12-

monatigen Studie keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf unerwünschte Ereignisse, einschließlich Stürze, Verletzungen und Notfälle.

Galik et al. (2013) testeten die Auswirkungen einer FFC für kognitiv beeinträchtigte Personen, auf demenzkranke Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner, sowie auf deren betreuende Pflegekräfte. Diese sechs monatige cluster-randomisiert kontrollierte Studie umfasste vier Pflegeheime mit 103 Bewohnerinnen und Bewohner mit durchschnittlich 84 Jahren und 77 Pflegekräften mit durchschnittlich 42 Jahren. Zugeteilt wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zufällig zu einer Kontroll- oder Behandlungsgruppe. Zu Beginn, nach drei und sechs Monaten wurden die Messungen durchgeführt. Die Interventionen wurden von einer FFCN koordiniert und umgesetzt. Diese arbeitete sechs Monate lang 10 Stunden pro Woche auf der Abteilung. In jeder Einrichtung wurde ein „Champion“ (Mitarbeiterin und Mitarbeiter) ausgewählt der eng mit der FFCN zusammenarbeitete. Die 4 Schritte von FFC wurden umgesetzt.

Die Bereitstellung von FFC war in beiden Gruppen sehr unterschiedlich. Es gab eine Steigerung der Bereitstellung von FFC von 63 % zu Beginn auf 66 % nach 6 Monaten in der Behandlungsgruppe und eine Verringerung in der Kontrollgruppe von 55 % zu Beginn auf 40 % nach 6 Monaten. Diese Verbesserung deutet auf Möglichkeiten für Bewohnerinnen und Bewohner hin, sich aktiv an ihrer eigenen Pflege zu beteiligen, wie beispielsweise selbstständig zum Speisesaal zu gehen. Die Gesamtzeit der körperlichen Aktivität der Bewohnerinnen und Bewohner stieg in der Behandlungsgruppe nach sechs Monaten von 115 Minuten auf 126 Minuten an und fiel in der Kontrollgruppe von 130 Minuten auf 74 Minuten ab. Außerdem wurden Ergebnisse mit dem Aktigraphen, über einen 24-Stunden Zeitraum, erhoben. Diese Daten vervierfachten sich nach sechs Monaten in der Behandlungsgruppe von 20,3 Minuten auf 86,2 Minuten und verdoppelten sich in der Kontrollgruppe von 18,8 Minuten auf 32,8 Minuten. Zusätzlich konnten die Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund der vermehrten körperlichen Aktivität die Anzahl an verbrannten Kilokalorien (kcal) steigern. In der Behandlungsgruppe wurde eine Zunahme von 28,32 verbrannten kcal auf 46,17 kcal verzeichnet und in der Kontrollgruppe eine leichte Zunahme von 20,09 verbrannten kcal auf 21,26 kcal. Durch das Ergebnis des

Sturzgeschehens konnte festgestellt werden, dass es keinen Sturz bei 72 % der Bewohnerinnen und Bewohner der Behandlungsgruppe über die sechs Monate gab.

Galik et al. (2015) hatten das Ziel, die Auswirkungen von FFC Interventionen für kognitiv eingeschränkte Personen auf die Funktion, die körperliche Aktivität, das Verhalten und die Stürze der Bewohnerinnen und Bewohner zu testen. In Ihrer sechs monatigen Cluster randomisierten Studie rekrutierten sie vier Pflegeheime mit 96 Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz mit einem Durchschnittsalter von 83 Jahren, sowie 77 Pflegekräfte mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren. Diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden nach Zufallsprinzip zu einer Kontroll- oder Behandlungsgruppe zugeteilt. Erhebungen erfolgten zu Beginn, nach drei und nach sechs Monaten.

Zu Beginn der Studie gaben die Pflegekräfte an, dass sie von den Vorteilen der FFC sehr überzeugt wären. Durch einen Wissenstest über FFC wurde jedoch bestätigt, dass die Pflegekräfte nicht gut über FFC informiert waren. 69 % in der Kontrollgruppe und 80 % in der Behandlungsgruppe führten zu Beginn FFC in ihrer Einrichtung durch. Nach den sechs Monaten verringerte sich diese Bereitstellung in der Behandlungsgruppe auf 74 % und stieg in der Kontrollgruppe auf 75 % an. Ebenso vergrößerte sich in der Kontrollgruppe die Gesamtzeit die mit körperlicher Aktivität verbracht wurde von 186,46 Minuten zu Beginn auf 225,33 Minuten nach sechs Monaten. Hier gab es eine deutliche Abnahme in der Behandlungsgruppe von 225,58 Minuten körperlicher Aktivität zu Beginn auf 124,55 Minuten nach sechs Monaten. Gründe wie Langeweile, Seh- und Hörschwäche, Gleichgewichtsstörungen sowie Sturzangst verhindern oft die Ausübung einer körperlichen Aktivität. Laufende Motivationstechniken sollten angewendet werden, um die Gesamtzeit die mit körperlicher Aktivität verbracht wird weiterhin zu steigern. Damit einhergehend war auch die Abnahme der Anzahl der verbrannten Kilokalorien. Dieser Verbrauch sank in der Kontrollgruppe von 50,72 kcal auf 30,12 kcal und in der Behandlungsgruppe sank der Kalorienverbrauch von 43,85 kcal auf 11,42 kcal. Darüber hinaus waren auch die sich wiederholenden Aktivitäten der Bewohnerinnen und Bewohner, welche in der Kontrollgruppe von 50,04 Minuten auf 63,36 Minuten anstiegen und in der Behandlungsgruppe von 66,63 Minuten auf 25,80 Minuten abfielen, signifikant. Trotz der hohen Personalfuktuation von 46 % in der Behandlungsgruppe, welche

möglicherweise die bereits genannten Ergebnisse beeinflusst haben könnten, da sie zu vermehrten Stresssituationen und Arbeitsbelastungen führten, gab es hier einen geringeren Rückgang der Arbeitszufriedenheit als in der Kontrollgruppe.

Resnick et al. (2015b) haben die Verbreitung und Umsetzung des Ansatzes der FFC für Pflegeheime in einer 12-monatigen quantitativ nicht-randomisierten Studie (Vorher-Nachher Studie) untersucht. Dabei konnten 99 Pflegeheime mit durchschnittlich 49 Bewohnerinnen und Bewohnern pro Einrichtung rekrutiert werden und in 78 Pflegeheimen konnten die Interventionen umgesetzt werden. Die Ergebnisse wurden zu Beginn und am Ende der Studie durch eine FFCN ausgewertet. Jede Einrichtung wählte einen FFCC aus der durch die FFCN auf die Interventionen geschult wurde und wöchentlich Emails erhielt, welche Empfehlungen beinhaltete, um sich dadurch aktiv am Umsetzungsprozess beteiligen zu können. Bei diesen „Champions“ handelte es sich entweder um Managerinnen und Manager der Einrichtung oder um Stationsleitungen. Von den 99 Einrichtungen nahmen nur 38 FFCC am ersten Training teil, welche 28 Einrichtungen repräsentierten. 50 Einrichtungen nahmen an der Ersts Schulung, dem „Face-to-Face“ Training teil und die restlichen 21 Einrichtungen waren aufgrund von Zeitmangel nicht in der Lage an der Schulung teilzunehmen. Jedoch waren sie bereit die wöchentlichen Emails zu erhalten.

Beispiele für Motivationen waren Fotowettbewerbe, bei denen standortübergreifend ermittelt wurde wer die innovativste Art hatte, um Bewohnerinnen und Bewohner zu einer körperlichen Aktivität zu bringen (beispielsweise zu Weihnachten den Baum schmücken). Jede Einrichtung erhielt auch zu Beginn der Studie einen Geschenkgutschein für die Verbesserung ihrer Ressourcen und zur Förderung der körperlichen Aktivität. Dieser Gutschein wurde von 80 % der Einrichtungen genutzt und sie konnten dadurch Mittel besorgen, um die Funktion und körperliche Aktivität der Bewohnerinnen und Bewohner zu steigern. Durch diese Optimierung der Maßnahmen konnte eine signifikante Verbesserung der Funktion und körperlicher Aktivität der Bewohnerinnen und Bewohner festgestellt werden. Bei den FFCC handelte es sich um Führungskräfte, welche einen leichteren Zugang zu Ressourcen hatten und Veränderungen bewirken konnten. Dies führte zu einer signifikanten Verbesserung der Organisationsrichtlinien- und Umgebungsbedingungen in den Einrichtungen. Unter allen Stürzen, welche sich innerhalb der Einrichtung ereignet hatten, gab es einen

Rückgang. Zu Beginn der Studie belief sich die Anzahl der Stürze auf 12 und in den letzten zwei Monaten der Studie verringerte sich diese Zahl auf neun Stürze.

3.5.2 Auswirkungen von FFC im Setting Krankenhaus

Das Ziel der Studie von Resnick et al. (2015a) war es, den anfänglichen Einführungsprozess der FFC-AC Interventionen und den Zustand der ersten 25 rekrutierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu beschreiben, sowie die Herausforderungen und Erfolge zur Optimierung der körperlichen Aktivität dieser Personen zu untersuchen. Es handelt sich hierbei um eine randomisierte Studie, die in zwei Krankenhäusern mit Traumastationen durchgeführt wurde. Es wurden dabei 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Durchschnittsalter von 79 Jahren rekrutiert. Die Krankenhäuser wurden nach dem Zufallsprinzip entweder zur Kontrollgruppe (FFC Education Only) oder Behandlungsgruppe (FFC Acute Care) zugeteilt. Alle Interventionen wurden von einer FFCN und einem FFCC umgesetzt. Von den 62 Pflegekräften in der Behandlungsgruppe nahmen 38 (61 %) an der Gruppenschulung teil. Von den 51 Pflegekräften in der Kontrollgruppe besuchten 20 (40 %) diese Schulung. Die anderen Pflegekräfte wurden in der Behandlungsgruppe durch Einzelunterricht durch die FFCN eingeschult. Die Pflegekräfte in der Kontrollgruppe erhielten lediglich die Power-Point-Folien. Während die Behandlungsgruppe auf alle drei Schritte der Interventionen eingeschult wurde, bekam die Kontrollgruppe die Einschulung auf den ersten Schritt. Jedoch mussten beide Gruppen am Ende der Einführung in den ersten Schritt einen Multiple Choice Test zum Thema FFC absolvieren und dabei in 15 Punkten ihr Wissen unter Beweis stellen. Von den erwarteten positiv abgeschlossenen Testergebnissen von 80 %, hatten beide Gruppen durchschnittlich 70 % korrekte Antworten, was auf einen zu geringen Wissensstand hindeutet. Der Test wurde danach besprochen und falsche Antworten korrigiert. Bei den Fragen, welche für die Pflegekräfte am schwierigsten zu beantworten waren, handelte es sich um Möglichkeiten zur Motivation für die Bewohnerinnen und Bewohner Dinge selbst zu machen. Obwohl die Mehrheit der Pflegekräfte wusste, dass die Bewohnerinnen und Bewohner 50-74 % selbstständig in körperlichen Aktivitäten agieren sollten, reagierten 50 % der Pflegekräfte falsch, wenn es um den Einsatz eines mechanischen Patientenlifters ging, der nur zur Unterstützung für diejenigen gedacht war, welche maximale Unterstützung bei der Gleichgewichtsverteilung zum Sitzen benötigten. Nach der Einführung dieses ersten

Schrittes wurden die anderen zwei Schritte, Evaluierung der Umgebungs- und Organisationsrichtlinien und Laufende Schulung und Motivation, umgesetzt

Im Durchschnitt hatten die Teilnehmer, welche älter waren, eine geringere körperliche Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig konnte herausgefunden werden, dass die Probandinnen und Probanden, welche sich weniger körperlichen Aktivitäten widmeten, mehr Depressionen aufwiesen. Basierend auf den Ergebnissen des Aktigraphen wurde herausgefunden, dass Teilnehmer über einen 24-Stunden Zeitraum durchschnittlich 54 Minuten mit körperlichen Aktivitäten verbrachten (z.B. Körperpflege, Essen, Therapien). Diese Studie bestätigt, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche aufgrund von Frakturen weniger körperliche Aktivitäten ausführen konnten, mehr Bewegung und körperliche Aktivitäten beanspruchten als andere

Boltz et al. (2015) testeten die Durchführbarkeit von FFC für Familien, sowie die Auswirkungen dieser auf hospitalisierte Personen mit Demenz und ihren pflegenden Familienangehörigen. Hierbei handelte es sich um eine 18-monatige quantitative nicht-randomisierte Studie. Zwei Krankenhäuser mit insgesamt fünf medizinischen Stationen konnten rekrutiert werden. Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern handelte es sich um ältere, demenzkranke Erwachsene mit einem Durchschnittsalter von 65 Jahren und älter, und deren Familienangehörigen, welche älter als 21 Jahre sein mussten. In jedem Krankenhaus gab es eine Interventionsstation und insgesamt gab es drei Kontrollstationen in beiden Krankenhäusern. Es wurden 86 Paare gebildet. Dabei setzte sich ein Paar aus je einer Patientin beziehungsweise einem Patienten und einem Familienangehörigen zusammen. Es befanden sich 44 Paare in der Interventionsgruppe und 42 Paare in der Kontrollgruppe.

Mit der Unterstützung eines Forschungsteams widmete sich eine registrierte Krankenpflegerin, die spezialisiert auf die Einbindung der Ressourcen von Familienangehörigen war (FCRN), 10 – 15 Stunden pro Woche der Umsetzung der Interventionen für FFC. Auf jeder Station gab es eine Teamvertreterin beziehungsweise einen Teamvertreter der mit der FCRN in Zusammenarbeit die Schritte von FFC umsetzte.

Darüber hinaus sollen die Family-Care Giver (FCG) gemeinsam entwickelte Ziele und Behandlungspläne mitgestalten, Motivationstechniken kennenlernen und sich durch

regelmäßiges Coaching der Pflegedienstleiterin beziehungsweise des Pflegedienstleiters kontinuierlich Informationen holen, um sich weiterbilden zu können. Patientinnen und Patienten die an Fam-FFC teilnahmen, zeigten eine Verbesserung in ihren ADL-Leistungen. Sie konnten weitere Gehstrecken selbstständig bewältigen und hatten eine geringere Schwere und Dauer des Deliriums, sowie weniger KH-Einweisungen. Außerdem konnte festgestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten der Behandlungsgruppe, zwei Monate nach Entlassung, eher ihre ursprünglichen ADL-Funktionen wiedererlangen konnten, als die der Kontrollgruppe. Darüber hinaus stieg auch die Pflegebereitschaft und die damit verbundene Umsetzung der geplanten Interventionen der FCG signifikant an. Diese gaben sogar an, dass die geplanten Ziele in 95 % der Fälle erreicht wurden. 64 % der FCG gaben sogar an, dass die Ergebnisse größer als erwartet waren. Ebenso gab es in der Behandlungsgruppe der FCG einen signifikanten Rückgang der Angst vor der Anwendung und Umsetzung von FFC vom Beginn der Interventionen bis zwei Monate nach der Entlassung.

Resnick et al. (2016) untersuchten die Durchführbarkeit und Wirksamkeit der FFC für orthopädische Traumapatientinnen und Traumapatienten. In dieser 12-monatigen randomisierten Studie konnten in zwei Krankenhäusern mit Traumastationen 89 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Durchschnittsalter von über 65 Jahren rekrutiert werden. Nach einer vier monatigen Implementierungsphase, welche vor der Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer stattfand (alle Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger wurden auf die ersten zwei Schritte eingeschult, um eine Verhaltensänderung einzuleiten), wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach dem Zufallsprinzip zu Kontroll- oder Behandlungsgruppe zugeteilt. Verlaufsmessungen erfolgten am Beginn, nach zwei, nach acht und nach 12 Monaten. Eine speziell für FFC-AC ausgebildete Krankenpflegerin koordinierte und implementierte die Interventionen. Sie arbeitete 20 Stunden pro Woche über 16 Monate in der Einrichtung. Um eine bessere Zusammenarbeit zu gewährleisten, wurden auf jeder Station zwei FFCC ernannt, die mit der FFCN zusammenarbeiteten. Während der Studie erhielt die Kontrollgruppe die Einschulung, also den Schritt eins von FFC, die Behandlungsgruppe wiederum erhielt folgende drei Schritte von FFC: Bildung und Ausbildung, Evaluierung von Umgebung und Organisationsrichtlinien der Einrichtung und Laufende Schulungen und Motivation.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten ein niedriges Niveau an körperlicher Funktion und Aktivität. Sie waren in einem Zeitraum von 24 Stunden weniger als eine Minute in körperlicher Aktivität mit hoher Intensität (z.B. schnelles Gehen, Treppen steigen), etwa 30 Minuten körperlich aktiv in der Körperpflege und weniger als 15 Minuten in wenig intensiver körperlicher Alltagsaktivitäten (z.B. An- und Ausziehen, Aufstehen und Hinsetzen auf einen Sessel) tätig. In den Bereichen der Funktion und körperlichen Belastbarkeit gab es jedoch eine Verbesserung in der Behandlungsgruppe. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer welche Frakturen der unteren Extremitäten hatten, waren in den unabhängigen Bewegungen enorm eingeschränkt. Diese Patientinnen und Patienten wurden daher zur Bettruhe angewiesen. In der Behandlungsgruppe gab es nach der Einführung der Interventionen eine signifikante Abnahme der zu Bettruhe angehaltenen Patientinnen und Patienten. Trotzdem wurden von den 19 möglichen FFC-Pflegeinterventionen, wie beispielsweise, dass Patientinnen und Patienten an der Teilnahme zur Pflege, sowie zum Gehen motiviert wurden, nur fünf bis sechs Aktivitäten von den Pflegekräften umgesetzt. 62 % der Probandinnen und Probanden berichteten über Angst vor einem Sturz. Diese Angst wurde auch vom Pflegepersonal geteilt, jedoch gab es während der Studie kein einziges Sturzgeschehen und bei der Entlassung gab es in der Behandlungsgruppe einen signifikanten Rückgang der Angst vor einem Sturz.

4. Diskussion und Ausblick

Der Zweck dieser Arbeit war es, die Literatur kritisch zu analysieren, um den Effekt von FFC im institutionellen Setting für Pflegekräfte sowie Patientinnen und Patienten aufzuzeigen.

Die wichtigsten Ergebnisse für das Setting Pflegeheim sind, dass die Pflegekräfte dazu bereit waren, nach der Einführung von FFC, Bewohnerinnen und Bewohner zu motivieren während der Routinepflege mehr Aktivitäten zu übernehmen und waren dadurch aktiver in ihrer Selbstversorgung. Die Umsetzung des FF Versorgungsansatzes kann weitere Vorteile liefern, insbesondere im Hinblick auf die Erhaltung der funktionellen Fähigkeiten bei älteren Erwachsenen. Bereits einfache Aktivitäten, wie die Erhaltung der Fähigkeit eines älteren Menschen selbstständig zu essen, können erhebliche Auswirkungen auf die Belastung der Pflegekräfte haben und möglicherweise auch die Lebensqualität der/des Betroffenen optimieren (Resnick, Galik & Boltz 2013). Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn man bedankt, dass in unserer immer älter werdenden Gesellschaft bald jede dritte Österreicherin und jeder dritte Österreicher über 60 Jahre alt sein wird (Antony et al., 2016).

Ebenso stieg die Gesamtzeit der Bewohnerinnen und Bewohner, die mit körperlicher Aktivität verbracht wurde an. In einer Studie vervierfachte sich diese sogar. Diese Ergebnisse können genau durch die Auswertung des Aktigraphen nachvollzogen werden. Mahrs Träff et al. (2017) beschreiben jedoch, dass ältere Bewohnerinnen und Bewohner körperliche Aktivitäten, anders als die Pflegekräfte, nicht als alltägliche Aktivitäten sehen. Es kann also bereits in der Kommunikation mit älteren Bewohnerinnen und Bewohnern zu Missverständnissen kommen, wenn es um die Frage nach körperlicher Aktivität geht.

Im Zuge zweier weiterer Studien gab es signifikante Rückgänge der Stürze, sowie eine Verbesserung der Maßnahmen zur Optimierung von Funktion und körperlicher Aktivität. In den meisten Studien wird beschrieben, dass die Pflegekräfte eher auf eine FFC verzichteten, wenn die Gefahr eines Sturzes zu hoch war. Resnick et al. (2013) beschreiben in ihrer Studie einige Tipps für Familienmitglieder und Pflegekräfte, beispielsweise wie wichtig körperliche Bewegung für ältere Personen ist, um Stürze zu reduzieren und die allgemeine Gesundheit zu fördern beziehungsweise ihre Kraft zu

steigern. Des Weiteren schlagen Resnick et al. (2013) vor, dass wenn die Angehörigen auf Besuch kommen, sie auch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern trainieren sollten. Spazieren gehen, grundlegende Bewegungsübungen wie zum Beispiel das Aktivieren der Gelenke (bewegen von Knöchel, Schultern, Knie und Handgelenke) und der Zuspruch, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Ziele erreichen können, sind weitere Tipps von Resnick et al. (2013).

Die Hauptergebnisse für das Setting Krankenhaus sind, dass die Patientinnen und Patienten, welche sich durch FFC mehr körperlichen Aktivitäten widmeten weniger Depressionen aufwiesen (Resnick et al., 2015a). Wie bereits von der WHO (2015a) beschrieben, kann es durch erhöhte körperliche Aktivität nicht nur zur Verbesserung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, sondern auch zu einem Abbau von Depressionen kommen.

Ebenso hatten die Patientinnen und Patienten, welche FFC erhielten, eine geringere Anzahl an Krankenhauswiedereinweisungen (Boltz et al. 2015).

Außerdem verbesserten sich die körperlichen Funktionen, sowie der Allgemeinzustand der Patientinnen und Patienten signifikant. Wie aus einer früheren Studie von Boltz et al. (2012) herausgeht, wurden ältere Erwachsene, die FFC erhielten, mit größerer Wahrscheinlichkeit in ihre Wohnung und nicht in eine Pflegeeinrichtung entlassen.

Darüber hinaus stieg die Pflegebereitschaft und Umsetzung von FFC Interventionen der Pflegekräfte, in vier der sieben Studien, an. Die Pflegekräfte, welche in der Studie von Boltz et al. (2012) beschrieben werden, versorgten Patientinnen und Patienten mit größerer Wahrscheinlichkeit mit FFC, wenn sie jünger waren und bei der Aufnahme eine bessere körperliche und funktionelle Leistungsfähigkeit aufweisen konnten. Dies deutet laut Boltz et al. (2012) darauf hin, dass ältere Erwachsene, welche funktionelle Einschränkungen aufweisen, möglicherweise selbst vor der Einweisung in ein Krankenhaus nicht mit dem gleichen Maß an FFC in Kontakt kommen, wie jene, die bereits von Beginn an eine höhere Leistungsfähigkeit zeigten. Es könnte daher die Gelegenheit verpasst werden, die grundlegende funktionelle Leistungsfähigkeit bei älteren Erwachsenen wiederherzustellen. Obwohl es gerade für diese Personengruppe, deren Mobilität bereits beeinträchtigt ist, wichtig wäre, ihre Kraft zu erhöhen und ihr Gleichgewicht zu verbessern (WHO 2015, a). Der funktionelle Rückgang ist einer der größten Risikofaktoren einer älteren Person und dem könnte

mit FFC frühzeitig entgegengewirkt werden (Fox and Butler, 2016). Darüber hinaus könnte es ohne FFC auch zu höheren Kosten, unnötigen Institutionalisierungen und einer geringeren Lebensqualität führen (Boltz et al., 2012).

4.1.Förderliche Faktoren zur Umsetzung von FFC

Zeitfaktor

Die Autorinnen und Autoren betonen, dass es Zeit braucht um die notwendigen umgebungs- und organisationsgegebenen Veränderungen vorzunehmen. Ebenso stellt es eine Zeitressource dar, das Personal und die Bewohnerinnen und Bewohner zu motivieren ihr Verhalten zu ändern und die Interventionen planmäßig umzusetzen (Resnick et al., 2011).

Galik et al. (2013) wiederum sprechen davon, dass es mehr als sechs Monate Zeit braucht diese notwendigen Veränderungen vorzunehmen und in die tägliche Pflege zu integrieren.

Sturzfaktor

Da es bei 72 % der Bewohnerinnen und Bewohnern der Behandlungsgruppe über den Zeitraum von sechs Monaten keinen Sturz gab, dient dieses Ergebnis vor allem dazu, sich mit den Vorteilen von FFC für die Pflege auseinanderzusetzen. So kann festgestellt werden, dass es kein erhöhtes Sturzrisiko gibt (Galik et al., 2013).

Laut den Autorinnen und Autoren (Galik et al., 2015) sollte nicht nur für eine qualitativ hochwertige Pflege, also beispielsweise ausreichend Personalressourcen, gesorgt werden. Eine Aufklärung der Pflegepersonen über FFC steht ebenso im Vordergrund. Die Annahmen der Pflegekräfte, dass FFC zu vermehrten Stürzen und zur Verschlimmerung der Verhaltenssymptome führe, stellt eine große Herausforderung dar, um geplante Interventionen umzusetzen (Galik et al., 2015).

Der verzeichnete Rückgang an Stürzen könnten bei Resnick et al. (2015b) jedoch damit begründet werden, dass er durch Bewohnerinnen und Bewohner, welche mehrfach gestürzt sind, beeinflusst wurde. Ebenso wurde von Resnick et al. (2015b) darauf hingewiesen, dass es für eine erfolgreiche Umsetzung von Vorteil wäre, wenn

die Interventionen zu den Einrichtungen passen und diese auch an der Studie teilnehmen wollen (Resnick et al., 2015b).

Faktor der Steigerung der Funktion und körperlichen Aktivität

Die vermehrte körperliche Aktivität und die Steigerung der Anzahl an verbrannten Kilokalorien wirkt sich nicht nur positiv auf das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohnern aus, sondern beeinflusst auch den Funktionsrückgang. Außerdem hilft es auch als Ansporn gegen Langeweile. Darüber hinaus könnte dadurch auch die Arbeit der Pflegekräfte erleichtert werden (Bewohnerinnen und Bewohner werden nicht mehr hochgehoben) (Galik et al., 2013).

Laut der/dem FFCN wären, trotz dieser Verbesserung der Maßnahmen zur Optimierung von Funktion und körperlicher Aktivität, mehrere praktische Besuche für die Umsetzung der Interventionen hilfreich gewesen. Dadurch hätten direkte Hilfestellungen an Pflegekräfte, Bewohnerinnen und Bewohner, sowie Angehörige weitergegeben werden können (Resnick et al., 2015b).

Herausfordernde Faktoren

Trotz des Ergebnisses, dass Personen, die aufgrund von Frakturen mehr Bewegung und körperliche Aktivitäten beanspruchen, zählt in dieser Studie der Widerstand der Patientinnen und Patienten zu den größten Herausforderungen für Pflegekräfte. Einerseits sind die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Pflege, ihre Ängste und Überzeugungen über die mit der Aktivität verbundenen Vorteile und Risiken zu bedenken. Andererseits gehören auch mangelnde Motivation, Schmerzen, Müdigkeit und andere Begleitsymptome der Erkrankung von Patientinnen und Patienten zu den Herausforderungen der Pflegekräfte. Daher hat es die Pflege nicht gerade einfach, körperliche Aktivitäten so umzusetzen, wie es oft wünschenswert wäre (Resnick et al., 2015a).

Ebenso gab es die ein oder andere Herausforderung mit dem FFCC. Diese/Dieser hatte zwar der Zusammenarbeit zugestimmt, war jedoch aufgrund der klinischen Verantwortlichkeiten oft nicht erreichbar. Die akuten Patientinnen- und Patientenbedürfnisse hatten immer Vorrang gegenüber einem Treffen mit der/dem FFCN (Resnick et al., 2016).

4.2. Stärken und Schwächen

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind sowohl für Pflegekräfte, als auch für pflegende Angehörige von großer Bedeutung. Durch das Wissen über FFC ist es möglich, die körperlichen Aktivitäten von älteren Erwachsenen zu erhalten beziehungsweise auch wiederzuerlangen. Eine der Stärken stellt die gute Strukturierung der Arbeit dar. Neben den vielen Tabellen, welche eine bessere und klarere Übersicht schaffen, wurden alle Studien unabhängig vom Publikationsdatum inkludiert. Ebenso wurde eine kritische Bewertung der Studien, mit dem Bewertungsbogen *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT Version 2018, Quan Nha HONG, 2018) der für alle Designs anwendbar war, durchgeführt werden.

Neben diesen Stärken gibt es auch gewisse Schwächen. Die Selektion der Studien wurde ausschließlich durch die Autorin selbst durchgeführt und nicht wie bei einem systematischen Review üblich, durch zwei Autorinnen beziehungsweise Autoren. Ebenso wurde nur in drei Datenbanken nach Studien gesucht. Die Reichweite beschränkte sich auf den angloamerikanischen Raum, da keine passenden deutschsprachigen Studien gefunden werden konnten. Darüber hinaus wurden sechs der sieben Studien von denselben Autorinnen beziehungsweise Autoren verfasst, was zu einer fehlenden Objektivität geführt haben könnte.

4.3. Empfehlungen für Forschung und Praxis

In zukünftigen Forschungen sollte die Zusammenarbeit zwischen Setting, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Forschenden gegeben sein, um unnötige Herausforderungen zu meiden (z.B. die Nichtumsetzung von Interventionen, keine Teilnahme an Sitzungen). Außerdem muss die Motivation für die Umsetzung der geplanten Interventionen vorhanden sein. Ebenso wäre es besser, wenn FFC konsequenter umgesetzt werden würde, beispielsweise durch eine bessere Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies gilt insbesondere dann, wenn man das Verhalten von Pflegekräften und Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Patientinnen und Patienten verändern möchte. Da bei dieser Arbeit nur Studien aus dem amerikanischen Raum gefunden wurden, bedarf es weiterer Forschung im europäischen Raum, um das Wissen über FFC zu erweitern und die Vorteile dieses Versorgungsansatzes nutzen zu können.

Für die Implementierung in die Praxis ist es unabdingbar das Wissen der Pflegekräfte über FFC zu erhöhen, sowie laufende Schulungen über diesen Pflegeansatz anzubieten. Es bedarf kontinuierlicher Aufklärung, um Pflegekräfte und auch Angehörige darüber aufzuklären, wie wichtig körperliche Aktivität im höheren Alter ist und welche Vorteile FFC mit sich bringt. Diese Schulungen sollten vor allem als direkte, interaktive Beratungsgespräche durchgeführt werden, um etwaige Unsicherheiten oder Fragen der PatientInnen/BewohnerInnen unmittelbar danach abklären zu können. Als Gedankenstütze könnten Informationsbroschüren oder Folder über die Anwendungsgebiete von FFC ausgehändigt werden. Ebenso ist die Einführung eines „Champions“, welcher durchgehend am Implementierungsprozess beteiligt ist und Hilfestellungen für Pflegekräfte und Angehörige weiterleiten kann, für die erfolgreiche Umsetzung der Interventionen entscheidend. Bei diesem „Champion“ sollte es sich idealerweise um eine Führungskraft handeln, welche auch Zugang zu Ressourcen hat und die nötigen Mittel für eine Veränderung bereitstellen kann.

In Zukunft wird es auch wichtig sein die jüngeren Generationen aufzuklären, um sicherzustellen, dass sich diese bereits vermehrt für Bewegung und körperliche Aktivitäten motivieren. Die Verbreitung von FFC über das Internet und über soziale Netzwerke sind beispielhafte Möglichkeiten, dieses Thema auch an verschiedene Altersgruppen zu vermitteln. Die Bevölkerung wird immer älter und daher stehen gerade in der jungen Generation körperliche Aktivitäten und Funktionen, sowie die damit verbundene körperliche Erhaltung, im Fokus. Eine regelmäßige körperliche Aktivität tut nicht nur dem Körper, sondern auch dem Geist gut.

5. Schlussfolgerung

In dieser Arbeit wurden die Effekte von FFC auf Pflegekräfte und Patientinnen und Patienten untersucht, zusammengefasst und diskutiert. Insgesamt wurden sieben Studien in diese Literaturübersicht inkludiert, bewertet und auf ihre Qualität überprüft. Es wurde herausgefunden, dass es eine signifikante Verbesserung der körperlichen Aktivitäten, sowie Funktionen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, durch FFC, gab. In zwei der sieben Studien konnte ein Rückgang der Stürze festgestellt werden und es stieg die Gesamtzeit der körperlichen Aktivitäten bei den Bewohnerinnen und Bewohnern an. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass Patientinnen und Patienten welche weniger körperlichen Aktivitäten durchführten eher zu einer Depression neigten. Die Pflegebereitschaft der Pflegekräfte und Familienmitglieder stieg in vier der sieben Studien an. Für weitere Forschung sollte vor allem auf eine gute Zusammenarbeit zwischen Setting, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Forschenden, Wert gelegt werden, um Herausforderungen wie die Nichtumsetzung der Interventionen zu vermeiden. Wichtig ist auch die Auswahl des richtigen „Champions“, welche für eine erfolgreiche Umsetzung und Implementierung der Interventionen in der Einrichtung notwendig sind. Als erster Schritt sollten Aus-, Weiter- und Fortbildungen über FFC, sowie die Betreuung durch Fachleute in die Pflegepraxis umgesetzt werden.

Literaturverzeichnis

- ANTONY, K.; FRÖSCHL B.; HAAS, S.; JURASZOVICH, B.; ROSIAN-SCHIKUTA, I.; KLEIN, C.; LASCHKOLNIG, A. 2016. Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2012. Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- BOLTZ, M., RESNICK, B., CAPEZUTI, E., SHULUK, J. & SECIC, M. 2012. Functional decline in hospitalized older adults: can nursing make a difference? *Geriatr Nurs*, 33, 272-9.
- BOLTZ, M., CHIPPENDALE, T., RESNICK, B. & GALVIN, J. E. 2015. Testing family-centered, function-focused care in hospitalized persons with dementia. *Neurodegener Dis Manag*, 5, 203-15.
- DIEP L, KWAGYAN J, KURANTSIN-MILLS J, WEIR R, JAYAM-TROUT A. Association of physical activity level and stroke outcomes in men and women: a meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Oct;19(10):1815–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2009.1708> PMID: 20929415
- FOX, M. T. & BUTLER, J. I. 2016. Nurses' perspectives on how operational leaders influence function-focused care for hospitalised older people. *J Nurs Manag*, 24, 1119-1129.
- GALIK, E., RESNICK, B., HAMMERSLA, M. & BRIGHTWATER, J. 2014. Optimizing function and physical activity among nursing home residents with dementia: testing the impact of function-focused care. *Gerontologist*, 54, 930-43.
- GALIK, E., RESNICK, B., LERNER, N., HAMMERSLA, M. & GRUBER-BALDINI, A. L. 2015. Function Focused Care for Assisted Living Residents With Dementia. *Gerontologist*, 55 Suppl 1, S13-26.
- KATHY A. JENSEN, M., RN 2018. EVIDENCE-BASED NURSING PRACTICE: 7 Steps to the Perfect PICO Search. *EBESCO Health CINAHL Complete*, 9.
- LEE, S. J., KIM, M. S., JUNG, Y. J. & CHANG, S. O. 2019. The Effectiveness of Function-Focused Care Interventions in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Nurs Res*, 27, 1-13.
- MAHRS TRAFF, A., CEDERSUND, E. & NORD, C. 2017. Perceptions of physical activity among elderly residents and professionals in assisted living facilities. *Eur Rev Aging Phys Act*, 14, 2.

- PATERSON DH, WARBURTON DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7(1):38. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-7-38> PMID: 20459782
- POLIT D.F & BECK CT. 2018, *Essentials of Nursing Research : appraising evidence for nursing practice*, Ninth Edition, *Wolters Kluwer Health, Philadelphia.*
- POLLOCK ML, FRANKLIN BA, BALADY GJ, CHAITMAN BL, FLEG JL, FLETCHER B, et al. AHA Science Advisory. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: benefits, rationale, safety, and prescription: An advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association; Position paper endorsed by the American College of Sports Medicine. *Circulation.* 2000 Feb 22;101(7):828–33. doi: [http:// dx.doi.org/10.1161/01.CIR.101.7.828](http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.101.7.828) PMID: 10683360
- QUAN NHA HONG, P. P., SERGI FÀBREGUES, GILLIAN BARTLETT, FELICITY BOARDMAN, MARGARET CARGO, PIERRE DAGENAIS, MARIE-PIERRE GAGNON, FRANCES GRIFFITHS, BELINDA NICOLAU, ALICIA O´CATHAIN, MARIE-CLAUDE ROUSSEAU, & ISABELLE VEDEL 2018. MIXED METHODS APPRAISAL TOOL (MMAT) VERSION 2018 User guide. *McGill Department of Family Medicine*, Version 2018, 10.
- RESNICK, B., GALIK, E. & BOLTZ, M. 2013. Function focused care approaches: literature review of progress and future possibilities. *J Am Med Dir Assoc*, 14, 313-8.
- RESNICK, B. & GALIK, E. 2013. Using function-focused care to increase physical activity among older adults. *Annu Rev Nurs Res*, 31, 175-208.
- RESNICK, B., GALIK, E., GRUBER-BALDINI, A. & ZIMMERMAN, S. 2013. Understanding dissemination and implementation of a new intervention in assisted living settings: the case of function-focused care. *J Appl Gerontol*, 32, 280-301.
- RESNICK, B., GALIK, E., GRUBER-BALDINI, A. & ZIMMERMAN, S. 2011. Testing the effect of function-focused care in assisted living. *J Am Geriatr Soc*, 59, 2233-40.
- RESNICK, B., GALIK, E., WELLS, C. L., BOLTZ, M. & HOLTZMAN, L. 2015. Optimizing physical activity among older adults post trauma: Overcoming system and patient challenges. *Int J Orthop Trauma Nurs*, 19, 194-206.
- RESNICK, B., WELLS, C., GALIK, E., HOLTZMAN, L., ZHU, S., GAMERTSFELDER, E., LAIDLOW, T. & BOLTZ, M. 2016. Feasibility and Efficacy of Function-Focused Care for Orthopedic Trauma Patients. *J Trauma Nurs*, 23, 144-55.

SAELENS BE, PAPADOPOULOS C. The importance of the built environment in older adults' physical activity: a review of the literature. *Wash State J Public Health Pract.* 2008;1(1):13–21.

SHERRINGTON C, WHITNEY JC, LORD SR, HERBERT RD, CUMMING RG, CLOSE JC. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Dec;56(12):2234–43. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02014.x> PMID: 19093923

VOUKELATOS A, MEROM D, SHERRINGTON C, RISSEL C, CUMMING RG, LORD SR. The impact of a home-based walking programme on falls in older people: the Easy Steps randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2015 May;44(3):377–83. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu186> PMID: 25572426

WHO 2015, Glossary. *World report on ageing and health*, 230

WHO 2015. a, *World report on ageing and health*, Chapter 3 Health in older age, 43-85.

WHO 2015. b, *World report on ageing and health*, Chapter 5 Long-term-care systems, 127-155.

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: PICO-Schema</i>	10
<i>Tabelle 2: Suchstrategie in den Datenbanken</i>	12
<i>Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien nach dem PICO-Schema</i>	12
<i>Tabelle 4: Flow-Chart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler, 2011)</i>	17
<i>Tabelle 5: Charakteristika der Studien</i>	19
<i>Tabelle 6: Qualität der quantitativ randomisiert kontrollierten Studien</i>	27
<i>Tabelle 7: Qualität der quantitativ nicht-randomisiert kontrollierten Studien</i>	28
<i>Tabelle 8: Verwendete Messinstrumente Setting Krankenhaus</i>	30
<i>Tabelle 9: Verwendete Messinstrumente Setting Pflegeheim</i>	31
<i>Tabelle 10: Signifikante Veränderungen durch FFC in Pflegeheimen</i>	32
<i>Tabelle 11: Signifikante Veränderungen durch FFC im Setting Krankenhaus</i>	33