

Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse

Projektnummer	2747
Projekttitle	LEBENSFREUDE – im Alter tun, was gut tut
Projektträger/in	fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe GmbH
Projektlaufzeit, Projektdauer in Monaten	1.12.2015 bis 31.10.2018; 35 Monate
Schwerpunktzielgruppe/n	SeniorInnen
Erreichte Zielgruppengröße	23 TN: durchgängige Teilnahme am Programm
Zentrale Kooperationspartner/innen	fh gesundheit (Innsbruck), Tiroler Gebietskrankenkasse, Ergotherapie Austria, Fonds Gesundes Österreich, 3 SeniorInnenwohnheime in Tirol inkl. Gesundheits- und Sozialsprengel bzw. Mobile Pflege und deren Gemeinden; Land Tirol
Autoren/Autorinnen	Dr. ⁱⁿ Ursula Costa, MA; Mag. ^a Kriegseisen-Peruzzi, MSc; Eva Jabinger, MSc, MSc; Mag. Dr. Pier Paolo Pasqualoni
Emailadresse/n Ansprechpartner/innen	ursula.costa@fhg-tirol.ac.at
Weblink/Homepage	www.fhg-tirol.ac.at
Datum	31. Oktober 2018

1. Kurzzusammenfassung

Projektbegründung

Möglichkeiten zu sinnvollem Tun wirken sich auf die Gesundheit Einzelner und das Miteinander in der Gesellschaft nachweislich positiv aus.

Zielsetzung

Entsprechend den nationalen Gesundheitszielen sollen Lebens- und Handlungskompetenzen von SeniorInnen partizipativ entwickelt, gestärkt und erweitert werden.

Setting und Zielgruppe

Ältere Menschen, die zuhause, im Betreuten Wohnen, oder im Heim leben, mit Veränderungen konfrontiert sind und neue Handlungsmöglichkeiten im Alltag suchen, werden im Einzel- und Gruppensetting von ErgotherapeutInnen begleitet.

Aktivitäten und Methoden

Im Gruppensetting werden Wechselbeziehungen zwischen dem eigenen Tun bzw. Nicht-Tun und Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität deutlich. Ausgehend von der Identifikation ihrer Handlungsinteressen werden die Teilnehmenden zu bewusster, selbstwirksamer Alltagsgestaltung und Tätigkeiten, die ihnen Sinn geben und Freude machen, ermutigt.

Laufzeit: 2015 – 2018

Zentrale KooperationspartnerInnen

fh gesundheit – Ergotherapie/Handlungswissenschaften; TGKK; Land Tirol; SeniorInnenwohnheime; Sozial- und Gesundheitssprengel; 6 Gemeinden

Ergebnisse, Lernerfahrungen und Empfehlungen

Handlungsinteressen, Handlungsmotivation, Partizipation und Lebensqualität wurden aus Sicht der heterogenen Zielgruppe positiv beeinflusst; als Intervention bewährten sich KRAH®-basiertes Vorgehen, insbesondere Alltags- & Handlungsorientierung, sowie ein Setting-übergreifender Ort. Für die nachhaltige Implementierung eines neuen Angebotes sind Stakeholderanalyse und Einbeziehung von EntscheidungsträgerInnen und unmittelbar Betroffenen entscheidend.

„LEBENSFREUDE“ nützt ergotherapeutische Expertise und das Potenzial der Gruppe, um Alltagsaktivitäten anzuregen, die Gesundheit und Wohlbefinden zuträglich sind. In Umbruchphasen bietet das Programm besondere Unterstützung. Lernerfahrungen im Zuge der Projektumsetzung beziehen sich insbesondere auf die Themenbereiche Gewinnung der Zielgruppe(n), Auswahl der TeilnehmerInnen, Einbeziehung ihres Umfelds, Gruppenzusammensetzung, Programmgestaltung (Auswahl der Wahlmodule), Grundqualifikation und Schulungsbedarf für ModeratorInnen.

2. Projektkonzept

Im Unterschied zu einigen anderen europäischen und außereuropäischen Ländern gab es in Österreich bislang kein ergotherapeutisches Gesundheitsförderungsprogramm, das (hier besonders ältere) Menschen handlungsorientiert in ihren Gesundheits- und Lebenskompetenzen stärkt. Im Austausch von fh gesundheit (fhg)/Studiengang Ergotherapie, TGKK und VertreterInnen des Landes Tirol erwies sich die aus einer Zusammenarbeit mit der HAWK (Deutschland) entstandene Projektidee als sinnvoll zu pilotieren. Tirol ist seitens des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger Modellregion für die Gesundheitsförderung von SeniorInnen. Im Rahmen einer bereits 2014 stattgefundenen FGÖ-Tagung wurde im Austausch mit anderen Stakeholdern und VertreterInnen des FGÖ deutlich, dass die Sinndimension und die Handlungsorientierung im Gesundheitsförderungskontext Österreichs noch weiterer Zuwendung bedarf. Ergotherapeutischer Hintergrund bietet die Chance, genau darauf individuell und Lebenswelten-orientiert einzugehen. Auch im höheren Alter wirken sich Möglichkeiten zu sinnvoller Betätigung und selbstbestimmter Lebensgestaltung auf die Gesundheit Einzelner und auf ein gesundes Miteinander in der Gesellschaft nachweislich positiv aus. International erprobte handlungsorientierte gesundheitsförderungsmaßnahmen für SeniorInnen sollten somit auch in Österreich im Sinne Aktiven Alterns zugänglich werden. Dieses Anliegen wurde auch von VertreterInnen zahlreicher Disziplinen (z.B. Philosophie, Soziologie, Anthropologie, Medizin, Bildungswissenschaften, Public Health, Theologie) und Professionen, die in Tirol und darüber hinaus in Österreich bzw. Europa für und mit SeniorInnen tätig sind, unterstützt.

Die zur Pilotierung des Projekts eingeladenen VertreterInnen der SeniorInnenwohnheime und der Gesundheits- und Sozialsprengel beschrieben in vorbereitenden Gesprächen folgende Risiken und Problemstellungen der von ihnen mitbetreuten SeniorInnen: Vereinsamung, Rückzug, Depression, reduzierte Handlungsmotivation, weniger Handlungsinteressen, geringeres Selbstvertrauen im Initiieren von Unternehmungen, oft fehlende soziale Netze.

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2013) erklärt ein Lebensumfeld, das körperliche Aktivität und Mobilität unterstützt, Bildungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Bereichen bietet und soziale Teilhabe im Umgang mit Gleichaltrigen und Menschen unterschiedlicher Altersgruppen fördert, als bedeutsam: es ermöglicht Seniorinnen und Senioren aktives Altern, indem es direkt an den Erhalt und die aktive Wiedererlangung von Lebensqualität und Wohlbefinden im Sinne eines positiven individuellen Gesundheitsempfindens anknüpft.

Diese Punkte lassen sich durch ergotherapeutisch-handlungswissenschaftliche Angebote adressieren, die Aspekte wie z.B. Förderung körperlicher Aktivität, Erhalt und

Förderung psychischer Gesundheit, Gesundheit durch soziale Teilhabe und Integration und Entgegenwirken funktionellen Abbaus als Inhalte haben (Löffler, 2010). Vor diesem Hintergrund wendet sich das Programm "Lebensfreude – im Alter tun, was gut tut" an ältere Personen, die ihre Stärken und Ressourcen im Hinblick auf

- ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten und ihre Handlungskompetenz, damit verbunden
- größtmögliche Autonomie und aktive Einflussnahme auf ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden, u.a. durch
- selbstbestimmte Gestaltung ihres Alltagslebens und durch
- eine Erweiterung ihrer persönlichen Möglichkeiten
eigenverantwortlichen, gesundheitskompetenten Umgang mit der eigenen Gesundheit erkennen, ausbauen und nutzen wollen.

Auf internationaler und europäischer Ebene wurden zahlreiche vergleichbare gesundheitsfördernde Programme für SeniorInnen bereits erfolgreich implementiert und evaluiert (vgl. z.B. ENOTHE, 2008). Verschiedene internationale Projekte mit dem Schwerpunkt auf aktivem Altern bzw. auf Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit ergotherapeutisch-handlungswissenschaftlichem Hintergrund konnten bereits erfolgreich durchgeführt und begleitend wissenschaftlich evaluiert werden. Zudem wurde aus einer Kooperation mit der HAWK in Hildesheim, Deutschland (Prof. Dr. Ulrike Marotzki) das vergleichbare Programm „Tatkraft – Gesund im Alter durch Betätigung“ (Ferber et al., 2012) in Bezug auf dessen Verstehbarkeit und Implementierbarkeit auch für den österreichischen Kontext überprüft. Die Ergebnisse dieser Arbeit wiesen auf die Notwendigkeit einer kulturellen und sprachlichen Adaptierung von „Tatkraft“ für den österreichischen Kontext hin und lieferten Hinweise für eine inhaltliche und methodische Weiterentwicklung dieses und anderer, im Anschluss an das Literaturverzeichnis kurz skizzierter internationaler handlungsorientierter Gesundheitsförderungsprogramme für SeniorInnen. Basierend auf international bewährten ergotherapeutischen gesundheitsfördernden Programmen und auf den Ergebnissen der Masterarbeit von Ripper und Pavlu (2015) wurde eine auf „Tatkraft“ (Ferber et al. 2012) basierende Vorgangsweise gewählt.

Aspekte gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und Zielgruppenorientierung

Unabhängig von sozialer Herkunft und Position, Bildungsniveau, Einkommen oder sozioökonomischem Status kann dieses Projekt für die Zielgruppe die Möglichkeit schaffen, partizipativ neue Handlungsinteressen, Handlungsfelder und Handlungsrollen, mit allen dadurch entstehenden gesundheitsfördernden Aspekten, zu erschließen.

Das Programm adressiert Menschen mit unterschiedlichem lokalem, sozioökonomischem und kulturellem Hintergrund und bietet Personen aller Geschlechter die Möglichkeit, sich entsprechend des jeweiligen Interessens- und Wissenshintergrunds, unterschiedlicher Handlungs- und Betätigungskontexte sowie persönlicher Fähigkeiten und Kompetenzen in das Gruppengeschehen einzubringen. Durch die partizipative, handlungsorientierte Arbeit an gesundheitsrelevanten Themenschwerpunkten mit starkem Alltagsbezug besteht für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, von Angehörigen anderer sozialer Gruppen zu lernen und eigene gesundheitsrelevante Kompetenzen gleichermaßen weiterzugeben.

Die grundsätzliche Unabhängigkeit von definierten Veranstaltungsorten ermöglicht es, das Programm im Hinblick auf die Erreichbarkeit für BewohnerInnen ruraler wie urbaner Regionen zugänglich zu machen.

Die inhaltlichen Schwerpunkte orientieren sich an allgemeinen gesundheitsrelevanten Themenbereichen aus dem Erfahrungsbereich älterer Menschen und unterliegen damit keinerlei geschlechtsspezifischen Auswahlkriterien. Der altersspezifischen Verteilung der Geschlechter und ihren erwarteten demografischen Veränderungen wird durch die grundsätzliche Offenheit des Zuganges Rechnung getragen.

Bezug zu Gesundheitsdeterminanten

Gesundheitsdeterminanten wurden und werden in diesem Programm auf vielfältige Weise adressiert:

- auf der Ebene individueller Lebensweisen werden durch die partizipative Gestaltung der Module nachweislich positiv auf die Gesundheit wirkende Möglichkeiten geschaffen, bedeutungsvolle Betätigungen neu zu entwickeln oder wieder zu entdecken und diese in das Alltagsleben zu integrieren.
- auf der Ebene der sozialen Netzwerke
 - werden in drei Gemeinden Strukturen zur Vernetzung und Interaktion zwischen Allgemeinbevölkerung und BewohnerInnen von SeniorInnenwohnheimen geschaffen, in denen ein gegenseitiger Austausch und ein Miteinander gepflegt und gelebt werden können.
 - In den Modulen bearbeitete Themen können in anderen, bestehenden Angeboten für SeniorInnen wie z.B. der SeniorInnenverbände, der „Compuerias“ des Landes Tirol, der Angebote von SELBA u.a.m. vertieft werden.
 - Indem die ModeratorInnen um die lokalen Angebote für SeniorInnen wissen und die Projektleitung bereits im Vorfeld mit den jeweiligen Initiativen Kontakt aufgenommen hat, dient dieses Projekt auch zur Entwicklung und Stärkung eines Netzwerkes von Angeboten für und mit SeniorInnen.

- Auch die VertreterInnen der Heime und der Gesundheits- und Sozialsprengel erwarten sich gegenseitigen Austausch im Rahmen des Projekts, der durch die ModeratorInnen, die Projektleitung und das „LEBENSFREUDE-Forum“ unterstützt wird.
- auf der Ebene der Lebens- und Arbeitsbedingungen wird die Möglichkeit geschaffen, ein Pilotprojekt in drei Tiroler Gemeinden unter Miteinbezug der relevanten Stakeholder zu etablieren, das künftig als Modellprojekt für die handlungs- bzw. betätigungsorientierte Gesundheitsförderung älterer Menschen dienen und in die flächendeckende Gesundheitsversorgung Österreichs integriert werden kann. Ein neues Selbstverständnis handlungsinitiativer HeimbewohnerInnen und im eigenen Zuhause lebender SeniorInnen kann zu einer veränderten, positiveren Selbst- und Fremdwahrnehmung älterer Menschen beitragen.

Setting

Das Projekt bezog sich v.a. auf drei Settings, in denen SeniorInnen wohnen: SeniorInnenwohnheime, Betreutes Wohnen, sowie die Lebensumgebung im eigenen Zuhause. Die moderierten Gruppentreffen, zu denen in den Heimen, im Betreuten Wohnen und zuhause lebende SeniorInnen eingeladen werden, fanden in Räumlichkeiten dreier SeniorInnenwohnheime bzw. in einem von einer der teilnehmenden Gemeinden zur Verfügung gestellten Raum statt.

Das Projekt lässt sich sowohl zum Strategie- und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) des WHO Regionalbüros Europa, als auch zu den Rahmengesundheitszielen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG, 2012) in Beziehung setzen.

Auf die von der WHO beschriebenen erforderlichen Ansätze, die zum Gelingen von Maßnahmen, die aktives Altern fördern, beitragen, wurde in der Projektkonzeption eingegangen. Dies bezieht sich auf partizipatorische Ansätze, Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln als Person und Gruppe, Schwerpunktlegung auf Chancengleichheit im Hinblick auf anfällige und benachteiligte Gruppen, sektorenübergreifendes Handeln, sowie Nachhaltigkeit und Gegenwert (WHO Regionalbüro Europa, 2012). Zusätzlich wurden auch Kosteneffizienz und Nachhaltigkeit des diesem Projekt zugrundeliegenden Konzepts bereits beforscht und für adäquat befunden.

Zielsetzungen des Projekts

Ziel des Projekts von fhg, TGKK und Land Tirol war es, ältere Menschen in ihrer Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit, Handlungskompetenz, Gesundheit und Lebensqualität zu stärken:

- Handlungsinteressen zu stärken und weiter zu entwickeln,
- das Potential der Peer-Group im wohnortnahen Setting als Ressource zu nutzen,
- sinnstiftende Handlungsfelder aufzuzeigen und zu ermöglichen, sowie
- auf der Ebene der Institutionen Bewusstsein für den Zusammenhang von sinnvollem Tun und Gesundheit zu schaffen und in diesem Sinne
- Unterstützungsstrukturen für ältere Menschen anzuregen.

Das Programm "LEBENSFREUDE – im Alter tun, was gut tut" trägt durch seinen Aufbau und seine Zielsetzung zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Zielgruppe (HLS-EU Consortium, 2012) bei und adressiert mehrere Österreichische Rahmengesundheitsziele (Bundesministerium für Gesundheit, 2012), zum Beispiel:

Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen: durch breite Kooperationsbasis und Unterstützung verschiedener Projektpartner und Stakeholder

Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen: durch freien Zugang für die Zielgruppe zu den Projektmaßnahmen, unabhängig von Herkunft und sozioökonomischem Status

Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken: durch Aufbau, Inhalt und partizipative Gestaltung der Projektmodule

Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken: durch das Fazilitieren des Peer-Supports in den Gruppentreffen, durch das gemeinsame Erarbeiten und Erleben der Projektmodule sowie den moderierten, reflektierenden Austausch in der Gruppe; durch die Schaffung einer Schnittstelle zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern von SeniorInnenwohnheimen und der in der Gemeinde lebenden (älteren) Bevölkerung

Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern: durch die Unterstützung und Ermutigung zur Bewusstmachung und Umsetzung von Handlungsinteressen, durch das Fördern von subjektiv als Sinn stiftend erlebten Tätigkeiten; durch positiv erlebbare Selbstwirksamkeitserfahrungen; durch sämtliche, weiter oben geschilderten, positiven Gesundheitsaspekte einer handlungsorientierten Intervention.

3. Projektdurchführung

Geplante Maßnahmen

Die Gruppentreffen (Basis- und Wahlmodule) wurden in Anlehnung an international erprobte gesundheitsfördernde ergotherapeutische Programme konzipiert und umgesetzt. Das gesamte Programm orientiert sich an ergotherapeutischen best practice Kriterien (KRAH® – Costa, 2011; 2014; vgl. Stadler, 2015)), die eine klientInnen-zentrierte Haltung und Vorgangsweise unter Berücksichtigung von Ressourcen der Person, Umgebung und jeweiligen Handlung, sowie ein Eingehen auf den jeweiligen Lebensalltag vorsieht. Die Anliegen und Handlungsinteressen der KlientInnen stehen dabei im Mittelpunkt. Konkrete Maßnahmen zu den Modulhalten beziehen sich auf Reflexionsimpulse im Gruppensetting (bis zu max. 10 TeilnehmerInnen), Handlungsangebote (z.B. zur Entdeckung der eigenen Selbstwirksamkeit und zur Förderung von Gemeinschaft und Miteinander in der Peer Group) und Handlungsstrategien zur Gestaltung eines möglichst gesunden Alltags.

Maßnahmen im Überblick

Vor der Maßnahme

1. Informations-/Kooperationsveranstaltung mit MitarbeiterInnen der SeniorInnenwohnheime und Mobilen Pflege, Verantwortlichen der Gesundheits- und Sozialsprengel, sowie interessierten SeniorInnen aus den Gemeinden und den betreffenden SeniorInnenwohnheimen zur Information und Vorbereitung der Gewinnung von TeilnehmerInnen (Projektleitungsteam & ModeratorInnen (ErgotherapeutInnen))

Maßnahme

2. Einzelgespräche mit den TeilnehmerInnen zu Projektbeginn (ca. 1 Stunde pro TeilnehmerIn) (durch ErgotherapeutIn/ModeratorIn)
3. Erhebung im Rahmen des Erstgesprächs (SeniorInnen) bzw. mittels Ergo-Ass (SeniorInnen; Angehörige; Pflegepersonal)
4. Erhebung im Rahmen des ersten Gruppentreffens (s. 5.): Mayer's Lifestyle Questionnaire (als Fragebogen an SeniorInnen)
5. Einschulung und prozessbegleitende Reflexion/Supervision mit den ModeratorInnen
6. 12 Gruppentreffen à 90 min. (mit ca. 30 min. Pause nach 45 min.) von jeweils drei Projektgruppen in drei Tiroler Gemeinden über insgesamt 12 Monate:

8 Basismodule

Modul 1 – Gesundes Tun: Los geht's

Modul 2 – HANDlung – was mein Tun mit Gesundheit zu tun hat

Modul 3 – ZusammenTUN – der Wert von Miteinander und Freundschaft

Modul 4 – Ein Tag in meinem Leben – wie ich meine Zeit Sinn-voll gestalte

Modul 5 – Meine Handlungsmöglichkeiten: Interessen, Stärken, Wünsche

Modul 6 – Lebenslanges Lernen

Modul 7 – Was mir Kraft gibt

7. Im Rahmen des 8. Moduls: Zwischenerhebung: Mayer's Lifestyle Questionnaire (als Fragebogen an SeniorInnen)

8. **4 Wahlmodule** (von der jeweiligen SeniorInnengruppe gemeinsam mit ModeratorIn ausgewählt)

Modul A – Für sich und andere sorgen – Familie, Nachbarschaft, Ehrenamt

Modul B – Sicherheit im Alltag und unterwegs

Modul C – Mahlzeit! Essen und Gesundheit

Modul D – Finanzen: viel Freude um wenig Geld

Modul E – Wohnen im Alter: Möglichkeiten, Unterstützung

Modul F – Lebenslanges Lernen und Gedächtnis (Vertiefung)

Modul G – Neue Technologien: Handy, Tablet, Computer

Modul H – Erholung und Schlaf

Modul I – In Bewegung bleiben – Möglichkeiten nützen

9. Basismodul 8: Abschluss

10. Einzelgespräche mit den TeilnehmerInnen nach Durchführung der 8 Basis- und 4 Wahlmodule

Nach der Maßnahme

11. Fokusgruppen mit den SeniorInnen (durch das Forschungsteam)

12. Fokusgruppe mit Angehörigen

13. Fokusgruppe mit MitarbeiterInnen von Pflege (Wohnheim/Mobile Pflege/Gesundheits- und Sozialsprengel)

14. Fokusgruppe mit VertreterInnen der teilnehmenden Institutionen

15. „LEBENSFREUDE-Forum“: Abschlussveranstaltung mit Verantwortlichen in Heimen, Sprengeln, Gemeinden, teilnehmenden und interessierten SeniorInnen u.a. Interessierten

Für den Projektablauf siehe bitte **Meilensteinplan** als ergänztes Upload. Die Projektgremien/-strukturen im Projekt sind im **Organigramm** ebendort abgebildet.

Die Kooperationen mit den im Organigramm angeführten Menschen und Institutionen wurden durch den kontinuierlichen Austausch im Rahmen der Fachbeirats- und Steuerungsgruppensitzungen gestärkt und weiter ausgebaut. Auch das LEBENSFREUDE-Forum konnte diesen Prozess länderübergreifend nachhaltig unterstützen.

Das Projektkonzept per se wurde nicht abgeändert, allerdings konnten die ursprünglich zeitlich weiter gefassten Termine für die Wahlmodule in einen für die teilnehmenden SeniorInnen überschaubareren Zeitraum organisiert werden.

Durch zahlreiche personelle Veränderungen im Lauf des Projekts (Marlene Mayr – Christian Wanka, Claudia Ellmerer – Eva Jabinger, Lisa Stern – Marina Spörr, Pier Paolo Pasqualoni – Melanie Kriegseisen-Peruzzi) und durch politische Rahmenbedingungen, die das LEBENSFREUDE-Forum auf Oktober 2018 (von März 2018) verlegen ließen, wurde die Projektlaufzeit in Rücksprache mit Frau Dr. Zeuschner (FGÖ) um weitere fünf Monate verlängert. Zudem brachten die personellen Veränderungen erhöhten Arbeitsdruck auf die Projektkonstanten.

Das Programm LEBENSFREUDE – im Alter tun, was gut tut konnte durch Rückmeldungen der moderierenden Ergotherapeutinnen im Lauf der Implementierung insofern optimiert werden, als nun fünf Kernthemen für acht Basismodule (statt ursprünglich acht Themen für acht Basismodule) angeboten werden, die je nach Gruppenbedarf handlungsorientiert vertieft und erweitert werden. Diese Veränderungen wurden auch in die Überarbeitung des Handbuchs aufgenommen und konnten bereits in Folgeprojekte übernommen werden.

4. Evaluationskonzept

Die Evaluation des Programms fand sowohl prozessual als auch nach Beendigung der Maßnahmen statt.

Prozessuale Evaluation wurde im Sinne der Qualitätssicherung der Intervention im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Reflexions-/Supervisionstreffen mit den Moderatorinnen durchgeführt. Zudem wurden die SeniorInnen vor und nach den acht ersten Gruppentreffen hinsichtlich ihrer subjektiven Lebensqualität mithilfe des MLSQ befragt. Eine dritte Erhebung aus ihrer Sicht erfolgte nach Abschluss von insgesamt zwölf Modulen und jeweils zwei Einzelgesprächen (pro TeilnehmerIn).

Um die Perspektiven möglichst aller direkt und indirekt Angesprochenen in die Evaluation einfließen lassen zu können, wurden vor und nach den Maßnahmen auch Fragebögen an Angehörige und Betreuungs-/Pflegepersonen ausgegeben.

Sämtliche Datenquellen wurden auch in der wissenschaftlichen Datenanalyse unter Einbeziehung wissenschaftlicher MitarbeiterInnen, die nicht in die Projektimplementierung involviert waren, trianguliert.

Erste Ergebnisse, Erkenntnisse, Lernerfahrungen und Lösungsansätze wurden sowohl kurzfristig in der Steuerungsgruppe, als auch planmäßig in den Fachbeirats- und Steuerungsgruppensitzungen mitgeteilt, diskutiert und bearbeitet. Die Steuerungs- und Fachbeiratsgruppensitzungen wurden nach dem anfänglichen getrennten Abhalten im Verlauf des Projektes in einem Termin abgehalten.

Die Evaluation hat sich aus Projektsicht bewährt. Sowohl Fragestellung, als auch Methoden und Art der Durchführung erwiesen sich als angemessen und hilfreich für die Steuerung und Umsetzung des Projektes, sowie für die Vorbereitung und Umsetzung erster Folgeprojekte. Die gesetzten Projektziele wurden im Rahmen der prozessual erfolgten Praxisforschung als auch weiterführender wissenschaftlicher Analysen als erreicht bewertet.

Eingesetzte Methoden

- Interviews mit TeilnehmerInnen vor Beginn und nach Abschluss der Gruppentreffen
- Ergotherapeutisches Assessments (EA) mit bzw. zu TeilnehmerInnen (Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen) vor Beginn und nach Abschluss der Gruppentreffen
- Mayers' Lifestyle Questionnaires (MLSQ) mit TeilnehmerInnen zu Beginn der Gruppentreffen, nach Abschluss der Basismodule und nach Abschluss der Gruppentreffen
- begleitende Supervision der Moderatorinnen (im Programmverlauf)
- Dokumentation der Gruppentreffen durch Moderatorinnen (im Programmverlauf)
- Fokusgruppen mit TeilnehmerInnen nach Abschluss des Programms
- Fokusgruppe mit Moderatorinnen nach Abschluss des Programms
- Fokusgruppe mit Entscheidungsträgern im Heimkontext nach Abschluss des Programms
- Interview mit einer Angehörigen einer teilnehmenden Heimbewohnerin nach Abschluss des Programms

5. Projekt- und Evaluationsergebnisse

Die **Projektergebnisse** beziehen sich, kurz zusammengefasst, auf *mehrere Zielgruppen und Wirkungsfelder*:

- die teilnehmenden SeniorInnen selbst
- die mitwirkenden Einrichtungen bzw. Gemeinden
- die ProjektmitarbeiterInnen und deren Netzwerk im SeniorInnenbereich

- die österreichische Bevölkerung (Gesundheitsförderungsangebot spezifisch erweitert)
- die Berufsgruppe der ErgotherapeutInnen (Handbuch und Schulung)
- die Scientific Community (Daten, die in weiteren wissenschaftlichen und fach-einschlägigen Publikationen veröffentlicht werden).

Vor Projektbeginn wurden, ausgehend von den Rahmengesundheitszielen Österreichs, Public Health bezogenen Überlegungen, sowie ergotherapeutischen und handlungswissenschaftlichen Grundlagen, Zielsetzungen und entsprechende Indikatoren für die Zielerreichung operationalisiert. Diese sind im Folgenden in Bezugnahme auf Beispiele für deren Erreichung dargestellt:

Ziel 1. Die TeilnehmerInnen sind sich des Zusammenhangs zwischen ihrem Tun im Alltag und ihrer Gesundheit bewusst. – Handlungsideen und Handlungsinteressen wurden geweckt, gestärkt und erweitert, das eigene Tun konnte im Zusammenhang mit dem eigenen Wohlbefinden gesehen werden.

Indikator 1: Die TeilnehmerInnen beschreiben, welche ihrer Tätigkeiten Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen:

Die TeilnehmerInnen beschrieben in den Fokusgruppen eine neu erreichte Zufriedenheit in ihrem Leben, mit ihrer eigenen Handlungsfähigkeit, mit bestehenden (und in der Projektlaufzeit erkannten bzw. erweiterten) eigenen Fertigkeiten im Lebensalltag. Die TeilnehmerInnen artikulierten auf unterschiedliche Weise, wie das Programm im Hinblick auf sinnvolles Tun auf ihr Wohlbefinden und ihre psychische Gesundheit wirkte und wirkt. Tätigkeiten, die sie im Zuge des Programms als gesundheitsfördernd, unterstützend oder schützend identifizieren konnten, wurden benannt.

Ziel 2. Ältere Menschen, die in einem SeniorInnenwohnheim wohnen oder vom Sozial- und Gesundheitssprengel bzw. der mobilen Pflege in ihrem Zuhause betreut werden, übernehmen Selbstverantwortung für ihre Gesundheit, indem sie individuell bedeutungsvolle und gesundheitsfördernde Tätigkeiten ausführen.

Mehrere TeilnehmerInnen berichteten, dass sie bewusst Aktivitäten übernehmen konnten, um das im Rahmen von LEBENSFREUDE positiv erlebte Tätigsein aufrecht zu erhalten. Gruppenaktivitäten und Einzelaktivitäten wurden auch über die Projektlaufzeit hinaus ausgeführt.

Indikator 2: Die TeilnehmerInnen integrierten mindestens eine handlungs- und partizipationsorientierte Strategie aus den Gruppenmodulen in ihren Alltag: Konkrete Aktivitäten aus dem bestehenden ergotherapeutischen Angebot des SeniorInnenwohnheims wurden als unterstützend und konkret gesundheitsfördernd erkannt, durch neue, selbst identifizierte, ergänzt und im Hinblick auf die eigene Gesundheit wertgeschätzt und in Anspruch genommen.

Ziel 3. Die teilnehmenden SeniorInnen erleben sich als selbstwirksam hinsichtlich einer für sie gesundheitsfördernden Alltagsgestaltung.

Der Mayers' Lifestyle Questionnaire zeigte bei den teilnehmenden HeimbewohnerInnen ebenso wie bei den zu Hause und im Betreuten Wohnen lebenden TeilnehmerInnen eine Verbesserung hinsichtlich der von ihnen wahrgenommenen Selbstwirksamkeit. Dies bestärkte sie in ihrer Handlungsmotivation und -initiative.

Indikator 3: Die TeilnehmerInnen beschrieben, dass sie Tätigkeiten in ihrem Alltag auswählten, die sie in ihrer biopsychosozialen Gesundheit stärken, sowie nun auch Dinge reduzieren oder vermeiden, die ihre biopsychosoziale Gesundheit belasten.

Die TeilnehmerInnen messen vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Aktivitäten und Tätigkeiten aus dem eigenen Handlungsrepertoire wieder mehr Wert bei und finden Möglichkeiten, um sie im aktuellen Lebenskontext einzubringen. Einzelne TeilnehmerInnen nehmen sich selbst verstärkt in ihrer Rolle als „wirksames Gruppenmitglied“ wahr und üben ihre entsprechende Handlungsrolle (z.B. als zukünftige Spielpartnerin, als Mitarbeiter in der Vorbereitung eines Basars, Initiatorin eines Computerkurses bzw. einer Tanzgruppe, Theaterbesucherin nach mehreren Jahren ohne Vorstellungsbuch etc.) bewusst aus.

Ziel 4. Die TeilnehmerInnen nehmen aktiv auf ihre Lebens- und Gesundheitssituation Einfluss, indem sie (auch neu erschlossenen) Tätigkeiten nachgehen, an denen sie Freude haben (Erweiterung bzw. Bewusstheit hinsichtlich Betätigungsinteressen und Betätigungsrepertoire).

Indikator 4.1: Die TeilnehmerInnen können zu Projektende drei konkrete Beispiele von Handlungen nennen, welche ihnen Freude bereiten und die auf sie gesundheitsfördernde Wirkung haben:

Nicht nur in Bezug auf die Gegenwart, sondern auch in Bezug auf die Zukunft werden von den TeilnehmerInnen nach der Teilnahme am Programm LEBENSFREUDE Handlungsinteressen genannt, die Auswirkungen auf Lebensqualität und Wohlbefinden haben. Ausgehend von den Handlungsinteressen, die im Rahmen des Programms identifiziert und konkretisiert wurden, können Angebote und Initiativen im Umfeld wie z.B. Computerias, Tanzrunden u.ä. für die TeilnehmerInnen genutzt bzw. selbst initiiert und organisiert werden. Begegnungsräume und -möglichkeiten im SeniorInnenwohnheim bzw. in der Gemeinde (wie z.B. Vereine, Angebote für die Zielgruppe) werden verstärkt genutzt.

Das Ergotherapeutische Assessment® ergab nach Abschluss des Programms im Bereich der „Alltagsrelevanten Folgen psychosozialer Funktionen“ signifikante Verbesserungen bei der Selbsteinschätzung der TeilnehmerInnen. Die Messung durch geschulte ErgotherapeutInnen ergab positive Effekte in derselben Domäne.

Indikator 4.2: Die TeilnehmerInnen gehen (auch neue erschlossenen) Tätigkeiten nach, die sie freuen (Erweiterung bzw. Bewusstheit hinsichtlich Handlungsinteressen und Handlungsrepertoire): Die TeilnehmerInnen erkennen bereits bestehende Strategien in Bezug auf ihr Handeln und ihre Aktivitäten im Alltag als „gut“ und „richtig“ – dieses bewährte Handlungsrepertoire erfährt dadurch eine Stärkung und kann im Sinne einer gesundheitsfördernden Alltagsgestaltung bewusst als Ressource eingesetzt werden. Neue oder früher ausgeführte Aktivitäten, die von den einzelnen TeilnehmerInnen als relevant für ihr subjektives Wohlbefinden eingeschätzt werden, werden in den Alltag übernommen.

Ziel 5. Soziale Beziehungen werden durch das Projekt gestärkt und bleiben darüber hinaus bestehen.

Indikator 5.1: Die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen bezüglich der subjektiven Balance zwischen Miteinander, Freundschaft und Alleine sein ist höher als zu Projektbeginn: der von mehreren TeilnehmerInnen beschriebene Zuwachs an Kontakt zu anderen, der hinsichtlich der Intensität selbst reguliert werden kann, wird als wertvoll und bedeutsam erlebt, gemeinsame Aktivitäten bleiben auch nach dem Programm bestehen. Kontakte, die sich im Zuge von LEBENSFREUDE etablierten, werden über die Projektphase hinaus aufrechterhalten und aktiv gepflegt. Dies gilt sowohl für TeilnehmerInnen aus den Gemeinden als auch jene im Wohnheim und im Betreuten Wohnen.

Indikator 5.2: Begegnungsräume und -möglichkeiten im SeniorInnenwohnheim bzw. in der Gemeinde (wie z.B. Vereine, Angebote für die Zielgruppe) werden verstärkt genutzt: Gemeinschaftsbereiche im Wohnheim werden als Ort für Aktivitäten im erweiterten Personenkreis genutzt: einzelne TeilnehmerInnen treffen sich auch nach Ablauf des LEBENSFREUDE-Programmes im Gemeinschaftsraum, weitere HeimbewohnerInnen werden nach Auslaufen des Programmes zu gemeinsamen Aktivitäten im Haus eingeladen, bestehende Handlungs- und Partizipationsangebote, vor allem im Heimumfeld, werden im Anschluss an LEBENSFREUDE von den TeilnehmerInnen bewusst und aktiv genutzt. Am Projekt teilnehmende SeniorInnen aus unterschiedlichen Wohnformen fungieren, ebenso wie Leitungen von Einrichtungen, Abteilungen und Organisationen, auch als MultiplikatorInnen für Folgeprojekte.

Indikator 5.3: Die TeilnehmerInnen berichten von einem veränderten Bewusstsein über die mit sozialen Beziehungen verbundenen stärkenden Impulse.

Peer Support wird als unterstützende und wichtige Erfahrung im Rahmen des Programms beschrieben. Das gemeinsame Tun wird als stärkender Faktor und Möglichkeit, sich in unterschiedlichen Handlungsrollen mit den individuellen Kompetenzen einzubringen, wahrgenommen und genutzt. Die TeilnehmerInnen der gemischten Gruppe hinsichtlich Wohnform (Heim, zuhause, Betreutes Wohnen) erlebten den Kontakt mit Personen aus jeweils anderen Wohnkontexten als wertvoll: HeimbewohnerInnen schätzten den konkreten Austausch mit im eigenen Zuhause lebenden Personen; diese wiederum beschrieben durch den direkten Kontakt mit HeimbewohnerInnen eine positive Veränderung in der subjektiven Wahrnehmung des „Wohnumfeldes SeniorInnenwohnheim“, insbesondere im Hinblick auf eine mögliche eigene Übersiedlung dorthin beim Eintreten von gesundheitlichen Veränderungen.

Indikator 5.4: Die TeilnehmerInnen berichteten von aus ihrer Sicht positiven Veränderungen im Miteinander in ihrem Alltag.

Der Wert des eigenen Eingebundenseins in die Familie (soweit aktuell erlebbar) wurde von den TeilnehmerInnen als Ressource in die Gruppengespräche eingebracht. Andere wiederum schätzen ihre MitbewohnerInnen in der Gemeinde, im Betreuten Wohnen sowie im Kontext des SeniorInnenwohnheimes als wertvolle PartnerInnen für Austausch, Unternehmungen/Aktivitäten und damit Teilhabe am Alltagsgeschehen.

Speziell im Kontext der SeniorInnenwohnheime nehmen die TeilnehmerInnen während und nach ihrer Teilnahme am Programm „LEBENSFREUDE“ bewusst Kontakt mit MitbewohnerInnen auf. Dabei werden in Einzelfällen dezidiert auch kognitiv beeinträchtigte Personen als wertvolle KommunikationspartnerInnen erlebt.

Innerhalb der Gruppen entwickelten sich im Verlauf von „LEBENSFREUDE“ engere Kontakte, die über das Programm hinaus bestehen blieben, alte Freundschaften werden wiederaufgenommen, von mehreren Personen wurden mit „Vertrauen“ assoziierte Qualitäten im gemeinsamen Austausch als besonders wertvoll beschrieben.

Indikator 5.5: Angehörige und/oder Betreuungspersonen beobachten den Ausbau und die Festigung von sozialen Beziehungen der ProgrammteilnehmerInnen im Alltag.

Durch die Rückmeldungen der SeniorInnen nach der Teilnahme am Programm wurde deutlich, wie sehr sie nun die Aktivität, das Engagement und die Übernahme von Verantwortung von Anderen wahrnehmen, wertschätzen und anerkennen.

Ziel 6. Das Betätigungsverhalten der teilnehmenden SeniorInnen zeigt bis Ende des Projekts eine individuell als gesund erlebte Betätigungsbalance.

Indikator 6.1: Das individuelle Betätigungsprofil ist im Vergleich zu vor dem Projektbeginn subjektiv zufriedenstellender und gesünder: Mehrere TeilnehmerInnen schildern anhand konkreter Beispiele, dass sich ihr Alltag durch das bewusste Einbauen von Aktivitäten verändert hat. Insbesondere werden gesundheitsförderliche Veränderungen hinsichtlich Tagesstruktur, Zeitgestaltung und Betätigungsbalance (positiv erlebte Zunahme von aktiven Zeiten bei gleichzeitiger Abnahme von „Leerzeiten“, bzw. bewusste Zeiten für sich und das eigene Wohlbefinden bei Auslastung durch die Handlungsrolle einer pflegenden Angehörigen) erwähnt.

Indikator 6.2: Die TeilnehmerInnen fanden bis Projektende mindestens eine Handlungsmöglichkeit, die sich aus ihrer Sicht auf sie in ihrer Lebenswelt gesundheitsfördernd auswirkt und die sie in ihren Alltag integrieren können: die TeilnehmerInnen beschrieben Aktivitäten, die sie im eigenen Wohn- und Lebensumfeld regelmäßig umsetzten. Einerseits wurden länger gehegte Aktivitätsvorhaben (z.B. Hochbeet im eigenen Garten, Krippe bauen, Mitwirken an Gemeinschaftsprojekten im Heimaltag) umgesetzt, andererseits wurden Tätigkeiten, die in früheren Lebensphasen positiv konnotiert waren, wiederaufgenommen. In Einzelfällen gingen diese Veränderungen auch mit Veränderungen von Handlungsrollen einher (z.B. die verstärkte Übernahme von MultiplikatorInnen- und InitiatorInnenrollen).

Indikator 6.3: Die Menschen in der Lebensumgebung der TeilnehmerInnen (Angehörige, Pflegepersonal – im Heim, zuhause, in der Gemeinde) beschreiben positive Veränderungen betreffend Alltagsgestaltung und Aktivitäten der TeilnehmerInnen in Bezug auf deren Handlungsinteressen und Eigeninitiative für ihre Tages- und Wochengestaltung: die an den LEBENSFREUDE-Gruppen teilnehmenden SeniorInnen nahmen positive Veränderungen aneinander wahr.

Ziel 7. Der Wunsch der TeilnehmerInnen nach sozialer Unterstützung und emotionaler Wertschätzung (sozialer Anerkennung) wird durch die Stärkung in der (moderierten) Peer Gruppe von einer breiteren Basis mit mehreren Säulen getragen. Neben der professionellen Betreuung können auch andere Ressourcen – frühere oder neue Betätigungsmöglichkeiten oder Kontakte – genutzt und gepflegt werden.

Der Austausch mit Anderen und die Auseinandersetzung in der Gruppe bot vielfältige Möglichkeiten, alltagsnahe Fragen aufzugreifen, Erfahrungen auszutauschen, Anregungen zu geben und selbst mitzunehmen. Dabei konnte laut Rückmeldungen der teilnehmenden SeniorInnen und der moderierenden Ergotherapeutinnen Gemeinschaft erfahren werden. Laut Ergebnissen der Fokusgruppeninterviews wirkte dies auf den Alltag der einzelnen TeilnehmerInnen und nahm auf deren Wohlbefinden (inkl. biopsychosozialer Gesundheit) Einfluss.

Durch die Auseinandersetzung mit Handlungsinteressen und weiteren Handlungswünschen für Gegenwart und Zukunft wurden frühere Kontakte wieder aufgegriffen, bestehende Kontakte (auch mit eigenen Familienmitgliedern) intensiviert und durch die Gruppenkonstellation (Heim/Gemeinde/Betreutes Wohnen) neu entstandene Beziehungen gepflegt.

Die im Lauf des Programms verinnerlichte wertschätzende Kommunikation im Gruppensetting (inkl. der von den Ergotherapeutinnen entsprechend eingeführten und erwarteten Kommunikationsregeln) wurde von Allen als unverzichtbar und wohltuend rückgemeldet.

Miteinander Dinge zu tun und voneinander zu lernen wurde seitens der SeniorInnen durch die Programmteilnahme als gesundheitsförderlich erlebt.

Indikator 7.1: Angehörige und/oder Betreuungspersonen beschreiben Veränderungen in der Tagesgestaltung, den Kontakten und Aktivitäten der TeilnehmerInnen.

Die Perspektive Angehöriger konnte nur unzureichend erhoben werden. Die Einladung der Angehörigen zur Reflexion des Programms und dessen Wirkungen erfolgte durch die teilnehmenden SeniorInnen; diese waren am Ende des Programms jedoch der Ansicht, dass sie selbst ausreichend und besser darüber Auskunft geben könnten, und es dazu die Angehörigen nicht unbedingt brauche.

Im Kontext der Fachbeiratssitzungen wurden von den VertreterInnen aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Heimleitung positive Veränderungen in Bezug auf Handlungsmotivation, Handlungsinteressen, Initiative und Selbst-/Mitbestimmung der am Programm teilnehmenden SeniorInnen berichtet. Ein Heim reagierte auf diese Initiative und die ergotherapeutisch-handlungswissenschaftlichen Impulse durch die Teilnahme am Projekt u.a. mit einer offeneren Gestaltung des Frühstück(zeit)raums sowie mehr Möglichkeiten zum gemeinsamen (sinn-stiftenden) Tun der BewohnerInnen.

Indikator 7.2: Angehörige und/oder Betreuungspersonen beobachten den Ausbau und die Festigung von sozialen Beziehungen der ProgrammteilnehmerInnen im Alltag.

Trotz großer Heterogenität der teilnehmenden SeniorInnen in einer der drei Gruppen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation, ihres Bildungshintergrunds und ihrer kognitiven Möglichkeiten konnte dieses Ziel durch die längere Zeitdauer der gesetzten Maßnahme aus Sicht der teilnehmenden SeniorInnen, der moderierenden ErgotherapeutInnen und Vertreterinnen der Gesundheits- und Krankenpflege erreicht werden.

Besonders SeniorInnen, die im gleichen Haus im Betreuten Wohnen lebten und sich durch die Gruppe kennenlernen konnten, aber im Zeitverlauf auch TeilnehmerInnen,

die in anderen Wohnformen lebten, begannen sich im Verlauf des Programms gegenseitig hinsichtlich sinnvoller Alltagsgestaltung und unterschiedlicher Handlungsideen zu unterstützen (Theaterbesuche, Ausflüge, Computera-Initiative u.a.m.).

Ziel 8. Im Austausch mit Stakeholdern in SeniorInnenwohnheimen, von Gemeinden und Dienstleistungsanbietern werden Möglichkeiten zur Verbesserung oder Weiterentwicklung der Umweltgestaltung und des Angebots für SeniorInnen im Sinne einer Erhaltung und Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten auch im höheren Alter erarbeitet. *(bitte siehe auch Ausführungen zu Ziel 7)*

Indikator 8.1: Relevante Stakeholder und am Projekt Beteiligte nahmen am „LEBENS-FREUDE-Forum“ teil, welches die letzte Phase des Projekts einleitete und dem Kennenlernen und Erfahrungsaustausch aller Beteiligten diente.

Das LEBENSFREUDE-Forum fand am 17. Oktober 2018 an der fhg unter Beteiligung sämtlicher Stakeholder aus dem regionalen, nationalen und internationalen Kontext statt. Die Einladung dazu ist ebenfalls als Upload verfügbar.

Indikator 8.2: Sie bringen im Rahmen des „LEBENSFREUDE-Forums“ Ideen zur nachhaltigen Implementierung der im Projekt pilotierten Maßnahmen ein.

Ideen zur nachhaltigen Implementierung wurden sowohl im Rahmen von moderierten Gruppendiskussionen, als auch im Zuge der Podiumsdiskussion und Beteiligung von Anwesenden ausgetauscht.

- **Allgemeine Rückmeldung:** Wunsch, LEBENSFREUDE flächendeckend in ganz Österreich zu implementieren; dies kann ein zielgruppenspezifisches Angebot sein, ist adaptionsfähig und bringt aktuelle, evidenzbasierte Perspektiven auf und in die ergotherapeutische Arbeit; Wertschätzung und Bedürfnisorientierung gerade in der Arbeit mit SeniorInnen; Umsetzung nationaler und regionaler Gesundheitsziele durch dieses Programm; Förderung von Partizipation und Miteinander in der Gesellschaft
- **Fortsetzung von LEBENSFREUDE** im SeniorInnenwohnheim/in der Gemeinde als ergotherapeutisches Angebot: Wunsch von SeniorInnen, sich weiterhin aktiv einzubringen, die Gemeinschaft, Raum und Zeit, die als sehr wertvoll und bereichernd empfunden wurden, beizubehalten; *„evtl. LEBENSFREUDE zu Hause installieren – damit Verlängerung der eigenen Zeit zu Hause“* (Zitat) – Fortführen des Programms innerhalb des eigenen Einflussbereichs
- **Erreichen der Zielgruppe(n):** TeilnehmerInnen als MultiplikatorInnen (Informations-trägerInnen); Vermittlung durch Vertrauensperson(en); Unterschiede Stadt-Land gerade im Hinblick auf MultiplikatorInnenfunktion – Vereinsamung als Herausforderung; Zeitungszubringer, MitarbeiterInnen z.B. von „Essen auf Rädern“ als „BewerberInnen“; Radio, Zeitungen, TV; interprofessionelle Netzwerke;

Schwerpunktambulanzen und facheinschlägige Einrichtungen und Vereine nutzen; Gesundheits- und Sozialsprengel; Berücksichtigung der Unterschiede durch verschiedene Soziale Gesundheitsdeterminanten (z.B. Wohnort, Bildungsgrad, Geschlecht)

- **Qualitätssicherung:** Schulung für ErgotherapeutInnen (Konzept bereits vorbereitet; Angebot durch fhg/azw.academy für 2018/19 in Planung)
- **Zielgruppenerweiterung:** Menschen mit chronischen Erkrankungen; Menschen mit dementiellen Veränderungen bzw. deren Angehörige; Langzeit-Arbeitslosigkeit, gesundheitliche Krisen, MigrantInnen im Asylwerbestatus, betreuende/pflegende Angehörige, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Inhaftierte während des Gefängnisaufenthalts und insbesondere vor und nach der Haftentlassung als Übergangssituation; Alleinerziehende
- **Erweiterung des Angebots – LEBENSFREUDE als „Seniorenkompass“** (Analogie „Berufsorientierung für Jugendliche“)
- **Nachhaltigkeit:** *„Arbeit als integriertes interdisziplinäres Team, Ergotherapie sollte im Bereich Heim ausgebaut werden; Ressourcen bündeln und gut einsetzen“* (Zitat)
- **Weitere (Praxis-)Forschung,** europäische Finanzierungsmöglichkeiten klären

Indikator 8.3: Sie thematisieren hierfür notwendige Rahmenbedingungen.

- **Setting:** Implementierung auf Gemeindeebene inkl. Gesundheits- und Sozialsprengel (inkl. zur Verfügung stellen von Räumlichkeiten); Mischung v. unterschiedlichen Wohnformen; Angebot von *„LEBENSFREUDE – im Alltag tun, was gut tut“* für diverse Zielgruppen (s.o.) in Primärgesundheitsversorgungszentren/als Teil integrierter Gesundheitsversorgung; Angebot von LEBENSFREUDE im Sinne der Health in all Policies in vielfältigen Settings
- **Ressourcen und Finanzierung:** für teilnehmende SeniorInnen möglichst günstig bzw. kostenlos u.a. durch Ko-Finanzierungsmodelle, unter Einbeziehung von Bund, Land, Gemeinden und Gesundheits-/Krankenkassen bzw. Sozialversicherungsträger; *„LEBENSFREUDE– im Alltag tun, was gut tut“* als Investition in Gesundheitsförderung und -versorgung von offiziellen Stellen (Gemeinden, Landesgesundheitsfonds etc.)

mögliche weitere Finanzierungspartner: Versicherungen, OrthopädietechnikerInnen bzw. Firmen (z.B. Hörgerätehersteller) als SponsorInnen; kirchliche Organisationen; Versicherungen; private Sponsoren; Finanzierung ergotherapeutischer Maßnahmen – inkl. *„LEBENSFREUDE – im Alltag tun, was gut tut“* – z.B. durch Tarifmodelle im SeniorInnenwohnbereich

- **Kooperationen und Vernetzungsmöglichkeiten/–notwendigkeiten:** generell: Bildungssektor und Gesundheitssektor beiderseits angesprochen – Erwachsenenbildungseinrichtungen; Bildungsforum, Gemeinden/Gemeindecluster, Gesundheits- und Sozialsprengel, Landesförderungen etc.; Kooperationen mit Vereinen und öffentlichen Stellen; Anbieter von 24-h-Betreuung; sonstige Pflegeanbieter; Krankenversicherungen; Generationengespräche des Landes Tirol; Tableteria; Computeria; Beispiel Südtirol: KVW mit breitem Netzwerk
- **Qualitätssicherung:** Logo und Markenschutz (bereits erstellt bzw. eingereicht); Schulungsmaßnahmen mit Zertifikat (fhg/azw.academy); Überarbeitung des Handbuchs (in Kooperation fhg–Ergotherapie Austria)

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Mitwirkenden am LEBENSFREUDE–Forum von der Sinnhaftigkeit des Übergangs eines Projektes in die Implementierung eines Programmes überzeugt waren und diesen Übergang mitgestalten.

Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit

Unabhängig von sozialer Herkunft und Position, Bildungsniveau, Einkommen oder sozioökonomischem Status konnte dieses Projekt für die Zielgruppe die Möglichkeit schaffen, partizipativ neue Handlungsinteressen, Handlungsfelder und Handlungsrollen, mit allen dadurch entstehenden gesundheitsfördernden Aspekten, zu erschließen.

Das im Zuge dieses Projekts pilotierte und nun entwickelte ergotherapeutische Gesundheitsförderungs–Programm adressiert Menschen mit unterschiedlichem lokalem, sozioökonomischem und kulturellem Hintergrund und bietet Personen aller Geschlechter die Möglichkeit, sich entsprechend des jeweiligen Interessens- und Wissenshintergrunds, unterschiedlicher Handlungs- und Betätigungskontexte sowie persönlicher Fähigkeiten und Kompetenzen in das Gruppengeschehen einzubringen. Durch die partizipative, handlungsorientierte Arbeit an gesundheitsrelevanten Themenschwerpunkten mit starkem Alltagsbezug bestand für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, von Angehörigen anderer sozialer Gruppen zu lernen und eigene gesundheitsrelevante Kompetenzen gleichermaßen weiterzugeben.

Die grundsätzliche Unabhängigkeit von definierten Veranstaltungsorten ermöglichte es, das Programm im Hinblick auf die Erreichbarkeit für BewohnerInnen ruraler wie urbaner Regionen zugänglich zu machen. Die inhaltlichen Schwerpunkte orientierten sich an allgemeinen gesundheitsrelevanten Themenbereichen aus dem Erfahrungsbereich älterer Menschen und unterlagen damit keinerlei geschlechtsspezifischen Auswahlkriterien. Der altersspezifischen Verteilung der Geschlechter und ihren erwarteten demografischen Veränderungen wurde durch die grundsätzliche Offenheit des Zuganges Rechnung getragen.

Im Projektverlauf konnten die TeilnehmerInnen unabhängig von sozialer Herkunft, Geschlecht, Position, Bildungsniveau, Einkommen oder sozioökonomischem Status gewonnen werden. Menschen wurden unabhängig von ihrer körperlichen Befindlichkeit angesprochen und erfolgreich eingeladen. Der barrierefreie Zugang zu den Räumlichkeiten war eine notwendige Rahmenbedingung für die Möglichkeit zur Teilnahme. Transportmöglichkeiten und deren Kostenübernahme zum Erreichen der Orte der Programmdurchführung wurden bei Bedarf seitens des Projektteams organisiert und von den SeniorInnen in Anspruch genommen.

Die Informationsveranstaltungen wurden in einer klar verständlichen Weise durchgeführt und im Wording in der Alltagssprache formuliert. Besonders ist darauf hinzuweisen, dass die Tiroler Gebietskrankenkasse einen Teil der Finanzierung (siehe Moderation) und zusätzlich viele In Kind-Leistungen übernommen hat.

Wie in anderen Bereichen der Gesundheitsförderung stellte sich auch beim vorliegenden Projekt das Erreichen von Männern schwieriger dar als die Gewinnung von Frauen. Neben einer reinen Frauengruppe nahmen an den beiden anderen Gruppen auch Männer teil, wobei der Frauenanteil in allen drei Gruppen deutlich höher war als der Männeranteil.

Als förderlich für eine Teilnahme erwies sich insbesondere die Tatsache, dass die Teilnahme für die TeilnehmerInnen kostenlos angeboten wurde. Nichtsdestotrotz war die Drop-Out-Rate sehr gering und das Engagement in der Teilnahme an den Gruppentreffen ausgesprochen hoch.

Für eine weitgehende Unabhängigkeit vom Bildungsgrad der InteressentInnen wurden die Informationsveranstaltungen in verständlicher Alltagssprache gehalten. Die Programmeinheiten wurden kurzgehalten (2 x 45 Minuten) und von einer längeren Pause unterbrochen. Die angebotenen Aktivitäten und Methoden wurden niederschwellig gestaltet und dezidiert an die Interessen und Bedürfnisse der TeilnehmerInnen angepasst.

Trotz großer Heterogenität der teilnehmenden SeniorInnen in einer Gemeinde hinsichtlich deren gesundheitlicher Situation, ihres Bildungshintergrunds und ihrer kognitiven Möglichkeiten konnte dieses Ziel durch die längere Zeitdauer der gesetzten Maßnahme aus Sicht der teilnehmenden SeniorInnen, der moderierenden Ergotherapeutinnen und VertreterInnen der Gesundheits- und Krankenpflege erreicht werden.

Aktivitäten und Methoden – Bewährtes und weniger Bewährtes

In der Startphase stellte sich die Frage, wie jene Personen bzw. Zielgruppen, die von LEBENSFREUDE profitieren könnten, zu erreichen wären. Besonders in der Phase der Gewinnung von TeilnehmerInnen galt es, Hemmschwellen, zu überwinden. Im Bereich

der Gesundheitsförderung stellt dies derzeit noch eine besondere Herausforderung dar. Mögliche Quellen der Verunsicherung waren mögliche Assoziationen zum Begriff des Alters. Auch daher wurde der Programmtitel am Ende der Projektphase von „LEBENSFREUDE – im Alter tun, was gut tut“ in „LEBENSFREUDE – im Alltag tun, was gut tut“ abgeändert.

Die Gruppentreffen (Basis- und Wahlmodule) wurden in Anlehnung an international erprobte gesundheitsfördernde ergotherapeutische Programme erfolgreich konzipiert und umgesetzt, die Idee der kulturellen Anpassung erwies sich als sinnvoll und notwendig. Konkrete Maßnahmen zu den Modulhalten bezogen sich, wie bereits erwähnt, auf Reflexionsimpulse im Gruppensetting (bis max. 10 TeilnehmerInnen), Handlungsangebote (z.B. zur Entdeckung der eigenen Selbstwirksamkeit und zur Förderung von Gemeinschaft und Miteinander in der Peer Group) und Handlungsstrategien zur Gestaltung eines möglichst gesunden Alltags.

Deutlich wurde im Verlauf, dass das Anstoßen eines bestimmten Schwerpunktthemas auf derart reiche Resonanz stieß, dass die Anzahl der Inhalte der Basismodule durch die Projekterfahrung von acht auf fünf reduziert wurde. Dies ermöglicht nun eine handlungsorientierte Vertiefung der angesprochenen (fünf) Themen innerhalb von acht (statt ursprünglich fünf) Basismodulen. Unterstützt wurde diese Überarbeitung durch die Rückmeldung der SeniorInnen, die mehrheitlich Handlungserfahrungen stärker als Gesprächsmomente erinnerten.

Die ergotherapeutische Arbeit in Bezug auf die eigene Handlungsgeschichte, Handlungsrollen, Handlungsinteressen und Handlungserfahrungen bewährte sich aus Sicht der TeilnehmerInnen und der Ergotherapeutinnen.

Die Qualität der Gruppenmoderation (Professionalität im Bereich Gesprächsführung und Gruppenleitung, fachlich supervidiert) erwies sich als ausschlaggebend für den Erfolg (Bsp.: *„jemanden haben, der zuhört“*; *„von anderen erfahren“*).

LEBENSFREUDE wurde von den TeilnehmerInnen als moderierte Austausch-, Partizipations- und Gemeinschaftsplattform beschrieben, die von im betreuten / Heimkontext wie auch von in der Gemeinde lebenden TeilnehmerInnen, gerne angenommen wurde; Wohlbefinden führten die TeilnehmerInnen unter anderem auf das Erleben von Wertschätzung hinsichtlich der eigenen Erfahrungen im verständnisvollen und von ErgotherapeutInnen begleiteten Austausch mit anderen SeniorInnen zurück.

Der Aufbau der einzelnen Module (z.B. der gezielte thematische Impuls zu Beginn eines jeden Moduls), die Gruppenstruktur, die sich aus HeimbewohnerInnen und Personen aus dem Gemeindeumfeld zusammensetzte, ebenso wie inhaltlichen Angebote wurden von den TeilnehmerInnen als wirksame und unterstützende Komponenten des Programms genannt.

Altersgerechtes Lernen wurde in klarer Abgrenzung zum Lernen als Schulkind als grundlegendes Element des Programmes genannt.

Die prozessuale Fachsupervision in Anwesenheit einer externen Supervisorin UND der fachlich-inhaltlichen Projektleitung war zur Qualitätssicherung der Interventionen und zur fortlaufenden Anpassung im Sinne ergotherapeutischer KRAH®-basierten best practice Kriterien unverzichtbar. Damit verbunden waren eine klientInnen-zentrierte Haltung und Vorgangsweise unter Berücksichtigung von Ressourcen der Person, Umgebung und jeweiligen Tätigkeit, sowie ein Eingehen auf den jeweiligen Lebensalltag vorsieht. Die Anliegen und Handlungsinteressen der KlientInnen standen dabei stets im Mittelpunkt.

Zusammenfassung förderlicher Faktoren

- Austausch und fachliche Begleitung der ModeratorInnen jeweils zwischen den Gruppenmodulen (ergänzend zur/im Rahmen der 14maligen Supervisionstreffen)
- Positiver, vorbereitender Austausch / Kommunikationsbasis zwischen Leitungen der SeniorInnenwohnheime bzw. der MitarbeiterInnen (zB des Gesundheits- und Sozialsprengels) und der Projektleitung bzw. den Moderatorinnen
- Engagement über die Bezahlung hinaus seitens der Moderatorinnen, was Vor- und Nachbereitung sowie Engagement für die TeilnehmerInnen betrifft (erinnern an Gruppentreffen z.B. bei längerer zeitlicher Pause per SMS und Telefonanruf, mit-Organisation von Transport-Wegen, Dabei-Sein auf Bitte teilnehmender SeniorInnen bei Aktivitäten außerhalb der Gruppentreffen wie z.B. Theater-Besuch oder gemeinsames Frühstück in einem lokalen Café)
- Unterstützung des Angebots seitens zahlreicher Stakeholder (s. Fachbeirat, Steuerungsgruppe) aus sämtlichen Verantwortungsbereichen, einschließlich der Politik
- Konsens in der Zielsetzung seitens der kooperierenden Einrichtungen (TGKK und fhg)
- Finanzierung der Räume durch die SeniorInnenwohnheime/Gemeinden/fhg
- (zusätzliches, auch ehrenamtliches) Engagement der internen MitarbeiterInnen über das budgetierte Stundenausmaß hinaus
- Prozessuale Reflexionen und wertschätzender, lösungsorientierter Austausch in Fachbeirat und Steuerungsgruppe
- Studentische Mitarbeit
- Kofinanzierungsmodell des Projekts
- Sich entwickelndes Zusammengehörigkeitsgefühl zwischen den TeilnehmerInnen

Hinderliche/Herausfordernde Faktoren

- Keine Budgetierung/Finanzierung der Schnittstellenarbeit zwischen Moderatorinnen und Pflege
- beginnende dementielle Veränderungen bei zwei TeilnehmerInnen
- Schwerhörigkeit und unzureichende Versorgung mit Hörgeräten
- große Heterogenität in Bezug auf gesundheitliche Situation und Bildungshintergrund in einer der drei Gruppen
- Heterogenität in der Zugangserwartung und Kapazität, dem Angebot zu folgen, im Vergleich von aktuell sehr aktiven SeniorInnen mit SeniorInnen, die gesundheitlich stärker eingeschränkt sind oder kognitive Einschränkungen im Projektverlauf erfahren.

Als entscheidend für die Erreichung der Zielsetzungen des Projekts und der Arbeit mit den und für die SeniorInnen erwies sich eine Grundhaltung aller Projektbeteiligten, die es den TeilnehmerInnen erlaubte, ihre Autonomie und Würde zu wahren und ihre Handlungs- und damit Gesundheitskompetenzen weiter zu entwickeln.

Beteiligung der Schwerpunktzielgruppe

Durch die umfangreiche Recherche im Rahmen der Projektplanung konnte ein valides Konzept erstellt werden, das auf bereits vorhandenem Wissen und erreichten Erfolgen aufbaut. Durch Workshops, Informationsveranstaltungen, Adaption bestehender Module und Öffentlichkeitsarbeit in Zusammenarbeit mit Stakeholdern (inkl. ZielgruppenvertreterInnen) konnten Informationen gut und zielgruppengerecht vermittelt sowie Mitgestaltungswünsche berücksichtigt werden.

Durch die Partizipationsmöglichkeit der Zielgruppe bei der inhaltlichen Gestaltung der themenzentrierten (Wahl-)Module, wurde eine maßgeschneiderte Intervention unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnislagen und der vorgefundenen Rahmenbedingungen sichergestellt. Ebenso konnte die Vermittlung der Modulinhalte auf Kleingruppenbasis einen Beitrag zur Schaffung bisher lediglich in Ansätzen vorhandenen, sozialen Zusammenhalts und Engagements unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ungeachtet ihrer aktuellen Wohnumgebung (zuhause oder im SeniorInnenwohnheim) unterstützen.

Durch Miteinbezug aller im Organigramm angeführten Stakeholder wurden vernetzende Strukturen geschaffen, die zu einer Veränderung der bisherigen Angebotslandschaft für Gesundheitsförderung bei Älteren zu wirken beginnen.

Zusammenfassung der Möglichkeiten zur Mitentscheidung für SeniorInnen

- Abstimmung/Planung des Angebots „LEBENSFREUDE“ auf andere Angebote für SeniorInnen in Tirol (Fachbeirat; Gespräche mit Stakeholdern – Interessensvertretungen von SeniorInnen)
- Mitarbeit hinsichtlich der Gewinnung von TeilnehmerInnen
- Aktive Mitarbeit im Fachbeirat – inkl. Einbringen von Erfahrungen in der Teilnahme an den Gruppenmodulen
- Auswahl der Themenschwerpunkte der Wahlmodule durch die teilnehmenden SeniorInnen in den Gruppen
- Diskussion der Erfahrungen und Ergebnisse in den abschließenden Fokusgruppe
- Direkte Rückmeldung zur Maßnahme im Verlauf und am Ende in Einzelgesprächen mit den Moderatorinnen bzw. wissenschaftlichen MitarbeiterInnen

Etablierte Strukturen, Prozesse und Aktivitäten

Tirol als Modellregion der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Gesundheitsförderung für SeniorInnen eröffnete besondere Chancen für die inhaltliche und strukturelle Kooperation zwischen TGKK, fh gesundheit (Tirol) und dem Land Tirol selbst. Im Zuge des Projekts stand der kontinuierliche Austausch von Steuerungsgruppe und Fachbeirat, von Moderatorinnen und Projektleitung, von SeniorInnen und Ergotherapeutinnen, von PraktikerInnen und ForscherInnen im Vordergrund. Dadurch konnten Maßnahmen bereits im Projektverlauf unmittelbar an Möglichkeiten, Bedarf und Bedürfnisse angepasst und wissenschaftlich begleitet evaluiert werden.

Das Programm selbst – LEBENSFREUDE – im Alter tun, was gut tut – bewährte sich mit den Einzelgesprächen vor (bei Bedarf auch während) und nach den Gruppentreffen.

Durch die regelmäßigen Fachbeiratssitzungen entstand ein professionelles Netzwerk im SeniorInnenbereich in Tirol und darüber hinaus, das weiter wirken kann.

Die interprofessionelle Nahtstelle Ergotherapie – Pflege sowie Ergotherapie – Soziale Arbeit wurde im Projekt berücksichtigt; notwendige Finanzierung für diese professionellen Leistungen im Falle interdisziplinärer Abstimmung und Transfers konnten bereits im FGÖ-Folgeprojekt der TGKK mit fhg und anderen, „Gesundheit hat kein Alter/Tirol“, berücksichtigt werden.

Transferierbarkeit

Das Projekt konnte, wie oben erwähnt, bereits an drei weiteren Standorten in sechs SeniorInnenwohnheimen fortgesetzt werden. Als Programm fand es mittlerweile in zwei weiteren SeniorInnenwohnheimen in Tirol Einzug. Eine Gruppe steirischer ErgotherapeutInnen pilotierte insgesamt sechs Module von LEBENSFREUDE – im Alter tun,

was gut tut und brachte die Ergebnisse innerhalb der Laufzeit des vorliegenden Projektes ein.

Nachfrage und Interesse zur Implementierung von LEBENSFREUDE gibt es aus Südtirol (Bildungsbereich), Niederösterreich/Wien (für Angehörige von Menschen mit demenzieller Veränderung), Tirol (Arbeit mit Menschen im AsylwerberInnenstatus; Arbeit mit Menschen nach Inhaftierung). In Osttirol wurde, basierend auf den Erfahrungen mit LEBENSFREUDE, eine Ergotherapie-Stelle in einem SeniorInnenwohnheim ausgeschrieben. Vier Tiroler Gemeinden wollen LEBENSFREUDE für in ihrer Gemeinde wohnende SeniorInnen anbieten.

Erste Vorgespräche fanden mit VertreterInnen der AUVA, der PVA und der SVA statt, um Menschen noch vor Antritt ihrer Pensionierung durch dieses ergotherapeutische Programm Lebensqualität und Gesundheit auf nachhaltige Weise zu ermöglichen.

Im Zuge des „Tarifmodells NEU“ der SeniorInnenwohnheime in Tirol bietet sich dank der Initiative von LR Univ.–Prof. DI B. Tilg und dem Pflegekoordinator Tirols, Christian Schneller, sowie weiteren MitarbeiterInnen im Land Tirol, die Möglichkeit, ErgotherapeutInnen (insbesondere mit LEBENSFREUDE-Schulung) für neu im Heim Angekommene zur Stärkung deren Gesundheits- und Lebenskompetenzen anzustellen. Aktuell erwarten zwei Heime LEBENSFREUDE-geschulte ErgotherapeutInnen, um das Programm in ihr hausinternes Angebot aufzunehmen. Eine der im Projekt moderierenden Ergotherapeutinnen steht durch diese ihre Mitarbeit nun als Konsiliarkraft in einem Heim im Tiroler Unterland wöchentlich zur Verfügung.

Maßnahmen zur Nachhaltigkeit

Das Einbeziehen von EntscheidungsträgerInnen in die Projektkonzeption und der Blick auf ein sinnvolles, komplementäres Angebot im Bereich der Gesundheitsförderung diente einer nachhaltigen Implementierung dieses Programms.

Damit die Maßnahme für die teilnehmenden SeniorInnen positiv gesundheitsförderlich auf deren Alltag wirken konnte, wurden folgende Schritte unternommen:

- Bereitstellen einer „LEBENSFREUDE“-Mappe bereits ab dem ersten Modul, in die sowohl Materialien aus den Gruppensitzungen selbst, als auch aus dem persönlichen Alltag aufgenommen werden können. Diese Mappe erwies sich als positiv aufgenommene materielle Transfermöglichkeit in den jeweiligen Alltag.
- Abklären und Offenheit gegenüber den Erwartungen der TeilnehmerInnen sowohl im Erstkontakt und Erstgespräch, als auch im Verlauf der Gruppensitzungen.
- Angebot eines Einzelgesprächs mit einer der Moderatorinnen bei Bedarf auch im Projektverlauf

- Information und Einbeziehung von Angehörigen und Pflegepersonal, wenn möglich
- Ermöglichen und Bestärken von positiven Erfahrungen von Selbstwirksamkeit der SeniorInnen z.B. auch in der Planung und Umsetzung von als sinnvoll und sinnstiftend attribuierten Tätigkeiten im Alltag

Damit die Maßnahme nachhaltig implementiert werden konnte, wurde Folgendes initiiert:

- Einbeziehen der Empfehlungen einschlägiger ExpertInnen, wie z.B. der Heimanwaltschaft, der SeniorInnenvertretung, des Landesrates für Gesundheit, der Landesrätin für Soziales, der Abteilung Gesellschaft und Arbeit und von VertreterInnen aus der Pflege
- Inhaltliche Übereinstimmung mit den nationalen und regionalen Gesundheitszielen
- Einbeziehen sämtlicher Perspektiven im Rahmen von Fachbeirat und Steuerungsgruppe
- Lernen aus den Erfahrungsberichten von USA, Großbritannien, Deutschland, Schweiz, Portugal und Niederlande
- Informationsveranstaltungen, u.a. für basales und mittleres Pflegemanagement
- Information und Schulung zu projektspezifischen Kompetenzen im Bachelorstudiengang Ergotherapie der fhg (Tirol)
- Information über das Projekt im Netzwerk der österreichischen Ergotherapie-Ausbildungsstätten
- Besetzung der Moderatorinnen/Gruppe: eine Ergotherapeutin mit Erfahrung in der Durchführung dieses Programms, eine Ergotherapeutin, die dahingehend im Prozess neu eingeführt wird
- Einbeziehen von KollegInnen aus den Bundesländern Vorarlberg, Salzburg, Oberösterreich, Kärnten und Steiermark in die Konzeptentwicklung

Regelmäßige Berichterstattung an alle Mitwirkenden sowie das abschließende LEBENSFREUDE-Forum trugen zur fachlichen Reflexion, Qualitätssicherung und nachhaltigen Implementierung wesentlich bei.

Einbeziehung von EntscheidungsträgerInnen (förderliche/hinderliche Faktoren)

In sämtliche Prozessschritte (Planung – Durchführung – Reflexion – Evaluation – Dissemination) der Maßnahme konnten relevante Stakeholder inhaltlich wie organisatorisch einbezogen werden. Dies bedeutet im Rahmen dieses Projekts eine multiperspektivische Vielfalt, die den aktuellen Bedürfnissen und Kontextfaktoren der durchaus diversen Zielgruppe (Heime und zuhause Wohnende, unterschiedliche Alters-

gruppen innerhalb der SeniorInnen, unterschiedliche Lebenserfahrungen, –bedingungen und –situationen) Rechnung tragen soll und darf. (Hierzu wird auch an dieser Stelle nochmals auf das Organigramm und insbesondere auf die Besetzung von Fachbeiräten und Steuerungsgruppe verwiesen.)

Folgende EntscheidungsträgerInnen wurden im Projektverlauf zusätzlich eingebunden:

- SeniorInnenvertretungen (insbesondere in der Verbreitung und Diskussion der Projektergebnisse und in Bezug auf Überlegungen für nachhaltige Implementierung)
- Christian Schneller, Pflegekoordinator Tirols
- Gottfried Stöbich, MAS, MBA (Abteilung Gesellschaft und Arbeit des Landes Tirol) – jährlich Kooperation im Rahmen der SenAktiv-Messe/SeniorInnenenquete/Generationengespräche – entscheidender Multiplikator im Bereich SeniorInnenbildung im Land Tirol

6. Zentrale Lernerfahrungen und Empfehlungen

Die Angebote müssen setting-, zielgruppenspezifisch UND klientenzentriert (individuell) gestaltet sein, damit SeniorInnen davon profitieren können.

Die TeilnehmerInnen konnten ihre Grundhaltung/Einstellung, nicht zuletzt in Bezug auf Zukunftsperspektiven, verändern bzw. erweitern. Dies schließt auch eine positivere Sicht des SeniorInnenwohnheims (nicht zuletzt durch GemeindebewohnerInnen, die von der Überwindung von Berührungängsten berichteten) und des Heimalltags mit ein.

Die TeilnehmerInnen gingen in ihrer Handlungs- und Rollenidentität gestärkt aus dem Programm hervor.

Anpassungsprozesse im Lebenskontext wurden durch das Programm unterstützt, insbesondere solche, die mit (Handlungs-)Identität im Alter und im Heimkontext verbunden sind.

Durch die Mischung der Gruppen an zwei Standorten hinsichtlich der aktuellen Lebenswohnorte und die Durchführung einer weiteren Gruppe mit zuhause Lebenden in den Räumlichkeiten eines SeniorInnenwohnheims fand eine konstruktive Auseinandersetzung Aller mit der eigenen Situation als noch/nicht/HeimbewohnerIn statt. Das (eigene) Alter(n) konnte in die eigene (Handlungs-)Identität integriert werden.

Die erfolgten KRAH®-basierten Maßnahmen für einen gelingenden Alltagstransfer erwiesen sich als erfolgreich und sollten in weiteren Projekten berücksichtigt werden. Sie werden in das Manual zu LEBENSFREUDE übernommen.

Die Vernetzung zu bestehenden Angeboten, die zu LEBENSFREUDE inhaltlich und methodisch dazu gehört, unterstützt die Nachhaltigkeit des Programmes und die Stärkung der Lebensqualität der TeilnehmerInnen sowie deren Gesundheitskompetenz.

Die Ergebnisse der Post-Erhebung weisen auf eine, die Erwartungen übersteigende, positive Gesamtevaluation hin. Laut involvierten Menschen auf sämtlichen Ebenen sollte das Programm LEBENSFREUDE für die bisherige und potentiell für weitere Zielgruppen als gesundheitsfördernde Maßnahme angeboten und finanziert werden. Bsp.: pflegende Angehörige; Angehörige der GuK; Menschen vor und nach Haftentlassung; Menschen in Betätigungsdeprivation; Menschen mit Fluchterfahrung.

Organisation und Zeitstruktur

- Der Projektzeitraum von einem Jahr wurde von allen drei involvierten Gruppen als sehr positiv erlebt und rückgemeldet.
- Die ca. zwölfwöchigen Abstände zwischen den Modulen wurden für die Wahlmodule 2, 3 und 4 von den Moderatorinnen als zu lange erlebt. Aus diesem Grund wurden die letzten beiden Module (Modul 5 und Abschlussmodul) zeitlich vorgezogen: statt nach ursprünglich sechswöchigem Abstand Reduktion auf ein je Vier-Wochen-Intervall.
- Die Basismodule wurden nochmals inhaltlich für ein Folgeprojekt verdichtet, von acht auf sechs reduziert, damit mehr Möglichkeit für gemeinsames Erleben und Erproben der Inhalte mit der Gruppe bleibt. (siehe aktualisiertes Fact-Sheet)

Bemerkenswert ist die geringe Drop-Out-Rate (vier von insgesamt 28 SeniorInnen), besonders angesichts des Zeitraums der Maßnahmen, der langen Zeitintervalle, in denen keine Gruppenangebote stattfanden und des Alters der TeilnehmerInnen (Durchschnitt: 76 Jahre; jüngster TN: 48a zu Beginn der Maßnahme, älteste TN: 92a zu Beginn der Maßnahme). Im Projektzeitraum ist kein/e TeilnehmerIn verstorben.

- Eine Gruppe von 8–10 SeniorInnen mit potentiell gesundheitlichen Einschränkungen braucht auch im Rahmen von Gesundheitsförderung im Gruppensetting auf jeden Fall 2 (nicht nur 1) Expertin, um individualisiert auf Themenstellungen eingehen zu können und Partizipation sowie Transfer in den Alltag klientenzentriert und zielorientiert ermöglichen zu können.
- Das Zusammenlegen von Fachbeirat und Steuerungsgruppe zur Information und zu gemeinsamem Besprechen von Zwischenergebnissen entstand auf Anregung von Mitgliedern aus beiden Gruppen und erwies sich in unserem Projekt als sehr bereichernd und sinnvoll.

Folgeprojekte und Nachhaltigkeit

- Für den professionellen Austausch mit Angehörigen und MitarbeiterInnen aus der Pflege und Sozialarbeit wurde der TGKK für ein Folgeprojekt die Dringlichkeit der Finanzierung von interprofessionellen Gesprächen (Vernetzungsarbeit) für Effektivität und Effizienz mitgeteilt und im Rahmen von „Gesundheit hat kein Alter/Tirol“ an drei weiteren Standorten für insgesamt sechs weitere SeniorInnengruppen gewinnbringend verwirklicht.
- Die erfolgten KRAH®-basierten Maßnahmen für einen gelingenden Alltags-transfer erwiesen sich als erfolgreich und sollten in weiteren Projekten berücksichtigt werden. Wie bereits erwähnt, werden sie im Handbuch zu LEBENSFREUDE – im Alter tun, was gut tut übernommen.
- Den TeilnehmerInnen war eine Fortsetzung des Austauschs und der Arbeit in und mit der Gruppe an allen drei Standorten ein wichtiges Anliegen. Dafür müssten Strukturen und Personalressourcen bereitgestellt werden. Eine bestehende Anstellung einer ErgotherapeutIn fördert/ermöglicht die Nachhaltigkeit. Dies wurde, ergänzt im Anschluss an das Folgeprojekt von „Gesundheit hat kein Alter/Tirol“, mittlerweile an vier Heimen realisiert, zwei weitere suchen aktuell LEBENSFREUDE-geschulte ErgotherapeutInnen zur Erweiterung ihres internen MitarbeiterInnenteams.
- Die Vernetzung zu bestehenden Angeboten, die zu LEBENSFREUDE inhaltlich und methodisch dazu gehört, unterstützt die Nachhaltigkeit des Programmes und die Stärkung der Lebensqualität der TeilnehmerInnen sowie deren Gesundheitskompetenz.
- Die Ergebnisse der Post-Erhebung weisen auf eine, die Erwartungen übersteigende, positive Gesamtevaluation hin. Laut involvierten Menschen auf sämtlichen Ebenen sollte das Programm LEBENSFREUDE für die bisherige und potentiell für weitere Zielgruppen als gesundheitsfördernde Maßnahme angeboten und finanziert werden. Bsp.: pflegende Angehörige; Angehörige der GuK; Menschen vor und nach Haftentlassung; Menschen in Betätigungsdeprivation; Menschen mit Fluchterfahrung.
- Einarbeitung der gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse in das Handbuch (Manual) und das Schulungskonzept zu LEBENSFREUDE – im Alltag tun, was gut tut der fhg/azw.academy für weitere ModeratorInnen-Schulungen.

Erfahrungszuwachs für ModeratorInnen und zukünftige InitiatorInnen

- Mobilitätseinschränkungen und Sinnesbehinderungen müssen im Sinne gesundheitlicher Chancengerechtigkeit besondere Beachtung finden. Eine Abklärung in Bezug auf Sinnesbehinderungen und Mobilitätsmöglichkeiten sollte möglichst zu Beginn des Programms durchgeführt werden.

- Für ErgotherapeutInnen ist das Eingehen auf die jeweils individuelle Gesundheitssituation von TeilnehmerInnen/KlientInnen charakteristisch für ihre berufliche Praxis, die sich im Projekt positiv auf die kontinuierliche und aktive Teilnahme der SeniorInnen auswirkte. Ohne diese Kompetenz wäre es nicht allen SeniorInnen möglich gewesen, an allen Modulen teilzunehmen.
- SeniorInnen, die Einschränkungen in der Mobilität erfahren bzw. schon länger in einem Heimkontext leben, brauchen mehr an organisatorischer Unterstützung, um ihre (neuen) Handlungsimpulse und -ideen zu verwirklichen. Zudem ist Information von Gesundheitsberufsangehörigen sowie SeniorInnen selbst hinsichtlich der Unterstützung ihrer Mobilität wesentlich.
- Handlungsinteressen und Handlungsmotivation wirken direkt auf Lebensqualität und Gesundheitsfaktoren.

Erfahrungszuwachs für gastgebende und teilnehmende Institutionen

Durch die heterogenen Gruppen und die Moderation durch externe ErgotherapeutInnen fand sowohl für die teilnehmenden SeniorInnen, als auch für das Personal vor Ort eine Öffnung „nach außen“ statt, die von den Beteiligten positiv erwähnt wurde.

Durch Impulse im Lauf des Projekts, insbesondere durch die Teilnahme an Steuerungsgruppen- und Fachbeiratssitzungen, ergaben sich Anregungen für das Leitbild einer teilnehmenden Institution mit konkreten Praxisimplikationen (Selbstverständnis der Pflege, Gestaltung von Aufenthalts- und Essräumlichkeiten, Essenszeiten und Öffnung von Aktivitätsangeboten auch an in der Gemeinde lebende SeniorInnen).

ModeratorInnenschulung und Ergotherapie-Ausbildung

- Der zugrundeliegende ergotherapeutisch-handlungswissenschaftliche Programmhintergrund (Sinndimension, Handlungsorientierung, Alltagsorientierung) konnte ModeratorInnen erst im praktischen Verlauf einer prozessualen Reflexion (fachlicher Begleitung und Supervision) im Detail und in der erforderlichen Tiefe verdeutlicht werden. Dies impliziert die Notwendigkeit eines klar ausgearbeiteten Schulungsprogramms, prozessualer fachlicher Begleitung, inkl. klarer Ausführungen im Manual.
- Das Arbeiten auf Mikro-, Meso- und Makrolevel ist für die Entwicklung einer (neuen) handlungsorientierten gesundheitsfördernden Maßnahme notwendig und muss in der Schulung der ModeratorInnen auch zukünftig explizit thematisiert werden.
- Erweiterung bzw. Vertiefung des SeniorInnen- und Gesundheitsförderungsschwerpunktes im Bachelor- und Masterstudium von ErgotherapeutInnen

Erfahrungszuwachs für die TeilnehmerInnen

- Über den für die vorliegende Zielgruppe langen Programmzeitraum von einem Jahr (insbesondere in Bezug auf gesundheitsbezogene Ereignisse) stellen die Gruppen jeweils eine stabile, haltgebende soziale Struktur dar.
- Die Unterstützung und Ermöglichung von Peer Support und Peer Learning gehören zu den als sehr wertvoll rückgemeldeten Charakteristika dieses Angebots.
- Das Miteinander und die Gemeinschaft innerhalb der Gruppen ebenso wie die Erfahrung, wahr- und ernst genommen zu werden, wurde von den TeilnehmerInnen als wertvoll und stärkend erlebt und beschrieben. Die konkrete Handlungsorientierung im Programm – in den Einheiten und darüber hinaus als Impulse für die Alltagsgestaltung – eröffnete auch TeilnehmerInnen, die im Verlauf gesundheitliche Einschränkungen erfuhren (z.B. im Sinne kognitiver oder emotionaler Einschränkungen/Belastungen) die Möglichkeit zu partizipieren und vom Projekt zu profitieren.
- Konkret Erlebtes („eigenes Tun“) wurde von den teilnehmenden SeniorInnen besser und nachhaltiger erinnert; insofern ist die Ergänzung von (verbalen) Reflexionsanstößen mit konkreten, individuell zugeschnittenen Handlungsangeboten, wie sie in der Ergotherapie auch im Bereich der Gesundheitsförderung üblich sind, klar in der Programmgestaltung weiter zu erhalten und zu betonen.
- Laut Aussagen von InterviewteilernehmerInnen unterstützt LEBENSFREUDE Anpassungsleistungen, die z.B. Wohnortsveränderungen, der Verlust von PartnerIn oder der Abschied von eigenen Kompetenzen mit sich bringen und führt zu einem positiveren und aktiven Umgang mit herausfordernden Lebenssituationen und Einschränkungen (Coping, Adaptation; „Lebenskunst“). Das Programm ist insbesondere auch für Menschen in Umbruchsphasen / Transitionsprozessen geeignet.

Über Rückmeldungen freuen wir uns und stehen für weitere Fragen gerne zur Verfügung!

Dr. Ursula Costa & Projektteam

Anhang

- Einladung zum LEBENSFREUDE-Forum
- Meilensteinplan
- Organigramm
- Pressemeldung